



**GEHT'S  
NOCH?**

**PSYCHISCH  
KRANK UND  
WOHNUNGSLOS**

**VERBAND WIENER WOHNUNGSLOSENHILFE**



# Inhalt

## Vorwort

### Psychisch krank und wohnungslos: Ein Dachschaten

Der Anteil der psychisch Erkrankten in der Wiener Wohnungslosenhilfe steigt. Die Betroffenen brauchen individuelle Lösungen in der Betreuung. Vor allem aber brauchen sie Privatsphäre und adäquaten Wohnraum.

### „Stigmatisierung macht es schwer, Hilfe anzunehmen“

Georg Psota, Chef der Psychosozialen Dienste Wien (PSD), im Gespräch über Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung psychisch kranker, wohnungsloser Menschen in Wien.

### Zuerst kommt das Wohnen

Von der Verwaltung zur Beendigung der Wohnungslosigkeit, von der Straße und der Notschlafstelle zum Zuhause: Wohnen ist der erste Schritt zur Verbesserung der Lebenssituation von wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen.

### Schutz, Sicherheit und Integrität – wen juckt's?

In der Betreuung von unbehandelten psychisch kranken Frauen braucht es ein ausdifferenziertes und unterstützendes Hilfesystem. Damit soll trotz Krankheit Lebensqualität ermöglicht und weitere Verwahrlosung verhindert werden.

4 „Krankheit und Selbstermächtigung  
schließen einander nicht aus“ 23

7 Robert Mittermair, Geschäftsführer des Vereins LOK (Leben ohne Krankenhaus), im Interview über psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit, Lücken im Betreuungssystem und bereits existierende Lösungsansätze, die stärker aufgegriffen werden müssten.

11 **Erwachsenenschutz: Ernstfall  
für Partizipation** 27

Das neue Erwachsenenschutzrecht „verpflichtet“ betreuende Organisationen zu Wissen, Ressourceneinsatz und im Idealfall zu partizipativem Arbeiten auf Augenhöhe – das kann anstrengend, aber auch lohnend werden.

15 **Fuß fassen – schwer gemacht!** 31

Flüchtlinge, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, stehen nach Erhalt eines positiven Asylbescheids bei der Wohnungssuche einer ganzen Reihe von Herausforderungen gegenüber. Die Suche nach einem Zuhause gestaltet sich schwierig.

19 **Ohne Gesundheit ist alles nichts** 35

Für wohnungs- und obdachlose Menschen rückt die Gesundheit oft notgedrungen in den Hintergrund. Durch niederschwellige Angebote können weitere Ressourcen zur Gesundheitsförderung aktiviert werden.

**Impressum** 38

**Sprichwörtliche Auflösung** 39

# Liebe Leserin! Lieber Leser!

Laut WHO leidet jeder vierte Mensch an einer psychischen Krankheit. Andere Studien gehen von einem Drittel und mehr aus. In der Wiener Wohnungslosenhilfe gaben 2012 sogar fast 50 Prozent der Befragten an, unter psychischen Problemen zu leiden. Die Dunkelziffer dürfte – wie so oft – noch weitaus höher liegen.

Trotzdem herrschen gegenüber psychisch Kranken und ihren Leiden immer noch Vorurteile und Klischees, die sich in Distanzierung, Ausgrenzung und Benachteiligung äußern. Betroffene werden für ihre Situation selbst verantwortlich gemacht und dabei wird ihnen nicht selten fehlende Willenskraft und Antriebslosigkeit unterstellt.

Psychische Erkrankungen werden vielfach nicht als Krankheiten betrachtet, sondern als ein nicht der Norm entsprechendes Verhalten. Das zieht eine negative moralische Wertung nach sich. Diese Stigmatisierung vollzieht sich in verschiedenen Lebensbereichen. Besonders in Boulevardmedien ist von „irren Tätern“ die Rede, die auch schon mal als „Monster“ dämonisiert werden. Auch in die Alltagssprache haben stigmatisierende Redewendungen wie selbstverständlich Einzug gehalten, die psychische Erkrankungen in eine vermeintliche „Witzecke“ stellen: Wer möchte schon „nicht ganz dicht sein“, „einen Dachschaden haben“ oder „nicht richtig ticken“?

Kommt zur psychischen Erkrankung auch noch Wohnungslosigkeit hinzu, wird das Stigma verstärkt. Oft übernehmen die Betroffenen die Vorurteile und es kommt zu einer Selbststigmatisierung. Aus Scham wird ärztliche Hilfe zu spät oder gar nicht wahrgenommen. Freunde und Bekannte ziehen sich zurück und es wird immer schwieriger, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.

Gleichzeitig erhöhen steigende Miet- und Energiekosten das Armutrisiko. Armut bedeutet aber nicht nur geringes Einkommen, sondern auch fehlende gesellschaftliche Inklusion und Teilhabe. Das betrifft insbesondere psychisch kranke Menschen, die dem Druck der tradierten Wertevorstellungen wie „Leistung“ und „Erfolg“ nicht standhalten

können. Die Wohnungslosenhilfe steht hier vor großen Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung.

Studien aus Österreich und Deutschland zeigen, dass in den Einrichtungen vor allem Rückzugsmöglichkeiten geschaffen werden sollten und gleichzeitig das Angebot der psychiatrischen Betreuung verbessert werden muss.

In der Wiener Wohnungslosenhilfe gibt es bereits ein vielfältiges Angebot an Unterstützungsleistungen. In diesem Situationsbericht wird aber auch aufgezeigt, dass vor allem individuelle Lösungen und spezielle Angebote für psychisch kranke Wohnungslose benötigt werden: Es fehlt an Psychiaterinnen und Psychi-

atern, an ambulanten Therapieangeboten und an spezifischen Angeboten für Frauen. Wir müssen den Ausbau von Housing First Modellen fördern und Teilbetreutes Wohnen ausbauen. Wir brauchen einen niederschweligen Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten und sollten uns verpflichtet fühlen, mehr auf die Wünsche und Bedürfnisse unserer Klientinnen und Klienten einzugehen.

Damit wir diese Ziele erreichen können, müssen wir den Dialog mit Verantwortlichen in Verwaltung und Politik suchen, um gemeinsam neue Ideen, Modelle und Versorgungskonzepte zu entwickeln. Gleichzeitig sollten wir aber auch in der Öffentlichkeit Aufklärungsarbeit betreiben und Betroffene befähigen, ihr

Stigma zu bewältigen, indem wir Vorurteile abbauen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit fördern.

Für den Verband Wiener  
Wohnungslosenhilfe



Roland Skowronek



# Psychisch krank und wohnungslos: Ein Dachschaden

Der Anteil der psychisch Erkrankten in der Wiener Wohnungslosenhilfe steigt. Die Betroffenen brauchen individuelle Lösungen in der Betreuung. Vor allem aber brauchen sie Privatsphäre und adäquaten Wohnraum.

## Fakten

- 49 Prozent der KlientInnen berichten biographisch von psychischen Beschwerden
- 45 Prozent berichten von einer Suchterkrankung
- Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Gesamtgesellschaft und Wohnungslosenhilfe steigt weiter
- Mangelnde Privatsphäre verstärkt die psychische Belastung

## Probleme

- Speziell in niederschweligen Einrichtungen fehlen Rückzugsräume
- Die Erarbeitung individueller Lösungen in der Betreuung erfordert mehr Personal
- Von psychischer Krankheit Betroffene sind am Wohnungsmarkt schwer vermittelbar

## Forderungen

- Schaffung von adäquatem Wohnraum
- Höherer Betreuungsschlüssel in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Mehr Mittel zur Weiterqualifizierung des Personals
- Stärkung der Delogierungsprävention
- Mehr ambulante Betreuungsangebote

*Frau G. schreckte auf. An das morgendliche Läuten an ihrer Tür konnte sie sich auch nach drei Jahren im Sozial Betreuten Wohnhaus einfach nicht gewöhnen. Sie war gerne in der Nacht aktiv und befand sich immer im Tiefschlaf, wenn das Personal seinen Rundgang machte. Schlaftrunken schlurfte sie zur Tür, bevor sie die BetreuerInnen von außen entsperren würden. Als das hier zum ersten Mal passierte und zwei Wildfremde plötzlich vor ihrem Bett standen, hatte sie diese – ziemlich nachdrücklich, wie sie zugeben musste, aber eine starke Frau mit eigener Meinung war sie halt schon immer gewesen – der Wohnung verwiesen.*

*Daraufhin war es zu einigen unangenehmen Szenen gekommen, bis sie schließlich für drei Wochen in einem Krankenhaus festgehalten und mit diversen Giftcocktails gefoltet worden war. Das wollte Frau G. nicht noch einmal erleben. Sie öffnete die Tür und die BetreuerInnen fragten sie, wie es ihr gehe. Schlecht! Ob sie etwas brauche? Ja, ihre schöne Wohnung daheim im dritten Bezirk zurück! Ob sie am Nachmittag an der Bastelgruppe teilnehmen wolle? Nein, sicher nicht! Auf Wiedersehen!*

*Immerhin: Im Gegensatz zu ihren Kindern erkundigten sich die Angestellten hier zumindest regelmäßig nach ihrem Wohlbefinden. Und sie waren ihr allemal lieber als die Gestalten, die nachts durch das Fenster in ihre Wohnung im Sozial Betreuten Wohnhaus stiegen, um ihre Unterlagen in Unordnung zu bringen und Nachrichten auf ihrem Badezimmerspiegel zu hinterlassen.*

*Sie konnte es auch nach drei Jahren noch immer nicht fassen, dass sie hier gelandet war. In einem Irrenhaus. Ihre Nachbarinnen waren allesamt verrückt und Frau B. von nebenan maltratierte sie mit einer Strahlengewehr. Deswegen rief Frau G. sich den Schlaf aus den Augen. Arbeit wartete, Schriftsätze an das Gericht mussten verfasst werden. Als erstes musste sie diesen Winkelschreiber loswerden, der ihr als Sachwalter aufs Auge gedrückt worden war. Es war ein langwieriger Prozess und sie musste hartnäckig bleiben. Denn am Ende steckten sie alle unter einer Decke.*

## Immer weniger Platz für Normabweichungen

Frau G. und diese aus ihrer Sicht beschriebene Episode stehen stellvertretend für viele KlientInnen mit psychischen Auffälligkeiten in der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWH). In einer Evaluierung aus dem Jahr 2012 berichteten 39 Prozent der Befragten von aktuellen psychischen und seelischen Beschwerden, 30 Prozent waren darüber hinaus von – ebenfalls den psychiatrischen Erkrankungen zugeordneten – Suchtthematiken belastet. Lebensgeschichtlich gaben sogar 49 Prozent der Befragten Probleme mit der psychischen Gesundheit und 45 Prozent substanzgebundene Süchte an.<sup>1</sup> Insgesamt nehmen psychische Erkrankungen in Österreich zu.<sup>2</sup> Gleichzeitig bietet ein sich stetig zuspitzender Wohnungsmarkt bei der Vermittlung von Wohnraum immer weniger Platz für Normabweichungen. Das führt dazu, dass der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb der WWH weiter steigen wird.

Diese Entwicklung bringt viele Herausforderungen mit sich. Wesentlich ist, dass psychische Leiden sehr individuell ausgeprägt sind. Auch wenn eine zutreffende



Diagnose Erklärungsmodelle für das Verhalten der Betroffenen liefern und Hinweise für Interventionsmöglichkeiten geben kann, dürfen die Betreuenden nicht der Versuchung erliegen, die ohnehin Stigmatisierten nur durch die Brille einer medizinischen Kategorisierung zu sehen.

Vielmehr sind – und das ist auch der grundsätzliche Ansatz in den Einrichtungen – ebenso individuelle Lösungen gefragt. Das braucht Zeit, Toleranz und vor allem Spielraum, sowohl für die Betreuenden als auch für die KlientInnen. Nur so sind in der Betreuung gemeinsame Wege möglich, die den Betroffenen genügend Freiraum bieten und gleichzeitig den strukturellen Rahmen der Einrichtung wahren. Striktes Pochen auf Hausordnungen erweist sich oft als kontraproduktiv und kann in Eskalationsspiralen münden, was die Gefahr von Übergriffen auf die Betreuenden erhöht und für die KlientInnen psychiatrische Zwangsunterbringung oder Wohnplatzverlust bedeuten kann.

Individuelle Betreuung ist nur mit entsprechenden Ressourcen möglich. Das betrifft vor allem genügend qualifiziertes Personal

und Mittel zur Weiterbildung im Umgang mit Betroffenen. Sonst kommt es zur Überlastung der Betreuenden und die Bereitschaft der Einrichtungen, sich auch um betreuungsintensive KlientInnen langfristig zu kümmern, nimmt ab.

Das Angebot adäquater psychiatrischer Versorgung ist ein anderer wichtiger Faktor und wird in der WWH vor allem über die Kooperation mit dem Psychosozialen Dienst (PSD) gewährleistet. Die Betreuung hat die Aufgabe, Berührungspunkte abzubauen, da die Konsultation von psychiatrischen FachärztInnen oft mit Scham verbunden ist. Hierbei dürfen das Bedürfnis der KlientInnen nach Wohnraum und der Grundsatz der Freiwilligkeit von medizinischer Behandlung nicht gegeneinander ausgespielt werden.

## **Rückzugsmöglichkeit senkt sozialen Druck**

In der eingangs erwähnten Evaluierungsstudie gibt ein Drittel der Befragten mit aktueller psychischer Belastung an, dass sich ihr seelisches Leiden seit dem Erstkontakt mit der WWH verbessert hat. Die Betroffenen führen das vor allem auf die

gesicherte Wohnsituation und die Abkehr vom früheren sozialen Umfeld zurück. Das gilt für hochschwellige Angebote wie Betreutes Wohnen oder Sozial Betreutes Wohnen. Keine Verbesserung konnte bei KlientInnen niederschwelliger Angebote wie Nachtnotquartieren festgestellt werden. Speziell in diesem Bereich sind weitere Maßnahmen zur Schaffung von Privatsphäre dringend erforderlich, weil der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten Stress erzeugt und psychiatrische Symptomatiken verstärkt.

---

<sup>1</sup> Evaluierung Wiener Wohnungslosenhilfe. Endbericht. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. 2012.

<sup>2</sup> siehe z. B. <https://derstandard.at/2000055043418/Psychische-Erkrankungen-Mehr-Fokus-auf-Seele>, zuletzt zugegriffen am 29.3.2018



# Stigmatisierung macht es schwer, Hilfe anzunehmen

Georg Psota, Chef der Psychosozialen Dienste Wien (PSD), im Gespräch über Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung psychisch kranker, wohnungsloser Menschen in Wien.

## Fakten

Die psychosozialen Dienste Wien bieten ein Netz aus Einrichtungen im Bereich Behandlung, Betreuung und Beratung für psychisch erkrankte Menschen. Das Angebot umfasst acht sozialpsychiatrische Ambulatorien, einen psychiatrischen Krisendienst, eine psycho-

soziale Information, ein Institut für Psychotherapie, ein Institut für psychiatrische Frührehabilitation, ein Department für Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum, ein Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ein gerontopsychiatrisches Zen-

trum. Behandlungs- und Beratungszentren sind zudem über das gesamte Stadtgebiet verteilt.

[www.psd-wien.at](http://www.psd-wien.at)

**Immer mehr Menschen in Wien sind psychisch krank. Worauf führen Sie das zurück?**

Die Stadt ist in den letzten 30 Jahren um 25 Prozent gewachsen. Wien hat außerdem eine Menge innerösterreichischer Migration. Das weiß man nicht zuletzt dann, wenn man in der Wohnungslosenhilfe arbeitet – ich war ja selbst zehn Jahre als Psychiater hier tätig. Da habe ich vielen Menschen aus den Bundesländern geholfen. Am Land gibt es nach wie vor wenig Anonymitätsschutz, viele kommen nach Wien und bringen dann oft auch ihre psychische Erkrankung mit.

**Im Rahmen der Evaluierungsstudie der Wiener Wohnungslosenhilfe 2012 gaben 39 Prozent der wohnungslosen Menschen an, unter psychischen Krankheiten zu leiden...**

... was nicht heißt, dass es nur 39 Prozent sind ...

**... das stimmt. Wie viele dieser Menschen können zurzeit beim psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfsystem andocken?**

Ich habe den Eindruck, dass es sehr viele, aber trotzdem nicht alle sind. Denn psychisch krank zu sein ist nach wie vor stigmatisiert. Das Stigma wird auch von den Betroffenen selbst übernommen. Manchmal habe ich den Eindruck, dass man in dieser Gesellschaft alles „darf“, also kein Geld haben, keine Wohnung haben – man darf nur nicht psychisch krank sein. Dieses Klima macht es Betroffenen schwer, Hilfe anzunehmen. Trotzdem können wir es ihnen nicht noch einfacher machen, als jetzt: Wenn wohnungslose Menschen in einem Haus wohnen, das Zugang zu psychiatrischer Hilfe hat, wo vielleicht sogar regelmäßig ein Psychiater oder eine Psychiaterin vor Ort ist und man nicht einmal eine E-Card für die Nutzung des Angebots braucht.

**Sie schätzen das Niveau also sehr hoch ein. Was heißt es für den PSD und die Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe, dieses Niveau in den kommenden Jahren bei den gesellschaftlichen Veränderungen zu halten?**

Das heißt: Challenge. Das ist eine Herausforderung. Weil es weder von der Wohnungslosenhilfe selbst, noch vom PSD selbst

steuerbar ist. Wir können zum Beispiel nicht steuern, wer zum Medizinstudium zugelassen wird, und wer Psychiatrie und Sozialpsychiatrie wählt. Ähnlich geht es der Wohnungslosenhilfe, die die sozialen Umstände und die generellen sozial- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen nicht selbstständig steuern kann. Was wir tun können ist, darauf zu antworten.

**Der PSD ist mit dem Angebot des sogenannten „Liaisondienstes“ in 31 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe direkt vor Ort tätig. Reicht das, oder gibt es Nachholbedarf?**

Da sind wir beim Thema Möglichkeiten und Grenzen. Die Grenzen werden derzeit insbesondere durch die Anzahl der Sozialpsychiater und Sozialpsychiaterinnen gezogen: Es gibt zu wenige. Gerade in der Wohnungslosenhilfe ist die Nachfrage nach Psychiater und Psychiaterinnen aber sehr hoch, da viele KlientInnen an einer psychischen Erkrankung leiden. Es ist derzeit herausfordernd, darauf zu achten, dass die wenigen verfügbaren Psychiater und Psychiaterinnen gut verteilt sind. Im Moment hat fast jede Psychiatrie offene Stellen, die nicht besetzbar sind.

**Ist ein institutionelles Setting, wie es die Wohnungslosenhilfe mit den Übergangswohnhäusern und den Sozial Betreuten Wohnhäusern anbietet, überhaupt ein guter Ort für eine psychiatrische Krise?**

Das ist sehr differenziert zu betrachten. Ich denke da zum Beispiel an einen Patienten aus einem österreichischen Bundesland. Er wollte primär keinesfalls psychiatrische Hilfe und ist letztlich deswegen aus dem Bundesland nach Wien geflüchtet. Sein Ziel war es, Hilfe für seine Situation der Obdachlosigkeit zu erhalten. Wenn man ihm gleich Hilfe für seine psychiatrischen Probleme aufgedrängt hätte, wäre er wieder gegangen. So hat er in der Wohnungslosenhilfe ange-dockt und erst nach einiger Zeit auch psychiatrische Hilfe angenommen.

Widersprüche ergeben sich aber auch aus der gesellschaftlichen Entwicklung. Mit der Individualisierung kam auch „die große Freiheit“ – und die beinhaltet auch weniger günstige Aspekte. Der Rückgang von gesellschaftlicher Kontrolle hat eben auch dazu geführt, dass psychisch kranke Menschen heutzutage vor den Augen vieler öffentlich ver-

elenden können – wo sie früher, vielleicht zu früh, vielfach auch ungerechtfertigt, eingewiesen worden wären. Die Freiheit zur Verelendung dann aber als „freie Entscheidung“ zu verstehen halte ich für einen Irrtum. Die Lösung dafür habe aber auch ich nicht.

**Was haben Sie in Ihrer Zeit in der Wohnungslosenhilfe gelernt, welche Erfahrung begleitet Sie bis heute?**

Ich habe ja nicht nur in der Wohnungslosenhilfe gearbeitet, sondern auch davor schon obdachlose Menschen quasi auf freier Wiese beraten und unterstützt. Was ich von den Profis dieses Bereichs gelernt habe: Auch mit den allerallerschwierigsten Krankheitskonstellationen kann ein Umgang gefunden werden – wenn das Wohnen und die soziale Grundversorgung gewährleistet ist. Ergänzend braucht es dann eine Mischung aus Beziehungsangebot und wenn nötig auch entschlossener Grenzsetzung.

Manchmal habe ich aber auch erlebt, dass zu lange über schwere psychische Erkrankungen hinweggesehen wird. Wenn zum Beispiel jemand mitten auf der Straße kataton wird, also plötzlich am ganzen Leib erstarrt,

kann das schon sehr gefährlich für den Betroffenen werden. Nur wenn psychische Erkrankungen erkannt werden, ist es möglich, adäquat zu helfen. Das gilt auch für die Behandlung körperlicher Erkrankungen. Auch die sollten stärker als Teil der Wohnungslosenhilfe gedacht werden – denn Gesundheit ist immer ein Gesamtprodukt.



# Zuerst kommt das Wohnen

Von der Verwaltung zur Beendigung der Wohnungslosigkeit, von der Straße und der Notschlafstelle zum Zuhause: Wohnen ist der erste Schritt zur Verbesserung der Lebenssituation von wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen.

## Fakten

- Wohnversorgung ohne Vorbedingungen führt bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu stabilerer Wohnversorgung als traditionelle Angebote
- Diese Zielgruppe kann durch Housing First Modelle wirksamer und kosteneffizienter versorgt werden

## Probleme

- Das konzeptuelle, räumliche und personelle Angebot der Wohnungslosenhilfe ist zu einem überwiegenden Teil nicht auf psychische Erkrankung ausgerichtet
- Regeln, Vorbedingungen für Wohnen und Fremdbestimmung stellen Barrieren für die Wohnversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar

## Forderungen

- Ausbau von Housing First mit Fokus auf Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Ausbau niederschwelliger Unterbringungseinrichtungen für psychisch kranke Wohnungslose
- Verbesserung der Schnittstelle mit den bestehenden stationären psychiatrischen Einrichtungen

## Ein langer Weg zurück

Frau B. hat drei Jahre in verschiedenen Notquartieren verbracht. Es war eine schwierige Zeit für sie. Mehrere Diagnosen bescheinigten ihr psychische Erkrankungen. Aber Frau B. wollte davon nichts wissen. Oft wurde ihr nahegelegt, Hilfe aufzusuchen. Aber Frau B. fühlte sich nicht krank. Fast jede Nacht irrte sie im Notquartier umher. Dabei fühlten sich leider oft andere Menschen gestört.

Es folgten Hausverbote, die Suche nach einem neuen Quartier und Nächte auf der Straße. Die Tage verbrachte Frau B. im Freien. Die Zeit ohne Dach über dem Kopf, fehlender Schlaf und andauernder Stress setzten Frau B. gesundheitlich zu.

Drei verlorene Jahre lang hat es gedauert, bis Frau B. schließlich einen Platz in einem betreuten Wohnhaus annahm. Sie wollte eigentlich nur eine eigene Wohnung und ihre Ruhe haben. Aber das war nicht vorgesehen.

Es gibt viele solche Fälle: Fehlende Krankheitswahrnehmung und keine Bereitschaft eine Behandlung anzunehmen. Oft bleiben Menschen wie Frau B. jahrelang

in Notquartieren oder kommen immer wieder.

Der überwiegende Teil dieser Einrichtungen ist konzeptuell und personell nicht ausreichend auf psychisch kranke Menschen vorbereitet. Die Rahmenbedingungen tun ihr übriges: Viele Menschen an einem Ort, kaum Ruhe, strikte Regeln, Stress.

## Alternativen gefragt

Fälle, wie der von Frau B., stellen die Wohnungslosenhilfe vor große Herausforderungen. Das traditionelle Stufenkonzept setzt voraus, dass wohnungslose Menschen Schritt für Schritt, in Not-schlafstellen und Übergangswohnungen, Kooperationsbereitschaft und psychische Stabilität beweisen und Vorbedingungen für das Wohnen erfüllen. Das scheitert regelmäßig bei Menschen, die die strikten Regeln in diesen Einrichtungen nicht befolgen können, die nicht im Stande sind, Kooperations- und Behandlungsanforderungen nachzukommen.

Die Folge von psychischen Krisen sind häufige Betreuungsabbrüche, Hausverbote und Wechsel der Einrichtung. Eine Achterbahnfahrt durch die verschiedenen Institutionen der

Akutversorgung nimmt ihren Lauf: Aufenthalte in Krankenhäusern, psychiatrischen Anstalten, Notschlafstellen und Haftanstalten wechseln sich ab. Gesamtwirtschaftlich ist das die teuerste Form der Versorgung. Und individuell belastet sie die Gesundheit.

## Hotel Plus Köln

Die Stadt Köln hat in den Neunzigerjahren begonnen, sich mit dem häufigen Wechsel wohnungsloser Menschen zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie zu beschäftigen. 1997 entwickelte die Stadt das Konzept einer betreuten Hotelunterbringung.

Köln schuf Platz in mehreren kleinen Gaststätten mit Einzelwohneinheiten. Sie behielten den Hotelcharakter, gleichzeitig wurde ein interdisziplinäres Begleiteteam zur Unterstützung der BewohnerInnen geschaffen. Das Konzept vermeidet den Charakter von Wohneinrichtungen und gestaltet das Begleitangebot so, dass es nicht als Pflichtbetreuung empfunden wird.

In drei Hotels stehen etwa 30 Plätze für Menschen mit psychischen Problemen oder Er-



krankungen zur Verfügung. Die Hausregeln werden auf ein Minimum beschränkt. Stabile Unterbringung ist das vorrangige Ziel. Weitere Angebote basieren auf Freiwilligkeit.

Eine Evaluierung des Programms zeigt, dass 61 Prozent der KlientInnen ihre Lebens- und Wohnsituation verbessern konnten. Bei weiteren 25 Prozent hat sich die Lage zumindest stabilisiert.<sup>1</sup>

## Pathways to Housing

Speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen hat die Organisation „Pathways to Housing“ (PTH) 1992 in New York ein Housing First-Modell entwickelt. Zentrales Prinzip von PTH ist der sofortige Zugang zur eigenen Wohnung ohne Vorbedingungen. Statt zunächst mit hohem Aufwand Vorbedingungen für das Wohnen zu erfüllen, ist im PTH Modell das Wohnen der erste Schritt.

Das Programm legt hohen Wert auf die Selbstbestimmung der KlientInnen. Das betrifft sowohl die Auswahl von Wohnung und Wohnumgebung, als auch die Zusammenstellung der Unterstützungsangebote.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor sind die multiprofessionellen Unterstützungsteams. Sie arbeiten aufsuchend und an den Zielen der KlientInnen orientiert. Die Unterstützungsteams verstärken die Betreuung, wenn akute psychische Krisen auftreten, um die KlientInnen in der Wohnung zu halten. Auch wenn eine stationäre Behandlung notwendig ist, hält PTH die Wohnung.

Das PTH-Modell hat sich ausgehend von den USA verbreitet. Die Wirkung des Ansatzes ist gut erforscht. Mehrere Studien zeigen, dass das Programm die chronische Wohnungslosigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen in vielen Fällen beenden kann: 80 bis 90 Prozent der betreuten Personen erhalten eine langfristige Wohnversorgung.

Deutlich bessere Ergebnisse erzielt PTH auch im Vergleich zum traditionellen Stufenmodell. Neben einer höheren Effizienz bei der Wohnversorgung ließen sich deutlich niedrigere Kosten des Modells feststellen.

## Das Wohnen zuerst

Beide Beispiele zeigen, dass sofortige Wohnversorgung von

Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne Vorbedingungen erfolgreich und kosteneffizient ist. Die Vermeidung des Charakters von Hilfsquartieren und die Einbettung in normales Wohnumfeld sind Grundprinzipien dieser Programme. Zentraler Bestandteil beider Konzepte sind gut ausgebildete, multiprofessionelle Unterstützungsteams. Nur wenn dieses Angebot vorhanden ist, können die KlientInnen selbst bestimmen, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen.

Wohnen ist eines der wichtigsten menschlichen Grundbedürfnisse. Deshalb sollten wir soziale Hilfsysteme so gestalten, dass das Wohnen als erster und nicht als finaler Schritt zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt.

---

<sup>1</sup> Gunia-Henneken, Birgit et al. (2015): Hotel Plus. Konzept einer Hilfeform für wohnungslose Menschen mit psychiatrischen Problemen in Köln.



# Schutz, Sicherheit und Integrität – wen juckt's?

In der Betreuung von unbehandelten psychisch kranken Frauen braucht es ein ausdifferenziertes und unterstützendes Hilfesystem. Damit soll trotz Krankheit Lebensqualität ermöglicht und weitere Verwahrlosung verhindert werden.

## Fakten

- 27 Prozent der Wohnangebote wurden 2017 von Frauen genutzt
- 18 Prozent der NotquartiersnutzerInnen sind Frauen
- Frauen mit unbehandelten psychischen Erkrankungen sind eine spezifische Zielgruppe

## Probleme

- Überforderung der Klientinnen in den spezifischen öffentlichen Einrichtungen
- Überforderung der MitarbeiterInnen in den Krankenhäusern und im Gesundheitsdienst

## Forderungen

- Angebotserweiterung für unbehandelte, psychisch auffällige Frauen

## Verdeckte Wohnungslosigkeit von Frauen

Wie die Erfahrungen zeigen, leidet ein großer Teil der Frauen, die in der Wohnungslosenhilfe betreut werden, unter psychischen Erkrankungen. Frauen mit psychischen Erkrankungen stellen eine spezifische Zielgruppe aufgrund ihrer Problemlagen und Rahmenbedingungen dar. Sie bleiben oftmals aufgrund ihrer finanziellen Abhängigkeit und der fehlenden Wohnalternativen sehr lange in demütigenden und ausbeutenden Beziehungen. Oft ziehen Frauen wieder bei ihren Eltern, Geschwistern oder neuen Freunden ein, um ein Dach über dem Kopf zu haben. Damit begeben sie sich in neuerliche Abhängigkeiten. Indem sie bei einem Mann wohnen, entsprechen sie den Erwartungen der Familien und der Gesellschaft. Hinzu kommt, dass Wohnungslosigkeit noch immer als ein eher männliches Problem gesehen wird.

Viele Zweckpartner erwarten als Gegenleistung für das Dach über dem Kopf sexuelle Gefälligkeiten und/oder die Führung des Haushalts. Deshalb bringen viele Frauen in solchen Partnerschaften ein hohes Maß an Wachsam-

keit auf: schlafen sie im selben Raum wie der neue Freund, dann gehen sie mit ihrer Straßenkleidung schlafen; sie trauen sich nicht aus einem eigenen Zimmer auf die Toilette, wenn der Mann betrunken ist.

Das steigert ihre psychische Belastung zusätzlich – oft eben auch bis zur vollkommenen Erschöpfung. Darüber hinaus nutzen Frauen häufig aus Scham erst spät die Hilfeangebote der Wohnungslosenhilfe. Daher ist die Dunkelziffer der „verdeckt wohnungslosen Frauen“ Schätzungen zufolge sehr hoch.

## Lebensqualität soll Vorrang haben

Wenn die Betroffenen schließlich an die Wohnungslosenhilfe andocken, leiden sie oft schon unter so schweren Beeinträchtigungen, dass die MitarbeiterInnen der Einrichtungen mit dem erforderlichen Unterstützungsbedarf überfordert sind. Dazu gehören auch Frauen, die trotz ihrer paranoiden Angstzustände keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen wollen und bei denen aufgrund fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung auch keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Behandlung unter Zwang

besteht. Dem steht ein wesentlicher Bestandteil der Psychiatrierreform gegenüber: der Ausbau ambulanter Hilfestellungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, um eine möglichst hohe Lebensqualität zu gewährleisten.

## Vielfältige Problemlagen

Frau Z. wohnt seit einem Jahr in einem Übergangwohnhaus der Wohnungslosenhilfe. Sie hat paranoide Schizophrenie, fühlt sich vom Teufel und einer Terrororganisation verfolgt. Wenn die Liaisonpsychiaterin sie in ihrem Zimmer kontaktiert, antwortet Frau Z. zwar auf alle Fragen, will aber das Gespräch sehr schnell wieder beenden. Jede Form der Medikamenteneinnahme lehnt sie ab.

Die Heimhelferin von Frau Z. äußert ihren Verdacht auf Skabies, eine durch Spinnentiere ausgelöste, parasitäre Hautkrankheit. Die Weibchen bohren sich in die Oberhaut und legen dort in Kanälen ihre Eier ab. Die Sozialarbeiterinnen des Übergangwohnhauses wissen aus den bisherigen Erfahrungen, dass Frau Z. nicht selbständig ins Krankenhaus fährt.

Hinzu kommt auch, dass Frau Z. eine offene, entzündete Wunde hat, die immer größer wird. Frau Z. informiert die Mitarbeiterinnen darüber, dass die Terrororganisation etwas in diese Wunde hineingetan hat. Sie kratzt sich am ganzen Körper.

Schließlich wird Frau Z. mithilfe der Polizei ins Krankenhaus gebracht. Die Heimhilfe-Leiterin informiert die zuständige Station im Krankenhaus über die psychiatrische Erkrankung von Frau Z. und darüber, dass sie mit keiner selbständigen Behandlung rechnen können.

Frau Z. wurde nicht im Krankenhaus aufgenommen, nur ambulant am ganzen Körper wegen Skabies eingeschmiert, bekam Medikamente und eine Creme verschrieben. In der Apotheke wurden die Tagesdispenser mit den Medikamenten vorbereitet, von den Mitarbeiterinnen des Wohnhauses abgeholt und Frau Z. zur Aufbewahrung und Einnahme überreicht. Zwei Tage später fanden die Mitarbeiterinnen die Medikamente im Mistkübel. Außerdem konnten weder Bettwäsche noch Kleidung der Patientin wie empfohlen bei 60 Grad gewaschen werden, da Frau Z. nicht im Krankenhaus auf-

genommen worden war. Seither hat keine weitere medizinische Behandlung stattgefunden. Frau Z. hat sich inzwischen blutig gekratzt.

## Umfassende Hilfestellungen

Viele Frauen mit psychischer Erkrankung nehmen das medizinische Angebot der Liaisonpsychiaterinnen in der Wohnungslosenhilfe an. Viele aber leben seit Jahren mit ihrer Erkrankung und sind trotz guter psychiatrischer Konsiliardienste therapeutisch nicht erreichbar.

Es braucht deshalb langjährige Erfahrung und fachspezifisches Wissen, um dennoch eine gute Lebensqualität bereitstellen zu können. Es erfordert auch Kreativität in den Angeboten, einen langen Atem in der Umsetzung der einzelnen Schritte und gute Kooperationen zwischen den beteiligten Einrichtungen und handelnden Personen.

Viele der Bewohnerinnen und Besucherinnen der Tageszentren und Wohneinrichtungen sind mit der medizinischen Allgemeinversorgung und deren Abläufen und Voraussetzungen überfordert.

Deshalb hat die Wohnungslosenhilfe bereits ein medizinisches Versorgungssystem entwickelt, mit dem sie auf viele spezifische Probleme der Klientinnen eingehen kann.

## Das Recht auf stabiles Wohnen

Aufbauend auf diesen Erfahrungen ist es notwendig, die ambulanten Angebote durch geschulte psychiatrische Pflegekräfte zu erweitern, die in der Lage sind, mit den Bedürfnissen von Personen wie Frau Z. umzugehen. Nur so ist es möglich, weitere Verwahrlosung und Isolation zu verhindern.

Die beschriebene Problematik steht exemplarisch für eines der vielen Themen, von denen unbehandelte psychisch kranke Frauen betroffen sind. Die betreuenden Einrichtungen und Vereine brauchen in Bezug darauf zusätzliche Ressourcen, um die Betroffenen anhaltend und mit hoher Qualität versorgen zu können. Denn Stabilität im Wohnen bedeutet vor allem für Frauen Schutz, Sicherheit und Wahrung ihrer körperlichen und psychischen Integrität.



# „Krankheit und Selbstermächtigung schließen einander nicht aus“

Robert Mittermair, Geschäftsführer des Vereins LOK (Leben ohne Krankenhaus), im Interview über psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit, Lücken im Betreuungssystem und bereits existierende Lösungsansätze, die stärker aufgegriffen werden müssten.

## Fakten

Der Verein LOK (Leben ohne Krankenhaus) bietet im Rahmen der Behindertenhilfe des Fonds Soziales Wien Betreuungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen an. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet das Chancengleichheitsgesetz,

insbesondere im Bereich Teilbetreutes Wohnen. Etwa 300 Menschen leben von LOK betreut in eigenen Wohnungen. Weitere 45 in 24-Stunden-betreuten Wohngemeinschaften. Neu sind Betreuungsstützpunkte, die ein Leben in der eigenen

Wohnung trotz sehr hohem Betreuungsbedarf ermöglichen. Zudem gibt es drei Beschäftigungsprojekte: ein Blumengeschäft, ein Second Hand Geschäft und ein Bücher- und Plattenladen mit kleinem Cafebetrieb.  
[www.lok.at](http://www.lok.at)

## **Wer sich lange stationär in einer psychiatrischen Einrichtung befindet, verliert meist auch die Wohnung – stimmt das?**

Ja, es kommt oft vor, dass Menschen über Monate in psychiatrischen Abteilungen untergebracht sind, weil es keine passenden Betreuungsmöglichkeiten außerhalb gibt. Dann steigen wir manchmal gerade rechtzeitig bei drohenden Delogierungsverfahren mit Betreuung ein, manchmal ist es leider zu spät. Das heißt: Wohnungslosigkeit ist auch bei uns ein Thema. Hilfreich ist aktuell ein neuer Zugang zur sogenannten „Sozialen Schiene“ der Wiener Gemeindewohnungen. Dieser kann bekanntermaßen ja gesperrt werden – zum Beispiel bei Schulden oder sogenanntem „unleidlichem Verhalten“. Bei KlientInnen, auf die das zutrifft, können wir aber nun als MieterInnen auftreten und ihnen eine Gemeindewohnung im Rahmen eines befristeten Nutzungsvertrages verschaffen. Das ist eine Zwischenlösung, um Wohnungslosigkeit zu vermeiden – unser eigentliches Ziel ist immer ein Hauptmietvertrag für unsere KlientInnen, der sie von unserem Betreuungsverhältnis unabhängig macht.

## **Gibt es weitere Parallelen zur Wohnungslosenhilfe (WWH)?**

Eine Parallele ist sicher die Zielgruppe. Menschen mit psychischen Erkrankungen und daraus resultierendem Betreuungsbedarf werden von den Abteilungen der WWH oder der Behindertenhilfe des FSW an Sozialorganisationen zugewiesen. Es ist schwer so rasch zu entscheiden, welches Hilfssystem passender ist. Manchmal muss das gar zufällig erfolgen, ist aber gleichzeitig bestimmend für den gesamten weiteren Betreuungsverlauf. Oft leiten aber auch wir an die WWH weiter – wenn KlientInnen bei uns auf der Warteliste stehen und keine Wohnung haben. Umgekehrt übernehmen wir im Bereich vollbetreutes Wohnen zum Teil Menschen aus der WWH. Oft geht es hier um Personen, die sich mit medikamentöser Behandlung schwer tun.

## **Sollten die Bereiche intensiver zusammenarbeiten?**

Das wäre sinnvoll. Einzelne Pionierprojekte machen es vor. Das setzt aber ein Denken abseits von Fachabteilungen und Leistungsblöcken voraus – aktuell wird es noch als „Doppelfinanzierung“ betrachtet und im FSW deshalb

ungern gesehen. Dabei wäre es in vielen Fällen kostengünstiger als etwa ein vollbetreuter Wohnplatz in einer WG. Der größte Unterschied ist bei den Angeboten von LOK: Es gibt keine Zuweisung durch den FSW in der Behindertenhilfe. Das heißt, wir führen selbst eine Warteliste und entscheiden auch, wen wir aufnehmen. Aber: Die Warteliste ist lang, mit einigen hundert Menschen.

## **Was sind die Stärken und Schwächen der psychiatrischen Versorgung in Wien?**

Ich kenne diesen Bereich seit 25 Jahren. Aus der Perspektive der KlientInnen steht die stationäre Versorgung am stärksten in der Kritik. Hier werden immer wieder Menschen versorgt, die sich nur deshalb in der Psychiatrie aufhalten, weil es sonst kein adäquates Betreuungsangebot gibt. Das Problem dabei: Einerseits sind die Kosten für stationäre Betreuung hoch und andererseits werden damit Plätze belegt, die für eine akute Behandlung benötigt werden. Hier brauchen wir nicht mehr Betten, sondern müssen das Angebot außerhalb des Krankenhauses verbessern. Eine weitere Schwäche ist, dass die stationäre Psychiatrie fast



ausschließlich medikamentöse Behandlung anbietet. Es gäbe ja Alternativen, zum Beispiel Psychotherapie. Aber aktuell gibt es zu wenige PsychotherapeutInnen, die mit Menschen mit Psychosen arbeiten wollen. Hinzu kommen die oft geringen finanziellen Möglichkeiten der KlientInnen und ein sehr schwieriger Zugang zu finanzierten Plätzen durch die Krankenkasse.

Was fehlt sind Alternativen, wie beispielsweise Soteria-Einrichtungen. Das ist ein Angebot für Menschen in psychischen Krisen, bei dem auf Wunsch der Betroffenen nur wenig mit Medikamenten, dafür mit intensivem Beziehungsangebot gearbeitet wird.

**Bräuchte es nicht auch zusätzliche Möglichkeiten im nahen Umfeld der Betroffenen, wie Pflegeurlaub oder Ähnliches?**

Ja. Denn nach wie vor führen Sonderwohnformen letztlich zu einer abgeschotteten Lebenssituation. Selbst wer in der eigenen Wohnung lebt, hat oft nur wenige Kontakte abseits der professionellen UnterstützerInnen. Mit unseren Betreuungsstützpunkten wollen wir auch Wohnen in eigenen Wohnungen für Menschen

mit hohem Unterstützungsbedarf ermöglichen. Im Sonnendviertel ist unser Stützpunkt in einem Gassenlokal, das wir auch für andere Menschen, die im Haus leben, öffnen wollen.

**Da geht es um gesellschaftliche Teilhabe. Gleichzeitig gibt es immer mehr nichtversicherte, nichtanspruchsberechtigte Menschen, die nicht adäquat psychiatrisch versorgt sind. Was kommt hier auf uns zu?**

Die Kriterien für Mindestsicherung und einen geregelten Aufenthalt werden immer strenger gehandhabt. Wenn das so weitergeht, wird das ein soziales Problem, das immer sichtbarer wird.

**Ein wichtiges Ziel in der Behindertenhilfe ist die De-Institutionalisierung. Hinkt hier die WWH hinten nach?**

Wir haben den großen Vorteil, dass wir in der Behindertenhilfe nie ein Stufenmodell gehabt haben. Seit 25 Jahren betreiben wir also quasi Housing First. Es gibt Menschen, die sehr psychotisch sind und trotzdem wunderbar allein in ihrer Wohnung leben können, wenn sie adäquate Unterstützung bekommen. Das ist

das, was LOK in hunderten Fällen gezeigt hat.

**Selbstermächtigung ist das Stichwort: In der WWH wird bald erstmalig eine Peer-Ausbildung starten. In der Behindertenhilfe bereichern Peers schon länger die Teams – was können wir von euch lernen?**

Peer-Ausbildungen, die Betroffene dazu befähigen sollen, andere Betroffene zu unterstützen, gibt es in der Behindertenhilfe seit Jahren. Zwei Punkte hebe ich hervor: Einerseits verändern sie den Umgang und die Sprache, wie ein Team über KlientInnen spricht. Andererseits zeigen sie den KlientInnen: Man kann auch mit psychischer Erkrankung das Leben wieder in die Hand nehmen, man ist der Krankheit nicht zwingend komplett ausgesetzt. Damit bringen sie eins ganz stark ein: Den unersetzlichen Aspekt der Hoffnung.



# Erwachsenen- schutz: Ernstfall für Partizipation

Das neue Erwachsenenschutzrecht „verpflichtet“ betreuende Organisationen zu Wissen, Ressourceneinsatz und im Idealfall zu partizipativem Arbeiten auf Augenhöhe – das kann anstrengend, aber auch lohnend werden.

## Fakten

- Das moderne „Erwachsenenschutzgesetz 2018“ (ESG) löst das alte Sachwalterschaftsrecht ab und eröffnet neue Chancen
- Selbstbestimmung für Menschen mit Beeinträchtigungen rückt in den Mittelpunkt
- Temporäre Unterstützung soll umfassende „Entmündigung“ ablösen

## Probleme

- Das ESG ist eine neue Materie
- Es wird Zeit und Diskurs brauchen, bis alle Zielgruppen damit umgehen können (SachwalterInnen und deren KurandInnen, sowie professionelle HelferInnen)
- Clearingstellen und Gerichte sind erheblich unterdotiert

## Forderungen

- Schnittstelle zwischen Clearingstelle und Wohnungslosenhilfe
- Ausreichende Ressourcen für Aus- und Fortbildungen der MitarbeiterInnen
- Ausreichend Zeit für Coachingprozesse durch MitarbeiterInnen

Zahlreiche, wenn nicht alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind regelmäßig mit KlientInnen konfrontiert, die in einem oder mehreren Geschäftsfeldern „entmündigt“ sind. Das neue „Erwachsenenschutzgesetz“ leitet einen Paradigmenwechsel ein: Statt Entscheidungsmacht abzugeben, sollen Betroffene bei Entscheidungen unterstützt werden. Die Prognose lautet daher: Einrichtungen müssen zunächst mehr Arbeit aufwenden und Beratungsprozesse neu bewerten. Außerdem nehmen Dokumentationspflichten zu. Das ist eine neue Erfahrung für BetreuerInnen und Betreute.

Die „typische Sachwalterschaft“ kennt zwei Ausformungen: Die erste beschränkt sich im Wesentlichen auf behördliche Formalien, weil die „KurandInnen“ etwa nach Schlaganfällen handlungsunfähig in Einrichtungen untergebracht sind. Die zweite besteht im Kern darin, Menschen durch verschiedene Maßnahmen vor Schaden zu bewahren und ihre Existenzgrundlage zu sichern, ohne dass SachwalterInnen im Alltag involviert sind. Der Gesetzgeber möchte eine Veränderung: „Der Vertreter und das Gericht sollen nicht mehr anstatt der dafür zuständigen Träger

Aufgaben der Sozial- und Behindertenhilfe übernehmen“ heißt es im Vorblatt zum Gesetzestext. Das eröffnet der Wohnungslosenhilfe neue Aufgaben und bietet ihren KlientInnen Chancen.

### **KlientInnen sollen/dürfen/müssen entscheiden!**

Die neue Rechtslage definiert Entscheidungsfähigkeit als Richtschnur: Jede/r soll selbst entscheiden, welche Geschäfte abgeschlossen werden. Wird Unterstützung benötigt, sollen (unter anderem) Organisationen im Rahmen von Betreuung und Beratung dazu beitragen. Dazu wird das nunmehr verpflichtende Clearing der Erwachsenenschutzvereine themenbezogen Anregungen geben, welche Organisation helfen kann.

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe werden wie bisher mit ihren KlientInnen mögliche Ergebnisse von Handlungen und Unterlassungen erarbeiten. Ein Unterschied ist jedoch, dass die Verantwortung wächst: Es entfällt das Sicherheitsnetz der Sachwalterschaft, also einer Person, die meist in Betreuung und Beratung nicht involviert ist, aber die Letztverantwortung

trägt. Ein weiterer Unterschied ist die Einbindung mehrerer zusätzlicher Player: Die zuweisende Clearingstelle wird, ebenso wie das Gericht, dokumentierte Schritte sehen wollen und im Rahmen der „Gewählten Erwachsenenvertretung“ wächst der Personenkreis derer, die als Vertraute der KlientInnen Teil des Unterstützungskreises sein können.

Selbst bei der stärksten anzuordnenden Maßnahme ist absehbar, dass Unterstützungsleistungen durch Betreuung und Beratung erforderlich sind: Die Gerichte bestellen ErwachsenenvertreterInnen zukünftig nur für eingeschränkte Wirkungskreise und auf maximal drei Jahre. Eine maßgebliche Aufgabe dieser ErwachsenenvertreterInnen ist es, auf Selbständigkeit der Betreuten hinzuarbeiten. Letzteres erarbeiten jetzt schon die betreuenden Einrichtungen und nicht die derzeitigen SachwalterInnen.

### **Plädoyer für Zusammenarbeit auf Augenhöhe**

Wahrscheinlich waren die meisten Personen, die in sozialen Berufen tätig sind, schon in der Situation, für KlientInnen

Entscheidungen treffen zu müssen – vielleicht weil die Zeit für anderes nicht reichte, vielleicht weil es keine andere Hilfe bei Entscheidungen gab. Es wird sich jedoch auszahlen, die neuen Entwicklungen zu übernehmen:

Die Pläne des Gesetzgebers erfordern nun Wissen, Zeit und vor allem die Bereitschaft zur Zusammenarbeit statt der „guten alten Fürsorge“. Es braucht das Wissen um rechtliche Grundlagen und damit verbundenen Auflagen (Dokumentation, Grenzen der Zuständigkeiten und dergleichen mehr), es braucht Wissen um Methoden der Partizipation und des Coachings. Es braucht Zeit, in der Beratungstätigkeit nicht einfach Sachverhalte zuzuspitzen, damit KlientInnen rasche Entscheidungen treffen – denn haltbare Entscheidungen erfordern Überzeugung bei den EntscheiderInnen, also den Betroffenen.

Daneben gilt es, Vernetzungstätigkeit wahrzunehmen, um möglichst das gesamte Bezugssystem einzubinden – neben den Betroffenen sind das etwa die Clearingstelle, Angehörige oder Sozialeinrichtungen. Damit sind wir beim „Miteinander-Arbeiten“: Es tut sich die große Chance auf, KlientInnen in Entscheidungsprozessen

klarer wahrzunehmen. Nicht bloß vernünftige Elemente, auch Motive und Wünsche beeinflussen Entscheidungen und wollen berücksichtigt sein! Partizipative Elemente können KlientInnen Kompetenzen zurückgeben. Kompetent sein heißt, besser entscheiden zu können – und daraus resultiert der beiderseitige Vorteil: Mehr Kompetenz bedeutet weniger Bedarf an Betreuung.

All das erfordert zunächst ein Investment in Ressourcen und Überarbeitung von Betreuungsprozessen. Der Mehraufwand wird sich lohnen, denn im Optimalfall arbeiten Betreute und BetreuerInnen letzten Endes auf Augenhöhe.

## Rollenwechsel für Einrichtungen

Man darf darüber spekulieren, ob der Gesetzgeber ähnliches im Sinn hatte. 142 Seiten voll mit gesetzlichen Änderungen und Erläuterungen zeigen in jedem Fall, dass ein Paradigmenwechsel angestrebt wird – einer, der die Realität „ins System“ holt: Bisher waren theoretisch SachwalterInnen für jede Menge Einzelheiten der Lebensgestaltung zuständig, die praktisch betreuenden Organisationen waren dabei bloß

informelle Erfüllungsgehilfen ohne relevanten Einfluss. Jetzt haben wir eine klare Rolle: Betroffene Menschen coachen und ihnen damit Selbständigkeit in einem wertschätzenderen System ermöglichen. Das rechtfertigt das Investment in Wissen, Zeit und Miteinander-Arbeiten allemal.

---

<sup>1</sup> 1461 der Beilagen XXV. GP – Regierungsvorlage – Erläuterungen, 1. Absatz



# Fuß fassen – schwer gemacht!

Flüchtlinge, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, stehen nach Erhalt eines positiven Asylbescheids bei der Wohnungssuche einer ganzen Reihe von Herausforderungen gegenüber. Die Suche nach einem Zuhause gestaltet sich schwierig.

## Fakten

- Seit dem Jahr 2016 haben in Wien 57.980 Personen Asyl oder subsidiären Schutz erhalten
- Viele leiden aufgrund von Krieg und Flucht an einer Posttraumatischen Belastungsstörung

## Probleme

- Nach der Beendigung der Grundversorgung sehen sich Betroffene mit den Herausforderungen der Integration konfrontiert und sind damit oft überfordert
- Es gibt kaum psychosoziale oder sozialarbeiterische Unterstützung

## Forderungen

- Mobile, fachliche und eventuell muttersprachliche Betreuung und Unterstützung für Betroffene nach Beendigung der Grundversorgung bis zum Erreichen einer stabilen Lebenssituation

Herr M. hat im Jahr 2016 Asyl in Österreich erhalten. Während des Asylverfahrens lebt er in einer organisierten Unterkunft in Wien. Wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und seinem auffälligen Verhalten wird er dem „erhöhten Betreuungsbedarf“ zugewiesen. Herr M. leidet unter starken Stimmungsschwankungen und ist von seinen Emotionen überfordert. Er reagiert oft impulsiv und manchmal verletzt er sich dabei selbst. Er hat große Probleme, alltägliche Aufgaben zu bewältigen und leidet unter dissoziativen Krampfanfällen.

In stabileren Phasen ist er motiviert, einfache Aufgaben im Haus nach genauer Anweisung auszuführen. Eine wichtige Ressource sind mehrere Sprachen, die er so weit spricht, dass er sich mit den anderen BewohnerInnen und den BetreuerInnen gut verständigen kann. Im Quartier beginnt er, unterstützt und motiviert durch seinen Betreuer, eine psychiatrische Behandlung. Anfangs hat er Schwierigkeiten, Vertrauen zur Ärztin aufzubauen, dennoch kommt er regelmäßig zu den Terminen und ist krankheitseinsichtig. Der Betreuer, der als psychosozialer Mitarbeiter fungiert, unterstützt Herrn M. auch sehr

im Alltag. Mit dem Verlassen der Grundversorgung endet diese Betreuung ohne ausreichenden Ersatz.

## Die Mühlen der Integrationsarbeit

Asyl oder subsidiären Schutz zu erhalten, bedeutet für die Betroffenen eine große Erleichterung. Jedoch warten dann die Mühlen der Integrationsarbeit, die durch Spracherwerb, Behördenwege, Wohnungs- und Arbeitssuche geprägt sind. Dies stellt gerade Menschen, die durch Krieg und Flucht traumatisiert sind, vor große Herausforderungen.

Die erste Hürde betrifft die bedarfsorientierte Mindestsicherung, die Asylberechtigte erst nach Verlassen der Grundversorgung beantragen können. Für den Bearbeitungszeitraum von sechs bis acht Wochen nach Antragsstellung erhalten sie keine finanzielle Unterstützung. Sie müssen Behördenwege erledigen, Anträge ausfüllen, Briefe von Behörden verstehen und eine Wohnung finden. Für Personen mit mittelmäßigen Deutschkenntnissen und wenig Know-how für die Regeln der Gesellschaft sind das hohe Hürden. Noch überwältigender ist das System für Asyl-

berechtigte, die an einer PTBS leiden.

Eine PTBS „entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“<sup>1</sup>

Übliche Symptome sind Schlafstörungen, Konzentrationschwierigkeiten, Flashbacks, dissoziative Zustände, Teilnahmslosigkeit, Vermeidung von Aktivitäten, Misstrauen und Reizbarkeit. Betroffene sind instabil, verletzlich und orientierungslos. Im Alltag beeinträchtigt die Symptomatik die Fähigkeit, Termine einzuhalten, komplexere Inhalte zu verarbeiten sowie die Lernfähigkeit. Traumatisierungen entstehen typischerweise im Heimatland oder am Fluchtweg, können aber durch aktuelle Erlebnisse wieder aufflammen.

Wird zum Beispiel ein/e Betroffene/r bei einer Behörde unhöflich behandelt, kann er/sie das möglicherweise als so starke persönliche Kränkung empfinden, dass er/sie weitere Kontakte mit dem Amt vermeidet. Zusätz-



lich überfordert das Bearbeiten von Formularen und Verträgen, die unerledigt auf der Ablage landen. Es beginnt ein Kreislauf der Verschuldung, da es Betroffene nicht schaffen, Anträge zu stellen und Zahlungen rechtzeitig zu begleichen. So entsteht ein subjektives Erleben von Versagen, das die Person weiter destabilisiert.

## Ankommen in der neuen Gesellschaft

Herr M. wohnt nach seinem Auszug aus dem Grundversorgungsquartier zunächst bei Freunden, die ihn jedoch bald hinauswerfen. Nach mehreren Wohnungswechseln droht ihm das Abgleiten in die Wohnungslosigkeit. Herr M. verliert aufgrund seiner Symptomatik mehrere Arbeitsstellen. Zusätzlich haben sich verschiedene Strafen und Mahnungen angehäuft. Verschiedene Organisationen betreuen ihn zwar immer wieder, doch wenn sich Herr M. ungerecht behandelt fühlt, bricht er den Kontakt ab. Derart impulsives Verhalten ist Teil seiner Symptomatik und bringt Herrn M. dazu, die so wichtige Kontinuität in der Unterstützung zu unterbrechen. Einzig die Behandlung bei seiner Psychiaterin bleibt eine stabile Stütze.

## Stabilität als Fundament für die Zukunft

Ein traumatisches Erlebnis ist eine Erschütterung des Grundvertrauens gegenüber Mitmenschen und der Welt. Deswegen arbeiten die meisten psychotherapeutischen Ansätze in der ersten Phase einer Therapie stabilisierend und ressourcenorientiert.

Dieser Ansatz gilt auch im sozialarbeiterischen Bereich. Für Betroffene ist ökonomische und soziale Sicherheit, also ein „Zuhause“ zu haben, das essentielle Fundament für langfristige Stabilisierung. Zur bedürfnisgerechten Unterstützung von Betroffenen braucht es eine Bezugsperson, die psychosozial und sozialarbeiterisch geschult ist und die Symptome und Muster einer PTBS kennt.

Weiters wäre es von großem Vorteil, wenn sie auch die Muttersprache der Betroffenen spricht. Sie kann regelmäßig Kontakt aufnehmen, bei der Wohnungssuche begleiten, bei Amtswegen und dem Ausfüllen von Formularen unterstützen. Dadurch können Betroffene schneller geregelte Wohnungs- und Lebensverhältnisse erreichen und darauf

aufbauend Kurse produktiver absolvieren. Dadurch erhöhen sich die Erfolgchancen auf dem Arbeitsmarkt und die Aussicht auf ein selbständigeres Leben. Gerade bei Personen, die dem „erhöhten Betreuungsbedarf“ zugewiesen waren, wäre eine weiterführende Betreuung für eine erfolgreiche Integration und Stabilisierung meist notwendig. Herr M. hätte gute Chancen, durch besagte Betreuung, medizinische Behandlung und seine Krankheitseinsicht stabiler zu werden und in unserer Gesellschaft Fuß zu fassen.

---

<sup>1</sup> Definition nach ICD-10

### Quellen

Dilling, H.; Freyberger, H. J. (2010): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen

[http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik\\_Asy1\\_2016.pdf](http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Jahresstatistik_Asy1_2016.pdf)

[http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl-Jahresstatistik\\_2017.pdf](http://www.bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl-Jahresstatistik_2017.pdf)



# Ohne Gesundheit ist alles nichts

Für wohnungs- und obdachlose Menschen rückt die Gesundheit oft notgedrungen in den Hintergrund. Durch niederschwellige Angebote können weitere Ressourcen zur Gesundheitsförderung aktiviert werden.

## Fakten

- Gesundheit wird als bloße Abwesenheit körperlicher Symptome betrachtet und nicht als Zusammenspiel von psychischen und sozio-ökonomischen Faktoren
- Niederschwellige Gesundheitsförderung kann wohnungs- und obdachlosen Menschen den (Wieder-)Einstieg in das österreichische Gesundheitssystem erleichtern

## Probleme

- Stigmatisierende Erfahrungen in Krankenhäusern und Arztpraxen hemmen wohnungs- und obdachlose Menschen, gesundheitliche Angebote jenseits medizinischer Notfälle in Anspruch zu nehmen
- Die Betroffenen finden schwer Zugang zu Ressourcen, die Gesundwerdung und Gesundheitsförderung fördern

## Forderungen

- Schaffung von niederschweligen Zugängen zu gesundheitsförderlichen Angeboten
- Die Erfahrung der Betroffenen in die Arbeit von (psycho-)sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen integrieren
- Gesundheitsförderung stärker in die Betreuungskonzepte der Wiener Wohnungslosenhilfe einbetten

Frau U. lebt in einer sozial betreuten Wohneinrichtung und hat zu den anderen BewohnerInnen des Hauses keine näheren persönlichen Kontakte. Sie zieht die Gesellschaft ihres Hundes vor. In einem Tageszentrum, wo Frau U. regelmäßig Kaffee trinkt, erzählt Frau K., eine andere Hundehalterin, dass sie leidenschaftliche Köchin ist und selbst für ihren Hund kocht. Frau U. entgegnet, dass sie nie kocht, weil sie keine Ideen hat was sie machen könnte und es zu viel koste.

Die beiden Frauen treffen sich eine Woche später in einem Café mit sozialarbeiterischer Betreuung, wo es auch einen offenen zugänglichen Kühlschrank mit frischen Lebensmitteln gibt. Die SozialarbeiterInnen im Café zeigen Frau U. den „offenen“ Kühlschrank und erklären ihr, wo es noch ähnliche Angebote in Wien gibt. Frau U. bekommt dadurch Zugang zu kostenlosen Lebensmitteln und trifft sich in Folge regelmäßig mit Frau K.

Gesundheit ist viel mehr als die bloße Abwesenheit körperlicher Symptome. Das Modell der Salutogenese des Soziologen Aaron Antonovsky versteht Gesundheit als „Wohlgefühl“ des Menschen – als sogenannte bio-psycho-soziale

Einheit. Die individuelle Gesundheit wird durch unterschiedlichste Wechselwirkungen beeinflusst, die weit über Alter, biologisches Geschlecht und körperliche Konstitution hinausgehen. Jeder Mensch ist das Ergebnis von Faktoren, die auch eng an die sozioökonomische Stellung in der Gesellschaft geknüpft sind und die Antonovsky als „Gesundheitsdeterminanten“ bezeichnet.

Demnach braucht es für wohnungs- und obdachlose Menschen abseits der rein medizinischen Versorgung weitere Ressourcen zur Gesundheit und insbesondere zum Erhalt der Gesundheit. Hier setzt niederschwellige Gesundheitsförderung an. Gerade bei wohnungs- und obdachlosen Menschen rücken gesundheitsfördernde Aspekte wie Ernährung, Bewegung, soziale Beziehungen sowie Kunst und Kultur aufgrund ihrer prekären Lebensbedingungen notgedrungen in den Hintergrund.

Damit die Anknüpfung an die Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems funktioniert, müssen KlientInnen die Möglichkeit haben, eigenständig handeln und gestalten zu können. Sie erleben dabei positive Beziehungserfahrungen. Ziel ist die Stärkung

persönlicher und sozialer Ressourcen von Personen, die auf Grund ihrer Lebenssituation besonders verletzlich sind. Multiprofessionelle Teams (bestehend aus MitarbeiterInnen aus Gesundheits- und Sozialberufen) sind ein Schlüssel, um interessierte NutzerInnen der Wiener Wohnungslosenhilfe zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu motivieren. Die Grundsäulen des Salutogenese-Ansatzes sind:

- Verstehbarkeit (ich erkenne, was äußerlich und innerlich passiert)
- Machbarkeit (ich kann schwierige Lebenssituationen bewältigen)
- Sinnhaftigkeit (es lohnt sich, Energie in die Anforderungen zu investieren)

All diese Punkte sollten durch gezielte Maßnahmen möglichst einfach aktiviert werden. Das geschieht vor allem durch positive Erlebnisse in alltagsorientierten Settings, etwa bei niederschweligen, informellen Angeboten, wie Koch-, Bewegungs- und Musikgruppen. Sie stärken das Selbstvertrauen der KlientInnen und machen Mut, wenn es darum geht, eigene Anliegen bei Behör-

den, Gesundheitseinrichtungen, oder Beratungsstellen zu vertreten.

Woran orientieren sich diese niederschweligen Gesundheitsangebote demnach?

## 1. Sozioökonomische Faktoren

Wohnungs- und obdachlose Menschen haben aufgrund ihrer Lebensbedingungen oftmals keinen Zugang zu Kochgelegenheiten oder frischen, gesunden Lebensmitteln. Kochworkshops und die Möglichkeit einer Küchennutzung können gesunde Ernährung als zentralen Faktor für Wohlbefinden, Lebensqualität und zur Vorbeugung von Krankheiten vermitteln.

## 2. Soziale Netze

Wohnungs- und obdachlose Menschen sind oft sozial isoliert und haben kaum Kontakt zu Familie und FreundInnen. Niederschwellige Gesundheitsförderung schafft Raum für Gemeinschaft und bietet die Möglichkeit, sich in einem geschützten Rahmen formlos auszutauschen. Haustiere sind im Leben vieler KlientInnen ein wichtiger sozialer Faktor. Bei den Zielgruppen ist dies in der

Regel der Hund. Die Mensch-Tier-Beziehung ist oft die einzige persönliche und soziale Bindung. Workshops rund um das Tier oder gemeinsame Spaziergänge stärken die Sicherheit im Umgang mit dem Haustier und fördern den Austausch mit anderen TierhalterInnen.

## 3. Individuelle Lebensfaktoren

Alter, soziale Isolation, psychische Erkrankungen oder andere prekäre Lebenssituationen sind Gründe, warum Menschen selten in der Lage sind, ihre Ängste und Sorgen auszudrücken. Angebote für Bewegung, bildende und darstellende Kunst oder Musik können das erleichtern. Die KlientInnen nehmen dadurch Gefühle, den eigenen Körper, sowie persönliche Stärken und Ressourcen wieder oder intensiver wahr.

Gesundheitsförderung ist aus dem österreichischen Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Es gibt in Wien zahlreiche Projekte und Initiativen, die von Stadt und Bund gefördert werden. Sie konzentrieren sich auf unterschiedliche Lebensbereiche und Altersstufen und leisten hier wertvolle Arbeit.

Es ist daher notwendig, auch für wohnungs- und obdachlose Menschen gesundheitsförderliche Angebote zu schaffen, die an ihre spezifischen Lebensverhältnisse anknüpfen. Diese sollen niederschwellig erreichbar und alltagsorientiert ausgerichtet sein. Ziel ist es, den Betroffenen mehr Möglichkeiten zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu bieten und sie dadurch bei der Bewältigung von körperlichen wie psychischen Krisen zu unterstützen.

---

<sup>1</sup> Antonovsky Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.

---

# VERBAND **WIENER** WOHNUNGSLOSENHILFE

Schottenfeldgasse 29

1072 Wien

Tel.: 01 5123661 714

Fax: 01 5123661 716



**Caritas**



n  
eu  
ner  
haus

**volkshilfe.**  
WIEN



wobes

## Impressum

*Herausgeber:* Verband Wiener Wohnungslosenhilfe

*Redaktionsteam:* Flora Eder, Simone Floh, Valentin Ladstätter, Lorenz Lederer, Elvira Loibl, Johannes Lorenz, Klaus Maurer, Thomas Ottmann, Georg Prack, Roland Skowronek

*AutorInnen:* Flora Eder, Simone Floh, Lorenz Lederer, Elvira Loibl, Johannes Lorenz, Klaus Maurer, Thomas Ottmann, Georg Prack

*Fotos:* Manfred Weis

*Layout:* Kurt Riha

*Anschrift des Herausgebers:* Schottenfeldgasse 29, 1072 Wien

*Druck:* druck.at

*Erscheinungsort:* Wien, November 2018

# Sprichwörtliche Auflösung



Einen Dachschaden haben.



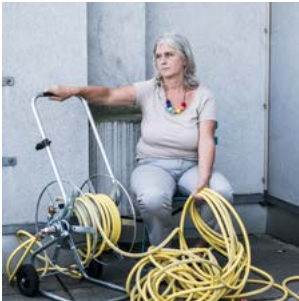
Einen Sprung in der Schüssel haben.



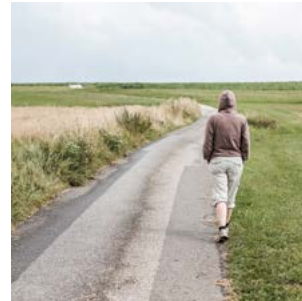
Eine Schraube locker haben.



Nicht ganz dicht sein.



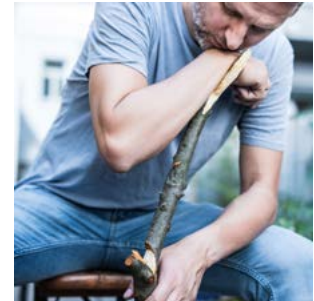
Von der Rolle sein.



Neben der Spur sein.



Nicht richtig ticken.



Einen Knacks haben.



Einen Vogel haben.



Nicht alle Tassen im Schrank haben.



**SITUATIONSBERICHT 2018**  
**VERBAND WIENER WOHNUNGSLOSENHILFE**