

**Zentrale
Beratungsstelle
Niedersachsen**

Schwerpunktbericht 2025

„Zielgruppenspezifischer Hilfebedarf – Die Situation im Helfefeld und Praxisbeispiele“



IMPRESSUM

Herausgegeben von der
Zentralen Beratungsstelle Niedersachsen (ZBS), Juni 2026
c/o Regionalvertretungen Osnabrück
Knappsbrink 58, 49080 Osnabrück

© Copyright-Hinweis:

Nachdruck, Kopien oder elektronische Vervielfältigungen – auch auszugsweise – dürfen nur mit Quellenangabe und ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers erfolgen.

Inhalt

1.	Einleitung	4
2.	Historische Einordnung.....	5
3.	Aktueller Stand Leistungstypen	12
3.1	Leistungstyp 4.1 Stationäre Hilfe	12
3.2	Leistungstyp 4.2 Ambulante flächenorientierte Hilfe	13
3.3	Leistungstyp 4.3 Ambulante nachgehende Hilfe	14
3.4	Leistungstyp 4.4 Tagesaufenthalte.....	15
4.	Abfrage im gesamten Helfefeld „Welcher zielgruppenspezifische Hilfe- und Entwicklungsbedarf wird benannt?“	16
4.1	Einleitung.....	16
4.2	Methodik.....	16
4.3	Ergebnisse der Befragung	17
4.3.1	Vorhandensein zielgruppenspezifischer Zusatzangebote	17
4.3.2	Zielgruppenspezifische Zusatzangebote der Träger	18
4.3.2.1	Gründe für Nicht-Vorhalten zielgruppenspezifischer Zusatzangebote.....	19
4.3.3	Bekannte regionale Angebote und Kooperationsbezüge	20
4.3.4	Ausbaufähige Kooperationen und Schnittstellen	21
4.3.5	Zusätzliche zielgruppenspezifische Angebote/Maßnahmen mit Relevanz für die Praxis	22
4.3.6	Wesentliche Veränderungen in der Klientel in den letzten 5 Jahren	23
4.3.7	Regionale Versorgungsdefizite	25
4.3.8	Grenzen der täglichen Arbeit	27
4.3.9	Veränderungswünsche	28
4.3.10	Fazit	29
5.	Austausch mit dem Vorstand der Selbstvertretung wohnungsloser Menschen e. V.....	31
5.1	Anlass, Gesprächspartner:innen und Vorgehen	31
5.2	Wer wird erreicht – gelingende Zugänge und Lücken	32
5.3	Schutz, Geschlecht und Diskriminierung	33
5.4	Zugang, Information und digitale Teilhabe	34
5.5	Barrierefreiheit, Gesundheit, Sucht und Behinderung	34
5.6	Beteiligung und Rolle der Selbstvertretung.....	35
5.7	Querschnittsbefunde	36
6.	Praxisbeispiele für zielgruppenspezifische Angebote und Einrichtungen	37
6.1	Gesundheitsversorgung und Pflege in der stationären Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII – ein Blick nach Kästorf <i>Das letzte Sprungbrett vor der Straße</i>	37
6.2	„Unter uns“ Frauenspezifische Beratung in Braunschweig	43
6.3	SORA*- Ambulante Dienste für Frauen* und FLINTA*	47
6.4	Gesundheitsversorgung für Menschen im Wohnungsnotfall in Hannover: Zusammenarbeit zwischen der Diakonisches Werk Hannover gGmbH und dem Caritas e.V.	48
6.5	Krankenwohnung Bersenbrück	51
6.6	„Haus Regenbogen“ in Papenburg.....	54

1. Einleitung

Mit ihren jährlichen Schwerpunktberichten greift die Zentrale Beratungsstelle Niedersachsen (ZBS Niedersachsen) regelmäßig aktuelle Fragestellungen und Herausforderungen in den niedersächsischen Hilfen gem. §§ 67 ff. SGB XII auf, betrachtet diese vertiefend und gibt Hinweise darauf, wie die entsprechende Thematik behandelt werden kann.

Im vorliegenden Schwerpunktbericht 2025 wird der Frage nachgegangen, ob und wenn ja welche besonderen Bedarfe im Hilfesystem für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten gesehen werden.

Die Gemeinsame Kommission 67 (GK 67) stellt auf Landesebene das relevante Beschlussgremium für die Gestaltung der Hilfen nach dem Achten Kapitel des SGB XII dar. In ihrer konstituierenden Sitzung im Jahr 2022 wurde in diesem Gremium die Feststellung getroffen, dass Niedersachsen über ein differenziertes und funktionierendes Hilfesystem für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten verfügt. Die Differenzierung in niedrigschwellige Angebotsformen, ambulante Angebote und stationäre Hilfen ist langjährig erprobt und etabliert. Gleichzeitig wurde in der GK 67 beschlossen, das Hilfesystem einer Überprüfung und – sofern erforderlich – einer Weiterentwicklung zu unterziehen. Wie passen diese Aussagen zusammen? Und wie kann es zu ungedeckten Bedarfen kommen, wenn das Hilfesystem doch gut aufgestellt ist?

Die Anforderungen an die Hilfen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten haben sich in den zurückliegenden Jahren grundlegend verändert: Das Bild des alleinstehenden wohnungslosen Mannes, der mit Hab und Gut von Ort zu Ort zieht, kann so nicht mehr gezeichnet werden. Wohnungslosigkeit¹ stellt sich heute sehr viel heterogener dar, umfasst viele verschiedene - immer aber problematische - Lebenslagen und erstreckt sich auf alle Geschlechter und Altersgruppen. Mehr denn je stellt sich Wohnungslosigkeit als Spiegelbild einer sich weiter differenzierenden Gesellschaft dar und unterliegt damit einem rasanten Wandel. Dieser Wandel in der Gesellschaft und damit auch in der Gruppe der Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten - diese sind ja Teil der Gesellschaft - führt zu veränderten Bedarfen. Der vorliegende Jahresschwerpunktbericht der ZBS Niedersachsen verdeutlicht, an welchen Stellen Bedarfe mit dem vorhandenen Hilfesystem nicht gut gedeckt werden können. Dabei fußen die entsprechenden Informationen auf einer landesweiten Umfrage im Hilfesystem, mit der die „Lücken“ in den Hilfen lokalisiert werden. Eine zweite wichtige Informationsgrundlage zur Darstellung sind Informationen aus der Selbstvertretung wohnungsloser Menschen, die aus anderer Perspektive eine Rückmeldung gegeben haben. Ergänzt wird das so entstandene Bild um Erfahrungsberichte aus Angeboten, die durch ihre besonderen (und von den Regelleistungen abweichenden) Hilfen versuchen, ungedeckte Bedarfe wohnungsloser Menschen zu bearbeiten.

Die ZBS Niedersachsen bedankt sich bei allen, die uns trotz der vielfältigen Herausforderungen ihrer täglichen Arbeit bei der Erarbeitung dieses Berichts unterstützt haben. Neben den Mitarbeitenden im Helfefeld, die sich an der Befragung zur Thematik beteiligt haben, waren dies der Vorstand der Selbstvertretung wohnungsloser Menschen e.V. und die Mitarbeitenden der Angebote, die im vorliegenden Bericht näher vorgestellt werden.

¹ Der Begriff wird synonym verwandt für alle Lebenslagen, die besonderen sozialen Schwierigkeiten im Sinne des § 67 SGB XII entsprechen.

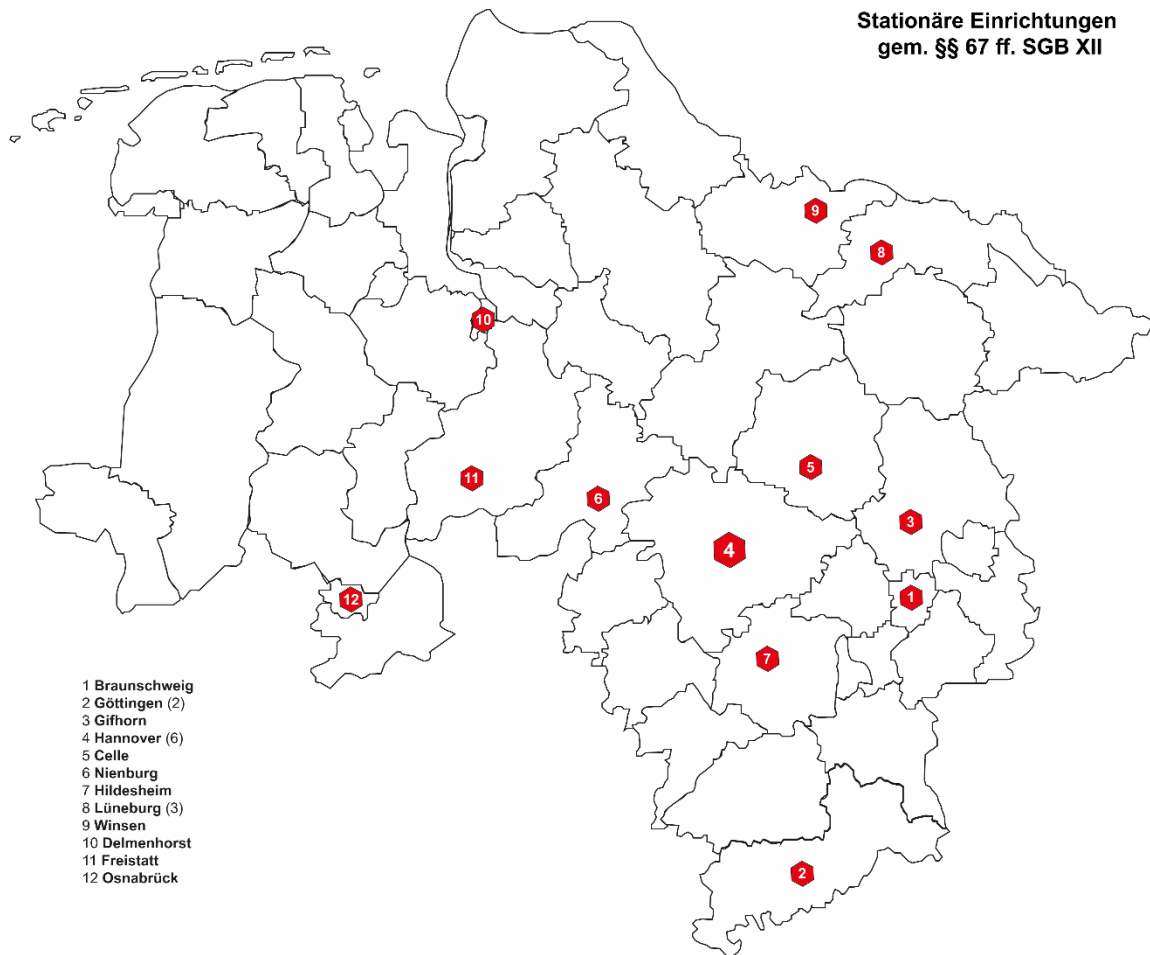
2. Historische Einordnung

Der vorliegende Bericht geht u. a. der Frage nach, welche nicht vollständig oder optimal gedeckten Bedarfe wohnungsloser Menschen im Hilfesystem gesehen werden. Stand Ende 2025 gibt es in Niedersachsen vier Leistungstypen, mit denen wohnungslose Menschen in ihrer schwierigen Lebenssituation unterstützt werden.

Um das derzeitige Hilfesystem für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten in Niedersachsen einordnen zu können, erscheint eine kurze historische Darstellung der Entwicklung der Hilfen für wohnungslose Menschen sinnvoll. Hierbei wird nicht der Anspruch einer detaillierten Historie erhoben. Vor dem Hintergrund der Berichtsthematik ist eine grobmaschige Darstellung ausreichend.

Bis in die 1980er Jahre war die Hilfe für wohnungslose Menschen in Niedersachsen (und dem restlichen damaligen Bundesgebiet) geprägt von großen stationären Einrichtungen. Diese in der Tradition der „Arbeiterkolonien“ stehenden Einrichtungen verfügten über hohe Platzkapazitäten, die teilweise mehr als 400 wohnungslose Menschen aufnehmen konnten. Neben der Unterbringung und Verpflegung war die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ein wesentliches Merkmal im Angebot dieser Einrichtungen. Arbeit und Beschäftigung erfolgten hierbei vor allem in einrichtungseigenen landwirtschaftlichen Betrieben.

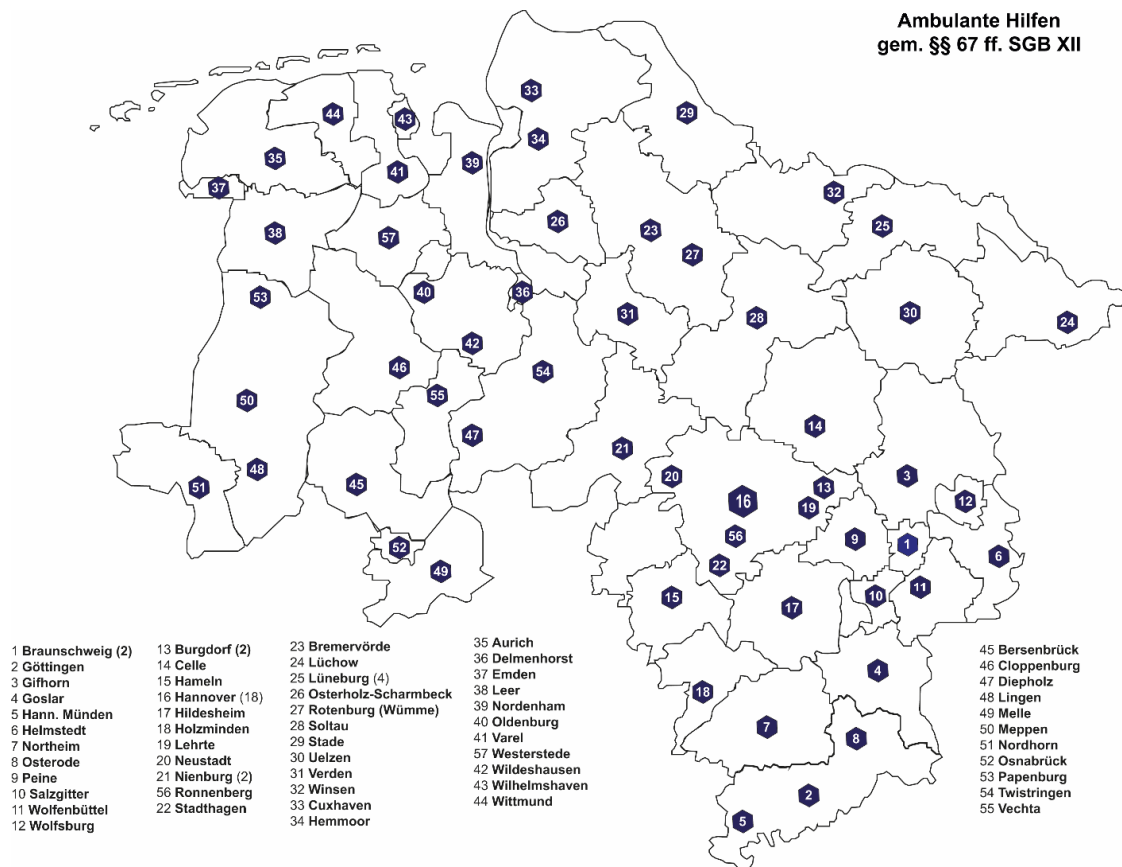
Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Arbeiterkolonien lagen die Einrichtungen in ländlichen Gebieten, teils sehr abgelegen und sind auch heute als Stationäre Hilfe mit veränderter Konzeption und deutlich reduzierter Platzzahl fester Bestandteil des niedersächsischen Hilfesystems.



Das „Bild“ wohnungsloser Menschen zeichnete sich bis in die 1980er Jahre und darüber hinaus – unter Umständen auch beeinflusst vom damaligen Hilfesystem – so, dass der weit überwiegende Teil wohnungsloser Menschen Männer waren, die mit Hab und Gut von Ort zu Ort zogen. Hierbei nutzten die Menschen teilweise feste Routen, die neben größeren Städten auch die stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe einbezogen. Da die Aufenthaltsdauer in den verschiedenen Städten und Gemeinden regelmäßig beschränkt wurde, u.a. durch eine begrenzte Auszahlungspraxis der Hilfe zum Lebensunterhalt und mancherorts anderer Formen „vertreibender Unterstützung“, waren die wohnungslosen Menschen gezwungen, umherzuziehen. Längere Verweildauern an einem Ort waren somit in der Regel nur in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe möglich.

Anfang der 1980er Jahre wurde auf Initiative des Niedersächsischen Sozialministeriums ein erster Schritt zur Ergänzung der stationären Hilfe durch ambulante Angebote unternommen. An fünf Standorten in Niedersachsen wurden Fachberatungsstellen eingerichtet, die wohnungslose Menschen beraten und unterstützen sollten. Diese sogenannten „Zentralen Beratungsstellen“ orientierten sich am Zuschnitt der damaligen Regierungsbezirke und wurden in den Städten Braunschweig, Hannover, Lüneburg, Oldenburg und Osnabrück eingerichtet. Es zeigte sich allerdings sehr schnell, dass ambulante Hilfeangebote näher an die Menschen heranrücken mussten - die Inanspruchnahme der Zentralen Beratungsstellen blieb hinter den Erwartungen zurück. Daher wandelte das Niedersächsische Sozialministerium den Auftrag an die bereits installierten Zentralen Beratungsstellen: Diese wurden beauftragt, ein flächendeckendes Netz Ambulanter Hilfen in Niedersachsen aufzubauen. Ziel des Landes war es, in jeder Kommune

mindestens eine Beratungsstelle vorzuhalten, in großen Flächenlandkreisen (z. B. Landkreise Diepholz oder Emsland) sollten zwei bzw. drei Beratungsstellen eine gute Erreichbarkeit sicherstellen. Die heutigen Aufgabenstellungen der Zentralen Beratungsstelle Niedersachsen leiten sich aus diesem historischen Kontext ab.



Im Laufe der 1980er Jahre verfügte Niedersachsen damit als erstes Flächenbundesland über ein geplantes Netz ambulanter Fachberatungsstellen. Eingeschränkt wurde die - mit Blick auf alle wohnungslosen Menschen in Niedersachsen - Effizienz des Angebotes durch eine geteilte sachliche Zuständigkeit für die Hilfen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Für den Personenkreis der Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten waren das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe einerseits, andererseits die örtlichen Träger der Sozialhilfe - also Städte und Landkreise - zuständig. Welcher Träger der Sozialhilfe im Einzelfall sachlich zuständig war, richtete sich einerseits nach der Hilfeform, andererseits nach dem Tatbestandsmerkmal des „Umherziehens“. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe, also das Land Niedersachsen, war für alle Fälle stationärer Hilfe sachlich zuständig. Im Bereich der ambulanten Hilfe wurde das Land dann sachlich zuständig, wenn der wohnungslose Mensch mindestens drei Monate umhergezogen war. Als Abgrenzungskriterium wurde also der mittlerweile aus guten, ebenfalls historischen Gründen nicht mehr zu verwendende Begriff der „Nichtseßhaftigkeit“ angewendet.

In der Konsequenz ergab sich hieraus eine als Paradox zu bezeichnende Situation: Es gab neben den stationären Hilfen ein flächendeckendes Netz ambulanter Unterstützungsangebote, das sich aber nur an einen Teil der Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten richtete.

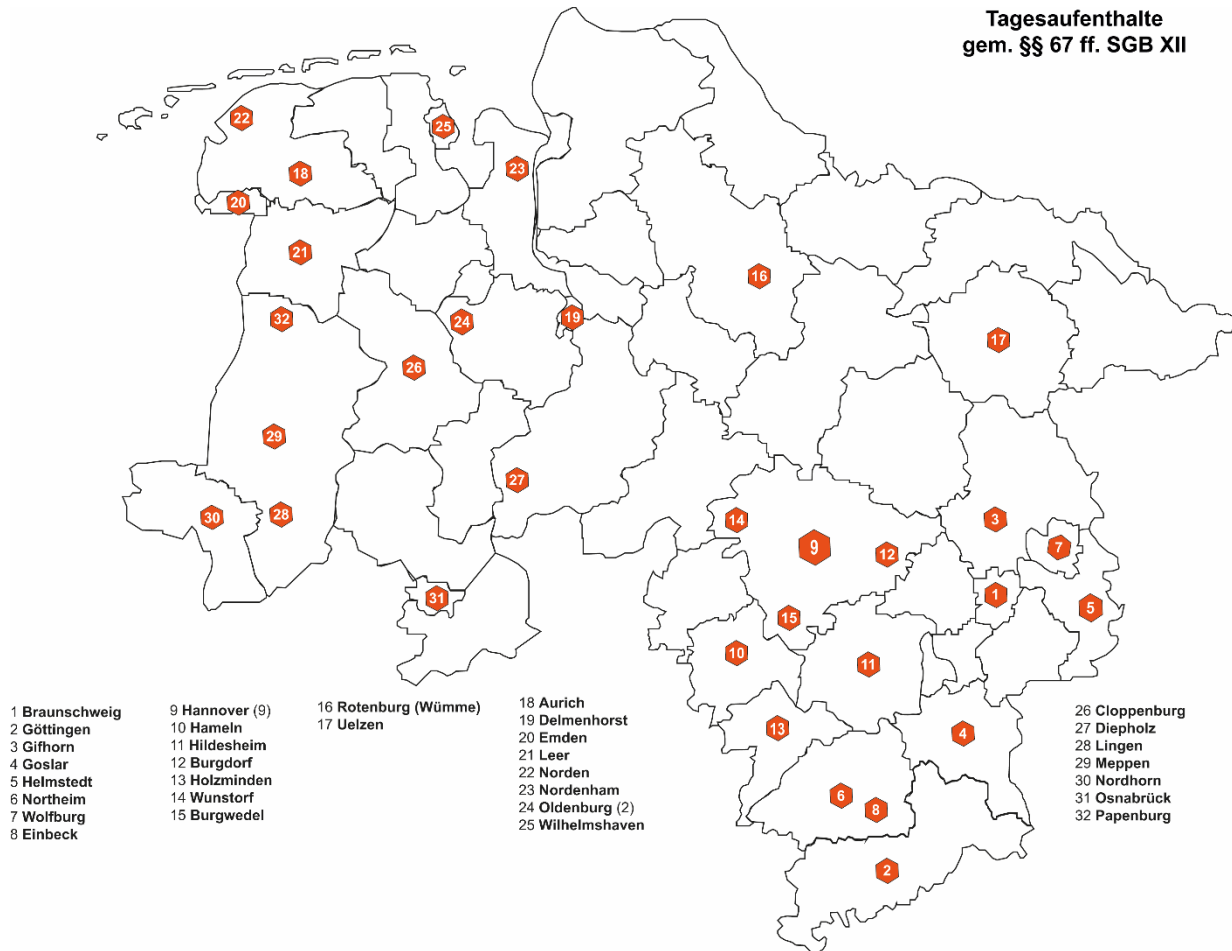
Menschen, die grundsätzlich einen Hilfeanspruch hatten, aber nicht in die sachliche Zuständigkeit des Landes fielen, konnten dort keine Hilfe erhalten. Die örtlichen Träger der Sozialhilfe zeigten weit überwiegend wenig Engagement, ihrerseits vergleichbare Beratungs- und Unterstützungsangebote zu etablieren².

Von Seiten der Praxis der Wohnungslosenhilfe wurde ab Mitte der 1980er Jahre verstärkt darauf hingewiesen, dass im Helfefeld der Wohnungslosenhilfe geschützte Aufenthaltsräume für wohnungslose Menschen fehlen. Daher wurden ab dieser Zeit in Niedersachsen erste Tagesaufenthalte eingerichtet. Um das kommunale Engagement zu fördern und dieses Hilfeangebot auch den Menschen in der sachlichen Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe zugänglich zu machen (alles andere wäre auch schlicht nicht praktikabel gewesen), koppelte das Land Niedersachsen sein finanzielles Engagement an diesem Angebotstyp an eine Kostenbeteiligung der jeweiligen Kommune, in der der Tagesaufenthalt eingerichtet werden sollte. Die Vereinbarung sah am Ende eine dreifache Kostenverteilung vor: 40 % Landesmittel, 40 % kommunale Mittel, 20 % Eigenmittel des Einrichtungsträgers³. Diese Regelung führte einerseits zu einer Etablierung dieser wichtigen und niedrigschwelligen Angebotsform, andererseits verhinderte die Finanzierungsregelung eine landesweite Verbreitung, wie sie mit den ambulanten Fachberatungsstellen gelungen war. Tagesaufenthalte wurden nur in den Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet, in denen die Kommunen zur Kostenbeteiligung bereit waren. Es kann unterstellt werden, dass auch einzelne potenzielle Angebotsträger angesichts der eigenen Kostenbeteiligung mit reduziertem Engagement eine Erweiterung des Angebotsspektrums vor Ort betrachteten.

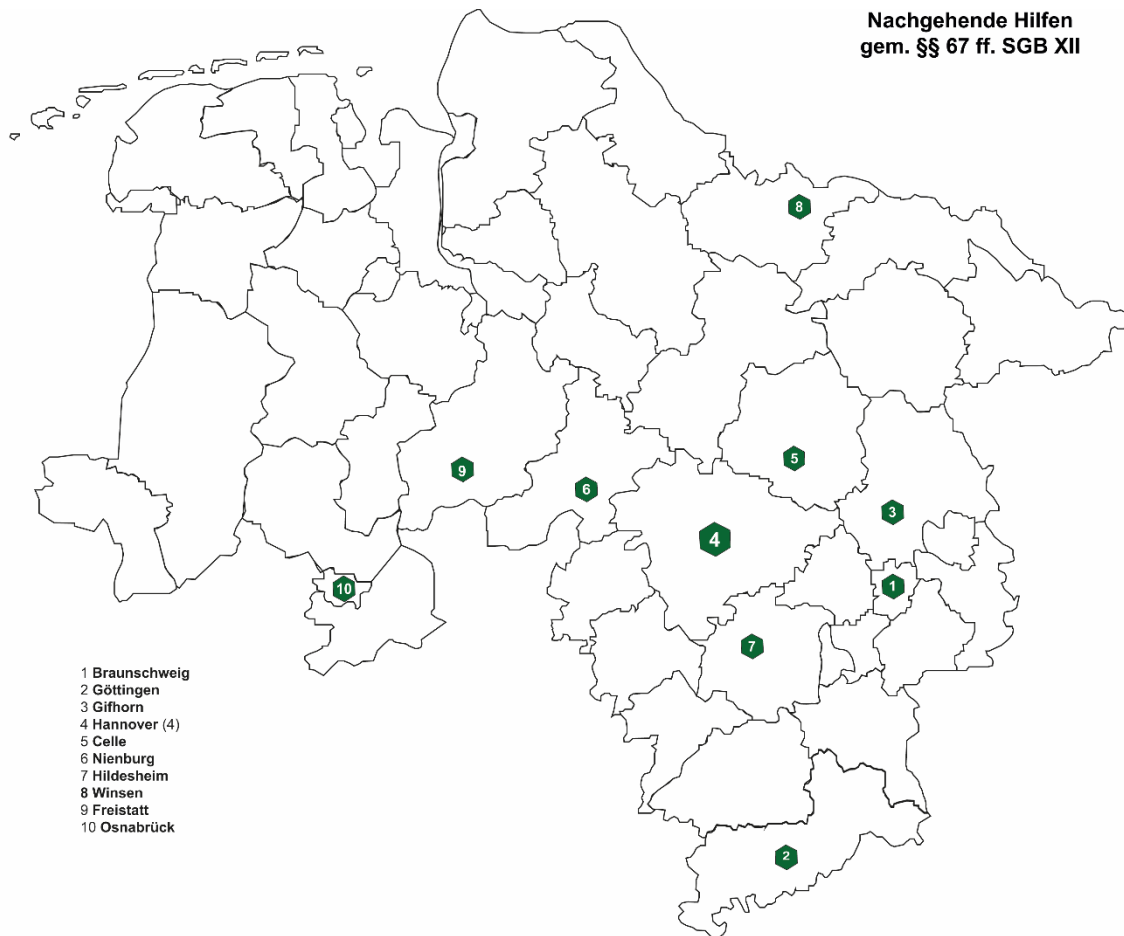
² Vgl. hierzu: Arbeitsgemeinschaft der Zentralen Beratungsstellen in Niedersachsen, Schwerpunktbericht 2008

³ Der Anteil des Einrichtungsträgers wurde im Laufe der Jahre sukzessive reduziert und die Reduzierungen jeweils hälftig auf Land und Kommune übertragen.

**Tagesaufenthalte
gem. §§ 67 ff. SGB XII**



Neben der stationären Hilfe, der ambulanten flächenorientierten Hilfe und den Tagesaufenthalten existiert in Niedersachsen noch der Leistungstyp nachgehende Hilfe. Diese Form einer ambulanten Unterstützung sollte und soll den Übergang aus einer stationären Hilfe nach § 67 SGB XII in das von Hilfe unabhängige Leben unterstützen und begleiten. Die Ursprünge dieses Leistungstyps sind nicht eindeutig historisch nachzuvollziehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Form einer ambulanten Unterstützung bereits vor der Einführung der ambulanten flächenorientierten Hilfe umgesetzt wurde und als Leistungselement der stationären Einrichtungen erbracht wurde. Die ambulante nachgehende Hilfe wird heute an allen Standorten einer stationären Hilfe nach § 67 SGB XII erbracht. Eine Ausnahme stellt die Stadt Delmenhorst und die Hansestadt Lüneburg dar: Die dortigen stationären Hilfen haben keinen entsprechenden Leistungstyp implementiert. Die Aufgaben der ambulanten nachgehenden Hilfe werden dort, angesichts der vergleichbaren Aufgabenstellungen, durch die ambulante flächenorientierte Hilfe erbracht.



Ausgehend von der Frage nach „veränderten“ Bedarfen im Hilfesystem spielt die Änderung der sachlichen Zuständigkeit sicherlich eine Rolle. Wie oben dargestellt gab es in Niedersachsen jahrzehntelang eine Trennung der sachlichen Zuständigkeit für die Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten im Sinne des § 67 SGB XII. Als Abgrenzungskriterium galt das Tatbestandsmerkmal der „Nichtseßhaftigkeit“. Im Jahr 2020 erklärte sich das Land Niedersachsen als überörtlicher Träger der Sozialhilfe für alle Hilfefälle gem. § 67 SGB XII zuständig. Dies hatte insbesondere Auswirkungen auf die ambulante flächenorientierte Hilfe, die seither für alle Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten zuständig ist, unabhängig davon, ob der jeweilige Mensch umhergereist ist oder nicht. Mit Blick auf die Situation der Menschen stellt dieser Schritt des Landes Niedersachsen eine deutliche Verbesserung dar.

Mit Blick auf die Angebote der ambulanten Hilfe ergaben sich für die Mitarbeitenden in den entsprechenden Einrichtungen neue Herausforderungen, da sich der angesprochene Personenkreis nicht nur quantitativ erweiterte, sondern sich auch veränderte Anforderungen an die Hilfe stellten. Stichworte für diese veränderten Anforderungen sind z. B. „unzumutbare Wohnverhältnisse“, „drohender Wohnungsverlust“ oder „kommunal untergebrachte wohnungslose Menschen“. Diese genannten Beispiele waren nicht vollkommen neu für die Mitarbeitenden im Hilfesystem, präventive Aufgaben im Hilfesystem für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten erweiterten allerdings die Aufgabenstellungen.

Das niedersächsische Hilfesystem, wie es sich heute darstellt, ist rückblickend betrachtet in weiten Teilen in einer Zeit entwickelt worden, in der die Frage der sachlichen Zuständigkeit für die Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten handlungsleitend war – sowohl in der Arbeit vor Ort als auch in Hinsicht auf die strategische und planerische Gestaltung der Hilfen. Die sachlich und fachlich vollkommen richtige Auflösung der getrennten Zuständigkeiten fiel in eine Phase großer gesellschaftlicher Umbrüche: zunehmende Digitalisierung der verschiedenen Lebens- und Arbeitsbereiche, Coronapandemie, Krise am Mietwohnungsmarkt mit erheblichen Verwerfungen zulasten einkommensschwacher oder aus anderen Gründen benachteiligter Haushalte, Ukrainekrieg und damit einhergehender Energiekrise, Unsicherheiten am Arbeitsmarkt infolge stagnierender Wirtschaftssituation u. a. All diese Krisen haben Auswirkungen auf das gesellschaftliche Miteinander, auf die persönliche Lebenssituation und Gesundheit der Bürger*innen und letztlich auch auf die Unterstützungsbedarfe durch die Hilfen gem. §§ 67 ff. SGB XII.

Das bestehende niedersächsische Hilfesystem für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten wird aktuell einer Überprüfung und Weiterentwicklung unterzogen. Ziel ist es, das Hilfesystem noch besser auf bestehende Bedarfe hin anzupassen.

3. Aktueller Stand Leistungstypen

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, blickt die niedersächsische Wohnungslosenhilfe auf eine lange Historie zurück, die von den sogenannten Arbeiterkolonien kommend in den 1980er Jahren eine Ambulantisierung erlebte und sich in den 1990er Jahren manifestierte. Bis auf einige regional beschränkte Modellprojekte⁴ und Sonderformen der Hilfe ist das System der Hilfen gem. §§ 67 ff. SGB XII relativ stabil.

Durch die Umsetzung des BTHG in Niedersachsen und die Überleitung der Eingliederungshilfe in das SGB IX wurde die Einrichtung einer eigenen Gemeinsamen Kommission (GK) für die Hilfen gem. § 67 SGB XII (GK 67) erforderlich. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die relevanten Entscheidungen auf Landesebene durch die Gemeinsame Kommission der Eingliederungshilfe getroffen.

Die redaktionelle Überarbeitung der Regelleistungsvereinbarung nahm mehr Zeit in Anspruch, als von allen Beteiligten ursprünglich erwartet worden war. Dies lag insbesondere daran, dass die vorgenommenen Anpassungen nicht nur sprachlicher Natur waren, sondern den wohnungslosen Menschen mit seinen Bedarfen, Zielen und Wünschen konsequent in den Mittelpunkt der mit den Vereinbarungen verbundenen Prozesse und Verfahren stellen. Diese Sicht auf die Rolle des Menschen, der im Rahmen der Leistung begleitet wird, machte einige grundlegende Neuausrichtungen der Prozessgestaltung erforderlich. Auch wurden einige Aufgaben, die im Rahmen der jeweiligen Leistung zu erbringen sind, präzisiert, ergänzt oder auch von einem in einen anderen Teilbereich der Hilfen gem. §§ 67 ff. SGB XII verschoben. Alle wesentlichen Änderungen und Sichtweisen wurden zudem in einer Handreichung beschrieben, die als Anlage zum Landesrahmenvertrag eine umfassende Verbindlichkeit erhalten hat. Die Handreichung umfasst zudem Formularvorlagen, die bei der Beantragung von Leistungen zu verwenden sind.

Dieses Vorgehen und das Ergebnis haben in der Bundesrepublik ein Alleinstellungsmerkmal und es erklärt, warum die redaktionelle Überarbeitung der Leistungstypen viel Zeit in Anspruch genommen hat.

Im Folgenden werden die vier niedersächsischen Leistungstypen kurz und komprimiert beschrieben. Detailliertere Ausführungen zu den Aufgaben der verschiedenen Angebotsformen finden Sie in den Regelleistungsbeschreibungen und der Handreichung zu den Leistungstypen, die Sie auf der Internetseite des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie herunterladen können.⁵

3.1 Leistungstyp 4.1 Stationäre Hilfe

Die stationäre Hilfe nach §§ 67–69 SGB XII richtet sich an Menschen, die sich in besonderen sozialen Schwierigkeiten befinden und für die – aufgrund der komplexen Problemlagen – ambulante Hilfen nicht ausreichen. Ziel der Leistung ist es, eine Stabilisierung der aktuellen Lebenssituation der wohnungslosen Menschen zu realisieren und so die Grundlage für die Entwicklung von Perspektiven für die Zukunft zu schaffen. Die wohnungslosen Menschen

⁴ Modellprojekte werden bzw. wurden in Niedersachsen im Kontext der Hilfen nach § 67 SGB XII durchgeführt in den Bereichen Wohnraumakquise, digitale Teilhabe, sozialpädagogisches Grundangebot, Tagesstrukturierung, gesundheitliche Versorgung u. a.

⁵ https://soziales.niedersachsen.de/startseite/soziales_gesundheit/wohnungslosenhilfe/rechtsgrundlagen-208153.html

erhalten neben einer möblierten Unterkunft auch das Angebot einer Versorgung mit Mahlzeiten und hauswirtschaftlicher Unterstützung (z. B. Wäschewaschen).

Im Mittelpunkt der sozialpädagogischen Unterstützungsangebote der stationären Hilfe stehen Beratung und persönliche Begleitung, die den individuellen Hilfebedarf klären, Ursachen der Schwierigkeiten sichtbar machen und geeignete Maßnahmen vermitteln. Dazu gehört auch die Unterstützung im Kontakt mit Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie die Förderung der Mitwirkungsbereitschaft der leistungsberechtigten Person.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Wohnungsbeschaffung, insbesondere durch Beratung, Unterstützung bei Anträgen und der Durchsetzung vorrangiger Ansprüche. Ebenso wichtig sind Maßnahmen zur Arbeits- und Ausbildungsintegration, etwa Hilfe bei der Arbeitssuche, Motivation zur Arbeitsaufnahme, Vermittlung in Qualifizierungsmaßnahmen oder Unterstützung beim Zugang zu Schul- und Berufsausbildung.

Zur Stabilisierung des Alltags gehören zudem Hilfen beim Aufbau sozialer Beziehungen, die Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten, die Förderung von Kreativität und persönlicher Stabilität sowie die Unterstützung bei der Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben. Ergänzend bietet die Einrichtung Gruppenangebote, Selbsthilfeunterstützung, Gesundheitsvermittlung, Angehörigenberatung, Schuldnerberatung und bei Bedarf treuhänderische Geldverwaltung.

Neben diesen direkten Hilfen erbringt die Einrichtung auch indirekte Leistungen wie Kooperation mit anderen Diensten, interdisziplinäre Zusammenarbeit und regelmäßige Fallbesprechungen. Sachleistungen wie Unterkunft, Verpflegung, Verwaltung und die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten gehören ebenfalls zum Leistungsumfang.

Nach einer Ankommensphase erfolgt die Unterstützung in der stationären Hilfe auf Grundlage eines Kostenanerkennnisses durch den jeweiligen Leistungsträger.

3.2 Leistungstyp 4.2 Ambulante flächenorientierte Hilfe

Die ambulante flächenorientierte Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII umfasst ein Basisangebot und eine ambulante Beratung, die gemeinsam in einer Organisationseinheit organisiert werden. Ziel ist es, in Niedersachsen niedrighschwellige, regional verankerte Unterstützungsangebote für ratsuchende und leistungsberechtigte Menschen vorzuhalten. Diese Hilfen können sowohl in der Beratungsstelle als auch aufsuchend im Lebensumfeld der Betroffenen erbracht werden. Anspruchsberechtigt sind Menschen, die sich in besonderen sozialen Schwierigkeiten befinden und diese ohne Unterstützung nicht überwinden können.

Zentrales Ziel der ambulanten Beratung ist es, die Betroffenen zu einem eigenständigen, selbstverantwortlichen Leben zu befähigen und ihre soziale Teilhabe zu stärken. Die Beratungsstelle erbringt dafür Hilfen nach §§ 67–69 SGB XII sowie nach den §§ 3–6 der entsprechenden Verordnung. Grundlage der Zusammenarbeit ist eine vereinbarte Begleitungsplanung, da der Erfolg der Hilfe ein aktives Zusammenwirken zwischen Fachkraft und leistungsberechtigter Person erfordert.

Die Beratung umfasst die Klärung des individuellen Hilfebedarfs, die Analyse der Ursachen der sozialen Schwierigkeiten und die Vermittlung geeigneter Maßnahmen und Unterstützungsangebote. Sie soll die Mitwirkungsbereitschaft stärken und die Betroffenen dabei unterstützen, möglichst unabhängig von Sozialhilfe zu leben. Dazu gehören auch Hilfen im Umgang mit Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern sowie die Unterstützung bei der

Inanspruchnahme weiterer Leistungen wie Schuldnerberatung. Bei Bedarf wird das soziale Umfeld einbezogen, um Verständnis zu fördern und negative Einflüsse zu reduzieren. Beratung kann sowohl einzeln als auch in Gruppen stattfinden.

Ein wesentlicher Aufgabenbereich ist die Erhaltung und Beschaffung von Wohnraum. Dazu zählen präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Wohnungsverlust, Unterstützung bei der Wohnungssuche, Anmietung und beim Einzug, Interventionen zur Vermeidung von Mietrückständen oder Schäden sowie die Vermittlung in Übergangswohnungen oder Notunterkünften. Auch die Durchsetzung vorrangiger Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern gehört dazu.

Weitere Leistungen betreffen die Arbeits- und Ausbildungsintegration, etwa Hilfe bei der Arbeitssuche, Unterstützung beim Erhalt eines Arbeitsplatzes, Motivation zur Arbeitsaufnahme, Vermittlung in Maßnahmen nach SGB II, III und XII sowie Unterstützung beim Zugang zu Schul- und Berufsausbildung oder Grundbildung.

Zur Stabilisierung des Alltags bietet die ambulante Hilfe Unterstützung beim Aufbau sozialer Beziehungen, bei lebenspraktischen Fähigkeiten, bei der persönlichen Stabilisierung und Kreativitätsförderung sowie bei der Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben. Auch die Wiederaufnahme familiärer Kontakte und die Organisation gemeinschaftlicher Aktivitäten gehören dazu. Ergänzend werden Selbsthilfegruppen, Gruppenangebote, Gesundheitsvermittlung, Angehörigenberatung, Unterstützung für suchtkranke oder psychisch erkrankte Menschen sowie Schuldnerberatung und ggf. treuhänderische Geldverwaltung angeboten.

Zu den indirekten Leistungen zählen Kooperation und Koordination mit anderen Diensten, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Fallbesprechungen, Beteiligung an der Sozialplanung sowie Wegezeiten. Sachleistungen umfassen Leitung und Verwaltung, geeignete Räumlichkeiten und Übergangswohnungen sowie notwendige Sachkosten.

Die Hilfe wird zunächst für ein Jahr gewährt und kann um jeweils sechs Monate verlängert werden, sofern weiterhin besondere soziale Schwierigkeiten bestehen und Fortschritte erkennbar sind. Auch die Verhinderung einer Verschlimmerung gilt als Erfolg. Die Leistungen werden nach Vereinbarung mit der leistungsberechtigten Person erbracht, ergänzt durch eine anlassbezogene Erreichbarkeit der Dienste innerhalb der üblichen Arbeitszeiten, etwa durch Telefondienste oder Akutsprechstunden.

3.3 Leistungstyp 4.3 Ambulante nachgehende Hilfe

Die Leistungen der ambulanten nachgehenden Hilfe entsprechen denen des Leistungstyps 4.2. Der wesentliche Unterschied der beiden Leistungstypen besteht lediglich darin, dass ambulante nachgehende Hilfe ausschließlich für Menschen in Betracht kommt, die nach einem Aufenthalt in einer stationären Hilfe nach § 67 SGB XII in der Übergangsphase zwischen der stationären Unterstützung und einem von Hilfen unabhängigen Leben eine Übergangsbegleitung wünschen. Zudem liegt der Stellenschlüssel dieses Leistungstyp bei 1:12, während er in der ambulanten flächenorientierten Hilfe 1:10 beträgt.

Die Hilfe wird zunächst für die Dauer von sechs Monaten bewilligt, kann aber um jeweils weitere sechs Monate verlängert werden.

3.4 Leistungstyp 4.4 Tagesaufenthalte

Tagesaufenthalte richten sich an Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, insbesondere an Personen ohne gesicherte wirtschaftliche Grundlage, Wohnungslose, Menschen in sozialer Isolation sowie Personen, die Beratung oder Versorgungsangebote benötigen.

Ziel des Angebots ist es, durch ein niedrighschwelliges, geschütztes Umfeld soziale Ausgrenzung zu verringern, Schwellenängste abzubauen und den Zugang zu weiterführenden Hilfen zu erleichtern. Dazu gehören unter anderem ein sicherer Aufenthaltsraum, Klärung des Hilfebedarfs, Förderung der Selbsthilfekräfte, Motivation zur Nutzung von Unterstützungsangeboten, soziale Kontaktmöglichkeiten sowie grundlegende hauswirtschaftliche und hygienische Versorgung. Die Leistungen umfassen sowohl direkte Unterstützungsangebote wie Körperpflege, Mahlzeitenzubereitung, Krisenintervention und Kurzberatung als auch indirekte Tätigkeiten wie Kooperation mit Fachstellen, Dokumentation und Qualitätsmanagement. Der Tagesaufenthalt muss an mindestens fünf Tagen pro Woche mit insgesamt 25 Öffnungstunden bereitstehen und über geeignete, möglichst barrierefreie Räumlichkeiten verfügen. Für den Betrieb ist eine umfassende Konzeption einschließlich Hygiene- und Gewaltschutzkonzept erforderlich.

Die personelle Ausstattung der Tagesaufenthalte richtet sich nach der jeweiligen Inanspruchnahme der Einrichtung.

Die beteiligten Akteure in der GK 67 und der Unterarbeitsgruppe der GK67 (UAG 67) stimmen darin überein, dass das historisch gewachsene und nunmehr in den Leistungsvereinbarungen aktualisierte Hilfesystem für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten in Niedersachsen grundsätzlich gut und zielführend ausgerichtet ist. Gleichwohl haben gesellschaftliche Veränderungen, die Situation am Wohnungsmarkt und andere Faktoren dazu geführt, dass die Anforderungen an das Helfefeld deutlich vielfältiger geworden sind. Daher soll in einem zweiten Schritt (nach der redaktionellen Überarbeitung der bestehenden Regelleistungsvereinbarungen) geprüft werden, ob und wie das bestehende Hilfesystem sinnvoll (im Sinne der Bedarfe der Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten) weiterentwickelt werden kann. Hierzu wurden durch die LAG FW und das Land Niedersachsen bereits Modellprojekte initiiert, aus deren Erfahrungen mögliche Weiterentwicklungen befördert werden können. Die ZBS Niedersachsen begleitet diese Modellprojekte und wird im Rahmen einer Evaluation wesentliche Erkenntnisse zusammentragen.

4. Abfrage im gesamten Helfefeld „Welcher zielgruppenspezifische Hilfe- und Entwicklungsbedarf wird benannt?“

4.1 Einleitung

Dieses Kapitel fasst die Ergebnisse einer Befragung von Einrichtungen und Trägern der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII in Niedersachsen zusammen. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche besonderen zielgruppenspezifischen Zusatzangebote bereits bestehen, welche Bedarfe aus Sicht der Praxis ungedeckt bleiben und an welchen Stellen Kooperationen oder Schnittstellen weiterentwickelt werden sollten.

Unter zielgruppenspezifischen Zusatzangeboten werden hier ergänzende Angebote verstanden, die über das allgemeine Leistungsangebot hinaus bestimmte Bedarfslagen oder Personengruppen gezielt aufgreifen. Dazu zählen etwa gesundheitsbezogene Zugänge, muttersprachliche Beratung, aufsuchende Formate, Schutz- und Unterbringungsangebote, Angebote für Frauen/FLINTA*, für junge oder ältere Menschen sowie Unterstützung bei Tagesstruktur und digitaler Teilhabe.

Der Bericht gibt einen Überblick über (1) vorhandene Zusatzangebote, (2) Defizite und Bedarfe, (3) Kooperationen und Schnittstellen sowie (4) wahrgenommene Veränderungen in der Klientel. Ziel des Kapitels ist es, aus den Rückmeldungen der Praxis zentrale Entwicklungslinien und Handlungsfelder abzuleiten. Dabei geht es nicht um eine vollständige Bestandsaufnahme aller Angebote in Niedersachsen, sondern um eine fachliche Einordnung der gemeldeten Zusatzangebote, Versorgungslücken und Kooperationsbedarfe.

Die Ergebnisse bilden damit vor allem die Perspektive der Teilnehmenden bezogen auf die jeweiligen regionalen Zuständigkeitsbereiche ab und sind als praxisbezogene Einschätzung zu lesen.

4.2 Methodik

Datengrundlage ist eine Online-Befragung von Einrichtungen und Trägern der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII in Niedersachsen. Der Erhebungszeitraum umfasste den 13. Oktober bis 3. November 2025 und wurde zur Erhöhung der Beteiligung bis 21. November 2025 verlängert. Die Teilnahme erfolgte über Microsoft Forms (Office 365).

Für eine regionale Auswertung wurden die Teilnehmenden gebeten, pro Zuständigkeitsbereich einen eigenen Fragebogen auszufüllen. Träger mit mehreren Standorten bzw. Zuständigkeitsbereichen konnten entsprechend mehrere Rückmeldungen abgeben, sofern sich diese auf unterschiedliche regionale Zuständigkeitsbereiche bezogen.

Der Fragebogen kombinierte strukturierte Angaben mit offenen Freitextfeldern. Erhoben wurden unter anderem das Vorhandensein zielgruppenspezifischer Zusatzangebote, Gründe für deren Nicht-Vorhalten, Einschätzungen zu regionalen Versorgungsdefiziten sowie Angaben zu bekannten Angeboten, Kooperationen, Schnittstellen, wahrgenommenen Veränderungen in der Klientel und Verbesserungsbedarfen in der Praxis. Insgesamt gingen 50 Rückmeldungen ein. Die mediane Bearbeitungszeit lag bei 26 Minuten.

Die Auswertung erfolgte anonymisiert. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass es sich um Selbstauskünfte handelt und nicht aus allen Regionen Rückmeldungen vorliegen. Die Ergebnisse sind daher nicht als vollständige Bestandserhebung zu verstehen.

Tabelle 1: Rückmeldungen nach ZBS Regionalvertretung

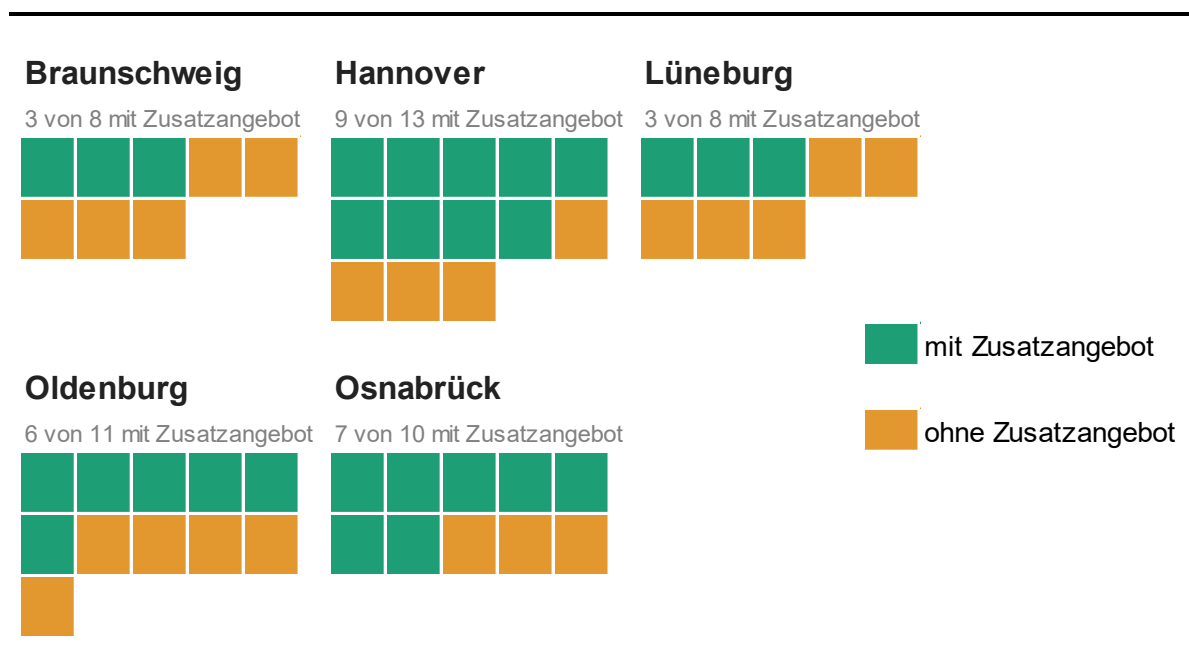
Regionalvertretung	Rückmeldungen	Anteil (in %)
Braunschweig	8	16%
Hannover	13	26%
Lüneburg	8	16%
Oldenburg	11	22%
Osnabrück	10	20%
Summe	50	100%

4.3 Ergebnisse der Befragung

4.3.1 Vorhandensein zielgruppenspezifischer Zusatzangebote

Von 50 Rückmeldungen gaben 28 an⁶, ergänzend zu den im Landesrahmenvertrag definierten Leistungstypen zielgruppenspezifische Zusatzangebote vorzuhalten (56 %). 22 Rückmeldungen (44 %) verneinten dies. Damit berichtet **mehr als die Hälfte** der Teilnehmenden über entsprechende Zusatzangebote. Wie sich der Anteil über die fünf Regionalvertretungen der ZBS Niedersachsen verteilt, zeigt Abbildung 1.

Abbildung 1: Zielgruppenspezifische Zusatzangebote nach ZBS Nds. Regionalvertretungen
(eine Kachel = eine Rückmeldung)



⁶ Eine Rückmeldung wurde aufgrund der inhaltlichen Angaben zu ergänzenden Angebotsbestandteilen fachlich den Zusatzangeboten zugerechnet, obwohl in der geschlossenen Ja/Nein-Frage „Nein“ ausgewählt wurde.

4.3.2 Zielgruppenspezifische Zusatzangebote der Träger

(Rückmeldungen ausschließlich von Trägern, die entsprechende Zusatzangebote tatsächlich vorhalten. Ein Träger konnte mehrere Einrichtungen vertreten.)

Die 28 Rückmeldungen, die zielgruppenspezifische Zusatzangebote beschreiben, zeigen ein breites Spektrum ergänzender Angebote. Genannt werden sowohl niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote als auch spezifische Unterbringungsformen, aufsuchende Formate, Angebote zur Tagesstruktur und einzelne arbeitsweltbezogene bzw. rehabilitative Maßnahmen. Die Angaben unterscheiden sich deutlich im Umfang: Einige Rückmeldungen beschreiben regelmäßig etablierte Angebote mit Angaben zu Plätzen, Kontakten, Häufigkeit oder Personaleinsatz, andere benennen eher einzelne ergänzende Angebotsbausteine.

Medizinische und gesundheitsbezogene Zusatzangebote

Ein wichtiger Themenbereich sind medizinische und gesundheitsbezogene Zusatzangebote. Mehrere Träger berichten von regelmäßigen medizinischen sowie psychiatrischen Sprechstunden, etwa in zweiwöchigem bzw. monatlichem Rhythmus. In einzelnen Fällen werden sehr hohe Kontaktzahlen⁷ und ein deutlicher Koordinations- und Unterstützungsbedarf beschrieben (u. a. mit Verwaltungs-/Assistenzanteilen und Ehrenamt). Ergänzend werden Wundversorgung, Gesundheitsberatung, Krisenintervention sowie Vermittlung/Begleitung in die Regelversorgung (Fachärzt:innen/Kliniken) genannt.

Eine stationäre Hilfe berichtet über medizinisch-hauswirtschaftliche Leistungen die täglich durch ca. zwei Vollzeitstellen erbracht werden sowie regelmäßige Freizeitangebote, 3x wöchentlich erbracht durch 0,15 Vollzeitstellen. Eine Krankenwohnung für fünf Personen beschreibt eine Struktur aus Sozialer Arbeit, Alltagsassistenten und Koordination.

Unterkunfts-, Not- und Übergangsangebote

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft ergänzende Unterkunfts-, Not- und Übergangsangebote. Mehrere Rückmeldungen nennen Notschlaf- und Übernachtungsstellen, teils mit der Möglichkeit, sich auch tagsüber in der Einrichtung aufzuhalten. Darüber hinaus werden Wohngruppen (u. a. für junge Erwachsene), Übergangswohnungen (inkl. einzelner Platz-/Zahlennennungen), ein Containerschlafplatz (auch mit Hund nutzbar) sowie ein Schutzraum/Separationsbereich für besonders schutzbedürftige Personen berichtet. Ebenfalls genannt werden geschlechtsspezifische Settings z. B. Frauen*-Tagesaufenthalt bzw. Frauenschutzbereiche.

Aufsuchende und mobile Angebote

Mehrere Rückmeldungen beschreiben aufsuchende Arbeit/Streetwork – teils medizinisch begleitet (z. B. Ärztin oder Pflegekraft) und in einem Fall mit Sprachmittlung (Rumänisch). Außerdem werden aufsuchende Sprechstunden in Notunterkünften genannt.

Diese Angebote richten sich vor allem an besonders schwer erreichbare Zielgruppen mit Lebensmittelpunkt auf der Straße.

Spezialisierte Beratung und Unterstützung

Genannt werden mehrsprachige Beratung (u. a. Deutsch/Englisch/Polnisch/Russisch), Migrationsberatung (als offenes, regelmäßiges Angebot) sowie einzelne spezialisierte Bausteine

⁷ Ein Standort meldet rund 5.000 Kontakte in der ärztlichen Sprechstunde pro Jahr

wie Schuldenberatung (z. T. extern) und kostenfreie Erstberatung durch Straf- und Sozialrechtsanwält:innen. Außerdem wird Jugendgerichtshilfe mit individueller Begleitung als zielgruppenspezifische Unterstützung benannt (z. B. zwei Klient:innen pro Quartal). In Einzelfällen werden außerdem Angebote für Frauen/FLINTA* sowie LGBTIQ+ Personen benannt.

Tagesstruktur, Grundversorgung und alltagspraktische Hilfen

Mehrere Träger berichten über Angebote der Grundversorgung, Tagesstruktur und alltagspraktischen Unterstützung. Genannt werden unter anderem regelmäßige Mittags- und Frühstücksangebote, Lebensmittelausgaben, Kleiderkammern, Wäscheangebote, postalische Erreichbarkeit und Geldverwaltung. Ergänzend werden Gruppenangebote (z. B. Frauengruppen/Frauenschwimmen, Krafttraining, Ausflüge) sowie Werkstattangebote (z. B. Fahrradwerkstatt) als tagesstrukturierende Elemente genannt.

Digitale Teilhabe

Vereinzelt werden Angebote zur digitalen Teilhabe beschrieben, etwa ein Digital-Café, Digitalisierungskurse oder niedrigschwellige Unterstützung beim Umgang mit digitalen Anforderungen.

Arbeitsweltnahe und rehabilitative Zusatzangebote

Einzelne Rückmeldungen benennen Arbeitsgelegenheiten sowie Langzeithilfe nach § 73 SGB XII mit Alltagsbegleitung.

Die gemeldeten Zusatzangebote decken ein weites Spektrum ab: gesundheitsbezogene Zugänge, ergänzende Unterbringungs- und Schutzangebote, aufsuchende Arbeit, spezialisierte Beratung, Tagesstruktur, Grundversorgung, digitale Unterstützung und einzelne arbeitsweltbezogene Maßnahmen. Viele teilen drei Merkmale: niedrige Zugangsschwellen, flexible Zugänge und eine Orientierung an konkreten Bedarfslagen.

Die Angebote unterscheiden sich stark in Umfang, Verbindlichkeit und Ausgestaltung. Manche Einrichtungen verfügen über fest etablierte Strukturen mit benannten Kontakten, Häufigkeiten und Personaleinsatz. Andere nennen einzelne Bausteine, die fallbezogen, projektförmig oder über bestehende Kooperationen umgesetzt werden.

Unterschiedliche regionale Angebotsprofile deuten sich an, lassen sich wegen der Anlage der Befragung aber nur vorsichtig deuten. Einzelne Rückmeldungen aus städtischen Räumen beschreiben stärker ausdifferenzierte Angebote, etwa gesundheitsbezogene, mehrsprachige oder diversitätssensible Beratung. Eine systematische Stadt-Land-Bewertung erlaubt die Befragung nicht.

4.3.2.1 Gründe für Nicht-Vorhalten zielgruppenspezifischer Zusatzangebote

Für das Fehlen eigener Zusatzangebote nennen die Einrichtungen wenige, wiederkehrende Gründe. An erster Stelle steht, dass entsprechende Angebote bereits von anderen Akteuren abgedeckt werden (n=13; davon n=9 ohne besondere Kooperation, n=4 im Rahmen von Kooperationen). Häufig sind außerdem Ressourcenengpässe: fehlendes Personal (n=9) und fehlende finanzielle Mittel (n=5).

Daneben geben einzelne Teilnehmende an, dass Zusatzangebote konzeptionell (noch) nicht vorgesehen sind (n=4) oder dass im eigenen Klientel kein zusätzlicher Bedarf gesehen wird

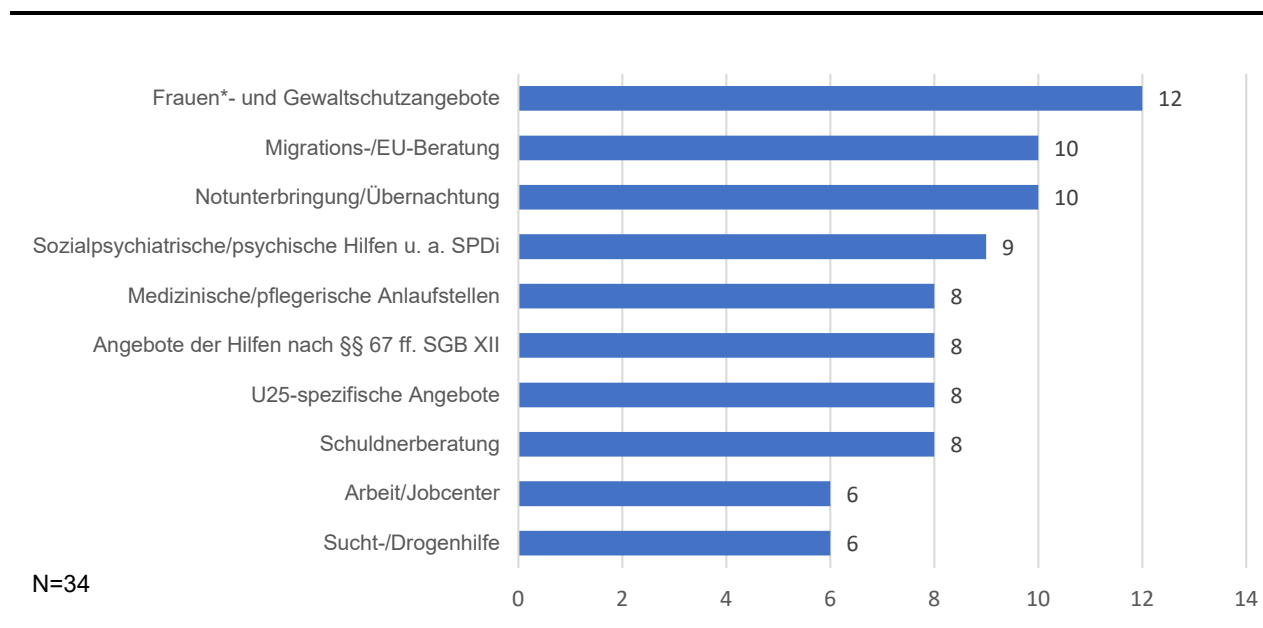
(n=4). Vereinzelt (jeweils n=1) werden eine zu kleine Zielgruppe bzw. ein bewusst unspezifischer Beratungsansatz als Begründung genannt.

Es überwiegen **strukturelle Gründe: Abdeckung durch Dritte sowie Personal- und Finanzengpässe**. Konzeptionelle Festlegungen und die Einschätzung „kein Bedarf“ kommen hinzu. Spezialisierung wird dagegen kaum grundsätzlich abgelehnt.

4.3.3 Bekannte regionale Angebote und Kooperationsbezüge

Das Freitextfeld zu bekannten regionalen Angeboten wurde in 34 der 50 Rückmeldungen ausgefüllt. Die Angaben beziehen sich auf weitere regionale Angebote im Umfeld der antwortenden Träger, nicht auf die von ihnen selbst in der Befragung angegebenen eigenen Leistungsangebote. Am häufigsten genannt werden **Frauen- und Gewaltschutzangebote** sowie **Migrations-/EU-Beratung**. Ebenfalls häufig benannt werden **Notunterbringung und Übernachtungsangebote** sowie **sozialpsychiatrische bzw. psychische Hilfen**. Weitere wiederkehrende Nennungen betreffen medizinische bzw. pflegerische Anlaufstellen, jugend- bzw. U25-spezifische Angebote, Schuldnerberatung sowie Sucht- und Drogenhilfe.

*Abbildung 2: Häufig genannte bekannte regionale Angebotsbereiche
(Mehrfachnennungen möglich; thematische Bündelung offener Freitextangabe.)*



Der Kooperationsstatus lässt sich aus den Freitexten nicht in allen Fällen eindeutig ableiten. In 20 der 34 einschlägigen Rückmeldungen wird Kooperation oder Zusammenarbeit ausdrücklich erwähnt, teils als enge bzw. regelhafte Kooperation, teils als fallbezogene Zusammenarbeit oder Weitervermittlung. Verbindliche Kooperationsbezüge werden demgegenüber nur vereinzelt ausdrücklich benannt. Geplante Kooperationen bzw. der Aufbau weiterer Angebote werden nur punktuell erwähnt. In einzelnen Rückmeldungen wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass keine verbindliche Kooperation besteht oder dass zwar Zusammenarbeit stattfindet, jedoch keine Kooperationsverträge vorliegen.

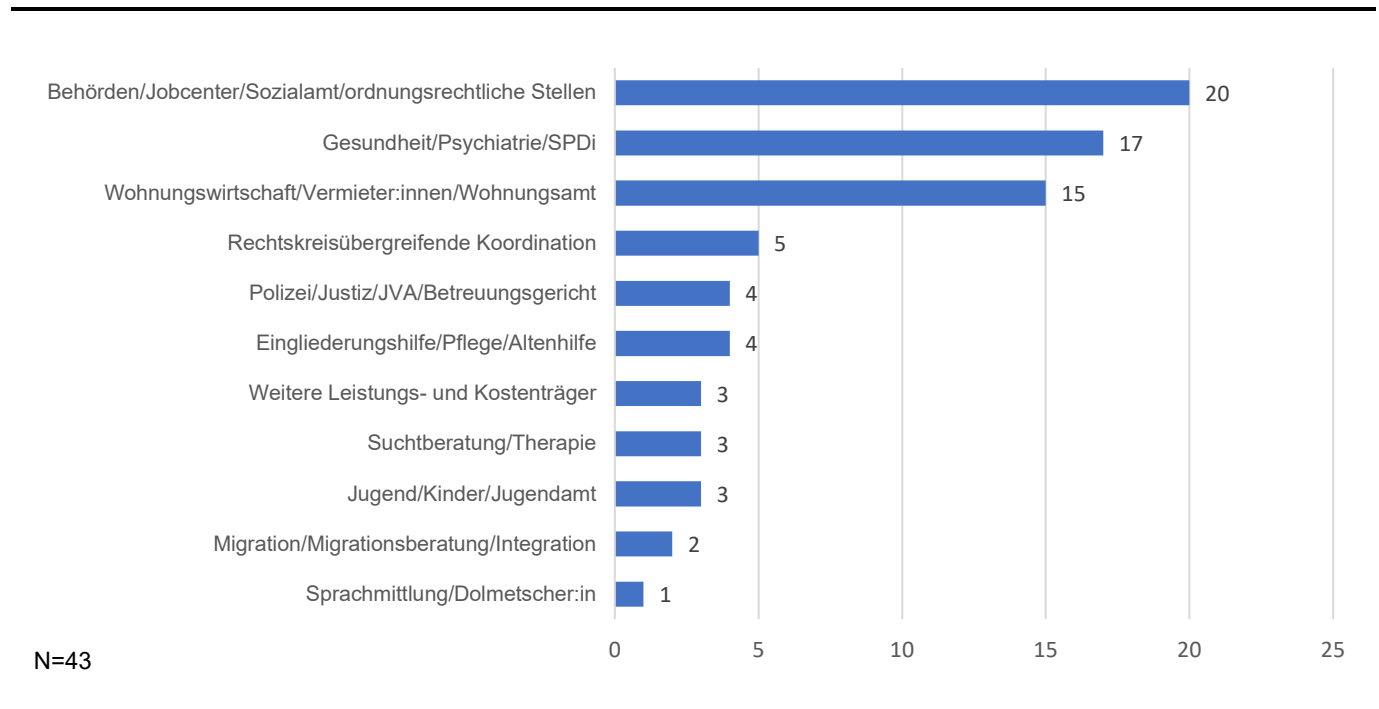
4.3.4 Ausbaufähige Kooperationen und Schnittstellen

Die Freitextangaben (n=43) zeigen, dass Ausbaubedarf vor allem an den Schnittstellen gesehen wird, an denen **Leistungsgewährung, Wohnraumsicherung und gesundheitliche Versorgung** praktisch organisiert werden.

Den größten Ausbaubedarf sehen die Einrichtungen bei der Zusammenarbeit mit **Behörden und Leistungsträgern** (Jobcenter, Sozialamt, ordnungsrechtliche Stellen). Gewünscht werden vor allem verlässlichere Erreichbarkeit, klarere Zuständigkeiten und schnellere Abstimmungen, damit Unterbringung und Leistungsgewährung seltener ins Stocken geraten. Fast ebenso stark gewichtet ist die Schnittstelle **Gesundheit/Psychiatrie** (u. a. SPD, Kliniken, Ärzt:innen/Institutsambulanzen): niedrigschwellige Zugänge, bessere Anschlussfähigkeit, weniger Reibungsverluste zwischen Hilfesystem und Regelversorgung. Es folgt der Bedarf gegenüber **Wohnungswirtschaft und Wohnungsamt**, verbunden mit der Erwartung, Zugänge zu Wohnraum planbarer und die Wohnraumsicherung verbindlicher zu machen.

Seltener, aber wiederkehrend werden weitere ausbaufähige Kooperationen genannt: rechtskreisübergreifende Koordination und Netzwerkarbeit, Übergänge zur Eingliederungshilfe, Pflege und Altenhilfe sowie Schnittstellen zu Polizei, Justiz, JVA oder Betreuungsgericht. Einzelne Nennungen betreffen Suchtberatung und Therapie, Krankenkassen und weitere Leistungsträger, Jugendhilfe, Migrationsberatung, Integration und Sprachmittlung. Der größte Hebel liegt damit an den Schlüsselstellen **Verwaltung/Leistung, Wohnen** und **Gesundheit/Psychiatrie**, ergänzt um Koordinations- und Übergangsthemen, die vor allem bei komplexen Fallkonstellationen wichtig werden.

Abbildung 3: Ausbaufähige Kooperationen



4.3.5 Zusätzliche zielgruppenspezifische Angebote/Maßnahmen mit Relevanz für die Praxis

Die Freitextangaben (n=39) zeigen, welche zusätzlichen Angebote oder Maßnahmen die Arbeit aus Sicht der Teilnehmenden spürbar verbessern würden. An erster Stelle stehen

wohnungsbezogene Maßnahmen: mehr bezahlbarer Wohnraum, zusätzliche Notschlaf- und Übernachtungsplätze (teils mit dem Wunsch nach Einzelzimmern), Übergangswohnen sowie Housing-First und schnellere, niedrigschwellige Verfahren zur Wohnraumvermittlung und zum Wohnraumerhalt.

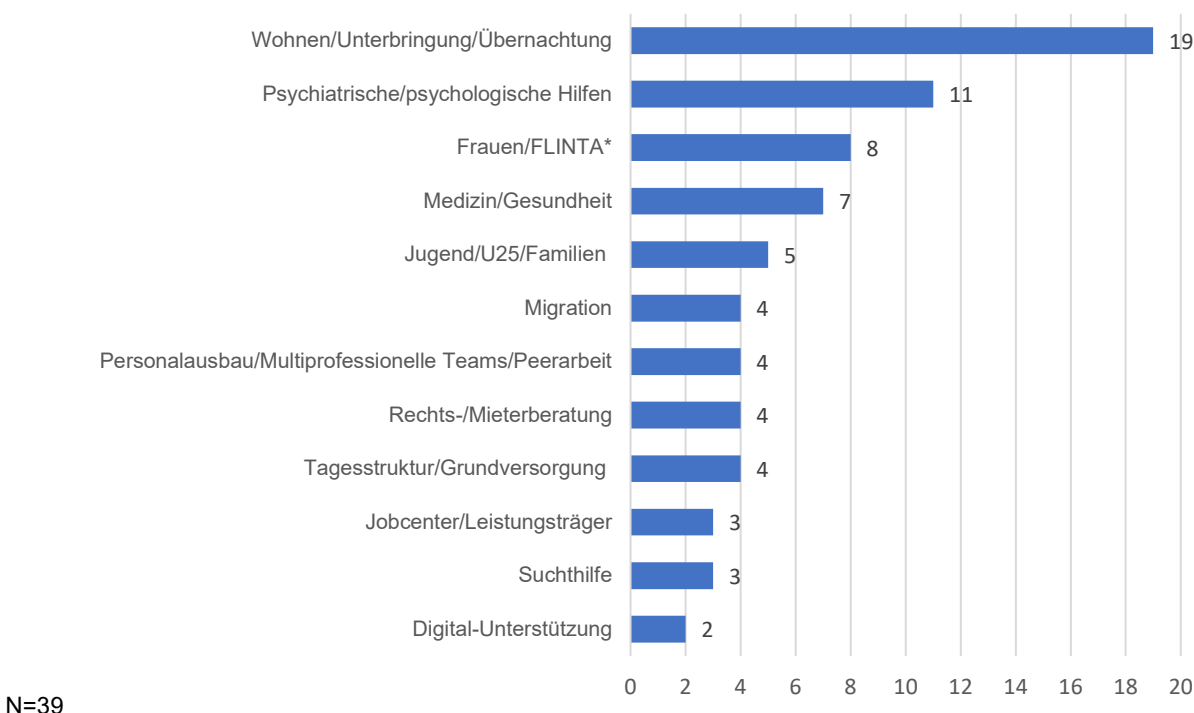
Einen weiteren Schwerpunkt bilden **psychiatrische, psychologische und medizinische Unterstützungsangebote**. Die Rückmeldungen beziehen sich sowohl auf niedrigschwellige ärztliche Versorgung, medizinische Anlaufstellen und gesundheitsbezogene Unterstützung als auch auf psychiatrische Sprechstunden, therapeutische Angebote, psychologische Unterstützung in den Einrichtungen und aufsuchende sozialpsychiatrische Hilfen.

Wiederkehrend benannt werden außerdem spezifische Schutz- und Unterstützungsangebote für **Frauen/FLINTA*** sowie Angebote für **junge Menschen und Menschen mit migrationsbezogenen Zugangshürden**. Daneben werden alltagspraktische Zugänge hervorgehoben, etwa Rechts- bzw. Mieter:innenberatung, Unterstützung bei Jobcenter- und Leistungsträgerkontakten, Tagesstruktur und Grundversorgung.

Ergänzend verweisen einzelne Rückmeldungen auf den Bedarf an mehr Personal, multiprofessionellen Teams, Peerarbeit und Alltagsbegleitung sowie auf suchtspezifische Unterstützungsangebote.

Viele der genannten Maßnahmen knüpfen an die zuvor beschriebenen Versorgungsdefizite und Schnittstellenprobleme an: Entlastung wird vor allem dort erwartet, wo Wohnraumzugänge, gesundheitliche und psychiatrische Versorgung sowie alltagspraktische Zugänge derzeit als besonders schwierig erlebt werden. Die Rückmeldungen verdeutlichen die Erwartung, dass gezielte Ergänzungen an diesen Schnittstellen die Arbeit der Mitarbeitenden substanziell erleichtern und gleichzeitig die Stabilisierung der Klient:innen nachhaltig verbessern könnten.

Abbildung 4: Zusätzliche zielgruppenspezifische Angebote und Maßnahmen mit Relevanz für die Praxis



4.3.6 Wesentliche Veränderungen in der Klientel in den letzten 5 Jahren

Die Freitextantworten (n=48) beschreiben zunehmend komplexe und instabile Hilfeverläufe. Am häufigsten genannt wird eine **Zunahme psychischer Erkrankungen, Auffälligkeiten und Krisen**, häufig zusammen mit Sucht- und Gesundheitsproblemen, Rückzug, fehlender Krankheitseinsicht und entsprechend höherem Bedarf an kontinuierlicher, multiprofessioneller Begleitung.

*„Die Klient*innen werden mehr, jünger und bringen einen immer größeren Rucksack an vor allem psychischen suchtbedingten Problemen mit.“*

Daneben verschärft sich die **Wohnungsproblematik**: mehr drohender oder eingetretener Wohnungsverlust, längere Verweildauer im Hilfesystem, teils Verwahrlosungs- bzw. ODS-Konstellationen. Mehrere Rückmeldungen berichten zudem von steigenden Anfragen und Fallzahlen.

Häufig wird außerdem eine **veränderte Altersstruktur** benannt. Mehrere Rückmeldungen beschreiben einen sinkenden Altersdurchschnitt bzw. mehr junge Erwachsene in der Hilfe. Gleichzeitig treten vermehrt ältere, hochaltrige, gesundheitlich eingeschränkte oder pflegebedürftige Klient:innen in Erscheinung.

Ergänzend wird insbesondere über zunehmende Armut und soziale Isolation berichtet. Daneben zeigt sich eine wachsende Heterogenität der Klientel, etwa durch mehr Frauen, Familien bzw. Alleinerziehende sowie mehr Menschen mit Migrations- oder EU-Bezug. Einige Rückmeldungen verweisen zudem auf mehr Aggressivität, Konflikte oder erhöhten Deeskalationsbedarf.

Flankierend werden Zugangshürden zur medizinischen Regelversorgung sowie behördliche/digitale Barrieren als Faktoren genannt, die Unterstützungsverläufe verlängern und verdichten.

Die Rückmeldungen benennen damit nicht nur einzelne neue Zielgruppen, sondern vor allem eine Verdichtung von Problemlagen.

Überblick: häufige Themen in den Freitextangaben, Mehrfachnennungen möglich

- **Zunahme psychischer Erkrankungen/Krisen** (*sehr häufig genannt*): häufig verbunden mit höherer Instabilität, fehlender Krankheitseinsicht und intensiverem Begleitbedarf.
- **sinkender Altersdurchschnitt / mehr junge Klient:innen** (*häufig genannt*): teils mit brüchigeren Bildungs-/Erwerbsbiografien und geringer Alltagskompetenz.
- **Verschärfte Wohnungsproblematik** (*häufig genannt*): mehr drohender oder eingetretener Wohnungsverlust, verdeckte Wohnungslosigkeit, längere Verbleibe im Wohnungsnotfall; teils auch Wohnungsverwahrlosung bzw. ODS-Konstellationen.
- **Armut, soziale Isolation und geringere Alltagsressourcen** (*häufig genannt*): zunehmende Verarmung, Einsamkeit, sozialer Ausschluss, Resignation sowie geringere Eigenständigkeit im Umgang mit Alltag, Behörden und Unterstützungsangeboten.
- **Steigende Fallzahlen/Anfragen** (*wiederkehrend genannt*): mehrfach wird ein spürbarer Nachfrageanstieg beschrieben (teils „massiv“).
- **Sucht/Konsum** (*wiederkehrend genannt*): zunehmender oder komplexerer Konsum, häufiger in Kombination mit psychischen Problemlagen.
- **Mehr ältere, gesundheitlich eingeschränkte oder pflegebedürftige Klient:innen** (*wiederkehrend genannt*): neben jüngeren Zielgruppen treten stärker Altersarmut, körperliche Einschränkungen und pflegerische Bedarfe hervor.
- **Aggressivität, Gewalt, Konflikte, Deeskalationsbedarf** (*wiederkehrend genannt*): mehr Konfliktdynamiken bzw. Sicherheits-/Deeskalationsbedarf.
- **Mehr Frauen, Familien, Alleinerziehende** (*wiederkehrend genannt*): punktuell als deutliche Veränderung benannt.
- **Migration/EU-Bezug und wachsende Heterogenität** (*wiederkehrend genannt*): mehr Menschen aus EU-Staaten bzw. mit Migrationshintergrund

4.3.7 Regionale Versorgungsdefizite

Die Einschätzungen zu regionalen Versorgungsdefiziten zeigen, in welchen Bereichen die Teilnehmenden den größten ungedeckten bzw. nicht ausreichend gedeckten Bedarf wahrnehmen. Die Bewertung erfolgte auf einer fünfstufigen Skala von „keine Versorgungsdefizite“ bis „sehr große Versorgungsdefizite“. Die Sonderkategorien „weiß nicht“ und „trifft nicht zu/kein Bedarf“ wurden nicht als Skalenwerte einbezogen. Daher variiert die Zahl der gültigen Bewertungen je Item.

Mit Abstand am stärksten wird der Mangel an **Wohnraum** bewertet (MW 4,7; n=49). Es folgen **psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote** (MW 4,1; n=49). Ebenfalls im oberen Bereich liegen **Unterstützung für LGBTIQ+ Personen** (MW 3,9; n=34)⁸, **geschlechtsspezifische Angebote** (MW 3,6; n=42), **medizinische Versorgung** (MW 3,6; n=50), **digitale Teilhabe** (MW 3,6; n=45) sowie **soziale Integration** (MW 3,5; n=45).

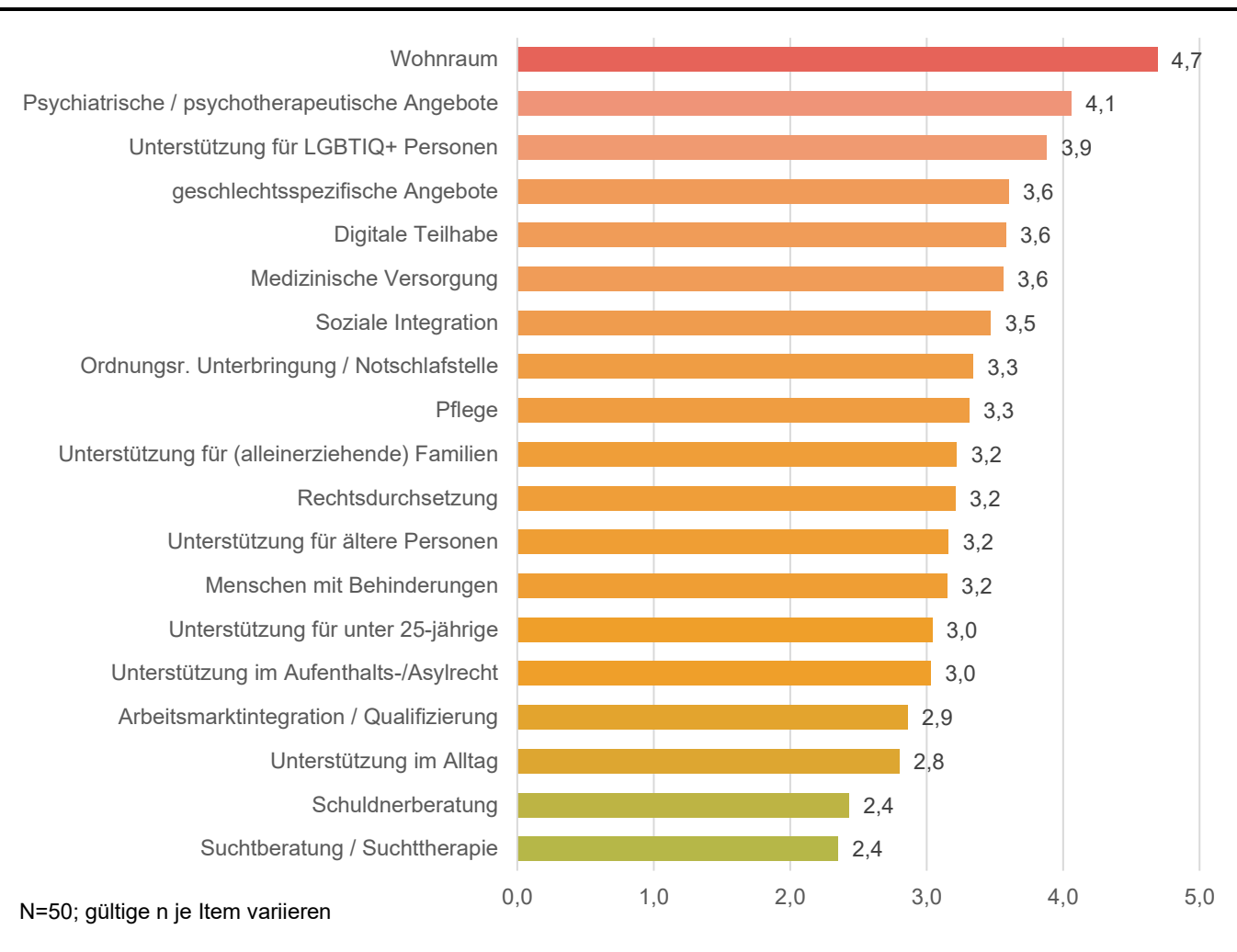
Im mittleren Feld werden unter anderem ordnungsrechtliche Unterbringung/Notschlafstelle (MW 3,3; n=50) und Pflege (MW 3,3; n=35)⁹ verortet. Weitere Unterstützungsbereiche (u. a. U25, Ältere, (alleinerziehende) Familien, Menschen mit Behinderungen, Rechtsdurchsetzung, Alltag, Arbeitsmarktintegration) bewegen sich überwiegend um MW 2,8–3,2 – bei teils deutlich variierenden Fallzahlen je Item.

Niedriger fallen Schuldnerberatung (MW 2,4; n=47) und Suchtberatung/-therapie (MW 2,4; n=49) aus. Dies spricht nicht gegen die Relevanz dieser Felder. Es zeigt vielmehr, dass sie im Vergleich zu Wohnraum sowie Gesundheits-/Psychiatriezugängen seltener als besonders großes regionales Versorgungsdefizit eingeschätzt werden.

⁸ Der vergleichsweise hohe Mittelwert bei Unterstützung für LGBTIQ+ Personen ist vor dem Hintergrund einer geringeren Zahl gültiger Bewertungen zu lesen. Hier liegen 34 bewertbare Einschätzungen vor. Zugleich wurde vergleichsweise häufig „weiß nicht“ (11 Nennungen) angegeben. Der Befund verweist damit auf deutliche Defizite in den bewertenden Rückmeldungen, ist jedoch weniger breit abgestützt als etwa die Einschätzungen zu Wohnraum, Psychiatrie oder medizinischer Versorgung.

⁹ Davon 13 „weiß nicht“ Nennungen

Abbildung 4: Mittelwerte Versorgungsdefizite
1=keine / 5=sehr große



Defizite sonstiges

Im ergänzenden Freitextfeld wurden 14 inhaltliche Zusatzbedarfe benannt.

Am häufigsten beziehen sich die Zusatznennungen auf **Wohn- und Unterbringungsfragen**. Genannt werden unter anderem altengerechtes bzw. bedarfsgerechtes Wohnen, Unterkünfte für Frauen und junge Erwachsene, begleitetes Wohnen bzw. Wohnungsakquise, Fachstellen zum Wohnungserhalt sowie geschützte stationäre Unterbringungsmöglichkeiten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen.

Daneben werden fehlende **Tagesaufenthalte bzw. Aufenthaltsorte** gesondert benannt. Weitere Rückmeldungen verweisen auf **finanzielle und infrastrukturelle Zugangshürden**, insbesondere Schwierigkeiten bei Kontoeröffnungen, die Erreichbarkeit von Geldinstituten sowie **Mobilität und Infrastruktur im ländlichen Raum**.

Ergänzend werden einzelne spezialisierte Unterstützungsbedarfe genannt, darunter Übergänge zur Eingliederungshilfe, niedrigschwellige onlinegestützte Schuldenberatung, passgenaue

Arbeitsmöglichkeiten inklusive Finanzierung, kostengünstige Freizeit- und Beschäftigungsangebote sowie Erziehungs-, Kinder- und Jugendberatung.

4.3.8 Grenzen der täglichen Arbeit

Die Freitextantworten (n=49) zeigen, an welchen Stellen die Teilnehmenden in der täglichen Arbeit besonders häufig an praktische, strukturelle oder fachliche Grenzen stoßen.

Am häufigsten wird der **Wohnungsmarkt** als zentrale Hürde beschrieben: fehlender bezahlbarer Wohnraum, geringe Verfügbarkeit geeigneter Unterkünfte und SCHUFA-bedingte Ausschlüsse erschweren Vermittlung und Stabilisierung erheblich.

Ein weiterer stark ausgeprägter Themenkomplex betrifft **psychische Erkrankungen sowie psychiatrische und medizinische Versorgung**. Genannt werden u. a. lange Wartezeiten, eingeschränkte Zugänge und Aufnahmestopps – oft in Kombination mit komplexen psychischen Problemlagen (z. B. Krisen, fehlende Krankheitseinsicht) und teils herausfordernden Verhaltensweisen, was den Unterstützungsaufwand deutlich erhöht.

Ebenfalls häufig werden **Behörden, Bürokratie, Verfahren und Datenschutz** als begrenzende Faktoren benannt. Dazu zählen langwierige oder komplizierte Antragswege, unklare Zuständigkeiten, erschwerte Kommunikation mit Jobcenter, Sozialamt, Ordnungsämtern oder anderen Stellen, datenschutzbedingte Verzögerungen sowie zeitintensive Verfahren im Kontext von Betreuung, Unterbringung oder Leistungsgewährung. Diese Faktoren binden Ressourcen, verzögern Entscheidungen und verschärfen Arbeitsverdichtung.

Hinzu kommen **Personalmangel, Zeitdruck und Arbeitsverdichtung**. Mehrere Teilnehmende beschreiben steigende Anfragen, komplexere Fallkonstellationen und einen höheren Begleitbedarf bei gleichzeitig begrenzten personellen Kapazitäten.

Zusätzlich werden **Sprach- und Digitalbarrieren** als Hürde genannt: fehlende Sprachmittlung und geringe digitale Kompetenzen erschweren Regelzugänge und erhöhen den Begleitbedarf (z. B. bei Online-Anträgen/Identifikation).

Vereinzelte Rückmeldungen außerdem auf Barrierefreiheit/Pflegebedarfe, zeitliche Versorgungslücken außerhalb von Öffnungszeiten sowie Sicherheitsaspekte.

Überblick: häufige Themen in den Freitextangaben, Mehrfachnennungen möglich

- **Wohnraum/Wohnungsmarkt** (*sehr häufig genannt*): fehlender bezahlbarer Wohnraum, geringe Verfügbarkeit geeigneter Unterkünfte, SCHUFA-Ausschlüsse, stockende Vermittlung
- **Psychische Erkrankungen sowie medizinische und psychiatrische Versorgung** (*häufig genannt*): lange Wartezeiten, Aufnahmestopps, Unterversorgung/fehlende Behandlungskapazitäten, fehlende Krisenpfade
- **Behörden, Bürokratie, Verfahren, Datenschutz** (*häufig genannt*): komplexe Antragswege, unklare Zuständigkeiten, schlechte Erreichbarkeit, Verzögerungen, Datenschutz als Kommunikationshürde
- **Personalmangel, Zeitdruck und Arbeitsverdichtung** (*häufig genannt*): steigende Fallzahlen bei begrenzten Ressourcen, hoher Begleitaufwand, fehlende Kapazitäten
- **Sprach- und Digitalbarrieren** (wiederkehrend genannt): fehlende Sprachmittlung, geringe digitale Kompetenzen, Online-Anträge/Identifikation als Hürde

- **Barrierefreiheit, Pflege, Behinderung** (*vereinzelt genannt*): körperliche Einschränkungen, pflegerische Bedarfe, fehlende barrierefreie Unterbringung/Versorgung
- **Öffnungszeiten und Versorgungslücken** (*vereinzelt genannt*): fehlende Schutz-/Aufenthaltssorte außerhalb der Öffnungszeiten (abends/wochenends)
- **Gewalt, Aggressivität und Deeskalationsbedarf** (*vereinzelt genannt*): herausfordernde Situationen im Kontakt mit Klient:innen, aggressives Verhalten oder erhöhter Sicherheits- und Deeskalationsbedarf.

4.3.9 Veränderungswünsche

Die Antworten (n=49) auf die Frage nach drei unmittelbar veränderbaren Punkten konzentrieren sich auf wenige Voraussetzungen gelingender Hilfe.

„Mehr bezahlbarer Wohnraum, bessere ärztliche und psychologische Versorgung, Veränderung der behördlichen Strukturen.“

An erster Stelle steht der **Zugang zu Wohnraum und Unterbringung**. Genannt werden mehr bezahlbarer und angemessener Wohnraum, sozialer Wohnungsbau, Wohnraumakquise, Übergangswohnungen, betreutes Wohnen, menschenwürdige Notschlafstellen bzw. Notunterkünfte sowie schnellere und verbindlichere Verfahren der Wohnraumvermittlung. Mehrfach wird außerdem der Wunsch nach passgenauen Wohn- und Unterbringungsformen für spezifische Zielgruppen formuliert, etwa für Frauen, junge Menschen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit psychischen bzw. Suchterkrankungen.

Ein zweiter Schwerpunkt betrifft **Gesundheit, Psychiatrie und Sucht**. Die Rückmeldungen benennen einen leichteren Zugang zu ärztlicher Versorgung, Psychotherapie, psychiatrischen Angeboten, medizinischer Versorgung vor Ort, Medikamenten sowie niedrigschwelligen oder aufsuchenden Hilfen. Dazu gehören auch bessere Anschlüsse an Kliniken, Alternativen zu psychiatrischen Einrichtungen, psychologische Unterstützung und suchtspezifische Angebote.

Ein dritter Schwerpunkt liegt auf dem **Abbau administrativer und praktischer Zugangsbarrieren**. Genannt werden einfachere und schnellere Verfahren bei Jobcenter, Sozialamt und kommunalen Behörden, weniger Bürokratie, bessere Erreichbarkeit, feste Ansprechpersonen, Sprachmittlung, Rechtsbeistand, Unterstützung bei Anträgen sowie ein leichter Zugang zu Sozialleistungen. Mehrfach wird deutlich, dass diese Zugänge für die Stabilisierung der Klient:innen ebenso bedeutsam sind wie zusätzliche Angebote selbst.

Ergänzend werden mehr Personal, eine auskömmliche Ausstattung der Angebote, größere bzw. geeignete Räumlichkeiten, Tagesaufenthalte, Essen, Gruppen- und Freizeitangebote sowie mehr gesellschaftliche Akzeptanz und Teilhabe benannt. Die Veränderungswünsche bestätigen die zuvor beschriebenen Engstellen: Entlastung wird vor allem durch mehr Wohnraum, bessere gesundheitliche und psychiatrische Versorgung sowie verlässlichere und niedrigschwelligere Zugänge zu Leistungen, Beratung und Unterstützung erwartet.

4.3.10 Fazit

Die Befragung kommt zu einem konsistenten Ergebnis: In der niedersächsischen Hilfe gem. §§ 67 ff. SGB XII besteht eine breite Basisversorgung, die vielerorts durch zielgruppenspezifische Zusatzangebote ergänzt wird. Dazu zählen niedrigschwellige Gesundheits- und Psychiatriezugänge, aufsuchende Formate, Schutz- und Beratungsangebote, Tagesstruktur, Grundversorgung und Unterstützung bei digitalen Angeboten. Die Einschätzungen zu den Versorgungsdefiziten setzen klare Schwerpunkte: Der größte Handlungsdruck liegt beim Zugang zu Wohnraum, gefolgt von psychiatrisch-psychotherapeutischen und medizinischen Angeboten. Deutlich benannt werden außerdem Versorgungsdefizite bei geschlechtsspezifischen Angeboten, Unterstützung für LGBTIQ+ Personen, digitaler Teilhabe und sozialer Integration.

Die qualitativen Rückmeldungen erklären den steigenden Druck im System praxisnah. Die teilnehmenden Träger und Einrichtungen berichten über zunehmend komplexe und instabile Hilfeverläufe, insbesondere durch mehr psychische Krisen, häufige Mehrfachbelastungen (u. a. Sucht- und Gesundheitsproblematiken) sowie eine demografische Spreizung mit mehr jüngeren und zugleich mehr älteren bzw. pflegebedürftigen Klient:innen. Als zentrale Grenzen im Arbeitsalltag gelten neben dem angespannten Wohnungsmarkt vor allem Zugangshürden in Gesundheit und Psychiatrie, Arbeitsverdichtung, Personalmangel sowie bürokratische und digitale Barrieren. Die Arbeit verschiebt sich damit in Richtung länger andauernder, koordinationsintensiver Unterstützung, die stärker von externen Schnittstellen abhängt.

Auch bei Schnittstellen und Kooperationen liegt der Schwerpunkt eindeutig. Der größte Ausbau- und Koordinationsbedarf wird an den Schlüsselstellen Verwaltung, Wohnen und Gesundheit/Psychiatrie gesehen, also dort, wo über Leistungszugang, Unterbringung/Wohnraumsicherung und Versorgungspfade entschieden wird. Kooperationen werden zwar häufig praktisch gelebt, sind aber je nach Region und Angebotsfeld unterschiedlich verbindlich. Fehlende Personal- und Finanzressourcen sowie eine bereits bestehende Abdeckung durch andere Akteure erklären, warum nicht überall eigene Zusatzangebote entstehen. Entlastung bringt deshalb weniger ein zusätzliches Einzelangebot als verlässlichere, schneller funktionierende Schnittstellen und klarere Zuständigkeiten an den entscheidenden Übergängen.

Aus den Veränderungswünschen ergeben sich **drei Ansatzpunkte**: Erstens sollten Wohnraumzugänge verbessert und passgenaue **Wohn- und Unterbringungsformen** gestärkt werden. Zweitens braucht es niedrigschwellige, verlässliche und möglichst anschlussfähige **Gesundheits- und Psychiatriepfade** (inkl. kurzfristig verfügbarer psychologischer Unterstützung und, wo nötig, integrierter bzw. aufsuchender Ansätze). Drittens sollten **Barrieren im Leistungs- und Verwaltungssystem** reduziert werden, etwa durch klare Zuständigkeiten, kurze Wege, feste Ansprechpersonen sowie Unterstützung bei Sprache, Recht, digitalen Verfahren und finanziellen Zugängen.

Hält man die bewerteten Versorgungsdefizite mit den offenen Angaben zu zusätzlichen zielgruppenspezifischen Angeboten oder Maßnahmen, die die Arbeit innerhalb oder außerhalb des eigenen Angebotes verbessern würden, sowie mit den auf drei Punkte begrenzten Top-3-Veränderungswünschen nebeneinander, decken sie sich an diesen Schwerpunkten weitgehend. An einzelnen zielgruppenspezifischen Themen passen die bewerteten Versorgungsdefizite und die formulierten Veränderungs- und Ausbauwünsche jedoch nicht zusammen. Am deutlichsten bei LGBTIQ+: Das Defizit zählt zu den am höchsten bewerteten,

wird aber seltener eingeschätzt und in den Veränderungs- und Ausbauwünschen nur vereinzelt ausdrücklich oder angrenzend aufgegriffen. Ähnliches gilt, schwächer, für Pflege und digitale Teilhabe. Beide Bereiche werden in den offenen Veränderungs- und Ausbauwünschen nur selten benannt, erscheinen aber teilweise angrenzend in Nennungen zu medizinischer Versorgung, älteren Menschen, Barrierefreiheit und Bürokratieabbau.

Ein hohes Defizit, das in den Veränderungswünschen kaum aufgegriffen wird oder von Teilen der Befragten nicht bewertet werden kann, deutet weniger auf geringe Relevanz als vielmehr auf geringe Sichtbarkeit hin: Diese Bedarfsfelder geraten seltener in den Blick.

Neben den drei Ansatzpunkten ergibt sich aus diesem Abgleich eine vorausschauende Aufgabe: Gruppen und Bedarfe, die heute noch wenig sichtbar sind, etwa LGBTIQ+, Pflege und digitale Teilhabe, frühzeitig zu erkennen und ihre Deckung im Blick zu behalten, bevor aus einem kaum wahrgenommenen Bedarf eine manifeste Unterversorgung wird. Die ZBS Niedersachsen versteht es als Teil der Weiterentwicklung der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII, solche Themen weiter zu beobachten und ihre Berücksichtigung aktiv anzustoßen. Gelingen kann das nur gemeinsam: mit Einrichtungsträgern und Einrichtungen, Leistungsträgern und Kommunen und den Expert:innen in eigener Sache selbst, deren Erfahrungsperspektive dafür unverzichtbar ist.

5. Austausch mit dem Vorstand der Selbstvertretung wohnungsloser Menschen e. V.

Gespräch mit Erfahrungsexpert:innen · Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII

*„Da fühlst du dich nicht wie abgearbeitet – da warst du nicht
nur ein Stück Papier.“*

Uwe (Vorstand) über eine Fachkraft, die „mehr als ihren Job“ machte

5.1 Anlass, Gesprächspartner:innen und Vorgehen

Die Selbstvertretung wohnungsloser Menschen (SwM e. V.) ist ein Zusammenschluss von wohnungslosen, ehemals wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen in Deutschland. Sie ging aus den ersten Wohnungslosentreffen (ab 2016) hervor und wurde 2019 als Verein gegründet.¹⁰ Der Vorstand bringt eigene Erfahrungen sowie gebündelte Rückmeldungen aus der Mitgliedschaft und aus Kontakten zu Menschen mit Wohnungs- und Obdachlosigkeitserfahrung ein. Beteiligung versteht die Selbstvertretung als Wesensmerkmal. Sie tritt dafür ein, dass der Anteil von Menschen mit Wohnungslosigkeitserfahrung in Gremien und Beteiligungsformaten substanziell erhöht wird, und sie wirkt an der Weiterentwicklung der Hilfen aktiv mit, etwa in den Facharbeitsgruppen des Nationalen Aktionsplans gegen Wohnungslosigkeit.

Im Mittelpunkt des Gesprächs steht die Perspektive der Erfahrungsexpert:innen und Nutzer:innen. Dabei ist ausdrücklich zu betonen, dass die Erfahrungsexpertise bei der Selbstvertretung wohnungsloser Menschen e. V. nicht allein beim Vorstand verortet ist, sondern in der gesamten Mitgliedschaft liegt. Grundlage der Mitgliedschaft ist die eigene Erfahrung mit Wohnungs- oder Obdachlosigkeit. Entsprechend bringt die Mitgliedschaft in ihrer Breite vielfältige Erfahrungs- und Nutzungsperspektiven ein.

Diese Perspektiven sind besonders wichtig, um beurteilen zu können, ob Angebote tatsächlich passgenau sind, welche Zielgruppen erreicht werden und wo Versorgungslücken bestehen. Der Austausch macht solche Lücken sichtbar und fragt nach der Passgenauigkeit. Zugleich entspricht er dem Auftrag der Selbstvertretung, die Angebote nach §§ 67 ff. SGB XII aus Sicht der Nutzenden weiterzuentwickeln. Beteiligung heißt hier nicht nachträgliche Anhörung, sondern Zusammenarbeit auf Augenhöhe: Die Angebote sollen gemeinsam mit den Menschen mit Wohnungs- und Obdachlosigkeitserfahrung gestaltet werden, nicht über ihren Kopf hinweg.

Das Gespräch fand am 3. Juni 2026 als rund zweistündige, moderierte Videokonferenz statt. Teilnehmende des Vorstands waren Corinna, Hartmut, Lucy, Lutz und Uwe. Geführt und ausgewertet wurde die Runde von der ZBS Niedersachsen. Zu Beginn verständigten sich alle auf das vertraute „Du“. Strukturiert war das Gespräch entlang von fünf Themenblöcken (Erreichbarkeit von Zielgruppen; Schutz, Geschlecht und Diskriminierung; Zugang, Sprache und Digitales; Barrierefreiheit, Gesundheit und Behinderung; Beteiligung und Rolle der

¹⁰ Selbstvertretung wohnungsloser Menschen e. V.: <https://wohnungslosentreffen.org/projekt-wohnungslosentreffen/> (zuletzt abgerufen Juni 2026).

Selbstvertretung). Fokus und Gegenstand des Gesprächs waren ausschließlich die Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII. Die Aussagen stammen teils aus eigener Erfahrung, teils aus dem, was die Mitglieder stellvertretend von anderen wissen. Die folgende Darstellung bleibt bewusst nah am Gesagten.

5.2 Wer wird erreicht – gelingende Zugänge und Lücken

Als Beispiel für ein gut passendes Angebot beschrieb Lutz ein gestuftes System in einer größeren Einrichtung, in der er selbst lebt: Aufnahme in einer Herberge (Aufenthalt bis zu 28 Tagen), anschließend Clearing. Wer sich für ein Bleiben entscheidet, kommt danach in eine Wohngruppe, dann in ein Einzelappartement, weiter in Außenwohngruppen und – wenn es passt – in eigenen Wohnraum. Auf die Nachfrage, ob ein solches Stufensystem nicht problematisch sei, betonte er, er empfinde es als positiv und gut gehandhabt. Die Einrichtung tue viel dafür, biete Weiterbildungen an, beziehe die Bewohner:innen ein und frage sie um Rat. Über ein Mitwirkungs-gremium funktioniere die Partizipation gut. Hartmut schilderte als weiteres gelungenes Beispiel eine ambulante Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII mit Wohnraumakquise im ländlichen Raum. Das Besondere sei damals der gute, schnelle Zugang zu Wohnraum gewesen, verbunden mit einem guten Rundumpaket an Unterstützung, sodass sich die Stelle „auf der Straße“ als gute Adresse herumsprach. Die Auszahlung der Tagessätze stand dabei nicht im Fokus und wurde davon getrennt vom Landkreis übernommen.

An diese Beispiele knüpfte Hartmut eine grundsätzliche Kritik am Zugang: Der Einstieg in die 67er-Hilfe werde „zu kompliziert“ gemacht. Ein vollständiger Hilfeplan sei gesetzlich keine Zugangsvoraussetzung und dürfe kein Hemmnis sein. Nötig sei zunächst der einfache Zugang und sofortige Hilfe, der Hilfeplan könne im weiteren Prozess entwickelt werden. Dass die Landesrahmenverträge bundesweit uneinheitlich geregelt seien, erschwere die Lage zusätzlich. Wir ergänzten, dass in Niedersachsen neue, vereinfachte Antragsverfahren entwickelt wurden und Soforthilfe über das Basisangebot möglich sei. Ein Antrag bleibe zu einem späteren Zeitpunkt aber erforderlich.

Bei der Frage nach nicht oder schlecht erreichten Zielgruppen nannte die Gruppe: Frauen in verdeckter Wohnungslosigkeit, Menschen mit Tier (Hund oder Katze), Menschen mit Suchterkrankungen, psychisch Kranke und Pflegebedürftige, Jugendliche sowie Menschen im ländlichen Raum. Beim Thema Tiere bestätigte Corinna, dass Betroffene häufig nicht aufgenommen werden könnten, weil kein Platz für die Tiere vorhanden sei; Hunde würden dann getrennt – auf der Straße sei das anders. Als Positivbeispiele wurden Übergangswohnungen, in denen ein Hund erlaubt ist (Hartmut), sowie einzelne Einrichtungen mit Hundezwinger, in denen Tiere mit aufgenommen werden (Lutz), angeführt. Solche Stellen seien deutschlandweit aber „an den Fingern abzuzählen“.

Besonders eindringlich war das Thema Familien und Frauen mit Kindern: Aus Angst, dass die Kinder in Obhut genommen werden, meldeten sich viele Betroffene gar nicht erst als wohnungslos. Corinna schilderte, dass Familien getrennt untergebracht würden und Söhne ab einem bestimmten Alter von der Mutter getrennt würden. Angebote für Frau und Kind seien dünn. Für Menschen mit gesundheitlichen Problemen seien viele Einrichtungen nicht ausgelegt – es gehe zunächst nur um die Unterbringung, während die gesundheitlichen Probleme fortbestünden.

Auf die Frage, was ein 67er-Angebot mindestens leisten müsse, damit es als passend erlebt wird, stand die verlässliche, aktuelle Information im Vordergrund: Lutz betonte, er müsse

erfahren, welche Möglichkeiten er habe, um eine Perspektive zu finden – sonst denke man „das passt eh nicht“ und ziehe weiter. Lucy ergänzte, Informationen müssten stets aktualisiert sein, auch im Hinblick darauf, ob eine Stelle überhaupt noch existiere. Informationswege seien Internet, Flyer und Mund-zu-Mund-Propaganda. Lutz merkte kritisch an, dass Kommunen ihre Angebote teils bewusst „flach“ hielten, um einen Zuzugs- bzw. Jo-Jo-Effekt zu vermeiden. Hartmut verwies auf den Bedarf an guter Beratung über mögliche Kombinationen von Hilfen (etwa mit der Jugendhilfe) und auf entsprechenden Schulungsbedarf des Personals. Lucy hob – als Jüngste in der Runde – den Ausbau übergreifender Hilfeketten hervor, gerade an der Schnittstelle zur Jugendhilfe, aus der man mit 27 herausfalle und sich dann, weitgehend auf sich selbst gestellt, neu orientieren müsse.

Auf die zugespitzte Frage, welche eine Zielgruppe morgen zusätzlich verlässlich erreicht werden sollte, nannten die Teilnehmenden vor allem Frauen, Menschen mit Behinderung und Migrant:innen sowie psychisch erkrankte Menschen und Menschen mit Einschränkungen jeder Form. Lutz veranschaulichte dies am Rollstuhl: Säße er selbst im Rollstuhl, hätte er erhebliche Probleme, überhaupt Angebote anzunehmen oder zu bekommen.

5.3 Schutz, Geschlecht und Diskriminierung

Woran eine Frau merken würde, dass ein Angebot für sie mitgedacht wurde, machten die Teilnehmenden an eigenen Räumen und Schutz fest. Corinna berichtete von einem Negativbeispiel, bei dem einer Frau bedeutet wurde, entweder das Angebot in einem Männerwohnbereich anzunehmen oder „auf die Straße zurück“ zu gehen – dies betreffe sowohl die Unterbringung als auch die stationäre Hilfe. Abgetrennte Frauenbereiche befürwortete sie ausdrücklich als Standard. Mehrfach genannt wurden nicht abschließbare Toiletten und Nasszellen. Lucy stellte klar, dass nicht ein Schloss an der Etage genüge, sondern die sanitäre Anlage selbst abschließbar sein müsse. Als positives Gegenbeispiel nannte Lutz eine Einrichtung, in der Frauen in Einzelappartements untergebracht würden und überwiegend weibliche Bezugspersonen zur Verfügung stünden – eine Frau spreche oft offener mit einer Frau. Vereinzelt gebe es zusätzliche Angebote wie die Ausgabe von Hygieneartikeln, ein Frauenfrühstück oder Gewaltschutztraining, dies aber sehr punktuell.

Beim Thema Familien betonte Lutz, ein Angebot müsse die gesamte Familie mitdenken und nicht jedes Mitglied einzeln versorgen. Entscheidend sei das Versprechen, die Familie zu schützen und nicht auseinanderzureißen. Andernfalls versteckten sich Betroffene. Für den ländlichen Raum wurde diskutiert, ob spezielle Familienangebote überregional, etwa für ein größeres Einzugsgebiet mehrerer Kommunen oder eines Landkreises, vorgehalten werden könnten. Sei der Schutz der Familie gesichert, seien Betroffene auch eher bereit, in einen anderen Landkreis zu gehen. Lutz verwies darauf, dass „Familie und Wohnungslosigkeit“ auch Thema des diesjährigen Wohnungslosentreffens sei.

Zu LGBTQ+-Personen herrschte Einigkeit, dass dieser Aspekt „erst anfangen“ und noch nicht überall auf dem Plan stehe. Lucy schilderte konkret das Problem nichtbinärer Personen: Bei einer strikten Trennung in Männer- und Frauenbereiche stelle sich die Frage „wo soll ich denn hin?“ Nichtbinäre Menschen würden wenig gesehen und gehört, und eine Zuordnung etwa zum Frauenbereich könne dort wiederum zu Konflikten führen.

Beim Thema Rassismus und Mehrfachdiskriminierung nannte Lutz fehlende Dolmetscher:innen, fehlende Informationen in passenden Sprachen, mangelnde kultursensible Beratung sowie das Fehlen klarer Regeln gegen Rassismus. Ein eigenes Problem seien Diskriminierung und

Unfreundlichkeiten unter den Nutzenden selbst, bei denen das Personal eingreifen müsse. Lutz berichtete zudem von Stimmungen, die manche Klient:innen äußerten – etwa die Wahrnehmung, Geflüchtete (beispielsweise aus der Ukraine) würden bei Wohnungen bevorzugt. Er gab dies als Beobachtung wieder, die unter manchen Betroffenen kursiere, und betonte, dass hier mehr aufgeklärt werden müsse. Als zentrales Schutzversprechen, das in allen 67er-Angeboten verankert sein sollte, nannten Hartmut und Lutz übereinstimmend Gewaltfreiheit bzw. den Schutz vor Gewalt.

5.4 Zugang, Information und digitale Teilhabe

Hilfe scheitere häufig schon, bevor sie überhaupt beginne – vor allem am Informationszugang (Lucy): Entweder fehle der Zugriff auf Informationen, oder man könne damit nicht umgehen; gerade am Anfang, noch unvernetzt, sei schwer herauszufinden, wohin man sich wenden könne. Uwe wies auf einen weiteren Punkt hin: Auch Sachbearbeiter:innen und Sozialarbeiter:innen wüssten teils selbst nicht, welche Mittel ihnen zur Verfügung stünden. Er sehe hier Weiterbildungsbedarf. Es werde zwar viel getan – Supervision, Treffen –, „aber informativ fehlt ihnen was, was sie uns weitergeben müssten“.

Bei der digitalen Teilhabe waren sich die Teilnehmenden einig, dass Unterstützung weitgehend fehle. Schulungen bzw. niedrigschwellige Hilfe (etwa beim Einrichten von E-Mails) wurden als Lücke benannt. Lutz schilderte, er hätte Hilfe beim Ausfüllen von Unterlagen gebraucht. Erschwerend komme hinzu, dass Terminabsprachen oft nur digital oder telefonisch möglich seien und das Scannen oder Ausdrucken von Dokumenten zur Hürde werde. Als Positivbeispiel nannte er ein Internet-/Webcafé in seiner Einrichtung, wo bei Fragen jemand helfe, „aber es könnte ein bisschen mehr sein“. Wie grundlegend die Hürden sind, verdeutlichte er mit der Abwägung: Müsse er entscheiden zwischen Essen und einem Handy mit Datenvolumen, entscheide er sich meist für das Essen. Lucy ergänzte, dass Handys – draußen wie in Schlafstellen – häufig gestohlen würden und man dann ohne Gerät dastehe. Uwe wies darauf hin, dass für die Freischaltung von SIM-Karten eine Adresse und zuerst ein Ausweis nötig seien. Er regte an, dass Nothilfestellen gebrauchte bzw. ausgemusterte Geräte organisieren und ggf. eingeschränkt nutzbare Karten ausgeben könnten – die Träger kämen an solche Geräte besser heran als der einzelne Mensch auf der Straße. Verteilaktionen für gebrauchte Geräte – etwa über ein Digitalcafé – blieben jedoch „ein Tropfen auf den heißen Stein“.

Der ländliche Raum zog sich als Querschnittsthema durch: Große Entfernungen verhinderten bereits den Zugang zu Hilfen. Aufsuchende Hilfe sei nötig, aber schwer „in die Fläche“ zu transportieren (Lutz). Hartmut hob die Übergangswohnung als gute, eher ambulante Lösung hervor – der Bedarf sei dort kleiner, und niedrigere Mietpreise machten den Weg in eine eigene Wohnung eher möglich.

5.5 Barrierefreiheit, Gesundheit, Sucht und Behinderung

Bauliche Barrieren wurden konkret benannt: enge Treppenaufgänge und fehlende barrierefreie WCs (Lutz). Uwe schilderte für zwei „Tagestreffs“ in seiner Region, dass ein Rollstuhlfahrer dort nicht einmal auf die Toilette komme, geschweige denn zur Waschmaschine – dabei sei das ein Treffpunkt, an dem sich die Leute treffen und erst einmal kennenlernen sollten. Lutz wies darauf hin, dass psychisch kranke Menschen in Mehrbettzimmern ohne Ruhe und Rückzug untergebracht würden, was wenig förderlich sei.

Bei der Gesundheitsversorgung sei „draußen“ schwer ein zuständiger Arzt zu finden. Lucy merkte an, dass manche Hausärzt:innen nach Postleitzahl annehmen, was zusätzlich

Klient:innen ausschlieÙe. Ohne Krankenversicherung bzw. Versichertenkarte sei man „aufgeschmissen“ (Lutz). Hartmut verwies auf das Problem, dass etwa Einstufungen durch den Medizinischen Dienst (z. B. für einen Pflegegrad) ambulant kaum möglich seien, sodass Menschen die ihnen zustehende Einstufung faktisch nicht erhielten. Gewünscht wurde eine engere Zusammenarbeit mit der Suchthilfe, der Psychiatrie und der medizinischen Versorgung.

Kontrovers, aber differenziert wurde über Abstinenzregeln gesprochen. Lutz kritisierte das pauschale Verbot von Alkohol und sämtlichen Substanzen als zu starr und nicht variabel; wer nicht auffällig werde, dürfe auch einmal ein, zwei Bier trinken oder einen Joint rauchen. Er plädierte für einen freieren, akzeptierenden Umgang. Lucy brachte eine Schutzperspektive ein: Wer „gerade die Kurve bekommen“ habe, für den sei es problematisch, auf engem Raum mit Konsumierenden untergebracht zu sein. Man müsse beides trennen, etwa über eigene Wohngruppen. Lutz griff dies auf: Es brauche – nach Einschätzung der Sozialarbeit – auch Angebote für Konsumierende, nicht für alle, aber als verfügbare Option. Hartmut ordnete Alkohol als „Volkskrankheit“ ein, mit der man prinzipiell umgehen müsse, solange kein Schaden entstehe, zugleich seien Regeln nachvollziehbar, wenn schlechte Erfahrungen vorlägen.

Bei psychischen Belastungen verwies Lutz darauf, dass eine umfassende Versorgung (Psychiater und Arzt vor Ort, barrierefreie Zimmer) zwar an einzelnen Standorten gegeben sei, an anderen aber fehle, selbst in vergleichbar großen Einrichtungen. Gerade die Barrierefreiheit liege „noch sehr im Argen“. Uwe hob den Wert eines leichten Zugangs zu Therapien und tragfähiger Beziehungen hervor: Entscheidend sei, an die richtige Person zu geraten und Vertrauen zu finden. Manche Fachkräfte leisteten „mehr als ihren Job“ – bei ihnen fühle man sich „nicht wie abgearbeitet“, die Hilfe sei „mehr persönlich“ und „nicht nur ein Stück Papier“. Solche Erfahrungen seien allerdings eher die Ausnahme als die Regel. Großes Gewicht legten die Teilnehmenden auf Peer-Arbeit: Als Peer könne man nachempfinden, wie sich ein Mensch fühle, und Tipps geben, auch in beratender Funktion für die Sozialarbeit (Lutz). Psychisch erkrankte Menschen „draußen“ hätten es am schwersten (Uwe). Lucy verwies auf den Nutzen von Peers an der Schwelle zwischen Betroffenen und Sozialarbeit. Uwe hielt Peer-Unterstützung letztlich „für alle“ sinnvoll.

5.6 Beteiligung und Rolle der Selbstvertretung

Auf die Frage, wann sie sich in Beteiligungsformaten ernst genommen geföhlt hätten und wann eher als Aushängeschild, antwortete Lutz, dass die Beteiligung speziell bei den 67er-Hilfen erst in den Anfangsstadien stehe. Bisher seien die Erfahrungen der Selbstvertretung dort „nicht ernst genommen“ worden, das ändere sich jetzt aber zunehmend. Als gelingende Formate nannte Lutz runde Tische, etwa seine Teilnahme an einem runden Tisch eines Sozialministeriums, bei dem die Expertise der Selbstvertretung gefragt sei. Hartmut schilderte ein Schulprojekt im Rahmen einer „sozialen Woche“, bei dem er die Selbstvertretung und die Perspektive Betroffener vorstellte. Entscheidend sei, so Lutz, dass Angebote und Formate gemeinsam mit der Selbstvertretung entwickelt würden – nicht über deren Kopf hinweg, sondern „wie du und ich“.

Uwe übte deutliche Kritik an der mangelnden Zusammenarbeit der Träger untereinander: Einrichtungen wollten Klient:innen „behalten“, und selbst innerhalb desselben Verbands arbeiteten benachbarte Träger – er nannte das Verhältnis zweier großer Wohlfahrtsverbände – nicht zusammen. Das ziehe sich „quer durch Deutschland“ und sei ein großes Problem, gerade für die Weitervermittlung, etwa in spezialisierte stationäre Hilfen. Mit Blick auf die Selbstvertretung selbst benannte Lutz Frauen und junge Menschen als unterrepräsentiert. Bei

Frauen sei – etwa durch eine stärkere Gewichtung ihrer Stimme – bereits gegengesteuert worden. Bei jungen Menschen stehe dies noch am Anfang, man befrage derzeit junge Menschen, die Wohnungslosigkeit ihrer Eltern erlebt hätten, um daraus etwas zu entwickeln.

In der Schlussrunde brachte Uwe das Thema Fremdsprachen ein und fragte, ob Fachkräfte sprachlich weitergebildet oder Dolmetscher:innen vermittelt würden. Dafür gibt es bislang nur vereinzelte Lösungen – etwa interne Übersichten über die Sprachkenntnisse der Mitarbeitenden oder Sprachmittlungs- und Dolmetscherdienste –, flächendeckend ist beides nicht.

5.7 Querschnittsbefunde

Über die Themenblöcke hinweg verdichten sich aus der Nutzungsperspektive mehrere Querschnittsthemen. Im Vordergrund stehen ein niedrigschwelliger Zugang und verlässliche, aktuelle Information über Möglichkeiten und Ansprüche, ein „Wegweiser“. Dazu kommen Schutz vor Gewalt und geschlechtersensible, abschließbare Räume, die Berücksichtigung der ganzen Familie statt getrennter Unterbringung sowie bauliche und gesundheitsbezogene Barrierefreiheit. Weiter genannt wurden ein akzeptierender Umgang mit Sucht, aufsuchende und überregionale Lösungen für den ländlichen Raum und die Förderung von Peer-Arbeit. Das verbindende Element ist eine echte Beteiligung der Selbstvertretung an der Weiterentwicklung der Angebote nach §§ 67 ff. SGB XII.

Mehrere dieser Punkte werden gerade dort sichtbar, wo Angebote bislang nur die Unterbringung, nicht aber den individuellen Bedarf der Menschen in den Blick nehmen. Der Austausch macht konkret, woran Nutzende Passgenauigkeit festmachen – und an welchen Stellen die 67er-Hilfen aus ihrer Sicht noch nicht halten, was sie sollen. Sinnbildlich dafür steht Uwes Lob für eine Fachkraft, die ihm sehr geholfen hat und bei der man sich „nicht wie abgearbeitet“ fühlte, sondern „mehr persönlich“ aufgehoben. Gerade diese Beziehungsqualität – Zeit, Vertrauen und ein Gegenüber, das den Menschen nicht als Fall, sondern als Person sieht – erscheint vielen als wesentlich. Zielgruppenspezifische Weiterentwicklung der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII heißt aus Sicht der Selbstvertretung daher nicht nur, Räume, Regeln und Zugänge anzupassen, sondern Angebote so auszustatten, dass tragfähige Beziehungen zur Regel statt zur Ausnahme werden und die Betroffenen selbst daran mitwirken.

Zentrale Beratungsstelle Niedersachsen (ZBS Nds.) • Gespräch per Videokonferenz, Juni 2026

Die Inhalte beruhen auf einem Gespräch mit dem Vorstand der Selbstvertretung wohnungsloser Menschen e. V. und wurden vor Veröffentlichung mit der Einrichtung abgestimmt.

6. Praxisbeispiele für zielgruppenspezifische Angebote und Einrichtungen

6.1 Gesundheitsversorgung und Pflege in der stationären Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII – ein Blick nach Kästorf

Das letzte Sprungbrett vor der Straße

Wenn Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten älter, krank und pflegebedürftig werden – wohin gehen sie dann? Die stationäre Wohnungslosenhilfe in Kästorf bei Gifhorn, betrieben von der Diakonischen Gesellschaft Wohnen und Beraten (DWB), hat dafür über viele Jahre eigene Strukturen entwickelt. Hier leben rund 115 Bewohnerinnen und Bewohner, viele von ihnen vorgealtert, suchterkrankt, mehrfach gesundheitlich beeinträchtigt. Im Rahmen unseres Schwerpunktberichts zu zielgruppenspezifischen Bedarfen haben wir die Einrichtung als Praxisbeispiel für besonderen Gesundheits- und Pflegebedarf ausgewählt. Das Gespräch führten wir im April 2026 per Videokonferenz mit Heimleiterin Cora Jendro sowie den Sozialarbeitenden Daniela Bombach und Marc Zimmermann.

Eckdaten auf einen Blick

Träger	Diakonische Gesellschaft Wohnen und Beraten GmbH (DWB), Dachstiftung Diakonie
Standort	Hauptstraße 57 B, 38518 Kästorf (Gifhorn) – weitläufiges Gelände mit Bungalow-Anlagen und einem barrierefreien Hauptgebäude
Team	Sozialpädagogische Mitarbeitende Hauswirtschaftlich und medizinische Fachkräfte Mitarbeitende für Fahr- und Pfortendienste Nachtwachen. Enge Anbindung und Kooperation mit Hausärzt:innen, Fachärzt:innen, ambulantem Pflegedienst, Psychiatrie und Hospizverein
Bewohnerschaft / Zielgruppe	Rund 115 Menschen, vom jungen Erwachsenen (ab 21) bis ins hohe Alter. Wohnungslose Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, häufig chronisch mehrfach beeinträchtigt und suchterkrankt
Finanzierung / Rechtsgrundlage	Leistungsvereinbarung nach §§ 67 ff. SGB XII des Landes Niedersachsen

Ein Ort am Übergang von Wohnungsnotfallhilfe, Gesundheit und Pflege

Daniela Bombach arbeitet seit 2009 in Kästorf, ihr Kollege Marc Zimmermann sogar seit 1999. Wenn die beiden über ihre Arbeit sprechen, wird schnell klar, wo sie sich verorten: am Rand, wo andere Hilfen aufhören. Für manche Menschen kann Kästorf dort noch einmal zum Sprungbrett werden, in Stabilität, in Unterstützung oder in eine passende andere Hilfeform.

„Wenn Menschen bei uns von der Straße kommen – egal welcher Tag, welche Uhrzeit – sind wir immer erst mal dran zu prüfen, dass wir aufnehmen und dem Menschen helfen. Wir sind so etwas wie das letzte Sprungbrett vor der Straße. Oder auch danach.“

Daniela Bombach, Sozialpädagogische Mitarbeiterin

Menschen kommen aus der Haft, aus Kliniken, von der Straße, oft nach Jahren ohne hausärztliche Anbindung, häufig mit Suchterkrankung und gesundheitlicher Vernachlässigung. Das Spektrum reicht von Anfang zwanzig bis ins hohe Alter. Und viele bleiben bis zuletzt: „Viele Menschen versterben auch bei uns, wenn es möglich ist“, sagt Daniela Bombach.

Kästorf unterscheidet intern faktisch zwei Wohnbereiche. Eine eher jüngere Bewohnerschaft, die noch nicht so stark eingeschränkt ist, und einen Versorgungsbereich mit mindestens 80 Menschen, von denen der überwiegende Teil bereits einen Pflegebedarf hat. Es sind oft vorgealterte Menschen. Manche sind erst 45, aber durch Sucht, Krebs oder schwere Erkrankungen bereits stark gezeichnet. Ein großer Teil ist zwischen 55 und 65, häufig mit Pflegegrad 1 oder 2 und mit Rollator unterwegs.

Versorgung, die mitwächst

Das Besondere an Kästorf hat eine Geschichte. Früher gab es hier eine eigene Arztpraxis mit Krankenstation. Das Stammhaus am „Isenwald“ gehörte einst der Altenhilfe und wurde 2011 von der Diakonischen Gesellschaft Wohnen und Beraten übernommen. Erhalten geblieben ist ein Versorgungsansatz, der über die klassische stationäre Wohnungslosenhilfe hinausgeht: Neben der Bezugssozialarbeit beschäftigt die Einrichtung zwei hauswirtschaftliche Kräfte und eine medizinische Fachangestellte. Das Stammhaus ist baulich nahezu wie ein Pflegeheim ausgestattet, mit Fahrstuhl, großzügigen Räumen, rollstuhlgerecht. Teile der Bungalow-Anlagen sind barrierefrei ausgestattet.

Die medizinische Versorgung ist eng getaktet. Der Hausarzt kommt mindestens einmal im Monat zur Visite, bei Bedarf wöchentlich donnerstags, wenn in der Dienstbesprechung mehrere Anliegen zusammenkommen. Im Herbst kommt ein Praxisteam für Impfungen ins Haus, ein Angebot, das gut angenommen wird. Dazu regelmäßige Blutabnahmen, Fußpflege alle sechs Wochen und der tägliche Austausch zwischen Bezugssozialarbeit, medizinischer Fachkraft und ambulantem Pflegedienst. So ist über Jahre ein Netzwerk gewachsen.

„Da ist ein enges Netzwerk entstanden. Wir können uns aufeinander verlassen und einspielen – das ist inzwischen ein eingespieltes Team.“

Marc Zimmermann, Sozialpädagogischer Mitarbeiter

Cora Jendro, die seit rund vier Jahren die Heimleitung innehat, betont einen Punkt, der leicht übersehen wird: Das Netz trägt nicht nur die, die bereits einen Pflegegrad haben. Es fängt gerade auch jene auf, deren Bedarf für einen Pflegegrad (noch) nicht ausreicht oder die Hilfe schlicht noch nicht annehmen können.

„Wir können gerade auch für diejenigen ein besonderes Angebot vorhalten, die noch keinen Pflegegrad haben – oder bei denen der Bedarf da ist, die Person das aber nicht annehmen kann. Diese Lücke zur Überbrückung schließen zu können, das ist hier in Kästorf eine Spezialität.“

Cora Jendro, Heimleitung Stationäre Hilfe gem. §§ 67 ff. SGB XII

Manche werden ohne laufende Krankenversicherung aufgenommen, mit akutem medizinischem Bedarf und mit Medikamenten, die sie brauchen. Dann überbrückt die Einrichtung, bis Ansprüche geklärt und Leistungen abgesichert sind. Eine Verwaltungskraft wirkt bei der Anmeldung zur Krankenversicherung mit, in engem Austausch mit der Sozialarbeit. Der über Jahre aufgebaute Erfahrungsschatz, sagt Cora Jendro, mache hier den Unterschied.

Was die Menschen mitbringen

Auf die Frage, was gesundheitlich ganz oben aufliegt, antwortet Daniela Bombach ohne Zögern: Alkoholismus, vorrangig, daneben Konsum weiterer Drogen und dessen Folgen. Aus der Sucht erwachsen die Folgeerkrankungen, allen voran die Polyneuropathie, die Taubheits- und Gangstörungen in den Beinen, die viele Bewohner:innen mit sich tragen. Krebserkrankungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt und ihre Folgen sind ständige Themen. Hinzu kommen psychische Erkrankungen: Psychosen, wahnhafte Vorstellungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, letztere teils mit Suizidalität oder Gefährdung verbunden.

Der Weg in eine Behandlung ist selten gerade. „Das ist eine große Hürde für diese Menschen“, sagt Daniela Bombach. Der Prozess kann sich über Jahre ziehen. Es beginnt beim Hausarzt, der den ersten Check macht, aus dem sich die weiteren Schritte ergeben. Doch das setzt Vertrauen voraus, und solches Vertrauen entsteht nicht sofort, sondern wächst oft erst im Verlauf der Begleitung.

„Viele Bewohnerinnen und Bewohner bringen belastende Erfahrungen mit und begegnen neuen Unterstützungsangeboten daher zunächst mit Vorsicht. Am schnellsten gewinnt die Bezugssozialarbeit Vertrauen – und darüber werden viele Türen geöffnet. Dann schaltet man vorsichtig die Hauswirtschaft mit dazu. Das geht nur mit sehr viel Feingefühl.“

Daniela Bombach

Diese Haltung prägt die ganze Arbeit. Niemand wird gedrängt. „Die Würde des Menschen ist unantastbar – das ist auch der Fokus und Vorrang“, sagt Daniela Bombach. Weil die Hilfe niedrigschwellig ist und man die Wege Schritt für Schritt gemeinsam geht, können viele Bewohnerinnen und Bewohner Unterstützung annehmen, die sie andernorts ablehnen würden. Und manchmal, sagt Marc Zimmermann, muss man Menschen auch ermutigen, überhaupt um Hilfe zu bitten.

„Manche sagen: Herr Zimmermann, wir sehen Sie immer hin und her laufen, Sie haben so viel zu tun, wir wollen Sie nicht mit unseren Problemen behelligen. Dann sage ich: Nein, dafür bin ich da. Sie sollen mich anrufen, vorbeikommen. Und wenn Sie nicht können, komme ich vorbei.“

Marc Zimmermann

Zwei Fallbeispiele aus der Praxis

Zwei anonymisierte Fallbeschreibungen zeigen, wie die Arbeit in der Praxis aussieht und wo ihre Grenzen liegen.

1 • Wenn Pflege schneller kommt als gedacht

Ein Bewohner lebte zunächst eigenständig in einer kleinen Wohnung in einem der Bungalows, einmal wöchentlich kam der Pflegedienst zum Tablettenstellen. Eine frühere Zehenamputation hatte er nicht behandeln lassen, das sei seine Angelegenheit, hatte er gesagt. Innerhalb von drei Monaten änderte sich die Lage dramatisch: weitere Amputationen am Fuß, während des Krankenhausaufenthalts wurde der Übergang auf einen höheren Pflegegrad eingeleitet, ein rechtlicher Betreuer bestellt. Am Ende stand Pflegegrad 3, und damit der Punkt, an dem der Kostenträger eine Weitervermittlung verlangte. In enger, fast täglicher Abstimmung mit Arzt, Betreuer und Pflegeheim wurde der Mann in eine Einrichtung nach Hannover begleitet, in die Nähe seiner Mutter. „Ein ganz schöner Aufriss, weil das alles in drei Monaten ging“, erinnert sich Marc Zimmermann. „Aber es hat funktioniert, weil wir uns fast täglich abgesprochen haben.“

2 • Eine Krise, ein Netzwerk

Ein Mann, jahrzehntelang auf der Straße, seit über einem Jahr in Kästorf angekommen, eine erfreuliche Entwicklung. Dann häuften sich schwere körperliche Eingriffe: ein komplizierter Fußbruch, große Operationen, eine Gefäßerkrankung. Nach Jahren erstmals länger im Krankenhaus, geriet er psychisch aus dem Gleichgewicht. Zunächst suizidale Gedanken, später Situationen mit Eigen- und Fremdgefährdung, die mehrfach Einsätze erforderten. In Kooperation mit dem psychiatrischen Dienst und mit Hilfe der Psychiaterin, die direkt auf dem Gelände tätig ist, konnte die Lage immer wieder aufgefangen werden. Solche Verläufe, sagt Daniela Bombach, seien eine der größten Herausforderungen. Sie werfen Fragen auf, die Kästorf allein nicht beantworten kann.

Wo die Grenzen liegen

Eine pauschale Linie lässt sich nicht ziehen, betont Cora Jendro, es hängt stark vom Einzelfall ab. Aber wo der ambulante Pflegedienst nicht mehr ausreicht, wo Menschen sich nicht mehr

selbst waschen, ankleiden oder den Weg zum Essen finden können, wo mehrmals täglich Unterstützung nötig wäre, ist die Grenze erreicht. Bei rund 115 Personen ist es schlicht nicht leistbar, drei- bis fünfmal täglich zu einer einzelnen Person zu gehen. Auch fortgeschrittene Demenz oder eine vollständige Pflegebedürftigkeit überschreiten das, was hier geleistet werden kann. Dann ist die Weitervermittlung in die Altenhilfe der richtige Weg. Erleichtert wird das dadurch, dass ein stationäres Pflegeheim sich direkt auf dem Gelände befindet, Tür an Tür, auf die Klientel eingestellt.

Auch solche Übergänge werden in Kästorf möglichst frühzeitig vorbereitet, betont Cora Jendro. In der Praxis gelingt das aber nicht immer geradlinig. Viele Bewohner:innen haben über Jahre hinweg kaum offizielle medizinische oder pflegerische Unterstützung in Anspruch genommen, aus Skepsis, aufgrund belastender Erfahrungen mit Institutionen oder weil Vertrauen erst langsam entstehen muss. Wenn sich ein Gesundheits- oder Pflegeverlauf dann schneller zuspitzt als erwartet, bleibt für die Vermittlung in eine Pflegeeinrichtung manchmal nicht die Zeit, die für kleine, tragfähige Schritte nötig wäre. Die Mitarbeitenden bewegen sich dann in einem Spannungsfeld. Sie achten den Wunsch des Menschen, möglichst vertraut und selbstbestimmt zu bleiben, müssen zugleich aber sicherstellen, dass die Versorgung innerhalb der Einrichtung verantwortbar abgesichert werden kann.

Eine Ausnahme machen die Mitarbeitenden bewusst beim Sterben. In enger Zusammenarbeit mit dem Hospizverein wird Begleitung bis zuletzt ermöglicht, wenn der Mensch es sich wünscht und die Umstände es zulassen. „Wir haben es möglich machen können, dass Menschen bei uns sterben konnten, weil es ihr Wunsch war“, sagt Daniela Bombach. Eine Gratwanderung, jedes Mal aufs Neue abzuwägen.

Die größten Reibungspunkte entstehen nicht im Angebot, sondern an seinen Schnittstellen. Krankenhausentlassungen am Freitagnachmittag, ohne Vorankündigung, manchmal medizinisch noch nicht stabil. Dann muss schnell ein Zimmer hergerichtet, Medikamente besorgt, eine Versorgung sichergestellt werden, notfalls von den Sozialarbeitenden selbst. „Das haben wir fast einmal im Monat“, sagt Daniela Bombach. „Und so schnell ist kein Pflegegrad auf den Weg gebracht, so schnell ist kein(e) Betreuer:in installiert.“

Hinzu kommt ein strukturelles Problem, das Cora Jendro offen anspricht: Die Wahrnehmung von außen ordnet Kästorf häufig in die „Schublade Pflegeeinrichtung“ ein, etwa wenn es um die Behandlungspflege geht. Weil das Haus medizinische und hauswirtschaftliche Kräfte vorhält und einen erheblichen Anteil an Arbeit leistet, die in der reinen Hilfe gem. §§ 67 ff. SGB XII gar nicht vorgesehen ist, entsteht nach außen der Eindruck, „die kriegen das ja schon hin“. Tatsächlich werden diese Leistungen seit Jahren in Eigenleistung des Trägers erbracht, ohne in der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung abgebildet zu sein. Inzwischen wird der besondere medizinisch-pflegerische Bedarf dieser Zielgruppe auch genauer erhoben – mit dem Ziel, das Angebot auf eine tragfähigere Grundlage zu stellen.

„Natürlich kriegen wir es hin, weil uns die Menschen so wichtig sind und wir sie ja nicht einfach übers Wochenende in ihrem Zimmer verlassen können. Das macht es eben manchmal schwierig.“

Cora Jendro

Fazit

Kästorf zeigt, was stationäre Wohnungslosenhilfe gem. §§ 67 ff. SGB XII leisten kann, wenn Gesundheit und Pflege konsequent mitgedacht werden. Und es zeigt, welcher Aufwand dahintersteckt. Verlässliche Bezugssozialarbeit, eigenes medizinisch-hauswirtschaftliches Personal, ein weitgehend barrierearmer Bau und ein über Jahre gewachsenes Netzwerk aus Hausärzt:innen, Pflegedienst, Psychiatrie, Hospizverein und einer Altenhilfe Tür an Tür: zusammen ermöglichen sie eine Versorgung, die für diese Zielgruppe andernorts oft schwer zugänglich ist, bis hin zur Begleitung am Lebensende.

Zugleich macht das Gespräch deutlich, wo die Strukturen an Grenzen stoßen. Etwa bei der Refinanzierung von Leistungen, die faktisch erbracht, aber nicht vorgesehen sind. Bei den Schnittstellen zu Krankenhaus und Kostenträgern. Und bei der Einordnung eines Angebots, das sich keiner gängigen Kategorie fügt.

Zentrale Beratungsstelle Niedersachsen (ZBS Nds.) • Gespräch per Videokonferenz, April 2026

Die Inhalte beruhen auf einem Gespräch mit der Einrichtungsleitung und sozialpädagogischen Mitarbeitenden und wurden vor Veröffentlichung mit der Einrichtung abgestimmt.

6.2 „Unter uns“ Frauenspezifische Beratung in Braunschweig

Aus einem Modellprojekt wird ein verlässliches Angebot: Eindrücke aus Braunschweig

Als die Diakonische Gesellschaft Wohnen und Beraten (DWB) im August 2019 die Beratungsstelle „Unter uns“ in Braunschweig eröffnete, füllte sie eine Lücke im Hilfesystem. Für wohnungslose Frauen, zumal mit Gewalterfahrungen oder Kindern, fehlte zuvor ein ausdrücklich auf ihre Bedürfnisse ausgerichteter Schutz- und Beratungsraum. Das Modellprojekt, über Jahre hinweg von der ZBS Niedersachsen evaluiert und begleitet, ist längst kein Pilotversuch mehr: Es wurde dauerhaft fortgeführt und fest im bestehenden Angebot verankert. Beim Besuch im Februar 2026 haben wir mit den Mitarbeiterinnen Mona Bothe und Patricia Kirsch gesprochen.

Träger	Diakonische Gesellschaft Wohnen und Beraten GmbH (DWB)
Standort	Kohlmarkt 11, 38100 Braunschweig (Innenstadt) • Übergangswohnung in unmittelbarer Nähe
Team	2 sozialpädagogische Mitarbeiterinnen – Mona Bothe und Patricia Kirsch
Eröffnung / Status	August 2019 (Modellprojekt) → heute verstetigt als Regelangebot
Zielgruppe	Frauen in besonderen sozialen Schwierigkeiten mit und ohne Kinder – von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen, in unzumutbaren Wohnverhältnissen, mit Gewalterfahrungen u. a.
Finanzierung / Rechtsgrundlage	Leistungsvereinbarung nach §§ 67 ff. SGB XII des Landes Niedersachsen

Ein Ort, der anders ist

Wer die Räume am Kohlmarkt betritt, spürt zunächst die Ruhe des offenen Bereichs. Der große Gemeinschaftsraum ist klar gegliedert, aus der kleinen Küche zieht der Duft von Kaffee herüber, im Aufenthaltsbereich liegen Flyer verschiedener Einrichtungen aus. Für vertrauliche Gespräche stehen zwei separate Beratungsräume bereit. Der gesamte Bereich ist ausschließlich Frauen vorbehalten; Männer betreten ihn nicht.

Hier setzt das Konzept an. Wohnungslose Frauen bleiben in klassischen Einrichtungen oft unsichtbar. Sie suchen die gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen häufig nicht auf und leben verdeckt wohnungslos, etwa bei Bekannten und in Partnerschaften, nicht selten geprägt von belastenden oder kontrollierenden Dynamiken, sowie anderen Abhängigkeitsverhältnissen.

Gewalt ist nicht selten der Auslöser für den Wohnungsverlust, manchmal mehrfach. Ein gemischtes Umfeld schreckt viele ab und erschwert den Vertrauensaufbau. „Unter uns“ setzt hier an: mit einem ausschließlich weiblichen Schutzraum, niedrigschwelliger Beratung und einer angeschlossenen Übergangswohnung, die eine unmittelbare Unterkunft ermöglicht, ohne erst weitervermitteln zu müssen.

„Wir bieten einen geschützten Raum, Männer haben hier keinen Zutritt. Außerdem haben wir die Möglichkeit einer Notwohnung. Wenn jemand in einer akuten Krise hereinkommt, können wir unmittelbar reagieren, ohne erst an eine andere Stelle verweisen zu müssen.“

Patricia Kirsch, Sozialpädagogische Mitarbeiterin

Wen das Angebot erreicht

Die Frauen, die „Unter uns“ aufsuchen, kommen selten aus gesicherten Verhältnissen. Viele haben zum Zeitpunkt des Erstkontakts keinen eigenen Mietvertrag.

Das Altersspektrum der Klientinnen ist breit, mit einem Schwerpunkt in der mittleren Lebensphase. Im Gespräch berichten Mona Bothe und Patricia Kirsch, dass der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund weiter gestiegen ist und Kinder präsenter werden. Zugleich: Frauen, die früher lange zögerten, kommen heute früher. Das Angebot hat sich herumgesprochen.

Die Themen, mit denen Frauen kommen, drehen sich vor allem um Wohnungserhalt und drohenden Wohnungsverlust, um Existenzsicherung und oft auch um psychische Belastungen. Der Zusammenhang zwischen Gewalt und Wohnungslosigkeit zieht sich durch viele Biografien: Nicht selten haben Frauen durch Gewalt ihre Wohnung verloren – manche mehr als einmal.

„Viele kommen aus Gewaltbeziehungen, mit Kindern. Auch Frauenhäuser verweisen an uns. Mund-zu-Mund Propaganda funktioniert, und auch die Verweisung durch Institutionen.“

Mona Bothe, Sozialpädagogische Mitarbeiterin

Wie die Arbeit aussieht

Das Angebot ist so konzipiert, dass möglichst vieles an einem Ort möglich ist: Beratung, Dusche, Wäsche waschen, PC-Nutzung für Bewerbungen und Behördenpost, kleine tagesstrukturierende Angebote. Dazu kommen Begleitungen, etwa zu Wohnungsbesichtigungen, zum Jobcenter oder zur Zentralen Stelle Wohnraumhilfe, und bei Bedarf Hausbesuche. Die angeschlossene Zweizimmerwohnung steht für akute Übernachtungsnotfälle bereit.

Nach der Pandemiephase, in der zeitweise nur Telefonberatung möglich war, ist das Team zu offenen Sprechzeiten zurückgekehrt, ganz bewusst, wie Patricia Kirsch sagt. Die offenen Sprechzeiten senken die Zugangshürde und passen zur Lebenslage von Frauen in akuten Krisen. Darüber hinaus finden weiterhin Terminvereinbarungen statt.

„Einiges klären wir kurz per Mail oder Telefon, doch häufig kommen die Frauen direkt zu den offenen Sprechzeiten. Dann geht es ins Einzelgespräch. Wir fragen: Was können wir heute konkret tun?“

Mona Bothe

Ein auffälliger Nebeneffekt ist, dass die Frauen sich untereinander vernetzen. Nummern werden ausgetauscht, kleine soziale Netze entstehen. Das Arbeitsklima trägt dazu bei und es ist kein Zufall, dass viele der Klientinnen über Hörensagen und Weiterempfehlung kamen. Die „Beste Werbung“, sagen Mona Bothe und Patricia Kirsch, ist die, die sie nicht machen.

„Das Arbeitsklima ist spürbar. Frauen sagen, sie fühlen sich angenommen. Und sie vernetzen sich untereinander rasant: Nummern werden ausgetauscht, soziale Netze entstehen.“

Patricia Kirsch

Was das Angebot leistet

Was „Unter uns“ auszeichnet, lässt sich im Gespräch spüren und in Ergebnissen ablesen: Viele, die ohne eigenen Mietvertrag kamen, wohnen am Ende der Beratung gesichert, in einer eigenen Wohnung, einer betreuten Unterkunft, oder zumindest in einer stabileren Situation als zuvor. Das subjektive Sicherheitsgefühl in den Räumen ist durchgängig hoch, auch in den Beratungsgesprächen bestätigt sich das.

Aus Sicht der ZBS Niedersachsen sind dafür mehrere Faktoren zentral. Weil der Schutzraum nur Frauen offensteht, fällt der Zugang leichter und die Frauen fühlen sich sicherer. Die unmittelbare Unterbringungsoption ist ein fachlich relevanter Bestandteil des Ansatzes. Beratung, Tagesstruktur und Unterstützung in sozialrechtlichen Fragen greifen ineinander, sodass Übergänge gelingen. Und die intensive Vernetzung mit dem Hilfesystem, etwas mit Frauenhaus, Jobcenter, Migrationsberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst. Sie erhöht Reichweite und Passgenauigkeit.

Gewaltbezogene Fälle erfordern besonders viel Zeit und Fingerspitzengefühl. Die Mitarbeiterinnen schildern, wie sie die Zielkonflikte zwischen Sicherheit, Kindern und Unterkunft moderieren: Das lässt sich nie optimal lösen, aber pragmatisch gestalten.

„Bei Gewalt braucht es Zeit. Je nach Problemlage ist der Zugang mal schnell, mal langsam.“

Mona Bothe

Fazit

„Unter uns“ zeigt, dass frauenspezifische Hilfe im Rahmen der Angebote gem. §§ 67 SGB XII weit mehr ist als ein Nischenangebot und in vielen Fällen einen wichtigen Zugang für Frauen schafft, die im allgemeinen Hilfesystem nicht oder zu spät ankommen. Das Angebot schafft Sicherheit, ermöglicht Stabilisierung und begleitet zielgerichtet in dauerhafte Wohnverhältnisse. Die Kombination aus Beratung, Schutzraum und unmittelbarer Unterbringungsoption bildet dabei ein zentrales Element des Konzeptes. Aus Sicht der ZBS Niedersachsen kann der Ansatz auch andernorts Orientierung geben, sofern kommunale Unterbringungslogiken und Ressourcen mitgedacht werden.

Für die Weiterentwicklung nennen die Mitarbeiterinnen mehrere Punkte. Mehr Unterkunftsplätze, familiengerecht und flexibler, würden den Spielraum erweitern, ebenso eine zuverlässige, kurzfristige Weitervermittlung. Wo Gewaltschutz und Wohnungslosenhilfe sich überschneiden, braucht es spezialisierte Beratung, eine enge Vernetzung mit den zuständigen Stellen und qualifizierte Sprachmittlung, besonders für Frauen mit Migrationshintergrund. Die Gruppenangebote, von Anfang an als Ergänzung gedacht, laufen bereits. Ideen, um sie auszubauen, sind genug da.

Zentrale Beratungsstelle Niedersachsen (ZBS Nds.) • Gespräch vor Ort, Februar 2026

Die Inhalte beruhen auf einem Gespräch mit den sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen und wurden vor Veröffentlichung mit der Einrichtung abgestimmt.

6.3 SORA* - Ambulante Dienste für Frauen* und FLINTA*

Der Verein SeWo e.V. ist ein anerkannter Leistungserbringer verschiedener Angebote in Hannover, die auf der Rechtsgrundlage §§ 67 ff. SGB XII basieren und bietet hier seit vielen Jahren frauen*spezifischen Hilfen an. Frauen* sind spezifischen Armutsrisiken ausgesetzt, die auf gesellschaftlich strukturierte Lebensverhältnisse zurückzuführen sind. 2023 wurde mit dem Angebot „SORA* - Ambulante Dienste für Frauen* und FLINTA*“ ein weiteres zielgruppen-spezifisches Beratungsangebot etabliert, das sich an Frauen* sowie auch explizit an Personen richtet, die sich als Teil der FLINTA* Gruppen identifizieren. Das Akronym FLINTA* steht für Frauen*, Lesben, intergeschlechtliche* nicht-binäre, trans*- und agender Personen. FLINTA* erweitert dabei den Blick auf geschlechtsspezifische Diskriminierung intersektional und dient als Überbegriff, den, bei aller Heterogenität der Gruppen, die (Diskriminierungs-) Erfahrungen mit patriarchalen Strukturen eint. Das * dient als Platzhalter, um weitere Identitäten miteinzuschließen, die sich in dem Akronym nicht wiederfinden.

Das Beratungsangebot „SORA* – Ambulante Dienste für Frauen* und FLINTA*“ bietet Hilfen gemäß §§ 67 ff. SGB XII an für Personen, mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, deren besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Problemlagen verbunden sind. Ziel der Arbeit ist die Überwindung sozialer Schwierigkeiten mit Fokus auf die Wiederherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe von FLINTA*-Personen und die spezifischen Lebenslagen dieser Zielgruppe. Bundesweite Anfragen bei SORA* zeigen die Relevanz und die bisher nicht ausreichende Versorgung mit FLINTA* spezifischen Hilfen.

Für die zielgruppenspezifische Arbeit mit FLINTA*-Personen sind Genderkompetenz, Queersensibilität und ein intersektionaler Arbeitsansatz sowie eine klare queer-feministische Haltung essenziell. FLINTA* Personen sind von spezifischen gesellschaftlichen Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen wie Trans*- und Queerfeindlichkeit betroffen, die in der Beratungsarbeit ganzheitlich bearbeitet werden und oft besondere Bedarfe in den Bereichen Sicherheit und Gewaltschutz mit sich bringen. Diese Diskriminierungserfahrungen stellen zudem bei unspezifischen Angeboten der Hilfen nach §§ 67 ff. SGB XII zusätzliche Hürden dar, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Ähnlich wie auch Frauen*, leben wohnungslose FLINTA* mehrheitlich in verdeckter Wohnungslosigkeit und es wurden im Angebot SORA* neue Netzwerke geschaffen und Ansätze erprobt, um bestehende Hürden abzubauen, wie z. B. das Angebot von offener Basisberatung in queeren Zentren. Zudem bedarf es für die Bearbeitung zielgruppenspezifischer Fragestellungen wie z. B. dem Gelingen einer Transition im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit, einem vertrauensvollen und möglichst sicheren Raum, Wissen über FLINTA* Gesundheitsthemen sowie auch Kenntnissen lösungsorientierter Beratung.

Gerade im Bereich der Verweismöglichkeiten und bei der Vermittlung in weiterführende Hilfen zeigen sich jedoch spezifische Herausforderungen. So sind z. B. keine Unterbringungen für FLINTA* vorhanden und auch wenig spezialisierte Angebote in anderen Kommunen bundesweit, an die Personen, die nicht aus Hannover kommen, verwiesen werden können. Auch in der Arbeit mit Behörden und Verwaltungseinheiten zeigen sich weitere Bedarfe, bestehende Hürden für FLINTA* Personen abzubauen, um diskriminierungsärmer und queersensibel zu agieren. So stellen beispielsweise binäre („Frau“/„Mann“) Namensangaben in einigen Verwaltungsformularen weiterhin Zugangsbarrieren dar.

Um diese Lücke im Hilfesystem der 67er weiter zu schließen, bedarf es weiterer spezifischer Angebote und FLINTA*sensibler Konzepte für Unterbringungen, Tagesaufenthalte und an die

Bedarflagen angepasste psychologische Beratung sowie eine erhöhte Sensibilität innerhalb der bestehenden Angebote im Hilfesystem.

6.4 Gesundheitsversorgung für Menschen im Wohnungsnotfall in Hannover: Zusammenarbeit zwischen der Diakonisches Werk Hannover gGmbH und dem Caritas e.V.

Die Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen in der Region Hannover erfolgt durch ein Netzwerk verschiedener Träger, das niedrigschwellige Zugänge, spezialisierte Fachangebote und begleitende soziale Betreuung kombiniert. Ziel ist es, Menschen mit multiplen Problemlagen kontinuierlich medizinisch zu versorgen und sozial zu unterstützen. So werden gesundheitliche Problemlagen nicht isoliert behandelt, sondern im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit, fehlendem Zugang zur Regelversorgung und weiteren sozialen Schwierigkeiten bearbeitet. Im Zentrum stehen dabei u. a. die medizinischen Angebote der Diakonisches Werk Hannover gGmbH und des Caritasverbands Hannover e.V.

Angebote des Diakonischen Werkes Hannover

Seit 1985 betreibt das Diakonische Werk die Institutsambulanz im Kontaktladen Mecki, eine niedrigschwellige medizinische Einrichtung für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Zwei medizinische Fachpflegekräfte versorgen von Montag bis Freitag Patient*innen, mittwochs werden sie durch ehrenamtliche Ärzt*innen unterstützt. Die Schwerpunkte liegen auf der Wundversorgung und der Begleitung chronischer Erkrankungen. Ergänzt wird die Ambulanz durch moderne Geräte wie EKG und Sonographie. Die Zahl der Patient*innen liegt bei 15–20 pro Öffnungstag. Weiter- und Zusatzqualifikationen sowie regelmäßige Supervisionen sichern die fachliche Qualität.

Die Krankenwohnungen „Die Kurven“ der Ricarda und Udo Niedergerke Stiftung in Döhren (I) und Misburg (II) bieten wohnungslosen Menschen in Hannover die Möglichkeit, sich in einer wohnungsähnlichen Umgebung zu erholen und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Voraussetzung für einen Aufenthalt ist eine ärztliche Verordnung der häuslichen Pflege, die sowohl die medizinische und pflegerische Notwendigkeit als auch die Dauer des Aufenthalts festlegt. Die Patient*innen müssen in der Lage sein, sich weitgehend selbst zu versorgen. Ziel des Aufenthalts ist es, Erkrankungen zu heilen, zu lindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Darüber hinaus soll der Aufenthalt dazu beitragen, die Betroffenen nicht wieder auf die Straße zu entlassen, sondern sie in eine für sie geeignete Wohnform zu vermitteln.

Angebote der Caritas

Seit 1999 wurde das inzwischen in Stadt und Region Hannover etablierte Projekt der medizinischen Versorgung Wohnungsloser ins Leben gerufen. 12 ehrenamtlich tätige Ärzt*innen und 8 ehrenamtliche Helfer*innen sowie 3 Fahrer für das Straßenmobil unterstützen eine Krankenschwester und eine MFA bei ihrer Arbeit. Ausgestattet sind die Räumlichkeiten mit modernen Geräten wie EKG-Gerät und Sonographie. Auch Blutentnahmen können an allen Sprechstundentagen vorgenommen werden. Pro Jahr werden an die 500 Behandlungen vorgenommen. Ebenso gibt es eine Gesundheitssprechstunde, wo ein Pflegedienst 3x wöchentlich für 4 Stunden die Wundversorgung übernimmt. Hier werden überwiegend Wunden von Pflegepersonal mit Wundmanagement-Ausbildung versorgt. Darüber hinaus werden Beratungen zu Gesundheit, Ernährung und Pflegegrad angeboten.

Seit dem Jahr 2020 wurde die Ambulanz durch eine gynäkologische, chirurgische und psychiatrische Sprechstunde mit dementsprechenden Ärzt*innen erweitert.

Eine Krankenwohnung für wohnungslose Menschen kam im April 2020 dazu. In dieser können sich wohnungslose Menschen z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt in häuslicher Umgebung erholen. Voraussetzung für eine Aufnahme ist die Wohnungslosigkeit, ein Sozialleistungsbezug und akut gesundheitliche Einschränkungen. Die Patient*innen müssen in der Lage sein, sich selbst zu versorgen. Ziel ist es, die Gesundheit wieder herzustellen, Beschwerden zu lindern und Verschlimmerung zu vermeiden. Zudem soll der Aufenthalt dazu beitragen, die Betroffenen nicht wieder auf die Straße zu entlassen, sondern in geeigneten Wohnraum zu vermitteln.

Trägerübergreifendes Angebot Diakonisches Werk und Caritas

Der Schutz der Gesundheit ist ein Grundrecht – dennoch haben viele Menschen in Hannover keinen gesicherten Zugang zum Gesundheitssystem. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wurde im Mai 2021 die Clearingstelle eingerichtet. Sie richtet sich an Menschen, die keine Krankenversicherung besitzen, deren Leistungsansprüche nicht geltend gemacht werden können, oder die in multiplen Problemlagen leben und geeignete Angebote der Gesundheitsversorgung suchen. Die Mitarbeitenden der Clearingstelle klären diese Problemlagen, begleiten, wo möglich, den Weg in die Regelversorgung und unterstützen bei notwendigen Überleitungsprozessen. Bei Bedarf vermitteln sie in weiterführende Hilfesysteme. Dank regionaler Netzwerkarbeit mit verschiedenen Hilfsangeboten kann in dringenden Fällen schnell und unkompliziert geholfen werden.

Darüber hinaus arbeitet die Clearingstelle bundesweit in Netzwerken und Arbeitskreisen zum Thema Gesundheitsversorgung mit. Durch Dokumentation und Evaluierung sollen systematische Lücken in der gesundheitlichen Versorgung aufgedeckt und Verbesserungen angestoßen werden.

Herausforderungen und Perspektiven

Um den seit Jahren steigenden und weiterhin hohen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung für wohnungslose Menschen decken zu können, müssten die bestehenden Angebote weiter ausgebaut und gestärkt werden. Dazu gehört insbesondere die Aufstockung von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal, um die ambulante Versorgung, die Krankenwohnungen und die Clearingstelle effizient zu unterstützen.

Ein wichtiger Aspekt ist der stetige Anstieg psychisch erkrankter Personen in der Zielgruppe. Diese Patient*innen sind in der medizinischen Sprechstunde schwer zu versorgen, da häufig keine regelmäßige Therapietreue vorliegt. Hier könnten spezialisierte Fachkräfte für psychische Gesundheit, psychosoziale Beratung und eng abgestimmte Versorgungspfade dazu beitragen, diese Herausforderung besser zu bewältigen.

Eine Erweiterung der Öffnungszeiten und Kapazitäten würde es ermöglichen, mehr Menschen zeitnah zu versorgen und Wartezeiten zu reduzieren. Gleichzeitig könnten zusätzliche medizinische Angebote, wie Suchtberatung, psychologische Betreuung und Präventionsmaßnahmen, die Versorgung noch zielgerichteter machen.

Darüber hinaus wäre eine vertiefte Vernetzung der bestehenden Einrichtungen sinnvoll, um Übergänge zwischen Ambulanz, Krankenwohnungen und Clearingstelle nahtlos zu gestalten. Standardisierte Prozesse für die Vermittlung in Wohnraum und weiterführende Hilfen würden die

Kontinuität der Versorgung erhöhen und die Lebensqualität der Betroffenen langfristig verbessern.

Mit diesen Maßnahmen kann die Versorgung nicht nur stabilisiert, sondern auch weiterentwickelt und nachhaltig ausgebaut werden, um den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht zu werden.

Zentral für die Umsetzung dieser Maßnahmen ist eine gesicherte, langfristige Finanzierung. Nur durch eine stabile finanzielle Basis können Personalressourcen, medizinische Ausstattung und die Erweiterung der Angebote nachhaltig gesichert werden, sodass die Versorgung kontinuierlich ausgebaut und auf die steigenden Bedarfe angepasst werden kann.

Trägerübergreifende Zusammenarbeit

Die Versorgung wird durch eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern ermöglicht: das Diakonische Werk (Mecki 1 und Krankenwohnungen), die Caritas mit ambulanten und sozialmedizinischen Angeboten, die Krankenwohnungen „Die Kurven“ und die Clearingstelle arbeiten im Netzwerk zusammen.

Diese Zusammenarbeit umfasst:

- Koordination von Patient*innenübergängen zwischen Ambulanz, Krankenwohnungen und weiterführenden Hilfen
- Netzwerkarbeit und Austausch zur Identifikation von Versorgungslücken
- Schnelle Hilfe in dringenden Fällen durch abgestimmte Prozesse zwischen Clearingstelle, Ambulanz und sozialen Projekten
- Überregionale Vernetzung, insbesondere über die Clearingstelle, um bundesweite Standards und Erfahrungen einzubringen

Dank dieser Zusammenarbeit können die Träger komplexe multiproblemlagenorientierte Versorgung gewährleisten, die sowohl medizinische als auch soziale Aspekte berücksichtigt. Die Kooperation ermöglicht zudem effiziente Ressourcennutzung, fördert die Weiterentwicklung der Angebote und erhöht die Stabilität der Versorgung für die Zielgruppe.

6.5 Krankenwohnung Bersenbrück

1. Träger und Entwicklung des Angebots

Der Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Osnabrück betreibt seit dem 01.09.2017 eine Krankenwohnung für wohnungslose Menschen am Standort Bersenbrück. Das Angebot richtet sich an akut erkrankte Menschen, die wohnungslos sind und für die eine Genesung „auf der Straße“ kaum möglich ist.

Die Krankenwohnung wurde zunächst im Rahmen eines dreijährigen Modellprojektes vom Landkreis Osnabrück und der Aktion Mensch gefördert (01.09.2017–31.08.2020). Nach erfolgreicher Erprobung und positiver Bewertung konnte das Angebot mit Zustimmung des Landes Niedersachsen ab dem 01.09.2020 als Angebot im Rahmen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten gemäß §§ 67 ff. SGB XII fortgeführt werden.

Ende des Jahres 2022 wurde die Krankenwohnung um ein zusätzliches Appartement ergänzt, sodass aktuell drei Plätze zur Verfügung stehen.

2. Zielgruppe und Bedarfslage

Wohnungslose Menschen sind überdurchschnittlich häufig von akuten und chronischen Erkrankungen betroffen. Gleichzeitig fehlen ihnen grundlegende Voraussetzungen für eine Genesung, wie ein geschützter Aufenthaltsort, Hygiene, Ruhe, regelmäßige Mahlzeiten sowie eine verlässliche medizinische Anbindung. Unter den Bedingungen der Wohnungslosigkeit können sich Erkrankungen verschlechtern oder chronifizieren.

Die Krankenwohnung stellt ein Angebot dar, das im Rahmen der bestehenden Kapazitäten den bestehenden Bedarf einer bedarfsgerechten sozialen und gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen zu decken versucht.

3. Zielsetzung und Leistungsbeschreibung

Die Krankenwohnung bietet wohnungslosen, akut erkrankten Menschen eine vorübergehende Unterbringung in einem geschützten und stabilen Rahmen. Ziel ist es, eine medizinisch notwendige Genesung zu ermöglichen und gleichzeitig eine sozialpädagogische Begleitung sicherzustellen. Diese zielt insbesondere auf die Anbindung an erforderliche medizinische, pflegerische und weiterführende soziale Hilfen ab. Medizinische bzw. pflegerische Leistungen werden durch externe Kooperationspartner erbracht.

Die Unterstützung erfolgt ambulant und beruht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass kein vollstationärer Unterstützungsbedarf besteht. Sollte sich im Verlauf des Aufenthaltes ein stationärer Versorgungsbedarf ergeben, erfolgt eine Vermittlung in geeignete Einrichtungen, beispielsweise in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung.

Eine feste Höchstaufenthaltsdauer besteht nicht. Die Dauer des Aufenthaltes richtet sich ausschließlich nach dem individuellen Genesungsprozess der jeweiligen Person. Dadurch können ärztliche Empfehlungen wie Schonung, Wundversorgung, regelmäßige Medikamenteneinnahme oder Hygienemaßnahmen realistisch umgesetzt werden.

4. Ausstattung der Krankenwohnungen

Die Wohnungen verfügen jeweils über ein Einzelzimmer mit Pflegebett. Darüber hinaus stehen eine Küche, behindertengerechte sanitäre Anlagen sowie eine Waschmaschine zur Verfügung. Damit sind die grundlegenden Voraussetzungen für Hygiene, Ruhe und Selbstversorgung gegeben, die für eine nachhaltige gesundheitliche Stabilisierung erforderlich sind.

5. Sozialpädagogische Begleitung und Mehrwert

Der besondere Mehrwert der Krankenwohnung liegt in der Kombination aus Unterkunft, medizinischer Nachsorge und sozialpädagogischer Unterstützung. In dem stabilen und geschützten Rahmen können gesundheitliche Probleme gezielt angegangen, notwendige Facharzt- und Therapietermine wahrgenommen sowie erforderliche operative Eingriffe durchgeführt werden.

Darüber hinaus wirkt die Krankenwohnung stabilisierend: Sie ermöglicht Beziehungsaufbau, schafft Vertrauen und eröffnet niedrigschwellige Zugänge zu weiterführenden Hilfen. Viele Bewohner*innen nutzen diese Phase erstmals, um gesundheitliche und soziale Anliegen zu klären, Anträge zu stellen und Perspektiven jenseits der Straße zu entwickeln. Krankenwohnungen sind damit nicht nur Orte der Genesung, sondern auch wichtige Übergänge in weiterführende Hilfesysteme.

6. Vernetzung und Zusammenarbeit

Ein wesentlicher Bestandteil des Angebots ist die enge Vernetzung mit relevanten Akteur*innen des Gesundheits- und Hilfesystems. Durch die kontinuierliche Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen, Krankenhäusern, Pflegediensten, Beratungsstellen, Sozialleistungsträgern sowie weiteren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wird eine abgestimmte und bedarfsgerechte Unterstützung der Klient*innen ermöglicht.

Die Krankenwohnung fungiert dabei als verbindendes Element zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung, erleichtert Übergänge und trägt dazu bei, Versorgungslücken zu schließen und nachhaltige Hilfeprozesse anzustoßen.

7. Erfahrungen

Das Angebot der Krankenwohnung löst bei den Nutzer*innen vielfältige und positive Effekte aus. Zunächst ermöglicht die Krankenwohnung eine stabile und geschützte Umgebung, in der sich die Nutzer*innen erstmals seit längerer Zeit auf ihre gesundheitliche Genesung konzentrieren können. Durch die Bereitstellung eines sicheren Rückzugsortes werden körperliche Erholung, regelmäßige Ruhezeiten und die konsequente Einhaltung medizinischer Behandlungspläne deutlich erleichtert.

Darüber hinaus zeigt sich bei vielen Nutzer*innen eine spürbare Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustands. Akute Erkrankungen können auskuriert und chronische Beschwerden stabilisiert werden. Gleichzeitig wirkt sich die Entlastung vom Alltag auf der Straße positiv auf das psychische Wohlbefinden aus: Viele Nutzer*innen berichteten von einer Reduktion von Stress, Angstzuständen und Erschöpfung.

Ein weiterer zentraler Effekt besteht in der Stärkung der Eigenfürsorge und der Selbstwirksamkeit. Durch die kontinuierliche ambulante Begleitung werden Nutzer*innen dabei unterstützt, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, Termine wahrzunehmen und gesundheitsfördernde Routinen zu entwickeln. Dies führt bei vielen zu einem gesteigerten Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie in unterstützende Hilfesysteme.

Die Krankenwohnung fungiert zudem als stabilisierende Schnittstelle zu weiterführenden Hilfen und zu Wohnperspektiven. Während des Aufenthalts können soziale Problemlagen gemeinsam bearbeitet, individuelle Perspektiven entwickelt und Zugänge zu medizinischer Regelversorgung, Suchthilfe sowie psychosozialer Unterstützung angebahnt werden. In einigen Fällen gelingt, wenn gewollt, darüber hinaus die Vermittlung in eigenen Wohnraum oder in eine Übergangswohnung des Caritasverbandes. Die Krankenwohnung stellt damit einen entscheidenden Zwischenschritt dar, um Wohnraum zu sichern, erneute Wohnungslosigkeit zu vermeiden und eine nachhaltige soziale Stabilisierung zu erreichen.

8. Fazit

Krankenwohnungen sind kein Zusatzangebot, sondern eine notwendige Ergänzung zur ambulanten Versorgung. Sie schließen eine strukturelle Versorgungslücke zwischen Straße, Krankenhaus und Regelsystemen, indem sie Gesundheit stabilisieren, Leid reduzieren und den Zugang zu weiterführenden Hilfen ermöglichen. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Teilhabe, zur Wahrung der Menschenwürde und zur langfristigen Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems.

6.6 „Haus Regenbogen“ in Papenburg



SKFM Papenburg e.V.

Gutshofstr. 44- 46, 26871 Papenburg

Im „Haus Regenbogen“ des SKFM Papenburg e.V. leben junge erwachsene Männer im Alter von 18 bis 27 Jahren, die im Rahmen der ambulanten Hilfe nach § 67 ff. SGB XII aufgenommen werden.

Zur Verfügung stehen insgesamt sechs möblierte Zimmer, verteilt auf zwei gegenüberliegende, helle und modern ausgestattete Wohngruppen. Jede Wohngruppe verfügt über eine Gemeinschaftsküche, ein Bad, einen Waschraum – und über einen verlässlichen Internetanschluss, der heute für Ausbildung und Schule aber auch für die Freizeitbeschäftigungen unverzichtbar ist.

Begleitet werden die jungen Männer von einer erfahrenen pädagogischen Fachkraft der Wohnungslosenhilfe sowie einer Vertretung. In Kooperation mit der St.-Josef-Kirche stehen zusätzlich Ansprechpartner*innen zur Verfügung, etwa für Notfälle an den Wochenenden. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Tagesaufenthalt des SKFM sowie mit weiteren Einrichtungen und Institutionen vor Ort; bei Bedarf werden Fallkonferenzen durchgeführt. Ein Hausmeister und eine wöchentlich tätige Reinigungskraft sorgen für die notwendige Instandhaltung des Hauses.

Diese Wohnform ermöglicht es den pädagogischen Fachkräften, sich unter der Woche täglich ein unmittelbares Bild von der Situation der Bewohner zu machen: Gehen sie ihrer Arbeit, Maßnahme oder Ausbildung nach? Gibt es wichtige Post von Behörden, die zeitnah besprochen und bearbeitet werden muss? Gleichzeitig fördert das Zusammenleben die sozialen Kompetenzen der jungen Männer. Bei Krisen oder Krankheit kann sofort Unterstützung angeboten werden.

Inhaltlich ähnelt die sozialpädagogische Arbeit mit jungen Erwachsenen in vielen Punkten der Arbeit mit älteren Menschen aus der 67er-Hilfe – mit einem entscheidenden Unterschied: Die jungen Leute haben ihr ganzes Leben noch vor sich. Gerade in dieser sensiblen Lebensphase kann durch gezielte, individuelle und altersgerechte Begleitung Schritt für Schritt gemeinsam eine Perspektive entwickelt werden. Dieser Prozess braucht Zeit, fachliche Kompetenz und verlässliche Ressourcen. Wer nach Jahren von Entbehrung, Ausgrenzung und instabilen Lebensverhältnissen wieder Vertrauen in die Gesellschaft fassen soll, braucht Menschen, auf die Verlass ist – auch dann, wenn es schwierig wird.

Viele der jungen Männer bringen belastende Erfahrungen mit: familiäre Konflikte, Brüche im Lebenslauf, Versagensängste, psychische Probleme und ein tief erschüttertes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Die Arbeit mit ihnen erfordert Geduld, Ausdauer und ein hohes Maß an Fachwissen. Altersspezifische Problemlagen sowie Entwicklungs- und Reifungsverzögerungen müssen erkannt und gegebenenfalls

aufgearbeitet werden. Nicht selten sind auch Eltern in die Arbeit einbezogen – und mit ihnen bestehende oder wieder aufbrechende Konflikte.

Gerade zu Beginn der Betreuung zeigt sich häufig ein sprunghaftes Verhalten: Termine werden nicht eingehalten, Aufgaben innerhalb der Wohngruppe bleiben unerledigt, Anforderungen lösen Ängste aus, für die es noch keine Bewältigungsstrategien gibt. Gefühle und Widerstände lassen sich oft schwer in Worte fassen, was zu Rückzug oder auch zu aggressivem Verhalten führen kann. Praktika werden abgebrochen, Perspektiven scheinen plötzlich wieder in weite Ferne zu rücken. Ohne eine enge Zusammenarbeit mit dem Jobcenter, berufsvorbereitenden Maßnahmen sowie – je nach Situation – mit Ärzt*innen und Psycholog*innen sind nachhaltige Veränderungen manchmal kaum möglich.

Gleichzeitig gehört es zur sozialpädagogischen Arbeit, klare Regeln und Grenzen zu setzen und Konsequenzen transparent zu machen. Besonders im Umgang mit Drogenkonsum und Gewaltbereitschaft ist dies unerlässlich.

Ein zentraler Schwerpunkt der Arbeit mit jungen Erwachsenen liegt im Bereich Arbeit und Ausbildung. Dabei darf die finanzielle Situation nicht unterschätzt werden: Viele Bewohner sind oder waren verschuldet. Diese Belastung wirkt sich auf nahezu alle Lebensbereiche aus und muss stabilisiert werden – gegebenenfalls mit Unterstützung durch Schuldnerberatungen oder Stiftungen, die finanzielle Hilfen anbieten.

Mit dem Beginn einer Ausbildung oder der Aufnahme einer Arbeit verändern sich die Herausforderungen: Wie kommt jemand pünktlich zur Arbeit, wenn die Bahn ausfällt oder das Geld für das Ticket fehlt? Woher bekommt er günstig ein Fahrrad – und wer hilft bei der Reparatur? Wie organisiert er ein Blockpraktikum an einem anderen Ort? Wie erhält er kurzfristig einen Facharzttermin? Und was passiert, wenn er verschlafen hat und sich nicht traut, seinen Arbeitgeber anzurufen? Bis Arbeit oder Ausbildung wirklich stabil laufen, ist es oft ein langer Weg, der eng begleitet werden muss, um Abbrüche zu verhindern. Das verlangt von den Fachkräften nicht selten Flexibilität bei Arbeitszeiten und Mobilität.

Parallel dazu wächst der bürokratische Aufwand: Anträge auf Berufsausbildungsbeihilfe, Kindergeld oder (Halb-)Waisenrente müssen gestellt werden. Eltern sollen Formulare ausfüllen, obwohl oft kein Kontakt mehr besteht. Bescheinigungen und Lohnabrechnungen müssen regelmäßig eingereicht werden, während Zahlungen sich verzögern und finanzielle Engpässe überbrückt werden müssen.

Wer eine Ausbildung abschließt, schafft in der Regel auch den Einstieg in ein geregeltes Arbeitsleben. Aber auch ohne Ausbildung können junge Menschen mit einer Festanstellung, gezielten Fortbildungen, dem Führerschein und Zusatzqualifikationen langfristig eine stabile und gut bezahlte berufliche Perspektive entwickeln.

Aktuell leben sechs junge Männer in der Wohngruppe in Papenburg: Einer hat gerade erfolgreich seine Gesellenprüfung abgelegt, seinen Arbeitsvertrag unterschrieben und sucht nun eine eigene Wohnung. Drei weitere befinden sich in Ausbildung – bei einem

läuft es inzwischen sehr gut, bei einem gut, ein weiterer wurde kürzlich in eine Klinik aufgenommen. Ein Bewohner ohne Ausbildung hat einen befristeten Arbeitsvertrag mit Aussicht auf eine Festanstellung, ein weiterer befindet sich noch in einer etwas länger dauernden Orientierungsphase.

In der Regel sind die Bewohner dankbar für die Chance, die sie im Haus Regenbogen erhalten: die Möglichkeit, ihr Leben neu zu ordnen und Schritt für Schritt ein selbständiges, eigenverantwortliches Leben aufzubauen.

Eleonore Wittrock (Dipl.-Päd.)