

**Gesundheit**

**Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe**

**Österreichbericht 2006**

**Angela und Heinz Schoibl**

**Salzburg, November 2006**

## **Gliederung**

Einleitung	3
1. Zur Ausgangslage – paradigmatische und strukturelle Besonderheiten des Gesundheitssystems in Österreich	5
2. Wohnungslosenhilfe und die Schnittstellen zum Gesundheitswesen	9
3. Gesundheitszustand und spezifische Bedürfnisse wohnungsloser Menschen an das Gesundheitssystem	13
4. Gesundheitsversorgung durch die Wohnungslosenhilfe	17
5. Versorgung von Wohnungslosen mit gesundheitsbezogenen Leistungen	44
6. Ausgewählte Praxisbeispiele	47
7. Bedarf nach strukturellen Maßnahmen und Entwicklungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen	67
8. Schlussbemerkung	69
Anhang	
Anhang 1: Überblick über die Datenbasis der Fragebogenerhebung	73
Anhang 2: Literatur und verwendete Materialien	74

## Einleitung

Aus der wissenschaftlichen Literatur ist hinreichend bekannt, dass Armut und die Erfahrung Existenz gefährdender Mängellagen weit reichenden Einfluss auf die Gesundheit der betroffenen Menschen haben.<sup>1</sup> Das betrifft nicht nur unmittelbare Folgen von Fehlernährung, Gesundheitsrisiken aus prekären Arbeits- und Lebensbedingungen etc., wesentlich sind Barrieren hinsichtlich des Zugangs zu gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (Gesundheitsförderung und Prävention, kurative Leistungen, Pflege und Rehabilitation etc.) für die Zielgruppen der Armutsbevölkerung als Problem verschärfend zu nennen. Den Erfahrungsberichten der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (WLH) in Österreich ist zu entnehmen, dass sich dieser Zusammenhang bei der Untergruppe wohnungsloser Menschen noch ausgeprägter zeigt und die WLH vor ausgesprochen große Anforderungen stellt.

„Es gibt ‚Randgruppen‘ in der Gesundheitsversorgung in Österreich: Behinderte Menschen, Obdachlose, psychisch Kranke, MigrantInnen und sozial ausgegrenzte Personen haben einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen. Das System verweigert diesen Personen in den meisten Fällen nicht grundsätzlich die Leistungen. Allerdings ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch unterschiedliche Barrieren massiv erschwert.“ (August Österle 2004, S. 10)

Zum Verhältnis von Wohnungslosenhilfe und dem Gesundheitssystem gibt es in Österreich kaum Untersuchungen und wissenschaftlich aufbereitetes Material. Das erscheint umso erstaunlicher, als aus der Praxis der WLH gleichermaßen bekannt ist, dass

- wohnungslose Menschen mit gesundheitlichen Problemen einerseits besondere Mühe haben, die Zugangshürden zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung zu meistern
- die Regelangebote des Gesundheitssystems andererseits im Zuge von Professionalisierung und Spezialisierung zunehmend hochschwelliger werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu die Beiträge in der Dokumentation der fünften Österreichischen Armutskonferenz, Wien 2004, insbesondere das Referat von August Österle, Gesundheit und Armut, S. 8-11; sowie: Die Armutskonferenz (Hg.), Armut kann Ihre Gesundheit gefährden, Leseheft 2, Wien o.J.

Den thematischen Schwerpunkt der FEANTSA und die entsprechende Aufgabe, einen Österreichbericht über Gesundheitsbedürfnisse wohnungsloser Menschen und den Stand ihrer Gesundheitsversorgung zu verfassen, nahmen wir zum Anlass, eine entsprechende Grundlagenerhebung durchzuführen. Eine Umfrage mittels Fragebogen bei den WLH-Einrichtungen sollte die quantitative Grundlage liefern, ein Workshop sowie Besuche in ausgewählten Einrichtungen die qualitative Vertiefung. In einem dritten Arbeitsschritt sollte darauf aufbauend ein Pilotversuch zur gezielten Gesundheitsförderung bei KlientInnen sowie bei MitarbeiterInnen einer WLH-Einrichtungen realisiert und ein entsprechendes Maßnahmenpaket erarbeitet werden.

Tatsächlich war es im Verlauf der vergangenen Monate aber nicht möglich, die für dieses breite Untersuchungsprogramm erforderlichen Finanzen zu akquirieren, so dass letztlich nur eine reduzierte Kernvariante aus Fragebogen, Workshop und dem Besuch von 2 Einrichtungen stattfinden konnten. Auf diese Grundlagen bezieht sich im Wesentlichen auch dieser Bericht. Die Pilotstudie zur Entwicklung und exemplarischen Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im WLH-Setting steht allerdings noch zur Gänze aus und wird für das nächste Jahr neuerlich zur Finanzierung durch den Fonds gesundes Österreich eingereicht werden.

## 1.

### Zur Ausgangslage

#### **PARADIGMATISCHE UND STRUKTURELLE BESONDERHEITEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN ÖSTERREICH**

Die Gesundheitsversorgung in Österreich beruht auf dem Versicherungsprinzip und ist wesentlich beitragsfinanziert. Insgesamt ist der überwiegende Teil der österreichischen Bevölkerung krankenversichert (98%)<sup>2</sup>. Die Beiträge zur Sozialversicherung sind an Erwerbsarbeit gekoppelt und gelten gleichermaßen für den/die Versicherte(n) selbst sowie für Familienangehörige (GattIn; Kinder bis zum vollendeten 27.Lebensjahr), sofern diese nicht über eine eigenständige Sozialversicherung aus versicherungspflichtiger Erwerbsarbeit verfügen. Neben diesen Zugängen aus Erwerbsarbeitsarbeit respektive Familienzugehörigkeit ist im österreichischen System noch die Möglichkeit der freiwilligen Selbstversicherung für jene Personen vorgesehen, die ansonsten mangels Erwerbsarbeit bzw. entsprechender Familienzugehörigkeit aus der Krankenversicherung herausfallen würden. Diese Selbstversicherung ist zum einen daran gebunden, dass diese von den betroffenen Personen eigenständig beantragt wird. Zum anderen sind damit nicht unerhebliche Kosten verbunden. Insbesondere für einkommensschwache Personen ist hier vorgesehen, dass diese Kosten im Rahmen der Sozialhilfe übernommen oder refundiert werden können, allerdings kann beobachtet werden, dass die zuständigen Ämter in dieser Frage ebenfalls eher passiv bis defensiv agieren, d.h. entsprechende Kosten nur dann übernehmen, wenn diese von den Betroffenen mehr / minder nachdrücklich beantragt und eingefordert werden. Nach wie vor gilt damit, dass ein großer Teil der Armutsbevölkerung und hier insbesondere der wohnungslosen Menschen in Österreich keinen regulären Schutz aus der Sozialversicherung hat.

Der Zugang zu Behandlung und / oder Gesundheitsförderung ist in Österreich grundsätzlich allen Menschen im Rahmen der Sozialversicherung zugänglich und – mit Ausnahme von Selbstbehalten – kostenfrei. Die entsprechenden Selbstbehalte wurden mit dem Ziel eingeführt, die Nachfrage nach bestimmten Leistungen des Gesundheitssystems besser steuern zu können, etwa weg von der teuren stationären Versorgung hin in ambulante

---

<sup>2</sup> Vgl. Republik Österreich, Nationaler Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung, Wien 2006, S. 28

Dienstleistungen (z.B. bei niedergelassenen ÄrztInnen). Anzumerken ist hier noch, dass insbesondere der Bereich der Notfallversorgung grundsätzlich kostenfrei gehalten ist.

Selbstbehalte sind insbesondere vorgesehen für Medikamentenverschreibung (Rezeptgebühr), Verschreibung von Heilbehelfen (Brillen, Prothesen etc.) sowie Aufenthalte in stationärer Versorgung (Taggeld) und stellen insbesondere für einkommensschwache Personen sowie für chronisch Kranke eine materielle Belastung dar. Kosten und finanzielle Belastungen führen nun nachweislich dazu, dass entsprechende medizinische Leistungen eher sparsam bzw. nach Möglichkeit gar nicht in Anspruch genommen werden. Zwar wurde mittlerweile versucht, durch Beihilfensysteme und / oder durch Deckelung der Selbstbehalte für einkommensschwache sowie chronisch kranke Menschen zielgruppenspezifische Erleichterungen und Entlastungen zu realisieren und so die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu erhöhen, tatsächlich sind aber einschränkende Effekte durch eine Vermeidung von finanziellen Aufwänden beobachtbar.

Eine weitere Besonderheit des Gesundheitssystems in Österreich ist die durchgängige und eher strikte sektorale Gliederung in

- niedergelassene ÄrztInnen (Allgemeinmediziner sowie FachärztInnen)
- Spitäler
- Ambulanzen und Ambulatorien (z.B. für Zahnmedizin)

In den vergangenen Jahren hat sich zudem – im Übergang zwischen Spitälern und den niedergelassenen ÄrztInnen - ein extramuraler Versorgungsbereich mit psychosozialen Dienstleistungsangeboten (etwa für psychisch kranke Menschen) etabliert. Weiters wurden in den Bezirkskrankenhäusern psychiatrische und psychosomatische Stationen integriert, um so die (geografischen) Zugangsschwellen zur einschlägigen Versorgung abzubauen. An der sektoralen Abgrenzung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen hat sich in den vergangenen Jahren aber nur wenig geändert.

Zusammengenommen ist somit festzuhalten, dass das österreichische Gesundheitssystem sehr gut ausgebaut ist und für überwiegende Teile der Bevölkerung eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellt. Insbesondere für die Zielgruppe einkommensschwacher und vor allem auch wohnungsloser Menschen, die in unserem Berichtszusammenhang von besonderem Interesse sind, ist somit festzuhalten, dass sie zwar – so wie alle anderen Zielgruppen der Gesundheitsversorgung auch – die gleichen Rechte auf gesundheitsbezogene Leistungen haben. Das betrifft insbesondere den Zugang zur Grundversorgung bei Unfällen und/oder kritischen Zuständen. Notfallversorgung ist von Selbsthalten ausgenommen und auch an eine aufrechte Sozialversicherung gebunden.

Gerade für die weitergehenden gesundheitspezifischen Versorgungsaspekte aber kommen bei Menschen, die von Armut, Wohnungslosigkeit etc. betroffen sind, spezielle Hürden und Zugangseinschränkungen zum Tragen, die sich auch hinsichtlich des Gesundheitszustandes dieser Bevölkerungsgruppe ganz erheblich auswirken. Zur Begründung der in der Praxis der WLH beobachteten und kritisierten Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung bei der Teilgruppe der armutsgefährdeten respektive von Armutslagen betroffenen Menschen ist hier insbesondere auf die paradigmatischen und strukturellen Eckpfeiler des Gesundheitssystems in Österreich zu verweisen. Dieses setzt nun einmal im Sinne einer durchgängigen Komm-  
struktur voraus, dass

- die potenziellen KlientInnen und PatientInnen von sich aus aktiv sind
- sich eigenständig um eine entsprechende Versorgung kümmern und
- auch in der Lage sind, die Leistungen der unterschiedlichen Hilfebereiche aufeinander abzustimmen und diese zu koordinieren.

Das österreichische Gesundheitssystem setzt gewissermaßen aktive und mündige KonsumentInnen von Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie der Krankheitsbekämpfung voraus – eine Grundhaltung, die aber leider am tatsächlichen Gesundheitsverhalten großer Teile der Bevölkerung deutlich vorbeigeht und insbesondere bei Armutshaushalten und / oder bei wohnungslosen Menschen tatsächlich nicht vorausgesetzt werden kann.

Auf entsprechende Beobachtungen und Mangelfeststellungen gehen auch die Regierungserklärungen zur Gesundheitspolitik<sup>3</sup> in den letzten Jahren wiederholt ein. Unter anderem finden sich hier folgende Aussagen, die für unsere Themenstellung von besonderer Bedeutung sind.

- Das betrifft einmal die Feststellung, wonach die Wirkungsbereiche der stationären und ambulanten Dienste sowie der niedergelassenen ÄrztInnen besser aufeinander abgestimmt werden müssen.

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu entsprechenden Ausführungen im Gesundheitsbericht 2003, ib. S. 13-17

- Weiters sollen in Zukunft die Zugänge zu den gesundheitsbezogenen Leistungen erleichtert und die Zugangsschwellen gesenkt werden, um solcherart sicherstellen zu können, dass die Gesundheitsversorgung tatsächlich allen ÖsterreicherInnen / Bevölkerungsgruppen gleichermaßen und „unabhängig von Alter und Einkommen“ zugute kommen.
- Wesentliches Augenmerk soll dabei auf die Verbesserung der Lebensbedingungen im Allgemeinen und der Gesundheitsförderung und –vorsorge im Besonderen gerichtet werden, dem sich ein entsprechender „nationaler Plan zur Gesundheitsförderung und –vorsorge“ widmen soll.

Paradigmatisch wird etwa in der Regierungserklärung aus dem Jahr 2003 festgehalten:

„Zwischen Gesundheit und Lebensqualität besteht ein ganz enger Zusammenhang. Ein zeitgemäßes Gesundheitssystem muss daher vorrangig zwei Aufgaben erfüllen: Wer krank ist, muss sich darauf verlassen können, dass das Angebot und die Leistungen unseres hochwertigen Gesundheitssystems zur Verfügung stehen. Wer gesund ist, soll unterstützt werden, Krankheiten vorzubeugen.“ (Regierungserklärung 2003, zit. nach: Gesundheitsbericht 2003, S. 15).

## 2.

### **Wohnungslosenhilfe und die Schnittstellen zum Gesundheitssektor**

Im Vergleich der einzelnen Bundesländer und ihren spezifischen Systemen der Wohnungslosenhilfe wird sichtbar, dass die Einrichtungen jeweils ganz spezifische Vorsorgen getroffen haben, um Zugänge zu gesundheitsbezogenen Leistungen zu erleichtern und sicher zu stellen sowie zum anderen wohnungslose Personen zu ermutigen bzw. dabei zu unterstützen, einen angemessenen Umgang mit ihrem Körper / ihrer Gesundheit zu entwickeln und zu realisieren.

### **MULTIDIMENSIONALE PROBLEMLAGE UND KOMPLEXE BEDÜRFTIGKEIT**

Wohnungslosigkeit ist ein multidimensionales Problem und in der Regel mit einem akuten Bedarf nach Hilfeleistungen aus unterschiedlichen Angebots- und Leistungsbereichen verbunden. Dazu kommt, dass Wohnungslosigkeit bei einzelnen Personengruppen (Frauen / Männer, Jugendliche/Erwachsene/alte Menschen, MigrantInnen) in unterschiedlichen Formen auftritt. Dementsprechend komplex ist somit aber auch der Bedarf nach Leistungen der unterschiedlichen Segmente der psychosozialen und gesundheitsbezogenen Versorgung. So hat etwa eine kleine Fallstudie über gemeinsame KlientInnen von Notschlafstelle und Krankenanstalten im Raum Salzburg Stadt den Beleg erbracht, dass sich Art, Häufigkeit und Kombination der Nutzung verschiedener Einrichtungen im psychosozialen Hilfebereich z.B. zwischen Frauen und Männern wesentlich unterscheiden.<sup>4</sup>

Wohnungslosenhilfe ist solcherart in erster Linie damit konfrontiert, die differenzierten existenziellen Bedürfnisse ihrer KlientInnen in Kooperation mit Einrichtungen aus unterschiedlichen Segmenten des psychosozialen Spektrums, der sozialen und Existenzsicherung, der Wohnversorgung sowie des medizinischen Sektors abzudecken. Für bereichsübergreifende Kooperation sind aber (nicht nur in Österreich) aktuell lediglich unzureichende strukturelle Vorsorgen getroffen, zumeist findet die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen auf überwiegend informellem Niveau statt, sofern die Einrichtungen der WLH nicht überhaupt in Eigenregie Angebote aus den

---

<sup>4</sup> Vgl. u.a. Holzner, Gustav (1999): Psychosoziale Versorgung: Zwischen Notschlafstelle und Krankenhaus, in: Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (1999): Psychisch krank und wohnungslos? Chancen, Grenzen und aktuelle Defizite einer ganzheitlich verstandenen psychosozialen Versorgung – Dokumentation der 4. Salzburger Wohnungslosenhilfetagung, Salzburg

unterschiedlichen Leistungsbereichen aufbauen und realisieren.<sup>5</sup> Wohnungslosenhilfe ist erfahrungsgemäß zu hohen Anteilen von Aufgaben der Krisenintervention und Überlebenshilfe dominiert. Erst in den vergangenen Jahren konnten nennenswerte Ergänzungen im Angebotsspektrum hinsichtlich Prävention von Wohnraumverlust einerseits sowie Förderung selbstbestimmter Wohn- und Lebensformen andererseits in das Regelangebot der WLH aufgenommen werden. Mit dieser Entwicklung ist es zu einer weitgehenden Professionalisierung der Wohnungslosenhilfe gekommen. Damit eröffnet sich grundsätzlich auch ein Setting, systematische Vorsorgen für die Realisierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu integrieren, die bisher aber nur unsystematisch Eingang in die Leistungen der WLH gefunden haben.

Darüber hinausgehende Maßnahmen und Dienstleistungen, in denen gleichermaßen psychosoziale Angebote der WLH sowie medizinisch-pflegerische Leistungen systematisch verknüpft und kombiniert werden, finden sich in Österreich nach wie vor erst in einigen Ausnahmefällen.<sup>6</sup> Der Bereich der Gesundheitsförderung scheint demgegenüber noch völlig ausgeblendet zu sein. Von besonderem Interesse erscheint dabei auch die Fragestellung zu sein, ob und inwieweit im Rahmen der Wohnungslosenhilfe gesundheitsbezogene Angebote für die MitarbeiterInnen der Einrichtungen realisiert werden (das betrifft gleichermaßen die Gestaltung eines gesunden Arbeitsumfeldes als auch die gezielte Nutzung der Vorbildwirkung durch gesundheitsbewusste MitarbeiterInnen).

In jedem Fall aber ist festzustellen, dass die Schnittstellen zwischen Wohnungslosenhilfe und dem Gesundheitssektor in den vergangenen Jahren wesentlich verändert und neu aufgemischt wurden. Das zeigt etwa ein vergleichender Blick auf die Personalstruktur in der WLH zwischen der ersten österreichweiten Erhebung zur Situation der WLH im Jahr 1997 und den Ergebnissen der aktuellen Fragebogenerhebung (2006).

---

<sup>5</sup> Heinz Schoibl, Inter-Agency-Working in der Wohnungslosenhilfe, Salzburg 2005

<sup>6</sup> Vgl. etwa die Einrichtung eines Ordinationsraumes sowie das Angebot wöchentlicher Sprechstunden durch eine/n praktische/n ÄrztIn im betreuten SeniorInnenwohnhaus Tivoligasse des Wiener Hilfswerks; vorgestellt in: Christian Halvax und Sylvia Hofmann (2004), S. 24ff.

## PERSONALSTRUKTUR UND QUALIFIKATIONSSPIEGEL IN DER WLH 1997 – 2006

In der WLH hat offensichtlich ein Umdenken in Bezug auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Klientel stattgefunden. Diese Neuausrichtung in der einschlägigen Angebotsentwicklung kommt in einem Vergleich der Personalstruktur in den Einrichtungen der WLH aus den Untersuchungsreihen von 1997 und 2006 sehr deutlich zum Ausdruck.

**TAB. 1: PERSONALRESSOURCEN IN DER WLH (1997)<sup>7</sup>**

	<i>MitarbeiterInnen für Betreuung</i>	<i>medizinisches Personal</i>	<i>MitarbeiterInnen für Aufsicht</i>	<i>MitarbeiterInnen für Verwaltung</i>	<i>sonstiges Personal</i>	<i>geringfügige, freie und ehrenamtliche Mitarbeit</i>
Burgenland	9	0	0	6	3	3
Kärnten	25	3	5	11	8	91
Niederöst.	22	7	13	9	3	110
Oberöst.	33	4	64	27	25	186
Salzburg	63	2	4	17	22	68
Steiermark	10	0	33	6	51	213
Tirol	59	19	13	18	21	240
Vorarlberg	32	9	33	13	27	72
Wien	207	5	17	24	52	116
<i>Gesamt</i>	<i>460</i>	<i>49</i>	<i>182</i>	<i>131</i>	<i>212</i>	<i>1102</i>

In der Grundlagenerhebung aus dem Jahr 1997 konnte festgestellt werden, dass etwa 5% des hauptamtlichen Personals in den WLH-Einrichtungen über eine medizinische Qualifikation verfügten. Diese Situation war lediglich in einigen Bundesländern, hier vor allem in Tirol (etwa 10%), etwas besser.

<sup>7</sup> aus: Gerhard Eitel, Heinz Schoibl, Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich, Hg. BAWO, Wien 1998

**TAB. 2: QUALIFIKATIONSSPIEGEL IN DER WLH IM JAHR 2006<sup>8</sup>**

Qualifikation	Anzahl	in %	
Sozialarbeit / Sozialpädagogik	233	50%	davon 126 mit einschlägiger Ausbildung, 107 ohne abgeschlossene Ausbildung
JuristInnen	19	4%	12 fertig, 7 ohne Abschluss
medizinische Ausbildung	56	12%	ÄrztInnen, PsychiaterInnen, Pflegepersonal etc.
Verwaltung	73	17%	22 GF, 16 Buchhaltung, 35 Hausbetreuung
andere Einsatzbereiche (z.B. Aufsicht, Nachtdienst etc.)	73	17%	davon 13 ZIVIs
gesamt	454	100%	

Im Rahmen der Fragebogenerhebung zu den gesundheitsspezifischen Bedürfnissen wohnungsloser Menschen und den entsprechenden Leistungen durch WLH – Einrichtungen ergibt sich ein Qualifikationsprofil, das sich insgesamt gesehen deutlich von den Ergebnissen aus dem Jahr 1997 unterscheidet. Insbesondere hat sich im Zeitraum zwischen diesen Untersuchungen der Anteil des medizinisch ausgebildeten Personals mehr als verdoppelt und liegt nunmehr bei 12%.

Im Detail setzt sich das medizinisch ausgebildete Personal in der WLH aus folgenden Professionen zusammen: 5 ÄrztInnen, 4 PsychiaterInnen, 31 Schwestern und Pfleger, 13 andere ProfessionistInnen (z.B. TherapeutInnen).

Nachdem im Bundesland Wien im Mai 2006 ein breit angelegtes Projekt gestartet wurde, wonach nun in sämtlichen Einrichtungen des betreuten Wohnen ärztliche und psychiatrische Sprechstunden (in Kooperation mit HausärztInnen bzw. mit dem PSD) eingerichtet und regelmäßig abgehalten werden sollen (siehe dazu unten, S. 27), ist zu erwarten, dass sich auch der entsprechende Qualifikationsspiegel in der WLH zunehmend weiter verändern und entwickeln wird.

---

<sup>8</sup> Vgl. dazu die Darstellung der Datenbasis der Fragebogenerhebung 2006 im Anhang, S. 68

### 3.

## **Gesundheitszustand und spezifische Bedürfnisse wohnungsloser Menschen an das Gesundheitswesen**

### **ALLGEMEINE BEFUNDE AUS DEM BAWO-WORKSHOP<sup>9</sup>**

Einigkeit bestand unter den TeilnehmerInnen darin, dass wohnungslose Menschen ebenso wie andere Untergruppen der Armutspopulation einen schlechten Gesundheitszustand haben und mit zielgruppenspezifischen Hemmschwellen, Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, charakterisiert werden können. Grundsätzlich wird festgestellt, dass alle WLH-Einrichtungen mit gesundheitsbezogenen Bedürfnissen ihrer KlientInnen konfrontiert und mit der Aufgabe befasst sind, Versorgungsleistungen zu realisieren. Auffällig ist dabei, dass sich die erarbeiteten und realisierten Strategien von Einrichtung zu Einrichtung deutlich unterscheiden.

Als weitere Besonderheit heben die TeilnehmerInnen hervor, dass die Gesundheitsvorsorge sowie Gesundheitsfürsorge für die Zielgruppe wohnungsloser Menschen nur dann funktioniert, wenn sich die WLH-MitarbeiterInnen um Kooperationen bemühen, externe Fachleute einladen, mit KlientInnen zu Vorträgen gehen etc.

Ein weiterer Befund des Workshops war, dass es für viele KlientInnen der WLH notwendig ist, nieder- bis niedrigschwellige Angebote zu entwickeln, dass es darüber hinaus notwendig ist, die entsprechenden Angebote möglichst zu den KlientInnen hinzubringen, d.h. dass also nicht erwartet werden kann, dass die KlientInnen sich aktiv um die Angebote bemühen und auf eigene Initiative die entsprechenden Einrichtungen aufsuchen.

Mit Bezug auf die wohnungslosen KlientInnen verwiesen die WLH-ArbeiterInnen auf subjektive und objektive Barrieren, die deren Zugang zum Gesundheitssystem behindern respektive die Hilfestellung durch die WLH-Einrichtungen erschweren.

---

<sup>9</sup> Im Rahmen der BAWO-Fachtagung im Mai 2006 widmete sich ein Workshop der Frage der Gesundheitsversorgung von WLH-KlientInnen sowie der Strategien der WLH-Einrichtungen, die Gesundheitsversorgung ihrer KlientInnen zu verbessern respektive zu gewährleisten. Ein Download des detaillierten Ergebnisprotokolls findet sich unter [www.bawo.at](http://www.bawo.at).

### **ad objektive Barrieren:**

Viele Wohnungslose sind nicht sozialversichert, so dass die Inanspruchnahme von Leistungen durch niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen erschwert bzw. mit Kosten verbunden ist. Weiters sind in den vergangenen Jahren Selbstbehalte im Gesundheitssystem eingeführt worden, die viele armutsgefährdete und insbesondere akut arme Personen davon abhalten, gesundheitsbezogene Leistungen in Anspruch zu nehmen. Davon sind insbesondere auch viele wohnungslose Menschen betroffen.

Vor allem wird kritisiert, dass wohnungslose Personen Gefahr laufen, in den Institutionen des Gesundheitssektors nicht die Behandlung zu erhalten, die sie benötigen. So machen MitarbeiterInnen der WLH häufig die Erfahrung, dass nach einer ersten Notfallversorgung, z.B. durch Ambulanzen, keine weiterführenden Behandlungen eingeleitet und / oder spezifische therapeutische Maßnahmen gesetzt bzw. von den KlientInnen selbst auch nicht nachgefragt werden.

### **ad subjektive Barrieren:**

Erschwerend kommt zum schlechten Gesundheitszustand mancher KlientInnen, verursacht durch die chaotischen Lebensumstände von akut wohnungslosen KlientInnen, hinzu, dass bei der Zielgruppe von Wohnungslosen in der Regel nur eine geringe Sensibilität für Gesundheitsfragen vorhanden ist und der Stellenwert von Gesundheit relativ gering ist. Das wird insbesondere bei jüngeren männlichen Wohnungslosen beobachtet.

Als weiteren Problemfaktor heben die WLH-MitarbeiterInnen die häufig schlechten bzw. ungesunden Ernährungsgewohnheiten ihres Klientels hervor.

## **GESUNDHEITLICHE PROBLEME VON KLIENTINNEN IM BETREUTEN WOHNEN**

Im Rahmen der aktuellen Initiative des FsW (Fonds soziales Wien) werden regelmäßige Sprechstunden in Wohnheimen und WLH-Einrichtungen in Wien angeboten und – so die ersten Erfahrungen mit dieser Initiative – von den BewohnerInnen sehr gut angenommen. Dabei konnte festgestellt werden, dass nahezu alle BewohnerInnen der von ÄrztInnen besuchten Einrichtungen im Rahmen einer mehrdimensionalen Bedarfslage auch ganz spezifische gesundheitliche Belastungen / Bedürfnisse nach medizinischer Versorgung haben. Einen entsprechenden Überblick über die vorgefundenen gesundheitlichen Belastungen gibt die nachstehende Tabelle:

**TAB. 3: HÄUFIG AUFTRETENDE KRANKHEITSBILDER IN DER WLH**

<b>Abhängigkeit von Suchtmitteln</b>	<b>Körperliche Erkrankungen</b>	<b>Psychische Erkrankungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alkohol</li><li>• Nikotin</li><li>• Drogenabhängigkeit (ib. intravenös)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlernährung, ernährungsbedingte Erkrankungen, Essstörungen</li><li>• CVD – Herz- / Kreislauferkrankungen</li><li>• Geschwüre und Entzündungen</li><li>• Hautkrankheiten</li><li>• COPD – Emphyseme</li><li>• Lungen- und Atemwegserkrankungen</li><li>• Epilepsie / Anfallsleiden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stress</li><li>• Demenz</li><li>• Persönlichkeitsstörungen</li><li>• Verhaltensauffälligkeit</li><li>• Depression</li><li>• Posttraumatische Störungen</li></ul>

Die Fragebogenerhebung in den österreichischen Wohnungslosenhilfeeinrichtungen macht es nun möglich, eine Gewichtung jener Gesundheitsbelastungen vorzunehmen, mit denen die Einrichtungen besonders häufig befasst sind. Nachdem nicht alle retournierten Fragebögen auf die einzelnen Einrichtungen desselben Trägers aufgesplittet sind, ist es hier aber nicht möglich, die entsprechenden Angaben über die Häufigkeit der vorgefundenen Gesundheitsbelastungen auf die Ebene der einzelnen erfassten Einrichtungen herunter zu rechnen. Stattdessen dient hier die Anzahl der Fragebögen (44 Fragebögen für insgesamt 73 Einrichtungen) als Grundgesamtheit.

**TAB. 4: GESUNDHEITLICHE PROBLEME IN DEN WLH-EINRICHTUNGEN, N = 44**

	Anzahl	% der Nennungen	% der Einrichtungen
chronische somatische Erkrankungen	44	30%	100%
psychische Erkrankungen	34	23%	77%
Alkoholabhängigkeit	21	14%	48%
Drogenkonsum und -abhängigkeit	21	14%	48%
Lunge / Atemwegserkrankungen	9	6%	20%
andere gesundheitliche Belastungen (z.B. HIV, HEP, Zähne etc.)	21	14%	48%
gesamt	151	151 = 100%	44 = 100%

Durchgängig sind die Einrichtungen der WLH mit gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen durch chronische Erkrankung konfrontiert. Aber auch psychische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol und Drogen) stellen viele Einrichtungen vor Anforderung, entsprechende Dienstleistungen zu vermitteln oder zu erbringen.

Demgegenüber sind sehr spezifische Belastungen durch Erkrankung der Atemwege / Lunge sowie in weiterer Folge durch HIV, HEP, Zähne etc. im Rahmen der WLH nur bei kleineren Anteilen der Einrichtung von zentraler Bedeutung.

## 4.

### **Gesundheitsversorgung durch die Wohnungslosenhilfe**

Bereits im Jahr 1999 wurde im Zusammenhang mit der Erhebung zu Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich eine Ist-Standserhebung durchgeführt, die zu folgenden Befunden kam (Stand 1999):

An der Zielgruppe von wohnungslosen Personen wird deutlich, dass in Österreich die Zugänge zu den einzelnen Segmenten der psychosozialen Versorgung eher hochschwellig sind. Konkret kann solcherart beobachtet werden, dass

- viele Personen den Zugang zu den einzelnen Diensten (Spezialberatung z.B. für Schuldenregulierung etc.) nicht eigenständig finden
- andere Personen, insbesondere sofern sie aufgrund ihrer komplexen Bedarfslage mehrere verschiedene Angebotssegmente in Anspruch nehmen müssen, mit dem Hilfemanagement deutlich überfordert sind und solcherart wieder aus den sozialen Dienstleistungen herausfallen; und – last but not least –
- eine dritte Gruppe von KlientInnen sich nach mehr / minder frustrierenden Erfahrungen mit Hilfeeinrichtungen, enttäuschten Erwartungen und insbesondere aufgrund des hohen Drucks auf Veränderung ihrer Lebenssituation von den Einrichtungen und ihren Hilfeangeboten abwenden und sich im sozialarbeits- und / oder betreuungsfreien Raum bzw. in Nischen für das Überleben im Abseits wieder finden (z.B. in Billigpensionen und / oder Substandardherbergen).

Diese Ausgangssituation führt dazu, dass die meisten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ein breites Bündel an verschiedenen Hilfestellungen realisieren, die die zentralen Angebote der Vermittlung in Wohnraum bzw. der Wohnbetreuung ergänzen sollen. Neben verschiedensten Beratungsleistungen und Angeboten der geschützten Beschäftigung handelt es sich dabei vor allem auch um Leistungen an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem.

## **A) VORSORGEN FÜR SUCHTKRANKE**

Das betrifft insbesondere Angebote zur Bearbeitung von Suchtproblematiken, die die Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung bzw. Hilfestellungen für einen kontrollierten Umgang und / oder ein Leben mit der Sucht umfassen. Das Thema Umgang mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen steht generell auch im Zentrum der Wohnbetreuungseinrichtungen, die sich in ihren Angeboten sowie in der Zielgruppenausrichtung zum Teil dezidiert auf Schwerpunkte im Bereich der Förderung von Entwöhnung und / oder für kontrollierten Konsum ausrichten. Die dafür in den Einrichtungen getroffenen Vorsorgen beziehen sich überwiegend auf spezifische sozialarbeiterische Angebote. Vorsorgen im medizinischen Bereich sind aber nur in Einzelfällen gewährleistet. Beispielhaft für die Kombination aus Sozialarbeit und Medizin wird im Folgenden eine Noteinrichtung für drogenabhängige Wohnungslose dargestellt.

### **'GANSLWIRT'; NOTEINRICHTUNG FÜR DROGENABHÄNGIGE IN WIEN<sup>10</sup>**

**Zielgruppe:** ‚Ganslwirt‘ ist Teil eines breiter angelegten Versorgungsangebotes für drogenabhängige Männer und Frauen; eher nicht auf Jugendliche abgestimmt.

**Zugang:** über Tagesbetrieb ab 14 bis 19.00 Uhr; jeweils für 1 Nacht; nach 19.00 Uhr ist Ausgang nur in Ausnahmefällen möglich; in Krisenfällen ist auch während der Nacht eine Akutaufnahme möglich.

**Auflagen:** kein Drogenkonsum in der Einrichtung; aber keine Beratungs- bzw. Betreuungspflicht; kein Zwang zur Offenlegung von persönlichen Daten; aber: wenig motivierte KlientInnen werden gegenüber Krisenfällen benachteiligt; bei Jugendlichen unter 16 Jahren werden die Eltern verständigt;

**Aufnahmekriterium:** keine

**Eigenleistung:** keine

**Dauer des Aufenthalts:** jeweils für 1 Nacht, aber keine Begrenzung bei Wiederholung;

**Standards:** 14 Schlafplätze für Männer und Frauen in getrennten Bereichen; vor dem Zugang in die NOST müssen persönliche Güter wie Kleidung etc. abgegeben werden; es wird insbesondere auf Drogenbesitz hin kontrolliert;

**MitarbeiterInnen:** Während der Nacht jeweils 1 SozialarbeiterIn und 1 ÄrztIn;

---

<sup>10</sup> Siehe Homepage: [www.vws.or.at/ganslwirt/](http://www.vws.or.at/ganslwirt/)

**Angebote:** Übernachtung, Betreuung, Essen, Duschen, Fernsehen, ärztliche Versorgung; laufende Kontrollen während der Nachtstunden; sozialarbeiterische Beratung und Betreuung - insbesondere untertags; auch nachgehend durch Streetwork im Rahmen anderer Projekte desselben Trägers; Aufbewahrung von Geld und Dokumenten; Postadresse; Rechtsberatung - einmal wöchentlich im Rahmen des Tagesbetriebes - sowie 'Häfnberatung';

**Mitwirkungsmöglichkeiten:** keine      **Rechtsstellung:** Nutzungsverhältnis ohne Rechtsanspruch;      **Betreuungsressourcen:** individuelle Betreuungsvereinbarung;

**Beratungs- und Vermittlungsressourcen:** nicht formell verankert, insgesamt wird Mangel an Vermittlungsressourcen beklagt

## **B) VORSORGEN FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNG**

Einen weiteren wichtigen Ergänzungsbereich stellt die Aufgabe der medizinischen Versorgung bzw. zur Sicherstellung des Zugangs zu medizinischen Versorgungsleistungen dar. Für die Wohnungslosenhilfe in Österreich ist festzuhalten, dass diese Angebote eher nur in Ausnahmefällen von den Einrichtungen selbst realisiert werden. Der Versuch aber, die medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen über das Standardangebot des Gesundheitssystems abzudecken, erscheint nur in Grenzen realistisch, erfordert mit anderen Worten bereits einen erheblichen Betreuungserfolg im Sinne von erreichter Verbindlichkeit und Kontinuität in der Lebensführung.

Tatsächlich kann beobachtet werden, dass einerseits die Einrichtungen der WLH nur wenig medizinisch ausgebildetes Personal haben und andererseits in den medizinischen bzw. Pflege – Einrichtungen die personellen Vorsorgen für die sozialarbeiterische Betreuung fehlen. Zwischen den beiden Hilfeschiene der Wohnungslosenhilfe einerseits und der Gesundheitsversorgung andererseits kommt es solcherart zu einem Graubereich, der sich wesentlich durch Mängel in der Versorgungssicherheit kennzeichnen lässt.

Die einrichtungsspezifischen Versuche, diesen Mängeln in der Ausgangssituation zu begegnen, sind äußerst unterschiedlich - in der Regel aber eher unsystematisch. Als Beispiele können hier stichwortartig genannt werden: Konsiliarvereinbarung mit niedergelassenen praktischen Ärzten; regelmäßige medizinische Sprechstunden in der Einrichtung; Kooperationsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern bzw. Ambulanzen.

### **C) PFLEGEVORSORGEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE WOHNUNGSLOSE**

Ein spezielles Problem für die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ergibt sich auch daraus, dass die vorhandenen Pflegeeinrichtungen in Österreich nahezu durchgängig im Kontext von SeniorInnenheimen angesiedelt sind. Der Zugang in diese Einrichtungen ist damit zumeist an eine Altersgrenze gebunden. Das führt dazu, dass pflegebedürftige Personen, die jünger als 60 Jahre sind, keinen Anspruch auf eine Aufnahme haben.

Weiters gilt auch für Pflegeeinrichtungen, dass in der Regel keine systematischen und Personalvorsorgen für die sozialarbeiterische Betreuung der BewohnerInnen getroffen sind. Sofern also ehemals Wohnungslose mit Pflegebedarf trotz der einschränkenden Altersklausel Aufnahme in ein Pflegeheim / eine Pflegestation finden, ergeben sich daraus nur zu leicht Probleme in der Einrichtung. Diese erweist sich häufig überfordert damit, dass diese Personen auch sozial auffällig, alkoholkrank und/oder anderweitig betreuungsbedürftig sind.

In der Regel werden Personen mit chronifizierter Langzeitwohnungslosigkeit und / oder Alkoholabhängigkeit von den Pflegeeinrichtungen nicht aufgenommen oder innerhalb mehr/minder kurzer Frist wieder auf die Strasse entlassen.

In ersten Ansätzen haben die Träger der Wohnungslosenhilfe auf diese Versorgungsproblematik reagiert und Einrichtungen für ältere Wohnungslose geschaffen. Die Abdeckung der entsprechenden Bedürfnisse nach Pflegeleistungen ist dabei in der Regel aber nicht systematisch gewährleistet.

### **D) PSYCHISCH KRANK UND WOHNUNGSLOS**

Als Trend ist festzustellen, dass die Versorgung von wohnungslosen Personen mit besonderen psychosozialen Beeinträchtigungen bzw. mit psychischer Behinderung nur sehr schwer gelingt. Das spüren alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - und nicht zuletzt natürlich auch deren KlientInnen. Die Vermittlung in mehr / minder selbstbestimmte Wohn- und Lebensformen ist ohne ausreichende Vorsorgen für die begleitende ambulante Langzeitbetreuung kaum möglich. Gleichzeitig fehlen in vielen Einrichtungen aber die entsprechenden personellen Vorsorgen dafür.

Tatsächlich hat sich in den vergangenen Jahren eine Untergruppe der Klientel der verschiedenen Bereiche der psychosozialen Versorgung herausgebildet, die aus verschiedenen Gründen nicht in die Wohnbetreuungsangebote der Einrichtungen reinkommen; z.T. weil ihnen die Zugangshürden zu hoch sind; z.T. weil sie für sozialarbeiterische Betreuung und deren spezifische Auflagen (Veränderungsdruck) nicht

(mehr) zu haben sind. Es handelt sich dabei um Personen, die aktuell nur eingeschränkt in der Lage sind, eigenständig zu leben bzw. eine eigene Wohnung zu halten. Trotz z.T. erheblicher psychischer Beeinträchtigung haben sie keine 'Krankheitseinsicht', sind sie nicht gewillt, Betreuung / Behandlung zu akzeptieren bzw. Regeln wie Betreuungsvereinbarungen, Hausordnungen etc. einzuhalten.

Daraus ergibt sich:

- ein hoher Bedarf nach Notunterbringung in den Notschlafstellen, ohne dass es damit aber möglich wäre, eine Vermittlung in adäquatere Wohnperspektiven zu eröffnen / vermitteln.
- Die KlientInnen pendeln zwischen Strasse, Billigpension, psychiatrischer Klinik und Notschlafstellen.
- Die (Neu)Entwicklung der Psychiatrie in Richtung 'Drehtürpsychiatrie' trägt zu dieser Entwicklung bei, allem voran bei jenen KlientInnen, die sich aus mangelnder Krankheitseinsicht einer 'freiwilligen' Aufnahme in stationäre Behandlung entziehen bzw. diese frühzeitig abbrechen. Gleichzeitig hat sich - begleitend zur radikalen Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltszeiten in der stationären psychiatrischen Versorgung - im Bereich der extramuralen psychosozialen Versorgung nichts wesentlich Neues ergeben.
- Insgesamt erscheint die zunehmende zielgruppenspezifische Ausrichtung von Angeboten der psychosozialen Versorgung sowie der Wohnungslosenhilfe notwendig und richtig; für die KlientInnen im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe findet diese 'Spezialisierung' in Österreich aber aktuell nicht statt.
- In Ermangelung adäquater und längerfristig angelegter Versorgungsperspektiven erfolgt zunehmend die Anregung von Sachwalterschaft - als unmittelbarer Ausdruck der Hilflosigkeit der HelferInnen.

Auch bei erfolgreicher Wohnversorgung bleibt für diese KlientInnen ein erhöhter Bedarf nach nachgehenden ambulanten Betreuungsangeboten; diese können aktuell in den meisten österreichischen Bundesländern mit den bestehenden Angeboten nur ungenügend gedeckt werden. Als positives Beispiel sind hier die entsprechenden ambulanten und nachgehenden Betreuungsvorsorgen im Bundesland Oberösterreich zu nennen.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> siehe dazu den entsprechenden Überblick unten, S. 24; sowie die detaillierte Darstellung auf S. 45ff.

## **Gesundheitsbezogene Leistungen durch die WLH, Stand 2006**

Im Mittelpunkt des BAWO – Workshops (5/06) zu Gesundheitsbedürfnissen und entsprechenden Leistungen durch die WLH stand naturgemäß die Frage, wie es um den Gesundheitszustand des Klientels der WLH und ihre Zugänge zu Leistungen des Gesundheitswesens bestellt ist.

Ein Großteil der WorkshopteilnehmerInnen war sich in der Feststellung einig, dass einerseits die Zugänge zum Gesundheitswesen für ihr Klientel häufig durch hohe Barrieren erschwert werden, andererseits die Motivation der wohnungslosen Männer (bzgl. Frauen konnten keine Aussagen getroffen werden), sich behandeln zu lassen, häufig sehr niedrig ist. Als (mögliche) Gründe für die mangelnde Motivation nannten die WLH – MitarbeiterInnen u.a. die Sterilität von „herkömmlichen“ Arztpraxen / Krankenhäusern sowie die fehlende Sensibilität der wohnungslosen KlientInnen für gesundheitsspezifische Fragestellungen und Probleme.

Im Einzelnen ergab die Sichtung von Praxiserfahrungen folgenden Mängelkatalog:

- Kritisiert wurden zudem die langen Wartezeiten bei FachärztInnen. Damit sind hohe Anforderungen an die Motivation und insbesondere die mittelfristige Planung verbunden, die es (u.a. auch wohnungslosen) Menschen mit unregelmäßigem Tagesablauf und hohen Aufwänden zur Existenzsicherung nur zu oft sehr schwer machen, ihre Gesundheitsversorgung ausreichend sicher zu stellen. Wenn unter diesen Vorzeichen vereinbarte Termine (häufig) übersehen / nicht wahrgenommen werden, kommt es in der Folge neuerlich zu langen Wartezeiten für einen neuen Termin. Ebenso halten KlientInnen der WLH längere / Langzeittherapien (z.B. Zahnbehandlung/Zahnersatz) nur schwer oder gar nicht durch, sofern nicht als entsprechende Grundlage eine tragfähige Betreuungsbeziehung gegeben ist. Vielfach entsteht dann der Eindruck, dass Wohnungslose lediglich Notversorgungen akzeptieren bzw. sich längerfristigen Behandlungen aktiv entziehen würden.
- Generell wurde angemerkt, dass die Behandlung von Wohnungslosen in Ambulanzen häufig qualitativ unzureichend ist. Die Behandlung in Ambulanzen beschränkt sich demnach auf die Erst- und Notfallversorgung, Bedürfnisse nach weiterreichender Behandlung und / oder Therapie werden dabei häufig nicht entsprechend wahrgenommen.
- Zudem fehlt das Zuständigkeitsgefühl von medizinischem Fachpersonal für PatientInnen mit Mehrfachdiagnosen, so dass diese PatientInnen zwischen den Abteilungen/FachärztInnen herumgeschoben werden.

- Ganz offensichtlich fehlen (gemeinsame) Standards der Behandlung (vor allem betrifft das MigrantInnen mit mangelnden Sprachkenntnissen, für die Kinder bzw. in der Regel medizinisch unqualifiziertes Personal wie Reinigungsfrauen übersetzen).
- Generell wird beklagt, dass die Zusammenarbeit / Kooperation zwischen den Einrichtungen (mit regionalen Unterschieden) mangelhaft ist.
- Kritisch wird zudem festgestellt, dass die Gebietskrankenkasse (zumindest in OÖ) sich zunehmend aus der Finanzierung von Leistungen zurückzieht. Das führt dann nur zu oft dazu, dass die Sozialhilfe im Einzelfall mit finanziellen Leistungen einspringen muss.

### **EINRICHTUNGSSPEZIFISCHE ANGEBOTE UND STRATEGIEN**

Das Ausmaß und insbesondere die Art der Verankerung der von den WLH – Einrichtungen angebotenen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich. Die nachstehende Aufstellung versammelt nun in der Form eines Überblicks die von den Einrichtungen genannten unterschiedlichen Angebote. Danach werden in den WLH – Einrichtungen folgende Dienstleistungen angeboten:

- psychiatrische Versorgung im Haus; PsychiaterInnen, KrankenpflegerInnen etc. sind in die WLH-Teams integriert
- pflegerische Angebote im Haus; Pflegepersonal ist Teil des WLH-Teams
- spezifische Angebote durch Externe: Praktische ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, FußpflegerInnen etc. kommen zu regelmäßigen Terminen / Sprechstunden in die WLH – Einrichtungen
- Zusammenarbeit mit aufsuchenden Angeboten wie Luisebus, Lungenbus (TBC-Reihenuntersuchung)
- Medikamentenausgabe in der Einrichtung
- Kooperation mit niedergelassenen (Haus-)ÄrztInnen
- Vereinzelt Kochgruppen zur Sensibilisierung für gesunde Ernährung
- Einzelfallbezogene Organisation von Externen / sozialen Diensten im Haus

Das Ausmaß der gesundheitsbezogenen Angebote und Dienstleistungen ist in den WLH – Einrichtungen sehr unterschiedlich. Das Spektrum reicht vom Fokus auf ausschließlich einzelfallbezogene Hilfestellungen und einem Verzicht auf die Entwicklung von strukturellen Ansätzen zur Abdeckung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse (z.B. im Kontext der Salzburger WLH) bis hin zu sehr umfangreichen und differenzierten Angeboten, die im engeren Kontext der WLH (z.B. im Rahmen des Angebotsverbundes B37 in Linz) oder in der Form von strukturell verankerten Kooperationen zwischen WLH und Institutionen des Gesundheitssektors (z.B. in den Wiener Einrichtungen des FsW) realisiert werden.

Gewissermaßen eine Zwischenposition nimmt der Arbeitsansatz der Vorarlberger WLH-Einrichtungen ein, in bereichsübergreifender Kooperation zwischen WLH – und gesundheitsbezogenen Einrichtungen im Rahmen der „ARGE Wohnungslosenhilfe“ die bestehenden Zugangshürden abzubauen.

## **REGIONALE BESONDERHEITEN – SPLITTER**

### **Oberösterreich**

Der Sozialverein B37<sup>12</sup> nimmt eine Sonderstellung innerhalb der WLH ein und realisiert eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Angeboten im engeren WLH-Verbund. Insbesondere ist hier als Besonderheit zu vermerken, dass das B37 als psychiatrische Nachsorgeeinrichtung anerkannt ist und über eine eigenständige Finanzierung aus dem Gesundheitsbudget des Landes verfügt. Weiters werden in der B37 Pflegeleistungen für chronisch kranke Menschen durch eigenes Pflegepersonal angeboten. Kritisch wird angemerkt, dass die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen und ProfessionistInnen häufig schwierig bis unbefriedigend verläuft. Während das B37 in den letzten Jahren ein gutes Netzwerk mit anderen Sozialeinrichtungen aufbauen und mitentwickeln konnte, fehlt ein entsprechendes Netzwerk im gesundheitsrelevanten Bereich.

Demgegenüber stellen weitere Einrichtungen in Oberösterreich (Wärmestube, Wohnplattform und ARGE Obdachlosenhilfe) fest, dass sie über keine strukturell verankerten gesundheitsbezogenen Angebote verfügen, sondern gänzlich auf einzelfallbezogene Hilfestellungen durch Vermittlung und Kooperation angewiesen sind.

---

<sup>12</sup> Siehe dazu ausführlicher unter: Ausgewählte Praxisbeispiele, S. 45

Wels: Die Wohnungslosenhilfe in kleineren Städten / im ländlichen Bereich ist wesentlich damit konfrontiert, dass es nur wenig Auswahl von SpezialistInnen gibt. In jedem Fall erweisen sich die langen Wartezeiten als Problem. Insbesondere wird zudem auf die Tatsache verwiesen, dass die Existenz- und Überlebenssicherung mit hohen Aufwänden der KlientInnen und der HelferInnen verbunden ist. Das führt dann dazu, dass den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen tendenziell nur nachrangige Aufmerksamkeit gewidmet wird.

### **Salzburg**

In den Salzburger WLH – Einrichtungen (SAG) sind keine spezifischen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen integriert. Der Schwerpunkt liegt bei der einzelfallbezogenen Vermittlung. Im Bedarfsfall wird Kontakt mit den entsprechenden Einrichtungen / Ärzten aufgenommen, um so eine gezielte Vermittlung von KlientInnen gewährleisten zu können. Fallweise wird dann die entsprechende Behandlung noch im Rahmen der begleitenden Betreuung unterstützt.

### **Wien**

Bei den Wiener Einrichtungen sind – je nach Träger – große Unterschiede in den Schwerpunkten der Angebote respektive der Art der strukturellen Verankerung festzustellen. Das betrifft zum einen die Vorsorge von eigenen Angeboten für die wohnungslosen KlientInnen, z.T. in der jeweiligen Einrichtung / z.T. als mobiles Angebot organisiert, das auch von den einzelnen Einrichtungen und ihren KlientInnen genutzt werden kann.

- Ganslwirt: viele eigene und integrierte Angebote; Erfahrungen mit externen gesundheitsbezogenen Einrichtungen sind insofern eher negativ, weil sich diese häufig bei drogenabhängigen Menschen für nicht zuständig erklären und deren medizinische Behandlung dann davon abhängig machen, dass diese in der Zeit der Behandlung keine Drogen konsumieren. Doppeldiagnosen stellen in jedem Fall eine große Hürde dar.

- SeniorInnenwohnhaus Allerheiligen<sup>13</sup>: Vom Träger des Wohnheims selbst werden keine eigenständigen gesundheitsbezogenen Leistungen angeboten, allerdings wird in enger Kooperation mit externen Einrichtungen und ProfessionistInnen eine Vielfalt an gesundheitsbezogenen Angeboten in der Einrichtung realisiert.
- Wohndrehscheibe – die Abdeckung gesundheitsbezogener Bedürfnisse bei der Zielgruppe von wohnungslosen MigrantInnen stellt aktuell im Tätigkeitsprofil der Wohndrehscheibe lediglich ein Randthema dar; der Fokus liegt wesentlich auf der Wohnversorgung. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung ihrer KlientInnen wird insbesondere auf Probleme der Zugangsschwellen, der sprachlichen Verständigung und der fehlenden Angebote für traumatisierte Flüchtlinge verwiesen. Spezielle therapeutische Angebote fehlen leider nahezu gänzlich bzw. sind die wenigen entsprechenden Angebote nicht bedarfsdeckend.
- Männerwohnheim der Heilsarmee: Die in der Einrichtung wohnenden Männer sind zu einem hohen Anteil chronisch krank. Dementsprechend werden von der Einrichtung viele gesundheitsbezogenen Angebote realisiert – in Kooperation mit dem Hausarzt sowie anderen Diensten; weiters bietet ein Psychiater regelmäßige Sprechstunden im Haus an. Als besonderes Problem wird hier auf die Tatsache verwiesen, dass viele Bewohner nicht sozialversichert sind und deshalb die Versorgung mit den entsprechenden Medikamenten schwierig ist.
- Betreutes Wohnen der Heilsarmee: Im Rahmen des betreuten Wohnens der Heilsarmee in Wien wird ebenfalls das Angebot einer psychiatrischen Behandlung gesetzt. Als problematisch wird in diesem Zusammenhang auf die mangelnde Motivation der KlientInnen, Behandlungsangebote anzunehmen bzw. durchzuhalten verwiesen.
- Gruft: Die Gruft zeichnet sich durch ein sehr belastetes Klientel aus (chronische Krankheiten, Folgen von chronischem Alkoholismus und / oder von chronischer Wohnungslosigkeit, Mehrfachdiagnosen etc.). Als Besonderheit in der Gruft wird auf die enge Kooperation mit den ÄrztInnen des ‚Luisebus‘ verwiesen, die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der KlientInnen werden überwiegend im engeren Kontext der Gruft abgedeckt.

---

<sup>13</sup> Siehe dazu ausführlicher unter: Best Practice, S. 54

- **Betreutes Wohnen:** In der Wohnbetreuung wird wesentlich auf die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen HausärztInnen im Umfeld der Wohnungen gesetzt. Als problematisch wird dabei insbesondere auf die mangelnde Bereitschaft vieler KlientInnen verwiesen, sich auf Behandlungen einzulassen. Vielfach wird die Erfahrung gemacht, dass die KlientInnen sich vom medizinischen Setting abschrecken lassen.
- **Wohnheim Fonds Soziales Wien:** Viele gesundheitsbezogene Angebote werden im Haus angeboten – in Kooperation mit externen ProfessionistInnen. Als besonderes Problem wird hier darauf verwiesen, dass es auch bei den MitarbeiterInnen nur wenig Sensibilität respektive wenig Motivation gibt, auf die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der KlientInnen systematisch einzugehen.
- **Neunerhaus:** Auf der Grundlage der positiven Erfahrung mit den exemplarischen Modellversuchen, in den Einrichtungen des betreuten Wohnens in Wien (Tivoligasse, Haus Allerheiligen etc.) Sprechstunden von niedergelassenen ÄrztInnen sowie psychiatrischen ProfessionistInnen anzubieten, konnte im Mai 2006 ein flächendeckendes Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von wohnbetreuten KlientInnen der WLH<sup>14</sup> realisiert werden. Dieses Projekt, das in Zusammenarbeit zwischen Neunerhaus und FEM<sup>15</sup> ausgeführt wird, setzt wesentlich auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen sowie psychiatrischen MitarbeiterInnen des Psychosozialen Dienstes der Stadt Wien.

#### **Der Arzt/die Ärztin kommt zum/r Patienten/Patientin**

Die Praxis bestehender medizinischer Hilfsangebote in den Häusern der Wiener Wohnungslosenhilfe geht bisher in Richtung Akutversorgung und Weiterleitung ins medizinische Regelsystem. Aufgrund der Erfahrungsberichte der LeiterInnen und MitarbeiterInnen der Einrichtungen scheint diese Versorgung weitestgehend unzureichend. Besonders in Hinblick auf chronische Erkrankungen, gynäkologische Versorgung und ein psychiatrisches Angebot ist der Bedarf an aufsuchender Versorgung sehr groß.

<sup>14</sup> Siehe dazu unter: <http://www.neunerhaus.at/neunerambulanz2.htm>

<sup>15</sup> FEM – Frauen, Eltern, Mädchen ist ein Gesundheitszentrum für Frauen, angesiedelt bei der Semmelweis Frauenklinik in Wien; siehe Näheres unter [www.fem.at](http://www.fem.at)

## Vorarlberg

Als bezeichnend für die Situation in Vorarlberg wird besonders das gut ausgebaute Netz der gesundheitsbezogenen Regelangebote hervorgehoben. Nicht das Angebot an medizinischen Leistungen ist somit das Problem, als problematisch wird aber festgestellt, dass die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften des medizinischen Sektors und den SozialarbeiterInnen der WLH nur unzureichend funktioniert. Kritisiert wird u.a. auch der Mangel an niedergelassenen PsychiaterInnen / NeurologInnen im Raum Bregenz.

Besonders bewährt hat sich in den vergangenen Jahren die Strategie, die KlientInnen gezielt in medizinisch / psychiatrische Angebote zu begleiten. So werden etwa die Erstkontakte mit PsychiaterInnen in der Form von gemeinsamen Erstgesprächen abgewickelt, so dass gleichermaßen sozialarbeiterische / Beziehungsaspekte als auch Fragen der psychiatrischen Behandlung aufeinander abgestimmt werden können. Gewissermaßen nimmt der / die PsychiaterIn daraufhin die KlientInnen aus der WLH mit in die eigene Behandlung. Sofern diese Behandlung – aus welchen Gründen auch immer – dann abgebrochen wird, beginnt dieser Kreislauf wieder mit einem gemeinsamen Erstgespräch, in dem dann auch Fragen der abgebrochenen Behandlung thematisiert werden können.

Insbesondere wird weiters auf unzureichende Standards in der WLH selbst verwiesen – z.B. kleine Wohnräume, Überbelag, unzureichendes Angebot von Privatsphäre etc. – und die Frage in den Raum gestellt, inwieweit die WLH nicht auch krankmachend ist.

## **GESUNDHEITSSPEZIFISCHE ANGEBOTE DURCH DIE WLH**

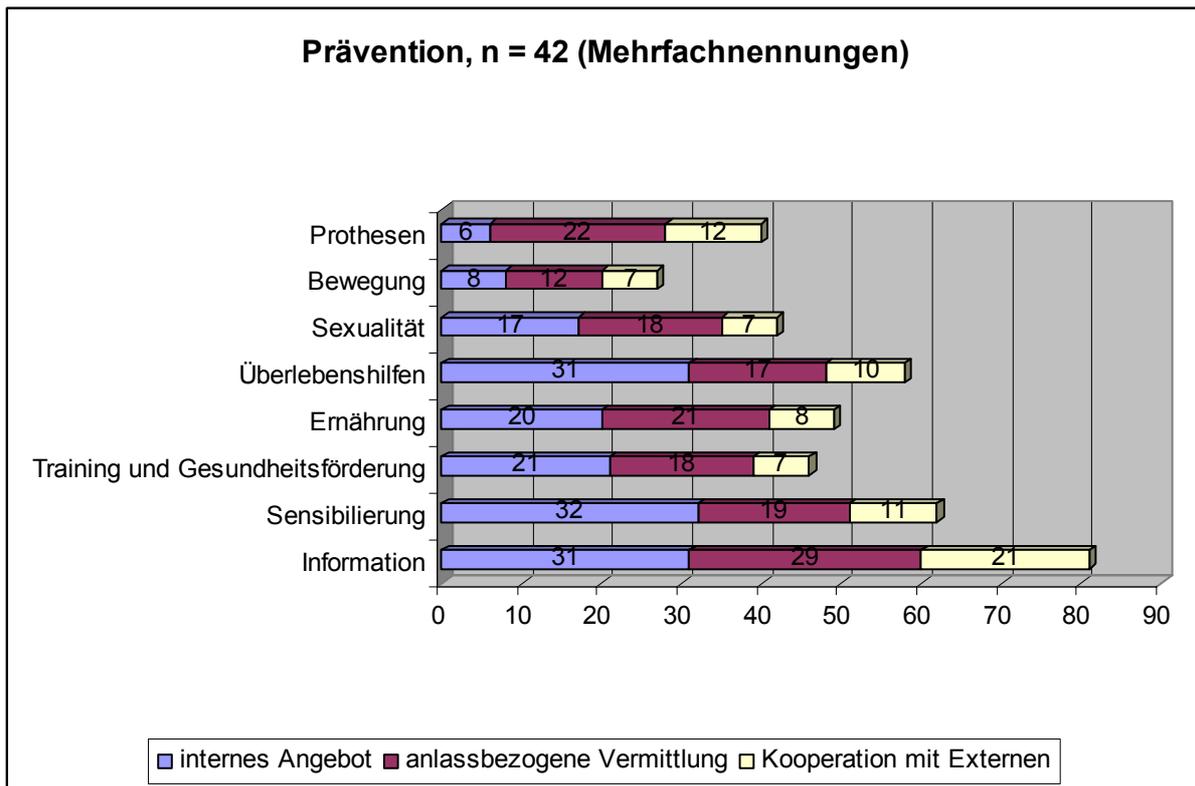
Die Fragebogenerhebung macht deutlich, dass die WLH-Einrichtungen in hohem Ausmaß mit der Realisierung gesundheitspezifischer Angebote befasst sind. Allem voran betrifft dies Angebote der Information und Aktivierung sowie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Allgemeinmedizinische Angebote, Behandlung von Medikamentenabhängigkeit sowie von psychiatrischen Erkrankungen nehmen die weiteren Topplätze im gesundheitspezifischen Angebotsranking (siehe dazu die folgende Tabelle) ein.

**TAB. 5: ÜBERBLICK ÜBER GESUNDHEITSSPEZIFISCHE AUFGABENBEREICHE, N = 44**

gesundheitsspezifische Aufgabenbereiche	Nennungen	in % der Fragebögen
Prävention (Information und Aktivierung)	42	95%
Behandlung von Alkoholabhängigkeit	39	87%
Allgemeinmedizin	36	82%
Behandlung von Medikamentenabhängigkeit	35	80%
Psychiatrische Diagnosen	35	80%
Zahnmedizin	33	75%
Behandlung von Drogenabhängigkeit	33	75%
Pflege	33	75%
Ernährung	26	59%
Behandlung von Nikotinabhängigkeit	21	48%

**AD PRÄVENTION**

Prävention ist in den WLH-Einrichtungen groß geschrieben. Nahezu alle Einrichtungen verweisen darauf, dass sie mit Aufgaben der Information über Gesundheitsfragen, der Aufklärung über Krankheitsrisiken und der Aktivierung / Motivierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten etc. versuchen, die Gesundheit ihrer KlientInnen zu fördern. Im Einzelnen ergibt sich folgende Verteilung der von den Einrichtungen gesetzten Präventivaktivitäten.

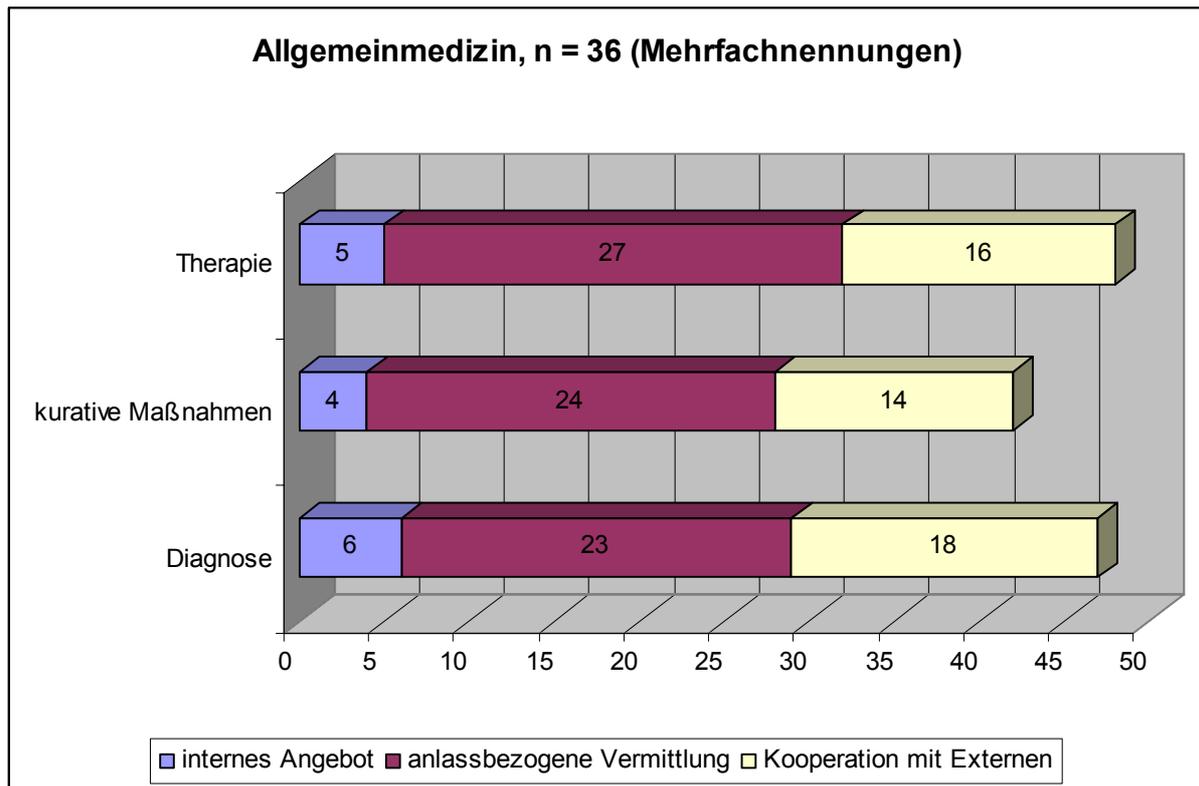


Bei einer detaillierten Sichtung fällt aber auf, dass ein erheblicher Teil der präventiven Maßnahmen durch interne Vorsorgen abgedeckt wird. Das ist etwa in den Bereichen Sensibilisierung, Information sowie Überlebenshilfen der Fall. Als Schlusslicht der entsprechenden Nennungen ist hier noch auf den Bereich der Bewegung und der Gesundheitsförderung durch sportliche Betätigung zu verweisen, die nur von jeder sechsten RespondentIn (18%) als regelmäßiger Angebotsbereich genannt wird und auch eher selten (27%) in Form einer einzelfallbezogenen Vermittlung an externe Einrichtungen realisiert wird.

In vielen Bereichen stehen die gesetzten Maßnahmen im unmittelbaren Konnex zur Einzelfallbetreuung, im Bedarfsfall wird dann an externe Einrichtungen vermittelt, ohne dass hier auf strukturelle Grundlagen oder Formen der Kooperation zurückgegriffen werden kann. Demgegenüber fällt die Angebotsform einer strukturell verankerten Kooperation deutlich zurück. Lediglich für die Aufgabe der Information verweist knapp jede zweite RespondentIn (48%) auf entsprechende Kooperationsgrundlagen. In den anderen Aktivitäten zur Prävention fällt die entsprechende Quote auf ca. 25% ab. Das betrifft etwa die Aufgaben von Training und Gesundheitsförderung bzw. zum Themenbereich der Ernährung / Hygiene, in denen nur ein kleiner Teil der Einrichtungen auf strukturelle Kooperationen zugreifen kann.

## AD ALLGEMEINMEDIZIN

Mit allgemeinmedizinischen Fragen ist ebenfalls ein großer Teil der Einrichtungen (82% der RespondentInnen) regelmäßig befasst, allerdings finden sich hier in nur wenigen Einrichtungen auch entsprechende interne Vorsorgen. Die entsprechenden Angebote in diesem Aufgabensegment beruhen überwiegend auf einer anlassbezogenen Vermittlung.

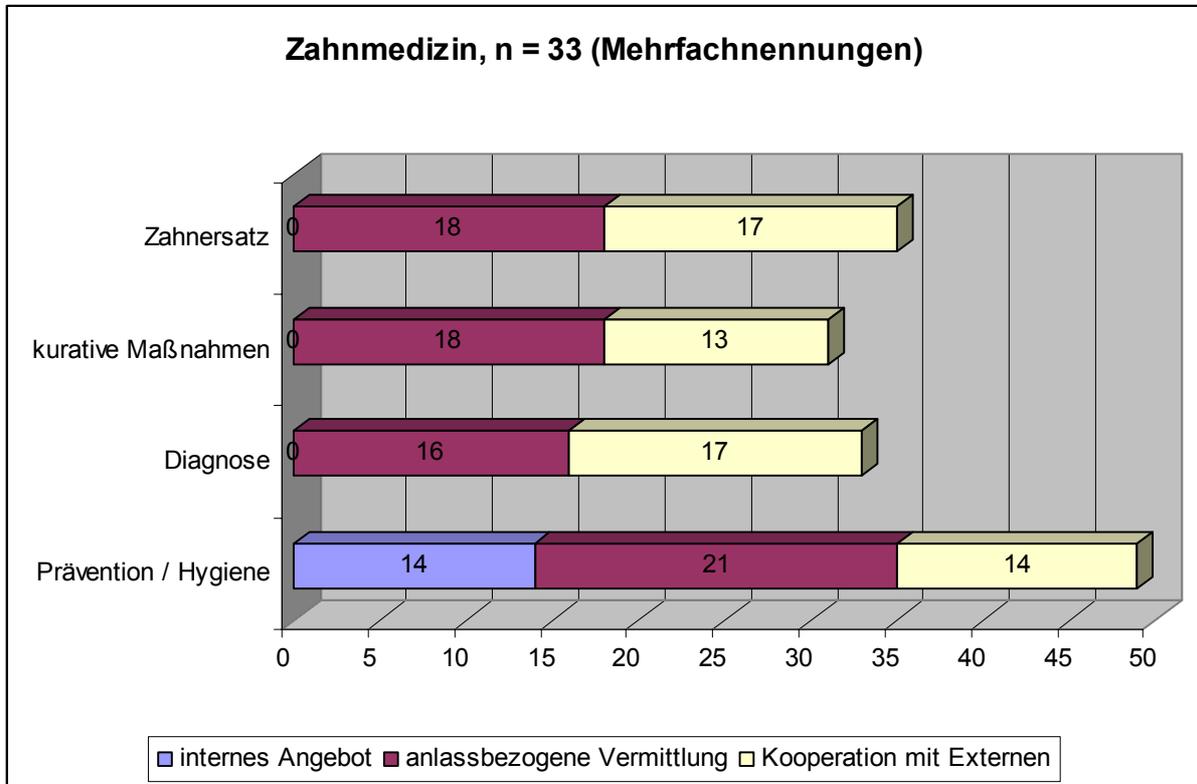


Etwa jede siebte RespondentIn (16%) verweist auf eigenständige Ressourcen für Diagnose. Vorsorgen für kurative sowie therapeutische Maßnahmen werden immerhin noch von etwa 10% der RespondentInnen berichtet.

Neben dem Schwerpunkt der anlassbezogenen Vermittlung an externe Gesundheitseinrichtungen (mehr als die Hälfte der WLH-Einrichtungen) fällt hier der hohe Anteil an strukturellen Grundlagen für die Kooperation mit externen Gesundheitsdiensten auf. Insbesondere bezüglich des Aufgabenschwerpunktes der Diagnose verweisen 41% der RespondentInnen auf bestehende Kooperationen mit externen Diensten bzw. niedergelassenen (Haus-)ÄrztInnen.

## AD ZAHNMEDIZINISCHE HILFEN

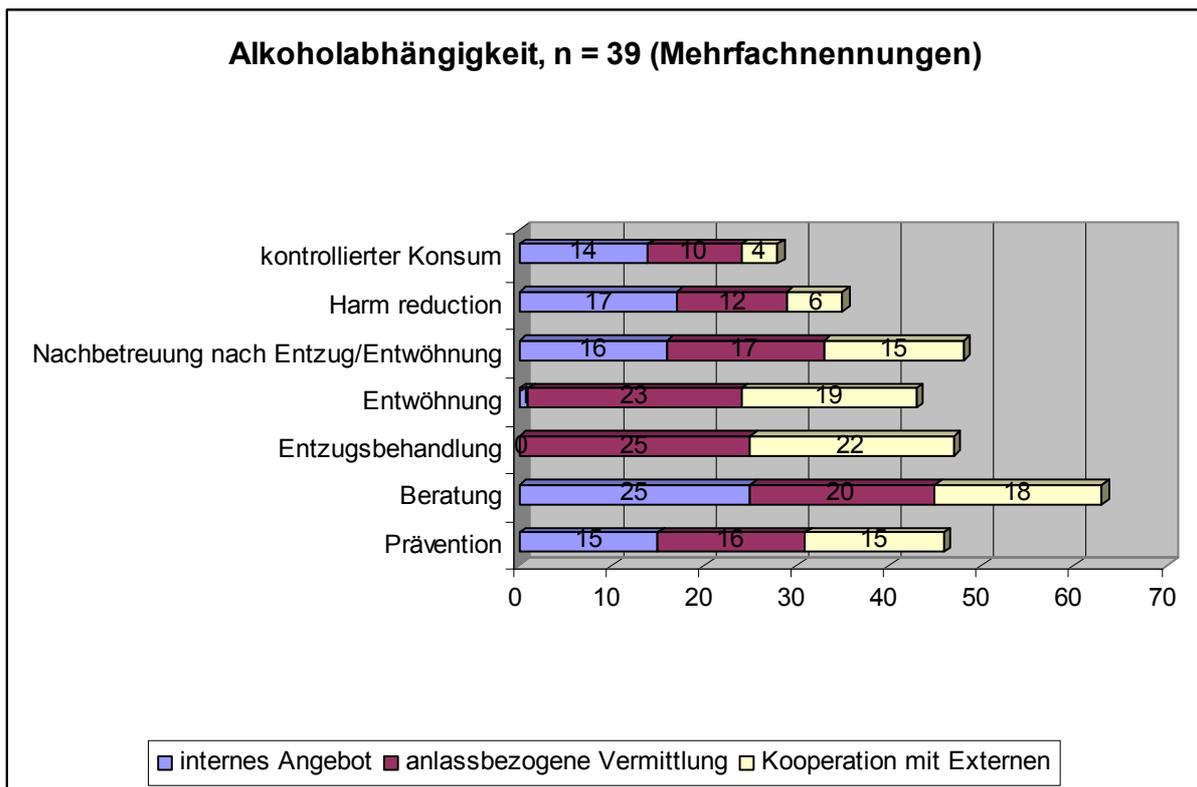
Die überwiegende Mehrzahl der RespondentInnen (75%) ist mit Hilfebedarf bei dentalen Problemen konfrontiert.



Für dieses Aufgabenfeld werden in den Einrichtungen, mit Ausnahme präventiver sowie hygienebezogener Angebote, allerdings keinerlei eigene Ressourcen bereitgestellt. Überwiegend handelt es sich hier um Kooperationen mit externen Einrichtungen, zumeist anlass- und einzelfallbezogen. Allerdings nimmt auch in diesem Aufgabenbereich die Realisierung von entsprechenden Kooperationsgrundlagen einen wichtigen Stellenwert ein. Das wird immerhin von etwa jeder dritten RespondentIn (34%) angegeben.

## AD ALKOHOLSUCHT UND ABHÄNGIGKEIT

Mit dem Thema Alkoholabhängigkeit und einem entsprechenden Behandlungs- / Bearbeitungsbedarf sind nahezu alle WLH-Einrichtungen befasst (87% der RespondentInnen). In diesem Aufgabenbereich der Bearbeitung / Behandlung von Alkoholabhängigkeit beschränken sich die WLH-Einrichtungen überwiegend auf Beratung und Vermittlung an externe Einrichtungen.

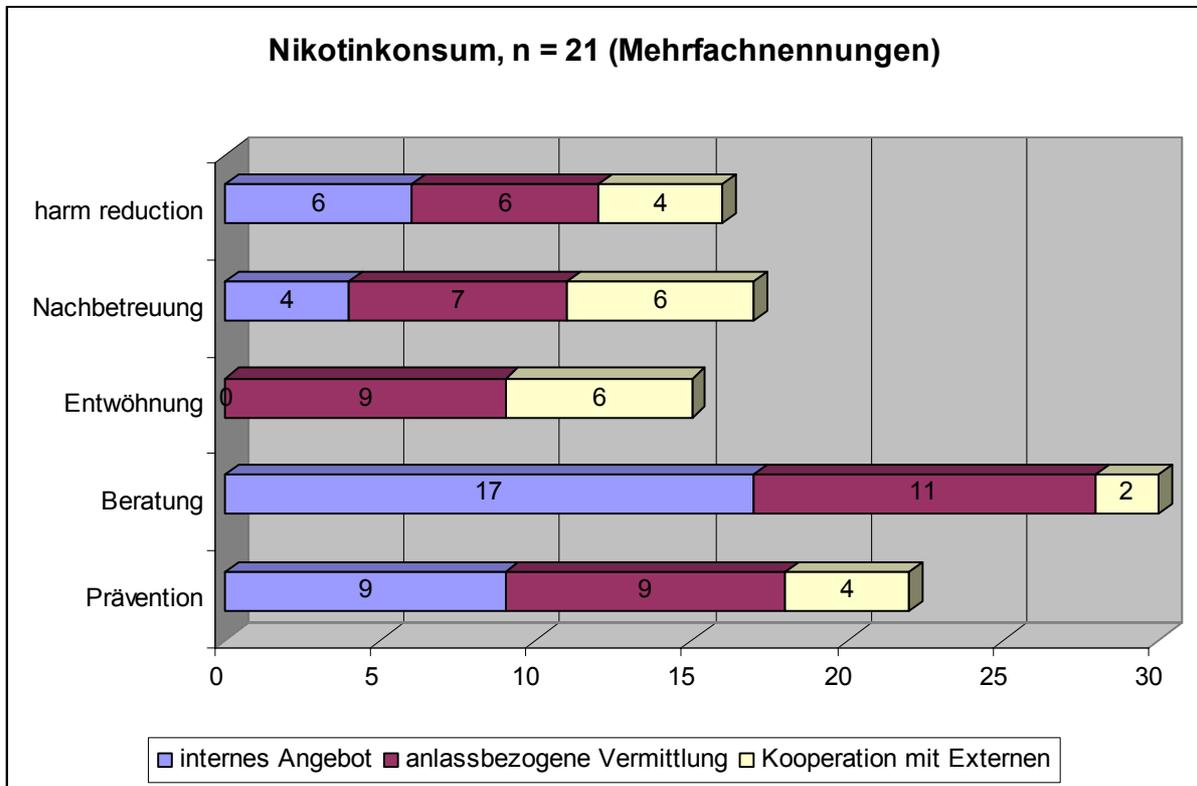


Insbesondere die klassischen stationären Angebote des körperlichen Entzugs sowie der spezifischen Entwöhnung spielen in der WLH selbst keine Rolle. Lediglich eine RespondentIn verweist hier auf eigene Angebote. In der WLH selbst dominieren neben der Beratung vor allem die Angebote von Nachbetreuung und Schadensminimierung (harm reduction), die in vielen Einrichtungen einen wichtigen Angebotsbereich darstellen, die auch mit eigenen Ressourcen abdeckt werden (36% der RespondentInnen). Auch kontrollierter Konsum spielt bei vielen Einrichtungen eine relevante Rolle (32% der RespondentInnen).

Auffällig häufig können die Einrichtungen für die Bearbeitung der Alkoholthematik auf strukturell grundlegende Kooperationen mit Externen aufbauen. Das ist insbesondere in Bezug auf Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowie auf Beratungsangebote bei etwa 40% der RespondentInnen der Fall.

## AD NIKOTINKONSUM

Die Behandlung / Bearbeitung von Nikotinabhängigkeit stellt mit einem Anteil von 48% das Schlusslicht in den gesundheitsspezifischen Angeboten der WLH dar.

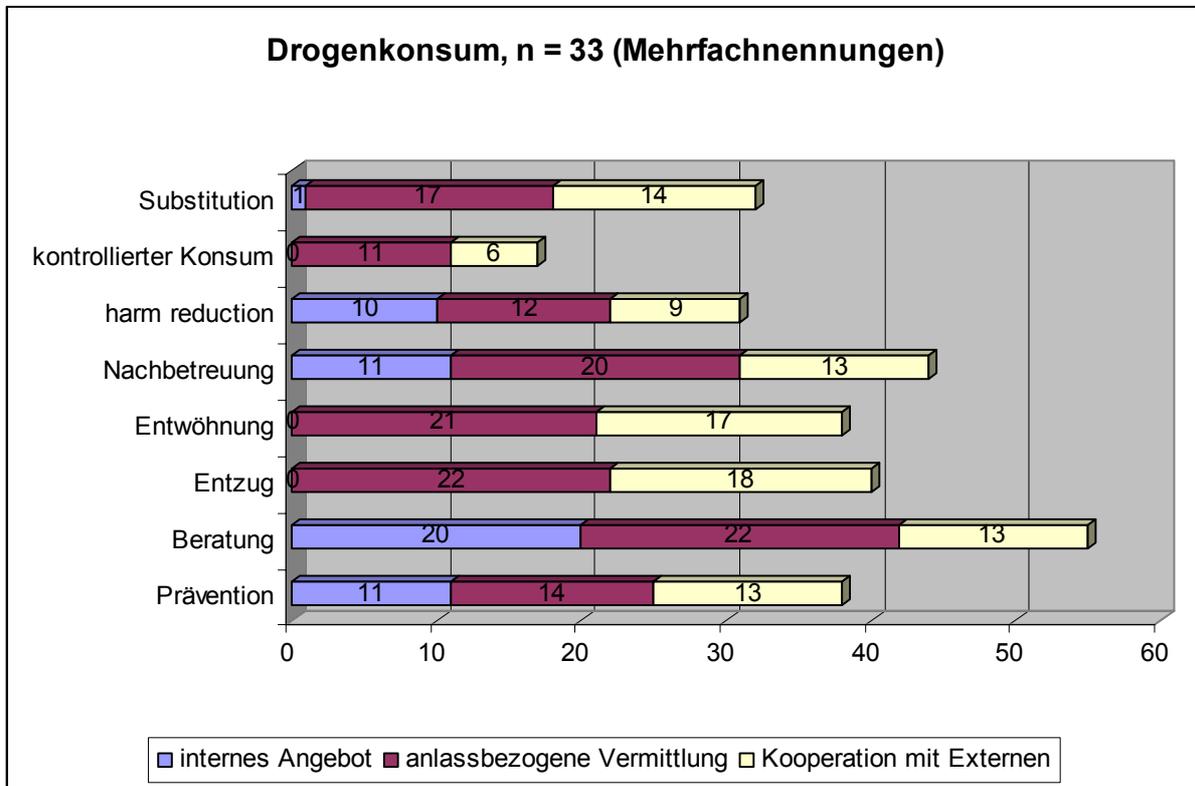


Mit Ausnahme von Beratungsangeboten (39% der RespondentInnen) ist hier noch der Präventionsbereich, wenn auch mit einem Anteil von 20% bereits deutlich abgeschlagen, zu nennen, der mit eigenen Ressourcen abgedeckt werden kann. Überwiegend findet sich in diesem Aufgabenbereich die Form der anlassbezogenen Vermittlung an Externe.

Strukturelle Grundlagen der Kooperation finden sich dagegen in einem kleineren Anteil der Einrichtungen.

## AD DROGENKONSUM UND -ABHÄNGIGKEIT

Abhängigkeit von Drogen ist ebenfalls für die überwiegende Mehrzahl der WLH-Einrichtungen (75% der RespondentInnen) eine zentrale Herausforderung.

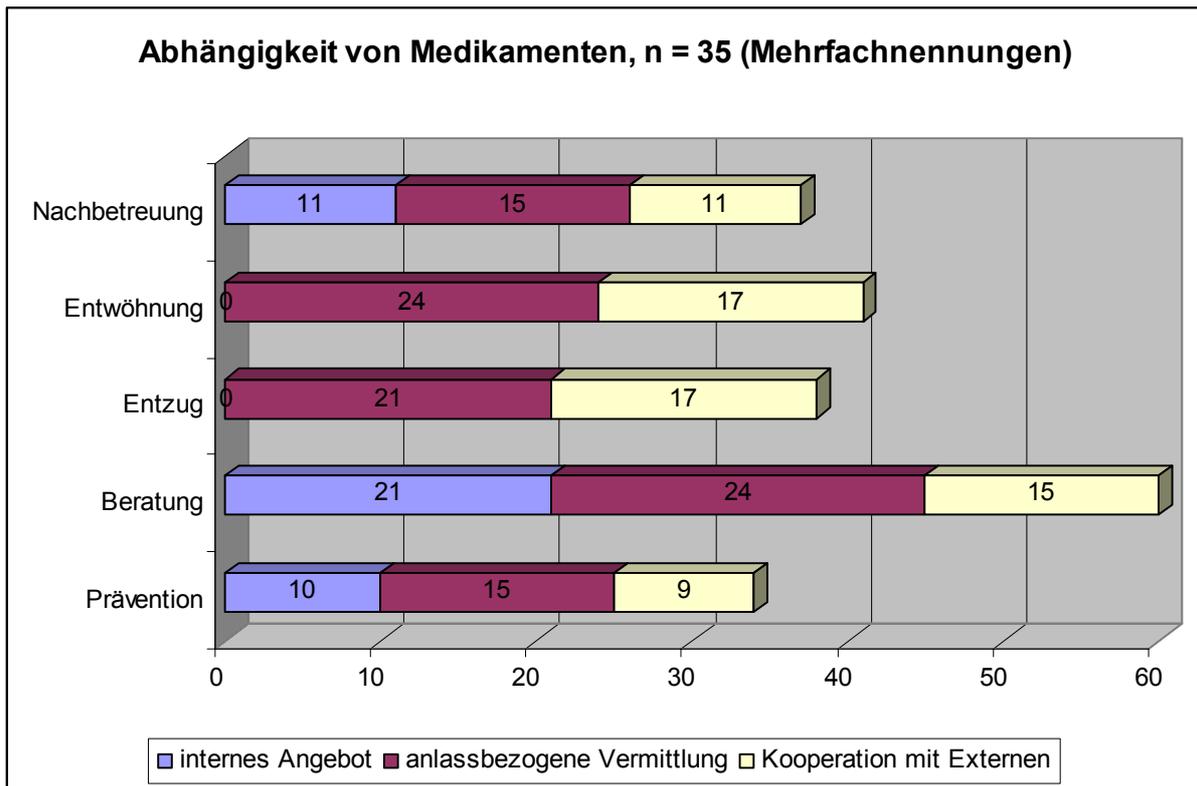


Ähnlich wie bei der Bearbeitung von Alkoholabhängigkeit konzentrieren sich hier die vorgesorgten eigenen Ressourcen auf Beratung (knapp 50% der RespondentInnen) sowie in deutlich geringerem Umfang auf Nachbetreuung (25%) und Schadensminimierung (23%). Auffällig ist hier aber auch, dass die WLH-Einrichtungen in Bezug auf kontrollierten Konsum sowie auf Substitution nahezu gänzlich abstinenter bleiben. Lediglich eine RespondentIn führt die Substitutionsbehandlung als eigenes Angebot an. Immerhin aber gibt es mittlerweile in einigen semistationären Einrichtungen der WLH auch das Angebot von Spritzentausch, um so den spezifischen Erkrankungsrisiken vorbeugen zu können.

Ansonsten setzen die Einrichtungen nahezu durchgängig jeweils zu ähnlichen Anteilen auf anlassbezogene Vermittlung respektive auf Kooperationen mit externen Anbietern.

## AD ABHÄNGIGKEIT VON MEDIKAMENTEN

80% der RespondentInnen berichten von einschlägigen Erfahrungen mit den Folgen von Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Die einrichtungseigenen Schwerpunkte bei der Behandlung von Medikamentenabhängigkeit liegen ganz klar in den Bereichen Beratung mit einem Anteil von 48%, Nachbetreuung und Prävention mit jeweils 25%.

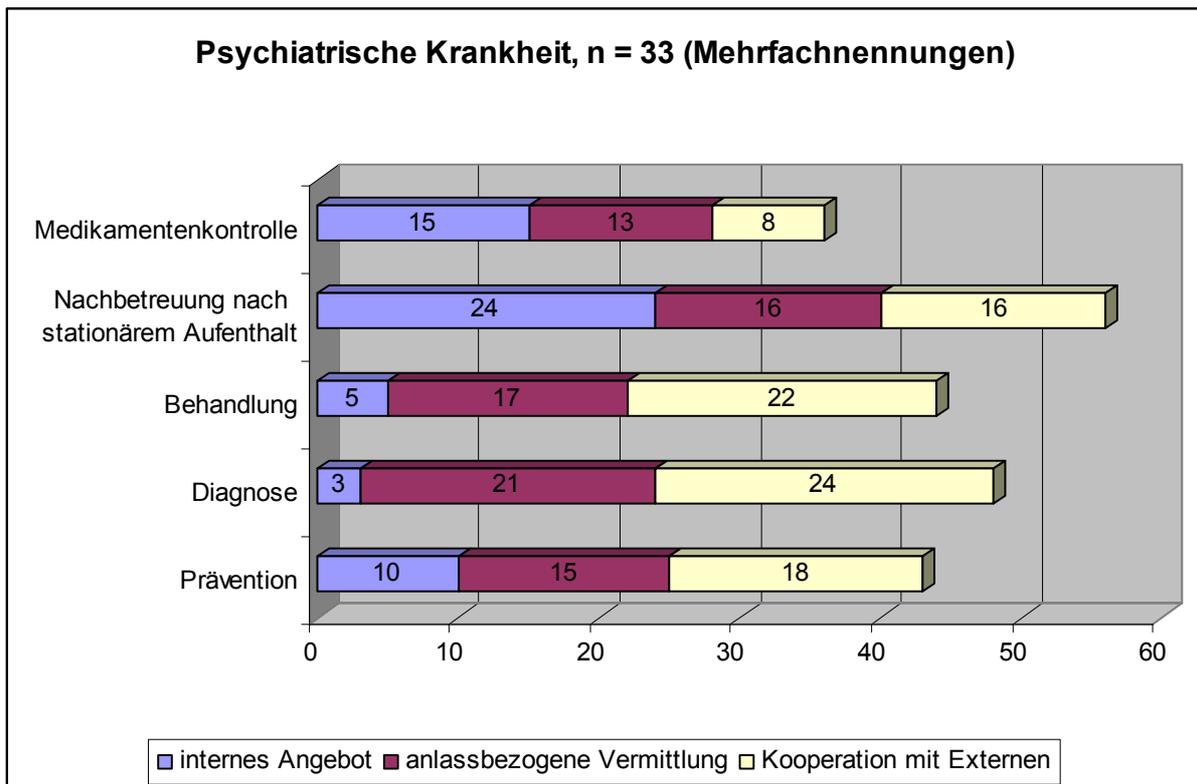


Entzug und Entwöhnung sind demgegenüber ausschließlich eine Angelegenheit von Externen, überwiegend in Folge einer anlassbezogenen Vermittlung zum Entzug (48%) bzw. zur Entwöhnung (55%).

Durchgängig hoch sind in diesem Aufgabenbereich die verfügbaren Kooperationsstrukturen mit externen Einrichtungen, ib. für Entzug und Entwöhnung (mit je 39%) sowie für Beratung (34%).

## AD PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSFORMEN

Psychiatrische Krankheitsbilder und deren Bearbeitung stehen laut 75% der RespondentInnen in den WLH-Einrichtungen auf dem Programm, nur im Ausnahmefall aber werden eigene Ressourcen für Behandlung oder Diagnose bereitgestellt. Überwiegend erfolgen die gesetzten Maßnahmen in diesem Aufgabenfeld im Wege anlassbezogener Vermittlung bzw. auf der Grundlage von einschlägigen Kooperationen mit externen ProfessionistInnen / Einrichtungen.

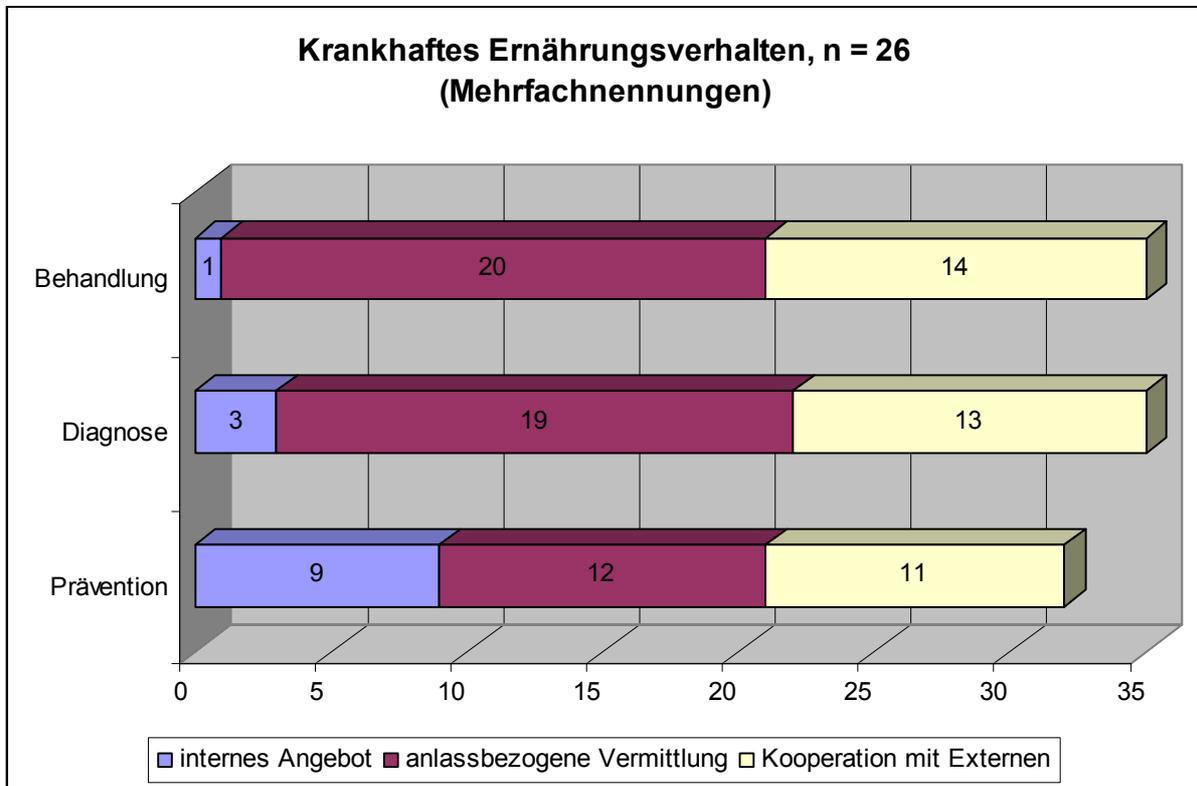


Anders sieht es hier lediglich im Angebot von Nachbetreuung aus, das immerhin 55% der RespondentInnen zum spezifischen eigenen Angebot zählen. Etwas abgeschlagen davon werden immerhin noch laut jeder dritten RespondentIn (34%) eigene Ressourcen für die Kontrolle der Medikation bereitgestellt.

Insgesamt aber fällt auf, dass im Aufgabenfeld der psychiatrischen Krankheitsbilder Strukturen für die Kooperation mit externen Einrichtungen / ProfessionistInnen das Bild bestimmen. Insbesondere betrifft dies den Bereich der Diagnosen (55%) sowie der Behandlung (48%). Aber auch für präventive Angebote wird häufig (41%) auf entsprechende Kooperationsstrukturen zurückgegriffen.

## AD ESSSTÖRUNGEN UND ERNÄHRUNGSFRAGEN

Essstörungen und Ernährungsfragen sind laut 60% der RespondentInnen Thema der laufenden Betreuungsarbeit.

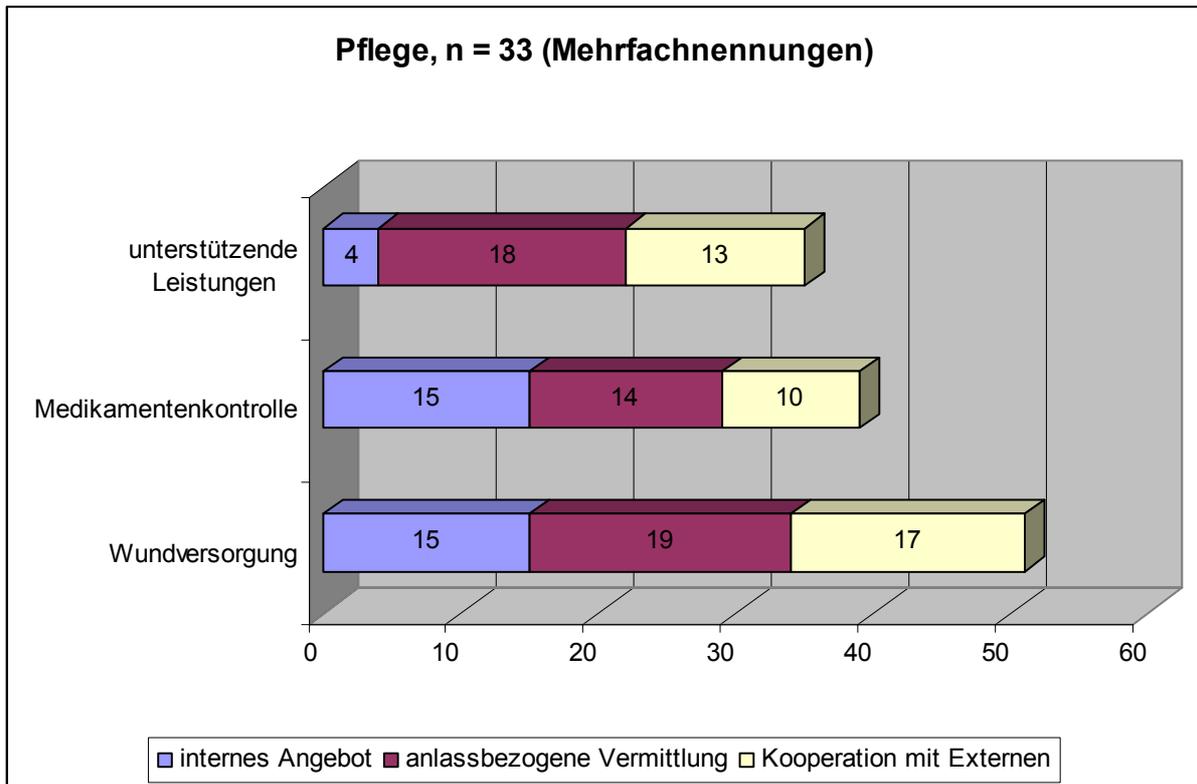


Während Diagnose (7%) und Behandlung (2%) in den WLH-Einrichtungen nur in Ausnahmefällen zum eigenen Angebot gehören und überwiegend in Form anlassbezogener Vermittlung an Externe zur Bearbeitung kommen, werden laut jeder fünften RespondentIn interne Vorsorgen für präventive Angebote bereitgestellt.

Es hängt möglicherweise mit dieser grundsätzlichen Abstinenz der WLH-Einrichtungen zusammen, dass in diesem Aufgabenfeld auch die regulären Kooperationsstrukturen mit externen Diensten ausgesprochen gut entwickelt sind (etwa 30% der RespondentInnen).

## AD PFLEGE

Pflegebedarf von KlientInnen stellt laut 75% der RespondentInnen eine wichtige Herausforderung für die WLH dar, das betrifft etwa die Aufgaben der Wundversorgung, der Medikamentenkontrolle sowie unterstützender Hilfeleistungen.



Allerdings werden nur von einem Teil der Einrichtungen (34% der RespondentInnen) dafür eigenständige Ressourcen eingesetzt bzw. diese Dienstleistungen in die laufende Betreuungsarbeit integriert. Überwiegend werden diese Agenden in Form von anlassbezogener Vermittlung an Externe bzw. zu etwas abgeschwächten Anteilen auf der Grundlage entsprechender Kooperationen ausgeführt.

## **BESONDERE PROBLEME IN DER GEWÄHRLEISTUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG – AUS DER SICHT DER EINRICHTUNGEN**

In der Diskussion mit VertreterInnen der Einrichtungen wurden insbesondere drei sehr spezifische Problemfelder hervorgehoben, in denen es ihnen schwer fällt, die Gesundheitsversorgung ihrer KlientInnen zu gewährleisten.

Das betrifft einmal die (nach Auskunft der WLH-Einrichtungen) zunehmende Belastung mit psychischen Krankheitsbildern bei wohnungslosen Menschen. Insbesondere wird dazu berichtet, dass die Übergänge von stationärer Kurzzeittherapie in Langzeitbehandlungen nur zu oft nicht ausreichend vorbereitet und begleitet werden. Gerade bei der Zielgruppe von wohnungslosen Menschen ist häufig zu beobachten, dass die ‚Dreh-Tür-Psychiatrie‘ sich deutlich zu ihren Lasten auswirkt, u.a. weil Behandlungen vor der Zeit abgebrochen oder von den PatientInnen verlassen werden oder weil mehrfach belastete Personen wie eben Wohnungslose nur schwer den Zugang zu den extramurale Angeboten von therapeutischen Gemeinschaften etc. realisieren können. Häufig ist eine neuerliche Vermittlung dieser Personen in eine reguläre psychiatrische Behandlung dann nur mit großem Begleitaufwand möglich. Erschwerend kommt hier noch dazu, dass die Vorsorgen für entsprechende psychotherapeutische Hilfestellungen bei traumatisierten Personen eher unzureichend sind.

Zum anderen ergeben sich aus den fremdenrechtlichen Rahmenbedingungen besondere Belastungen im Umgang mit Wohnungslosen mit Migrationshintergrund. Insbesondere kommt es bei einer großen Anzahl von AsylwerberInnen nach einer Ablehnung des Asylantrages zwar zu einer Duldung des Aufenthalts in Österreich. Ohne regulären Aufenthaltsstatus ist es diesen Personen aber kaum möglich, eine Sozialversicherung abzuschließen. Ohne Versicherung sind ihnen die Zugänge zu einer entsprechenden medizinischen Versorgung, die über die Leistungen der Not- und Unfallversorgung hinausgeht, verwehrt. Das betrifft insbesondere auch den Bereich der außerstationären psychiatrischen Behandlung und Therapie.

Diesem Mangel will das von der Evangelischen Diakonie in der Stadt Wien eingerichtete ambulante Therapiezentrum<sup>16</sup> abhelfen, das sich ebenso wie das Grazer Gesundheitsversorgungsangebot der Marienambulanz<sup>17</sup> dezidiert an Personen ohne entsprechenden Sozialversicherungsschutz wendet.

---

<sup>16</sup> vgl. dazu <http://amber.diakonie.at>

<sup>17</sup> Siehe dazu unter: <http://caritas-graz.at/home.php?cakt=einr&id=68>

Ein sehr spezifisches Problem stellt auch die Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Frauen dar. Das hängt damit zusammen, dass sich die WLH insgesamt (noch) eher schwer tut, wohnungslose Frauen mit ihren Angeboten zu erreichen. Insbesondere in gemischt-geschlechtlich geführten Einrichtungen der WLH ist es den MitarbeiterInnen kaum möglich, frauenspezifische Versorgungsleistungen und Vorsorgen für die frauenspezifische Gesundheitsförderung zu realisieren. Einen ersten Ausblick auf entsprechende Vorsorgen stellt hier das noch sehr junge Projekt des FEM<sup>18</sup> – in Kooperation mit dem Neunerhaus – dar, in dem ganz gezielt versucht wird, die wohnungslosen Frauen im Rahmen des Betreuten Wohnens mit nachgehenden Beratungs- und Versorgungsangeboten zu erreichen. Konkret sind hier folgende Leistungen vorgesehen:

- Informationsabende als Einstieg und vertrauensbildende Maßnahme zu Themen wie
  - Ernährungsberatung (inkl. Kochkurse), Hygieneberatung, Gesundheitsvorsorge, Bewegung, Sucht
- Gynäkologische Informationsangebote zu Themen wie
  - Verhütung, Scheideninfektionen, Krebsvorsorge, Wechseljahre etc. je nach Bedarf der Frauen
- psychosoziale Einzelberatung und Gruppenarbeit
- gynäkologische Beratung vor Ort.

### **VORTEILE DER UNTERSCHIEDLICHEN WLH – STRATEGIEN:**

1. In WLH – Einrichtung integrierte Angebote können für sich den positiven Effekt als Vorteil verbuchen, dass die KlientInnen die AkteurInnen kennenlernen und Vertrauen entwickeln können, damit werden auch die Schwellenängste bezüglich der gesundheitsbezogenen Angeboten abgebaut. Zudem wird argumentiert, dass auch in jenen Fällen, in denen Überweisungen in stationäre Einrichtungen nötig sind, die Einrichtungen eher ernst genommen werden, unter anderem weil z.B. eine KonziliarärztIn der Einrichtung die Diagnose erstellt und als Kontakt- bzw. Ansprechperson zur Verfügung steht. Eine Förderung der Gesundheitskompetenz sowie des Gesundheitsbewusstseins der KlientInnen ist damit gleichermaßen leichter möglich, als damit

---

<sup>18</sup> vgl. [www.neunerhaus.at/neunerambulanz2.htm](http://www.neunerhaus.at/neunerambulanz2.htm) sowie [www.fem.at](http://www.fem.at)

auch die Chancen für Lobbying im medizinischen Bereich verbessert werden.

2. Externe kooperieren mit der WLH-Einrichtung und bieten zielgruppenspezifische Angebote in der WLH-Einrichtung an. Als Ergebnis dieser Strategie können folgende positiven Effekte festgestellt werden:
  - Vielfalt von Angeboten im unmittelbaren Umfeld der KlientInnen,
  - Abbau der Zugangshürden und Förderung der Motivation, auch auf längerfristige Behandlungs- und Therapieangebote einzusteigen;
  - Beziehungsaufbau mit Externen und Verbesserung der Kommunikation zwischen WLH und externen gesundheitsbezogenen Diensten.
  
3. Kooperation mit Externen – die gesundheitsbezogenen Dienstleistungen bleiben aber im Regelangebot integriert, die Nutzung dieser Angebote basiert auf der gezielten Vermittlung und fallweise (bei Bedarf) Begleitung. Als Begründung für diese Strategie wird insbesondere auf folgende Effekte verwiesen:
  - spezielle Angebote für Wohnungslose sind tendenziell ausgrenzend und stigmatisierend. Dieser Effekt trifft demnach auch auf gesundheitsbezogene Dienstleistungen zu, die speziell für die Zielgruppe der Wohnungslosen realisiert werden. Ziel einer grundsätzlichen Normalisierungsstrategie im Umgang mit wohnungslosen Menschen sollte aber sein, auch die Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen im ‚normalen‘ Setting der Gesundheitsdienste zu gewährleisten. Dort wo diese Regelversorgung – aus welchen Gründen auch immer – nicht oder nur unzureichend funktioniert, erscheint es zielführend, die Normalität möglichst weit aufrecht zu erhalten, indem gesundheitsbezogene Dienstleistungen zwar von den WLH-Einrichtungen initiiert werden, jedoch durch Kooperation mit bzw. Vermittlung an die entsprechenden Praxen, Ambulatorien, Stationen etc. durchgeführt werden.
  - Von MitarbeiterInnen der WLH wird argumentiert, dass Normalität und Integration in gesellschaftliche Regelstrukturen (etwa des Wohnens aber auch der Gesundheit) als Kernziel der Sozialarbeit auch für die Zielgruppe von wohnungslosen Personen betrachtet werden sollte, unter anderem weil Wohnungslose zu einem hohen Ausmaß von sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung bedroht und betroffen sind.

- Dementsprechend wird eine Sensibilisierung für stigmatisierende Nebeneffekte von zielgruppenspezifischen Maßnahmen bei den MitarbeiterInnen der WLH als ein wesentliches Element der laufenden Bemühungen um Integration und Rehabilitation betrachtet. Diese Strategie erfordert, dass in der Einrichtung mehr Aufmerksamkeit für Fragen der Haltung und der Sensibilität bzgl. gesundheitsbezogener Bedürfnisse entwickelt und realisiert werden muss.

## 5.

### **Versorgung von Wohnungslosen mit gesundheitsbezogenen Leistungen**

Generell kann somit festgestellt werden, dass von den Einrichtungen der WLH eine Vielzahl von Aktivitäten gesetzt werden, um die Versorgung ihrer KlientInnen mit gesundheitsbezogenen Leistungen zu verbessern bzw. sicher zu stellen. Das betrifft insbesondere jene Einrichtungen und Angebote, die auf einen längeren stationären Aufenthalt der KlientInnen (z.B. im Kontext eines Wohnheims für ältere Wohnungslose) respektive auf die Zielgruppe von Personen ausgerichtet sind, die im Kontext chronischer Wohnungslosigkeit in besonderem Ausmaß von mehrdimensionalen Belastungen betroffen sind bzw. deren Gesundheitszustand als überdurchschnittlich schlecht charakterisiert werden kann.

Demgegenüber zeigt sich insbesondere im Bereich der ambulanten und nachgehenden Einrichtungen der WLH, dass hier verstärkt versucht wird, die Zugänge zum Regelangebot (z.B. der Hausärzte etc.) zu bearbeiten und durch Vernetzungsaktivitäten sowie eine bereichsübergreifende Kommunikation und Kooperation die Grundlagen für eine Weiterentwicklung der Versorgungssicherheit ihrer KlientInnen zu gewährleisten.

Auffällig ist zudem, dass insbesondere der Bereich der Notfallversorgung im Vordergrund der Bemühungen um die Schaffung / Realisierung von eigenständigen Versorgungsangeboten im engeren Kontext der WLH steht. Demgegenüber werden weiterführende Behandlungen und Therapien überwiegend in der Form von Kooperationen mit externen Einrichtungen des Gesundheitssektors realisiert – z.T. als Angebote, die im engeren Kontext der WLH-Einrichtungen angesiedelt werden; z.T. in Form der gezielten Vermittlung und Begleitung, wobei hier die sozialarbeiterische Beziehung zu den KlientInnen als tragfähige Grundlage dafür herangezogen wird, damit diese Angebote dann von den KlientInnen auch wirklich angenommen werden.

Der überwiegende Teil der gesundheitsbezogenen Aufwände bzw. des entsprechenden Ressourceneinsatzes durch die WLH ist solcherart an die Sicherung der medizinischen Grundversorgung sowie an die Schaffung von Zugängen zu längerfristigen Behandlungs- und Therapieangeboten gebunden.

Demgegenüber findet sich der Bereich der Präventivmedizin, der Förderung von Gesundheit durch Information, Training etc. nur in kleineren modellhaften Initiativen. Gesundheitsförderung und Präventivmedizin ist solcherart im Kontext der WLH noch nicht ausreichend verankert – u.a. wird dies auch mit dem Hinweis auf die Mühen der Grundsicherung und ib. der Überlebenshilfe begründet.

Von zunehmender Bedeutung sind ganz offensichtlich auch die Vorsorgen, die im Rahmen der WLH für die Realisierung von regulären Kooperationsformen mit Einrichtungen / ProfessionistInnen des Gesundheitssektors getroffen werden. Die nachstehenden Tabellen geben Einblick, auf welchen Grundlagen diese Kooperationsvorsorgen beruhen.

### **GRUNDLAGEN FÜR DIE KOOPERATION ZWISCHEN WLH UND GESUNDHEITSEKTOR**

In der Kooperation zwischen der WLH und den Spitälern / ÄrztInnen dominieren nach wie vor die informellen / personenbezogenen Kooperationen, insbesondere im Kontext der laufenden Einzelfallarbeit. Das ist immerhin laut 77% der RespondentInnen in der WLH der Fall.

An zweiter Stelle in diesem Ranking folgen Einrichtungen, die auf vertragliche Grundlagen für ihre Kooperation mit medizinischen Angeboten verweisen (30% der RespondentInnen). 18% der RespondentInnen führen keinerlei reguläre Kooperationsstrukturen mit dem medizinischen Sektor an.

**TAB. 6: KOOPERATIONSVORSORGEN, MEHRFACHNENNUNGEN, N = 44**

	Anzahl der Nennungen	in % der Fragebögen
informell / personenbezogen	34	77%
Vertragsgrundlagen	13	30%
keine reguläre Kooperation	8	18%
spezifischen Kooperationsprojekte	3	7%
andere <sup>19</sup>	3	7%

Von einigen RespondentInnen (jeweils 7%) werden spezifische Kooperationsprojekte genannt bzw. auf die entsprechenden Effekte von realisierten Vernetzungsstrukturen vor Ort verwiesen.

**TAB. 7: ART DER KOOPERATION, MEHRFACHNENNUNGEN, N = 44**

	Anzahl der	in % der

<sup>19</sup> dazu zählen: ehrenamtliche Mitarbeit von ProfessionistInnen, lokale Vernetzungsstrukturen

	Nennungen	Fragebögen
Vermittlung / Begleitung	36	82%
Vernetzung	23	52%
anlassbezogene Zusammenarbeit	20	45%
Teamqualifizierung mit Externen	19	43%
keine Kooperation	7	16%

Grundlage für die Kooperation zwischen WLH – Einrichtungen und Gesundheitseinrichtungen / ProfessionistInnen stellt in den meisten Fällen die Vermittlung und Begleitung von KlientInnen in eine medizinische Behandlung dar. Eine wichtige Rolle kommt hier auch der bereichsübergreifenden Vernetzung im lokalen / regionalen HelferInnennetzwerk zu.

Als Besonderheit in der laufenden Entwicklung und Professionalisierung der WLH ist hier hervorzuheben, dass immerhin von nahezu jeder zweiten RespondentIn darauf verwiesen wird, dass externe ProfessionistInnen zu Angeboten der Teamqualifizierung herangezogen werden, eine Aktivität, die sicherlich wesentlich zur Verbesserung der Kooperationsstrukturen beitragen kann.

## 6.

### Ausgewählte Praxisbeispiele

#### A) SOZIALVEREIN B37<sup>20</sup> – LINZ

Das B37 führt aktuell 9 Teileinrichtungen, die jeweils ein völlig eigenständiges Angebotsprofil realisieren:

PSWB – Psychosoziales Wohnheim Bethlehemstraße (seit 2006 ist dieses Wohnheim ausschließlich für wohnungslose Menschen mit psychiatrischen Diagnosen bzw. ausgeprägten psychosozialen Auffälligkeiten zuständig)	ALOA – Aktiv leben ohne Alkohol. Wohnheim für medizinisch entwöhnte AlkoholikerInnen
	ABS – Alkoholberatungsstelle
SCHU – Schumannstraße. Übergangswohnheim	NOWA – Notschlafstelle
OBST – Outreachwork	MOWO – Mobile Wohnbetreuung
TAGO – Tagesstruktur	PSD – Psychologischer Dienst

**Zielgruppen:** Die Teileinrichtungen des B37 sind jeweils auf besondere Zielgruppen zugeschnitten:

- Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr, welche wohnungslos sind und psychiatrische Diagnosen haben bzw. psychosoziale Auffälligkeiten zeigen (PSWB)
- Alkoholabhängige oder stark gefährdete Frauen und Männer, die sich vor der Aufnahme ins ALOA einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen haben („trockene“ AlkoholikerInnen)
- Frauen und Männer (mit Kind(ern)), welche die Voraussetzung für eigenständiges Wohnen erfüllen (SCHU)
- Akut wohnungslose Frauen und Männer (NOWA)
- Frauen und Männer, die akut wohnungslos sind oder sich im Wohnungslosenmilieu / im öffentlichen Raum aufhalten (OBST)
- KlientInnen des Sozialvereins mit eigener, angemieteter Wohnung (MOWO)

**Personalstand:** Insgesamt sind im Verein B37 85 **MitarbeiterInnen** beschäftigt. Dazu zählen: DiplomsozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen; PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen; weibliche und männliche Angestellte ohne einschlägige Qualifikation im Bereich Betreuung/Sozialarbeit; Jurist; Ärzte; PflegerInnen; langzeitarbeitslose Sozialhilfeempfänger

---

<sup>20</sup> Interview mit Geschäftsführer und Hausleiter sowie Personalleiter (inkl. Fortbildung) am 01.06.2006, vgl. auch: [www.b37.at/b37\\_home\\_2.htm](http://www.b37.at/b37_home_2.htm)

gerInnen werden im Rahmen von ‚Sozialhilfearbeit‘ teilzeitbeschäftigt; sowie Geschäftsleitung, Verwaltung, Administration, Koordination, Buchhaltung u.ä.

## KLIENTINNENSTATISTIK 2005: 738 PERSONEN

<u>Geschlecht</u>	Volljährig	Minder-jährige	Gesamt	in %
Klientinnen	129	33	162	28%
Klienten	555	21	576	72%
gesamt	684	54	738	100%

<u>Altersverteilung</u>	gesamt	in %
Bis inkl. 30 Jahre	250	34%
31-50 Jahre	344	47%
Über 50 Jahre	144	20%

<u>Familienstand</u>	absolut	in %
Ledig	477	65%
Verheiratet	95	13%
Geschieden	137	19%
Verwitwet	18	2%
Keine Angaben	11	2%

**Reichweite:** Der überwiegende Anteil der KlientInnen lebte unmittelbar vor dem Einzug in eine B37-Einrichtung in der Stadt Linz (93%). Die anderen KlientInnen stammten aus dem restlichen Oberösterreich (3%), aus einem anderen Bundesland (1%) bzw. aus einem anderen Staat (2%).

## GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN DER KLIENTINNEN

Es gehört zu den Standarderfahrungen der B37-MitarbeiterInnen, dass bei ihren KlientInnen nur wenig Gesundheitsbewusstsein vorhanden ist. ‚Meist fehlt es diesbezüglich an allen Ecken und Enden.‘ Es wird deshalb als notwendig erachtet, in der laufenden Beratung / Betreuung der BewohnerInnen ganz gezielt darauf einzugehen, ib. dann und bei den KlientInnen, wo gravierende Schäden bereits aufgetreten sind; z.B. Diabetes, lebensbedrohliches Übergewicht etc. Zudem wird von den KlientInnen ein gewisser Standard an Körperhygiene verlangt. Damit wird ganz allgemein auch ein Bewusstsein für Hygiene thematisiert und gezielt gefördert.

## **MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DES GESUNDHEITSVERHALTENS / -BEWUSSTSEINS:**

**Ernährungsberatung**: Durch AltenfachbetreuerInnen, SozialarbeiterInnen, PflegerInnen – jedeR macht das ein Stückweit auf seinem/ihrer eigenen Fachgebiet.

**Kochgruppe** (durchgängiges Angebot): Die Kochgruppe besteht aus 6 bis 8 Personen. Diese werden bewusst durch die SozialarbeiterInnen angesprochen – Kriterium: lebensbedrohliches Übergewicht oder extremes Untergewicht. Ziel dieses Angebotes ist es, die Ernährung von mangelhaft auf vernünftig umzustellen. Weiters soll damit Esskultur vermittelt werden, d.h. dass die KlientInnen bewusst essen und nicht nur Fastfood vor dem Fernseher in sich hineinstopfen.

**Frühstück** ist mit Übernachtung verpflichtend zu bezahlen, also unabhängig davon, ob die BewohnerInnen dieses Angebot dann auch nützen. B37 versucht dabei auch gesundes Frühstück anzubieten wie z.B. mal einen Apfel oder Milchprodukte.

**Gruppenarbeit** zum Thema **Alkohol**: Was macht Alkohol mit einer/m?

Erstaunlich ist, dass die TeilnehmerInnen sehr genau wissen, was der Alkohol mit den Leuten macht und wo sie im Suchtverlauf jeweils stehen. Generell versucht das B37 die KlientInnen zum Entzug zu motivieren. Das Angebot der Gruppenarbeit zum Thema Alkohol verfolgt das Ziel, den TeilnehmerInnen einen bewussten Umgang mit Alkohol zu ermöglichen, auch wenn nicht alle einen Entzug durchführen. Zur Vorgangsweise:

SozialarbeiterInnen melden in Absprache mit den KlientInnen diese zur Gruppenteilnahme an, der Psychologische Dienst schreibt die Gruppen (10 Termine à 2 Stunden) dann aus. Die Auswahl der Gruppenmitglieder erfolgt nach dem Gesichtspunkt der Motivation und Eignung, sinnvoll an ihrem „Problem“ zu arbeiten und nicht die gesamte Gruppe zu stören. Beim 1. Termin ist die Teilnahme verpflichtend, wenn jemand dann nicht mehr kommt, wird im Einzelfall geschaut, warum das so ist und ob es andere Formen der Arbeit gibt.

Gruppenarbeit zum Thema **Hirnleistungstraining** (eine Gruppe für alte und eine für junge KlientInnen); zur Vorgangsweise:

Die Treffen der Gruppen finden jeweils einmal die Woche statt – und zwar außerhalb des Wohnbereichs. Diese Trennung von Wohnbereich und Gruppenarbeit hat sich u.a. deshalb als sinnvoll erwiesen, weil die TeilnehmerInnen damit vor den z.T. abwertenden Kommentaren (Neid, gegenseitiges Madigmachen etc.) der anderen BewohnerInnen geschützt werden können. Das ist nur in der Kochgruppe kein

Problem – hier wird eher die umgekehrte Erfahrung gemacht, dass KlientInnen, welche nicht in der Gruppe sind, mitessen wollen, weil es so gut riecht.

**Bewegungsangebot und (Re-)Mobilisierung:** Das ist vor allem im Pflege- und Rehabilitationsbereich ein wichtiges Thema. Es gehört aber auch zum Standardangebot, dass die BewohnerInnen zu Ausflügen und Spaziergängen motiviert werden. Weitere Angebote wie Gymnastik mit der Sprossenwand, Ballspiele etc. werden nur ergänzend und fallweise angeboten, ‚das kommt aber ganz auf die MitarbeiterInnen des B37 an. Interessant wäre es, Berufsgruppen wie PhysiotherapeutInnen ins B37 zu holen.‘

**Weiterführende Seminare** / Kurse (z.B. in der VHS) zu Gesunde Ernährung, Kochkurse, Yoga etc.: Es ist den MitarbeiterInnen im B37 nicht bekannt, ob von den BewohnerInnen Angebote wie diese genützt werden. Für den Regelbetrieb im B37 wird festgestellt, dass für entsprechende ergänzende Angebote keine ausreichenden Ressourcen vorhanden sind.

**Zahnhygiene:** Bei vielen KlientInnen sind die Zähne in einem sehr schlechten Zustand. Da erweist es sich als vordringlich, zuerst einmal die zahnärztliche Grundversorgung sicher zu stellen. Aber auch in der Folge machen die MitarbeiterInnen häufig die Erfahrung, dass es sich dabei um ein sehr schwieriges Thema handelt bzw. dass viele KlientInnen entsprechende Interventionen und / oder Hilfestellungen tendenziell ablehnen (‚da ist der Abstand der Leute am größten‘).

## **GESUNDES ARBEITSUMFELD – FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT DER MITARBEITERINNEN**

Gesundheitsthemen bzgl. der MitarbeiterInnen sind in der Praxis des B37 zwar kein Tabu, werden aber eher nur unsystematisch behandelt, z.B. wenn die Erfahrung gemacht wird, dass ein/e MitarbeiterIn Probleme mit Alkohol etc. hat. Tatsächlich beschränken sich die entsprechende Angebote dann eher auf anlassbezogene Interventionen im Rahmen von MitarbeiterInnengesprächen.

Weitergehende Angebote wie Sport, Ballspiele etc. wurden in den vergangenen Jahren nur sporadisch realisiert; unter anderem weil es fast unmöglich ist, einen geeigneten Turnsaal zu mieten.

Grundsätzlich gilt bei Veranstaltungen für die KlientInnen, dass diese alkoholfrei gehalten werden, d.h. also, dass auch die MitarbeiterInnen bei Betriebsveranstaltungen keinen Alkohol konsumieren dürfen (Prämisse „Ächte den Alkohol und schätze die KlientInnen“).

Informationen über „Gesundheitsförderung/Krankheitsprävention“ für die MitarbeiterInnen werden teilweise über Fortbildungen angeboten, sind aber kein planmäßiger Bestandteil der Vereinskultur.

## **NOTVERSORGUNG DER KLIENTINNEN**

Die Praxis des B37 ist von der Tatsache geprägt, dass der Gesundheitszustand vieler KlientInnen sehr schlecht ist. Das ist auch der zentrale Grund dafür, dass viele entsprechende Angebote in der Einrichtung selbst realisiert werden. Im Vordergrund steht dabei der Bereich der Notversorgung.

**Handlungsleitlinie:** Prinzipiell besteht die freie Arztwahl. Es wird versucht, die KlientInnen zu motivieren, die ÄrztInnen vor Ort in Anspruch zu nehmen.

**Ergänzende eigene Angebote:** Zusätzlich ordinieren 2 praktische Ärzte sowie ein Neurologe/Psychologe jeweils 1 bis 2 Stunden pro Woche im PSWB und in der NOWA. Weiters ist im B37 medizinisch geschultes Personal im Einsatz, das sind 4 Diplomkrankenschwestern sowie 2 neurologische Diplomkrankenschwestern, 5 AltenfachbetreuerInnen und 1 Streetworkerin, die gelernte Diplomkrankenschwester ist. Diese übernimmt vor Ort die Notversorgung, legt Verbände an und versucht, die Leute zu motivieren, zum Arzt zu gehen.

„Der Arztbesuch ist freiwillig. Die KlientInnen werden aber hinmotiviert. Auf der einen Seite gibt es KlientInnen, die eben zum Arztbesuch motiviert werden müssen, zu beachten ist jedoch andererseits, dass es eine ebenso große Personengruppe gibt, die nicht nur freiwillig zum Arzt geht, sondern unbedingt hingehen will, obwohl es nicht nötig ist.

Wenn KlientInnen außerhalb der Einrichtung/en zu anderen, privaten Ärzten gehen, fehlt oft die Verständigung, da die KlientInnen nicht ausreichend artikulieren können bzw. wollen, was ihnen fehlt. So hatten wir z.B. einen Klienten, der von uns wegen einem lebensbedrohlichen Rotlauf (am Bein) zum Arzt geschickt wurde. Dieser kam

mit einer Arztbestätigung und Tabletten gegen Halsweh zurück. Mit einigem Aufwand kamen wir dann dahinter, dass er dem Arzt gegenüber Halsweh erwähnte, der Hals war ein wenig rot, der Arzt und der Klient mit dem Halset zufrieden. Den Rotlauf hat der Klient nicht hergezeigt.“

Es hat sich deshalb in der Praxis als wichtige Zusatzleistung herausgestellt, dass die Pflege- rInnen bzw. die BetreuerInnen bereits vor dem Besuch in der Arztpraxis gemeinsam mit den KlientInnen durchgehen, welche Vorabinformationen für den Arzt wichtig wären, worauf in der ärztlichen Untersuchen zu achten ist. „Unser Klientel tut sich schwer, Problemlagen zu erklären.“ Dazu kommt die Erfahrung, dass die MedizinerInnen in der Regel nicht alles untersuchen, sondern sich wesentlich darauf konzentrieren, was der/die PatientIn an Leiden / Problemen etc. angibt. „Unsere internen Ärzte sind der Zielgruppe wohnungsloser Menschen gegenüber sensibler und fragen auch nach: ‚Und was gibt es sonst noch? Tut noch etwas weh?‘“

**Grundhaltung:** Medikamente müssen generell im Haus abgegeben werden. Die MitarbeiterInnen sind in der Folge zuständig für die Verteilung der Medikamente und für eine systematische Medikamentenkontrolle. ‚Teilweise werden von verschiedenen (Fach-)ÄrztInnen entgegengesetzt wirkende Medikamente verschrieben; so fragt z.B. der Lungenarzt zwar nach, welche Medikamente sonst eingenommen werden, aber die KlientInnen geben das nicht (richtig) an. Insofern ist das interne Fachpersonal sehr sinnvoll, da diese die verschiedenen Medikamente kennen und kontrollieren können. Zudem werden sie bei einem Anruf bei externen ÄrztInnen eher ernst genommen, was bei einem Anruf durch eine/n SozialarbeiterInnen nicht immer vorausgesetzt werden kann.‘

### **ERFAHRUNGEN MIT EIGENEM MEDIZINISCHEN PERSONAL**

Die Zusammenarbeit mit dem neuen Psychiater ist sehr fordernd – er will vierteljährliche Kontrollen, wenn er Medikamente verschreibt. Externe Psychiater verschreiben auch 6 Jahre Dauerrezepte, ohne zwischenzeitige Veränderungen des Zustands der KlientInnen / PatientInnen zu kontrollieren.

„Der jetzige Psychiater nimmt sich mindestens 15 Minuten pro KlientIn Zeit. Es geht ihm nicht nur um die Verschreibung von Medikamenten, sondern er schaut auch, ob andere Behandlungsformen (z.B.: Psychotherapie) möglich sind. Das braucht dann natürlich mehr Arbeitsaufwand unsererseits, um Therapien zu organisieren bzw. die KlientInnen zu betreuen, weil sie ja nicht generell ruhig gestellt werden.“

### **Einbindung der Ärzte in das WLH-Team**

Die Einbindung der intern ordnierenden Ärzte in das WLH-Team erfolgt wesentlich über zwei Schritte. Das betrifft einmal das Angebot von Fortbildung für die MitarbeiterInnen; in diesem Zusammenhang übernimmt dann etwa ‚unser Psychiater‘ eine Bildungseinheit zu psychologischen Fragen. Im Übrigen erfolgt die Einbindung der Ärzte über die Schnittstelle der Diplomkrankenschwestern. (Generell ist zu sagen, dass nicht nur uns das Geld sondern den Ärzten auch die Zeit für eine intensivere Einbindung fehlt.) Eine reguläre Teilnahme der Ärzte an den Teamsitzungen ist nicht vorgesehen.

Ordination im Haus - zur Vorgangsweise:

Die KlientInnen werden intern durch die PflegerInnen zu den Sprechstunden begleitet. Bereits vorab erfolgt eine Bedarfsabklärung durch die SozialarbeiterInnen, die dann auch die KlientInnen bei den ÄrztInnen anmelden, damit diese abschätzen können, wie viel Zeit sie für die Untersuchung / Behandlung benötigen. (Die ÄrztInnen wollen auch immer wieder etwas wissen, wie z.B. über die Nachtaktivität der KlientInnen.)

### **ÜBERGANG VON NOTVERSORGUNG ZU (LANGZEIT-)THERAPIEN**

Die Übergänge von der Notversorgung zu (Langzeit-)Therapien werden wesentlich durch Vorsorgen im Haus abgesichert. „Diesbezüglich war und ist jedoch viel Beziehungsarbeit zwischen dem Verein und der Psychiatrie notwendig.“ Auch in diesem Bereich haben sich zwei unterschiedliche Strategien bewährt. Zum einen nehmen MitarbeiterInnen des B37 einmal pro Jahr an einer Teamsitzung in der psychiatrischen Anstalt (Wagner-Jauregg) teil. Zum anderen werden KlinikärztInnen zur psychologisch-psychiatrischen Fortbildung für die MitarbeiterInnen des B37 beigezogen, die z.B. bei der Fortbildung im Herbst 2 Tage gestalten werden. Regelmäßige Kontakte, bei denen über Therapiefortschritte bzw.

anstehende Entlassungen ins B37 besprochen werden, runden diese Kontaktpflege im Einzelfall ab.

„Dass das jetzt funktioniert mit der Psychiatrie ist das Ergebnis von harter Arbeit. Es besteht ein gegenseitiges Vertrauen, das medizinische Personal der Klinik weiß, dass wir nur begründete Einweisungen erbitten. Dabei reden wir jetzt aber nur über die Psychiatrie, inkl. Alkoholentwöhnung. Mit den anderen Krankenhäusern ist es dagegen zappenduster. In der Klinik wird die Notwendigkeit von Sozialarbeit erkannt. Die haben mittlerweile selbst ein Team von etwa 24 SozialarbeiterInnen beschäftigt. Im Unterschied dazu gestalten sich die Kontakte zu den anderen Krankenhäusern als schwierig, unter anderem weil hier der Kontakt nahezu ausnahmslos über PflegerInnen und / oder ÄrztInnen läuft. Der Kontakt und / die einzelfallbezogene Kooperation ist Personen abhängig.“

### **PROBLEME IN DER KOOPERATION MIT ANDEREN ÄRZTINNEN / KLINIKEN**

Trotz einer Reihe von gezielten Angeboten und Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation mit den Krankenhäusern in Linz gestaltet sich die Zusammenarbeit nach wie vor sehr schwierig und ist wesentlich abhängig davon, ob persönliche Kontakte bestehen. Für die Praxis im B37 entstehen daraus große Aufwände um sicherzustellen, dass die KlientInnen überhaupt behandelt werden bzw. dass sie ernstlich behandelt werden und nicht in z.T. lebensbedrohlichen Zuständen ins B37 zurückgeschickt werden. „Kooperation und Absprachen klappen überhaupt nicht. Seitens des AKHs gibt es kein Interesse daran. Es gibt keine Reaktionen auf entsprechende Angebote durch B37-MitarbeiterInnen.“

Entsprechende Einzelbeobachtungen lassen auf mangelnde Sorgfalt im Umgang mit wohnungslosen Menschen schließen:

- „Die Notfallversorgung erfolgt in den Ambulanzen (oder auch nicht, wenn ihnen unsere KlientInnen zu dreckig sind). Eine Behandlung erfolgt dann erst, wenn wir die Leute gesäubert haben.“
- „Die KlientInnen werden, wenn unsere MitarbeiterInnen diese nicht schnell genug aus der Ambulanz abholen, durch das Rote Kreuz im Park abgeliefert und wir dürfen die dann suchen.“

Der Aufbau / die Entwicklung von Kooperationsstrukturen mit den Einrichtungen des medizinischen Sektors gestaltet sich als sehr zeitaufwendig und überfordert aktuell die Ressourcen des B37. Stattdessen werden eher konfliktförmige Strategien realisiert.

„Meine Strategie ist, Leistungen einzufordern – z.B. ich schicke KlientInnen mit der Rettung gleich wieder ins Krankenhaus, wenn diese unbehandelt zurückgeschickt werden. Wenn wir so verdeutlichen, dass wir das wollen, und wenn die Krankenhäuser merken, dass jemand hinter den Wohnungslosen steht, dann nehmen sie das Anliegen ernster.“

Ein weiterer Problembereich liegt den MitarbeiterInnen des B37 zufolge darin, dass bei den niedergelassenen ÄrztInnen vielfach das Verständnis für wohnungslose Menschen fehlt.

„In den Privatpraxen besteht u.a. das Problem im Wartebereich. Wenn die KlientInnen nicht „sauber“ sind, werden sie zum einen nicht gerne gesehen und auch den KlientInnen ist es sehr unangenehm, wenn sie von anderen PatientInnen angestarrt werden.“

„Das hängt auch mit der Wohnadresse Bethlehemstraße 37 zusammen. Zuerst werden unsere KlientInnen in der Praxis freundlich begrüßt und wenn sie dann die Adresse angeben, verändert sich das Verhalten stark. Da haben wir sicher auch ein Stigma-Problem.“

„Aber ein Problem ist halt auch, dass sich unsere KlientInnen mit z.B. einer Stunde Wartezeit oder auch mit dem Terminsystem schwer tun.“

## b) Haus Allerheiligen<sup>21</sup> - Wien

Zielgruppe: Wohnungslose Menschen im fortgeschrittenen Alter

Personalstand: 8 hauptamtliche **MitarbeiterInnen:**

Diplomsozialarbeiterin; WohnbetreuerInnen; Pflegerin; Frau, mit anderer gesundheitspezifischer Qualifikation; Leiter des Hauses; Personal für Instandhaltungsarbeiten, Haustechnik, Reinigung

Reichweite: Wien

Anzahl der Wohnplätze: 54 Wohnplätze

KlientInnenstatistik 2005: 61 Personen

<u>Geschlecht</u>	Volljährig	Mitziehende Minderjährige	gesamt	in %
Klientinnen	6	0	6	10%
Klienten	55	0	55	90%
KlientInnen gesamt	61	0	61	100%

<u>Altersverteilung</u>	gesamt	in %
Bis inkl. 30 Jahre	0	0%
31-50 Jahre	4	7%
Über 50 Jahre	57	93%

<u>Familienstand</u>	gesamt	in %
Ledig	28	46%
Verheiratet	4	7%
Geschieden	25	41%
Verwitwet	4	7%

### **GESUNDHEITZUSTAND DER BEWOHNERINNEN**

Der Hausleiter charakterisiert die Zielgruppe des Hauses als ältere ehemals wohnungslose Menschen. „Ziemlich alle haben gesundheitliche Probleme, viele haben Mehrfachdiagnosen. Das ist die Grundsituation. Ein Großteil hat Alkoholprobleme. Es gibt ganz wenige, die wirklich gar keinen Alkohol trinken. Es gibt Spiegel- und Quartalstrinker und manche haben auch ganz aufgehört, die meiden dann Gemeinschaftsaktivitäten / Gruppen bzw. die andern BewohnerInnen.“

---

<sup>21</sup> Interview mit dem Hausleiter am 23.06.2006

Zudem wird beklagt, dass diese Menschen wenig bis gar nicht auf sich selbst und ihre Gesundheit achten, außer der Leidensdruck und die Schmerzen werden so groß, dass es nicht mehr geht. Da ist es dann die große Aufgabe der MitarbeiterInnen, diese Personen zu einem Arztbesuch zu motivieren.

„Manche BewohnerInnen wollen auch nicht wahrhaben, wie groß die Problematik ist – insbesondere die Suchtproblematik wird nur zu oft unterschätzt und nicht eingestanden.“

### **Häufige Diagnosen**

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Hepatitis
- Diabetes
- Folgen von Schlaganfällen
- Psychische Erkrankungen
- Suchterkrankungen (Schwerpunkt: Alkohol; weniger häufig: Medikamente; selten: Spielsucht)
- Hauterkrankungen
- Knochen- und Gelenksprobleme in Folge von Stürzen (vor allem: Hüfte)
- Gefäßerkrankungen

### **ANLIEGEN DES HAUSES**

Ein Grundangebot des SeniorInnenwohnheims ist die medizinische Unterstützung der BewohnerInnen. Wesentlich ist es, die Aufgabe der Sozialarbeiterin, die gelernte Krankenschwester ist, täglich die BewohnerInnen in ihren Wohnungen aufzusuchen und Befindlichkeit sowie Bedarf der BewohnerInnen abzuklären. Wenn nötig kann dazu die Hausärztin hinzugezogen werden.

Ein wichtiges Betreuungsthema ist die Motivation der BewohnerInnen regelmäßig ihre Medikamente zu nehmen. Bei Problemen mit der Einhaltung der vorgeschriebenen Medikation wird ein täglicher Besuch der externen Heimhilfe organisiert, um die Kontrolle der Medikation zu gewährleisten. Unterstützend ist auch eine Hilfestellung durch eine Krankenschwester vorgesehen, die regelmäßig Hausbesuche vornimmt und z.B. Medikamente portioniert.

Ziel ist die Ermächtigung und Unterstützung der BewohnerInnen, möglichst viel selbst zu tun. Deshalb wird wesentlich auf sehr individuelle Lösungen für die jeweilige Situation der BewohnerIn geachtet – ‚Was ist möglich und was nicht?‘ Welche Unterstützung wird im Einzelfall benötigt? Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes wird angestrebt, aber auch eine Stabilisierung und Schadensverminderung gilt schon als Erfolg. Diese Grundhaltung zeigt sich auch beim Umgang mit Alkoholkonsum:

„Alkoholkonsum ist im Haus erlaubt und wird auch ausgeschenkt (Bier, Wein – keine Schnäpse). Bei Leuten die nicht ausreichend mobil sind, wird Alkohol auch in die Wohnung ‚geliefert‘. Es ist dezidiert kein Ziel, alle BewohnerInnen trocken zu bekommen. Gesprochen wird mit ihnen dann, wenn es Beschwerden gibt und/oder sie im Rauschzustand randalieren.“

Das Haus Allerheiligen ist so konzipiert, dass die BewohnerInnen bis zu ihrem Lebensende bleiben können. Die Leistungsangebote sind darauf abgestellt, dass im Bedarfsfall die notwendige Pflege im Haus stattfinden kann (in Kooperation mit externen AnbieterInnen).

„Nur 3 BewohnerInnen mussten ins Pflegeheim. Wenn jemand völlig dement ist und rund um die Uhr Pflege benötigt oder sich selbst gefährdet, weil er sich beim Rauchen anzündet, weil er einschläft oder nicht mehr ins Haus zurückfindet, das ist dann die Grenze des Hauses.“

Eine Bemühung der MitarbeiterInnen besteht darin, die Kontakte zwischen den BewohnerInnen zu fördern und sie zur Nachbarschaftshilfe zu motivieren, z.B.: wechselseitiger Austausch von Wohnungsschlüsseln, um Hilfe zu ermöglichen wenn jemand stürzt oder andere Hilfe benötigt (schriftliches Einverständnis kann auch widerrufen werden).

## **ZUGANG ZU GESUNDHEITSBEZOGENEN DIENSTLEISTUNGEN**

Der Zugang zu den gesundheitsbezogenen Dienstleistungen gestaltet sich in der Praxis des Haus Allerheiligen unterschiedlich.

**Externe Dienstleistungen sind kostenpflichtig:** Die externen, gesundheitsbezogenen Dienstleistungen werden über die e-card, das Pflegegeld oder auch privat (wie FriseurIn, FußpflegerIn) bezahlt. Ausgenommen davon ist der psychiatrische Dienst durch die Psychiaterin, die über den Fond soziales Wien bezahlt wird. Weitere Leistungen sind davon abhängig dass die BewohnerInnen einen Selbstbehalt erbringen. Dazu zählen:

- Heimhilfe
- Essen auf Räder (vergünstigt aber mit Eigenbeitrag)

Für Leistungen im Zusammenhang mit Sterbebegleitung und Hospiz fallen keine Kosten an. Personen, die eine regelmäßige Unterstützung benötigen, werden beim Antrag um Pflegegeld unterstützt. Damit ist dann die Grundlage gesichert, um externe Dienste wie Heimhilfe zu organisieren.

**Interne gesundheitsbezogene Dienstleistungen:** Anders ist die Situation bei jenen BewohnerInnen, die aufgrund ihrer körperlichen Befindlichkeit keinen Anspruch auf Pflegegeld haben, die aber z.B. wegen ihres Alkoholkonsums Schwierigkeiten haben, mit der Wohnung und den anfallenden Aufgaben selbständig zurecht zu kommen. Diese Personen müssen dann durch interne Vorsorgen unterstützt werden. Das sind zentrale Aufgabenstellungen für die teilzeitbeschäftigte Krankenschwester und die hauptamtliche Sozialarbeiterin, die auch Krankenschwester ist. Diese beiden übernehmen auch gesundheitsbezogene Dienstleistungen wie Hilfestellungen bei der Medikation, Motivation zum Arztbesuch sowie die Koordination mit der Hausärztin. Spezifische Aufgaben wie Verbandwechsel, Injektionen etc. gehören nicht zu ihrem Aufgabenbereich. Im Bedarfsfall sind dafür ebenfalls externe Dienste zu organisieren.

Die BewohnerInnen haben täglich Kontakt zu den internen MitarbeiterInnen, welche zumindest einmal am Tag in die Wohnungen kommen und sich nach dem Gesundheitszustand bzw. der Befindlichkeit der BewohnerInnen erkundigen. Wenn die MitarbeiterInnen sehen, dass es eine Zustandsverschlechterung gibt oder jemand krank ist, wird versucht, dieseN zum Arztbesuch zu motivieren.

**Hauskrankenpflege:** Aufgaben wie Verbandswechsel, Injektionen etc. führt die Hauskrankenpflege auf der Basis von bedarfsbezogenen Verschreibungen durch.

**Wöchentliche Ordination der Hausärztin im Haus/eigenes Arztzimmer:** Im Vorhinein wird durch die Sozialarbeiterin mit den BewohnerInnen geklärt, wer zur Ärztin gehen will bzw. soll (Motivationsarbeit). Im Bedarfsfall gibt es auch die Möglichkeit, dass die BewohnerInnen in ihren Wohnräumen besucht werden oder die Ärztin unter der Woche kontaktiert wird. Die Sozialarbeiterin nimmt an den Arztgesprächen teil, in denen weiterer Unterstützungsbedarf, Medikation, Folgeuntersuchungen etc. geklärt werden. In der folgenden Teambesprechung wird dann der weitere Unterstützungsbedarf organisiert.

„Wenn die BewohnerIn das selbständig machen kann, dann macht er/sie es selbst, und wenn wir sehen, er/sie braucht eine Unterstützung oder eine Begleitung, dann organisieren wir das und begleiten ihn/sie dann auch.“

**Zugang zu stationärer Behandlung:** Bei Bedarf nach stationärer Behandlung, wird versucht, die BewohnerInnen möglichst bei einem bestimmten Krankenhaus unterzubringen, mit dem gute Grundlagen der Zusammenarbeit bestehen, z.B. dass diese gut mit AlkoholikerInnen umgehen können. Von Vorteil ist dabei auch, dass dieses Krankenhaus in der Nähe der Einrichtung situiert ist.

**Probleme bei stationärer Aufnahme:** Die Aufnahme bei stationärer Behandlung gestaltet sich nach Auskunft des Hausleiters bei AlkoholikerInnen gelegentlich als schwierig.

„Das große Problem ist für mich die Zusammenarbeit mit manchen Spitälern bzw. Stationen im Zusammenhang mit der Tatsache, dass viele BewohnerInnen von uns ein Alkoholproblem haben. Da sagen sie teilweise: „Ja, der ist betrunken“ und schicken ihn wieder heim. Wenn die Leute total immobil sind und die Sturzgefahr hoch ist, bestehen wir auf eine Aufnahme, weil wir keine Pflegeeinrichtung sind – es ist ja nicht rund um die Uhr jemand da. Einmal ist es uns allerdings passiert, dass ein Bewohner tatsächlich erst im dritten Krankenhaus aufgenommen wurde. Ein Problem ist, dass die Psychiatrie nicht zuständig ist und sich niemand zuständig fühlt, wenn ein/e BewohnerIn zwar ein akutes Problem mit exzessivem Alkoholkonsum hat, aber weder psychisch krank noch selbstgefährdet ist. Psychiatrische Abteilungen für

Alkoholentzug lehnen dann die Aufnahme ab und verweisen darauf, dass sie keine Ausnüchterungszelle / Entgiftungsstation sind. Die setzen teilweise vor einer allfälligen Aufnahme voraus, dass die PatientInnen weitgehend nüchtern in die Behandlung kommen. Das ist ein Problem.“

Der Kontakt zu den Krankenhäusern wird normalerweise über das interne Hauspersonal hergestellt. Wenn dabei Probleme auftreten, kann das interne Personal auf die Unterstützung der Ärztin zurückgreifen.

„Das Problem sind dann die Wochenenden, wenn die Ärztin nicht erreichbar ist oder am Abend. Dann kommt die Rettung und die nimmt die BewohnerIn dann zwar, bringt ihn / sie dann aber wieder zurück und dann haben wir ihn wieder da. Das mit den Krankenhäusern ist keine ideale Lösung – vor allem bei AlkoholikerInnen.“

**Psychiatrische Betreuung:** Zusätzlich kommt eine Psychiaterin vom Psychosozialen Dienst 14tägig ins Haus. Sie ist Konziliarärztin und darf daher keine Rezepte bzw. Überweisungen ausstellen und zusätzliche Untersuchungen anfordern. Entsprechend macht sie Vorschläge für die Behandlung bzw. weiterführende Untersuchungen, welche die Hausärztin übernimmt bzw. selbst durchführt. Bei Bedarf telefonieren Hausärztin und Psychiaterin miteinander.

Es wird von Seiten des Hauses und der Psychiaterin akzeptiert, wenn jemand keine Psychopharmaka (Medikamente) nehmen möchte. Wenn jemand das Angebot der Psychiaterin (noch) nicht akzeptiert, wird seitens der Internen versucht, soweit zu motivieren, dass ein erstes Gespräch angenommen wird.

„Durch die Psychiaterin und ihre Behandlung können die meisten Leute ihren Platz hier im Haus behalten. Und da gibt es sehr tolle Erfahrungen. Wir haben sehr viele Leute halten können, z.B. an Schizophrenie Erkrankte, die sonst wahrscheinlich den Wohnplatz wegen Gewalt und so verloren hätten. Es gab bisher nur eine Ausnahme, da mussten wir einen mit der Polizei in die Psychiatrie einliefern lassen, weil er nicht einsichtig war und Leute bedroht hat.“

**Medikamentenkontrolle:** Nach Auskunft des Heimleiters besteht die Gefahr, dass die BewohnerInnen die Medikamente nicht regelmäßig nehmen – einerseits weil sie vergessen, andererseits weil sie der Meinung sind, dass sie als AlkoholikerInnen keine Medikamente nehmen dürfen.

„Deshalb war uns auch das Informationsgespräch zum Thema „Alkohol und Gesundheit“ wichtig, um ihnen zu vermitteln, dass es wichtiger ist, dass sie Medikamente nehmen – auch als AlkoholikerInnen – als dass sie auf das Verbot im Beipackzettel achten. Die Hausärztin und die Psychiaterinnen erklären das auch nochmals dezidiert, wenn diesbezüglich Fragen seitens der BewohnerInnen auftauchen. Es gibt ganz wenige Medikamente, die mit Alkohol zusammen die Sache noch verschärfen. Aber das weiß dann auch die Psychiaterin und wenn der wirklich viel trinkt, dann kriegt er halt gewisse Psychopharmaka nicht oder in geringeren Dosen.“

**Körperliche Hygiene:** Bei Bedarf werden die BewohnerInnen entweder durch die Heimhilfe oder die Wohnbetreuung unterstützt. Weitere Dienstleistungen z.B. durch FußpflegerIn oder FriseurIn werden ebenfalls im Haus angeboten.

„Die Angebote werden ausgehängt und da können sie sich selbst melden, viele machen das auch. Aber die BewohnerInnen werden auch darauf angesprochen. Sachbewaltete werden entsprechend unterstützt. Die Lösungen sind sehr individuell.“

**Hospiz:** Dienstleistungen und Hilfestellungen im Rahmen der Sterbebegleitung werden durch eine externe mobile Hospizeinrichtung abgedeckt.

„Dann kommt eine mobile Schwester und nimmt sich Zeit für die Leute und die ÄrztInnen machen auch Schmerztherapie und sind rund um die Uhr erreichbar. So können die Leute bei uns bleiben, solange es irgendwie möglich ist – außer sie sind schwer pflegebedürftig und müssen rund um die Uhr betreut werden. Dann muss ein externes Krankenbett organisiert werden.“

## **Unterstützende Gruppenangebote für BewohnerInnen**

**Beschäftigungs-Bewegungsgruppe** mit der Ergotherapeutin: Das Ziel dieser Gruppe ist es, die BewohnerInnen über das gemeinsame „Spiel“ zur Bewegung zu animieren. (Kegeln, Ausflug, Altherrenrunde, ...)

**Informationsveranstaltung** zum Thema „Alkohol und Gesundheit“: Bei solchen Aktivitäten geht es weniger darum, die TeilnehmerInnen vom Alkohol wegzubringen, sondern wie sie mit dem Alkohol leben (können); z.B. welche Medikamente dürfen genommen werden, wie Aufhören (langsame Alkoholreduktion etc.).

„Großes Echo: 35 TeilnehmerInnen, haben auch Fragen gestellt.“

**Eine Informationsveranstaltung** zum Thema „Gesundheit und Bewegung“ ist geplant.

**Einzelgespräche** (durch die Ärztin oder die Mitarbeiterinnen) zum Thema „Gesundheit und Ernährung“, weil nach der Erfahrung der MitarbeiterInnen bei den BewohnerInnen wenig Bewusstsein über gesundes Essen vorhanden ist. Im Gegenteil wird beobachtet, dass die Leute „sehr deftig essen, kein Gemüse etc.“. Die Tatsache, dass viele BewohnerInnen Probleme mit dem Blutdruck haben, wird mit Verweis auf die schlechten Essgewohnheiten erklärt.

## **INFORMATIONSFLOSS ZWISCHEN EXTERN UND INTERN**

**Kommunikation mit den HausärztInnen der BewohnerInnen:** Manche BewohnerInnen gehen zu ihren bisherigen (Haus-) ÄrztInnen. Die internen Angebote beschränken sich dann auf Unterstützung, Rezepte organisieren bzw. Hilfestellungen bei eingeschränkter Mobilität.

„Nach Untersuchungen wird durch interne MitarbeiterInnen beim Arzt nachgefragt bezüglich Ergebnis, Behandlung etc. Die Ärzte sind durchaus gesprächsbereit und geben uns die Informationen. Es ist natürlich von der Abwicklung her einfacher, wenn die BewohnerInnen zu unserer Hausärztin gehen; aber es ist kein Problem und kein Zwang, dass sie da gehen müssten.“

**Kommunikation mit der Allgemeinmedizinerin des Hauses:** Der Informationsfluss mit der Hausärztin erfolgt über die MitarbeiterIn, die bei den Arztterminen assistiert. DieseR bringt allfällige Beobachtungen in die Mittagsbesprechung ein und informiert ihrer- /seinerseits über Ergebnisse der Teambesprechung, z.B. was an regelmäßigen Medikamenten benötigt wird. Die Ärztin kann dann beim nächsten Besuch im Haus die ausgestellten Rezepte mitbringen.

„Das funktioniert wirklich gut, weil sie mit diesem Klientel (z.B. AlkoholikerInnen) und dessen Art gut kann. Das ist ja nicht so selbstverständlich, dass man das akzeptiert, dass der nicht aufhören möchte oder kann. Und sie hat wirklich auch die Geduld mit den Leuten.“

**Psychiatrische Betreuung:** Die Psychiaterin nimmt an internen Teamsitzungen teil, um gemeinsam den Gesundheitszustand der BewohnerInnen sowie Veränderungen desselben zu besprochen. An diesen Teamsitzungen nehmen alle MitarbeiterInnen teil, um Wahrnehmungen der MitarbeiterInnen sowie Auffälligkeiten im Alltag zu besprechen. Gleichzeitig erhält das Team Informationen darüber, wie die BewohnerInnen entsprechend der Krankheiten (z.B. Schizophrenie) am besten unterstützt werden können, welche Aufgaben und Verantwortungen dem/der BewohnerIn überlassen werden können und welche nicht. Bei Bedarf werden fallbezogene Gespräche organisiert, zu denen auch die externen HauskrankenpflegerInnen und die Hausärztin beigezogen werden. Die Psychiaterin unterstützt die MitarbeiterInnen im Bedarfsfall auch zwischen den Besuchsterminen.

“Wir können anrufen, sollte es eine Veränderung geben oder wenn jemand wieder mehr trinkt.“

**Heimhilfe:** Die externe Heimhelferin nimmt gelegentlich an Teamsitzungen teil. Hauptsächlich beruht die Kommunikation allerdings auf ihrem direkten Kontakt mit den WohnbetreuerInnen.

„Uns ist eine gute Zusammenarbeit ein großes Anliegen. Dafür gibt es eine Mappe der Heimhilfen, in die wir auch von unserer Seite hineinschreiben, was bei den einzelnen KlientInnen zu beachten ist, was sie mögen und wie man sie am besten betreuen kann. Das ist ein unkomplizierter, flexibler Kontakt.“

**Hauskrankenpflege:** Die externen Dienste werden über die Sozialarbeiterin organisiert, die auch die entsprechenden Vereinbarungen trifft. Die HauskrankenpflegerInnen nehmen nicht an Teambesprechungen teil. Anlassbezogen werden Besprechungen mit Team und Hausärztin durchgeführt, um eine gemeinsame Vorgehensweise zu besprechen.

„Manche BewohnerInnen müssen eingebunden werden, da sie die Behandlung sonst nicht annehmen und diesbezüglich muss man die ÄrztInnen auch vorbereiten und informieren.“

**Kommunikation mit stationären Einrichtungen:** Im Falle eines stationären Aufenthalts werden die BewohnerInnen einmal wöchentlich durch interne MitarbeiterInnen des Hauses besucht, die in diesem Zusammenhang auch Kontakt zu den ÄrztInnen und PflegerInnen aufnehmen und informieren über die Einrichtung, Wohnumgebung und über allfällige persönliche Bedarfsaspekte.

„Zudem wird besprochen, wann und wie die BewohnerInnen wieder entlassen werden, welche Unterstützungsmaßnahmen für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt (soziale Dienste?) benötigt werden. Damit werden sehr gute Erfahrungen gemacht.“

## **ANGEBOTE FÜR MITARBEITERINNEN (BZGL. VORBILD UND SENSIBILISIERUNG)**

Die Angebote an die MitarbeiterInnen bestehen im Wesentlichen aus Teamsupervision sowie themenspezifischen MitarbeiterInnenklausuren z.B. zum Thema „Krankheit und Tod“.

Begründet werden diese Angebote mit dem Verweis auf die großen Belastungen der MitarbeiterInnen, z.B. durch die Erfahrung einer/einem BewohnerIn dabei zusehen zu müssen, wie der/die sich zu ‚Tode säuft‘. Weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe der MitarbeiterInnen gehören im Haus Allerheiligen (noch) nicht zum Regelangebot.

Aus dem Arbeitsalltag wird vom Heimleiter noch die Beobachtung geschildert, dass die MitarbeiterInnen durch die BewohnerInnen sehr genau beobachtet werden und es von den BewohnerInnen thematisiert wird, wenn MitarbeiterInnen z.B. einen Salat oder vegetarisch in der Kantine essen. Auch das Thema Alkohol und der Umgang damit durch die MitarbeiterInnen wird von den BewohnerInnen wiederholt angesprochen.

„Angebote für MitarbeiterInnen zur Sensibilisierung etc. sind jetzt eigentlich kein Thema. Die BewohnerInnen schätzen das durchaus, wenn die MitarbeiterInnen gesund leben. Die MitarbeiterInnen werden nicht dazu angehalten, besondere Vorbildwirkung zu zeigen – das passiert einfach.“

## 7.

### **Bedarf nach strukturellen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen**

Die MitarbeiterInnen der WLH sehen trotz einer Vielzahl von regionalen, einrichtungsbezogenen Angeboten einen großen, zusätzlichen Bedarf nach einer gezielten Auseinandersetzung mit dem Thema WLH und den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der wohnungslosen Menschen. Die Bedarfsanmeldungen betreffen gleichermaßen Sensibilisierung und Qualifizierung sowohl von WLH-MitarbeiterInnen als auch des medizinischen Personals des Gesundheitssektors. Insbesondere wird auf ungenügende bis überhaupt fehlende Angebote in folgenden Bereichen verwiesen:

- bedarfsdeckende Basisangebote; mit dem Ziel von Vielfalt und Wahlmöglichkeit
- gemeinsame Standards der gesundheitsbezogenen Leistungen in der WLH
- (aufsuchende) psychiatrische Behandlung und Betreuung
- Angebote für Traumatisierte (Flüchtlinge)
- Muttersprachliche Angebote für MigrantInnen / Flüchtlinge
- Mitarbeit von praktischen ÄrztInnen zur präventiven Arbeit bzw. Früherkennung
- kurzfristig verfügbare Termine für Spezialbehandlungen, z.B. bei FachärztInnen sowie Ausbau der Kooperation mit verschiedenen FachärztInnen (Netzwerk)
- bessere Abstimmung von Maßnahmen der Existenzsicherung mit gesundheitsbezogenen Angeboten
- (ausreichend / kurzfristig verfügbare) Plätze für Pflege / Altenpflege
- Sensibilisierung / Ausbildung des medizinischen Personals für den Umgang mit Wohnungslosen bzw. deren spezielle Situation und mit Mehrfachdiagnosen
- professionelle Sozialarbeit in den stationären Einrichtungen des medizinischen Sektors
- Bearbeitung von Schnittstellenproblemen zwischen WLH- und gesundheitsbezogenen Einrichtungen; z.B. durch bessere Abstimmung der jeweiligen Ausbildungsangebote; Abstimmung der grundlegenden professionellen Haltungen und Ideologien

Gerade mit Blick auf die Folgen der Psychiatriereform wird darauf verwiesen, dass die stationären Aufenthalte in der Psychiatrie – unter anderem aufgrund von administrativen Auflagen – immer kürzer werden. In diesem Zusammenhang wird beobachtet, dass die Bedürfnisse von chronisch kranken und mehrfach belasteten wohnungslosen Menschen nach aufbauenden und längerfristig angelegten Behandlungen immer schwerer berücksichtigt werden können.

### **BEDARF NACH EINSCHLÄGIGEN MAßNAHMEN UND ENTWICKLUNGEN**

In Form einer offenen Frage wurde die Sicht der Einrichtungen zum Bedarf nach Maßnahmen erhoben. Viele Einrichtungen äußerten Bedarf zur Verbesserung der Situation von psychisch kranken wohnungslosen Menschen (32%). Großen Bedarf sehen die Einrichtungen auch in Hinblick auf den Umgang mit drogenabhängigen KlientInnen (23%).

**TAB. 8: BEDARF NACH STRUKTURELLEN VERBESSERUNGSMABNAHMEN, MEHRFACHNENNUNGEN, N=44**

Angebotsbereich	Nennungen	in % der RespondentInnen
psychische Erkrankungen	14	32%
Abhängigkeit von Drogen	10	23%
Allgemeinmedizin	6	14%
Pflegebedürftigkeit	6	14%
Zahnmedizin und -ersatz	5	11%
Alkoholabhängigkeit	4	9%
Essstörungen und Ernährungsfragen	3	7%

Weitere Bedarfsanmeldungen betreffen den Ausbau von allgemeinmedizinischen Angeboten sowie von Angeboten im Bereich der Pflege. Maßnahmen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Behandlung sowie der Behandlung von Alkoholabhängigkeit werden dann immer noch von jeder zehnten RespondentIn eingefordert. Weiters werden fehlende Angebote bezüglich Essstörungen sowie Ernährungsfragen von einem kleineren Anteil der RespondentInnen genannt.

## 8.

### **Schlussbemerkungen**

Aus den einschlägigen Unterlagen der WLH-Einrichtungen sowie aus den Ergebnissen der diesem Bericht zugrunde liegenden Fragebogenerhebungen wird anschaulich deutlich, dass das grundsätzliche Ziel des österreichischen Gesundheitssystems der Versorgung aller Menschen mit gesundheitlichen Problemen und Bedürfnissen unabhängig von Alter, Einkommen etc. nur eingeschränkt realisiert ist. Am Beispiel der Zielgruppe wohnungsloser Menschen lassen sich ganz spezifische Mängel und Defizite in der Versorgungsstruktur feststellen.

Vor allem ist hier kritisch festzustellen, dass ein erheblicher Anteil der wohnungslosen Menschen aktuell vom Versicherungsschutz ausgenommen ist. Damit ist ihr Zugang zu gesundheitsspezifischen Leistungen mit Ausnahme der Notfallgrundversorgung zum einen mit Kosten verbunden bzw. zum anderen aufgrund bürokratischer Auflagen bei der Regelung von Kostenübernahmen (z.B. aus der Sozialhilfe) erschwert.

Weiters erweisen sich die Gesundheitseinrichtungen im Falle von Mehrfachdiagnosen, insbesondere im Zusammenhang mit Alkohol- sowie Drogenabhängigkeit, als tendenziell überfordert bzw. verhalten sich gegenüber diesen Hilfesuchenden eher abweisend bis verweigernd.

Drittens zeigt sich, dass die Regelstrukturen des Gesundheitssystems nur unzureichend auf den adäquaten Umgang mit marginalisierten Menschen vorbereitet sind. Insgesamt ergibt sich aus den genannten Defiziten eine zusätzliche Stigmatisierung von wohnungslosen Menschen, die in eine systematische Beschränkung der Zugänge zu medizinischen Leistungen mündet.

Auf diese Mangelfeststellungen und die entsprechenden negativen Praxiserfahrungen ist es zurückzuführen, dass sich die WLH in den vergangenen Jahren verstärkt darum bemüht hat, eigene einschlägige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ihrer KlientInnen zu realisieren. Hervorzuheben sind hier insbesondere die Maßnahmen in den Städten Wien und Linz, wo inzwischen ein Basisangebot für wohnungslose KlientInnen der teilstationären Einrichtungen aufgebaut werden konnte.

Diese Angebote konzentrieren sich auf die Gewährleistung von niederschweligen Zugängen der KlientInnen von WLH-Einrichtungen zu Grundversorgungsangeboten in folgenden Bereichen:

- Allgemeinmedizin – Ordination von ÄrztInnen in den teilstationären WLH-Einrichtungen und gezielte Verbesserung der Kommunikation zwischen internem Betreuungspersonal und den beteiligten ÄrztInnen
- aufsuchende psychiatrische Grundversorgung – Mitwirkung von PsychiaterInnen in den teilstationären WLH-Einrichtungen und gezielte Kommunikation / Kooperation zwischen internem Betreuungspersonal und den beteiligten FachärztInnen durch deren teilweise Einbindung in die Teamsitzungen
- Ausbau der Vorsorgen für Pflege und Behandlung, z.T. durch die Einstellung medizinisch geschulten Personals, z.T. durch den Aufbau von adäquaten Kooperationsstrukturen mit externen Einrichtungen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es damit gelungen ist, zentrale Aspekte der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Personen wesentlich zu verbessern. Nicht nur konnte damit ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Motivation wohnungsloser Personen zur Inanspruchnahme von medizinischen Hilfestellungen geleistet werden. Damit konnte letztlich auch die Lebensqualität dieser WLH-KlientInnen entscheidend gefördert werden. Nicht zuletzt können in diesem Zusammenhang auch ausgesprochen positive Effekte auf die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs- und Behandlungsangeboten im Gesundheitssektor (FachärztInnen, Spitäler und psychiatrische Kliniken) vermerkt werden.

Ansatzweise wurde im Rahmen des Aufbaus von Grundversorgungsangeboten im Rahmen der WLH-Einrichtungen zudem auch bereits auf die besonderen Bedürfnisse von wesentlichen Zielgruppen der WLH – wohnungslose Frauen, MigrantInnen mit ungeklärtem respektive ausgesprochen prekärem Aufenthaltsstatus – eingegangen. Darauf wird wohl in Zukunft aufgebaut werden müssen, zielgruppenspezifische Angebotsgestaltung durchgängig zu realisieren und auch in der WLH noch gegebene Diskriminierungen dieser Teilzielgruppen zu beseitigen.

Der offensichtliche Erfolg der Angebote, die inzwischen in einem nach wie vor allerdings eher kleinen Segment der WLH umgesetzt werden, unterstreicht jedoch auch, dass es auf Sicht erforderlich ist, einerseits das Problembewusstsein zu schärfen und andererseits ausreichende Ressourcen für die planmäßige Weiterentwicklung des Hilfesystems – an den Schnittstellen zwischen WLH und Gesundheitssektor – bereit zu stellen.

Weiters ist hier abschließend auf die Tatsache zu verweisen, dass der überwiegende Teil der gesundheitsbezogenen Aufwände bzw. des entsprechenden Ressourceneinsatzes durch die WLH wesentlich den Aufgaben der Sicherung der medizinischen Grundversorgung sowie der Schaffung von Zugängen zu längerfristigen Behandlungs- und Therapieangeboten gewidmet und gebunden ist. Demgegenüber findet sich der Bereich der Präventivmedizin, der Förderung von Gesundheit durch Information, Training etc. nur in kleineren modellhaften Initiativen. Gesundheitsförderung und Präventivmedizin ist solcherart im Kontext der WLH noch nicht ausreichend verankert – u.a. wird dies auch mit dem Hinweis auf die Mühen der Grundsicherung und ib. der Überlebenshilfe begründet.

Ziel einer Weiterentwicklung der gesundheitspezifischen Vorsorgen im Rahmen der WLH muss es darüber hinaus sein, auf nationaler Ebene die gegebene Diskriminierung von sozial benachteiligten Menschen und die unzumutbare Ungleichbehandlung in Abhängigkeit vom Wohnort zu bekämpfen. Die Beispiele in den Städten Wien und Linz machen deutlich, dass eine durchgängige Verbesserung der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Menschen nicht nur machbar ist sondern auch zu ausgesprochen positiven direkten und indirekten Effekten beitragen kann. Vor diesem Hintergrund ist es allerdings nicht einzusehen, warum diese Initiativen keine bundesweiten Umsetzungen nach sich ziehen, wohnungslose Menschen in anderen Bundesländern und / oder Städten nach wie vor am gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitswesen gehindert werden.

Nur zu deutlich wird bei der Betrachtung und Analyse der gesundheitspezifischen Vorsorgen im Kontext der WLH jedoch auch, dass diese Bemühungen sich keinesfalls auf den engeren Bereich der WLH beschränken dürfen. Insbesondere wird es bei allen – wie immer punktuellen – einschlägigen Angeboten im engeren Kontext der WLH auch darum gehen müssen, gleichzeitig die Schnittstellen zum Gesundheitssektor und zum Regelangebot der Gesundheitseinrichtungen so zu bearbeiten, dass die Barrieren, die den Zugang von wohnungslosen Menschen zu den gesundheitspezifischen Angebote belasten bis verhindern, auf Sicht abgebaut werden können.

Grundsätzlich ist dabei zu berücksichtigen, dass der Ziel- und Aufgabenrahmen der Wohnungslosenhilfe breit gespannt ist. So hat WLH zum einen von Wohnungslosigkeit gefährdete KlientInnen bei der Erhaltung ihrer Wohnung zu unterstützen und damit zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit beizutragen. Zum anderen ist WLH darum bemüht, wohnungslosen Menschen bei der Existenzsicherung sowie bei der Linderung der unmittelbaren Folgen von Wohnungslosigkeit behilflich zu sein.

Letztendlich aber ist die WLH dem Ziel verpflichtet, die soziale Ausgrenzung, die nur zu oft unmittelbares Resultat von Wohnungslosigkeit ist, aufzuheben und ihre KlientInnen wieder in die Normalität zurück zu begleiten. In der Praxis der WLH kann nun aber beobachtet werden, dass einzelne Strategien dieser drei Zielebenen tendenziell zueinander in Widerspruch stehen, insbesondere dann wenn Maßnahmen der Existenzsicherung zu einer Chronifizierung eines Lebens in Abhängigkeit von Hilfe führen. Dem Generalziel der Rehabilitation von wohnungslosen Menschen in selbständige Wohn- und Lebensformen steht dann der Trend gegenüber, im Bedarfsfall alle Angebote im eigenen Wirkungsbereich und jenseits der Regelangebote zu erbringen und damit zu riskieren, dass als Nebeneffekt dieser Bemühung um eine gezielte Verbesserung der Lebensbedingungen die Aussonderung in eine eigene Welt für Wohnungslose verstärkt wird. Damit stellen sich an die WLH mehrere grundsätzliche Fragen:

- Wie viel Angebot braucht es in der WLH?
- Wie funktioniert die Schnittstelle zwischen den einzelnen Bereichen der WLH (Prävention, Linderung und Rehabilitation) einerseits sowie zwischen der WLH und den Mainstream-Angeboten andererseits?
- Was braucht es an Entwicklung im medizinischen Sektor, um eine engere Abstimmung verschiedener Angebotsbereiche und leichtere Übergänge von der WLH einerseits und dem Gesundheitssektor andererseits sicherstellen zu können?

## Anhang

### ANHANG 1: ÜBERBLICK ÜBER DIE DATENBASIS DER FRAGEBOGENERHEBUNG

Bei der Fragebogenerhebung wurden insgesamt 120 Träger von Einrichtungen im engeren Umfeld der WLH angeschrieben. Von diesen kontaktierten Einrichtungen wurden insgesamt 44 Fragebögen retourniert, die insgesamt 73 unterschiedliche Einrichtungen und Angebote repräsentieren. Manche Träger füllten für mehrere (Teil-) Einrichtungen einen Fragebogen aus. Sie teilten mit, dass eine Unterscheidung der Angebote auf die einzelnen Teileinrichtungen nicht möglich ihnen nicht möglich ist.

**TAB. 9: STREUUNG DER ERFASSTEN EINRICHTUNGEN NACH BUNDESLÄNDERN**

	Anzahl der Fragebögen	Anzahl der Einrichtungen	Anteil der Einrichtungen in %
Burgenland	0	0	0 %
Kärnten	0	0	0 %
Niederösterreich	2	2	3 %
Oberösterreich	7	9	12 %
Salzburg	5	10	14 %
Steiermark	7	9	12 %
Tirol	5	14	19 %
Vorarlberg	3	11	15 %
Wien	15	18	25 %
gesamt	44	73	100 %

Im Rahmen der Fragebogenerhebung konnten wir den engeren Bereich der Wohnungslosenhilfeeinrichtungen in Österreich zu wesentlichen Teilen abdecken und Daten aus insgesamt 73 WLH-Einrichtungen aus jenen österreichischen Bundesländern sammeln, in denen es nennenswerte WLH-Einrichtungen gibt. Bekanntlich ist es mit der WLH in Burgenland eher mager bestellt. Aber auch im Bundesland Kärnten gibt es nur wenige WLH-Einrichtungen, die tatsächlich über professionelles Personal sowie entsprechende fachliche Standards verfügen.

## **ANHANG 2: LITERATUR UND VERWENDETE MATERIALIEN**

BAWO (Hg.) (1995): Armut und Unterversorgung, Salzburg-Linz

BAWO (1998): Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Österreich, Wien

BAWO (1998): Grundsatzprogramm, Wien

BAWO (2001): Standards, Grundausstattung, inhaltliche Ausrichtung. Niederschwellige Einrichtungen für wohnungslose Jugendliche, Graz – Wien – Linz – Salzburg - Innsbruck

BAWO (2002): Dokumentation der Fachtagung 2002 „Wohnungslosenhilfe zwischen ausgrenzen und den eigenen Grenzen“, Windischgarsten

BM für Gesundheit, 3. österreichische Gesundheitskonferenz, Wien 2003 (download unter:

[http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/5/8/CH0011/CMS1038854676005/gesundheitskonferenz\\_2002.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/5/8/CH0011/CMS1038854676005/gesundheitskonferenz_2002.pdf))

BM für Gesundheit, Gesundheitsbericht 2003, Wien 2003 (download unter: [http://www.bmgf.gv.at/](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/4/1/7/CH0083/CMS1087997708602/gesundheitsbericht-2003-komplett.pdf)

[cms/site/attachments/4/1/7/CH0083/CMS1087997708602/gesundheitsbericht-2003-komplett.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/4/1/7/CH0083/CMS1087997708602/gesundheitsbericht-2003-komplett.pdf))

Caritas, Erzdiözese Wien (o.J.) UNFREI\_WILLIG wohnungslos in Wien und Niederösterreich. Wahrnehmungen und Antworten der Caritas, o.O.

Die Armutskonferenz (Hg.), Dokumentation der fünften Österreichischen Armutskonferenz, Wien 2004

Die Armutskonferenz (Hg.), Armut kann Ihre Gesundheit gefährden, Leseheft 2, Wien o.J.

DOWAS für Frauen (2005): Tätigkeitsbericht 2004, Innsbruck

Eitel, Gerhard et.al. (wien sozial – stadt wien) (Juni 2004): Wiener Wohnungslosenhilfe 2003. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen, Wien

Eitel, Gerhard und Schoibl, Heinz, Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich, Hg. BAWO, Wien 1998

Erber, Hildegard (o.J.): Erfordern wohnungslose und drogenabhängige Kranke eine besondere Form der Krankenpflege?

[www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topi=1424&type=infotext&display=2](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topi=1424&type=infotext&display=2)

Evangelische Diakonie Österreich, Ambulantes Therapiezentrum, siehe: <http://amber.diakonie.at>

FEANTSA – Policy Statement, Meeting the Health Needs of Homeless People, Brüssel 2006

FEM – Frauen, Eltern, Mädchen; Frauengesundheitszentrum Wien; siehe: [www.fem.at](http://www.fem.at)

Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (1999): Psychisch krank und wohnungslos? Dokumentation der 4. Salzburger Wohnungslosenhilfetagung, Salzburg

Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (Hg.) (2000): psychisch krank und wohnungslos. Wege aus der Salzburger Versorgungskrise - Dokumentation der 5. Salzburger Wohnungslosenhilfetagung, Salzburg

Ganslwirt, siehe: Homepage: [www.vws.or.at/ganslwirt/](http://www.vws.or.at/ganslwirt/)

Halvax, Christian und Hofmann, Sylvia (2004) Betreutes Wohnen, Gesundheit und Lebensqualität im Alter, in: Dokumentation der 5. Armutskonferenz, Wien 2004, S. 24ff.

Hofmann, Sylvia (2004), Gesundheit und Lebensqualität ehemals wohnungsloser Frauen, Wien (Diplomarbeit)

Holzner, Gustav (1999): Psychosoziale Versorgung: Zwischen Notschlafstelle und Krankenhaus; in: Forum Wohnungslosenhilfe

Korom, Janos (2005): Psychisch krank und obdachlos. Psychiatrische Versorgung in der Heilsarmee, in: KONTAKT 2/2005, S.9-12

Marienambulanz, siehe: <http://caritas-graz.at/home.php?cakt=einr&id=68>

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld

Mühlbrecht, Bernhard (1996): Sind Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe psychiatrische Institutionen?, in: Praxis 4/96, S.138-141

Neunerhaus – Gesundheitsprojekt, siehe: <http://www.neunerhaus.at/neunerambulanz2.htm>

neunerHAUS (April 2004): Konzept >neunerPRAXIS< Gesundheitszentrum für obdach- und wohnungslose Menschen in Wien, Wien

Ohmacht, Stefan/ Paier, Dietmar/ Schoibl, Heinz/ Bodingbauer, Elke/ Hirtl, Theresia (2004): Wohnungslos in Graz; sozialwissenschaftliche Dokumentation der Sozialarbeit für wohnungslose Menschen in Graz; AuftraggeberIn: Stadt Graz und Landesregierung Steiermark; Wien

Österle, August (2004), Gesundheit und Armut, S. 8-11; in: Dokumentation der fünften Österreichischen Armutskonferenz

Regierungserklärung (2003), zit. nach: Gesundheitsbericht 2003

Republik Österreich, Nationaler Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung, Wien 2006

Schoibl, Heinz (2005), Inter-Agency-Working in der Wohnungslosenhilfe, Salzburg 2005

Schoibl, Heinz (Okt. 2005): Report on Homelessness in Austria. Statistical – Update 2005, Salzburg

Schoibl, Heinz (2004): Organisational impact on Services for the Homeless – an institutional analysis of service provision in Austria, national report 04, Salzburg

Schoibl, Heinz (2003): Services for the Homeless in Austria – national report on planning, regulation and funding, Salzburg

Schoibl, Heinz (2002): Migration und Wohnungslosigkeit – Österreichbericht, Salzburg

Schoibl, Heinz (2001): Zugang zu erschwinglichem Wohnraum / Access to Housing for Vulnerable People; Österreichbericht für FEANTSA, Salzburg

Schoibl, Heinz (2000): homeless women – poverty, exclusion and homelessness, Salzburg, Österreichbericht für FEANTSA; unter Mitarbeit von Klaudia Novak

Soziale Arbeit GmbH (o.J.): 10. Jahre soziale arbeit gmbh, Salzburg

Sozialverein B37, Jahresbericht 2004 und 2005, siehe: [www.b37.at/b37\\_home\\_2.htm](http://www.b37.at/b37_home_2.htm)

Trabert, Gerhard (o.J.): Gesundheitssituation wohnungsloser Kinder und Jugendlicher (Straßenkinder), [www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topi=1424&type=infotext&display=2](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topi=1424&type=infotext&display=2)