

Abschlussbericht



Wi:Nu:K –

Wirkungs- und Nutzungsforschung zur
Versorgung Opioid konsumierender Personen
mit unklarem Krankenversicherungsstatus

Prof. Dr. Rita Hansjürgens

Prof. Dr. Rebekka Streck



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences



Senatsverwaltung
für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

BERLIN



Abschlussbericht des Forschungsprojekts Wi:Nu:K – Wirkungs- und Nutzungsfor-
schung zur Versorgung Opiode konsumierender Personen mit unklarem Krankenver-
sicherungsstatus

Projektverantwortliche:

Prof. Dr. Rita Hansjürgens, Alice Salomon Hochschule Berlin;
Prof. Dr. Rebekka Streck, Evangelische Hochschule Berlin

gefördert durch das Land Berlin – Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit
und Pflege

Erstellung der Druckvorlage:

Sandra Kintscher

Umschlaggestaltung:

Heinz-Peter Lautenschütz

veröffentlicht auf alice open dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule
Berlin im April 2026 mit Erlaubnis der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesund-
heit und Pflege

Zitiervorschlag:

Hansjürgens, Rita; Streck, Rebekka (2026): Wirkungs- und Nutzungsforschung zur
Versorgung Opiode konsumierender Personen mit unklarem Krankenversicherungs-
status. Abschlussbericht. u. Mitarb. von Stefanie Kron, Melanie Akerboom, Magda-
lena Eder, Sandra Kintscher, Sebastian Ottmann, Doreen Peukert. Gefördert durch
das Land Berlin-Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin:
alice open

Wi:Nu:K – Wirkungs- und Nutzungsforschung zur Versorgung Opiode konsumierender Personen mit unklarem Krankenversicherungsstatus

Abschlussbericht

Projektleitung:

Prof. Dr. Rita Hansjürgens, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Rebekka Streck, Evangelische Hochschule Berlin

Unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. Stefanie Kron

Melanie Akerboom

Sandra Kintscher

Magdalena Eder

Sebastian Ottmann

Doreen Peukert

Laufzeit: Mai 2025 bis November 2025

Gefördert von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Berlin, 23. März 2026

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Forschungsstand und Problemaufriss.....	4
2.1	Menschen ohne Krankenversicherungsschutz	4
2.1.1	Krankenversicherungsschutz, Staatsbürgerschaft und Wohnungsnot	4
2.1.2	Wohnungslosigkeit und Haft	8
2.1.3	Drittstaatenangehörige.....	9
2.1.4	Unionsbürger*innen	11
2.1.5	Zwischenfazit	12
2.2	Opioide konsumierende Menschen ohne Krankenversicherungsschutz	13
2.2.1	Einblick in Studien zu Drogenszenen in Deutschland und Berlin	13
2.2.2	Suchtmedizinische Versorgung für nicht versicherte Menschen	19
2.3	Das parallele Gesundheitssystem in Berlin	21
2.3.1	Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen	21
2.3.2	Anonym arbeitende Ambulanzen und Stadtteilzentren	22
2.3.3	Schnittstelle niedrigschwellige Drogenarbeit.....	23
2.3.4	Modelle medizinischer Versorgung in anderen Städten.....	24
2.3.5	Zwischenfazit	26
2.4	Präzisierende Formulierung der Fragestellung.....	27
3	Erhebungs- und Auswertungsmethoden	29
3.1	Ethnografische Felderkundungen und Interviews mit Nutzer*innen	29
3.2	Fachkräftebefragung	32
3.3	Erstellen eines Wirkmodells	33
4	Ergebnisse der Nutzer*innenbefragung	36
4.1	Beschreibung des Samples.....	36
4.2	Alltägliche Bemühungen um Stabilität	39
4.2.1	Rhythmisierung vom Alltag: „Gesund-Machen“ und „Geld-Machen“	39
4.2.2	Organisation unsicherer (Schlaf-)Orte	41
4.2.3	Unterstützung durch und Abgrenzung von sozialen Beziehungen.....	43
4.2.4	Gesundheit als vorrangig nachrangiges Thema.....	46
4.2.5	(Nicht)Nutzung des Berliner Hilfesystems.....	48
4.3	Blockierungen und Barrieren der Veränderung	56
4.3.1	Der Kampf gegen Windmühlen	56

4.3.2	Stigmatisierung und Scham als Hemmnisse	60
4.3.3	Verharren in Kraft- und Hoffnungslosigkeit	62
4.4	In Bewegung sein: Prozesse der Veränderung	65
4.4.1	Das Wissen um die Notwendigkeit eigener Entscheidungen	65
4.4.2	Hilfesystem als motivierender Ermöglichungsraum	68
4.4.3	Langfristige Ziele und übersichtliche Schritte	70
4.5	Zentrale Aspekte aus Nutzer*innenperspektive	74
5	Strukturbedingungen aus Fachkräfteperspektive	77
5.1	Beschreibung des Samples	77
5.2	Verständigung	79
5.3	Mobilitätsanforderungen als Barriere	81
5.4	Haftaufenthalte und fehlendes Übergangsmanagement	84
5.5	Vermittlung und Halten in der OST	86
5.6	Erstellung einer interaktiven Karte der Verortung von Hilfsangeboten	89
6	Wirkmodell	90
6.1	Sample	90
6.2	Beschreibung des Wirkmodells	91
6.2.1	Aktivitäten	92
6.2.2	Outputs	93
6.2.3	Outcomes	93
6.2.4	Impacts	95
6.2.5	Kontextfaktoren	95
6.3	Zusammenfassende Einschätzung der Wirkungsanalyse	96
6.4	Ideen der Workshopteilnehmenden zur Erhöhung des Wirkungsgrades	97
6.4.1	Nutzende im Alltag stabilisieren	97
6.4.2	Barrieren abbauen	98
6.4.3	Kommunikation und Kooperation verbessern	98
6.4.4	Den Blick weiten – Teilhabe und Gesundheit neu denken	99
7	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	100
7.1	Die Ergebnisse im Forschungskontext	100
7.2	Limitationen, Forschungsdesiderate und Austauschformate	106
8	Impulse zur Weiterentwicklung des Hilfesystems	109
8.1	Nutzende im Alltag kontinuierlich stabilisieren	109
8.2	Barrieren abbauen	111

8.3	Kommunikation und Kooperation verbessern	111
8.4	Den Blick weiten – Versorgung weiterdenken	114
	Literaturverzeichnis	117
	Anlagen	1

1 Einleitung

Die Lebenssituation von Menschen, die Opiode konsumieren, in Wohnungslosigkeit und ohne Krankenversicherungsschutz in Berlin leben, kennzeichnet sich durch Prekarität. Diese zeigt sich in sehr begrenzten Spielräumen, ein Leben entsprechend den eigenen Vorstellungen zu gestalten. Middendorf (2025: 24) charakterisiert prekäre Lebenssituationen durch Unsicherheit, Instabilität und Abhängigkeiten. Abhängigkeiten zeigen sich hier nicht allein aufgrund des täglichen Konsums von Opioiden, sondern auch durch die Abhängigkeit von sozialen Sicherungssystemen, die zugleich nur eingeschränkt für diese Personengruppe erreichbar sind. Grundlegende Rechte auf Gesundheitsversorgung, Wohnen oder ökonomischer Sicherung werden strukturell verwehrt. Sozialarbeitenden verschiedener Einrichtungen kommt hier die Aufgabe zu, Kontakt aufzunehmen, Kontakt zu halten, Räume zur Verfügung zu stellen und mit schadensminimierenden Interventionen zu stabilisieren. Zudem sollen sie in sozialdiagnostischen Gesprächen herausfinden, welche Maßnahmen für Personen in Frage kommen und auch dorthin aktiv vermitteln. Insbesondere für Menschen ohne Zugang zur Krankenversicherung, was häufig – nicht immer – in der Staatsbürgerschaft begründet ist, gibt es eine Vielzahl an Barrieren, die sowohl Beziehungsaufbau als auch Vermittlung erschweren. Diese Vermittlung sowie die verlässliche Begleitung sind sehr komplexe Vorgänge (Hansjürgens 2023, Hansjürgens & Arnold 2025, Streck 2024), die eng verwoben sind mit funktionierender sozialräumlich orientierter Netzwerkarbeit (Hansjürgens 2025, Streck & Unterkofler 2022). Dies gilt insbesondere, wenn administrative Hemmschwellen, mit denen die hier im Fokus stehende Personengruppe konfrontiert ist, zu bewältigen sind und die Menschen in sehr prekären Situationen leben.

Dies alles bedeutet für die Menschen sowie die Stadtgesellschaft große Herausforderungen im Zusammenleben, da die Personen immer schwerer durch Unterstützungsmaßnahmen erreicht werden können, je prekärer sich ihre Lage darstellt. Das wiederum führt dazu, dass sich ihre Lage weiter verschlechtert, sodass sich die Exklusionsdynamik zunehmend verschärft. Vor diesem Hintergrund bestand das Ziel des von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege in Auftrag gegebenen Forschungsprojekts darin, die Lebenssituation von Menschen, die Opiode konsumieren, ohne sicheren Wohnraum und Krankenversicherung in Berlin leben, genauer zu beschreiben und Hinweise für evidenzbasierte Unterstützungsmaßnahmen zu erhalten. Die Autorinnen dieser Studie nutzten die disziplinäre Feld-, Zielgruppen- und (Forschungs-)Methodenkompetenz Sozialer Arbeit, um

- den Stand der sozialpolitischen Gesamtsituation der Zielgruppe verdichtet darzustellen,
- Einblicke in die Lebenswelt der Adressat*innen zu geben,
- Herausforderungen der bestehenden Versorgungslage in Berlin aus Sicht der Fachkräfte aufzuzeigen,

- die Zusammenarbeit zentraler Akteur*innen mit Blick auf Wirkung zu analysieren
- und die aktuelle Lage kritisch zu reflektieren, um zukünftige Verbesserungsbedarfe zu erkennen.

Ausgangspunkt der Forschung war die Situation, dass das Land Berlin im Jahr 2018 die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen (Träger Berliner Stadtmission) einrichtete. Zusätzlich besteht seit Herbst 2024 eine Kooperationsvereinbarung zwischen Clearingstelle und vier Trägern der niedrigschwelligen Drogenhilfe, um die Zielgruppe der Opiode konsumierenden Menschen ohne Krankenversicherungsschutz besser zu erreichen. Hierbei sollen Menschen über die niedrigschwelligen Kontaktstellen direkt in Arztpraxen mit substitutionstherapeutischem Angebot vermittelt werden. Die Clearingstelle prüft den Versicherungsstatus und stellt die Kostenübernahmen für die Substitutionstherapie aus. Trotz dieser Maßnahmen und guter Evaluationen der Arbeit der Clearingstelle, entstand der Eindruck, dass zu wenige Menschen von der Kooperation profitieren können. Daher soll im Rahmen des vorliegenden Forschungsberichts dieses Verfahren der Kostenübernahme von Substitution durch die Clearingstelle im Kontext einer ganzheitlichen Betrachtung der Lebenssituation der Adressat*innen reflektiert und Weiterentwicklungen herausgearbeitet werden. Hierzu wurde als erster Schritt der Forschungsstand zu den Themen Menschen ohne Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung von Opioidkonsum und Wohnungslosigkeit sowie die Erfahrungen anderer vergleichbarer Städte systematisch aufgearbeitet. Im nächsten Schritt wurden Nutzende und Fachkräfte zu ihren Erfahrungen befragt sowie die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur*innen im Feld in Bezug auf die Zielgruppe durch die Entwicklung eines Wirkmodells systematisch erhoben.

Der vorliegende Forschungsbericht thematisiert also die Passung zwischen lebensweltlichen Bedarfen, sozialadministrativen Verfahren und sozialarbeiterischer Praxis sowohl im direkten Kontakt mit der Zielgruppe als auch im Bereich der Kooperation zwischen unterschiedlichen Organisationen im Berliner Hilfesystem. Zentral ist hier die Fragestellung, ob und wie die aktuellen Verfahrensweisen zu einer Verbesserung der Lebensverhältnisse der betroffenen Menschen beitragen können und wo weitere Anpassungsbedarfe bestehen.

Der folgende Bericht umfasst neben Einleitung und abschließenden Empfehlungen fünf Kapitel. Zunächst wird in den Forschungsstand zur komplex miteinander verschränkten Problemlagen des Opioidkonsums, der Wohnungslosigkeit sowie der fehlenden Krankenversicherung eingeführt. Hier werden auch Gründe für einen fehlenden Krankenversicherungsschutz dargestellt. Zudem wird das Berliner Hilfesystem in der Verschränkung von Drogenhilfe und medizinischer Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in seinen Grundzügen dargestellt. In einem kurzen Exkurs werden Versorgungsmodelle anderer Städte vorgestellt. Dieses zweite Kapitel schließt mit der Darstellung der Forschungsfragen. Im dritten Kapitel wird das multiperspektivische Forschungsdesign vorgestellt, das

ethnografische Erkundungen und Interviews mit Adressat*innen der Angebote, Fachkräftegespräche sowie Workshops zur Erstellung eines Wirkmodells umfasst. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Nutzer*innenforschung dargestellt und somit ein Einblick in die komplexe lebensweltliche Verknüpfung der Aspekte Aufenthaltsstatus, Armut, Drogenkonsum, Wohnungslosigkeit und Krankenversicherung gegeben. Das fünfte Kapitel umfasst Strukturbedingungen aus der Fachkräfteperspektive. Schließlich münden die bis hierher erworbenen Erkenntnisse in die Erstellung eines Wirkmodells zur Versorgung der Zielgruppe im sechsten Kapitel. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hilfesystems.

Ziel der Forschung ist es einerseits bestehende Erfahrungen im Hilfesystem aus zwei Perspektiven (Fachkräfte und Nutzende) zu erheben, zu systematisieren und einer fachlichen Bewertung zugänglich zu machen und andererseits die Vernetzung zu stärken und insofern partizipativ Maßnahmen auf dieser Datenbasis zur Verbesserung der Versorgungslage weiterzuentwickeln und Abläufe zu optimieren.

2 Forschungsstand und Problemaufriss

Im Folgenden wird der Forschungsstand zur Lebenslage Opiode konsumierender Menschen in Wohnungslosigkeit¹ und ohne Krankenversicherungsschutz dargelegt. Aufgrund der Komplexität der Lebenslage werden wir uns zunächst der Datenlage zu Menschen ohne (ausreichendem) Krankenversicherungsschutz zuwenden und Gründe für das Fehlen einer Krankenversicherung darstellen. Im zweiten Teil dieses Kapitels fokussieren wir die Lebenssituation von Menschen, die Opiode konsumieren und über keinen sicheren Wohnraum verfügen. Aufbauend auf der Problembeschreibung stellen wir das Berliner Hilfesystem dar, das einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz sicherstellen soll. Wir ergänzen diesen Einblick durch einen Exkurs zu Modellen der Gesundheitsversorgung von illegalen Substanzen konsumierenden Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in anderen Städten. Dieses Kapitel schließt mit einer Erläuterung der Fragestellung für die empirische Forschung, die sich aus der Komplexität des Problemaufrisses ergibt.

2.1 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Zum Verständnis der komplexen Lebenssituation von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz wenden wir uns zunächst der Verschränkung mit Aufenthaltsstatus, Staatsbürgerschaft sowie Wohnungslosigkeit zu. Hier gibt das folgende Kapitel einen kurzen Überblick über die aktuelle Datenlage, um dann detaillierter auf Gründe für ein Leben ohne Krankenversicherungsschutz einzugehen.

2.1.1 Krankenversicherungsschutz, Staatsbürgerschaft und Wohnungsnot

In Deutschland ist die Krankenversicherungspflicht seit 2009 grundsätzlich gesetzlich verankert, dennoch gibt es mehrere zehntausend Menschen ohne oder ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz². Laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes waren 2023 rund 72.000 Personen in Deutschland nicht krankenversichert. Davon waren 61% Männer und 39% Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025). Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass die tatsächliche Zahl höher liegt. Sozialmediziner*innen und Gesundheitsökonom*innen

¹ Entsprechend der Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnungsverorgung umfasst Obdachlosigkeit das Schlafen im öffentlichen Raum, in Zelten, Verschlägen oder unter Brücken sowie die Nutzung von Notunterkünften. Wohingegen der Begriff Wohnungslosigkeit alle Wohnsituationen umfasst, die nicht durch einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum gekennzeichnet sind, bspw. Unterbringungen gemäß Allgemeinem Sicherheits- und Ordnungsgesetz in Berlin, Wohnheime für Menschen im Asylverfahren sowie alle jene, die bei Bekannten oder Familie temporär begrenzt unterkommen (European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL 2005). Die Bezeichnung Menschen in Wohnungsnot umfasst alle Menschen, die in Wohnungslosigkeit leben und von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Vgl. hierzu auch §3 WoBerichtsG.

² Neben dem völligen Fehlen einer Absicherung (das in diesem Bericht im Vordergrund steht) gibt es verschiedene Formen der Unterversicherung bspw. die eingeschränkten gesundheitsbezogenen Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG) oder die Einstufung im Notlagentarif bei Beitragsschulden in der privaten Krankenversicherung.

vermuten unter Einbeziehung von Personen ohne (gesicherten) Aufenthaltsstatus oder ohne feste Wohnung bis zu 1,5 Millionen Menschen ohne regulären Versicherungsschutz (Brunner & Pilotti 2025, Ärzte der Welt 2024).

Die Studienlage zu der betroffenen Personengruppe ist limitiert. Für den deutschsprachigen Raum zeigen sich bisher v. a. Studien aus dem medizinischen Sektor. Sowohl im ambulanten Versorgungssektor (vgl. Lotty, Hämmerling & Mielck 2015, Wiesener et al. 2008) als auch im stationären Versorgungssektor (vgl. Neupert & Pieper 2020) wird deutlich, dass ein fehlender Krankenversicherungsschutz in einem besonderen Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus steht (vgl. hierzu o. g. Studien, Vom Brocke 2023: 48, Mylius 2016: 73 ff.). Dabei sind besonders Personen aus EU-Staaten, die nach Deutschland gekommen sind, oder Personen mit einer Drittstaatsangehörigkeit³ betroffen (Lotty, Hämmerling & Mielck 2015: 144 f., Neupert & Pieper 2020: 956, Kurz 2022: o. S., Mylius 2016: 73 ff.).

Ergänzend zu dem Einfluss der Staatsangehörigkeit auf den Krankenversicherungsstand zeigen weitere Studien, dass auch Wohnungslosigkeit dazu in einem Zusammenhang steht. So zeigt der Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG-W) (2020), dass im Dokumentationssystem zu Wohnungslosigkeit (DzW) ein Anteil von 13,4% zu Beginn der Hilfe nicht krankenversichert waren. Besonders betroffen sind dabei Personengruppen, die akut wohnungslos sind (15,9%) und Personen, die gänzlich ohne Unterkunft auf der Straße leben (21,7%) (Lotties 2020: 21). Mit einem Blick auf die Herkunft und den Migrationshintergrund der Personen zeigt sich deutlich, dass besonders Personen aus dem europäischen Ausland (32,2%) und Personen, die staatenlos sind (21,1%) keinen Krankenversicherungsschutz haben (im Vergleich deutsche Personen ohne KV 10,7%) (Lotties 2020: 22 f.).

Auch bei Vom Brocke (2023) wird der Anteil der nicht versicherten Personen unter den wohnungslosen Personen mit Verweis auf verschiedene Studien (z. B. Von Streit et al. 2019, Lange et al. 2015) zwischen 16% und 54% angegeben (S. 26). Auffallend dabei ist, dass sich bei dem Evaluationsbericht der Schwerpunktpraxen für wohnungslose Personen in Hamburg der Anteil der nicht versicherten Personen im zweiten Erhebungsjahr fast verdoppelte (1. Erhebungsjahr 46% - 2. Erhebungsjahr 73%) (vgl. Lange et al. 2015: 28). Dies wird u. a. mit dem steigenden Anteil an Nutzenden mit Migrationshintergrund begründet (vgl. ebd.: 108). Gerull (2025: 31) kommt im Kontext der dritten Lebenslagenstudie wohnungsloser Menschen auf 9 % der befragten Personen, die keinerlei Zugang zu ärztlicher Hilfe haben. Auch in dieser Studie stellt sich die Situation der EU-Bürger*innen deutlich prekärer dar, als diejenige der deutschen Staatsbürger*innen. So geben 23 % der EU-Bürger*innen an keinen Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben und 31 % nutzen ausschließlich Angebote der Wohnungsnotfallhilfe (ebd.: 37). Gerull (2025: 49)

³ Mit Drittstaatenangehörige sind alle Menschen gemeint, die weder eine deutsche Staatsangehörigkeit haben noch Staatsbürger*innen eines EU-Mitgliedsstaates sind.

betont, dass sich insbesondere die Lebenslage von Menschen in Obdachlosigkeit sowie von EU-Bürger*innen seit 2018 kontinuierlich verschlechtert habe.

In dem Gesundheitsreport der Ärzte der Welt (2024), eine humanitäre Hilfsorganisation mit bundesweiten medizinischen Anlaufstellen, zeigt die Auswertung der Patient*innendaten, dass die größte Nutzer*innengruppe Drittstaatsangehörige (48%) gefolgt von EU-Bürger*innen (42%) sind (ebd.: 10). Die meisten Personen (86%) leben zudem in ungesicherten Wohnverhältnissen, davon sind 26% obdachlos. Ein Anteil von 85% ist nicht krankenversichert und 11% sind eingeschränkt versichert (ebd.: 11 f.). Hier zeigt sich zudem, dass fast alle Patient*innen, die obdachlos sind, keinen Krankenversicherungsschutz haben (94%), davon sind ein besonders hoher Anteil mit 70% EU-Bürger*innen (ebd.: 17). Auch hier konnte in den Anlaufstellen in Hamburg und München in einem Jahresvergleich festgestellt werden, dass der Anteil der Patient*innen ohne Krankenversicherungsschutz gestiegen ist (2020: 393 Neu-Patient*innen ohne KV, 2023: 704 Patient*innen ohne KV) (Ärzte der Welt 2024: 20).

Für Berlin existieren keine Mikrozensus-Daten zur Krankenversicherung, doch die Senatsverwaltung schätzt, dass in der Hauptstadt etwa 60.000 Menschen keinen geregelten Zugang zur Krankenversicherung haben (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin o.J.). Im Unterschied zu den Daten des statistischen Bundesamtes wurden hier Menschen ohne (gesicherten) Aufenthaltsstatus mitgeschätzt. Darunter befinden sich auch Menschen in der sogenannten aufenthaltsrechtlichen Illegalität, die hier „undokumentiert“ genannt werden. Andere Schätzungen gehen von bis zu 100.000 undokumentierten und damit weitaus mehr unversicherten Menschen in Berlin aus (vgl. Kron et al. 2024). Daten aus dem Gesundheitsbericht des Runden Tisches medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen in Berlin im Jahr 2025 zeigen, dass unter den von den Ambulanzen behandelten wohnungslosen Personen 82 % nicht versichert waren und bei 45 % wurde problematischer Konsum von Alkohol und anderen Drogen geschätzt (Hayer, Venske & Fritzsche 2025: 22ff.). Auffällig ist, dass der Anteil von Personen aus EU-Ländern 2023 im Vergleich zu 2016 von 35 % auf 53 % gestiegen ist. Der Anteil an Drittstaatler*innen ist von 5 % (2016) auf 16 % (2023) gestiegen, wobei immerhin 3,3 % staatenlos sind (ebd.: 30ff., vgl. auch Hayner, Venske & Fritzsche 2018: 8, Vom Brocke 2023: 18). Auch Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Nutzer*innen zweier niedrigschwelliger Gesundheitszentren für Menschen in Obdach- und Wohnungslosigkeit zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Besucher*innen (62%) keine Krankenversicherung hatten (Schindel et al. 2025: 8). Zudem zeigt sich, dass vermehrt Menschen mit nicht deutscher Herkunft die Versorgung in Anspruch nehmen (ebd.: 47) – der Anteil der EU-Bürger*innen ist dabei höher als der Anteil der Drittstaatsangehörigen Personen (ebd.: 9).

Zahlen aus dem Jahr 2024 zeigen die Senatsverwaltung Berlin und das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BmWSB): In

Berlin wurden Anfang des Jahres 2024 insgesamt 55.656 wohnungslose Menschen gezählt, davon waren 47.260 Personen untergebracht (z. B. in Wohnheimen, Trägerwohnungen) und 6.032 Personen obdachlos ohne Unterkunft und ca. 2.364 verdeckt wohnungslose Menschen, die vorübergehend bei Freund*innen oder Angehörigen unterkamen (Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung 2024). Unter den untergebrachten Personen waren rund 55% Männer, 40% Frauen und knapp 5% ohne Geschlechtsangabe; 17% hatten die deutsche Staatsangehörigkeit, während 83% eine andere besaßen (Senatsverwaltung Berlin, Bezirksamt Pankow 2024). Der Wohnungslosenbericht der Bundesregierung zeigt, dass in Berlin 7.965 (75,9% männlich; 24,1% weiblich) Personen nicht institutionell untergebracht obdachlos sind (vgl. BmWSB 2024: 55). Dabei sind 66,8% (5.298 Personen) „nicht deutsch“ und 33,2% (2.634 Personen) verfügen über eine deutsche Staatsbürgerschaft (BmWSB 2024: 57).

Die soziodemographischen Merkmale der Nutzenden der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin verweisen in Bezug auf die Faktoren der Wohnsituation und der Staatsangehörigkeit in dem Erhebungszeitraum (2021-2023) auf folgende Veränderungen: Knapp 60% der Nutzenden sind wohnungs- oder obdachlos (Reiter et al. 2023: 23). Dabei nahm der Anteil der Klient*innen in gesichertem Wohnraum kontinuierlich ab (2021: 39,9%, 2023: 23,8%) (ebd.: 23), während der Anteil der Personen, die in Wohnungsnot leben, anstieg (ebd.: 70). In Bezug auf die Staatsangehörigkeit zeigt sich, dass der Anteil der Nutzenden aus Drittstaaten zunahm (2021: 48%, 2023: 62%), gleichzeitig nimmt der Anteil derjenigen mit deutscher Staatsangehörigkeit ab (2021: 22,2%, 2023: 8,8%). Der Anteil der Klient*innen aus EU-Mitgliedstaaten ist relativ gleichbleibend (2021: 27,1%, 2023: 25,9%) (Reiter et al. 2023: 21).

Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum kaum qualitative Studien, die die lebensweltlichen Herausforderungen von Menschen in prekären Lebenssituationen und ohne Krankenversicherung thematisieren. Winkler und Wyss (2025: 4) verweisen in ihrer ethnographischen Studie in jeweils zwei Großstädten in Deutschland und der Schweiz auf die Notwendigkeit der intersektionalen Betrachtung von Armut und Wohnungslosigkeit. Sie zeigen wie die Faktoren Wohnungslosigkeit, aufenthaltsrechtliche Fragen sowie Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten sich gegenseitig bedingen. Das Zusammenwirken von Prekarität in mehreren Lebensbereichen verstärkt das Erleben von Unsicherheit, Instabilität und Machtlosigkeit (Winkler & Wyss 2025: 2f.). Die Betroffenen stehen selbst vor der Herausforderung zu entscheiden, wie die Lebenssituation verändert werden kann, zugleich verweisen sie auf Kraftlosigkeit, Instabilität und Scham, die Handlungsfähigkeit einschränken (ebd.: 23f.).

Die qualitative Studie „Leben ohne Krankenversicherung. Ursachen, Lebenssituation und Versorgung“ von Heinrichs et al. (2025) legt den Fokus auf die Sicht der betroffenen Personen und betont, dass diese Perspektive bisher kaum erhoben

wurde. In der Studie wurden mit zehn problemzentrierten Interviews die Lebenssituation der Betroffenen, mögliche Ursachen für einen unsicheren Krankenversicherungsstand sowie hinderliche und förderliche Faktoren zur Sicherstellung einer medizinischen Versorgung und (Wieder-)Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes erhoben. Neben Flucht- und Migrationserfahrungen leben die Betroffenen in Armut und in unsicheren Wohnverhältnissen, was sich auf den Gesundheitszustand auswirkt. Als Gründe für einen fehlenden Krankenversicherungsschutz zeigen sich fehlende Ausweispapiere, Arbeitslosigkeit sowie ein mangelndes Wissen über das Krankenversicherungssystem und bürokratische Hürden. Für eine medizinische Versorgung nehmen die befragten Personen gemeinnützige Angebote im Gesundheitssektor in Anspruch, erwähnen Selbstmedikation oder medizinische Leistungen über ein Privatrezept. Um die Lebenssituation zu bewältigen, helfen ihnen Spiritualität, Glaube und eine positive Lebenseinstellung. Weiter werden Hilfsorganisationen, Freundinnen oder staatliche Institutionen genannt, die bei der Bewältigung der Situation unterstützen. Als Hindernisse bei der Bewältigung der Lebenssituation werden die Wissenslücken über Möglichkeiten, Sprachbarrieren, finanzielle Aspekte oder auch die Angst vor Abschiebung erwähnt. Die Befragten wünschen sich in Anbetracht der Situation vorübergehende Versicherungsmodelle, die einzelne Leistungen abdecken sowie Stabilität und Unabhängigkeit von anderen, z. B. durch ein Lohnarbeitsverhältnis oder einen geregelten Aufenthalt (Heinrichs et al. 2025).

Die Studien zeigen zusammenfassend, dass eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht nicht dazu führt, dass alle Personen in Deutschland versichert sind. Ein fehlender Krankenversicherungsschutz steht dabei in Zusammenhang mit (sozial-)rechtlichen Ausschlussmechanismen aufgrund von Staatsangehörigkeit und Wohnungslosigkeit (vgl. Ärzte der Welt 2024: 20, Neupert & Pieper 2020: 956 f., Lotty, Hämmerling & Mielck 2015: 144 f., Lotties 2020: 21 ff.).

2.1.2 Wohnungslosigkeit und Haft

Personen in Wohnungsnot sind besonders gefährdet, ohne Krankenversicherungsschutz zu leben. Einige verlieren mit ihrer Wohnung zugleich ihre Meldung beim Einwohnermeldeamt und damit den Zugang zu Leistungen des Sozial- oder Gesundheitssystems (Lotties 2023). Ohne amtliche Wohnsitzanmeldung scheitert meist auch die formale Anmeldung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft räumt das Land Berlin die Möglichkeit ein, sich ‚Ohne festen Wohnsitz‘ zu melden. Mit einer solchen Anmeldung ist es möglich, Sozialleistungen zu beantragen und damit auch den Krankenversicherungsschutz sicherzustellen.

Haft⁴ gilt als ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG-W) wird in rund zwölf Prozent der Fälle eine vorherige Inhaftierung als Ursache für Wohnungslosigkeit genannt (Lotties 2023). In einer Studie zur Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung eines niedrigschwelligen Berliner Gesundheitszentrum benennen 15% Haft als Grund für die Wohnungslosigkeit (Schindel et al. 2025: 12). Qualitative Studien und Praxiserfahrungen belegen zudem, dass ein erheblicher Teil der Entlassenen ohne gesicherten Wohnraum ist und Schwierigkeiten hat, nach der Haft Zugang zu einer regulären Krankenversicherung zu erhalten (Jamin et al. 2021, AK Knast des vdää 2021, Stöver & Förster 2022). Quantitative bundesweite Daten zum Versicherungsschutz nach Haftentlassung liegen bislang nicht vor, sodass hier ein erheblicher Forschungsbedarf besteht (Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) 2025).

Insofern steigt mit der Haft die Gefahr einer unsicheren Situation beim Krankenversicherungsschutz. Während der Inhaftierung übernimmt der Staat die Gesundheitsversorgung; die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ruht in dieser Zeit (BAG-S 2025). Nach der Entlassung kann die Mitgliedschaft grundsätzlich wieder aktiviert werden. In der Praxis kommt es jedoch häufig zu Brüchen: Manche Inhaftierte kündigen ihre Krankenversicherung, um während der Haft Beiträge einzusparen, was nach der Entlassung zu Versicherungslücken führt (Filius, Brosch & Kollegen 2023). Aber auch ohne Kündigung berichten Fachstellen von Schwierigkeiten bei der Reaktivierung – insbesondere für Personen ohne festen Wohnsitz oder Einkommen (Tacheles e.V. 2019, BAG-S 2025).

2.1.3 Drittstaatenangehörige

Bei Drittstaatenangehörigen spielen vor allem aufenthaltsrechtliche Hürden eine zentrale Rolle. Wer über eine Duldung verfügt, hat meist keinen unmittelbaren Anspruch auf eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Stattdessen werden häufig Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4-6 AsylbLG) gewährt, die auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt sind. Erst nach 36 Monaten Aufenthalt kann (muss aber nicht im Falle von Duldung) ein umfassender Anspruch entstehen (§ 2 AsylbLG). Das Land Berlin begegnete diesem ungleichen Versorgungsanspruch mit der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (§ 264 SGB V), der Leistungsanspruch ist damit dem der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen, entspricht aber weiterhin nicht deren Leistungsumfang (vgl. Senatsverwaltung für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz Berlin, 2016).

Eine weitere Gruppe, die nicht krankenversichert ist, bilden Menschen, die hier „undokumentiert“ genannt werden. In Deutschland befinden sich je nach Quelle

⁴ Die Bedeutung dieses Aspektes wurde im Kontext der empirischen Forschung der folgenden Forschung als relevant für den Krankenversicherungsschutz identifiziert und insofern an dieser Stelle mitaufgenommen.

mehrere Hunderttausend Menschen in dieser Situation; eine viel zitierte wissenschaftliche Schätzung nennt für 2014 eine Spanne von rund 180.000–520.000 Personen (Vogel 2015). In Berlin leben nach älteren Angaben der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege bis zu 100 000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Diözesan-Caritasverband Berlin 2000). Aktuelle Einschätzungen aus Beratungsstellen und Forschung gehen von mindestens 60.000 undokumentierten Menschen in Berlin aus (vgl. Kron et al. 2024, Mermania 2024). Beim Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (PKV) bestehen rechtliche und praktische Hürden. Die Aufnahme scheitert häufig an Identitätsnachweisen, amtlicher Wohnsitzanmeldung und an aufenthaltsrechtlichen Risiken.

Insbesondere die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG verhindert den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für die Gruppe der undokumentierten Menschen: Behörden (nicht aber medizinisches und therapeutisches Personal)⁵ müssen Kenntnis über einen fehlenden Aufenthaltstitel an die Ausländerbehörde melden. Das schreckt undokumentiert lebende Menschen von Leistungsanträgen (z. B. nach AsylbLG) und von Krankenhausbehandlungen ab (GFF 2021, Kron et al. 2024). Eine besondere Problemlage betrifft Personen, die zwar einen Aufenthaltstitel oder Schutzstatus in einem anderen EU-Mitgliedstaat besitzen, sich aber faktisch in Deutschland aufhalten.⁶ Dazu zählen etwa Drittstaatsangehörige, die in einem anderen EU-Land registriert sind, oder Asylsuchende im Rahmen der Dublin-Verordnung. In solchen Fällen verweisen deutsche Krankenkassen in der Regel auf die Zuständigkeit des Erstaufnahmestaates (vgl. Mediendienst Integration 2025). Auch Menschen mit laufendem Asylverfahren oder einer Duldung in einem anderen Bundesland können faktisch Ansprüche verlieren, wenn sie sich außerhalb des ihnen zugewiesenen Bundeslandes aufhalten. Aufgrund von Residenzpflicht oder Wohnsitzauflagen stellen Sozialämter dann oftmals keine Krankenscheine aus, sodass Betroffene ebenfalls in eine Versorgungslücke geraten (GFF 2021).

Staatenlose Personen oder Menschen ohne geklärte Staatsangehörigkeit sind ebenfalls betroffen. Fehlende Identitätsdokumente erschweren oder verhindern die Aufnahme in die GKV oder PKV (Kron et al. 2024, UNHCR Global Report 2023). Ein Beispiel hierfür sind Palästinenser*innen, die im Ausländerzentralregister als „staatenlos“ oder „ungeklärt“ geführt werden (BAMF 2021). Ein weiteres Beispiel sind die sogenannten „Nichtbürger*innen“ aus Lettland und Estland, die nach der Unabhängigkeit 1991 keinen automatischen Zugang zur Staatsangehörigkeit erhielten und bis heute über spezielle Papiere, jedoch ohne Unionsbürgerschaft, verfügen.⁷ Dieser Status erschwert auch ihren Zugang zu Sozial- und

⁵ Der verlängerte Geheimnisschutz gilt auch für Krankenhausleitungen und -verwaltungen, was indessen nicht allen betreffenden Akteur*innen bekannt ist. Zudem wenden sich Krankenhausverwaltungen bei Erstattungsanträgen für nicht versicherte Personen an die Sozialämter, die wiederum übermittlungspflichtig sind.

⁶ Dieser Aspekt wurde als relevant im Kontext der empirischen Forschung im Kontext des Wi:Nu:K Forschungsprojektes identifiziert und insofern an dieser Stelle mit aufgenommen.

⁷ Dieser Aspekt wurde als relevant im Kontext der empirischen Forschung im Kontext des Wi:Nu:K Forschungsprojektes identifiziert und insofern an dieser Stelle mit aufgenommen.

Krankenversicherungssystemen in anderen EU-Staaten (Croft 2016, UNHCR – Northern Europe o. D., OSCE/ODIHR 2017). In Deutschland werden sie daher rechtlich wie Drittstaatsangehörige behandelt und fallen in der Praxis oft in die Kategorie staatenloser bzw. undokumentierter Personen.

2.1.4 Unionsbürger*innen

EU-Bürger*innen sind in Deutschland nicht automatisch mit einem Krankenversicherungsschutz abgesichert. Zwar gilt die europäische Koordinierung der Sozialsysteme (Verordnung [EG] Nr. 883/2004), doch bestehen in der Praxis Lücken. Wer nicht erwerbstätig ist, muss für ein Aufenthaltsrecht nachweisen, dass er oder sie über eine „ausreichende Krankenversicherung“ und Existenzmittel verfügt (§ 4 FreizügG/EU, BMI, o. D.). Grundsätzlich können Unionsbürger*innen ihre Krankenversicherung aus dem Herkunftsland nach Deutschland mitnehmen – über das sogenannte S1-Formular, das den Versicherungsschutz überträgt und deutschen Krankenkassen als Abrechnungsgrundlage dient. Voraussetzung ist allerdings, dass im Herkunftsland tatsächlich eine Versicherung besteht und die dortige Krankenkasse das Formular ausstellt (Europäische Kommission o. D.). In der Praxis kommt es jedoch häufig zu Hürden, etwa wenn Nachweise über bestehende Versicherungen fehlen oder Formulare nicht anerkannt werden (Paritätischer Gesamtverband 2023, GFF 2021).

Bei Unionsbürger*innen ist das Freizügigkeitsrecht (als besondere Form des Aufenthaltsrechts innerhalb der EU) zunächst voraussetzungslos gegeben. Nach Ablauf von drei Monaten setzt sein Fortbestehen jedoch u. a. den Nachweis einer ausreichenden Krankenversicherung voraus. In der Praxis kann hieraus eine zirkuläre Ausschlusskonstellation entstehen, da das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes den nachträglichen Entzug des Freizügigkeitsrechts nach sich ziehen kann, während zugleich der fehlende oder unsichere Aufenthaltsstatus den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erschwert (European Parliament 2016).

Nach fünf Jahren rechtmäßigem Aufenthalt (u.a. nachgewiesen durch eine amtliche Wohnsitzanmeldung) sieht § 4a FreizügG/EU den Erwerb eines Daueraufenthaltsrechts vor. Ab diesem Zeitpunkt entfällt die Pflicht, Existenzmittel oder eine Krankenversicherung nachzuweisen, und Betroffene sind rechtlich weitgehend deutschen Staatsangehörigen gleichgestellt. Damit unterliegen sie dann der Versicherungspflicht in der GKV (Ratzmann 2022). Allerdings können nicht alle Menschen amtliche Wohnsitzanmeldung nachweisen, auch wenn sie sich teils schon mehrere Jahre in Deutschland aufhalten.

Zugleich besteht für EU-Bürger*innen ohne angemeldete Lohnarbeit in den ersten fünf Jahren kein Recht auf Sozialleistungen und auch darüber hinaus sind Meldenachweise zu erbringen. Insofern ist häufig auch der Zugang zur Krankenversicherung über ALG II erschwert (vgl. netzwerk-sozialrecht.net, o. J.).

Schließlich kann auch die strafrechtliche Situation Einfluss nehmen: Für EU-Bürger*innen mit Haftbefehlen in anderen Mitgliedstaaten bestehen faktisch kaum Möglichkeiten, Ansprüche auf Sozialleistungen geltend zu machen oder sich um Fragen des Krankenversicherungsschutzes zu kümmern, da die Klärung straf- oder ausländerrechtlicher Verfahren Vorrang hat. Gleiches gilt auch für EU-Bürger*innen, die sich in Berlin aufhalten aber aufgrund von vorhergehenden Strafverfahren ausreisepflichtig sind. Hierzu liegen aber keinerlei belastbare empirische Daten vor.⁸

2.1.5 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Gründe für fehlenden Krankenversicherungsschutz sind strukturell bedingt – durch Wohnungslosigkeit oder Obdachlosigkeit, rechtliche Hürden bei Drittstaatenangehörigen mit prekären oder ohne Aufenthaltstiteln, Lücken in der europäischen Koordinierung bei EU-Bürger*innen und einer zirkulären Gesetzgebung zur EU-Freizügigkeit, die den Nachweis über einen Krankenversicherungsschutz erfordert, um einen Krankenversicherungsschutz zu erhalten. Aufenthaltsrechtliche Regelungen wie das Asylbewerberleistungsgesetz, Übermittlungs- und Meldepflichten verschärfen diese Situation erheblich. Zugleich sind diese Aspekte komplex miteinander verwoben: Strafrechtliche Verfolgung kann beispielsweise zu einem undokumentierten Aufenthalt in Berlin führen und damit zum Verlust der Krankenversicherung. Genauso wie Wohnungslosigkeit und keine angemeldete Lohnarbeit den Zugang zu Sozialleistungen für EU-Bürger*innen erschwert. Die Einflussfaktoren Straffälligkeit und Haft sind im Kontext von Menschen, die illegale Substanzen konsumieren, besonders relevant. Sie wirken, sowohl auf die Wahrscheinlichkeit Wohnungslosigkeit zu erleben als auch undokumentiert in Deutschland zu sein. Beide Aspekte erhöhen die Wahrscheinlichkeit auch ohne Krankenversicherungsschutz in Berlin zu leben.

⁸ Dieser Aspekt wurde als relevant im Kontext der empirischen Forschung im Kontext der vorliegenden Forschung identifiziert und insofern an dieser Stelle mit aufgenommen.

2.2 Opiode konsumierende Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Für die in dieser Forschung adressierte Zielgruppe zählt neben den Merkmalen der Wohnungslosigkeit und des fehlenden Krankenversicherungsschutzes ein regelmäßiger Opioidkonsum. Dieser wurde in den bisherigen Studien zum Krankenversicherungsschutz nicht erhoben. Zugleich zeigt sich, dass ein regelmäßiger Konsum illegaler Substanzen die bis hierher beschriebene Problematik des fehlenden Krankenversicherungsschutzes verstärken kann. Insbesondere Haftaufenthalte können hier als ein Schlüsselfaktor hervorgehoben werden. Wer illegale Substanzen konsumiert und über kein sicheres Einkommen verfügt, muss sowohl zur Beschaffung der Substanzen sowie teilweise zu deren Finanzierung auf illegale Praktiken zurückgreifen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Strafverfolgung und somit eines Haftaufenthaltes, der wiederum Wohnungslosigkeit, Verlust des Aufenthaltsstatus sowie fehlende Krankenversicherung bedingen kann. Auch andere Verknüpfungen sind möglich: Weil jemand aufgrund der Staatsbürgerschaft oder des Aufenthaltsstatus keinen Zugang zu Sozialleistungen sowie Krankenversicherung hat, ist der Zugang zum suchtmmedizinischen Hilfesystem, insbesondere zur Opioidsubstitutionstherapie (OST) verwehrt, so dass illegale Praktiken zur Beschaffung der Opiode die einzige Möglichkeit zur Deckung des Bedarfs sind.

Im Folgenden wird zunächst ein Einblick in die quantitativ erforschte Verknüpfung von Opiatkonsum, Wohnungslosigkeit sowie Krankenversicherungsstatus gegeben und anschließend vertiefend auf den Zugang zu suchtmmedizinischer Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung eingegangen.

2.2.1 Einblick in Studien zu Drogenszenen in Deutschland und Berlin

Um die Verknüpfung der Merkmale Konsum von Opioiden, Wohnungsnot und fehlende Krankenversicherung darzustellen, werden im Folgenden Ergebnisse aus sogenannten (Drogen-)Szenestudien⁹ in dem Erhebungszeitraum 2016 bis 2025 angeführt. Zu Berlin liegen bisher nur begrenzt Zahlen vor, insofern dienen die hier vorgestellten Ergebnisse aus anderen deutschen Großstädten als Orientierung. Dieses Kapitel abschließend wird ein kurzer Einblick in qualitative Studien zur Frage von fördernden und behindernden Faktoren der Verbesserung der Lebenssituation von wohnungslosen Menschen, die illegale Substanzen konsumieren, gegeben.

⁹ Unter Szenestudien werden Studien verstanden, die mit einem vornehmlich quantitativen Design Drogenkonsum, Lebenslage und Nutzung von Einrichtungen der Drogenhilfe von Menschen untersuchen, die sich an städtischen Treffpunkten aufhalten.

In die Analyse fließen die Ergebnisse aus folgenden, vorwiegend quantitativen Studien ein¹⁰:

- Die Szene-Studien in NRW (Deimel, Ferl, et al. 2025),
- die ODSC-Studie zur offenen Drogenszene in Köln (Deimel, Feldmann, et al. 2025),
- die MoSyD-Studien in FFM (Werse & Kamphausen 2023 sowie Arendt & Werse 2025),
- die Szene-Studie in Mannheim (Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022),
- die DRUCK-Studien des Robert Koch Instituts (RKI) (Robert-Koch-Institut 2016: 9, Zimmermann, Krings & Steffen 2023: 13)
- sowie die Studie von Zurhold et al. (2024), in der der Fokus auf den Bedarfen und Hemmnissen zu Opioidsubstitutionstherapie (OST) in Hamburg, Frankfurt, Lüneburg, Neumünster und Gießen legt.¹¹

Zu Opioiden zählen neben der Substanz Heroin auch opioidhaltige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl) sowie verschiedene Substitute (z. B. Methadon oder Buprenorphin), die nicht verschreibungspflichtig (n. v.) konsumiert werden (vgl. Karachaliou, Krystallia et al. 2024: 29). Ein riskanter Opioidkonsum wird für das Jahr 2022 im REITOX-Bericht auf 85.000- 101.000 Personen geschätzt und zeigt somit einen Rückgang von 15% zum Vergleichsjahr 2018 (vgl. Karachaliou, Krystallia et al. 2024: 29). Szenestudien beziehen sich wiederum nur auf jene Personen, die sich im öffentlichen Raum in der Nähe von urbanen Treffpunkten aufhalten. In Bezug auf die 24h-Konsumprävalenzen zeigt sich, dass zwischen 26% (Mannheim) und 40% (2024 Frankfurt am Main) der Befragten täglich Opioide konsumieren (Arendt & Werse 2025: 30; Deimel, Ferl, et al. 2025: 23 f., Werse & Kamphausen 2023: 30). Eine Ausnahme bildet Köln, wo 64,7% Heroin konsumierten (Deimel, Feldmann, et al. 2025: 4), also fast doppelt so viele Menschen wie in den anderen Städten. Festzuhalten ist, dass in allen Städten unter den Opioidkonsum die meist konsumierteste Substanz Heroin war.

Zum Thema Opioidsubstitutionstherapie zeigt sich allgemein, dass sich im Jahr 2024 80.400 Personen in einer OST befanden (BfArM 2025: 2). In den Studien zu städtischen Drogenszene liegt der Anteil der Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer OST befanden, zwischen 49% (Robert-Koch-Institut 2016: 125, Werse & Kamphausen 2023: 58) und 70% (Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022: 18) der Befragten. Zudem zeigen einige Studien, dass diejenigen Personen, die sich

¹⁰ Für folgenden Überblick der Szene-Studienergebnisse sind in der Durchführung besonders die Faktoren 1) der Sprachbarrieren und 2) Erhebungsorte kritisch zu reflektieren. Je nach sprachlicher Diversität der Erhebungsinstrumente können die Ergebnisse insbesondere bezogen auf Krankenversicherungsschutz verzerrt sein, weil Menschen ohne deutsche Sprachkenntnisse nicht erreicht wurden. 2) Gleiches gilt für den Erhebungsort. Da Drogenszenen in ihrer Diversität sich an unterschiedlichen Orten verdichten, bestimmen die Erhebungsorte auch das Ergebnis. Je nach Ort trifft man bspw. unterschiedliche nicht-deutschsprachige Communities an, genauso wie ein Erhebungsort in der Nähe von Angeboten der Drogenhilfe jene nicht erreicht, die eben diese nicht nutzen.

¹¹ Im Folgenden wird nicht explizit auf die Verteilung der Geschlechter als zusätzliche Analysekatgorie eingegangen. Insgesamt zeigen alle Studien einen Einbezug von ca. 2/3 Männer (66,6%- 69%) und 1/3 Frauen (34%-31%) in das Sample.

in Behandlung befinden weniger Opiode konsumieren als jene, die in ihrem Konsum ausschließlich auf den Schwarzmarkt angewiesen sind (vgl. Deimel, Ferl, et al. 2025: 26; Deimel, Feldmann, et al. 2025: 4). Die aktuelle MoSyD-Studie stellt einen erheblichen Rückgang der OST unter den Befragten in den letzten zwei Jahren fest (2022: 49%; 2024: 35%) (Arend & Werse 2025: 58). Dieser könnte an dem gestiegenen Anteil an Crack-Konsument*innen liegen¹².

In Bezug auf das Merkmal der Wohnungslosigkeit¹³ geben in NRW 64% der befragten Personen an wohnungslos, davon 36,6% obdachlos zu sein (Deimel, Ferl, et al. 2025: 19). In Köln liegt der Anteil der Personen, die obdachlos sind bei 42,4% (Deimel, Feldmann, et al. 2025: 3) und in der Evaluationsstudie OST bei 39% (Zurhold et al. 2024: 21 ff.). Niedrigere Zahlen zeigt die Stadt Mannheim, in der 17% in prekären Wohnverhältnissen leben, davon sind 11% obdachlos (Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022: 12). In Frankfurt am Main ist der Anteil der wohnungslosen Personen bei 51% (2022) und bei 63 % (2024) (Werse & Kamphausen 2023: 20; Werse & Arendt 2025: 20 ff.) und in DRUCK 2023 liegt er bei 34% (Zimmermann, Krings & Steffen 2023: 35 f.). Trotz schwieriger Vergleichbarkeit der Angaben, zeigen die Ergebnisse, dass sich in den meisten Städten deutlich mehr als ein Drittel bis zu der Hälfte der befragten Personen in akuter Wohnungsnot befinden.

Bezüglich des Krankenversicherungsstatus zeigt die Evaluationsstudie OST den höchsten Wert mit 24,1% von Personen ohne Krankenversicherung auf, der sich jedoch nur aus den Großstädten (FFM und HH) ergibt (im Vergleich Kleinstädte 0% Personen ohne Krankenversicherung) (Zurhold et al. 2024: 42). Mannheim hat mit 4% einen sehr niedrigen Anteil an Personen ohne KV mit einem gleichzeitigen Höchstwert (70%) an Menschen in Substitution (Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022: 17 f.). In der NRW-Studie zeigt sich die verschiedenen Städte zusammenfassend ein Anteil von 16,9% ohne Krankenversicherung (Deimel, Ferl, et al. 2025: 22). In FFM ist der Anteil der nicht versicherten Personen 2024 bei 25% (Arendt & Werse 2025: 51) und damit seit 2018 kontinuierlich gestiegen (Werse & Kamphausen 2023: 51). Diejenigen, die über keine Krankenversicherung verfügen, sind deutlich seltener an eine OST angebunden. So liegt der Anteil derer, die sich in NRW in einer Substitutionsbehandlung befinden aber nicht krankenversichert sind bei lediglich 2,3% (Deimel, Ferl, et al. 2025: 26). In der Evaluationsstudie OST geben 20% derer, die nicht in einer Substitutionsbehandlung sind an, dass sie nicht krankenversichert sind (Zurhold et al. 2024: 42).

¹² Die MoSyD Studie 2024 weist daraufhin, dass der Konsum von Crack bei jenen in OST höher ist, als bei jenen, die nicht in Behandlung sind (Arendt & Werse 2025: 60). Dieser Zusammenhang wird auch von einem unserer Gesprächspartner*innen als Argument gegen eine OST angeführt (vgl. 4.2.5.2).

¹³ Aufgrund der unterschiedlichen Verwendung der Begriffe von Wohnungs- und Obdachlosigkeit sind Zahlen in den verschiedenen Studien nicht vergleichbar. Sie geben jedoch einen Eindruck.

Das Merkmal Aufenthaltsstatus/Staatsbürgerschaft wird allgemein in den Studien unterschiedlich erhoben¹⁴. Zwischen ca. 30% - 40% der befragten Personen haben keine deutsche Staatsangehörigkeit (vgl. Deimel, Ferl, et al. 2025: 18 f., Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022: 19 f.). In der NRW-Studie geben 38,9% an einen unsicheren Aufenthaltsstatus zu haben, davon sind 71,8% EU-Bürger*innen (bspw. aufgrund von Ausreisepflicht basierend auf Straffälligkeit) (Deimel, Ferl, et al. 2025: 18). Von denjenigen, die in NRW keine Krankenversicherung haben, haben 32,9% eine EU-Staatsangehörigkeit und 44,3% eine Drittstaatsangehörigkeit (Deimel, Ferl, et al. 2025: 20).

Zu der Verschränkung von fehlender Krankenversicherung und Wohnungslosigkeit geben in Köln fast doppelt so viele Personen ohne Krankenversicherung (50%) (mit KV 27,2%) als Übernachtungsort „draußen“ an (Deimel, Feldmann, et al. 2025: 5). In der qualitativen Analyse Evaluationsstudie OST zeigt sich, dass eine fehlende Krankenversicherung zumeist durch eine aktuell bestehende Obdachlosigkeit bedingt war (Zurhold et al. 2024: 37). Weitere Verschränkungen zeigen sich in der NRW-Studie: Der Anteil der obdachlosen Personen ist hier häufiger nicht krankenversichert (34,9% vs. 6,4%) und öfters von einem unsicheren Aufenthaltsstatus betroffen (19,3% vs. 6,6%) (Deimel, Ferl, et al. 2025: 19).

Bis auf die ODSC-Studie in Köln machen alle Szenestudien Angaben zu den Haftaufenthalten der befragten Personen. Die Anzahl derjenigen, die mindestens einmal inhaftiert waren variiert zwischen 75% (Zurhold 2024: 23), 79,6% (Deimel, Ferl, et al. 2025: 22) und 81% (RKI 2016: 67) der befragten Personen. Im Durchschnitt waren die Personen in der MoSyD-Studie 5,5 Jahre inhaftiert (Arend & Werse 2024: 9) und in der NRW-Studie 5,9 Jahre (Deimel, Ferl, et al. 2025: 22). Auch Heinrich et al. (2025) geben in ihrer Studie zum Konsum von Alkohol und anderen Drogen unter Menschen in Wohnungslosigkeit an, dass 54% der Befragten in ihrem Leben schon mal inhaftiert waren. Insbesondere diejenigen, bei denen sie einen Polysubstanzkonsum identifizieren, waren in Haft was den Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit, Konsum illegaler Substanzen und Haft unterstreicht.

Die Studien geben ebenfalls einen Einblick in Infektionen, Krankheiten sowie das subjektive Gesundheitsgefühl der Befragten. Die Hälfte der befragten Personen in der letzten MoSyD-Studie schätzen ihre Gesundheit als „gut“ bis „sehr gut“ (Arendt & Werse 2025: 54) ein und auch in der DRUCK-Studie beschreiben mehr als die Hälfte diese als „okay“ (35%) oder „gut“ (29%) (RKI 2016: 122). Im Evaluationsbericht OST hingegen liegt die subjektive Beurteilung im Durchschnitt bei „mittelmäßig“ bis „schlecht“ (Zurhold et al. 2024: 58). Zwischen 87,6% (Zimmermann et al. 2023: 49) und 93,7% (Deimel, Ferl et al. 2025: 26f.) geben an, nicht mit HIV infiziert zu sein. Hingegen ist HCV mit Werten zwischen 27% (Zimmermann et al. 2023: 46) und 48%

¹⁴ In NRW: Nationalität und Aufenthaltsstatus (Deimel, Ferl, et al. 2025: 18 f.), ähnlich in MoSyD (Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022: 19 f.); in Köln (Deimel, Feldmann, et al. 2025: 3) und DRUCK (Robert-Koch-Institut 2016: 31 f.; Zimmermann, Krings & Steffen 2023: 34 f.) und Evaluationsstudie OST (Zurhold et al. 2024: 23): Geburtsland; Mannheim keine Daten dazu erhoben.

(Arendt & Werse 2025: 50) weit verbreitet. Des Weiteren werden in der letzten MoSyD-Studie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen (52%), Lungen-Bronchien-Erkrankungen (46%), Magen-Darm-Beschwerden (40%) benannt (Werse, Kamphausen & O'Reilly 2022: 18).

Zu Berlin liegen bisher kaum Zahlen zu Opioiden konsumierenden Menschen in Wohnungsnot vor. Nur in der DRUCK 2.0 Studie aus dem Jahr 2023 wurden auch Daten für Berlin erhoben. Hier zeigt sich, dass 41% der befragten Personen wohnungslos sind (Zimmermann, Krings & Steffen 2023: 35 f.) und ein Anteil von 67,8% Opioide konsumieren, davon 60% Heroin (ebd.: 39). Weiter befinden sich 54% der befragten Personen in einer OST (ebd.: 40). Der Anteil, der nicht krankenversicherten Personen wurde in diesem Fragebogen für Berlin noch nicht erhoben.

Im Sommer 2025 wurde eine Studie zum Crackkonsum im Kontext Berliner urbaner Treffpunkte durchgeführt. In dieser Studie konnten 150 Personen befragt werden, von denen 36 Personen (24%) nicht versichert waren. Im Vergleich zu den anderen Städten ist das der bisher höchste gemessene Wert. Von denjenigen ohne Krankenversicherung waren 72% männlich, 80% obdachlos und 75% wurden nicht in Deutschland geboren. Die für die Frage der Krankenversicherung zentralen Angaben Staatsbürgerschaft und Aufenthaltsstatus wurden nicht erhoben. Der Unterschied bezüglich der Hafterfahrungen zwischen jenen mit und ohne Krankenversicherung ist mit 72% und 80% nicht so deutlich, wie er bei den Angaben Wohnungslosigkeit sowie nicht in Deutschland geboren zu sehen ist. Während 40% derjenigen mit einer Krankenversicherung in einer OST behandelt werden, befand sich niemand der 36 Personen ohne Krankenversicherung in Behandlung (Hirschfeld et al. 2026 i.E.).

Bezogen auf befragte Unterstützungsbedarfe für die Zielgruppe stellen die Studien in NRW heraus, dass der Bedarf der Vermittlung in OST (von 5,9- 11%) vergleichsweise gering zu den Vermittlungsbedarfen zum Wohnen herausgestellt wurden (35%- 69,5%) (vgl. Deimel, Ferl, et al. 2025: 29, Deimel, Feldmann, et al. 2025: 5). Nur die Studie in NRW erhebt die Perspektive von Nicht-Nutzer*innen¹⁵ und weist damit besonders auf Lücken in der Angebots- und Versorgungsstruktur hin. In einem Vergleich von Nutzer*innen und Nicht-Nutzer*innen von Angeboten der offenen Drogenhilfe zeigt sich dabei deutlich, dass sich Nicht-Nutzer*innen häufiger in Obdachlosigkeit befinden, nicht krankenversichert sind und sich in keiner OST befinden (36% vs. 94%) (Deimel, Ferl, et al. 2025: 34 f.).

In der NRW-Studie wurden zusätzlich zu der quantitativen Erhebung zwei offene Fragen gestellt, die Erkenntnisse zu Erfahrungen sowie Wünschen in Bezug auf das lokale Hilfesystem generieren (Deimel, Ferl, et al. 2025: 16f.). Dabei konnten nutzenfördernde und nutzenlimitierende Aspekte herausgearbeitet werden. Die

¹⁵ Unter dem Begriff Nicht-Nutzer*innen werden Personengruppen verstanden, die niedragschwellige Kontakt- und Beratungsstellen, Drogenkonsumräume (DKR) seltener als 1x im Monat oder nie in Anspruch nehmen, in keiner OST sind und keine Notunterkunft nutzen (vgl. Deimel, Ferl, et al. 2025: 34).

Ergebnisse zeigen, dort wo die Angebote niedrigschwellig und passgenau gestaltet sind, gelingt es, Personen in der Drogenszene zu erreichen (Deimel, Ferl, et al. 2025: 94). Infrastrukturelle Aspekte wie z. B. längere Öffnungszeiten, Standorte in Szenenähe, eine möglichst große Barrierefreiheit und ausreichend Kapazitäten in Bezug auf Personal und Platz können die Inanspruchnahme vereinfachen (ebd.). Weiter zeigt sich, dass die professionelle Beziehung zwischen den Nutzer*innen und Fachkräften nutzenfördernd wirkt, z. B. wenn den Nutzer*innen mit Respekt und Anerkennung begegnet wird und ihre individuellen Anliegen gesehen werden. Gleichzeitig wirken andersherum ein häufig wechselndes Personal, welches den Aufbau von tragfähigen Beziehungen verhindert sowie eine paternalistische und respektlose Haltung nutzenlimitierend (ebd.: 94).

Einen Einblick in Bedarfe von Opioiden konsumierenden Menschen in Wohnungsnot geben die Arbeiten von Ingram et al. (2024 & 2025) zu illegale Substanzen konsumierenden wohnungslosen Menschen in Dublin. Die Autor*innen stellen in ihrer ethnografischen Studie heraus, dass prekäre Lebenssituationen ganzheitlich betrachtet werden müssen, um Faktoren zu identifizieren, die Recovery (Genesung) unterstützen oder behindern. Sie unterscheiden zwischen positivem personal, social and community recovery capital wie bspw. Sorge um andere, physisches und psychisches Wohlbefinden, sinnerfüllende Tätigkeiten, sicherer Wohnraum und „low-threshold community-based supports including harm reduction“ (Ingram et al. 2025: 9) sowie negativem personal, social and community capital, wie bspw. verminderter Selbstwert durch wiederholtes Scheitern, Stigmatisierungserfahrungen, kein sicherer Wohnraum, Haftaufenthalte und Probleme mit der Justiz. Neben einer sicheren und verlässlichen Wohnsituation wünschen sich die Menschen, mit denen die Forschenden Gespräche führten, wertschätzende und unterstützende Gespräche mit Fachkräften sowie soziale Treffpunkte ohne stigmatisierende Erfahrungen (Ingram et al. 2024).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwischen 4 und 24% der Personen in den untersuchten großstädtischen Drogenszenen keinen bzw. einen unzureichenden Krankenversicherungsschutz haben. Zudem kann festgestellt werden, dass die bisher auf deutsche Großstädte bezogenen Studien zeigen, dass Opiatkonsum, Wohnungslosigkeit sowie das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes miteinander verknüpft sind. Zugleich sind Aufenthaltsstatus und Nationalität zentrale Einflussfaktoren auf die Frage des Zugangs zur Substitutionsbehandlung. Das, was fast alle Besucher*innen von Szenetreffpunkten gemein haben, sind unterschiedliche lange Haftaufenthalte. Weiter zeigen die Verschränkungen, dass ein fehlender bzw. unzureichender Krankenversicherungsschutz negative Auswirkung auf den Zugang zu OST hat. Ein Unterstützungsbedarf der Betroffenen wird jedoch mehr zum Thema Wohnung als in die Vermittlung in OST formuliert. Menschen, die bisher keine Angebote der Drogenhilfe nutzen, sind besonders von Obdachlosigkeit, fehlender Krankenversicherung und fehlender OST betroffen. Studien, die sich den Bedarfen von illegale Substanzen konsumierenden Menschen in Wohnungsnot verweisen auf

die Bedeutung von Wohnraum sowie wertschätzende, begleitende Kontakte zu Fachkräften.

2.2.2 Suchtmedizinische Versorgung für nicht versicherte Menschen

Auf der Grundlage eines medizinischen Verständnisses einer Abhängigkeitserkrankung ist bei einem regelmäßigen Konsum von Opioiden die Opioidsubstitutionstherapie eine mögliche Behandlung mit einem medizinischen Ersatzstoff, die u. a. die Ziele verfolgt, das Überleben der Konsumierenden sicherzustellen, deren Gesundheitszustand zu stabilisieren und den Konsum weiterer Substanzen zu reduzieren (G-BA 2018a: 2). Seit Oktober 1991 ist die substitutionsgestützte Behandlung eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (G-BA 2010: 1). Die opioidsubstitutionsgestützte Behandlung umfasst medizinische Indikationsstellung, Vergabe/Verordnung von Substitutionsmitteln, begleitende Diagnostik (z. B. Infektionsscreening), Therapieplanung mit regelmäßigen Konsultationen sowie Dosis- und Take-Home-Regeln als verbindlichen Bestandteilen (G-BA 2018, BÄK 2023). Zusätzlich wird die OST in der Regel durch eine psychosoziale Betreuung (PSB) durch Sozialarbeitende flankiert, die in Berlin als Assistenzleistung über das SGB IX finanziert wird. Für Personen ohne oder mit unzureichender Krankenversicherung gilt, dass die fachliche Indikation dieselbe ist, aber der Zugang zu Behandlung und PSB maßgeblich von Aufenthalts-/Leistungsrecht und kommunaler Finanzierung (Clearingstellen, Behandlungsscheine) abhängig ist (Kuhn 2018, Deutsche Aidshilfe o. D., Luthmann 2023). So besteht in Berlin die Möglichkeit einer OST für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (vgl. Kapitel 2.3), die begleitende PSB durch Sozialarbeitende wird jedoch nicht finanziert¹⁶.

In jedem Fall besteht für akute Notlagen, wie etwa eine notwendige Entgiftung im Krankenhaus, ein Anspruch auf Versorgung. Nach § 4 AsylbLG ist diese durch die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ abgedeckt, und auch nach § 73 SGB XII kann im Rahmen der Nothilfe eine stationäre Akutbehandlung erfolgen. Die Rechtsnorm regelt ausdrücklich die Hilfe in sonstigen Lebenslagen, wenn sie zur Abwendung einer gesundheitlichen Gefährdung erforderlich ist, und wird damit als Grundlage für die Kostenübernahme von Krankenhausbehandlungen für Nichtversicherte herangezogen (Deutsche Krankenhausgesellschaft o. D., Bozorgmehr & Razum 2015).

Anders stellt sich die Situation bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen dar. Diese werden im Regelfall über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und nachrangig über die GKV finanziert. Voraussetzung ist in beiden Fällen ein Versicherungsverhältnis. Für Unversicherte oder Menschen ohne Rentenansprüche

¹⁶ An dieser Stelle wäre noch zwischen unterschiedlichen Ersatzstoffen zu unterscheiden. Der Zugang zu einer Behandlung mit Diamorphin ist mit zusätzlichen Hürden verbunden. Diese Behandlung ist schon für viele Menschen mit Krankenversicherung nur schwer zugänglich, für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ist der Zugang allein aufgrund der erhöhten Kosten erschwert.

besteht daher praktisch kein Zugang. Nur in Ausnahmefällen übernehmen Sozialhilfeträger im Rahmen von SGB XII und/oder SGB IX die Kosten, wobei dies stark von der Praxis der jeweiligen Kommune abhängt (DRV 2022, Runder Tisch Wohnungslosigkeit (Region Hannover) 2022).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Leistungsspektrum der Opioidsubstitutionstherapie in Deutschland klar definiert ist. Für nicht oder unzureichend versicherte Gruppen bestehen Zugänge nur über kommunale, freiwillige Leistungen (vgl. Kapitel 2.3). Zu therapeutischen Leistungen (Reha) sowie Leistungen der sozialarbeiterischen Begleitung (PSB) bestehen je nach kommunaler Praxis zusätzlich Zugangshürden oder Zugänge werden komplett verwehrt.

2.3 Das parallele Gesundheitssystem in Berlin

In Berlin existiert ein kommunales sowie ein zivilgesellschaftlich getragenes paralleles Gesundheitssystem, das Menschen ohne oder mit unzureichendem Krankenversicherungsschutz eine Basis- und Brückenversorgung bietet. Es stützt sich im Kern auf die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen (2.3.1), anonym arbeitende Ambulanzen mit städtischer, kirchlicher oder freier Finanzierung (2.3.2) sowie bezogen auf die Versorgung von illegale Substanzen konsumierenden Menschen die Einrichtungen niedrigschwelliger Drogenhilfe (2.3.3). Kontrastierend wird in diesem Kapitel auch kurz ein Einblick in die Versorgungskonstellationen in anderen Städten gegeben.

2.3.1 Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen

Die Zielsetzung der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin (Träger: Berliner Stadtmission seit 2018) ist es, Personen ohne Krankenversicherungsschutz in die gesundheitliche Regelversorgung zu vermitteln, den Zugang zum Versicherungssystem zu ebnen und bei Bedarf die Kostenübernahme für medizinische Behandlungen zu ermöglichen. Hierzu prüfen die Sozialarbeitenden, ob eine Aufnahme oder Rückführung in die Regelversicherung (GKV/PKV) möglich ist; andernfalls werden nach festgestellter Bedürftigkeit einzelne Kostenübernahmescheine (KÜS) für ambulante/stationäre Leistungen ausgestellt. Mit KÜS können Leistungen in Anlehnung an das Asylbewerberleistungsgesetz in Anspruch genommen werden. Bei chronischen Krankheiten, komplexen Behandlungsproblemen oder bei einer OST kann es zu Versorgungslücken kommen. Die Clearingstelle führt auch Beratung zu Aufenthalts-, Sozial- und Leistungsrecht durch (Kron et al. 2024, Senatskanzlei Berlin 2024).

Seit dem Jahr 2020 steigt der Anteil der Klient*innen mit problematischem Konsum illegaler Substanzen, die in eine infektiologische Behandlung und/oder in eine OST vermittelt werden. Eine der größten Personengruppen, die vermittelt werden, sind Menschen aus EU-Staaten, die keinen Zugang zu Sozialleistungen haben (Reiter et al. 2023: 41f.). Die Statistik der Kostenübernahmen nach Fachbereichen zeigt, dass Substitutionsbehandlungen in den Jahren 2021 und 2023 den zweitgrößten Anteil nach der Allgemeinmedizin (Hausarzt) aufweisen (Reiter et al. 2023: 45f.)¹⁷. Auf Grundlage der Daten lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der aufgewendeten finanziellen Mittel für OST nachweisen. Die Gesamtsumme der Kostenübernahmen erhöht sich von 406.451 € im Jahr 2021 um rund 1,66 % auf 413.200 € im Jahr 2022

¹⁷ In den Berichten der Clearingstelle werden Kosten für suchtmmedizinische Behandlungen unterschiedlich aufgeschlüsselt dargestellt. Der Abschlussbericht 2023 listet Zahlen zu Kostenübernahmen und Fällen für die Jahre 2021, 2022 und 2023 (nur das erste Halbjahr) auf. Hierbei wird zwischen den Kategorien „Substitutionsbehandlung“, „Substitutionsbehandlung, Innere Medizin und ...“ und „Suchtmedizin“ unterschieden. Der Abschlussbericht 2024 berichtet für die Jahre 2021, 2022 und 2023 nur noch zusammengefasst die Kostenübernahmen im Fachbereich „Substitutionsbehandlung/Suchtmedizin“.

und um weitere 12 % auf 463.100 € im Jahr 2023. Das entspricht einer Steigerung von insgesamt fast 14 % von 2021 bis 2023. Die Anzahl der Fälle sank von 236 im Jahr 2021 auf 230 im Jahr 2022 und stieg anschließend auf 263 im Jahr 2023. (Reiter et al. 2024: 32f.). Als Gründe für die Ausweitung der Substitutionsbehandlung nennen Reiter et al. (2023: 41ff.) die wachsende Bekanntheit der Clearingstelle und die Kooperationen v. a. mit Einrichtungen der Drogenhilfe. Aber auch die Covid-19 Pandemie wird von den Autor*innen der Evaluation als ein Grund für den Anstieg der Substitutionsbehandlungen genannt, da der Zugang zur Behandlung damals erleichtert wurde. Bisher wird die Diamorphinbehandlung kaum bis gar nicht über Kostenübernahmen der Clearingstelle finanziert. Zusammenfassend verdeutlicht die Entwicklung der Daten die zunehmende Bedeutung der suchtmmedizinischen Versorgung (inklusive Substitutionsbehandlungen) in der Arbeit der Clearingstelle.

Die im Rahmen des interdisziplinären Gutachtens zu den Möglichkeiten der Einführung einer Berliner Stadtkarte nach dem Modell der New Yorker City ID Card (IDNYC) und anderer Maßnahmen zur Verbesserung der städtischen Teilhabe undokumentierter Menschen in Berlin (Kron et al. 2024) vorgenommene juristische und sozialpolitische Analyse bewertet die Clearingstelle ambivalent: Einerseits wird sie als unverzichtbare Anlaufstelle für die medizinische Versorgung und Beratung undokumentierter Menschen hervorgehoben. Andererseits kritisieren die Autor*innen die strukturelle Unsicherheit des Systems der Kostenübernahmescheine, da die Finanzierung der Clearingstelle stets im Rahmen der Haushaltsverhandlungen im Land Berlin neu festgesetzt wird („freiwillige Leistungen des Landes Berlin“). Zugleich besteht ein hoher administrativer Aufwand für die Sozialarbeitenden vor Ort genauso wie für die Patient*innen und Ärzt*innen, der teilweise die Kontinuität der medizinischen Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen erschwert (vgl. hierzu Kron et al. 2024).

2.3.2 Anonym arbeitende Ambulanzen und Stadtteilzentren

In Berlin gibt es verschiedene Einrichtungen, die Menschen ohne Krankenversicherung anonym und mit ehrenamtlichem Einsatz behandeln. Insbesondere sind hier folgende Einrichtungen zu nennen: Die Malteser – Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Wilmersdorf, die Ambulanz open.med in Lichtenberg, Medizin Hilft e.V. in Steglitz-Zehlendorf, das Gesundheitszentrum der Jenny de la torre Stiftung in Mitte sowie das Medibüro in Kreuzberg. Zudem gibt es Träger, die medizinische Sprechstunden im Kontext der Wohnungslosenhilfe anbieten, wie bspw. die Praxis am Stralauer Platz der GEBEWO pro gGmbH oder ambulante und anonyme Sprechstunden von ehrenamtlich tätigen Ärzt*innen in der Lehrter Straße in Mitte, welche von der Stadtmission organisiert wird oder die Ambulanz sowie das Arztmobil der Caritas in der Turmstraße in Mitte. Diese Einrichtungen werden größtenteils durch kommunale Gelder und /oder Spenden finanziert. Sie vermitteln in kooperierende Arztpraxen oder behandeln Menschen anonym und unabhängig vom Aufenthaltsstatus vor Ort. Eine OST oder eine qualifizierte Beratung zu suchtmmedizinischen Fragen findet in diesen Einrichtungen

nicht statt. Sie können aber als Einstieg zur Stabilisierung der allgemeinmedizinischen Situation dienen. Ziel dieser Einrichtungen ist vor allem die Notversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. Eine verlässliche und langfristige Anbindung an Ärzt*innen kann nur in dem begrenzten Rahmen von niedrighschwelligen und häufig auf ehrenamtliches Engagement angewiesenen Konstellationen erfolgen.

2.3.3 Schnittstelle niedrighschwellige Drogenarbeit

In der medizinischen Versorgung von Opioiden konsumierenden Menschen ohne Krankenversicherung nehmen in Berlin zusätzlich die Träger niedrighschwelliger Drogenarbeit eine zentrale Rolle ein. Zunächst finden in Kontaktläden, Drogenkonsumräumen, mobilen Angeboten und Streetwork Kontaktaufnahmen, psychosoziale Erstberatung, Beratung zu Safer Use sowie Testungen bezogen auf chronische Krankheiten statt. Zusätzlich werden insbesondere in Kontaktläden und Drogenkonsumräumen wöchentliche medizinische Sprechstunden zur Erstversorgung angeboten oder durch die Kooperation mit anderen Trägern sichergestellt. Zu nennen sind hier die Träger Fixpunkt e.V., Fixpunkt gGmbH, Vista gGmbH sowie Drogennotdienst Berlin gGmbH. Diese Einrichtungen begleiten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch Menschen in Substitution, eine psychosoziale Betreuung als strukturierte lebensweltliche Beratung neben der medizinischen Behandlung kann nicht regelhaft erfolgen. Der Drogennotdienst Berlin hat im Jahr 2025 hierzu eine an den Ambulanzen für integrierte Drogenhilfe (AID) angegliederte Stelle eingerichtet, die niedrighschwellige PSB für diejenigen anbietet, die aufgrund der sozialrechtlichen Begrenzungen sonst keinen Anspruch auf PSB haben.

Der Zugang zur kontinuierlichen Gesundheitsversorgung, Substitutionsbehandlung sowie einer verlässlichen psychosozialen Begleitung ist bei Menschen in Wohnungsnot zusätzlich erschwert: Teilweise fehlende Telefonnummern und Adressen machen Terminabsprachen schwierig und unregelmäßige Lebensrhythmen führen zu Abbrüchen von Beratung. Die Sozialarbeiter*innen der niedrighschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe übernehmen die Rolle der Bindeglieder zwischen Patient*in, Clearingstelle und substituierender Praxis. Um die Zusammenarbeit zwischen Clearingstelle und niedrighschwelliger Drogenhilfe zu verbessern, besteht seit Herbst 2024 eine Kooperationsvereinbarung mit vier Trägern der Drogenhilfe. In dieser wurde in enger Absprache mit der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege vereinbart, dass Sozialarbeitende der niedrighschwelligen Drogenarbeit ein Vor-Clearing bezogen auf den Krankenversicherungsschutz der Adressat*innen vornehmen dürfen - insbesondere dann, wenn eine zeitnahe Vermittlung angezeigt ist und die Adressat*innen Terminvereinbarungen sowie lange Wege nicht selbst organisieren können. Die Sozialarbeitenden der kooperierenden Träger wurden hierzu geschult und entsprechende Dokumente zur Sozialdiagnostik entwickelt. Im Anschluss an ein Gespräch mit Interessierten werden diese Dokumente an die Clearingstelle weitergeleitet, die diese zeitnah prüft und eine Kostenübernahme ausstellt. Die Kontaktaufnahme zu den substituierenden

Arztpraxen erfolgt dann ebenfalls durch die niedrigschwellige Drogenarbeit, die – falls möglich – die Interessierten direkt in die Arztpraxen begleitet. Erst nach erfolgreicher Anbindung an die OST findet eine Überleitung zur Sozialberatung in die Clearingstelle statt. Die Kooperationsvereinbarung wurde im Oktober 2025 auf weitere Träger ausgeweitet.

2.3.4 Modelle medizinischer Versorgung in anderen Städten

Während Berlin mit der Clearingstelle, anonymen Ambulanzen und zivilgesellschaftlichen Projekten sowie vielfältigen Angeboten der Wohnungslosenhilfe sowie der niedrigschwelligen Drogenhilfe ein vergleichsweise ausdifferenziertes Versorgungsnetz für illegale Substanzen konsumierende Menschen ohne Krankenversicherungsschutz aufgebaut hat, existieren auch in anderen Städten Modelle, die Zugänge zur medizinischen Versorgung und zur Substitutionsbehandlung eröffnen. Die Entstehung dieser unterschiedlichen Modelle ist sowohl in der Stigmatisierung von illegalen Substanzen konsumierenden Menschen in der Regelversorgung als auch die erschwerte Erreichbarkeit der Substitutionsbehandlung für Menschen ohne Krankenversicherung begründet. Im Folgenden wird ein Einblick in diejenigen Modelle gegeben, die aus Berliner Perspektive interessant sind. Die Informationen basieren auf Gesprächen mit Mitarbeitenden der Drogenhilfe sowie von Clearingstellen in Hamburg, München, Frankfurt am Main und Zürich (Schweiz) im Juni 2025 im Rahmen des Wi:Nu:K-Forschungsprojektes sowie Informationen zu Wien (Österreich) und Gent (Belgien) gemäß Kron et al. (2024).

In Hamburg existiert seit 2020 im Drob Inn die Möglichkeit einer niedrigschwelligen Substitution für nicht krankenversicherte Personen. Ursprünglich durch Corona-Sondermittel gestartet, ist das Angebot mittlerweile durch Zuwendungen der Stadt Hamburg abgesichert. Täglich werden dort etwa 100 Patient*innen versorgt, die bestimmte Kriterien erfüllen müssen, darunter fehlender Krankenversicherungsschutz und Obdachlosigkeit (vgl. Gespräch mit Drob Inn, 24.06.2025; vgl. Schäffer 2023: 91). Daneben bietet das spendenfinanzierte Arztmobil Hamburg Substitution für etwa 20 nichtversicherte Personen an, die bestimmte Zuverlässigkeitskriterien erfüllen müssen (vgl. Gespräch mit Arztmobil Hamburg, 24.06.2025). Die Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländer*innen in Hamburg konzentriert sich hingegen auf undokumentierte Menschen und versucht diese in die Legalität und in reguläre Versicherungssysteme zu bringen; bisher gab es dort keine Anfragen zur Substitution (vgl. Gespräch mit Clearingstelle Hamburg, 24.06.2025).

In München wurde 2020 eine Clearingstelle Gesundheit eingerichtet, die von Condrops e. V. (einem Träger der Drogenhilfe) betrieben und über einen städtischen Fonds finanziert wird. Sie richtet sich an nichtversicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt in München haben. Neben der Vermittlung in Krankenversicherung übernimmt die Clearingstelle auch Kosten für Substitutionsbehandlungen. 2021 wurden auf diese Weise 21 Personen substituiert

(vgl. Gespräch mit Condrobs e. V., 23.06.2025 und Gespräch mit Clearingstelle Gesundheit München, 23.06.2025). Darüber hinaus existieren in München NGOs wie Open Med, die medizinische Grundversorgung für Nichtversicherte bereitstellen, jedoch ohne speziellen Fokus auf Drogengebrauchende.

In Frankfurt am Main existieren sowohl staatliche als auch zivilgesellschaftliche Angebote. Zum einen betreibt das Gesundheitsamt seit 2001 die Humanitären Sprechstunden für Menschen ohne Krankenversicherung bzw. mit ungeklärtem Versicherungsstatus. Ergänzend wurde während der Corona-Pandemie eine Sprechstunde eingeführt, die über das Drogenreferat finanziert wird und inzwischen auch Substitution für Menschen ohne KV ermöglicht (vgl. Gespräch mit Aidshilfe Frankfurt e. V., 23.06.2025). Neben dieser kommunalen Struktur existieren niedrigschwellige Angebote wie das La Strada der Aidshilfe Frankfurt e. V., das unter anderem Drogenkonsumräume, Wundversorgung und psychosoziale Beratung anbietet, sowie die Caritas-Straßenambulanz für nichtversicherte Adressat*innen (vgl. Gespräch mit Aidshilfe Frankfurt e. V., 23.06.2025). Darüber hinaus betreibt der Drogennotdienst Frankfurt eine Substitutionsambulanz mit rund 30 Plätzen für nichtversicherte Personen (vgl. Gespräch mit Drogennotdienst Frankfurt, 23.06.2025), während die Malteser eine weitere Ambulanz am Eastside unterhalten, die 10 nichtversicherte Patient*innen substituiert (vgl. Interview Mitarbeiterin Malteser Substitutionsambulanz, 23.06.2025). Die Besonderheit liegt hier darin, dass in Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe direkt substituiert werden kann, ohne dass der Umweg über eine Clearingstelle sowie Substitutionspraxen gegangen werden muss.

In Zürich betreibt die Stadt drei Drogenkonsumräume, die Teil eines städtisch finanzierten Schadensminderungskonzepts sind. Dort sind etwa 60–70 % der Nutzer*innen substituiert, oft mit Beikonsum (vgl. Gespräch mit Stadt Zürich, 21.06.2025). Ergänzend erprobt der stadtärztliche Dienst ein fünfjähriges Pilotprojekt „Gatekeeping“, das den Zugang zur medizinischen Grundversorgung für nichtversicherte Gruppen wie Sans-Papiers oder Sexarbeitende regelt. Jährlich werden so rund 1.300 Personen erreicht, wobei die Stadt die Kosten übernimmt (vgl. Gespräch mit Stadtärztlicher Dienst Zürich, 21.06.2025).

Abschließend sei an dieser Stelle auch noch auf das Ambulatorium der Suchthilfe Wien hingewiesen. Diese Einrichtung wird von der Stadt Wien betrieben und ermöglicht all jenen eine Opioid-Substitutionsbehandlung, deren Lebensmittelpunkt in Wien ist und die einen Identitätsnachweis vorlegen können. Eine Krankenversicherung ist nicht nötig. Zudem muss ein Behandlungsvertrag abgeschlossen werden.

Als weiterer internationaler Referenzfall wird in Gent eine Gesundheitskarte für undokumentierte Menschen genutzt, die administrative Hürden senkt (u. a. dreimonatige Gültigkeit ohne Adressnachweis) und damit den Zugang zur kommunalen Primärversorgung erleichtert (Kron et al. 2024). In der belgischen Rechts- und Versorgungslage bestehen günstige Voraussetzungen, um je nach

Indikation auch OST zu ermöglichen: Zum einen ist die ärztliche Verschreibungspraxis bei Methadon/Buprenorphin relativ liberal organisiert (Ledoux 2012), zum anderen können Behandlungen im Rahmen der „Aide/Assistance Médicale Urgente (AMU/UMA)“ für Undokumentierte finanziert werden, sofern medizinisch geboten (KCE 2015).

Der Vergleich zeigt verschiedene, teils komplementäre Modelle, die den Zugang zur medizinischen Versorgung und zu OST eröffnen. Ihre Tragfähigkeit hängt maßgeblich von der Finanzierung ab: Landesweite bzw. kommunale Modelle bieten strukturelle Stabilität, wobei in Frankfurt/ Main sowie Wien das Gesundheitsamt als staatliche/ kommunale Institution selbst für un- oder nicht ausreichend versicherte Menschen aktiv wird. Demgegenüber hängen NGO-basierte Angebote stärker von prekären Finanzierungsquellen und Ehrenamt ab. Clearingstellen bilden eine Mischform, die individuelle Lösungen ermöglicht zugleich aber mit hohem bürokratischem Aufwand einhergehen. Zudem unterscheiden sich die Modelle darin, welche Aufgaben den Einrichtungen niedrigschwelliger Drogenhilfe zuteilwerden: Kann hier vor Ort unbürokratisch OST angeboten werden oder bedarf es vorab geklärter personifizierter Kostenübernahmen durch eine weitere Stelle? Das Instrument der Gesundheitskarte in Gent versucht die Lücke zwischen Regelversorgung und prekärer medizinischer Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung auf struktureller Ebene zu schließen.

2.3.5 Zwischenfazit

Die Stärke des Berliner Parallel-Systems liegt in seiner Vernetzung: Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen übernimmt die Rechts- und Finanzklärung, Ambulanzen sichern niedrigschwellige medizinische Versorgung und fungieren als Lotsen während Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe zusätzlich für illegale Substanzen konsumierende Menschen die Erstversorgung übernehmen und eng mit der Clearingstelle zusammenarbeiten. Dadurch greifen verschiedene Ebenen ineinander und schaffen ein System, das im bundesweiten Vergleich relativ gut ausgebaut ist.

Gleichzeitig bleibt dieses System jedoch höchst fragil, weil es keine Rechtsgrundlage hat. Die Clearingstelle wird über freiwillige Leistungen des Landes Berlin getragen. Die anonym arbeitenden Ambulanzen finanzieren sich über Zuwendungen und Spenden. Es gibt keine gesetzliche Grundlage oder einen Rechtsanspruch auf die Mittel, die jährlich neu beantragt werden müssen. Dies erschwert eine verlässliche Planung und bindet zusätzliche personelle Ressourcen durch engmaschige Dokumentationspflichten. Eine zentrale Herausforderung für alle beteiligten Akteur*innen ist die Fragmentierung: Betroffene müssen mehrere Stationen durchlaufen – etwa von alltagsnahen Angeboten der Drogenhilfe über die Clearingstelle bis hin zu spezialisierten Substitutionsangeboten. Und im nächsten Schritt wieder zur Clearingstelle, um Kostenübernahmen zu sichern.

2.4 Präzisierende Formulierung der Fragestellung

Aus dem bis hierher dargestellten Forschungsstand, den sozialrechtlichen Herausforderungen und dem aktuellen Versorgungssystem für Opiode konsumierende Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Berlin ergeben sich die folgende Forschung bestimmende Aspekte:

1. Die sozialrechtlichen Begrenzungen für einen verlässlichen und ausreichenden Versicherungsschutz sind komplex und schließen bestimmte Gruppen systematisch aus der Gesundheitsversorgung aus.
2. Wohnungslosigkeit, Opioidkonsum sowie nicht ausreichender Krankenversicherungsschutz sind insbesondere über die Frage der Staatsbürgerschaft und dem Aufenthaltsstatus sowie die strafrechtliche Verfolgung des Konsums von Opioiden und die damit einhergehenden Hafterfahrungen der Zielgruppe komplex miteinander verschränkt.
3. Berlin verfügt bereits über ein Hilfenetzwerk, das Menschen ohne Krankenversicherung und ohne Wohnsitz eine suchtmmedizinische Behandlung ermöglicht. Dieses ist jedoch durch Migrationsbewegungen, Wohnungsmarktkrise sowie erheblichen bürokratischen Aufwand herausgefordert.
4. Parallel dazu weisen Schätzungen zur Anzahl von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Berlin, die zugleich Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzen und sich an urbanen Treffpunkten illegale Substanzen konsumierender Menschen aufhalten darauf hin, dass längst nicht alle erreicht werden, denen mit der Clearingstelle und den Angeboten niedrigschwelliger Drogenhilfe eine basale Gesundheitsversorgung ermöglicht werden soll.

Aus diesen Befunden ergeben sich folgende vertiefende Fragestellungen:

Wie können Opiode konsumierende und wohnungslose Menschen ohne Krankenversicherung erreicht, ihre gesundheitliche Situation stabilisiert und sie auch suchtmmedizinisch adäquat versorgt werden und welche Weiterentwicklung des bestehenden Systems ist hierfür geeignet?

Die Entwicklung möglicher Verbesserungen des bisherigen Vorgehens wird durch ein multiperspektivisches und prozessorientiertes Forschungsdesign verfolgt. Zunächst soll die bis hierher vorrangig quantitativ und auf der Strukturebene dargestellte Problemlage qualitativ untersucht werden, in dem die Zielgruppe in den Vordergrund gerückt wird. Hier stellen sich die Fragen, wie sich die Komplexität ihrer Lebenssituation in alltäglichen Herausforderungen darstellt, welche Hürden der Inanspruchnahme von Hilfestellungen bestehen und wo wiederum an positiven Erfahrungen angeknüpft werden kann.

Zudem geht es aus der Perspektive Sozialer Arbeit um die Frage, welche konkreten Herausforderungen bestehen und im Alltag überwunden werden müssen, um

Unterstützung für die Zielgruppe anzubieten. Hierzu wurde das Wissen der Fachkräfte, die mit der Zielgruppe arbeiten, erhoben. So konnte ergründet werden, welche Outcomes der fachlichen Arbeit als zentral für die Verbesserung der Lebenslage der Zielgruppe angesehen und wie diese erreicht werden können. Daraus lassen sich Empfehlungen ableiten, um diese Outcomes auf einer fachlichen Ebene zukünftig noch besser erreicht zu können.

Durch das prozessorientierte und partizipative Verfahren mit allen Akteur*innen wurden das tiefere Verstehen der lebensweltlichen Realität der Zielgruppe sowie die Vernetzung verschiedener fachlicher Akteur*innen in Berlin gefördert. Dies verbessert Kooperationen mit Blick auf die Bedarfe der Zielgruppe und deckt Barrieren in der Unterstützung auf, die dann gezielter abgebaut werden können. Ziel ist es, die Versorgungsstrukturen zu optimieren und gegebenenfalls neue Unterstützungsstrategien zu entwickeln.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Die Forschung basiert auf einem Mixed-Methods-Design und kombiniert verschiedene Methoden qualitativer Forschung miteinander. Im Folgenden werden die drei Teile: Ethnografischer Feldzugang und Interviews mit Nutzenden, Fachkräftebefragung sowie Erstellen eines Wirkmodells mit den entsprechenden methodischen Überlegungen dargestellt.

3.1 Ethnografische Felderkundungen und Interviews mit Nutzer*innen

In der ersten Säule des methodischen Vorgehens wurden ethnografische Felderkundungen an Orten niedrigschwelliger Drogenarbeit in Berlin durchgeführt. Aufbauend auf diesem Kennenlernen der Akteur*innen vor Ort wurden problemzentrierte Interviews mit narrativen Impulsen mit Nutzer*innen der Angebote geführt. Ziel dieses Forschungsteils war es, sowohl einen Eindruck der Lebenssituation der Adressat*innengruppe als auch deren Perspektive auf das bestehende Hilfesystem zu erhalten. Somit konnte auch das Zusammenspiel von Drogenkonsum, Wohnungslosigkeit, fehlender Krankenversicherungsschutz und Nutzung des Hilfesystems erhoben werden. Dieser Forschungsteil versteht sich in der Tradition der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung (vgl. Oelerich & Schaarschuch 2005, Streck 2016, Van Rießen & Jepkens 2020), die den Nutzen Sozialer Arbeit aus der Perspektive der Adressat*innen in den Vordergrund des Verstehens Sozialer Arbeit stellt. In diesem Kontext werden Fragen der Passung zwischen lebensweltlichen Belastungen und Angeboten des Hilfesystems ergründet und Barrieren der Inanspruchnahmen benannt.

Da bisher in den Evaluationen zur Clearingstelle sowie in den meisten Studien zu Bedarfen von Menschen, die sich in urbanen Drogenszenen bewegen (vgl. Kap. 2.2), die Perspektive von Drogenkonsument*innen hauptsächlich quantitativ erhoben wurde, bietet diese Herangehensweise neue Erkenntnisse bezogen auf Nutzung und Wirkweise der Angebote Soziale Arbeit auch über die Berliner Grenzen hinweg.

Als Feldzugang wurden ethnografische Beobachtungen (vgl. Breidenstein et al. 2013) an vier Orten niedrigschwelliger Drogenarbeit (drei bis fünf Stunden an jeweils fünf Tage) durchgeführt. Hierzu wurden ein Kontaktladen, ein Drogenkonsumraum sowie zwei Standorte von mobilen Angeboten ausgewählt. Diese befinden sich jeweils in vier unterschiedlichen Berliner Bezirken. Vorab wurde geklärt, ob diese Orte von Menschen besucht werden, die Opiode konsumieren. Die Besucher*innen aller vier Orte können bezogen auf ihren Drogenkonsum, ihre Peer-Group und sozialräumliche Verortung als heterogen eingeschätzt werden. Die Beobachtungen wurden in ethnografischen Protokollen festgehalten und somit der Analyse zugänglich gemacht (vgl. Streck, Unterkofler & Reinecke-Terner 2013). Die ethnografischen Felderkundungen sind für die folgenden Forschungsschritte von zentraler Bedeutung: Erstens konnten so Einblicke in die Dynamik vor Ort und in die Tätigkeit der Mitarbeiter*innen im Kontext niedrigschwelliger Drogenhilfe gewonnen

werden. Diese Eindrücke wurden später im Kontext der Workshops zur Erstellung des Wirkmodells eingebracht (vgl. 3.3). Insofern konnten jene Dinge im Wirkmodell ergänzt werden, die den Fachkräften gegebenenfalls aufgrund ihrer routinierten, alltäglichen Handlungen nicht immer reflexiv analytisch zugänglich sind. Zweitens wurden im Kontext der Besuche ethnografische Feldgespräche mit Nutzer*innen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen und Sprachmittler*innen bezüglich der Kooperation mit der Clearingstelle und Herausforderungen bei der Vermittlung von Adressat*innen in die Opioidsubstitutionstherapie geführt. So konnten Fragen zu Fallverläufen und aktuellen Herausforderungen bezogen auf die aktuelle Tätigkeit direkt beantwortet werden. Diese protokollierten Gespräche flossen als Ergänzung in die Analyse der Fachkräftebefragung (vgl. 3.2) ein. Drittens dienten die ethnografischen Felderkundungen zur Kontaktaufnahme mit Gesprächspartner*innen. Durch die Gespräche mit den Fachkräften, die Beobachtungen alltäglicher Interaktionen im Kontext niedrigschwelliger Drogenarbeit sowie Gesprächen mit Besucher*innen während der Aufenthalte wurden geeignete Interviewpartner*innen identifiziert und direkt angesprochen. Schließlich ermöglicht die Kombination von Befragung und Beobachtung eine ganzheitliche Einschätzung der Lebenssituation der Personen. Menschen, die befragt wurden, wurden teilweise an mehreren Tagen angetroffen, so dass zusätzlich ein Eindruck ihres Nutzungshandelns entstand.

Ursprünglich waren Kurzinterviews im Kontext der ethnografischen Befragung geplant. Während der Feldaufenthalte stellte sich jedoch heraus, dass es leichter als vermutet war, längere Interviews zu führen. Infolgedessen konnten letztlich Interviews mit 14 Personen geführt werden, von denen drei Personen mit einem Abstand von drei bis vier Monaten ein zweites Mal interviewt wurden. Es wurden sowohl Menschen befragt, die sich derzeit von der Clearingstelle finanziert in einer Substitutionsbehandlung befinden, als auch Personen, die diese Möglichkeit bisher ausgeschlagen oder von ihr noch nicht gehört haben (vgl. 4.1).

Leider konnten keine Gespräche mit Nicht-Nutzer*innen der Angebote niedrigschwelliger Drogenarbeit geführt werden. Einerseits war es nicht möglich, Streetworker*innen zu gewinnen, die bereit waren, die Forschenden an ihren Rundgängen teilnehmen zu lassen. Andererseits sind die Auswahlkriterien für Gesprächspartner*innen so spezifisch (keine KV, Konsum von Opioiden, keine Wohnung), dass es schwer gewesen wäre, diese Zielgruppe durch Ansprache im öffentlichen Raum zu erreichen. Nichtsdestotrotz geben die Interviews (sowohl mit Nutzenden als auch mit den Fachkräften) einen reichhaltigen Eindruck zu Barrieren der Inanspruchnahme der Angebote niedrigschwelliger Drogenarbeit, Clearingstelle sowie Substitutionsbehandlung.

Die problemzentrierten Interviews (Witzel 2000) zielten auf die Erhebung „individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen“ (ebd.: 1). Dazu wurden gegenstandsbezogene und Narrationen generierende Fragen gestellt und bereits während des Interviews

diskursiv-dialogisch rücküberprüft (ebd.: 5f.). Es wurden Interviews auf vier Sprache geführt: deutsch (8), englisch (2), polnisch (2) und russisch (2). Alle Interviews wurden anonymisiert, komplett mit Hilfe der Software F4 transkribiert und anschließend überprüft. Die polnischen und russischen Interviews wurden von geschulten Erstsprachler*innen geführt und die Transkripte in der Erstsprache angefertigt. Schließlich wurden sie mit der Software DeepL auf Deutsch übersetzt und die Übersetzung wiederum von Erstsprachler*innen kritisch geprüft. Die englischen Interviews wurden nicht übersetzt, weil Englisch weder für Interviewte noch Interviewer*innen Erstsprache war und somit durch Übersetzungen viel der durch sprachliche Herausforderungen gekennzeichneten Situation verloren gegangen wäre. Auch die deutschen Interviews waren durch Herausforderungen der Verständigung geprägt. Je nach Sprachkompetenz der interviewten Personen, gab es einige Passagen, die nur im Kontext erschlossen werden konnten. Die Gesprächssituationen, die zum Teil im öffentlichen Raum stattfanden (8 von 14), erschwerten teilweise zusätzlich das Entschlüsseln des Gemeinten.

Diese Herausforderungen der Interviewführung im postmigrantischen Kontext verweisen sowohl auf Einschränkungen als auch auf Erkenntnismöglichkeiten für die vorliegende Forschung. Einerseits lassen sowohl die auf Deutsch übersetzten Transkripte als auch die durch sprachliche Barrieren herausgeforderten Gesprächssituationen keine kleinteilige sprachliche Analyse zu. Übersetzungen durch KI-Tools sind ungenau. In den nicht erstsprachlich geführten Interviews greifen die Personen zudem auf sprachliche Konstrukte zurück, die ihnen zur Verfügung stehen, wodurch sie in den Ausdrucksmöglichkeiten ihrer Gefühle und Erfahrungen begrenzt sind. Andererseits verweist diese Herausforderung im Forschungskontext auf eine zentrale Problemstellung im Forschungsfeld: Verständigung. Diese war nicht nur aufgrund des Findens einer gemeinsamen Sprache von unterschiedlichen Menschen erschwert, sondern auch aufgrund der Gesprächsorte, die eine ruhige, entspannte Gesprächsatmosphäre erschwerten. Beide Aspekte bestimmen maßgeblich auch die Praxis Sozialer Arbeit im Feld.¹⁸

Unserer Gesprächspartner*innen erhielten eine finanzielle Aufwandsentschädigung im Anschluss an die Gespräche. Viele betonten jedoch, dass eine solche nicht nötig gewesen sei, weil sie die Gespräche als sehr angenehm empfanden. Auch hier verweisen die Erfahrungen der Forschenden selbst auf Ergebnisse der Forschung. Einigen Menschen fehlen Gesprächspartner*innen, die ihnen Zeit geben, ihre Geschichte zu erzählen. So betont Mykola:

„Das bei mir auch war gut bisschen. Ich habe lange nicht geredet, gequatscht mit einem normalen Mensch.“ (Mykola, Pos. 672-688)

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die reflexive, thematische Analyse nach Braun und Clarke (2022). Mit deren Hilfe können relevante

¹⁸ Vgl. zu Herausforderungen und gleichzeitiger Notwendigkeit multilingualer Forschungsdesigns, um soziale Realitäten besser verstehen zu können (Erhard et al. 2021, Kull et al. 2019, Tries & Mehringer 2026).

Bedeutungs- und Sinnstrukturen, z.B. in Form von Konzepten, Ideen, Erfahrungen und Sinngenerierungen (ebd.: 229f.) in Datensätzen untersucht, interpretiert und in ihrem Zusammenhang beschrieben werden (ebd.: 224). Entsprechend den Grundannahmen der Nutzer*innenforschung sehen wir in dieser Forschung die interviewten Nutzer*innen als Ausgangspunkt zur Weiterentwicklung Sozialer Arbeit (vgl. Van Rießen & Jepkens 2020). Im Gegensatz zu einer häufiger anzutreffenden „Hermeneutik des Misstrauens“ im Kontext der Drogenhilfe (vgl. Streck 2022), haben wir in unserer Forschung mit einer „Hermeneutik der Empathie“ gearbeitet und uns um eine interpretative Orientierung bemüht, die nah an den Erzählungen der Interviewten bleibt (Braun & Clarke 2022: 160). Unsere Codierstrategie war induktiv und fand auf semantischen wie latenten Sinnebenen statt (ebd.: 57). Entsprechend unseres Erkenntnisinteresses erarbeiteten wir auf diese Weise Themen, die die aktuelle Lebenssituation sowie die Erfahrungen von Barrieren sowie Ermöglichkeiten der Veränderungen beschreiben.

3.2 Fachkräftebefragung

Die zweite Säule der Erhebung bildete eine Fachkräftebefragung. Ausgehend von den für die Bewerbung eingeholten Letter of Intents (LOIs) wurden mit Hilfe eigener Recherchen (Homepages, Flyer und Konzepte als relevant erachteter Anbieter von Unterstützungsleistungen) und im Schneeballsystem Einrichtungen zunächst per Mail gefragt, ob sie mit der Zielgruppe arbeiten und bereit wären, zunächst an einem Kurzinterview teilzunehmen. Falls beides bejaht wurde, fand ein leitfadengestütztes Interview per Videocall oder Telefon statt. Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Ziel war es zum einen, gemäß der Ausschreibung einen Überblick über Versorgungsangebote und Anbieter laut Selbstauskunft und Zuständigkeitserklärungen bzgl. der Zielgruppe zu erhalten. Ein weiteres Ziel bestand darin, Key-Informed Persons in Bezug auf die Arbeit mit der Zielgruppe zu identifizieren, die zu den Workshops im Rahmen der Wirkmodellerstellung eingeladen werden sollten.

Die Auswertung der Fachkräftebefragung sowie die Auswertung der eigenen Recherchen basierend auf Sichtung von Homepages, Flyern und Konzepten erlaubten einen ersten Überblick über Feldstrukturen, die die Arbeit mit der Zielgruppe prägen. Diese Strukturelemente wurden induktiv in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) aus den Fachkräfteinterviews gewonnen. Darüber hinaus konnte eine Gruppe von 14 Personen identifiziert werden, die als Key-Informed Persons in Bezug auf die Arbeit mit der Zielgruppe gelten können. Diese Personen wurden zu den Workshops zur Erstellung des Wirkmodells eingeladen.

Ein intendiertes „Nebenprodukt“ der Fachkräftebefragung war auch, eine interaktive Karte von Berlin zu erstellen, die alle Standorte der befragten und im Projekt identifizierten Akteur*innen sowie deren für die Zielgruppe relevante Angebote abbildet. Diese wurde mit Hilfe von Google My Maps erstellt. Google My Maps ist ein Tool zur

Erstellung individuell gestalteter Karten der Google LLC, einem Unternehmen der Alphabet Inc., dem Mutterkonzern von Google. Gewählt wurde das Tool, da die Visualisierung kostenfrei sowie ohne besondere Vorkenntnisse oder lange Einarbeitungszeit umgesetzt werden konnte – entscheidende Faktoren angesichts der kurzen Projektlaufzeit. Mit Google My Maps können Nutzer*innen Marker setzen, Ebenen anlegen, Farben und Symbole vergeben sowie Linien und Flächen einzeichnen. Die mit dem Tool erstellten Karten lassen sich teilen, kollaborativ bearbeiten und in Webseiten einbetten. Die Karte kann für Verständigungszwecke und zum Abbau von Mobilitätsbarrieren verwendet werden. Sie wurde im Anschluss an das Forschungsprojekt den Auftraggebern zur Verfügung gestellt.

3.3 Erstellen eines Wirkmodells

Als dritte Säule wurde ein umfassendes Wirkmodell zur Versorgung Opiode konsumierender, wohnungsloser Menschen mit unklarem Krankenversicherungsstatus in Berlin entwickelt. Ein Wirkmodell dient als Instrument einer systematischen Wirkungsorientierung und bezieht sich auf theoretisch begründete Wirkannahmen, die systematisieren, mit welchen Wirkungen man bei der Zielgruppe rechnet, bevor empirische Wirkungen evaluiert werden (Ottmann & König 2023).

Im dem hier erstellten Wirkmodell wurden Wirkannahmen für die Versorgung Opiode konsumierender, wohnungsloser Personen mit unklarem Krankenversicherungsstatus in Berlin erarbeitet. Diese basieren auf der Annahme, dass verschiedene Aktivitäten und Interventionen zu sogenannten Outputs führen, die die Grundlage für die potenzielle Entstehung von Outcomes, also Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe des Angebotes, bilden. Weiterhin werden im Wirkmodell auch gesellschaftliche Wirkungen (Impacts) benannt, die sich durch eine erfolgreiche Versorgung ergeben können. Bei der Erarbeitung des Wirkmodells wurde der Fokus nicht nur auf die Wirkannahmen und die Wirkungen gelegt, sondern auch diskutiert und dargestellt, welche Kontextfaktoren neben den durchgeführten Aktivitäten einen Einfluss auf die Erzielung der Wirkungen haben.

Die Entwicklung des Wirkmodells erfolgte in einem mehrstufigen partizipativen Verfahren, bei dem drei aufeinander aufbauende Workshops durchgeführt wurden.

Im ersten Workshop wurde in einem ersten Schritt eine Zielgruppenanalyse durchgeführt. Hierbei wurden relevante Faktoren der Zielgruppe gesammelt und geprüft, ob diese Auswirkungen auf das zu entwickelnde Wirkmodell haben. Danach wurden, angelehnt an die Methode der Theory of Change (vgl. Nobel 2019; Weiss 1995), die ersten Elemente des Wirkmodells erarbeitet. Bei dieser Methode werden in einem Schritt die Hauptwirkungen definiert und davon Teilwirkungen abgeleitet, die notwendig für das Erreichen der Hauptwirkungen sind. Der Blick lag hierbei auf der Ebene der Outcomes, also der Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe. Im Rahmen der Workshops wurde der Begriff Wirkung als „eingetretene Veränderungen oder Stabilisierungen bei den Zielgruppen eines [...] Programms [...], die ursächlich auf

dieses Programm zurückgehen“ (Balzer & Beywl, 2015) definiert. D. h. zentral auf Ebene der Outcomes ist es, dass es zu einer Veränderung oder Stabilisierung bei den Nutzer*innen des Angebots kommt. Bei der Sammlung von Teil- und Hauptwirkungen erfolgte eine Orientierung an der sogenannten Resultatetreppe (vgl. Beywl & Niestroj 2009). Dieser liegt die Annahme zugrunde, dass bei der Zielgruppe zunächst ein Wissenserwerb, welcher auch im Bereich des impliziten Wissens also auf der Erfahrungsebene liegen kann, sowie der Erwerb von Einstellung und Werte oder Fähigkeiten basierend auf dieser Erweiterung des (impliziten) Wissens erfolgen muss. Daraus können dann veränderte Handlungen oder Verhalten resultieren, die wiederum eine Verbesserung oder Stabilisierung einer Lebenslage oder eines Status bedingen können.

Neben der Sammlung der Outcomes stand im ersten Workshop auch die Sammlung von Impacts, also gesellschaftlichen Wirkungen, und von Kontextfaktoren im Mittelpunkt. Die Sammlung der Kontextfaktoren orientierte sich am Programmbaum (vgl. Bartsch, Beywl & Niestroj 2016), der folgende Kategorien unterscheidet:

- Strukturen: Strukturelle Kontextfaktoren, die sich auf die internen Strukturen der Einrichtungen bzw. des Angebotes beziehen, beispielsweise regelmäßige Teambesprechungen.
- Inputs: Mittel, die der Träger bzw. Leistungserbringende in das Angebot einbringt. Hierunter werden u.a. finanzielle Mittel sowie die personelle und räumliche Ausstattung subsumiert.
- Incomes: Voraussetzungen und Ressourcen, die die Nutzer*innen in das Angebot mit einbringen, beispielsweise die eigene Motivation oder vorhandene Unterstützung im sozialen Netzwerk.
- Rahmenbedingungen (Kontext): Alle rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Dies können beispielsweise Vorgaben aus den Sozialgesetzbüchern sein oder auch gesellschaftliche Entwicklungen.

Mit den Sammlungen aus dem ersten Workshop wurde im Rahmen der Dokumentation ein erster Entwurf des Wirkmodells in Form einer grafischen Übersicht (Dashboard) erstellt. Dieser Entwurf wurde dann in den nachfolgenden Workshops immer weiter ergänzt (im Hinblick auf weitere Kontextfaktoren, Outputs und Aktivitäten) sowie geprüft und diskutiert. Im Rahmen der Diskussion wurden immer wieder kritisch die bereits erarbeiteten Elemente betrachtet und ggf. konkretisiert oder erweitert. Am Ende des dritten Workshops konnte das final erarbeitete Wirkmodell konsensual verabschiedet werden.

Im Anschluss an die Workshops wurde das daraus entstandene Modell mit dem Wissen aus den Befragungen der Fachkräfte und Nutzenden ergänzt. Diese Version des Modells wurde im Rahmen einer letzten iterativen Schleife mit der Bitte um Rückmeldung an die Teilnehmenden versendet. Diese wurden dann in die dem Bericht anhängende vorläufige Endversion des Wirkmodells (s. Anlage 2) eingearbeitet. Vorläufig deshalb, weil das Modell bei Bedarf immer wieder

aufgegriffen und verändert werden kann. Hierzu wird der auftraggebenden Stelle eine offene veränderbare Datei mit dem Modell zur Verfügung gestellt.

Grundsätzlich können Wirkmodelle die qualitative Basis sein für

- a) die kommunikative Verständigung über Strukturen und Strukturentwicklungen in Bezug auf das untersuchte Programm – hier die Zusammenarbeit relevanter Akteur*innen in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit den Merkmalen Opioidkonsum, Wohnungslosigkeit und unklarer Krankenversicherungsstatus und
- b) die Entwicklung von quantitativ angelegten Evaluationsinstrumenten, die z. B. die benannten Outputeffekte messen, um so Steuerungsmöglichkeiten auf der Aktivitäts- oder Strukturebene (Input) entwickeln zu können.

Soll das hier entwickelte Wirkmodell die Grundlage für die Erstellung eines solchen Monitoring-Systems sein (s. Kap. 8), empfiehlt sich eine Validierung alle fünf Jahre oder nach Umsetzung struktureller Änderungen.

Die Ergebnisse aus den Nutzer*innen- sowie Fachkräftebefragungen sowie das Wirkmodell wurden im Dezember 2025 in einem Fachtag Fachkräften und Einrichtungsleitungen der beteiligten Träger sowie weiteren interessierten Menschen präsentiert. Rückmeldungen und Anregungen aus den Workshops an diesem Tag werden in Kapitel 6.4 aufgeführt und fließen in die Handlungsempfehlungen (s. Kap. 8) ebenfalls mit ein.

4 Ergebnisse der Nutzer*innenbefragung

Im Kontext des multiperspektivischen Forschungsdesigns haben wir die Perspektive von Opioiden konsumierenden Menschen in Wohnungsnot und ohne Krankenversicherung auf ihre Lebenssituation sowie das Hilfesystem qualitativ erhoben. Nach der kurzen Darstellung des Samples werden wir die Ergebnisse dieser Befragung anhand von drei Themen entfalten. Zunächst stellen wir die alltäglichen Bemühungen der Personen um Stabilität unter destabilisierenden Bedingungen dar, um einen Einblick in ihre Lebenssituation zu erhalten. Hier geht es auch darum, die komplexe Verflechtung unterschiedlicher Herausforderungen eines Lebens ohne festen Wohnsitz und mit Drogenkonsum darzustellen. Im zweiten Schritt fokussieren wir die Blockierungen, die zur aktuell prekären Lebenssituation geführt haben und diese weiterhin begrenzen. Es geht also um Hemmnisse der Veränderung. Im dritten Schritt zeigen wir, dass nichtsdestotrotz die Menschen in Bewegung bleiben und fortwährend nach Veränderungen streben. In allen drei Auswertungsschritten stellen wir dar, wie Angebote Sozialer Arbeit von den Menschen genutzt oder nicht genutzt werden: Bezogen auf die alltäglichen Bemühungen, wie sie Teil von Blockierungen sind und zugleich aber auch Veränderungen ermöglichen. Wir schließen das Kapitel mit einem Zwischenfazit ab.

4.1 Beschreibung des Samples

Insgesamt wurden von Juli bis September 2025 14 Personen befragt, von denen zwölf männlich und zwei weiblich sind (vgl. Tab. 1). Die Befragten waren zwischen 30 und 50 Jahren alt und konsumieren regelmäßig Opiate, min. vier Personen konsumieren zusätzlich Crack.

Keine der Personen hatte zu dem Zeitpunkt eine Krankenversicherung. Unter den 14 Befragten stammen sieben aus EU-Mitgliedsstaaten (drei aus Polen, zwei aus Lettland und jeweils eine aus Ungarn und Litauen), eine Person aus Deutschland und fünf aus Nicht-EU-Ländern (darunter Moldowa, Bosnien, Ukraine, Iran/Afghanistan, Tunesien und Serbien). Eine der Personen aus Lettland verfügt nicht über die lettische Staatsbürgerschaft, weil sie zur russischsprachigen Minderheit gehört. Eine Person kommt aus der Ukraine, hatte aber eine – mittlerweile ausgelaufene – Aufenthaltsgenehmigung in einem anderen EU-Staat. Von den 13 befragten Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft gaben sechs an, seit 1-5 Jahren in Deutschland zu sein, drei sind seit 5-10 Jahren in Deutschland und vier Personen sind seit über zehn Jahren in Deutschland. Davon sind zwei Personen in Deutschland aufgewachsen. Acht der Befragten begannen mit dem Konsum von Opioiden bereits im Jugendalter, sieben davon in ihrer Heimat, eine Person in Deutschland. Sechs Personen begannen mit dem Konsum im Erwachsenenalter, davon fünf erst nach Ankunft in Deutschland.

Alle befragten Personen besitzen keinen eigenen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum. Die Mehrheit (10 von 14) übernachtet im öffentlichen Raum, wobei zwei

der 10 Befragten ihren Schlafplatz täglich wechseln. Alle anderen acht Befragten nutzen konstant einen Ort im öffentlichen Raum. Ein kleiner Teil (drei von 14) schlafen bei Privatpersonen, darunter Familie oder Bekannte. Drei Personen nutzen auch Notschlafstellen. Es sind Mehrfachnennungen gemacht worden.

Nr	Pseudo- nym	Sprache Interview	Alter ca.	Staats- bürger- schaft	Jahre in DE	Hafterfahrung	Beginn Heroin- konsum wann & wo	Kontakt zur Clearing- stelle	aktuell substituiert
1	Matei	Englisch	40	Moldowa	1-5	mehrmals, DE	Erwachsen, DE	ja	Ja (beim 2. Int. ausgesetzt)
2	Suvad	Deutsch	35	Bosnien- Herzegovina	30-40	mehrmals, DE	Jugend, DE	ja	ja
3	Mykola	Deutsch	35	Ukraine/EU- Land	1-5	mehrmals, DE	Jugend, Herkunftsland	nein, schon von gehört	nein
4	Darab	Deutsch	30	Iran/Afghani- stan	10-20	Nein	Erwachsen, DE	nein, hatte Kontakt	nein
5	Anna	Deutsch	50	Ungarn	10-20	mehrmals, DE & Ausland	Jugend, Herkunftsland	Ja	ja
6	Jakub	Polnisch	40	Polen	5-10	mehrmals, DE & Ausland	Jugend, Herkunftsland	Ja	ja
7	Andrius	Englisch	40	Litauen	1-5	mehrmals, Ausland	Erwachsen, DE	nein, schon von gehört	nein
8	Alex	Russisch	45	Lettland/ staatenlos	1-5	einmal, Ausland	Jugend, Herkunftsland	Ja	ja
9	Tomasz	Deutsch	35	Polen	5-10	mehrmals, DE & Ausland	Jugend, Herkunftsland	Ja	nein
10	Oleg	Russisch	45	Lettland	1-5	Nein	Erwachsen, Herkunftsland	Ja	ja
11	Ahmad	Deutsch	35	Tunesien	5-10	einmal, DE	Erwachsen, DE	Ja	ausgesetzt, möchte wieder
12	Janko	Deutsch	40	Serbien	30-40	ja, unklar wo	Unklar	Ja	ja
13	Eva	Deutsch	40	Deutschland	30-40	Nein	Erwachsen, DE	nein, schon von gehört	nein
14	Karol	Polnisch	35	Polen	1-5	mehrfach, Ausland	Jugend, Herkunftsland	nein	nein

Tab. 1: Überblick über interviewte Personen

Die befragten Personen sichern ihren Lebensunterhalt auf unterschiedliche Weise. Vier Personen bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend durch das Sammeln von Pfandflaschen. Drei Personen nannten Betteln als wichtige Einnahmequelle. Zwei Befragte berichteten, sich durch Ladendiebstähle (wie bspw. Lebensmittel) zu finanzieren. Zwei weitere Personen verdienen sich durch das Aufhalten von Türen vor Banken oder durch Hilfeleistungen im privaten Umfeld etwas dazu. Zwei Befragte erwähnten Sexarbeit und/oder den Verkauf von Straßenzeitungen. Eine Person wird durch Familienangehörige finanziell unterstützt. Häufig wurden mehrere der hier genannten Einnahmequellen benannt.

Die Mehrheit der befragten Personen (11 von 14) hat bereits Hafterfahrungen gemacht. Sieben der Befragten erzählten, in Deutschland inhaftiert gewesen zu sein. Sechs der Befragten waren auch in anderen Ländern in Haft.

Die Mehrheit der befragten Personen (9 von 14) hatte bereits Kontakt zur Clearingstelle. Drei Personen kennen die Clearingstelle zwar dem Namen nach, hatten jedoch keinen persönlichen Kontakt. Eine Person gab an, die Clearingstelle

nicht zu kennen. Sieben der befragten Personen befinden sich aktuell in einer Opioidsubstitutionstherapie, die über die Clearingstelle vermittelt wurde. Eine weitere Person hatte die Substitution unterbrochen, möchte diese aber fortsetzen. Sechs Personen nehmen derzeit keine Substitution in Anspruch.

Die von uns interviewten Personen wurden im Kontext der ethnografischen Felderkundungen direkt oder mit Hilfe der Sozialarbeitenden vor Ort angesprochen. Hierbei wurde bereits darauf geachtet, dass sowohl Menschen in Substitution als auch Menschen, die zurzeit nicht in Behandlung befragt wurden auch auf die Verteilung nach Herkunftsländern wurde geachtet (vgl. Kap. 3.1). Die 14 von uns interviewten Personen können die im Forschungsstand aufgeführten Merkmale von Opioiden konsumierenden, wohnungslosen Menschen ohne Krankenversicherung gut abbilden. Unterschiedliche Gründe, warum keine Krankenversicherung vorliegt (Unionsbürger*innen, Drittstaatler*innen, Wohnungslosigkeit), repräsentieren sich im Sample. Auch die Verteilung der Geschlechter kann als angemessen angesehen werden. Um geschlechtsspezifische Aussagen tätigen zu können, hätten jedoch mehr Frauen und queere Personen befragt werden müssen. Insofern ist der vorliegende Bericht bezüglich dieser Dimension weniger aussagefähig.

4.2 Alltägliche Bemühungen um Stabilität

Im Zentrum der Auswertung steht das Thema der alltäglichen Bemühungen der befragten Personen um Stabilität. Es umfasst Aspekte der Organisation eines Alltags unter Bedingungen absoluter Armut und ohne sicheren Rückzugsort. In diesem Kontext ist der Konsum illegalisierter Substanzen sowohl stabilisierend als auch destabilisierend. Unsere Gesprächspartner*innen sind fortwährend darum bemüht, Verlässlichkeit in ihrem Alltag herzustellen. Dabei steht bei jenen Gesprächspartner*innen, die aktuell in keiner Opioidsubstitutionstherapie (OST) sind, die Rhythmisierung ihres Alltags durch den Konsum im Fokus, welchen sie als „Gesund-Machen“ beschreiben und der mit der Notwendigkeit des „Geld-Machens“ einhergeht. Das zweite Thema beschreibt die Herausforderungen im Alltag, die mit dem Fehlen sicherer Orte einhergehen. Im dritten Thema geht es um die Angewiesenheit und Abgrenzung von sozialen Beziehungen. Im vierten Teil beschreiben wir den Umgang mit dem Thema Gesundheit, welches teilweise vorrangig und teilweise nachrangig bezogen auf die Alltagsorganisation thematisiert wird. Abschließend geht es um die (Nicht)Nutzung des Berliner Hilfesystems. Wir legen den Fokus dabei auf die niedrigschwelligen Unterstützungsangebote und die OST, welche eine ambivalente Ermöglichung von Stabilität bietet.

4.2.1 Rhythmisierung vom Alltag: „Gesund-Machen“ und „Geld-Machen“

Die von uns befragten Menschen konsumieren neben Opioiden auch andere berauschende und betäubende Mittel wie bspw. Alkohol, Kokain oder Crack. Opiode nehmen im Hinblick auf die Alltagsgestaltung insofern eine besondere Rolle ein, als dass der körperliche Entzug im Gegensatz zu anderen Substanzen mit grippeähnlichen Symptomen einhergeht. Insbesondere für diejenigen, die nicht in der OST sind, nehmen der Konsum, die Beschaffung der Opiode sowie deren Finanzierung einen zentralen Stellenwert im Alltag ein. Unsere Gesprächspartner*innen beschreiben den Konsum als erforderlich, um ihren Alltag zu bewältigen, sowohl aufgrund der betäubenden Wirkung als auch um Entzugssymptome zu verhindern. Die Personen erzählen von körperlichen Schmerzen und Magen-Darm-Problemen. Der Konsum von Heroin wird dann folgerichtig als „Gesund-Machen“ beschrieben.

„Naja, also wenn ich schlafe, Aufstehen. Das Erste, was ich machen muss, ist mich gesund machen. Also Heroin nehmen. Ansonsten kann ich nicht laufen, habe keine Kraft. Ja, ich habe halt starke Probleme mit meinem Körper. Sachen in Griff zu kriegen. Wenn ich es nicht nehme, dann ist / überall kommt alles raus, oben kommt es raus, unten kommt es raus.“ (Eva, Z.109-113)

Alex erzählt uns auch von den psychischen Entzugserscheinungen, welche ähnlich schmerzhaft klingen:

„Nun, das Verlangen ist nicht nur körperlicher Entzug, sondern auch ein moralischer. Das heißt, wenn es innerlich so ist, als würde jemand mit einem Hammer auf dich einschlagen: Warum nimmst du nichts? Geh, geh, geh und hol es dir. Du brauchst es. Du brauchst es. Als ob eine Stimme dir das sagt.“ (Alex, Z. 329-333)

Auffallend dabei ist, dass die Entzugerscheinungen, die auch als „Krise“ (Mykola, Z. 300) bezeichnet werden, die Bemühungen um Stabilität im Alltag einschränken und der Konsum somit gezwungenermaßen priorisiert wird. Die Notwendigkeit sich „gesund zu machen“ geht wiederum mit der Notwendigkeit einher, Heroin zu organisieren und zu finanzieren: „Geld-Machen“. Eva beschreibt diese rhythmisierten Abläufe folgendermaßen:

„Also, wie gesagt, nach dem Aufstehen das erste Heroin nehmen und dann ja, losgehen und Geld machen. Ja, wenn ich Geld habe, gehe ich quasi zum Dealer, Material holen. Dann wieder Heroin nehmen, wieder los, Geld machen und so den ganzen Tag.“ (Eva, Z. 113-116)

Keine der befragten Personen verfügt über ein regelmäßiges, verlässliches Einkommen. Sie müssen somit auf verschiedene Formen zurückgreifen, um ihre alltäglichen Bedarfe und insbesondere den kostspieligen Konsum zu finanzieren. Sie erzählen von verschiedenen Möglichkeiten, Geld zu organisieren, wägen zeitlichen Aufwand, Auftreten unangenehmer Situationen und strafrechtliche Konsequenzen ab und treffen Entscheidungen für die subjektiv passendste Formen des „Geld-Machens“. Das Pfandflaschen-Sammeln und Schnorren sind zwei legale Formen der Geldbeschaffung. Neben diesem entlastenden Aspekt der Legalität werden auch Faktoren benannt, die diese Form der Geldbeschaffung erschweren: Der zeitliche Aufwand, ein Überwinden der Scham, ein Konkurrenzdruck unter Personen, die schnorren oder Flaschen sammeln, und die Abhängigkeit von den Öffnungszeiten der Supermärkte. Eva erzählt zudem von verbalen, abwertenden Beleidigungen, die sie beim Schnorren in den öffentlichen Verkehrsmitteln erlebt.

Sich für das Klauen als Form des „Geld-Machens“ zu entscheiden, ist im Abwägen von Risiken der Strafverfolgung und Scham einerseits und der Höhe der Geldsummen andererseits begründet. So sagt Matei:

“What have I said when I consuming drugs every day. Every day you need money [...] And this money, when you are not working, when you make nothing and you are living so on the street, you have just one possibility to make fast money. Is just to, well okay. You can, for example, make a Flaschenpfand all the day. Okay. And in this you make money. But fast money is just/.” (Matei, Z. 226-232)

Klauen gilt als Möglichkeit, „schnelles Geld“ zu machen – zugleich wird damit ein hohes Risiko eingegangen. Mykola erzählt auch, dass Klauen mit Scham verbunden ist und gegen das eigene Selbstbild geht.

„Und jetzt ich bin ungefähr zwei Jahre Straße. Ich mache, was ich habe niemals in meinem Leben gemacht. Leider. Ich klau Laden, nicht Leute. Das ist dumm, ich weiß. Ich sag dir ehrlich, ich will nicht klauen. Ich schwöre dir, ich bin 35 Jahre alt. Ich habe immer gesagt, in meinem Leben. Ich kann nicht in meinem Leben lügen und klauen. Und guck mal, wo ich klaue, jetzt bin.“ (Mykola, Z. 135-139)

Wie Mykola betont auch Andrius, dass er nur in „Shops“ klaut. Auch bei an sich illegalen Handlungen setzen sich die Gesprächspartner*innen Grenzen, um eigenen moralischen Überzeugungen gerecht zu bleiben:

“So I go in shop, stolen coffee. 10 Euro, 15 Euro. I don't want too much money. I don't want rich [unv.]. And I know for this, it's not possible. Me enough make for one dosis drugs. Then it's okay.” (Andrius, Z. 245-247)

Das größte Risiko beim Klauen sind die strafrechtlichen Konsequenzen. Das Wissen darüber und die bereits gemachten Erfahrungen können beängstigend, anstrengend und belastend sein. Gleichzeitig wirkt es wie ein dem Zufall unterstellter Ablauf, auf den man nur begrenzt Einfluss hat: „Das Abenteuer dauert bis heute an. Mal im Gefängnis, mal frei“ (Jakub, Z. 43-44).

„Überall verboten in alle Laden. Ich habe Probleme überall [...] Und jetzt habe ich Angst wegen Diebstahl. Und ich muss wieder in M-Gefängnis. Keine Ahnung.“ (Mykola, Z. 320-322)

Während sich manche vom Klauen distanzieren, so wie z. B. Jakub: „Ich arbeite vor einer Bank. [...] Ja, ich stehle nicht, denn das ist klar, und jetzt wird es immer schlimmer. Es reicht mir schon Gefängnis.“ (Z. 112-115), betont Oleg, dass „tricksen“ und „stehlen“ notwendig sind, „um einfach normal leben zu können“. (Z. 38-49)

„Gesund-Machen“ und „Geld-Machen“ sind auch insofern komplex verknüpft, als dass die verschiedenen Formen des „Geld-Machens“ mit Scham verbunden sind und Überwindung sowie Mut erfordern. Der Konsum kann hierbei wiederum unterstützen, wie Alex beschreibt:

„Ein fremdes Land. Man denkt: Wo bin ich hier? Warum bin ich hierhergekommen? Wohin soll ich gehen? Es ist irgendwie peinlich. Ich bin nüchtern, ich werde mich nicht hinsetzen, ich werde zum Beispiel nicht um Almosen bitten. Ich schäme mich. Aber unter Drogen würde ich mich hinsetzen. Mir ist das egal. Aber auch das, wenn ich nüchtern bin, schäme ich mich schon.“ (Alex, Z. 357-362)

In unseren Gesprächen zeigt sich, dass das „Geld-Machen“ dynamisch mit dem „Gesund-Machen“ verknüpft ist. Sie beeinflussen sich jeweils gegenseitig und können auch zur Konsumreduktion führen. Dies wird deutlich, als Mykola, mit dem nach drei Monaten ein zweites Interview geführt wurde, herausstellt, dass er seinen Konsum in den letzten Monaten um zwei Drittel reduziert habe. Er begründet diese Reduktion auch damit, dass er nicht mehr so viel „Geld-Machen“ könne.

4.2.2 Organisation unsicherer (Schlaf-)Orte

Unserer Gesprächspartner*innen sind ohne festen Wohnsitz, ein Großteil hat seinen Lebensmittelpunkt im öffentlichen Raum. Es fehlen beständige und sichere Räume für das Verstauen des persönlichen Hab und Guts sowie Orte für Rückzug, Privatsphäre und der Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse wie Schlafen, Duschen, Waschen und Essen.

Anna und Suvad sind die Einzigen, die die Möglichkeit haben, bei verwandten bzw. bekannten Personen in einer Wohnung zu schlafen.

„Momentan ich wohne in K-Bezirk. Bei meinen Stammkunden. Aber wir haben nichts. Nein. Gute Freundschaft. Ehrlich.“ (Anna, Z. 366-367)

Wenngleich auch diese Wohnformen keine Verlässlichkeit bieten, können sie die Alltagsgestaltung stabilisieren. Sie ermöglichen zudem Orte für Rückzug und Ruhe. So schläft Suvad bei seiner Familie in einem Wohnheim, wo er die Möglichkeit hat in seiner „Freizeit“ (Z. 255) Fernsehen zu schauen.

Für diejenigen, die im öffentlichen Raum schlafen, bieten sich keine Rückzugsmöglichkeiten, auch das Wort der „Freizeit“, so wie es Suvad anführt, hat hier keine Bedeutung. Dabei haben sich einige einen festen Schlafplatz eingerichtet, andere schlafen „morgen da. Heute da [...] wo ich finden.“ (Mykola, Z. 243-245). Neben diesen Verschiedenheiten zeigen sich auch Veränderungen in der Organisation der Schlaforte:

„Naja, vorher war es immer so, dass ich da geschlafen habe, wo ich gerade war. Und jetzt ist es so, dass ich seit drei Monaten so einen Schlafplatz habe, hinter dem K. Da ist ja so ein freier Platz, wo mehrere Autos parken und da ist so ein Amt, da sind so Nischen. Und da habe ich mein Schlafplatz auch.“ (Eva, Z. 119-122)

In den Interviews wird deutlich, dass gleichbleibende Schlafplätze im öffentlichen Raum den Alltag deutlich stabilisieren, weil Verlässlichkeit ermöglicht und Unterstützungsstrukturen aufgebaut werden können. Hierzu bedarf es verschiedener Formen der Verständigung mit Ordnungsamt, Polizei und Nachbarschaft sowie (Erfahrungs-)Wissen über informelle Verhaltensregeln, wie Oleg beschreibt:

„Ja, ich schlafe derzeit auf der Straße. Und ich übernachtete an einem Ort, den ich zufällig gefunden habe, wo ich unter einem Dach schlafen kann. Das heißt, es regnet nicht herein, und die Menschen in der Umgebung haben nichts dagegen. Natürlich nur, wenn wir für Sauberkeit und Ordnung sorgen. Die Polizei kommt regelmäßig vorbei, um nach dem Rechten zu sehen. Aber es gibt keine ernsthaften Beschwerden, weil sie sehen, dass wir keine Rowdys sind, sozusagen. Und deshalb schlafe ich hier schon eine Weile und im Moment ist das meiner Meinung nach die beste Option. Besser als jeden Tag irgendwo nach einem Schlafplatz zu suchen und Leute zu stören, indem man in ihrem Hauseingang oder sonst wo übernachtet. [...] Hier helfen die Leute und bringen Essen. Und die Leute, die helfen wollen, bringen auch Kleidung und Bettwäsche mit. Deshalb gibt es hier keine Probleme.“ (Oleg, Z. 107-118)

In Olegs Bericht wird deutlich, dass diese gleichbleibenden Schlaforte stabilisierend und gleichzeitig an die Toleranz Anderer gebunden und ständig von Räumung bedroht sind.

Auch feste Orte zum „Geld machen“ werden als stabilisierend beschrieben. So berichten Jakob, Ahmad und Janko, die immer vor der gleichen Bank oder dem Supermarkt arbeiten, von einem verlässlichen, sie tolerierenden und unterstützenden Umfeld, das sie sich an diesen Orten aufgebaut haben. Ahmad hebt den respektvollen Umgang ‚seiner‘ Kund*innen hervor, denen er die Tür zur Bank aufhält:

„Jetzt bei meiner Bank, alles gut, Leute kam, alleine heute Morgen ich hab 20 Euro gesammelt. Jetzt meine Kunde kam vorbei. (unv.) Auch normalerweise wär gut morgen offen, diese Büro offen. Aber mir lassen ohne Problem.“ (Ahmad, Z. 178-180)

Neben den Unsicherheiten in Bezug auf die Schlaforte erfordert ein Leben im öffentlichen Raum ohne Rückzugs- und Ruheorte ständige Beweglichkeit. Mykola sagt, dass er daher „keine Kraft mehr“ (Z. 559-560) habe und Anna erzählt, wie sie während ihrer Zeit ohne verlässlichen Schlafplatz immer Angst hatte:

„Ich immer bewegen. Guck mal, Straße. [...] Ganze Zeit. Acht Jahre lang. Ich so sitz. Ich nicht liegen im Bank oder Schlafsack oder Decke oder/ ich nur Sitz. Acht Jahre lang [...] Unten U-Bahn Bank. Oder wenn Sommerzeit kannst du raus. Aber ich hatte immer Angst. Raus ich immer/ ich war immer allein.“ (Anna, Z. 201-207)

Das Schlafen im öffentlichen Raum bedeutet zudem hohe Unsicherheit für die eigenen Gegenstände sowie das körperliche Wohl. Viele erzählen davon, beklaut worden zu sein. Dies zeigt sich z. B. darin, dass sie schon viele Handys hatten oder präventiv keine mehr besitzen und Ausweisdokumente gestohlen oder verloren wurden. Janko erzählt, dass er einen epileptischen Anfall hatte und ihm in dem Zuge all seine Papiere geklaut wurden:

„Ich bin / aber ich bin nur im Krankenhaus aufgewacht, und das ist das Schlimmste daran. Ich fahre. Ich wache Krankenhaus auf, ganze Papiere weg [...] Das ist das Schlimme daran. Wie? Ich hatte so eine Tasche. Ich falle. Ich weiß nicht. Ich bin aufgewacht. Infusion im Krankenhaus. Alles weg.“ (Janko, Z. 354-358)

Einige unserer Gesprächspartner*innen berichten auch von Gewalt- und Stigmatisierungserfahrungen im öffentlichen Raum. Sie erzählen von Situationen, die sie selbst erlebten, sowie von Erfahrungen aus ihrem Bekanntenkreis (vgl. auch 4.3.2). So ist Darab im letzten Winter von jemanden im Schlaf mit dem Messer verletzt worden. Er hat damals mehrere Tage im Krankenhaus im Koma gelegen. Eva berichtet von Beleidigungen und dass sie bereits von Jugendlichen mit Flaschen beworfen und bespuckt worden ist. Auch die Witterungsbedingungen erschweren den Aufenthalt im öffentlichen Raum. Der Winter draußen sei schwer, so sagt Andrius: “Not health. Of course, health better little bit but winter outside, shit.” (Z. 709-710) und auch Mykola sagt: “Der Winter war richtig scheiße. Ich schwöre, ich war richtig krank.” (Z. 588)

Unsere Gesprächspartner*innen berichten von ihrem Alltag im öffentlichen Raum und den damit einhergehenden verschiedenen Unsicherheiten. Dies erfordert Formen der Verständigung, Bewegung und ständige Aufmerksamkeit bezüglich des persönlichen Hab und Guts und der körperlichen und psychischen Sicherheit.

4.2.3 Unterstützung durch und Abgrenzung von sozialen Beziehungen

Unsere Gesprächspartner*innen begegnen tagtäglich Menschen an Szene-Treffpunkten und Schlaforten, in Haft sowie in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe. Der Kontakt zu Menschen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, ist besonders bedeutsam für die Alltagsorganisation. Diese Kontakte werden als Unterstützung sowie als Gefahr beschrieben.

Tomasz und Oleg erzählen von partnerschaftlichen Beziehungen zu Frauen, die ebenfalls konsumieren. Oleg, der seit 24 Jahren mit seiner Frau verheiratet ist, betont: „wir haben alles zusammen durchlebt“ (Z. 147-148). Beide Männer erleben die Partnerschaften als stabilisierend und zugleich ist die fortwährende Sorge um die Freundin auch eine zusätzliche emotionale Belastung. Anna und Eva sprechen von Freundschaften, die sie als unterstützend in ihrer Lebenssituation erfahren. Eva verbringt seit neun Jahren den Alltag mit ihrem Ex-Freund, mit dem sie sich seit der Trennung besser verstehe:

„Es ist so, wenn wir uns streiten, und wir streiten uns sehr viel (lacht kurz) aber nicht so dieses boshafte Streiten. Nach einer Stunde wissen wir, okay, alles ist wieder gut. Wir können wieder aufeinander zugehen. Ja, also wir brauchen uns gegenseitig.“ (Eva, Z. 131-133)

Anna erzählt von einem Sexarbeits-Kunden, den sie seit zwölf Jahren kennt, und sich eine Freundschaft entwickelte: „Riesengroße Freundschaft jetzt. Ehrlich. Wie mein, ehrlich, meine beste Freunde geworden.“ (Z. 600-601).

In den anderen Gesprächen wird zwar das Wort „Freund/friend“ benutzt, bei genauerem Nachfragen grenzen sich jedoch viele von diesem Begriff ab. Gleichzeitig scheint es für sozialen Beziehungen ‚auf der Straße‘ keine passende Bezeichnung zu geben. Sie sprechen von „Kumpel“ (Karol, Z. 272), „Kollege“ (Mykola, Z. 51) oder „Bekannte“ (Alex, Z. 64). Hiermit sind soziale Kontakte gemeint, die in der Alltagsorganisation stabilisieren und auch die Sicherheit im öffentlichen Raum erhöhen. Einige der Personen verbringen den Tag in einer Gruppe, haben gemeinsame Schlaforte, unterstützen sich in den alltäglichen Herausforderungen, passen aufeinander oder die Gegenstände des anderen auf und teilen ihr Wissen:

“Jetzt now when I'm sleeping we are three guys. I and another one guy from Poland. He take Polamidon but to K-Straße. I am to K-Park and the another our friend, he's just drinking alcohol. He don't have problems with these drugs. He don't know what it is. He's alcoholism. And now it's good because we help one to another. We're going together 9 o'clock, 10 o'clock we come back and all the day we are together. So we don't think for drugs. Because when we was coming for example we finding old friends. Old friends. Old things.“ (Matei, Z. 513-519)

Auch Eva erzählt, dass sie andere Frauen beschütze und ihnen helfe, weil sie „anders wie die anderen“ ist (Z. 149), sie könne sich wehren:

„Also, ich habe viele Frauen hinter mir, die einfach Angst haben und die dann einfach zu mir kommen, weil sie Angst haben, nachts zum Beispiel. [Unv.] die Frauen beim P-Platz, [...]. Ich bin so diese frauliche Security.“ (Eva, Z. 150-153)

Vom aufeinander Aufpassen berichten auch Anna und Mykola. Anna erzählt von einem obdachlosen Mann, mit dem sie früher gemeinsam Zeit an der U-Bahn verbrachte. Sie wechselten sich mit dem Schlafen ab, damit die jeweils andere Wache halten kann: „wenn er schläft, ich bin wachbleiben.“ (Anna, Z. 496). Mykola berichtet, dass er im letzten Winter sehr krank gewesen sei, und in dieser Situation von einem „Kollegen“ (Z. 591) Tabletten bekommen habe.

Zudem zeigt sich, dass Wissen über soziale Einrichtungen oder Arbeitsmöglichkeiten durch soziale Kontakte weitergegeben wird. Jakub erfuhr von Freunden von der Clearingstelle. Alex erzählten andere Personen aus der Szene von Notunterkünften. Das Teilen von Erfahrungswissen und Unterstützung findet auch in Haft statt, so erzählt Matei:

“This guys was helping me very, very, very much [...] They give to me all what I need. They have explained to me where I am, what happened, what I must do. And it was for me, because in prison, it was first time in my life.” (Matei, Z. 158-168)

Neben diesen verschiedensten Formen der Unterstützung berichten Darab und Mykola auch von Einsamkeit. Darab sagt: „Ich kenne keine, keine. Alleine. Nur Gott und ich.“ (Z. 336) Bezogen auf die Bewältigung von Einsamkeit erhalten die öffentlichen Treffpunkte eine wichtige Funktion. So verbindet Darab sein Allein-Sein mit seinem Aufenthalt auf einem städtischen Platz: „Ich drei Jahre hier, andere, jeden Tag hier. Ich keine Familie, keine Haus, wohin gehen?“ (Darab, Z. 302-303) Im Gespräch drei Monate später spricht Darab davon, dass an dem Platz, an dem er sich immer aufhält, seine Freund*innen und Bekannte seien. Janko sagt, dass er regelmäßig einen Kontaktladen der Drogenhilfe besucht, um nicht alleine zu sein und gemeinsam zu lachen, denn es sei „sehr schwierig, wenn man alleine bleibt“ (Z. 159).

Das Alleine-Sein zeigt sich in unseren Gesprächen in zwei Formen. Während es bei Darab und Mykola eher ungewollt erscheint, entscheiden sich andere bewusst dafür, ihren Alltag alleine zu gestalten. Jakub sagt im Zusammenhang mit seinem Schlafplatz, den er seit sieben Jahren hat, dass er diesen nur so lange aufrechterhalten konnte, „weil ich niemanden mitbringe, weil ich weiß, dass ich, egal wem ich es erzähle, später keinen Platz zum Schlafen mehr hätte“ (Z. 138-139). Alex erzählt, dass er lieber allein unterwegs sei und grenzt sich von anderen Drogenkonsument*innen ab:

„Nein, ich habe hauptsächlich mit niemandem Kontakt, weil es Drogenabhängige sind. Der Umgang ist nicht gut, er ist nutzlos, sozusagen. Deshalb gehe ich meistens allein und so. Denn die Menschen sind unterschiedlich, sie haben unterschiedliche Interessen. Und ich möchte irgendwie da rauskommen. Dort, wo ich hingeh, wollen nur wenige Leute sich behandeln lassen. Dort denken alle nur an Drogen.“ (Alex, Z. 166-170)

Hier wird die Ambivalenz gegenüber sozialen Kontakten deutlich. Wenngleich sich von dem Begriff „Freund/friend“ abgegrenzt wird und Alex davon spricht, dass er andere Interessen habe, sagt er auch, dass er Bekannte kennenlernte, weil sie in der gleichen Situation sind. Auch Matei erzählt, dass die Lebenssituation dazu führt, Zeit zusammen zu verbringen, Wissen zu teilen und sich gegenseitig zu unterstützen.

“I can't say that they are friends, because we consuming drugs. When you consuming drugs, you don't have friends. Because the men who you think that your friend can make something bad with you and you are not interesting for him when you don't have nothing. But you spend the time with these people and you are all the time together with them, because these people know where you can go and where you can find. We have one interest together.” (Matei, Z. 281-286)

Besonders deutlich wird die Ambivalenz, wenn es um den Konsum nach vergangenen Clean-Phasen geht. Karol erzählt z. B. von einem Rückfall und schlussfolgert: „Die Sache ist, dass man sich nicht in Gesellschaft aufhalten darf.“ (Z. 82-83). Er betont, dass er sich irgendwann dazu entschlossen habe, seinen Weg allein zu gehen.

In den Gesprächen zeigt sich die Gleichzeitigkeit von einerseits Angewiesenheit auf andere Personen zur Bewältigung des Alltags und um Einsamkeit zu begegnen und andererseits das Wissen darum, dass Vertrauen unter den von Armut geprägten Lebensumständen immer prekär ist und zugleich der Konsum anderer auch den eigenen beeinflussen kann.

4.2.4 Gesundheit als vorrangig nachrangiges Thema

Gesundheit hat einen besonderen Stellenwert in den Gesprächen: Einerseits werden Gesundheit und Krankheit in allen Gesprächen thematisiert und zugleich wird ihnen ein unterschiedlicher Stellenwert im Kontext der Alltagsbewältigung eingeräumt. Sieben Personen berichten von chronischen Erkrankungen, wie HIV, HEP-C, Diabetes, Asthma und auch Depressionen. Neben chronischen Erkrankungen zeigen sich gesundheitliche Einschränkungen, wie bei einer Person stark geschwollene, entzündete und insofern schmerzende Fuß- und Handgelenke, bei einer anderen unklare Erschöpfungszustände oder bei einer dritten ein verstauchtes Handgelenk zum Zeitpunkt des Gesprächs. Im Gegensatz dazu fühlen sich sechs Personen gesundheitlich ‚okay‘. Zudem wird die Zahngesundheit von einem Teil der Personen problematisiert. Trotz dieser gesundheitlichen Probleme und dem fehlenden Krankenversicherungsschutzes erhält das Thema in unseren Gesprächen unterschiedliche Relevanz und wird vorrangig oder nachrangig bezogen auf die Alltagsorganisation thematisiert.

Matei hat während des Interviews eine Schiene am Handgelenk und erwähnt einen „little accident“ (Z. 457). Die Schiene hat er in einer offenen Sprechstunde für Menschen ohne Krankenversicherung erhalten. Die Verletzung am Handgelenk scheint nachrangig im Vergleich zu seinen aktuellen Lebensumständen. „So I'm feeling good. So my life. Not.“ (Matei, Z. 461) Eva erwähnt bis auf ihren längeren Krankenhausaufenthalt wegen „etwas am Oberschenkel“ (Z. 450-452) das Krank- und Gesund-Sein nur in Bezug auf ihre Entzugserscheinungen. Auch Andrius sagt, dass er sich gesund fühle: „No, I'm not sick. I just, uh, sick for drugs“ (Andrius, Z. 539). Auf unsere Frage, was er macht, wenn er krank werde, antwortet Andrius:

„Nothing. Hot tea, [unv.], paracetamol or something tablet and it's okay. No problem. Live life like before, where people live like stone time.“ (Andrius, Z. 529-530).

Alex wirkt auf die gleiche Frage fast etwas überrascht und sagt: „Darüber habe ich noch nicht nachgedacht, Gott sei Dank geht es mir gesundheitlich mehr oder weniger gut“ (Z. 194-195). Gesundheit scheint für einige ein Thema zu sein, dass vor dem Hintergrund ihrer alltäglichen Herausforderung an Bedeutung einbüßt:

„Ich gebe Blut ab. Der Arzt sagte, dass mein HIV nicht fortschreitet, dass es sozusagen eingefroren und nicht aktiv ist. Und meine Testergebnisse sind gut. Gott sei Dank bin ich noch gesund, deshalb versuche ich, zur Arbeit zu gehen. Solange ich noch gesund bin, zumindest vorerst. Ich habe meine Kräfte hier auf der Straße noch nicht erschöpft. Deshalb bin ich sozusagen noch gesund. Nun, abgesehen von meinen Zähnen. Die Zähne sind natürlich ein Problem. So wie sie sind.“ (Alex, Z. 195-201)

Trotz seiner chronischen Erkrankung macht Alex das Gesund-Sein daran fest, in seinem Alltag zu funktionieren und zuverlässig die Möglichkeit wahrzunehmen, etwas Geld durch das Sammeln von Spritzen zu verdienen. Auch in den Gesprächen mit Matei, Eva und Andrius fällt auf, dass das alltägliche Funktionieren im Vordergrund steht. Zugleich zeigt das „Gott sei Dank“ von Alex, sein Wissen um die Risiken seiner prekären Lebenssituation für seine Gesundheit. Auch Tomasz, dessen Hepatitisinfektion ausgeheilt ist, betont die Bedeutung von Gesundheit als „wichtigste Sache“ (Tomasz, Z. 539).

Die Auseinandersetzung mit Krankheit wird dann vorrangig, wenn die Menschen in ihrer Alltagsorganisation und Funktionsfähigkeit einschränkt werden. So zeigt Darab im Gespräch seine entzündeten Hand- und Fußgelenke und klagt über Schmerzen. Mykola erzählt von einem schweren Infekt vergangenen Winter und auch Anna berichtet, dass sie aufgrund ihrer Krankheit immer erschöpft sei. Zudem erzählt sie von ihren alltäglichen Einschränkungen wegen ihrer fehlenden Zähne:

„Und was ist meine ehrlich große Problem. Zähne habe ich nicht. Und das ist mein momentan Gesundheitsproblem bei mir. Deswegen das ich brauche. Aber ich esse fast nichts. Ich kenne nicht. Es geht nicht.“ (Anna, Z. 163-165)

An anderer Stelle wird auch deutlich, dass sie sich für ihre fehlenden Zähne schämt, auch weil ihr ihr ästhetisches Erscheinungsbild nicht nur wegen ihrer langjährigen Tätigkeit als Sexarbeiterin, von großer Bedeutung ist.

Auch die aktuelle Lebenssituation wird als Risiko für die gesundheitliche Situation deutlich. Janko führt einen epileptischen Anfall auf seinen Stress zurück und Darab hat einen Messerangriff beim Schlafen überlebt.

„Warum schlagen mir, ich bin krank und dann kann nicht arbeiten. Eine Monat ich bin sehr stark krank. Und im Krankenhaus kann ich nicht aufstehen gehen und auf Toilette. In meinem Bett gelegen. Es ist nicht normal. Bisschen stärker bei mir schlagen ich bin gestorben.“ (Darab, Z. 121-124)

Einige unserer Gesprächspartner*innen planen die Behandlung bspw. der HEP-C Infektion, der Zähne oder der Depression. Durch die Anbindung an eine Substitutionspraxis überlegt Oleg auch seine HEP-C behandeln zu lassen:

„Ich habe mich nicht über meine Gesundheit beschwert. Aber es kam natürlich so, dass Hepatitis doch so eine Sache ist, dass man sich laut diesen Ärzten buchstäblich schon durch Wasser anstecken kann, und ich habe mich wieder mit Hepatitis infiziert. Und genau in der Clearingstelle sind sie auch bereit, das Programm zu bezahlen. Ich werde darüber nachdenken, denn ich muss diese Frage zuerst mit dem Arzt besprechen, der mir das Methadon verschreibt. Wie kann ich das machen und wie hoch sollte die Dosis sein? Denn ich kenne mich mit medizinischen Dingen nicht so gut aus. Das muss man trotzdem mit dem Arzt besprechen.“ (Oleg, Z. 203-211)

Die Präsenz des Themas Gesundheit zeigt sich auch in Karols Überraschung, dass er seit 23 Jahre Heroin nimmt und „Ich war noch nie in meinem Leben krank.“ (Z. 322). Das Wissen um das gesundheitliche Risiko des Drogenkonsums unter Bedingungen der Wohnungslosigkeit zeigt sich vor allen in den Berichten von Todesfällen im sozialen Umfeld.

„Ich habe viele Freunde, die sich die Leisten aufgemacht haben. Entweder fahren sie jetzt ohne Bein oder sie sind einfach tot. Ich könnte die Hälfte meiner Klassenkameraden streichen, das schwöre ich dir. Wir waren 40 in der Klasse, und 20 davon sind schon tot.“ (Karol, Z. 330-333)

Matei erwähnt, dass er vier Personen gekannt hat, die gestorben seien. Auch Anna erzählt von einer Sexarbeitskollegin, die vor kurzem verstorben ist, und dass sie schon viele Bekannte verloren habe:

A: „Diese alte wie ich leider 90 % gestorben.“ R: „Ja, es sind viele. Du hast wahrscheinlich auch viele verloren.“ A: „Sehr viel, sehr viel. Das ist wegen das, zum Beispiel eine Abszess, mit dreckige Hände immer anfassen. Und macht es leider Hygiene erregend. Erste Sache, glaubt mir, Hygiene.“ (Anna, Z. 209-214)

Anna betont, dass sie aus diesen Erfahrungen gelernt habe und insbesondere auf Hygiene achte. Auch Eva erzählt in einem Gespräch im Anschluss an das Interview, dass sie nur immer „2-3 Striche“ und nicht gleich den ganzen Inhalt in der Spritze konsumiere und Ahmad hebt hervor, dass er nur von Dealern kauft, denen er vertraut. Unsere Gesprächspartner*innen haben insoweit ein Bewusstsein für die Risiken des Drogenkonsums und versuchen – unter den Möglichkeiten ihrer Lebenssituation – auf Safer-Use zu achten.

Gesundheit und Krankheit sind für alle unsere Gesprächspartner*innen ein Thema, zugleich setzen sie sich unterschiedlich intensiv damit vor dem Hintergrund ihrer Alltagsorganisation auseinander. Dabei spielt die Funktionsfähigkeit, die es für die Alltagsgestaltung braucht, eine bedeutende Rolle. Die unterschiedliche Einschätzung bezüglich der eigenen gesundheitlichen Situation erklärt auch, warum das Fehlen einer Krankenversicherung nur von wenigen explizit als Problem hervorgehoben wird.

4.2.5 (Nicht)Nutzung des Berliner Hilfesystems

Wir lernten unsere Gesprächspartner*innen im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen in Kontaktläden und (mobilen) Drogenkonsumräumen kennen. Sie nutzen somit diese Angebote der niedrigschwelligen Hilfen. Im Folgenden geht es darum, wie die Nutzung des Berliner Hilfesystems den Alltag stabilisieren kann und um die bewusste Entscheidung der Nicht-Nutzung bestimmter Angebote aus verschiedenen Gründen. Auch die OST erscheint hier als ambivalente Ermöglichung von Stabilität.

4.2.5.1 Gezielte Nutzung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote

Beim Thema der Organisation unsicherer (Schlaf-)Orte (4.2.2) wurde deutlich, dass vielen unserer Gesprächspartner*innen beständige, sichere Räume fehlen. Das niedrigschwellige Hilfesystem kann Orte der Sicherheit auf Zeit sowie Angebote der Überlebenshilfe bieten und dadurch die Alltagsorganisation stabilisieren. Unsere Gesprächspartner*innen nutzen Essens-, Hygiene- und Kleiderspenden sowie Safer-Use-Angebote. Matei, Ahmad, Thomasz, Alex, Oleg und Karol nutzen das Konsumraumangebot. Matei hat auch schon niedrigschwellige Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufgesucht. Alex wurde durch die Spritzenautomaten in Berlin auf den F-Träger aufmerksam und besuchte das Angebot:

„Und dort habe ich gesehen, dass sie eine Route haben, dass es sie gibt, dass man dort Tee trinken, Spritzen austauschen und Kleidung, Socken und Unterhosen bekommen kann. Ich habe diesen Standort gefunden und bin zu ihnen gegangen, habe mich umgesehen, ich hatte alte Spritzen dabei und habe gefragt: Kann ich sie umtauschen? Sie haben sie umgetauscht. Ich habe um Socken und Zahnpasta gebeten. Dort haben sie mir Shampoo und ein Sandwich gegeben. Nun, sie haben mir, sozusagen, geholfen, so gut sie konnten. [...] Das ist, sozusagen, die erste notwendige Hilfe für Obdachlose, und sie ist wirklich sehr, sehr notwendig.“ (Alex, Z. 126-140)

Mit dem Nebensatz „so gut sie konnten“ verweist Alex gleichzeitig auf die Grenzen dieser Hilfen. In dem Zuge ergänzt Oleg auch die monetäre Erleichterung:

„Gott sei Dank gibt es F-Träger. [...] Und Spritzen, man muss nicht irgendwo Geld suchen, um sie zu kaufen, denn das kostet auch Geld, so komisch es auch sein mag. Es ist sehr gut, dass es solche Menschen gibt.“ (Oleg, Z. 71-74)

Die Orte niedrigschwelliger Hilfen werden zudem besucht, um Menschen zu treffen und sich zu unterhalten. Dabei betont Alex den Austausch in seiner Muttersprache und die Möglichkeit, dort unkompliziert arbeiten zu können:

„Man kann dort Tee trinken, ein Sandwich essen und sich unterhalten. Dort gibt es auch russischsprachige Menschen. Man kann sein Problem schildern oder eine Straße finden. Wenn man kein Handy hat, sie sagen einem, wo das ist. Sie sind nett. Außerdem arbeite ich dort für 25 €. Zweimal pro Woche sammle ich Spritzen ein.“ (Alex, Z. 140-144)

Anna erzählt, dass sie sich in bestimmten Einrichtungen sicher fühle, weil die Fachkräfte vor Ort die Besucher*innen im Blick haben. Somit braucht sie keine Angst haben, dass ihr in den Einrichtungen etwas geklaut wird: „Die Arbeiter halbe Auge das immer beobachten jeder.“ (Anna, Z. 231). Einen anderen Kontaktladen besuche sie nicht mehr, weil ihr dort ihre Sachen geklaut worden seien. Sie fühle sich dort auch wegen der hohen Fachkräftefluktuation nicht mehr sicher. Neben dem zur Verfügung stellen von Räumen wirken also auch die immateriellen Faktoren wie z. B. das Verhalten der Mitarbeiter*innen und anderen Besucher*innen stabilisierend:

„Und ich habe gesagt, dass ich deshalb zum F-Träger komme, weil das normale Menschen sind. Das sind wirklich gute Menschen. Hier kann ich duschen, es ist sauber, es herrscht Hygiene. Es ist einfach cool hier. Ich meine, es ist sauber, alles funktioniert hier normal.“ (Karol, Z. 43-46)

Janko und Suvad heben die Notwendigkeit verschiedener Angebote hervor, um Menschen auch aus dem Weg gehen zu können. So besucht Suvad gerne den Kontaktladen ohne Konsummöglichkeiten, um „bisschen Leute unterhalten“ (Z. 259).

„Weil ich bin nicht mehr, wie heißt das, da wo ich früher war. Wenn ich da gehe dann, ich weiß, dann fange ich wieder an Drogen zu konsumieren.“ (Suvad, Z. 260-261)

Auch in dem Gespräch mit Eva wird die Notwendigkeit verschiedener Formate entlastender Gespräche deutlich.

E: „Gott sei Dank. Mittwochs ist immer cool. Da kommen sie mit dem Fahrrad und so einem Anhänger. Und da gibt's dann immer Essen und Kaffee. Und ja, das ist dann auch mal was anderes. Mal draußen [...] Kaffee trinken und quatschen.“ M: „Weil du meintest, das ist mal was anderes. Also anders als?“ E: „Naja, weil sonst sieht man ja immer keinen, man kann sich mit keinem unterhalten.“ (Eva, Z. 441-448)

Und Ahmad stellt heraus, dass ein Mitarbeitender der niedrigschwelligen Drogenhilfe ihm auch geraten habe, weniger Kokain zu konsumieren und dass er das gut annehmen konnte. Zudem hat er das Gefühl, dass dieser auf ihn achtet.

„jetzt bei mir und sagen mir, Ahmad, nicht deine Sache. Zu viele male, ich respektiere ihn ohne Ende (unv.). Ist ein so gut nett Mann. [...] Nett Mann. Hat geholfen mir bei viele Sache. Wegen diese ich bin immer kontrolliert.“ (Ahmad, Z. 323-330)

Trotz dieser Bedeutung für die alltäglichen Bemühungen um Stabilisierung, zeigen sich auch Herausforderungen der Nutzung. Eva antwortet zum Beispiel auf die Frage, welche Angebote sie noch nutze: „Ich hab eh keine Zeit“ (Z. 423) und, dass sie „sehr, sehr dankbar [ist], dass die vom [Streetwork] auch rauskommen“ (Eva, Z. 427). Es scheint, als würde der Besuch zusätzliche Anstrengungen erfordern und somit das „Rauskommen“ an ihre Orte entlastend und stabilisierend wirken. Während Eva die Nutzung eher spontan integriert, sind bei anderen Personen die Angebote niedrigschwelliger Hilfen fester Bestandteil ihres rhythmisierten Alltages. So erzählen zum Beispiel Karol und Matei von ihrem Tagesablauf:

„Und später komme ich hierher zum F-Träger, weil er geöffnet ist. Ich gehe etwas rauchen und etwas essen, denn hier kann man oft etwas essen und einen Kaffee trinken. Ich dusche, wasche zweimal pro Woche meine Wäsche und muss auch für das Waschen bezahlen.“ (Karol, Z. 146-150)

R: „And you go every day to the F-Träger here more or less?“ M: „Yeah, every time, because here I can charge my phone and here I can have something to eat, tea. It's good help. And these guys are good for us.“ (Matei, Z. 602-604)

Die Interviews wurden im Sommer geführt, was erklärt warum Notunterkünfte von unseren Gesprächspartner*innen kaum genutzt werden. Zugleich zeigt sich auch eine hohe Skepsis gegenüber diesen. Eva sagt, dass sie ab und zu hingeh, um sich auszuruhen. Auch Oleg erzählt, dass er die Notschlafstellen zwar nicht zum Übernachten, aber zum Duschen nutze, „denn unter der Brücke gibt es nirgendwo eine Dusche und deshalb gehe ich hin“ (Z. 135-136). Tomasz sagt über seine Erfahrung in einer Notunterkunft:

„Ja, ich war zufrieden, weil ich habe mein Bett gehabt. Ich konnte mich duschen jeden Tag. Habe ich da Essen gekriegt. Perfekt da.“ (Tomasz, Z. 424-425)

Bevor sich die Personen für die Nicht-Nutzung entscheiden, haben sie zum Großteil die Angebote ausprobiert. Eva besuchte „mit gemischten Gefühlen“ (Z. 420) Notschlafstellen sowie Drogenkonsumräume. Die Nicht-Nutzung eines Drogenkonsumraums begründet sie damit, dass ihr Ruhe und ein gewaltfreier Raum fehlen: „Ich kann das nicht. Ich mag das nicht, wenn ich konsumiere oder so und ich da 20 Leute um mich habe, die da rumschreien und sich prügeln. Ich brauche meine Ruhe“ (Eva, Z. 343-345). Auch Mykola nutzt keinen Drogenkonsumraum, weil er die Zeit an dem Szenetreffpunkt möglichst kurzhalten möchte.

Für die Nicht-Nutzung von Notschlafstellen werden uns verschiedene Gründe genannt. Oleg erzählt, dass er das Angebot der Notunterkunft gut finde, jedoch die Öffnungszeiten nicht mit dem Ablauf seiner Alltagsorganisation kompatibel seien:

„Eine sehr gute Notunterkunft. Dort bekommt man Essen, Kleidung und alles, was man braucht. Das Einzige war, dass ich zu einer bestimmten Zeit dorthin fahren und zu einer bestimmten Zeit wieder weggehen musste. Aber da ich keine finanziellen Mittel mehr hatte, um mir Methadon oder Drogen zu kaufen, um einfach nur den Tag zu überstehen. Ich hatte einfach nicht genug Zeit, um irgendwo Geld zu verdienen und ständig in der Übernachtungsstätte zu bleiben.“ (Oleg, Z. 124-129)

Von den Öffnungszeiten bzw. dem frühen Aufstehen wird uns des Öfteren berichtet. Auch Darab sagt: „Nein, sechs Uhr aufstehen, danke“ (Z. 375). Teilweise wirkt der Besuch einer Notübernachtung wie ein zusätzlicher Aufwand, der es am Ende „nicht wert“ sei, so erzählt Alex:

„Das heißt, man muss erst einmal dorthin gelangen und sich in diese lange Schlange einreihen, weil es sehr viele Interessenten gibt. Und wenn man dann um 00.00 Uhr nachts müde dort ankommt, muss man noch schlafen, während alle schreien, schnarchen und husten, weil die Leute krank sind, und es gibt nur einen Raum. Viele Menschen, alle husten, all diese Viren, das ist alles sehr anstrengend. Und dann muss man um fünf Uhr morgens aufstehen. Nun, wo soll man diese vier Stunden hin, aber das ist es nicht wert. Deshalb gehe ich nicht dorthin.“ (Alex, Z. 257-263)

Auch Karol sagt, dass er nicht in Notunterkünften schlafe, weil es dort zu viel Streit gebe, außerdem stören ihn die schlechten hygienischen Standards. Tomasz berichtet von dem großen Andrang, den langen Wartezeiten und dass er auch schon mal abgewiesen wurde und er es daher nicht mehr versuche. Auch Ahmad sagt, dass er Notunterkünfte nicht nutzt, weil er seine Ruhe braucht.

Durch die Größe der Einrichtungen und die damit einhergehende Anzahl sowie Diversität der Besucher*innen sowie die begrenzenden Öffnungszeiten werden Notschlafstellen weniger als Entlastung für die Alltagsorganisation in Form von Ruhe- und Erholungsräumen genutzt. Insgesamt scheinen unsere Gesprächspartner*innen gut über das Hilfesystem Bescheid zu wissen. Nur in dem Gespräch mit Andrius stellte sich heraus, dass er nicht wusste, dass es in der Einrichtung auch einen Drogenkonsumraum gibt, was an dieser Stelle die Notwendigkeit der verständlichen Ansprache verdeutlicht.

4.2.5.2 Substitution als ambivalente Ermöglichung von Stabilität

Unsere Gesprächspartner*innen haben verschiedene Erfahrungen mit einer OST: Einige wurden noch nie substituiert, andere wurden substituiert und haben teilweise Interesse an einer Wiederaufnahme der Behandlung sowie jene, die sich aktuell in einer Behandlung befinden. Die unterschiedlichen Haltungen und Erfahrungen unserer Gesprächspartner*innen verdeutlichen, dass diese Behandlungsform eine den Alltag stabilisierende Option darstellt, mit der zugleich bestimmte Herausforderungen einhergehen.

Sieben unserer Gesprächspartner*innen, sind während unserer Interviews jeweils unterschiedlich lange in Substitutionsbehandlung, die über die Clearingstelle finanziert wird. Oleg beschreibt seine Alltagsorganisation vor der Substitution als „Teufelskreis“ und erzählt, was sich seitdem veränderte:

„Ich bin dieser Agentur, die Clearingstelle heißt, sehr dankbar. Ich bin sehr dankbar, weil ich überhaupt keine Möglichkeit sah, wie ich überhaupt existieren könnte, denn Gefängnis, Straße und Drogen sind ein Teufelskreis, der mich völlig einengte. [...] Jetzt nehme ich an dem Programm teil und fahre jeden Tag hin, um Methadon zu bekommen. Und jetzt habe ich zumindest die Möglichkeit, darüber nachzudenken, mir einen Job zu suchen. Und weil ich zumindest nicht mehr von morgens bis abends nur nach Geld suchen muss, um mich zu spritzen.“ (Oleg, Z. 54-62) (Oleg ist seit zwei Wochen in der Substitution.)

Auch Suvad sagt, dass er diesen Stress: „Ey, ich muss heute wieder Geld machen für Drogen.“ (Z. 128-129) seit der Behandlung nicht mehr hat und wieder normal essen kann. Janko sagt: „Wäre Clearingstelle nicht, ich wäre wieder auf der Straße. Die helfen richtig da gut.“ (Z. 90-91). Matei und Jakub heben vor allem die finanzielle Erleichterung und den damit einhergehenden zeitliche Gewinn hervor. Jakub sagt: „und jetzt ist das Einzige, was ich tun muss, morgens zu fahren, um normal funktionieren zu können.“ (Z. 432-433). In den Gesprächen wird deutlich, dass Substitution vor allem aufgrund der finanziellen Entlastung stabilisiert.

Zugleich werden in den Gesprächen verschiedene Anforderungen an die Aufnahme und Fortführung einer OST benannt. Damit sich für oder gegen eine Substitution entschieden werden kann, braucht es zuerst Wissen über die Behandlungsmöglichkeit. Der Großteil unserer Gesprächspartner*innen wurde von Mitarbeiter*innen der offenen Drogenhilfe angesprochen, darauf hingewiesen und in diesem Prozess begleitet. Jakub hat von der Möglichkeit von einem Bekannten erfahren. Zweitens braucht es Zeit, um eine OST zu organisieren. Matei erzählt, dass er selbst zur Clearingstelle gegangen ist und nun neben dem täglichen Weg zur Substitutionspraxis auch alle drei Monate zur Clearingstelle für die Fortsetzung der Kostenübernahme müsse. Auch Oleg berichtet, dass er sich überwinden musste:

„Es war ehrlich gesagt schwer, denn um dorthin zu gelangen, braucht man Zeit, weil es viele Menschen gibt, die Hilfe suchen. Und die Abhängigkeit von Drogen ist doch ein großes Problem. Und ich habe es nicht auf Anhieb geschafft, dorthin zu kommen. Aber ich habe mich überwunden, bin hingegangen.“ (Oleg, Z. 46-50)

Schließlich sollte sich ein subjektiver Nutzen schnell einstellen. Ahmad berichtet, dass er nach kurzer Zeit nicht mehr in die Arztpraxis gegangen ist, weil er zu wenig bekommen habe, so dass er abends sich wieder Heroin auf dem Schwarzmarkt gekauft hat. Die Aussagen unserer Gesprächspartner*innen zeigen deutlich, dass sie Aufwand und Nutzen der OST im Kontext ihres Alltags abwägen.

Auch die zeitlich begrenzten Vergaben des Substituts in Apotheken oder Arztpraxen sowie weitere Termine bei der Clearingstelle werden als alltägliche Herausforderung betont und bedingen nicht selten Beikonsum. Matei berichtet, dass er an einem Samstag auf dem Weg zur Apotheke seinen Substitutionsausweis vergaß und kein Substitut bekam. Er musste sich dann mit illegal verkauften Opiaten versorgen. Hier wird nicht nur die Anforderung einer guten Organisation, sondern auch die Varianz der Gründe, die zu einem Beikonsum führen können, deutlich.

Mykola hebt bezüglich der organisatorischen Anforderungen einer Substitution hervor, dass ihm dafür ein sicherer Rückzugsort fehle:

„Ich habe ja nicht gesagt, ich will nicht. Aber so wie ich bin jetzt geht nicht [...] Ich bin auf der Straße. Wie kann ich machen Substitution? Geht nicht, wenn ich bleibe hier. Das war die Stunde. Ich habe immer Kontakt mit diesen Leuten.“ (Mykola, Z. 380-385)

Zudem erschweren die Faktoren der begrenzten Substitutionsplätze, die Erreichbarkeit der Praxen, Stigmatisierung sowie unterschiedliche sprachliche Möglichkeiten die Erreichbarkeit der Substitutionsbehandlung. Zumeist übernehmen die Mitarbeitenden der niedrigschwelligen Anlaufstellen der Drogenhilfe die Vermittlung:

„Und ja, und nach zwei-drei Tage habe ich Anruf gekriegt. Oder J. hatte mir gesagt, eine andere habe ich eine gute Info für dich. Wir haben die/ die Clearingstelle hatte dich genommen hatte, die hatte schon die Arztpraxis gefunden. Nach zwei Tagen ich bin da gegangen. War schnell. Gott sei Dank war schnell.“ (Tomasz, Z. 205-209)

Die Mitarbeiter*innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe versuchten auch für Darab einen Platz in einer Substitutionspraxis zu bekommen. Darab wurde mehrfach aufgrund verschiedener Vorbehalte abgelehnt. Seine als zu gering eingeschätzten Deutschkenntnisse (ein Interview auf Deutsch war mit ihm möglich), seine weiteren körperlichen Beschwerden und sein Erscheinungsbild, aber auch der hohe Aufwand der Abrechnung mit der Clearingstelle wurden als Gründe für eine Ablehnung angegeben. So konnte auch nach drei Monaten noch keine ärztliche Anbindung erfolgen.

Auch Anforderungen an die Verständigung wurden in unseren Gesprächen deutlich, sowohl bezogen auf bürokratische Aspekte der Antragstellung als auch auf sprachlicher, inhaltlicher und zwischenmenschlicher Ebene im Kontakt mit den Ärzt*innen und der Clearingstelle. Insgesamt wird hervorgehoben, wenn Gespräche auf den jeweiligen Muttersprachen geführt werden können. So erzählt Jakub:

„Ich ging zu L. Ich habe darum gebeten, dass man mir die Papiere zum Ausfüllen schickt, und L. hat diese Papiere für mich ausgefüllt. Ich bin zur Clearingstelle gegangen, musste aber eine

Woche warten, weil es keinen Dolmetscher gab. Die Dolmetscherin ist auch Polin. Also habe ich diese Woche gewartet. Ich bin hingefahren und habe die Papiere eingereicht.“ (Jakub, Z. 46-50)

Auch in der Behandlung zeigen sich weitere Anforderungen. Die Bedeutung des Zuhörens und Gehört-Werdens in der Substitutionsbehandlung hebt Matei hervor:

“But she want to help me, and we speak about this problem, but this is very important. When I'm coming everyday they asked me how I am. Good. Not good. And it's not so like automat. You come took took. Bam. No.“ (Matei, Pos. 449-452)

Tomasz erzählt, dass er bei einer vergangenen OST zunehmend andere Substanzen konsumiert hätte und schließlich auch aus Scham für den Beikonsum nicht mehr zur Arztpraxis gegangen sei. Matei berichtet in unserem zweiten Gespräch drei Monate nach dem ersten, dass er nach drei Wochen nicht mehr zur Praxis gegangen sei. Er hat weiterhin konsumiert und wollte sich weder rechtfertigen noch lügen. Er sagt, dass er es in seiner aktuellen Lebenssituation nicht schaffe, beikonsumfrei den Alltag zu bestreiten. Ahmad erzählt, dass er zu wenig Substitut von seinem Arzt bekommen habe und Anna habe bei der ersten Substitutionstherapie so viel erhalten, dass sie kaum ihren Alltag bewältigen konnte.

Jenseits dieser Anforderungen wollen einige bewusst keine Substitutionsbehandlung. Karol wollte sich substituieren lassen, entschied sich dann aber aufgrund der Erfahrungen anderer dagegen:

K: „Ich sage dir, jeder einzelne von ihnen, ganz ehrlich, jeder einzelne von ihnen sagt, dass sie sich damit noch mehr in die Scheiße geritten haben als mit Heroin.“ M: „Inwiefern?“ K: „In dem Sinne, dass man, wenn man diese Medikamente einmal nimmt, für den Rest seines Lebens davon abhängig ist. Man muss sie dann weiter nehmen. Zum Beispiel, wenn man aufhört, Heroin zu nehmen, hat man zwei Wochen lang Entzugserscheinungen. Bei diesen Medikamenten sind es drei Monate. Es ist also noch schlimmer, damit aufzuhören, als mit Heroin aufzuhören.“ (Karol, Z. 229-237)

Hier wird deutlich, dass Karol die Entscheidung nicht unüberlegt, sondern durchdacht traf. Er erzählt weiter, dass sein Ziel sei, von den Substanzen wegzukommen. Zugleich überlegt er aufgrund seiner Lebenssituation eventuell nach Polen zurückzugehen und weiß, dass er dort nur unter großem Aufwand weiter substituiert werden kann. Auch Andrius argumentiert gegen die Substitution mit seiner Arbeit: “I know for if I have work, I can stop any shit, I can stop drink, I can stop make drugs” (Z. 633-634). Und Mykola erzählt, dass er bei vielen Bekannten, die in Substitution sind, einen Anstieg des Kokain-Konsums mitbekam und diese Entwicklung bei sich selbst nicht möchte:

„Und weißt du, was hier passiert? Ich kenne viele Leute, kennengelernt hier. Gehen Doktor/ Arzt. Hier gibt's Arzt hat Heroin, hat gelassen Heroin, aber nehmen mehr Kokain [...] Und dieses Kokain ist richtig, richtig mehr schlimmer als Heroin.“ (Mykola, Z. 392-396)

Einige heben die Freiheit hervor, die sie bezogen auf die Alltagsgestaltung durch die OST erlangt haben. Andere wiederum befürchten eine langfristige Bindung durch die OST an die Substanz, die ihre Freiheit und Spontanität einschränkt. Schließlich gibt es jene, die sich aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation nicht in der Lage fühlen

eine OST zu beginnen oder andere, die wiederum aufgrund ihrer Lebenssituation nicht in Arztpraxen aufgenommen werden. Entsprechend subjektiver Abwägungsprozesse werden jene Angebote im Hilfesystem genutzt, die Autonomie subjektiv erhöhen und jene abgelehnt, die als einschränkend wahrgenommen werden.

4.3 Blockierungen und Barrieren der Veränderung

In diesem Kapitel geht es um Barrieren, die Veränderungsprozesse blockieren oder hemmen. Unsere Gesprächspartner*innen versuchten bereits in verschiedensten Situationen mit viel Anstrengungen, eine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu erreichen. Dabei stießen sie auf Barrieren, die eben diese Veränderungen blockierten oder auch verunmöglichten. Oft geht es dabei um Machtgefüge in Arbeitskontexten oder um bürokratische und staatliche Regularien. Dagegen anzugehen und für die eigenen Rechte einzustehen, beschreiben wir als ‚Kampf gegen Windmühlen‘, um die Anstrengung sowie die gefühlte Aussichtslosigkeit metaphorisch zu fassen. Sowohl in diesen Kämpfen als auch in ihren alltäglichen Bemühungen um Stabilität unter destabilisierenden Bedingungen (vgl. Kap. 4.2) erleben unsere Gesprächspartner*innen zudem Abwertung und Stigmatisierung (vgl. Kap. 4.3.2). Die Scham für ihre Lebenssituation verstärkt sich durch zugeschriebene Selbstverschuldungen, welche wiederum die Inanspruchnahme von Hilfe hemmen kann. So intensivieren sich möglicherweise Gefühle der Kraft- und Hoffnungslosigkeit im Hinblick auf Verbesserungen der eigenen Situation (vgl. Kap. 4.3.3).

4.3.1 Der Kampf gegen Windmühlen

In allen Gesprächen zeigen sich Konflikte mit übergeordneten Instanzen, vor allem bezogen auf Lohnarbeit und bürokratische, staatliche Regularien. Im Kontext von Migrationsbewegungen kreisen diese um sozialrechtliche Ansprüche, (un)angemeldete Lohnarbeit und eingeschränkte Mobilität im Asylverfahren.

Anna, Tomasz und Mykola erzählen von unklaren Ansprüchen auf sozialrechtliche Hilfeleistungen. Sie setzten sich mit vielseitigen Bemühungen für ihre Rechte ein, beispielhaft dafür stellen wir Mykolas Geschichte vor.

Mykola ist in der Ukraine geboren und lebte seit seinem siebten Lebensjahr mit seiner Mutter in einem Land der EU, wo er mit einer ‚Europakarte‘ über einen regulären Aufenthaltstitel verfügte. Im Jahr 2020 kam er wegen eines Arbeitsangebots nach Deutschland. Er arbeitete in einem Restaurant und sagt „ich habe gemacht meine Papiere. Alles richtig.“ (Z. 63-64). Es stellte sich jedoch heraus, dass er aufgrund seines ukrainischen Passes ein Arbeitsvisum mit einem Ausbildungsnachweis braucht. Er erzählt, dass er dagegen anging:

„Ich habe versucht richtig wehren. Ich gehe Prüfungsstelle hier. Keine, keine Sozial. Nichts. Nichts. Nichts. Darf ich nicht heimgehen. Nichts. Gar nichts. Das ist Katastrophe.“ (Mykola, Z. 76-79).

Sein damaliger Chef unterstützte ihn mit einem Anwalt, aber „keine Chance. Wir haben alles versucht. Alles. Hat Arbeitsvisa nicht gegeben bei uns“ (Mykola, Z. 497-480). Mykola fand dann unangemeldete Arbeit in der Gastronomie ohne Krankenversicherung. Er konsumierte ab und zu neben seiner Lohnarbeit Heroin, konnte damit den Anforderungen aber weiterhin gut nachgehen. Mit dem Konsum

von Crack begann er in Folge eines Streits mit seiner Freundin und beschreibt ihn „[w]ie ein Teufel“ (Mykola, Z. 104). Mit steigendem Konsum verlor er seine Arbeit und seine daran gebundene Wohnung. Als er später in Haft war, versuchte er erneut, seine Ansprüche zu klären:

„Ich habe versucht, da. Ich habe die Sozialarbeit. Da gibt es eine Gruppe FH-Träger. Alle hat mir gesagt, komisch, deine Papiere richtig wär. Das war's.“ (Mykola, Z. 150-152)

Mykola bat um eine stabilisierende Anbindung nach seinem Haftaufenthalt, damit er seine Ansprüche sowie die Verlängerung der ‚Europakarte‘ regeln könne. Seine Bemühungen blieben aber erfolglos, weil sein, als undokumentiert geltender Aufenthalt in Deutschland, den Zugang zur Wohnungslosenhilfe verunmöglicht.

Mykola kämpft nicht nur in verschiedenen Lebenssituationen für seine Rechte, sondern holt sich dabei auch an verschiedenen Stellen Unterstützung und formuliert, was er braucht. Während er eine lange Zeit noch kämpfen konnte, äußert er im ersten Interview Kraftlosigkeit aufgrund seiner aktuellen Lebenssituation. Er resümiert: „Ich sag dir. Ich bin am falschen Platz und ich kann nicht weg.“ (Mykola, Z. 264).

Die Unklarheit von Ansprüchen zeigt sich auch bei Anna und Tomasz, die sich seit ca. zehn und acht Jahren in Berlin aufhalten. Beide müssen als EU-Bürger*innen als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch nachweisen, dass sie mehr als fünf Jahre in Berlin sind oder angemeldet gearbeitet haben. Anna arbeitete unangemeldet als Sexarbeiterin. Um ihre Aufenthaltsdauer beweisen zu können, organisierte sie von verschiedenen sozialen Einrichtungen Nachweise, die bestätigen, dass sie diese schon seit Jahren nutzt. Aber auch diese Bemühungen endeten erfolglos beim Jobcenter: „Einfach alles nichts, was ich gibt. Alles nichts interessant. Einfach Nein.“ (Anna, Z. 840).

Das Zurechtfinden in bürokratischer Komplexität, der Verlust von Ausweisdokumenten, fehlende Meldeadressen sowie unangemeldete Lohnarbeit können einen Veränderungsprozess maßgeblich erschweren oder dauerhaft blockieren.

Bei Matei, Karol und Oleg war ein Arbeitsverhältnis die Grundlage für ihren legalen Aufenthalt in Berlin, bei allen drei war der Wohnraum an die Arbeitsstelle gebunden. Sie geraten wegen einer Nichtanmeldung bzw. Problemen bei der Anmeldung ihrer Lohnarbeit mit ihren Arbeitgebern in Konflikt. Oleg ist seit November 2023 in Berlin und war bereits in Lettland in einem Substitutionsprogramm. Von einem Freund, der bereits in Deutschland war, hörte er: „hier ist alles gut“ (Z. 27). Er bereitete sich auf die Reise nach Deutschland gut vor: Er ließ seine Arbeitszeugnisse übersetzen, organisierte eine Methadon-Mitnahme sowie eine Substitutionsbestätigung, informierte sich über das Krankenversicherungssystem und schloß eine Notfallkrankenversicherung ab. Er fand eine Arbeit in Berlin, erzählt aber, dass sein Chef ihn nicht anmelden wollte:

„Und schließlich ging mir das Methadon aus, das ich dabei hatte. Das Geld, das ich hatte, das ich verdient hatte, war zwar da. Aber letztendlich musste ich es einfach dafür ausgeben, herumzulaufen und irgendwo einen Ort zu suchen, an dem ich einfach als Drogenabhängiger leben konnte. Und die Möglichkeit, eine offizielle Vereinbarung mit dem Chef zu treffen: er hatte überhaupt keine Lust. Deshalb habe ich mich mit ihm gestritten, weil ich ihm erklärt habe, dass ich das brauche, genau die Versicherung. Ich bin sogar bereit, die Steuer aus eigener Tasche zu bezahlen, gib mir nur eine Karte, dass ich offiziell arbeite, denn ich brauche sie, um zur Praxis zu gehen. Denn ich wollte ihm natürlich nichts davon erzählen, aber letztendlich musste ich ihm erklären, dass ich sie dringend brauche, aber er war nicht bereit, das zu tun [...] Und so kam es, dass ich auf der Straße gelandet bin und jetzt schlafe.“ (Oleg, Z. 91-102).

Oleg war sich bewusst, dass er ohne Methadon seine Arbeit nicht weiterführen kann. Die dafür notwendige Krankenversicherung wurde ihm aber verwehrt. Zugleich wusste Oleg auch, dass er seinen Konsum mit seinem Arbeitgeber nicht besprechen kann, weil er stigmatisierende Reaktionen befürchtete.

In Karols Geschichte zeigt sich ein genau gegenteiliger Umgang mit Anstellungsverhältnissen. Karol kommt aus Polen und fand in Berlin eine Arbeit, über die er auch Wohnraum erhielt. An einem Wochenende wurden ihm seine Ausweisdokumente gestohlen. Als sein Chef davon erfuhr, kündigte er Karol, der daraufhin das Gespräch suchte:

„Ich habe ihm gesagt, er solle warten, ich würde die Papiere in der Botschaft besorgen, aber er meinte, das ginge nicht, weil es nicht mehr die Zeiten seien, in denen man so etwas schwarz machen könne. Und dann hat er mich einfach wie einen Hund aus der Wohnung geworfen [...] Und so landete ich auf der Straße.“ (Karol, Z. 30-36)

Die Beschreibung „wie ein Hund“ verdeutlicht neben der Entmenschlichung auch das Hierarchiegefüge, in dem sich Karol befindet. Ihm wird die Chance für eine Lösungssuche genommen. Gleichzeitig fehlte ihm das Geld, um einen neuen Pass beantragen zu können. In Karols Erzählungen zu seiner aktuellen Lebenssituation wird sein Frust über das Scheitern deutlich:

„Ich sage, dass ich wieder arbeiten gehen will, dass ich keine Lust mehr habe, denn was ist das für ein Leben auf der Straße, wo ich auf einer Parkbank schlafe, Mann. Was soll das denn? [...] Ich hatte verschiedene Höhen und Tiefen, aber ich habe mich immer wieder aufgerappelt. Und jetzt bin ich in dieser Scheißsituation. Und das alles, ohne Scheiß, wegen dieser Dokumente.“ (Karol, Z. 189-195)

Während Oleg und Karol EU-Bürger sind, zeigt sich bei Darab und Ahmad das Zusammenspiel von Asylverfahrens und Wohnort. Darab ist im Iran geboren und in Afghanistan aufgewachsen. Als seine Eltern starben, floh er nach Deutschland, wo er ca. 2017 eine Duldung erhielt. Er bekam in Brandenburg einen Platz in einer sehr abgelegenen Unterkunft zugeteilt: „Und nur ein Heim. Ganz Wald. Keine Stadt keine Market keine alles.“ (Darab, Z. 171-172). Darab erzählt, dass er nach seinem Ankommen Deutschkurse machte und sich Arbeit suchte:

„Ja, ich sechs Monate A1 lernen und dann ich Prüfung gemacht. A1, A2, B1. Ich schaffen A2. Ich Papier bei mir A2 haben. Und dann ich Gabelstapler genommen. [...] Und ich gearbeitet Lager und Bäckerei in K-Ort, große Firma, alle Market und alle Maschinen. Ich gearbeitet. Fast Food Kette F-Straße gearbeitet.“ (Darab, Z. 139-143)

Er arbeitete sieben Monate in einer Firma und dann in einer Bäckerei. Er fand heraus, dass es im Laufe seiner Anstellungen Lücken bei der Krankenkassen-Anmeldung gab. Er fand dann einen Job in Berlin im Drei-Schicht-System an und erzählt von dem zeitlichen und monetären Aufwand, zwischen Berlin und dem Dorf in Brandenburg zu pendeln. Deswegen setzte er sich für einen Transfer seiner aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten nach Berlin ein:

„Ich gegangen bei Chef von Heim gesprochen, bitte mir Transfer machen. Ich Fast Food Kette F-Straße arbeiten. Drei Schichten. Ich schaffe nicht. Sagt, du musst sechs Monate arbeiten und dann kann ich dir Transfer machen. Ich sage Hallo, ich bei Firma K auch gearbeitet und jetzt auch zwei Monate hier gearbeitet. Sechs Monate, bitte mir Transfer. 'Nein, du musst eine Platz, sechs Monate.' [Mit Nachdruck gesagt] Keiner helfen mir und dann ich Kündigung gemacht. Nicht gearbeitet.“ (Darab, Z. 183-188)

Der lange Fahrtweg führte schließlich dazu, dass er seine Arbeitsstelle kündigte. Darab sagt, dass er anfangs in Deutschland nicht konsumierte und viel Sport gemacht habe: „Ich 80 Kilo, ich 83 Kilo Muskeln“ (Z. 206). Bekannte von ihm im Heim boten ihm Heroin an:

„Meine Heim im Wald. Keine Spaß, keine Andere. Ich ein Mal gemacht, zwei Mal gesehen und Scheiße. Und jetzt brauche Entzug und brauche Hilfe.“ (Darab, Z. 207-209).

Darab hält sich nun seit einigen Jahren undokumentiert in Berlin auf, obwohl er in Brandenburg einen Aufenthaltstitel hat und dort auch Leistungen beziehen könnte. Bei Darabs Erzählungen wird deutlich wie Asylverfahren, schlecht angebundene Wohnheime und ein verweigerter Transfer neben der Arbeit auch medizinische und sozialrechtlichen Hilfen sowie soziale Teilhabe und somit auch Veränderungsmöglichkeiten erschweren und blockieren können. Auch Ahmad ist von einem Dorf in Sachsen, das ihm vermutlich als Wohnort im Asylverfahren zugeteilt wurde, nach Berlin gekommen.

Beim Vergleich der Erzählungen wird deutlich, dass es bei unseren Gesprächspartner*innen um den Erhalt sowie die Ermöglichung von Arbeit geht, was ihren Willen nach Selbsttätigkeit und Selbstständigkeit unterstreicht. Dabei stoßen sie auf Barrieren und unternehmen verschiedene Schritte, um ihre Lebenssituation zu verbessern: Sie treffen organisatorische Vorkehrungen, lernen Deutsch, nehmen weite Arbeitswege auf sich, bieten aktiv Lösungs- und Kompromissvorschläge an, suchen nach Unterstützung und nehmen anwaltliche und sozialarbeiterische Hilfen an, um für ihre Rechte einzustehen. Sie bleiben dran und scheitern trotzdem im und auch am Kampf gegen die Windmühlen in Form von kompromisslosen Arbeitgeber*innen oder bürokratischen Hürden. Zugleich zeigen sich in den hier fokussiert dargestellten Beispielen, dass Drogenkonsum unterschiedlich mit Migration verknüpft ist. Oleg hat schon vor seiner Annahme der Arbeitsstelle und der Reise nach Deutschland konsumiert. Mykola hat lange gar nicht oder nur wenig konsumiert und beginnt erst wieder, als sich seine aufenthaltsrechtliche Situation verschlechtert und Darab beginnt erst in Deutschland mit dem Konsum.

Neben diesen Geschichten zeigen sich in anderen Gesprächen Barrieren, die eine Veränderung der Situation in Berlin auf eine langfristige Sicht verunmöglichen. Noch ausstehende Haftstrafen oder aufenthaltsrechtliche Bestimmungen erschweren Veränderungsbestrebungen erheblich. Dies zeigt sich zum Beispiel bei Alex, der mit seinem lettischen Reisedokument für sogenannte Nicht-Bürger*innen („Alien´s Passport“) keinerlei Rechte auf Unterstützung und keine Aussicht auf eine Arbeitserlaubnis hat. Oder auch bei Suvad und Janko, die, obwohl sie als Kinder im Zusammenhang mit den Kriegen im Balkan Anfang der 1990er Jahre nach Deutschland kamen, über keine deutsche Staatsbürgerschaft verfügen, weil sie in jüngeren Jahren strafrechtlich auffällig wurden. Suvad ist aufgrund von Straffälligkeit ausreisepflichtig, obwohl seine ganze Familie in Berlin wohnt. Er sagt, dass er unbedingt in Berlin bleiben möchte, „weil alle meine Familie sind hier und ich kenne meine Heimat nicht“ (Suvad, Z. 67-68).

4.3.2 Stigmatisierung und Scham als Hemmnisse

In den Interviews wird bei vielen Gesprächspartner*innen deutlich, dass sie sich über abwertende Diskurse über Menschen, die keinen festen Wohnsitz haben, illegalisierte Substanzen konsumieren und über keine deutsche Staatsbürgerschaft verfügen, bewusst sind. Manche erzählen von offensichtlichen Stigmatisierungserfahrungen, die sie in institutionalisierten Kontexten sowie im öffentlichen Raum erleben mussten. Dabei nennen sie Erlebnisse im Krankenhaus, in Ämtern sowie in Wohnunterkünften für Asylbewerber*innen. Stigmatisierungserfahrungen stehen im engen Zusammenhang mit dem Gefühl der Scham und erschweren Veränderungsprozesse dahingehend, als dass aufgrund dieser Erfahrungen keine Unterstützung mehr in Anspruch genommen wird, bzw. es noch mehr Überwindung kostet, nach Hilfe zu fragen.

Mykola erzählt, dass er wegen eines gebrochenen Fußes im Krankenhaus war, dort aber ohne Behandlung um fünf Uhr morgens entlassen wurde:

„wie ein Hund. Wie ein Hund. Ich war affig, weil mir gesagt, kann ich dir nicht helfen. Hast du keine Papiere oder Polamidon oder so, dann kannst du nicht bleiben hier.“ (Mykola, Z. 360-362).

Ihm wurde mit dem Sicherheitsdienst gedroht, wenn er nicht freiwillig gehe. Auch Darab erzählt, dass er seine verletzten Hände und Füße im Krankenhaus behandeln lassen wollte:

„Nur B-Krankenhaus einen Tag mir bleiben, kaputte, kaputte. Nur eine Nacht bleiben, normalerweise monatlich mindestens da bleiben. Aber ich bin obdachlos, keine Leute helfen.“ (Darab, Z. 407-409)

Mykola und Darab wissen, dass sie aufgrund ihrer Lebenssituation schlechter behandelt wurden und keine Chance auf eine medizinisch angemessene Behandlung hatten. Neben den Erfahrungen im Krankenhaus erzählen Darab und Anna Stigmatisierungs- und Rassismuserfahrungen in institutionellen

Wohnunterkünften und dem Jobcenter. Darab sagt im Kontext seines Nicht-Transfers nach Berlin, dass er Probleme in seiner Unterkunft hatte:

„Chef in Heim mehr Probleme Rassiste. Und bestes Heim hat zugemacht und schlechtes Heim im Wald offen bleiben.“ (Darab, Z. 195-196)

Anna, die seit über zwanzig Jahren durchgängig als Sexarbeiterin tätig ist, erzählt von dem Termin zur Beantragung ihres Bürgergelds:

„Guck mal persönlich Termin sagt für mich die Frau. So und auch so arrogant. Oh mein Gott, wie ich bin eine Dreck auf dem Boden. Sagt für mich so. Und hat sie nicht gedacht. 15 Jahre lang. sie sucht eine Arbeit. Ich sag: Schuldigung, bitte. Erste Mal. Ich hatte ganze Zeit Arbeit, aber leider schwarz. Aber 1000 Leute hatte das gesehen.“ (Anna, Z. 819-823)

Unsere Gesprächspartner*innen bemühen sich um ihr Recht auf soziale und medizinische Unterstützung. In diesen Situationen Stigmatisierung zu erfahren ist nicht nur eine Verletzung der Menschenwürde, sondern kann dazu führen, dass diese Hilfen aus Selbstschutz nicht mehr in Anspruch genommen werden und somit Prozesse der Veränderung der Lebenssituationen blockieren.

Janko, Ahmad und Eva erzählen von verschiedenen Abwertungserfahrungen und auch Rassismuserfahrungen im öffentlichen Raum, so wurde bspw. der Schlafsack einer Freundin von Eva zwei Mal angezündet und Ahmad wurde bereits als „scheiß Ausländer“ (Ahmad, Z. 200) beleidigt. In ihren Erzählungen zeigt sich, wie die Erfahrungen von Gewalt und Stigmatisierung Veränderungsprozesse blockieren können, indem z. B. im Kontext ihrer alltäglichen Bemühungen die fehlende Krankenversicherung in den Hintergrund rückt:

„Das Schlimme ist, dass ich meine, okay so das mit den Krankenkassen. Aber das Schlimme ist, die Leute viele sind so aggressiv uns gegenüber [...] Ich sage, zum Beispiel in der S-Bahn, wenn ich Geld mache oder so, dann meinst du, was ich mir da manchmal anhören muss. Ja, "Scheiße, Junkie.“ (Eva, Z. 645-649)

Die Erfahrungen der Abwertung äußern sich auch im Gefühl der Scham. Neben dem Bewusstsein, sozialen Wert- und Normvorstellungen nicht zu entsprechen, führt die prekäre Lebenssituation dazu, dass einige ihren eigenen Erwartungen an sich nicht mehr entsprechen können. So beschreibt Karol, der gerade seinen Schlafort auf einer Parkbank hat, dass diese Lebensform gegen sein Selbstbild geht:

„Zumal das nicht mein Stil ist, obwohl ich Drogen nehme, habe ich mich immer normal verhalten. Ich habe mich zumindest bemüht.“ (Karol, Z. 191-193).

Auffallend ist das unterschiedliche Erleben der Scham in Bezug auf das Geld-Machen und Geld-Bekommen. Während Tomasz lange keine Leistungen beim Jobcenter beantragte, weil er dachte: „Nein, ich brauche gar nichts, weißt du. Wissen sie, ich kann selber gehen, zum Klauen oder Geld besorgen.“ (Tomasz, Z. 390-391), erzählen Alex und Karol, dass sie sich besonders beim Geld-Machen schämen. Karol erzählt von der Überwindung in der S-Bahn nach Geld zu fragen und sagt:

„Ich trinke ein Bier. Für den Mut. [...] Und jetzt versuch mal, einen Menschen davon zu überzeugen, seine Brieftasche herauszuholen und dir Geld zu geben [...] Sie beobachten deine Reaktion, deine Mimik, deine Gestik. Wie du aussiehst, alles.“ (Karol, Z. 130-138)

Matei beschreibt ein sich Fremd-Werden durch die Veränderungen in seiner Lebenssituation. Dabei betont er, dass er so nicht auf alte Freunde oder seine Familie treffen will:

“Every day I ask God, don't meet me with my family or with my old friends from my country, because they will close me in the Psychiatrie. Because when they will see me, they will say that something not good. It's not this man, okay? It's like him, but it's not him.“ (Matei, Z. 294-297).

Auch in anderen Gesprächen fällt auf, dass der Kontakt zur Familie nur sporadisch aufrechterhalten wird. Insbesondere die Mütter werden hier als diejenigen thematisiert, die sich sorgen und die man nicht enttäuschen mag. Andrius sagt: “I don't want to make for she pain heart for me.“ (Z.162-163). Er erzählt, dass ihn seine Mutter darum bat, ihr Geld nach Litauen zu schicken. Um seiner Mutter keine Sorgen zu bereiten, leiht er sich von einem Freund Geld und ein Auto und schickt ihr ein Video, um zu zeigen: „I not have problem, I am okay“ (Andrius, Z. 159). Dabei wird auch die familiäre Verantwortung deutlich, die Andrius erfüllen möchte.

Auch Mykola erzählt, dass er während seiner Zeit in Haft regelmäßig Kontakt mit seiner Mutter hatte. Seit er entlassen wurde, habe er aber nicht mehr mit ihr telefoniert. Eva meldete sich seit ihrem Krankenhausaufenthalt nicht mehr bei ihrer Tochter: „Weil ich mich ein bisschen viel geschämt habe, dass ich diesen Neuanfang, den ich ihr versprochen habe, nicht geschafft habe.“ (Eva, Z. 632-633)

Die erlebten Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen können das Gefühl der Scham und des Scheiterns intensivieren. Besonders zeigt sich dies im Kontext familiärer Beziehungen. Das Gefühl, die eigenen sowie die Erwartungen anderer nicht erfüllen zu können, kann die Inanspruchnahme (familiärer) Unterstützung sowie der Unterstützung im Hilfesystem (vgl. Kap. 4.2.5.) zusätzlich hemmen.

4.3.3 Verharren in Kraft- und Hoffnungslosigkeit

Destabilisierende Bedingungen (vgl. Kap. 4.2), gescheiterte Versuche im Kampf gegen Windmühlen, Stigmatisierungs- und Abwertungserfahrungen sowie Scham gegenüber eigenen oder fremden Erwartungen können Prozesse der Demotivierung und Hoffnungslosigkeit verstärken. Zugleich erfordert die Bewältigung des Alltags Kraft und gibt nicht die Zeit, über Veränderungen nachzudenken und neuen Mut zu gewinnen. Hinzu kommen Ängste, an den neuen Versuchen zu scheitern oder das Nicht-Wissen, wo man anfangen soll.

In den Gesprächen zeigt sich besonders bei den Menschen, die aktuell nicht in einer OST sind, dass durch die alltäglichen Bemühungen (vgl. Kap. 4.2) Zeit fehlt, sich über Veränderungen Gedanken zu machen. Eva beschreibt dieses Hin und Her in ihrem Kopf zwischen Veränderungsmotivation und Alltagsorganisation:

„Was brauch ich dafür? Zeit habe ich normalerweise. Ja, weil das ist einfach nur meine / ist nur eine Kopfsache. Wenn ich losziehe, Geld mache, konsumiere, ja, dann habe ich vier, locker fünf Stunden Zeit, um alles zu machen, was ich machen möchte und einen Ausweis zu beantragen und eine Krankenkassenkarte dauert nicht länger wie eine Stunde. [...] So, aber mein Kopf sagt, ne, geh mal jetzt los, Geld machen, dann hast du was auf Tasche. Okay, so dann sagt aber mein Kopf: na komm, jetzt hast du 18 €, jetzt kannst du dir noch einen Drucker machen und dann gehst du los. So. Dann sagt mein Kopf wieder (...) das Gleiche.“ (Eva, Z. 473-483)

In Evas Formulierung wird das Ringen mit sich selbst und die hohe Ambivalenz deutlich, die das Bedürfnis nach dem Konsum von Heroin innewohnt. Auch Mykola beschreibt das Gefühl der Spaltung: „Ich bin nicht hier, aber mein Kopf ist in einer anderen Welt. Ich will finden wieder selber mich.“ (Z. 486-487) und Tomasz erzählt im Zusammenhang mit der möglichen Beantragung von Bürgergeld: „Und jetzt habe ich Ausweis. Und meine Frau mir immer sagen: „Mach das, mach das“. Aber ich habe irgendwie keinen Kopf dazu.“ (Z. 407-408). Auch Ahmad sagt: „Ich bin ganz müde im Kopf“ (Z. 556).

Im instabilen Alltag können unerwartete Faktoren auftreten, die Veränderungsprozesse zusätzlich erschweren. In unseren Gesprächen zeigt sich dies in Form von Gewalterfahrungen oder anstehenden Haftaufenthalten. Darab erzählt, wie er Termine bei der Krankenkasse hatte und dieser Schritt in Richtung Veränderung durch den erlebten Messerangriff verhindert wurde:

„B-Krankenkasse zugemacht. Und ich schaffe nicht hingehen und Ausweis nehmen. Und meine B-Krankenkasse noch mal bei mir Termin gemacht und ein Mann bei mir geschlagen, (unv.) sechs Tagen, sieben Tagen Krankenhaus. Stark krank und kaputt.“ (Darab, Z. 106-109)

Auch bei Mykola zeigt sich, dass neben der Kraftlosigkeit auch anstehende Haftaufenthalte zusätzlich die Veränderungsmotivation blockieren:

„Weißt du was? Ich weiß nicht, was ich will, was passiert ist. Ich habe keine Kraft mehr. Ich bin so müde. Ich bin so sauer auf mich selber wegen alles. Alles, was passiert jetzt ist Erste auf mich. Wo ich habe kein Interesse für gar nichts. Ich habe keine Kraft für gar nichts. Bei mir ist egal, was passiert. [...] Ich habe vergessen, wie ich lache. In diesem Moment einfach, ich bin hier. Ich lebe wegen, ich will leben. Warum weiter weiß ich keine Ahnung. Und jetzt, wo ich weiß, ich muss Knast gehen. Und wenn ich will, ich kann nicht weiterdenken, wenn ich weiß, ich muss Knast machen.“ (Mykola, Z. 559-568)

Neben den alltäglichen Anstrengungen führen auch die Verstrickungen in ihren Lebenssituationen dazu, dass manche unserer Gesprächspartner*innen nicht wissen, wo sie anfangen sollen, wie Tomasz sagt: „Aber jetzt, ich frage mich selbst wie, wie/ was kann ich jetzt machen?“ (Z. 378) und Karol weiß nicht, ob es besser ist, in Berlin zu bleiben oder zurück nach Polen zu gehen.

Neben dem Nicht-Wissen, wo man anfangen soll, formulieren Eva und Mykola Angst davor, an den Veränderungen zu scheitern. Eva erzählt von dem Gefühl nach ihrem Krankenhausaufenthalt:

„Aber der Tag aus dem Krankenhaus, ich weiß nicht, ich hatte, ich hatte richtig Angst. Ich wollte gehen. Ich habe mich nicht getraut, das Krankenhaus zu verlassen. Und eine halbe Stunde

später wusste ich, warum. Da habe ich schon wieder an der Nadel gehangen. (...) Das ist Scheiße, in Berlin / Berlin, macht jeden kaputt.“ (Eva, Z. 197-200)

Auch Mykola, obwohl er schon so viele Veränderungen eigenständig schaffte, beschreibt die Angst, an einer OST zu scheitern:

„Und wenn ich gehe Doktor und mache diese Therapie. Ich sage dir, ich will nicht lügen. Ich habe Angst. Ich weiß nicht, wenn ich schaffe hier in Berlin. Bei mir ist, glaube ich, besser zurück nach Hause.“ (Mykola, Z. 418-420)

Für Veränderungsmotivation und- prozesse braucht es psychische und physische Kraft, die aufgrund der alltäglichen Anstrengung eines Lebens ohne Wohnraum kaum aufzubringen ist. Zudem können die Angst vorm Scheitern und die Frage nach dem Anfang Veränderungen hemmen. Gleichzeitig zeigt sich in den Erzählungen, dass es immer wieder Momente gibt, in denen (sozialarbeiterische) Unterstützung in Form von Motivationsarbeit, Begleitungen und einem „Dran-Bleiben“ sowie ein Anbinden an Unterstützungssysteme Veränderungen fördern können.

4.4 In Bewegung sein: Prozesse der Veränderung

Trotz der Blockierungen und Barrieren der Veränderung zeigen sich in den Interviews auch Aspekte, die dokumentieren, dass unsere Gesprächspartner*innen fortwährend an der Verbesserung ihrer Lebenssituation arbeiten. Diese verweisen auf Veränderungsmotivation und die Bereitschaft, neue Wege zu erproben. Diese Prozesshaftigkeit stellen wir anhand von drei Themen dar: Zunächst heben die meisten unserer Interviewpartner*innen hervor, dass es in ihrer Verantwortung liege, Veränderung anzugehen. Diese Überzeugung ist in einer Vielzahl an neuer Wege begründet, die sie in ihrem Lebensweg bereits eingeschlagen haben. Im zweiten Teil stellen wir dar, dass ihnen zudem klar ist, dass sie für diese Prozesse der Veränderung Hilfe benötigen. Die Thematisierung von Hilfe in den Interviews kennzeichnet sich durch Dankbarkeit für die aus ihrer Sicht Veränderung ermöglichende Unterstützung, die sie in Berlin erhalten. In den ersten zwei Abschnitten zeigt sich also ein Verständnis geteilter Verantwortung: Selbsttätigkeit und Eigenverantwortung können vor allem dann realisiert werden, wenn sie durch ermöglichende Strukturen unterstützt werden. Im dritten Teil dieses Kapitels geben wir Einblick in Zukunftsvorstellungen, Wünsche und Vorhaben. Einige der langfristigen Wünsche orientieren sich an gesellschaftlichen Erwartungen an ein „normales Leben“. Unsere Gesprächspartner*innen wissen, dass diese Ziele nur in kleinen Schritten erreicht werden können. In den übersichtlichen Schritten dokumentiert sich auch das Wissen darüber, dass Veränderung nicht leicht ist.

In Bewegung sein ist in diesem Kapitel eine Metapher dafür, dass trotz der teilweise schwierigen und aussichtslosen Situationen, die durch Blockierungen gekennzeichnet sind, die Menschen versuchen innerhalb ihrer Möglichkeit ihre Lebenssituation zu gestalten und sich eben nicht blockieren zu lassen. Zugleich braucht Bewegung Räume und Wege, die wiederum ein Hilfesystem ermöglichen kann. Bewegung verweist aber auch auf die Flexibilität im Kopf, d.h. sich Alternativen vorstellen zu können, Hoffnung nicht zu verlieren und zugleich ein mit kleinen Schritten in Bewegung kommen und bleiben.

4.4.1 Das Wissen um die Notwendigkeit eigener Entscheidungen

In den Interviews zeigen sich an verschiedenen Stellen die Bedeutung von als autonom erlebten Entscheidungen und die damit einhergehende Überzeugung, dass man nur selbst etwas an seiner Situation ändern könne. Diese stellt sich in zwei Formen dar: In den eigenen vergangenen Entscheidungen und vollzogenen Veränderungen sowie in der Betonung, dass Veränderung insbesondere bezogen auf den Drogenkonsum von ihnen selbst ausgehen müsse.

Erstens sind die Migrationsbewegungen genauso wie die im Lebensverlauf vollzogenen Veränderungen des Drogenkonsums hervorzuheben, von denen die meisten unserer Gesprächspartner*innen erzählen. Menschen migrieren, weil sie sich an anderen Orten ein besseres Leben erhoffen. So sind es die Hoffnung auf

eine bessere medizinische Versorgung (Alex) oder schlechte Erfahrung im Heimatland (Jakub, Ahmad, Tomasz, Andrius) sowie die Flucht vor Kriegen (Darab, Suvad, Janko), die Menschen dazu veranlassen ihre Herkunftsländer zu verlassen. Das Aufwachsen in von Prekarität und Armut bestimmten Lebensverhältnissen fördert zudem die Motivation sich auf den Weg zu machen. So kam Ahmad mit der Aussicht auf ein besseres Leben und sagt: „Hier kein Hunger. Bei uns wird Hunger gemacht“ (Z. 459). Häufig hat aber auch Lohnarbeit die Menschen nach Berlin gebracht (Anna, Matei, Mykola, Oleg, Karol). So hat sich Mykola beispielsweise vor ungefähr sechs Jahren kurzerhand entschieden auf eine Zeitungsanzeige eines Restaurants zu reagieren und nach Deutschland zu reisen:

„Ein Typ hat mir geschrieben, hat mir ein Ticket geschickt. Und ich habe einfach meinen Rucksack genommen und spreche kein Deutsch, keine Ahnung, wo ich gehe. Und ich komme in Deutschland.“ (Mykola, Z. 41-43)

Neben solch mutigen Entscheidungen in einem unbekannten Land einen Neuanfang zu versuchen, erzählen uns alle Gesprächspartner*innen von Phasen, in denen sie weniger oder keine Drogen konsumiert haben. Drogenkonsum ist im Lebensverlauf immer einer Dynamik unterworfen und Menschen steigern und reduzieren die konsumierten Mengen entsprechend aktueller Bedarfe. Hier zeigt sich also ein biografisches Wissen, um die Gestaltbarkeit des eigenen Lebens.

Die Interviewpartner*innen heben auch bezogen auf ihre aktuelle Alltagsorganisation selbständig vollzogene Veränderungen hervor. Beispielsweise passen einige Konsummengen, Konsumformen sowie konsumierte Substanzen an aktuelle Anforderungen an. Ahmad reduzierte beispielsweise seinen Kokainkonsum, weil dieser paranoide Phasen förderte. Im zweiten Gespräch hebt Mykola hervor, dass er die konsumierte Mengen Heroin und Crack seit unserem letzten Gespräch um zwei Drittel reduziert habe oder Karol erzählt vom Wechsel der Konsumform:

„Jetzt rauche ich seit fünf Jahren. Ich spritze nicht mehr. Ich rauche nur noch. M: Hast du einfach so aufgehört? K: Ich meine, nach 18 Jahren hatte ich keine Wahl mehr und zwei Optionen: Entweder auf Rauchen umsteigen oder mir die Leiste öffnen. Ich wollte mir nicht die Leiste öffnen.“ (Karol, Z. 323-328)

Ähnliches findet sich auch bezogen auf die Form des ‚Geld-Machens‘ in den Interviews:

„Und so habe ich gestohlen, gestohlen, bis zum letzten Mal vor zwei Jahren. Wie ich schon gesagt habe, werde ich älter und halte mich seitdem davon fern. Als ich hierherkam, habe ich so gelebt.“ (Jakub, Z. 131-133)

Sowohl Karol als auch Jakub verweisen auf die Länge des Konsums und ihr Alter, beides habe Veränderungen nötig gemacht. Solche Aussagen, die die eigenen Entscheidungen hervorheben finden sich auch bezogen auf Orte und soziale Kontakte, die man meide (bspw. Suvad, Anna) oder persönliche Werte, die trotz der aktuellen Lebenssituation die Alltagsorganisation bestimmen. Hier werden beispielsweise das Bemühen um Hygiene (Karol, Jakub), Ehrlichkeit im Kontakt mit anderen (vgl. Karol, Mykola, Andrius) oder auch die Abgrenzung von Gewalt (bspw.

Janko, Darab) genannt. Auch andere Aktivitäten werden in den Interviews als Entscheidungen gerahmt. So heben Tomasz, Darab und Mykola auch hervor, dass sie Gelegenheiten genutzt haben, um Deutsch zu lernen. Und Darab, Tomasz, Suvad sowie Karol betonen, dass sie aktuell oder in der Vergangenheit Sport getrieben haben und Alex sagt, dass er ab und zu in den Zoo gehe.

Diese Hinweise in den Interviews können auch als Stigmamanagement gedeutet werden. Unsere Gesprächspartner*innen wissen um stigmatisierende Zuschreibungen (vgl. Kap. 4.3.2) und sind daher bemüht, sich in Abgrenzung zu diesen darzustellen. Zugleich verweisen diese Hervorhebungen auf ihr Bemühen, trotz ihrer einschränkenden Lebenssituation Handlungsfähigkeit zu erleben.

Zweitens fallen in einigen Interviews Formulierungen auf, die die eigene Verantwortung für die Situation, in der man sich befindet, betonen. Solche Aussagen finden sich bezogen auf die Vergangenheit, in denen sie herausstellen, dass sie nur weil sie etwas so oder anders getan haben, überhaupt noch am Leben sind. Anna erzählt, dass sie gelernt hat, ihr Geld einzuteilen und es nicht mit anderen zu teilen:

„Mein Kopf weiß das heute habe ich Geld. Vielleicht morgen, übermorgen keine. Das immer/ weißt du, deswegen ich war immer allein. Ich teile mein Geld, allein wie ich gedacht, und das gut passt und so. Wegen das ich lebe bis jetzt.“ (Anna, Z. 591-594)

Solche Aussagen beziehen sich auch auf die Zukunft, wenn sie hervorheben, dass es an ihnen liege, an der Situation, in der sie sich befinden, etwas zu ändern:

“When you want to leave drugs first of all, you must to want to, because, um, Clearingstelle all the Praxis what I existing from this country can help me can give to me. But if I don't want it myself it's for no. And it's another situation when you want. When you want okay you try. Okay. Maybe not from first time, but if you want you make, because all what we have what I have make in this life I was made with my hands where I was and where I am. I have made with my hands.“ (Matei, Z. 330-335)

„Nun, ich kann niemandem die Schuld geben. Es war mein Wunsch, meine Entscheidung. Und Versuchungen begegnen uns jeden Tag. Aber die Entscheidung treffen wir selbst.“ (Oleg, Z. 281-282)

Auch diese Aussagen sind vor dem Hintergrund stigmatisierender Diskurse zu deuten, die Individualisierung und Eigenverantwortung bezogen auf Substanzkonsum und die Gestaltbarkeit der eigenen Lebenssituation hervorheben. Zugleich gründen sie aber auch in den Erfahrungen der Menschen. Sie dokumentieren das Wissen, dass es ohne ihre eigene Motivation und Anstrengung keine Veränderung geben wird. Einige verwenden Metaphern, um ihre eigene Kraft und auch ihr Durchhaltevermögen zu unterstreichen:

„Soll ich etwa vor einem Laden liegen und sterben? So bin ich nicht. Ich bin eher ein Wolf, oder?“ (Karol, Z. 440-441)

„Aber trotzdem ich versuche ja. Und ich bin so ein Mensch. Wenn mir nicht lassen mit der Tür, ich werde mit dem Fenster kommen. [...] Weil hier geht es um Leben und Tod.“ (Tomasz, Z. 309-313)

Unsere Interviewpartner*innen sind Menschen, die vor dem Hintergrund von Migrationserfahrungen, teilweise langjährigen Drogenkonsum, verschiedensten Arbeitserfahrungen und Erfahrungen mit wenigen oder kaum ökonomischen sowie sozialen Ressourcen ihren Alltag gestalten und insofern wissen, dass sie zu Veränderungen ihrer Lebenssituation in der Lage sind.

4.4.2 Hilfesystem als motivierender Ermöglichungsraum

Selbst wenn die Interviewpartner*innen mehrheitlich die Bedeutung ihrer Entscheidungen insbesondere bezogen auf die Veränderung des Drogenkonsums betonen, unterstreichen sie zugleich, dass es hierfür ermöglichende Hilfeangebote braucht. Sie heben hervor, dass die Berliner niedrigschwellige Helfelandschaft es ihnen ermöglicht, grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen:

„Wenn es F-Träger nicht gäbe, wäre es für uns hier viel schlimmer. Das ist, sozusagen, die erste notwendige Hilfe für Obdachlose, und sie ist wirklich sehr, sehr notwendig.“ (Alex, Z. 138-140)

Zugleich werden diese Angebote als stigma-arme Räume erlebt, die ein Ausruhen von den alltäglichen Anstrengungen ermöglichen. Janko beschreibt:

„Weißt du, wenn die Leute "Penner", ah, "Junkie". Na ja, weißt du doch. Werden immer verurteilt, wie der Letzte. Und hier muss ich nicht der Letzte sein. Ich bin so, wie ich bin. Ich muss nicht Maske tragen. Und wenn ich draußen bin. Ich muss schon Maske haben.“ (Janko, Z. 556-559)

Darüber hinaus werden auch die Vermittlung zur Clearingstelle und in die Substitution als unterstützend hervorgehoben. Alex, Tomasz und Oleg würdigen die direkte Ansprache und konstante Begleitung der Mitarbeitenden der niedrigschwelligen Drogenhilfe, die sie motiviert hätten, sich auf Substitution einzulassen. Anna suchte sich nach der Unzufriedenheit mit ihrem ersten Substitutionsarzt und ein paar Jahren ohne Behandlung mit Hilfe der Sozialarbeiter*innen eine neue Arztpraxis. Und Tomasz weiß, welche Schritte er gehen muss, um wieder substituiert zu werden. Neben dem Substitut erhält Suvad Insulin in einer Arztpraxis. Die Kosten übernimmt die Clearingstelle. Er fasst zusammen: „Und wirklich, die helfen viel.“ (Suvad, Z. 93)

Aber auch andere Unterstützung wird als Entwicklung ermöglichend hervorgehoben, so erhält Alex zwei Mal in der Woche die Möglichkeit, 25 Euro mit dem Sammeln von Spritzen zu verdienen. Er betont die Befriedigung, die er durch diese Tätigkeit erhält:

„Ich habe endlich etwas geschafft. Der Tag war nicht umsonst und insgesamt sinnvoll, weil ich sozusagen für mich selbst gearbeitet habe. Ansonsten ist der Tag im Grunde genommen leer, weil es keine Arbeit gibt.“ (Alex, Z. 179-182)

Oleg fasst die Notwendigkeit des Zusammenspiels zwischen eigener Entscheidung und den Mut um Hilfe zu bitten im Kontext einer ermöglichenden Hilfestruktur folgendermaßen:

„Das Wichtigste ist natürlich, dass man selbst entscheidet, dass man Hilfe braucht. Sich bewusst zu machen, dass man es selbst nicht mehr schafft, und keine Angst zu haben und sich nicht zu

scheuen, hinzugehen, zu fragen und sich helfen zu lassen. Das ist das Innerste, was jemandem schwerfällt, zu überwinden und zu tun. Gott sei Dank ist das nicht mein Problem. Ich habe mich an Menschen gewandt und rate allen, sich an Menschen zu wenden, die offen dafür sind, ihnen aufrichtig zu helfen, ohne etwas dafür zu verlangen. Und das ist das Wichtigste, was ich gelernt habe, dass es in Deutschland diese Möglichkeit gibt. Das Wichtigste ist natürlich der Wunsch. Und hier sind die Menschen bereit, dir zu helfen, und ich rate allen, das zu tun. (...) Im Grunde hängt natürlich alles von uns selbst ab. Aber hier gibt es viele Möglichkeiten.“ (Oleg, Z. 324-334).

Aus den Erzählungen zu bisherigen Erfahrungen mit dem Hilfesystem kann geschlossen werden, dass sich die Befragten Sozialarbeitende wünschen, die sie proaktiv ansprechen und sie auf Optionen zur Verbesserung ihrer Lebenssituation hinweisen und auf ihren Wegen durch das Hilfesystem begleiten. Ahmad hebt das kritische Feedback zum eigenen Konsum eines Mitarbeiters hervor. Auch die Möglichkeit wieder in den Hilfeprozess einzusteigen, wird sich gewünscht. Beispielsweise erzählt Tomasz, dass er sich nach einer Haftstrafe bei der Clearingstelle und seiner Substitutionsärztin meldete und die Personen sich noch an ihn erinnert hätten.

Eva, Alex und Mykola sagen, dass sie sich mehr Kontakt zu einer Person wünschen, die sie kennt und begleitet:

„Ich suche aber Leute, die mir helfen, aus diesem Loch herauszukommen, wo ich mich niederlassen, arbeiten, Geld verdienen und ohne Drogen und ohne Sucht leben kann.“ (Alex Z. 170-172)

„Naja, jemanden hinter mir zu haben, der mich unterstützt (...) Also der mir / also ja, doch unterstützt, der mir hilft. Der sagt, wir machen mit oder nicht? [unv.] Wenn ich jetzt sage, ich habe jetzt Bock auf Heroin oder so, der dann sagt: Nee, das gibt es nicht mehr. Der mich davon weghält und mit mir nach vorne läuft.“ (Eva, Z. 333-336)

Karol, der als sein aktuelles Hauptproblem den fehlenden und kostspieligen Pass ansieht, schlägt zudem vor, dass es eine Organisation geben müsste, die den Menschen auf der Straße bei „Problemen mit ihren Dokumenten“ hilft (Karol, Z. 445).

„Es sollte eine Institution geben, die solchen Leuten ohne Papiere hilft. Ich sage nicht, dass alles bezahlt werden sollte, aber wenn sie ihnen zum Beispiel einen Kredit geben, damit sie ihre Papiere bezahlen können, und ihnen zum Beispiel drei Monate Zeit geben, um das Geld zurückzuzahlen, und man selbst in drei Monaten zur Arbeit geht, dann sollte es kein Problem sein, 230 Euro zurückzuzahlen. Das denke ich zumindest. Ich würde es so machen.“ (Karol, Z. 459-465)

Nur Eva sagt, dass sie sich eine stationäre Therapie vorstellen könnte. Letztlich ist sie aber auch die einzige Person, der aufgrund ihrer deutschen Staatsbürgerschaft der Weg über Entgiftung im Krankenhaus und anschließender Entwöhnungsbehandlung offensteht.

„Naja ich bräuchte meine Krankenkassen-Karte und einen Therapieplatz, um Therapie machen können. (...) Weil ohne Therapie geht nicht.“ (Eva, Z. 613-614)

In den Interviews fällt zudem insbesondere bei den Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft auf, die erst vor ein paar Jahren nach Berlin gekommen sind,

dass die Unterstützung, die sie erfahren, als nicht selbstverständlich angesehen wird. Teilweise wird Erstaunen geäußert genauso wie Dankbarkeit ausgesprochen wird:

„And all the problem what I have until the end, all the problem I have I can resolve this problem. I can resolve this problem with the social help what they have here. And they have here many possibilities and it doesn't matter that I'm from another country.“ (Matei, Z. 463-466)

„Ich bin dieser Agentur, die Clearingstelle heißt, sehr dankbar. Ich bin sehr dankbar, weil ich überhaupt keine Möglichkeit sah, wie ich überhaupt existieren könnte.“ (Oleg, Z. 54-56)

„Für mich ist es gut, dass es das gibt, denn es hat Menschen wie mir viel gebracht. Wenn jemand will, denn nicht jeder will. Für mich hat es viel bewirkt. Und dass ich, obwohl ich auf der Straße lebe, ein Ausländer bin, dass wir auch Hilfe bekommen. Dass ich einen Ort habe, an den ich gehen kann. Das ist viel.“ (Jakub, Z. 298-302)

In den Interviews wird deutlich, dass sich die Adressat*innen eine soziale Infrastruktur wünschen, die sie bei Veränderungen unterstützt: Erstens durch die Bereitstellung wichtiger Ressourcen, wie Nahrungsmittel oder auch Medikamenten wie die Substitutionsmittel, zweitens durch die Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten und drittens durch ein Beziehungsangebot, das motiviert und ermöglicht, dass schwierige Wege nicht alleine gegangen werden müssen. Eben eine solche Infrastruktur kann die Autonomiebestrebungen ermöglichen, die einige nach Deutschland geführt haben. So sagt Ahmad:

„Ich will leben frei. Ich will Demokratie leben [...]. Einfach leben und respektieren.“ (Z. 451-453)

4.4.3 Langfristige Ziele und übersichtliche Schritte

In den Gesprächen denken die Personen über zukünftige Veränderungsprozesse nach. Hierbei setzen sie unterschiedliche Schwerpunkte und verknüpfen verschiedene Aspekte miteinander, die aus ihrer Perspektive aufeinander aufbauen. Ein „normales Leben“ zeigt sich für die meisten als zentrale Referenz. Schließlich wird zugleich deutlich, dass das Erreichen dieser Ziele viel Geduld bedarf und übersichtliche Schritte in den Blick genommen werden müssen.

Viele Ziele unserer Gesprächspartner*innen verweisen auf den Wunsch nach autonomer Lebensgestaltung. Insbesondere jene, die lange zum Teil körperlich harte Arbeit geleistet haben und nicht selten mit dem Plan zu arbeiten, nach Deutschland gekommen sind, wünschen sich ihren Lebensunterhalt durch Lohnarbeit selbständig zu bestreiten (bspw. Anna, Oleg, Alex, Karol, Andrius). Auf die vielfältigen Arbeitserfahrungen verweist auch die Betonung von Alex, dass Lohnarbeit legal sein sollte und er Steuern zahlen wolle, auch damit er im Krankheitsfall abgesichert ist.

Einige Dinge wie Gesundheit, aufenthaltsrechtliche Fragen und Wohnraum werden als Bedingung gesehen, für die Annahme einer sozialen Anerkennung und Autonomie fördernden Lohnarbeit. So ist für Mykola klar, dass er bevor er eine Arbeit annehmen kann, Wohnraum braucht:

„Ich meine, wenn ich habe eine/ Ich brauche nur eine Hilfe, eine Zimmer heim ja, wo ich kann wie ein normaler Mensch ein bisschen schlafen, bisschen nicht müde, weißt du? Bisschen gut, sauber. Dann ich habe Kraft gehen. Ich versuche, meine Papiere machen und ich will gerne finden eine Arbeit. Aber so wie ich bin jetzt, geht nicht. Weißt du, geht nicht.“ (Mykola, Z. 166-169)

Auch Janko sagt, dass er sich über die Geduld, die eine Veränderung bedarf, bewusst ist und ein Wohnraum dafür eine Grundlage bietet:

„Aber ich gehe weiter. Ich gebe nicht auf. Ich wäre froh, ich will ein Betreutes Wohnung haben (unv.). Langsam, langsam. [...] Du hast dein Zimmer, deine Ruhe. Dann versuchst du was zum Arbeiten. Für zwei Stunden, für drei und dann, so. Das ist hochgehen. Wie ein normaler Mensch zu leben.“ (Janko, Z. 203-209).

Annas Plan sieht vor, dass sie zunächst versucht in den Leistungsbezug (ALG II) zu kommen und dann mit Hilfe der Krankenversicherung sich ihre Zähne machen lassen will (sie hat ihr Gebiss vor einigen Monaten verloren und lebt seitdem ohne Zähne). Mit neuen Zähnen möchte sie sich eine Arbeit in einer Supermarktkette suchen. Auch Tomasz plant die Beantragung von ALG II, um seine Situation zu verbessern. Er geht von einem Anspruch aufgrund des Jahrs aus, das er in Haft gearbeitet hat. Karol sieht den Schlüssel zukünftiger Entwicklungen in seinem Pass:

„Kurwa, ich warte darauf, dass mir etwas passiert. Endlich dieser Pass. Kurwa, ich will wieder arbeiten gehen. Ich habe einen Kumpel, der einen Job für mich hat. Er ist auch ein guter Mensch. Ich weiß, dass er ehrlich und normal ist. Er hat gesagt, dass er mir sogar einen Heimplatz besorgen wird, weil er Sicherheitsbeamter in einem Heim ist. Nur muss ich einen Ausweis haben, und er kann mir im Moment auch nicht helfen, weil ich ihn gefragt habe, ob er mir den Pass bezahlt. Er sagt, dass er mir im Moment nicht helfen kann, weil er auch Probleme mit seiner Frau hat. Ich weiß, ich mische mich nicht ein.“ (Karol Z. 393-400)

Eva, Mykola, Karol und Alex sprechen zudem die Möglichkeit eines Ortswechsels zur Veränderung an, um wo anders ein neues Leben zu beginnen. Mykola, Karol und Alex überlegen zurück in ihre Heimatländer zu gehen und Eva könnte sich den Umzug in eine andere Stadt vorstellen:

„Ich denke darüber nach. Wenn es so weitergeht wie bisher, werde ich natürlich zurückkehren. Was bleibt mir denn anderes übrig, als meine Schulden zu begleichen und zu warten, bis sie getilgt sind. Nur so. Hier kann ich nicht mein ganzes Leben lang auf der Straße leben, bis zum Ende meines Lebens. (...) Ich denke darüber nach, nach Hause zu fahren.“ (Alex, Z. 204-208)

Insbesondere für jene, die auf der Suche nach einem besseren Leben nach Berlin gekommen sind, bedeutet die Heimkehr sich mit dem, was im Herkunftsland auf sie wartet, auseinanderzusetzen. Alex berichtet von Schulden, andere von Haftstrafen oder von Familienmitgliedern, die sie Angst haben zu enttäuschen (vgl. Kap. 4.3.2).

Wenn soziale Bezüge als Risiko gesehen werden, in der aktuellen Situation zu verharren (vgl. Kap. 4.2.3), werden sie zugleich von einigen auch als für die Zielerreichung zentral angesehen. Tomasz betont, dass er Menschen brauche, denen er Vertrauen kann und er wünscht sich seine aktuelle Freundin zu heiraten. Alex wünscht sich eine Freundin, damit er nicht mehr so „zügellos“ (Z. 253) lebt und für jemanden Verantwortung übernehmen kann.

„Ja, keine Ahnung. Mein Partner. Also, wenn ich jemanden hätte. (...) Ich weiß nicht, also eigentlich ist es ja immer der Partner, der dann einem hilft, (...) naja, ich denke / Also, wenn ich einen Therapie-Platz habe oder Therapie mache, dann würde ich das auch alleine schaffen. Also dann bräuchte ich nur meine Tochter.“ (Eva, Z. 618-621)

Suvad weiß, dass er ohne die Unterstützung seiner Familie, die OST nicht begonnen hätte: „Ich sage ihnen ehrlich, jetzt auf Straße hätte ich auch nicht aufgehört.“ (Suvad Z. 147-148). Er ist mit drei Jahren nach Deutschland gekommen und wünscht sich seine aufenthaltsrechtliche Situation zu legalisieren. Hierzu plant er die Beantragung von Asyl oder Familienzusammenführung. Erst wenn er legal wieder mit seiner Familie in Berlin zusammenleben darf, könne er sich um Arbeit kümmern und auch er wünscht sich langfristig die Gründung einer eigenen Familie.

Es gibt verschiedene Aussagen zu angestrebten Veränderungen des Drogenkonsums. Einige haben das Ziel eines drogenfreien Lebens, bei anderen sind andere Aspekte der Lebenssituation bedeutsamer oder würden entsprechend ihren Vorstellungen den Konsum von Opioiden stabilisieren. Eva sagt, dass sie es nur mit einer stationären Therapie schaffe, den Drogenkonsum zu verändern. Karol strebt langfristig ebenfalls an, keine illegalen Substanzen mehr zu konsumieren. Bei anderen geht es erstmal darum, die Substitutionsbehandlung fortzusetzen. Jakub erzählt, dass er versucht, „dass es so lange wie möglich dauert. Was danach kommt, weiß ich nicht“ (Z. 455-456) und Suvad möchte das Methadon verringern.

„Ich habe mit Arzt gesprochen, dass ich will immer weniger Methadon. Mich dosieren auf null. Dann ganz aufhören mit alles. Ja, und das ist mein Ziel.“ (Suvad, Z. 136-138)

Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte und verschieden miteinander verknüpfter Schritte betonen viele unserer Gesprächspartner*innen das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe. Diese verbinden sie mit dem Wunsch nach einem ‚normalen‘ Leben, welches sie mit Lohnarbeit, Wohnen sowie Partnerschaft realisiert sehen.

„Deshalb hoffe ich, dass ich doch wieder zu einem normalen Leben zurückkehren kann, in dem ich arbeite und lebe. Ich glaube daran. Das ist momentan mein größtes Ziel.“ (Oleg, Z. 317-319)

„Und mein Wunsch ist, wie heißt das, normales Leben. Ich will mit drogenfreies Leben haben. Und eine Familie gründen. Und dass ich normal lebe und arbeite.“ (Suvad, Z. 45-47)

„Nun, wenn ich eine Freundin finden würde, würde ich zuerst eine Familie gründen. Aber dafür muss ich erst einmal auf eigenen Beinen stehen, mich erholen. Ich muss einen Job finden, ein Einkommen haben, um schließlich unabhängig zu werden. Und dann eine Familie gründen, wie normale Menschen. Wie sonst soll man überleben? So leben alle, so ist die Welt aufgebaut, so muss man vorgehen.“ (Alex, Z. 186-190)

„Ich bin noch jung. Ja, ich muss heiraten um diese Zeit, ich muss heiraten und muss suchen neue Leben. Mit Familie.“ (Ahmad, Z. 499-500).

Es gibt aber auch diejenigen, die einen eigenen, unkonventionelleren Lebensentwurf anstreben. Karol, der in seinem Leben schon viel gereist ist, und an unterschiedlichsten Orten gearbeitet hat, sagt:

„Ich sage dir, ich wollte mir schon immer ein Wohnmobil kaufen. [...] Na ja, ein bisschen arbeiten. Geld sparen. Mir ein paar Monate frei nehmen, irgendwo hinfahren. Ich habe einen Führerschein.“ (Karol, Z. 178-181)

Und auch Andrius will sich einen Camper kaufen und nach Spanien fahren, um zu arbeiten: „I want buying this camping, like house, you know? [...] And live like this life“ (Z. 646-648). Er will nicht mehr zurück nach Litauen: „In Lithuania shit life. [...] very big discrimination, very big racism in my country“ (Z. 635-637).

Die Unterschiedlichkeit verdeutlicht, dass je nach Lebensweg und subjektiven Relevanzen Motivationen aus unterschiedlichen Quellen herrühren, auch wenn sie sich an einem gesellschaftlich mit sozialer Anerkennung belohnten Lebensweg orientieren. Die Zielsetzungen verweisen auch auf die Schwierigkeit neue Wege zu erproben: Wenn soziale Beziehungen von zentraler Bedeutung sind, dann sind es auch die Beziehungen auf der Straße, die eben diese Bedürfnisse stabilisieren. Wenn Arbeit ein zentrales Motiv ist, dann ist ein Leben in und mit Drogenkonsum und Beschaffung eine Tätigkeit, die einen ständig beschäftigt hält und wenig Zeit für anderes lässt. Und wenn das ins Heimatland gehen nicht möglich ist, weil der Pass fehlt oder weil die Angst besteht, nie wieder nach Berlin zurückkommen zu dürfen, dann bestehen Barrieren, die zusätzlich bearbeitet werden müssen.

Das Wissen um diese Herausforderungen und die biografische Erfahrung, dass Veränderung mit Anstrengungen und Unsicherheiten verbunden sind, hebt die Bedeutung übersichtlicher Schritte hervor. Matei, der im Juni 2025 die Substitutionsbehandlung begann, betonte im ersten Interview, dass er diese neue Situation erst abwarten will:

“I want to change all my life. But I don't looking so far. First of all, I have one problem. And it's difficult and the biggest problem in my life. And first of all, I must resolve this problem.” (Matei, Z. 557-559)

Matei beendet das Interview mit der Einladung, dass wir uns in ein paar Monaten für ein zweites Interview treffen:

“For that I have said, I can't say yet what will happen. Because I'm just on the start on this road. And, I don't know, come in six months later and you will see. Have I make something good, what we have speak or not. And I will give to you another one interview.” (Matei, Z. 570-573)

4.5 Zentrale Aspekte aus Nutzer*innenperspektive

Die Analyse der Interviews mit Adressat*innen der niedrigschwelligen Drogenarbeit und der Clearingstelle verweist auf die Komplexität der Lebenssituation von Opioiden konsumierenden Menschen in Wohnungsnot und ohne Krankenversicherung. Insbesondere die Verkantung der Aspekte Drogenkonsum, Wohnungslosigkeit, Armut, Strafverfolgung, Gesundheit sowie fehlende Zugänge zu Hilfestrukturen aufgrund von Staatsbürgerschaft und Aufenthaltsstatus erschweren es den Personen, Schritte der Verbesserung der eigenen Lebenssituation einzuleiten. Zugleich zeigen die Interviews deutlich, dass alle unsere Gesprächspartner*innen fortwährend um die Verbesserung der eigenen Lebenssituation bemüht sind und schon verschiedenste Veränderungen vollzogen haben. Für die Weiterentwicklung des Berliner Hilfesystems nehmen wir aus diesem Forschungsteil folgende Aspekte mit, die im weiteren Verlauf auch in die Entwicklung des Wirkmodells (vgl. Kap. 6) sowie die Formulierung von Entwicklungsbedarfen (vgl. Kap. 8) eingeflossen sind.

Die Personen wünschen sich Hilfeformate, die sie bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützen. Hier geht es um überlebenspraktische Hilfen in Form von Essens- und Hygieneangeboten genauso wie Safer Use Unterstützung durch Spritzen und Drogenkonsumräume. Zudem würden niedrigschwellige Verdienstmöglichkeiten den alltäglichen Stress des „Geld-Machens“ verringern. Für alle sind Ruhe- und Erholungsorte wichtig. Diese können entweder durch das Schlafen in Abrisshäusern oder in Zelten selbst organisiert oder durch die Wohnungslosenhilfe unterstützt werden. Wichtig für das Verständnis deren alltäglicher Bedeutung ist, dass die Schlaforte auch mit sozialen Unterstützungsformen einhergehen, die sich bei wechselnden Schlaforten kaum entwickeln können. Die Personen berichten von Geld-, Essens- und Kleiderspenden, die sie regelmäßig erhalten. Hier zeigt sich solidarisches, nachbarschaftliches Handeln, das in medialen Berichten kaum zur Sprache kommt. Für Menschen in Obdachlosigkeit sind Orte wichtig, die ihnen Ruhe, Privatheit und Sicherheit einerseits und soziale Unterstützung andererseits ermöglichen. Notunterkünfte werden bezogen auf diese Bedarfe kritisch betrachtet. Die Öffnungszeiten niedrigschwelliger Unterstützungsformen sollten weit sein, damit Besuche je nach Bedarfen in den Alltag integriert werden können.

Zusätzlich werden Räume niedrigschwelliger Drogenhilfe als soziale Räume hervorgehoben. Sie ermöglichen soziale Kontakte. Zugleich können Besuche die Strukturierung des Alltags unterstützen. Das Bedürfnis nach Verortung und sozialer Eingebundenheit führt zu dem Wunsch nach verschiedenen Angeboten stationärer und mobiler Sozialer Arbeit, so dass eine Auswahl je nach Vorlieben (bspw. mit und ohne Drogenkonsumraum, zentral oder dezentral gelegen, diese oder jene Community usw.) und aktuellem Drogenkonsum ermöglicht wird.

In den Interviews wird zudem der Wunsch nach verlässlicher Begleitung deutlich. Einerseits zeigen die Interviews selbst, dass das zieloffene Sprechen über die eigene Situation in einer zeitlich nicht beschränkten und räumlich von der Szene

abgeschiedenen Situation als entlastend empfunden wird. Einige äußern den Wunsch nach verlässlichen Ansprechpartner*innen, mit denen sie den Konsum reflektieren können. Zudem könnten diese auch gezielt bei der Erledigung der bürokratischen Angelegenheiten und Kontaktaufnahmen zum Hilfesystem unterstützen. Besonders vor dem Hintergrund der Erfahrungen von Stigmatisierung, der Gefühle der Scham sowie der Hoffnungs- und Kraftlosigkeit¹⁹ im Angesicht der alltäglichen Anstrengungen eines Lebens ohne sichere Ruhemöglichkeiten gewinnen verlässliche, emotional unterstützende, sozialen Beziehungen an Bedeutung. Diese können Sicherheit vermitteln und Scham auffangen. Zugleich können Gespräche motivieren, indem sie Hoffnung geben und das gemeinsame Angehen notwendiger Erledigungen zusätzlich Kräfte freisetzen.

Das Bedürfnis nach strukturierender Unterstützung ist vor allem Angesichts der bürokratischen Herausforderungen von hoher Bedeutung. Im metaphorisch gesprochenen Kampf gegen Windmühlen um aufenthaltsrechtliche Anerkennung, Ausweispapiere sowie Zugang zu Sozialleistungen nach jahrelangem Aufenthalt in Berlin wünschen sich unsere Gesprächspartner*innen Personen, die ihren Anliegen Gehör verschaffen und Rechte strukturiert einfordern. Diese teils mühsame Arbeit kann im Kontext eines Lebens ohne Ruheorte nicht selbst geleistet werden, sondern braucht Unterstützung von verlässlich dran bleibenden und fachlich insistierenden Sozialarbeitenden.

Der Konsum von Heroin selbst zeigt sich in den Interviews ebenfalls als ambivalent. Einerseits ist er für einige mit dem Leben ohne festen Wohnraum und ohne finanziell verlässliches Einkommen verknüpft. Er gibt Kraft, um mit der aktuellen Lebenssituation umzugehen und reduziert gleichzeitig die Scham, die mit dieser verbunden ist. Andererseits wissen unsere Gesprächspartner*innen selbst, dass er die Situation aufgrund der finanziellen Kosten und den gesundheitlichen Risiken insbesondere wegen schwankender Qualität selbst belastet. Insofern variieren auch die Wünsche bezüglich des Drogenkonsums. Für einige ist klar, dass sich zunächst dieser ändern muss und für andere ist die Verbesserung der Gesamtsituation zentral.

Die Opioidsubstitutionstherapie spielt ebenfalls eine ambivalente Rolle. Einerseits kann sie die Lebenssituation deutlich stabilisieren und Raum für Entwicklungen geben, weil insbesondere der hohe Druck Geld-zu-machen wegfällt und der verlässliche Bezug der legal verschriebenen Opioide den Gesundheitszustand stabilisiert. Zugleich sind mit der OST aus Perspektive unserer Gesprächspartner*innen Herausforderungen verbunden, wie die Anstrengungen täglich, innerhalb begrenzter Zeitfenster in die Arztpraxis zu fahren, die Menge des Substituts nicht mitbestimmen zu können oder sich langfristig in Abhängigkeit eines weiteren Stoffes zu begeben und damit auch an Autonomie einzubüßen.

Das Berliner Hilfesystem wird als motivierende Ermöglichung angesehen, eigene Entscheidungen zu treffen und eigene Pläne zu verfolgen. Selbstbestimmung und

¹⁹ Vgl. hierzu auch Winkler & Wyss (2025)

Selbsttätigkeit brauchen Spielräume. Unsere Gesprächspartner*innen sind davon überzeugt, dass sie diejenigen sind, die die Schritte selbst gehen müssen. Zugleich wissen sie, dass sie hierfür Unterstützung sowohl in Fragen der Organisation bürokratischer Angelegenheiten als auch bezogen auf Motivationsarbeit benötigen.

In den Interviews zeigt sich deutlich, dass Sicherheit, Zugehörigkeit, Selbstbestimmung sowie selbst aktiv zu sein, zentrale Bedürfnisse der Nutzer*innen sind²⁰. Alle vier Aspekte sind durch die aktuelle Lebenssituation massiv eingeschränkt. Die Aufgabe Sozialer Arbeit, des Sozial- sowie Gesundheitssystems muss es sein, eben diese Grundbedürfnisse ernst zu nehmen und Spielräume für deren Realisierung zu ermöglichen.

Abschließend ist hervorzuheben, dass Menschen die Opiode konsumieren, in Wohnungslosigkeit leben und über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen sehr unterschiedlich sind. Die Einsicht in diese diversen Lebenswege, Lebenssituationen und zukünftigen Wünsche kann stigmatisierenden Verallgemeinerungen entgegenwirken. So betont Jakub:

„Aber es gibt verschiedene Arten von Drogenabhängigen. Man würde viel darüber erfahren, wenn das Interesse daran größer wäre.“ (Jakub, Z. 594-596)

²⁰ Vgl. hierzu auch Ross & Morrison 2020

5 Strukturbedingungen aus Fachkräfteperspektive

Die Analyse von Homepages, Flyern und Konzepten sowie der Interviews mit den Fachkräften erlauben einen Blick auf Strukturbedingungen, die das Hilfeangebot für obdachlose Menschen mit Opioidkonsum und unklarem Krankenversicherungsstatus in Berlin prägen. Auf Grundlage der Befragung der Fachkräfte wurde eine interaktive Karte entwickelt, die die Standorte der befragten Stellen zeigt und so einen Überblick z. B. auch über Entfernungen erlaubt. Die Map (ein Screenshot der vorläufigen Version s. Anlage 1) steht auf der Projektseite der ASH und auf der Seite der SenGWP zur Verfügung.

5.1 Beschreibung des Samples

Basierend auf den bei Projektbeginn vorliegenden Letter of Intent (LOIs) sowie einer eigenen Recherche zu Angeboten für die Zielgruppe in Berlin (z. B. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung, Drogen- und Suchthilfe) wurden 13 potenzielle Interviewpartner*innen identifiziert. Aus den Gesprächen ergaben sich durch das Schneeballprinzip weitere Hinweise auf Personen und Einrichtungen, sodass insgesamt 28 Anfragen für ein Interview verschickt wurden. Kriterien für die Auswahl der Gesprächspartner*innen war die Frage, inwieweit sie Kontakt zu Personen aus der Zielgruppe im Rahmen ihrer Tätigkeiten haben und darüber berichten können, welche Strukturbedingungen die Arbeit mit dieser Gruppe aus ihrer Erfahrung beeinflussen.

Anfragen basierend auf LOIs	4	davon geführte Interviews	4
Anfragen basierend auf eigener Recherche	10	davon geführte Interviews	6
Anfragen basierend auf Schneeballsystem	14	davon geführte Interviews	3
Summe	28	Summe	13

Im Zeitraum vom 19.06.2025 bis 14.09.2025 wurden insgesamt 13 problemzentrierte Interviews mit Vertreter*innen sozialer Träger, Organisationen des sozialen und gesundheitsbezogenen Sektors und öffentlicher Institutionen geführt. Ziel war es einerseits, einen ersten Eindruck von den Kontextbedingungen des Feldes zu erhalten und andererseits, Key-Informed Persons zum Anliegen des Forschungsprojektes für die Entwicklung eines Wirkmodells zu identifizieren.

Es fällt auf, dass mit über der Hälfte der angefragten Personen bzw. Einrichtungen kein Interview geführt werden konnte. Dies lag einerseits an begründeten Absagen. Als Gründe wurden neben fehlenden Kapazitäten für ein Gespräch (n=1) angegeben, nicht mit Personen zu arbeiten, auf die alle drei Merkmale der definierten Zielgruppe zutreffend sind (n=5). Andererseits erfolgte von insgesamt vier Einrichtungen keine Rückmeldung auf die Anfrage. Bei zwei Organisationen wäre ein Interview nur nach

vorhergehender Antragstellung mit Bearbeitungszeiten von bis zu drei Monaten möglich gewesen. Dies war mit dem Zeitplan des Projektes nicht zu vereinbaren. Besonders auffällig ist, dass alle angefragten Substitutionspraxen (n=4) ein Interview abgelehnt haben, dementsprechend konnte nur mit Vertreter*innen von freien Trägern (Sozialarbeiter*innen) gesprochen werden. Zusätzlich zu den Interviews wurden von den Gesprächspartner*innen zur Verfügung gestellte Dokumente (Konzepte, Flyer oder Homepage der Träger) gesichtet. Dies alles ermöglichte nachfolgend dargestellte Strukturbedingungen zu formulieren, die die Zusammenarbeit des Hilfesystems mit der Zielgruppe herausfordern.

5.2 Verständigung

In allen Interviews wurde deutlich, dass die Frage der Verständigung zwischen Personen der Zielgruppe und Personen aus Unterstützungsstrukturen eine zentrale Rolle spielt. Verständigung bezieht sich zum einen auf Sprachkompetenzen, wenn Sprachen von einer Gruppe von Klient*innen gesprochen werden, derer das Gegenüber nicht mächtig ist. Darauf reagierend halten einige Organisationen der Unterstützungsstruktur niedrighschwellige Suchthilfe nach Möglichkeit Mitarbeitende mit verschiedenen Sprachkompetenzen vor. Nicht jede Organisation kann jedoch alle erforderlichen sprachlichen Kompetenzen vollständig abdecken. Die in den Interviews genannten notwendigen Sprachen sind Russisch, Polnisch, Rumänisch, Bulgarisch, Arabisch, Farsi, Dari, Türkisch, Spanisch, Französisch, Serbisch und Litauisch. Besonders häufig und als wichtig eingestuft wurden Arabisch, Russisch, Polnisch, Bulgarisch und Rumänisch. Defizite der sprachlichen Verständigung liegen vor allen Dingen in Sprachen aus dem osteuropäischen Kontext. Die Zuweisung der Zielgruppe zu Mitarbeitenden in den Einrichtungen erfolgt vordergründig nach passenden Sprachkompetenzen der Fachkraft. Insgesamt scheint es eher zufällig zu sein, bei welchem Träger welche Sprachoptionen zur Verfügung stehen. Nicht immer passen Sprachkompetenz und inhaltliche Expertise zusammen. Dies führt mitunter zu pragmatischen, aber nicht unproblematischen Lösungen. Berichtet wurde z. B. von einem Träger, dass sich Anfragen nach Unterstützung durch ihr Angebot nicht an den fachlichen Teil richten, sondern eher an ihre fachlich geprägte Sprachmittlungskompetenz. Dies wurde als Dilemma für den Träger beschrieben, weil man einerseits sich der Anfrage nicht entziehen und unterstützen wolle, es aber andererseits nicht Aufgabe ihres refinanzierten Portfolios sei und dementsprechend als „zusätzlich“ eingestuft wurde. Zwar werden vereinzelt Sprachmittlungsdienste genutzt, aber dies ist eher die Ausnahme. Die meisten Fachkräfte beschreiben eine Diskrepanz zwischen verfügbarer und benötigter Sprachkompetenz.

Diese Konstellation bedeutet, dass die Erschließung von inhaltlichen Unterstützungsmöglichkeiten in Verbindung mit der Möglichkeit sich sprachlich zu verständigen (welche Fachkraft bei welchem Träger kann in welcher Sprache die Beratung übernehmen?) ein hohes Maß an informeller Feldkompetenz erfordert. Diese Kompetenz ist bei Adressat*innen nicht vorauszusetzen und kann von neuen Mitarbeitenden nicht ohne Weiteres erworben werden, da es sich um implizites Wissen langjähriger Mitarbeitender handelt.

Verständigungsschwierigkeiten bestehen aber nicht nur im sprachlichen Bereich, sondern auch im Kontext des Verstehens der deutschen Unterstützungsstrukturen. Dies stellt allein vor dem Hintergrund deren Komplexität eine Herausforderung dar und ganz besonders in der Verschränkung mit unzureichenden Sprachkompetenzen auf beiden Seiten. Wichtige schriftliche Informationen für die Zielgruppe seien nur auf Deutsch oder Englisch verfügbar und häufig zu textlastig.

Die inhaltlichen Verständigungsprobleme im Bereich der Unterstützungsmöglichkeiten in Deutschland für die Zielgruppe des Forschungsprojektes betreffen laut Einschätzung der Interviewpartner*innen insbesondere die verteilten Zuständigkeiten zwischen Gesundheitswesen und Sozialwesen, hier die Bedingungen zum Erhalt einer ärztlichen Versorgung, insbesondere wenn keine KV vorhanden ist bzw. wann und unter welchen Umständen eine KV bzw. Leistungen aus der KV zu erhalten sind. Ebenfalls wird beschrieben, dass die formalisierten Kommunikationswege („Bürokratie“) viel Erklärung benötigen, was bei der Zielgruppe wiederum oftmals zu Unverständnis führe. So können die Personen Prozesse bzw. die Notwendigkeiten einzelner Schritte nicht nachvollziehen (was wiederum ein Misstrauen gegenüber Personen und Strukturen begünstigt). Konkret wurden als größte Hürden i. S. v. Verständigung/Verständnis die formalisierten Verfahren (v.a. in Bezug auf Prozesse der Clearingstelle) sowie Wartezeiten in medizinischen Einrichtungen genannt. In Bezug auf Verständigung falle es der Zielgruppe außerdem schwer, klar mit Mitarbeitenden darüber zu sprechen, was sie brauchen oder wollen. Auch wurde beschrieben, dass das zur Verfügung stellen der notwendigen Informationen, um Unterstützungen zu beantragen, als problematisch empfunden werde. Begründet wurde dies damit, dass die Zielgruppe aufgrund des Drogenkonsums vieles „vergesse“ und z. B. auf Grund von Intoxikation oder Entzückigkeit "nicht so klar im Kopf" sei.

Dies trifft auf eine Situation, in der die Menschen der im Fokus stehenden Zielgruppe auf der Straße, außer dem Rhythmus des Beschaffens und des Konsums von Opioiden, mit wenig bis keinen täglichen Routinen der Erholung leben, in der Regel über wenig bis keine Geldmittel verfügen und jeden Tag neu schauen müssen, wie sie sich versorgen, um zu überleben (s. Kap. 4.2). In diesem Zusammenhang betonen einige Gesprächspartner*innen zudem die Relevanz der Sprachbarriere und des Nicht-Verstehens deutscher Unterstützungsstrukturen auch im Zusammenhang mit dem Aufbau von Vertrauen als Basis einer kooperativen Zusammenarbeit. Die Zielgruppe sei ohnehin aufgrund ihrer Lebenslage schon sehr misstrauisch, was wiederum die Annahme der Hilfeleistung zusätzlich erschwere und durch das „Nicht-Verstehen“ im doppelten Sinne (sprachlich und inhaltlich) noch verstärkt werde. Das Sprechen einer gemeinsamen (Erst-)Sprache, der Einsatz von diversitätssensiblen Kompetenzen und das zur Verfügung stellen von verstehbaren Informationen könne eine Vertrauensbasis ermöglichen und einen Zugang zur Zielgruppe erleichtern.

5.3 Mobilitätsanforderungen als Barriere

Im Zuge der Analyse der verschiedenen Standorte von Unterstützungsangeboten im Verhältnis zu Aufenthaltsorten (Szenen) von Menschen aus der Zielgruppe ergab sich, dass die Kategorie Mobilität ein weiteres das Feld strukturierende Element darstellt. Es wurde z. B. deutlich, dass zum Erreichen der für die Zielgruppe zentralen Clearingstelle von den meisten Klient*innen z. T. große räumliche Distanzen zurückgelegt werden müssen. Diese können in der Regel nicht fußläufig überwunden werden, insbesondere, wenn die Personen an körperlichen Beschwerden leiden, die bei einem Leben auf der Straße in Kombination mit intravenösem Opioidkonsum häufig auftreten, wie offene Wunden an Beinen und Füßen. Finanzielle Mittel für Fahrkarten im öffentlichen Nahverkehr für Adressat*innen der niedrigschwelligen Hilfen werden in der Regel nicht bereitgestellt, bzw. dafür ist kein explizites Budget oder Kontingent vorgesehen.

Während die niedrigschwelligen Einrichtungen aus dem Kontext der Suchthilfe (z.B. Fixpunkt e.V., Gangway, vista) und der Gesundheitsversorgung (z.B. Caritas) auch sozialräumlich aufsuchend tätig werden, gilt das für die Clearingstelle und für andere Angebote nicht. Dies stellt die Menschen vor die Herausforderung, den ÖPNV nutzen zu müssen, für den sie nicht immer über die notwendigen Tickets verfügen. Bei Ticketkontrollen stehen sie somit in der Gefahr zusätzlich zu anderen Delikten, bei denen sie strafrechtlich in Erscheinung treten, auch in diesem Bereich strafrechtlich verfolgt zu werden, denn verhängte Geldstrafen wegen Fahrens ohne Ticket können in der Regel nicht ausgeglichen werden. Dies setzt Adressat*innen dem Risiko einer Ersatzhaftstrafe aus, welche wiederum Folgen für bis zu dem Zeitpunkt aufgebaute Unterstützungsstrukturen hat (s. Kap. 5.4).

Zusammengefasst kann das Aufsuchen von Angeboten, die in anderen sozialräumlichen Umgebungen liegen und fußläufig nicht erreichbar sind, für Menschen der Zielgruppe risikoreich und beschwerlich sein. Die berichteten Erfahrungen aus dem Feld legen nahe, dass aus Sicht der Zielgruppe beschwerliche und risikoreiche Wege dazu führen können, dass Angebote nicht angelaufen werden. Um diesem Problem entgegenzuwirken, werden exemplarisch zwei Wege beschrieben: In niedrigschwelligen Einrichtungen wurden Personen konkret dafür geschult, eine „Vor-Clearing“ von Personen zu übernehmen, die aktuell nicht in der Lage sind, persönlich die Clearingstelle aufzusuchen (i. S. v. eingeschränkter Mobilität). Ein weiteres Beispiel ist ein Träger und dessen Einsatz einer Mobilitätshilfe. Mit zwei Kleinbussen werden obdachlose Menschen auf Wunsch an wichtige Orte (z. B. Kliniken und Ämter) gefahren. Dabei werden unterschiedliche Routen abgefahren. Dennoch bleibt die Problematik im Grundsatz bestehen und auch die Inanspruchnahme des Busses erfordert Verständigung und Koordination.

Von den Interviewpartner*innen werden weitere Ebenen der Probleme mit Mobilität der Zielgruppe ausführlich beschrieben. So fehle es auch an Kompetenzen bzw. Orientierung, um Wege finden zu können. Obwohl ein Großteil der Personen ein Handy besitzt, ergeben sich auch hier Schwierigkeiten: So müsse man zur Nutzung

von Kartendiensten eine Internetverbindung haben, weiterhin braucht es Möglichkeiten, das Handy aufzuladen (Zugang zu Strom). Es wird konkret beschrieben, dass Personen selbst bei Vorliegen dieser Voraussetzungen oftmals nicht in der Lage sind, z. B. eine Haltestelle in der Nähe zu finden. Dies deutet z. B. auf Schwierigkeiten sich mit Hilfe von Karten räumlich zu orientieren. Herausforderungen bei der Mobilität stehen auch in Wechselwirkung mit Problemen der Verständigung, denn diese erschweren, bei Problemen den richtigen Weg zu finden bzw. um Hilfe zu bitten. In diesem Zusammenhang wird zudem als hinderlich beschrieben, dass ein Teil der Zielgruppe aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen bereits sehr daran gewöhnt sei, keine Hilfe zu bekommen, was das Hilfesuchverhalten deutlich reduzieren würde und zur weiteren Eskalation der Situation führen kann (vgl. auch Kap. 4.3.2).

Damit einher geht die Beobachtung, dass Menschen der Zielgruppe aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände, ein verändertes Zeitgefühl entwickeln und auch deshalb Schwierigkeiten hätten, sich an feststehende Termine zu halten oder entsprechende Wegzeiten passend zu planen, um pünktlich zur rechten Zeit am rechten Ort zu sein. Im Unterstützungskontext wird dies als „Verabredungsfähigkeit“ diskutiert. Um jedoch einen Termin in einem medizinischen (z. B. in einer Substitutionspraxis oder einem AID) oder medizinanalogen Setting (z. B. in der Clearingstelle) wahrnehmen zu können, müsse die Person in der Lage sein, ihren Tag entsprechend zu planen. Mit Wegezeiten und unter den o. g. erschwerten Mobilitätsbedingungen, stellt sich dies als komplex dar, denn zur Planung gehöre bspw. auch die Finanzierung des Drogenkonsums sicherzustellen oder zu organisieren, wer in der Zeit auf die persönlichen Gegenstände aufpasst (vgl. auch Kap. 4.2.1 & 4.2.2).

Auch im Bereich von aufsuchender Arbeit der Träger ergeben sich Herausforderungen in Bezug auf Mobilität. Aufsuchende Angebote (z. B. Drogenkonsummobil) orientieren sich zwar am Bedarf, sind jedoch an Genehmigungsverfahren gebunden. Dadurch wird ein spontanes Reagieren auf Veränderungen innerhalb der Szene erschwert. Modelle mit flexibleren Standortgenehmigungen können hier nur bedingt Abhilfe schaffen, da auch sie in formale Abläufe eingebunden bleiben. Die Wahl fester Standorte nach Kriterien der Verkehrsanbindung stellt zudem die Frage, inwieweit die Zielgruppen diese tatsächlich nutzen können, sodass die reale Erreichbarkeit eingeschränkt bleibt. Zur Manifestierung dieses Problems trägt aus Sicht der interviewten Personen auch bei, dass es sehr problematisch sei, Gewerberäume in direkter Nähe zu den Aufenthaltsorten der Zielgruppe zu finden. Grund hierfür seien stark gestiegene Mietpreise für gewerbliche Immobilien sowie Mindestvertragslaufzeiten, die sich mit den Finanzierungssicherheiten von sozialen Trägern nicht vereinbaren ließen. Daher wird auch hier zunehmend die Etablierung mobiler Standorte in Erwägung gezogen. Gleichzeitig führt die hohe Mobilität der Szene – ausgelöst durch Verdrängungsprozesse infolge von Konflikten mit Anwohnenden oder ordnungspolitischen Maßnahmen – zu einer fortlaufenden Verlagerung von

Treffpunkten. Dies erschwert es, aufsuchende Angebote wirksam an die Zielgruppen heranzutragen. Besonders Gruppen, die in Folge dieser Dynamik abseits von Brennpunkten anzutreffen sind, werden nur unzureichend erreicht.

5.4 Haftaufenthalte und fehlendes Übergangsmanagement

In den Interviews wurde deutlich, dass analog des bekannten Zusammenhangs zwischen Wohnungslosigkeit und Haft ein JVA-Aufenthalt ebenfalls eine wichtige Bedeutung im Kontext der Zielgruppe spielen kann (vgl. Kap. 2.1.2). Dies geschieht dann, wenn Personen insbesondere eine kurze Haftersatzstrafe, z. B. aufgrund einer nicht bezahlten Geldstrafe (z. B. wegen Fahren ohne Ticket) antreten. In dieser Zeit werden sie in der Haft zwar gut versorgt – nicht selten besser als in ihrem Alltag auf der Straße (wird durch Aussagen in den Interviews mit den Nutzenden und Gesprächen mit Sozialarbeitenden bei den ethnografischen Felderkundungen bestätigt) – aber es entstehen Probleme bei der Entlassung. Während des Gefängnisaufenthalts fallen die Inhaftierten aus der Krankenversicherung und wenn kein Anspruch auf Weiterversicherung aufgrund von Berufstätigkeit besteht, muss dies neu beim Sozialamt beantragt werden. Aus Informationen der JVA geht hervor, dass die gesetzliche Krankenversicherung während der Inhaftierung ruht und die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen je nach Landesstrafvollzugsgesetz unter einem anderen Titel geregelt ist. Eine erneute Krankenversicherung ist demnach erst wieder möglich, wenn die entlassenen Personen Bürgergeld beziehen. Dies kann jedoch erst nach der Entlassung beantragt werden. Dazu muss der Prozess der Beantragung durch eine Stelle neu initiiert werden. Dies ist jeweils mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und es kann unterstellt werden, dass dies bei allen Beteiligten Frustrationen hervorruft, weil der Eindruck von Drehtüreffekten entsteht, die die zuvor investierte Arbeit und investierte Kosten als wenig sinnvoll erscheinen lässt. Aus den Interviews geht zudem hervor, dass die Entlassung in die Wohnungslosigkeit einer der größten Risikofaktoren dafür sei, erneut mit dem Konsum zu beginnen, woraus sich wiederum ein sehr hohes Risiko für eine Überdosis ergibt (es sei das "Paradebeispiel" dafür). Mitarbeitende aus einem Projekt an der Schnittstelle zur JVA, in dem inhaftierte Personen sozialarbeiterisch begleitet werden, beschreiben, dass ein Übergangsmanagement, das diese Probleme aufgreift, zwar theoretisch vorhanden sei, es aber aufgrund fehlender Ressourcen (Personal und Zeit) nicht flächendeckend funktioniere. In diesem Zusammenhang wird das (fehlende) Entlassungsmanagement in den Interviews als höchst problematisch beschrieben, da aus der JVA heraus keine Anträge (z.B. beim Jobcenter) gestellt sind. Zudem sei eine in Haft begonnene Substitution nach Entlassung nicht sichergestellt, da keine ärztliche Anbindung hergestellt werde. Daraus ergibt sich, dass die Betroffenen sehr schnell wieder in ihren alten Strukturen landen.

Hinzu kommt ein weiteres Problem bei Menschen, die nur einen sehr kurzen Haftaufenthalt haben, z. B. aufgrund einer Ersatzstrafe (s. Fahren ohne Ticket bei Mobilität). Ein Übergangsmanagement, das bei der entsprechenden Beantragung unterstützt, greift bei dieser Personengruppe häufig nicht, sodass sie am Tag der Entlassung ohne Wohnung, ohne Arbeit, ohne KV und möglicherweise entzückt sind. Hier scheint es sich in Berlin um ein grundsätzliches Problem zu handeln, da hier Personen in Untersuchungshaft und Ersatzfreiheitsstrafen vom

Übergangsmanagement ausgenommen sind (Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) 2025). In dieser Situation suchen die Personen nicht selten die Orte auf, bei denen sie sich vor der Verhaftung aufgehalten haben. Dies bedeutet auf der Strukturebene, dass nicht nur Verständigungsprobleme durch unterschiedliche Zuständigkeiten des Sozial- und Gesundheitswesens entstehen, sondern dass bei einem JVA-Aufenthalt, der auch wegen nicht bezahlter Geldstrafen z. B. wegen Fahren ohne Ticket oder Ladendiebstählen – eintreten kann, eine Art „Bermudadreieck“ zwischen Sozial-, Gesundheits- und JVA-Bereich entsteht, in dem die Personen regelrecht „verschwinden“ und dann auf den Szenen im wahrsten Sinne „unvermittelt“ wieder „auftauchen“. Für die Unterstützungsstrukturen bedeutet dies, dass die Arbeit mit den Personen z. B. in Bezug auf Organisation einer Substitution als Schutz vor dem Kreislauf zwischen Konsum, dem Zwang Geld zur organisieren, wieder von vorne beginnen muss und sich dadurch ein sog. „Drehtüreffekt“ mit der Tendenz zur Verschlechterung ergibt (vgl. auch Kap. 4.2.1).

Eine ähnliche Problematik entsteht nach Krankenhausaufenthalten, wenn der Sozialdienst im Krankenhaus nicht eingeschaltet wird oder aus Kapazitätsgründen keine unterstützenden Übergänge koordinieren kann, werden Menschen mit noch nicht ausgeheilten Erkrankungen und ohne Anschlussbehandlung (bspw. OST) in die Obdachlosigkeit entlassen.

5.5 Vermittlung und Halten in der OST

Die Opiatsubstitutionstherapie gilt als eine Möglichkeit, den Kreislauf von Beschaffung und Verelendung zu durchbrechen. In den Interviews wurde deutlich, dass die Umsetzung sich im Detail jedoch als herausfordernd mit Blick auf die Zielgruppe darstellt. In hausärztlichen und auch in Schwerpunktpraxen können neben der OST zwar weitere medizinische Behandlungen direkt angebunden oder von dort aus eingeleitet werden, Patient*innen müssen sich jedoch auf Abläufe der Praxisorganisation einlassen (können). Diese orientieren sich an den Vorgaben für Substitution und den Refinanzierungen durch das SGB V. Zudem setzen die Praxen für die Vergabe der Substitute mehr oder weniger enge Zeitfenster fest. Personen der Zielgruppe haben hier oft Schwierigkeiten diese Anpassungsanforderungen zu bewältigen. Diese Anforderungen wurden in den Interviews z. B. als sog. „Terminfähigkeit“ beschrieben. Hierbei müssen sich die Personen an Termine halten und pünktlich erscheinen. Ein Ausfall dieses Termins hat finanzielle Nachteile für die Praxis. Entstehende Lücken können durch Personen auf den Wartelisten nicht kurzfristig aufgefüllt werden. Wenn die Patient*innen wiederum kein Substitut erhalten, dann versorgen sie sich auf dem Schwarzmarkt, was wiederum als „Beikonsum“ gewertet werden kann und zu Konflikten in den Praxen führt (vgl. Kap. auch 4.2.5).

Weiter besteht eine Anpassungsherausforderung darin, dass Personen der Zielgruppe andere Patient*innen durch ihr Auftreten verunsichern können, was in den Interviews als „Wartezimmerfähigkeit“ bezeichnet wurde. Diese Herausforderung gilt vor allem für hausärztliche Praxen, die keine Schwerpunktpraxen sind. Dies wurde auf Nachfrage so konkretisiert, dass ungepflegtes Äußeres, offene Wunden oder Gerüche andere Patient*innen abschrecken und Praxen dadurch wirtschaftliche Nachteile erleiden würden. Dies zeigt sich ergänzend in den Interviews durch die Beschreibungen der Zusammenarbeit zwischen Substitutionspraxen und Clearingstelle. Mehrere Mitarbeitende berichteten, dass Praxen aus den zuvor genannten Gründen zurückhaltender gegenüber Klient*innen seien, die von der Clearingstelle vermittelt werden. Hier zeigen sich stigmatisierende Zuschreibungen an die Zielgruppe, die als Argumentation für eine Ablehnung der Aufnahme in die Behandlung genutzt werden (vgl. auch Kap. 4.3.2).

Hinzu kommen Verständigungsprobleme, die zu Unsicherheiten über die Behandlungs-Compliance führen und unter Substanzeeinfluss oder Entzückigkeit mit aggressivem Verhalten verbunden sein können. Hier werden insbesondere jene Praxen positiv hervorgehoben, die sich um Sprachmittlung bemühen oder das Personal selbst über Sprachkompetenzen verfügen. Dies alles führe dazu, dass niedergelassene Praxen sehr enge Regeln aufstellen würden, damit dort eine OST angeboten werden kann und trotz Bedarfes immer wieder substituierende Ärzt*innen fehlen würden.

Zur Platzvermittlung in eine OST machten die Befragten unterschiedliche Angaben: Teilweise funktioniere die Kooperation sehr gut und sichere ausreichend Plätze, teilweise werde von einem Mangel berichtet. Praktisch hätten psychosozial Beratende durch direkte Kontakte zu Praxen oft schnelleren Zugang als über offizielle Wege. Ein Krankenversicherungsschutz oder die Kostenübernahme durch die Clearingstelle sei jedoch immer Voraussetzung. Nach Aussagen der Interviewten hängt die Zuteilung eines Substitutionsplatzes stark vom persönlichen Netzwerk der vermittelnden Person ab, die Wahlfreiheit eines Substitutionsplatzes bestehe nicht. Häufig würden sie „kurze Dienstwege“ per Telefon nutzen, um Zugänge zu sichern. Sprachliche Nähe – etwa russischsprachige Mitarbeitende in den Arztpraxen – erweise sich als entscheidender Faktor für Vertrauen, Weitervermittlung und Konfliktbearbeitung. Ergänzend würden Informationen innerhalb der Szene häufig über Mund-zu-Mund-Propaganda weitergegeben, besonders wenn Beratende oder Praxismitarbeitende dieselbe Sprache sprechen wie die Adressat*innen.

Auch während der Behandlung komme es häufig aufgrund von fehlender (Termin-) Verlässlichkeit, Herausforderungen bezogen auf Praxisorganisation und Verständigungsschwierigkeiten häufig zu Konflikten. Zusätzlich berichten die Patient*innen von nicht ausreichender Beratung bezüglich der Menge des Substituts sowie strengen Regeln bezüglich Beikonsum und wenig wertschätzende Kommunikation in einigen Praxen. Auch hier würden die Sozialarbeitenden häufig zwischen Patient*innen und Arztpraxen vermitteln. Gelingt dies nicht oder werden vermittelnde Akteur*innen nicht eingeschaltet, könne es zu Abbrüchen der Behandlung kommen. In den Gesprächen wurde zudem auf weitere Faktoren hingewiesen, die Behandlungsverläufe unterbrechen. Dazu zählen kurze Haftaufenthalte oder Entgiftungen, die von Betroffenen selbst als kurzfristige Entlastung gesucht werden und aus denen sie dann nicht selten entzünftig entlassen würden. Dies verstärkt die Exklusion der Zielgruppe aus regulären Praxen.

Aus den Interviews geht insgesamt hervor, dass die Koordination einer Substitutionstherapie mit der Zielgruppe aufgrund ihrer prekären sozialen Situation im Einzelfall einen erheblichen Aufwand für alle Beteiligten darstellen kann. Nur einige Substitutionspraxen (auch Schwerpunktpraxen) übernehmen diese Aufgabe, andere sehen Koordination der Substitutionstherapie mit den tatsächlichen Herausforderungen einer Person nicht als Aufgabe medizinischer Versorgung an. Interviewpartner*innen beschreiben es so, dass diesbezügliche Abstimmungen und Konsiliargespräche mit Sozialarbeitenden zur Koordination in der Wahrnehmung der Ärzt*innen meist „ehrenamtlich“, d. h. ohne entsprechende Vergütung und auf Initiative durch die niedrigschwelligen Einrichtungen erfolgen. Die Tatsache, dass man für die Substitutionstherapie gleichzeitig an mehreren Stellen (Clearingstelle, niedrigschwellige Suchthilfe) angebunden sein sowie zusätzliche Wegstrecken und Zeitmanagement bewältigen muss, macht OST zu einem hochschwelligen, voraussetzungsreichen Angebot.

In den Interviews wurde auch deutlich, dass bei den Fachkräften der Eindruck entstanden ist, dass für Substitutionspraxen eine Zusammenarbeit mit der Clearingstelle nicht attraktiv erscheint, weil dann erwartet wird, dass Klient*innen zugewiesen werden, die sich nicht ohne Weiteres in die Abläufe der Praxis integrieren lassen. Hier besteht jedoch noch eine Forschungslücke, da an den Gesprächen keine Mitarbeitenden aus Substitutionspraxen (insbesondere Ärzt*innen) teilgenommen haben.

Die Kooperationen zwischen Clearingstelle und Einrichtungen niedrigschwelliger Drogenhilfe werden von den interviewten Fachkräften insgesamt als gut etabliert beschrieben. Gleichzeitig wird die Clearingstelle als stark ausgelastet wahrgenommen, was zu teils erheblichen Wartezeiten in der Kontaktaufnahme führt. Eine einzige Clearingstelle werde dem tatsächlichen Bedarf im gesamten Stadtgebiet nicht gerecht. Positiv hervorgehoben werden die von der Clearingstelle durchgeführten Schulungen für Mitarbeitende der niedrigschwelligen Einrichtungen, da dies Prozesse erleichtern und Vermittlungen beschleunigt hätte. Eine Ausweitung der Schulungen wird befürwortet, um im Arbeitsalltag mit den jeweils anwesenden Personal flexibel auf die Bedarfe der Adressat*innen eingehen zu können. Kritisch wird hingegen bewertet, dass die Zielgruppe häufig intensive Unterstützung benötigt, um notwendige Anträge tatsächlich zu stellen - ein Schritt, der nicht in die Zuständigkeit der Clearingstelle fällt. Das persönliche Erscheinen vor Ort in der Clearingstelle auch im weiteren Verlauf der medizinischen Behandlung wird als große Hürde erlebt. Gleiches gilt für die verpflichtenden Empfehlungsschreiben zur Begründung von Maßnahmen. Dies wird als unnötig bürokratisch und aufwendig beschrieben. Von Gesprächspartner*innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe wird angemerkt, dass die Vermittlung in die OST deutlich einfacher wäre, wenn der Weg über die Clearingstelle entfallen könnte. Grundsätzlich funktioniere die Bewilligung zwar gut, jedoch fehle es an hinreichender Finanzierung begleitender medizinischer Behandlungen, z. B. bei Hepatitis. Als entlastend und zugangserleichternd wird vorgeschlagen, dass Ärzt*innen direkt in niedrigschwelligen Einrichtungen tätig werden können (z. B. für OST), um weitere Wege und formale Zwischenschritte für die Zielgruppe zu vermeiden.

5.6 Erstellung einer interaktiven Karte der Verortung von Hilfsangeboten

Die im Rahmen der Kurzinterviews angefertigte interaktive Karte (vgl. Anlage 1) zeigt alle im Forschungsprojekt Wi:Nu:K kontaktierten Anlaufstellen für die Zielgruppe, d. h. die Geschäfts- oder Verwaltungsadressen der jeweiligen Organisationen und Einrichtungen. Eine Ebene umfasst die im Rahmen des Forschungsprojekts befragten Organisationen und Einrichtungen, eine zweite Ebene listet Stellen mit formellen Kooperationsvereinbarungen oder -verträgen mit der Clearingstelle der Berliner Stadtmission. Über die Ebenenauswahl können entweder alle Anlaufstellen und Kooperationspartner der Clearingstelle gleichzeitig angezeigt werden oder nur einzelne Ebenen. Die Beschreibungen beruhen auf Selbstauskünften der Anbieter, insbesondere von deren Webseiten.

Nicht dargestellt werden die geografischen Einzugsbereiche bzw. Versorgungsgebiete der Angebote, die Routen des Arztmobils der Caritas sowie des SUB-Busses von Karuna und die jeweils verfügbaren Sprachressourcen. Diese Informationen spielten in den Kurzbefragungen zunächst keine zentrale Rolle und wurden nicht standardmäßig erhoben. Das Kriterium Sprache wurde erst im Verlauf des Projekts als relevantes Merkmal identifiziert. Eine entsprechende Ergänzung wäre sinnvoll, um Versorgungslücken besser sichtbar zu machen.

Die Angaben wurden im Verlauf der Abschlusstagung am 03.12.2025 an der Alice-Salomon-Hochschule (ASH) Berlin von den anwesenden Akteuren ergänzt und erweitert, sodass die Versorgungsgebiete sowie die Kooperationsstrukturen noch präziser abgebildet werden können.

Die Kartografie dient ausschließlich der Visualisierung für den Auftraggeber und ist nicht für die praktische Anwendung vorgesehen. Für zukünftige Anwendungen wäre ein datenschutzkonformer Anbieter empfehlenswert, ergänzt durch eine erweiterte Erhebung zu den geografischen Versorgungsbereichen, den verfügbaren Sprachen sowie den Routen der mobilen Angebote. Zudem sollte eine einheitliche Darstellung der Angaben sichergestellt werden.

Link:

<https://www.google.com/maps/d/embed?mid=1dxIxNeDa8w6UEQKffV6dbNkdDKFgVYo&ehbc&ll=52.523907134099716%2C13.365050799694437&z=12>

6 Wirkmodell

Die im Rahmen des Projekts erarbeitete Wirklogik liefert detaillierte Erkenntnisse darüber, wie die Versorgung Opioidkonsumierender, wohnungsloser Menschen mit unklarem Krankenversicherungsstatus in Berlin aufgebaut ist: welche Aktivitäten und Prozesse zu welchen Resultaten/Outputs führen, welche Wirkungen hierbei auf Ebene der Zielgruppe erzielt werden sollen, welche gesellschaftlichen Effekte sich daraus ableiten lassen und welche strukturellen, organisatorischen, finanziellen, rechtlichen und individuellen Rahmenbedingungen diese Wirkungsbildung begünstigen oder begrenzen. Die Ergebnisse zeigen deutlich, wie komplex die Wechselwirkungen zwischen Angeboten, Zielgruppe, institutionellen Strukturen und gesetzlichen Rahmenbedingungen sind und welche Stärken, aber auch welche systemischen Lücken die derzeitige Versorgungslandschaft aufweist. Das Modell wird nachfolgend textlich verdichtet dargestellt. Die grafische Darstellung als Dashboard findet sich im Anhang (vgl. Anhang 2). Darüber hinaus werden in diesem Kapitel noch Verbesserungsvorschläge dargestellt, die im Kontext der Workshops von den Beteiligten sowie in der Abschlusstagung im Dezember 2025 benannt wurden. Diese Vorschläge fließen auch in die Handlungsempfehlungen im Kapitel acht ein.

6.1 Sample

Das Sample der Workshops bestand aus Personen, die zuvor im Rahmen der Fachkräftebefragung als zentrale Akteure in der Versorgung der Zielgruppe identifiziert und zur Teilnahme eingeladen wurden. Konkret umfasste es Mitarbeitende der Senatsverwaltung, die institutionelle Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung tragen, Mitarbeitende der Clearingstelle, die für die Fallbearbeitung bei unklarem Krankenversicherungsstatus sowie die Koordination medizinischer Versorgung zuständig sind, sowie Fachkräfte niedrigschwelliger Drogen- und Wohnungslosenhilfe, medizinischer Versorgungseinrichtungen und weiterer unterstützender Strukturen. Mitarbeitende aus der Substitutionsversorgung und aus Sozialdiensten der Haftanstalten konnten nicht für die Teilnahme an den Workshops gewonnen werden bzw. standen auch nicht für ein Interview zur Verfügung (s. Kap. 5). Zusätzlich nahmen an den Workshops auch die Mitarbeitenden des Projektes teil, die die Interviews mit den Nutzer*innen (Kap. 3.1) durchgeführt und ausgewertet haben. Vermittelt durch die Forschenden erhielt somit systematisch auch die Perspektive der Nutzer*innen Einzug in die Überlegungen, sowie die Perspektive der Akteure aus dem Helfefeld, die nicht an den Workshops teilnehmen konnten oder wollten. Das Sample stellt eine Zusammenstellung von Key-Informed Persons in Bezug auf die Fragestellung der Untersuchung dar (vgl. 3.2).

6.2 Beschreibung des Wirkmodells

Im erarbeiteten Wirkmodell werden Wirkannahmen für die Versorgung Opiode konsumierender, wohnungsloser Personen mit unklarem Krankenversicherungsstatus in Berlin dargestellt. Diese basieren auf der Annahme, dass verschiedene Aktivitäten und Interventionen zu sogenannten Outputs führen, die die Grundlage für die potenzielle Entstehung von Outcomes, also Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe des Angebotes, bilden. Weiterhin werden im Wirkmodell auch gesellschaftliche Wirkungen (Impacts) benannt, die sich durch eine erfolgreiche Versorgung ergeben können. Bei der Erarbeitung des Wirkmodells wurde der Fokus nicht nur auf die Wirkannahmen und die Wirkungen gelegt, sondern auch diskutiert und dargestellt, welche Kontextfaktoren neben den durchgeführten Aktivitäten einen Einfluss auf die Erzielung der Wirkungen haben.

Im Wirkmodell werden daher folgende Elemente dargestellt:

- **Aktivitäten:** In diesem Bereich des Wirkmodells werden Aktivitäten aufgeführt, die im Rahmen der Angebote und Versorgung durchgeführt werden.
- **Outputs:** Outputs sind Resultate der Angebote, die zunächst noch keine Veränderungen oder Stabilisierungen bei der Zielgruppe darstellen. Sie sind jedoch Voraussetzung dafür, dass überhaupt Wirkungen entstehen können. Outputs sind oft leicht zählbar (z. B. Anzahl der Kostenübernahmen), können sich aber auch auf fachlich-inhaltliche Aspekte beziehen, die im Rahmen der Angebote geschehen (z. B. Beziehungen zu Personen der Zielgruppe gestalten sich kooperativ).
- **Outcomes:** Auf Basis der Aktivitäten und Outputs entstehen Outcomes. Das sind Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe, also den Opiode konsumierenden, wohnungslosen Personen mit unklarem Versicherungsstatus. Hierbei werden Veränderungen und Stabilisierungen benannt, die durch die Angebote entstehen. Im Wirkmodell wird zwischen Haupt-, Teil- und Folgewirkung unterschieden.
- **Impact:** Impacts sind gesellschaftliche Wirkungen, die durch ein Angebot oder eine Leistung entstehen. Diese können gesamtgesellschaftlich entstehen oder in Teilbereichen (z. B. dem familiären System).
- **Kontext und Außeneinflüsse:** Unter Kontext und Außeneinflüssen werden im Wirkmodell Faktoren aufgeführt, die neben der Versorgung und der Angebote Einfluss auf das Erzielen der Wirkungen (Outcomes und Impacts) haben können. Diese werden in vier Kategorien zusammengefasst:
 - **Incomes der Adressat*innen:** Ressourcen und Voraussetzungen, die die Adressat*innen mitbringen (z. B. Konsumverhalten, Motivation).
 - **Strukturelle Kontextfaktoren:** Strukturelle Merkmale und Faktoren, die innerhalb der Organisation bzw. Kooperation angesiedelt sind (z. B. verfügbare Öffnungszeiten, Lagerung der Drogenersatzstoffe).

- **Rahmenbedingungen:** Rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die einen Einfluss auf die Versorgung bzw. die zu erzielenden Wirkungen haben (z. B. Zugang zu Sozialleistungen).
- **Input:** Finanzielle, personale oder andere Ressourcen, die der Senat in das Angebot einbringt (z. B. finanzielle Haushaltsmittel).

Die grafische Darstellung des Wirkmodells ist im Anhang 2 des Berichtes aufgeführt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Abschnitte, die im Entwicklungsprozess erarbeitet wurden, näher beschrieben.

6.2.1 Aktivitäten

Zu den zentralen Ergebnissen der Analyse gehört, dass die Basisversorgung – bestehend aus Essen, Trinken, Körperhygiene, sicherem Konsum, dem Ankommen-Können und der Erfahrung, „sich gesehen und willkommen zu fühlen“ als auf Dauer gestellte Gelegenheitsstruktur (vgl. Arendt 2023: 222 ff.) – eine fundamentale Rolle dabei spielt, Zugang zur Zielgruppe zu erlangen und diesen auch zu halten. Die Aktivitäten dieser Kontakt- und Versorgungsangebote durch die niedrigschwellige Suchthilfe sind integraler Bestandteil des Wirkmodells, da sie in den meisten Fällen die Voraussetzung dafür sind, dass die betroffenen Personen überhaupt bereit sind, weiterführende Angebote, z. B. OST, wahrzunehmen und dauerhaft für sich zu nutzen. Die Fachkräfte beschrieben, dass diese initiale Versorgungssicherheit und der Aufbau einer verlässlichen Beziehung für viele Nutzer*innen einen wichtigen stabilisierenden Moment im Tagesverlauf darstellen. Sie bilden gleichzeitig den Ausgangspunkt für vielfältige weitere Interventionen wie Motivationsarbeit, psychosoziale Beratung, das Aufzeigen konkreter Wege im Hilfesystem oder die Vermittlung in medizinische Angebote.

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass die Fachkräfte stark ressourcenorientiert arbeiten und ihre Tätigkeiten aufeinander abgestimmt sind, um kleinschrittige Zugänge zu komplexeren Versorgungsstrukturen zu ermöglichen. Dabei spielt unter anderem eine kontinuierliche Begleitung zu Terminen eine zentrale Rolle: Sie ist nicht nur organisatorisch bedeutsam, sondern auch relational, da viele Nutzerinnen und Nutzer ohne diese Form der Unterstützung Termine im Hilfesystem nicht wahrnehmen würden. Einschränkend wurde jedoch darauf hingewiesen, dass diese Aktivität viel Ressourcen bindet und daher nicht flächendeckend, sondern nur vereinzelt eingesetzt werden kann. Die intensive, wiederkehrende beziehungsorientierte, proaktive Begleitung vor Ort oder im Kiez durch Streetwork wird im Workshop mehrfach als „Dranbleiben“ (vgl. hierzu auch Unterkofler 2021) bezeichnet und ist eine der wichtigsten identifizierten Aktivitäten. Sie ermöglicht es, Prozesse zu stabilisieren, Rückschritte aufzufangen und in Momenten der Krise erneute Motivation aufzubauen. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Beziehungsarbeit als essenziell für das Erreichen jeglicher Outcomes betrachtet wird.

Auf organisationaler Ebene wurden weitere Aktivitäten identifiziert, die für die Qualität der Versorgung entscheidend sind, etwa regelmäßige Fallbesprechungen, kollegiale

Beratung, strukturierte Kooperationen, Schulungen sowie die aktive Ansprache und Pflege von Beziehungen zu Arztpraxen, Kliniken, Unterbringungseinrichtungen und sozialen Diensten. Die Ergebnisse belegen, dass gelingende Versorgung eine Vielzahl solcher interinstitutioneller Abstimmungsprozesse voraussetzt. Die Fachkräfte verweisen darauf, dass diese Arbeit zeitintensiv ist, für Außenstehende häufig unsichtbar bleibt und dennoch maßgeblich dazu beiträgt, dass Übergänge innerhalb des Hilfesystems überhaupt möglich werden.

6.2.2 Outputs

Aus den Aktivitäten werden im Wirkmodell die Outputs abgeleitet, die ebenfalls in den Ergebnissen ausführlich beschrieben werden. Einer der zentralen Outputs ist der stabile Kontakt zur Zielgruppe, auf dessen Basis Entwicklungen einzelner Personen oder Gruppen antizipiert und damit frühzeitig reagiert werden kann. Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Kontakt nicht selbstverständlich ist, sondern durch ein komplexes Gefüge von fachlicher Haltung, niedrigschwelliger Zugänglichkeit, Verlässlichkeit und situativer Flexibilität aufrechterhalten wird. Der Kontakt zu einer Zielgruppe, die dynamisch, gesundheitlich belastet, rechtlich prekär gestellt und sozial isoliert ist, muss kontinuierlich erneuert und gepflegt werden. Die Stabilität dieses Kontakts ist daher ein wesentlicher Indikator für gelingende Versorgung. Die Kontaktqualität zeigt sich daran, ob und in welchem Umfang die Menschen der Zielgruppe die Angebote der niedrigschwelligen Einrichtungen (für sich) nutzen (können). Dies kann als ein Nutzen von Gelegenheiten beschrieben werden. Diese Gelegenheiten müssen auf Dauer gestellt aber immer wieder an sich ändernde Bedarfe angepasst werden, um im Zusammenspiel mit anderen Outputs Wirkungen zu entfalten. Hierbei ist zu beachten, dass Versorgung und Begleitung immer individuell auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer*innen zugeschnitten sind. Daher können und müssen nicht alle Outputs bei jeder*m Nutzer*in erreicht werden. Vielmehr wird es ausgehend vom Erstkontakt eine Fokussierung auf bestimmte Outputs geben, die für die individuelle Problemlage und Situation sinnvoll erscheinen.

Weitere Outputs, die in den Ergebnissen dokumentiert sind, umfassen produktive Beziehungen zu Kooperationspartnern, gelingende Praxiskooperationen zwischen Sozial- und Gesundheitssystem, Wissen um Teilhabebbarrieren, gelingende Übergänge zwischen Angeboten, herabgesetzte Mobilitätsbarrieren und die Möglichkeit, Einzelfallhilfen oder Case Management über erschlossene Finanzierungsmöglichkeiten strukturell abzusichern. Diese Outputs markieren Zwischenstationen im Hilfeprozess und verdeutlichen, wie viele kleine organisationalen Einheiten notwendig sind, bevor Wirkungen entstehen können.

6.2.3 Outcomes

Die Ergebnisse zeigen, dass die Outcomes – also die Wirkungen im engeren Sinne – eine dreistufige Logik aufweisen. Die Hauptwirkungen sind in der grafischen Darstellung des Wirkmodells farblich hervorgehoben und sollten am Ende des

Prozesses im Idealfall entstehen. Sie beziehen sich auf Veränderungen bzgl. der Lebenslage. Im Wirkmodell sind weiterhin Wirkungen aufgeführt, die in Folge der erfolgreichen Erzielung der Hauptwirkung bei den Nutzer*innen eintreten können. Wie bei den Outputs gilt auch für die Outcomes: Die entstehenden Wirkungen werden bei jedem Nutzer und bei jeder Nutzerin individuell ausfallen und – in den meisten Fällen – nicht alle Teilwirkungen enthalten.

Im Rahmen der sich in diesem Wirkmodell abgezeichneten dreistufigen Logik, bilden Teilwirkungen die erste Stufe und umfassen zum Beispiel den Wissenszuwachs über Rechte und Möglichkeiten im Hilfesystem, die zielgerichtete Nutzung niedrigschwelliger Angebote, die Nutzung weniger schadhafter Konsumformen, die Stabilisierung des physischen und psychischen Gesundheitszustands, die Erfahrung sozialer Anerkennung sowie die Nutzung höherschwelliger medizinischer Angebote. Die Analyse dieser Teilwirkungen zeigt, dass sie eine notwendige Grundlage für tiefergehende Veränderungen darstellen und stark davon abhängen, ob die Outputs zuvor erfolgreich erreicht wurden.

Die Hauptwirkungen bilden anschließend die zweite Stufe der Wirkungsbildung. Die Ergebnisse beschreiben eine stabilisierte Lebenslage durch einen Alltag, der nicht mehr durch Beschaffung dominiert wird, eine vorhandene Tagesstruktur sowie ein Zugang zu Wohnraum zumindest in Form der ASOG-Unterbringung. Diese ist jedoch je nach Leistungsanspruch und Aufenthaltsstatus nicht immer möglich. In Bezug auf Notunterkünfte sind umfassende Einschränkungen vorhanden, wie die Analyse der Nutzendenperspektive gezeigt hat (vgl. Kap. 4.2.5). Wichtige Kriterien zur Nutzung waren Sicherheit, verlässliche Möglichkeit der Ruhe, keine Schließzeiten und Sauberkeit, werden diese von den Nutzenden als nicht angemessen beurteilt, vermeiden sie die Nutzung von Unterbringungen nach ASOG bzw. Notunterkünfte.

Weitere Outputs sind eine nachhaltige Integration in die Gesundheitsversorgung, eine erhöhte subjektive Lebensqualität und die Fähigkeit sowie Möglichkeit der Nutzer*innen, sich selbst aktiv um die Verbesserung ihrer eigenen Lebenslage zu bemühen. In der Zusammenschau wird deutlich, dass die Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe, der Clearingstelle und weiterer Kooperationspartner im Sozial- und Gesundheitswesen zentrale Voraussetzungen für diese Hauptwirkungen schaffen. Diese werden jedoch auf struktureller Ebene durch Friktionen in der Zusammenarbeit zwischen bürokratischen Organisationseinheiten, einer fehlenden übergeordneten Fallverantwortung, sowie hochschwelliger Zugänge zu und erschwelter Teilnahme an Substitution (OST) unterlaufen. Dies gilt insbesondere für die einzelfallbezogene Gestaltung von Übergängen und Möglichkeiten zur Verständigung (vgl. Kap. 5). Diese Konstellation behindert diese Wirkungen systematisch.

Den Ergebnissen zufolge entstehen Folgewirkungen erst dann, wenn die Hauptwirkungen stabil verankert sind. Dazu gehört eine deutliche Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustands, die Verringerung von Beschaffungskriminalität, die Annahme subjektiv sinnvoller Beschäftigung und damit

eine erhöhte soziale Teilhabe. Diese Folgewirkungen liegen zum Teil außerhalb des direkten Einflussbereichs der Angebote, sind aber im Wirkmodell als erwünschte mittelbare Effekte dargestellt.

6.2.4 Impacts

Ein weiterer zentraler Ergebnisbereich betrifft die identifizierten Impacts definiert als gesellschaftliche Wirkungen. Diese sogenannten Impacts entstehen somit über die Wirkungen, die bei der Zielgruppe erzielt werden, hinaus. Die gesammelten Ergebnisse dokumentieren, dass auf der gesellschaftlichen Ebene durch gelingende niedrigschwellige psychosoziale Arbeit unter anderem ein verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle entstehen kann, Versorgungslücken sichtbar gemacht werden, Kooperationsstrukturen im Hilfesystem gestärkt werden, die Akzeptanz von Konsumräumen steigt und der öffentliche Raum entlastet wird, weil weniger Konsum im öffentlichen Raum stattfindet. Dies hat wiederum Auswirkungen auf das subjektive Sicherheitsempfinden von Anwohnerinnen und Anwohnern und stärkt die Rolle der Sozialarbeit als Frühwarnsystem für Veränderungen im Sozialraum.

6.2.5 Kontextfaktoren

Ein umfassender Ergebnisbereich widmet sich den Kontextfaktoren. Neben der Versorgung und der Angebote können auch andere Faktoren einen Einfluss auf die Erzielung der Outcomes haben. Daher erfolgte bei der Entwicklung des Wirkmodells eine intensive Auseinandersetzung mit Kontextfaktoren und Außeneinflüssen, die das Erreichen der Wirkungen bei der Zielgruppe beeinflussen können. Bei der Erarbeitung des Wirkmodells wurden daher Faktoren in den vier Bereichen Incomes, Input, strukturelle Kontextfaktoren und gesetzliche sowie rechtliche Rahmenbedingungen identifiziert und diskutiert.

Die Analyse zeigt, dass die Wirkungsausbildung von einer Vielzahl individueller, rechtlicher, struktureller und finanzieller Faktoren abhängt. Die Incomes, also die individuellen Voraussetzungen der Adressat*innen, spielen dabei eine doppelte Rolle: Positive Voraussetzungen, wie Motivation und soziale Ressourcen, unterstützen den Hilfeprozess, während Sprachbarrieren, schlechte physische oder psychische Verfassung oder rechtliche Einschränkungen den Prozess erheblich erschweren. Die Inputs, also die zur Verfügung stehenden Ressourcen, wie Personalstellen, Räumlichkeiten, medizinische Versorgungskapazitäten oder Sprachmittlung, sind ebenfalls entscheidend, werden jedoch als vielerorts unzureichend beschrieben. Besonders deutlich wird der Einfluss der strukturellen Kontextfaktoren, wie Öffnungszeiten, Mobilitätsunterstützung, (fehlende) Fallkonferenzen oder Kooperationsvereinbarungen, die darüber entscheiden, ob Übergänge gelingen oder abbrechen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen schließlich – insbesondere Begrenzungen im Bereich des SGB II, V, des BtmG, migrationsrechtliche Vorgaben oder der Mangel an substituierenden Ärzt*innen –

werden als zentrale Barrieren beschrieben, die eine flächendeckende Wirksamkeit erheblich erschweren.

6.3 Zusammenfassende Einschätzung der Wirkungsanalyse

Die Ergebnisse machen deutlich, dass das Berliner Versorgungssystem für Opiode konsumierende, wohnungslose Menschen mit unklarem Versicherungsstatus gleichermaßen wirkungsvolle Stärken wie tief verankerte strukturelle Schwächen aufweist. Seine besondere Leistungsfähigkeit zeigt sich vor allem dort, wo niedrigschwellige Angebote tragfähige Beziehungen schaffen, Vertrauen herstellen und erste Stabilität ermöglichen – also dort, wo professionelle Haltung, Praxisnähe und flexible Arbeitsweisen unmittelbare Wirkung entfalten. Zugleich offenbaren die Analysen systemische Brüche, die genau diese Wirkung immer wieder unterlaufen und verhindern.

Eine der größten Stärken des Systems liegt in der Qualität und Kontinuität der niedrigschwelligen Suchthilfe. Sie schafft – durch Essen, Hygiene, sicheren Konsum, Aufenthaltsräume und anerkennende Beziehungsgestaltung – die unverzichtbare Grundlage für Zugang, Stabilisierung und Motivation. Dieses „Dranbleiben“ im Alltag der Nutzer*innen, getragen von Streetwork und proaktiver Begleitung, ist ein Alleinstellungsmerkmal, welches das formale Gesundheitssystem so nicht leisten kann. Es wirkt als Türöffner in ein ansonsten hochgradig fragmentiertes Hilfesystem und ermöglicht Fortschritte, die ohne diese verlässlichen Kontaktstrukturen nicht entstehen würden. Auch die intensive Kooperationsarbeit zwischen Einrichtungen und die Fähigkeit der Fachkräfte, kreativ und situativ auf komplexe Problemlagen zu reagieren, gehören zu den klaren Stärken.

Gleichzeitig zeigt das Wirkmodell deutliche strukturelle Schwächen: Der Übergang von niedrigschwelligen Angeboten in medizinische oder sozialrechtlich geregelte Leistungen ist oft von Brüchen geprägt. Fehlende übergeordnete Fallverantwortung, limitierte Öffnungszeiten, unzureichend abgestimmte Prozesse und große Unterschiede zwischen Organisationen führen dazu, dass viele Nutzer*innen zwar punktuell erreicht, aber systematisch nicht weitergeführt werden können. Substitution – obwohl zentral für Stabilisierung – ist durch knappe ärztliche Kapazitäten, rechtliche Hürden und komplizierte Zugangswege für die Zielgruppe besonders schwer erreichbar. Diese Schwächen sind weniger Ausdruck fachlicher Defizite als struktureller Unterversorgung und institutioneller Passungsprobleme.

Die Outputs des Systems – stabile Kontakte, Kooperationen, Wissen um Barrieren, reduzierte Mobilitätshürden – zeigen, dass viele Voraussetzungen für wirksame Hilfe tatsächlich geschaffen werden. Doch der Schritt hin zu langfristigen Hauptwirkungen wie stabiler Tagesstruktur, nachhaltiger Gesundheitsversorgung oder Zugang zu Wohnraum gelingt nur fallweise. Besonders die Schnittstellen zwischen Sozial- und Gesundheitssystem sind zu fragile Kontaktpunkte: Sie hängen von einzelnen engagierten Fachkräften und einzelnen Kooperationsstrukturen ab, weniger von strukturell verlässlichen Mechanismen, die von den Menschen erkannt und

selbständig genutzt werden können. Damit entfaltet das System intendierte Wirkungen, solange es gelingt, individuelle Lücken durch Engagement zu kompensieren – ist aber wenig resilient, sobald Ressourcen knapp oder Bedingungen komplexer werden.

Auf gesellschaftlicher Ebene beweist das System ebenfalls Stärke: Gelingende niedrigschwellige Arbeit entlastet den öffentlichen Raum, steigert das Sicherheitsempfinden, stärkt Kooperationsstrukturen und verbessert den Zugang zur Gesundheitsversorgung insgesamt. Doch auch diese Impacts bleiben stark abhängig von einzelnen Einrichtungen und Projekten, statt durch eine verlässlich finanzierte Infrastruktur abgesichert zu sein.

Besonders deutlich wird, dass viele Schwächen außerhalb der Einflussmöglichkeiten der Fachkräfte liegen. Rechtliche Begrenzungen im SGB II und V sowie im BtmG, migrationsrechtliche Einschränkungen und der Mangel an substituierenden Ärzt*innen begrenzen systematisch die Wirkungsmöglichkeiten. Hinzu kommen unzureichende Ressourcen – Personal, Räume, medizinische Kapazitäten, Sprachmittlung – die dazu führen, dass Bedarfe und Angebote strukturell auseinanderklaffen. Die Wirkungskurve des Systems verläuft damit weniger entlang fachlicher Logiken als entlang rechtlicher Barrieren und personeller Engpässe.

Insgesamt zeigt die Analyse ein Versorgungssystem, das im direkten Kontakt mit der Zielgruppe ausgesprochen stark ist, aber in der systematischen Weiterführung, Verankerung und Verstetigung von Hilfe deutlich geschwächt wird. Es ist ein System, das individuelle Stabilisierung möglich macht, aber strukturelle Stabilität kaum erreicht; das punktuell wirksam ist, aber flächendeckend an rechtlichen und organisatorischen Hindernissen an Grenzen gerät. Die zentrale Herausforderung liegt somit nicht in der Qualität der Angebote, sondern in der mangelnden Anschlussfähigkeit und fehlenden strukturellen Rahmung, die verhindern, dass die erzielten Erfolge dauerhaft Wirkung entfalten können.

6.4 Ideen der Workshopteilnehmenden zur Erhöhung des Wirkungsgrades

Im Rahmen der Workshops wurden an verschiedenen Stellen von den Teilnehmenden Wünsche und Ideen benannt, wie aus ihrer Sicht der Wirkungsgrad der Hilfen erhöht werden könne. Die Auswertung der Merkposten zeigt, dass sich die geäußerten Wünsche und Entwicklungsbedarfe vier zentralen Handlungsfeldern zuordnen lassen: der Stabilisierung der Nutzenden im Alltag, dem Abbau von Barrieren, der Verbesserung von Kooperation und Kommunikation sowie der Erweiterung des Blicks auf eine neu gestaltete Gesundheitsversorgung.

Die in den Workshops zum Wirkmodell benannten Entwicklungsbedarfe wurden zudem durch Feedback aus Workshops im Rahmen des Fachtags zur Präsentation zentraler Ergebnisse der Forschung im Dezember 2026 ergänzt.

6.4.1 Nutzende im Alltag stabilisieren

Ein zentrales Anliegen der Teilnehmenden besteht darin, Menschen in prekären Lebenslagen im Alltag stärker zu stabilisieren und ihre Lebensrealität als Ausgangspunkt sozialer und gesundheitlicher Unterstützung anzuerkennen. Dazu gehören der Wunsch sichere Rückzugs- und Wohnorte anbieten zu können, beispielsweise in Form von Krisenwohnungen oder Tagesruhestätten, sowie die Bereitstellung von Stauraum für persönliche Gegenstände oder Versorgung von Haustieren. Auch das Angebot abgesicherter und entlohnter Arbeitsmöglichkeiten sowie die Förderung der Selbstorganisation der Adressat*innen wird als bedeutsam hervorgehoben. Darüber hinaus wird betont, dass psychosoziale Begleitung im Kontext von OST in niedrigschwelligen Einrichtungen ohne formale Antragsverfahren möglich sein sollte. Auch alltagspraktische und mobilitätsfördernde Begleitung werden als wichtige Elemente betrachtet, um Teilhabe zu ermöglichen. Ein Ausbau von Straßensozialarbeit wird sich gewünscht, um Menschen besser erreichen und begleiten zu können. Ebenso werden eine lebensweltnahe, wohnortnahe und flexible Substitutionsversorgung gefordert, um eine kontinuierliche Stabilisierung zu gewährleisten.

6.4.2 Barrieren abbauen

Im zweiten Handlungsfeld steht der Abbau struktureller und organisatorischer Hürden im Vordergrund. Mehrere Vorschläge beziehen sich auf eine verbesserte Zugänglichkeit ärztlicher und substituierender Versorgung: Arztpraxen sollen Betroffene unabhängig von zugeschriebenen Merkmalen behandeln und Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Praxen sollen die Behandlungsbereitschaft sichern. Dafür könnten suchtmmedizinische Weiterbildungen für bei substituierende Ärzt*innen hilfreich sein. Ein „Ampelsystem“ sowie Kurzprofile von Substitutionspraxen könnten helfen, Behandlungsplätze transparent zu machen und eine passgenaue Vermittlung zu erleichtern. Ebenso wichtig seien die Anpassung von Öffnungszeiten an die Bedürfnisse der Zielgruppe, die Einrichtung einer zentralen Informationsstelle und die Aktualisierung veralteter Kooperationslisten. Auch Schulungsmaßnahmen für Akteur*innen des Sozial- und Gesundheitssystems werden als Beitrag zum Abbau von Barrieren hervorgehoben.

6.4.3 Kommunikation und Kooperation verbessern

Ein weiteres Themenfeld betrifft die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Institutionen und Fachkräften. Hier wird deutlich, dass unklare Zuständigkeiten und fehlende Kommunikationsstrukturen häufig zu Versorgungslücken führen. Genannt werden der Bedarf nach klar definierten Ansprechpersonen, einem vernetzten Hilfesystem und strukturierten Übergängen zwischen Einrichtungen, etwa durch Fallkonferenzen oder verbindliche Netzwerkarbeit. Zudem wird gefordert, Fachkräften ausreichende zeitliche Ressourcen für Gremienarbeit und interdisziplinären Austausch einzuräumen. Ein internes, institutionelles Fallmanagement soll Qualitätsstandards sichern und verhindern, dass die Wirksamkeit des Hilfesystems vom individuellen Engagement Einzelner abhängt.

Hierfür müssten Ressourcen eingeräumt werden. Ergänzend wird ein systematisches Monitoring von Fallverläufen sowie die Klärung der Erhebung und Nutzung von Clearingstellen-Daten vorgeschlagen.

6.4.4 Den Blick weiten – Teilhabe und Gesundheit neu denken

Das vierte Handlungsfeld umfasst die strategische und strukturelle Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Vorgeschlagen wird die Einrichtung eines integrierten „Gesundheitshauses“, das Substitution, Konsumräume, Beratung und medizinische Versorgung unter einem Dach vereint. Damit einher geht der Anspruch, das bestehende Sozial- und Gesundheitssystem für die Bedürfnisse marginalisierter Gruppen zu sensibilisieren und die Perspektive auf Teilhabe und Gesundheit zu erweitern. Eine nachhaltige Umsetzung dieser Ziele erfordert zugleich die Sicherung struktureller und finanzieller Rahmenbedingungen. Hierzu gehören die Erschließung von Refinanzierungsmöglichkeiten für Einzelfallhilfe und Case Management – etwa im Rahmen einer Soziotherapie nach SGB V oder der qualifizierten Assistenz nach SGB IX – sowie die Etablierung bezirksübergreifender Strukturen für Einzelfallbegleitung (vgl. konkretere Ausführungen Kap. 8).

7 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aller drei Studienteilen zusammengefasst und in Bezug zu angrenzenden Forschungsarbeiten und dem in Kapitel zwei dargestellten Forschungsstand diskutiert. Im zweiten Teil werden Limitationen der Studie dargestellt und sich daraus ergebende Forschungsdesiderate benannt sowie für eine Fortsetzung von Austauschformaten plädiert.

7.1 Die Ergebnisse im Forschungskontext

Die Gründe für einen fehlenden Krankenversicherungsschutz sind strukturell bedingt – durch Obdachlosigkeit, rechtliche Hürden bei Drittstaatenangehörigen mit prekären oder ohne Aufenthaltstitel sowie durch den Ausschluss von EU-Bürger*innen aus sozialrechtlichen Sicherungssystemen. Der Konsum illegaler Substanzen ist mit diesen Problemlagen über zwei Achsen verbunden. Zunächst über Straffälligkeit und Haftaufenthalte aufgrund von Beschaffungskriminalität oder Besitz von illegalisierten Substanzen. Straffälligkeit und Haft können zu Obdachlosigkeit sowie aufenthaltsrechtlichen Problemen führen. Zweitens erschweren alltägliche Anstrengungen, die ein Leben ohne Wohnraum und mit Konsum illegaler Substanzen mit sich bringt, notwendige Ämtergänge. Die Verknüpfung von Drogenkonsum, Wohnungslosigkeit, Haftaufenthalt, Aufenthaltsstatus und Staatsbürgerschaft mit einem fehlenden Krankenversicherungsschutz konnte anhand verschiedener Studien dargestellt werden (vgl. Kap. 2). Zudem bestätigen die Gespräche mit Menschen ohne Krankenversicherung (vgl. Kap. 4) sowie mit Fachkräften (vgl. Kap. 5) die komplexen Verflechtungen der Problemlagen. Auf die Relevanz einer intersektionalen Perspektive für das Verständnis sowie die Überwindung von prekären Lebenslagen verweisen auch Winkler und Wyss (2025) sowie Heinrichs et al. (2025).

Eine aktuelle Studie zum Konsum von Crack in Berlin zeigt, dass unter Menschen, die sich an städtischen Treffpunkten von Drogenkonsument*innen aufhalten, bis zu 24% über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen (vgl. Hirschfeld et al. 2026 i.E.). Weil die Befragungen vorrangig auf Deutsch durchgeführt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Wert sich erhöhen würde, wenn Menschen ohne deutsche Sprachkenntnisse systematisch im Sampling berücksichtigt werden. Auch die Zahlen der Clearingstelle für Menschen ohne oder mit nicht ausreichendem Krankenversicherungsschutz zeigen, dass die Anzahl derer, die aufgrund von Aufenthaltsstatus oder Staatsbürgerschaft über keinen Versicherungsschutz verfügen, in den letzten Jahren gestiegen ist. Opiode konsumierende und obdachlose Menschen nehmen auch hier einen relevanten Anteil ein. Dieser Trend wird von anderen Studien bestätigt (vgl. Kap. 2.1).

Das Land Berlin hat mit der Einrichtung der Clearingstelle sowie mit der Kooperationsvereinbarung zwischen Clearingstelle und Einrichtungen niedrigschwelliger Drogenhilfe bereits geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der

gesundheitlichen und sozialen Versorgung dieser unter prekären Bedingungen lebenden Personengruppe eingeleitet. Dadurch greifen verschiedene Ebenen ineinander und schaffen ein System, das im bundesweiten Vergleich relativ gut ausgebaut ist. Gleichzeitig bleibt dieses System jedoch höchst fragil, weil es keine Rechtsgrundlage hat und die Finanzierung prekär ist. Ein zentrales Problem ist die Fragmentierung: Betroffene müssen mehrere Stationen durchlaufen – etwa von alltagsnahen Angeboten der Drogenhilfe über die Clearingstelle bis hin zu spezialisierten Substitutionsangeboten. Dieser Weg kostet Zeit, ist schwer überschaubar und führt gerade bei Menschen in prekären Lebenslagen zu Abbrüchen.

Die Analyse der Interviews mit Adressat*innen der niedrigschwelligen Drogenarbeit verweist auf die Komplexität der Lebenssituation von Opioiden konsumierenden Menschen in Wohnungsnot und ohne Krankenversicherung. Insbesondere die Verkantung der Aspekte Drogenkonsum, Wohnungslosigkeit, Armut, fehlende Zugänge zu Hilfestrukturen aufgrund von Staatsbürgerschaft und Aufenthaltsstatus sowie Gesundheit erschwert es den Personen, Schritte der Verbesserung der eigenen Lebenssituation einzuleiten. Winkler und Wyss (2025) arbeiten ebenfalls heraus, dass die Verschränkung selbst die Bearbeitung der Problemlagen insofern erschwert, als dass ein möglicher Ansatzpunkt verschwimmt. Sie verweisen zudem – wie die vorliegende Analyse – auf Kraftlosigkeit, Instabilität in der Alltagsbewältigung und Scham, welche die Handlungsfähigkeit zusätzlich einschränken (ebd.: 23f.).

Zugleich zeigen die Interviews deutlich, dass alle unsere Gesprächspartner*innen fortwährend um die Verbesserung der eigenen Lebenssituation bemüht sind. Der Alltag der Personen, die nicht in OST sind, wird je nach Konsummenge durch den Rhythmus von ‚Gesund-machen‘ und ‚Geld-machen‘ bestimmt. Diejenigen, die auf illegale Tätigkeiten zurückgreifen, um den Konsum zu finanzieren, laufen zusätzlich zu dem ohnehin illegalen Besitz Gefahr strafrechtlicher Verfolgung. Insofern haben fast alle unsere Gesprächspartner*innen Haft Erfahrungen. Eine den Alltag maßgeblich bestimmende Bemühung fokussiert die Organisation eines verlässlichen Schlafplatzes, um Gegenstände zu lagern und soziale Kontakte einzugehen. Verschiedene ethnografische Studien weisen auf die Bedeutung sicherer und verlässlicher Orte für wohnungslose Menschen hin. Insbesondere die Notwendigkeit des Aufbaus sozialräumlicher formeller und informeller Unterstützungsnetzwerke wird von Schneider (2010), Wilsch (2022), Rickard und Hart (2022) sowie Grønnestad und Lalander (2015) eindringlich beschrieben. Gesundheitliche Fragen treten durch diese Anstrengungen eines Lebens ohne Ruhe- und Rückzugsort und mit dem Fokus auf den Konsum illegaler Substanzen, auch um die aktuelle Lebenssituation besser zu bewältigen, in den Hintergrund, solange sie davon nicht in ihrer Alltagsorganisation und Funktionsfähigkeit eingeschränkt werden. Zugleich ist unseren Gesprächspartner*innen die Prekarität ihrer gesundheitlichen Situation bewusst, insbesondere aufgrund einer Vielzahl an Todesfällen, die sie miterleben mussten. Auch Rickard und Hart (2022) heben in ihrer Studie zu Menschen, die intravenös

illegale Substanzen unter prekären Bedingungen konsumieren, die Bedeutung von „Survival, Safety and Belonging“ (ebd.) hervor.

Die Nutzung niedrigschwelliger Einrichtungen sowie die Vermittlung und Behandlung in OST können die alltäglichen Bemühungen um Stabilität unter den prekären, destabilisierenden Bedingungen erleichtern. So nutzen unsere Gesprächspartner*innen insbesondere Angebote der Grundversorgung und des Safer-Use. Zusätzlich heben sie die Bedeutung von Gesprächen mit anderen Nutzenden und den Mitarbeitenden hervor. Die Sprachmittler*innen als wichtige Kontaktpersonen werden von denjenigen gewürdigt, die wenig Deutsch sprechen. Es wird zudem deutlich, dass die interviewten Personen unterschiedliche Orte aufsuchen und gerade auch diese Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Angeboten schätzen. Dadurch wird ermöglicht, bei Unstimmigkeiten auf andere Räume auszuweichen. Notunterkünfte werden von unseren Gesprächspartner*innen kaum genutzt. Hierzu sagen sie, dass die Öffnungszeiten nicht mit ihrer Alltagsstruktur übereinstimmen, die vielen anderen Besucher*innen sie verunsichern und beunruhigen oder die hygienischen Verhältnisse abschrecken. Die NRW-Szenestudie hebt ähnliche nutzenfördernde Aspekte hervor wie z. B. Standorte in Szenenähe oder Beziehung fördernde und motivierende Gesprächsangebote (Deimel & Ferl et al. 2025: 94). Die Bedeutung niedrigschwelliger und akzeptanzorientierter Drogenhilfe als sichere Orte in einer durch Abwertung und Verfolgung geprägten Gesellschaft wird auch von Streck (2016) hervorgehoben. Boyd et al. (2020) sowie Fairbairn et al. (2008) zeigen, dass insbesondere für Frauen geschützte, gewaltfreie Orte von großer Bedeutung für die Alltagsorganisation sind.

Die Gesprächspartner*innen, die über die niedrigschwellige Drogenhilfe in Zusammenarbeit mit der Clearingstelle in OST vermittelt wurden, heben die gute Begleitung hervor und dass ihnen Wege und bürokratische Aufgaben abgenommen wurden. Sie betonen auch, dass sich durch die OST ihr Alltag deutlich entspannt hat. Einige Nutzer*innen sowie die Fachkräfte berichten jedoch von Schwierigkeiten bei der Vermittlung in OST. Arztpraxen nehmen Menschen mit der Begründung nicht auf, dass ihr allgemeiner Zustand zu schlecht sei, ihre Sprachkenntnisse nicht ausreichen oder die Abrechnung mit der Clearingstelle zu mühsam sei. Zugleich gibt es auch diejenigen Drogenkonsument*innen, die in der Vergangenheit oder vor Kurzem Substitutionsbehandlungen abgebrochen haben. Enge Vergabezeiten und deren erschwerte Koordination mit einem Leben in Obdachlosigkeit sowie Unzufriedenheit bei der Einstellung des Substituts und der erschwerten Verständigung mit den Mitarbeitenden der Arztpraxen werden hier genannt. Schließlich gibt es auch jene, die sich zum aktuellen Zeitpunkt keine OST vorstellen können. Sie begründen diese Entscheidung damit, dass ihre Wohnsituation keine regelmäßige, verlässliche Behandlung zulasse, dass sie Angst haben, dadurch andere Substanzen mehr zu konsumieren, eine zusätzliche Abhängigkeit entstehe oder dass sie sich maßgeblich durch eine OST in ihrer Bewegungs- und Planungsfreiheit eingeschränkt fühlen. Die Fachkräfte bestätigen in der Befragung diese Schwierigkeiten der Vermittlung in eine OST. Zurhold et al. (2024) nennen ähnliche Gründe für die Ablehnung einer OST wie

z. B. der Aufwand des täglichen Wegs in die Praxis, Unannehmlichkeiten aufgrund von Regelverstößen sowie den schwierigen Entzug von Substitutionsmedikamenten. Diese Aspekte können als Gründe vermutet werden, warum auch in der NRW-Szenestudien dem Vermittlungsbedarf in Wohnraum deutliche Priorität gegenüber einer Substitutionsbehandlung eingeräumt wurde (vgl. Deimel, Ferl, et al. 2025; Deimel, Feldmann, et al. 2025). Eine Besonderheit in der hier vorliegenden Studie ist die hohe Bedeutung der Lohnarbeit bei den Wünschen der Adressat*innen einnimmt. Dies kann mit den teilweise langen und durch Migration geprägten Arbeitsbiografien einiger befragter Personen begründet werden kann.

Zusammenfassend kann daraus geschlussfolgert werden, dass OST ein probates Unterstützungsangebot für Menschen der Zielgruppe darstellt, aber nicht das einzige. Personen können sich die nachhaltige Verbesserung ihrer Situation (im Sinne der Outcomes des Wirkmodells) auch ohne eine OST vorstellen, schließen dies jedoch nicht von vorneherein aus. Für die Analyse der Versorgungssituation gilt, dass OST in ausreichendem Maße vorgehalten werden sollte, durchaus in den beschriebenen wünschenswerten niedrigschwelligeren Varianten (mobil, vor Ort in den niedrigschwelligen Einrichtungen), aber eben keine Voraussetzung für weitergehende Hilfen ist. Individuelle Wege aus dem problematischen Konsum illegalisierter Substanzen ergeben sich über sukzessive Stabilisierungen des Alltags, der Integration in stabile Wohnsituationen, ärztliche Versorgung sowie Ermöglichung von Beschäftigung. Forschungen zu Ausstiegsprozessen aus dem Konsum illegalisierter Substanzen und Alkohol verweisen auf die hohe Diversität von Veränderungsprozessen. Zugleich kann festgestellt werden, dass soziale, räumliche oder auch ökonomische Ressourcen Selbstheilungsstrategien unterstützen (vgl. bspw. Klingemann & Sobell 2006; Weber & Schneider 1997).

Die prekären Lebenssituationen werden und wurden geprägt durch Blockierungen in der Biografie unserer Gesprächspartner*innen. Bemühungen um angemeldete Lohnarbeit, Sozialleistungen, Pass- und Aufenthaltsangelegenheiten liefen trotz hohem Engagement und dem Versuch, für die eigenen Pläne einzustehen, ins Leere. Zugleich hemmen Stigmatisierungserfahrungen und Scham die Versuche weiterer Veränderungen sowie die Kontaktaufnahme zu vergangenen oder aktuellen privaten und professionellen Kontakten. Diese Situation sowie die Anstrengungen eines Lebens ohne festen Wohnraum können zu Gefühlen der Kraft- und Hoffnungslosigkeit führen. Studien zu Stigmatisierung von Menschen mit problematischem Konsum von Alkohol oder anderen Drogen (vgl. bspw. Phelan et al. 2008), zur Stigmatisierung von wohnungslosen Menschen (vgl. bspw. Gerull 2018, Gurr et al. 2022) sowie zu rassistischen Praxen in Behörden (vgl. bspw. DeZIM 2022) oder der Bedeutung von Ermessensspielräumen Ausländerbehörden für individuelle Wege in Lohnarbeit (vgl. bspw. Ataç 2026) verweisen darauf, dass die hier geschilderten Erlebnisse strukturell bedingt sind und die Möglichkeiten Alltag zu bewältigen mit bestimmen.

Trotz der prekären Lebenslagen zeigen die Interviewten eine große Veränderungsbereitschaft. Unsere Gesprächspartner*innen erzählen von Anpassungen in ihrem Leben und fortwährenden Veränderungen bei Substanzen und Konsummenge. In den Interviews wird deutlich, dass sie sich ein Hilfesystem wünschen, das ihnen Veränderungen ermöglicht und erleichtert. Zugleich ist es ihnen wichtig zu betonen, dass sie es sind, die ihr Leben gestalten möchten und können. Sie äußern in den Gesprächen eine hohe Dankbarkeit sowohl den niedrigschwelligen Einrichtungen als auch der Clearingstelle gegenüber. Diese Unterstützungsleistungen des Landes Berlin werden nicht als selbstverständlich aber in jedem Fall als notwendig angesehen, um zu überleben. In den Interviews äußern die Gesprächspartner*innen Wünsche nach persönlicher Ansprache, Begleitung und Beziehung. Sie wünschen sich zudem, dass ihnen bei den bürokratischen Angelegenheiten verlässlich geholfen wird. Zukunftswünsche fokussieren vor allem Lohnarbeit für das Wiedererlangen ökonomischer Unabhängigkeit und erweiterter Spielräume. Einige betonen, dass ein sicherer Wohnort und die Stabilisierung der eigenen Gesundheit prioritär seien. Auch hier korrespondieren die Ergebnisse mit anderen Arbeiten zu Recoveryprozessen. Ingram et al. (2024 & 2025) betonen das Zusammenspiel zwischen dem sog. persönlichem, sozialen sowie community-basiertem Recovery-Capital. Und Rickard und Hart (2022) stellen das Streben nach Handlungsfähigkeit und das Zusammenspiel von Eigenständigkeit und Ermöglichungsstruktur heraus. Damit Handlungsfähigkeit gestärkt wird, braucht es motivierende sowie Veränderung ermöglichende Hilfestrukturen.

Die Fachkräftebefragung bestätigt viele Aspekte, der durch die Nutzer*innenbefragung erhobenen Herausforderungen. Zugleich wurden die Themen Verständigung, Mobilität, Brüche durch Haftaufenthalte sowie Schwierigkeiten bei der Vermittlung in OST als strukturelle Herausforderung aus der Perspektive der Fachkräfte vertiefend beschrieben. Die Problematik einer unzureichenden Verständigung zeigt sich nicht nur bezogen auf unterschiedliche sprachliche Kompetenzen, sondern auch bei der Herstellung von Passung zwischen lebensweltlichem Wissen und bürokratischen Logiken. Zumeist muss erst durch die Fachkräfte entschlüsselt werden, welche Herausforderungen bestehen. Das fragmentierte und über Berlin verteilte Hilfesystem erfordert zudem eine hohe Mobilität der Adressat*innen, die häufig aufgrund von Armut, körperlichen Einschränkungen und einem durch Drogenkonsum und -beschaffung charakterisierten Alltag nicht möglich ist. Insofern sind die verstärkte Kooperation und die Frage der Verkürzung von Wegen sowohl bürokratisch als auch räumlich zentral. Schließlich fiel auf, dass es kein Übergangsmanagement aus Haft bei den Kurzstrafen in Berlin gibt. Das führt dazu, dass Menschen für wenige Wochen oder mehrere Monate in Haft kommen und im Anschluss genau in dieselbe Lebenssituation entlassen werden, die letztlich zu ihren Straftaten geführt hat (vgl. hierzu auch Jamin et al. 2021). Hier scheint das Land Berlin eine wichtige Chance der vernetzten Intervention zu verschenken. Schließlich bestätigen die Fachkräfte die Schwierigkeiten bei der Vermittlung in Substitution, die schon von den Nutzer*innen berichtet wurden.

Das erstellte Wirkmodell zeigt, wie Hilfemaßnahmen ineinandergreifen und über Aktivitäten insbesondere der niedrigschwelligen Drogenhilfe durch Sozialarbeitende Outcomes auf der Ebene der Zielgruppe entstehen (können), wenn auch nicht für alle Personen gleichermaßen. Insbesondere die Zielsetzungen der Stabilisierung der Lebenssituation und der nachhaltigen Teilhabe am Gesundheitssystem konnten als handlungsleitend herausgearbeitet werden. Auf Grundlage des Wirkmodells lassen sich die bestehenden Versorgungsangebote in Berlin als grundsätzlich wirksam in Bezug auf Erreichung der Zielgruppe und einer grundsätzlichen Versorgung einschätzen, insbesondere dann, wenn sie niedrigschwellig, beziehungsorientiert und flexibel gestaltet sind. Die Basisversorgung, aufsuchende Arbeit, psychosoziale Begleitung, sichere Konsumorte und kontinuierliche Präsenz der Fachkräfte ermöglichen verlässliche Erstkontakte und eine Stabilisierung des Alltags. Niedrigschwellige Maßnahmen werden von der Zielgruppe gut angenommen und dienen häufig als Ausgangspunkte für den Zugang zu medizinischen Hilfen. Substitution wird zwar als wirksam für die Stabilisierung identifiziert, steht jedoch nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung. Ein Mangel an substituierenden Ärzt*innen, eingeschränkte Öffnungszeiten, Mobilitätsbarrieren und Zugangsprobleme für nicht versicherte Personen führen dazu, dass die OST nicht flächendeckend verfügbar ist und ihr Potential nicht ausgeschöpft werden kann. Eine weitere Herausforderung für das Erreichen der im Wirkmodell identifizierten Outcomes ist die Gestaltung von Übergängen zwischen Organisationen, Zuständigkeiten, Personen und Orten, auch außerhalb des Organisierens von Substitution. Dieses ist jedoch bedeutsam um Kontaktabbrüche, sowie sich wiederholende bürokratische Neuanfänge zu vermeiden und Begleitung im möglichen Rahmen aufrechtzuerhalten.. Hier gehen sonst viele Menschen „verloren“. Insofern weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit sozialräumlich integrierte und mobile Angebote auszubauen. Einschränkungen bezüglich Mobilität, Orientierung und Zeitmanagement führen sonst weiterhin dazu, dass Menschen Angebote nicht erreichen oder abbrechen. Ergänzend sind Sprachmittlung, direkte Begleitung und offene bzw. leicht zugängliche Sprechstunden in direkter Nähe urbaner Treffpunkte wichtig.

Deutlich wird, dass die bestehenden Angebote – sofern sie zugänglich sind und Übergänge gelingen– substanzielle Verbesserungen der physischen und psychischen Gesundheit bewirken. Die Nutzung sichererer Konsumformen und die Vermeidung von Gesundheitsrisiken werden erleichtert. Gleichzeitig führen psychosoziale Angebote zu sozialer Stabilisierung, Anerkennung, Orientierung im Hilfesystem und zu besserer Tagesstruktur. Auch der Zugang zu langfristigen Unterbringungseinrichtungen oder Wohnmöglichkeiten tragen zur nachhaltigen Verbesserung der Lebenslage bei. Verbesserungen der Lebenslagen zeigen sich mittelbar durch geringere Beschaffungskriminalität, erleichterte Zugänge zu Sozialleistungen und eine stabilere Alltagsstruktur. Diese positiven Effekte treten jedoch vor allem dann ein, wenn eine kontinuierliche Begleitung sichergestellt ist.

Als wesentliches Hindernis wird die Fragmentierung des Hilfesystems identifiziert. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Sucht- und Drogenhilfe, Straffälligenhilfe und Wohnhilfen erfolgt oft unzureichend abgestimmt, was zu Bruchstellen im Versorgungsverlauf aufgrund von nicht gelingenden Übergängen führt. Die im Wirkmodell dokumentierten Outputs zeigen, dass auf der Organisationsebene produktive Kooperationen entstehen können, diese jedoch häufig von individuellen Initiativen oder günstigen Rahmenbedingungen abhängen. Systemisch gesicherte Kooperationen fehlen in der Fläche und zwischen einzelnen administrativen Einheiten (z. B. Sozial- und Gesundheitswesen, Justiz- und Sozialwesen usw.), sodass die Wirkung bestehender Angebote begrenzt bleibt. Der sogenannten „Versäulung“ des Hilfesystems kann nur mit Strukturen auf Zeit, die personell hinterlegt sein müssen, entgegengewirkt werden, wie die Studie von John et al. (2025) zur Kooperation von Sucht- und Wohnungshilfe verdeutlicht.

Insgesamt zeigt das Wirkmodell, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen über erhebliche Wirkpotenziale verfügen, jedoch nicht den gesamten Bedarf der Zielgruppe decken. Die Zielgruppe wird vor allem dort gut erreicht, wo Angebote niedrigschwellig und mobil gestaltet sind. Strukturelle, rechtliche und organisatorische Barrieren erschweren jedoch den Zugang zu zentralen Leistungen wie der OST, ASOG-Wohnheimen oder weiterführender medizinischer Versorgung. Die Analyse deutet darauf hin, dass die größten Versorgungslücken jene Menschen betreffen, die am wenigsten Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Hilfen haben, darunter Personen mit Migrationsbiografien, ohne Krankenversicherung, Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Personen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen und instabilen Lebensverhältnissen.

7.2 Limitationen, Forschungsdesiderate und Austauschformate

Das vorliegende multiperspektivische Forschungsdesign konnte sowohl Einblicke in die Lebenswelt von Opioiden konsumierenden Menschen in Wohnungsnot und ohne Krankenversicherung geben als auch strukturell bedingte Herausforderungen aus Fachkräftesicht benennen. Das Wirkmodell zeigt welche kooperativen Dynamiken bereits bestehen und weist zugleich auf Bedarfe der Weiterentwicklung hin.

Als Limitationen des Vorgehens können folgende Aspekte benannt werden:

- Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten aufgrund der bereits bestehenden Komplexität der intersektionalen Verknüpfung verschiedener Ausschlussmechanismen nicht herausgearbeitet werden.
- Menschen, die niedrigschwellige Unterstützungsangebote nicht nutzen, konnten nicht erreicht werden.
- Die Perspektive suchtmmedizinischer Praxis konnte nicht in die Fachkräftebefragung sowie in die Erstellung des Wirkmodells integriert werden.

- Das Wirkmodell verweist auf vornehmlich sozialarbeiterische Praxis zur Erreichung der Zielgruppe zugleich bleiben Blockierungen, die außerhalb Sozialer Arbeit liegen (bspw. Verwaltungspraxen) nicht berücksichtigt.

Aus diesen Aspekten sowie aus den Ergebnissen der Studie ergeben sich weitere Forschungsbedarfe, um einerseits zu verstehen, wo Probleme auf subjektiver sowie institutioneller und administrativer Ebene verortet sind und um andererseits Hinweise bezüglich von Priorisierungen in der Weiterentwicklung zu erhalten. Wir schlagen diesbezügliche Forschungen zu folgenden Aspekten vor:

- Gezielte quantitative Untersuchung zu subjektiven Priorisierungen in der Problembearbeitung von Sozialarbeitenden und Nutzenden sowie ein regelmäßiges Monitoring substanzbezogener Problemlagen.
- Vertiefte Befragung verschiedener Akteur*innen zu ausschließenden Praxen bezogen auf unregulierte Lohnarbeit, stigmatisierende und rassistische Ausschlussdynamiken sowie behördliche Hürden.
- Ermittlung des Forschungsstandes, aktueller Praxen sowie Unterstützungsbedarfe im Kontext von Übergangs- und Entlassungsmanagement aus Berliner Haftanstalten oder Ausbau an Möglichkeiten der Haftvermeidung.
- Bestandsaufnahme zu Projekten, die Arbeitsangebote in den Vordergrund sozialarbeiterischer Problembearbeitung legen sowie Ergründung diesbezüglich bisher nicht genutzter Potentiale.
- Untersuchung von Nutzung und Nicht-Nutzung der Substitutionstherapie mit der Perspektive auf Zugangsbarrieren und Ausschlussdynamiken.
- Systematische Bestandsaufnahme bezogen auf Sprachmittlung in der niedrigschwelligen Drogenhilfe sowie angrenzenden Hilfebereichen inkl. Formulierung von Bedarfen zur Weiterqualifikation.
- Entwicklung eines (quantitativen) Monitoringssystems auf der Basis des Wirkmodells.

Neben klassischen Forschungsprojekten empfehlen wir zur Förderung der Kooperationen im Feld und zur Sicherstellung für die Praxis relevanter Weiterentwicklungen verschiedene Austauschformate, wie mit dem Wirkmodell angestoßen, auszubauen. Zu denken wäre an eine Zukunftswerkstatt mit ähnlicher Beteiligung im Workshopformat zur Frage, wie die notwendigen Outputs verbessert werden können, die das Erreichen der Outcomes (Teilwirkungen und Hauptwirkungen) realistischer werden lassen. Betroffene könnten durch einen Peer-Beirat systematisch eingebunden werden. Wenn es gelingt hier konstruktiv zusammenzuarbeiten, könnte dies im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses etabliert werden.

Grundsätzlich ergibt sich für uns als weiterführender Aspekt weniger die Frage, ob Personen mit den Angeboten niedrigschwelliger Drogenhilfe erreicht werden, sondern eher die Frage, wie der Abbau der bestehenden Barrieren einer

verständigungsorientierten, bedarfsangemessenen und kontinuierlichen Begleitung noch besser realisiert werden kann, damit begonnene Prozesse nicht abreißen. Wenn möglichst viele der zentralen Outcomes im Leben der Menschen mit Hilfe professioneller Unterstützung des bereits bestehenden Systems realisiert werden können, kann dies eine Sogwirkung entfalten für Menschen, die bisher noch wenig erreicht werden konnten bzw. dem Hilfeangebot aus nachvollziehbaren Gründen skeptisch gegenüberstehen.

8 Impulse zur Weiterentwicklung des Hilfesystems

Die Ergebnisse der Nutzer*innenbefragung, der Fachkräftebefragung sowie der Erstellung des Wirkmodells ergeben, dass niedrigschwellige Angebote auf der Fallebene schon wesentlich zum Erreichen der im Wirkmodell erarbeiteten Outcomes beitragen und prinzipielle Zugänge zu einer gesundheitlichen Versorgung, die wiederum Teilhabe mit ermöglicht, geschaffen sind. Dennoch sind diese Optionen noch nicht strukturell abgesichert. Daher argumentieren wir, dass das was schon gut läuft, abgesichert und intensiviert werden muss. Zudem sollten bestehende Strukturen ausgebaut werden. Und drittens können umfassende strukturelle Veränderungen rechtlich und organisatorisch geprüft werden²¹.

8.1 Nutzende im Alltag kontinuierlich stabilisieren

Beziehungsarbeit im Kontext niedrigschwelliger Drogenhilfe stärken: Um Beziehungsarbeit und konstante Begleitung im Kontext niedrigschwelliger Drogenhilfe strukturell zu stärken, bedarf es Teamabsprachen, wer wann bspw. für Erstgespräche zuständig ist. Die Interviews und auch die Analysen der Aktivitäten als Basis von Outputs und Outcomes im Wirkmodell zeigen, dass insbesondere der Bedarf nach ruhigen, zieloffenen, wertschätzenden, auf Erzählungen fokussierten Gesprächssituationen gegeben ist. Solche müssen sowohl bezogen auf personellen Ressourcen als auch strukturell in die Organisation des Arbeitsalltags eingebaut werden. Regelmäßige Entlastungsgespräche haben auch den Vorteil, dass das gegenseitige Verständnis erhöht werden kann und langfristig motivieren Veränderungen gemeinsam anzugehen. Ein Bedürfnis nach Lösungs- sowie Beziehungsorientierung der Nutzer*innen heben auch John et al. (2025: 35) hervor. Hier wäre zu überlegen, ob mit einem flexiblen Bezugsbetreuungssystem zumindest für jene, die regelmäßig die Angebote nutzen, gearbeitet werden kann. Dies bedeutet, dass die Personen der Zielgruppe sich Personen aus den niedrigschwelligen Einrichtungen als feste Ansprechpersonen suchen können und diese auch flexibel Möglichkeit und Ressourcen bekommen, ihre sozialräumlich orientierte Tätigkeit in ein Case-Management zu switchen. Wie dies finanziell unterstützt werden kann, findet sich im Vorschlag „soziotherapeutisches Casemanagement“. In der Kontaktladen- und Drogenkonsumraumarbeit empfehlen wir Gelegenheiten für entlastende sowie motivierende Gespräche stärker in den Arbeitsalltag zu implementieren. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit,

²¹ An dieser Stelle sei auch auf folgende Handlungsempfehlungen verwiesen, die mit jeweils etwas anderem Fokus einige der hier vorgeschlagenen Interventionen bereits betont haben: Die Empfehlungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin zur integrierten medizinischen und sozialen Versorgung für obdach- und wohnungslosen Menschen in Berlin (2025), des Projektes „Suchthilfe UND Wohnungsnotfallhilfe – zwei Hilfesysteme, eine gemeinsame Zielgruppe“ (SuWoKo) (John et al. 2025), des Forschungsverbunds DRUSEC (Drugs and Urban Security) für Städte mit offenen Drogenszenen und Drogenkonsumräumen (Steckhan et al. 2020), zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe (Stöver & Hornig 2023).

Beziehungsarbeit in der Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen gemeinsam neu zu denken und dazu Fortbildungsmöglichkeiten zu nutzen.

Diverse Ruheorte am Tag und in der Nacht absichern: Bezogen auf die Wohnungsnotfallhilfe empfehlen wir eine umfassende Bestandsaufnahme, um die Diversität verschiedener Ruheorte sicherzustellen. Zugleich muss es Wohnheimplätze für Menschen geben, die nicht im Leistungsbezug sind. Hier ist vor allem bedeutsam, dass Menschen die Möglichkeit erhalten in Einzelzimmern zu nächtigen, und eigene Gegenstände sicher zu lagern. Hierbei sollten auch konsumtoleranter²² Wohnräume im Kontext von ASOG-Unterkünften sowie Notunterkünften ausgeweitet werden²³. Auch die Ausweitung der Öffnungszeiten von Einrichtungen (bspw. morgendliche Schließzeiten nach hinten verlagern und abendliche Öffnungszeiten nach vorne) erhöht die Attraktivität, diese in Anspruch zu nehmen (vgl. hierzu auch Steckhan et al. 2020).

Bezahlte Arbeitsmöglichkeiten und körperliche Tätigkeiten ermöglichen: Im Bereich Beschäftigung und niedrigschwellige Zuverdienstmöglichkeiten bedarf es innovativer Angebote. Mit dem Ausbau von Arbeitsmöglichkeiten können sowohl städtische Plätze verschönert als auch soziale Anerkennung erlebt werden. Zusätzlich würde das Ausmaß an Beschaffungskriminalität verringert werden, weil legale Einnahmequellen erschlossen werden. Projekte zu Spritzen aufsammeln sollten um andere Tätigkeiten, wie bspw. Pflege von Grünflächen, erweitert werden. (vgl. auch Steckhan et al. 2020; Hansjürgens et al. 2025) Bestehende niedrigschwellige Beschäftigungsprojekte haben zumeist lange Wartelisten, was deren lebensweltliche Attraktivität unterstreicht. In Peer-Projekten können Menschen mit Konsumerfahrungen auch gezielt in die Arbeit vor Ort integriert werden (vgl. Kennedy et al. 2019). Eine Förderung von Arbeitsprojekten könnte bspw. über die ESF-Förderung realisiert werden.

Ordnungs- und Sicherheitsdienste für die Bedeutung stabiler Orts- und Beziehungsbezüge sensibilisieren: Menschen brauchen stabile Bezugspunkte in ihrem Alltag. Die Ermöglichung solcher Verortungen auch im öffentlichen Raum ist von hoher Relevanz, um Lebenssituationen nicht zusätzlich zu erschweren. Insofern sollte von Räumungen von Schlaf- und Aufenthaltsorten so weit wie möglich abgesehen werden. Der Zusammenhang zwischen stabilen Lebensverhältnissen, Kontaktaufnahme zum Hilfesystem und der Ermöglichung sich zu verorten muss in Runden Tischen und Gremien mit Ordnungs- und Sicherheitsdiensten thematisiert werden. Steckhan et al. (2020) schlagen die Implementierung von

²² „Konsumtolerant“ meint, dass ein Aufenthalt nicht aus dem formalen Grund eines aktuellen Konsumverhaltens abgelehnt wird, sondern dass mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen und den Auswirkungen in der aktuellen Situation gearbeitet wird. Konsumtolerant meint nicht, dass jede Form von Konsum unkontrolliert stattfindet, denn dies kann unsichere Orte erzeugen.

²³ Heinrich et al. (2025) stellen in ihrer Studie heraus, dass die meisten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in deutschen Städten den Konsum von Alkohol und illegalen Substanzen sanktionieren. Diese Praxis verstärkt die Exklusion von konsumierenden Menschen aus der Grundversorgung und diskriminiert sie bezogen auf ihr Konsumverhalten gegenüber Menschen, die nicht institutionell untergebracht sind.

Kontaktbereichsbeamt*innen vor, um Vertrauen vor Ort zu stärken und Absprachen zu ermöglichen.

8.2 Barrieren abbauen

Visuell zugängliche Materialien zur Erklärung des Hilfesystems in Berlin

weiterentwickeln: Mehrsprachige Materialien und Visualisierungen des Berliner Hilfesystems können das Verständnis von Personen aus anderen Ländern erhöhen. Hierzu empfehlen wir mit Visualisierungen und verschiedenen Sprachen zu arbeiten, die gut sichtbar und ansprechend an Orten niedrigschwelliger Drogenhilfe aushängen. Dies könnte zudem, als partizipatives Projekt organisiert werden, so dass die Betroffenen von Beginn an miteinbezogen werden. Hier könnte zusätzlich mit Lotsen-Systemen gearbeitet werden, in denen erfahrenere, erstsprachliche Besucher*innen gegen Aufwandsentschädigungen begleiten (vgl. Arbeitsmöglichkeiten s. o.)

Soziale Arbeit in unterschiedlichen Sprachen professionalisieren: Wir empfehlen den Ausbau der Bemühungen um Sozialarbeiter*innen mit Kenntnissen zu u.a. den Erstsprachen Polnisch, Russisch, Georgisch, Arabisch sowie Farsi. Je nach Standort können sich unterschiedliche Sprachkenntnisse als relevant darstellen. Zugleich empfehlen wir die Sprachmittler*innen, die im Bereich bereits tätig sind bezogen auf Gesprächsführung, Beziehungsarbeit und Grundlagen niedrigschwelliger Sozialer Arbeit fortzubilden und genauso andersherum Fachkräfte für die gemeinsame Arbeit mit Sprachmittler*innen weiterzubilden. Es wäre auch denkbar eine Plattform zu errichten, auf der ersichtlich ist, wo Menschen mit welchen Sprachkenntnissen arbeiten, damit Personen sich direkt dorthin wenden können oder Sprechstunden in unterschiedlichen Sprachen im Kontext niedrigschwelliger Drogenhilfe zu implementieren. Darüber hinaus könnten Audio- und Video-Dolmetschdienste für freie Träger für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Übergangsmanagement Haft (und Krankenhaus) ausbauen: In der Studie zeigte sich, dass insbesondere Haftaufenthalte sowohl eine Verschlechterung der Situation aufgrund des Abbruchs sozialer Beziehungen und Verortungen als auch eine Chance bieten können. Um den Übergang aus Haft besser vorzubereiten und zu begleiten, sowie Drehtüreffekte durch Aussetzen der Unterstützungen zu vermindern, empfehlen wir, das Übergangsmanagement insbesondere bei denjenigen, die kurze Strafen und Ersatzfreiheitsstrafen erhalten, auszubauen. Hier sehen wir die Chance direkt aus der Haft die Anbindung an die Clearingstelle sowie Wohnheimen zu ermöglichen, sowie insbesondere Fragen zu Ausweisdokumenten und Leistungsansprüche nachhaltig zu bearbeiten und damit den Menschen Perspektiven der Veränderung zu ermöglichen.

8.3 Kommunikation und Kooperation verbessern

Kennenlernen, vernetzen und vertiefen von Kooperationen: Bestehende Kooperationen sollten fallübergreifend gepflegt und intensiviert sowie neue

Kooperationen und der persönliche Austausch gefördert werden. Hier bieten sich gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Fortbildungen und Klärung von unterschiedlichen Logiken und Haltungen der jeweiligen Hilfesettings an. Dies kann u. a. positiv dazu beitragen, bestehende Trägerkonkurrenzen abzubauen und gemeinsame Handlungs- und Unterstützungsstrategien zu entwickeln. In diesem Zuge empfehlen wir die Schulungen der Clearingstelle für Mitarbeitende der Träger der Drogenhilfe weiter auszubauen. Themenbezogene Kooperationen können auch durch fokussierte Beratungen von Fachkräften durch Fachkräfte erfolgen. Insofern gilt es, spezialisierte Angebote (wie bspw. zur Beratung von EU-Bürger*innen) als Teil des Hilfesystems für Opiode konsumierende Menschen in Wohnungsnot anzuerkennen. Menschen, die direkt mit den Nutzer*innen arbeiten, müssen sich Beratung von spezialisierten Stellen bspw. zu Sozialleistungsrechten, Krankenversicherung und Migrationsrecht einholen können. Zugleich können Sprechstunden für die Personen selbst vor Ort angeboten werden. Zur Förderung der verlässlichen Begleitung und ‚Hilfe aus einer Hand‘ empfehlen wir insbesondere die Beratungsangebote für die sozialarbeitenden Erstkontakte auszubauen, so dass die Adressat*innen selbst nicht unterschiedliche Personen und Organisationen kontaktieren müssen. Auch der Bericht des Projektes „Suchthilfe UND Wohnungsnotfallhilfe – zwei Hilfesysteme, eine gemeinsame Zielgruppe“ (SuWoKo) stellt heraus, dass Kooperation vor allem dann gut funktioniert, wenn man sich persönlich sowie das Handlungsfeld des jeweils kooperierenden Partners kennt (John et al. 2025: 17). Nur wenn sich Kooperationspartner*innen kennen und die jeweilige Arbeit in ihrer Eigenlogik schätzen, kann auch Vermittlung funktionieren.

Case Management für vertieftes und geteiltes Fallverstehen sowie zur Bearbeitung bürokratischer Blockaden auf der Fallebene implementieren: Die fallbezogene Zusammenarbeit kann durch ein strukturierendes Case Management gezielt verbessert werden (ähnlich wie es im Sozialamt Mitte bereits existieren), um Menschen in der Bewältigung ihren komplexen Problemlagen verlässlich zu unterstützen und zugleich bürokratische Blockaden durch Kooperationsarbeit und Prüfung der rechtlichen Ansprüche im Hintergrund zu lösen. Der direkte Kontakt von Behörde zu Behörde kann hier Ansprechbarkeiten vereinfachen und Prozesse flexibilisieren. Begleitungen könnten systematisch erfolgen, so dass auch Hemmnisse bezogen auf Mobilität (s. Kap. 5) sowohl aufgrund von Erledigungen im Hintergrund als auch durch Begleitungen abgebaut werden können (vgl. zum Nutzen von Case Management auch Lauber 2024). Für eine noch effektivere Zusammenarbeit ist die Erarbeitung eines gemeinsamen Fallverständnisses entscheidend. Nur wenn beteiligte Akteur*innen ein Bild der Situation und der Bedarfe teilen, kann Unterstützung passgenau geplant und umgesetzt werden (vgl. Blankenburg & Hansjürgens 2022). Hierdurch erhöht sich auch das jeweilige implizite Fallverstehen bei den Fachkräften für zukünftige Fälle. Konkret regen wir die Durchführung von interprofessionellen Fallteams an, die zu strukturierten und mehrdimensionalen Kooperationen ausgebaut werden können. In der Erarbeitung von geteilten Fallverständnissen ist es sinnvoll, über ein gemeinsames Kommunikationsinstrument zu verfügen. Wir regen an, dass dies auf der Fallebene

die ICF (International Classification of functioning) sein könnte. Inhaltlich bezieht sich dieses Instrument auf die Ermöglichung oder Behinderung gesellschaftlicher Teilhabe und schließt sowohl Körperstrukturen als auch Umweltbarrieren mit ein. Es ist bereits in Kontexten des SGB IX, SGB VI als auch in Teilen in Kontexten des SGB V als deskriptive Falllogik eingeführt und findet auch in Kontexten Sozialer Arbeit eine immer größere Verbreitung. Somit kann sie ein Verbindungsglied zwischen Gesundheits- und Sozialwesen und ihren jeweiligen bürokratischen Logiken dienen. Inwiefern sich das Segment der Justiz darauf beziehen kann und will, kann nicht eingeschätzt werden.

Dokumentation und Monitoring von Stigmatisierung und wiederkehrender Problematiken aber auch funktionierender Praktiken im Hilfesystem:

Niedrigschwellige Drogenhilfe hat aufgrund ihrer Nähe zur Lebenswelt der Adressat*innen einen besonders intensiven Einblick in das, was aus lebensweltlicher Perspektive Veränderungsprozesse verhindert. Insofern empfehlen wir Fälle bürokratischer Verkantungen, Stigmatisierungs- sowie Rassismuserfahrungen systematisch zu dokumentieren, um diese im Kontext von Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit gebündelt zu kommunizieren und so an langfristigen Verbesserungen zu arbeiten. Reflexions- und Kommunikationsfolie solcher Verkantungen auf der Strukturebene kann das Wirkmodell sein, hier insbesondere die Outputs. Aus diesen Reflexionen kann sich dann ein Monitoringsystem für die überinstitutionelle Zusammenarbeit entwickeln. Das Wirkmodell kann weiterentwickelt und präzisiert werden, sodass es ein lebendiges Instrument bleibt und neben Problematiken auch funktionierende Wege und Praktiken identifiziert werden können. Die Verantwortung für die jeweiligen Überprüfungs- und ggf. Erweiterungs- oder Veränderungsprozesse sollte in der zuständigen Senatsverwaltung liegen. Darüber hinaus könnte eine zentrale Beschwerdestelle für die Adressat*innen z. B. bei der Senatsverwaltung eingerichtet werden.

Anti-Stigmaarbeit vorantreiben: Stigmatisierungen verstärken Scham- und Schuldgefühle und können die Inanspruchnahme von (sozialen) Unterstützungsformen blockieren. Es ist somit auch Teil der Arbeit von Wissenschaftler*innen, Journalist*innen und Politiker*innen, sich von abwertenden Zuschreibungen an die Personengruppe zu distanzieren und dahingehend für die Lebenssituation und die Diversität von Menschen mit Substanzkonsum und in Wohnungsnot zu sensibilisieren. Hier gilt es auch immer strukturelle Faktoren, die zu prekären Lebenssituationen beitragen, hervorzuheben. Hier müssen alle Darstellungen der Personengruppe kritisch hinterfragt werden und auf eine Diversität in den erzählten Geschichten geachtet werden. Hierzu können bspw. Paper zu nicht-stigmatisierenden Problembeschreibungen für Politik und Medien entwickelt werden. Neben der Sensibilisierung für die Lebenslagen der Adressat*innen geht es um das Aufzeigen der Verbindung zwischen respektvollem, wertschätzendem Umgang, langfristiger Kooperation und nachhaltiger Verbesserung der Lebenssituation. Grundsätzlich kann Stigmatisierung mit der Ermöglichung von konkreten Gegenerfahrungen begegnet werden. Wenn z. B. sichere, konsumtolerante

Unterkünfte dazu führen, dass Menschen der Zielgruppe diese gerne aufsuchen und dadurch die Sichtbarkeit von Armut im öffentlichen Orte abnimmt und zugleich die Lebenssituation verbessert wird, trägt dies genauso zur Entstigmatisierung bei, wie das Angebot der Hospitation in verschiedenen Einrichtungen niedrigschwelliger Drogenhilfe sowie sozialräumlich organisierte Begegnungsorte oder Buddy-Projekte.

8.4 Den Blick weiten – Versorgung weiterdenken

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Sozialer Arbeit fördern: Zur Verbesserung der Beratung insbesondere von Menschen, die erst vor ein paar Jahren aus dem europäischen Ausland oder Drittstaaten mit eingeschränkter Bleibeperspektive nach Deutschland gekommen sind, ist eine Fortbildung von Sozialarbeitenden in Berlin bezogen auf die Drogenpolitik und Drogenhilfe in anderen Ländern notwendig. Wenn Menschen überlegen in ihre Heimatländer zurückzukehren, bedarf es einer unabhängigen fachlichen Beratung bezogen auf das Versorgungssystem in dem jeweiligen Land. Um Übergänge auch hier zu verbessern, könnten Kontaktaufnahmen im Vorfeld zu entsprechenden Stellen (bspw. Wohnungslosenhilfe, OST oder Straffälligenhilfe) in anderen Ländern die Beratungsqualität verbessern. Wohl informierte Entscheidungen werden so ermöglicht und das Ankommen bei Rückkehr erleichtert. Eine gezielte Förderung internationaler Projekte Sozialer Arbeit scheint gerade in dem Bereich von großer Bedeutung.

Einrichtung von bezirklichen Zentren für Teilhabe und Gesundheit: In vielen Drogenkonsumräumen arbeiten bereits regelmäßig Ärzt*innen und Pflegekräfte. Hier wäre zu prüfen, ob diese nicht direkt in der Einrichtung ein Substitutionsangebot unterbreiten und eine enge Kooperation zu weiterer medizinischer Versorgung aufbauen könnten. Auch über Casemanagement könnte das Ankommen dort und die Kontinuität der Versorgung sichergestellt werden. Wichtig ist es hier auch auf die Dezentralität zu achten, denn Standorte mit sehr vielen Patient*innen werden von einigen Personen als zu unruhig, sozial zu herausfordert und anonym wahrgenommen. Für Menschen ohne Krankenversicherung wäre zu prüfen, inwiefern der 3-monatige Gang zur Clearingstelle durch eine direkte Kommunikation zwischen Clearingstelle und Ärzt*innen oder Pflegekräften entfallen könnte. Zudem muss auch zur Prävention weiterer Todesfälle die Diamorphinbehandlung ausgebaut werden, so dass sie nicht nur theoretisch sondern praktisch entsprechend suchtmmedizinischer Diagnostik für Menschen ohne Krankenversicherung erreichbar ist. Zum ganzheitlichen Verständnis von Drogenkonsum und Sucht gilt es genauso Wege zu prüfen, wie die psychosoziale Beratung sichergestellt werden kann (vgl. auch Steckhan et al. 2020, Stöver & Hornig 2023).

Finanzierung von „soziotherapeutischem“ Casemanagement oder Psychosozialer Begleitung für Menschen mit prekären Aufenthaltsstatus sowie für EU-Bürger*innen prüfen: Sowohl in der Analyse der Gespräche mit den Nutzenden, als auch in den Gesprächen mit den Fachkräften wird deutlich, dass die

Möglichkeit zur Begleitung von Einzelfällen, die auch die Koordination mehrerer nebeneinander liegender Unterstützungsmaßnahmen inkl. der Substitution übernehmen könnte, einen wesentlichen Fortschritt in der Versorgung der Menschen bringen könnte. Um diese Herausforderung abzumildern, schlagen wir vor, zwei Dinge zu prüfen:

1. Falls Personen keinen Anspruch auf Leistungen aus dem SGB IX haben, wäre die Möglichkeit der Kostenübernahme nach §37a SGB V „Soziotherapie“ sowie deren breitere Implementierung zu prüfen. Diese Leistung ermöglicht nach Verordnung durch einen Arzt und Erstellung eines „Behandlungsplans“ die Begleitung zu verschiedenen Therapie- und Unterstützungsformaten, um die Behandlungsqualität einer ärztlichen Therapie (in diesem Fall OST) zu gewährleisten. Entsprechend qualifizierte Fachkräfte könnten über die niedrigschwellige Drogenhilfe zur Verfügung gestellt und dort „angedockt“ werden. Alternativ könnte die ganze Versorgung in bezirklichen Zentren für Teilhabe und Gesundheit erfolgen (s. o.).
2. Wenn Leistungsansprüche nach SGB IX bestehen, schlagen wir vor, die Möglichkeit eines niedrigschwelligen Antrages für psychosoziale Begleitung bei Substitution (PSB) zu prüfen, um die Substitution zu stabilisieren. Weiter ist zu prüfen, ob die bisherige "Eilfall" Regelungen unter den neuen Rahmenbedingungen der Leistungsgewährung (Teilhabeinstrument / Gesamtplan) aufrechterhalten werden kann. PSB ist in Berlin, im Unterschied zu anderen Bundesländern im Rahmen des SGB IX organisiert. Nach den Änderungen des BTHG wären dies nun Assistenzleistungen. Die Beantragung ist (noch) sehr aufwendig, weil sie im Rahmen eines Gesamtplanverfahrens erfolgt bzw. erfolgen muss. Hier spielt auch der Wohn- und Aufenthaltsort von Personen eine Rolle für die Zuständigkeit eines Bezirkes. Es wäre zu überlegen, ob dies für diese spezielle Assistenzleistung verändert werden könnte. Des Weiteren wäre zu überlegen, dass bei einer möglichen Finanzierung, dieses Angebot als Case-Managementvariante ebenfalls in der niedrigschwelligen Drogenhilfe angeboten werden könnte, um auf Wunsch Kontinuität in der Einzelfallbegleitung zu erreichen. In den Fällen, in denen kein Anspruch auf SGB IX Leistungen besteht und eine PSB auch über § 37a nicht organisiert werden kann, sollte das kommunal finanzierte Casemanagement als letzte Möglichkeit zu Zuge kommen (vgl. Bezirk Mitte angegliedert an die soziale Wohnhilfe).

Einrichtung einer Berliner Gesundheitskarte prüfen: Das interdisziplinäre Gutachten zu den Möglichkeiten der Einführung einer Berliner Stadtkarte empfiehlt, das bestehende System der Clearingstelle durch die Einführung einer Gesundheitskarte für undokumentierte Menschen zu ersetzen, die mindestens ein Quartal gültig wäre oder die Möglichkeit das Modell der sogenannten Berliner Stadtkarte für undokumentierte Menschen mit Funktionen einer Gesundheitskarte „aufladbar“ zu machen: Eine solche Karte würde administrative und finanzielle Abläufe erheblich vereinfachen, Behandlungsketten stabilisieren, Kosten senken und

den Betroffenen einen niedrigschwelligen und kontinuierlicheren Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen (vgl. Kron et al. 2024). Zusätzlich wären hiermit auch Krankenhausaufenthalte leichter abrechenbar und der Zugang zu Entgiftungsbehandlungen würden für die Zielgruppe erleichtert werden. Dies würde weiterhin ermöglichen, die ärztliche und pflegerische Arbeit in einem Zentrum für Teilhabe und Gesundheit abzurechnen und gleichzeitig, die dort intendierte Überleitung in weitergehende medizinische Hilfen administrativ deutlich erleichtern.

Implementierungs- und Evaluationsforschung fördern: Abschließend ist zu betonen, dass einige der hier benannten Entwicklungsbedarfe den Handlungsempfehlungen anderer Studien ähneln. Zugleich scheint es Umsetzungsprobleme zu geben, die auf Herausforderungen bezogen auf Rechtsgrundlage, Verwaltungsorganisation sowie eingeübte Verfahrensweisen auch zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern hindeuten. Insofern empfehlen wir ergänzend zu den in Kapitel 7.2 benannten Forschungsdesideraten auf diese Fragen der Herausforderungen bei der Umsetzung den Fokus zu legen.

Literaturverzeichnis

AK Knast des vdää (2021) Medizinische Versorgung von Menschen in Haft. Solidarisches Gesundheitswesen e.V. Verfügbar unter: https://www.vdaee.de/wp-content/uploads/2020/06/Med_Versorgung_in_Haft_10-2021.pdf (Zugegriffen: 11. September 2025).

Arendt, I. (2023) Der Nutzen von Hilfen der Sucht- und Drogenhilfe für ältere Opiatkonsument:innen: Eine qualitative Studie mit Nutzer:innen und Fachkräften der Sozialen Arbeit. Freie Universität Bozen. Verfügbar unter: <https://bia.unibz.it/esploro/outputs/doctoral/Der-Nutzen-von-Hilfen-der-Sucht-/991006613392701241#file-0> (Zugegriffen: 23. November 2025).

Arendt, I., Werse, B. (2025) MoSyD Szenestudie 2024". Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Verfügbar unter: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/ISFF/MoSyD_Szenebefragung_24.pdf (Zugegriffen: 23. November 2025).

Ärzte der Welt (2024) Gesundheitsreport 2024. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.aerztederwelt.org/sites/default/files/Gesundheitsreport_2024_aerztederwelt_0.pdf (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Ataç, I., Langhoop G., Madjlessi-Roudi, S., Mayer, M., Scherschel, K.; Spindler, S. (2026) Teilhabe trotz Duldung? Prekäre Wege in Arbeit, Ausbildung und Aufenthalt. Weinheim: Beltz Juventa.

BÄK (2023) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. Bundesärztekammer. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

Balzer, L., Beywl, W. (2015) evaluiert: Planungsbuch für Evaluationen im Bildungsbereich. 1. Auflage. Bern: hep verlag.

BAMF (2021) Das Ausländerzentralregister: Daten und Nutzungsmöglichkeiten. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Verfügbar unter: <https://www.bamf.de/DE/Themen/Forschung/Forschungsdatenzentrum/DatenAZR/daten-azr-node.html> (Zugegriffen: 20. November 2025).

Bartsch, S., Beywl, W., Niestroj, M. (2016) Der Programmbaum als Evaluationsinstrument, in Evaluationspraxis: Professionalisierung - Ansätze - Methoden. 2. Auflage. Münster: Waxmann Verlag, S. 89–111.

Beywl, W., Niestroj, M. (Hrsg.) (2009) Das ABC der wirkungsorientierten Evaluation: Glossar - deutsch/englisch - der wirkungsorientierten Evaluation. 2. Auflage. Köln: Univation - Inst. für Evaluation Dr. Beywl und Associates.

BfArM (2025) Bericht zum Substitutionsregister (Januar 2025). Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2025.pdf?__blob=publicationFile (Zugegriffen: 21. November 2025).

Blankenburg, K., Hansjürgens, R. (2022) Multiprofessionelle Teamleistung im sozialen Raum – Überlegungen zu Chancen und Herausforderungen für Soziale Arbeit im Gesundheits- und

Sozialwesen, in Weimann-Sandig, N. (Hrsg.): Multiprofessionelle Teamarbeit in den sozialen Dienstleistungsberufen: Chancen, Herausforderungen, Hindernisse. Berlin, S. 103–114.

BMI (ohne Datum) Einreise und Aufenthalt von EU-Bürgern (EU-Freizügigkeit). Bundesministerium des Innern und für Heimat. Verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/migration/aufenthaltsrecht/freizuegigkeit-eu-buerger/freizuegigkeit-eu-buerger-node.html> (Zugegriffen: 21. November 2025).

BmWSB (2024) Wohnungslosenbericht der Bundesregierung. Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BmWSB). Verfügbar unter: https://www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/wohnen/wohnungslosenbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zugegriffen: 13. Oktober 2025).

Boyd, J., Lavalley, J., Czechaczek, S., Mayer, S., Kerr, T., Maher, L., McNeil, R. (2020): Bed Bugs and Beyond: An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *The International journal on drug policy* 78. Verfügbar unter: DOI: 10.1016/j.drugpo.2020.102733.

Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013, *PLOS ONE*. Herausgegeben von J.A. Caylà, 10(7), S. e0131483. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>.

Braun, V., Clarke, V. (2022) *Thematic analysis: a practical guide*. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington DC Melbourne: SAGE.

Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H., Nieswand, B. (2013) *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. 1. Aufl. Stuttgart, Deutschland: utb GmbH. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.36198/9783838539799>.

Brunner, F., Pilotti, S. (2025) Im Abseits gelandet. *Magazin Gesundheit + Gesellschaft*, AOK Bundesverband(01/2025), S. o.S.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Straffälligenhilfe e.V. (BAG-S) (2025) Aktuelle Fragen der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Fachtagung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin, 20 März. Verfügbar unter: https://bag-s.de/wp-content/uploads/2025/04/2025_03_20-Deutscher-Verein-Fachtagung.pdf (Zugegriffen: 23. September 2025).

Croft, J. (2016) Non-Citizens in Estonia and Latvia: Time for Change in Changing Times? *OSCE Yearbook* (Vol. 2015, pp. 181-195). Nomos. Verfügbar unter: <https://www.ifsh.de/file-CORE/documents/yearbook/english/15/Croft-en.pdf> (Zugegriffen: 04. Februar 2026).

Deimel, D., Feldmann, L., Scherbaum, N., Firk, C., Fleißner, S. (2025) Characteristics, crack use, housing situation and psychosocial problems of people in the open drug scene in cologne, Germany – results of a cross-sectional survey. *Harm Reduction Journal*, 22(1), S. 96. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01256-2>.

Deimel, D., Ferl, L., Gille, C., Mühlen, A., van Rießen, A., Schmitz, H., Scholten, L. (2025) *OFFENE DROGEN- SZENEN IN NRW 2024 Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster*. 1. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deutsche Aidshilfe (ohne Datum) Clearingstellen und Medi-Büros (für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit unklarem Versicherungsstatus). Verfügbar unter: <https://www.aidshilfe.de/de/clearingstellen-medibueros> (Zugegriffen: 21. November 2025).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (ohne Datum) Das Krankenhaus als Nothelfer – Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII bzw. § 6a AsylbLG (Arbeitspapier). Verfügbar unter: https://www.slaek.de/media/dokumente/service/faq/Das-Krankenhaus-als-Nothelfer_DKG_Umsetzung-des-6a-AsylbLG.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2022) Rassistische Realitäten: Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander? Auftaktstudie zum Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa), Berlin. Verfügbar unter: https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/CATI_Studie_Rassistische_Realit%C3%A4ten/DeZIM-Rassismusmonitor-Studie_Rassistische-Realit%C3%A4ten_Wie-setzt-sich-Deutschland-mit-Rassismus-auseinander.pdf. (Zugegriffen: 02. Februar 2026).

Diözesan-Caritasverband Berlin (2000) Illegale in Berlin [Pressemitteilung]. Caritas Berlin. Verfügbar unter: <https://www.caritas-berlin.de/presse/pressemitteilungen/illegale-in-berlin-08d9d006-4f00-449d-91b6-4e0a81cdc904>. (Zugegriffen: 04. Februar 2026).

DRV (2022) Reha-Bericht 2022: Statistische Ergebnisse und Zahlen der Deutschen Rentenversicherung für das Datenjahr 2021. DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund. Verfügbar unter: <https://www.dasrehaportal.de/news/reha-bericht-2022-drv-bund-veroeffentlicht> (Zugegriffen: 21. November 2025).

Erhard, F., Jukschat, N., Sammet, K. (2021) Lost in Translation? Openness, Reflexivity and Pragmatism as Guiding Principles for Cross-Language Qualitative Research. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, S. Vol. 22 No. 3 (2021): The Refiguration of Spaces and CrossCultural Comparison II. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/FQS-22.3.3722>.

Europäische Kommission (ohne Datum) Health insurance cover in your host country. Your Europe. Verfügbar unter: https://europa.eu/youreurope/citizens/health/when-living-abroad/health-insurance-cover/index_en.htm (Zugegriffen: 21. November 2025).

European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (2005) „ETHOS- Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung“. Verfügbar unter: https://www.feantsa.org/download/at___6864666519241181714.pdf (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

European Parliament, Directorate-General for Internal Policies. (2016): Obstacles to the right of free movement and residence for EU citizens and their families – Country Report: Germany. European Parliament. Verfügbar unter: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571375/IPOL_STU\(2016\)571375_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571375/IPOL_STU(2016)571375_EN.pdf). (Zugegriffen: 03. Februar 2026).

Fairbairn, N., Small, W., Shannon, K., Wood, E., Kerr, T. (2008) Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: Women's experiences in North America's first supervised injection facility. Social Science & Medicine 67 (5), S. 817-823. Verfügbar unter: DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.05.012.

Filius, Brosch und Kollegen (2023) Krankenversicherung während der Haftzeit nicht kündigen!, Filius, Brosch & Kollegen Rechtsanwälte GbR, 25 Oktober. Verfügbar unter: <https://www.kanzlei-filius.de/krankenversicherung-waehrend-der-haftzeit-nicht-kuendigen/> (Zugegriffen: 19. November 2025).

G-BA (2010) G-BA verbessert Behandlung von schwerstkranken Opiatabhängigen (Pressemitteilung). Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfügbar unter: <https://www.g->

ba.de/downloads/34-215-334/10-2010-03-18-Diamorphin.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

G-BA (2018a) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVV-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf (Zugegriffen: 04. Februar 2026).

G-BA (2018b) Substitutionsgestützte Therapie von Opioidabhängigen: Klarstellungen zum GKV-Leistungsangebot beschlossen (Pressemitteilung). Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/34-215-762/31_2018-09-06_MVV-RL.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

Gerull, S. (2018) „Unangenehm“, „arbeitsscheu“, „asozial“. Zur Ausgrenzung von wohnungslosen Menschen. Aus Politik und Zeitgeschichte. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/270886/unangenehm-arbeitsscheu-asozial/>. (Zugegriffen: 03. Februar 2022.).

GFF (2021) Ohne Angst zum Arzt – Das Recht auf Gesundheit von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Gesellschaft für Freiheitsrechte. Verfügbar unter: <https://freiheitsrechte.org/themen/gleiche-rechte-und-soziale-teilhabe/ohne-angst-zum-arzt> (Zugegriffen: 21. November 2025).

GKV-Spitzenverband (2021) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.01.2021 zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Thema ‚Zugang zur Gesundheitsversorgung‘ am 13.01.2021“. GKV-Spitzenverband. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2021_2023/210108_GKV-SV_Stn_Anhoerung_Zugang_zur_Gesundheitsversorgung_final.pdf (Zugegriffen: 19. November 2025).

Grønnestad, T., Lalander, P. (2015) The Bench: An open drug scene and its people. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 32, 2, S. 165–182. Verfügbar unter: DOI: 10.1515/nsad-2015-0018.

Gurr, T., Becker, N., Debicki, S., Petsch, F. (2022). „... und wir sind dann ja nur der Abfall, die unterste Schicht, die nicht mehr dabei ist.“ Über Stigmatisierungserfahrungen der von Obdachlosigkeit Betroffenen, in Sowa, F. (Hrsg.) *Figurationen der Wohnungsnot. Kontinuität und Wandel sozialer Praktiken, Sinnzusammenhänge und Strukturen*. Weinheim: Beltz Juventa. S. 402–425.

Hansjürgens, R. (2023) Vermittlung in der Suchtberatung – eine Aufgabe für sozialarbeiterische Fachkräfte. Betrachtung aus handlungstheoretischer Perspektive der Sozialen Arbeit. *Konturen* [Preprint]. Verfügbar unter: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/vermittlung-in-der-suchtberatung-eine-aufgabe-fuer-sozialarbeiterische-fachkraefte/>. (Zugegriffen: 04. Februar 2026).

Hansjürgens, R. (2025) Suchthilfe, kommunale, in F.M. Nuss und M. Noack (Hrsg.) *Handwörterbuch Sozialraumorientierung*. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3262/978-3-7799-7659-2>, S. 330–335.

Hansjürgens, R., Arnold, T. (2025) Kommunale Suchthilfe und Suchtberatung, in A. Brettschneider, S. Grohs, N. Jehles (Hrsg.) *Handbuch Kommunale Sozialpolitik*. Wiesbaden:

Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–19. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-38616-0_54-1.

Hansjürgens, R., Hörsch, J., Streck, R. (2025) Wirkmodell und Nutzenanalyse der Clearingphase des Projektes ANDANTE im Kontext von Suchthilfe und Beschäftigungsförderung. Abschlussbericht. Berlin: Institut für Innovation und Beratung an der Evangelischen Hochschule Berlin e. V. (INIB), S. 41. Verfügbar unter: https://inib-berlin.de/images/doc/2025/INIB_Andante_Forschungsbericht_270625.pdf (Zugegriffen: 23. November 2025).

Hayner, E., Venske, K.-G., Fritzsche, C. (2025) 2. Gesundheitsbericht zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser und/oder nicht krankenversicherter Menschen in Berlin. Berlin: Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V., GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH, S. 56. Verfügbar unter: <https://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/media/attachments/2025/04/30/cv-gesundheitsbericht-2025-web.pdf> (Zugegriffen: 23. November 2025).

Hayner, E., Venske K.-G., Obst, L., Gleißner, T. (2018) Gesundheitsbericht zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen 2016. Gesundheitsbericht. Verfügbar unter: <https://www.caritas-berlin.de/presse/pressemitteilungen/erster-gesundheitsbericht-zur-medizinischen-versorgung-obdachloser-menschen-in-berlin-58a3935d-93d6-43ca-ab54-59a60c673b> (Zugegriffen: 13. Oktober 2025).

Heinrich, F., Manthey, J., Wulff, B., Stallbaum, F., Dost, K., Graf, W., Kowalski, V., Brennecke, A., Hajek, A., König, H., Püschel, K., Ondruschka, B., Iwersen-Bergmann, S. (2025) Polysubstance use among the homeless in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international* [Preprint]. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0132> (zugegriffen: 03.02.2026).

Heinrichs, F., Weckbecker, K., Münster, E., Kersting, C. (2025) Life without health insurance: causes, living situations, and medical care—a qualitative study. *Deutsches Ärzteblatt International*; 122: 558–9. Verfügbar unter: DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0140 (zugegriffen: 03.02.2026).

Hirschfeld, T. u. a. (2026 i.E.) Berliner Crack-Studie: Szenestrukturen, Konsummuster und Versorgungslage. Charité – Universitätsmedizin Berlin..

Ingram, C., Buggy, C., MacNamara, I., Perrotta, C. (2024) "Just a knife wound this week ,nothing too painful": An ethnographic exploration of how primary care patients experiencing homelessness view their own health and healthcare. *PLoS ONE* 19(7): e0299761. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299761> (zugegriffen: 03.02.2026).

Ingram, C., Buggy, C., Perrotta, C. (2025) Barriers and enablers of addiction recovery amongst people experiencing homelessness in Dublin, Ireland: A proposed conceptual framework adapted from the REC-CAP. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949875925000487> (zugegriffen: 03.02.2026).

Jamin, D., Vanderplasschen, W., Sys, O., Jauffret-Routside, M., Michel, L., Trouiller, P., Neisa, A., Homen, M., Mendes, V., Stöver, H. (2021) „My first 48 hours out”: drug users’ perspectives on challenges and strategies upon release from prison“. *Harm Reduction Journal*, 18(1), S. 32. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00480-w> (zugegriffen: 03.02.2026).

John, D., Schröder, A., Ottmann, S. (2025) Evaluation im Projekt Suchthilfe und Wohnungsnotfallhilfe – zwei Hilfesysteme, eine gemeinsame Zielgruppe (SuWoKo). Abschlussbericht. Nürnberg: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Verfügbar unter: https://www.sucht-und-wohnungsnotfallhilfe.de/fileadmin/sucht-wohnungsnotfallhilfe/PDF/SuWoKo_Abschlussbericht.pdf (Zugegriffen: 23. November 2025).

Karachaliou, Krystallia u. a. (2024) Drogen-Workbook Drugs. Deutschland. Bericht 2024 des nationalen REITOX- Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023/ 2024). IFT - Institut für Therapieforschung. Verfügbar unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/REITOX_BERICHT_2024/REITOX_BERICHT_2024_Drogen.pdf (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

KCE (2015) What health care for undocumented migrants in Belgium? (KCE Report 257). Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Verfügbar unter: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_257_Health_care_Migrants_Scientific%20Report.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

Kennedy, M., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., McNeil, R. (2019) Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. In: Social Science & Medicine 225, S. 60-68. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.02.014 (zugegriffen: 03.02.2026).

Klingemann, H., Sobell, L. (Hrsg.) (2006) Selbstheilung von der Sucht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kron, S., Bulut, Z., Austermann, N., Gelhaar, J., Gerdes, Y., Wewerke, M. (2024) Möglichkeiten und Grenzen der Einführung einer Berliner Stadtkarte und alternativer Modelle. Interdisziplinäres Gutachten zur Verbesserung der städtischen Teilhabe undokumentierter Menschen in Berlin. Gutachten. Berlin: Senatsverwaltung ASGIVA, S. 194. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/lb/intmig/_assets/service/publikationen/berlin-city-card-web-002.pdf?ts=1753882736 (Zugegriffen: 28. März 2025).

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2024) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Kuhn, S. (2018) Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in niedrighschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Abschlussbericht. Hamburg: Bundesministerium für Gesundheit, S. 61. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Gefluechtete_Drogenabhaengige.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

Kull, A., Petersen, S., Camp, M.-A. (2019) Sprachlich-kulturelle Herausforderungen bei der qualitativen Inhaltsanalyse musikbiografischer Interviews mit chinesischen und schweizerischen Musikstudierenden. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 20, S. No 3 (2019): Qualitative Content Analysis I. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/FQS-20.3.3373>.

Kurz, C. (2022) Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. Deutsches Ärzteblatt [Preprint], (41/2022). Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/menschen-ohne-krankenversicherung-ein-oft-uebersehenes-problem-0f03a705-055c-4855-9a36-d06040aef11f> (Zugegriffen: 5. Juni 2025).

- Lange, C., Boczor, S., Rakebrandt, A., Posselt, T., Scherer, M., Kaduszkiewicz, H. (2015) Evaluation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg – Abschlussbericht. herausgegeben von Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin. Hamburg. Verfügbar unter: https://daten.transparenz.hamburg.de/Dataport.HmbTG.ZS.Webservice.GetRessource100/GetRessource100.svc/4d1fbe23-735c-4162-93e4-f9720c1b39b9/Akte_122.13-21.pdf (zugegriffen: 12. Oktober 2025).
- Lauber, D.M. (2024) Der Nutzen von Case Management aus der Sicht von Bürgergeldbezieher*innen mit Suchtverhalten. Zeitschrift für Sozialreform, 70(4), S. 429–452. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/zsr-2024-0005> (zugegriffen: 03.02.2026).
- Ledoux, Y. (2012) Basic epidemiology of opiate misuse substitution treatment in Belgium. Journal De Pharmacie De Belgique, (3), S. 30–39.
- Lotties, S. (2020) Statistikbericht. Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland – Lebenslagenbericht. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung. Statistikbericht 2020. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Verfügbar unter: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2020.pdf (zugegriffen: 12. Oktober 2025).
- Lotties, S. (2023) Statistikbericht: Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland – Lebenslagenbericht. Schwerpunktthema: Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit unter Migrant*innen. Statistikbericht 2023. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., S. 32. Verfügbar unter: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2023.pdf (zugegriffen: 12. Oktober 2025).
- Lotty, E., Hämmerling, C., Mielck, A. (2015) Gesundheitszustand von Menschen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München. Das Gesundheitswesen, 77(06), S. e143–e152. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395646> (zugegriffen: 03.02.2026).
- Luthmann, T. (2023) Frauentreff Olga Schwierige Bedingungen für Sexarbeit. Drogennotdienst Berlin gGmbH. Verfügbar unter: <https://drogennotdienst.de/2023/05/08/aktuelle-lage-sexarbeit/> (zugegriffen: 21. November 2025).
- Mediendienst Integration (2025) Europäische Asylpolitik und Grenzschutz [Dossier]. Flucht & Asyl – Zahlen und Fakten. Verfügbar unter: <https://mediendienst-integration.de/flucht-asyl/eu-asylpolitik.html> (zugegriffen: 22. November 2025).
- Memarnia, S. (2024) City-ID für Berlin: Eine Stadtkarte für alle ist möglich. In: taz – die tageszeitung. Verfügbar unter: <https://taz.de/City-ID-fuer-Berlin/!6039759/>. (zugegriffen: 03. Februar 2026).
- Middendorf, T. (2025) Eine theoretische Perspektive auf prekäre Lebenslagen erwachsener Menschen in der Sozialen Arbeit, in T. Middendorf und A. Parchow (Hrsg.) Erwachsene Menschen in prekären Lebenslagen: Theorien, Konzepte und Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa, S. 16–27.
- Mylius, M. (2016) Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Bielefeld: transcript.

Neupert, I., Pieper, C. (2020) Menschen ohne Krankenversicherung – Prävalenz und Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen. *Das Gesundheitswesen*, 82(12), S. 955–960. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/a-1205-1069> (zugegriffen: 03.02.2026).

netzwerk-sozialrecht.net. (o. J.) Grundsicherungsleistungen: Nicht für alle EU-Bürger/innen in Deutschland. Verfügbar unter: <https://netzwerk-sozialrecht.net/grundsicherungsleistungen-nicht-fuer-alle-eu-buergerinnen-in-deutschland/> (zugegriffen: 03. Februar 2026).

Oelerich, G., Schaarschuch, A. (2005) Der Nutzen Sozialer Arbeit, in dies. (Hrsg.) *Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht: zum Gebrauchswert sozialer Arbeit*. München Basel: Reinhardt, S. 80–98.

Ottmann, S., König, J. (2023) *Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung für Studium und Praxis*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Office for Democratic Institutions and Human Rights OSCE/ODIHR (2017) Commonwealth of the Independent States - Elections Monitoring Organization: The issues of discrimination of non-citizens in the Baltic states. Verfügbar unter: <https://www.osce.org/odihr/341596> (zugegriffen: 03. Februar 2026).

Paritätischer Gesamtverband (2023) Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen (Broschüre für die Beratungspraxis)*. Verfügbar unter: <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/zugang-zum-gesundheitssystem-fuer-unionsbuergerinnen-broschuere-fuer-die-beratungspraxis/> (zugegriffen: 21. November 2025).

Phelan J., Link B., Dovidio J. (2020) Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med* 2008; 67: 358–67. Verfügbar unter: DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022 (zugegriffen: 03.02.2026).

Ratzmann, N. (2022) „No German, No Service”: EU Migrants’ Unequal Access to Welfare Entitlements in Germany. *Social Inclusion*, 10(1), S. 227–238. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17645/si.v10i1.4647> (zugegriffen: 03.02.2026).

Rauscher, O., Mildenerberger, G., Krlev, G. (2015) Wie werden Wirkungen identifiziert? Das Wirkungsmodell, in *Praxishandbuch Social Return on Investment: Wirkung sozialer Investitionen messen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, S. 41–57.

Reiter, R. u. a. (2023) Evaluation 2023 des Projekts der Berliner Stadtmission „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ Abschlussbericht. Verfügbar unter: https://www.berliner-stadtmission.de/fileadmin/Redaktion/Abschlussbericht_ZEP_CSfnK_FINAL_060224.pdf (zugegriffen: 9. Juni 2025).

Reiter, R., Oschmiansky, F., Frentzel, J., Kaps, P., Englert, K. (2024) Abschlussbericht Evaluation der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen im Zuwendungsjahr 2024. ZEP - Zentrum für Evaluation und Politikberatung. Verfügbar unter: https://www.berliner-stadtmission.de/fileadmin/Redaktion/02_Angebote_Standorte/Beratung_in_Ausnahmesituationen/Clearingstelle/FINAL_ZEP_Evaluation_CSfnK_2024_Abschlussbericht_250122.pdf (zugegriffen: 26. November 2025)

Rickard, G., Hart, B. (2022) Survival, safety and belonging: An ethnographic study of experiences and perceptions of people who inject drugs accessing a supervised injecting Centre. *Australian Journal of Social Issues*, 57, S. 829–846. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/ajs4.230> (zugegriffen: 14. Februar 2026)

Robert-Koch-Institut (2016) Abschlussbericht der Studie "Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland" (DRUCK-Studie). Abschlussbericht. Berlin. Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/175/215mAgApBHhE.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Ross, N., Morrison, J. (2020): Safety, Belonging and Voice: Critical Clinical Practice with Girls and Women Struggling with Substance Use, in: Brown, C., MacDonald, J. (Hrsg.): Critical clinical social work: Counterstorying for social justice. Toronto, Vancouver: Canadian Scholars, S. 171–194.

Runder Tisch Wohnungslosigkeit (Region Hannover) (2022) „Überblick zur Hilfe nach §§ 67-69 SGB XII (Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Region Hannover.“ Hannover. Verfügbar unter: https://e-government.hannover-stadt.de/lhhsimwebdd.nsf/3BE51A143EFCABB3C12588090024DB58/%24FILE/Alnternational_20220217_Anlage3.pdf (Zugegriffen: 21. November 2025).

Schäffer, D. (2023) Drogenkonsumräume in Deutschland- Ein Blick in die Zukunft. 10. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2023. Lengerich/ Westfalen: akzept. e. V. Bundesverband, S. 88–95.

Schindel, D., Karpenko, R., Poggendorf, C., Lech, S., Matheis, E., Christians, L., Ehlers, F., Kleyer, C., Satori, E., Schenk, L. (2025) Gesundheitliche und soziale Lage von Menschen in Wohnungslosigkeit in Berlin: Ergebnisse einer retrospektiven Sekundärdatenanalyse von zwei niedrigschwelligen Gesundheitsangeboten für die Jahre 2006 bis 2022 (Studienabschlussbericht GIG 1+2). Charité - Universitätsmedizin Berlin. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/REFUBIUM-46521>.

Schneider, L. (2020) ‚My home is my people‘ homemaking among rough sleepers in Leipzig, Germany. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/02673037.2020.1844157> (zugegriffen: 03.02.2026).

Senatskanzlei Berlin (2024) „Senat beschließt Jahresbericht 2023 der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Berlinerinnen und Berliner (Pressemitteilung)“. Sprecher der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/rbmskzl/aktuelles/pressemitteilungen/2024/pressemitteilung.1477845.php> (Zugegriffen: 21. November 2025).

Senatsverwaltung Berlin, Bezirksamt Pankow (2024) „Wohnungslosigkeit in Berlin - Sozialberichterstattung Pankow [Daten zu Geschlecht und Staatsangehörigkeit].“ Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/sozialberichterstattung/wohnungslosigkeit-in-berlin-1533136.php> (Zugegriffen: 19. November 2025).

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung (2024) „Besondere Lebenssituationen- Wohnungslose. Zahlen, Daten, Fakten“. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/soziales/besondere-lebenssituationen/wohnungslose/statistik/> (zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin (ohne Datum) „Menschen ohne Krankenversicherung – Hinweise, Links und Clearingstelle; ISP-Angebote Wohnungsnotfallhilfe (Lotsenstruktur)“. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/gesundheitswesen/menschen-ohne-krankenversicherung/> (zugegriffen: 19. November 2025).

Senatsverwaltung für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz Berlin (2016) Rundschreiben Soz Nr. 03/2016 zur Umsetzung der Vereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/soziales/service/berliner-sozialrecht/kategorie/rundschreiben/2016_03-572039.php (zugegriffen: 03. Februar 2026)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025) Pressemitteilung Nr. N060 vom 29. Oktober 2025. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25_N060_23.html (zugegriffen: 25. November 2025).

Steckhan, S., Werse, B., Prepeliczay, S., Klaus, L., Padberg, C., Germes, M., Auwärter, V., Kamphausen, G., Zielinski, A., Jamin, D., Dichtl, A., Wandt, J., von der Burg, L., Stöver, H., Schmidt-Semisch, H. (2020) Handlungsempfehlungen des Forschungsverbunds DRUSEC (Drugs and Urban Security) für Städte mit offenen Drogenszenen und Drogenkonsumräumen. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Verfügbar unter: https://www.uni-frankfurt.de/95296258/DRUSEC_Handlungsempfehlungen_Deutschland_offene_Szene_final.pdf (zugegriffen: 23. November 2025).

Stöver, H., Förster, S. (2022) Unterstützung bei der Haftentlassung - Reintegration drogenabhängiger Menschen in Frankfurt am Main. Forschungsbericht. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/doi/10.13140/RG.2.2.31363.58403> (zugegriffen: 19. November 2025).

Stöver, H.-J., Hornig, L. (2023) Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe. Berlin: akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Verfügbar unter: <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/01/HandlungsempfehlungenCrack2023.pdf> (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Streck, R. (2016) Nutzung als situatives Ereignis: Eine ethnografische Studie zu Nutzungsstrategien und Aneignung offener Drogenarbeit. Weinheim: Beltz.

Streck, R. (2022) Beratung suchterfahrener Menschen, in Van Rießen, A., Bleck, C. (Hrsg.) Handlungsfelder und Adressierungen der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 261–268. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17433/978-3-17-039847-4>.

Streck, R. (2024) Zugänge ebnen, Sorge und Verlässlichkeit – Streetwork in der Wohnungslosenhilfe. Blätter der Wohlfahrtspflege, 171(1), S. 11–14. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2024-1-11> (zugegriffen: 03.02.2026).

Streck, R., Unterkofler, U. (2022) Niedrigschwellige, lebensweltunterstützende, akzeptierende Drogenarbeit, in Van Rießen, A., Bleck, C. (Hrsg.) Handlungsfelder und Adressierungen der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 269–276. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17433/978-3-17-039847-4>.

Streck, R., Unterkofler, U., Reinecke-Terner, A. (2013) Das ‚Fremdwerden‘ eigener Beobachtungsprotokolle – Rekonstruktionen von Schreibpraxen als methodische Reflexion. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 14, S. No 1 (2013). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/FQS-14.1.1821>.

Tacheles e.V. (2019) Miete, Taschengeld und Krankenversicherung bei Haft §§ 27b, 36, 67ff. SGB XII. Tacheles e.V. - Erwerbslosen- und Sozialhilfeverein. Verfügbar unter: <https://www.tacheles->

sozialhilfe.de/files/redakteur/DA_Sozi_Wpt/Inhaftierte_Miete_KV_Taschengeld_Stand_06-2019.pdf (Zugegriffen: 19. November 2025).

Tries, T., Mehringer, V. (2026) Language, Power, and Multilingualism in Migration Research: Reflections From the Documentary Method. *Social Inclusion* 14(2026) Verfügbar unter: DOI: <https://doi.org/10.17645/si.10821>.

UNHCR – Northern Europe (ohne Datum) Statelessness – UNHCR Northern Europe. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/neu/about/our-work-statelessness> (Zugegriffen: 23. November 2025).

UNHCR Global Report 2023 (2023). Genf: UNHCR - The UN Refugee Agency, S. 180. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2025-03/Global%20Report%202023%20Consolidated%20PDF%20v5.pdf> (Zugegriffen: 20. November 2025).

Unterkofler, U. (2021) Lebensgeschichten (all)täglich begleiten. Eine ethnografische Fallstudie über professionelles Handeln im Kontaktladen. INDRO e.V. Verfügbar unter: <https://indro-online.de/wp-content/uploads/2021/03/Unterkofler2021.pdf> (zugegriffen: 23. November 2025).

Van Rießen, A., Jepkens, K. (2020) Subjektorientierte Forschungsperspektiven im Kontext Sozialer Arbeit – oder Möglichkeiten und Chancen der Fokussierung von Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit, in A. Van Rießen, K. Jepkens (Hrsg.) *Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–10. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-23250-4_1.

Vogel, D. (2015) Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014), Database on Irregular Migration, Update report. Verfügbar unter: <http://irregular-migration.net/> (Zugegriffen: 19. November 2025).

Vom Brocke, A. (2023) Gesundheit wohnungsloser Frauen in Berlin – eine Analyse von Patientendaten des Gesundheitszentrums der Jenny De la Torre Stiftung. Charité - Universitätsmedizin Berlin. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/REFUBIUM-40760>.

Von Streit, F. u. a. (2019) Prevalence of latent tuberculosis in homeless persons: A single-centre cross-sectional study, Germany, PLOS ONE. Herausgegeben von K.A. Wilkinson, 14(3), S. e0214556. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214556>.

Weber, G., Schneider, W. (1997) *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen: Selbstausstieg, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg*. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Werse, B., Kamphausen, G. (2023) MoSyD Szenestudie 2022. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Verfügbar unter: <https://www.uni-frankfurt.de/136573211/mosyd-szenebefragung-2022-final.pdf> (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Werse, B., Kamphausen, G., O'Reilly, M. (2022) Abschlussbericht Szenebefragung Mannheim. Verfügbar unter: https://www.uni-frankfurt.de/136572671/Bericht_Szene_Mannheim_final.pdf (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Wiesener, A., Schmidt, S., Bergmeyer, V., Bruckermann U. (2008) *Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen. Vorschläge und Lösungsansätze. Umfrage*. Verfügbar unter: <https://media-api.suub.uni-bremen.de/api/core/bitstreams/8c57f463-587c-4161-83cc-962c92c01b21/content>. (Zugegriffen: 03. Februar 2026).

Wilsch, W. (2022) The People of Strawberry Fields. Ein Ort und seine besondere Bedeutung für die obdachlose Bevölkerung. In Sowa, F. (Hrsg.): Figurationen der Wohnungsnot. Kontinuität und Wandel sozialer Praktiken, Sinnzusammenhänge und Strukturen. Weinheim: Beltz Juventa, S. 364-380.

Winkler, K., Wyss, A. (2025) Intersecting Precarities in Housing and Legal Status: No Residence Permit Without Permanent Residence. *Critical Sociology*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/08969205251316143>.

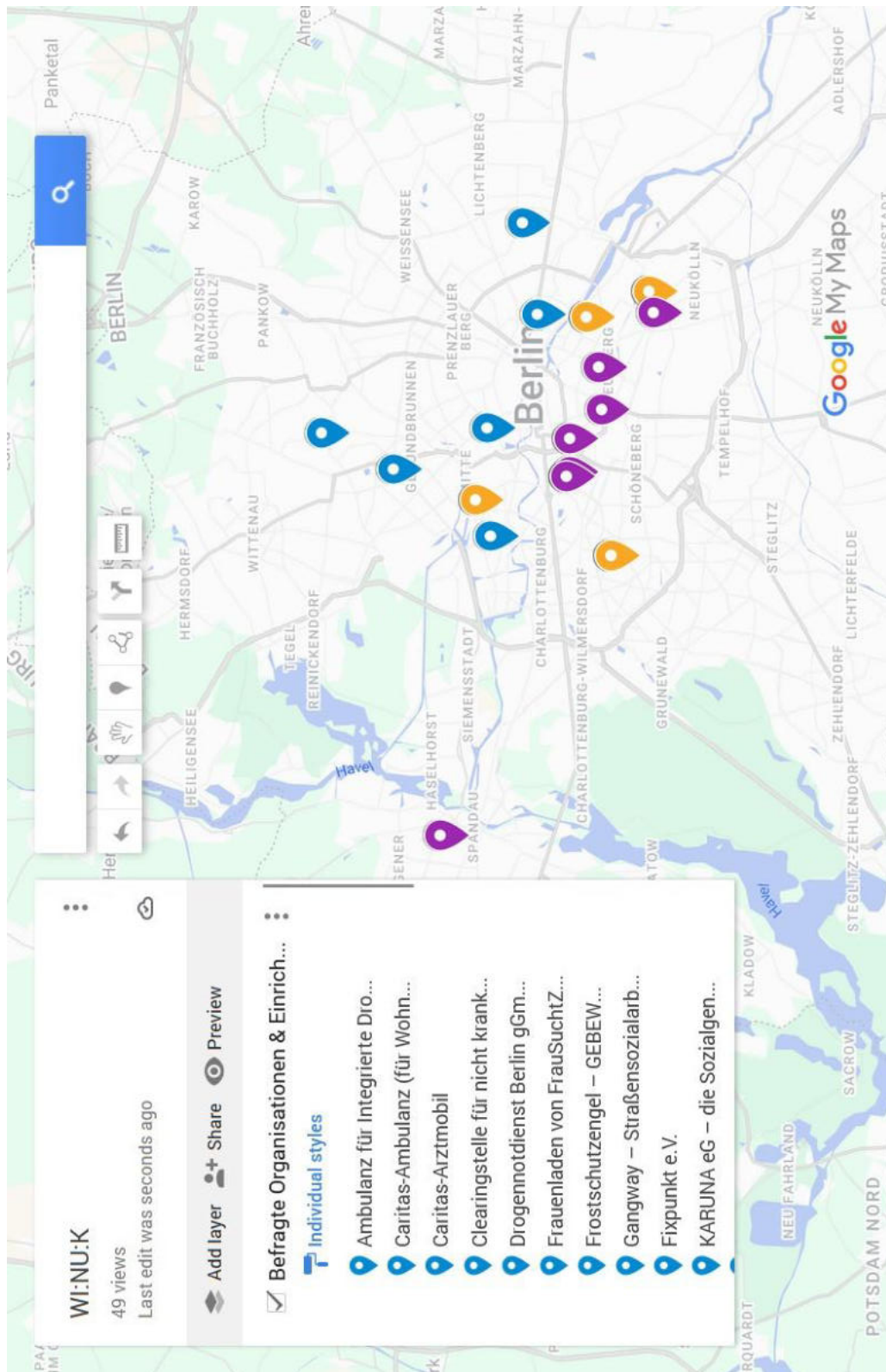
Witzel, A. (2000) The Problem-centered Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 1, S. Methodical and Empirical Examples. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17169/FQS-1.1.1132>.

Zimmermann, R., Krings, A., Steffen, G. (2023) DRUCK 2.0-Pilot - DRUCK 2.0 - Pilotierung eines Surveillancesystems zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. Abschlussbericht. Robert Koch-Institut. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.25646/11930>.

Zurhold, H., Kuhn, S., Reimer, J., Verthein, U. (2024) Evaluation zum Bedarf nach einer Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen, die gegenwärtig nicht in dieser Behandlung sind. Abschlussbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) und Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (UKE). Verfügbar unter: https://www.zis-hamburg.de/wp-content/uploads/2023/01/Cam_Szenestudie_Abschlussbericht_final_31012024.pdf (Zugegriffen: 12. Oktober 2025).

Anlagen

Anlage 1) Screenshot der vorläufigen Map zur Positionierung von relevanten Hilfeeinrichtungen



Wirkmodell Versorgung opioidabhängiger, wohnungsloser Personen mit unklaren Krankenversicherungstatus
- Erläuterungen

In diesem Bereich des Wirkmodells werden Aktivitäten aufgeführt, die im Rahmen der Angebote durchgeführt werden.

Outputs sind Resultate der Angebote, stellen aber noch keine Veränderungen oder Stabilisierungen bei der Zielgruppe dar. Outputs sind oft leicht zählbar (z.B. die Anzahl der Nutzer:innen).

Im Wirkmodell werden in diesem Bereich aber auch inhaltliche Aspekte aufgeführt, die in den Angeboten geschehen (z. B. Kennenlernen von Hilfsangeboten).

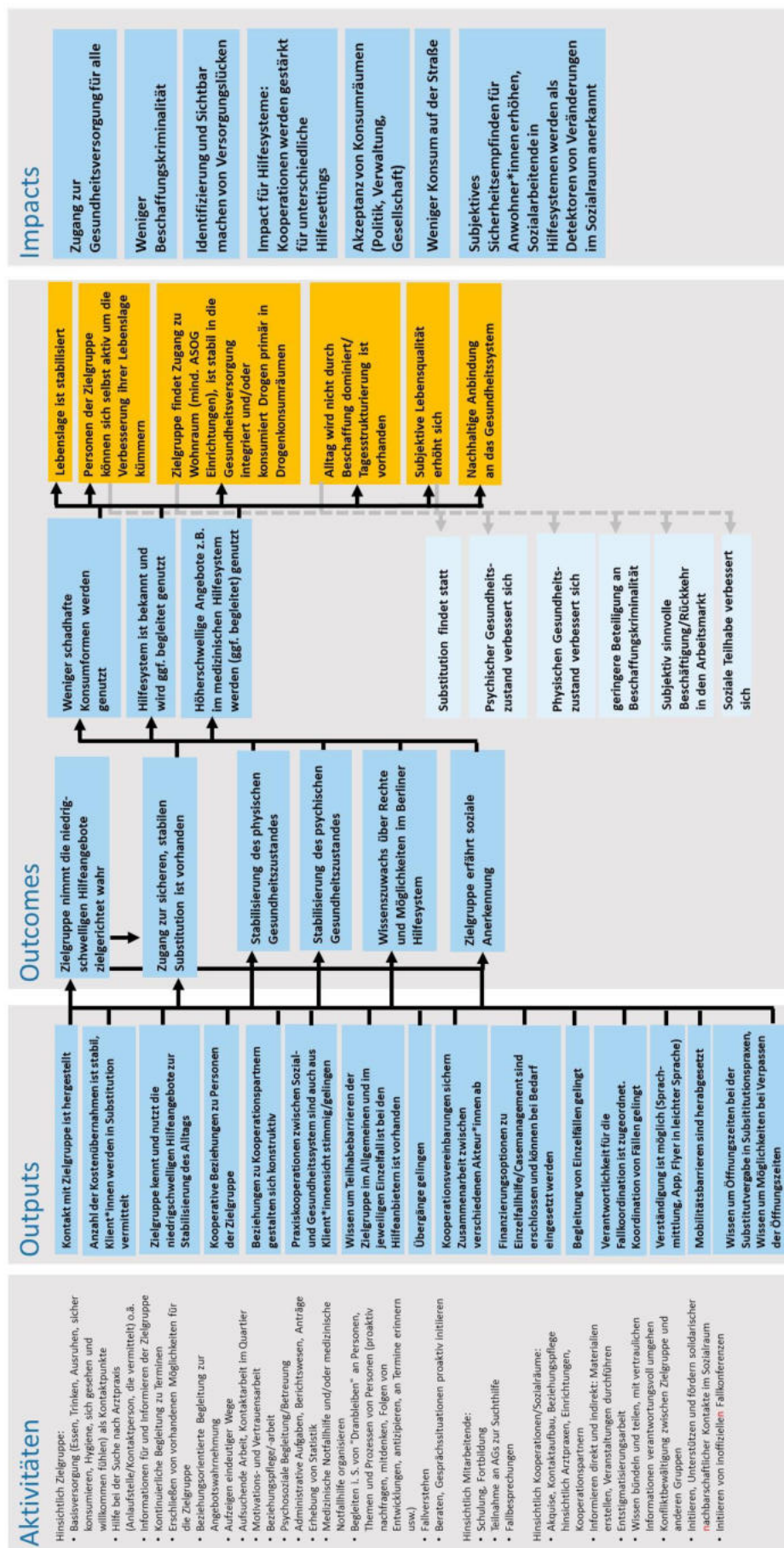
Aus den Aktivitäten und Outputs entstehen Wirkungen. Outcomes sind hierbei Wirkungen auf Ebene der Zielgruppe, also den opioidabhängigen, wohnungslosen Personen mit unklarem Krankenversicherungsstatus. Hierbei werden Veränderungen und Stabilisierungen benannt, die durch die Angebote entstehen. Im Wirkmodell wird zwischen Haupt- und Teilwirkungen unterschieden. Die **Hauptwirkungen** sind die **farblich** hervorgehobenen Wirkungen. Diese sollten beim Verlassen des Ganztagesangebot im Idealfall entstehen. Links davon werden **Teilwirkungen** aufgeführt, die Voraussetzung für die Erzielung der Hauptwirkungen sind. Unten links von den Hauptwirkungen werden Wirkungen aufgeführt, die aus dem Erreichen der Hauptwirkungen bei den Nutzer:innen resultieren können (**folgewirkungen**).

Impacts sind gesellschaftliche Wirkungen, die durch die Angebote oder eine Leistung entstehen. Diese können gesamtgesellschaftlich entstehen oder in Teilbereichen (z. B. dem familiären System).

Unter Kontext und Außeneinflüsse werden im Wirkmodell Faktoren aufgeführt, die neben den Angeboten, Einfluss auf die Erzielung der Wirkungen (Outcomes und Impacts) haben können. Diese werden in vier Kategorien zusammengefasst:

Incomes d. Klientinnen und Klienten	Input	Struktur	Kontext
Ressourcen und Voraussetzungen, die die Nutzer:innen mitbringen, wenn Sie an den Angeboten teilnehmen.	Finanzielle, personale oder andere Ressourcen, die die Träger in die Angebote einbringen.	Strukturelle Merkmale und Faktoren, die innerhalb der Organisation angesiedelt sind.	Rechtlich und gesellschaftliche Rahmenbedingungen die einen Einfluss auf das Angebot haben.
Beispiel: Konsumverhalten, Motivation der Zielgruppe	Beispiel: Personalstellen, Finanzielle Mittel	Beispiel: Verfügbarkeit / Öffnungszeiten	Beispiel: Stigmatisierung der Zielgruppe

Wirkmodell Versorgung opioidkonsumierender, wohnungsloser Menschen mit unklarem Krankenversicherungsstand



Kontext & Außeneinflüsse

Incomes der Zielgruppen

- Konsumverhalten
- Ziel/Motivation der Zielgruppe
- Erreichbarkeit
- Bereitschaft zur Veränderung
- Sprachliche Voraussetzungen/Sprachbarrieren
- Soziale Ressourcen
- Physische und psychische Verfassung
- Aufenthaltsstatus und Staatsbürgerschaft
- Einschränkung durch Wohnauflagen/Zuständige Lebensrealität

Input

- Personalstellen in der Clearingstelle, der niedrigschwelligen Suchtlinie (inkl. Sprachmittlung) und kooperierenden Stellen
- Bereitstellung von Schwerpunktpraxen und medizinischer Versorgung bei nicht KV-Personaten
- Drogenmobile, Kontaktläden, Konsumräume, Räume für die Angebote finanzielle Haushaltsmittel des Landes Berlin für den Betrieb und die medizinische Versorgung
- Kooperationen mit Gesundheitswesen und niedrigschwelliger Suchtlinie

Struktur (ausgewählte Punkte)

- Verfügbare Öffnungszeiten
- Lagerung der Drogenarzneistoffe
- Mobilitätsunterstützung (z.B. Karuna Bus, Duschern)
- Kooperationsvereinbarungen zwischen Clearingstelle und Trägern
- Zusammenarbeit/austausch der beteiligten Hilfesysteme
- Fallkonferenzen
- Einsatz von Mütterschaft*innen
- Sichere Arbeitsverhältnisse für Personal
- Transparenz zur Spezialisierung der Einrichtungen
- Runde Tische zur Koordination der Hilfen (AGs)

Rahmenbedingungen

- Art und Umfang der Substitutionsmaßnahmen (z. B. using Art. 70ff.)
- Zeitungsgeheuer Zugang zu aktuellen Informationen über Angebote
- Niedrigschwelliger Zugang zur Substitutionsbehandlung, z.B. Extremes von niedrigschwelligem EinbürgerungsKonsumenten
- Erweiterte Zugang AIDS-Behandlung nur nach 2GB V zu viele Kriterien von
- Freigabe von 1200€ pro Tag, die in Vertiefen geschrieben sind
- Geringe Kosten mit Systematiken, z.B. IVA, Clearingstelle, Art. 70ff., öffentlicher Gesundheitskassen
- Refinanzierung der sozialpädagogischen Angebote
- Finanzierung der Substitutionsbehandlung für Personen ohne Krankenversicherung
- Stigmatisierung der Zeugnisse, repressive Maßnahmen an Aufnahmestellen
- Alternativen in der Gesellschaft
- Personalführung
- Informationsfluss über die Arbeit, Marktingungsabspaltung, Zugang zu Leistungen des Sozialrechts

Merkposten für zukünftige Weiterentwicklungen und Wünsche

- Behandlungsbereitschaft ist sichergestellt durch Arztpraxen ("richtige Arztpraxen") z.B. durch Kooperationsvereinbarungen
- Arztpraxen behandeln Betroffene / fehlende Wartezeitmerkfähigkeit
- Unklare Ansprechpersonen
- Ampelsystem – Wer hat Platz? Wer kann neue Klient*innen aufnehmen? Wer ist bereit für die Zielgruppe
- Liste Clearingstelle für Kooperationspartner*innen veraltet
- Monitoring (Fallverläufe darstellen)
- Gesundheitshaus (Substitution, Konsumräume, Gesundheitsversorgung, Beratung)
- Niedrigschwelligere & lebensnahe Substitution (vor Ort)
- Sozial- und Gesundheitssystem schulen
- In Kontakt läden die Möglichkeit zu haben, (psycho)sozial zu begleiten/betreuen ohne vorherige Bewilligung eines Antrags
- Begleitung als Tätigkeitsbeschreibung in der Sozialen Arbeit; (SGB V, SGB IX) + (Wege)Begleitung Ausweiten / alltägliche Begleitung / auch Begleitung zur Verbesserung der Mobilität
- Einzelfallbegleitung strukturell und ggf. bezirksübergreifend ermöglichen
- Praktiker*innen / Fachkräfte haben Zeit sich in Gremien zu engagieren und mit anderen Trägern/Sozialdiensten austauschen zu können
- Kurzprofil der Substitutionspraxen: um Klient*innen in optimale, passende Behandlung zu vermitteln
- institutionelles, internes Fallmanagement, damit es nicht am Engagement von Einzelpersonen und deren Kenntnisstand liegt (Qualitätsstruktur)
- Hilfesystem ist vernetzt und informiert (z.B. Krankenhaus mit Notdienst) - in Rücksprache mit Zielgruppe Schnittstelle zwischen JVA und Sozialdiensten ist verbessert / Kooperation ist gestärkt, um Übergänge zu stärken/ besser zu ermöglichen (z.B. Fallkonferenzen, Netzwerkarbeit)
- Stauraum / Lagermöglichkeit für das Hab und Gut (oder Pflege/Versorgung für den Hund/das Tier)
- Klient*innen haben einen sicheren Ort
- Wohnraum/Rückzugsort (wie z.B. Krisenwohnungen oder Tagesruhestätte) werden gestellt
- Zentrale übergeordnete Informationsstelle
- Öffnungszeiten der Zielgruppe anpassen
- Flexiblere Substitutionsvergabe
- Erhebung und Bereitstellung von Zahlen der Clearingstelle: Wer erhebt welche Zahlen vor der Anbindung an die Clearingstelle? Wer arbeitet damit? Welche Auskünfte geben die Zahlen?
- Refinanzierungsmöglichkeiten zur Einzelfallhilfe sind erschlossen
- Finanzierungsmöglichkeiten für Casemanagement ist erschlossen (z.B. Sozialtherapie SGB V oder qualifizierte Assistenz SGB IX)