

Obdachlose Frauen mit psychischer Erkrankung

**Abschlussbericht und Konzept für die Entwicklung und Implementierung einer
bedürfnisorientierten und zielgruppenspezifischen Hilfestruktur in Salzburg**

AG obdachlose Frauen mit psychischen Erkrankungen:

Petra Geschwendtner (SAG), Gustav Holzner (CDK/UKPPP), Peter Linhuber (VinziDach)
Bettina Neumayer (VinziDach), Heinz Schoibl (Helix), Paul Weidinger (CDK/UKPPP)

Salzburg, 28.3.2022

Impressum:

Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg

c/o: Petra Geschwendtner, Soziale Arbeit gGmbH, Breitenfelderstr. 49/2, 5020 Salzburg

INHALT

Vorwort	5
Einleitung	5
Anmerkungen zu Methode und Durchführung der Erhebung.....	5
Einkommensarmut.....	6
Ausgrenzung.....	6
Seit vielen Jahren ohne eigene Wohnung.....	6
Gesundheitliche Belastung/psychische Erkrankungen.....	7
Soziale Arbeit/Grenzen der Rehabilitation psychisch kranker Frauen.....	7
Psychosoziale Versorgung/Grenzen im Umgang mit Obdachlosigkeit.....	8
Schlussfolgerung.....	8
Qualitative Ergänzungen und Aktualisierungen der Erhebung.....	9
Ergebnisse aus der Fokusgruppe und Auszüge aus Interviews mit Expert*innen.....	9
Schlaglichter aus der Fragebogenerhebung und der Sichtung von Konzepten.....	10
Methoden der Psycho-/Sozialen Arbeit – Begriffsklärungen.....	14
Leitlinie: Handlungseinheit aus Planung, (Aktions-)Forschung und Hilfe.....	14
Handlungsleitende Arbeitsprinzipien.....	14
Individualisierung.....	16
Intersektionaler Ansatz.....	17
Vernetzung und bereichsübergreifende Zusammenarbeit.....	18
Casemanagement.....	19
Sozial-/psychiatrische Diagnostik.....	21
Niederschwelligkeit.....	25
Streetwork.....	26
Ermächtigung/Empowerment/Parteiliche Hilfeplanung.....	29
Qualitätssicherung.....	31
Strukturqualität.....	31
Prozessqualität.....	32
Ergebnisqualität.....	33
Psychosoziale (Wohn-)Betreuung von Obdachlosen in Salzburg.....	34
Konzept.....	37
Zielgruppe.....	37
Zielrahmen.....	37
Trägerstruktur/Overhead und Geschäftsführung (fortlaufend ab Start).....	37
Qualitätssicherung (fortlaufend, ab Start).....	38

Stufenförmiger Aufbau der Hilfevorsorgen.....	38
Phase 1: Angebotsschiene Streetwork und Anlaufstelle (ab Start fortlaufend).....	39
Phase 2: Tageszentrum für Frauen (ab dem 6. Monat nach Projektstart)	40
Phase 3: Angebotsschiene Casemanagement (ab dem 8. Monat des Projekts)	40
Phase 4: (temporäres) Notwohnen (ab dem 10. Monat nach Projektstart).....	41
Phase 5: Betreutes Wohnen (dauerhaft)	42
Phase 6: Ablöse in selbstständige Wohn- und Lebensform	42
Literatur und verwendete Materialien	43
Endnoten	45

VORWORT

In den vergangenen dreißig Jahren hat das **Forum Wohnungslosenhilfe** (F-WLH) wiederholt und systematisch auf Probleme in der Versorgung von psychisch kranken obdachlosen Männern und Frauen hingewiesenⁱ. Trotz kontinuierlicher sowohl quantitativer als auch qualitativer Verbesserungen der Hilfevorsorgen für die Zielgruppe wohnungsloser Personen und Haushalte hat sich die Versorgungssicherheit für Menschen mit kumulierten Problemlagen (Obdachlosigkeit und psychische Erkrankungen) nicht ausreichend verbessert. Insbesondere betrifft dies **obdachlose Frauen mit psychischen Erkrankungen**.

Deshalb hat sich 2018 im Rahmen des F-WLH eine kleine Arbeitsgruppe gebildet, in der Vertreter*innen der unterschiedlichen Segmente des Hilfenetzwerks (Wohnungslosenhilfe, Frauenhilfe, Bewährungshilfe, Psychiatrie und Sozialforschung) zusammenarbeiteten, um Grundlagen für die Erarbeitung von Lösungsansätzen bereit zu stellen und die zielgruppenspezifische Weiterentwicklung von bedarfsorientierten Hilfen voranzutreibenⁱⁱ.

EINLEITUNG

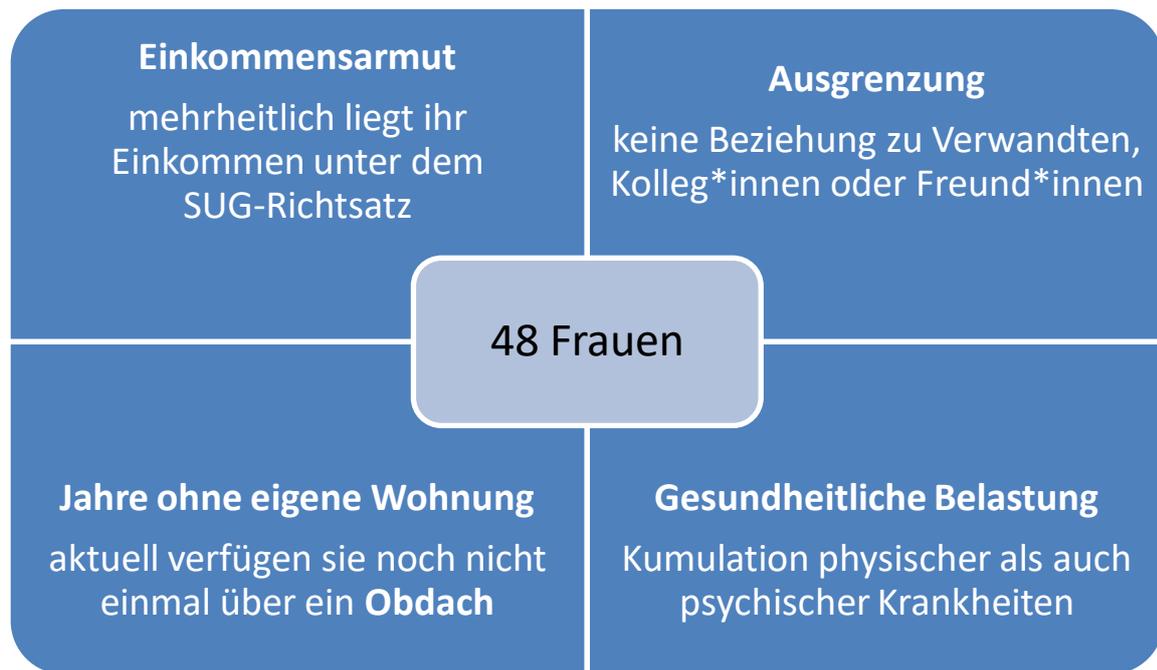
Nach längerer Vorlaufzeit hat das F-WLH Salzburg im Zeitraum 5/2020 bis 5/2021 eine **systematische Erhebung zur Obdachlosigkeit von Frauen mit psychischen Erkrankungen** in Salzburg realisiert. An der Fragebogenerhebung haben Mitarbeiter*innen von insgesamt acht Trägern von sozialen, Gewaltschutz- sowie Gesundheits-Einrichtungen teilgenommen. Die differenziert dokumentierten Frauen sind teils chronisch/teils wiederholt obdachlos, stehen in mehr/minder regelmäßigem Kontakt mit Sozial-/Gesundheits- oder Gewaltschutzeinrichtungen, können jedoch vorhandene Hilfeangebote zur Bewältigung ihrer existenziellen Notlage nicht nachhaltig nutzen.

ANMERKUNGEN ZU METHODE UND DURCHFÜHRUNG DER ERHEBUNG

In einer schriftlichen Aussendung wurden Mitarbeiter*innen von Sozial-, Gesundheits- sowie Gewaltschutzeinrichtungen im engeren Umfeld der Stadt Salzburg eingeladen, jene Frauen mit den Kennzeichen „obdachlos“ und „psychisch krank“ zu dokumentieren, die im Zeitraum 5/2020 bis 5/2021 in Kontakt zur Einrichtung standen.

Für qualitative Detailangaben wurde ein Fragebogen in analoger sowie virtueller Form übermittelt. Die gesammelten Daten wurden mittels SPSS anonymisiert und ausgewertet.

Bilanz 2020 – 2021: 48 Frauen in existentieller Not



EINKOMMENSARMUT

Nur eine kleine Minderheit (6%) bezieht ein reguläres Einkommen aus unselbstständiger Arbeit. Die große Mehrheit bezieht Einkommen aus dem 1. sowie 2. sozialen Netz. Einige (6%) sind darüber hinaus mittellos und auf Spenden angewiesen. Bei den meisten Frauen (59%) liegt das Einkommen z.T. erheblich unter dem Richtsatz der Sozialunterstützung von € 949.

AUSGRENZUNG

Die ökonomisch prekäre Situation sowie zahlreiche soziale und gesundheitliche Faktoren führen zur Ausgrenzung der einzelnen Frauen. Die Studie konnte mittels Netzwerkkarte deutlich aufzeigen, dass das soziale und emotionale Netzwerk der betroffenen Frauen sehr dünn aussieht. Ein wichtiger (stabiler) Teil der Sozialkontakte der betroffenen Frauen stammt aus professionellen Hilfesystemen, wobei auch diese Beziehungen in vielen Fällen im Sinne professioneller Distanz als eher distanziert eingeschätzt werden.

SEIT VIELEN JAHREN OHNE EIGENE WOHNUNG

Der Wohnstatus der obdachlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen hebt eine temporäre Nutzung von Nächtigungsangeboten in Notschlafstellen oder Schutzwohnungen hervor. Einige Frauen finden mehr/minder übergangsweise eine Unterkunft bei Bekannten. Eine wichtige Rolle spielen daneben prekäre Unterkünfte in (Billig)Pensionen. Insgesamt fünf Frauen (10%) nächtigen aktuell in Abbruchhäusern oder überhaupt im Freien.

Die Ergebnisse verdeutlichen einen engen Zusammenhang aus Armut, niedrigem Einkommen, Mangel an verfügbaren leistbaren Wohnungen sowie einem sozialen Umfeld, das mit der Kumulation aus Armut und psychischer Beeinträchtigung nicht zurande kommt.

GESUNDHEITLICHE BELASTUNG/PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Mehr als die Hälfte der dokumentierten Frauen sind in der Christian Doppler-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (CDK/UKPPP) bekannt, meist liegen Mehrfachdiagnosen vor, psychische Erkrankungen sind chronifiziert. Nur bei einem Drittel der dokumentierten Frauen wird Krankheitseinsicht angenommen, das erklärt die Nicht-Inanspruchnahme von psychiatrischer Behandlung. Dementsprechend zeigt auch die Soziale Arbeit der CDK/UKPPP, dass wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung häufig Hilfsangebote nicht annehmen (können), sondern in prekäre Wohnsituationen/Beziehungen zurückkehren und sich bedeckt halten, wo und wie sie wohnen.

Non-Compliance betrifft alle Angebote der Wohnungslosenhilfe und Sozialberatung – die Klientinnen sind meist misstrauisch, ungeduldig und fühlen sich ungerecht behandelt, lehnen institutionelle Hilfen und betreutes Wohnen ab. So kommt es zu einer Kumulation von sozialen Problemlagen und gesundheitlichen Belastungen – von psychischen und somatischen Krankheiten.

Ergänzend kann hier festgestellt werden, dass die Sterblichkeit wohnungsloser Menschen laut Statistik Austria dramatisch erhöht ist und bei andauernder Wohnungslosigkeit die Lebenserwartung um 20 Jahre sinkt. Die Übersterblichkeit von Wohnungslosen ist bei sämtlichen Todesursachen nachweisbar: am höchsten ist das relative Sterberisiko für Menschen mit psychischen Krankheiten oder Leberzirrhose – diese Erkrankungen sind bei Wohnungslosen zehnmal häufiger für Sterbefälle verantwortlich als in der Gesamtbevölkerung.

Auswirkungen der kumulierten Belastung zeigen sich auch hinsichtlich der aktuellen Covid19-Pandemie: Impfung/Quarantäne/Entlassung aus stationärer Behandlung sind für Wohnungslose extrem erschwert bzw. unmöglich.

SOZIALE ARBEIT/GRENZEN DER REHABILITATION PSYCHISCH KRANKER FRAUEN

Die unterschiedlichen Belastungsfaktoren, auf die wir bis jetzt eingegangen sind (ökonomisch, sozial, gesundheitlich ...), sind gleichzeitig der Grund dafür, dass bestehende Angebote für die betroffenen Frauen nicht oder jeweils nur für sehr begrenzte Zeiträume angenommen werden können. Das betrifft gleichermaßen strukturelle Angebote wie Notschlafstellen als auch einzelfallbezogene und individualisierte Lösungsansätze wie etwa betreutes Wohnen.

Exemplarisch kann dies auch an der Geschichte von Frau W. verdeutlicht werden. W. erhielt vor inzwischen drei Jahren eine Wohnung und wird seither durch die Sozialarbeiter*innen von VinziDach betreut. W. verbringt aufgrund ihrer psychischen Erkrankung jedoch sehr viel Zeit in der Klinik und fühlt sich in ihrer Wohnung nicht sicher, da ihr Partner gewalttätig ist und sowohl sie selbst als auch die Nachbarschaft bedroht und tyrannisiert. Soziale und gesundheitliche Probleme machen das Leben in der Wohnung unmöglich. Dazu kommt, dass das Thema sehr schambelegt ist und dass W. für eine Heimversorgung im Albertus Magnus-Haus viel zu jung ist.

Das Gesundheitssystem ist für Wohnungslose generell nur erschwert nutzbar – besondere Angebote wie VirgilBus sind nötig, u.a. weil z.B. die dokumentierten Frauen auffällig im Sozialverhalten und häufig verwahrlost sind. Einschränkungen von Gedächtnis und Orientierung werden beschrieben, sowie affektive Störungen (Angst, Phobie, Depression...).

Psychiatrische Versorgung ist praktisch unmöglich, u.a. weil Fachärzt*innen für Psychiatrie nur nach langfristiger Terminvereinbarung in deren Praxis erreichbar sind, die psychiatrische Zentralambulanz der CDK UKPPP überlaufen und nicht für eine dauerhafte Behandlung gedacht ist.

Integrierte psychiatrische Versorgung der CDK/UKPPP kann nur stationären Patient*innen der CDK/UKPPP angeboten werden, die schriftlich zustimmen müssen, weiterbetreut zu werden. Laut Erhebung wurde mindestens die Hälfte der betroffenen Frauen noch nie stationär in der CDK/UKPPP behandelt, die übrigen meist ohne Krankheitseinsicht und häufig gegen ihren Willen. Deswegen kann diese Zielgruppe derzeit nicht von der integrierten psychiatrischen Versorgung der CDK/UKPPP profitieren.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der Blick auf die Lebens- und Bedarfslage von obdachlosen psychisch kranken Frauen zeigt exemplarisch die Grenzen des aktuellen Hilfeangebots auf und verdeutlicht großen Bedarf nach qualitativ neuen Ansätzen, um Hilfe sicherstellen und Obdachlosigkeit bewältigen zu können.

QUALITATIVE ERGÄNZUNGEN UND AKTUALISIERUNGEN DER ERHEBUNG

In Vorbereitung auf die Erarbeitung eines Abschlussberichtes sowie zum Einstieg in die Konzepterarbeitung haben wir in Ergänzung zur vorliegenden Studie ein paar qualitative Vertiefungen vorgenommen, uns in einem Schreiben an bekannte Einrichtungen in Österreich gewandt, die sich unseres Wissens nach ebenfalls mit der gegenständlichen Zielgruppe befassen und über entsprechende fachliche Erfahrungen verfügen und a) um schriftliche Unterlagen, Berichte und Konzepte gebeten und b) zu einer Fokusgruppe zum Thema eingeladen. Auf die Durchführung qualitativer Interviews mit Frauen aus der Zielgruppe mussten wir jedoch mangels personeller und finanzieller Ressourcen verzichten.

ERGEBNISSE AUS DER FOKUSGRUPPE UND AUSZÜGE AUS INTERVIEWS MIT EXPERT*INNENⁱⁱⁱ

„Von Armut und Wohnungsnot betroffene Frauen machen häufig individuelles Versagen für ihre Situation verantwortlich. Dies führt dazu, dass sie das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten verlieren und unter Versagens-Ängsten leiden.“ (Loibl)*

Die Diskussionsteilnehmerinnen betonen, dass für obdachlose Frauen mit psychischen Erkrankungen besondere Vorsorgen getroffen werden müssen:

- (pro)aktives Bemühen um Kontakt
- Paradigmenwandel: Es reicht nicht aus, wenn Einrichtungen sich bemühen, den Zugang zu ihren Angeboten niederschwellig zu halten. Darüber hinaus müssen sie ihr Kontaktangebot schlichtweg bewerben, mit „Goodies“ versüßen und konkrete (Über-)Lebenshilfen wie Dusche, Kleiderwechsel, Essen und Getränke voraussetzungslos anbieten.
- Flexibilität und Angebote nach den Bedürfnissen der Zielgruppe gestalten
- Selbstbestimmte Nutzung ermöglichen.

Im Einzelnen halten Elly Loibl und Susanne Peter fest:

Strategie der kleinen Schritte: Es braucht einen langen Atem, Flexibilität und die Bereitschaft, spontan, schnell und unbürokratisch auf Anforderungen im „Hier und Jetzt“ zu reagieren. Im Sinne einer Strategie der kleinen Schritte, kommt es darauf an, auch die kleinen Erfolge zu würdigen und ohne Erwartungsdruck darauf aufzubauen, auf die Gunst einer neuen Gelegenheit zu warten und diese dann – im Interesse und in Abstimmung mit der Zielperson zu ergreifen. Dementsprechend schlägt Elly Loibl vor, insbesondere auch im Falle von Krisen so parteilich wie möglich dranzubleiben, den Aufbau von Vertrauen nicht zu gefährden und zu hoffen, den Moment nicht zu verpassen, an dem möglicherweise weitere gemeinsame Schritte eingeleitet werden können. Dementsprechend hebt Elly Loibl als Leitsatz hervor: „In der Krise entsteht Beziehung, nicht im Gespräch hinterm Schreibtisch, nicht im Regelbetrieb, sondern dann, wenn Parteilichkeit auf dem Prüfstand steht.“

Grundsätzliche Haltung: Im Umgang mit obdachlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen ist es laut Elly Loibl und Susanne Peter besonders wichtig, a) mit ergebnisoffener Haltung und b) ohne Zielorientierung und/oder entsprechende Erwartungen c) auf einer sehr persönlichen Ebene mit diesen Frauen in Kontakt zu treten. In diesem Sinne fordern Loibl und Peter besondere Beachtung der **Begegnungsqualität** → z.B. geeignetes räumliches und zeitliches Setting, Akzeptanz, Respekt und persönliche Anerkennung. Die Frage der Begegnungsqualität ist nach Ansicht von Elly Loibl und Susanne Peter eine wesentliche Grundlage für Beziehungsorientierung und zentrale Voraussetzung für **Beziehungsarbeit**.

Zu beachten ist ihrer Ansicht nach, dass **Beziehung** erst aus der gemeinsamen **Bewältigung von Krisen** entstehen kann, dass also **Beziehungsarbeit** mit der respektvollen Bewältigung kritischer Momente – sei es in Bezug auf die Krankheit oder im Kontext der lebensweltlichen Bezüge – einsetzt.

SCHLAGLICHTER AUS DER FRAGEBOGENERHEBUNG UND DER SICHTUNG VON KONZEPTEN

Bedarfslage/n und Bedürfnisorientierung der Hilfsstruktur

Frauen verlieren mit der Wohnung auch den Schutz vor männlicher Gewalt. Sie verlieren damit den Schutz ihrer Würde als Frau*, ihrer sozialen "Gesichtswahrung", den Schutz ihrer Identität. Wohnungslose Frauen* sind als eigene Zielgruppe mit spezifischen Lebensverhältnissen und Bedürfnissen zu betrachten und benötigen spezifische Hilfsangebote. (FrauenWohnzimmer 12_2021)*

Im Einzelnen sind folgende zentralen Bedürfnisse zu beachten:

- Existentielle Grundversorgung: Körper- und Wäschepflege, Essen und bei Bedarf ein Schlafplatz
- Schutzräume zum Wohnen, insb. bei Frauen mit Gewalterfahrung, und Angebote zur Stabilisierung bzw. zur Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der psychischen und physischen Situation

Eckpfeiler bedarfsorientierter Angebote für die Zielgruppe obdachloser Frauen mit psychischen Erkrankungen sind demnach:

- **Spontaneität:** Von hoher Wichtigkeit bei dieser Zielgruppe ist es, dass es schnell gehen muss, auf ihre Wünsche einzugehen. Die Frauen stehen unter den Vorzeichen einer psychischen Erkrankung und tun sich auch deshalb schwer mit langen Kooperationsüberlegungen. Es zählt vielmehr das Hier und Jetzt.
- Angebote müssen an die Bedürfnisse der Frauen angepasst werden und sofort in Anspruch genommen werden können, ohne Terminsystem und Wartezeiten.
- Es darf nicht umgekehrt verlangt werden, dass die Frauen sich den Regeln der Angebote anzupassen haben.
- Angebote müssen niederschwellig zugänglich sein und
- ohne Formen von Zwang, z.B. zur Offenlegung eigener Bedürftigkeit, auskommen.

Beziehungsangebot: Wohnungslose Frauen finden im FrauenWohnZentrum Angebote, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Dadurch können sie Vertrauen zur Einrichtung/den Mitarbeiterinnen aufbauen, die ihnen die Inanspruchnahme der Beratung und Unterkunft erleichtert. Dazu gehören die Angebote:

- Haustiere mitzunehmen
- Sichere Verwahrung von Dokumenten und Geld für Bewohnerinnen
- Depotmöglichkeit von persönlichen Sachen für Bewohnerinnen nach dem Auszug
- Akzeptierender (möglichst gesunder) Umgang mit Sucht
- Rauchfreie Bereiche und Raucherinnenbereiche (FrauenWohnZentrum_2017)

Zielrahmen bedingungsloser Bedürfnisorientierung

Oberstes Ziel des FrauenWohnZentrums ist es, wohnungslosen Frauen Schutzräume zum Wohnen anzubieten und Angebote zu entwickeln, die ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechen und Stabilisierung und/oder Integration ermöglichen. Dadurch soll die weitere Verschlimmerung der psychischen und physischen Situation verhindert werden und die Frauen können erste Schritte zur Verbesserung ihrer Lebenslagen setzen. Generell ist sich die Fachwelt darüber einig, dass Frauen ihre Wohnungslosigkeit in versteckter Form leben. So werden leider trotz der bisher gesetzten Gender Mainstreaming Maßnahmen die gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen in überwiegenderem Maße von Männern genutzt. Daher bleibt Ziel des FrauenWohnZentrums wohnungslose Frauen und deren Notlagen im Hilfesystem sichtbar zu machen und damit den differenzierten Bedarf für frauenspezifische Einrichtungen, die sich an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen orientieren, aufzuzeigen. So soll der bisher beschrittene Weg zur Enttabuisierung von weiblicher Wohnungslosigkeit fortgesetzt werden. (FrauenWohnZentrum_2017)

Hürden auf dem Weg zur Bewältigung der kumulierten Problemlage

Der Weg zu Hilfe und Bewältigung der komplexen Bedarfslagen von obdachlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen ist mit einer Vielzahl von Hürden gepflastert.

Die per Fragebogen befragten Sozialarbeiter*innen aus den Salzburger Hilfeeinrichtungen heben hervor, dass einzelne Vorsorgen und Regulative sich als z.T. unüberwindbare Hindernisse und Hürden erweisen. Das betrifft insbesondere:

Die **Zugangsvoraussetzungen** zur Wohnungsvermittlung, wie sie analog zu den politisch fixierten Bestimmungen der Stadt Salzburg auch für das Wohnservice der Stadt sowie für den Zugang zu „Mein Zuhause“ gelten, schließen Klient*innen trotz akuter Notlage aus.

Erfolgsdruck: Viele (teil-)stationären Einrichtungen stehen insofern unter Druck, als sie

- a) weitgehende Auslastung und
- b) relativ hohe Zahlen positiver Vermittlungen nachweisen müssen und
- c) diesen Erfolgsdruck als Erwartungen und Anforderungen nach Compliance,

Krankheitseinsicht und Bereitschaft zur regelmäßigen Medikation an ihre Klient*innen weitergeben (müssen).

Komm-Struktur der Einrichtungen in Salzburg stellt eine große Hürde dar, die insb. bei psychisch labilen bis kranken Menschen nicht überwunden werden kann. Hervorzuheben sind etwa:

- Terminvereinbarungen
- Wartezeiten ohne passfähiges Überbrückungsangebot
- Aufnahmegespräche
- fehlende Schutzräume
- Zimmerkontrollen und Verhaltensregulative (z.B. Medikation, Alkoholkonsum etc.) sowie Auflagen bzgl. **pädagogischer**, „gut gemeinter“ Interventionen, um z.B. Messi-Syndrom, Konsum von Alkohol oder (illegalen) Drogen etc. einzudämmen
- vorgeschriebene Verbindlichkeiten, wie z.B. Unterschriften auf Meldezettel, (Miet-) Verträge, Hausregeln etc. sowie
- diverse Testvorgaben, z.B. ganz aktuell bzgl. COVID

Befristungen und Beziehungsabbrüche: Weitere Hürden ergeben sich auch aus den administrativen Rahmenbedingungen (teil-)stationärer Hilfen, etwa in Form einer **Befristung** von Hilfsmaßnahmen, z.B. im Betreuten Wohnen, und dem damit verbundenen ständigen Wechsel von Zuständigkeiten und Bezugspersonen. In diesem Sinne erweisen sich der stufenförmige Aufbau des Hilfesystems in Salzburg und die damit verbundenen **Bewährungsaufgaben**, bevor ein Wechsel aus einem niederschweligen Angebot (z.B. Nächtigung) in höherschwellige Angebote (z.B. betreutes Wohnen) möglich wird, als höchst ungeeignete Voraussetzung für die Arbeit mit der Zielgruppe von obdachlosen Frauen mit psychischer Erkrankung.

Bewährte Lösungsansätze für parteiliche Hilfe/n

Gelegentlich kann beobachtet werden, dass eine intensivere Versorgung erst nach einem „Totalabsturz“ möglich wird, wenn also „etwas passiert ist (z.B. ein gewalttätiger Vorfall) oder dringend passieren muss“ (z.B. eine psychiatrische Unterbringung) (SAG – AIS).

Die Sozialarbeiter*innen aus den Einrichtungen in Salzburg heben im Rahmen der Fragebogenerhebung auch positive Beobachtungen und Erfahrungen im Umgang mit Frauen der Zielgruppe hervor. Das kommt in nachstehender Sammlung von Aussagen zum Ausdruck:

Notwohnen: Von einigen Frauen wurden zeitweise niederschwellige Einrichtungen angenommen, wie etwa eine Unterkunft in den Notschlafstellen (Caritas oder die alte SAG-Winternotschlafstelle in der Linzergasse) oder Torwirt (nur ein paar wenige). (SAG/AIS)

Zu beachten: Vermittlungen in betreute Wohnformen kamen nie zustande, das wurde nicht angenommen. (SAG/AIS)

Folgende **positiven Lösungsansätze** werden von Sozialarbeiter*innen aus Salzburger Einrichtungen beispielhaft hervorgehoben:

- Sozialarbeiterische Betreuung im Frauenhaus
- Privatsphäre, die im Meizuhaus für den Zeitraum von 3 Jahren, um sich zu stabilisieren und eine eigene Wohnung zu finden, geboten wird
- Privatsphäre und Freiraum in einer eigenen Wohnung
- Empowerment und Ermächtigung zur Mitbestimmung und –gestaltung der Rahmenbedingungen erweisen sich als wichtige Voraussetzung für die Integration auch schwieriger Klient*innen in der ambulanten Wohnbetreuung (SAG, VinziDach)
- sozialarbeiterische Unterstützung beim Alleinwohnen (Oase)

Stärkung der Selbsthilfekräfte der Frauen: Das Angebot des FrauenWohnZentrums soll so gestaltet sein, dass die Frauen ihre eigenen Potentiale und Möglichkeiten erkennen können, um daraus Mut und Zuversicht für eine unabhängige Lebensgestaltung zu bekommen. Dazu ist es notwendig die Individualität und Unterschiedlichkeit der Frauen zu unterstützen und sie in ihrer Persönlichkeit anzuerkennen. In den kleinen Wohngruppen mit max. neun Bewohnerinnen bieten die Einzelzimmer Rückzugsmöglichkeiten für die Frauen. Die Mitarbeiterinnen bieten die Möglichkeit für gewünschte Gespräche und Auseinandersetzungen. (Konzept FrauenWohnZentrum_2017)

LEITLINIE: HANDLUNGSEINHEIT AUS PLANUNG, (AKTIONS-)FORSCHUNG UND HILFE

Das Konzept der Aktionsforschung geht auf theoretische Impulse von Kurt Lewin zurück, der bereits in der Mitte des 20. Jahrhunderts seine psychologische Forschung von der reinen Individualpsychologie weg und hin zu einer Sozialpsychologie entwickelte. Dabei orientierte er sich an der Erkenntnis, wonach das Individuum jeweils im sozialen Raum mit seinen Abhängigkeiten und diversen Einflüssen betrachtet werden muss. Umgelegt auf das Thema der Aktionsforschung bedeutet dies wesentlich auch, dass praktische Interventionen in einem sozialen Feld (z.B. in einer Einrichtung der WLH) und deren wissenschaftliche Erkundung spiralförmig ineinandergreifen. Mit anderen Worten: Forschungsinteresse und Forschungshandeln lassen das Objekt der Forschung und den sozialen Ort der fachlichen Intervention nicht unbeeinflusst. Es ist deshalb unerlässlich, die Planung von Hilfe, eine begleitende Evaluierung der Hilferbringung und die Ausführung einer helfenden Intervention als Handlungseinheit zu begreifen.

Der Terminus Aktionsforschung bezeichnet eine sich wiederholende Spirale von drei Schritten: (1) Planung, (2) soziale Intervention im Feld und (3) Reflexion/Begleitforschung, die einen engen Zusammenhang von fortschreitender Entwicklung und laufender Veränderung konstituiert. Grundelemente einer so verstandenen Handlungseinheit aus Planung und Hilfe sind demnach:

- **wissensgeleiteter Start** durch die systematische Erkundung der Ausgangssituation und die ganzheitliche Analyse quantitativer sowie qualitativer Aspekte der Bedarfslagen
- **Partizipation** und Verständigung mit den handelnden Personen im sozialen Gefüge des Planungs-/Forschungshandelns und des psychosozialen Hilfenetzes
- **prozessbegleitende Reflexion** des Planungs-/Forschungshandelns
- **systemisches Verständnis des sozialen Ortes** aus Planung und Forschung und Hilfe
- **Parteilichkeit**: Einbeziehung der Teilnehmer*innen in das Planungs-/Forschungshandeln und in eine gemeinsame Reflexion im Sinne einer Selbstaufklärung
- **Empowerment**/Ermächtigung der Teilnehmer*innen im sozialen Ort aus Planung/Forschung/Hilfe zur Selbstaufklärung

HANDLUNGSLEITENDE ARBEITSPRINZIPIEN^{iv}

Um die Nutzer*innen und damit die angestrebten Ziele zu erreichen, gelten in allen Tätigkeitsbereichen die folgenden Arbeits- und Grundprinzipien:

- **Menschenrechte und Haltung**: Soziale Arbeit als Profession und Disziplin ist den **Menschenrechten** verpflichtet. Für die Arbeit mit der Zielgruppe der obdachlosen Frauen bedeutet das konkret das Einnehmen einer **feministischen und gesellschaftskritischen Haltung**, welche soziale Ungleichheiten, Machtdivergenzen und Diskriminierungen erkennt und benennt. Die Zielorientierung umfasst den Schutz der Frauen, die Beendigung der Gewalt, die Wahrnehmung von Opferrechten, die Verarbeitung der Gewalter-

fahrungen bis hin zur Selbstbefähigung in einen selbstbestimmten gewaltfreien Lebensentwurf.

- **Bedürfnis und Lebensweltorientierung:** Nutzer*innen werden im Kontext ihrer Lebenswelten und sozialen Bezüge wahrgenommen. Sie gelten selbst als Expert*innen der eigenen Lebenswelt. Handlungsleitend sind daher dialogische und partizipative Formen sowie die gemeinsame Reflexion von Handlungsmöglichkeiten. Die Ausgestaltung der Lebenssituation soll so selbstständig wie möglich erfolgen.
- **Inklusion:** Inklusion zielt auf die Verbesserung der Teilhabechancen der Nutzer*innen ab. Marginalisierende gesellschaftliche Mechanismen sind abzubauen, strukturelle und ökonomische Möglichkeiten der Teilhabe sollen geschaffen werden. Dieses Ziel ist sowohl gemeinsam mit den individuellen Nutzer*innen zu verfolgen, als auch im gesamtgesellschaftlichen und politischen Diskurs.
- **Partizipation:** Partizipation ist ein durchgängiges Arbeitsprinzip. Nutzer*innen werden ermutigt, ihre Herausforderungen selbstständig anzugehen und mögliche Handlungsschritte zu entwerfen und umzusetzen. Fachkräfte haben eine begleitende Funktion in diesem Prozess. Entsprechend ist eine dialogische Kommunikationsform zu wählen.
- **Wertschätzung, Respekt & Akzeptanz als Basis für die Beziehungsgestaltung:** Um eine gelingende Arbeitsbeziehung aufzubauen, muss eine empathische Haltung gegenüber den Nutzer*innen eingenommen werden. Es bedarf einer offenen, akzeptierenden Handlungsweise, die Lebensweise der Nutzer*innen muss akzeptiert werden. Nutzer*innen werden als Expert*innen der eigenen Lebenswelt wertgeschätzt. Die Nutzer*innen werden als Personen in ihrer Gesamtheit ohne Wertungen, möglichst vorurteilsfrei angenommen.
- **Freiwilligkeit:** Kontaktaufnahme, Dauer und Intensität des Kontaktes werden von den Nutzer*innen im Rahmen der Angebote entschieden. Festzuhalten ist, dass trotz der Freiwilligkeit durch die Fachkräfte intensiv versucht wird, Kontakte aufrechtzuerhalten und Angebote zu den Nutzer*innen zu tragen, anstatt auf diese zu warten. In begründeten Einzelfällen kann auch von Seite der Streetworker*innen der Kontakt beendet werden.
- **Niedrigschwelligkeit und Flexibilität:** Es wird versucht, sämtliche Bedingungen, Voraussetzungen oder sonstige Hürden, die verhindern, dass ein tragfähiger Kontakt entstehen kann oder die Nutzer*innen für sie hilfreiche Angebote wahrnehmen, niedrig zu halten. Orte und Angebote werden an die Bedürfnisse der Nutzer*innen angepasst.
- **Parteilichkeit:** Menschen haben grundlegende Rechte auf gesellschaftliche Teilhabe, was auch die sozialräumliche Aneignung des öffentlichen Raumes miteinschließt. Streetwork tritt anwaltschaftlich und parteilich für die Interessen der Nutzer*innen sowie die Förderung ihrer Entwicklung ein. Parteilichkeit bezieht sich auf das Einsetzen für soziale Gerechtigkeit und gegen Marginalisierung und Exklusion des Kreises der Nutzer*innen.
- **Vertrauensschutz und Verschwiegenheit:** Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben, sofern kein ausdrückliches Mandat besteht. Bei übergreifenden Hilfeprozessen werden die Nutzer*innen zumindest transparent informiert und im Idealfall eingebunden (siehe auch nächster Punkt, Transparenz)

- **Transparenz:** Die Mitarbeiter*innen im Arbeitsfeld verhalten sich den Nutzer*innen gegenüber transparent, d.h. sie erläutern ihren Auftrag, ihre Möglichkeiten und ihre Grenzen. Wenn andere Einrichtungen im Sinne der vermittelnden Arbeit bzw. des Case Management eingebunden werden sollen, wird dies transparent kommuniziert.
- **Professionelles Rollenverständnis und Distanz:** Die Mitarbeiter*innen des Arbeitsfeldes sind sich ihrer beruflichen Rolle als professionelle Helfer*innen bewusst und verstehen sich als Gäste in der Lebenswelt der Nutzer*innen. Sie wahren ein angemessenes und professionelles Verhältnis von Nähe und Distanz. Die Definitionshoheit über das Rollenverständnis liegt nicht im Außen, sondern bei den Sozialarbeiter*innen und Nutzer*innen.
- **Diversity-Ansatz:** Anerkennung und Wertschätzung finden unabhängig von sozialer, kultureller und ethnischer Herkunft, von Geschlecht, sexueller Orientierung, Religionszugehörigkeit, Weltanschauung, Lebensalter oder sonstigen Merkmalen wie physischer oder psychischer Erscheinungsformen statt. Die Frauen werden in ihrer Vielfältigkeit wahrgenommen.

INDIVIDUALISIERUNG

*Wir sehen, dass sehr unterschiedliche Bedürfnisse in der Zielgruppe vorliegen.
Dem muss auch das Hilfeangebot entsprechen. (SAG – AIS)*

In der Beantwortung des Fragebogens formulieren die Expert*innen der Sozialen Arbeit Anregungen und Überlegungen, wie das Arbeitsprinzip der Individualisierung eingelöst werden kann. Insbesondere betonen die Sozialarbeiter*innen den Bedarf nach einem Raum, wo die Frauen „einfach nur sein können“ und – wenn individuell nötig – auch einfach in Ruhe gelassen werden. In diesem Sinne wird überlegt, nicht eine Einrichtung für alle Frauen der Zielgruppe im Sinne von einem Haus anzustreben, sondern eine getrennte Versorgung, z.B. in einzelnen, verstreuten Wohnungen zu realisieren.

Die Sozialarbeiter*innen betonen den Bedarf nach:

- ‚wohl viel Geld, vielen Ressourcen und einem langen Atem‘ → In der Praxis der Sozialen Arbeit scheitert die Kooperation mit Frauen dieser Zielgruppe häufig, weil die nötigen Ressourcen nicht gewährleistet sind und der „lange Atem“ fehlt.
- Es braucht mehr niederschwellige Tagesstruktureinrichtungen und Anlaufstellen nur für Frauen mit Möglichkeiten zur Beratung, Körperpflege, Austausch, Gewaltprävention etc.
- Weiters müssen die Voraussetzungen für vernetzte und partizipative Hilfen, für Kooperationen etc. ausgebaut werden.
- Es fehlt an nachgehender Unterstützung beim alleine Wohnen und spezifische begleitende Dienste
- Konkrete Hilfe und Unterstützung für Frauen mit Kindern, welche in Sbg. wohnen und die Richtlinien des Wohnservice (noch) nicht erfüllen – ggf. Krisenwohnungen oder Übergangswohnungen.

Abbau der Barrieren: Trotz Bemühen um Niederschwelligkeit ist das Angebot von Housing First in Salzburg eher hochschwellig. Die zentrale Herausforderung ist wohl, dass die Leistungen an die Klient*in angepasst werden müssen und dass in diesem Sinne auch ein langer Atem von Politik und Verwaltung erforderlich wäre, z.B.: Geduld beim Nachweis von „Erfolgen“. (Fokusgruppe_24022022)

INTERSEKTIONALER ANSATZ

Frauen versuchen, ihr "Armsein" nach Möglichkeit zu verstecken, Wohnungslosigkeit zu vermeiden bzw. entstandene Wohnungslosigkeit verdeckt zu leben und ihre Notlage zu verbergen, um die gesellschaftliche Anerkennung nicht ganz zu verlieren. (FrauenWohnzimmer 12_2021)*

Intersektionale Theorien betrachten die verschiedenen Kategorien, aufgrund derer Menschen und Gruppen eine soziale Einteilung erfahren, explizit unter dem Blickwinkel von Benachteiligung und Diskriminierung. Der Fokus intersektionaler Analysen liegt dabei nicht auf den einzelnen ‚Merkmalen‘, sondern auf den Verschränkungen und Wechselwirkungen mehrerer, mehr oder weniger gleichzeitig wirkender kategorialer Zuschreibungen sowie der damit verbundenen ungleichen Verteilung von Ressourcen, Rechten und Zugängen zu bestimmten gesellschaftlichen Teilbereichen. Da die Zielgruppe obdachloser Frauen mit psychischen Erkrankungen von mehreren kategorialen Zuschreibungen betroffen ist, ist ein intersektionaler Zugang explizit notwendig.

Bei der Zielgruppe obdachloser Frauen* mit psychischen Erkrankungen ist darauf zu achten, dass ihre Bedarfslagen sehr komplex gestaltet sind. Dementsprechend stellen sich hohe Anforderungen an das Hilfesystem, um der Intersektionalität der Bedarfslage von obdachlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen begegnen zu können. Im Einzelnen sind Kombinationen aus frauenspezifischen Aspekten struktureller Armut und sozialer Ausgrenzung infolge psychischer Erkrankungen zu beachten, die sich in ihrer benachteiligenden Wirkung wechselseitig verstärken.

Strukturelle Armut: Zum einen sind Frauen* von struktureller Armut bedroht. Diese ergibt sich aus unbezahlter Haus- und Familienarbeit, Erwerbsunterbrechungen, Lohndiskriminierung sowie Ungleichverteilung von Erwerbsarbeit und Einkommen zwischen den Geschlechtern. Frauen* sind solcherart mit spezifisch weiblichen Armutsrisiken konfrontiert. Bei Beziehungskonflikten und Trennungen können ökonomische Abhängigkeiten zu finanziellen Problemen führen und in vielen Fällen in den Verlust der sicheren Unterkunft münden.

Häusliche Gewalt: Zum anderen können Frauen* aufgrund des Gewaltpotentials in Beziehungen und als Folge von Gewaltbedrohung und Gewalterfahrung auch unabhängig von wirtschaftlicher Not der Gefahr ausgesetzt sein, wohnungslos zu werden. Zu großen Teilen haben obdach- oder wohnungslose Frauen* (sexuelle) Gewalterfahrungen erlitten, die zu ihrem prekären Wohnstatus geführt haben.

Soziale Ausgrenzung: Andererseits können auch psychische Erkrankungen zu nachhaltigen Formen der sozialen Ausgrenzung, zur Einschränkung von Erwerbsfähigkeit sowie zu finanziellen Einbußen führen, die letztlich in ein Wohnprekariat münden können.

Verdeckte Wohnungslosigkeit: „Frauen* versuchen, Wohnungslosigkeit zu vermeiden bzw. entstandene Wohnungslosigkeit verdeckt zu leben und ihre Notlage zu verbessern, um die gesellschaftliche Anerkennung nicht ganz zu verlieren. Frauen* lassen sich daher auf das Unterkommen bei Zweckpartner*Innen und Zufallsbekanntschaften ein, trotz damit verbundener Schwierigkeiten. Derartige "zweckorientierte Partnerschaften" bedingen eine Lebenssituation (Gewalt in der Beziehung, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, unter Umständen auch Gelegenheitsprostitution), die schließlich von der verdeckten in die offene Wohnungslosigkeit führen kann.“ (FrauenWohnzimmer 12_2021)

Empfehlungen für intersektional ausgerichtete Schutzkonzepte umfassen u.a. den Schutzraum für Frauen*, die Anpassung der Hilfsangebote an die Bedürfnisse der Frauen, die Ermöglichung von Ermächtigungsprozessen sowie die Einführung partizipativer Strukturen (vgl. Blank 2021)

VERNETZUNG UND BEREICHSÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT

Nur durch die Vernetzung und enge Kooperation mit anderen Beratungsstellen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe für Frauen und verschiedenen Dienstleistern (Jurist*innen, Ärzt*innen, usw.) kann eine optimale Vermittlung an andere Hilfeangebote sichergestellt werden. (FrauenWohnzimmer 12_2021)*

Das bestehende Hilfesystem erreicht Frauen* mit den beschriebenen Problemlagen häufig erst, wenn die Talsohle des sozialen Abstiegs erreicht ist. Um diese Abstiegsspirale zu unterbrechen ist es notwendig, jene Angebotsformen weiterzuentwickeln, die dem differenzierten Bedarf von "verdeckt" wohnungslosen und in Armut lebenden Frauen* gerecht werden. Die bereits implementierte Umsetzung von Gender Mainstreaming in den vorhandenen Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe soll flächendeckend fortgesetzt werden. Die Erfahrungen des Frauen*Wohnzimmers sollen auch zukünftig zur Umsetzung frauengerechter Standards in der Wohnungslosenhilfe beitragen.

Das FrauenWohnzimmer arbeitet mit Einrichtungen und Institutionen innerhalb und außerhalb der Wohnungslosenhilfe zusammen. Diese Zusammenarbeit basiert auf dem Grundgedanken der Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Hilfeangebote. Es findet einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit verschiedenen Sozialeinrichtungen und Ämtern statt.

Vermittelnde Einrichtungen für das „niederschwellige Wohnen“ und das „begleitete Wohnen“ sind vor allem die niederschweligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Die Gewährleistung einer niederschweligen Aufnahme wird durch eine gute Kooperation mit Einrichtungen gewährleistet, in der die Zielgruppe des FrauenWohnZentrums betreut wird: Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe „bzWO“, Tageszentrum Josefstädterstraße „Josi“, Betreuungszentrum

„Gruft“, Kontaktstelle „aXXept“, Wiener Service für Wohnungslose „P7“, Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle „Jedmayer“, Vertretungsnetz und andere Sachwalter*innen.

Streetwork in Wien kooperiert mit der Psychiatrie und wird häufig von einer Psychiaterin begleitet. Man muss von dem weggehen, alles nach dem Ziel „Beziehungsarbeit“ auszurichten. In der Streetwork geht es darum, dass Klient*in uns wahrnehmen und auch kleine Wünsche, wie z.B. nach Kaffee, äußern kann. Es braucht einen langen Atem auf der Straße, bevor man ins Wohnen kommt. (Peter, Fokusgruppe)

CASEMANAGEMENT

*Grundsätzlich geht es im Casemanagement um die Erfassung und Verknüpfung zweier Systeme. Das Klientensystem und das Hilfesystem sollen so miteinander vernetzt werden, dass die Klient*innen die Möglichkeit erhalten, Ressourcen zu erkennen, anzufordern und anzunehmen. (Vgl. Ningel 2011: S. 93).*

Casemanagement (Fallmanagement) ist eine Methode zur Bearbeitung von hoch komplexen Fällen in der Sozialen Arbeit. Die Komplexität bezieht sich dabei nicht nur auf die Lebensführung/-bewältigung sondern auch auf die sozialen Handlungs- und Interaktionssysteme (wie z.B. Ämter/Behörden, Wohnumfeld, soziale Netze, professionelle Unterstützungsdienste etc.) der Klient*innen. Casemanagement ist aufgrund seines Ressourcenbedarfs nicht für alle Fälle in der Sozialen Arbeit die geeignete Methode, eine mittel- bis längerfristige Stabilisierung und Verbesserung der Lebensbewältigungskompetenzen der Klient*innen zu erreichen. Casemanagement lässt sich nicht ausschließlich zuordnen, weder als Methode, noch als Organisationsmodell und auch nicht als Tätigkeit (vgl. Monzer 2018: S. 1).

„Casemanagement ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC 2012)^v

Das Ziel des Casemanagements ist die Organisation und Aufrechterhaltung von Unterstützungssystemen und Versorgungsnetzwerken. Wobei die Aufgabe des Casemanagements in der Unterstützung von Menschen besteht, die unter den gegebenen persönlichen und institutionellen Voraussetzungen Schwierigkeiten haben, die richtigen Hilfen in Anspruch zu nehmen. (Vgl. Monzer 2018: S. 1-2).

Die ethische Grundlage des Handelns im Casemanagement orientiert sich an fünf zentralen Werten:

Autonomie – Casemanagement fordert und fördert die Selbstbestimmung, Entscheidungs- und Handlungsfreiheit der Adressat*innen. Casemanagement muss daher so gestaltet und vermittelt werden, sodass die Adressat*innen Entscheidungen über den Ablauf treffen können.

Gerechtigkeit – Der Zugang zu Versorgungssystemen muss für alle Adressat*innen vergleichbar sein, die Maßstäbe transparent und nachvollziehbar.

Sorge für das Wohl der Adressat*innen – Zur Vermeidung von negativen Folgen für die Adressat*innen unterliegt das Handeln schon in der Planung der Abwägung von möglichen Risiken. „Casemanager und Casemanagerinnen denken die Hilfsprozesse zu Ende...“ (DGCC 2015: S. 47)

Toleranz - Eine respektvolle, annehmende und akzeptierende Grundhaltung gegenüber den Adressat*innen und eine Orientierung an deren Lebenswelten ist für Casemanager*innen Basis der Beziehungsarbeit.

Nachhaltigkeit - Der Einsatz von Ressourcen soll so gestaltet sein, dass sie den Bedarf nicht nur kurzfristig befriedigen, sondern eine mittel- bis langfristige Erhaltung ermöglichen.

Die prozesshafte Ablaufstruktur im Casemanagement wird in einzelnen Phasen beschrieben:

- **Klärungsphase** - Der Klärungsphase kommt für die Akzeptanz von Casemanagement als Angebot für die Klientin eine sehr bedeutende Rolle zu, denn der höhere Ressourceneinsatz muss sowohl für die Klientin, die Akteur*innen und die Kostenträger*innen nachvollziehbar sein und sich auch rentieren. Diese Rentabilität bezieht sich nicht nur auf eine monetäre Einsparung, sondern auch auf eine mittel- bis langfristige Ressourcenersparnis (weniger trial and error Versuche) und natürlich auch für die Klient*innen durch einen nachhaltigen Lösungsansatz entsprechend ihren Notwendigkeiten und Bedürfnissen.
- **Assessment** - In der Fallauswahl (Klärungsphase) muss der Fall richtig eingeschätzt und bewertet werden. Diese Bewertung ist die Grundlage für die Planung der notwendigen Services. Diese Einschätzung erfolgt sowohl auf der Ebene der genauen Erhebung der Problemstellungen, Bedürfnisse, Erwartungen bzw. Vorstellungen und Ressourcen der Klientin, als auch auf der Ebene Kommunikation mit den beteiligten Akteur*innen zur Herstellung eines gemeinsamen Fallverstehens. (Monzer 2018: S. 127)
- **Planing** - Der Serviceplan enthält die Definition der Ziele anhand von S.M.A.R.T. (spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, terminiert)
 - zugeordnete Maßnahmen und Leistungen
 - Durchführende der Maßnahmen/Leistungen
 - Verantwortliche für die Maßnahmen/Leistungen
 - zeitliche Planung
 - Kosten und Kostenträger*innen (DGCC 2015, S. 21 f)
- **Linking** - Linking umfasst die konkrete Vermittlung der passgenauen Maßnahmen zur Erreichung der definierten Ziele entsprechend dem Serviceplan. Dabei müssen sowohl die entsprechende Qualität als auch Verfügbarkeit und Finanzierung berücksichtigt werden. Diese Vermittlung an weitere Dienstleister bedeutet aber nicht, dass die Case Manager*in sich zurückziehen kann und den Fall an eineN Dienstleister*in abgibt. Die Unterstützung der Klientin, auch bei möglichen notwendigen Anpassungen der Maßnahmen, ist weiterhin Aufgabe des Case Managements. Weiters muss die Vernetzung von unterschiedlichen Anbietern über die zentrale Funktion der Case Manager*in sichergestellt werden.

- **Monitoring** - Monitoring überprüft regelmäßig den Ablauf und Funktion der Maßnahmen zur Erreichung der Ziele, die im Serviceplan definiert sind. Es sichert diesen damit ab und kann bei Situationsänderungen rasch zu einer Gegensteuerung korrigierend eingreifen. Wenn die Zielerreichung nicht mehr gegen ist oder Ziele sich grundlegend geändert haben, kann ein Re-Assessment indiziert sein.
- **Beendigung und Evaluation** - „Die abschließende Bewertung des Case Managements erfolgt, wenn die Durchführung der einzelnen Leistungen abgeschlossen, deren Weiterverfolgung verbindlich von anderen Leistungsträgern/-erbringern übernommen oder ein vorzeitiger Abbruch des Case Managements ... erfolgt ist.“ (DGCC 2015, S. 29)
- Die geplante **Beendigung** eines Falles ist somit ebenfalls Teil des Ablaufes des Case Managements und des Hilfeplans und wird mit der Klient*in und Dienstleister*in geplant. Ungeplante, vorzeitige Abbrüche können sowohl durch die Klient*in als auch durch die Case Managementorganisation erfolgen. Der Abschlussbericht soll die Zusammenhänge, die Komplexität und Wechselwirkungen des Falles nachvollziehbar beschreiben und bietet auch den Klient*innen die Möglichkeit, bei wiederkehrenden Situationen selbständig mögliche gleichgelagerte Themenstellungen zu lösen.

SOZIAL-/PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIK

Als Diagnostik wird die Gesamtheit aller Maßnahmen bezeichnet, die zur Erkennung (Diagnose) einer sozialen Problemstellung (Sozialdiagnostik) bzw. einer psychischen Störung oder psychischen Erkrankung (Psychiatrische Diagnostik) führen.

Soziale Diagnostik

Soziale Diagnostik dient der Erfassung komplexer psychosozialer Problemlagen. Diese umfassen Fragen materieller Versorgung, gesellschaftlicher Inklusion und/oder Exklusion, psychischer Verarbeitungsmuster von Lebenslagen und Belastungssituationen, Beziehungs- und Kommunikationsmustern, gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen usw. (vergl. Galuske 2013: 218).

Soziale Diagnostik hat das Ziel individuelle Lebenszusammenhänge zu erfassen, zu verstehen und zu beurteilen. Sie umfasst daher nie ausschließlich nur eine technisch begründete Expertenperspektive, sondern ist immer angewiesen auf Dialog und Kommunikation mit dem Betroffenen und beteiligten AkteurInnen. Im Diagnostischen Fallverstehen werden Klassifikatorische Diagnostik, Biografiediagnostik und Lebensweltdiagnostik kombiniert.

Die in einem Hilfeprozess kombinierten unterschiedlichen Formen Sozialer Diagnostik beschreibt Heiner (2013) durch vier Typen diagnostischen Fallverstehens:

- **Orientierungsdiagnostik** – steht am Beginn eines neuen Falles oder einer neuen (Etappe der) Interventionsplanung. Einen Überblick erhalten und das gesamte Feld zu strukturieren steht hier im Mittelpunkt. Diagnostik und Indikationsstellung sind noch getrennt. Die Aufgaben der Orientierungsdiagnostik sind z.B. Risikoscreening, grobe umfassende Bestandsaufnahme, Überblick über Ressourcen, Defizite und Interessen.

- **Zuweisungsdiagnostik** – ist die Grundlage für eine (vorläufige) Auswahl geeigneter Unterstützungsangebote, die Vermittlung von Dienstleistungen sowie die klientelbezogenen Voraussetzungen der Nutzung von Hilfen.
- **Gestaltungsdiagnostik** – Informationen über Bedürfnisse und Fähigkeiten der KlientInnen werden erhoben und fließen in die Gestaltung des Kooperationsprozesses mit den KlientInnen wie auch mit dem Hilfesystem ein. Sie dient der Konkretisierung der Hilfeplanung, der individuellen Spezifikation der Zielvereinbarungen im Interaktionsprozess und einer vertiefenden biografischen Motivationsklärung.
- **Risikodiagnostik** – bei (vermuteten) aktuellen Gefährdungen, wird vorrangig die Dringlichkeit einer Intervention zur Abwendung irreversibler, dauerhafter oder schwerwiegender Schädigung eingeschätzt. Erst danach werden andere Typen Sozialer Diagnostik eingesetzt. (Vergl. Heiner 2013: 22-23).

Die sozialökologische Orientierung der Sozialen Diagnostik berücksichtigt einen Vermittlungsauftrag der Sozialen Arbeit zwischen Individuum und Gesellschaft. Dadurch zielt sie in doppelter Hinsicht auf Veränderungsnotwendigkeiten. Erstens die Veränderung der Verhältnisse, unter denen Klient*innen leben und zweitens die Unterstützung von Verhaltensweisen, mit denen diese angemessener darauf reagieren können. Diese bipolare Ausrichtung der Sozialen Diagnostik ist ein grundlegender fachlicher Standard in der Sozialen Arbeit. Auch wenn dieser methodisch sehr unterschiedlich in der Praxis ausgestaltet wird, orientiert sich das diagnostische Fallverstehen an vier professionsbegründete Prinzipien:

- Partizipative Orientierung (dialogisch, aushandlungsorientiert, beteiligungsfördernd)
- Sozialökologische Orientierung (interaktionsbezogen, umfeldbezogen, infrastrukturbezogen)
- Mehrperspektivische Orientierung (konstruktivistisch, multidimensional, historisch/biografisch)
- Reflexive Orientierung (rekursiv, informationsanalytisch, beziehungsanalytisch, falsifikatorisch) (Vergl. Heiner 2013: 27-30).

Grundsätzlich lassen sich Modelle der Sozialen Diagnostik in zwei große Gruppen einteilen:

Erstens - die rekonstruktiven Ansätze die gekennzeichnet sind durch eine „flexible, wenig vorkonstruierte, situations- und interaktionsabhängige Informationssammlung im Dialog mit den Klient*innen“ (Heiner 2010: 116 in: Galuske 2013: 224) dazu zählen Verfahren wie z.B. Fallrekonstruktion, Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnose, Ethnografische Fallarbeit, Biografische Diagnostik, Idiografische Systemmodellierung.

Zweitens – die klassifikatorischen Diagnosemodelle die versuchen, mithilfe von Fragebögen, Skalen, Diagnosetabellen, Merk- und Indikatorenlisten sowie Testverfahren die Komplexität von sozialen Phänomenen (z. B. Kindeswohl, Partizipation ...) auf ein überschaubares Maß an Parametern und Indikatoren zu reduzieren und damit handhabbar zu machen. (Vergl. Galuske 2013: 224-228)

In der praktischen Umsetzung stehen Sozialer Diagnostik eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnoseverfahren bzw. Diagnoseinstrumente zur Verfügung:^{vi}

Sichtdiagnosen – Visuelle Einschätzungen, Hausbesuche, Begehungen

Kurzdiagnosen – Vorläufige Diagnose auf Basis vorhandener Daten (VD), Presented-Problem-Analyse (PPA)

Notationssysteme – Personalliste, Crossings, Zweitfamiliennotation, Problembeschreibungsraster, Ablaufdiagramm Interventionsgeschichte, Interventionsplanung Zielraster

Netzwerkdagnostik – Netzwerkkarte, Ecomap

Biografische Diagnostik – Biografischer Zeitbalken

Lebenslegendiagnostik – Inklusions-Chart (IC3), integrachart®

Klassifikationssysteme – ICD-10 Kapitel XXI, DSM-IV Achsen IV und V, ICF^{vii}, Person-In-Environment-Classification-System (PIE)

Kooperative und Black-Box-Diagnostik – Problemranking, Skalierungen, 4-Felder-Matrix des 'Motivational Interviewing', Family Group Decision Making/Social Group Conference

Risikoabschätzung – Interventionsassessment (IA)

Symptom- und Risikofaktorenlisten – Vernachlässigung erkennen (Vergl. Pantucek 2012)

Psychiatrische Diagnostik – Die psychiatrische Diagnostik dient der Erfassung von krankheitswertigen psychischen Störungen. Sie bewegt sich auf drei Ebenen, der Symptomebene, der Syndromebene und der Diagnoseebene.

Die wichtigsten Grundlagen der psychiatrischen Diagnostik bilden:

- **Das psychiatrische Erstgespräch**

Es dient zur Erhebung der Anamnese, bestehend aus soziodemografischer Daten, aktuelle Krankheitsanamnese, weitere Vorgeschichte, körperliche Anamnese, Drogen- und Medikamentenanamnese, Familienanamnese, Biografie und aktuelle soziale Situation. Gleichzeitig dient das psychiatrische Erstgespräch auch der Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung und ermöglicht die Erhebung des psychischen Befunds.

- **Die Erhebung des psychischen (psychopathologischen) Befunds**

Dieser bezieht sich auf: äußeres Erscheinungsbild, Verhalten in der Untersuchungssituation, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, formales und inhaltliches Denken, Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Antrieb und Psychomotorik, Affektivität, Zirkadiane Besonderheiten, Suizidalität und Fremdgefährlichkeit

- **Die Klassifikatorische Diagnostik (ICD-10 und DSM-V)**

In der Psychiatrie finden zwei große Klassifikationssysteme Anwendung. Erstens die von der WHO etablierte ICD-10 (International Classification of Diseases)^{viii} und zweitens das von der American Psychiatric Association entwickelte DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Hierbei werden zur Hilfestellung bei der Diagnoseerstellung unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet (z. B. Checklisten, Strukturierte Interviews und Standardisierte Interviews).

- **Die Testpsychologie mittels Testpsychologischer Untersuchungen**

(z. B. im Bereich der Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik werden unterschiedliche Testverfahren zur Beurteilung von Konzentration und Aufmerksamkeitsleistungen oder von Gedächtnisleistungen bzw. von Persönlichkeitsstrukturen eingesetzt).

- **Die Befunddokumentation (Krankenakte)**
(mittels Anamnese, psychischer Befund und körperliche Untersuchung (Krankengeschichte), Verlauf und Epikrise (Arztbrief).
- **Die Apparative Zusatzdiagnostik**
(mittels EKG (Elektrokardiographie), EEG (Elektroenzephalographie), Polysomnographie).
- **Bildgebende Verfahren**
(z.B. CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie), SPECT (Single-Photon-Emissionscomputertomographie), PET (Positronenemissionstomographie).
- **Labordiagnostik**
(z.B. Drogenscreening, Überprüfung von Pharmakaspiegeln, Liquordiagnostik zum Ausschluss entzündlicher Gehirnerkrankungen, ...) (Vgl. Lieb 2012: 9-40; Wunn 2006: 8-9)

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes soll dazu dienen, möglichst vollständig und objektiv die vorliegenden Symptome zu erkennen. Dies ist wichtig für die Diagnoseerstellung und dient als Grundlage einer Therapie. (Wunn 2006: 5)

Für die Diagnosestellung sowie für die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen sind die nach der ICD-10 codierten Diagnosen verbindlich.^{ix}

Psychische Erkrankungen können zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität führen. Das Maß der eingeschränkten Lebensqualität wird durch die Krankheitslast charakterisiert, sie ist die Summe aus den verlorenen Lebensjahren durch vorzeitiges krankheitsbedingtes Versterben (years of life lost, YLL) und den Lebensjahren, die mit gesundheitlichen Einschränkungen durch eine Krankheit oder Behinderung verlebt wurden (years lived with disability, YLD).

Nach Hochrechnungen der WHO zum Global Burden of Disease werden im Jahr 2030 fünf der zehn Erkrankungen mit den stärksten Beeinträchtigungen aus dem Bereich der Psychiatrie kommen, nämlich Depression, Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Schizophrenien und bipolare Störungen. (Vergl. Lieb 2012: 4)

Komm-Struktur reicht nicht:

Wir dürfen nicht von den Klientinnen verlangen, dass sie sich um die Hilfe kümmern, die sie benötigen. Wichtig ist stattdessen, dass Hilfe proaktiv angeboten und bereitgehalten wird und sofort ins Handeln kommt, wenn von der Klientin Signale kommen, dass sie bereit dafür ist. (Susanne Peter, Fokusgruppe)

Am Beispiel des Frauen*Wohnzimmers/Wien können die Grundregeln und strukturellen Vorsorgen für Niederschwelligkeit verdeutlicht werden (siehe dazu: FrauenWohnzimmer 12_2021).

Danach verzichtet ein niederschwelliges Angebot → von Frauen* für Frauen*, versteht sich, auf enge **Ausschlusskriterien**: Grundsätzlich kann jede Frau* das Frauen*Wohnzimmer nutzen, welche diese Angebote zur Kommunikation und Deckung der Grundbedürfnisse braucht. Aus diesem Grund bestehen weder Beratungszwang noch "Konsumzwang" für angebotene Getränke und Speisen. Weiters ist:

- Alkoholkonsum und das Mitbringen von Hunden und anderen Haustieren erlaubt.
- Zur Zielgruppe gehören auch LGBTQIA+-Besuchende.
- Akzeptierender Umgang mit Sucht – Frauen können konsumieren, was sie wollen, ohne Stress. Im Haus wird Spritzentausch angeboten.
- Die Frauen werden ermutigt, kein Geheimnis daraus zu machen, z.B. wenn sie mal was falsch erwischt haben.
- Um diesbezüglich Vertrauen zu gewährleisten, wird auch auf Zimmerkontrollen verzichtet.

Schutzraum: Da viele Besucherinnen Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen aus der Vergangenheit zu bewältigen haben und zum Teil täglich neu erleben, haben sie ein Anrecht auf einen Raum für sich, in dem sie sich ohne Gefahr sexueller Belästigung oder (physischer oder psychischer) Gewalt frei bewegen können. (FrauenWohnzimmer 12_2021)

Identitätsstiftendes Milieu: Die Räumlichkeiten sind ansprechend, gemütlich und offen für Gestaltung, weil sie die atmosphärischen Voraussetzungen zur Entfaltung eines identitätsstiftenden Milieus schaffen sollen. Verschiedene Getränke und Speisen werden kostenlos angeboten. Es besteht weder Konsumzwang noch die Notwendigkeit zur Mitarbeit. Die ungezwungene Wohnzimmeratmosphäre ermöglicht den Frauen*, beim gemeinsamen Essen und Trinken Kontakte zu anderen Frauen* zu knüpfen und Vertrauen zu den Mitarbeiter*innen der Einrichtung aufzubauen. (FrauenWohnzimmer 12_2021)

Breite Streuung an Angeboten im FrauenWohnzimmer:

Kostenlose Essens- und Getränkeangebote: Da sich unsere Besucher*innen größtenteils in finanzieller Not befinden, werden Tee, Kaffee, Verdünnungssaft und Brote mit Aufstrich kostenlos angeboten. Besucher*innen können sich auch selbst etwas kochen. Einmal wöchentlich wird für die Besucher*innen gekocht, die Lebensmittel dafür werden unter anderem auch von der Wiener Tafel gespendet.

Angebote zur Selbstversorgung: Den Besucher*innen stehen kostenlos eine Küche, Waschmaschine, Trockner sowie ein Bügeleisen für die Kleider- und Wäschepflege zur Verfügung. Des Weiteren gibt es eine Duschkmöglichkeit.

Serviceangebote: Die Frauen* können ihre Dokumente deponieren, das Frauen*Wohnzimmer als Post- und Kontaktadresse für Ämter nützen und in Spinden ihre Kleidung verwahren. Es besteht die Möglichkeit, sich im Rahmen einer „Kontaktstellenmeldung“ anzumelden, um für Gericht, Polizei und AMS leichter erreichbar zu sein.

Tagesliegen: Die drei Tagesliegen bieten müden und erschöpften Frauen* die Möglichkeit, sich während der Öffnungszeiten des Tageszentrums einige Stunden auszuruhen und auszuschlafen.

Flohmärkte: Flohmärkte für die Besucher*innen, bei denen gespendete Frauenkleidung, Schuhe, Geschirr und Krimskrams erworben werden kann, finden monatlich statt.

Veranstaltungsabende: Durchschnittlich alle 2 Monate finden am Samstagabend Veranstaltungen zu verschiedenen Themen statt. So werden gemeinsam Jahresfeste (Weihnachten, Silvester, Fasching, Ostern) und Motto-Feste (z.B. Sommerfest, Grillfest) gefeiert und genossen. Diese geselligen Abendveranstaltungen sollen das Identitätsgefühl der Frauen* stärken. (FrauenWohnzimmer 12_2021)

Niederschwelliges Wohnen: Der Wohnbereich ist gekennzeichnet durch die Niederschwelligkeit, bei Tag und Nacht ist Vergabe der Einzelwohnplätze möglich. Mit den Bewohnerinnen werden keine Betreuungsvereinbarungen im Sinne einer bestimmten Zielerreichung eingegangen und die Frauen brauchen keiner sozialarbeiterischen Betreuung zustimmen. Grundsätzlich wird bei jeder Frau, die im „Niederschwelligen Wohnen“ aufgenommen wird, davon ausgegangen, dass sie ihren Wohnplatz weiterhin in Anspruch nimmt. Das Wohn-Angebot soll in der Einstiegsphase vorübergehend bis zu einem Monat auch anonym und kostenlos genutzt werden können. In diesem Wohnbereich ist die Zielsetzung die Niederschwelligkeit, vor allem psychisch auffälligen Frauen und suchtabhängigen Frauen die Inanspruchnahme eines Wohnplatzes und damit auch eine Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes zu ermöglichen. Ziel ist auch, geeignete, individuelle Betreuungsformen zu finden und die Finanzsituation zu klären, um eine langfristige Wohnplatzsicherung (z.B. im Begleiteten Wohnen, Sozialbetreutes Wohnen, Gemeindeförderung) zu ermöglichen. Das „niederschwellige Wohnen“ ist aufgrund der Praxis nicht mehr spezifischen Wohnplätzen zugeteilt, sondern im gesamten Wohnbereich, in Zimmern oder Wohnungen umgesetzt. Es ist die Einzugs- und Ankommens-Phase im Wohnen. (Konzept FrauenWohnZentrum_2017)

Männerfreier Schutzraum: Da viele Frauen Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen aus der Vergangenheit zu bewältigen haben und zum Teil täglich neu erleben, haben sie ein Anrecht auf Räume für sich, in denen sie sich ohne Gefahr sexueller Belästigung oder (physischer oder psychischer) Gewalt frei bewegen können. (Konzept FrauenWohnZentrum_2017)

Streetwork bezeichnet eine methodische Vorgangsweise innerhalb verschiedener Praxisfelder der Jugend- und Sozialarbeit. Streetwork ist eine Kontaktform im Sinne aufsuchender Arbeit. Streetworker*innen arbeiten nicht (nur) in den Räumen einer Institution, sondern begeben sich (auch) in das unmittelbare Lebensumfeld ihrer Zielgruppe, indem sie deren informelle Treffpunkte (und Lebensräume) aufsuchen (Vgl. Gref 1995: 13 nach Galuske 2013: 292).

Adressat*innen von Streetwork

Zielgruppe des Angebots sind Frauen, die akut obdachlos sind oder aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, einen regulären Wohnsitz aufrecht zu erhalten und dauerhaft oder wiederholt obdachlos waren. Im Fokus stehen somit Frauen, die mit kumulierten Effekten von Armut, Ausgrenzung und psychischer Erkrankung konfrontiert sind.

Fachpolitische Abgrenzung

Wie auch in den Zielen formuliert, grenzt sich Streetwork eindeutig von sicherheits- und ordnungspolitischen Aufgaben ab. Streetworker*innen setzen auf Vertrauen aufbauende Maßnahmen der Sozialen Arbeit und müssen in ihrer Funktion für die Nutzer*innen erkennbar und transparent sein. Ein Dialog mit Behörden ist unter den geltenden datenschutzrechtlichen Auflagen möglich, muss aber im Sinne der Transparenz offen behandelt werden, auch gegenüber den Nutzer*innen.

Ziele von Streetwork

Die Ziele orientieren sich an den Fachlichen Standards 2018 der deutschen Bundesarbeitsgemeinschaft street work. mobile jugend arbeit.

Streetwork wirkt Ausgrenzungsprozessen gegenüber den Nutzer*innen entgegen. Es werden lebensweltliche Unterstützung angeboten, die soziale Inklusion gefördert und die Lebensbedingungen verbessert. Daraus ergeben sich folgende Ziele:

- Streetwork unterstützt und begleitet die Nutzer*innen bei der Entwicklung und Umsetzung ihrer Lebensperspektiven.
- Durch Streetwork wird eine belastbare und andauernde Beziehung aufgebaut und gepflegt.
- Streetwork bemüht sich darum, zusammen mit den Nutzer*innen die für sie relevanten öffentlichen Räume als nutzbare Ressourcen zu erhalten.
- Streetwork stärkt das Selbsthilfepotenzial der Nutzer*innen und hilft ihnen bei der Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten
- Streetwork unterstützt die Nutzer*innen beim Erschließen weiterführender Hilfesysteme (siehe dazu auch im Kapitel über Case Management). Im Sinne des Case Management werden Netzwerke genutzt, die sich thematisch an den Bedarfen der Nutzer*innen orientieren.
- Emanzipatorische und selbstwirksame Prozesse werden durch Streetwork unterstützt.

- Streetwork soll bei möglichst vielen potenziellen Nutzer*innen sowie deren sozialräumlichem Umfeld bekannt und akzeptiert sein.
- Streetwork versteht sich als anwaltschaftliches Sprachrohr der Nutzer*innen, was auch Öffentlichkeitsarbeit und die Sichtbarmachung von Bedürfnissen beinhaltet. Besonderes Augenmerk liegt darauf, die Nutzer*innen so zu ermächtigen, dass sie selbst die Möglichkeit zur Partizipation erhalten.
- Klar muss festgehalten werden, dass Streetwork, auch im Sinne der Anwaltschaftlichkeit/Parteilichkeit (siehe handlungsleitende Arbeitsprinzipien) keine ordnungspolitischen und polizeilichen Maßnahmen durchführt.
- Fehlende und unzureichende Angebote sollen im Rahmen des Streetwork ermittelt werden, vergleiche hierzu auch das Kapitel zur Aktionsforschung. Entsprechend wahrgenommene Lücken im Hilfesystem werden rückgemeldet, um mögliche Synergieeffekte zwischen Praxis und Sozial- und Hilfeplanung zu nutzen.

Diese Ziele konkretisieren sich vor Ort und in der Arbeit mit der individuellen Person. (vgl. bag 2018: 4)

Rahmenbedingungen von Streetwork

Die Rahmenbedingungen orientieren sich an den fachlichen Standards 2018 der deutschen Bundesarbeitsgemeinschaft street work. mobile jugend arbeit (Vgl. bag 2018: 11f. und LAG 2012: 6).

Personelle Rahmenbedingungen	Materielle Rahmenbedingungen	Strukturelle Rahmenbedingungen	Fachliche Begleitung/Reflexion
Einstellung von Fachpersonal mit entsprechendem Abschluss (Soziale Arbeit) Mindestens 2 VZÄ Ausschließlich weibliche Mitarbeiter*innen Unbefristete Arbeitsverträge Überstundenregelung und flexible Arbeitszeiten, Regelungen für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit Zusätzliche Personalmittel zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Angebote in quantitativer und qualitativer Hinsicht, wobei großer Wert auf Vernetzung und sich daraus ergebende Synergieeffekte	Geeignete niedrigschwellige Räumlichkeiten Ausstattung mit Diensthandys Angemessenes Budget für frei verfügbares Handgeld, Büroorganisation, Verwaltungskosten, Honorarmittel, Sachkosten, „Goodies“ Fahrrad und Öfitickets für notwendige Mobilität Mobile Arbeitsmaterialien	Vernetzung und Kooperation als Bestandteil des Arbeitsauftrages, wie auch im Teil Case Management vorgesehen Vertrauens- und Datenschutz sind zu gewährleisten Gesicherter Rechtsbestand durch den Träger Verbindliche Zugänge zu Ämtern und Kooperations- und Ansprechpartnern aufbauen und pflegen	Zeit und Mittel für Qualifizierte Einarbeitung in die Arbeitsfelder Regelmäßige Sozialraum- und Bedarfsanalysen Konzeptentwicklung, auch im Sinne der beschriebenen Aktionsforschung Planung, kollegiale Beratung, Teambegleitung, Teamgespräch Qualitätssicherung Supervision, Coaching, Krisenintervention Bereitschaft zur Fortbildung, Teilnahme an Fachveranstaltung Fachliteratur

gelegt wird. Gewährung der Sicherheit der Fachkräfte in besonders risikobehafteten Bereichen wie der aufsuchenden Arbeit, u.a. durch Teams von mindestens zwei Personen			
--	--	--	--

ERMÄCHTIGUNG/EMPOWERMENT/PARTEILICHE HILFEPLANUNG

Ziel des Tageszentrums ist es, die Selbsthilfekräfte der Frauen zu fördern
 sowie ihr Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu stärken,
 um sie dadurch in die Lage zu versetzen,
 ihr Leben selbst zu bestimmen und
 eigene Lösungen für Probleme zu finden.
 Dabei steht die Förderung der individuellen Fähigkeiten und
 Stärken der Frauen* im Vordergrund. (FrauenWohnzimmer 12_2021)*

Bei Empowerment handelt es sich nicht um eine Methode, sondern um ein Handlungskonzept, dem sich verschiedene Methoden zuordnen lassen. Der Fokus der Sozialen Arbeit wird auf die Selbstgestaltungskräfte der Personen, mit denen gearbeitet wird, gelegt (vgl. Sohns 2009: 76f.). Das Empowerment stammt ursprünglich aus Protestbewegungen – konkret aus dem Kontext der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung -, weswegen Gesellschaftskritik und gesellschaftlicher Wandel eine tragende Rolle spielen.

Ziele von Empowerment

- Personen sollen eigene Bedürfnisse wahrnehmen können und realistische Möglichkeiten der Umsetzung entwickeln
- Personen sollen das Gefühl haben, Veränderungen im eigenen Leben herbeiführen zu können
- Personen sollen sich für die eigenen Bedürfnisse einsetzen und Bevormundung und Überschreitungen persönlicher Grenzen entgegenreten können
- Personen sollen eigene Ressourcen organisieren und nützen können
- Personen sollen das eigene Recht zu Mitbestimmung und Teilhabe erkennen und einfordern können. (vgl. Sohns 2009: 82f.)

Sohns betont, dass die Ziele auch in der Arbeit mit Menschen, deren kognitive oder psychische Fähigkeiten eingeschränkt sind, zu verfolgen sind (vgl. Sohns 2009: 94)

Inhaltliche Gestaltung des Empowerment-Ansatzes

- **Subjektorientierung bzw. Autonomie:** Die Einzigartigkeit des Gegenübers wird anerkannt, ihren Eigenheiten wird mit Respekt begegnet. Dies ist, gerade mit dem gesellschaftskritischen Anspruch des Empowerment, nicht mit einer Individualisierung der Problemlagen in einem neoliberalen Sinn zu verwechseln; ebenso wie Empowerment nicht im Sinne „aktivierender Maßnahmen“ gelesen werden darf.
- **Umfeldorientierung:** Ressourcen und Möglichkeiten zur Veränderung sollen auch im Umfeld der Person gesucht werden, Netzwerke sollen (re-)aktiviert und aktiv zur Unterstützung der Person genutzt werden.
- **Partnerschaftlichkeit:** Beide Seiten haben Rechte und Pflichten; es wird, immer im möglichen Rahmen, versucht, überschaubare Vereinbarungen zu treffen. Dem Dialog kommt entsprechend als Kommunikationsform besondere Bedeutung zu. Gegenüber Dritten können sich Sozialarbeiter*innen auf Parteilichkeit bzw. Anwaltschaftlichkeit berufen.
- **Ressourcenorientierung:** Mit dem Empowerment-Ansatz geht ein Perspektivwechsel von den Defiziten einer Person zu deren Stärken einher. Die jeweiligen Stärken einer Person – Ressourcen – werden betont. Die Existenzgrundlagen einer Person – ihre strukturellen Ressourcen – bieten eine Grundlage für die weitere Entwicklung, weswegen der Sicherung basaler Bedürfnisse gerade in der ersten Phase besondere Bedeutung zukommt. (Sohns 2009: 83-87)
- **Anwaltschaftlichkeit:** Relevante Informationen sollen weitergegeben werden und Personen – speziell jene, für die Kommunikation eine Herausforderung darstellt – sollen dabei unterstützt werden, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen (vgl. Turbett 2014: 49f.)

QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung umfasst alle systematischen Aktivitäten im Hinblick auf Qualitätsstandards und Qualitätsanforderungen auf Ebene der Organisation, der Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen.

STRUKTURQUALITÄT

Konzept: Ausformulierte Grundlagen für planmäßiges Handeln in Form eines schriftlichen Konzeptes

Ressourcen: Ausreichend personelle, materielle und räumliche Ressourcen.

Personalmanagement: Qualifikation der Mitarbeiter*innen (Abschluss FH Soziale Arbeit o.ä. fach einschlägige Ausbildung), Einstellung nach KV SWÖ, Stellen- und Funktionsbeschreibungen, Einschulungspläne, Mitarbeiter*innen-Gespräche, Weiterbildungsangebote, Mitarbeiter*innen-Partizipation

Örtliche Nähe zur Zielgruppe: Der 1. Teil der Studie „Obdachlose Frauen* mit psychischen Erkrankungen“ fokussierte auf den Einzugsbereich der Stadt Salzburg, daher ist auch ein Standort im urbanen Raum notwendig; die Räumlichkeiten (Büro, Tagesaufenthalt, Nächtigungsmöglichkeit) befinden sich im Nahbereich von den von den Frauen im Freien gewählten Aufenthalts- und Nächtigungsplätzen, weiters fußläufig zu Ämtern, Behörden, Beratungs- und diversen Versorgungseinrichtungen (z.B. VinziBus, VirgilBus) und mit guter Anbindung ans öffentliche Verkehrsnetz.

Passfähige Raumvorsorgen: Bei den baulichen und räumlichen Gegebenheiten sind sowohl die Bedarfe der Mitarbeiter*innen als auch jene der Nutzer*innen im Hinblick auf Raumanforderungen und -größen entsprechend zu berücksichtigen; das betrifft sowohl den barrierefreien Zugang als auch Angebote zur Mitwirkung bei der individuellen Gestaltung der Räumlichkeiten.

Vernetzte Hilfe: Die enge Zusammenarbeit/vernetzte Hilfe/Casemanagement und die Vernetzung im Forum Wohnungslosenhilfe sowie die regelmäßige Teilnahme an Vernetzungen sind Vorsorgen dafür, dass sich die neue Einrichtung in der sozialen Landschaft schnell etablieren kann. Das Angebot der vernetzten Hilfe versteht sich gleichermaßen als Hol- als auch als Bring-Charakter und baut darauf, dass der Bekanntheitsgrad bei den Nutzer*innen und Netzwerkpartner*innen sich durch Kommunikations- und Wissensmanagement sowie fallbezogene Zusammenarbeit laufend erhöht.

Auf Organisationsebene wird eine Informations- und Vernetzungskultur nach innen und außen gelebt.

Kontinuierliche Entwicklung und Verbesserung: regelmäßige Klausuren und Arbeitsgruppen zur fachlichen Auseinandersetzung;

Qualitätsentwicklung: Qualitätsprobleme werden im Rahmen von Qualitätszirkeln (Arbeitsgruppe) bearbeitet und Lösungsvorschläge für inhaltliche und/oder strukturelle Modifikationen erarbeitet.

Weibliches Fachpersonal: Aufgrund der bisherigen belastenden Lebenssituation wird es den obdachlosen Frauen* erleichtert, über Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, Traumatisierungen und Ängste zu sprechen.

Fachkompetenz/Methodenkompetenz: Die Komplexität der zu bearbeitenden Problemlagen fordert eine hohe Methodenkompetenz sowie laufende Qualifizierungsmaßnahmen, Fort- und Weiterbildungen. Die Mitarbeiter*innen verfügen über Expert*innenwissen im Bereich Gewalt und Trauma und über Kenntnisse psychiatrischer Störungsbilder.

Teamarbeit: Teambesprechungen (organisatorische Abstimmungen, Fallbesprechungen) sind fixer Bestandteil.

Supervision: Unerlässlich zum Erhalt der eigenen Arbeitskraft und zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben und Herausforderungen sind Intervision und regelmäßige Supervision.

Ressourcenwissen: Der Erwerb aktueller Kenntnisse über einschlägige Sozialeinrichtungen, Ämter/Behörden, sozialrechtlichen Veränderungen gehört zum Standard.

Vernetzung: Für die Tätigkeit sind ein ständig aktualisiertes, hoch vernetztes Wissen auf verschiedenen Sachgebieten und Informationen über den Tätigkeitsumfang anderer Sozialeinrichtungen, Ämter und Behörden erforderlich. Deshalb findet zwischen den eng zusammenarbeitenden Einrichtungen regelmäßiger Kontakt statt.

Partizipation: Hilfepläne werden unter partizipativer Mitwirkung der Nutzer*innen erstellt, ebenso Interventionen gemeinsam abgestimmt.

Schnittstellen/Fallkonferenzen/Kooperationen: Mit anderen sozialen Einrichtungen und Dienstleistern (z.B. Ärzt*innen) ist man in engem Austausch und in Abstimmung betreff optimaler Nutzung von Hilfsangeboten sowie (Wohn)Versorgungsmöglichkeiten.

Beschwerdemanagement: neben der Offenheit für Feedbackkultur und der Einladung/Ermutigung zur partizipativen Mitgestaltung wird den Nutzer*innen ein Briefkasten für (anonyme) Anregungen, Beschwerden und Wünsche zur Verfügung gestellt.

Dokumentation und Leistungserfassung zur Nachvollziehbarkeit von Beratungs- und Betreuungsprozessen sowie zur Überprüfbarkeit und Absicherung.

Die Einrichtung arbeitet nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

Fachöffentlichkeit: Regelmäßige Beteiligung an fachöffentlichen und sozialpolitischen Diskursen, um die bestehenden Angebote zu überprüfen und ggf. bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Kontinuierliche Evaluation im Hinblick auf die Zufriedenheit der Frauen* (Qualität misst sich an den Nutzer*innen) sowie auf die Zielerreichung; ggf. Zielanpassung zur Erreichung bzw. Sicherstellung der Effektivität und Effizienz

Wirkdimension: Erstellung einer jährlichen Fachdokumentation.

Neben den technisch statistischen Wirkorientierungen sei an dieser Stelle hier besonders auf das **Gelegenheitsmanagement** hingewiesen, dessen Bedeutung in den Fokusgruppen von den Expert*innen unterstrichen wird. Technische Wirkungen fokussieren Zielbestimmungen mit stringenter Zielverfolgung, währenddessen die situative Wirkungslogik zwar grundsätzlich richtungsbestimmende Ziele definiert, allerdings auch offen bleibt, um auf neue Situationen reagieren und auch Umwege nehmen zu können. Letztendlich geht es alleine um die Verbesserung der Lebenssituation für die Frauen*.

PSYCHOSOZIALE (WOHN-)BETREUUNG VON OBDACHLOSEN IN SALZBURG

In Salzburg-Stadt und Umgebung gibt es eine Reihe von (teil-)stationär Unterkünften oder ambulanten Beratung/Betreuung in meist zeitlich befristeten Wohnangeboten. Nur wenige bieten dauerhafte und inklusive Wohnversorgung oder Betreuungsvorsorgen gemäß Anforderungen an Intensivbetreuung – Betreuungsschlüssel von 1:4 sowie ganztägige Präsenz von Betreuung.

Caritas Frauenwohnen: 34 (Übergangs-)Wohneinheiten für Frauen in Notlagen mit Kindern. Richtet sich an Frauen, die von Gewalt betroffen oder armutsgefährdet sind. Die Frauen sollen sich in einer nicht rund um die Uhr betreuten Einrichtung zurechtfinden und sich selbst versorgen können.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung^x möglich

Zugangsvoraussetzung: Akuter Wohnbedarf, Anspruch auf Sozialunterstützung oder Eigenfinanzierung des Kostenbeitrags

Caritas MeinZuhause: 55 (Übergangs-)Wohneinheiten für Bezieher*innen der Sozialunterstützung – in Kooperation mit einer anderen Einrichtung der Sozialen Arbeit

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: analog zu den Wohnungsvergaberichtlinien der Stadt

Caritas Albertus-Magnus Haus: Für 38 Menschen mit chronisch-psychischen Erkrankungen (27 Personen in den Wohngruppen, 9 Personen im Langzeitwohnen und zwei Personen in der Kurzzeitunterbringung).

Konditionen: dauerhafte Unterkunft, Pflege und Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: Bewilligung als Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz (Mindestalter 45 Jahre)

Caritas Altenpension: Für 32 Menschen mit chronisch-psychischen Erkrankungen.

Konditionen: dauerhafte Unterkunft, Pflege und Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: Bewilligung als Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz (Mindestalter 45 Jahre)

Caritas Stützpunktwohnen Obermoos: insgesamt 51 barrierefreien Wohnungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Zur Unterstützung gibt es einen Betreuungsstützpunkt, über den von Montag bis Freitag Unterstützung organisiert werden kann.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: Bewilligung als Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz

Caritas Wohnintegration: Unterstützung von Menschen in einer unbetreuten Pension bei der Verbesserung ihrer Wohnsituation durch Suche nach einer Wohnung oder Beratung.

Konditionen: keine eigenen Unterkünfte verfügbar, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Wohnbedarf

CDK/Integrierte Versorgung Salzburg: Multiprofessionelle Unterstützung und psychiatrische Behandlung von Personen mit psychischer Erkrankung im häuslichen Umfeld.

Konditionen: keine eigenen Unterkünfte verfügbar, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: eigenes stabiles Wohnverhältnis, Krankenversicherung, derzeit Zugang nur für Patientinnen der CDK - Univ.Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

SAG/Pension Torwirt: Kurzzeitwohnen in 10 Zimmern für wohnungs- und obdachlose Personen. Unbetreut und Aufenthalt auf einen Monat begrenzt.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Wohnbedarf

SAG/Langzeitwohnen, insbesondere Außenwohnungen: Ambulante Betreuung meist älterer Personen mit problematischen Lebenssituationen in sieben Außenwohnungen. Unbefristeter Aufenthalt.

Konditionen: dauerhafte Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Wohnbedarf, halbes Jahr Aufenthalt im Bundesland Salzburg oder 2 Jahre innerhalb der letzten 3 Jahre

SAG/Ambulant betreutes Übergangswohnen: Ambulante Betreuung von wohn- und obdachlosen erwerbsfähigen Personen in 33 Außenwohnungen. Befristeter Aufenthalt.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Wohnbedarf, halbes Jahr Aufenthalt im Bundesland Salzburg oder 2 Jahre innerhalb der letzten 3 Jahre

VinziDach – Housing First Salzburg: Ambulante Betreuung langzeitobdachloser Personen mit Doppeldiagnose (psychische und Suchterkrankung) in der eigenen Wohnung. 10-15 Kontingentwohnungen pro Jahr. Begleitung in der eigenen Wohnung für vier Jahre und Nachbetreuung.

Konditionen: Wohnbetreuung in selbstständigen Wohnungen, keine eigenen Wohnungen verfügbar, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: analog zu den Wohnungsvergaberichtlinien der Stadt

ARGE Schutzwohnungen: Schutz vor häuslicher Gewalt, Vermittlung in Folgewohnungen

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akute Gefährdung durch häusliche Gewalt

Übergangswohnungen der Stadt Salzburg für Frauen: keine Betreuung, 5 Gemeindewohnungen (wird erweitert auch für alleinerziehende Väter). Befristeter Aufenthalt.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: analog zu den Wohnungsvergaberichtlinien der Stadt

Frauentreffpunkt: Beratung, Vermittlung in geförderte oder private Wohnungen, Aufenthalts- und Kommunikationsraum

Konditionen: keine eigenen Unterkünfte verfügbar, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: Terminvereinbarung

SAFI-Salzbürger Fraueninitiative: Beratung, Case Management und Vermittlung in eigene Wohnungen (gefördert oder privat)

Konditionen: keine eigenen Unterkünfte verfügbar, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: Terminvereinbarung

SAG/Sozialberatung: Beratung und Vermittlung in betreute Wohnangebote und eigene Wohnungen (gefördert oder privat); Melde- und Postadressen

Konditionen: keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: ohne Anmeldung

Caritas/Haus Elisabeth: Beratung und Vermittlung in betreute Wohnangebote und eigene Wohnungen (gefördert oder privat), Tageszentrum

Konditionen: keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: ohne Anmeldung

ProMente Stützpunktwohnen Riedenburg: 10 barrierefreie Wohnungen für erwachsene Personen mit psychischen Erkrankungen, die in der Lage sind, gewisse Routinen selbstständig wahrzunehmen.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: analog zu den Wohnungsvergaberichtlinien der Stadt

ProMente Aktive Großfamilie: Einrichtung für Personen mit psychischer Erkrankung, die zeitlich unbegrenzte Betreuung benötigen.

Konditionen: dauerhafte betreute Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Bedarf nach Wohnbetreuung, Bewilligung Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz

ProMente Heimo-Gastager-Haus: Therapeutische Wohneinrichtung für junge Erwachsene (18-35) nach schweren psychischen Krisen und Erkrankungen. 14 möblierte Einzelzimmer, Unterstützung auf maximal drei Jahre. Für ambulant betreutes Folgewohnen stehen vier Plätze zur Verfügung. Bereitschaft zur Selbstständigkeit und Fähigkeit, auch mit betreuungsfreien Zeiten (nachts und an Wochenenden) muss gegeben sein.

Konditionen: temporäre Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Bedarf nach Wohnbetreuung, Bewilligung als Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz

ProMente Tauernhof-Südhof: Richtet sich an Personen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eine langfristige, intensive und individuelle Bezugsbetreuung rund um die Uhr benötigen. 15 Einzelzimmer mit unbegrenzter Aufenthaltsdauer.

Konditionen: dauerhafte betreute Unterkunft, Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Bedarf nach Wohnbetreuung, Bewilligung als Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz

LAUBE Mobil betreutes Wohnen: Richtet sich an Erwachsene mit chronisch psychischen Erkrankungen, wobei kein lange andauernder hoher Pflege- und Betreuungsbedarf gegeben sein darf. Zudem sind Suchterkrankungen Ausschlussgrund, die Bereitschaft zur psychiatrischen Behandlung muss gegeben sein.

Konditionen: dauerhafte betreute Unterkunft, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: akuter Bedarf nach Wohnbetreuung, Bewilligung als Hilfeleistung nach dem Salzburger Teilhabegesetz

Psychosozialer Dienst des Landes Salzburg (PSD): Aufsuchende psychosoziale Beratung und Betreuung

Konditionen: nachgehende Betreuung, keine eigenen Wohnungen, keine Intensivbetreuung möglich

Zugangsvoraussetzung: Terminvereinbarung

KONZEPT

Mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung zu den Bedarfs- und Lebenslagen obdachloser Frauen mit psychischen Erkrankungen liegen detaillierte Auskünfte über quantitative und qualitative Anforderungen an das Hilfesystem vor.

ZIELGRUPPE

der hier vorgestellten Einrichtung sind die in der Studie erfassten 48 Frauen, die im Verlauf des Jahres 2021 in Kontakt mit Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitssektors standen. Ihre Lebens- und Bedarfslage zeichnet sich durch akute Obdachlosigkeit aus. Im Verlauf des letzten Jahres waren sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage, einen regulären Wohnsitz aufrecht zu erhalten. Von zentraler Bedeutung für dieses Konzept ist jedenfalls, dass diese Frauen mit kumulierten Effekten von Armut, Ausgrenzung und psychischer Erkrankung konfrontiert sind und die Angebote der Psychiatrie, der Sozialeinrichtungen rund um die Wohnungslosenhilfe sowie der Gewaltschutzeinrichtungen nicht nutzen (können).

ZIELRAHMEN

des nachstehenden Konzepts ist die Schaffung von zielgruppenspezifischen und bedarfsorientierten Zugängen zu dauerhaften Formen der Existenz- und Wohnsicherung. Der Schwerpunkt des Projektvorschlags liegt auf der Eröffnung von Zugängen zu Hilfestellungen in Hinblick auf psychische Gesundheit, Bereitstellung von Überlebenshilfen, Gewährleistung von selbstgestalteten Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von temporären bis dauerhaften Hilfen – in jedem Fall: ohne Erfolgsdruck! In vielen Fällen wird stattdessen davon ausgegangen werden müssen, dass bereits die Annahme kleiner und temporärer Hilfestellungen einen wichtigen ersten Schritt hin in Richtung Problembewältigung darstellt.

TRÄGERSTRUKTUR/OVERHEAD UND GESCHÄFTSFÜHRUNG (FORTLAUFEND AB START)

Zumal sich die Zielgruppe dieses Projekts aus Frauen zusammensetzt, die in unterschiedlicher Intensität bei unterschiedlichen Einrichtungen und Trägerstrukturen angedockt sind, verstehen sich auch die Angebote dieses Projekts nicht als Konkurrenz zu den Leistungen, welche die Zielpersonen bereits in Anspruch nehmen, sondern stellen eine systematische bedarfsorientierte Ergänzung zu den bestehenden Angeboten dar. Die Angebote greifen jeweils auf die vorhandenen Bezugsbetreuungen zu und bieten eine unterstützende Ergänzung an. Gleichmaßen soll somit eine Vermittlung von Zielpersonen in die Angebotsstruktur als auch eine begleitende Betreuung, z.B. durch das Casemanagement, im aktuellen Betreuungsgefüge, z.B. einer betreuten Wohnform.

Der Komplexität des Betreuungsumfeldes der Zielpersonen soll durch eine **vernetzte Trägerstruktur** entsprochen werden, in dem die einzelnen in Frage kommenden Träger in Form einer ARGE zusammenarbeiten und als Träger dieses Angebotsverbunds agieren.

Geschäftsführung/Koordination und Administration: Die Vernetzung der kooperierenden Träger wird durch eine **Geschäftsführung** koordiniert und praktisch umgesetzt. Dabei orientiert sich die Geschäftsführung an den bewährten Grundstrukturen soziokratischer Organisation (vgl. Strauch & Reijmer 2018), d.h. flache Hierarchie, Verlagerung von Kompetenzen an die handelnde Ebene und weitestgehende Mitwirkung aller Mitarbeiter*innen an der Organisationsentwicklung.

Personalbedarf: 0,5 Vollzeitäquivalente für Geschäftsführung im Sinne von Koordination, Betreuung des Personalwesens, Zusammenführung der Dokumentation und Administration sowie Rechnungswesen

Raumbedarf: Büro in Vollausstattung plus Nebenräumlichkeiten für Sanitär, Besprechung und Lager; ca. 60 m²

Operatives Budget: Für die Führung der laufenden Geschäfte ist ein operatives Budget im Ausmaß von € 10.000 pro Kalenderjahr vorzusehen.

Vernetzung: Im Rahmen dieser vernetzten Hilfestruktur soll auch die Anbindung der Leistungen an bestehende Ressourcen gewährleistet und mögliche Synergieeffekte (z.B. Weitervermittlung an bestehende Angebote, z.B. Sozialberatung, Frauenwohnen, Wohnintegration, Housing First, Integrierte Versorgung etc.) genutzt werden.

QUALITÄTSSICHERUNG (FORTLAUFEND, AB START)

Im Sinne von Aktionsforschung soll in diesem Projekt auf Qualitätssicherung besonderes Augenmerk gelegt werden. Dafür sind Strukturen der teamförmigen Ausführung und der gemeinsamen Reflexion der Projektumsetzung sowie eine externe fachliche Begleitung im Kontext formativer Evaluation vorzusehen. Die Ergebnisse der begleitenden (Selbst-)Evaluation fließen in den Prozess der Projekt- und Organisationsentwicklung ein. Für den Start des Projekts ist deshalb eine öffentliche Ausschreibung zur wissenschaftlichen Begleitung vorzusehen. Die Entscheidung darüber soll dann im Rahmen der vernetzten Trägerstruktur getroffen werden. Die Kosten der externen Begleitung der Evaluation sind im Gesamtbudget zu inkludieren.

STUFENFÖRMIGER AUFBAU DER HILFEVORSORGEN

Die Erkenntnisse aus Studie und anschließender Vertiefung der Ergebnisse per Fragebogen verweisen darauf, dass die Realisierung von Hilfen auf mehreren Ebenen und in aufbauender Gestaltung erfolgen muss. Insbesondere ist demnach darauf zu achten, dass a) niederschwellig, b) aufsuchend und c) bedarfsorientiert und ergebnisoffen vorgegangen werden muss. Viel spricht dafür, dass die Hilfevorsorgen auf einen langen Atem setzen und den Zielpersonen so weit als möglich ein Freiraum für eigene Entscheidungen eingeräumen. Wir schlagen deshalb eine stufenförmige und mehrschichtige Vorgangsweise bei der Etablierung und Implementierung eines Hilfesystems für die Zielgruppe obdachloser Frauen mit psychischen Erkrankungen vor.

Grafik: Stufenförmiger Aufbau

Trägerstruktur und Overhead/Geschäftsführung					
Qualitätssicherung	Phase 1: Streetwork und Anlaufstelle (SW)				
	SW	Phase 2: Tageszentrum für Frauen (TEZ)			
		TEZ	Phase 3: Casemanagement (CM)		
	CM		Phase 4: Notwohnen, temporär, ohne zeitliches Limit (Not-W)		
			Not-W	Phase 5: betreutes Wohnen, dauerhaft (BEWO)	
	BEWO	Phase 6: Ablöse in selbstständige Lebensform			

PHASE 1: ANGEBOTSSCHIENE STREETWORK UND ANLAUFSTELLE (AB START FORTLAUFEND)

Start mit Streetwork, um einen systematischen Kontakt mit den obdachlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten. Ziel davon ist der Aufbau von Vertrauen, die Erkundung aktueller Bedürfnisse und die Gewährleistung von mehr/minder kleinen Unterstützungen.

Zeitlicher Verlauf: Start mit Beginn des Projekts, fortlaufend

Personalbedarf: 2,5 Vollzeitäquivalente – qualifizierte Sozialarbeiter*innen, nach Möglichkeit mit ergänzenden medizinischen Kenntnissen bzw. mit Kenntnissen über psychische Störungsbilder sowie aus dem Konflikt- und Deeskalationsmanagement; der Personalbedarf bestimmt sich daraus, dass jeweils 2 Fachfrauen miteinander im Einsatz sind und auch Urlaube und Krankenstände abgedeckt werden können.

Raumbedarf: Büroräumlichkeit, kleiner Aufenthaltsraum für Besprechungen im Team sowie für vereinzelte Beratungseinheiten mit Klientinnen, Lagerraum für die Aufbewahrung von Dokumenten etc. der Klientinnen, Sanitarräumlichkeiten und Küche – ca. 100 m² – im weiteren Ausbau des Projekts können diese Räumlichkeiten dann als Tageszentrum für die Klientinnen eingesetzt werden.

Operatives Budget: Für den Ankauf von diversen Überlebensmitteln/Goodies etc. ist ein operatives Budget im Ausmaß von € 5.000 pro Kalenderjahr einzuplanen.

Zielrahmen: Im Verlauf des ersten halben Jahres sollen alle obdachlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen zumindest einmalig/günstiger Weise wiederholt kontaktiert werden, die sich in der Stadt Salzburg aufhalten.

Verlaufsplanung: Das erste Halbjahr ist für den Kontaktaufbau mit allen Frauen der Zielgruppe gedacht/davon sollen 10% im ersten Jahr -> 4-5 Personen über wiederholten Kontakt in eine Beziehungsarbeit aufgenommen werden, sodass in der Folge an weiteren Schritten (Casemanagement und Aufnahme in Notwohnen gedacht werden kann; dieses Angebot soll im zweiten Jahr auf weitere 4 – 8 Personen ausgeweitet und intensiviert werden, sodass fortlaufend kontaktierte Frauen auf den Einstieg ins Casemanagement (Phase 3) vorbereitet werden können.

PHASE 2: TAGESZENTRUM FÜR FRAUEN (AB DEM 6. MONAT NACH PROJEKTSTART)

Räumliche Ressourcen (ca. 100 m²): barrierefreie Räumlichkeiten für Tagesaufenthalt sowie Nebenräumlichkeiten für Beratungsgespräche, Sanitärräumlichkeiten, Service-Einheit mit Waschmaschine und Wäsche-Trockner, versperrbare Spinde zur Verwahrung von Notwendigem, kleine Küche für Tee, Kaffee und kleine Snacks

Unterhaltungsmedien (Musik, Fernseher, Spiele, Zeitschriften, Bücher etc.)

Personalressourcen: 0,5 Vollzeitäquivalente in Ergänzung zu den Streetworkerinnen, die zumindest zeitweise in den Räumlichkeiten anwesend sind.

Zielrahmen: Das Tageszentrum ist so gestaltet, dass sich bis zu zehn Personen gleichzeitig darin aufhalten können. Gruppenbezogene Veranstaltungen sind bestenfalls als Ausnahme vom grundsätzlichen offenen und barrierefreien Aufenthalt vorzusehen.

Operatives Budget: Für den Ankauf von diversen Überlebensmitteln/Goodies etc. ist ein operatives Budget im Ausmaß von € 10.000 pro Kalenderjahr einzuplanen.

Regelwerk: Die Nutzung der Räumlichkeiten ist niederschwellig und kostenlos zu gestalten. Konkrete Serviceleistungen wie Getränke, Lebensmittel etc. sind nach Möglichkeit zum Nulltarif anzubieten.

PHASE 3: ANGEBOTSSCHIENE CASEMANAGEMENT (AB DEM 8. MONAT DES PROJEKTS)

Personalbedarf: 0,5 Vollzeitäquivalente für fünf bis acht Klientinnen. Gemäß Ausbau der Reichweite muss auch die Personalressource aufgestockt werden, sodass eine entsprechend intensive Betreuungsarbeit gewährleistet werden kann.

Raumbedarf: separater Arbeitsplatz im Umfeld des Streetworkbüros und/oder des Tageszentrums, ca. 30 m²

Zielrahmen für die Startphase: Im Verlauf der Aufbauphase des Casemanagement-Angebots (ca. 6 Monate) sollen etwa 4 - 5 Frauen aus der Gesamtzielgruppe (das entspricht einem Anteil von etwa 10%) in das Angebot des Casemanagements überwechseln und in die Erarbeitung eines koordinierten und bereichsübergreifend abgestimmten Hilfeplans aufgenommen werden.

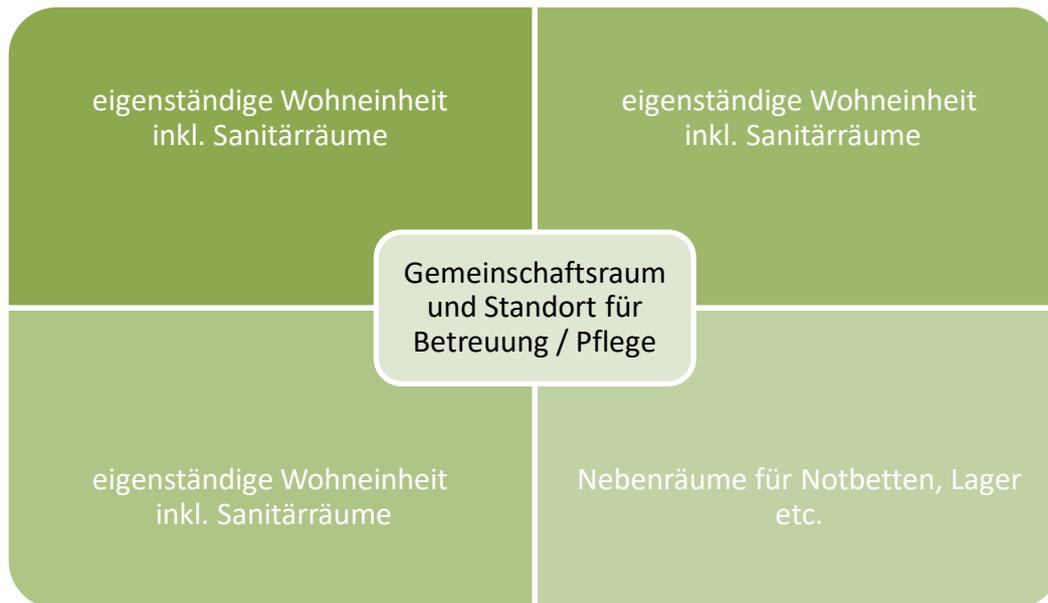
Verlaufsplanung: In den Folgejahren sollen jeweils weitere 5-8 Personen ins Casemanagement und damit in die Erarbeitung eines Hilfeplans und die (Weiter-)Vermittlung in intensiv betreutes Notwohnen aufgenommen werden.

Operatives Budget: Für laufende Telefon- und Bürokosten sowie für Reiseaufwände im Kontext der Vernetzungsaktivitäten ist ein operatives Budget in der Höhe von € 12.000 pro Kalenderjahr vorzusehen.

PHASE 4: (TEMPORÄRES) NOTWOHNEN (AB DEM 10. MONAT NACH PROJEKTSTART)

Die Vorsorge für Notwohnen muss entsprechende Standards aufweisen und gleichermaßen Intensiv-Betreuung als auch Eigenständigkeit gewährleisten. Wir denken dabei an eine Betreuungsform, wie sie im Kontext der Senior*innenarbeit bereits erfolgreich umgesetzt wurde und unter dem Terminus „Kleeblatt-Modell“ publiziert ist.

Grafik: Kleeblatt-Modell



Das Prinzip des Kleeblatt-Modells ist einfach erklärt: Rund um die Betreuungseinheit, die aus Gemeinschaftsräumen und dem Standort für Betreuung, Hauskrankenpflege und/oder integrierte psychiatrische Versorgung besteht, sind im losen Verbund weitere räumliche Einheiten angesiedelt. Im konkreten Fall sollen drei jeweils abgeschlossene Kleinwohnungen für die temporäre Aufnahme von Einzelpersonen ins Notwohnen verfügbar sein. In weiteren Nebenträumen, die direkt mit der Betreuungseinheit verbunden sind, sollen 2 – 3 Notbetten sowie räumliche Ressourcen für die Lagerung von diversen Utensilien (Goodies für Streetwork, Lebensmittel, Hygienematerial etc.) sowie für kleinere Besitztümer der Klientinnen bereits stehen.

Nachtdienst-/Betreuungszeiten vor Ort: Reguläre Präsenzzeiten von 18 – 9.00 Uhr; davon zwischen 23 und 6 Uhr schlafender Nachtdienst; insgesamt 4 Vollzeitäquivalente inkl. Nachtdienst

Intensivbetreuung: die Bewohnerinnen der Notwohnungen können auch untertags in ihren Wohnungen verweilen. Ihre Betreuung wird nicht über Präsenz in der Betreuungseinheit abgedeckt sondern auf der Grundlage individueller Betreuungsvereinbarungen.

Notfallvorsorgen: Die Mitarbeiterinnen, insb. während der Nachtstunden, können im Notfall via Alarmknopf Hilfe (z.B.: Polizei oder Rettung) anfordern.

Raumbedarf: drei Kleinwohnungen á 30 m², Betreuungseinheit inkl. Schlafräum, ca. 50m², Nebenträume für Notbetten, Lager, Hygiene- und Sanitärräumlichkeiten etc. ca. 50m²; in der Betreuungseinheit ist auch ein Nächtigungsraum für den schlafenden Nachtdienst freigehalten.

PHASE 5: BETREUTES WOHNEN (DAUERHAFT)

Das Projekt versteht sich nicht als dauerhafte Versorgungsstruktur für Klientinnen mit besonderen Bedarfslagen, sondern setzt auf Sicht auf das Generalziel: Vermittlung in selbstständige Wohn- und Lebensformen – unabhängig von einem eventuell weiterhin bestehenden Bedarf nach individueller begleitender Unterstützung.

In diesem Sinne baut das Projekt darauf, dass nach mehr/minder langen Aufenthalten im (Not-)Wohnen eine Vermittlung in ein (ambulant betreutes) Wohnverhältnis möglich ist. Dafür sollen jedoch keine projekteigenen Ressourcen aufgebaut sondern auf entsprechende Vereinbarungen mit den anderen Trägereinrichtungen im Netzwerk der Salzburger Hilfestruktur gesetzt werden.

PHASE 6: ABLÖSE IN SELBSTSTÄNDIGE WOHN- UND LEBENSFORM

Über allem steht das Ziel der Vermittlung in Selbstständigkeit, in selbstständige Wohn- und Lebensformen und Unabhängigkeit von Betreuung und begleitender Unterstützung. Wichtig erscheint diesbezüglich jedoch, dass die in Eigenständigkeit entlassene Frauen sich weiterhin darauf verlassen können, dass sie im Bedarfsfall sich an die projektspezifischen Angebote (Wohnbetreuung, Streetwork und Casemanagement) wenden können und dass ein Wiederaufnahme in Betreuung möglich ist.

LITERATUR UND VERWENDETE MATERIALIEN

- bag street work. Mobile Jugendarbeit (2018): Fachliche Standards 2018. Streetwork und Mobile Jugendarbeit, o.O.
- Blank, Beate (2021): Das Recht auf Schutz vor Gewalt gegen Frauen – ein intersektionaler Konzeptansatz. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hg.): wohnungslos. Berlin, S. 141-146
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): ICD-10 BMSGPK 2022 – Systematisches Verzeichnis. Wien: BMSGPK
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2015): Rahmenrichtlinie zur Qualitätssicherung für die vom Fonds Soziales Wien anerkannten und geförderten Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien
- DGCC – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2012): Was ist CM? Offizielle Definition der DGCC (2012). <https://www.dgcc.de/Casemanagement/> (14.03.2022)
- DGCC – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2015): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg
- FrauenWohnZentrum (2017): Konzept, Wien
- FrauenWohnZentrum (12_2021): überarbeitetes Konzept, Wien
- Früchtel, Frank/Budde, Wolfgang/Herweg, Oliver (2010): Die Entdeckung der Wirksamkeit. Von der technologischen zur sozialarbeiterischen Rationalität. In: Sozialmagazin. S. 28 – 37
- Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2013): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie.
- Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage, bearbeitet von Karin Bock u. Jessica Fernandez Martinez. Weinheim u. Basel
- Gardow, Madlen/Deobald, Olivia (2020): Freiräume und Schutzräume. Geschlechtergerechtigkeit intersektional denken und auf der Straße herstellen. In: Diebäcker, Marc/Wild, Gabriele (Hg.): Streetwork und Aufsuchende Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Wiesbaden, S. 185-204
- Heiner, Maja (2013): Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot; Glemser, Rolf (Hrsg.) (2013): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie. S. 18-34.
- Heiner, Maja (2010): Kompetent Handeln in der Sozialen Arbeit. München/Basel: Reinhardt.
- Kinder- und Jugendhilfe Oberösterreich (2002): Qualitätshandbuch Streetwork Oberösterreich, Linz.

- Lieb, Klaus; Frauenknecht, Sabine; Brunnhuber, Stefan; Wewetzer, Christoph (2012): Intensivkurs. Psychiatrie und Psychotherapie. 7. Aufl. München: Elsevier.
- Loibl, Elvira/Corazza, Elisabeth (2003): Frauengerechte Qualitätsstandards. BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien
- Monzer, Michael (2018): Case Management Grundlagen. 2. Aufl., Heidelberg: medhochzwei.
- Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. 1. Aufl., Bern u. a.: Haupt.
- Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. Aufl. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Sohns, Armin (2009): Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In: Michel-Schwarzte, Brigitta (Hg.): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden. S. 75-102.
- Strauch, Barbara/Reijmer, Annewiek (2018): Soziokratie – Kreisstrukturen als Organisationsprinzip zur Stärkung der Mitverantwortung des Einzelnen, München
- Turbett, Colin (2014): Doing Radical Social Work, Basingstoke
- Vorstand der LAG Streetwork/Mobile Jugendarbeit NRW e.V. (2012): Fachliche Standards, Düsseldorf
- Wunn, Eva (2006): Psychiatrie. 1. Aufl. München.

- i Vgl. dazu die Dokumentation der Fachtagungen des Forum Wohnungslosenhilfe: „Psychisch krank und wohnungslos? Chancen, Grenzen und aktuelle Defizite einer ganzheitlich verstandenen psychosozialen Versorgung, Salzburg 1999, sowie: „psychisch krank und wohnungslos“ Wege aus der Salzburger Versorgungskrise, Salzburg 2000
- ii In der AG Obdachlose Frauen mit psychischen Erkrankungen haben mitgewirkt: Petra Geschwendtner, Sabine Wenninger und Sabrina Stattmann (alle Soziale Arbeit gGmbH); Bettina Neumayer und Peter Linhuber (beide Vinzidach); Peter Gstöttner und Markus Walter (beide Caritas); Birgit Thaler-Haag (Frauenhaus); Gustav Holzner, Paul Weidinger und Friedrich Laimböck (alle CDK/UK für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik); Susanne Hummel-Lirsch, Nina Bernberger und Martina Spitzer (alle Verein Neustart); Heinz Schoibl (Helix – Forschung und Beratung)
- iii An der Fokusgruppe am 24.2. haben teilgenommen: Peter Linhuber (Protokoll), Bettina Neumayr (Moderation), Heinz Schoibl sowie Elly Loibl (Frauenwohntzentrum Wien), Susanne Peter (Streetwork am Hauptbahnhof Wien) und Ann Malin Schneider (DOWAS für Frauen, Innsbruck)
- iv Vgl. bag 2018: 6f./LAG 2012: 1f./Kinder- und Jugendhilfe OÖ 2002: 27-29/Gardow/Deobald 2020: 189-191
- v Die verschiedenen Arbeitszusammenhänge, in denen Casemanagement genutzt wird, führen dazu, dass dieser Handlungsansatz unterschiedliche Funktionen erfüllen kann: Die Advocacy – Funktion, die Broker-Funktion, die Gate-Keeper-Funktion und die Supporter-Funktion.
- vi Weitgehend unberücksichtigt in dieser Aufzählung bleiben, wie auch Pantucek (2012:121) selbst anmerkt, Verfahren die auf die Auswertung von Erzählungen über die Biografie zielen bzw. diverse elabourierte hermeneutische Verfahren. Weiters wären Frage- und Gesprächstechniken zur Exploration und zur Stimulation von Eigendiagnosen, Verfahren der Konfliktanalyse und Risk Assessments, sowie Reflexive und prozessorientierte Diagnostik die den Verlauf der Fallarbeit selbst in den Blick nehmen in dieser Aufzählung noch anzuführen.
- vii Die Möglichkeiten und Grenzen der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO) für die Soziale Diagnostik werden in der Fachöffentlichkeit noch immer sehr kontrovers diskutiert.
- viii Die zukünftige ICD-11 wurde erstmalig 2018 von der WHO veröffentlicht, 2019 verabschiedet und ist am 1.1.2022 in Kraft getreten. An einer deutschsprachigen Version wird noch gearbeitet, ein Zeitpunkt für die Einführung der ICD-11 in Deutschland und Österreich wurde noch nicht festgelegt, es wird mit einer Übergangszeit von ungefähr 5 Jahren gerechnet.
- ix Diagnostische Hauptgruppen nach ICD-10 Kapitel V (F00-F99) Psychische und Verhaltensstörungen – F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30-F39 Affektive Störungen, F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70-F79 Intelligenzmindering, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021).
- x Unter Intensivbetreuung verstehen wir in dieser Zusammenschau der Salzburger Einrichtungen spezifische Vorsorgen bzgl. eines Betreuungsschlüssels von 1:4 und/oder zeitliche Vorsorgen einer Rundumanwesenheit eine*r Betreuer*in im Sinne von 7 Tage/24 Stunden Präsenz.