

„Dass wirklich wer kommt, sich das anschaut und dranbleibt“

Zur Gestaltung eines mobilen Teams für
psychosoziale Versorgung in Wien: Prozesse,
Ressourcen und handlungsfeldspezifische
Problemlagen

Mag.^a Tamima Baldass
Andreas Draxler, BA
Judith Katzlinger, MA
Sophie Lehner, BA

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2019

Erstbegutachter*in: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner

Zweitbegutachter*in: FH-Prof. Dr. Tom Schmid

Abstract

Ausgangslage der vorliegenden Masterthesis ist das Phänomen, dass das notfallmedizinische System vermehrt mit Menschen mit psychosozialen Problemlagen konfrontiert ist, für die es oftmals keine geeignete Unterstützung bieten kann. In einem Forschungsteam wurde mittels ExpertInnen-Interviews und Recherchen die Frage untersucht, wie die soziale Versorgungslandschaft in Wien ergänzt werden könnte, um frühzeitig passendere Unterstützung zu vermitteln. Eine konkrete Frage war, ob die Einrichtung eines mobilen sozialarbeiterischen Teams Abhilfe schaffen könnte. Mit dem Ziel, bedarfsgerechte Empfehlungen zu erarbeiten wurden ExpertInnen aus der Praxis sozialer Arbeit, Rettung und Polizei interviewt. Es wurden bereichsspezifische Versorgungslücken und Empfehlungen erarbeitet. Die Aspekte Prozess und Ressourcen wurden bereichsübergreifend in Bezug auf die Gestaltung passender Unterstützungsangebote untersucht und wichtige Ergebnisse zu zentralen Themen wie Vernetzung, Zugänglichkeit und Betreuungsformen ermittelt. Ein weiteres Ziel war die Schaffung eines Überblicks über bestehende Angebote in Wien, der im Anhang der Arbeit gesammelt zu finden sind. Auf Basis der bestehenden Versorgungslage und der Auswertung unserer Interviews wurden Empfehlungen formuliert, die der Verbesserung des Unterstützungssystems in Wien dienen sollen. Es konnten wichtige Erkenntnisse für die Gestaltung neuer Angebote sowie die Verbesserung bestehender ermittelt werden. Der Ausbau von Angeboten nachgehender sozialer Arbeit und die Konzeptionierung eines zusätzlichen mobilen Teams kann für unterschiedliche Bereiche und Zielgruppen empfohlen werden. Eine zentrale Schlussfolgerung ist, dass auf nachhaltige Integration in die bestehenden Angebotsstrukturen und gute Koordination zu achten ist, um Ressourcen zu nutzen und Betroffenen den Zugang zu Unterstützungssystemen zu erleichtern.

This thesis is based on the phenomenon that the paramedic system is increasingly confronted with patients suffering from psycho-social issues, for which it cannot offer appropriate support. As a research team we set out to answer the question of how the supply of social services in Vienna could be complemented to provide more adequate support. One specific question was whether the formation of a mobile team for psycho-social support might provide preventive relief. Field experts from social institutions, police and ambulance were interviewed with the goal of identifying recommendations on how to meet needs at an early stage. This provided us with insightful information in relation to specific areas of social work. Furthermore, we examined overarching issues concerning processes and resources, achieving significant results regarding crucial topics such as networking, accessibility and care models. A further objective had been the creation of an overview of existing programs in the examined areas in Vienna, which can be found as an appendix to this thesis. Based on existing support structures and the evaluation of our interviews recommendations on how to improve the psycho-social support system in Vienna were developed. We concluded with valuable insights for the creation of new programs as well as for the improvement of existing support policies. Expanding offers of outreaching social work can definitely be recommended for certain areas and target groups. Our results show that careful integration into existing support structures is crucial for effective coordination, as the skills and the expertise of existing projects are of invaluable worth for sustainable improvement of the psycho-social care system in Vienna.

Inhalt

1. Einleitung.....	8
1.1 Ausgangslage des Forschungsprojektes.....	8
1.1.1 Ausgangslage Wien.....	9
1.2 Forschungsfragen.....	10
1.2.1 Hauptfrage und Unterfragen.....	10
1.3 Aufbau der Arbeit.....	11
1.4 Der Begriff „psychosozial“.....	12
2 Untersuchungsdesign.....	14
2.1 Forschungsmethoden.....	14
2.1.1 Erhebung.....	14
2.1.2 Auswertung.....	15
2.2 InterviewpartnerInnen.....	18
3 Ergebnisse zu ausgewählten Handlungsfeldern.....	20
3.1 Einleitung: Vorschau auf die folgenden Kapitel.....	20
3.2 Materielle Grundsicherung im Kontext psychosozialer Problemlagen: „Gute Sozialpolitik ist die beste Prävention für psychischen Leiden“.....	22
3.2.1 Überblick: „Armut macht krank - auch die Seele“.....	22
3.2.2 Relevanz und Bezug zum Forschungsprojekt.....	23
3.2.3 Sozialstaatliche Leistungen in Österreich und Wien.....	23
3.2.4 Überblick Versorgungsstruktur und Angebote in Wien.....	26
3.2.5 Empfehlungen: Nachgehende, an KlientInnen orientierte soziale Arbeit.....	30
3.2.6 Schlussfolgerungen mobiles Team.....	31
3.3 Wohnen an der Schnittstelle zur Delogierung.....	32
3.3.1 Bestehende Einrichtungen und Relevanz von Wohnversorgten für die Masterthese.....	32
3.3.2 Versorgungslücken: „Hilfe, wenn es fast zu spät ist.“.....	34
3.3.2.1 Delogierungsprävention.....	34
3.3.2.2 Krankheit und psychische Erkrankung in Hinblick auf Delogierungsprävention.....	36
3.3.2.3 Multiproblemlagen.....	38
3.3.3 Mobiles Team: Schnelle Hilfe zuhause, mobile Schuldnerberatung.....	39
3.4 Die Wiener Wohnungslosenhilfe: „Sich an der Lebenslage der Menschen orientieren“.....	41
3.4.1 Angebote im öffentlichen Raum.....	42
3.4.2 „Ist der öffentliche Raum für alle da?“ – Versorgungslücken in der aufsuchenden Sozialarbeit.....	44
3.4.3 Niederschwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.....	45
3.4.4 Akute Notversorgung im Winter – fehlende ganzjährige und spezifische Unterstützungsangebote.....	49
3.4.4.1 Strukturelle Ressourcen.....	49
3.4.4.2 Psychosoziale Versorgung.....	49
3.4.4.3 Spezifische Versorgung bei Krankheit und Behinderung.....	50
3.4.5 Empfehlungen für Kontext Wohnungslosenhilfe.....	51
3.4.6 Schlussfolgerungen für mobiles Team: Von akuter Intervention zu langfristiger Betreuung.....	51

3.5	Sucht: Risikoreicher, problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen	53
3.5.1	Bestehende Angebote der Suchthilfe in Wien und Relevanz für die Masterthesis	53
3.5.2	Versorgungslücken: „Wer bekommt, was er braucht?“	54
3.5.2.1	Entzug	55
3.5.2.2	Psychotherapie	55
3.5.2.3	Ältere substanzabhängige Personen	56
3.5.3	Mobiles Team: Ein Angebot mit engmaschiger Betreuung und PsychiaterInnen	56
3.6	Migration: Spezifische Zugangshürden – „Barrieren überwinden, Menschen unterstützen“	57
3.6.1	Relevanz in Bezug auf das Forschungsprojekt	57
3.6.2	Situation in Wien	58
3.6.3	Versorgungslücken und Empfehlungen	61
3.6.3.1	Sprachliche Barrieren	61
3.6.3.2	Zugang zu Informationen	61
3.6.3.3	Ältere MigrantInnen	62
3.6.3.4	Menschen ohne Anspruchsberechtigung: Wenn der politische Wille fehlt	62
3.6.3.5	Rassismus	63
3.6.4	Schlussfolgerungen mobiles Team	64
3.7	Kinder, Jugend, Familie: „Bevor der Hut brennt“	65
3.7.1	Relevanz & Bezug zum Forschungsprojekt	65
3.7.2	Gesetzliche Grundlagen: Kinderschutzgruppen & WKJHG	67
3.7.3	Überblick zu vorhandenen Angeboten im Bereich Kinder, Jugend und Familie	68
3.7.4	Versorgungssituation: Vielfältige Zielgruppen, (un-)genützte Möglichkeiten	73
3.7.4.1	Säuglinge & Kleinkinder: „Geteiltes Wien“	74
3.7.4.2	Kinder: „Übergänge schaffen – Ängste überwinden“	75
3.7.4.3	Jugendliche: „Die Ressourcen gibt's erst wenn was passiert ist“	80
3.7.5	Sonstige Versorgungslücken: Fehlende Ressourcen & spezifische Problemstellungen	81
3.7.6	Empfehlungen für ein mobiles Team: „Brücke zwischen Schule & MA11“	83
3.8	Häusliche Gewalt: „Wenn es daheim gefährlich wird“	86
3.8.1	Bezug zum Forschungsprojekt: „Das Gesundheitssystem als zentrale Anlaufstelle“	86
3.8.2	Rechtliche Rahmenbedingungen: Gewaltschutz & Gesundheitswesen	88
3.8.3	Überblick zu vorhandenen Angeboten im Bereich Häuslicher Gewalt	89
3.8.4	Versorgungssituation: „Die Politik ist derzeit nicht sehr förderlich“	92
3.8.5	Empfehlungen für ein mobiles Team: „Mit häuslicher Gewalt muss gerechnet werden“	93
3.9	Der Rettungsdienst in Wien	95
3.9.1	Bezug zum Forschungsprojekt	95
3.9.2	Lücken aus Sicht psychosozialer Fachkräfte: Wann ist die Rettung (nicht) die passende Anlaufstelle?	96
3.9.2.1	Rettungseinsätze (vermeintlich) ohne notfallmedizinische Indikation	97
3.9.2.2	Rettungseinsätze bei psychosozialen Problemstellungen	98
3.9.2.3	Rettungseinsätze als Kompensation „fehlender“ Ressourcen:	99
3.9.3	Lücken aus Sicht der Rettung: Fehlende Ressourcen und Vorkehrungen	100
3.9.3.1	Situationen und Herausforderungen	100
3.9.3.2	Vorkehrungen und Ressourcen	102
3.9.3.3	Vernetzungen	103
3.9.4	Lösungsansätze und Empfehlungen	104

4.2.2.2 Vertraulichkeit & Datenschutz: „Grundsätzlich nur mit Einwilligung“	170
4.2.2.3 Formen fallspezifischer Vernetzung: Von anonymisierten Anfragen, formellen Strukturen, persönlichem Engagement und inoffiziellen Besprechungen.....	172
4.2.3 Betreuungsdauer: „Für Beziehungsaufbau braucht es Zeit“	179
4.2.3.1 Zur Schnittstelle zwischen Akutintervention und längerfristiger Betreuung ..	179
4.2.3.2 Faktoren, die eine längerfristige Betreuung erforderlich machen	180
4.2.3.3 Bedarfsorientierte Triage: „Auslastung darf nicht dazu führen, dass ausschließlich kurzzeitige Betreuung angeboten wird“	182
4.2.4 Modelle und Formen des Unterstützungsprozesses: „Von akuter Intervention zu langfristiger Betreuung“	184
4.2.4.1 „Case-Work: „Länger und intensiver am Fall dranbleiben“	185
4.2.4.2 Dritte Säule neben Polizei und Rettung: „In akuten Situationen sozialarbeiterisch intervenieren“	188
4.2.4.3 (Niederschwelliger) Begleit- und Transportdienst: „Menschen von A nach B bringen“	189
4.2.4.4 Empfehlungen	189
4.3 Ressourcen.....	191
4.3.1 Angebotszeiten	191
4.3.2 Materielle Ressourcen	192
4.3.2.1 Mobilität	192
4.3.2.2 Standort: „Um alle zu erreichen“	192
4.3.3 Teamzusammensetzung	194
4.3.3.1 Multiprofessionalität und empfohlene Berufsgruppen	194
4.3.3.2 Mehrsprachigkeit und transkulturelle Kompetenzen	196
4.3.3.3 Ausgewogenheit der Geschlechter	196
4.3.3.4 Conclusio.....	197
4.3.4 Anforderungen für Zugänglichkeit: Niederschwelligkeit gewährleisten	198
4.3.4.1 Information/Bekanntheit	198
4.3.4.2 Scham/Unsicherheit	199
4.3.4.3 Anspruchsvoraussetzung: Probleme „dezent abfedern“	200
4.3.4.4 Zugang zu Unterstützungssystemen.....	201
4.3.5 Fallunspezifische Vernetzung: „Auf welche Netzwerke greifen Organisationen zurück?	204
4.3.5.1 Aktuell praktizierte Vernetzungsformen.....	204
4.3.5.2 Fallunspezifische Vernetzung: Zusammenfassung und Empfehlungen	208
4.3.6 Bedarfseinschätzung: Braucht es ein neues mobiles Team?	210
4.3.6.1 Es gibt Bedarf	210
4.3.6.2 Es gibt keinen Bedarf	214
4.3.7 Sonstiges.....	217
4.3.7.1 Ideen.....	217
4.3.7.2 Entwicklungen	218
4.3.7.3 Versorgungslücken.....	218

5 Relevanz der Ergebnisse für die Weiterentwicklung von Case Management 219

5.1 Alter & Pflege: Zum Case Management des Fonds Soziales Wien	219
5.2 Formen der Vermittlung & Case Management	221
5.3 Fallspezifische Vernetzung & Case Management.....	221

6	Fazit.....	224
6.1	Bereichsspezifische Versorgungslücken und Empfehlungen.....	224
6.2	Bereichsspezifische Argumente für/gegen ein zusätzliches mobiles Team.....	227
6.3	Empfehlungen für die Konzeptionalisierung eines mobilen Teams.....	228
6.3.1	Indikationen: Zielgruppen und Problemlagen.....	228
6.3.1.1	Weitere zentrale bereichsspezifische Ergebnisse.....	229
6.3.2	Strukturen und Ressourcen.....	230
6.3.2.1	Prozess.....	230
6.3.2.2	Ressourcen	232
6.3.3	Andockung an bestehende Einrichtungen.....	233
6.4	Abschließende Worte	235
6.5	Weiterführende Forschungsfragen	235
7	Literatur.....	237
8	Daten	250
8.1	Interviews.....	250
8.2	Sonstige Daten	252
8.3	Abbildungen & Tabellen.....	253
9	Abkürzungen	255
10	Anhang.....	256
10.1	Interviewleitfaden.....	256
10.2	Zu den AutorInnen	258
10.3	Danksagungen.....	259
10.4	Handbuch: „Auf einen Blick: Soziale Einrichtungen in Wien“	260
10.4.1	Erklärung zu den Tabellen.....	260
10.4.2	Materielle Grundsicherung	261
10.4.3	Wohnen	262
10.4.4	Die Wiener Wohnungslosenhilfe	263
10.4.5	Sucht.....	265
10.4.6	Migration	266
10.4.7	Kinder, Jugend, Familie	269
10.4.8	Häusliche Gewalt.....	274
10.4.9	Gesundheit	276
10.4.10	Alter & Pflege.....	277
10.4.11	Psychische Erkrankung & Krise	278
	Eidesstattliche Erklärungen	282

1. Einleitung

Die vorliegende Masterthese ist Ergebnis eines zweijährigen Forschungsprozesses einer Gruppe von vier Personen, der im Rahmen des Masterstudiums Soziale Arbeit an der Fachhochschule Sankt Pölten stattfand. Im Rahmen unseres Forschungsprojektes wurden unterschiedliche Themengebiete ausgewählt und mittels qualitativer Interviews sowie Recherchen in Bezug auf unsere Forschungsfragen untersucht. ExpertInnen aus der Praxis wurden nach einem gemeinsamen Leitfaden befragt, bereichsspezifische und bereichsübergreifende Ergebnisse ausgewertet. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse dieses Forschungsprozesses dargelegt.¹ Im folgenden ersten Abschnitt werden zunächst die Ausgangslage unseres Forschungsprojekts und unsere Forschungsfragen sowie der weitere Aufbau der Arbeit dargelegt.

1.1 Ausgangslage des Forschungsprojektes

Tamima Baldass

Ausgangspunkt des Forschungsprojektes *Community Response Team* ist das Phänomen, dass Menschen mit psychosozialen Problemlagen den Rettungsdienst in Fällen rufen, in denen das notfallmedizinische System nicht die passende Anlaufstelle ist (vgl. Redelsteiner 2014:164; Redelsteiner / Pflegerl 2015:243; Völker et al. 2016:14). Gesellschaftliche Entwicklungen wie steigende Lebenserwartung und die Verringerung sozialer Netzwerke und traditioneller Unterstützungssysteme, stehen in Zusammenhang mit dem erhöhten Aufkommen von psychischen Krisen und Krankheiten, Pflegebedarf und Überforderung (vgl. Luiz, Thomas 2008:547; Redelsteiner 2013:1; Völker et al. 2016:19f). Als rund um die Uhr erreichbares, mobil tätiges Angebot wird der Rettungsdienst vermehrt auch dann herangezogen, wenn es keine adäquate Unterstützung und Vermittlung bieten kann. Die auf Notfallmedizin ausgerichteten Systeme können auf psychosozialen Bedarf oft nicht bedarfsgerecht reagieren, erkennen ihn nicht oder haben keine Möglichkeiten an geeignete Unterstützungsangebote zu vermitteln. Wiederkehrende Hospitalisierung ohne nachhaltige Verbesserung der psychosozialen Bedarfslage der betroffenen Menschen sind ein damit zusammenhängendes Phänomen, das Lösungen erfordert (vgl. Luiz, Thomas 2008:547; Redelsteiner 2014:164; Völker et al. 2016:21).

Ziel unseres Forschungsprojektes ist zu untersuchen, welche Angebotsstrukturen sinnvoll wären, um nachhaltigere Unterstützung zu gewähren. Den betroffenen Menschen soll eine ihrem Bedarf entsprechende Versorgung vermittelt und das notfallmedizinische System zugleich entlastet werden. Aufbauend auf dem bestehenden Forschungsstand wird davon ausgegangen, dass ein mobiles sozialarbeiterisches Team sinnvoll wäre, um einen gegebenen psychosozialen Bedarf zu erfassen und adäquate Unterstützung anzubieten. Ein niederschwelliges, gut in bestehende

¹Kursiv gestellte Namen unter Überschriften verweisen auf die/den jeweilige/n VerfasserIn des Kapitels.

Versorgungsstrukturen integriertes, multiprofessionelles Angebot mit Fachkräften Sozialer Arbeit könnte das Gesundheitswesen entlasten und dabei eine nachhaltige, bedarfsgerechte Versorgung für Unterstützung suchende Menschen sichern (vgl. Bastecky et al. 2017:224f; Luiz, Thomas 2008:550).

1.1.1 Ausgangslage Wien

Während eine Untergruppe des Forschungsprojekts sich mit der Region Niederösterreich beschäftigt, fokussiert unsere Forschungsarbeit auf die Stadt Wien. Im Gegensatz zu ländlichen Regionen verfügt Wien über eine breite Fülle sozialer und psychosozialer Angebote für unterschiedliche Zielgruppen, geführt von diversen Trägern, mit je eigenen Namen, Telefonnummern und Erreichbarkeiten (vgl. Bastecky et al. 2017:48, siehe auch Abschnitt 3.). Man kann davon ausgehen, dass für NutzerInnen² und KlientInnen sozialer Dienste eine gewisse Unübersichtlichkeit dahingehend besteht, welche Einrichtung und Institution am ehesten für ihr Anliegen geeignet ist (vgl. ebd.:85f)³. Gleichzeitig stehen mobile soziale Dienste an bestimmten Randtageszeiten, Wochenenden und Feiertagen nicht zur Verfügung und sind an konzeptionelle Rahmenbedingungen gebunden. Gerade in niederschweligen Einrichtungen bleibt auf Grund komplexer Multiproblemlagen der KlientInnen auch in betreuten Einrichtungen manchmal nur das notfallmedizinische System als Ressource (vgl. ebd.:49). Dies hat zur Folge, dass psychosoziale Einrichtungen selbst den Rettungsdienst heranziehen, auch wenn dadurch keine nachhaltige Verbesserung der Situation eintritt. Das notfallmedizinische System scheint jedoch bei psychosozialen Problemlagen oft nicht geeignet, PatientInnen eine passende Unterstützungsleistung zu vermitteln (vgl. Redelsteiner / Pflegerl 2015:243; vgl. Redelsteiner 2016a:9f, 13)⁴.

Aufbauend auf der aktuellen Forschungslage gehen wir davon aus, dass eine niederschwellige Form mobiler psychosozialer Unterstützung sowohl präventiv als auch in akuten Krisensituationen Abhilfe schaffen könnte. Um bedarfsgerechte, praxisnahe Empfehlungen zu erarbeiten wurden ExpertInnen aus dem Feld sozialer und psychosozialer Arbeit, des Rettungswesens und der Polizei befragt. Wir gehen davon aus, dass die dabei erhobenen Erkenntnisse einen wichtigen Beitrag zur Erkennung von Versorgungslücken und konkrete Ansatzpunkte für Verbesserungen bieten.

Auf Basis unserer Ergebnisse wurden praxisnahe Empfehlungen zur nachhaltigen Verbesserung des psychosozialen Versorgungssystems in Wien erarbeitet. Diese sollen

² Bezüglich geschlechtsneutraler Schreibweisen haben wir uns aus pragmatischen Gründen für die Verwendung des Binnen-I's entschieden. Wir möchten jedoch anmerken, dass Zweigeschlechtlichkeit eine nicht der Realität entsprechende Konstruktion mit gewaltvoller und diskriminierender Wirkung ist. Gerade Soziale Arbeit muss sich für die Überwindung solcher Diskriminierung auf semantischer, struktureller und praktischer Ebene einsetzen, wenn sie sich nicht an bestehenden Gewaltverhältnissen beteiligen will. Konkret müssen die Lebensrealitäten von Intersexuellen Menschen, Trans_gender-Personen, u.a. wahrgenommen und berücksichtigt werden.

³ In Bezug auf psychosoziale Helplines siehe die Ergebnisse der Forschungsarbeit von Zahorka (Zahorka 2016:65).

⁴ Siehe auch die Masterthese von Novosad und Wallner, die sich mit Möglichkeiten der Lenkung psychosozialer Hilfsanfragen an geeignete Ressourcen im Rahmen des Notrufs 144 auseinandersetzen (Novosad / Wallner 2017).

der Konzeptualisierung neuer mobiler Angebote beziehungsweise der Erweiterung bestehender Angebote im Sinne einer bedarfsgerechten und ressourceneffizienten Gestaltung dienen.

1.2 Forschungsfragen

Sophie Lehner

Die forschungsleitenden Fragen bestehen aus einer Hauptfrage und drei Unterfragen, welche zum Teil mittels weiterer spezifischer Fragen vertieft werden.

1.2.1 Hauptfrage und Unterfragen

Wie können bestehende Angebote in Wien beispielsweise durch ein mobiles Team ergänzt werden, um für Menschen mit psychosozialen Problemlagen passende Unterstützung anzubieten?

Erläuterung:

Das Forschungsziel basiert auf der Masterthesis von Bastecky, Leier-Kriz, Mötzl und Wernitznig, die aufzeigt, dass Menschen mit psychosozialen Problemlagen keine passende Unterstützung erhalten und sich somit häufig an die Rettung wenden (vgl. Bastecky et al. 2017). Folgende Masterarbeit greift Versorgungslücken in spezifischen Handlungsfeldern auf und untersucht Änderungsbedarf. Dafür werden in die Befragung sowohl mobile Dienste, deren Bandbreite sich von Streetworkteams bis zu Polizei und Rettung zieht, als auch soziale Dienste, die nicht mobil tätig sind, deren fachlicher Bezug jedoch unabdinglich für diese Schwerpunktsetzung ist, einbezogen. Ebenso werden die unterschiedlichen Blickwinkel und Handlungsfelder der ExpertInnen genutzt, um die für die Klientel angepasste Unterstützung zu analysieren. Die Begriffe "psychosoziale Problemlagen" wurden gewählt, um alle Handlungsfelder und die damit verbundenen Thematiken ausreichend zu erfassen. Damit wird Bezug auf Belastungssituationen genommen, die durch psychische und/oder soziale Umstände bedingt sind. Zugleich ist damit eine Herangehensweise gekennzeichnet, die subjektiv erlebte Belastungen im Kontext gesellschaftlicher Verhältnisse wahrnimmt (vgl. Bauer 2016:382).

Unter dem Begriff "mobil" wird in dieser Thesis ein lebensweltorientierter Ansatz verstanden, der das Ziel hat, KlientInnen in deren sozialen Raum aufzusuchen. Dies ist laut Erhardt förderlich, weil der Kontakt in sozialen Einrichtungen immer an deren Voraussetzungen gebunden ist, was zum Ablehnen der Unterstützung führen kann. (vgl. Ehrhardt 2013:137–142) Wir verstehen daher unter einem mobilen Team eines, das KlientInnen aufsuchen kann, die aus unterschiedlichen Gründen Hilfe im klassischen institutionellen Kontext nicht wahrnehmen können.

Die Fragestellung zeigt auf, dass nicht nur die Konzeptionierung eines neuen Teams im Vordergrund steht, sondern auch der Aus- und Umbau bestehender Einrichtungen und dass dabei Synergie-Effekte bedacht werden müssen, um die Versorgungslücken zu schließen.

- **Welche Versorgungslücken bestehen in diversen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit und wie könnten diese gedeckt werden?**

Erläuterung: Die Masterthesis befasst sich mit den Handlungsfeldern Sucht, Wohnen, Finanzielles, Psychische Erkrankung und Krise, Migration, Gesundheit, Alter und Pflege, Kinder, Jugend, Familie, Gewalt und mit dem Bereich der Polizei. Die Themenkreise werden spezifisch behandelt, ihre enge Verwobenheit ist dennoch zu beachten.

- **Aus welchen Gründen sprechen sich die befragten ExpertInnen in Bezug auf ihr Handlungsfeld für oder gegen die Gründung eines zusätzlichen mobilen Teams für psychosoziale Versorgung aus?**
- **Welche Empfehlungen ergeben sich für die Konzeptionierung eines mobilen Teams für psychosoziale Versorgung?**
 - Auf welche Zielgruppen und Problemlagen sollte das Angebot ausgerichtet sein?
 - Welche Strukturen und Ressourcen soll das Angebot aufweisen, um für die Zielgruppe zugänglich zu sein?
 - Welche Vor- und Nachteile hätte eine Andockung des Angebots bei einer bestehenden Institution und welche Einrichtungen würden sich dafür eignen?

1.3 Aufbau der Arbeit

Im vorliegenden ersten Abschnitt wird nach erfolgter Darlegung der Ausgangslage und unserer Forschungsfragen noch der zentral verwendete Begriff „psychosozial“ erläutert. Der zweite Abschnitt behandelt das Untersuchungsdesign und stellt Forschungsmethodik und InterviewpartnerInnen dar. Im folgenden widmet sich der vierte Abschnitt ausführlich den bereichsspezifischen Ergebnissen, sowie den daraus folgenden Schlüssen in Bezug auf unsere Forschungsfragen. Der fünfte Abschnitt enthält die bereichsübergreifenden Ergebnisse unserer Forschung anhand der aus unseren qualitativen Interviews erarbeiteten Kategorien und den daraus abgeleiteten Empfehlungen in den Bereichen Prozess, Ressourcen, Bedarfseinschätzung und Sonstiges. Abschließend werden im Fazit im sechsten Abschnitt unsere Erkenntnisse und Empfehlungen zusammengefasst dargestellt.

1.4 Der Begriff „psychosozial“

Tamima Baldass

Nachdem psychosoziale Problemlagen und darauf ausgerichtete Unterstützungsangebote ein zentrales Thema unserer Forschungsarbeit sind, wird zunächst erläutert was darunter zu verstehen ist. Wir legen hier den Begriff sowie seine Bedeutung in der Formulierung „psychosoziale Problemlage“ und „psychosoziale Beratung“ im Kontext Sozialer Arbeit dar.

Der Begriff **psychosozial** verweist auf eine Sichtweise, die psychische mit sozialen Aspekten verbindet, Individuen werden im Kontext sozialer und gesellschaftlicher Verhältnisse wahrgenommen (vgl. Bauer 2016:383; Ehrhardt 2013:66f). Das heißt,

„dass menschliche Probleme, Schwierigkeiten und Konflikte sowie damit verbundene psychische und soziale Befindlichkeiten immer im Kontext bestehender soziokultureller Lebens- und Umweltbedingungen betrachtet werden. Auftretende Probleme werden nicht ausschließlich individuumszentriert verstanden, sondern innerhalb eines jeweils spezifischen gesellschaftlichen Rahmens verortet, in dem der Mensch aufwächst und lebt“ (Bamler et al. 2013:81; Bauer 2016:383).

Die Rede von **psychosozialen Problemlagen** verweist folglich darauf, dass Individuen mit ihren subjektiv erlebten Problemen im Kontext gesellschaftlicher Verhältnisse wahrgenommen werden – etwa fehlende soziale Netzwerke, psychische Belastungen oder mangelnde materielle Ressourcen werden damit nicht als von der Gesellschaft losgelöste, rein individuelle Sorgen beurteilt, sondern als in Verbindung mit gesellschaftlichen Anforderungen, Normen und Strukturen stehend gesehen (ebd.:382). Der Bedarf an Unterstützung auf Grund psychosozialer Problemlagen gilt als steigend, die Ursachen dafür können in komplexer werdenden Anforderungen an Individuen in der modernen Gesellschaft verortet werden (ebd.:386f; Wendt 2017:178f). Dazu zählen etwa

„[...] Individualisierungsprozesse, Auflösung traditioneller Milieus und Bindungen, Veränderungen in den Familienstrukturen [...] einhergehend mit veränderten Anforderungen an die Alltags- und Lebensbewältigung (z.B. Arbeitslosigkeit, Schwierigkeiten im Übergang von Schule in Ausbildung und Beruf, Isolation, Schulden, Wohnungsverlust, Familien- und Beziehungskonflikte)“ (ebd.:178).

Die Pluralisierung von Lebensentwürfen gehen zwar mit erhöhten Freiheitsgraden in der Lebensgestaltung, damit aber auch steigenden Anforderungen an Entscheidungskompetenzen und einer Erhöhung potentieller Überforderung einher (vgl. Bamler et al. 2013:80). Wachsende gesellschaftliche Ungleichheit und Individualisierung von Problemlagen führen dazu, dass insbesondere Menschen mit geringem sozioökonomischem Status, geringem Bildungsgrad und/oder geringer „emotionale[r] und kognitive[r] Bildung“ von Ausgrenzung, Stigmatisierung und Marginalisierung bedroht sind (vgl. ebd.).

Es geht bei psychosozialen Problemlagen somit sowohl um alltägliche Lebensbewältigung, insbesondere in Übergängen von Lebensphasen, als auch um spezielle Notlagen wie Schulden, Sucht, Erziehungsprobleme (ebd.:81; Wendt 2017:178f).

Psychosoziale Beratung soll hier Unterstützung anbieten. Im Kontext Sozialer Arbeit wird sie teilweise in der klinischen Sozialarbeit verortet (vgl. Ehrhardt 2013:78), nachdem im Zuge von Professionalisierungsbestrebungen die Abgrenzung von anderen Disziplinen an Bedeutung gewonnen hat (vgl. Bauer 2016:389). Bauer konstatiert jedoch Tendenzen, *„Beratung [...] nicht mehr als primär disziplinenorientierte Tätigkeit (also sozialpädagogische, psychologische oder medizinische) Beratung [...], sondern als interdisziplinäre Handlungsform“* (ebd.) zu verstehen. Auch in Bezug auf klinische Sozialarbeit wird die Bedeutung der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen in multiprofessionellen Teams betont (vgl. Ehrhardt 2013:78f). Beratung ist in Abgrenzung zu therapeutischen Angeboten im niederschweligen Bereich angesiedelt und kurzfristiger, mit einer Orientierung auf „Lebenswelt- und Alltagsorientierung“ angelegt (Bamler et al. 2013:81).

Psychosoziale Beratung findet unter unterschiedlichen disziplinären und institutionellen Rahmenbedingungen statt, es gibt „[...] eine enorme Ausdifferenzierung an Feldern, Aufgabenstellungen und Angebotsformen“ (Bauer 2016: 387). Die Palette reicht von allgemeinen, niederschweligen Beratungsangeboten (etwa in Nachbarschaftszentren und Cafés)⁵ bis hin zu problemspezifischen, spezialisierten Angeboten⁶.

⁵ Siehe etwa die Angebote für Sozialberatung in Wien, aufgelistet in Abschnitt 3.2.4.

⁶ Beispielhaft sei hier Suchtberatung, Schwangerenberatung, Schuldnerberatung und Erziehungsberatung erwähnt (vgl. Wendt 2017: 178), siehe auch die Darstellung in Abschnitt 3.2.4.

2 Untersuchungsdesign

Im Folgenden werden die angewandten Forschungsmethoden sowie die Auswahl unserer InterviewpartnerInnen dargelegt.

2.1 Forschungsmethoden

Sophie Lehner⁷

Die Masterthesis greift auf, wie Personen mit psychosozialen Problemlagen eine passende Versorgung erhalten können. Fokussiert werden dabei mobile und soziale Angebote in Wien, die dahingehend betrachtet werden, ob sie verändert oder erweitert werden können, um die Versorgungslücke zu schließen. Der qualitative Zugang, der als Forschungsmethodik gewählt worden ist, ermöglicht die subjektiven und sozialen Konstruktionen der Welt der InterviewpartnerInnen miteinzubeziehen und damit ein konkreteres Bild der Perspektiven der Befragten zu erlangen. Da ein breites Feld an ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen befragt worden ist, ist die Betrachtung der Vielschichtigkeit und der individuellen Erfahrungshintergründe äußerst relevant, um Zusammenhänge aufzuzeigen und die Forschungsfrage zu beantworten. (vgl. Flick 2009:28ff; vgl. Flick et al. 2012:17). Somit wird nicht eine repräsentative Grundgesamtheit befragt, sondern eine Auswahl an Personen, die als ExpertInnen in dem Untersuchungsgegenstand anzusehen sind (vgl. Cropley 2005:101ff). Die 24 Interviews sind mittels eines einheitlichen Interviewleitfadens (→ „Interviewleitfaden“) geführt und durch ein einheitliches Codesystem in MAXQDA, einem Programm für computergestützte qualitative Text- und Datenanalyse, ausgewertet worden. Details in Bezug auf Leitfaden und Tabelle sind den folgenden Unterkapiteln zu entnehmen. Als Ergänzung zu den Interviews wurde eine umfassende Literaturrecherche betrieben.

2.1.1 Erhebung

Sophie Lehner

Wie bereits Pierre Bourdieu sagt, gehört zur Demokratie eine Wissenschaft, die Ungerechtigkeit aufdeckt und der Gesellschaft Mittel anbietet, um soziale Gerechtigkeit herzustellen. Auch die Wissenschaft der Sozialen Arbeit dient dazu, Not von Menschen abzuwenden und das praktische Handeln wissenschaftlich zu fundieren. (vgl. Engelke et al. 2009:15) Als eine Menschenwissenschaft betrachtet sie die Fragen der Zeit, die sich mit Menschen und ihrem Zusammenleben befassen.(vgl. ebd.:234) Äußerst relevant ist dabei, dass die Theorie mit der Praxis verbunden wird.(vgl. ebd.:409) Um einen guten Praxisbezug zu erreichen, sind im Zuge der Masterthesis 24 Leitfadeninterviews mit ExpertInnen geführt worden, die mittels Tonaufnahmen aufgezeichnet und in weiterer Folge transkribiert worden sind. Bei dieser Interviewform

⁷ Das Kapitel „Auswertung“ wurde von Judith Katzlinger verfasst.

ist zu beachten, dass sich die ExpertInnenbefragung auf die Funktion, welche die Person im organisatorischen und institutionellen Zusammenhang innehat, bezieht und nicht auf die Gesamtperson der InterviewpartnerInnen (vgl. Meuser / Nagel 1991:442). ExpertInnen⁸ sind im Kontext dieser Arbeit Personen, die ihr Wissen aus ihrem professionellen oder beruflichen Handlungsfeld beziehen (vgl. Bogner / Menz 2002:46).

Es ist ein einheitlicher Leitfaden entwickelt worden, um die große Bandbreite der potenziell relevanten Informationen auf gleichartige Themen zu beschränken und eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Auswertungsergebnisse zu gewährleisten. (vgl. Flick 2009:215). Die strukturierten Gespräche konnten damit so gesteuert werden, dass alle Themen, trotz des zeitlichen Rahmens, ausreichend behandelt worden sind und die ExpertInnen ihre Meinung dazu kundtun konnten (vgl. Meuser / Nagel 1991:448). Der Interviewleitfaden setzt sich aus einem einheitlichen Teil mit 11 Fragen zuzüglich ergänzenden, für bestimmte Institutionen abgewandelten Unterfragen, zusammen. (→ „Interviewleitfaden“)

2.1.2 Auswertung

Judith Katzlinger

Als Auswertungsmethode entschieden wir uns für die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (vgl. Mayring 2015). Geeignet erschien uns die qualitative Inhaltsanalyse nicht zuletzt deshalb, weil sie äußerst gut für große Datenmengen geeignet ist (vgl. Mayring 2012: 469)⁹.

Mayring zufolge folgt die qualitative Inhaltsanalyse vorher klar festgelegten Ablaufmodellen. Dadurch ist sie „durchsichtig, nachvollziehbar, leicht erlernbar und gut auf neue Fragestellungen übertragbar“ (Mayring 2012: 474). Ihre Systematik besteht neben der Regelgeleitetheit, auch aus ihrer Theoriegeleitetheit (es wird theoretisch abgesicherten Fragestellungen und Kodierregeln gefolgt) (ebd.:471).

Aufgrund unseres Forschungssettings (Gruppenarbeit; zahlreiche Interviews über mehrere Monate verteilt, etc.) entschlossen wir uns dazu, die Auswertungskategorien bereits vor der Durchführung des Großteils der Interviews zu entwickeln. Das Auswertungsraster wurde folglich auf Basis der Literaturrecherche sowie der Ergebnisse der ersten explorativen Forschungsphase erarbeitet.

Im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts sollte eine grundlegende Überarbeitung der Auswertungskategorien vermieden werden. Dennoch hielten wir uns die Option offen, Kategorien zu einem späteren Zeitpunkt zu streichen, hinzuzufügen, auszudifferenzieren oder zusammenzufassen. Wie in der Methodenliteratur vorgesehen, behielten wir uns somit eine gewisse Flexibilität und Offenheit gegenüber dem Material vor (Mayring 2012:

⁸ Unseres Erachtens nach sind auch KlientInnen als ExpertInnen zu betrachten, jedoch werden in dieser Forschungsthese nicht die konkreten Bedürfnisse einer Zielgruppe erfragt, sondern die inhomogenen Bedürfnisse unterschiedlicher Personengruppen, was die Befragung von ExpertInnen, welche ihre Erfahrungen aus ihrer Ausbildung und ihrem Arbeitsbereich beziehen, begründet.

⁹ Die Methode der (quantitativen) Inhaltsanalyse hat ihren Ursprung in den USA wo sie in den 1920er Jahren entwickelt wurde um große Textdatenmengen, der sich neu entfaltenden Massenmedien, systematisch auswerten zu können (vgl. Mayring 2012: 469).

474). Das Auswertungsraster wurde folglich immer wieder anhand des Materials überprüft und bei Bedarf überarbeitet. Für unvorhergesehene interessante Inhalte wurde bereits zu Beginn die Oberkategorie „Sonstiges“ mit den Kategorien „sonstige Versorgungslücken“ und „Sonstige Ideen und Entwicklungen“ geschaffen.

Im Zeitraum von mehreren Wochen unternahmen wir den Versuch, ein Auswertungsraster zu schaffen, welches sich möglichst direkt auf unsere Forschungsfragen bezieht und gleichzeitig die bisherigen Forschungsergebnisse aufgreift. Dabei orientierten wir uns an den Ergebnissen der Literaturrecherche, unseren Erfahrungen aus der Praxis Sozialer Arbeit sowie an ersten, im Rahmen der explorativen Forschungsphase von uns geführten, Interviews und Gespräche.

Das ursprüngliche Auswertungsraster sah wie folgt aus:

Themenbereiche	Prozess	Ressourcen	Bedarf	Sonstiges
Sucht (Su)	Fall zur Versorgung	Angebotszeiten	Bedarfseinschätzung	Sonstige Versorgungslücken
Wohnen (Wh)				
Finanzielles (Fin)	Fallspezifische Vernetzung	materielle Ressourcen	kein Bedarf	Sonstige Ideen & Entwicklungen
Psychische Erkrankung (Psy)				
Migration (Mig)				
Polizei (Poz)	Dauer & Intensität	Teamzusammensetzung	gibt Bedarf	Gesellschaftspolitischer Kontext
Gesundheit (Ges)	Form der Betreuung	Anforderungen für Zugänglichkeit	Andockung & Ergänzung	
Rettung (Ret)				
Pflege & Alter (PflA)		Vernetzung & Vermittlungswissen		
Kinder-Jugend-Familie (KiJuFam)				
Gewalt (Gew)				
Anspruchsberechtigung				
Multiproblemlagen				
DrehtürpatientInnen				

Tabelle 1: Auswertungsraster, Quelle: eigene Darstellung

Die erste Oberkategorie trägt den Namen „Themenbereiche“. Darunter fällt, was üblicherweise mit dem Begriff Handlungsfelder beschrieben wird. Außerdem fanden sich hier ursprünglich noch weitere Problemlagen (beziehungsweise „mögliche Indikationen“) welche sich aus der Literaturrecherche sowie der explorativen Phase ergeben haben (Anspruchsberechtigung, Multiproblemlagen sowie DrehtürpatientInnen).

Außerdem formulierten wir drei Oberkategorien welche sich mit Visionen für die Entwicklung eines zukünftigen mobilen Teams für psychosoziale Versorgung oder auch

sonstigem, in Interviews erwähnten Veränderungsbedarf in Bezug auf die Versorgungslandschaft der Stadt Wien beschäftigen. Die bis zum Ende des Forschungsprojektes beibehaltenen Kategorien waren beispielsweise „Prozess“ (Fallbearbeitung – Wie soll gearbeitet werden?) sowie „Ressourcen“ (Was bräuchte es dafür?). Die zugehörigen Unterkategorien sollten möglichst konkret an unsere bisherigen Forschungsergebnisse sowie die bereits entwickelten Forschungsfragen anschließen. Welche Themen den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden sollten, wurde in einem digitalen „Code-Handbuch“ festgehalten.

Die gewählte Vorgehensweise wurde nicht zuletzt auch den Besonderheiten unserer Erhebungsmethode, den durchgeführten ExpertInnen-Interviews angepasst. Michael Meuser und Ulrike Nagel erläutern, dass der Funktionskontext der interviewten ExpertInnen bei der Auswertung dieser Interview-Form stark ins Gewicht fällt. Folglich werden die Äußerungen der ExpertInnen im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet und erhalten von hierher ihre Bedeutung (und nicht etwa daher, an welcher Stelle des Interviews sie fallen) (vgl. Meuser / Nagel 2005: 81).

In Bezug auf ExpertInnen-Interviews empfehlen die AutorInnen eine bedarfsorientierte Form der Transkription. Sie schreiben:

„Die Entscheidung, welche Teile eines Interviews transkribiert und welche paraphrasiert werden, geschieht in Hinblick auf die leitenden Forschungsfragen. Um eine Verengung des thematischen Vergleichs zwischen den Interviews auszuschließen, ein „Verschenken von Wirklichkeit“ zu vermeiden, muss die Paraphrase dem Gesprächsverlauf folgen und wiedergeben, was die Expertinnen insgesamt äußern“ (Meuser/Nagel 2010: 466)

Ausgehend von diesen Überlegungen, entschlossen wir uns dazu, nicht alle geführten Interviews zwingendermaßen Wort für Wort zu transkribieren. Insbesondere zu Beginn des Forschungsprozesses erschien es sinnvoll ausführlich zu transkribieren um keine wichtigen Themen zu übersehen. Später orientierten wir uns jedoch, den Empfehlungen von Meuser und Nagel folgend, vermehrt an der inhaltlichen Relevanz des Gesagten (vgl. Meuser/Nagel 2010: 466).

Die so entstandenen Daten wurden im nächsten Schritt anhand des zuvor entworfenen Rasters ausgewertet. Parallel zur Auswertung der Interviews lief ein kontinuierlicher Prozess innerhalb der Forschungsgruppe, in dem die Zuordnung aufkommender Themen zu einzelnen Kategorien geklärt und das „Code-Handbuch“ stetig überarbeitet und ergänzt wurde. Klärungsbedarf ergab sich nicht zuletzt dadurch, dass sich unsere Arbeit mit zahlreichen Themen befasst, die an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Handlungsfeldern anzusiedeln sind (→ „Einleitung Handlungsfelder“). Auch bezüglich der bereichsübergreifenden Auswertungskategorien war ein komplexer, zirkulärer Überarbeitungsprozess notwendig, um sämtliche relevant erscheinenden Interview-Passagen passenden Kategorien zuordnen zu können (→ „Prozess“; „Ressourcen“). Während das im Vorfeld erarbeitete Auswertungs-Raster größtenteils unverändert blieb, wurden im „Code-Handbuch“ bis zuletzt zahlreiche Anpassungen vorgenommen.

Für die Auswertung verwendeten wir die Software MAXQDA. Wie Mayring erklärt, eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse aufgrund ihrer Systematik in besonderer Weise für

eine Computerunterstützung. Dabei geht es ihm zufolge „*nicht um eine automatische Auswertung (...) sondern um die Unterstützung und Dokumentation der einzelnen Analyseschritte sowie Hilfsfunktionen der Suche, Ordnung und Aufbereitung*“ (Mayring 2012:474). Diese Software ermöglichte es uns, einen Überblick über die Fülle der Daten zu behalten und unsere jeweiligen Interviews (inklusive zugeordneter Codes) auf digitalem Weg miteinander zu teilen. Für die Auswertung verwendeten wir zusätzlich zur Codierung von Passagen, die im Rahmen der Software gegebene Möglichkeit, Kommentare beziehungsweise Memos zu verfassen und diese mit diversen relevanten Kategorien zu „verknüpfen“¹⁰.

Das zu Beginn entworfene und weiter oben dargestellte Auswertungsraster stellt die Grundlage für den Aufbau der vorliegenden Arbeit dar.

2.2 InterviewpartnerInnen

Sophie Lehner

In der Interviewphase von Mai bis November wurden insgesamt 24 Interviews mit 25 Personen geführt. Der zu Beginn gewählte Fokus auf mobile Einrichtungen gestaltete die Wahl der ersten InterviewpartnerInnen. Diese Begrenzung wurde rasch behoben, um auch andere relevante Einrichtungen befragen zu können. Für die behandelten Handlungsfelder wurden mittels Internetrecherche passende InterviewpartnerInnen gesucht. Die Anzahl der geführten Interviews orientierte sich an der Größe und Relevanz des Bereiches. Folgende Professionen wurden befragt: 14 SozialarbeiterInnen, davon eine mit Ausbildung zur Psychotherapeutin, zwei weitere PsychotherapeutInnen, eine Konsiliarpsychiaterin, eine Kunsttherapeutin, zwei Polizisten, ein Theologe, eine Diplomierte Gesundheits- & Krankenpflegerin mit zusätzlicher Ausbildung zur Case Managerin, eine Allgemeinmedizinerin, die auch als Amtsärztin tätig ist, eine Sozialpädagogin und eine Familienhelferin mit Ausbildung zur Behindertenpädagogin und Sozialhelferin. Davon befanden sich 14 Personen in Leitungspositionen, zwei waren als Stellvertretende Leitung tätig und 8 Personen hatten keine Führungsposition. Die Geschlechtszugehörigkeit der InterviewpartnerInnen teilte sich in 8 Männer und 17 Frauen auf. Die Dauer der Interviews variierte von 45 Minuten bis 2 ½ Stunden. Alle Interviews wurden als Tonaufnahme aufgenommen und genau transkribiert.

¹⁰ Im Zuge dieses Prozesses wurden insgesamt 1.177 Kodierungen vergeben und über 700 Memos verfasst (welche teilweise mit mehreren Kategorien verknüpft wurden).

Handlungsfeld		Einrichtung	Funktion	Interviewpartner In	Interviewer In	Datum
Sucht	Su2	Change	Stellvertretende Leitung	Birgit Braun	Lehner	29.08.2018
	Su1	Sam2	Stellvertretende Leitung	Tiefenthaler Martin	Draxler	09.08.2018
Finanzielles	Fin1	MA40 Fachbereich Mindestsicherung	Fachbereich BMS und SozialarbeiterIn und Leiter eines Sozialreferats, Sozialarbeiter	Eveline Holzmüller & Marc Hermann	Baldass	09.08.2018
Wohnen	WH1	Gruft	Leitende Sozialarbeiterin	Susanne Peter	Lehner	28.05.2018
	WH2	Neunerhaus	Leitung Mobile Sozialarbeit	Christina Linck	Draxler	28.05.2018
	WH3	P7	SozialarbeiterIn	Anonym3	Lehner	31.10.2018
	WH4	Streetwork Hauptbahnhof	SozialarbeiterIn	Anonym2	Lehner	11.10.2018
Psychiatrie	PSY1	PSD - Psychosozialer Informationsdienst	Leitung Psychosozialer Informationsdienst	Josef Schörghofer	Baldass	18.06.2018
	PSY2	PSD	Konsiliarpsychiaterin/ Liasondienst & ambulant	Roswitha Ebner	Draxler	07.06.2018
	PSY3	Sozialpsychiatrisches teilbetreutes Wohnen, WiSo (Wr. Sozialdienste)	Leiterin Bereich Wohnen	Anonym4	Baldass	28.08.2018
	PSY4	Gerontopsychiatrisches Zentrum, PSD	Klinische Sozialarbeiterin	Ulrike Schröer	Baldass	25.10.2018
Gesundheit	Ges1	Soziale Arbeit im Krankenhaus	Soziale Assistenz	Anonym5	Draxler	28.05.2018
	Ges2	Louisebus	Projektleiter	Wilhelm Jaschke	Draxler	12.10.2018
	Ges3	AmberMed	Projektleitung (Sozialarbeiterin)	Carina Spak	Draxler	12.10.2018
	Ges4	Wiener Berufsrettung	Oberster Personalvertreter	Erwin Feichtlbauer	Draxler	17.10.2018
Pflege & Alter	PfIA1	FSW - Abteilung Pflege und Betreuung	Teamleitung Assessmentteam; Beratungszentrum Pflege und Betreuung; Region Nordost	Sanela Hadziarapovic-Hasanovic	Katzlinger	31.10.2018
Kinder, Jugend & Familie	KiJuFam1	MA15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien	Leitung Gesundheitsvorsorge Kinder & Jugendliche	Margarete Lässig	Katzlinger	23.10.2018
	KiJuFam2	MA11 - Familienzentrum	Sozialpädagogin (Familienzentrum & Elternberatung)	Barbara Beneder	Katzlinger	05.11.2018
	KiJuFam3	Frühe Hilfen Wien West - gut begleitet	Sozialarbeiterin, Familienbegleiterin	Christina Schreiner-Nolz	Katzlinger	26.11.2018
Gewalt	Gew1	Männerberatung Wien	Leitung präventive Jugendarbeit; Mitarbeiter forensische Therapie (Sozialarbeiter & Psychotherapeut)	Bernd Kühbauer	Katzlinger	25.10.2018
	Gew2	Autonome Österreichische Frauenhäuser	Geschäftsführung des Vereins & Leitung Frauenhelpline gegen Gewalt	Maria Rösslhuber	Katzlinger	27.10.2018
Migration	Mig1	Obdach Wien (FSW), Flüchtlingsbereich, Pav. X	Teamleitung Flüchtlingsquartier Pav. X	Sabine Plot	Baldass	02.08.2018
Polizei	Poz1	Polizei	Menschenrechtsbeauftragter	Friedrich Kovar	Lehner	11.07.2018
	Poz2	Polizei	Leitung eines Bezirks	Anonym1	Lehner	11.09.2018

Tabelle 2: InterviewpartnerInnen. Quelle: eigene Darstellung

3 Ergebnisse zu ausgewählten Handlungsfeldern

3.1 Einleitung: Vorschau auf die folgenden Kapitel

Judith Katzlinger

Im Folgenden beschäftigen wir uns mit der Frage, welche Versorgungslücken in diversen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit bestehen und wie diese gedeckt werden könnten. Zu diesem Zweck gliedert sich das vorliegende Kapitel in zwölf Bereiche, wovon sich der Großteil mit klassisch-sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeldern beschäftigt. Sie werden um Kapitel zum Thema Rettungsdienst sowie Polizei ergänzt¹¹. Die bearbeiteten Themenbereiche sind wie folgt:

Materielle Sicherung	Wohnen	Wohnungslosenhilfe
Sucht	Migration	Kinder, Jugend, Familie
Häusliche Gewalt	Rettung	Gesundheit
Alter & Pflege	Psychische Erkrankung & Krise	Polizei

Tabelle 3: Darstellung behandelter Themenfelder, Quelle: eigene Darstellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich außerdem mit zahlreichen Themen, welche an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Handlungsfeldern anzusiedeln sind. Im Sinne der Übersichtlichkeit wurden diese jeweils einem Kapitel zugeordnet. So finden sich beispielsweise Auseinandersetzungen zum Thema Kindeswohlgefährdung primär im Kapitel „Kinder, Jugend, Familie“ (und nicht etwa in den Kapiteln zu „Gewalt“, „Polizei“, „Materielle Sicherung“ oder auch „Wohnen“). Weitere Beispiele für Schnittstellenthematiken sind Gewalt gegen ältere Menschen (→ „Alter & Pflege“) sowie die Situation älterer MigrantInnen (→ „Migration“). Auseinandersetzungen mit Versorgungslücken im Kontext des Unterbringungsgesetzes (UbG) finden sich im Kapitel „Polizei“. Dies begründet sich dadurch, dass hier der Prozess der Einweisung (und nicht etwa der Aufenthalt in der Psychiatrie) im Vordergrund steht.

Zu den Themenkomplexen, die in der vorliegenden Arbeit weitgehend ausgespart werden, gehört unter anderem das Handlungsfeld Arbeit und Ausbildung. Auch auf Versorgungslücken im Kontext von Be_hinderung gehen wir im Rahmen dieses Forschungsprojektes, mit Ausnahme des Themas „psychische Erkrankung und Krise“, nicht weiter ein¹².

¹¹ Die Polizei ist hier deshalb relevant, weil sie, insbesondere wenn es um zwangsweise Einweisung in die Psychiatrie geht, eine zentrale Rolle einnimmt.

¹² Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit der Versorgungssituation körperlich be_hinderter sowie mobilitätseingeschränkter Personen erscheint im Kontext mobiler Sozialer Arbeit dringend notwendig. Elisabeth Udl vom Verein Ninil weist in Hinblick auf die mangelnde Barrierefreiheit sowie die (insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten) teilweise schwierige Erreichbarkeit sozialer Einrichtungen auf den Bedarf nach niederschwellig verfügbaren Fahrten- beziehungsweise Begleitsdiensten hin (vgl. P5). Außerdem ist davon auszugehen, dass bei verschiedensten Zielgruppen großer Bedarf nach Angeboten in leichter Sprache besteht. Welche

In den folgenden Kapiteln wird zunächst der jeweilige Bereich vorgestellt. Es werden Ein- und Abgrenzungen zu anderen Bereichen vorgenommen und die Relevanz in Bezug auf das Forschungsprojekt erläutert. Je nach Thema werden außerdem relevante strukturelle Grundlagen (wie beispielsweise Finanzierungssysteme, Gesetzeslagen oder auch Zuweisungssysteme) erklärt und ein Überblick über in diesem Handlungsfeld vorhandene soziale Einrichtungen gegeben. Diese tabellarische Darstellung bestehender Einrichtungen erhebt keinesfalls einen Anspruch auf Vollständigkeit. Es handelt sich hier vielmehr um eine beispielshafte Auswahl von Einrichtungen, die dazu dient, einen Einblick in das jeweilige Handlungsfeld sowie die damit verbundene Versorgungslage zu bekommen. Des Weiteren werden (in den durchgeführten Interviews vorgebrachte) Versorgungslücken vorgestellt und Schlussfolgerungen, beziehungsweise Empfehlungen in Hinblick auf das angedachte mobile Team für psychosoziale Versorgung erarbeitet.

Die in den folgenden Kapiteln enthaltenen tabellarischen Sammlungen sozialer Einrichtungen werden im Anhang der Arbeit in Form eines Handbuchs zusammengefasst (→ „Handbuch“). Dort finden sich auch Erklärungen zu in den Tabellen enthaltenen Beschreibungen sowie Abkürzungen¹³.

weiteren Ressourcen sowie Kompetenzen bei der Konzeptionalisierung des angedachten mobilen Teams in Hinblick auf das Thema Be_hinderung zu berücksichtigen sind, kann im Rahmen dieses Forschungsprojekts nicht geklärt werden. Die Schreibweise „Be_hinderung“ verweist auf „*das Problem des Behindertwerdens*“ (vgl. Payk 2018).

¹³ Umschreibungen, die möglicherweise einer Erklärung erfordern, sind beispielsweise „anonym“ (es besteht auf Wunsch auch die Möglichkeit einer anonymen Betreuung) oder „mehrsprachig“ (es werden abgesehen von Deutsch und Englisch noch weitere Sprachen angeboten). In der Spalte „mobil“ wird angezeigt, ob die Einrichtungen auch aufsuchend tätig sind. Dies wird mit einem „x“ beziehungsweise, wenn dies nur in Ausnahmefällen möglich ist, mit einem „(x)“ markiert. (→ „Handbuch“)

3.2 Materielle Grundsicherung im Kontext psychosozialer Problemlagen: „Gute Sozialpolitik ist die beste Prävention für psychischen Leiden“¹⁴

Tamima Baldass

Im Folgenden wird der Bereich materielle Grundsicherung im Kontext psychosozialer Problemlagen behandelt. Finanzielle Leistungen sind ein wichtiges sozialpolitisches Instrument der Sicherung von Teilhabechancen und Prävention von Exklusion durch Unterstützung in existenziellen Notlagen. Sie sind sowohl Bestandteil sozialarbeiterischer Praxis als auch ihrer theoretischen Grundlagen – die Förderung sozialer Gerechtigkeit und des Rechts auf gesellschaftliche Teilhabe sind zentrale Prinzipien Sozialer Arbeit (vgl. IFSW 2018; OBDS 2016).

3.2.1 Überblick: „Armut macht krank - auch die Seele“

In Bezug auf psychische Erkrankungen spielen Armut, Ausgrenzungsgefährdung und existentielle Sorgen insofern eine wichtige Rolle, als es einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und psychischer Gesundheit gibt (vgl. Armutskonferenz 2015: 3; BMASK 2017: 198; Stadt Wien 2016: 149;). Gesundheitsunterschiede sind nachweislich durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst (vgl. Stadt Wien 2016:149). Dazu zählen psychische Krankheiten, die wiederum im Vormarsch sind – so waren Depressionen 2014 an fünfter Stelle chronischer Krankheiten in Wien (vgl. ebd.:20) und psychische und Verhaltensstörungen der vierthäufigste Grund für Krankenstände (vgl. ebd.:37). Psychische Belastungsreaktionen und Erkrankungen treten bei Menschen mit geringem sozioökonomischem Status häufiger auf, was insbesondere in Bezug auf Depressionen nachgewiesen ist (vgl. Die Armutskonferenz 2015:3; Head / Bond 2018). Gesellschaftliche Ungleichheit, Reduktion von sozialstaatlichen Leistungen und Individualisierung von Notlagen stehen ebenfalls in Zusammenhang mit psychischen Belastungen und Krisen (vgl. Brensell 2012; Head / Bond 2018).

Zugleich haben Menschen mit geringerem Einkommen tendenziell weniger soziale Unterstützung in ihrem Umfeld (vgl. Stadt Wien 2016:152) – ein weiterer Faktor, der die Gefahr von Überforderung und Einsamkeit fördert (vgl. Bastecky et al. 2017:93; Redelsteiner 2016b:186f).

Präventive, niederschwellige Unterstützungsangebote insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind daher zentral, um psychische Erkrankungen zu verhindern und frühzeitig Behandlungsangebote zu vermitteln (vgl. Berghofer / Psota 2013:4). Zugleich ist die Sicherung sozialstaatlicher Leistungen und die Förderung gesellschaftlicher Solidarität ein essentieller Faktor, um psychische Belastungen und Krisen zu verhindern (vgl. Head / Bond 2018; Schöny 2012).

¹⁴ Schöny in Lazarus Pflegenetzwerk 2016. Anmerkung: In den Überschriften der vorliegenden Arbeit sind die Beisätze teilweise direkte Zitate, in manchen Fällen handelt es sich um abgewandelte Zitate oder prägnante Zusammenfassungen umgangssprachlicher Ausdrucksweisen.

3.2.2 Relevanz und Bezug zum Forschungsprojekt

In der für die Ausgangslage unseres Forschungsprojekts relevanten Literatur wird Armut immer wieder als Faktor genannt, so finden Rettungseinsätze, insbesondere solche mit psychosozialer Inzidenz, häufiger in sozioökonomisch schwachen Regionen statt (Luiz 2008:547; Luiz et al. 2002:507; Völker et al. 2016:15).

Nachdem es bei unserem Forschungsprojekt um die Frage geht, wie Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf zu nachhaltigen Unterstützungsmaßnahmen finden, ist der Bereich materieller Grundsicherung auch wegen der damit zusammenhängenden Beratungsstellen relevant. Sozialberatungsstellen, die Menschen in sozialen Notsituationen als Anlaufstelle dienen, sind zumeist darauf ausgerichtet, auch psychosoziale Umstände ihrer KlientInnen zu berücksichtigen und auf Unterstützungsbedarf zu reagieren¹⁵. Die für materielle Unterstützung zentrale Stelle in Wien, die MA40, versucht in ihrer sozialarbeiterischen Tätigkeit laut Aussage leitender SozialarbeiterInnen auch psychosozialen Unterstützungsbedarf zu erkennen, um mögliche Ursachen materieller Probleme nachhaltig zu bearbeiten und langfristig selbstständige Lebensführung zu fördern (Fin1:30–36).

Mit materiellen Beihilfen beschäftigte soziale Einrichtungen können damit wichtige präventive Arbeit leisten, indem sie ganzheitlich arbeiten und psychosoziale Belastungen mitbeachten.

Zugleich ist hervorzuheben, dass materielle Grundsicherung und solidarische gesellschaftliche Strukturen mit sozialstaatlichen Leistungen an sich eine wichtige präventive Funktion haben (vgl. Head / Bond 2018; Schöny 2012).

3.2.3 Sozialstaatliche Leistungen in Österreich und Wien

Österreich ist ein Sozialstaat, womit ein spezifischer „Typus der Staatstätigkeit in modernen Gesellschaften“ (Kreft / Mielenz 2017:948) bezeichnet wird, der durch aktive staatliche Intervention und Investition zur Verminderung von Ungleichheit und Erhöhung der Teilhabechancen aller BürgerInnen charakterisiert ist (vgl. ebd.). Es geht damit um „eine spezifische Ausrichtung des Gesamtstaates auf die Prinzipien von Sicherheit und sozialer Teilhabe“ (ebd.). Der Staat investiert in die soziale Gerechtigkeit und Angleichung der Chancen seiner BürgerInnen durch verschiedene Formen sozialer Leistungen.

Der österreichische Sozialstaat ist als Versicherungssystem organisiert, die Sozialleistungen hängen damit mehrheitlich von Versicherungsbeiträgen aus Erwerbstätigkeit ab (ebd.:949; s.a. Stadt Wien 2015:16). Damit gibt es vor allem sozialversicherungsrechtliche Leistungen (abhängig von Beiträgen), aber auch steuerfinanzierte universelle Leistungen (etwa Familienbeihilfe, Pflegegeld) und

¹⁵ Dieser Aspekt findet sich zwar nicht immer in der Selbstbeschreibung von Sozialberatungsstellen, wurde aber in unseren Interviews mehrfach genannt, unter anderem von der MA40, der MA11, MA15 und FSW BZP (Fin1: 32; PflA1: 37, 47; KiJuFam1: 14, 112; KiJuFam2: 30, 185-188). Im Beratungsangebot in den Nachbarschaftszentren des Hilfswerks wird etwa explizit auch psychologische Beratung angeboten.

bedarfsgeprüfte Leistungen (Notstandshilfe, Pensionsausgleichszulage und insbesondere die Sozialleistungen der Länder wie Mindestsicherung), die in einer Mischung aus Bundes- und Länderkompetenzen organisiert sind (vgl. BMASGK 2018:20). In regionaler Kompetenz liegen die Bedarfsgeprüfte Mindestsicherung, ein Großteil der Sozialen Dienste und teilweise Leistungen im Gesundheits- und Wohnungswesen (vgl. ebd.).

Das folgende Diagramm stellt die staatlichen finanziellen Leistungen in Österreich nach ihrer Leistungsart dar.

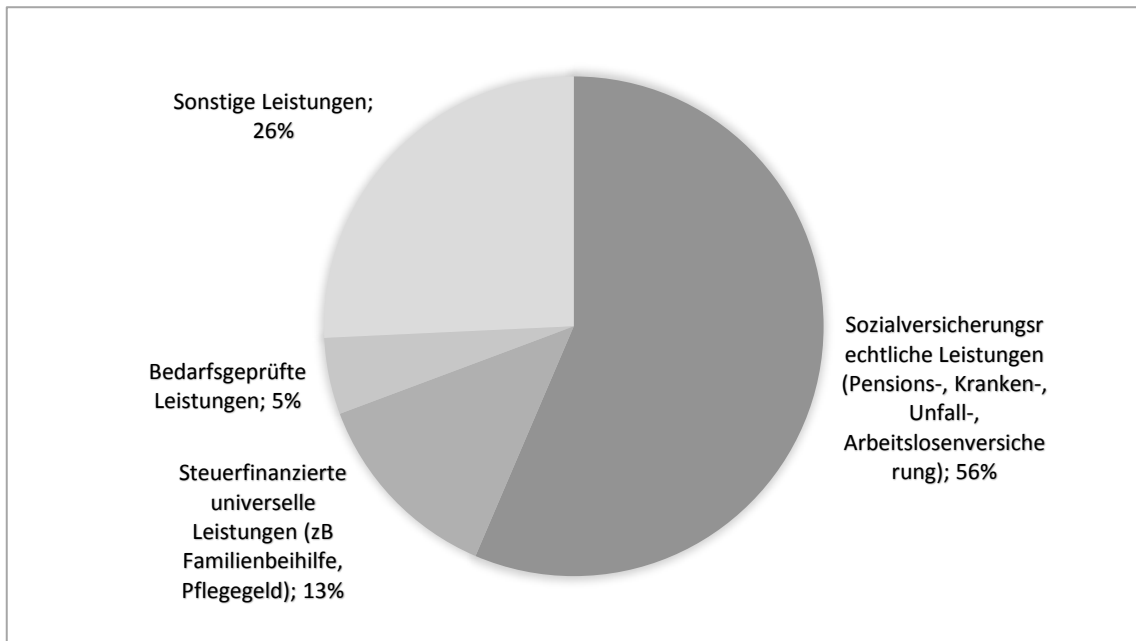


Abbildung 1: Leistungen in Österreich nach Leistungstyp, 2012. Quelle: Stadt Wien 2015:17.

Der Staat investiert mit finanziellen Leistungen in die Absicherung seiner BürgerInnen und gegen die Teilhabechancen erschwerende Situationen – sowohl Situationen, die alle BürgerInnen betreffen, als auch spezielle, durch unterschiedliche Faktoren verursachte Notlagen. Leistungen erfolgen in unterschiedlichen Bereichen, folgende Tabelle stellt die Ausgaben in Österreich nach Themenbereich geordnet dar.

Sozialleistung	Mrd Euro	Anteil
Alter	€ 41,4	44,6%
Krankheit/Gesundheit	€ 23,4	25,3%
Familien/Kinder	€ 8,7	9,4%
Invalidität/Gebrechen	€ 6,6	7,2%
Hinterbliebene	€ 5,9	6,3%
Arbeitslosigkeit	€ 5,1	5,5%
Wohnen und soziale Ausgrenzung	€ 1,6	1,7%
Gesamt (exkl. sonstiger Ausgaben)	€ 92,7	100%

Tabelle 4: Sozialleistungen in Österreich nach Funktion, 2013. Quelle: Stadt Wien 2015: 18, leicht abgeänderte Darstellung.

Die Darstellung veranschaulicht, dass fast 50 Prozent der sozialen Ausgaben in Österreich für den Themenbereich „Alter“ aufgewendet werden. Für den Bereich Krankheit/Gesundheit wird rund ein Viertel der Ausgaben investiert, mit größerem Abstand gefolgt durch knapp zehn Prozent für Familien/Kinder, sechs bis sieben Prozent für Invalidität/Gebrechen und Hinterbliebene, rund sechs Prozent für Arbeitslosigkeit und nur rund zwei Prozent für Wohnen und soziale Ausgrenzung. Diese Zahlen stehen damit in deutlichem Gegensatz zu Debatten über Kosten sozialstaatlicher Leistungen, die sich in den letzten Jahren vor allem negativ auf MigrantInnen und Flüchtlinge bezogen haben (siehe kritisch dazu Bruckner / Peyrl 2017; Etzelsdorfer 2018; Hadler 2015).

In Wien wird traditionell besonders viel in Sozialleistungen investiert (Kreft / Mielenz 2017:867), in der aktuellen Sozialpolitik setzt sich diese Tradition teilweise fort, wie insbesondere die Debatten zur Mindestsicherung zeigen¹⁶. Generell sind die regionalen sozialen Dienstleistungen abgesehen von Beratungsleistungen mehrheitlich subsidiär, kommen also erst nach Ausschöpfung anderer Sicherungssysteme zum Tragen (Stadt Wien 2015:18).

Folgende Tabelle zeigt die unterschiedlichen Leistungsformen und Themenbereiche in Wien.

¹⁶ Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung wurde 2010 im Rahmen einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes beschlossen mit dem Ziel die Bundesländerspezifischen Sozialhilfen durch eine gemeinsame Regelung zu ersetzen. Seit Ablauf der Vereinbarung mit Dezember 2016 werden Neuregelungen durch die Bundesregierung geplant, die heftig debattiert werden. Zur Zeit der Verfassung dieser Arbeit liegt ein Gesetzesentwurf der Regierung vor, der insbesondere von sozialen Organisationen auf Grund vielfältiger Verschlechterungen für EmpfängerInnen kritisiert wird (zur Debatte siehe etwa Arbeit & Wirtschaft Blog 2019; derstandard.at 2019; Die Armutskonferenz 2019a,b; Etzelsdorfer 2018).

Finanzielle Leistungen	Sach-, Beratungs-, Betreuungsleistungen	Mischformen
Bedarfsorientierte Mindestsicherung	Pflege- und Betreuungsleistungen	Grundversorgung
Wiener Familienzuschuss	Behindertenhilfe	Wohnungssicherung
Wohnbeihilfe	Schuldnerberatung	
	Wohnungslosenhilfe	
	Sucht- und Drogenhilfe	
	Jugendwohlfahrt	
	Kinderbetreuung	

Tabelle 5: Soziale Leistungen in Wien nach Leistungsform. Quelle: Stadt Wien 2015:18.

Eine wichtige Ergänzungsleistung im Kontext von Sozialberatung stellt die „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ (in Folge: HIBL) dar, die nach Einzelfallprüfung für einmalige Ausgaben in finanziellen Notlagen gestattet werden kann (vgl. ebd.:94). Auf diese Leistung besteht kein Rechtsanspruch (vgl. ebd.)

3.2.4 Überblick Versorgungsstruktur und Angebote in Wien

Die materiellen Beihilfen und sozialen Angebote in Wien werden vor allem durch die *Magistratsabteilung 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht* und den *Fonds Soziales Wien* in Zusammenarbeit mit privaten Trägern organisiert, die *Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung* hat dabei koordinierende Funktion (vgl. ebd.:19). Private Träger übernehmen eine Vielzahl an Beratungs- und Betreuungsleistungen, die nach Förderrichtlinien finanziert werden (vgl. ebd.).

Beratung über mögliche Unterstützungsleistungen werden in Wien von verschiedenen Stellen und Trägern meist unter dem Titel „Sozialberatung“ angeboten. Die unter anderem für die Gewährung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung und der HIBL zuständige Magistratsabteilung 40 bietet in ihrer Servicestelle Parteienverkehr und in fünf regionalen Sozialzentren Beratung durch SozialarbeiterInnen. Behandelt werden die Bereiche Bedarfsorientierte Mindestsicherung, HIBL, Energie- und Mietrückstände (vgl. FSW 2018a), „mit allem was da sonst noch drumherum dran ist im Bereich von Hilfen für Erwachsene“ (Fin1:12). Andere Träger bieten in unterschiedlichen Formen mit teils spezifischen Schwerpunkten Sozialberatung an. Diese Beratungen sind standortgebunden, die MA40 und ihre Sozialzentren bieten in Einzelfällen auch nachgehende Sozialarbeit mit Beratung an.¹⁷

¹⁷ Wie im Interview mit den MA40-MitarbeiterInnen Eveline Holzmüller und Marc Hermann mitgeteilt wurde (Fin1:44–48, 60; s.a. die Ausführungen zur MA40 weiter unten).

Besonders interessant waren die Ergebnisse unserer Interviews mit MitarbeiterInnen der MA40, da in Bezug auf unser Forschungsprojekt relevante Änderungen in der Schwerpunktsetzung und Vorgehensweise geplant sind. Wir haben Eveline Holzmüller vom Fachbereich Mindestsicherung, deren Aufgabengebiet die Unterstützung der Sozialen Arbeit in den Sozialzentren ist, und Marc Hermann, den Teamleiter eines Sozialzentrums interviewt. In Folge werden die Strukturen der MA40 und relevante Arbeitsweisen dargestellt.

Die fünf Sozialzentren der MA40 sind regional nach Bezirkszuständigkeit aufgeteilt und dienen als zentrale Anlaufstelle für KundInnen (ebd.:26). Hier werden Erstberatungen durchgeführt, die je nach Fall in eine weitere sozialarbeiterische Betreuung bis zu einem halben Jahr führen können (ebd.:30–36). Themenbereiche sind die Bedarfsorientierte Mindestsicherung, Einzelleistungen der HIBL und Energie- und Mietrückstände (ebd.). Überraschend war für uns, dass ein Schwerpunkt auf Soziale Arbeit gesetzt wird, die auch nachgehend stattfindet. Die MA40 wird auch auf Meldung besorgter Angehöriger, NachbarInnen und Hausverwaltungen oder anderer Einrichtungen tätig und führt Hausbesuche zur Abklärung von Unterstützungsbedarf durch (ebd.:44–48, 60). Dieser Schwerpunkt war nicht nur für uns eine neue Information, tatsächlich wurden die sozialarbeiterischen Aspekte nach Einschätzung unserer InterviewpartnerInnen in der Vergangenheit vernachlässigt, da es keinen klaren Auftrag dazu gab (ebd.:124-126). Sowohl in der Bevölkerung als auch in sozialen Einrichtungen sei bislang wenig bekannt, dass die MA40 auch andere Leistungen als die Bearbeitung von Anträgen auf Mindestsicherung und HIBL bietet (ebd.:50, 162-163). Mit den Änderungen im Wiener Mindestsicherungsgesetz¹⁸ wurde Sozialarbeit als Begleitmaßnahme zum Ziel verstärkter Arbeitsmarktintegration verankert (vgl. WMG §14a). Für erwachsene MindestsicherungsbezieherInnen wird eine „Teilnahme an Gesprächen im Rahmen des Case Managements zur gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation“, für bis 25jährige sind Gespräche „im Rahmen der Sozialarbeit und psychosozialen Beratung und Betreuung“ vorgeschrieben (WMG §14a).

Auch abgesehen vom Gesetz sprachen unsere InterviewpartnerInnen von Änderungen in Richtung Stärkung Sozialer Arbeit im Rahmen der KundInnenberatung (Fin1: 34, 40, 124). Ein interessanter Aspekt der Aussagen war, dass die Bedeutung von Hausbesuchen als diagnostisches Instrument hervorgehoben wurde, insbesondere im Zuge von Delogierungsprävention sollte man sie als fixes Element der Beratung installieren (ebd.:126-128, 136). Damit könne über finanzielle Notlagen hinausgehender Versorgungsbedarf und eventuelle bestehende Überforderungen erkannt und frühzeitig unterstützt werden (ebd.:136). Es wurde angemerkt, dass Hausbesuche wegen ihres Kontrollaspekts negativ konnotiert seien und als Vorgehensweise vernachlässigt wurden, dabei könne man damit durchaus auch Interesse an KlientInnen und Serviceorientierung ausdrücken (ebd.: 146). Konkret wurde genannt, dass man KlientInnen bei einem Hausbesuch dabei unterstützen könne, notwendige Dokumente zusammen zu suchen (ebd.).

Für unser Forschungsprojekt sind diese Veränderungen in der Arbeitsweise und Schwerpunktsetzung der MA40 relevant, da wie beschrieben Armut, Einsamkeit,

¹⁸ WMG, in Kraft seit Februar 2018.

Überforderung und psychische Belastung als zentrale Faktoren für Rettungseinsätze mit psychosozialer Indikation gelten. Wenn Beratungsstellen für Menschen in finanziellen Belastungssituationen verstärkt ganzheitliche Sozialarbeit durchführen und dabei auch auf psychosoziale Belastungen achten, kann eine präventive Wirkung erzielt werden. Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf können auf diese Weise Unterstützung finden und damit an Unterstützungssysteme andocken, wodurch eine Chronifizierung von psychischen und sozialen Belastungssituationen verhindert werden kann.

Als höchst bedenklich sind hingegen in der Wiener Gesetzesänderung beinhaltete Kürzungen sowie die auf Bundesebene geplanten Kürzungen und Zugangshürden zu bewerten (vgl. Arbeit & Wirtschaft Blog 2019; Die Armutskonferenz 2019b; Etzelsdorfer 2018). Wie dargelegt haben sozialstaatliche Leistungen in Bezug auf psychische Gesundheit erwiesenermaßen präventive und potentiell gesundheitsfördernde Funktion.

In Folge stellen wir einen tabellarischen Überblick zentraler, auf materielle Grundsicherung spezialisierter Sozialberatungsangebote in Wien dar.¹⁹ Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass diese Übersicht nicht alle Beratungsleistungen für Menschen in finanziellen Notlagen listet, da Sozialberatung oft Bestandteil anderer, themen- und zielgruppenspezifischer, sozialen Angebote ist.²⁰

¹⁹ Beratung findet wenn nicht anders angegeben kostenlos zu Öffnungszeiten statt.

²⁰ Allein unter den von uns interviewten Einrichtungen wurden Sozialberatungsleistungen explizit von der MA11, der MA15, des FSW Pflege und Betreuung, in der Krankenhaussozialarbeit und in der sozialen Arbeit im Sucht- und Wohnungslosenbereich genannt.

	Name	Träger	Zugang	Beschreibung	Link
Alle Zielgruppen	MA 40 Servicestelle	MA40	Telefonische Beratung	Servicestelle BMS und HIBL	https://www.wien.gv.at/gesundheitsleistungen/service-stelle.html
	MA40 Sozialzentren	MA40	Persönliche und telefonische Beratung, ohne Termin, anonym	Niederschwellige sozialarbeiterische Beratung für Menschen in finanziellen Notlagen, Zentren, nach Bezirken aufgeteilt	https://www.wien.gv.at/gesundheitsleistungen/wiener-sozialzentren.html
	Caritas Sozialberatung Wien	Caritas	Telefonische Beratung, persönlich nach Terminvereinbarung	Beratung zu Angeboten und Leistungen für Menschen in Notlagen mit Hauptwohnsitz Wien.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/beratung-nothilfe/soziale-finanzielle-notlagen/sozialberatung/
	Nachbarschaftszentren des Vereins Wiener Hilfswerk mit Sozialberatung	Wiener Hilfswerk	Persönliche Beratung nach Terminvereinbarung	In insgesamt 10 Zentren (im 2., 3., 6., 7., 8., 12., 15., 16., 17., 22. Bezirk) wird Sozialberatung, teilweise mit spezifischem Themenschwerpunkt (Soziale Orientierung, Gesundheit, Kulturpass, Soma-pass, pädagogische, rechtliche) angeboten.	http://www.nachbarschaftszentren.at/
	Volkshilfe Sozialberatung in den Bezirksstellen	Volkshilfe Wien, GmbH	Telefonische und nach Terminvereinbarung persönliche Beratung	In 23 regionalen Bezirksstellen wird Sozialberatung für Menschen in finanziellen, rechtlichen und sozialen Notlagen geboten.	https://www.volkshilfe-wien.at/beratung-in-den-bezirken/
	Schuldnerberatung Wien	Fonds Soziales Wien	Persönliche Beratung nach Terminvereinbarung, Anmeldung online. Bei AMS-Bezug mit Zuweisung durch AMS	Beratung für in Wien gemeldete Menschen und teilweise Einpersonunternehmen.	www.schuldnerberatung-wien.at/
MigrantInnen ohne Anspruch, AsylwerberInnen	Diakonie Sozialberatungsstelle für AsylwerberInnen	Diakonie Flüchtlingsdienst	Persönliche und telefonische Beratung zu den Öffnungszeiten und nach Terminvereinbarung	Sozialberatung, Betreuung und Begleitung für AsylwerberInnen und subsidiär Schutzberechtigte in der Grundversorgung, für privat Wohnende ist Zuständigkeit nach Bezirken eingeteilt	https://fluechtlingsdienst.diakonie.at/einrichtung/sozialberatungsstelle-wien
	Caritas Asylzentrum	Caritas	Persönliche und telefonische Beratung zu Öffnungszeiten und nach Terminvereinbarung	Zentrale Servicestelle der Wiener Grundversorgung; Sozialberatung von AsylwerberInnen; Auszahlung von Leistungen der Grundversorgung.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-fluechtlinge/asylzentrum/
	Caritas Sozial- und Rückkehrberatung	Caritas	Persönliche und telefonische Beratung zu den Öffnungszeiten und nach Terminvereinbarung	Sozialberatung für EU-BürgerInnen in Notlagen.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdachwohnen/beratung/sozial-und-rueckkehrberatung/

Tabelle 6: Sozialberatungsstellen in Wien. Beratung findet kostenlos zu Öffnungszeiten statt. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.

3.2.5 Empfehlungen: Nachgehende, an KlientInnen orientierte soziale Arbeit

Wie beschrieben sind Armut und Armutsgefährdung an sich gesundheitsgefährdende Faktoren, gerade auch in Bezug auf die Korrelation mit der Entwicklung psychischer Krankheiten (vgl. Die Armutskonferenz 2015:3; Head / Bond 2018; Stadt Wien 2016:149). Materielle Grundsicherung und solidarische Gesellschaftsstrukturen sind somit wichtiger Faktor in der Prävention psychischer Belastungen und Krankheiten (vgl. Head / Bond 2018; Schöny 2012). Die aktuellen politischen Debatten und geplanten Einsparungen beziehungsweise Reduktionen von staatlichen finanziellen Sozialleistungen sind als äußerst kontraproduktiv zu bewerten (vgl. Arbeit & Wirtschaft Blog 2019; Die Armutskonferenz 2015:33; Etzelsdorfer 2018; Schöny 2012).

Auch in unseren Interviews wurden finanzielle Probleme und die sozialpolitische Haltung als große Belastung genannt. Im Bereich Kinder/Jugend/Familie etwa werden eindeutige Zusammenhänge zwischen finanziellen Belastungen und psychosozialen Problemen und Überforderung festgestellt (KiJuFam1:112; KiJuFam2:191–194). So meinte eine Mitarbeiterin eines MA11 Familienzentrums:

„Armut ist ein Thema. Armut ist bei uns DAS Thema. Ja. Wir hätten hier ganz viele Probleme nicht ohne Armut“ (KiJuFam2: 210)

Konkret wurde in Bezug auf Kinderbetreuungsgeld problematisiert, dass Eltern oft monatelang auf Auszahlung warten und es teils aus unverständlichen Gründen gestrichen werde (KiJuFam2:122-130). Auch ein Aspekt der Änderungen der Wiener Mindestsicherung sei für Familien und junge Erwachsene eine große Belastung – für junge Erwachsene werden unter bestimmten Umständen nur 50 – 75 Prozent ausgezahlt (Psy2:34). Und zwar wenn sie nicht in Ausbildungs- oder Berufsmaßnahmen sind oder wenn Eltern ebenfalls Mindestsicherung beziehen. Auch im Gewaltschutzbereich können Zusammenhänge zwischen finanzieller Unsicherheit und Gewalt festgestellt werden – sowohl würden Frauen eher in Gewaltbeziehungen verbleiben, als auch Gewalt durch Verunsicherung gefördert (Gew2:121)²¹.

Neben materieller Absicherung sind niederschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote ein wichtiger präventiver Faktor der Gesundheitsversorgung (vgl. Berghofer / Psota 2013:4). Diesbezüglich sind die Aussagen der MA40 als sehr positiv zu werten – ganzheitliche sozialarbeiterische Beratung im Zuge der Beantragung materieller Hilfen kann wichtige präventive Unterstützung bieten (Fin1:32; s.a. die Ausführungen oben). Durch die Stärkung des Instruments Hausbesuch könnten über finanzielle Schwierigkeiten hinausgehende, beziehungsweise diese mitbedingende, Faktoren frühzeitig erkannt werden (ebd.). Zentral ist jedoch diesbezüglich sozialarbeiterische Unabhängigkeit zu sichern, um SozialarbeiterInnen nicht zu Ausführungs - Gehilfen restriktiver Sozialpolitik zu machen, sondern ihre Arbeit an Prämissen Sozialer Arbeit und damit der nachhaltigen Unterstützung ihrer KlientInnen auszurichten.

Vernetzung zwischen Einrichtungen wurde ebenfalls als wichtiger Aspekt genannt, um frühzeitig auf Unterstützungsbedarf aufmerksam zu werden. Die MA40 nannte

²¹ Siehe dazu auch den Abschnitt „Häusliche Gewalt“ in dieser Arbeit.

diesbezüglich die Koordinationsstelle Wohnungssicherung, in der sich MA40, MA11, FSW, PSD und soziale Trägervereine aus dem Bereich Wohnungslosigkeit vernetzen, und bei Bedarf auch nachgehend tätig werden²².

In Bezug auf unser Forschungsprojekt lässt sich festhalten, dass finanzielle soziale Leistungen ein wichtiger Faktor in der Prävention psychosozialer Probleme und psychischer Krankheiten sind und damit Kosten für das Gesundheitssystem reduzieren (vgl. Berghofer / Psota 2013:4; Stadt Wien 2016:71f). Es kann jedenfalls eine klare Empfehlung für Ausbau und Stärkung nachgehender niederschwelliger Angebote sozialer Arbeit ausgesprochen werden, wobei in Anbetracht bereits bestehender Unübersichtlichkeit eher bestehende Angebote gestärkt, verbessert und bekannter gemacht, als neue gegründet werden sollten.

3.2.6 Schlussfolgerungen mobiles Team

Im Bereich materielle Grundsicherung konnte kein Bedarf für die Schaffung eines eigenen mobilen Teams festgestellt werden, was jedoch deutlich hervorkam, ist die Wichtigkeit nachgehender, niederschwelliger sozialer Arbeit. Die Bedeutung von Hausbesuchen als diagnostischem Instrument wurde sowohl von SozialarbeiterInnen der MA40 als auch der Krankenhaussozialarbeit, von Seiten des PSD und des FSW BPZ betont (Fin1:126–130, 141–146; Ges1:41; PflA1:270–272; Psy2:54).

Weiters kann Beratung und Unterstützung im Bereich materieller Grundsicherung präventive Wirkung haben, wenn Fachkräfte in der Interaktion auch auf anderen Unterstützungsbedarf achten. Die Vernetzung von Angeboten bei finanziellen Notlagen mit psychosozialer Unterstützung scheint hier besonders wichtig, um Bedarfslagen zu erkennen und adäquat vermitteln zu können. Nach Aussage unserer InterviewpartnerInnen funktioniert dies in Wien bereits gut (Fin1:53, 99–106; KiJuFam1:12–14; PflA1:27–31; Poz2:12; Psy1:48–63; Wh2:68), nur im Wohnungslosen- und Suchtbereich dürfte hier weiterer Bedarf bestehen²³. Teilweise konnte festgestellt werden, dass Angebote nicht ausreichend bekannt oder auf Grund knapper Ressourcen qualitativ mangelhaft sind (Fin1:49, 157; Gew2:46; PflA1:268). Dr. Roswitha Ebner, eine Psychiaterin des PSD, betonte die Wichtigkeit von Strukturen zu Förderung von Früherkennung psychiatrischer Erkrankungen, zumindest sollten Fachkräfte sozialer und gesundheitlicher Einrichtungen dahin gehend geschult sein (Psy2:36–38).

Eine fortlaufende Stärkung von Bekanntheit, Vernetzung und Kooperation sowie von Angeboten nachgehender Sozialer Arbeit ist daher zu empfehlen.

²² Siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt Wohnungslosigkeit sowie im Abschnitt Fall-spezifische Vernetzung.

²³ Siehe dazu die Ausführungen in den entsprechenden bereichsspezifischen Kapiteln dieser Arbeit.

3.3 Wohnen an der Schnittstelle zur Delogierung

Sophie Lehner

Das folgende Kapitel behandelt Menschen, die in Wien in eigenständigen Wohnungen und Wohnformen wohnen. Das Kapitel der wohnversorgten KlientInnen entstand durch eine Abspaltung von dem sehr großen Bereich der Wohnungslosenhilfe, da zwischen beiden unterschiedliche Problemlagen bestehen.

3.3.1 Bestehende Einrichtungen und Relevanz von Wohnversorgten für die Masterthese

Die Relevanz und Größe des Themenbereiches zeigte sich während der durchgeführten Interviewphase, wodurch der Entschluss gefasst wurde, ein eigenes Kapitel zu kreieren. Aufgrund der späten Trennung konnte keine Einrichtung mit Spezialisierung auf den Bereich der Wohnversorgten interviewt werden. Das Fehlen dieser Interviews fand Ausgleich in den anderen geführten Interviews mit Einrichtungen, zu deren Zielgruppen auch wohnversorgte Personen zählen, als auch in Literaturrecherche und E-Mailkontakt mit der sozialen Wohnungssicherung. Zeitmangel ermöglichte es zu nur einer der Delogierungspräventionen Kontakt aufzunehmen: Da die Internetrecherche bei FAWOS ergiebiger war als bei der sozialen Wohnungssicherung der MA40, wurde nur zur Delogierungsprävention der MA40, Kontakt aufgenommen.

Ganz besonders wurde die Thematik von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufgegriffen. Die Erhebungen aus den Interviews haben aufgezeigt, dass Versorgungslücken vor allem im Bereich der wohnversorgten Personen auftreten und diese durch ein mobiles Team Ausgleich finden könnten. So meint z.B. Frau Peter von der Gruft: *„ich glaub, dass es wirklich fehlen würde, im Wohnung –, im Bereich der Wohnversorgten.“* (Wh1:82) Für diese Zielgruppe gibt es keine klar definierten Anlaufstellen wie für Wohnungslose, was auch auf Grund des Facettenreichtums der Problemlagen schwer möglich ist. Die Fallvergabe an breitgefächerte Stellen wie z.B. Amt für Jugend und Familie, wohnpartner etc. mit Schwerpunkten wie z.B. Kinder, Jugend und Familie oder Alter und Pflege wird durch die Art des Problems bestimmt. Ansonsten wird wohnversorgten Personen großteils das Hilfsangebot in Einrichtungen, die selbstständig aufzusuchen sind, bereitgestellt.

Aufgrund der Breite des Handlungsfeldes und der Problemlagen werden in den folgenden Unterkapiteln nur die von den InterviewpartnerInnen genannten Punkte, nämlich Delogierungsprävention, Krankheit, psychische Erkrankung und Multiproblemlagen aufgegriffen.

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
Delogierungsprävention	Fachstelle für Wohnungssicherung - FA-WOS	Volks-hilfe. Wien	telefonische Terminvereinbarung, Privat- oder Genossenschaftswohnung; bei Gefahr des Wohnungsverlusts nach gerichtlicher Kündigung	(x)	Information, Beratung, Krisenintervention, Vermittlung mit Hausverwaltung und EigentümerInnen, Erstellen von Haushalts- und Finanzplan.	https://www.volks-hilfe-wien.at/wohnungssicherung-fawos/
	Die soziale Wohnungssicherung	MA40	Kontaktaufnahme seitens der Wohnungssicherung erfolgt, wenn Räumungsklage für eine Gemeindeförderung der Stadt Wien eingereicht wurde.	x	Beratung und Vernetzung mit Unterstützungseinrichtungen der Stadt Wien	https://www.wien.gv.at/kontakte/ma40/index.html
Schuldnerberatung	Schuldnerberatung	Fond Soziales Wien	Voraussetzung: wohnhaft in Wien. Ebenso werden Einpersonenernehmen beraten, wenn Steuer und Sozialversicherung gezahlt werden. Kostenlose Beratung.		Berät und unterstützt bei Analyse der wirtschaftlichen Situation. Hilfe bei Privatkonkurs möglich.	https://www.schuldnerberatung-wien.at/
Sonstiges	wohnpartner	Wohnservice Wien	Aufsuchende Tätigkeit im Wiener Gemeindebau	x	Gemeinwesenarbeit, Konfliktarbeit und Vernetzung im Gemeindebau	https://www.wohnpartner-wien.at/
	WOBES - Verein zur Förderung von Wohnraumbeschaffung	WOBES	Bewilligung des Beratungszentrums Wohnungslosenhilfe nötig.	x	Unterstützung für Menschen in Not, vor allem bei Wohnungslosigkeit, Straffälligkeit und Arbeitslosigkeit	http://www.wobes.org/
	MIK OG - mobile, individuelle Krankenpflege	gefördert von FSW	Zielgruppe: Psychiatrisch und/ oder somatisch Erkrankte. Aufenthaltsort Wien (eigene Wohnung, betreute Wohnformen etc.)	x	Pflege, Haushaltshilfe, Ausflüge, Home Care, Besuchsdienste, Transport, Hilfe bei Finanzen	https://www.mik-og.at/
	INDIBET - individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen	Volks-hilfe. Wien	Zielgruppe: Erwachsene in Wien; mehrfache stationäre Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus, krankheitsuneinsichtig und unbehandelt, soziale und/oder geronto-psychologische Einschränkung, bei der Hilfe angenommen werden muss	x	Hilfe im alltagspraktischen Bereich (Haushalt, Körperpflege etc.), Sozialkontakte, Vernetzung, Begleitung auf Arzt- oder Amtswegen, Unterstützung im Umgang mit Medikamenten	https://www.volks-hilfe-wien.at/pflegebetreuung/individuelle-betreuung/

Tabelle 7: Überblick Wohnen. Quelle: eigene Darstellung.

3.3.2 Versorgungslücken: „Hilfe, wenn es fast zu spät ist.“

Wie bereits gesagt, stechen als Versorgungslücken im Bereich der Wohnversorgten besonders die Delogierungsprävention, Krankheit, psychische Erkrankung und Multiproblemlagen hervor. Eine Randgruppe stellen die prekär Wohnversorgten dar, die oft das Angebot einer Postadresse oder der medizinischen Versorgung in der Wohnungslosenhilfe nutzen. (Ges1:56; Ges3:6–10; Wh3:6)

„Momentan oder mittlerweile ist es auch so, dass sehr viele prekär Wohnversorgte zu uns kommen, d.h. die gerade halt irgendwo bei Bekannten unterkommen, bei Familienmitgliedern, in Hostels oder in Hotels, die teilweise dann Postadressen brauchen und manchmal aus bestimmten Voraussetzungen auch keine Postadressen bekommen können.“(ebd.:6)

Die Arbeit mit dieser Zielgruppe birgt meist sehr viele Herausforderungen für ProfessionistInnen, weil bei jeglichem Handeln die Vor- und Nachteile genau abgewogen werden müssen.

„Dann haben Sie das Problem, dass die auch total ausgebeutet sind, und dann haben Sie die Möglichkeit, Sie zeigen den Vermieter an, dann sitzt die Familie ganz auf der Straße, oder Sie schauen zu, oder Sie nehmen die Kinder ab. Es ist eine ganz eine schwierige Problematik und dann ist die Frage, inwieweit fühlt sich Österreich dafür zuständig“ (Ges3:54)

Obwohl von den Interviewten die Thematik der prekär Wohnversorgten nur am Rande erwähnt und somit nicht weiter in den folgenden Kapiteln behandelt wird, wollen wir darauf hinweisen, dass bei dieser Problematik politischer Handlungsbedarf gegeben ist.

3.3.2.1 Delogierungsprävention

Zur Unterstützung delogierungsbedrohter Personen teilen sich drei Einrichtungen, die Fachstelle für Wohnungssicherung (FAWOS), die soziale Wohnungssicherung der MA40 und die MA11, das Amt für Jugend und Familie, das Aufgabengebiet Wien. Die Arbeit konzentriert sich auf die Einrichtungen, die Delogierungsprävention als Schwerpunkt haben; das sind die FAWOS und die soziale Wohnungssicherung der MA40. Der Zuständigkeitsbereich von FAWOS beschränkt sich auf Privat-, Genossenschafts- und fremdverwaltete Gemeindewohnungen.(vgl. Volkshilfe Wien 2016a) Das Ressort der sozialen Wohnungssicherung der MA40 ist auf Gemeindewohnungen der Stadt Wien eingegrenzt (vgl. Stadt Wien Wiener Wohnen o.A.). Die MA11 ist zuständig, wenn minderjährige Kinder im Haushalt wohnen (vgl. Rubik 2019). Somit gibt es kein flächendeckendes einheitliches Konzept in Wien. Trotz dieser Institutionen lässt sich in rund 900 Fällen pro Jahr, das sind weniger als 0,5 Prozent der Haushalte in Gemeindebauten, eine Delogierung nicht mehr vermeiden. Rund ein Zehntel der Räumungsklagen münden damit tatsächlich in einem Wohnungsverlust (vgl. Stadt Wien Wiener Wohnen o.A.).

Sobald eine Räumungsklage eingegangen ist, erfolgt die Kontaktaufnahme zu den delogierungsbedrohten Personen, die von FAWOS und der sozialen Wohnungssicherung unterschiedlich gehandhabt wird. FAWOS sendet zweifach eine schriftliche Mitteilung an die Betroffenen. Zeigen die AdressatInnen keine Reaktion, kommt es zu keiner neuerlichen Kontaktaufnahme, hebt Frau Peter hervor. (Wh1:14) *„Das heißt, dass ma, also es gibt ja den Versuch der Delogierungsprävention. Aber da werden halt zwei Briefe geschrieben und wenn sich die Klienten nicht melden, dann wars es.“*(ebd.) Die soziale Wohnungssicherung gestaltet die Kontaktaufnahme wie folgt:

„Wir versuchen dann telefonisch den Menschen zu erreichen. Falls wir ihn nicht erreichen machen wir einen unangekündigten Hausbesuch und wenn wir ihn da auch nicht antreffen, hinterlassen wir eine Nachricht mit der Information bezüglich der drohenden zwangsweisen Räumung, unserem Unterstützungsangebot und mit einem Termin, wann wir wiederkommen und meiner Handynummer, wo wir von den MieterInnen direkt kontaktiert werden können. Insgesamt versuchen wir mindestens 3 mal telefonisch und mindesten 2 mal persönlich Kontakt herzustellen.“ (Rubik 2019)

Laut Herrn Rubik wird innerhalb von 5 Tagen Kontakt zu den Betroffenen aufgenommen. Ab Eingang der Klage bleiben diesen noch 6 bis 8 Wochen bis zur Delogierung. (vgl. Redl 2017)

Versuchen delogierungsgefährdete KlientInnen vor Eingehen der Räumungsklage das Problem zu lösen, kommt es häufig zu einem Hilfsansuchen bei den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, was meist deren Hilfsangebot übersteigt (Wh1:8–10). Sie vermitteln weiter an die Schuldnerberatung, welche die adäquate Anlaufstelle ist. Bei dieser sind Termine zu vereinbaren, die in der Beratungseinrichtung wahrgenommen werden müssen; somit kommt es zu keinen Hausbesuchen. Die Terminvereinbarungen sind für einige KlientInnen eine große Hemmschwelle, da es für sie sehr schwierig ist, diese einzuhalten. (vgl. Schuldnerberatung 2011)

„Wir haben ein sehr breites Spektrum an Unterstützungseinrichtungen, jedoch haben der Großteil einen sehr hochschwelligem Zugang und eine Kommstruktur und es gibt leider keine aufsuchende, niederschwellige Einrichtung, die die Menschen dabei unterstützt, sich an die richtige Einrichtung zu wenden. Das Konzept der Subjektförderung kann dazu führen, dass Menschen, die Hilfsangebote in Anspruch nehmen wollen, in „Vorleistung“ gehen müssen, um überhaupt an die Hilfsangebote zu kommen. In der Praxis kann das bedeuten: das Ausfüllen von Anträgen, Einreichung von diversen Unterlagen (die sie zum Teil erst selbstständig und mit Kosten verbunden organisieren müssen), das Vereinbaren von Terminen für Erstgespräch/Abklärungsgesprächen, das Einhalten dieser vereinbarten Termine (mit zum Teil nicht unbeachtlichen Wartezeiten bis zum Termin), sehr oft mit dem Erfordernis, dass die KlientInnen den Weg zur Einrichtung schaffen müssen, obwohl sie diese noch nicht kennen und nur ein sehr überschaubarer Bereich der Einrichtungen aufsuchende und mobile Angebote

haben. Unserer Erfahrung nach sind es genau die sehr hilfsbedürftigen Menschen, die diese Anforderungen nicht ohne Hilfe erfüllen können und dadurch ohne Versorgung in ihren Wohnungen leben.“(Rubik 2019)

Personen, die ihre Hemmschwellen nicht überwinden können, sind vor Einlangen der Räumungsklage auf sich alleine gestellt. Zwar können KlientInnen in Privat- oder Genossenschaftswohnungen Kontakt zu FAWOS aufnehmen, BewohnerInnen von Gemeindebauten können ihrerseits allerdings keinen Kontakt zur sozialen Wohnungssicherung herstellen.(vgl. ebd.) Gegebenenfalls erhalten sie Unterstützung von Institutionen wie „wohnpartner“, einer Organisation, die auf Gemeinwesen- und Konfliktarbeit im Gemeindebau fokussiert ist, jedoch auch Beratung zur Einsparung von Energiekosten mittels eines Freiwilligenprojektes macht (vgl. wohnpartner o.A.; vgl. Wohnservice Wien, gGmbH 2013). Aufklärungsarbeit bei Mietrückstand versucht Wiener Wohnen mittels eines Flyers zu leisten, der bei der Unterzeichnung des Mietvertrags übergeben wird, jedoch kommt es zu keiner Betreuung oder Begleitung, wodurch nicht festgestellt werden kann, ob die KlientInnen in weiterer Folge Hilfe erhalten (vgl. Stadt Wien 2018; vgl. Stadtrechnungshof Wien 2017:46). Allgemein wird die Kontaktaufnahme nach dem Eingang einer Klage nicht als ausreichend präventiv angesehen. Um dem entgegenzuwirken, sollen laut Stadtrechnungshof erste Informationen bereits nach der ersten ausstehenden Miete übermittelt werden. Laut Wiener Wohnen erhalten die MieterInnen bereits Informationen durch das Mahnschreiben, das bereits beim Ausbleiben einer Miete versandt wird. (vgl. ebd.:45–51) Herr Rubik begründet die späte Kontaktaufnahme: *„Aufgrund der Personalressourcen, und um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, Menschen zu unterstützen, die es nicht von alleine schaffen, die Delogierung abzuwenden.“*(Rubik 2019) Dass Bedarf gegeben ist, die Delogierungsprävention auszubauen, zeigen die Zahlen nach dem ersten Jahr der sozialen Wohnungssicherung: 852 Fälle wurden behandelt, bei 689 davon wurde die Delogierung verhindert. Dies zeigt eine Erfolgsquote von über 80%. Jeder vierte Fall betraf Familien mit minderjährigen Kindern und jeder fünfte junge Erwachsene unter 30. (vgl. Stadt Wien Wiener Wohnen 2017)

Zu einer Übergabe der Fälle von den Einrichtungen der Delogierungsprävention an die Wohnungslosenhilfe kommt es ebenfalls, wenn kein Einkommen vorhanden ist und somit die Delogierung mittels Ratenzahlung nicht abgefangen werden kann.(vgl. Rubik 2019) Allgemein zeigt sich ein Bedarf am Ausbau der Delogierungsprävention und eine vorzeitige niederschwellige Unterstützung durch ProfessionistInnen, die auch aufsuchend tätig sind (Ges2:68). Ebenso sind Hausbesuche zu initiieren, da bei diesen der Zustand der Wohnung, die Alltagsgestaltung und die Wohnfähigkeit besser festgestellt werden können (Fin1:126).

3.3.2.2 Krankheit und psychische Erkrankung in Hinblick auf Delogierungsprävention

Der Themenkomplex der psychischen Erkrankungen und Krankheiten wie z.B. Demenz fordern Soziale Einrichtungen immer wieder. Diese Zielgruppe gilt als besonders gefährdet, delogiert zu werden:

„Es gibt sicher sehr viel psychisch Kranke, also sehr viel Depressive, die delogiert werden, ja, weil's einfach nicht aufs Arbeitsamt gehen können, weil's dadurch dann die Miete ned zahlten und halt delogiert werden.“ (Wh1:92).

Sowohl FAWOS als auch die soziale Wohnungssicherung befassen sich in der Delogierungsprävention auch mit der Gruppe der psychisch auffälligen KlientInnen. Im ersten Jahr hat die soziale Wohnungssicherung 91 MieterInnen betreut, die immer von zwei ProfessionistInnen unterstützt werden, da die Betreuung meist länger dauert und intensiv ist. (vgl. Rubik 2019; vgl. Stadt Wien Wiener Wohnen 2017) Die Schwierigkeit dieser Zielgruppe liegt vor allem darin, entdeckt zu werden und Unterstützung anzunehmen (Psy2:58). Zum Teil erhält sie erst dann Hilfe, wenn sie in der Wohnungslosenhilfe auffällig wird.

„Manche bleiben uns aber auch erhalten, obwohl wir nicht zuständig sind. Da würde ich sagen, dass sind eher psychisch auffällige Menschen oder wo halt vermutet wird, dass da eine psychische Erkrankung besteht, speziell mit / also z.B. kommen zu uns Leute aus Gemeindewohnungen, die eigentlich wohnversorgt sind, d.h. wir sind ganz klar nicht zuständig, aber die sagen, die können dorthin nicht zurückgehen, weil sie werden bestrahlt und die Nachbarn – keine Ahnung – leiten Flüssigkeit und Gas in die Wohnung. Da fühlen wir uns trotzdem auf eine gewisse Art und Weise zuständig, also - - man versucht/ also gerade bei solchen Fällen versucht man, trotzdem eine Lösung zu finden.“ (Wh3:10)

KlientInnen, die sich in ihre Wohnungen zurückziehen, erhalten jedoch erst dann Hilfe, wenn sie durch die direkte Umgebung wie z.B. NachbarInnen initiiert wird. (Ges1:56). Häufig kommt es bei Personen mit psychischer Erkrankung auch zur Belastung der Umgebung, was auch zu Delogierungen und Räumungsklagen führen kann: *“wenn es im zwischenmenschlichen Kontakt in der Nachbarschaft nachhaltige und ernstliche Probleme gibt, da gibt's davor einige Sicherungssysteme, wie die Wohnpartner, die versuchen da mit Mediation bei Konflikt zu vermitteln bzw. auch Hilfen anzubieten, und solange das gelingt, geht es gar nicht bis zur Kündigung, ja.“ (Fin1:57)*

Um vor allem diese Zielgruppe ausreichend zu unterstützen, benötigt es ProfessionistInnen, die den Wohnort aufsuchen. Vereinzelt gibt es bereits solche Projekte in Wien:

Als erster Ansprechpartner wird der Bereich Pflege und Betreuung des Fond Soziales Wien (FSW) genutzt, der auch aufsuchend tätig sein kann. Bedarf es einer längerfristigen sozialarbeiterischen Betreuung, beauftragt der FSW die operative Sozialarbeit, die von der Wiener Pflege und der Betreuungsdienste GmbH, einer Tochtergesellschaft des FSW, durchgeführt wird. (PfIA1:28–37) (→ „Alter&Pflege“; „Psy“) Hierbei ist es 2016 zu einer Erweiterung durch das neue „Team Plus“ gekommen, das mit 5 MitarbeiterInnen die KlientInnen der Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe und Wohnungssicherungskommission betreut. Die Unterstützung wird mit Schwerpunkt auf komplexe Lebenssituationen wie Schulden, Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung gewährt. (vgl. Fond Soziales Wien 2019).

Wie bereits erwähnt, gewährt zum Teil auch „wohnpartner“ Unterstützung, obwohl deren Fokus auf Gemeinwesen- und Konfliktarbeit im Gemeindebau liegt (vgl. wohnpartner o.A.).

Ebenfalls sozialarbeiterisch aktiv ist die mobile Wohnbetreuung (WOBES). In Anspruch genommen werden kann sie von ehemaligen NutzerInnen der Wohnungslosenhilfe, die in ihrer eigenen Wohnung beim selbstständigen Wohnen unterstützt werden; dafür benötigt wird aber eine Bewilligung des Beratungszentrums Wohnungslosenhilfe (bzWo). (vgl. WOBES o.A.)

Weitere nennenswerte Projekte²⁴ sind MIK, das alltagsbewährte und ganzheitliche Betreuung in Wien anbietet, und INDIBET, das individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen in den eigenen vier Wänden leistet. (→ „Psy“) (vgl. MIK OG 2015; vgl. Volkshilfe Wien 2016b)

Wünschenswert sind somit niederschwellige Einrichtungen, wie wohnpartner, WOBES, Team Plus etc., die flächendeckend agieren. Weiters sollte ein breiterer Fokus als bisher bezüglich der Zielgruppe und deren Problemlagen ins Auge gefasst werden. Durch die niederschwellige Hilfe könnte auch akuter Unterstützungsbedarf gedeckt werden, da kurzzeitig erkrankte Personen, die z.B. Bettruhe zu wahren haben, ebenfalls basale Unterstützung im Alltag benötigen (Su2:33–36).

3.3.2.3 Multiproblemlagen²⁵

In komplexen Fällen, bei denen mehrere Einrichtungen auf Grund vielfältiger Bedarfslagen der KlientInnen involviert sind, ist eine ausreichende Abklärungszeit für das soziale Umfeld und für die Handlungsalternativen nötig. Für solch eine detaillierte Fallfassung fehlen jedoch bei den meisten bestehenden Teams die Ressourcen. (vgl. Diebäcker et al. 2009) *„Und eigentlich müsstest du wem anrufen und song: „He, komm amal in die Familie. Schau Dir das zwei, drei Wochen an. Wo kann geholfen werden? Wie kann geholfen werden? Was kann man tun?“ (Wh1:68).* Weiters kommt es häufig zur Mehrfachbetreuung, da KlientInnen auf Grund ihrer breitgefächerten Probleme von mehreren Einrichtungen betreut werden. Das kann zur weiteren Überforderung der KlientInnen führen, da diese von mehreren Institutionen verschiedene To-Dos aufgetragen bekommen, die sich dann summieren und unüberblickbar werden. (→ „Fallspez. Vernetzung“; „Form d. Betreuung“) Um dies zu verhindern gibt es die Koordinationsstelle Wohnungssicherung, *„die da gegründet wurde, genau um hier soziale Institutionen in Wien unter ein Dach zusammenzufassen, um bei schwierigen Konstellationen, Multiproblemthemenstellungen auch gemeinsam Lösungen zu entwickeln und zu erarbeiten.“ (Fin1:64)* Bei der Koordinationsstelle Wohnungssicherung treffen sich einmal im Monat die MA40, MA11, PSD, Wiener Wohnen, Wohnpartner, Sucht- und Drogenkoordination, FSW Pflege und Betreuung und FSW Wohnungslosenhilfe. Sie behandeln Fälle, bei denen Kündigungen des Mietvertrages auf Grund von z.B. Problemen mit NachbarInnen, unheimlichem Verhalten etc. drohen.

²⁴ Informationen über diese und ähnliche Projekte können mittels KundInnenservice des Fond Soziales Wien erfragt werden. (→ „Alter&Pflege“)

²⁵ Multiproblemlagen umfasst Fälle, bei denen eine Mehrzahl an komplexen Problemlagen in verschiedenen Lebensbereichen auftreten. (vgl. Tausenfreund et al. 2012:33)

Ziel ist, Menschen, denen durch ihr Verhalten Wohnungsverlust droht und bei denen soziale Indikation angenommen wird, nachhaltig zu helfen und die Situation abzufangen; dafür wird auch aufsuchend gearbeitet.(ebd.:64–69)

Die Umstellung von sozialen Einrichtungen auf Rückruf-Ticket-Systeme, bei denen man in einem Callcenter einen Rückruf binnen weniger Werkstage vereinbart, ist besonders bei Multiproblemlagen kritisch zu betrachten. Herr Rubik merkt dazu an:

„Unserer Erfahrung kann diese Form der Kontaktaufnahme für Menschen mit Organisations- oder Ressourcenschwächen oder allgemein mit Problemlagen (oder nur eingeschränkter Möglichkeit, jederzeit beim Handy zu bleiben, z.B. wegen Berufstätigkeit!) nicht unwesentliche Hürden darstellen, sich überhaupt an die Einrichtungen zu wenden oder den Rückruf zum richtigen Zeitpunkt verlässlich entgegennehmen zu können.“ (Rubik 2019)

3.3.3 Mobiles Team: Schnelle Hilfe zuhause, mobile Schuldnerberatung

Die Forschung hat gezeigt, dass ein mobiles Team im Bereich der Wohnversorgten einen großen Mehrwert hätte. Ein Schwerpunkt sollte dabei vor allem auf die Delogierungsprävention, psychische Erkrankungen und Multiproblemlagen gelegt werden. Dabei kann eine enge Vernetzung mit FAWOS, der sozialen Wohnsicherung der MA40 als auch eine Kooperation mit der Schuldnerberatung, mit wohnpartner, PSD, Team Plus etc. angedacht werden.

Der Fokus des neuen Teams könnte vor allem auf KlientInnen gelegt werden, die intensivere Betreuung auf Grund einer Erkrankung oder Multiproblemlagen benötigen, bei Themen, die auch über die Delogierung und Schulden hinausgehen. Dabei wäre es äußerst relevant, dass es binnen weniger Tage zu Hausbesuchen kommen kann. Dies sollte einerseits in die Wege geleitet werden, wenn auf die zweifache schriftliche Mitteilung durch die Delogierungsprävention keine Reaktion von den KlientInnen kommt. Andererseits sollte keine Räumungsklage abgewartet werden müssen, sondern vorab versucht werden zu intervenieren. Auch könnten die Hausbesuche dafür genutzt werden, um schnell auf sogenannte gefährliche Schulden wie Miete, Strom und Gas zu reagieren. Vorteilhaft wäre dabei, dass bei einem Hausbesuch alle vorhandenen Unterlagen an Ort und Stelle sind und nicht nachgebracht werden müssen. Weiters sollte es ermöglicht werden, in einer Abklärungsphase von ca. 2 Wochen mehrere Besuche zu tätigen, um die Situation ganzheitlich zu erfassen.

Als ProfessionistInnen sollten SozialarbeiterInnen und JuristInnen vorhanden sein als auch weiter benötigte ExpertInnen hinzugezogen werden können. Als weitere Versorgungslücke wurde die Zielgruppe Wohnversorgte Personen genannt, die nur kurzzeitige Unterstützung benötigen, bis ein längerfristiges Angebot eingeleitet worden ist. Dafür sollten KrankenpflegerInnen im Team inkludiert sein. (→ „Alter&Pflege“) Ebenso ist Hilfe bei psychisch auffälligen Personen zu leisten; für diese ist hervorzuheben, dass die Multiprofessionalität äußerst relevant ist und ganz besonders PsychiaterInnen miteinbezogen werden sollten. Somit sind bei der Konzeptionierung eines solchen Teams die Niederschwelligkeit, Hausbesuche und die Mobilität

hervorgestochen. Im Fallverlauf sollte eine längere Abklärungsphase initiiert werden, die es ermöglicht, die Situation ganzheitlich zu erfassen. (Wh1:68,102)

3.4 Die Wiener Wohnungslosenhilfe: „Sich an der Lebenslage der Menschen orientieren“

Andreas Draxler

Im folgenden Kapitel folgt eine Auseinandersetzung mit spezifischen Angeboten der Wiener Wohnungslosenhilfe. Das Gesamtangebot der Wiener Wohnungslosenhilfe umfasst ambulante Angebote, (Nachtquartiere, Tageszentren), längerfristiges Wohnen und unbefristetes Wohnen (vgl. Fonds Soziales Wien 2018:3). Die jeweiligen Angebote unterscheiden sich vor allem darin, nicht von jedem Menschen in Anspruch genommen werden zu können. Die Inanspruchnahme längerfristiger Wohnformen sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, spezifisch auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten und gehen somit weit über das Forschungsfeld dieser Arbeit hinaus.

Der Fokus dieses Kapitels liegt auf jenen Angeboten, die die Menschen ohne bestimmte Voraussetzungen in Anspruch nehmen können. Dabei liegt der Fokus einerseits auf mobilen Teams, die sich durch ihre aufsuchende Tätigkeit und unmittelbare Unterstützung der Menschen auszeichnen. Andererseits liegt der Fokus auf standortgebundenen Einrichtungen (Notquartiere), die die Menschen auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sie für längerfristige Wohnformen keinen Anspruch haben. Gerade dann, wenn Menschen aus unterschiedlichen Gründen (aufgrund ihres Aufenthaltstitels) keine längerfristige Wohnform in Anspruch nehmen können, sind sie auf Angebote angewiesen, deren Inanspruchnahme nicht an Voraussetzungen und Bestimmungen geknüpft sind. Langfristige mobile Angebote (wie das Housing-First-Modell und das Betreute Wohnen), wie auch langfristige standortgebundene Angebote müssen in diesem Kapitel ausgespart werden. Thematisiert werden im Folgenden die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe, welche sowohl mobile, wie auch standortgebundene Ansätze verfolgen. Befragte InterviewpartnerInnen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit betonen, dass Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe gut ausgebaut seien. Begründet wird dies mit der Angebots- und Versorgungsvielfalt der Wiener Wohnungslosenhilfe, Menschen in unterschiedlichen Lebens- und Problemlagen erreichen zu können (Fin1:203; Ges2:62; Wh1:64). Weitere InterviewpartnerInnen ergänzen jedoch, dass Lücken auf unterschiedlichen Ebenen -im öffentlichen Raum, in standortgebundenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe- bestehen (Su1:56; Wh3:52; Wh4:35)

Um aus den dargestellten Lücken in der Versorgungslandschaft Empfehlungen ableiten zu können, werden in den folgenden Unterkapiteln zunächst die bestehenden Angebote dargestellt und anschließend mit den Versorgungslücken gegenübergestellt.

3.4.1 Angebote im öffentlichen Raum

Anhand der nachfolgenden Tabelle wird das Angebot im öffentlichen Raum dargestellt. Die Angebote ähneln sich in ihrer Mobilität, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres Einsatzgebiets und der Einsatzzeiten. Weitere Angebote mit ähnlichem Auftrag, werden im Kapitel „Sucht“ vorgestellt, da der Träger die Suchthilfe in Wien ist.

	Name	Träger	Zeiten/Einsatzgebiet:	Beschreibung	Link
Streetwork	Streetwork Gruft	Caritas Wien	Dreimal pro Woche; entweder tagsüber oder nachts; im öffentlichen Raum (Parks, Brücken, Bahnhöfe)	Erst- und Notversorgung, Beratung, Verteilung von Schlafsäcken, Transport in Notquartiere	https://www.gruft.at/streetwork/
	Obdach unterwegs	Obdach Wien gemeinnützige GmbH	Unterschiedliche Einsatzzeiten, in ganz Wien mit unterschiedlichen Routen	Erst- und Notversorgung, Vermittlung von Schlafplätzen, Ausgabe von Kleidung, Vermittlung zu Postadressen	https://www.obdach.wien/p/obdachlos-strassensozearbeit-obdach-unterwegs
	Streetwork Hauptbahnhof	Caritas Wien	täglich, von 19 bis 1 Uhr; am Hauptbahnhof	Erst- und Notversorgung, Kontaktaufnahme im öffentlichen Raum	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/streetwork-hauptbahnhof/
Mobile Notversorgung	Canisibus	Caritas Wien	Täglich (auch an Wochenenden und Feiertagen); zwei geplante Touren (Friedensbrücke, Bahnhöfe, Praterstern, Karlsplatz)	Zubereitung und Ausgabe von Suppe im öffentlichen Raum	https://www.caritas-wien.at/canisibus/
Wintermaßnahme (von 30.10. bis 30.4.)	Kälte-telefon	Caritas Wien	Täglich, rund um die Uhr, Menschen in Not und Bevölkerung kann sich rund um die Uhr melden	Streetwork, Erst- und Notversorgung, Verteilen von Schlafsäcken, Transport und Vermittlung zu Notquartieren	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/kaeltetelefon/

Tabelle 8: Übersicht der Angebote im öffentlichen Raum; Quelle: eigene Darstellung

In den Ausführungen der befragten ExpertInnen wurde auf die Bedeutung der Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe für Menschen im öffentlichen Raum hingewiesen

(Fin1:203; Ges2:60). Dabei orientiere sich der Ansatz des Streetworks an der Lebenswelt der Menschen, um sie in ihrem sozialen Umfeld aufsuchen zu können (vgl. Galuske 2009:268–275; Gusy / Farnier 2016:1–4). Die Inanspruchnahme ist nicht an Voraussetzungen geknüpft. Streetwork richtet sich dabei vor allem an Menschen, die „durch das etablierte Versorgungssystem nicht oder nicht mehr erreicht werden“ (Gusy / Farnier 2016:1).

Die Wiener Wohnungslosenhilfe hat hierfür vielfältige und ganzjährige mobile Angebote geschaffen. Neben der Präsenz im öffentlichen Raum seien die Angebote darauf ausgerichtet, Menschen in ihrem sozialen Umfeld (erst-) zu versorgen, sie zu beraten und sie gegebenenfalls an längerfristige Unterstützungsangeboten anzubinden, so Wilhelm Jaschke, Projektleiter des Louisebusses (Ges2:74). Dies gelinge durch eine Vernetzung zwischen den mobilen Teams und den langfristigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Um diesem gesellschaftlichen und fachlichen Auftrag erfüllen zu können, seien mobile Teams sowohl von Ressourcen ihrer Organisation, als auch von den zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Einrichtung der Wiener Wohnungslosenhilfe abhängig. Menschen könnten, so Jaschke, im öffentlichen Raum zwar kurzfristig versorgt werden. Für eine längerfristige Unterstützung bedarf es jedoch einer Vernetzung und der Ressourcen von standortgebundenen Einrichtungen (z.B. in Form von Nächtigungsplätzen) (ebd.). Gleichzeitig, so Susanne Peter von der Gruft, würden mobile Streetworkteams im Bedarfsfall auch die Funktion des „Gatekeepers“²⁶ zur medizinischen Gesundheitsversorgung einnehmen, da in akuten Situationen die Rettung verständigt oder die Menschen direkt in Krankenhäuser gebracht werden würden (Wh1:26). Die jeweiligen Angebote unterscheiden sich insbesondere darin, zu unterschiedlichen Zeiten an verschiedenen Orten im öffentlichen Raum tätig zu sein. Während ein mobiles Team der Caritas sich auf das umliegende Gebiet des Hauptbahnhofs fokussiert, umfasst das Einsatzfeld des Teams Obdach den gesamten Raum in Wien. Friedrich Kovar, Menschenrechtsbeauftragter der Wiener Polizei, gibt an, dass mobile Teams nicht in akuten Situationen gerufen werden können, obwohl der Bedarf hierfür vorliege (Poz1:60). Für diese Situationen gibt es jedoch beispielsweise das Kältetelefon, welches als Wintermaßnahme rund um die Uhr erreichbar ist. Das Angebot des Kältetelefon zeichnet sich durch Flexibilität und ganztägige Rufbereitschaft ohne Voraussetzungen aus. (vgl. www.caritas-wien.at o.A.). Auch Wilhelm Jaschke betont die Relevanz, die Angebotszeiten der mobilen Teams ganztätig auszudehnen und sich dabei an den Kältetelefon zu orientieren. Aufgrund der aktuellen politischen Situation und eingeschränkter Ressourcen bezeichnet er dies jedoch als nicht realistisch (Ges2:66).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mobile Angebote im Kontext der Wohnungslosenhilfe besonders für jene Menschen von Bedeutung sind, die nicht (mehr) an langfristigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angebunden sind beziehungsweise hierfür keinen Anspruch besitzen. Dennoch lassen sich Lücken in der mobilen Tätigkeitsform ableiten, die im folgenden Unterkapitel dargestellt werden.

²⁶ Redelsteiner (2016a:333) verwendet den Begriff des „Gatekeepings“ vor allem Bezug auf das Gesundheitswesen; Als Gatekeeper gilt „jene Person, die den Zugang zum Gesundheitswesen öffnet“ und ermöglicht

3.4.2 „Ist der öffentliche Raum für alle da?“ – Versorgungslücken in der aufsuchenden Sozialarbeit

Martin Tiefenthaler berichtet in seinen Ausführungen, dass sich durch eine Vernetzung zwischen sozialen Einrichtungen und weiteren EntscheidungsträgerInnen (der Exekutive) ein Grundkonsens nach Akzeptanz und Zugehörigkeit aller Menschen im öffentlichen Raum etabliert hätte (Su1:30). Gleichzeitig stellt er in seinen Ausführungen fest, dass der gesellschaftspolitische Druck auf Menschen, die einer Randgruppe angehören, zusehends steige. Gegenüber diesen Menschen werde *„mit Aufenthaltsermittlungen vorgegangen. Man will sie [die Menschen] weghaben aus dem öffentlichen Raum“* (ebd.:56). Dies zeige sich beispielsweise durch Alkoholverbote an öffentlichen Plätzen sowie der Schließung des Hauptbahnhofs in der Nacht. Die Inanspruchnahme von Nächtigungsplätzen und längerfristigen Wohnformen ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So haben nicht-anspruchsberechtigte Menschen keinen Anspruch auf längerfristige Wohnformen (dies wird im nachfolgenden Unterkapitel näher erläutert). Die voranschreitende Schließung von öffentlichen Plätzen ist von umso schwerwiegender Bedeutung für wohnungslose Menschen, als dass sie dadurch ihren sozialen Begegnungsraum, sowie ihre Nächtigungsplätze verlieren (ebd.:20). Hinzu kommt, dass die Menschen im Kontext der Wohnungslosenhilfe und im öffentlichen Raum mit Problemlagen konfrontiert sein können, die komplex und multikausal sind. Drack-Mayer (2015:130) nennt in diesem Zusammenhang *„Gewalterfahrungen, Suchtproblematiken, psychiatrische Erkrankungen, Schulden, fehlende Erwerbsintegration, etc.“* als mögliche Problemlagen der Menschen.

Aufgrund dieser Exklusion- und Ausschlusstendenzen und des gesellschaftspolitischen Drucks gegenüber marginalisierten Menschen, sehen aufsuchende mobile Teams ihren Auftrag nach Martin Tiefenthaler (Su1:10) darin, Menschen an standortgebundene Versorgung und Unterstützung (z.B. Nächtigungsquartieren) anzubinden. Um Menschen jedoch tatsächlich an langfristige Unterstützung anbinden zu können, müssten Menschen in bestimmten Situationen (z.B. fortgeschrittene Alkoholdemenz von nicht wohn-versorgten Menschen) jedoch über einen längeren Zeitraum kontinuierlich begleitet werden (ebd.:56). Derzeit bestehen nur punktuelle Möglichkeiten, nicht-anspruchsberechtigte Menschen zu begleiten (ebd.:16). Die Präsenz mobiler Teams ermögliche zwar einen Zugang zur Lebenswelt der Menschen im öffentlichen Raum. Da diese Begleitungen für mobile Teams im öffentlichen Raum jedoch zeitintensiv seien und ein Personalmangel vorliege, (ebd.:12), würden Menschen lediglich in einzelnen Bedarfsfällen und nicht kontinuierlich/über einen längeren Zeitraum zu langfristigen Unterstützungsangeboten begleitet werden können. Dies hätte zur Folge, dass Menschen, die die jeweiligen Angebote nicht (selbstständig) erreichen und von MitarbeiterInnen sozialer Einrichtungen aufgrund des Ressourcenmangels nicht begleitet werden können, *„durch den Rost fallen“* (Ges3:10; Su1:12). Diese Darstellung wird anhand eines Zitates von Martin Tiefenthaler zum Ausdruck gebracht:

Aber das musst du einmal schaffen, als Migrant, der nach Österreich gekommen ist, der nicht Deutsch kann, der da vollkommen gescheitert ist, der in eine Suchtproblematik abgerutscht ist, und jetzt am Praterstern wohnt, sich nicht mehr um seine Hygiene kümmern kann, um

*seine medizinische Versorgung und von dem verlangst, dass der allein
in 23. Bezirk zu AmberMed fährt (Su1:62)*

Dieses Zitat veranschaulicht die Relevanz aufsuchender Sozialer Arbeit, Kontakt zu den Menschen im öffentlichen Raum aufzubauen, in Beziehung zu treten und sie, ob des vorliegenden Unterstützungsbedarfs und des zunehmenden gesellschaftlichen Drucks, an jene Versorgung anzubinden, derer sie bedürfen.

3.4.3 Niederschwellige Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Mit Bezug auf das vorige Unterkapitel lässt sich ebenso festhalten, dass Menschen im öffentlichen Raum längerfristige Unterstützungsangebote benötigen. Aus diesem Grund gilt es im Rahmen dieser Forschung zu analysieren, welche Angebote für Menschen bestehen, deren Zugang zu Leistungen der Wiener Wohnungslosenhilfe eingeschränkt ist.

Die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe unterscheiden sich in der jeweiligen Zielgruppe, der Zielsetzung und der jeweiligen Problemkonstellation der Menschen. Dabei unterliegen die Angebote einem sogenannten Stufenmodell, der sich am „Treatment-Ansatz“ orientiert (vgl. Padgett et al. 2011 zit. in Kittel 2014:15). Dies bedeutet, dass die Menschen zunächst in Einrichtungen zugewiesen werden, in der Grad der Unterstützung und Hilfe ebenso ausgeprägt sind wie die Kontrolle über die Menschen. Für Einrichtungen, die stärker auf Selbstbestimmung und selbstbestimmtes Wohnen ausgerichtet sind, müssen sich die Menschen in gewisser Weise qualifizieren, um für diese Einrichtungen in Erwägung zu kommen. Dieses System steht auch deshalb in der Kritik, da die Einschätzung der Wohnfähigkeit von dem Betreuungspersonal erfolge und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe eher dazu beitragen können, sich an Strukturen der Wohnungslosenhilfe anzupassen, als dass Empowerment gefördert wird (vgl. Kittel 2014:17).

Gleichzeitig unterscheiden sich die Angebote auch dadurch, dass diese nicht für alle Menschen frei zugänglich und in Anspruch genommen werden können. Die Leistungen der Wiener Wohnungslosenhilfe sind an die Anspruchsvoraussetzungen des Wiener Sozialhilfegesetzes geknüpft.²⁷ (vgl. Chwistek 2013 zit. in Bastecky et al. 2017:147).

In der nachfolgenden Tabelle werden Angebote dargestellt, die Menschen auch ohne vorliegender Anspruchsberechtigung für Leistungen der Wohnungslosenhilfe in Anspruch nehmen können. Der Fokus richtet sich dabei vor allem auf die Zugangsvoraussetzungen und die vorliegenden Kapazitäten der Einrichtung. Tätigkeitsformen, die sich zwischen den jeweiligen Angeboten ähneln, werden nicht explizit dargestellt (z.B. basale Versorgung der Menschen, Sanitätsräume).

²⁷ Anspruchsberechtigt sind dabei Menschen mit einer österreichischen Staatsbürgerschaft jene Menschen die nach dem Wiener Sozialhilfegesetz gleichgestellt sind (vgl. §7a WSHG). Gleichgestellt sind Menschen mit dem Status des Asylberechtigten oder des subsidiär Schutzberechtigten (Asylgesetz 2005), Menschen mit einem Aufenthaltstitel Daueraufenthalt – EU

	Name	Träger	Zugang/Öffnungszeiten	Beschreibung	Link
Beratungseinrichtung	Sozial- und Rückkehrberatung	Caritas Wien	Mo, Mi, Do: 09-12 Uhr; 13-16 Uhr Di, Fr. 09-12 Uhr	Zuweisende Stelle zu den jeweiligen Angeboten für nicht-anspruchsberechtigte Menschen; mehrsprachige Beratung zu bürokratischen Angelegenheiten	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/beratung/sozial-und-rueckkehrberatung/
Notquartiere	VinziPort Wien	VinziWerke Wien	Zuweisung über Vinziwerke; Öffnungszeiten: 18-07 Uhr	Männernotquartier, für 55 EU-Bürger, 6-12 Betten/Schlafraum;	https://www.vinzi.at/vinziport-wien/
	VinziBett Wien	VinziWerke Wien	Zuweisung über VinziWerke; Öffnungszeiten: 18-08 Uhr	Für 46 Personen, unabhängig ihrer Herkunft, ihres Alters und der Nationalität, med. Betreuung durch praktische Ärztin	https://www.vinzi.at/vinzibett-wien/
	Notschlafstelle Zweite Gruft	Caritas Wien	Zuweisung über Soziale Rückkehrberatung; Öffnungszeiten: 19-07 Uhr	Für etwa 20 obdachlose Frauen aus dem Ausland, vor allem EU-BürgerInnen;	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/tagesaufenthalt/zweite-gruft/
	Kurzzeitwohnen	Caritas Wien	Zuweisung der SozialarbeiterInnen von Projekt Kurzzeitwohnen;	Für etwa 50 EU-BürgerInnen, die nicht chronisch krank sind; Dauer zwar mit 3 Monate anbeiräumt, kann sich jedoch verlängern ²⁸	https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfeangebote/obdach-wohnen/tagesaufenthalt/zweite-gruft-folder.pdf
Chancenhäuser	Obdach Wurlitzergasse	Obdach Wien	Vermittlung über P7 ²⁹ , Tageszentren, Straßensozialarbeit obdach unterwegs oder bzWO 24-stündige Anwesenheit des Betreuungspersonals	Befristete ganztägige Unterkunft zur Abklärung der Wohnperspektive, Einzel- und Doppelzimmerbelegung; medizinische Versorgung und psychologische Beratung	https://www.obdach.wien/p/wohnen-wohnhaeuser-wurlitzergasse
	Haus Hermes	Rotes Kreuz	24-stündige Anwesenheit des Betreuungspersonals	Befristete ganztägige Unterkunft zur Abklärung der Wohnperspektive 150 Plätze (96 Männer, 40 Frauen, 14 Paare);	https://www.rotes-kreuz.at/wien/katastrophen-

²⁸ Info über den Zugang und das Platzangebot der Notschlafstelle „Zweite Gruft“ und des Kurzzeitwohnens telefonisch am 09.04.2019 erfragt und erhalten (P7) [steht in diesem Fall für Gesprächsprotokoll]

²⁹ P7 – Wiener Service für Wohnungslose“ ist eine der zuweisenden Stellen in der Wiener Wohnungslosenhilfe und weist prinzipiell anspruchsberechtigte Menschen zum jeweiligen Angebot zu ((www.caritas-wien.at:2019)

					hilfe/wohnungs- losenhilfe/haus- hermes/
Tageszentren	Das Stern	Rotes Kreuz	An keine Voraussetzungen geknüpft; täglich von 08-18 Uhr, donnerstags: 08-13 Uhr,	Tagesunterkunft für (zeitgleich) 50 Personen, richtet sich an akute wohnungslose, volljährige Menschen	https://www.rotes-kreuz.at/wien/katastrophenhilfe/wohnungslosenhilfe/das-stern/
	Tageszentrum Gruft	Caritas Wien	Ohne Voraussetzungen geknüpft, täglich von 07:30-21:30	Tagesunterkunft für wohnungslose Menschen	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/tagesaufenthalt/betreuungszentrum-gruft/
	Tageszentrum am Hauptbahnhof	Caritas Wien	Ohne Voraussetzungen geknüpft; Mo-So: 08-18 Uhr	Tagesunterkunft für obdachlose Menschen; medizinische Versorgung des Louisebusses donnerstags 09-12 Uhr	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/tagesaufenthalt/tageszentrum-am-hauptbahnhof/
Wintermaßnahme (von 30.10. bis Ende April)	4 Nachtquartiere an unterschiedlichen Standorten	Obdach Wien gemeinnützige GmbH	Zuweisung erforderlich; Öffnungszeiten: von Abend bis am darauffolgenden Morgen	Insgesamt 13 Zimmer für obdachlose Familien; 2 Wohneinheiten für vier obdachlose Paare 45 Schlafplätze für obdachlose Frauen;	https://www.obdach.wien/p/notu-nachtquartiere

Tabelle 9: Angebot für nicht-anspruchsberechtigte Menschen; Quelle: eigene Darstellung

In den Ausführungen der befragten ExpertInnen lässt sich festhalten, dass Angebote für nicht-anspruchsberechtigte Menschen bestehen. Diese Angebote zielen in erster Linie darauf, Menschen eine Unterkunft, eine basale Versorgung sowie die Möglichkeit einer Tagesstruktur (im Rahmen von Tageszentren) zur Verfügung zu stellen. Dabei besteht das Angebot einerseits von Nachtquartieren, deren Inanspruchnahme eines Nächtigungsplatzes an eine Bewilligung der Sozial- und Rückkehrberatung beziehungsweise P7 geknüpft sind. Nachtquartiere bieten Menschen die Möglichkeit, von Abend bis zum darauffolgenden Morgen (die Zeiten unterscheiden sich dabei vom jeweiligen Angebot) bleiben und nächtigen zu können. Das Konzept der Nachtquartiere steht insofern in Kritik, da dieses Angebot nicht mehr zeitgemäß sei und wohnungslose Menschen eine ganztägige, psychosoziale Versorgung benötigen würden (vgl. Kittel 2014:57). Aus diesem Grund folgt im Kontext der Wohnungslosenhilfe eine Entwicklung und Umstrukturierung auf Chancenhäuser (die konzeptionelle und strukturelle Ausrichtung werden von Sophie Lehner ausführlich im weiteren Verlauf erörtert). Des Weiteren können nicht-anspruchsberechtigte Menschen Tageszentren von Früh bis Abend ohne etwaige Voraussetzungen in Anspruch nehmen.

3.4.3.1.1 Chancenhäuser

Sophie Lehner

Die aktuell größte Veränderung in der Wohnungslosenhilfe in Wien ist die Entstehung von Chancenhäusern und die damit einhergehende Schließung der meisten Notquartiere. Somit wurde bereits das Notquartier Hermes zu einem Chancenhaus als auch das Übergangswohnen Wurlitzergasse. Derzeit wird die Umstellung des Notquartiers „U63“ geplant und das Chancenhaus Favorita entsteht.(vgl. Pufler 2019) Man sucht laufend nach weiteren neuen Standorten. Die Konzepte der jeweiligen Häuser sind nicht einheitlich.

Die Umstellung der Notquartiere auf Chancenhäuser wird von PraktikerInnen zum Teil sehr kritisch betrachtet.

„Auch das Konzept von Chancenhäusern sehe ich kritisch, mag sein, dass es gut klingt. Aber was macht man nach der Abklärungsphase, dann ist die Person wieder auf der Straße. Und wenn es nur noch Chancenhäuser gibt, dann wird das wirklich schwierig.“(Wh4:35)

Die Zielgruppe der Chancenhäuser sind wohnungslose, volljährige Personen.(vgl. Wiener Rotes Kreuz 2018:8) Da diese Wohnform objektgefördert ist, liegt es im eigenen Ermessen der Leitung, welche Kriterien für den Einzug festgelegt werden. Dies hat den Vorteil, dass keine Förderbewilligung des Beratungszentrums Wohnungslosenhilfe benötigt wird und somit auch nicht-anspruchsberechtigte Personen das Angebot nutzen können. (vgl. Krivda 2018:62) Ins Chancenhaus Hermes z.B. können somit Personen einziehen, die realistische und zeitnahe Perspektiven haben, eigenständig zu wohnen, die auf einen Wohnplatz warten oder zeitnahe eine andere Unterbringungsform erwarten können z.B. einen stationären Aufenthalt. (vgl. Wiener rotes Kreuz 2018:8) Dennoch sind die Chancenhäuser gegenüber Notquartieren höherschwellig, da ein Einkommen vorhanden sein muss. Sehr geschätzt wird die Möglichkeit, dass die KlientInnen ganztägig ihr Zimmer nutzen können und dieses auch mit weniger Personen zu teilen ist. (vgl. ebd.:11)

„hm prinzipiell glaub ich eh, dass die Chancenhäuser mal ein guter Ansatz sind, also z.B. diese Richtung, dass die Leute dortbleiben können, dass sie nicht auf der Straße sind und nicht noch weiter abrutschen, dass Zweibettzimmer sind und Sozialarbeit vor Ort ist. Das – finde ich – ist einmal ein gutes Angebot, aber es kann halt überhaupt nicht der Weisheit letzter Schluss sein, sondern es wird trotzdem immer wieder also Akut/ Akutunterbringungen brauchen.“ (Wh3:20)

Als besonders negativ wird die rasante Einschränkung der Akutunterbringungsmöglichkeiten, d.h. der Notquartiere, gesehen. KlientInnen, die kein Einkommen oder nach der Abklärungsphase doch keine Perspektiven haben und somit das Chancenhaus verlassen müssen, bleiben somit, außer in privaten Notquartieren wie Vinzis und Gruft, im Sommer weiterhin ohne Dach über dem Kopf.

„mittlerweile ist es halt schon bisschen schwierig mit der Zuweisung in Notquartiere, weil das System umgestellt wird auf Chancenhäuser und

wahrscheinlich wird es auch beim U63 nicht anders sein, d.h. ja, man muss halt mal schauen.“ (ebd.:6)

Auch ist die Fluktuation in Chancenhäusern im Gegensatz zu Notquartieren viel geringer, was in der Praxis bereits zu langen Wartezeiten führt. Zur sofortigen Unterbringung bei akuter Wohnungslosigkeit bedarf es deshalb weiterhin der Notquartiere. (vgl. Krivda 2018:62) Bisher gibt es für die Chancenhäuser kein einheitliches Konzept und keine zentrale Verwaltungsstelle, was zu unterschiedlicher Handhabung von Wartelisten oder täglichen Anrufe geführt hat. (vgl. Wiener rotes Kreuz 2018:9, 28) In der Praxis zeigt sich bereits, dass KlientInnen, die z.B. auf Grund einer Erkrankung nur sehr niederschwellige Angebote nutzen können, vom System der Chancenhäuser nicht aufgefangen werden und diese somit Notquartiere nicht ersetzen dürfen.(vgl. Krivda 2018:63; Wh3:20).

3.4.4 Akute Notversorgung im Winter – fehlende ganzjährige und spezifische Unterstützungsangebote

Andreas Draxler

Ausgehend von dieser Versorgungssituation in niederschweligen Einrichtungen lassen sich Lücken auf mehreren Ebenen ableiten, die nun folglich dargestellt und formuliert werden:

3.4.4.1 Strukturelle Ressourcen

Die befragten ExpertInnen haben in ihren Ausführungen dargestellt, dass das zur Verfügung gestellte Platzangebot, gemessen am Unterstützungsbedarf der Menschen, bei weitem nicht ausreiche (Su1:20). Durch die (kurzfristige) Aufstockung der Nächtigungsplätze der Notquartiere im Rahmen der Winterhilfe sei das Angebot für die Menschen zwar „annähernd“ ausreichend (Ges2:68; 104; Wh4:35). Ab April (mit Beendigung der Wintermaßnahme) verlieren Menschen jedoch einen Nächtigungsplatz in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Der Verband der Wiener Wohnungslosenhilfe (2015:37) fasst die Situation dabei wie folgt zusammen: Menschen würden zwar vor dem Erfrieren geschützt werden. Dabei würden jedoch keine sozialen Probleme gelöst werden. Armutsbetroffene, von Exklusion bedrohte Menschen würden ganzjährige und differenzierte Angebote brauchen, welche zur Stabilisierung und Inklusion beitragen müssen (vgl. Verband Wiener Wohnungslosenhilfe 2015:37). Durch dieses fehlende, ganzjährige Angebot würde sich der gesundheitliche Zustand chronisch verschlechtern (vgl. Krivda 2018:76).

3.4.4.2 Psychosoziale Versorgung

Riesenfelder (et al. 2012:184) haben im Jahr 2012 im Rahmen eines Evaluierungsberichts festgehalten, dass für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen kein „strukturiertes Angebot“ vorliege. Im diesjährigen Situationsbericht der Wiener Wohnungslosenhilfe (vgl. 2018:5) wird ausgeführt, dass der Anteil der Menschen mit psychosozialen Themenstellungen ebenso steige. Die Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe würden in Einrichtungen der Wiener

Wohnungslosenhilfe nach Roswitha Ebner anlassbezogen psychiatrisch versorgt und unterstützt werden (→ „Psy“). Roswitha Ebner, selbst als Konsiliarpsychiaterin des Psychosozialen Dienstes in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe tätig, hat in dieser Hinsicht jedoch betont, dass sie zwar in bestimmter Regelmäßigkeit Menschen in Einrichtungen unterstützten würde. Dabei könne sie allerdings nicht in akuten Situationen gerufen werden (Psy2:44). Aufgrund dessen hat sie im Kontext der niederschweligen Einrichtung auf ein flexibleres Angebot hingewiesen. Im Situationsbericht der Wohnungslosenhilfe wird festgehalten, dass die Menschen mit psychosozialen Themenstellungen neben einer individuell auf sie ausgerichteten Versorgung auch Rückzugsmöglichkeiten benötigen würden (vgl. Verband Wiener Wohnungslosenhilfe 2018:5). In einem im „Der Standard“ erschienen Beitrag am 16.10.2018 über den „Alltag von Obdachlosen zwischen Scham, Stolz und Stress“ berichtet eine obdachlose Frau über die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten, die dazu führten, dass sie Notquartiere erst dann in Anspruch genommen hätte, *„wenn es gar nicht mehr ging- vergangenen Winter waren das drei Nächte“* (Der Standard: 2018). Eine inadäquate Versorgung führe jedoch dazu, dass Menschen *zwischen stationären psychiatrischen Angeboten, Nachtquartieren und Einrichtungen der WWH [Wiener Wohnungslosenhilfe] pendeln*“ würden (Riesenfelder et al. 2012:184). Dies lässt sich ebenso anhand der Aussagen der befragten ExpertInnen ableiten, da in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe insbesondere psychosoziale, komplexe Themenstellungen zu vermehrten Rettungseinsätzen in kurzen Zeitabständen führen können (→ „Rettung“). In diesem Zusammenhang lässt sich aus dem diesjährigen Situationsbericht der Wiener Wohnungslosenhilfe (vgl. 2018.:9) festhalten, dass sich der Allgemein- und Gesundheitszustand durch eine „gesicherte“ langfristig ausgerichtete „Wohnsituation“ verbessert hätte. Demgegenüber würden niederschwellige Einrichtungen (wie Notquartiere) dazu beitragen, dass sich psychiatrische Symptome durch die Stressbelastung noch zusätzlich verstärken.

3.4.4.3 Spezifische Versorgung bei Krankheit und Behinderung

Aus den Ausführungen der befragten ExpertInnen wurde ebenso darauf hingewiesen, dass sich der Gesundheitszustand der Menschen „auf der Straße“ chronisch verschlechtere (Ges2:74; Ges3:54) (→ „Gesundheit“). Wohnungslose Menschen, die akute Krankheitssymptome aufweisen, benötigen jedoch ganztägige Unterkunfts- und Versorgungsangebote. Hinzu kommt, dass Menschen (auch jene, die anspruchsberechtigt sind) Notquartiere lediglich von Abend bis zum darauffolgenden Morgen beanspruchen können. Die Wiener Wohnungslosenhilfe hat aus diesen Gründen strukturell Nächtigungsplätze geschaffen, die darauf ausgerichtet sind, Menschen mit akuten Krankheitssymptomen ganztägig versorgen zu können. Zwei befragte ExpertInnen haben die Relevanz dieser Angebotsstruktur explizit hervorgehoben (Su2:33–36; Wh1:28). Das „Notquartier +“ im Rupert-Mayer-Haus (Caritas) bietet fünf Männern und zwei Frauen eine Unterbringungsmöglichkeit (vgl. caritas-wien.at: 2019). In diesem Zusammenhang haben die befragten ExpertInnen betont, dass das Platzangebot gemessen am Bedarf der Menschen nicht ausreichen würde (Su2:33–36; Wh1:28). Hinzu kommt, dass hierfür eine Zuweisung von P7 vorausgesetzt werde. Gleichzeitig wurde in den Ausführungen der Interviewpartnerinnen

dargelegt, dass Notquartiersplätze nicht für Menschen ausgerichtet sind, die durch eine Behinderung einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Das Notquartier + des Rupert-Mayer-Hauses setzt für eine Inanspruchnahme eine Mobilität „aufgrund der räumlichen Bedingungen“ voraus (caritas-wien.at 2019).

Fallsituationen verdeutlichen, dass Menschen vor allem deshalb mit der Rettung in Krankenhäuser gebracht worden seien, weil etwa keine barrierefreien Plätze verfügbar gewesen seien. (Wh1:28).

Aufgrund dessen hat Wilhelm Jaschke betont, Menschen in Winternotquartieren der Caritas durch eine fachärztliche Beratung zu versorgen. Die behandelnde Ärztin führe dabei per se zwar keine fachärztliche Behandlung durch, sondern berate die Menschen in gesundheitlichen Fragestellungen und verweise diese gegebenenfalls an notwendige Unterstützungssysteme weiter (Ges2:102). Hinzu kommt, dass Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durch das mobile ÄrztInnen in wöchentlichen Abständen die Menschen in den Einrichtungen aufsucht (ebd.:58). Darüber hinaus gebe es für Menschen weiterführende medizinische Angebote, wie das Gesundheitszentrum des Neunerhauses und AmberMed. Eine nähere Darstellung über die genauen Angebotsstrukturen der medizinischen Versorgung findet sich im Kapitel „Gesundheit“ (→ „Gesundheit“).

3.4.5 Empfehlungen für Kontext Wohnungslosenhilfe

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es durchaus differenzierte Angebotsformen der Wiener Wohnungslosenhilfe gibt, um eine Vielzahl von Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen mit spezifischen Angeboten zu erreichen. Durch eine Schnittstelle zum Psychosozialen Diensten und zu gesundheitsfördernden Organisationen gelingt es zwar, daraus ergebende Problemlagen in einem bestimmten Rahmen zu lindern. Es zeigt sich jedoch, dass strukturelle Ressourcen vor allem in Bezug auf Nächtigungsplätzen fehlen. Gemessen an den weitreichenden, psychosozialen Bedarf in der niederschweligen Arbeit benötigt es jedoch eine gezielt auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen ausgerichtete, psychosoziale Versorgung der Menschen. Die Betreuung müsste in diesem Zusammenhang auf eine gewisse Langfristigkeit ausgerichtet sein.

3.4.6 Schlussfolgerungen für mobiles Team: Von akuter Intervention zu langfristiger Betreuung

Angesichts der Implementierung eines mobilen Teams wurden aus Sicht der befragten ExpertInnen unterschiedliche Modelle und Formen im Kontext der Wohnungslosenhilfe dargestellt und formuliert.

Friedrich Kovar bezieht sich in seinen Ausführungen auf eine mobile sozialarbeiterische Organisationseinheit, die für Menschen im öffentlichen Raum (bei akut psychischen Krisen und psychosozialen Themenstellungen) gerufen werden könne. Bis dato werde in diesen Situationen die Rettung und die Polizei verständigt. Friedrich Kovar bekräftigt jedoch, dass es in diesen Situationen Professionen und Organisationen gebe, die

langfristiger und nachhaltiger Menschen unterstützen können, als dass dies bei Polizei und Rettung der Fall sei. Gleichzeitig stellt er fest, dass bestehende, psychosoziale Organisationen im öffentlichen Raum zwar präsent seien, allerdings nicht flexibel, außerhalb ihres Einsatzgebietes, gerufen werden können (Poz1:60). Friedrich Kovar scheint sich in seinen Ausführungen auf den Auftrag des „Kältetelefon“ der Caritas zu beziehen. Unter Betrachtung, dass die Caritas (eine etablierte Organisation) mit dem Angebot bereits über langjährige Erfahrungen verfügt (was den Ablauf anbelangt) könnte dieses Angebot auf das ganze Jahr ausgeweitet werden.

Als Möglichkeit und in Abgrenzung zu den Ausführungen von Kovar haben Tiefenthaler und eine weitere anonyme Fachkraft in der niederschweligen Arbeit die Relevanz betont, Menschen in Multiproblemlagen zum jeweiligen Unterstützungsangebot zu begleiten, um sie an weiterführende und langfristige Unterstützungsangebote anbinden zu können.

Für dieses Anbinden reicht es nicht, dass ich dem Karterl in die Hand druck. Sondern, dass ich ihn begleite und zwar nicht nur einmal, vor allem, wenns um Notquartiere im Winter geht, da ist es ganz, ganz akut“ (Su1:56)

Tiefenthaler begründet diese Häufigkeit des Anbindens damit, dass Menschen im Kontext der Wohnungslosenhilfe aufgrund eines voranschreitenden Alkoholkonsums beispielsweise eine Alkoholdemenz haben und deshalb ein Bedarf an Begleitung gegeben ist (ebd.:56).

Über diese Anbindung mittels einer intensiven Begleitung hinausgehende Betreuung geht die Vorstellung einer weiteren anonymen Fachkraft hinaus. Ihrer Ansicht zufolge bräuchten Menschen in bestimmten Situationen im öffentlichen Raum eine langfristig ausgerichtete Unterstützung in Form einer einzelnen zuständigen Fachkraft. Drack-Mayer (vgl. 2015:130) hat dies vor allem damit begründet, dass sich aufgrund der Multiproblemlagen der Menschen „eine komplexe Schnittstellenlandschaft, sowohl innerhalb der Wohnungslosenhilfe, als auch zu externen Dienstleistungsbereichen“ ergebe. Diese Fachkraft soll dabei den Fallprozess auf die Lebenswelt und Bedürfnisse der jeweiligen Menschen ausrichten und den Menschen dadurch ein „stabiles“ Beziehungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung stellen. Obwohl die Menschen in diesen Situationen Multiproblemlagen aufweisen können, soll dabei das „Netzwerk“ professioneller HelferInnen nicht exorbitant ansteigen. Aus diesem Grund soll die Fachkraft den Prozess lenken (sofern dies von den Menschen gewünscht wird), und sich in Bedarfsfällen mit weiteren Organisationen vernetzen (Wh4:39) (→ „Form der Betreuung; fallunspezifische Vernetzung“).

3.5 Sucht: Risikoreicher, problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen

Sophie Lehner

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Sucht als Verhaltensweise, bei der nach wiederholtem Konsum ein starkes, schwer zu kontrollierendes Verlangen zu konsumieren besteht. Ungeachtet der schädlichen Auswirkungen hat der Konsum, gegenüber anderen Tätigkeiten Priorität. (vgl. World Health Organization 2019) Diese Definition wird für die Masterthesis übernommen; nicht einbezogen wird der Probierkonsum, da sich dieser meist nur auf vereinzelt Konsum über einige Jahre beschränkt. Der Fokus wird somit auf risikoreichen, problematischen Konsum von psychoaktiven legalen oder illegalen Substanzen gelegt. (vgl. Weigl et al. 2017:IV) Exkludiert sind somit auch stoffunabhängige Süchte wie Spielsucht, Kaufsucht, Computersucht etc. (vgl. Laging 2018:15).

3.5.1 Bestehende Angebote der Suchthilfe in Wien und Relevanz für die Masterthesis

Die Relevanz der Suchthilfe in der Masterthesis ergibt sich durch die Größe des Handlungsfeldes und durch den Forschungsschwerpunkt auf mobile Teams, da die Suchthilfe einer der größten Anbieter von Streetwork in Wien ist. Weiters stehen eine Vielzahl von Entzugseinrichtungen und Drogenberatungsstellen zur Verfügung: Es gibt das niederschwellige Angebot des "Jedmayer"; seine Zielgruppe beschränkt sich auf DrogenkonsumentInnen, die psychische, körperliche und soziale Beeinträchtigungen durch den Konsum erlitten haben und sich im öffentlichen Raum aufhalten; dabei sind diese entweder wohnungslos oder davon bedroht. (vgl. Suchthilfe Wien GmbH o.A.)

Das höherschwelligere Angebot des Vereins "Dialog" arbeitet mit KlientInnen, mit denen Terminvereinbarungen möglich sind. (Su2:24)

Im Angebotsspektrum sind ebenfalls Beratung bietende Entzugseinrichtungen als auch Streetworkteams, welche ihre Zuständigkeiten in illegale und legale Substanzen (meist Alkohol) aufteilen. (ebd.:16)

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
Entzugseinrichtungen	Ambulatorium Suchthilfe Wien	Suchthilfe Wien	ohne Termin, aber Anmeldung vor Ort; erste Abklärung sofort, weitere Behandlung spätestens am nächsten Tag		Suchtmedizinische Versorgung	https://www.suchthilfe.wien/beratung-betreuung-wohnen/ambulatorium-shw/
	Anton-Proksch-Institut	VAMED	Zuweisung durch Suchtberatung oder Ambulanzen		Suchtklinik, stationäre und ambulante Behandlung	https://api.or.at/
	Grüner Kreis	Suchthilfe Wien	Termin für Abklärung & Anamnese		ambulante Betreuungszentren & stationäre Einrichtungen	https://www.gruener-kreis.at/

	Schweizer Haus Hadersdorf	Schweizer Haus Hadersdorf	Zuweisung, Abklärung		stationäre und ambulante Therapieeinrichtung, sozialtherapeutisches Tageszentrum, Vorbetreuungsstelle	https://shh.at/
	p.a.s.s.	p.a.s.s.	Terminvereinbarung nötig		Suchtbehandlungseinrichtung	http://www.pass.at/
Streetwork	Help U	Suchthilfe Wien	Streetwork auf der, zufällig anzutreffen	x	Streetwork der Wiener Linien	https://www.suchthilfe.wien/mobile-soziale-arbeit/helpu/
	SAM	Suchthilfe Wien	Streetwork auf der Straße, zufällig anzutreffen	x	Streetwork -Teams (SAM2, SAM Flex, SAM Hauptbahnhof, SAM Plus)	https://www.suchthilfe.wien/mobile-soziale-arbeit/sam/
	Change	Suchthilfe Wien	Streetwork auf Straße oder in Kontaktcafé (ohne Termin) anzutreffen	x	Kontaktcafé & Streetwork	https://www.suchthilfe.wien/beratung-betreuung-wohnen/change-2/
Beratungseinrichtungen	Verein Dialog	Sucht- & Drogenkoordination Wien	Termine nötig, zuerst Befragung und Abklärung, dann weiteres Angebot		Suchthilfeeinrichtung	https://www.dialog-on.at/
	Jedmayer	Suchthilfe Wien	ohne Termin, kostenlos	(x)	Sozialmedizinische Einrichtung: Notschlafstelle, Tageszentrum, Beratung, Sprizentausch	https://www.suchthilfe.wien/beratung-betreuung-wohnen/jedmayer/

Tabelle 10: Überblick Sucht. Quelle: eigene Darstellung.

3.5.2 Versorgungslücken: „Wer bekommt, was er braucht?“

Die größten Problemstellungen im Bereich der Suchthilfe zeigen sich bei gesundheitlichen und psychiatrischen Unterstützungen. Dabei heben sich besonders die Thematiken: Entzug, Psychotherapie und ältere substanzabhängige Personen hervor, auf die in den nächsten Punkten eingegangen wird. Als Randthema hat sich die schlechte Behandlung von Drogenabhängigen in Spitälern und bei ÄrztInnen gezeigt. Um dem entgegenzuwirken, begleitet die Suchthilfe die KlientInnen vermehrt. (ebd.) Weiters weisen die „Frühen Hilfen Wien West“ darauf hin, dass es aufsuchende ProfessionistInnen für Sucht im Bereich Kinder, Jugend und Familie brauchen würde (KiJuFam3:281). Auszubauen wären ebenso, laut Birgit Braun von „change“, Schlafmöglichkeiten am Tag; dafür werden häufig Tageszentren genutzt, in denen jedoch eine durchgehende Observation des teilweise hochdosierten Konsums durch Fachpersonal nicht gewährleistet werden kann. (Su2:46–48)

„Also so etwas, wo die Menschen auch tagsüber schlafen können und observiert werden, das wäre natürlich ganz super. Da gibt's ganz wenige Einrichtungen, die ebensolche Betten anbieten, wo man sich tagsüber ausrasten kann, weil nicht alle Menschen in den Notschlafstellen sind.“ (ebd.:48)

3.5.2.1 Entzug

Entzug kann sowohl ambulant, das heißt in den aktuellen Lebensumständen, als auch stationär, wobei man sich für eine gewisse Zeitspanne in eine Institution begibt, durchgeführt werden (vgl. Grüner Kreis 2013). Die Erhebungen zeigen, dass die ambulante Unterstützung keine Mängel aufweist, jedoch die stationäre Behandlung einen großen Erweiterungsbedarf hat (Ges2:48; Su2:76). Hierbei wird die geringe Anzahl der Plätze stark kritisiert als auch die Anforderungen, um auf der Warteliste zu bleiben.

Laut Frau Braun von Change wartet man im Durchschnitt 3 Monate auf die Behandlung. Dabei muss, um nicht zurückgereiht zu werden, einmal die Woche an einem festgelegten Tag in einem Zeitrahmen von wenigen Stunden angerufen werden. Dies stellt für viele KlientInnen eine große Hürde dar, da diese meist keinen geregelten Tagesrhythmus haben. Wünschenswert wäre somit ein niederschwelliges stationäres Angebot. (ebd.:76)

„ich finde auch, dass 3 Monate auf Entzug und Therapie warten zu lange ist. Also wenn man schon sagt, die Menschen sollen etwas ändern in ihrem Leben – das wäre das, was die Gesellschaft gerne hätte –, dann wäre es auch toll, wenn sie das schneller machen könnten, und sie müssen dann z.B. für einen gewissen Entzug einmal in der Woche am Mittwochnachmittag anrufen, sonst werden sie wieder nach hinten gereiht. Also ich kann sagen, ich würde auch regelmäßig nach hinten gereiht werden, weil das für mich auch eine sehr große Hürde ist. Sagen wir mal Mittwoch zwischen 2 und 4 jede Woche anzurufen und dann hast ein Leben, das sich nicht – so wie wir – wir arbeiten ja zumindest und haben eine gewisse Regelmäßigkeit, ich mein, das sind Sachen, wo ich einfach finde, die sind schon bisschen höherschwellig. Also da einfach niederschwellige stationäre Angebote wären super.“ (ebd.)

Keine Möglichkeit auf einen Entzug haben nicht versicherte KlientInnen, da die Kosten der Behandlung von den Krankenkassen nicht übernommen werden; dies wird als besonders problematisch angesehen. Bei der Personengruppe, der im Sozialsystem nicht Versicherten und somit nicht Anspruchsberechtigten, würde es weiters auch eine Verbesserung der Wohnperspektiven benötigen. Diesen stehen nämlich nur die Winternotquartiere – und falls Einkommen vorhanden ist – auch die Chancenhäuser zur Verfügung. (→ „Wohnungslosenhilfe“). Um den Entzug schaffen zu können, müsste also die Gesamtsituation verbessert werden. (Su1:50)

3.5.2.2 Psychotherapie

Sowohl in der Streetwork als auch in den Beratungseinrichtungen zeigt sich, dass der Zugang zu Psychotherapie sehr schwierig ist; diese „kriegt man nur schnell mit einer Weisung“ (Su2:85–86). Problematisch ist dabei auch, dass der Psychosoziale Dienst substituierte Personen nicht zu seiner Zielgruppe rechnet und diese somit ablehnt: „der PSD fühlt sich nicht zuständig für Substituierte. Und dann bleibt aber auch nicht viel und das ist ein echtes Problem für uns, da wissen wir nicht, wohin mit den Leuten.“ (ebd.:32) Um dennoch ein Angebot machen zu können, gibt es in einigen Tageszentren

PsychotherapeutInnen, die aber nur eine stark begrenzte Anzahl an Stunden zur Verfügung haben. Es gibt deshalb einen hochgradigen Mangel an PsychiaterInnen: „*Psychiater Psychiater, Psychiater, PsychiaterInnen, um da korrekt zu sein, Wahnsinn, ja da braucht man viel mehr.*“ (ebd.:84), „*Versorgungslücken wie psychiatrische Versorgung für Drogenkonsumenten für Substituierte, also, da seh ich wirklich eine Lücke.*“ (ebd.:76) Es bräuchte somit eine größeres Angebot an Psychotherapeuten in der Suchthilfe; die Berufsgruppe sollte ebenfalls bei Bedarf in der Streetwork hinzugezogen werden können, da die psychologische Begleitung von KlientInnen, die zum Teil wegen ihrer Erkrankung Einrichtungen nicht nutzen, unabdingbar ist. (ebd.:85–86) (→ „Psy“)

3.5.2.3 Ältere substanzabhängige Personen

Als ansteigende Herausforderung haben sich laut Frau Braun ältere substanzabhängige Personen herauskristallisiert: „*ältere Drogenkonsumenten, das wird für uns jetzt sehr viel Thema. Weil da die Drogenhilfe mittlerweile so gut funktioniert, werden die Drogenkonsumenten immer älter und da braucht es dann irgendwann mal Konzepte für Pflegeheime für Drogenkonsumenten.*“ (ebd.:36) Aufgrund des Konsums können bei dieser Personengruppe bereits ab dem vierzigsten Lebensjahr typische Alterserkrankungen auftreten. (vgl. Preitler 2015) Beispielhaft sind dafür die alkoholindizierten Erkrankungen wie Demenz, die oft auch mit Wohnungslosigkeit einhergeht (Wh4:41) (→ „Wohnen“). Das fortgeschrittene Alter bringt veränderte Problemlagen mit sich, wie z.B. ein sich durch Todesfälle einschränkendes soziales Umfeld, eine verringerte Anzahl von Hobbys und steigende Einsamkeit (vgl. Preitler 2015). Um diese wachsende Zielgruppe ausreichend unterstützen zu können, benötigt es einen Ausbau der Konzepte für Pflegeheime und Heimhilfen (→ „Alter & Pflege“). Laut Frau Braun von "change" tauschen HeimhelferInnen vereinzelt bereits für ihre KlientInnen Spritzen und auch Frau Hasanovic vom Fond Soziales Wien merkt an, dass für die KlientInnen Substitol von den Apotheken geholt wird. (PflA1:260; Su2:36) Dennoch bräuchte es ein weitergehendes Konzept, das ein geschultes Fachpersonal voraussetzt und den Umgang mit älteren substanzabhängigen Personen vereinheitlicht.

3.5.3 Mobiles Team: Ein Angebot mit engmaschiger Betreuung und PsychiaterInnen

Diese geschilderten Versorgungslücken zeigen insofern einen Bedarf an einem mobilen Team auf, als alkoholindizierte Erkrankungen wie Demenz oder psychische Erkrankungen KlientInnen davon abhalten, Einrichtungen zu nutzen und Streetworkteams häufig die Ressourcen für die nötige engmaschige Betreuung fehlen. Des Weiteren wird empfohlen PsychiaterInnen in das Team aufzunehmen, um damit einerseits dem extremen Mangel an Psychotherapieplätzen entgegenzuwirken und andererseits auch psychiatrische Unterstützung auf der Straße und zuhause gewährleisten zu können. Auch Einrichtungen, in denen KlientInnen beraten werden, aber auch Observationen stattfinden könnten, wären anzudenken. Das mobile Team sollte eng mit anderen Einrichtungen vernetzt sein und von diesen auch hinzugezogen werden können, wenn spezialisiertes Wissen benötigt wird.

3.6 Migration: Spezifische Zugangshürden – „Barrieren überwinden, Menschen unterstützen“

Tamima Baldass

Migration prägt die moderne Gesellschaft und damit auch die Handlungsfelder und Debatten Sozialer Arbeit. Der Akt der Migration ist – je nach Freiwilligkeit in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Weise – mit vielfachen Belastungen verbunden (vgl. Hülshoff 2017:297ff). Menschen mit Migrationshintergrund sind rechtlich, sozioökonomisch und sozial vielfältigen Benachteiligungen ausgesetzt (vgl. ebd.:313ff). Daher ist soziale Arbeit von ihrem professionellen Anspruch her dafür prädestiniert, sich auch mit dem Themenbereich Migration und mit MigrantInnen als KlientInnen auseinanderzusetzen. Wir beschäftigen uns im Rahmen dieser Arbeit nicht mit dem sehr breiten Thema Migration an sich, sondern fokussieren auf die damit zusammenhängenden Problemstellungen, die in psychosozialen Angeboten berücksichtigt werden müssen.

3.6.1 Relevanz in Bezug auf das Forschungsprojekt

Migration ist in Bezug auf unser Forschungsprojekt hinsichtlich der damit zusammenhängenden potentiellen Zugangshürden zu sozialen Angeboten relevant. Dies betrifft etwa Aufenthaltsstatus, Zugang zum Arbeitsmarkt, Anspruch auf Sozialhilfeleistungen, Benachteiligungen bei Arbeits- und Wohnungssuche (vgl. Hülshoff 2017:297ff). MigrantInnen sind an sich ein fixer und normaler Bestandteil der Gesellschaft und nicht als Problem zu sehen - Angebote, die für die Gesamtbevölkerung zugänglich sein sollen, müssen sich mit migrationsspezifischen Zugangshürden und deren Überwindung auseinandersetzen.

Für psychosoziale Angebote ergeben sich in Bezug auf Migration und Flucht wie beschrieben eigene Handlungsfelder und Themen durch die spezifische Situation von MigrantInnen in der Gesellschaft (Kreft / Mielenz 2017:154, 157).

MigrantInnen sind eine sehr heterogene Gruppe, jedoch eine, die verstärkt mit gesellschaftlicher Benachteiligung konfrontiert ist und in der statistisch der Anteil an Menschen mit geringem sozioökonomischem Status und den damit in allen Bevölkerungsgruppen verbundenen Problemen überwiegt (vgl. Hajji 2018:124; Stadt Wien 2016:150f). Das gilt auch für den Bereich Gesundheit (ebd.:152). Hinzu kommen spezifische psychosoziale Belastungen, etwa durch den Verlust sozialer Beziehungen im Herkunftsland, das Leben in der Fremde, als „Fremde/r“ wahrgenommen zu werden, rechtliche Unsicherheit hinsichtlich Aufenthaltsstatus, sprachliche Probleme, Identitäts- und Wertekonflikte auf Grund unterschiedlicher Anforderungen in der Familie und im Aufnahmeland (Hajji 2018:123f). Ein weiterer wichtiger Faktor sind gesellschaftliche Diskriminierungen aufgrund der Herkunft, sowie Belastungen durch Rassismus und Fremdenfeindlichkeit (vgl. ebd.:123f)³⁰.

³⁰ Siehe diesbezüglich auch die Ausführungen im Kapitel „Migrationsspezifische Zugangshürden“.

MigrantInnen sind also mit besonderen Anforderungen an ihre psychischen und emotionalen Bewältigungsstrategien konfrontiert, Flüchtlinge haben zusätzlich vielfache, potentiell traumatisierende Erfahrungen hinter sich und befinden sich im Asylverfahren in besonders belastenden und potentiell retraumatisierenden Umständen (vgl. Hülshoff 2017:297ff; s.a. Hemayat 2016).

3.6.2 Situation in Wien

In Österreich hatten 2018 laut Statistik Austria 23,3 Prozent der EinwohnerInnen einen Migrationshintergrund, dazu zählen im Ausland Geborene und ihre in Österreich geborenen Kinder (Statistik Austria 2019a). Den höchsten Anteil verzeichnet traditionellerweise Wien (vgl. Stadt Wien 2015:32), 2018 hatten hier 45,3 Prozent der EinwohnerInnen einen Migrationshintergrund (vgl. Statistik Austria 2019a).

Bezüglich sozialer Dienstleistungen wurde bereits erwähnt, dass Migration ein Querschnittsthema ist und Menschen mit Migrationshintergrund prinzipiell zur Zielgruppe aller sozialen Dienstleistungen für BürgerInnen gehören. Es gibt in Wien eine Vielfalt an migrationsspezifischen Angeboten - von der Stadt Wien, sozialen Organisationen und selbstorganisierten Vereinen. Die Themenschwerpunkte reichen von Aufenthalts-, Fremden- und Asylrecht, Arbeitsmarktintegration, über Integration/Kultur/Austausch, Antirassismus-/Antidiskriminierung, Flüchtlingshilfe und Freiwilligenarbeit, Spracherwerbs- und Qualifizierungsmaßnahmen, bis hin zu frauenspezifischer Beratung und Angeboten für Menschen ohne sozial- und versicherungsrechtliche Ansprüche. Die im Internet zu findenden Auflistungen fallen sowohl durch die Vielfalt an Angeboten, als auch die Unübersichtlichkeit ihrer Darstellung auf. Die Stadt Wien und der Fonds Soziales Wien bieten eine Übersichtssammlung an, die nach unterschiedlichen Themenbereichen gegliedert ist (vgl. Fonds Soziales Wien 2019). Darunter finden sich teils um die 40 Eintragungen³¹, durch Überschneidungen der Themenbereiche werden viele Angebote mehrfach genannt.

Hinsichtlich der Zugänglichkeit zu Informationen wäre zu empfehlen, diese Sammlung übersichtlicher und benutzerInnenfreundlicher zu gestalten.

Bezüglich unserer Darstellung eines Überblicks über bereichsspezifische soziale Angebote ist festzuhalten, dass es eine Vielzahl an Angeboten gibt, die spezifisch auf Problemstellungen von MigrantInnen und Flüchtlingen ausgerichtet sind, jedoch keine speziell auf diese Zielgruppe ausgerichteten mobilen Angebote. Viele mobile Angebote, etwa im Bereich Familienberatung, Kinder- und Jugendhilfe, Jugendarbeit und Streetwork bieten jedoch explizit migrantInnenspezifische Schwerpunkte. Die folgende tabellarische Darstellung dient daher nur einem Überblick über das Spektrum von Angeboten für MigrantInnen. Eine Übersicht über alle gelisteten Angebote bietet die Informationsseite des Fonds Soziales Wien (ebd.).

³¹ Der Unterpunkt „Migration“ enthält etwa 41 Angebote, „Flüchtlinge“ 40, „Migration und Integration“ 28 Eintragungen.

	Name	Träger	Zugang	Beschreibung	Link
Aufenthaltsrecht, Arbeit, Bildung, Integration	Beratungs- zentrum für MigrantIn- nen	Beratungs- zentrum für Migranten und Migran- tinnen	Beratung nach tele- fonischer Termin- vereinbarung	Arbeitsmarktpolitische Betreuungseinrichtung zur Unterstützung der Verfestigung des Aufenthalts, dem (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt, Zugang zu Bildung und Qualifikation, sozialrechtlicher Absicherung. Zielgruppe: Menschen mit nicht-deutscher Muttersprache, MigrantInnen, Angehörige und anerkannte Flüchtlinge.	http://www.migrant.at/
	UNDOK - Anlaufstelle zur gewerk- schaftlichen Unterstüt- zung undo- kumentiert Arbeitender	Verein UN- DOK-Ver- band	Persönliche und te- lefonische Bera- tung zu Journalzei- ten und nach An- frage	Beratung und Information zu ar- beits- und sozialrechtlichen Themen im aufenthaltsrechtlichen Kontext, Unterstützung bei der Geltendma- chung von Ansprüchen aus undoku- mentierten Arbeitsverhältnisse, Ver- netzungstätigkeit	https://undok.at/
	Helping Hands	Verein Hel- ping Hands	Telefonische Bera- tung, persönliche Beratung nach Ter- minvereinbarung	kostenlose Beratung durch JuristIn- nen zu Themen im Kontext Aufent- halts-, Niederlassungs- und Auslän- derbeschäftigungsrecht.	http://www.helpinghands.at/
	Interface Wien	Stadt Wien	Erstberatung zu Journalzeiten und nach Terminverein- barung	Beratung und Bildungsangebote für Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit Migrations-hintergrund	http://www.interface-wien.at/
	Romano Centro ³²	Verein für Roma	Beratung nach Ter- minvereinbarung	Sozialberatung, Bildungs- und Be- rufsberatung, Frauenberatung, poli- tische und wissenschaftliche Pro- jekte	www.romano-centro.org/
	THARA Ro- mani Zor! Dreh- scheibe für berufliche + soziale An- liegen von Roma + Sinti ¹⁶	Volkshilfe Ös- terreich	Nach telefonischer Terminvereinba- rung	Berufs- und Bildungsberatung, Kursangebote, Workshops für Multi- plikatorInnen	https://www.volks-hilfe.at/was-wir-tun/positionen-projekte/roma-und-sinti/thara-romani-zor/
	MA 17 - In- tegration und Diversi- tät	Stadt Wien	Telefonisch und persönlich zu Öff- nungszeiten	Förderung von Spracherwerbsmaß- nahmen, Unterstützung von Freiwil- ligen in der Flüchtlingshilfe und In- tegrationsarbeit, Informations- workshops, Förderung von integri- tionsrelevanten Vereinen, Initiativen und Projekten	http://www.wien.gv.at/menschen/integration

³² Roma und Sinti sind natürlich nicht unbedingt MigrantInnen, sondern oftmals ÖsterreicherInnen. Beratungseinrichtungen sind hier dennoch gelistet, da in- und ausländische Zugehörige dieser Volksgruppe traditionell von vielfacher Diskriminierung und Rassismus – auch als Antiziganismus bezeichnet – betroffen sind. Zudem migrieren aus dem Ausland kommende Roma und Sinti oft auf Grund von Benachteiligungen in ihren Herkunftsländern. (Vgl. Allianz gegen Antiziganismus 2017)

Asylrecht, Grundversorgung, Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche	Diakonie Sozialberatungsstelle für AsylwerberInnen	Diakonie Flüchtlingsdienst	Offene Beratung ohne Termin zu Öffnungszeiten	Mehrsprachige Sozialberatung, Betreuung und Begleitung für AsylwerberInnen und subsidiär Schutzberechtigten in der Grundversorgung.	https://fluechtlingsdienst.diakonie.at/einrichtung/sozialberatungsstelle-wien
	Integrationshaus Beratungsstelle	Verein Integrationshaus	Offene Beratung am Standort Schweiggasse, Beratung nach Terminvereinbarung am Standort Engerthstrasse	Mehrsprachige allgemeine Sozialberatung, psychosoziale Beratung, themenspezifische Beratung in den Bereichen Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Frauen/Mädchen, Jugendliche/Erwachsene.	https://www.integrationshaus.at/de/beratungsstelle
	Caritas Asylzentrum	Caritas	Offene Beratung ohne Termin zu Öffnungszeiten	Zentrale Servicestelle der Wiener Grundversorgung, AsylwerberInnen. Sozialberatung von AsylwerberInnen Flüchtlingen in der Grundversorgung, Auszahlung von Leistungen der Grundversorgung für privat Wohnende.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-fluechtlinge/asylzentrum/
	Sozialberatung im Caritas Zentrum Hauptbahnhof	Caritas Wien	Offene Beratung ohne Termin zu Öffnungszeiten	Beratung zu sozialen und finanziellen Notlagen; zu sozialrechtlichen Ansprüchen, Information über Soziale Angebote, Weitervermittlung	http://www.caritas-wien.at/
Frauen	Peregrina	Selbstorganisierte Beratungsstelle für Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund	Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung	Mehrsprachige Beratung für Frauen und Mädchen ab 16 Jahren, Schwerpunkte Rechts- und Sozialberatung, psychologische Beratung, Bildungsberatung	http://www.peregrina.at/
	Peregrina	Verein Peregrina	Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung	Beratung, Betreuung und Begleitung für türkisch- und arabischsprachige Frauen bei familiären und partnerschaftlichen Problemen, Gewalt und Missbrauch, Generationenkonflikten, Zwangsheirat, Genitalverstümmelung; Basisbildungskurse, Schulungen und Trainings für MultiplikatorInnen	http://www.orientexpress-wien.com/
	LEFÖ Beratung, Bildung und Begleitung für MigrantInnen	Verein LEFÖ	Unterschiedliche Standorte mit spezifischen Angeboten	Mehrsprachige Sozialberatung und Bildungsangebote für benachteiligte Migrantinnen, in der Sexarbeit tätige Migrantinnen und von Menschenhandel betroffene Migrantinnen, psychologische Beratung für lateinamerikanische Frauen	www.lefoe.at

Rassismus, Diskriminierung	ZARA Zivil- courage und Anti- Rassismus- Arbeit	ZARA	Beratung nach tele- fonischer Termin- vereinbarung, Mel- dung rassistischer Vorfälle online	Beratung, sowie Prävention und Sensibilisierung durch Protokollie- rung rassistischer Vorfälle, Trai- nings und Öffentlichkeitsarbeit	https://www.zara.or.at/ de
	Gleichbe- handlungs- anwalt- schaft	Bundeskanz- leramt	persönliche Bera- tung nach Termin- vereinbarung	Beratung und Unterstützung bei Diskriminierung im Arbeits- und Ausbildungskontext	<a href="https://www.gleichbe-
handlungsanwalt-
schaft.gv.at">https://www.gleichbe- handlungsanwalt- schaft.gv.at

Tabelle 11: Überblick Spektrum migrationsspezifischer sozialer Angebote in Wien. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.

3.6.3 Versorgungslücken und Empfehlungen

Der Bereich migrationsspezifischer sozialer Angebote fällt durch eine schier unüberschaubare Vielzahl an Angeboten auf (siehe Ausführungen oben und die Sammlung unter Fonds Soziales Wien 2019). In der Auswertung unserer Interviews sind einige für unser Forschungsprojekt relevanten Problembereiche herausgekommen, die in Folge dargestellt werden.

3.6.3.1 Sprachliche Barrieren

Sprachliche Barrieren stellen ein Problem für Menschen mit nicht-deutscher Muttersprache dar, das auch in unseren Interviews mehrfach genannt wurde (Gew2:97; KiJuFam1:69–80; KiJuFam3:315; Mig1:23–26; PflA1:322; Wh4:8). Es wurde aber auch gesagt, dass sich das Problem sukzessive durch die wachsende Anzahl an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und damit zusammenhängenden Sprachkenntnissen löst. Tatsächlich meinten unsere InterviewpartnerInnen mehrheitlich, dass der Bedarf an muttersprachlicher Beratung und Übersetzung inzwischen ausreichend abgedeckt werden könne (KiJuFam1:69–80; KiJuFam3:387–388; Mig1:33–40; Psy4:194–203). Spezielle Schwierigkeiten im Zugang bieten sich jedoch für ältere und bildungsferne MigrantInnen, wobei diese laut unseren InterviewpartnerInnen vermehrt gezielt angesprochen werden (KiJuFam1:69–80; KiJuFam3:387–388; PflA1:322–324; Psy4:99–101). Dies geschieht etwa durch mehrsprachige Informationsveranstaltungen in migrantischen Communities wie sowohl der FSW als auch das Gerontopsychiatrische Zentrum des PSD berichteten (PflA1:324; Psy4:99–101).

3.6.3.2 Zugang zu Informationen

Der Zugang zu Informationen wurde immer wieder als Problem genannt, wobei nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Barrieren und niedriger Bildungsstand als Faktoren

genannt wurden (Gew2:46; Psy4:194–203). Dieses Thema wird in der Darstellung unserer bereichsübergreifenden Ergebnisse im Abschnitt Zugang³³ näher ausgeführt.

3.6.3.3 Ältere MigrantInnen

Ein Thema, das immer wieder genannt wurde, ist steigender Bedarf an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen für ältere MigrantInnen (KiJuFam3; PflA1:361; Psy4:194–203)³⁴. Als Gründe wurden genannt, dass die sogenannten GastarbeiterInnen älter werden, weniger häufig für ihre Pension in ihr Herkunftsland zurückkehren, Familienstrukturen sich auch bei MigrantInnen verändern und dadurch weniger familiäre Pflegemöglichkeiten und -bereitschaft gegeben ist (PflA1:322). Diesbezüglich besteht Bedarf an Information einerseits und am Abbau sprachlicher und kultureller Barrieren andererseits (KiJuFam3: 361; PflA1:324; Psy4:194-203). Tatsächlich zeigte sich in unseren Interviews, dass die Thematik bekannt ist und es Ansätze zur Attraktivierung von Pflegeangeboten für MigrantInnen gibt. Sowohl der FSW als auch das Gerontopsychiatrische Zentrum des PSD berichteten von Projekten, die Pflegeangebote in migrantischen Strukturen bekannter und attraktiver machen sollen (ebd.:324; Psy4:99–101). Da von steigendem Bedarf ausgegangen wird, sind vermehrt Projekte dieser Art und ein stärkerer Fokus auf diese Zielgruppe auch in der Öffentlichkeitsarbeit geplant (PflA1:324).

3.6.3.4 Menschen ohne Anspruchsberechtigung: Wenn der politische Wille fehlt

In Bezug auf einzelne Zielgruppen kann Bedarf an psychosozialen Angeboten konstatiert werden, insbesondere für Menschen ohne sozialversicherungsrechtliche Ansprüche und Menschen ohne Aufenthaltstitel (Fin1:224; Ges2:52–58; Ges3:6; Su1:16; Wh4:35)³⁵. Diesbezüglich wurde jedoch auch angemerkt, dass es keinerlei politischen Willen gibt, Angebote auszuweiten (Ges2:70; Ges3:44, 54; Psy1:193–199).

Im Hintergrund stehen diesbezüglich internationale ökonomische und politische Bedingungen. In der EU herrschen ungleiche ökonomische und sozialstaatliche Bedingungen vor, wodurch Menschen teils besser von charitativen Leistungen in Österreich als in ihren Herkunftsländern (über-)leben können (vgl. Vandenbroucke / Rinaldi 2016:10f). Auf das Thema wird auch im Abschnitt Zugang im vierten Kapitel dieser Arbeit eingegangen - es gibt jedenfalls in Wien kein politisches Interesse daran, Angebote auszubauen, da befürchtet wird, dadurch die Nachfrage zu erhöhen (Ges2:70). Es handelt sich quasi um eine Pattsituation, nur eine Verbesserung der Lage in den Herkunftsländern und eine EU-weite Angleichung sozialstaatlicher Leistungen könnte hier Abhilfe schaffen. Die ungleichen ökonomischen und sozialen Bedingungen zwischen und innerhalb der EU-Länder verstärken sich jedoch eher, diesbezüglich bräuhete es auf EU-Ebene klare Entscheidungen und Maßnahmen (vgl. Vandenbroucke

³³ Siehe Abschnitt 4.3.4.

³⁴ Siehe auch die Ausführungen im Kapitel Alter & Pflege.

³⁵ Das Thema Anspruchsvoraussetzungen wird auch in unseren bereichsübergreifenden Ergebnissen in der Kategorie Zugang behandelt.

/ Rinaldi 2016:1f). Wilhelm Jaschke, der Projektleiter des Louisebusses meinte diesbezüglich:

„Der echte Gap, der sich auftut, [...] ist in der psychiatrischen Versorgung und therapeutischen Versorgung der Wohnungslosen, der Anspruchsberechtigten und Nichtanspruchsberechtigten. [...] [E]in Wirkungsfeld ist schlicht und einfach das politische Feld, also wie schafft man nicht zu viele Angebote. Also das ist politisch die Frage und nicht unsere, aber wir müssen uns damit sozusagen auseinandersetzen. Wie wird das Angebot künstlich gering gehalten von den Finanzgebern, damit man halt keine Pull-Faktoren aufbaut. Und in weiterer Folge, dass allerallerstes, so meine Conclusio: Wir haben, ich lehne mich nochmals neuerlich aus dem Fenster: Wir haben ein Europa des Geldes, aber kein Europa der Freunde. Also die soziale Frage wird in Europa über weite Strecken extrem weniger behandelt als die ökonomischen und wirtschaftlichen Finanzfragen. Aber das ist sozusagen eine große Metaebene.“ (Ges2: 106)

Nicht nur Jaschke fordert hier ein Umdenken. Das Fehlen konkreter Grundpfeiler sozialer Absicherung im Projekt der Europäischen Union wird seit langem kritisiert und spätestens seit dem 2017 von der Europäischen Kommission vorgelegten Entwurf für eine europäische Säule sozialer Rechte werden konkrete Veränderungsansätze debattiert (vgl. AK Europa 2016:4; Vanhercke et al. 2018:157ff). Während manche darin einen wichtigen ersten Schritt für die Entwicklung einer „Europäischen Sozialen Union“ sehen (siehe ebd.:157ff), wird auch kritisiert, dass es einen deutlich substantielleren Kurswechsel bräuchte, um die soziale und ökonomische Ungleichheit innerhalb der EU nachhaltig zu überwinden (vgl. AK Europa 2016:4, 5; Hofmann 2018; Vanhercke et al. 2018:163, 164f).

Während auf transnationaler Ebene gerechtere Wirtschafts- und Verteilungspolitik voran zu treiben ist, gilt es die Debatte nicht auf dem Rücken von Menschen auszutragen. Es braucht aus sozialer Sicht pragmatische, wirksame Lösungen für Menschen in Not, unabhängig von Herkunft und Versicherungslogik (s.a. Die Armutskonferenz 2016).

3.6.3.5 Rassismus

Rassismus wurde ebenfalls als Problem genannt und ist ein Thema, das einerseits zu psychosozialen Belastungen führt und andererseits den Zugang zu Angeboten erschweren kann. Respektlose Behandlung durch Polizei, Rettung und Feuerwehr wurde konkret genannt (Mig1:80–82) und stellt ein drastisches Problem dar – dass MigrantInnen allgemeine Notrufe nur erschwert in Anspruch nehmen können, ist ein nicht zu duldender Missstand. Ausbau und Stärkung von verpflichtenden Antirassismus-Trainings, Schulungen in interkultureller Sensibilität und verstärkte Anwerbung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund sind unseres Erachtens dringend zu empfehlen.

Ein anderer Aspekt ist eine politische und mediale Debatte, die MigrantInnen als gesellschaftliches Problem darstellt. Dadurch werden gesellschaftliche Konflikte

geschürt und Entsolidarisierung gefördert. Eine Interviewpartnerin wies konkret daraufhin, dass etwa die Darstellung von Gewalt gegen Frauen als Migrationsproblem mehrfache negative Auswirkungen hat:

„Ja und die jetzige politische Situation bedingt sicher auch, dass noch mehr Gewalt entsteht in der Gesellschaft. Wenn immer nur polarisiert wird, aufgehetzt wird gegen MigrantInnen oder Menschen aus anderen Herkunftsländern, dass nur die die Verbrecher sind und nur die die Gewalttäter und Sexualstraftäter sind, dann [...] übersieht man vieles. Es ist eine verzerrte Wahrnehmung, weil nicht nur Migranten gewalttätig sind, sondern viele auch in unserer Bevölkerungsgruppe, und das nicht nur in der Öffentlichkeit passiert, sondern in der Familie selber. Und Gewalt nicht nur auf der Straße passiert. Und hier/ das erzeugt natürlich erstens einmal große Polarisierung und eine Spaltung in der Gesellschaft und fördert natürlich noch mehr Gewalt.“ (Gew2:120)

Rassismus ist jedenfalls ein Problem für die gesamte Gesellschaft, es ist zu empfehlen allgemein bewusstseinsbildende Projekte und Maßnahmen zu fördern und insbesondere in sozialen Angeboten, Notdiensten und Verwaltungsstrukturen strikt gegen rassistische Tendenzen vorzugehen und alle MitarbeiterInnen zu sensibilisieren. Es ist aus sozialer Sicht nicht tragbar, wenn Einrichtungen und Dienstleistungen, die für alle Menschen in Notlagen zugänglich sein sollen, Menschen diskriminieren und Benachteiligungen re/produzieren.

3.6.4 Schlussfolgerungen mobiles Team

Für ein mobiles psychosoziales Angebot, das allen Menschen mit Bedarf zur Verfügung stehen soll, gilt es spezifische Zugangshürden für Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund zu bedenken. Konkret sind folgende Faktoren zu beachten:

- **Mehrsprachigkeit und Interkulturalität:** Anstellung von Menschen mit Migrationshintergrund, um sprachliche und kulturelle Barrieren abzubauen sowie die Gewährleistung einer bedarfsweisen Hinzuziehung von DolmetscherInnen.
- **Zugängliche Informationen:** Vernetzung und Informationsarbeit in zielgruppenspezifischer Form, sowohl mehrsprachig als auch in Vereinen, Communities und Organisationen, die Menschen mit Migrationshintergrund erreichen.
- **Bekämpfung von Diskriminierung:** Rassismus und Diskriminierung ist auf allen Ebenen entgegenzuwirken, sowohl gesamtgesellschaftlich durch Öffentlichkeitsarbeit, als auch organisationsintern durch Schulungen, transkulturelle Sensibilisierung, und durch die Anstellung von Menschen mit Migrationshintergrund.
- **Anspruchsvoraussetzungen:** Zugangshürden in Form von Anspruchsvoraussetzungen sind zu vermeiden, um allen in Wien lebenden Menschen niederschwellige Unterstützung zu ermöglichen.

3.7 Kinder, Jugend, Familie: „Bevor der Hut brennt“

Judith Katzlinger

Der Bereich „Kinder - Jugend - Familie“ umfasst im Rahmen dieser Arbeit sämtliche Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft, Kinder (Gewalt gegen Kinder, Vernachlässigung, Kindeswohlgefährdung, Kinderarmut) und Jugendliche, sowie Problemstellungen bezüglich Partnerschaft, Ehe, Trennung und Scheidung. Dieses Kapitel bezieht sich folglich insbesondere auf die Versorgungslage von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien sowie Schwangeren mit psychosozialen Problemlagen in Wien³⁶.

An dieser Stelle ausgeblendet werden Auseinandersetzungen rund um familiäre/häusliche Gewalt beziehungsweise Gewalt in der PartnerInnenschaft. Auf diese Themen werden wir in einem eigenen Kapitel eingehen (→ „Häusl. Gewalt“). Angebote zu „Ausbildung und Beruf“ sowie solche deren primäre Zielgruppe Menschen mit Behinderungen sind, werden hier, wie auch im Rest der Arbeit, weitgehend ausgespart (→ „Einleitung bereichsspezif. Auswertung“).

3.7.1 Relevanz & Bezug zum Forschungsprojekt

Der Themenbereich „Kinder - Jugend - Familie“ findet sich an mehreren Stellen an der Schnittstelle von Gesundheit und Sozialer Arbeit wieder. Neben den gesetzlich festgeschriebenen Funktionen des Krankenhauses in Sachen Gewaltschutz, ist es beispielsweise in Bezug auf die Themen Schwangerschaft und Geburt eine zentrale Anlaufstelle und somit ein Ort, an dem diverse diesbezügliche psychosoziale Problemlagen zum Vorschein treten.

Nennenswert erscheint hier insbesondere auch die Einrichtung „gut begleitet - Frühe Hilfen Wien-West“. Dieses Angebot für Familien mit Kindern unter drei Jahren entspricht in vielerlei Hinsicht dem im Rahmen des Forschungsprojekts „Community Response Team“ angedachten mobilen Team (beispielsweise in Bezug auf Hausbesuche, Vernetzungsarbeit oder Zuweisung über das Gesundheitssystem; KiJuFam3). Auch die Familienhebammen der Stadt Wien haben langjährige Erfahrung mit Hausbesuchen und Betreuungsarbeit an der Schnittstelle von Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen (KiJuFam1).

In Bezug auf psychosoziale Problemlagen, welche beim Rettungsdienst und im Krankenhaus zum Vorschein kommen, wird an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass Gewalt gegen Kinder ein Thema darstellt, dem mehr Beachtung geschenkt werden sollte (vgl. Redelsteiner 2016:27; Völker et al. 2016:16f). Maria Theresa Völker u.a. (2016) gehen in ihrem Text über soziale Aspekte im Rettungsdienst

³⁶ In Bezug auf das Thema Schwangerschaft und Geburt sei darauf hingewiesen, dass nicht nur Frauen schwanger werden und Kinder gebären können. Obwohl Versorgungslücken in diesem Bereich mehrheitlich Frauen treffen, betreffen sie auch schwangere (Trans-)Männer und Menschen mit diversen nicht-binären Geschlechtsidentitäten (wie beispielsweise trans* oder inter*). Bezüglich der Versorgung von schwangeren Personen mit männlichem Personenstand und/oder nicht als ausschließlich weiblich gelesenem Äußeren müssen große Missstände vermutet werden (vgl. Bundesvereinigung Trans* 2017:18).

ausführlich auf physische, psychische sowie sexuelle Gewalt gegen Kinder ein und erläutern konkrete Verdachtsmomente sowie notwendige Maßnahmen. Sie weisen darauf hin, dass schwere Kindesmisshandlungen in Deutschland keine Seltenheit darstellen und in allen sozialen Schichten vorkommen. Nichtsdestotrotz gehen die AutorInnen davon aus, dass Gewalt gegen Kinder *„oftmals Ausdruck einer sozial angespannten Situation“* ist (ebd.:16). Ihnen zufolge empfinden MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes das Erkennen einer drohenden Gefährdung beziehungsweise einer stattgefundenen Misshandlung in der kurzen Zeit die sie vor Ort sind, häufig als „sehr schwierig“. Völker et al. weisen darauf hin, dass ca. zehn Prozent aller Verletzungen im Säuglings- und Kleinkindalter durch Misshandlungen verursacht werden. Am häufigsten betroffen ist dabei die Altersgruppe der ein- bis vierjährigen Kinder, gefolgt von fünf- bis 14-Jährigen. Eine Alarmierung des Rettungsdienstes erfolgt meist nur bei gravierenden Verletzungen oder gesundheitlichen Schäden, *„die über das übliche Maß der Misshandlung hinausgehen“* (vgl. ebd.). Zu beachten ist dabei auch, dass die Alarmierung des Rettungsdienstes in solchen Fällen üblicherweise anhand von ungenauen oder falschen Angaben zum Verletzungshergang (wie z. B. Sturz des Kindes oder Unfälle im Haushalt) erfolgt. (vgl. Völker et al. 2016: 16)

In Falle eines Verdachts auf Gewalt (beispielsweise aufgrund von Beobachtungen, bestimmten Verletzungsmustern sowie eines widersprüchlich geschilderten Unfallhergangs) empfehlen die AutorInnen, das Kind durch eine stationäre Einweisung aus der häuslichen Umgebung zu nehmen. Außerdem weisen sie darauf hin, dass auch Handlungsbedarf besteht, wenn keine Misshandlungen ersichtlich sind aber beispielsweise eine Kindeswohlgefährdung durch Verwahrlosung vorliegt oder befürchtet wird. In diesem Fall ist das zuständige Jugendamt zu verständigen. Folglich wird empfohlen *„auf jedem Rettungsmittel oder wenigstens über die Leitstelle die lokal relevanten Telefonnummern verfügbar zu haben“* (Völker et al. 2016: 17).

Neben dem Rettungsdienst ist an dieser Stelle auch die Notaufnahme von zentraler Bedeutung. Ariane Helene Teeuw u.a. schreiben in Bezug auf die Rolle dieser Institution für die Erkennung von Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung („Child abuse and neglect“ – Can) folgendes:

„The emergency room (ER) represents the main system entry for crisis-based health care visits. Therefore, ER personnel may be the first hospital contact and opportunity for Can victims to be recognized. It is estimated that 2% to 10% of children visiting the ER are victims of CAN“ (Teeuw et al. 2012:878)

Studien über den Anteil der von Gewalt betroffenen Kinder in Wiener Notaufnahmen sind uns leider keine bekannt. Zentral erscheint uns, dass die groß angelegte Forschungsarbeit von Teeuw u.a. zum Schluss kommt, dass Medizinische Fachkräfte eine zentrale Rolle in der Erkennung und Prävention von Gewalt gegen Kinder und deren Vernachlässigung einnehmen müssen (vgl. ebd.).

Ein etwas anderes Phänomen über das Völker et al. schreiben, ist die Situation von *„fürsorglichen Eltern, die mit einer Ausnahmesituation überfordert [sind]“*. Dabei beziehen sie sich u.a. auf sogenannte „Schreibabys“, also Säuglinge, die durch exzessives Schreien oder häufige Unruhezustände auffallen. Laut den AutorInnen trifft

dies auf bis zu 40 Prozent aller Kinder zu. Das häufige/heftige Schreien kann diverse physische sowie psychische Ursachen bei Kindern und Eltern haben. Zu psychosozialen Belastungssituationen schreiben sie:

„Auch eine psychische Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft oder nach der Geburt, ein eingeschränkter familiärer und sozialer Rückhalt, eine beeinträchtigte Eltern-Kind-Beziehung und Überforderung der Eltern sind mit dem vermehrten Auftreten exzessiven Schreiens assoziiert“.

Völker et al. erklären, dass Eltern teilweise aus Sorge um das nicht zu beruhigende Kind den Rettungsdienst alarmieren. Sie zeigen außerdem auf, dass eine Alternative zu diesem Hilferuf darin besteht, dass die Überforderung der Eltern zu heftigem Schütteln des schreienden Säuglings führen kann, was teilweise schwerwiegenden Folgen („Schütteltrauma“) mit sich bringt (vgl. Völker et al. 2016:17).

In Bezug auf die Versorgung von Kindern wird in den vorliegenden Arbeiten deutlich, dass „Soziale Indikationen“ nicht unbedingt als „falsche Indikationen“ zu verstehen sind und MitarbeiterInnen aus dem Gesundheitswesen mehr Bewusstsein und Kompetenzen für soziale Aspekte sowie Wissen über lokale soziale Angebote (Vermittlungswissen) brauchen (vgl. Teeuw et al. 2012:877; vgl. Völker et al. 2016:22f; vgl. Redelsteiner 2016b). Dieses Fazit wird uns im Rahmen der vorliegenden Arbeit sowie der von uns herangezogenen Literatur immer wieder begleiten.

3.7.2 Gesetzliche Grundlagen: Kinderschutzgruppen & WKJHG

Das Wiener Kinder- und Jugendhilfegesetz (WKJHG) regelt die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe in Wien (MA11). Zu ihren Aufgaben gehören neben Information und Beratung (z.B. bei Erziehungsfragen oder familiären Problemen) auch *„Hilfen für werdende Eltern, Familien, Kinder und Jugendliche zur Bewältigung von familiären Problemen und Krisen“* sowie Gefährdungsabklärung und Hilfeplanung. Des Weiteren ist die KJH u.a. dazu verpflichtet, bei einer Gefährdung des Kindeswohls Erziehungshilfen zu gewähren, mit Einrichtungen und Behörden zusammenzuarbeiten und Öffentlichkeitsarbeit zu ihren Zielen, Aufgaben und Arbeitsweisen zu leisten (vgl. WKJHG § 3 (1)). Entgegen dem weit verbreiteten Bild, die KJH wäre ausschließlich für Fälle von Kindeswohlgefährdung zuständig, ergibt sich der weit darüberhinausgehende Auftrag somit bereits aus dem Gesetzestext (ebd.; KiJuFam2).

Neben der Kinder- und Jugendhilfe haben auch Krankenhäuser einen gesetzlichen Auftrag, der sich auf die den Schutz von Kindern und Jugendlichen bezieht. So schreibt das Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG) vor, dass u.a. sämtliche Krankenanstalten mit Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde dazu verpflichtet sind, Kinderschutzgruppen einzurichten. Ihre Aufgabe ist die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen beziehungsweise deren Vernachlässigung sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für dieses Thema (vgl. Wr. KAG § 15e. (5)f). Wie wir im Kapitel zu Gewalt noch genauer erläutern werden, wird durch diesen gesetzlichen Auftrag zum Gewaltschutz deutlich, dass Menschen mit psychosozialen Problemlagen (wie beispielsweise von Gewalt betroffene Kinder und

Jugendliche) auch über eine Andockung am Gesundheitssystem zu einer passenden Versorgung gelangen sollten (Gew2 u.a.).

3.7.3 Überblick zu vorhandenen Angeboten im Bereich Kinder, Jugend und Familie

In Wien existiert eine äußerst breite Palette an unterschiedlichen sozialen Einrichtungen welche sich an Kinder, Jugendliche, Eltern sowie Familien wendet. Diese Fülle der vorhandenen Angebote läuft unserer Erfahrung nach Gefahr, sowohl auf Hilfesuchende als auch auf psychosoziale Fachkräfte erschlagend zu wirken. Wie Euteneuer u.a. verdeutlichen, ist diese schwer zu überblickende Vielfalt jedoch kein Wiener Spezifikum. Ähnlich wie Barbara Beneder vom Familienzentrum der MA11, erklären auch Euteneuer u.a. die Unterschiedlichkeit der vorhandenen Angebote anhand der komplexen Entwicklungsgeschichte von Hilfsangeboten für Familien (vgl. ebd.; KiJuFam2: 22/60). Weiters stellen sie fest, dass sich „*übersichtsartige Darstellungen von Handlungsfeldern, Leistungen und Zielgruppen der Sozialen Arbeit mit Familien*“ entsprechend schwierig gestalten (vgl. Euteneuer et al. 2011:398). Auch in verschiedenen von uns geführten Interviews wurde festgestellt, dass die sich ständig wandelnde Angebotslandschaft in diesem Bereich, nicht zuletzt auch für (langjährige) Fachkräfte äußerst schwer zu durchblicken ist (KiJuFam2: 62; KiJuFam3: 171).

Folglich haben wir den Versuch gewagt, eine systematische Darstellung von bestehenden Einrichtungen, ihren Angeboten sowie damit verbundenen Zugangsvoraussetzungen zu erstellen. Es besteht die Hoffnung, dass die im Rahmen dieser Arbeit entstandene Sammlung, nicht zuletzt auch ein Nachschlagewerk für die Fallarbeit sein kann, welches die Vermittlung zu passenden Angeboten erleichtert. Gleichzeitig soll sie Entscheidungsgrundlage für die Frage sein, mit welchen Institutionen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit mit Familien, ein potenzielles „Mobiles Team für psychosoziale Versorgung“ vernetzt sein müsste.

Die nun folgende tabellarische Darstellung sozialer Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und Familien in Wien, gliedert sich in folgende Kategorien:

- a) Allgemeine Anlaufstellen
- b) Schwangerschaft, Geburt und Kleinkinder
- c) PartnerInnenschaft, Ehe, Trennung und Scheidung
- d) Alleinerziehende
- e) Kinder und Jugendliche
- f) Gewalt, Missbrauch und Kindeswohlgefährdung

Für eine erste niederschwellige wohnortnahe beziehungsweise telefonische Orientierungsberatung bieten sich beispielsweise diverse Familienberatungsstellen³⁷, die 24h-Telefonhotline Rat auf Draht oder auch die Familienzentren der MA11 an.

³⁷ In Wien existieren 85 Einrichtungen die nach dem Familienberatungsförderungsgesetz als Familienberatungsstellen anerkannt sind und folglich vom bmfj teilfinanziert werden. Ihre Trägervereine sind äußerst vielfältig und reichen von gemeindenahen Institutionen und den Kinderfreunden über feministische Vereine und MigrantInnenorganisationen bis hin zu kirchlichen Einrichtungen.

Abgesehen von den hier angeführten Einrichtungen sind auch diverse Frauen- und MigrantInnenberatungsstellen sowie Nachbarschaftszentren relevante Anlaufstellen für Familien in psychosozialen Belastungssituationen.

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung
Allgemein	Familienberatungsstellen	diverse	Kostenlos, Anonym, Termin erwünscht, Angebote für alle Zielgruppen. Suche nach passenden Angeboten entsprechend Lage, Thema & Sprache via Homepage.		85x in Wien mit div. Schwerpunkten. Themen u.a. Partnerschaft, Familienplanung, Eltern sein, Schwangerschaft, Jugendliche, Gewalt, Trennung/Scheidung, Krise, Migration, Frauenberatung www.familienberatung.gv.at
	Familienhilfe der Caritas	Caritas	Niederschwellig, unbürokratisch via Anruf, Einkommensabhängige Kostenbeiträge (min. 2,90€/h). Mobile Betreuung Mo-Fr 8-18Uhr, min. 4h/Tag.	x	Praktische Hilfe bei Kinderbetreuung & Haushaltsführung, z.B. wenn ein Elternteil krank/im KH/auf Kur; bei Risikoschwangerschaft, nach einer Geburt, bei psychischen & sozialen Krisensituationen (z.B. nach Scheidung oder Tod eines Angehörigen) www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/kinder-familie/mobile-familienhilfe/
	Rat auf Draht 147		Niederschwellig, anonym, via Telefon, 24h		24h Telefonberatung für Kinder, Jgdl & deren Bezugspersonen (inkl. Fachkräfte) www.rataufdraht.at/
	MA11- Servicestelle	MA11	niederschwellige, anonyme, vertrauliche Telefonberatung; Mo-Fr 8-18Uhr (01-4000-8011)		anonyme Telefonberatung durch SA's; Besprechen von möglichen Vorgangsweisen - auch für Fachkräfte. Kein aktives Eingreifen in Fälle, kein Zugriff auf Daten der Regionalstellen, keine personenbezogene Dokumentation. Vermittlung zu (erreichbaren) Einrichtungen. www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/servicestelle.html
	Familienzentren	MA11	u.a. Niederschwellig, ohne Termin; kostenlos, freiwillig	(x)	11 Standorte. Beratung u.a zu: Erziehung, wirtschaftliche Probleme, Trennung, Scheidung. Angebote: Baby-Treff, Wickelrucksack, etc. www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/familienzentren.html
	Regionalstellen - Soziale Arbeit mit Familien	MA11	Nieder- bis hochschwellig. Auch ohne Termin. Auf Eigeninitiative, via Zuweisung oder per Meldung wegen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.	x	Rat, Hilfe und Schutz auf der Basis des WKJHG. Vermittlung von Ressourcen bei Erziehungsproblemen & in wirtschaftlichen Notsituationen; Hilfsangebote in Krisensituationen; Sofortmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen - bei akuter Gefährdung auch ohne Zustimmung der Obsorgeberechtigten. www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/sozialarbeit.html
	Rechtsvertretung	MA11	kostenlos, Termin erwünscht aber auch Außerhalb Ansprechpersonen verfügbar, 9 Standorte (nach Wohnbezirk)		Unterstützung beim Erhalt von Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss und bzgl. Obsorge, Kontaktrecht, Vaterschafts-Feststellung, Familienzuschuss www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/rechtsvertretung.html
	Wohnberatung	MA11	niederschwellig in Familienzentren bzw. Regionalstellen		Unterstützung bei Sozialer Wohnungsvergabe, bei drohendem Wohnungsverlust/Wohnungslosigkeit. www.wien.gv.at/wohnen/unterstuetzungen/wohnberatung-ma11.html
	Psychologischer Dienst	MA11	kostenlos, auf Wunsch anonym, niederschwellig via Familienzentren		psychologische Beratung www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/psychologen.html
	Institut für Paar- und Familientherapie	Wiener Sozialdienste (via MA11)	vertraulich, sozial gestaffelte Tarife (Kostenübernahme bei Diagnose durch WGKK)		Psychotherapie für Paare, Familien, AlleinerzieherInnen & Einzelpersonen. Bei "krankheitswertigen Störungen" kostenlose Psychotherapie via WGKK.

	www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/foerderung-und-begleitung/institut-fuer-paar-und-familien-therapie			
Unterstützung der Erziehung - Hilfe bei familiären Krisen	Caritas, ProSoz, u.a.	Hochschwellig. Bei Gefährdung von Kindern/Jugendlichen. Voraussetzung ist eine Vereinbarung zwischen Erziehungsberechtigten & MA11 (UdE-Vereinbarung)	x	Praktische Lebensunterstützung, Begleitungen. Themen z.B. Strukturierung des Familienalltags, Beratung bei Kindererziehung & finanzieller Haushaltsplanung. Für Familien mit minderjährigen Kindern, die sich in lang andauernden Krisen befinden.
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie ; www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/kinder-familie ; www.prosozwien.at			
Väter in Krisen	KIZ – Kriseninterventionszentrum	Niederschwellig, auch ohne Termin, anonyme Telefon- & Email-Beratung, kostenlos (Verrechnung via GKK)		Unterstützung und Beratung für Väter in Krisen. Themen u.a. Vater sein, Akute Krisen, Suizidgefahr, Gewalt, Sucht, Entstehen von Krankheiten/körperliche Symptome
	http://vaeter-in-krisen.at			
FEM - Gesundheitszentren für Frauen, Eltern und Mädchen	FEM	Niederschwellig, Termin erwünscht		Beratung u.a. zu: Schwangerschaftskonflikten, Sexualität, Essstörungen, Lebensumstellungen & -krisen. Gruppenangebote, Kurse.
	www.fem.at			
Regenbogenfamilienzentrum (RbFZ)	RbFZ	Kostenlos, anonym, Termin erwünscht.		Beratung & Begegnung für Regenbogenfamilien und LGBTIQ mit Kinderwunsch
	www.rbzf-wien.at			
FSW Kinder-Case-Management	FSW	für Kinder mit Pflegebedarf und ihre Familien, via FSW-Telefon: 24524	x	Hausbesuche, Unterstützung bei Pflegegeld-Antrag, Begutachtung, Vermittlung/Förderung von Leistungen, z.b. bei Entwicklungsrisiko--verzögerung
	2017.fsw.at/p/kinder-case-management?c=start			
Kinderbetreuung zuhause (auch f. kranke Kinder)	WSD (via FSW)	unbürokratisch via Telefon, sozial gestaffelte Kosten, gefördert vom FSW	x	Betreuung kranker Kinder bis 12a (auch bei Husten/ Schnupfen), wenn Eltern berufstätig/ alleinerziehend/ in Ausbildung sind, Kinderkrankenpflege zu Hause
	www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2097733			
Schwangerschaft - Geburt - Kleinkinder	Schwangerschaftskonfliktberatung	FEM; Gyn-med; pro:woman	kostenlos, anonym, mit Termin (bei pro:woman inkl. 24h Hotline)	Schwangerschaftskonfliktberatung, Verhütungsberatung, Familienplanung
		www.fem.at/ ; prowoman.at ; www.gynmed.at/		
	Finanzielle Unterstützung bei Schwangerschaftsabbruch	MA40	div. Voraussetzungen (Notlage, ärztl. Bestätigung über Schwangerschaft, Besuch eines Familienzentrums)	Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Hilfe in besonderen Lebenslagen (kein Rechtsanspruch)
		https://sozialinfo.wien.at/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2100594		
	Frühe Hilfen Wien West - gutbegleitet	die möwe	Niederschwellig/auf Eigeninitiative oder via Zuweisung. Auch ohne Termin. Familien mit 0-3jährigen Kindern aus Bezirken 12-19 oder 23. (abhängig von Bedarf & Ressourcen auch aus anderen Bezirken/bis 6a).	Telefonberatung, Hausbesuche, Begleitungen, längerfristige Beratung & Unterstützung durch Hebammen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen & PsychotherapeutInnen; Koordination von Angeboten, begleitete Weitervermittlung, nachgehende Betreuung, Gruppenangebote, Netzwerkarbeit.
	www.fruehehilfen.wien			
Familien-hebammen	MA15	Kostenlos, Vertraulich, Mehrsprachig. Niederschwellig/auf Eigeninitiative oder via Zuweisung durch ÄrztInnen, Krankenhäuser, etc.	x	4 Stützpunkte, Hausbesuche vor (& evntl. nach der Geburt), Aufsuchende Arbeit in geburtshilflichen Spitälern; Schwerpunkt Risikoschwangerschaften (+psychosoziale Indikationen), Gruppenangebote, Einzel- & Paarberatung, Stillberatung
	www.wien.gv.at/gesundheits/beratung-vorsorge/eltern-kind/geburt/familienhebammen.html			

Schwangerschaft - Geburt - Kleinkinder	Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen	Hebammenzentrum	u.a. kostenlos Angebote, ohne Anmeldung	x	Beratung durch Hebammen, SozialarbeiterInnen, Väterberater, Psychologin, etc. Gruppenangebote.
					www.hebammenzentrum.at/
	YoungMum - Betreuung für Schwangere Teenager	St. Josef Krankenhaus	unbürokratisch, kostenlos, für Schwangere unter 20 Jahren.	x	medizinische, sozialrechtliche psychologische Beratung & Unterstützung. Bei Bedarf Hausbesuche & Begleitungen. Einzelberatung bis zum 1. Geburtstag des Kindes & in Krisen.
					www.sjk-wien.at/unser-angebot/eltern-kind-zentrum/geburtshilfe/youngmum-betreuung-fuer-schwangere-teenager/
	Elternberatungsstellen	MA11	Nieder- bis Hochschwellig. Auch ohne Termin & bei sämtlichen Fragen die das Kind betreffen. Auf Eigeninitiative, Zuweisung oder im Rahmen einer UdE-Vereinbarung. Mehrsprachige Angebote.	(x)	17 Standorte. Beratung für Eltern von Babys und Kleinkindern. Fokus auf körperliche & gesundheitliche Entwicklung sowie altersentsprechende Förderung der Kinder. Medizinische & sozialpädagogische Unterstützung. Themen u.a. Stillen, Ernährung, Erziehung, Adipositas, etc.
					www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/elternberatungsstellen.html
	FEM Elternambulanz im Wilhelminenspital	Fem Frauengesundheitszentrum	mehrsprachig, kostenlos, niederschwellig. Unbürokratische Zuweisung/ Direkte Vermittlung aus dem KH (im gleichen Haus).		Spezialambulanz für psychosoziale Risikoschwangerschaften mit Schwerpunkt türkischsprachige Frauen & Frauen mit psychiatrischer Vorerkrankung. Orientierung, Diagnose, Entlastungsgespräche, Krisenintervention. Bis zu 10 Terminen
PartnerInnenschaft, Ehe, Trennung,					http://www.wienkav.at/kav/wil/ZeigeText.asp?ID=49719
	AK -Arbeiterkammer	AK	kostenlos, auch ohne Termin, Telefonberatung		Beratung zu Karenz, Kinderbetreuungs-geld, Mutterschutz, Beihilfen
					https://wien.arbeiterkammer.at
	Frautelefon 01 408 70 66	MA57	Für Frauen. Anonym, Kostenlos, Vertraulich. Telefon- & persönliche Beratung.		Rechts- und Sozialberatung für Frauen. Schwerpunkt Ehe- & Familienrecht.
					https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/beratung/frautelefon/index.html
PartnerInnenschaft, Ehe, Trennung,	Paar- und Familienberatungsstellen	MA11	vertraulich, kostenlos, Termin notwendig (Angebot je 1Tag/Woche 3h); Terminvereinbarung auch via MA11-Servicestelle (siehe "Allgemein KiJuFam")		psychosoziale & rechtliche Beratung. U.a. bei PartnerInnen- und Familienkrisen. Familienrechtsberatung (insbes. Scheidung/ Unterhalt). 6 Standorte. Schwerpunkte: Psychosomatik (16.Bez); MigrantInnen (15.Bez).
					www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/paarberatung.html
	Partner-, Familien- & Sexualberatung	Familie & Beratung	kostenlos, vertraulich, Termin notwendig		Schwerpunkt Sexualberatung für Paare und Einzelpersonen. Gefördert durch die MA11.
Alleinerziehen					www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/partnerberatung.html
	JUNO - Zentrum für Getrennt- und Alleinerziehende	JUNO	anonym, mehrsprachig, teils auf Spendenbasis, teils sozial gestaffelte Preise nach Selbsteinschätzung.		Peer-Beratung durch Alleinerziehende Fachkräfte. Sozialberatung, Psychologische Beratung, Berufscoaching, Elternberatung/Elternmoderation, Wohnprojekte, Selbsthilfegruppe,
					https://www.alleinerziehen-juno.at/
Kinder und Jugendliche	alleinerziehen.at	MA57	niederschwellig		Online-Plattform mit ausführlichen Infos & Link-Sammlungen für Alleinerziehende
					http://www.alleinerziehen.at/
	Jugendinfo	wienXtra	anonym, kostenlos, ohne Termin, auch "nur mal schauen" möglich, 14:30-18:30, für 13-26-Jährige & ihre Bezugspersonen, Online-Beratung		Information & (Erst-)beratung zu diversen Themen; auch für Fachkräfte; Vermittlung zu diversen jugendspezifischen Einrichtungen, Anwaltliche Erstberatung, Bewerbungs-Check, Info-Materialien,
					https://www.wienextra.at/jugendinfo/

Kinder und Jugendliche	Rat auf Draht 147		Niederschwellig, anonym, via Telefon		24h Telefonberatung für Kinder, Jgdl & deren Bezugspersonen (inkl. Fachkräfte) www.rataufdraht.at/
	Mobile Jugendarbeit (aufsuchend, mobil, Streetwork)	diverse (in ganz Wien)	niederschwellig, aufsuchend, im öffentlichen Raum, häufig mit Anlaufstelle für Beratung, in diversen Bezirken.	x	Div. Angebote. u.a. für junge Menschen die den Großteil ihrer Freizeit im öffentlichen Raum verbringen. Beratung, Begleitungen, etc. https://www.wien.gv.at/freizeit/bildungjugend/jugend/mobile.html
	Jugendzentren, Jugendtreffs	diverse (in ganz Wien)	niederschwellig, Angebote für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene	(x)	Div. offene Angebote in sämtlichen Bezirken für verschiedene Altersgruppen; teilweise auch Beratung & Begleitung. www.wien.gv.at/freizeit/bildungjugend/jugend/indoor.html
	Koordinations-stelle Bildung & Beruf		niederschwellig via Homepage, übersichtliche Info-Blätter		Aktueller Überblick zu Angeboten für Jugendliche & junge Erwachsene am Übergang Schule & Beruf. www.koordinationsstelle.at/angebotslandschaft.html
	Sprungbrett für Mädchen	sprungbrett	für Mädchen & junge Frauen; 10-21a, kostenlos, vertraulich, mit Termin		allgemeine Beratung. Themen u.a.: Schule, Ausbildung, Beruf, Sexualität, etc. https://sprungbrett.or.at/maedchen/fuer-maedchen/
	Jugendberatung Männergesundheitszentrum	MEN	anonym, kostenlos, mehrsprachig (u.a. b/k/s,ru, tr, ku, fr), mit Termin		allgemeine Beratung. Themen u.a. Schule, Beziehung, Freundschaft, Sexualität, Probleme mit ArbeitgeberIn, KollegInnen www.men-center.at/beratung-psychotherapie.html
	First Love - Jugendberatung & Ambulanz	ÖGF	anonym, kostenlos, ohne Anmeldung, online-Beratung	(x)	Beratung zu Liebe, Sexualität, Beziehung & gynäkologische Untersuchungen; https://oegf.at/firstlove/
	KJA - Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien	KJA Wien	kostenlos, anonym, vertraulich, Termin erwünscht; auf Eigeninitiative oder via Vermittlung durch Erwachsene & Institutionen	(x)	parteiliche Beratung & Intervention f. Kinder, Jgdl, junge Erw.; Themen: Obsorge, Verselbstständigung, Gewalt, Mobbing; auch längerfristig & mit Begleitungen; Beratung auch f. Fachkräfte; Lobby-Arbeit https://kja.at
	die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen	die Boje	kostenlos, mit Termin, e-card notwendig, Vertragsambulatorium		Akuthilfe bei Tod, (psy) Erkrankung, Trennung von Eltern, (mit-erleben von) Gewalt; Diagnose & Therapie www.die-boje.at/
	Rainbows - für Kinder in stürmischen Zeiten	Rainbows	kostenpflichtig, für Kinder & Jgdl. Bei Trennung, Scheidung oder Tod naher Bezugspersonen	(x)	Unterstützung für Kinder & Jugendliche, Gruppenangebote nach Trennung/ Scheidung der Eltern, Trauerbegleitung, Feriencamps, Elternberatung https://www.rainbows.at/
Kinderschutz – sexualisierte	die möwe – Kinderschutz-zentrum	die möwe	Nieder- bis Hochschwellig. U.a. anonym, kostenlos, Telefon- & Onlineberatung, persönliche Beratung mit Termin; auf Eigeninitiative oder Vermittlung durch Erwachsene & Institutionen	(x)	schnelle, unbürokratische Unterstützung für Kinder & Jgdl die von Gewalt/Missbrauch betroffen sind; Psychosoziale & juristische Prozessbegleitung; Psychotherapie (mit Diagnose & Zuweisung Kostenübernahme durch GKK); Klinisch-Psychologische Diagnostik; Beratung für Fachkräfte & andere Bezugspersonen https://www.die-moewe.at
	Kinderschutz-zentrum Wien	Kinderschutz-zentrum	kostenlos, vertraulich		Hilfe & Beratung bei Gewalt gegen Kinder & Jgdl; Psychotherapie, Elternberatung, HelferInnenberatung für Fachkräfte http://kinderschutz-wien.at/

Kinderschutz - Gewalt	Selbstlaut - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen	Selbstlaut	kostenlose Beratung zu sexueller Gewalt für Fachkräfte & Bezugspersonen v. Kindern/Jgdl; Telefonberatung,	(x)	Verdachtsbegleitung & (längerfristige) Beratung, Interventionsbegleitung (Interventionsplanung, Vernetzung, Organisation/Moderation v. HelferInnenkonferenzen, Gefährdungsmeldungen), Erziehungsberatung, Prävention
					http://selbstlaut.org
	Mädchenberatung für sexuell missbrauchte Mädchen & junge Frauen	Mädchenberatung	kostenlos, niederschwellig, mit Termin		Prozessbegleitung, kurz- und längerfristige Beratung & Therapie, Fachliche Unterstützung f. HelferInnen, die sexuellen Missbrauch vermuten, Organisation von HelferInnenkonferenzen, Supervision
					www.maedchenberatung.at
	Krisenzentren	MA11	Zugang Mo-Fr 8-15:30 via MA11-Regionalstellen, sonst via Polizei oder direkt via Telefon.		Unterbringung von Kindern & Jgdl bei akuter Gefahr. 3-15 Jahre: 12 regionale Krisenzentren (wohnnah); 15-18 Jahre: überregionale Krisenzentren (m&w)
					https://www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/krisenzentren.html

Tabelle 12: Überblick Kinder, Jugend, Familie, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten.

3.7.4 Versorgungssituation: Vielfältige Zielgruppen, (un-)genützte Möglichkeiten

Wie im Überblick zu den vorhandenen Angeboten deutlich wird, findet sich im Bereich Kinder, Jugend und Familie eine große Bandbreite an verschiedenen Zielgruppen. Die Versorgungssituation für Schwangere, Säuglinge, Kleinkinder, (Schul-)Kinder, Jugendliche, Väter, Mütter, Alleinerziehende, Eltern im Allgemeinen, etc. ist folglich je nach Thema und Problemlage äußerst unterschiedlich.

Hinzu kommt, dass sich sowohl Bedarfslagen als auch Zielgruppen und NutzerInnen von Angeboten entlang der soziökonomischen Situation von Familien unterscheiden. Euteneuer u.a. erklären, dass in Bezug auf Soziale Arbeit mit Familien häufig der Eindruck entsteht, dass diese „*ausschließlich ‚Multiproblemfamilien‘, finanziell prekäre, sogenannten bildungsferne oder anderweitig von Ausgrenzung bedrohte Familien ins Visier nimmt, obwohl sich viele Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen zunächst einmal an alle Familien (...) wenden*“ (ebd.:399). In Bezug auf Angebote der Familienbildung verweisen die AutorInnen jedoch auf das Problem, dass Familienbildung „*hauptsächlich bildungsgewohnte Eltern erreicht*“. Durch Kooperationen mit anderen Institutionen soll folglich versucht werden, „*möglichst viele Eltern zu erreichen*“ und den Zugang zu benötigter Hilfe zu erleichtern (ebd.:401).

Das hier von Euteneuer u.a. angesprochene Problem, wird auch im Interview zu den Familienhebammen deutlich. Margarete Lässig erklärt beispielsweise in Bezug auf die Gruppenangebote der Hebammen: „*Die Frauen und Familien die wir am meisten mit unseren Angeboten ansprechen möchten, ich glaube da sind wir nicht anders als alle anderen, die erreichen uns am wenigsten – oder wir sie*“ (KiJuFam1:114). Frauen „*die so kompetent sind, dass sie sich die Angebote heraussuchen*“ und diese aus Eigeninitiative heraus nutzen, stammen Lässig zufolge eher aus der Mittelschicht (ebd.). Primäre Zielgruppe der Familienhebammen sind Frauen mit Risikoschwangerschaften, also Frauen mit einer besonderen Belastung. Diese Belastung kann medizinisch sein aber auch diverse psychosoziale Gründe haben. Lässig zählt hierzu neben psychischen Problemen und Trennungssituationen auch Armut und betont, dass diese zurzeit ein wichtiges Thema ist und eine große Belastung für Schwangere darstellt

beziehungsweise darstellen kann (ebd.: 10). Ihrer Erfahrung nach ist es aufgrund von Scham und Unsicherheiten teilweise auch mit Zuweisungen äußerst schwierig, Familien „wo man sich denkt das [Angebot der Familienhebammen] würde ihnen gut tun“, tatsächlich zu erreichen (ebd.: 14).

Die Familienzentren der MA11 scheinen das Problem, dass ihre freiwilligen (Gruppen-)Angebote primär Familien der Mittelschicht erreichen, nicht zu kennen. Barbara Beneder erklärt, dass der Großteil der Familien, die das Angebot des Familienzentrums nutzen, „ökonomisch schlecht gestellt und bildungsfern“ ist (KiJuFam2: 66). Während diese Familien aus ihrer Sicht auch die Haupt-Zielgruppe der Einrichtung darstellen, erwähnt sie, dass die Zentrale der MA11 diesbezüglich andere Visionen hat³⁸. Armut bezeichnet sie als „das Thema“ der Einrichtung und als Grund für einen Großteil der hier bearbeiteten Problemlagen (ebd.: 206).

Das Angebot von „gut begleitet - Frühe Hilfen Wien West“ hingegen richtet sich bewusst an alle belasteten Familien (mit Kindern unter drei Jahren) und wird laut Christina Schreiner-Nolz tatsächlich von Familien mit unterschiedlichsten sozioökonomischen Ausgangslagen genutzt³⁹. Bezogen auf ein neues Team für psychosoziale Versorgung erscheint es auf Basis der hier genannten Interviews äußerst sinnvoll, nicht zuletzt auch hinsichtlich der sozioökonomischen Situation der angedachten Zielgruppen Klarheit zu schaffen.

3.7.4.1 Säuglinge & Kleinkinder: „Geteiltes Wien“

In Bezug auf die Versorgungssituation von Familien mit 0-3-jährigen Kindern wird wiederholt auf die Problematik hingewiesen, dass das Angebot der Frühen Hilfen derzeit nur für den Westen Wiens zur Verfügung steht⁴⁰. Für BewohnerInnen der Bezirke eins bis elf sowie 20-22 existiert kein vergleichbares Angebot. (KiJuFam1:46/126; KiJuFam3:19/248)

Familien mit Säuglingen beziehungsweise Kleinkindern gehören sowohl bei den Frühen Hilfen als auch bei den Familienhebammen sowie in den Familienzentren der MA11 zur Hauptzielgruppe (KiJuFam1; KiJuFam2; KiJuFam3). Sowohl unsere InterviewpartnerInnen aus diesen drei Institutionen als auch Maria Rösslhumer vom Verein Autonomer Frauenhäuser erklären, dass die Zeit rund um Schwangerschaft und Geburt eine Ausnahmesituation darstellt, in der eine außergewöhnlich große Offenheit

³⁸ Laut Beneder wünscht sich die Zentrale der MA11, dass „alle das Jugendamt lieben“. Dazu meint sie: „Egal wie man uns umbenennt, egal ob wir gerade eine Werbekampagne laufen haben oder nicht, wir sind das Jugendamt und die Welt wird uns nie lieben“ (ebd.: 65). Sie ist auch skeptisch gegenüber Bestrebungen, Familienzentren in Zukunft in jeden Nachmittag geöffnete Anlaufstellen für alle Familien mit Kindern aller Altersgruppen umzufunktionieren. Grund dafür ist ihre Befürchtung, dass durch eine solche Umstrukturierung ohne zusätzliche Ressourcen die bisher geleistete Arbeit nicht mehr möglich wäre (ebd.: 222/244).

³⁹ Sie spricht hier sowohl von „Akademikerfamilien, wo das Finanzielle kein Problem ist“ als auch von Familien mit Multiproblemlagen, bei denen „die Wohnung in drei Monaten weg sein [wird] und kein Geld da ist“ (KiJuFam3: 11).

⁴⁰ Die Frühen Hilfen Wien West befinden sich derzeit noch im Projektstatus. Das Angebot richtet sich an Familien mit Wohnsitz in den Bezirken 12-19 sowie dem 23. Bezirk. Familien aus den übrigen Bezirken werden nur in Ausnahmefällen, wenn es die vorhandenen Ressourcen erlauben und eine große Dringlichkeit besteht betreut (KiJuFam3: 23).

beziehungsweise Zugänglichkeit gegenüber professionellen Unterstützungsangeboten vorhanden ist (Gew2:101; KiJuFam1:28/92/114; KiJuFam2:22-26; KiJuFam3:258). Begründet wird dies mit der Tatsache, dass in dieser Zeit „Vieles im Umbruch ist“ (KiJuFam3:258) und es (nicht zuletzt auch weil viele Mütter alleine sind und wenig Unterstützung bekommen) „extrem belastend“ und anstrengend sein kann, ein Baby zu haben (KiJuFam1:32). Auch akute Überforderung aufgrund von exzessivem Schreien des Babys („Schreibabys“) führt häufig dazu, dass Unterstützungsangebote leichter angenommen werden können (ebd.: 112). Außerdem wird erwähnt, dass bei frischgebackenen Eltern meist zahlreiche Fragen und Unsicherheiten aufkommen (KiJuFam2:22), Frauen den großen Wunsch haben, alles Mögliche für ihr Kind zu tun (ebd.:116) und sie im Rahmen von Schwangerschaftsvorbereitungskursen und Mutter-Kind-Untersuchungen die Gelegenheit ergreifen beziehungsweise bekommen können, über Gewalterfahrungen sowie soziale/finanzielle Probleme zu sprechen (Gew2:101). Hinzu kommt, dass mit der Geburt eines Kindes die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sich bestehende psychische Belastungssituationen verstärken und psychische Erkrankungen wieder hochkommen oder eskalieren (MA15:24). Außerdem stellt diese Zeit insbesondere für Alleinerziehende sowie im Falle von Trennung ein großes finanzielles Risiko dar (KiJuFam3: 213/218).

Wie im Zuge unserer Recherchen deutlich wurde, existiert im Kontext von Schwangerschaft und Geburt ein vielfältiges Angebot an niederschweligen Einrichtungen für Familien in psychosozialen Belastungssituationen. Dieses zeichnet sich nicht zuletzt auch aufgrund der Schnittstelle zum Gesundheitswesen sowie den hier etablierten Zuweisungsstrukturen, durch eine hohe Zugänglichkeit aus.

3.7.4.2 Kinder: „Übergänge schaffen – Ängste überwinden“

In Bezug auf Familien mit Kindern ab dem Kindergarten- beziehungsweise Schuleintrittsalter ist die Situation eine völlig andere (Gew1:12). In mehreren der von uns durchgeführten Interviews wurde auf die große Bedeutung von KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen oder auch HortpädagogInnen als zentrale Ansprechpersonen für Kinder und ihre Eltern hingewiesen (KiJuFam1:94; Gew2:75; KiJuFam2:196). Diese pädagogischen Fachkräfte haben Zugang zu Kindern und ihren Bezugspersonen und übernehmen häufig eine zentrale Rolle im Erkennen von familiären Problemlagen. Wie wir im Folgenden erläutern werden, wurde im Zuge unserer Recherchen deutlich, dass am Übergang von den genannten Institutionen zu sozialarbeiterischen beziehungsweise psychosozialen Unterstützungsangeboten großes Verbesserungspotenzial besteht. Wie beispielsweise Maria Rösslhumer vom Verein Autonomer Österreichischer Frauenhäuser verdeutlicht, greifen bestehende Vermittlungsstrukturen derzeit häufig erst dann, „*wenn etwas passiert ist*“ oder anders ausgedrückt, wenn das Wohl eines Kindes bereits ernsthaft gefährdet erscheint (Gew2: 83). Margarete Lässig, die in ihrer Funktion als Leitung der Abteilung Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche in der MA15 u.a. auch für den ärztlichen Dienst in Kindergärten sowie SchulärztInnen in den Schulen der Stadt Wien zuständig ist, beschreibt die Möglichkeiten, die sich in diesen Institutionen bieten. Sie berichtet beispielsweise davon, dass einzelne Gespräche mit Eltern im Falle von Vernachlässigung (die den Eltern zum Teil nicht bewusst ist) teilweise große

Veränderungen mit sich bringen können (KiJuFam1: 92). Weiters erklärt sie, dass LehrerInnen in Schulen zwar üblicherweise die zentralen AnsprechpartnerInnen für Kinder sind, sich diese aber teilweise auch den SchulärztInnen anvertrauen. In manchen Fällen legen auch LehrerInnen „die Schiene“ zum/zur Schulärztin. So beispielsweise falls das Kind auffällige Verletzungen hat oder besorgniserregend ungepflegt erscheint. SchulärztInnen haben die Möglichkeit im Einzelsetting das Gespräch mit dem Kind zu suchen und (falls es noch keiner Meldung bedarf) eventuell die Eltern zu einem Gespräch in die Schule einzuladen. Falls Anlass dazu besteht und die Eltern dazu bereit sind, kann versucht werden die Eltern zu Unterstützungsangeboten der MA11 zu vermitteln (KiJuFam1: 98).

Inwiefern KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen, SchulärztInnen oder auch HortpädagogInnen ausreichende Ressourcen für solch ausführliche Gespräche mit Kindern und ihren Eltern haben, kann auf Basis unserer Interviews nicht festgestellt werden. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die dort beschäftigten pädagogischen Fachkräfte keine ideale Ausbildung für die Unterstützung von (komplex/schwerwiegend) psychosozial belasteten Familien haben (KiJuFam1: 204). Hinzu kommt, dass Eltern aus belasteten Familien den Kontakt zur Schule häufig vermeiden, Einladungen nicht folgen und auch nicht zu Elternsprechtagen erscheinen (Gew2: 105). Die einzige Möglichkeit für Schulen dennoch in Familien zu intervenieren ist folglich eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung an die MA11.

Ein zentrales Problem am Umstand, dass eine Meldung wegen Kindewohlgefährdung häufig die Einzige Möglichkeit für LehrerInnen darstellt, um externe Hilfe hinzuzuziehen, liegt in der Tatsache begründet, dass „unfreiwillige“ Meldungen sich häufig negativ auf die Offenheit gegenüber Unterstützungsangeboten der MA11 auswirken. Margarete Lässig die auch die Leitung des ärztlichen Dienstes in den Elternberatungsstellen der MA11 inne hat, betont beispielsweise, dass auf eine Meldung folgende Hilfsangebote (anfangs) häufig nicht als solche gesehen, sondern als „*Kontrolle und Einmischung in die persönliche Sphäre*“ abgelehnt werden (KiJuFam1:108). Wie sie erklärt, ist es für Familien deutlich leichter selbstgewählte Unterstützungsangebote anzunehmen. Nach einer Meldung (insbesondere bei Familien, die seit Generationen von der MA11 betreut werden) gestaltet sich der Aufbau einer funktionierenden Arbeitsbeziehung üblicherweise deutlich schwerer (KiJuFam1:110). Wenn in solchen Situationen keine Zusammenarbeit zustande kommt, muss im Zuge einer Gefährdungsabklärung abgewogen werden, ob es (mit Hilfe von Unterstützungsmaßnahmen) verantwortbar ist, dass das Kind weiterhin in der Familie bleibt (ebd. 108).

Ein ebenso wichtiger Aspekt ist die weit verbreitete Scheu, Skepsis oder auch Angst vor der MA11. Dass diese ein massives Zugangshindernis zu Unterstützungsangeboten darstellt, wird von unterschiedlichsten ExpertInnen betont (KiJuFam1:106; KiJuFam2:71-74; KiJuFam3:80; Gew1:125; PflA1:211). Christina Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen berichtet, dass es für Familien häufig schon beim telefonischen Erstkontakt wichtig ist zu erfahren, in welchem Verhältnis die Frühen Hilfen mit der Kinder- und Jugendhilfe stehen (KiJuFam3: 80). Sie spricht in diesem Zusammenhang von großen Befürchtungen die gleich zu Beginn für viele ein „ganz großes Thema“ darstellen und betont, dass „*ganz viele Familien sehr viele Ängste*“ und auch ein „*sehr falsches Bild*“ von der MA11 haben (ebd.: 83). Auch Barbara Beneder, die in einem

Familienzentrum der MA11 tätig ist, geht davon aus, dass Eltern aufgrund der Zugehörigkeit der Familienzentren zur MA11 teilweise davor zurückschrecken die hier vorhandenen niederschweligen Angebote in Anspruch zu nehmen (KiJuFam2:70)⁴¹. Sie berichtet jedoch auch davon, dass viele Familien durch Tipps von Bekannten den Weg ins Familienzentrum finden:

„[Es geschieht häufig, dass] die Mutter die Cousine, die auch ein Baby bekommen hat, mitbringt und die Schwägerin auch mitbringt, und die Nachbarin auch mitbringt. Es gibt auch Leute, die anrufen und sagen ‚ich war früher mit meinen Kindern bei euch und ich hab da eine Nachbarin die bräuchte das und das‘ und ‚kann ich die zu euch schicken oder bringen oder kann da wer herkommen‘“ (KiJuFam2:154).

In den hier beschriebenen Situationen ermöglichen vorhandene Netzwerke von KlientInnen, dass eventuell vorhandene Ängste vor der MA11 überwunden werden können und es zu einer „freiwilligen“ Kontaktaufnahme mit der MA11 kommt. Wie verschiedene InterviewpartnerInnen berichten, wird diese (wie sich zeigen wird äußerst wichtige) Brückenfunktion zur MA11 in vielen Fällen von diversen Einrichtungen übernommen, welche mit den Kindern und/oder ihren Eltern in Kontakt stehen. Konkret wird dies in Bezug auf Angebote der Frühen Hilfen, Offenen Kinder- und Jugendarbeit, Familienzentren (MA11), Elternberatungsstellen (MA11 & MA15), Familienhebammen, Schulen, SchulärztInnen, dem ärztlichen Dienst in Kindergärten, dem WSD (Bereich Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen) sowie die vom FSW beauftragte (operative) Sozialarbeit in den Regionen beschrieben (KiJuFam3:84; KiJuFam2:201/159; Gew2:95; KiJuFam1:108; Psy3:83; PflA1: 212).

Durch die hier stattfindende Begleitung von Übergängen zur MA11 können unfreiwillige Meldungen teilweise verhindert und folglich eine bessere Zusammenarbeit mit der MA11 gefördert werden. Christina Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen berichtet folgendermaßen von ihren diesbezüglichen Erfahrungen:

„Ich erlebe in der Arbeit, in der Begleitung, wenn schon ein Beziehungsaufbau stattgefunden hat, dass es dann oft so ist, dass die Familien sich auch auf Dinge einlassen können, die die MA11 betreffen. Wir haben sehr wohl oft Familien, bei denen wir sehen, okay das ist sehr kritisch, und das schrammt schon manchmal auch an einer Gefährdungsmeldung entlang (...). Wir versuchen dann immer die Familien zu motivieren sich freiwillig diese Unterstützung bei der MA11 zu holen und gemeinsam mit ihnen auch zur MA11 zu gehen, wenn wir

⁴¹ Wie Beneder (in Bezug auf Familien, die durch eine Gefährdungsabklärung in Kontakt mit dem Familienzentrum kamen) verdeutlicht, ändert sich das Verhältnis zu den Angeboten der MA11 jedoch teilweise im Laufe von Betreuungsprozessen. Sie stellt klar, dass sie durchaus versteht, wenn Familien sich „nicht freiwillig dreinreden lassen“ möchten (KiJuFam2:68). Wie die Sozialpädagogin berichtet, gehört es glücklicherweise jedoch auch zu ihrem Arbeitsalltag, dass Eltern sich für die durch die MA11 erhaltene Unterstützung bedanken – obwohl sie zu Beginn nicht begeistert darüber waren, dass sie nun „das Jugendamt an der Backe haben“. Beneder geht davon aus, dass „sehr viele Leute wirklich gute Erfahrungen“ mit der MA11 machen (ebd.). Es kann davon ausgegangen werden, dass bestehende Zugangshindernisse nicht zuletzt auch durch solche Erfahrungen abgebaut werden könnten.

das Gefühl haben, das braucht es. Und das funktioniert in vielen Fällen auch - wenn es gut vorbereitet ist und wirklich gut besprochen ist. Im Vorfeld sehe ich schon sehr große Ängste“ (KiJuFam3:84).

Hier wird deutlich, dass eine erfolgreiche Vermittlung zu Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe in vielen Fällen einen längeren Betreuungsprozess und Beziehungsaufbau erfordert (→ „Weg zur Versorgung“). Auch Maria Rösslhumer vom Verein Autonomer Frauenhäuser weist darauf hin, dass das Einbeziehen der MA11 nicht ohne die nötige Vorarbeit geschehen sollte. Sie erklärt, warum es wichtig ist, dass LehrerInnen und andere Bezugspersonen, möglichst keine Meldungen über den Kopf von Kindern hinweg veranlassen. Insbesondere im Fall von Gewalt kann sich eine Meldung ansonsten auch negativ auf Kinder auswirken indem sie beispielsweise *„mit noch heftigerer Gewalt konfrontiert [werden], weil sie etwas ausgeplaudert haben“* (Gew2:95). Für den Fall, dass Kinder einem etwas anvertrauen, das eine Meldung notwendig erscheinen lässt, ist es ihr zufolge wichtig, zuerst mit dem Kind zu reden und zu versuchen eine gemeinsame Vorgangsweise zu erarbeiten. In jedem Fall ist es wichtig, betroffene Kinder bei jedem Schritt einzubeziehen und möglichst große Transparenz bezüglich Meldepflicht und weiterer Vorgehensweise zu schaffen. Dies ist unter anderem deshalb notwendig, weil Kinder oft *„Angst haben, dass sie etwas lostreten, das sie gar nicht wollen“* (ebd.). Hier zeigt sich, dass eine passgenaue Unterstützung von Kindern in Krisensituationen Ressourcen erfordert, die einen Beziehungsaufbau sowie eine intensive, längerfristige Auseinandersetzung ermöglichen.

Grundlage für eine solche Vorgehensweise wäre dennoch, dass pädagogische Fachkräfte Belastungssituationen und Gefährdungsmomente erkennen und über bestehende Möglichkeiten der Unterstützung Bescheid wissen (Gew2:78; KiJuFam2:196/204). Barbara Beneder weist darauf hin, dass KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen und HortbetreuerInnen häufig „keine Ahnung“ davon haben, welche Sozialen Einrichtungen und Unterstützungsangebote tatsächlich vorhanden sind (ebd.: 196). Außerdem erklärt sie, dass pädagogische Fachkräfte teilweise zwar wissen, dass belastete Familien von der Kinder- und Jugendhilfe Unterstützung erhalten könnten, aber davor zurückschrecken oder sich bewusst dagegen entscheiden, diese einzuschalten. Beneder berichtet von *„schwersten Problemlagen, die nicht gemeldet werden“* weil LehrerInnen den Eindruck haben, sie könnten dies „den Eltern nicht antun“⁴² (ebd.).

Wie es scheint stellt neben der unter Familien verbreiteten Angst vor der MA11, auch der unter psychosozialen Fachkräften verbreitete Ruf der MA11 ein Zugangshindernis dar. Die Frage, inwiefern die teilweise bestehende Skepsis, welche Fachkräfte sozialer Einrichtungen in manchen Fällen davon abhält, KlientInnen an die MA11 zu vermitteln, begründet ist, lässt sich im Rahmen dieser Arbeit nicht abschließend beantworten. Erwähnenswert erscheint hier die diesbezügliche Expertise von Carina Spak, Sozialarbeiterin und Leitung von AmberMed, einer Einrichtung, die medizinische Versorgung und Sozialberatung für Menschen ohne Anspruchsberechtigung und/ oder Krankenversicherung anbietet. Sie erklärt, dass sie das Jugendamt in vielen Fällen nicht

⁴² In Bezug auf anonyme telefonische Anfragen, in denen Erwachsene so argumentieren, berichtet Beneder: *„Ich sage dann meistens darauf, aber dem Kind können sie das antun, dass sie es nicht machen“ [keine Meldung erstatten]. Dann ist es meistens still“* (KiJuFam2:200).

zuletzt auch deshalb nicht einschaltet, weil dies bei den Zielgruppen ihrer Einrichtung häufig zu einer Kindesabnahme führt und sich die Situation dieser Kinder aus ihrer Sicht dadurch häufig nur verschlimmern würde. Laut Carina Spak leben die hier betreuten PatientInnen „meist in einem guten familiären Kontext“ und sind „Opfer von Ausbeutung und Armut“. Über die von AmberMed betreuten Familien meint sie: *„Die Kindern gehen oft in die Schule, wenn auch oft ohne Jause und ohne Socken. [Die Familien] sind in irgendeiner Weise soweit, dass sie selbstständig leben (...) und auf ihre Bedürfnisse schauen können“* (Ges3:6). Spak erklärt, dass Angebote der MA11, wie beispielsweise die Familienintensivbetreuung, den Zielgruppen von AmberMed (vermutlich primär aufgrund ihres Aufenthaltsstatus/ der fehlenden Anspruchsberechtigung) nicht zur Verfügung gestellt werden (ebd.: 52). Sie weist darauf hin, dass die von ihr betreuten Kinder in Extremsituationen fremduntergebracht und wenn ein noch härterer Extremfall eintritt, beispielsweise nach Bulgarien abgeschoben werden und dort in ein Heim kommen. Dass sie in solchen Situationen keine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung erstattet, begründet sie damit, dass sie das Kind *„ja nicht noch unglücklicher machen [könne], als es jetzt ist“* (ebd.:56). Eine weitere Konstellation in der sie eine Fremdunterbringung als sehr wahrscheinlich aber nicht für sinnvoll erachtet, sind Mütter, die sich um ihre Kinder bemühen und in der Sexarbeit tätig sind⁴³.

Ausgehend vom Interview mit Carina Spak stellt sich die Frage, ob eine Vermittlung an die MA11 für alle Kinder in psychosozial belasteten Familien derzeit eine gleichermaßen gute Vorgehensweise darstellt. Unabhängig davon, wurde im Rahmen unserer Recherchen deutlich, dass Fachkräfte sozialer Einrichtungen sich teilweise bewusst gegen eine Vermittlung an die MA11 entscheiden. Außerdem wird von verschiedenen Interview-PartnerInnen betont, dass die Entscheidung ob eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung vorgenommen werden soll, in vielen Fällen äußerst schwierig ist (Gew2:95; KiJuFam3:89-96; PflA1:218). Damit sich die genannten Fachkräfte in diesen komplexen Entscheidungsprozessen fachkundige Unterstützung suchen können, erscheint es sinnvoll, die anonymen Angebote der MA11-Servicestelle⁴⁴ sowie weiterer (spezialisierte) Kinderschutz-Einrichtungen bekannter zu machen.

Nachdem auf Basis der Interviews davon ausgegangen werden muss, dass professionelle Bezugspersonen von Kindern in vielen Fällen weder über die notwendigen Fähigkeiten noch über ausreichende Ressourcen für eine passende Versorgung von Kindern in (komplexen) psychosozialen Belastungssituationen verfügen, erscheint es wünschenswert, dass bei Bedarf auch externe Fachkräfte hinzugezogen werden können. Angesichts der beschriebenen Situation erscheint die Möglichkeit einer Unterstützung durch das im Rahmen dieser Arbeit angedachte mobile Team äußerst sinnvoll. Zu empfehlen wäre ein Angebot, welches sich gut in die bestehende Angebotslandschaft einfügt und bestehende Lücken (insbesondere solche an der Schnittstelle beziehungsweise im Vorfeld zur MA11) decken kann. Das mobile

⁴³ Spak spricht von Situationen in denen Kinder oben im Stockbett schlafen während ihre Mütter im unteren Bett *„um 20€ anschaffen“*. Dazu meint sie *„es ist schlimm, aber die Mutter schaut wenigstens auf sie“* (ebd.:64).

⁴⁴ Die Servicestelle der MA11 ist unter der Woche jeweils bis 18Uhr erreichbar und bietet anonyme telefonische Beratung an. Wie auch in anderen in unserer Tabelle angeführten Einrichtungen, werden hier nicht zuletzt auch Fachkräfte darin unterstützt, passende Versorgungsmöglichkeiten für psychosozial belastete Kinder und Jugendliche zu finden (siehe Tabelle).

Team hätte im Idealfall die Möglichkeit, pädagogische Fachkräfte zu entlasten, an bestehenden Vertrauensbeziehungen zwischen Kindern und ihren (professionellen) Bezugspersonen anzudocken, geeignete Handlungsoptionen auszuloten und diese mit den betroffenen Kindern in Ruhe abzuklären sowie Kinder im Falle der Notwendigkeit einer Meldung in diesem Prozess zu begleiten.

3.7.4.3 Jugendliche: „Die Ressourcen gibt's erst wenn was passiert ist“

In Bezug auf die Versorgungssituation von Jugendlichen entsteht der Eindruck, dass passende, längerfristige Ressourcen häufig *„erst wenn der Hut brennt und etwas passiert ist“* zur Verfügung gestellt werden. Während diverse Einrichtungen kostenlose Erstberatung für Jugendliche anbieten, verdeutlicht Bernd Kühbauer, dass hier großer Bedarf nach zusätzlichen Ressourcen für längerfristige Begleitungen besteht (Gew1:50). Kühbauer leitet die präventive Jugendarbeit in der Männerberatung Wien und ist in der forensischen Jugendarbeit tätig. Er erklärt, dass in der Arbeit mit Jugendlichen ein *„langer Atem“* notwendig ist. In Hinblick auf *„entgrenzte Jugendliche“* betont der Sozialarbeiter und Psychotherapeut die Notwendigkeit von Erwachsenen, die sich auf Begegnungen mit Jugendlichen einlassen (ebd.:14). Er verweist auf den wichtigen Beitrag, den die Offene Jugendarbeit hier leistet. Seiner Erfahrung nach ermöglichen die hier erarbeiteten Beziehungen, dass sich Jugendliche bei Problemen an ihnen bereits vertraute JugendarbeiterInnen wenden können (ebd.:18). Kühbauer problematisiert in diesem Zusammenhang, dass Fachkräfte der Offenen Jugendarbeit zwar häufig von diversen Belastungssituationen ihrer Zielgruppen erfahren, jedoch (teilweise) keinen Auftrag für eine sozialarbeiterische Betreuung dieser Jugendlichen haben (ebd.:23). Ressourcen für eine längerfristige (multiprofessionelle) Betreuung von Jugendlichen sind laut Kühbauer im Regelfall erst dann vorhanden, wenn *„etwas passiert ist“*⁴⁵. Kühbauer kommentiert dies folgendermaßen:

„Also kritisch überspitzt formuliert, wenn etwas passiert, dann gibt es Geld, dann sind plötzlich Therapien finanziert. Oder die Schule ruft an, und sie sagen das zwar nicht so, aber Geld spielt keine Rolle, ‚wir brauchen Sie unbedingt, Sie sind unsere letzte Hoffnung‘. Der Feuerwehrauftrag. In der Klasse gibt es totalen Zoff und Stunk und Konflikte und ‚bitte kommen Sie und löschen Sie den Brand‘ – so in die Richtung“ (Gew1:19).

Kühbauer erklärt außerdem, dass primär- und sekundär-präventive Angebote für Jugendliche zwar äußerst sinnvoll sind, aber leider nur in den seltensten Fällen finanziert werden. In Bezug auf eine zusätzliche Einrichtung für psychosoziale Versorgung erscheint es folglich wünschenswert, dass dieses auch in der Sekundär-Prävention tätig ist und sich somit auch an Jugendliche (und deren Bezugspersonen) richtet, bei denen

⁴⁵ So beispielsweise wenn Jugendliche als Opfer von Gewalttaten Anzeige erstatten (Prozessbegleitung), aufgrund von strafbaren Handlungen vor Gericht angeklagt werden (Jugendgerichtshilfe), im Zuge einer Maßnahme im Rahmen einer Verurteilung ein Anti-Gewalt-Training absolvieren müssen (forensische Jugendarbeit) oder sich in Haft befinden (interdisziplinäre Betreuung in Gefängnissen; Gew1:78/7/19/73/65).

es bereits einige Vorfälle und Grenzüberschreitungen gegeben hat, es bisher jedoch zu keiner Anzeige beziehungsweise Verurteilung gekommen ist (Gew1:10) ⁴⁶.

3.7.5 Sonstige Versorgungslücken: Fehlende Ressourcen & spezifische Problemstellungen

Abgesehen von den bereits genannten Versorgungslücken, wurde in verschiedenen Interviews darauf hingewiesen, dass die Regionalstellen der MA11 stark überlastet sind (KiJuFam2:44). Maria Rösslhumer vom Verein Autonomer Frauenhäuser weist darauf hin, dass hier ein großer Mangel an Personal und Ressourcen für aufsuchende Betreuung besteht, und von Seiten der MA11 viel mehr getan werden müsste um von Gewalt betroffene Kinder zu unterstützen (Gew2:81). Auch Christine Linck, die in der Mobilen Sozialarbeit vom Verein Neunerhaus tätig ist, berichtet, dass die Regionalstellen „sehr ausgelastet“ wirken und häufig viel Geduld notwendig ist, um mit der richtigen Ansprechperson in Kontakt zu kommen (Wh2:28). Unter anderem in der Betreuung von Familien in Flüchtlingsunterkünften scheinen die vorhandenen Erfahrungen stark vom jeweils zuständigen Standort der MA11 abhängig zu sein (Mig1:126). Insgesamt geht aus den von uns geführten Interviews deutlich hervor, dass eine Aufstockung der Ressourcen in den Regionalstellen dringend notwendig wäre, um eine passende Versorgung von gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten.

Ein weiterer bereits angesprochener Bereich in dem großer Aufholbedarf besteht, ist die Sensibilisierung von Fachkräften, die mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern in Kontakt stehen (niedergelassene ÄrztInnen, KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen, HortpädagogInnen, etc.). In der Sensibilisierung dieser Personen liegt nicht zuletzt auch großes Potenzial für die Früherkennung psychischer Erkrankungen. Wie Roswitha Ebner vom PSD verdeutlicht, könnten dadurch sowohl persönliches Leid als auch Kosten und notwendige Behandlungsdauer minimiert werden (Psy2:36). Wie bereits erwähnt wäre es außerdem äußerst sinnvoll, wenn die genannten Fachkräfte über mehr Wissen bezüglich der niederschweligen Angebote der MA11, wie beispielsweise die Familienzentren verfügen (KiJuFam2:34)⁴⁷. Des Weiteren zeigt sich, dass sich die Versorgungssituation durch mehr SchulpsychologInnen und SchulsozialarbeiterInnen deutlich verbessern ließe (KiJuFam1:138; KiJuFam2:196; Gew2:115).

Versorgungslücken bestehen außerdem in der Betreuung von adipösen Kindern und Jugendlichen. Laut Barbara Beneder ist Adipositas insbesondere bei (jungen) Kindern häufig eine Folge von Vernachlässigung. Ihr zufolge kann Adipositas eine massive Gesundheitsgefährdung darstellen und ist häufiger Gefährdungsgrund in der

⁴⁶ Während tertiäre Gewaltprävention laut Kühbauer häufig über das Gericht läuft und dort ansetzt wo es schon viele Vorfälle gegeben hat, beinhaltet Primärprävention beispielsweise flächendeckende Workshops in Schulen und Kindergärten, die unabhängig von Vorfällen stattfinden und u.a. den Umgang mit eigenen Gefühlen schulen sollen.

⁴⁷ In den Familienzentren wird u.a. niederschwellige Erziehungsberatung angeboten. In einem 10-minütigen Gespräch, welches auch ohne Termin möglich ist, können bestehende Sorgen kurz besprochen und Handlungsoptionen grob geklärt werden. Außerdem kann eine kurze Einschätzung darüber gegeben werden, ob „das jetzt besorgniserregend und krank ist, oder einfach ein Kind“ ist (KiJuFam2:34). Wenn es Bezugspersonen von Kindern ein großes Anliegen ist, dass „die Gefahr“ einer Meldung ausgeschlossen werden kann, empfiehlt sich ein anonymes Anruf im Familienzentrum oder bei der Regional- oder Servicestelle der MA11 (ebd.: 249).

Elternberatung (KiJuFam2:162). Margarete Lässig von der MA15 zeigt auf, das es hier „ganz ganz ganz wenig bis gar nichts an wirklicher Langzeitversorgung“ gibt. Sie erläutert, dass aufgrund der Komplexität des in vielen Fällen notwendigen Veränderungsbedarfs, Unklarheit darüber besteht, wie eine passende Versorgung aussehen müsste. Beneder geht davon aus, dass hier eine längerfristige Begleitung notwendig wäre, die über bloße Informationsweitergabe hinausgeht und Familien bei der Umsetzung ihrer Vorhaben unterstützt (KiJuFam1:138).

Ein bereits erwähntes Thema ist der dringliche Wunsch verschiedener ExpertInnen, die Zuständigkeit der Frühen Hilfen auf ganz Wien auszuweiten sowie eine längerfristige Finanzierung zu sichern (KiJuFam1:42; KiJuFam3:248; Gew2:101). Als Besonderheit des Angebots wird neben der Möglichkeit, Hausbesuche durchzuführen und der Vernetztheit der Institution, auch die außergewöhnlich hohe Wirksamkeit betont⁴⁸. Während Christina Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen die Untragbarkeit der derzeit vorhandenen Zweiteilung Wiens verdeutlicht, erklärt Margarete Lässig von der MA15, es sei „wichtig, dass da wirklich Alle in dieses Horn blasen und sagen, das brauchen wir, das brauchen wir wirklich“ (KiJuFam3:248; KiJuFam1:170).

Nicht zuletzt wurden außerdem fehlende Kinderbetreuungsplätze, die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sowie massive Missstände in Bezug auf das Kinderbetreuungsgeld kritisiert (KiJuFam2:120 u.a.). Die FamilienbegleiterInnen der frühen Hilfen erleben „tagtäglich und in ganz vielen Familien“, dass fehlende Kinderbetreuungsplätze „eine extreme Schwierigkeit“ darstellen. Besonders drastisch stellt sich die Situation dar, wenn Frauen zum Zeitpunkt der Schwangerschaft erwerbsarbeitslos waren. Die langjährige Sozialarbeiterin erklärt, dass ein Wiedereinstieg in dieser Situation „fast ein Ding der Unmöglichkeit“ sei. Sie beschreibt einen Teufelskreis, der entsteht, weil Frauen, die keine Arbeit nachweisen können, keinen städtischen Kindergartenplatz bekommen, und sie gleichzeitig aber auch keinen Arbeitsplatz bekommen, solange sie keinen Kinderbetreuungsplatz nachweisen können (KiJuFam3:224). Auch in Bezug auf das Kinderbetreuungsgeld spricht sie von „extremen Problemen“ und meint dazu: „Manchmal frage [ich mich] ob wir wirklich in einem Rechtsstaat leben oder ob nur mehr Willkür herrscht“. Sie weist darauf hin, dass die Kinderbetreuungsgeldstelle zur Bearbeitung von Anträgen häufig mehrere Monate braucht und Familien, beziehungsweise insbesondere (alleinerziehende) Frauen, in „äußerst schwierige Situationen“ bringt (ebd.: 304). Diese untragbare Situation verstärkt sich durch die von Beneder angesprochene Unerbittlichkeit und Unfreundlichkeit der WGKK. Sie berichtet, dass Frauen teilweise kein Kinderbetreuungsgeld erhalten, weil sie keinen Vater angegeben und auf Nachfrage von MitarbeiterInnen der WGKK gesagt bekommen: „na geh bitte, geh stellen sie sich nicht so an, sie werden doch wohl noch wissen von wem sie das Kind haben“ (ebd.:140). Für eine passende Versorgung von jungen Eltern ist folglich nicht zuletzt auch ein Ende solcher Beschämungen und Stigmatisierungen notwendig. Große Probleme entstehen außerdem, wenn Schwangere

⁴⁸ Margarete Lässig erklärt, dass es sich insbesondere ärmere Regionen schlichtweg nicht leisten können, kein solches Angebot zu haben. Sie betont, dass sich die hier investierten Ressourcen längerfristig klar rentieren, da sie die Wahrscheinlichkeit stark erhöhen, dass Menschen trotz schwierigen Ausgangsbedingungen zu selbsterhaltungsfähigen Erwachsenen werden. Frühe Unterstützung sei somit viel wirkungsvoller und kostengünstiger, als das spätere Bereinigen von auftretenden Katastrophen (KiJuFam1:166).

eine der im Rahmen des Mutter-Kind-Passes vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen verpassen und sich dadurch ihr Anspruch auf Kindebetreuungsgeld halbiert. Beneder betont, dass dies insbesondere dann „eine wirklich krasse Angelegenheit ist, wenn Leute zum Beispiel die erste Untersuchung verpassen, weil sie nicht merken, dass sie schwanger sind“ (KiJuFam2:122). Außerdem weist sie darauf hin, dass das Wissen über diese Regelungen in der Schule unterrichtet werden sollte. Denn auch wenn eine Schwangerschaft frühzeitig bemerkt wird, sei es nachvollziehbar, dass sich Frauen denken, „ich bin schwanger – leiwand, aber deshalb bin ich ja nicht krank“ (ebd.:124). Über die Folgen, die eine Halbierung des Kinderbetreuungsgeldes für Familien haben kann, meint sie: „Natürlich, es tut einem jeden weh, aber es gibt Leute da hängt die Existenz davon ab“ (KiJuFam2:130).

3.7.6 Empfehlungen für ein mobiles Team: „Brücke zwischen Schule & MA11“

Auf Basis unserer Recherchen entsteht der Eindruck, dass ein zusätzliches mobiles Team für psychosoziale Versorgung eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Angeboten darstellen könnte. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Schnittstelle zwischen Schule (sowie diversen Kinderbetreuungseinrichtungen) und der MA11. Generell erscheint ein der Kinder- und Jugendhilfe vorgelagertes, niederschwelliges Angebot für frühzeitige Unterstützung äußerst sinnvoll. Derzeit kommen belastete Familien mit Kindern und/oder Jugendlichen häufig erst aufgrund einer Meldung wegen Kindeswohlgefährdung in Kontakt mit sozialarbeiterischer Unterstützung. Diese geht in den meisten Fällen von Schule oder Polizei aus und geschieht häufig erst zu einem Zeitpunkt, an dem sich die Situation schon drastisch zugespitzt hat und „*der Hut wirklich brennt*“ (vgl. MAG11 2018:66; KiJuFam2:196).

Das angedachte mobile Team könnte beispielsweise durch Kindergarten, Schule oder Hort hinzugezogen werden, wenn psychosoziale Belastungssituationen in Familien zum Vorschein treten und die Ressourcen der vorhandenen Fachkräfte eine passende Versorgung nicht zulassen. In solchen Fällen könnten die anwesenden ProfessionistInnen (insbesondere bei älteren Kindern im Einverständnis mit den SchülerInnen) den Kontakt selbst herstellen und den Übergang zur Betreuung begleiten⁴⁹. Alternativ besteht auch die Möglichkeit, SchülerInnen und/oder Eltern eine auf Freiwilligkeit basierende Vermittlung an das mobile Team anzubieten. Dies erscheint insbesondere in solchen Fällen sinnvoll, in denen Eltern Einladungen zu Gesprächen mit PädagogInnen nicht wahrnehmen (können). Falls Eltern auf Kontaktaufnahmen von Seiten der Schule o.ä. nicht reagieren und Sorge um das Wohl der Kinder besteht (eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung jedoch nicht für notwendig/sinnvoll erachtet wird), ist auch eine Zuweisung ohne Einverständnis der Eltern denkbar. Die, auf eine erste Kontaktaufnahme folgende Betreuung der Familie, wird allerdings ausschließlich auf freiwilliger Basis empfohlen.

Wichtig erscheint in diesem Kontext, dass das Verhältnis des mobilen Teams zur MA11 für KlientInnen und ProfessionistInnen von Beginn an sehr klar sein muss. Ist dies nicht

⁴⁹ Wenn möglich erscheint es beispielsweise sinnvoll, dass Vertrauenspersonen des Kindes wie beispielsweise LehrerInnen bei einem Erstgespräch (zu Beginn) anwesend sind um den Übergang zu unterstützen (→ „Weg zur Versorgung“).

der Fall, muss, wie zuvor beschrieben, davon ausgegangen werden, dass belastete Familien die Angebote aus „Angst vor der MA11“ nicht annehmen. Auch in Bezug auf die Vorgangsweisen des Teams im Falle einer vermuteten Kindeswohlgefährdung ist von Anfang an große Transparenz notwendig⁵⁰.

LehrerInnen und andere Fachkräfte in Kindergarten, Schule und Hort sind als zentrale VernetzungspartnerInnen zu sehen. Sie bekommen Bedarfslagen mit und haben Zugang zu den potentiellen KlientInnen (KiJuFam1:92). Das angedachte mobile Team soll hier ansetzen und somit eine Alternative zu einer (unfreiwilligen) Meldung an die MA11 darstellen. Fachkräfte könnten dadurch außerdem Hilfestellung bei der Entscheidung bekommen, ob eine Meldung notwendig ist oder andere Einrichtungen eine passende Unterstützung anbieten können⁵¹. Auf Wunsch der SchülerInnen, könnte das mobile Team gemeinsam mit ihnen Handlungsmöglichkeiten (wie beispielsweise das hinzuziehen von Vertrauenspersonen aus dem familiären Umfeld) ausloten und sie bei ihren Entscheidungen unterstützen und begleiten. Wenn es notwendig erscheint oder gewünscht wird, könnte das Mobile Team auch, für einen guten Übergang zu einer Betreuung durch die MA11 sorgen. Außerdem scheint Elternarbeit in diesem Handlungsfeld eine Tätigkeit mit großem Potential darzustellen. Denn auch hier kann es darum gehen, Familien darin zu unterstützen, bestehende Problemlagen mit vorhandenen Ressourcen zu lösen oder aus Eigeninitiative in Kontakt mit der MA11 zu treten. Wie bereits weiter oben erläutert wurde, können die Erfolgschancen einer Betreuung durch die MA11 sowie in weiterer Folge auch die Versorgungssituation von gefährdeten Kindern und Jugendlichen dadurch massiv verbessert werden.

Außerdem wäre es (auch außerhalb von schulischen Einrichtungen) sinnvoll, längerfristige Begleitung von belasteten Kindern und Jugendlichen durch das Team anzubieten. Gerade in Belastungssituationen in denen eine Meldung gerade (noch) nicht notwendig erscheint, ist es wichtig kompetente Ansprechpersonen für regelmäßige Beratungsgespräche zur Verfügung zu stellen. Insbesondere in der längerfristigen Betreuung von Jugendlichen (und jungen Erwachsenen) dürfte es, unseren Recherchen zufolge, großen Bedarf geben (Gew1:18).

In Bezug auf Familien mit Säuglingen und kleinen Kindern erscheint eine enge Zusammenarbeit des angedachten mobilen Teams mit den Frühen Hilfen empfehlenswert. Dieses Angebot ist spezialisiert auf Belastungssituationen die in Zusammenhang mit der Zeit der Geburt sowie dem Leben mit Säuglingen und unterdreijährigen Kindern stehen. Bezüglich dieser Thematiken sind die frühen Hilfen äußerst gut vernetzt. Obwohl die frühen Hilfen auch Unterstützung für diverse andere psychosoziale Problemlagen anbieten, melden sich Familien primär wegen

⁵⁰ In diesem Kontext würde es sich empfehlen, an den Erfahrungen der Frühen Hilfen Wien West anzudocken. Hier ist das Besprechen der Meldepflicht, neben der Erwähnung, dass es sich um ein anonymes, freiwilliges und kostenloses Angebot handelt, fixer Bestandteil jedes Erstgesprächs (sowie des ausgehändigten Informationsblattes). Zeitliche Ressourcen für ein Gespräch über diesbezügliche Ängste und Unsicherheiten müssen dabei unbedingt vorhanden sein (KiJuFam3:72/89).

⁵¹ In diesem Fall wäre zu überprüfen, ob das mobile Team in direkten Kontakt mit den SchülerInnen treten oder sich auf die beratende Rolle im Hintergrund beschränken soll. Um Überforderung und Wiederholung zu vermeiden, soll insbesondere im Falle einer geplanten Weitervermittlung versucht werden, die Zahl der ProfessionistInnen die mit den betreffenden Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen, so gering als möglich zu halten (→ Teamzusammensetzung).

Belastungssituationen, welche das Kind beziehungsweise die Kinder betreffen. In Bezug auf andere Themen wie beispielsweise finanziellen Schwierigkeiten, Jobverlust, Arbeitssuche oder Sucht geht Schreiner-Nolz (Bezug auf Familien mit Kindern aller Altersgruppen) davon aus, dass durchaus Bedarf an einer Einrichtung besteht, welche die Möglichkeit hat Hausbesuche durchzuführen und Familien längerfristig zu betreuen (KiJuFam3:280). Wenn Familien aus den Bezirken 12-19 oder 23 Problemen haben, die vordergründig Säuglinge und Kleinkinder betreffen, ist eine Weitervermittlung an die Frühen Hilfen Wien West empfehlenswert.

3.8 Häusliche Gewalt: „Wenn es daheim gefährlich wird“

Judith Katzlinger

Im Fokus dieses Kapitels steht häusliche Gewalt und somit eine der häufigsten Indikationen für psychosoziale Notfälle im Rettungsdienst (vgl. Luiz 2008:549). Während es an dieser Stelle primär um Gewalt in (ehemaligen) Paar-Beziehungen geht, wird Gewalt gegen Kinder hier weitgehend ausgeblendet (→ „KiJuFam“). Auch Gewalt gegen Alte wird im dementsprechenden Kapitel behandelt (→ „Alter & Pflege“).

Während Männer körperliche Gewalt am ehesten an öffentlichen Orten, wie auf der Straße (40%), in Lokalen (37%) oder an Ausbildungs- und Arbeitsplätzen (22%) erfahren, geschieht der Großteil der Gewalt, die Frauen erleben im nahen sozialen Umfeld. Im Zuge einer Befragung von 2000 Personen kam das Institut für Familienforschung (ÖIF) 2011 zum Schluss, dass etwa 55% der körperlichen Gewaltübergriffe, die Frauen erleben in der eigenen Wohnung geschehen. Zwei von drei Frauen die von sexueller Gewalt betroffen sind, erleben dies entweder in der eigenen Wohnung (32%) oder in der Wohnung von anderen (weitere 32%) (ÖIF 2011:63).

Wenn Männer Gewalt in der Familie erfahren, sind in den allermeisten Fällen auch die Täter beziehungsweise Gefährder⁵² männlich (häufig handelt es sich dabei um die Söhne oder Väter der Betroffenen). Bei den von der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie im Jahr 2017 betreuten Fällen waren 13,7% der von Gewalt Betroffenen und 91,7% der Gefährder männlich (vgl. Interventionsstelle 2018:40,45). Gewalt die Frauen erlebten, ging in über 80% der Fälle von ihren aktuellen oder ehemaligen männlichen Partnern (Ehemännern, Lebensgefährten oder Freunden) aus (vgl. ebd.:50). Folglich liegt der Fokus dieses Kapitels auf Gewalt, die Frauen in ihrem sozialen Nahraum erfahren.

3.8.1 Bezug zum Forschungsprojekt: „Das Gesundheitssystem als zentrale Anlaufstelle“

In den meisten Fällen, in denen von Gewalt betroffene Frauen in Österreich Hilfsangebote in Anspruch nehmen, wenden sie sich an Einrichtungen des Gesundheitssystems (vgl. ÖIF 2011:202). Insbesondere Betroffene von körperlicher Gewalt nehmen laut ÖIF häufig medizinische Hilfe in Anspruch (21%). Doch auch ein nicht unbeachtlicher Teil derer, die psychische (14%) oder sexuelle (11,3%) Gewalt erlebt und Hilfe sucht, wendet sich an Gesundheitsfachkräfte (ebd.:203)⁵³. Folglich ist es nicht verwunderlich, dass von verschiedenen Seiten auf die zentrale Funktion des Gesundheitssystems im Gewaltschutz hingewiesen wird (vgl. AÖF 2014:3; bmfsfj

⁵² Die Interventionsstelle spricht anstelle von Tätern von „Gefährdern“. Dieser Begriff stammt aus dem Sicherheitspolizeigesetz und weist darauf hin, dass Betretungsverbote auch präventiv, also noch bevor es zu Straftaten gekommen ist, verhängt werden können. „Gefährder“ sind folglich sowohl Personen von denen Gefahr ausgeht als auch solche, die Gewalt ausgeübt haben. Nachdem über 90% der Gefährder männlich sind, wird hier ausschließlich die männliche Form verwendet. Bei dieser von der Interventionsstelle übernommenen Schreibweise, sind Gefährderinnen mitgemeint. (vgl. Interventionsstelle 2018:64)

⁵³ Bei älteren Frauen ist dieser Anteil noch höher. So nehmen laut ÖIF beispielsweise 21% der Frauen über 50, die psychische Gewalt erleben, medizinische Hilfe in Anspruch (ÖIF 2011:204).

2004:16; Interventionsstelle 2015:3; Luiz et al. 2002:509; Luiz 2008:549; MA15 2014:19; Völker et al. 2016:18f).

Zentraler Ausgangspunkt des CRT-Forschungsprojekts ist das Phänomen, dass Menschen mit psychosozialen Problemlagen die Rettung rufen, auch wenn das medizinische System dafür nicht die geeignete Stelle ist. Problematisiert wird dies unter anderem deshalb, weil dadurch (teure) notfallmedizinische Ressourcen gebunden werden, die möglicherweise andernorts benötigt werden würden (→ „Ausgangslage“). Wie Thomas Luiz u.a. erläutern, können allerdings auch psychosoziale Problemstellungen Notfälle darstellen und eine „zeitkritische“ Behandlung erfordern, welche von HausärztInnen und Co nicht erbracht werden kann. Sie schreiben:

„Entgegen anders lautender Meinungen sind auch psychosoziale Notfälle, z.B. (...) Fälle häuslicher Gewalt, zeitkritisch zu behandeln (...). Der Vorwurf, mit dem Einsatz des Notarztes bei psychosozialen Notfällen eine ‚hochwertige Ressource‘ zu vergeuden, ist damit solange ungerechtfertigt, wie die Notfallmedizin das Fehlen komplementärer sozialer und medizinischer Einrichtungen ausgleichen muss“ (Luiz et al. 2002:507).

Außerdem ist zu beachten, dass sich gewaltbetroffene Frauen nicht nur in Akutfällen oder außerhalb der Öffnungszeiten von Beratungseinrichtungen an das Gesundheitswesen wenden. Wie eine groß angelegte deutsche Studie zeigt, suchen Frauen die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind, in erster Linie ÄrztInnen auf (an zweiter Stelle stehen Beratungs- und Therapie-Einrichtungen und an dritter Stelle die Polizei; vgl. bmfsfj 2004:16). Obwohl 62% der Befragten angaben, Hilfseinrichtungen für Betroffene von körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt zu kennen, wendeten sich nur 11% der befragten Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt erfahren haben, dorthin. Unter Frauen, die „gravierendere Formen von körperlicher Gewalt mit Verletzungsfolgen oder entsprechenden Bedrohungspotenzialen“ erlebt haben, ist der Anteil allerdings höher (ebd.:16). Folglich muss davon ausgegangen werden, dass von Gewalt betroffene Frauen sich nicht nur deshalb an Einrichtungen des Gesundheitswesens wenden, weil ihnen keine Alternativen bekannt oder diese nicht verfügbar sind. Neben Schamgefühlen und der Komplexität von Gewaltdynamiken, wird auch soziale Isolation (im Regelfall ein Bestandteil häuslicher Gewalt) als Grund dafür genannt, dass „ÄrztInnen und Pflegekräfte häufig die ersten und einzigen Professionellen [sind], die Kontakt zu den Betroffenen haben beziehungsweise bei denen die Betroffenen Hilfe suchen“ (Brzank et al. 2004:165f).

Des Weiteren sind selbstverständlich auch die gesundheitlichen Folgen von Gewalt Grund für das Aufsuchen von ÄrztInnen. Dabei sind psychosomatische und psychische Beschwerden von großer Bedeutung. In der von Brzank u.a. durchgeführten Studie berichteten 56,7% der befragten Frauen, die häusliche Gewalt erlebten, von gesundheitlichen Auswirkungen der Gewalterfahrung (ebd.:164). Neben direkten Verletzungen (Hämatome, Frakturen, Brandverletzungen, etc.) berichteten sie beispielsweise von Schmerzen und Beschwerdesymptomen bezüglich Verdauungssystem/Unterleib (23,3%) oder Kopfschmerz/Migräne (18,3%). Außerdem gaben 53,9% dieser Frauen psychische Folgen wie beispielsweise Angst(attacken)

(32,4%), Depression (13,2%) oder auch Suizid- und Selbstverletzungsversuche (je 5%) an (ebd.:167). In einer Studie des ÖIF werden Bauch- und Magenschmerzen sowie (chronische) Schmerzen im allgemeinen als häufigste Verletzungsfolgen sexueller Gewalt genannt (ÖIF 2011:156).

Folglich kommen verschiedene Institutionen zum Schluss, dass Gesundheitsfachkräfte eine Schlüsselrolle in der Versorgung von Personen, die Gewalt erfahren (haben), einnehmen (AÖF 2014; bmfsfj 2004; Interventionsstelle 2015; Luiz et al. 2002:509; MA15 2014:16; Völker et al. 2016). Brzank u.a. erläutern, dass 67% der von ihnen befragten Frauen, sich vorstellen könnten im Fall von erlebter Gewalt mit ÄrztInnen darüber zu sprechen. Während 63,9% der befragten Frauen angaben, dass bei einer allgemeinen Anamnese generell nach erlebter Gewalt gefragt werden sollte, wurden nur 7,5% jemals von ÄrztInnen danach gefragt (Brzank et al. 2004:168). Gewaltschutzorganisationen engagieren sich seit Jahren für eine Sensibilisierung von Gesundheitsfachkräften. So wurde beispielsweise in Zusammenarbeit mit Wiener Krankenhäusern ein Leitfaden entwickelt, der konkrete Handlungsanleitungen für Gesundheitsfachkräfte zum Erkennen von Gewalt, dem Ansprechen von Verdachtsmomenten (inkl. Formulierungsvorschläge), Vorgangsweise bezüglich Anzeige- und Meldepflichten sowie der Spurensicherung und Weitervermittlung (mittels Kooperationsvereinbarung) bietet (Interventionsstelle 2015).

3.8.2 Rechtliche Rahmenbedingungen: Gewaltschutz & Gesundheitswesen

Die Zuständigkeit des Rettungswesens sowie der Krankenhäuser für die Versorgung von gewaltbetroffenen Personen ist nicht zuletzt auch gesetzlich verankert. Laut Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG) sind Krankenhäuser zur Einrichtung von Opferschutzgruppen verpflichtet. Diesen obliegt die „Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen, sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen in Bezug auf Gewalt“ (Wr. KAG Par.15e). ÄrztInnen und andere Gesundheits- und Krankenpflegeberufe unterstehen im Falle eines Verdachts, *„dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde“* der gesetzlichen Anzeigepflicht (ÄrzteG Par.54; GuKG Par.8). Laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gilt diese Pflicht nicht, wenn sie *„eine Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflege beeinträchtigt, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf“* (GuKG Par. 7). In diesem Fall hat die Fachkraft *„die betroffene Person über bestehende anerkannte Opferschutzeinrichtungen zu informieren“* (ebd.)⁵⁴.

In den letzten 40 Jahren hat sich die gesetzliche Situation bezüglich häuslicher Gewalt grundlegend verändert – ein Umstand der nicht zuletzt auch den Frauenbewegungen der vergangenen Jahrzehnte zu verdanken ist (vgl. Rösslhuber 2018:10). Seit Mitte der

⁵⁴ Im Falle einer volljährigen Person, „die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag“ gilt, wenn der Verdacht besteht, dass sie „misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wurde“ außerdem eine Meldepflicht beim Pflégschaftsgericht „sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Wohls der betroffenen Person erforderlich ist“ (GuKG Par.8).

1980er Jahre wurden Projekte durchgeführt um die Kooperation zwischen Polizei und Frauen- und Opferschutzeinrichtungen zu verbessern. Rösslhumer bezeichnet diese Zusammenarbeit als „sehr fruchtbar“ und erläutert, dass auch das Gewaltschutzgesetz von 1997 aus dieser langjährigen Zusammenarbeit hervorging (ebd.). Dieses Gesetz brachte radikale Veränderungen mit sich und verdeutlichte (entsprechend seines Grundsatzes „*wer schlägt der geht*“), dass häusliche Gewalt keine Privatangelegenheit darstellt (vgl. Interventionsstelle 2015:3). Heute hat die Polizei mittels Wegweisung und Betretungsverbot die Möglichkeit, Gefährder aus einer Wohnung zu verweisen und die Rückkehr für einen Zeitraum von 14 Tagen zu verbieten (SPG Par.38a). In weiterer Folge wird die Informationsstelle gegen Gewalt in der Familie informiert, die sich daraufhin bei der von Gewalt bedrohten/betroffenen Person meldet und ihre Unterstützung (inkl. Prozessbegleitung) anbietet (vgl. Interventionsstelle 2018:30)⁵⁵. Im Jahr 2017 gingen in Wien 3.098 solcher polizeilichen Meldungen bei der Interventionsstelle ein (ebd.). Außerdem haben Menschen, die von häuslicher Gewalt bedroht oder betroffen sind die Möglichkeit, beim Bezirksgericht ihres Wohnortes eine einstweilige Verfügung zu beantragen. Dadurch kann der Schutz durch das Betretungsverbot auf bis zu 6 Monate verlängert werden. Dem Gefährder wird somit der Zutritt zur Wohnung und dem Arbeitsplatz der Gefährdeten sowie der Zutritt zu Schule und Kindergarten der Kinder sowie eine Kontaktaufnahme mit ihnen verboten (Zivilrechtlicher Schutz vor Gewalt nach EO Par. 382). Derzeit sind rechtliche Neuerungen in Sachen Gewaltschutz in Planung⁵⁶.

3.8.3 Überblick zu vorhandenen Angeboten im Bereich Häuslicher Gewalt

Ein großer Teil der Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf die Unterstützung Betroffener häuslicher Gewalt legen, entstand aus der Frauenbewegung der 1970er und 80er Jahre. Sie gründeten sich gegen den anfänglichen Widerstand diverser Parteien und haben in der Zwischenzeit einen Prozess der Professionalisierung durchlaufen (Rösslhumer 2018:10). Im Moment erscheint die Zukunft vieler dieser Einrichtungen ungewiss (derStandard 2019b). Das im Jänner 2019 angekündigte Maßnahmenpaket der Regierung kommentieren das Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen und der AÖF in einer Presseaussendung folgendermaßen:

„[Hier] werden zum einen Maßnahmen in Aussicht gestellt, die in der Realität bereits seit Jahren existieren (Frauenhelpline gegen Gewalt und Frauenberatungsstellen in allen Bundesländern) und zum anderen werden Maßnahmen, die die Expertinnen für Gewaltschutz seit Jahrzehnten fordern und die in letzter Zeit als „ineffizient“ gestrichen

⁵⁵ Falls minderjährige Personen gefährdet sind, ist die Polizei außerdem dazu verpflichtet eine Meldung bei der Kinder- und Jugendhilfe zu erstatten (SPG Par. 38a (4)).

⁵⁶ Die geplanten Verschärfungen des Sexualstrafrechts werden von Expertinnen als „kontraproduktiv“ kritisiert. Sie würden nicht berücksichtigen, dass der Großteil der Vergewaltigungen von Verwandten, Partnern oder Bekannten verübt wird und es sich hier keinesfalls um ein „importiertes Problem“ handle. Gefordert wird stattdessen eine finanzielle Absicherung der Opferschutzeinrichtungen sowie Schulungen des Justizapparates (vgl. derStandard 2019a; orf.at 2018).

oder zumindest finanziell stark gekürzt wurden, nun plötzlich als neue Ideen präsentiert“ (AÖF 2019).

Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich die Versorgungssituation sowie vorhandene gesetzlichen Rahmenbedingungen in den kommenden Jahren verändern.

An derzeit bestehenden Angeboten sind beispielsweise (teilweise rund um die Uhr erreichbare) Hotlines, die Wiener Frauenhäuser sowie verschiedene Beratungsstellen wie die Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie zu nennen.

Die folgende Tabelle zu bestehenden Einrichtungen gliedert sich in folgende Bereiche:

- Häusliche Gewalt
- Frauen- und Mädchenspezifische Angebote
- Männerspezifische Angebote
- Opferschutz
- Diverses

Nachdem keine der hier angeführten Einrichtungen (im Regelfall) Hausbesuche durchführt, wird die Kategorie „mobil“ in dieser Tabelle ausgespart⁵⁷. Begleitungen zu diversen Behörden sowie in Krankenhäuser sind bei mehreren der angeführten Einrichtungen, ein Bestandteil des Angebots (siehe „Prozessbegleitung“).

	Name	Träger	Zugang	Beschreibung	Link
Häusliche Gewalt	Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	Interventionsstelle	kostenlos, vertraulich, ohne Anspruchsvoraussetzung, via Meldung durch Polizei, Mo-Fr 8:30-20Uhr, Sa 8:30-13Uhr, Mehrsprachig (15 Sprachen +Dolmetschoption)	Information & Beratung, Begleitung zu Behörden, psychosoziale& juristische Prozessbegleitung für Betroffene und deren Kinder. Bei Wegweisung erfolgt Meldung von der Polizei an die Interventionsstelle. Diese nimmt Kontakt mit Betroffenen auf.	www.interventionsstelle-wien.at/
Frauen- und Mädchenspezifische Angebote	Frauennotruf der Stadt Wien & Beratungsstelle	MA57	24h via Telefon, Persönliche Beratung mit Termin, kostenlos, vertraulich, anonym, ab 14 Jahren, Mehrsprachig (+DolmetscherInnen)	Soforthilfe & Krisenintervention, Begleitung zu Behörden und ins Krankenhaus. Psychologische, sozialarbeiterische und juristische Beratung; Weitervermittlung.	www.wien.gv.at/menschen/frauen/beratung/frauennotruf/
	Frauenhelpline gegen Gewalt (bundesweit)	AÖF	24h via Telefon, kostenlos, vertraulich, anonym, mehrsprachig (ar, b/k/s, en, ro, tr, hu)	Telefonische Erst- und Krisenberatung; Orientierungsberatung; Auch mehrmalig/über längeren Zeitraum	www.frauenhelpline.at
	Frauenhaus Notruf	Wr. Frauenhäuser	24h via Telefon	Vermittlung von Wohnplätzen in Frauenhäusern	www.frauenhaeuser-wien.at
	Beratungsstelle für Frauen (Ver-ein Wiener Frauenhäuser)	Wr. Frauenhäuser	kostenlos, anonym, mit Termin, mehrsprachig (tr, en, it +Dolmetschoption), persönlich & via Telefon	Psychosoziale Beratung (Themen: Schutz, Sicherheit, psych. Stabilisierung & Stärkung, Angehörigenberatung, Trennung, Scheidung), Medizin.- & Rechtsberatung, Prozessbegleitung	www.frauenhaeuser-wien.at/beratungsstelle.htm

⁵⁷ Laut telefonischer Auskunft besteht bei der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie in absoluten Ausnahmefällen (beispielsweise wenn ein Beratungstermin aufgrund von Mobilitätseinschränkungen keine Option darstellt) die Möglichkeit, Hausbesuche durchzuführen (P6).

	Frauenberatungsstelle bei sexueller Gewalt , autonomer Notruf für vergewaltigte Frauen & Mädchen	Verein Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen	anonym, kostenlos, ab 14 Jahren, nicht an Anzeige gekoppelt, Für Betroffene, Bezugspersonen & div. Fachkräfte (LehrerInnen)	Anzeigenberatung, psychosoziale & juristische Prozessbegleitung, Beratung, Sozialservice, begleitende Weitervermittlung, Coaching für MultiplikatorInnen & div. Fachkräfte	www.frauenberatung.at/
	tamar - Beratung für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen, Mädchen & Kinder	Tamar	kostenlos, anonym, mit Termin, mehrsprachig (tr, en, it + Dolmetschoption), persönlich & via Telefon	Beratung für Betroffene, schützende Angehörige und Bezugspersonen, Prozessbegleitung, Psychotherapie	https://tamar.at/
	Orient Express - Beratungsstelle für arabisch- und türkischsprachige Frauen	Orient Express	türkisch- und arabisch-sprachige Beratung, Online-Beratung, kostenlos, anonym, vertraulich	familiäre & partnerschaftl. Probleme, Trennung/ Scheidung, Gewalt, FGM, Aufenthaltsrecht, Generationenkonflikte, Deutschkurse, Zwangsheirat (Notwohnung, Krisenintervention)	www.orientexpress-wien.com/
Männerspezifisches	Männernotruf 0800-246 247	Männernotruf Steiermark	24h via Telefon, kostenlos, vertraulich, anonym, für Männer in Krisen- und Gewaltsituationen	Unterstützung um Gewaltausbrüche zu verhindern, Beratung für von Gewalt betroffene Männer, Erstberatung, Krisenintervention, Vermittlung	www.maennernotruf.at
	Männerberatung	Männerberatung	mit Termin, Angebote mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen (freiwillig, mit Weisung, via ams, teils kostenlos)	Opferschutz, Gewaltprävention (Anti-Gewalt-Therapie & Trainings), Beratung zu Identität, Beziehung, Sexualität, Gewalt, Vaterschaft, Einsamkeit, Rechtsfragen u.a.; Psychotherapie	www.maenner.at/
Opferschutz	Opferotruf	weißer Ring	24h via Telefon, kostenlos, anonym, vertraulich, für Verbrechenopfer und deren Bezugspersonen	Entlastung, Orientierungshilfe, Krisenintervention, Beratung zu Opferrechten, psychosoziale, rechtliche und praktische Information, Vermittlung	www.opfer-notruf.at
	Verbrechensopferhilfe	weißer Ring	kostenlos, unbürokratisch, rasch, alle Altersgruppen	persönliche juristische und psychologische Beratung, Materielle Unterstützung, Prozessbegleitung, Organisatorische Hilfe	www.weisser-ring.at/
Diverses	Neustart	Neustart	kostenlos, anonyme Online-Beratung; aus Eigeninitiative oder via Zuweisung	Prozessbegleitung: Schwerpunkt situative Gewalt (durch Fremde, Raub,...) & männliche Opfer; Prävention, Stalking, Resozialisierungshilfe, Tatausgleich, Vermittlung	www.neustart.at
	Beratungstelefon bei Gewalt gegen ältere Menschen	Pro Senectute	Telefonberatung, Online-Beratung, Für Betroffene diverser Gewaltformen, ZeugInnen, Angehörige & professionelle Pflegekräfte	psychosoziale Beratung, Meldung von Vorfällen, Beratung für Angehörige und Pflegekräfte, die befürchten selbst Gewalt bei der Betreuung und Pflege anzuwenden	www.gewaltfreies-alter.at
	Koordinationsstelle Verschleppung und Zwangsheirat	Orient Express	anonym, kostenlos, Für Betroffene, HelferInnen und MultiplikatorInnen	Bundesweite Koordination bei Verschleppungsfällen (Heiratsverschleppung & Verschleppung als "Bestrafung"), Rückholung, Coaching für MultiplikatorInnen, Notwohnung für Frauen & Mädchen	www.orientexpress-wien.com/koordinationsstelle

Tabelle 13: Überblick Häusliche Gewalt, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten.

3.8.4 Versorgungssituation: „Die Politik ist derzeit nicht sehr förderlich“

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts wurde deutlich, dass Institutionen des Gesundheitswesens ihrer zentralen Rolle im Gewaltschutz derzeit nicht ausreichend gerecht werden. Besonders deutlich wird dies anhand der fehlenden Implementierung der gesetzlich vorgeschriebenen Opferschutzgruppen. Maria Rösslhumer vom AÖF zeigt auf, dass diese derzeit nur sehr lückenhaft vorhanden sind und ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, etc. häufig nicht einmal von ihrer Existenz wissen (Gew2:5; 14–18). Festzuhalten ist hier auch, dass in Bezug auf die Implementierung von Opferschutzgruppen sowie den Umgang mit gewaltbetroffenen PatientInnen, umfangreiche Leitlinien sowie diverse Informationsmaterialien existieren, welche von Opferschutzeinrichtungen in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern entwickelt wurden (AÖF 2014; Gew2:18; Interventionsstelle 2015). Diese zielen auch darauf ab, den Umgang des Gesundheitswesens mit psychosomatischen Erkrankungen und Schmerzen zu verbessern. Maria Rösslhumer erklärt, dass auch Frauen, die von psychischer Gewalt betroffen sind, häufig unter Bauch-, Rücken-, sowie Kopfschmerzen oder Migräne leiden und betont die Wichtigkeit, *„dass ÄrztInnen nachfragen und sich erkundigen, was die Ursache sein kann“*. Derzeit verschreiben ÄrztInnen in vielen Fällen sofort Medikamente und tendieren häufig zu scheinbar schnellen Lösungen (Gew2:24). Wie bereits erläutert, sind psychosomatische Erkrankungen und Schmerzen eine äußerst weit verbreitete Folge von Gewalt, und ein Grund warum sich von Gewalt betroffene Personen an das Gesundheitssystem wenden. Die genannten Leitfäden sollen zu einem verbesserten Umgang mit diesen Belastungssituationen beitragen und Einrichtungen des Gesundheitswesens darin unterstützen, ihren gesetzlich verankerten Aufgaben nachzugehen.

Verbesserungsbedarf wird außerdem in Sachen Gewaltpräventions- und Sensibilisierungsarbeit festgestellt (Gew1:10; Gew2:120). Diese müsse laut Maria Rösslhumer dort ansetzen, wo Menschen diskriminiert und Frauen „in irgendeiner Weise schlechter behandelt werden“. Daher beurteilt sie aktuelle Kürzungen und Subventions-Streichungen in Sachen Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsarbeit als „sehr fatal“. Sie erklärt: *„Solange Frauen und Männer nicht gleichgestellt sind in unserer Gesellschaft, solange wird es Gewalt in der Familie geben“*. Außerdem macht sie deutlich, dass Sozialabbau und Polarisierungen (beispielsweise gegen MigrantInnen) zu Unsicherheiten und zusätzlicher Belastung von Menschen führen. Nachdem Gewalt nicht zuletzt auch aus Überforderung heraus entsteht, geht sie davon aus, dass *„die Politik nicht sehr förderlich [ist] zurzeit“* (ebd.:120). Erwin Feichtelbauer von der Wiener Berufsrettung kritisiert, dass derzeit primär Geflüchtete aus Ländern wie Afghanistan und Syrien als potentielle Gefährder für Frauen dargestellt und behandelt werden, während in Wirklichkeit *„der Ehemann, der Onkel und der nächste Verwandte“*, die *„gefährlichsten Männer für Frauen sind“* (Ges4:50). Er macht außerdem deutlich, dass großer Bedarf an Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen von Rettung und Polizei besteht. So berichtet er von Einsatzkräften, die Fälle häuslicher Gewalt mit einem *„na dann wird sie es gebraucht haben“* kommentieren (ebd.:64). Dringenden Bedarf an Sensibilisierungsmaßnahmen verortet Maria Rösslhumer außerdem bei der Justiz. Mit Verweis auf die hohe Zahl an Frauenmorden in Österreich zeigt sie auf, dass selbst hochgefährliche Gewalttäter, nicht in U-Haft genommen werden. Generell werden

Verfahren wegen Gewalt an Frauen in Österreich häufig eingestellt, Gewalttäter freigesprochen und Gewalt somit verharmlost (Gew2:123; Interventionsstelle 2018:19; Rösslhuber 2018:11). Besonders dramatisch ist dies auch wenn Väterrechte gewalttätiger Männer für wichtiger erachtet werden, als der Schutz ihrer Kinder und Ex-Partnerinnen (Gew2:77).

In Bezug auf die Wiener Frauenhäuser wird mehrfach betont, dass hier zu wenig Plätze zur Verfügung stehen (ebd.:128; Wh3:20)⁵⁸. Ein fünftes Wiener Frauenhaus ist derzeit in Planung (Gew2:128). Eine Lücke besteht weiters in der Versorgung gewaltbetroffener wohnungsloser Frauen (Wh3:20; Wh4:14). EinE MitarbeiterIn der Caritas spricht von unzähligen Frauen, die auf der Straße in Gewaltbeziehungen leben und ohne einen Krankenhausaufenthalt nicht in einem Frauenhaus aufgenommen werden (ebd.; → Wohnen).

3.8.5 Empfehlungen für ein mobiles Team: „Mit häuslicher Gewalt muss gerechnet werden“

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts kommen wir zum Schluss, dass Polizei, Rettung sowie bestehende Beratungsstellen und Hotlines in Fällen akut vorliegender häuslicher Gewalt eine passende Anlaufstelle darstellen beziehungsweise darstellen sollten. Blaulichtorganisationen haben die Möglichkeit, notwendige Sofortmaßnahmen zum Schutz der Gefährdeten einzuleiten und diese in weiterer Folge für eine weiterführende Betreuung an Opferschutzeinrichtungen zu vermitteln (AÖF 2014; Gew2:73; Interventionsstelle 2015). Akute Fälle häuslicher Gewalt sollen unserer Empfehlung nach folglich keinen (vordergründigen) Indikator eines mobilen Teams für psychosoziale Versorgung darstellen.

An der Schnittstelle von Wohnungslosenhilfe und der Betreuung von psychisch kranken Personen, besteht laut Christina Linck vom Verein Neunerhaus hingegen, durchaus Bedarf an einem mobilen Team, welches beispielsweise im Fall von akuten Familienkrisen hinzugezogen werden kann. Auch wenn primär Bedarf an einer Konfliktmoderation vorhanden ist, besteht die einzige Möglichkeit in solchen Fällen derzeit im Hinzuziehen von Rettung oder Polizei (und somit im Initiieren eines Spitalsaufenthalts oder einer Wegweisung). Folglich formuliert sie für solche Fälle *„in denen es in der Familie ordentlich kracht“* den dezidierten Wunsch nach einem mobilen Team mit psychosozialen Fachkräften, welches im Rahmen eines Hausbesuchs akute Situationen *„wieder auf den Boden bringen“* und bei einer gewalt- und kränkungsreichen Konfliktbewältigung unterstützen kann (Wh2:22; 56). An dieser Stelle bleibt unklar, inwiefern in den von ihr beschriebenen Fällen (körperliche) Gewalt im Spiel ist und wie mit einer potentiellen Gefahr für MitarbeiterInnen des mobilen Teams umgegangen werden sollte⁵⁹. Falls ein mobiles Team auch Hausbesuche in Familien mit Gewaltpotential

⁵⁸ Frauen in akuten Hochrisikosituationen können mittels im Notfall aufgestellten Klappbetten dennoch jederzeit einen Platz in einem Frauenhaus bekommen (Gew2:128).

⁵⁹ Nachdem sie andernorts davon spricht, dass sie gute Erfahrungen damit gemacht hat, Frauen bei *„innerfamiliären Konflikten (...) die auch ein Gewaltpotential haben“* den Polizeinotruf zu empfehlen (und dieser auch erfolgreich genutzt wird), gehe ich davon aus, dass sie ein Familienkriseninterventionsteam für solche Fälle andenkt, in denen Gewalt zumindest nicht das vordergründige Problem darstellt (Wh2:22).

durchführen soll, erscheint es sinnvoll, dies ausschließlich mit Unterstützung durch die Polizei (Assistenzeinsätze) zu tun⁶⁰.

Maria Rösslhumer vom AÖF geht davon aus, dass ein auf Freiwilligkeit basierendes mobiles Team in Familien in denen Gewalt vorkommt keine sinnvolle Maßnahme darstellen würde. Sie weist darauf hin, dass es auch zu Gewalt gegen Fachkräfte kommen kann, wenn diese uneingeladen zu einer Familie kommen und sich (aus der Perspektive der Familie) „irgendwo einmischen“ (Gew2:111). Rösslhumer erklärt, dass solche Familien eher dazu tendieren Vorkommnisse zu verbergen, abzuschirmen und zu vertuschen und häusliche Gewalt als Privatangelegenheit ansehen. Deshalb vermutet sie, dass sie ein mobiles Team nicht hereinlassen würden. Folglich erscheint es Rösslhumer sinnvoller, wenn NachbarInnen, Schulen, PassantInnen, etc. Behörden wie die MA11 oder die Polizei informieren damit diese „nachschaun“ kommen (ebd.:87).

Auch wenn fraglich bleibt ob sich ein mobiles Team für psychosoziale Versorgung im Falle von häuslicher Gewalt zuständig fühlen soll, muss aufgrund der Verbreitung dieser Problemlage davon ausgegangen werden, dass mobile Fachkräfte mit solchen Fällen konfrontiert werden. Folglich sind entsprechende Kompetenzen und Ressourcen notwendig, um im Falle von häuslicher Gewalt und Paarkonflikten mit Gewaltpotential passende Unterstützung anbieten oder vermitteln zu können, und zugleich Maßnahmen für die eigene Sicherheit zu setzen. Beachtet werden muss hierbei, dass häusliche Gewalt neben körperlichen Übergriffen auch andere Formen wie beispielsweise sexuelle, psychische oder auch ökonomische Gewalt einnehmen kann und dementsprechend jeweils passende Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind.

Aus unserer Sicht sollen insbesondere akute körperliche Formen häuslicher Gewalt keine Indikation für eine längerfristige Betreuung durch das mobile Team darstellen. Wenn das angedachte Team auf solche Fälle stößt, bietet sich vielmehr eine (begleitete) Vermittlung zu spezialisierten Beratungsstellen oder das Hinzuziehen von Polizei oder MA11 an. Es muss allerdings beachtet werden, dass das Aufsuchen einer Beratungsstelle häufig große Überwindung kostet und (solange es die Umstände zulassen und „der Hut noch nicht brennt“) ein mobiles Team diesen Prozess begleiten könnte (→ „KiJuFam“). Diese Unterstützung sollte aus Sicherheitsgründen allerdings nicht durch Hausbesuche sondern im Rahmen von Beratungsterminen in der Anlaufstelle, dem erweiterten Sozialraum der Betroffenen oder durch Begleitungen durchgeführt werden. Sind weitere Belastungsfaktoren (wie finanzielles, Wohnungssicherung, Versorgung von Kindern, Aufenthaltsrechtliches, etc.) erkennbar, empfiehlt es sich eine diesbezügliche Unterstützung durch das mobile Team anzubieten.

⁶⁰ Bei solchen Assistenzeinsätzen hält sich die Polizei im Hintergrund und greift nur im Bedarfsfall ein. Diese Art des Einsatzes ist aus der Arbeit der Interventionsstelle sowie der MA11 bekannt (Interventionsstelle 2018).

3.9 Der Rettungsdienst in Wien

Andreas Draxler

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der Arbeitsweise und den Strukturen der präklinischen Notfallmedizin, des Rettungsdienstes. Ergebnisse über das Gesundheitswesen werden gesondert im Kapitel „Gesundheit“ behandelt. Teilweise kommt es zu Überschneidungen der einzelnen Kapitel, da beispielsweise das Themenfeld Psychische Erkrankung zwar in einem eigenen Kapitel erörtert wird, aber auch im folgenden Kapitel inhaltliche Relevanz zeigt.

3.9.1 Bezug zum Forschungsprojekt

Der Rettungsdienst wird von den Menschen vor allem deshalb in Anspruch genommen, weil er als niederschwellige, mobile Anlaufstelle für die Menschen und deren Anliegen rund um die Uhr erreichbar ist. In dieser 24-stündigen Erreichbarkeit werden Hilfsansuchen an die Rettung per Notruf gestellt. Das Spektrum der Hilfsanfragen ist dabei ebenso weitreichend, wie auch vielfältig. Es reicht von lebensbedrohlichen, medizinischen Notfällen (wie z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall), über Unfälle, bis hin zu chronischen Krankheitsbildern. Dabei erfüllt der Rettungsdienst

„meist unfreiwillig und ohne politisches Mandat – insbesondere nachts und am Wochenende die Funktion einer psychosozialen, pflegerischen und medizinischen Serviceeinrichtung. Diese Aufgabenstellung ist weder im offiziellen Auftrag der Organisation festgehalten, noch wird sie beworben. Durch die Niedrigschwelligkeit und die Erreichbarkeit rund um die Uhr ergibt sie sich aber zwangsläufig“ (Redelsteiner 2016a:2)

Redelsteiner prognostiziert bei unveränderte Versorgungsstrategien einen Anstieg der Rettungseinsätze von 10 bis 15% bis in das Jahr 2020 und einen Anstieg um 36% bis in das Jahr 2030 (Redelsteiner 2014:164) (→ „Ausgangslage“).

Den Rettungsdienst in die Forschung wesentlich miteinzubeziehen, ergibt sich ebenso dadurch, dass die Rettung für die KlientInnen, als auch für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine wichtige Anlaufstelle für unterschiedliche Themen darstellt. Luiz et. al (2002:507) haben dies folgend damit begründet, dass Rettungsdienste für die Menschen -im Gegensatz zu psychosozialen Einrichtungen-, *„jederzeit und für alle Patientengruppen zugänglich“* sowie am *„Ort des Geschehens aktiv“* sein kann (ebd.)

Hinzu kommt, dass gesellschaftliche Prozesse und Entwicklungen (Anstieg psychosozialer Problemstellungen, demografische Entwicklungsverlauf) den Rettungsdienst zukünftig vor erheblichen Herausforderungen stellt (vgl. Redelsteiner / Pflegerl 2015:233). Unter diesen Aspekten gilt es im Rahmen dieser Forschungsarbeit zu analysieren, welche Versorgungslücken bestehen, die in den folgenden Unterkapiteln aus Sicht der psychosozialen Fachkräfte der Sozialen Arbeit und aus Sicht der Rettung dargestellt werden. Daraus werden abschließend Lösungsansätze formuliert.

3.9.2 Lücken aus Sicht psychosozialer Fachkräfte: Wann ist die Rettung (nicht) die passende Anlaufstelle?

Die befragten ExpertInnen veranschaulichen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit, in welchen Situationen sie die Rettungsdienste in Wien verständigen. Dabei beurteilen die befragten ExpertInnen, wie die erbrachte Hilfeleistung durch die Rettungsdienste wahrgenommen wird. Um die Ausführungen der InterviewpartnerInnen miteinander in Bezug setzen zu können, werden sie tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 4).

Um unterscheiden zu können, wann der Rettungsdienst die passende Anlaufstelle ist, ist ein genauer Blick auf die Gründe des Notrufes notwendig. Zwar beschreibt die WHO Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens (vgl. WHO o.A.), was zum Ausdruck bringt, dass eine Unterscheidung zwischen medizinischer, psychischer und sozialer Gesundheit nicht möglich ist. Allerdings muss für die Zwecke der vorliegenden Forschungsarbeit zwischen medizinischen und psychischen/psychosozialen Indikationen unterschieden werden. Medizinische Indikationen beziehen sich nach meinem Verständnis auf körperliche Beschwerden mit medizinischen Ursachen (z.B. Fieber oder Zahnschmerzen). Psychische und Psychosoziale Indikationen beziehen sich auf psychologische und psychiatrische Krankheitsbilder, wie zum Beispiel Depressionen oder Schizophrenie. Gleichzeitig stehen diese Indikatoren für Aspekte wie Einsamkeit.

Organisation	Häufigkeit	Begründung	Einschätzung	Medizinisch	psychisch/ psychosozial:
SAM2 (Su1)	„extrem häufig“ – Tendenz sinkend	Abklärung Gesundheitszustand im öffentlichen Raum Transportdienst zu Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	Nicht (immer) die passende Anlaufstelle, in Ermangelung an Alternativen		Überdosierungen der Menschen im öffentl. Raum/Folgen von Substanzmissbrauch
Change (Su2)	„wenig“ – Tendenz steigend	Abklärung Gesundheitszustand medizinische Hilfestellungen (Observationen), die MitarbeiterInnen nicht leisten	In akuten Situation, diese Situationen sind nicht immer eindeutig		Überdosierungen der Menschen
Gruft (Wh1)	k.A.	Transportdienst zu Krankenhäusern Wenn Organisation keine Ressourcen hat, Menschen selbst in Spital zu bringen	Fehllokation der Ressourcen (Menschen werden mit Rettung in KH gebracht, dort rasch wieder entlassen)	Bei Notfällen	
Neunerhaus mobile Sozialarbeit (Wh2)	„gar kein Kontakt“	Wenn sich Menschen in der Nacht „schlecht“ fühlen und unsicher sind	Passende Anlaufstelle	Bei chronischen Erkrankungen (Dialyse)	
P7 (Wh3)	„extrem selten“	Wenn sich dies in der Beratung herausstellt	Fehllokation der Ressourcen (Menschen werden mit Rettung in	Gesundheitliche Beschwerden	Krisen, Auffälligkeiten, „Phantomschmerzen“

			Krankenhaus gebracht, dort rasch entlassen		
Streetwork Hauptbahnhof (Wh4)	k.A.	Abklärung des Gesundheitszustands im öffentlichen Raum	Fehllokation der Ressourcen (Menschen werden mit Rettung in Krankenhaus gebracht, dort nicht aufgenommen und entlassen)	Chronische Schmerzen, bei Epianfällen	
Psychosozialer Informationsdienst (Psy1)	k.A.	Wenn Menschen außerhalb der Zeiten eine Versorgung benötigen	(eher) passend		Akute Krisen
Psychosoziale Ambulanz/psychiatrische Soforthilfe (Psy2)	k.A.	Transportdienst der Menschen in Krankenhäuser Auch in nicht akuten Notfällen	Immer passende Anlaufstelle	Zuckerentgleisungen, Bluthochdruck, Überdosis	Krisen, Angststörungen Einsamkeit
Wiener Soziale Dienste (Psy3)	k.A.	Abklärung des Gesundheitszustands	Passende Anlaufstelle	Bei Gefahr in Verzug	
Gerontopsychiatrisches Zentrum (Psy4)	„immer wieder“	Transportdienst in Krankenhäuser		Bluthochdruck	Psychische Auffälligkeiten
Obdach Wien (Mig1)	Sehr wenig	Wenn Gesundheitszustand von MitarbeiterInnen gescreent wurde	Passende Anlaufstelle	Brüche, Fieber	

Tabelle 14: Einschätzung des Rettungsrufs von psychosozialen Fachkräften; Quelle: eigene Darstellung.

Anhand der Tabelle kann gesehen werden, dass sich die Gründe und die Beurteilung dessen, ob die Rettung als passende Anlaufstelle gerufen wird, wesentlich voneinander unterscheiden. Um daraus Rückschlüsse und Empfehlungen ableiten zu können, werden die relevanten Ergebnisse im Folgenden kategorisiert dargestellt.

3.9.2.1 Rettungseinsätze (vermeintlich) ohne notfallmedizinische Indikation

Die Rettung wird von den befragten ExpertInnen zwar als nicht passende Anlaufstelle eingestuft, in bestimmten Situationen allerdings dennoch von ihnen herangezogen. Charakteristisch für diese Situationen ist, dass zunächst zwar kein akutmedizinisch begründeter Anlassfall vorliegt, sich die Situationen im öffentlichen Raum und im institutionellen Kontext der Sozialarbeit jedoch zu Notfällen entwickeln können. Martin Tiefenthaler und Susanne Peter begründen den Rettungsruf mit dem Setting (z.B. im öffentlichen Raum im Rahmen des Streetworks), in dem sich KlientInnen befinden und der Tatsache, weiteren Umwelteinflüssen (Witterungsbedingungen im Winter) ausgesetzt zu sein. In diesen Situationen liege zunächst zwar kein akutmedizinischer Notfall vor. Die Rettung werde dennoch kontaktiert, wenn Menschen akut in den Wintermonaten eine Begleitung benötigen, (personelle) Ressourcen sozialer Organisationen jedoch ausgeschöpft sind beziehungsweise strukturell nicht zur Verfügung stehen (Su1:50; Wh2:36). Martin Tiefenthaler begründet dies mit Wechselwirkungen und Einflussfaktoren im öffentlichen Raum, die auf die jeweilige

Situation entsprechend einwirken können: *„Es ist kühl am Abend, es liegt ein Obdachloser da (...) ist angetrunken und kann sich selber nicht von da wegbewegen“*. Dabei zeigt sich, dass die Rettung gerufen werden müsse, *„obwohl es eigentlich vom medizinischen Standpunkt her nicht nötig wäre. Aber er kann trotzdem nicht in der Kälte da liegen bleiben, weil sonst ist er tot in der Früh, weil er da erfriert und vollkommen betrunken ist“* (Su1:50).

Martin Tiefenthaler stellt die damit verbundenen Herausforderungen dar, medizinische Notfälle einschätzen zu müssen, ohne jedoch die fachliche Expertise eines Arztes oder einer Ärztin zu haben. Da er mit den jeweiligen KlientInnen jedoch in Kontakt trete, ließe sich dabei eher beurteilen, in welchen Situationen ein Rettungsruf notwendig sei. Seinen Ausführungen zufolge hätte sich durch die Präsenz von Streetworkteams im öffentlichen Raum die Einsatzfrequenz der Rettung verringert. Ebenso würden sich die PassantInnen an die MitarbeiterInnen der Einrichtung wenden, anstatt die Rettung selbst zu verständigen (ebd.).

Einen Notfall in der niederschweligen Suchtberatung von Situationen zu unterscheiden, in denen die Rettung zwecks der Absicherung der MitarbeiterInnen gerufen werde, gestalte sich für Margit Braun und ihre MitarbeiterInnen bei „Change“, einer Einrichtung der Suchthilfe, als Herausforderung. Sie beschreibt einen Fallverlauf, der sich zu einer lebensbedrohlichen Situation entwickelt habe, weil die Rettung aufgrund eines vermeintlichen Routineverlaufs nicht unverzüglich verständigt und hinzugezogen worden sei: *„Also es ist sich ausgegangen [ein Mensch hat eine Überdosierung überlebt], aber da haben wir gelernt: ‚Nein in Zukunft ruf ich wieder schneller die Rettung‘* (Su2:46).

An dieser Aussage kann gesehen werden, dass die adäquate Einschätzung eines medizinischen Notfalles nicht immer eindeutig ist und dass sich aus einer psychologischen Indikation (in diesem Fall Suchterkrankung) eine medizinische Indikation (in diesem Fall lebensgefährliche Überdosis) ergeben kann.

3.9.2.2 Rettungseinsätze bei psychosozialen Problemstellungen

In den Ausführungen scheinen psychische und psychosoziale Problemstellungen für die befragten ExpertInnen eine Herausforderung in ihrer beruflichen Tätigkeit zu bedeuten. ExpertInnen (außerhalb des psychiatrischen Fachbereichs) geben in den Interviews an, dass der Rettungsdienst für das gesamte psychische Spektrum, d.h. von „psychischen Ausnahmesituationen“ (Gew1:140) bis zu „psychiatrischen Notfällen“ (Wh1:26), verständigt werde.

Roswitha Ebner, Psychiaterin des Psychosozialen Dienstes, hat in diesem Zusammenhang jedoch auch kritisch darauf hingewiesen, dass Rettungsanfragen, die sich in kurzen Zeitabständen wiederholen, in niederschweligen Einrichtungen seitens des Betreuungspersonals auch ausbleiben können, obwohl ein Bedarf an (akut-)medizinischer Versorgung vorliege (Psy2:52). Passend zu diesen kritischen Ausführungen berichtet eine Mitarbeiterin im niederschweligen Kontext der Wohnungslosenhilfe über einen Mann mit psychischen Auffälligkeiten. Gegenüber der Rettung würde dieser *„irgendwelche Krankheiten“* nennen, um in Krankenhäusern medizinisch versorgt zu werden. Die MitarbeiterInnen der Einrichtung *„sehen sich [zwar] veranlasst die Rettung zu holen, aber wenn wir eben schon wissen, dass das permanent*

passiert, dann sagen wir: *„Sie können sich gerne selber die Rettung holen, aber wir machen es halt nicht“*. (Wh3:34) In weiterer Folge verständige der Mann selbst die präklinische Versorgung. Dabei scheinen die präklinischen Versorgungseinheiten zwar ihrer Verpflichtung nach entsprechender Hilfeleistung nachzukommen, der Fokus liege hier jedoch auf den medizinischen Indikationen und nicht auf den psychosozialen Indikationen. Dies scheint jedoch keine langfristige und nachhaltige Lösung darzustellen und könnte dazu führen, dass sich auf medizinischer Seite die Probleme wiederkehrend manifestieren, während auf psychischer und psychosozialer Seite nicht an den Ursachen gearbeitet wird. Ein immer wiederkehrender Rettungsruf und ein nicht zielgerichteter Einsatz der Ressourcen scheint die Folge zu sein (ebd.:34)

Für die befragten PsychiaterInnen gestalte sich die Rettung als stets passende Anlaufstelle (Psy2:50; Psy3:142), nachdem die möglichen Hilfsmaßnahmen gesetzt und die Situationen im *„Hier und Jetzt“* (Psy2:52) beurteilt werden. Unabhängig davon, wie häufig die Rettung bereits für den jeweiligen Menschen verständigt und anschließend in Krankenhäuser gebracht wurden. Die Klarheit dieser Entscheidungsfindung scheint für die befragten Expertinnen darin zu liegen, beurteilen zu können, ob Menschen bei psychischen Krisen ambulant versorgt oder stationär aufgenommen werden sollten. Demzufolge werde aus Sicht der befragten PsychiaterInnen die Rettung dann gerufen, *„wenn eine Krise sehr akut ist (...) da müssen wir natürlich an die Blaulichtorganisationen verweisen“* (Psy1:68). Somit scheint sich im psychischen Feld beim Psychosozialen Dienst die Einsatzhäufigkeit von Rettungseinsätzen durch die Beurteilung der auf psychische Erkrankungen spezialisierten Fachkräfte reduzieren zu können.

Deutlich wird, dass es sowohl medizinische als auch psychische Indikatoren gibt, die zu einem Rettungsruf und in weiterer Folge zu einer entsprechenden Versorgung führen. Nur peripher betrachtet werden hingegen psychosoziale Indikatoren, welche durch das Ausbleiben einer entsprechenden Betreuung zu immer wiederkehrenden Rettungsrufen führen, wie in den Interviews deutlich wird. Ulrike Schröer spricht in diesem Zusammenhang vor allem von älteren und hochbetagten Menschen, deren Hilferufe auf komplexen, tieferliegenden Aspekten beruhen würden (Psy4:115).

3.9.2.3 Rettungseinsätze als Kompensation „fehlender“ Ressourcen:

Der Rettungsdienst wird als niederschwellige Anlaufstelle mit 24-stündiger Erreichbarkeit betrachtet, der Ressourcen und passende Einsatzfahrzeuge frei zur Verfügung stehen und die je nach Situation und Anforderung selbst ausgewählt werden können. Roswitha Ebner legitimiert den Rettungsruf auch in Situationen, in denen kein absoluter Notfall (medizinisch oder psychisch) vorliege, da mobile Alternativen (z.B. Krankentransporte) nicht ad-hoc zur Verfügung stehen würden (Psy2:48). Der Rettungsdienst scheint demnach auch systemstrukturelle Lücken auszugleichen und zu kompensieren. Gleichzeitig begründet sie dies damit, dass die Rettung das jeweilig passende Einsatzfahrzeug in der entsprechenden Situation auswählen könne (Psy2:48). Dass Ressourcen der Rettungsdienste in begrenztem Maße vorliegen könnten, scheint im Kontext der Sozialarbeit nicht verankert zu sein. Vielmehr werde der Rettungsdienst aufgrund des niederschweligen Zugangs und ihrer 24-stündigen Erreichbarkeit in Betracht gezogen.

Abschließend dieses Unterkapitels lässt sich bestätigen, dass die Rettung aus unterschiedlichen Gründen gerufen wird. Die Rettung scheint aus Sicht der psychosozialen Fachkräfte vor allem dann der passende Anknüpfungspunkt zu sein, wenn sich die Hilfeanfragen auf eher rein medizinische Anliegen (DialysepatientInnen, Fieber) der Menschen beziehen (ebd.:48; Wh4:34). Ebenso scheint sich dies in der Wahrnehmung widerzuspiegeln, wie häufig die Rettung in kurzen Zeitabständen nacheinander gerufen werde. Situationen und Hilfeanfragen, die auf komplexe, psychosoziale Themenstellungen zurückzuführen sind, könnten dazu beitragen, dass die Rettung in kurzen Zeitabständen gerufen oder dass der Rettungsruf gar ausbleibe (Wh3:34). Gleichzeitig scheint die Anzahl und Häufigkeit des Rettungsrufs auch damit zusammenzuhängen, ob die Menschen weiterführend (z.B. in Krankenhäusern, Psychiatrien) versorgt werden. So bezeichnen die befragten ExpertInnen die Rettung (und das gesamte Gesundheitssystem) dann als nicht passende Anlaufstelle, wenn Menschen mit der Rettung in Krankenhäuser/Psychiatrien gebracht, von dort allerdings in kurzer Zeit wieder entlassen werden (Wh1:26; Wh4:27)

3.9.3 Lücken aus Sicht der Rettung: Fehlende Ressourcen und Vorkehrungen

Da in den vorangegangenen Unterkapiteln die Sicht von ExpertInnen außerhalb des notfallmedizinischen Fachbereichs dargestellt wurde, geht es im Folgenden um die Sichtweise des Rettungsdienstes selbst. Auch hierzu werden wieder ExpertInnenaussagen aus Interviews gemeinsam mit theoretischer Fundierung dargestellt. Es wird aufgezeigt, dass sich bestehende Lücken sowohl auf Abläufe und Strukturen innerhalb des Rettungsdienstes, wie auch auf die Vernetzung zwischen den Rettungsorganisationen und insgesamt auf die strukturelle Ebene des Gesundheitssystems zurückführen lassen. Erwin Feichtelbauer, Personalvertreter der Wiener Berufsrettung und langjähriger Rettungssanitäter, hat in seinen Ausführungen darauf verwiesen, dass sich der Tätigkeitsbereich des Rettungsdienstes von einer Beförderung und Notfallversorgung für die Menschen zu einer Anlaufstelle entwickelt hätte, die vor allem aufgrund seiner 24-stündigen Erreichbarkeit und seiner Mobilität herangezogen werde (Ges4:4). In den folgenden Unterkapiteln gilt es zu analysieren, wann die Rettung gerufen werde und was dies für den Tätigkeitsbereich der Rettungsdienste bedeutet.

3.9.3.1 Situationen und Herausforderungen

Luiz (vgl. et al. 2002:505) betonen, dass sich die Ausrichtung und das Selbstverständnis der Rettungsdienste vor allem auf Notfallsituationen zentriert und fokussiert (hat). Demzufolge seien *„Kranke oder Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden, die eigentliche Zielgruppe der Notfallmedizin“* (ebd.) Die Ausrichtung und der Anspruch, für Notfälle zuständig zu sein, laufe jedoch den tatsächlichen Einsätzen entgegen. In unterschiedlichen Ausführungen wurde darauf verwiesen, dass die Rettung vor allem in Situationen beansprucht werde, wenn per se kein akutmedizinischer Notfall vorliege (vgl. Ander 2009:31; vgl. Redelsteiner 2014:164). Erwin Feichtelbauer von der Wiener Berufsrettung, konstatiert in diesem Zusammenhang, dass sich Menschen auch *„aus Bequemlichkeit“* an den Rettungsdienst wenden, anstatt niedergelassene

Versorgungsangebote des Gesundheitssystems aufsuchen. Dabei kritisiert er in diesem Zusammenhang die aufgewendeten Ressourcen, die mit Rettungseinsätzen verbunden seien (Ges4:42). Gleichzeitig geht aus den Ausführungen ebenso hervor, dass sich Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen, von Eltern mit ihren Kindern (ebd.), bis hin zu pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld (KiJuFam2:262) an den Rettungsdienst wenden. Die Schwierigkeit des Rettungsdienstes scheint vor allem in der Beurteilung der vielfältiger, höchst individueller Hilfsanfragen zu liegen. In der Art dieser individueller Hilfsanfragen konstatiert Erwin Feichtelbauer, dass eine Unterscheidung „tatsächlicher Notfälle“ und Situationen, in der die Menschen die Rettung „missbrauchen“, aus Sicht der RettungssanitäterInnen in bestimmten Situationen schwer zu treffen sei (Ges4:4, ebd.:42). Hinzu kommt, dass sich das „präsentierte Problem“, dass an den Rettungsdienst herangetragen werde, wesentlich vom tatsächlichen Unterstützungsbedarf unterscheiden könne (vgl. Redelsteiner 2013:3). Noch dazu scheint die Komplexität vor allem aus Sicht von Roswitha Ebner, einer Psychiaterin, darin zu bestehen, den Gesundheitszustand zunächst per Notruf zu beurteilen, den Unterstützungsbedarf in einem zeitlichen Rahmen zu erfassen und unmittelbar eine Entscheidung über den weiterführenden Unterstützungsverlauf treffen zu müssen. Die von ihr genannten Herausforderungen beziehen sich unter anderem darauf, die Ursachen von Symptomen (z.B. Druck am Herzen) als medizinisch (z.B. Herzinfarkt), psychisch (z.B. Panikattacke) oder psychosozial (z.B. chronische Einsamkeit) einzustufen (Psy2:72). Luiz (2002:508) betonen in diesem Zusammenhang von der Gefahr, „den potenziell lebensbedrohlichen Charakter vieler Einsätze, speziell bei substanzabhängigen Patienten zu übersehen“ (ebd.)

Besonders psychosoziale Themenstellungen scheinen in diesem Zusammenhang den Tätigkeitsbereich der Rettungsdienste wesentlich tangieren und zu beeinflussen (Ges4:6). Dies findet sich ebenso in literarischer Fundierung wider. Luiz (et al. vgl. 2002:507) führen in diesem Zusammenhang aus, dass Rettungsdienste vor allem deshalb verständigt werden, wenn soziale Ressourcen der Menschen zurückgehen und dies zu einem Anstieg sozialer Notlagen⁶¹ führe. Diese Beeinflussung psychosozialer Erkrankungen auf das Tätigkeitsfeld der Rettung hat Erwin Feichtelbauer mit folgendem Zitat bekräftigt ((Ges4:44):

Was uns [der Rettung] am meisten beschäftigen wird, sind eben psychische Erkrankungen, Und man merkt das. Man merkt, dass viele Leute von dem schneller drehenden Karussell runterfallen, Angst haben vor dem Tag, vor der Arbeit, vor Nicht-Mithalten-Können, Jobverlust. Das ist ganz ein trauriges Kapitel und das wird mehr und mehr“ (ebd.)

Wie anhand eines weiteren Zitats von Erwin Feichtelbauer jedoch deutlich wird, zeigt sich, dass Situationen, die bei Rettungsdiensten eingehen, nachhaltig die weiterführenden Versorgungssysteme des gesamten Gesundheitssystems (dem klinischen Kontext) beeinflussen können.

⁶¹ Luiz (et al. 2002:507) bezieht sich in dieser Hinsicht auf eine „Massenarbeitslosigkeit und einer Vereinsamung breiter Bevölkerungsschichten“

„Wir [die Rettungsorganisationen] fahren hin, hören uns das an und wenn der nicht alleine sein möchte und es geht im dreckig und er hat Angst umzufallen, hat Angst vorm Herzversagen (...) dann kann man nur Einpacken und ins Spital fahren mit ihm und dort ist man genauso unglücklich (...) der verlegt (...) ein Akutbett, dass wir wirklich bräuchten für was anderes, aber wegschicken können wir nicht, weil der geht vors Krankenhaus und lässt sich fallen und dann ist er wieder herinnen [im Spital] (ebd.:6).

Passend zu diesen Ausführungen scheint die gesamte Versorgung nicht auf Menschen mit komplexen, psychosozialen Themenstellungen ausgerichtet zu sein. Gleichzeitig hat dies nach Redelsteiner (vgl. 2013:3) zur Folge, dass Menschen sich neuerlich an Versorgungssysteme wenden, wenn die jeweilige Versorgung nicht auf tiefergehende Aspekte gerichtet ist.

Aus diesen genannten Gründen hat Erwin Feichtelbauer abschließend bekräftigt, dass jeder Rettungseinsatz ein Hilferuf sei, der mit einer notwendigen Ernsthaftigkeit und Genauigkeit betrachtet werden müsse. Um den Gesundheitszustand und die Situation der Menschen erfassen zu können, bedarf es, sich Zeit für die Menschen zu nehmen. Dies bekräftigt er mit folgendem Zitat:

Wenn man mit den Leuten vernünftig redet und ihnen erklärt: Wie, was, wo läuft, was er tun kann, was man jetzt eventuell einen Arzt holt, der den was spritzt, das er schmerzbe freit ist, zuhause bleiben kann, morgen zum Hausarzt geht, und, und, und. Da wäre viel möglich. (Ges4:56)

3.9.3.2 Vorkehrungen und Ressourcen

Trotz dieser Entwicklungen und Herausforderungen hat Erwin Feichtelbauer verlautbart, dass es seitens der Rettungsdienstorganisationen und vor allem politischer EntscheidungsträgerInnen zu „keinerlei“ langfristiger Planungen und Vorkehrungen komme (ebd.:10). Die jeweiligen komplexen Themenfelder seien zwar hinlänglich bekannt, die konzeptionelle und strukturelle Ausrichtung allerdings auf mehreren strukturellen Ebenen nicht darauf ausgerichtet. In den weiteren Ausführungen attestiert dieser einen vorliegenden Ressourcenmangel⁶². Um dies zu untermauern, vergleicht Erwin Feichtelbauer in seinen Ausführungen die Kapazitäten der Rettungsdienste von Berlin mit Wien. Aufgrund dieser Berechnung:

„sollte Wien 80 Rettungsmittel haben. Wir haben aber nur 37 am Tag. (...) Und jetzt weißt du, dass unsere Leute weder zum Duschen kommen, meistens nicht zum Essen, zum Trinken – sie fahren und fahren und fahren. Und sind eben mit dem beschäftigt, was wir so bekommen (Ges4:24)

⁶² Berechnung von Feichtelbauer: Berlin (EinwohnerInnenzahl: 3,5 Millionen Menschen – 140 Einsatzfahrzeuge) Wien (EinwohnerInnenzahl: 1,9 Millionen Menschen – 37 Einsatzfahrzeuge) Nach der Berechnung von Feichtelbauer zufolge müssten Wien 80 Einsatzfahrzeuge zur Verfügung stehen

Neben basisstrukturellen Ressourcen fehle es an spezifischen Ausbildungsformen der RettungssanitäterInnen. Der strukturell verankerte Psychologie-Unterricht (im Ausmaß von vier Stunden) zielen etwa nicht darauf ab, explizites Fachwissen von psychischen Erkrankungen zu vermitteln, sondern beschränke sich darauf, belastende Einsätze entsprechend aufzuarbeiten. Zudem brauche es spezifische Kenntnisse über Gesprächsführungsstrategien, um Menschen in unterschiedlichen Krisensituationen entsprechend versorgen und in nachführende Angebote weitervermitteln zu können. In diesem Zusammenhang hat Erwin Feichtelbauer auf den hohen Anteil der freiwilligen MitarbeiterInnen verwiesen, die in Rettungsdienstorganisationen in hoher Zahl ehrenamtlich beschäftigt seien (ebd.)

3.9.3.3 Vernetzungen

Aufgrund dieser Darstellung lässt sich sowohl mittels literarischer Fundierung, als auch aus den Ausführungen der GesprächspartnerInnen die Relevanz der Vernetzung zwischen Rettungsdienstorganisationen, den weiteren Versorgungsebenen des Gesundheitssystemen und (psycho-)sozialer Dienste ableiten.

Erwin Feichtelbauer hat in seinen Ausführungen darauf verwiesen, dass die Wiener Berufsrettung als Rettungsleitstelle zwar die jeweiligen Einsätze auf die jeweiligen Organisationen zuweist. Über diese Zuweisung der jeweiligen Einsätze auf die Rettungsdienstorganisationen gebe es jedoch keine Vernetzung zwischen den jeweiligen Rettungsdienstorganisationen. Obwohl er eine organisationsübergreifende Vernetzung zwischen Rettungsorganisationen als wichtig erachten würde, bestehe hierfür kein Interesse seitens weiterer EntscheidungsträgerInnen, so Erwin Feichtelbauer. Dies begründet er unter anderem damit, dass zwischen Rettungsdienstorganisationen aufgrund vorliegender (begrenzter) Ressourcen eine gewisse Konkurrenzsituation vorliegen würde (Ges4:56).

Zwischen psychosozialen Fachkräfte und den Rettungsdienstpersonal bestehe zwar nach Erwin Feichtelbauer „eine gewisse Begegnungszone“. Dennoch bezeichnet dieser eine Vernetzung beider Berufsgruppen als nicht realistisch und zielführend (ebd.:10). In Gegenüberstellung findet sich jedoch in Literatur durchaus Aspekte, die für eine professionsübergreifende Vernetzung sprechen. Luiz (et. al 2002:505) betonen hierbei, dass eine

„eine nachhaltige Hilfe (...) vielfach an der fehlenden Vernetzung des Rettungsdienstes mit den zwar in großer Zahl existenten, jedoch meist nicht zugänglichen, sozialen Diensten“ scheitern würde (ebd.)

Gleichzeitig könnte zwischen dieser fehlenden Vernetzung und dem Wissen der psychosozialen Fachkräfte über die Ressourcen des Rettungsdienstes ebenso ein Zusammenhang bestehen. Der Rettungsdienst scheint dabei stets als 24-stündig erreichbare und verfügbare Anlaufstelle zu betrachtet zu werden. Dass dem Rettungsdienst dabei in bestimmten Situationen nur begrenzte Ressourcen vorliegen, scheint dabei nicht bedacht zu werden. Lediglich eine befragte Expertin hat in dieser Hinsicht betont, „dass nicht für jeden Fall“ die Rettung hinzuziehen sei und „dass das

auch Ressourcen (...) und Kosten sind und dass man vielleicht dann jemand anderem dann den Rettungswagen nimmt, obwohl man ihn vielleicht selber gar nicht braucht“ (Mig1:8). Somit könnte zwischen der Häufung der Rettungseinsätze und einer fehlenden Vernetzung ebenso ein Zusammenhang bestehen.

3.9.4 Lösungsansätze und Empfehlungen

Empfehlungen und mögliche Lösungsansätze beziehen sich einerseits auf Strukturen und Abläufe von Rettungsdiensten. Andererseits können ebenso Lösungsansätze von psychosozialen Fachkräften formuliert werden. Um Menschen (im Kontext der Sozialarbeit und der Rettung) nahtlos und eine aufeinander abgestimmte Unterstützung und Versorgung anbieten zu können, lässt sich aus den bisherigen Ergebnissen festhalten, Lösungsansätze anhand beider Perspektiven (die der Sozialarbeit und der Rettung) zu formulieren und diese gegenüberzustellen.

3.9.4.1 Im Rettungsdienst

In den Ausführungen eines Interviews mit Erwin Feichtelbauer und anhand von literarischen Werken wird auf den Ressourcenmangel der Rettungsdienste hingewiesen. Hierfür gilt als Lösungsansatz eine basisstrukturelle materielle und personelle Aufstockung der Ressourcen, die jedoch von (politischen) EntscheidungsträgerInnen abhängig ist. Gleichzeitig ließe sich dieser Ressourcenmangel auch durch eine Vernetzung der jeweiligen Rettungsdienstorganisationen kompensieren, Einsätze je nach Sinnhaftigkeit (wenn sich beispielsweise ein Einsatzfahrzeug im jeweiligen Einsatzgebiet befindet) und Möglichkeit aufteilen. Zudem scheint eine professionsübergreifende Vernetzung zwischen den Rettungsdiensten und psychosozialer Fachkräfte ebenso wichtig und notwendig zu sein, um Abläufe und Rahmenbedingungen besprechen zu können.

Des Weiteren scheint eine spezifischere, auf professioneller Ebene, ausgerichtete Ausbildung der RettungssanitäterInnen ebenso wichtig zu sein, um den zukünftigen Herausforderungen gerecht werden zu können. Erwin Feichtelbauer prognostiziert für das Berufsbild der Rettung ein wesentlich spezifischeres Tätigkeitsprofil: Zukünftig werde es in erster Linie nicht mehr ausschließlich darum gehen, Menschen fachärztlich (erst-)zuversorgen und zu behandeln. Vielmehr gilt es, sich in den komplexen, höchst individuellen Situationen des Rettungseinsatzes mit den Menschen in ihrer Lebenslage auseinanderzusetzen, diesen ganzheitlich zu betrachten und dabei einen möglichen Unterstützungsbedarf erfassen und zu sondieren (Ges4:12).

3.9.4.2 Aus Sicht psychosozialer Fachkräfte

Nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen scheint demnach zwischen der Häufung von Rettungsrufen und dem zur Verfügung stehenden geschulten Personal in medizinischen Belangen ein zentraler Zusammenhang zu bestehen. Aus diesem Grund können ebenso gegenüber psychosozialer Fachkräfte Lösungsansätze formuliert werden.

Beim Louisebus (niederschwellige, mobile, medizinische Versorgung für obdachlose Menschen) erfolge die Einschätzung des Gesundheitszustands vor Ort durch ÄrztInnen mit Notfalldiplom. Dies habe zur Folge, dass sich die Rettungseinsätze auf akute Verletzungsfälle oder beispielsweise epileptische Anfälle beschränken würden (Ges2:22). Jaschke berichtet in diesem Zusammenhang über die Einführung einer mobilen fachärztlichen Beratung der Caritas in den Nachnotquartieren der Wiener Wohnungslosenhilfe. Dabei führe der behandelnde Arzt zwar keine medizinische Behandlung per se durch, sondern berate die Menschen in gesundheitlichen Fragestellungen und verweise sie an notwendige Unterstützungssysteme weiter.

Er [der Arzt] darf ärztlich beraten, er darf dem sagen, und das genügt für die Menschen dort, der weiß: „Ohh mir tuts da weh, hab´ ich einen Lungen tumor? Nein, du hast dir nur die Schultern geprellt. Und gehst mit dieser geprellten Schulter am nächsten Tag zum Louisebus und der gibt dir eine Salbe dafür (ebd.:102).

Dies hätte dazu geführt, dass sich Rettungseinsätze in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (Notquartiere) signifikant reduziert hätten (ebd.). Diese Begründung findet sich auch bei anderen InterviewpartnerInnen wieder. Es zeige sich, dass Rettungseinsätze in niederschweligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe vor allem dann zunehmen können, wenn medizinisch geschultes Personal nicht zur Verfügung stehe.

Gerade dann jedoch, wenn die Ressourcen der medizinischen Beratung nicht zur Verfügung stehen, vergrößere sich die Bedeutung alternativer Strategien zur Verringerung von Rettungseinsätzen. Die MitarbeiterInnen einer Einrichtung für geflüchtete Menschen scheinen hierzu Strukturen entwickelt zu haben, um Rettungseinsätze zu reduzieren. Die befragte Leitung dieser Einrichtung berichtet, dass sich im Jahr 2015 (zur Zeit der Fluchtbewegung) aufgrund der fehlenden psychosozialen Qualifikationen der (neu eingestellten) MitarbeiterInnen Rettungseinsätze zunächst zwar erhöht hätten, dann jedoch die MitarbeiterInnen dazu angehalten wurden, die KlientInnen über den Rettungsdienst und dessen Aufgaben aufzuklären, weiterführend den Gesundheits- und Allgemeinzustand in Gesprächen zu erfassen und den notwendigen Bedarf abzuklären (Mig1:8). Zur weiteren Abklärung und um sich in fachlicher Hinsicht abzusichern, seien die KlientInnen an das unmittelbar in der Nähe liegende Krankenhaus verwiesen worden, ohne dabei jedoch die Rettung zu verständigen.

3.9.5 Mobiles Team für psychosoziale Themenstellungen

Aufgrund der bestehenden Versorgungssituation wurde von den GesprächspartnerInnen die Relevanz eines mobilen Teams für psychosoziale Anliegen zum Ausdruck gebracht. Dieses Team sollte in der Vorstellung der befragten ExpertInnen eine hohe Flexibilität aufweisen und rund um die Uhr für die Menschen erreichbar sein. Angedacht wurde, dass Team neben der Polizei und der Rettung zu implementieren, in der die Zuständigkeiten klar geregelt sind. Während die Polizei für akute Krisensituationen und der Rettungsdienst für die medizinische Basisversorgung

zuständig ist, könnte dieses Team als dritte Säule in der psychosozialen Versorgung implementiert werden (→ „Form der Betreuung“). Im Dreigespann zwischen Polizei, Rettung und der mobilen psychosozialen Versorgung würden diese die Anrufe und Hilfsanfragen entgegennehmen und gegebenenfalls je nach Bedarf und Wichtigkeit (weiter-)triagieren. Gleichzeitig könnte dieses Team ebenso von sozialen Einrichtungen gerufen werden, die an Öffnungszeiten geknüpft sind. Die hohe Flexibilität hätte jedoch zur Folge, dass das mobile Team auf psychosoziale Netzwerke angewiesen ist, Fälle mit langfristigen Unterstützungsbedarf auf Einrichtungen weiterzuvermitteln (→ „fallunspezifische Vernetzung“).

3.10 Die Gesundheitsversorgung in Wien

Andreas Draxler

Der Fokus dieses Kapitels liegt auf dem österreichischen Gesundheitssystem. Analysiert wird in diesem Kapitel, wie die Versorgungssituation der Menschen gestaltet ist und welche Herausforderungen und Schwierigkeiten sich daraus ergeben. Der Fokus liegt zunächst auf die einzelnen Versorgungsebenen des Gesundheitssystems. Dabei wird in weiterer Folge darauf eingegangen, wie sich der Zugang zu den einzelnen Versorgungsebenen (Allgemeinmedizin, Krankenhäuser) gestaltet und wie die medizinische Behandlung und Entlassung aus Sicht der befragten ExpertInnen beurteilt wird. Demgegenüber haben Menschen in Österreich aufgrund unterschiedlicher Gründe keinen reglementierten Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Diese Menschen sind auf niederschwellige, medizinische Gesundheitsangebote angewiesen, die in Wien bereits bestehen. Ausgeklammert wird in dieser Hinsicht gänzlich der Rettungsdienst, der bereits in einem eigenen Kapitel dargestellt wurde. Der Zugang zu Opferschutzgruppen wird im Kapitel „Häusliche Gewalt“ näher erläutert.

3.10.1 Bezug zum Forschungsprojekt

Die Relevanz, die gesundheitliche Versorgung ebenfalls in die Forschung miteinzubeziehen, lässt sich aus mehreren Gründen darlegen und beschreiben. So gilt Gesundheit für alle Menschen, vom Kleinkindalter bis zum Erwachsenenalter, als essenzielle Voraussetzung und Basis, um ein erfülltes Leben führen zu können. Die Gesundheit der Menschen soll dabei einerseits durch gesundheitsfördernde Maßnahmen aufrechterhalten und gefördert werden. Zum anderen soll eine möglichst niederschwellige Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung auch dazu beitragen, Gesundheit bei Krankheit wiederherzustellen beziehungsweise Symptome zu lindern. Daher werden Gesundheitssysteme in den Blick genommen und Zugangsbedingungen analysiert. Krankheitssymptome können sich durch eine inadäquate medizinische Versorgung chronifizieren, wodurch die Rückkehr in den Zustand der völligen Gesundheit verringert wird. Gleichzeitig kann eine Chronifizierung von Krankheit dazu beitragen, in Abhängigkeitsverhältnisse mit Versorgungssystemen und HelferInnen zu geraten.

Auf struktureller Ebene lässt sich die Relevanz auch darin bemessen, dass Österreich zwar (noch) über eine hohe ÄrztInnendichte verfügt. Auf 1.000 EinwohnerInnen kamen zum Jahresende 2011 rund 4,75 ÄrztInnen und Ärzte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013:4). Auf Basis einer im Jahr 2012 des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen veröffentlichten Studie kann dem jedoch nach Redelsteiner und Pflegerl (2015:235) entgegnet werden, dass bis zum Jahr 2030 75% der im Jahr 2010 noch berufstätigen AllgemeinmedizinerInnen in Pension gehen werden und sich zukünftig bei unverändertem Versorgungsangebot ein ÄrztInnenmangel einstellen werde. Unter diesen Aspekten ist anzunehmen, dass dies zu weitreichenden Herausforderungen führen wird. Ausgehend von den bestehenden Angeboten und zukünftigen Entwicklungen gilt es deshalb, Versorgungslücken zu eruieren, um daraus Lösungsansätze und Empfehlungen entwickeln zu können.

3.10.2 Die Versorgungsebenen des österreichischen Gesundheitssystems

Die Menschen in Österreich sind über die berufliche Erwerbstätigkeit, einer kostenlosen Mitversicherung sowie über die Leistungen der bedarfsorientierten Mindestsicherung krankenversichert (vgl. Ludwig Boltzmann Institut 2012:49). Dies bedeutet, dass die Menschen die Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems dann in Anspruch nehmen können (vgl. Fuchs et al. 2017:11f; Ludwig Boltzmann Institut 2012:50). Nach Information des Gesundheitsministeriums liegt der Anteil der versicherten Menschen bei 99,9% (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich o.A.). Um ableiten zu können, welche medizinische Versorgung nach welchen Voraussetzungen in Wien in Anspruch genommen werden kann und wie sich dieser Zugang gestaltet, wird dies anhand einer Tabelle abgebildet. Da der Fokus dieser Arbeit auch auf dem niederschweligen Bereich liegt, erfolgt ebenso ein Bezug darauf, welche Angebote für Menschen ohne bestehende Krankenversicherung in Anspruch genommen werden können.

Organisation:	Tätigkeits-beschreibung:	Für Menschen mit Krankenversicherung:	Für Menschen ohne Krankenversicherung:
Allgemeinmedizin	Medizinische Versorgung, an Öffnungszeiten geknüpft, vereinzelt Hausbesuche möglich	E-Card wird benötigt (allenfalls können Kosten entstehen) „freie“ Auswahl über jeweilige/n Ärztin (einmal im Quartal darf gewechselt werden)	Nicht darauf ausgerichtet, in Notfällen dazu verpflichtend (Beurteilung dessen obliegt behandelnde/n ÄrztIn); Bezahlung der Gebührenordnung,
Ärztefunkdienst	Telefonische Erstberatung von Allgemein-medizinerInnen, anschließend Visite möglich Zeiten: - in der Nacht, am Wochenende von Fr.- Mo. von 19-7 Uhr) - an Feiertagen ganztägig besetzt; - Offene Ordination (zu diesen Zeiten)	E-Card benötigt (allenfalls können Kosten entstehen) Visiten, -mit Ausnahme von Notfällen-, eher nicht im öffentlichen Raum, sondern in festen Unterkünften Falls notwendig: Weiterleitung an Rettung	Nicht darauf ausgerichtet, in Notfällen verpflichtend (Beurteilung dessen obliegt behandelnde/n ÄrztIn); Bezahlung der Gebührenordnung Falls notwendig: Weiterleitung an Rettung
Öffentliche Krankenhäuser	je nach Fachrichtung spezifische Abteilungen und je nach Dringlichkeit erreichbar (Notfallambulanzen sind ganztägig verfügbar, Abteilungen unterliegen jedoch Öffnungszeiten)	E-Card benötigt (allenfalls können Kosten entstehen); „freie“ Auswahl von Krankenhäusern; E-Card,	Nicht darauf ausgerichtet; in Notfällen allerdings verpflichtend (Beurteilung dessen obliegt behandelnde/n ÄrztIn)
Rettungsdienst	Präklinische Notfallmedizin Per Notruf (144) rund um die Uhr zu erreichen, mobil	Niederschwellige Anlaufstelle und Hilfeleistung (je nach Situation und Verschuldung könnten Kosten entstehen)	
1450 – Die Gesundheitsberatung	Telefonische Beratung von diplomierten Krankenpflegepersonal	Abfrage der Sozialversicherung In Notfällen: Weiterleitung an Rettung	Abfrage der Sozialversicherung kann Zugang für Menschen erschweren, vermutlich abhängig von Hilfsanfrage, ob trotzdem geholfen wird

Tabelle 15: Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem; Quelle: eigene Darstellung

Wie anhand der Tabelle gesehen werden kann, stehen den Menschen, die krankenversichert sind, ein umfassendes Netzwerk an Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Diese medizinischen Angebote reichen von der präklinischen Notfallmedizin, über die Allgemein- und Fachmedizin, bis hin zum stationären Setting eines Krankenhauses (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013:11; vgl. Hofmarcher 2013:290). Für Redelsteiner (vgl. 2016:15) und Hofmarcher (vgl. 2013:290) bedeuten diese nicht aufeinander abgestimmten Angebote jedoch auch eine gewisse Herausforderung für die AdressatInnen, sich in der Angebotslandschaft für das passende Versorgungsangebot entscheiden zu müssen. Dabei kann jedoch nicht davon ausgegangen, dass Menschen wissen, welche Anlaufstelle für ihre Bedürfnisse die passendste und bedürfnisgerechteste ist (vgl. Chwojka 2018:121). Mögliche Folgen sind einerseits eine Fehllokation der Ressourcen, was sich vor allem in wiederkehrenden Rettungsrufen und/oder Krankenhausaufenthalten äußert. Andererseits könnte eine inadäquate Versorgung auch zu Versorgungsbrüchen führen (vgl. Redelsteiner 2016:15). Nicht-krankenversicherte Menschen werden aufgrund der fehlenden Versicherungsleistung aus dem Regelkreis der medizinischen Versorgung exkludiert. Einen Anspruch auf Versorgung und Behandlung haben die Menschen erst in Notfällen (vgl. Fuchs et al. 2017:69) (→ „Migration“).⁶³

Zwei aktuelle Entwicklungen des Gesundheitssystem seien an dieser Stelle besonders auszuführen und hervorzuheben (auf die weiteren Versorgungssysteme wird nachfolgend genauer eingegangen): In Wien wurde im Jahr 2017 „1450 – die telefonische Gesundheitsberatung als Pilotprojekt für die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Vorarlberg umgesetzt. Nach telefonischer Auskunft wurde bestätigt, dass die Gesundheitsberatung verlängert und auf ganz Österreich ausgeweitet werde.“⁶⁴ Der Evaluierungsbericht von 1450 (vgl. 2018:25f) hält fest, dass Menschen, die einer medizinischen Beratung bedürfen, sich rund um die Uhr telefonisch an diplomiertes Krankenpflegepersonal wenden können. Dabei würden sich vermeidbare Spitalsaufenthalte einstellen und die Menschen zur passenden Versorgung weitervermittelt werden. Auf Versorgungsebene könnten durch die telefonische Beratung bestehende Versorgungssysteme (in Form von Krankenhäusern, Allgemein- und FachärztInnen) entlastet werden (ebd.). Die Relevanz dessen, lässt sich ebenso aus den Ausführungen der befragten ExpertInnen ableiten. Für Barbara Beneder, Sozialpädagogin des Familienzentrums besteht der Nutzen in erster Linie für die Menschen darin, *„mit jemanden darüber zu reden, der einem dann sagt: ‚Das reicht völlig, wenn Sie morgen zum Arzt gehen‘ oder der sagt: ‚Fahren Sie lieber in die Ambulanz‘“* (KiJuFam2:84–92). Ein Experte aus dem psychiatrischen Kontext beschrieb in dieser Hinsicht, dass zwischen dem Psychosozialen Dienst und 1450 eine unmittelbare Weitervermittlung bei eingehenden Anrufen erfolgen würde. Demzufolge werden Anrufe bei komplexen psychiatrischen Fragestellungen an den Psychosozialen Dienst weitergeleitet. Gleichzeitig erfolge seitens des Psychosozialen Dienstes eine

⁶³ Menschen, die nicht-krankenversichert sind, können sich durch monatliche Zahlungen von 427,05,- € selbst versichern lassen; Beitragshöhe kann sich nach Antragsstellung verringern; dieser Zugang scheint somit für bereits exkludierte Menschen schwierig zu sein (www.oesterreich.gv.at o.A.)

⁶⁴ Telefonische Auskunft am 30.03.2019 (P8)

Vermittlung zur Gesundheitsberatung bei psychosomatischen Themen (Psy1:113–115; Psy2:74). Gerade diese Vernetzung psychosozialer Einrichtungen und Versorgungsangeboten des Gesundheitssystems scheint in diesem Zusammenhang wichtig zu sein, Menschen an passende Versorgungsstellen übermitteln zu können. In diesem Zusammenhang lässt sich festhalten, dass 1450 als Vermittlungsressource weiterer ExpertInnen nicht explizit genannt wurde. Dies könnte daran liegen, dass den befragten ExpertInnen dieses Versorgungsangebot (noch) nicht bekannt sind. Diese These lässt sich auch mit den Ergebnissen des Evaluierungsberichts in Bezug setzen. Dabei wurde festgestellt, dass im Bekanntheitsgrad und in der Inanspruchnahme von 1450 „*noch Steigerungspotenzial*“ vorliegen würde (vgl. 2018:27).

Als eine weitere zukunftsweisende Entwicklung im österreichischen Gesundheitssystem kann die Implementierung und der Aufbau von Primärversorgungszentren bezeichnet werden. Das Gesundheitsministerium hält fest, dass eine Versorgung der Menschen zwar auf einem hohen Niveau erfolgen würde. Da die Möglichkeiten einer koordinierten Versorgung fehle, gehe jedoch „*sehr viel Kontinuität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung verloren*“ (2014:5). Aus diesem Grund sieht das Konzept des Primärversorgungszentrums aus dem Jahr 2014 vor, den Menschen einen Zugang zu koordinierter, aufeinander abgestimmter Versorgung zu ermöglichen (ebd.:6). Dabei besteht das interdisziplinäre Kernteam aus ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, diplomiertes Krankenpflegeperson und einer Ordinationsassistentin. Zudem kann das je nach Bedarf um weitere Fachkräfte ergänzt werden (z.B. Sozialarbeit, Physiotherapie, Diätologie, Ergotherapie). Nach Informationen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sollen bis in das Jahr 2021 insgesamt 75 Primärversorgungszentren entstehen (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger o.A.)

3.10.3 Versorgungslücken im Gesundheitssystem

Ausgehend von dieser Versorgungssituationen haben sich aus Sicht der befragten ExpertInnen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems unterschiedliche Versorgungslücken herausgestellt, die nun dargestellt werden. Quer über die nachfolgenden Unterkapitel erfolgt einerseits ein Blick auf krankenversicherte Menschen, die durch eine bestehende Krankenversicherung Versorgungsangebote in Anspruch nehmen können. Andererseits werden Situationen von Menschen in den Blick genommen, die keine bestehende Krankenversicherung haben in diesem Zusammenhang ein Bezug auf die Situationen jener Menschen, die nicht krankenversichert sind.

3.10.3.1 Versorgungslücken: Wenn Menschen abgewiesen und nicht adäquat versorgt werden

In den Ausführungen der InterviewpartnerInnen wurden Situationen geschildert, in der Menschen, sowohl mit, als auch ohne Krankenversicherung von Versorgungssystemen des Gesundheitswesens abgewiesen und dadurch nicht adäquat versorgt werden. Dies wird im folgenden Unterkapitel behandelt. Zudem liegt der Fokus dieses Unterkapitels

auf die medizinische Behandlung der Menschen auf primärer Versorgungsebene und im klinischen Setting, eines Krankenhauses.

Der hohe Prozentanteil der Menschen, die eine Krankenversicherung haben, lässt sich zwar als wichtigen Gradmesser bezeichnen. Nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen zeigt sich jedoch, dass Menschen zwar beabsichtigen, die Versorgungsebenen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Dabei würden die Menschen jedoch aus unterschiedlichen Gründen abgewiesen werden. Einen möglichen Grund für eine Abweisung sieht Barbara Bender aus dem Familienzentrum der Magistratsabteilung 11 im Mangel niedergelassener KinderärztInnen in Wien (KiJuFam2:110). Zudem scheint sich der Zugang zu ÄrztInnen als schwierig zu gestalten, da eine (telefonische) Terminvereinbarung vorausgesetzt werde und dabei der Bedarf einer medizinischen Behandlung per Telefon besprochen und abgeklärt werde. Dabei könne die Beurteilung über den medizinischen Bedarf auch von einer Ordinationshilfe der jeweiligen ÄrztInnen vorgenommen werden (ebd.). Ulrike Schröer aus dem psychiatrischen Kontext berichtet, dass Menschen, die sich in akuten psychiatrischen „*massiv auffälligen*“ Krisensituationen befinden und mit der Rettung ins Krankenhaus gebracht worden seien, unmittelbar abgewiesen werden. Die MitarbeiterInnen des Krankenhauses hätten dies damit begründet: „*Wir [die MitarbeiterInnen einer Station eines Krankenhauses] haben hier 30 ruhige Patienten, glauben sie so wen nehmen wir auf?*“ (Psy4:117).

Der Zugang zu Krankenhäusern im strukturellen Regelsystem gestalte sich für Menschen ohne Krankenversicherung im niederschweligen Bereich insofern als schwierig, als dass die MitarbeiterInnen von Spitälern an der Rezeption die Anweisung hätten: „*E-Card plus Ausweis oder Cash, sonst gehst du nicht weiter*“ (Ges3:36). Dies beurteilt Carina Spak vor allem deshalb kritisch, da MitarbeiterInnen in der Verwaltung und im Empfangsbereich (ebd.:34–36) darüber entscheiden, ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht – „*und wenn man nicht blutet, oder schreit vor Schmerzen, oder röchelt, dann ist es kein Notfall*“ (ebd.:36). Diesbezüglich gibt eine weitere anonyme Fachkraft aus der niederschweligen, aufsuchenden Arbeit im Kontext der Wohnungslosenhilfe an, dass Menschen ohne Krankenversicherung lediglich ambulant (erst-)versorgt und nicht stationär aufgenommen werden (Wh4:27).

Nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen zeigt sich ebenso, dass Menschen zwar im Rahmen von HausärztInnen und im klinischen Setting medizinisch versorgt und nicht abgewiesen werden. Dabei zeigen sich Versorgungslücken in der medizinischen Behandlung der Menschen. Die Armutskonferenz (2015:16) berichtet darüber, dass „*armutsbetroffene Menschen im Gesundheitssystem mit massiven Stigmatisierungen, Geringschätzungen vor allem in Krankenhäusern*“ (ebd.) konfrontiert seien. Diese Beurteilung findet sich auch in den Ausführungen der weiteren befragten ExpertInnen wider. So hat Birgit Braun darauf hingewiesen, dass Menschen aus ihrem beruflichen Kontext als „Junkie“ behandelt werden würden, nur weil sie subsituiert seien. Dabei würden Menschen im Umgang mit dem Pflegepersonal und den ÄrztInnen bemerken, „*dass sie anders behandelt werden*“ (Su2:60).

Im psychiatrischen Kontext berichtet Ulrike Schröer in der Zusammenarbeit mit AllgemeinmedizinerInnen über unterschiedliche Erfahrungswerte in Bezug auf die Behandlung der Menschen. Dabei würden ÄrztInnen einerseits „*nachgehend und intensiv betreuen*“. Andererseits gebe es ÄrztInnen, die die Medikation der Menschen ändern, ohne diese ganzheitlich zu behandeln und genauer zu untersuchen (Psy4:27). Maria Rösslhumer teilt mit, dass sich Menschen, die von Gewalt bedroht und betroffen sind, zwar an primäre Versorgungsebenen (in Form der Allgemeinmedizin) und Krankenhäusern wenden würden (→ „Häusl. Gewalt“), was als durchaus wichtiger Anknüpfungspunkt für die Menschen zu bezeichnen ist. Da Behandlungen nicht auf die tieferliegenden Ursachen fokussiert seien, führe dies dazu, dass lediglich die (vermeintlichen) Symptome behandelt werden. (Ges1:45; Gew2:24) Dabei würden die ÄrztInnen „*rasch*“ Medikamente verschreiben, ohne dass die Menschen ganzheitlich, entsprechend ihrer Bedürfnisse, betrachtet und behandelt werden. Gleichzeitig scheint diese Darstellung zu implizieren, dass die medizinische Behandlung der Menschen nicht auf die Förderung der Gesundheit oder gar auf die Gesundheitsprävention der Menschen ausgerichtet ist.

Die inadäquate Inanspruchnahme von Versorgungsebenen des Gesundheitssystems führt zu einem dazu, dass sich der Gesundheitszustand der Menschen durch eine Abweisung und einer nicht entsprechenden Versorgung chronifizieren könne. Eine Chronifizierung des Allgemein- und Gesundheitszustandes tritt dabei unter anderem dadurch ein, dass sich Menschen zwar (per Rettungsruf) an Hilffssysteme wenden. Dabei würden sie jedoch von einem Hilffssystem zum nächsten (Krankenhäuser) weitervermittelt werden (Wh4:27). Daraus resultiert für Carina Spak der Umstand, dass Menschen, die keine Krankenversicherung haben, eher dazu neigen, erst in Notfällen/bei akutem Gesundheitszustand medizinische Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen (Ges3:34), da sie Ängste hätten, selbst die Kosten des Rettungseinsatzes und der weiterführenden Behandlung bezahlen zu müssen (ebd.:10). Dies zeigt sich vor allem im niederschweligen Bereich der Sucht- und Wohnungslosenhilfe (Wh1:33; Wh2:52).

Bei Menschen, die anspruchsberechtigt sind, allerdings von Hilffsystemen abgewiesen, führt dies nach Barbara Beneder (KiJuFam2:84–92) und Redelsteiner (2013:3) ebenso dazu, sich an weitere Versorgungssysteme zu wenden (→ „Rettung“). Barbara Bender berichtet, dass Mütter mit ihren Kindern (in der Nacht) Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufsuchen, obwohl kein akutmedizinischer Bedarf vorliege. Durch die Inanspruchnahme der Notfallambulanz bei nichtakutmedizinischen Situation tritt -aus Sicht der MitarbeiterInnen des Krankenhauses- eine Fehllokation der Ressourcen ein, da die Menschen, gemessen an ihrem Bedarf, auch von niedergelassenen Allgemein- und FachärztInnen behandelt werden könnten (Rathmayr 2016:29). Diese Fehllokation scheint zwar primär strukturell bedingt aufzutreten (durch das Fehlen von Ressourcen in der primären Versorgungslage). Dennoch führt dies dazu, dass Menschen für ihre Entscheidung, Krankenhäuser aufzusuchen, kritisiert werden („*Was sind's nicht zum Kinderarzt gängen, fahren's wieder heim, das fiebert eh nur*“) (KiJuFam2:84–92).

3.10.3.2 Versorgungslücken im Entlassungsmanagement

Im vorliegenden Unterkapitel wird dargestellt, wie die befragten ExpertInnen die Entlassung der Menschen aus dem klinischen Setting (eines Krankenhauses) beurteilen. Dabei wurden kontroverse Argumente vorgebracht, die zunächst dargestellt werden. Um daraus Rückschlüsse und Empfehlungen ableiten zu können, werden die wesentlichen Aspekte durch eine SWOT-Analyse gegenübergestellt. Eine SWOT-Analyse setzt die Stärken (strengths) und Schwächen (weaknesses) zueinander in Bezug. Zudem wird darauf fokussiert, welche Chancen (opportunities) und Risiken (risks) sich im Organisationsprozess dabei ergeben können (vgl. Simon / Gathen, van der 2002:230-239).

Aus einer Evaluationsstudie der Wiener Pflege und Betreuungsdienste aus dem Jahr 2003 (vgl. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2003:9f) geht hervor, dass sich relevante Beratungsthemen aus Sicht der PatientInnen vor allem auf eine mögliche Anschlussheilbehandlung und auf die Rückkehr nach Hause, also auf die Situation nach der Entlassung zentrieren. Aus Sicht der PatientInnen scheint somit ein Bedürfnis vorzuliegen, sich mit einer dafür zuständigen Fachkraft über die Entlassung austauschen zu können. Nach Winkler (vgl. 2010:144) müsse die Planung und Koordination der Entlassung bereits mit der Aufnahme der Menschen in den Krankenhäusern beginnen. Im klinischen Setting eines Krankenhauses sind unterschiedliche professionelle HelferInnen involviert. Damit der Informationsfluss zu den PatientInnen dennoch sichergestellt ist, erscheint es deshalb wichtig zu sein, die Zuständigkeiten der professionellen Fachkräfte zu bestimmten Themenstellungen festzulegen und zu definieren. Im Kaiser-Franz-Josef-Spital wurde das Entlassungsmanagement deshalb implementiert, um ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal entlasten und Ressourcen ökonomisch einsetzen zu können (vgl. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2003:4). In diesem Zusammenhang konstatieren Baumer (et al. vgl. 2010:50f) jedoch, dass die Aufgabenbereiche des Entlassungsmanagements in der Praxis in Österreich zwischen einzelnen Krankenhäusern variieren könne und Zuständigkeiten zwischen den Berufsgruppen nicht immer klar und eindeutig definiert seien (ebd.)

Ein weiterer kontroverser Aspekt, liegt in der Koordination von nachfolgenden Betreuungsdiensten. Diese Steuerungsfunktion erfolge nach Aussage zweier befragter ExpertInnen durch das Entlassungsmanagement. Sanela Hasanovic hat in diesem Zusammenhang betont, dass der Übergang von der stationären Versorgung hin zur ambulanten Nachbetreuung nun „*besser (...) fließender*“ funktionieren würde (PflA1:93). Die Kommunikation zwischen dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses und ambulanten, sozialen Diensten scheint aus der Sicht von Hasanovic strukturiert zu sein, allerdings in unterschiedlichen Formen (per Fax, telefonisch, elektronische Verbindung) zu erfolgen. Die Menschen würden über etwaige Hilfsmittel im häuslichen Umfeld bereits bei der Erstberatung informiert werden (ebd.). Eine anonyme Fachkraft, die Betreuungsdienste nach dem Krankenhausaufenthalt durchführt, hat in dieser Hinsicht dem jedoch gegenübergestellt, dass sich mit der Implementierung des Entlassungsmanagements der Tätigkeits- und Aufgabenbereich wesentlich geändert hätte: Während sie vor der Implementierung des Entlassungsmanagements in einem Krankenhaus beschäftigt gewesen sei, sei sie nun für mehrere Krankenhäuser gleichzeitig zuständig und erhalte ihren Arbeitsauftrag direkt vom

Entlassungsmanagement (Ges1:4, 16). Dies hat zur Folge, dass sich der Kommunikationsfluss zwischen der anonymen Fachkraft zu den PatientInnen und zum Krankenpflegepersonal nun ebenso wesentlich reduziert hätte. Durch die unmittelbare Beschäftigung im Setting eines Krankenhauses hätte sie sich bei den PatientInnen vorgestellt und sich somit einen Eindruck über das Befinden der Menschen machen können. In dieser Hinsicht betont sie nun, dass das *„Zwischenmenschliche auf der Strecke geblieben sei“*. Für mehrere Krankenhäuser gleichzeitig tätig zu sein, führe zu einem höheren zeitlichen und administrativen Aufwand und erfordere mehr Selbstorganisation, so die befragte anonyme Expertin (ebd.:18–20).

Die Implementierung des Entlassungsmanagements im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien sei deshalb legitimiert worden, um „unnötige Wiedereinweisungen zu vermeiden“ (vgl. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2003:4). In diesem Zusammenhang sehen befragte ExpertInnen im Zuge der Entlassung auch einen vorliegenden Entlassungsdruck gegenüber den PatientInnen (Ges1:40; Psy4:27). Dieser Druck äußere sich dadurch, dass Menschen, wenn sie sich gegen eine vorzeitige Entlassung aussprechen, der Wille und die Bereitschaft von ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal abgesprochen werden würde – *„Ja, sie ist eh mobil, sie kann das eh, die will nur nicht“* (Ges1:40). Dabei scheint der Fokus vor allem auf medizinische Aspekte zu liegen. Gleichzeitig werde als Grundlage, das Befinden der Menschen in der jeweiligen Situation, im Setting der Krankenhäuser unter fachärztlicher Behandlung herangezogen, ohne dabei jedoch zu berücksichtigen, *dass er/sie „in der Wohnung (...) dann doch für viele Stunden auf sich allein gestellt“* sei (ebd.; Ges4:38; Psy4:27). Dies wird anhand des folgenden Zitats dargestellt.

Von manchen Fällen weiß man (...) dass es nicht gut gehen kann. Das kann zuhause nicht klappen: Die bringst liegend heim, die hat Sauerstoff, will selber wieder ins Spital, das Spital nimmt sie nicht zurück. Da hat sogar der Rettungsmann angerufen: „Der Frau geht’s so schlecht, die hat gebrochen, die können wir da nicht in der Wohnung lassen“. Wollten sie nicht zurückhaben. Und da weißt genau, das kann nicht passen, liegend, in einer kleinen Wohnung (Ges1:30)

In diesem Fallverlauf scheint es weder eine Kommunikation zwischen der Patientin und den Fachkräften, noch Vernetzungen zwischen den Fachkräften gegeben zu haben. Fallverläufe in dieser Charakteristik könnten zudem dazu beitragen, dass die Menschen in kurzen Zeitabständen neuerlich die Rettung verständigen und die Menschen in Krankenhäuser bringen.

■ SWOT-Analyse über das Entlassungsmanagement

Strengths/Stärken:	Weaknesses/Schwächen:
Koordination der Entlassung scheint für Menschen wichtig zu sein Reglementierter Ablauf führt zu nahtlosem Übergang ins häusliche Umfeld Zentrale Steuerung Ökonomischer Einsatz der Ressourcen	Geringerer Kommunikationsfluss zwischen weiterführenden sozialen Diensten und PatientInnen durch zentrale Steuerung Entlassungsdruck gegenüber PatientInnen
Opportunities/Chancen:	Threats/Bedrohungen und Risiken:
Klärung des Zuständigkeitsbereichs zwischen ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal	Verkürzte Verweildauer Fehlende ganzheitliche Betrachtung der Menschen

Tabelle 16: SWOT-Analyse; Quelle: Simon / Gathen, van der: 2002, eigene Darstellung.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die befragten ExpertInnen, wie auch in literarischen Werken, durchaus gegensätzliche Meinungen und Standpunkte vorgebracht haben. Aufgrund einer steigenden Anzahl von PatientInnen scheint eine zentrale Steuerungsfunktion in Form des Entlassungsmanagements durchaus relevant und zukunftsweisend zu sein. Gleichzeitig sollte dieser Aspekt nicht dazu führen, Druck auf die PatientInnen auszuüben. Trotz dieser notwendigen Steuerungsfunktion sollten Menschen ganzheitlich, nach bio-psycho-sozialen Maßstäben und einer lebensweltorientierten Betrachtung wahrgenommen werden (Ges4:10; Psy4:27). Ziel sollte deshalb sein, Entlassungen so vorausschauend zu planen, dass eine gegebenenfalls notwendige Versorgung nahtlos fortgesetzt werden kann.

3.10.4 Niederschwellige medizinische Gesundheitsversorgung

Aufgrund dieser vorliegenden Versorgungssituation und der Zugangsbarrieren bestehen für Menschen, die die Versorgung nicht in Anspruch nehmen können, niederschwellige medizinische Versorgungsangebote in Wien. Carina Spak (Ges3:10) hat in dieser Hinsicht betont, dass sich vor allem der Gesundheitszustand der Menschen chronisch verschlechtert, die keinen Krankenversicherungsschutz haben und am „Rande der Gesellschaft“ stehen. In diesem Zusammenhang berichtet sie, dass sich der Gesundheitszustand bei Menschen, die „*relativ kräftig und gesund*“ nach Österreich gekommen seien, über die Jahre anhaltend verschlechtert hätte, da es diesen Menschen nicht gelungen sei, an das Gesundheits- und Sozialsystem anzudocken. Dies bekräftigt sie mit folgendem Wortlaut:

Durch das jahrelange Leben auf der Straße oder an der Armutsgrenze bricht irgendwann das System ‚Körper‘ zusammen“. Und auch unser gesunder Körper braucht irgendwann mehr medizinische Hilfe und Pflege, aber die brauchen es noch mehr“ (ebd.).

Dieses Zitat veranschaulicht die Relevanz einer medizinischen Basisversorgung für Menschen, die keinen Anspruch (außer in Notfällen) auf Versorgung des reglementierten Gesundheitssystems stellen können. Die niederschwelligen Gesundheitsangebote unterscheiden sich vor allem in ihrer Mobilität und werden nun dargestellt:

Name	Träger	Einsatzzeit- und Gebiet	Mobil	Beschreibung	Link
Louisebus	Caritas	Einsatzzeiten an 5 Tagen an unterschiedlichen fixen Plätzen (Franz-Josefs Bahnhof, Praterstern, Tageszentren)	X	medizinische Versorgung von ÄrztInnen und freiwilligen MitarbeiterInnen für wohnungslose, nicht-krankenversicherte Menschen, die das österreichische Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen können	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/medizinbus-louisebus/
Gesundheitszentrum	Neunerhaus	Öffnungszeiten von Montag bis Freitag		Soziale und medizinische Versorgung durch multiprofessionelles Team (AllgemeinmedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, diplomierten Krankenschwester, ZahnärztInnen; Videodolmetsch Für wohnungslose und nicht-versicherte Menschen	https://www.neunerhaus.at/kontakt/neunerhaus-gesundheitszentrum/
Mobile ÄrztInnen	Neunerhaus	In 24 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (in wöchentlichen Abständen)	X	AllgemeinmedizinerInnen bieten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe medizinische Versorgung an	https://www.neunerhaus.at/konzepte/neunerhaus-gesundheitszentrum/
AmberMed	Diakonie	Allgemeinmedizin (von Mo-Do), fachärztliche Ordination (Gynäkologie, Urologie, Neurologie, Kardiologie) (nach Terminvereinbarung)		ambulant-medizinische Versorgung, psychosoziale Beratung und Medikamentenhilfe für nicht-krankenversicherte Menschen AllgemeinmedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, (ehrenamtliche) TherapeutInnen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen	http://www.amber-med.at/amber/medizinische-versorgung

Tabelle 17: Niederschwellige medizinische Gesundheitsangebote; Quelle: eigene Darstellung.

Menschen, die nicht-anspruchsberechtigt sind, können ganzjährige Angebote von niederschwelligen sozialen Einrichtungen in Anspruch nehmen. Diese unterscheiden sich in ihrer Angebotssetzung und hinsichtlich ihres Einsatzgebiets voneinander, womit Menschen, nach Wilhelm Jaschke, in unterschiedlichen Lebenslagen erreicht werden können (Ges:4). Die Versorgungsangebote zielen in erster Linie darauf ab, Menschen, die aus dem Regelsystem exkludiert und nicht-krankenversichert sind, eine medizinische Basisversorgung zur Verfügung zu stellen. Diese Versorgung wird zum einen von standortgebundenen Einrichtungen, durch AmberMed und durch das Gesundheitszentrum des Neunerhauses, abgedeckt. Zum anderen bietet der Louisebus die Möglichkeit, Menschen im öffentlichen Raum medizinisch zu versorgen und sie gegebenenfalls zu weiteren Einrichtungen zu vermitteln (Ges2:4). Der Louisebus ist dabei von Montag bis Freitag an fünf fixen Standorten (in der Nähe von frequentierten Orten, psychosozialen Einrichtungen), stets zur selben Zeit an den jeweiligen Orten, für

die Menschen und Anliegen erreichbar (ebd.). Darüber hinaus haben Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durch das Angebot der Mobilen ÄrztInnen einen ebensolchen Zugang zur medizinischen Basisversorgung. Dabei würden AllgemeinmedizinerInnen, nach Wilhelm Jaschke, in wöchentlichen Abständen Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufsuchen und sie an Ort und Stelle behandeln (Ges2:58). In diesem Zusammenhang hat Wilhelm Jaschke auch darüber berichtet, in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (Notquartiere) eine fachärztliche Beratung anzubieten. Dabei werde zwar keine medizinische Behandlung vorgenommen. Die Menschen könnten dabei jedoch beraten und in Bedarfsfall an weiterführende medizinische Versorgung (per Rettungsruf) weitervermittelt werden. Durch dieses Angebot hätten sich die Rettungseinsätze ebenso reduziert (Ges2:102) (→ „Rettung“).

Nicht-anspruchsberechtigte Menschen haben bei AmberMed nach einer Behandlung von AllgemeinmedizinerInnen einen Zugang zu fachärztlicher Versorgung. Bei AmberMed sind FachärztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Fachärztin für Gynäkologie, Urologie, Neurologie) in bestimmter Regelmäßigkeit beschäftigt (AmberMed 2012; Ges3:54). Das Gesundheitszentrum des Neunerhauses bietet den Menschen neben einer allgemeinmedizinischen Versorgung auch eine Zahnarzt- und Augenarztpraxis an (neunerhaus.at 2019). Sowohl bei AmberMed, als auch beim Gesundheitszentrum des Neunerhauses haben Menschen die Möglichkeit auf Dolmetsch (in Chinesisch, in Bosnisch, in Rumänisch) (ebd.; AmberMed 2012). Hinsichtlich der Angebotsstruktur von AmberMed und des Neunerhauses zeigt sich eine ganzheitliche, bio-psycho-soziale Versorgung, da die Menschen neben einer medizinischen Behandlung auch durch Sozialarbeit betreut und unterstützt werden können (ebd. Ges3:54).

Durch die Versorgung unterschiedlicher, medizinischer Fachkräfte an einem Ort (bei AmberMed und beim Gesundheitszentrum), sei es nach Carina Spak möglich (ebd.), Menschen in Bedarfsfällen innerhalb der Einrichtung von einer Fachkraft zur nächsten weiterzuvermitteln. Durch eine Vernetzung und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen könnten Menschen je nach ihrer Symptomatik in einer bestimmten Effizienz, unter Einbezug von fachärztlichen Expertisen, behandelt und versorgt werden. Es scheint, als ob sich AmberMed und das Gesundheitszentrum dabei an die konzeptionelle Ausrichtung von Primärversorgungszentren orientieren würden.

Schließlich lässt sich festhalten, dass nicht-anspruchsberechtigte Menschen durch bereits etablierte Einrichtungen und Organisationen versorgt werden können und den Menschen ein breitgefächertes medizinisches Angebot zur Verfügung stehe. Ausgehend von dieser Versorgungssituation haben sich dennoch gewisse Lücken hervorgetan, die im nachfolgenden Unterkapitel dargestellt und erörtert werden.

3.10.5 Mobiles Team: Nachgehende medizinische Behandlung für nicht-versicherte Menschen

Angesichts der bestehenden Versorgungssituation lässt sich aus Sicht der befragten ExpertInnen festhalten, dass auch nicht-anspruchsberechtigte Menschen durch bestehende Einrichtungen medizinisch versorgt werden können (Ges1:82; Ges3:56; Wh1:82). Ein weiteres Angebot müsste sich dabei, nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen, wesentlich von diesen bisherigen Angeboten unterscheiden bzw. auf eine bestimmte Themenlage zentrieren. Susanne Peter, Wilhelm Jaschke und Carina Spak sehen einen möglichen Bedarf an nachgehender medizinischer Behandlung durch Krankenpflegepersonal (Ges2:82; Ges3:56; Wh1:82). Carina Spak sieht dies vor allem deshalb, da „*bettlegrige und pflegebedürftige Menschen*“, das ambulante Setting von AmberMed und des Gesundheitszentrums nicht in Anspruch nehmen können (Ges3:56). MitarbeiterInnen von AmberMed würden zwar in Ausnahmefällen Menschen im häuslichen, sozialen Umfeld aufsuchen. Dies sei allerdings nicht reglementiert und konzeptionell so festgelegt. (ebd.:42). (Ges2:28).

Wilhelm Jaschke und Susanne Peter sehen den Bedarf einer nachgehenden medizinischen Behandlung ebenso für nicht-versicherte Menschen im öffentlichen Raum (ebd.:82; Wh1:82). Zwar verfolge der Louisebus einen aufsuchenden Ansatz, in der Menschen an unterschiedlichen Einsatzorten im öffentlichen Raum erreicht werden können. Allerdings ist der Louisebus an jeweiligen Einsatzzeiten und festgelegten -orten gebunden. Menschen im öffentlichen Raum, die eine tägliche, nicht akut medizinische Versorgung bräuchten, könnten nach Wilhelm Jaschke primär durch eine nachgehende, medizinische Versorgung, unmittelbar im sozialen Umfeld der Menschen, erreicht werden.

Aber es wäre natürlich toll, wenn es mobile Teams gäbe: Der Herr, die Frau XY schläft auf der Donauinsel, braucht täglich einen Verbandswechsel, der kommt sicher nicht zum Louisebus. Oder der schläft beim Donauinsel, beim Praterstern, an der und der Straßen, an der und der Einfahrt, und der braucht einen täglichen Verbandswechsel. Der kommt aber weder ins Stern, also das ist das Tageszentrum, noch zum Louisebus, oder sonst wo hin (Ges2:82)

3.10.6 Empfehlungen für Gesundheitssystem

Dargestellte Verläufe und Ressourcenmangel auf der ambulanten und stationären Versorgungsebene führen dazu, dass Menschen -auch mit Krankenversicherung- von Hilffssystemen abgewiesen, an andere Stellen verwiesen und nicht adäquat versorgt werden können. Ein neuerlicher Rettungsruf und die anschließende wiederkehrende Aufnahme in Krankenhäuser scheinen daraufhin -primär systemstrukturell bedingt- einzutreten. Um Drehtüreffekte in der Versorgungsebene zu reduzieren, gilt es deshalb, den Zugang zu etablierten, primären Versorgungsebenen in Form von HausärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen aufzubauen und personell zu stärken. Die Implementierung von Primärversorgungszentren kann aus meiner Sicht als ein wichtiger

Schritt bezeichnet werden, Menschen auf primärer Versorgungsebene durch den Zusammenschluss mehrerer FachärztInnen Unterstützung und Versorgung anzubieten. Die Stärkung der primären Versorgungskette hätte ebenso wesentliche Auswirkungen für die weiteren Versorgungsebenen in Form von Krankenhäusern, die (mitunter) aufgrund von Ressourcenmangel, Menschen abweisen und somit keine bedarfsgerechte Behandlung leisten können. Bezogen auf diese systemstrukturellen Lücken besteht in den Ausführungen der InterviewpartnerInnen durchaus Verbesserungspotential im gesamten Aufnahme- und Entlassungsprozess sowie auf der Fallebene, in der Interaktion mit den Menschen. Aufgrund dieser Lücken, die weit im Gesundheitssystem hineinreichen, ist im reglementierten Gesundheitssystem zu hinterfragen, ob und inwieweit ein zusätzliches mobiles Team geschaffen werden müsste, wenn gleichzeitig strukturelle Abläufe unverändert bleiben würden. Viel eher gilt es bestehende strukturelle Abläufe und Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Menschen ganzheitlich behandeln und versorgen zu können.

Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung für nicht-anspruchsberechtigte Menschen zeigt sich, dass bestehende Angebote einen wichtigen Beitrag für die Versorgung der Menschen ohne bestehender Anspruchsberechtigung leisten. Die Angebote scheinen bestehende Lücken im Gesundheitssystem für nicht-anspruchsberechtigte Menschen durchaus lindern zu können. Allerdings gilt es dennoch die Relevanz zu unterstreichen, dass nicht-krankenversicherte Menschen ebenso einen Zugang zum reglementierten Gesundheitssystem benötigen. Die Gesundheit der Menschen kann erst dann gefördert werden, wenn alle Menschen eine reglementierte Basisversorgung in Anspruch nehmen können. Da dieser Aspekt von politischen Entscheidungen abhängig ist, gilt es, bestehende Ressourcen von niederschweligen medizinischen Angeboten zu stärken bzw. zumindest aufrechtzuerhalten. Möglicher Bedarf liegt vor allem für jene Menschen vor, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, die niederschweligen medizinischen Angebote nicht persönlich in Anspruch nehmen können. Ein zusätzliches mobiles Team soll sich dabei vor allem auf eine nachgehende, medizinische Behandlung in deren sozialem Umfeld fokussieren.

3.11 Alter & Pflege: „Da gibt's schon was - das macht der FSW“

Judith Katzlinger

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der ambulanten Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen mit psychosozialen Problemlagen in Wien. Eine zentrale Rolle nimmt hierbei der Fonds Soziales Wien (FSW) ein. Folglich werden wir seine Angebote in diesem Bereich vorstellen und dabei einen besonderen Fokus auf das mobile Case Management der Beratungszentren Pflege- und Betreuung legen. Die Angebote dieser Einrichtungen richten sich grundsätzlich an alle erwachsenen Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf. Obwohl sich diese Kapitel primär mit der Versorgung alter Menschen beschäftigt, ist es folglich auch für die Betreuung „jüngerer“ Personen von Bedeutung.

Während wir die Versorgungssituation von Menschen mit körperlichen sowie geistigen Behinderungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausklammern, finden sich Analysen zur Situation von alten MigrantInnen, demenzerkrankten sowie anderwärtig psychisch erkrankten Personen oder auch pflegebedürftigen suchtkranken Menschen in den jeweiligen Kapiteln (→ „Migration“, „Psy“, „Sucht“). Analysen zum Thema Entlassungsmanagement sowie zur Versorgung pflegebedürftiger Personen in Krankenhäusern, finden sich im Kapitel zum Thema Gesundheitswesen (→ „Gesundheit“).

3.11.1 Bezug zum Forschungsprojekt: „Bei Rettungsnotrufen steckt oft mehr dahinter“

In der Literatur zu psychosozialen Problemlagen im Rettungswesen nehmen altersspezifische Belastungen eine zentrale Rolle ein. Genannt werden hier beispielsweise Altersarmut, Verwahrlosung, Pflegemissstände, Stürze, Einsamkeit, Gewalt, Psychische Erkrankungen, palliativmedizinische Problemlagen⁶⁵ sowie überlastete pflegende Angehörige (vgl. Bastecky et al. 2017:40; Halter et al. 2011:44; Luiz 2008:547; Redelsteiner 2013:3, 2016b:23; Redelsteiner / Pflegerl 2015:242; Völker et al. 2016:21; Wiese et al. 2009).

Insbesondere im Fall von Einsamkeit, Hilflosigkeit sowie sozialer Isolation muss davon ausgegangen werden, dass nicht nur die mangelnde Bekanntheit von verfügbaren Alternativen (wie beispielsweise der Telefonseelsorge) Menschen dazu bringt, den Notruf zu wählen. Christoph Redelsteiner erklärt, dass es teilweise *„weniger beschämend [ist], wegen leichtem Schwindel die Rettung zu rufen und nach Eintreffen der Crew eine Symptomverbesserung zu haben, als die eigene Einsamkeit bewusst zu erkennen oder gar nach außen kommunizieren zu müssen“* (Redelsteiner 2013:3). Barbara Beneder geht davon aus, dass es insbesondere alte Menschen sind, die nicht

⁶⁵ Palliativmedizin richtet sich an schwere und unheilbar kranke PatientInnen und zielt darauf ab, Krankheitssymptome und Schmerzen bestmöglich zu lindern. Nachdem diese Ziele der Handlungslogik des Rettungswesens (welches auf schnelle Versorgung, Stabilisation und Transport abzielt) widerspricht, können ambulante Palliativdienste hier eine passendere Versorgung bieten als der Rettungsdienst (vgl. Völker et al. 2016:21; Wiese et al. 2009:49).

zuletzt aufgrund der Anonymität der Wiener Großstadt wegen psychosozialen Belastungen die Rettung verständigen:

„Ich glaub, dass das primär alte Leute sind, die alleine sind und denen sowieso alles weh tut, und die dann in ihrer Einsamkeit (...) noch Panik-Attacken kriegen (...). Und dann haben sie Herzrasen und dann sind sie froh, wenn wer da ist und dann haben sie keines mehr“ (KiJuFam2:262).

Hilflosigkeit und Überforderung sind auch für pflegende Angehörige ein Grund für das Kontaktieren des Rettungsdienstes (vgl. Bastecky et al. 2017:40; Redelsteiner 2013:3; Redelsteiner / Pflegerl 2015:242). Es muss davon ausgegangen werden, dass dies teilweise auch in Situationen geschieht, in denen bei einem Ausbleiben von Unterstützung die Gefahr besteht, dass pflegende Angehörige aufgrund ihrer Überforderung gewalttätig gegen die zu pflegende Person werden (vgl. PflA1:349–368). Wie Rösslhumer und Hasanovic verdeutlichen, könnten Tageszentren in solchen Situationen eine hilfreiche Entlastung für alle Beteiligten bieten (Gew2:34; PflA1:368).

In Bezug auf von Gewalt betroffene alte Frauen erklärt Maria Rösslhumer, dass diese sich häufiger als andere Altersgruppen an den Rettungsdienst wenden (Gew2:32–38)⁶⁶. Sie verdeutlicht, dass dies als Hilferuf ernst genommen werden muss und eine Notwendigkeit darin besteht, dass Gesundheitsfachkräfte den Grund (das „*presented problem*“) solcher Anrufe hinterfragen (→Gewalt). In vielen Fällen verfolgen gewaltbetroffene alte Frauen damit das Ziel „einfach wegzukommen“ vom gewalttätigen (Ehe-)Mann, der möglicherweise zugleich der pflegende Angehörige ist. Beachtet werden muss dabei, dass teilweise die ganze Familie in bestehende Gewaltdynamiken involviert ist und zu verhindern versucht, dass die von Gewalt betroffene Person Hilfe holt. Auch das „riesengroße Tabu“ das rund um Gewalt in der Familie besteht, hält insbesondere ältere Frauen davon ab das Thema anzusprechen. Folglich werden häufig scheinbare Kleinigkeiten als Grund für Notrufe angegeben. Rösslhumer dazu:

„Darum ist es wichtig, dass das Rettungspersonal gut geschult wird und alle diese Beweggründe erst nimmt und nicht als Belästigung abschreibt und sagt ‚ja die wollen einem ja nur unnötige Arbeit auflasten‘ (...). Die Leuten rufen nicht umsonst an, (...) da steckt oft mehr dahinter“ (ebd.:32).

Während ExpertInnen im Falle von häuslicher Gewalt eine stationäre Aufnahme empfehlen, werden Transporte ins Krankenhaus aufgrund anderer altersspezifischer psychosozialer Problemlagen teilweise kritisiert (vgl. Völker et al. 2016:19) (→ „Ausgangslage“). So beispielsweise wenn der Rettungsdienst kontaktiert wird um gestürzten alte Menschen wieder auf die Beine oder zurück ins Bett zu helfen (vgl. Ges4:4; Halter et al. 2011:44; Redelsteiner 2016b:23). Maria Theresia Völker u.a. erläutern, dass es bei über-65-jährigen Personen besonders häufig zu Notarzteinsätzen

⁶⁶ Die Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie zeigt auf, dass Frauen über 60 Jahren sich im Fall von Gewalt seltener dazu entscheiden Institutionen wie die Interventionsstelle oder auch die Polizei zu kontaktieren (Interventionsstelle 2018:41). Angesichts der Tatsache, dass beispielsweise Vergewaltigung in der Ehe in Österreich erst seit 30 Jahren strafbar ist, ist dies nur wenig verwunderlich.

und (aufgrund des „Fehlens anderer Versorgungsmöglichkeiten“ und in weiterer Folge zu) Krankenhauseinweisungen „bei zumindest zweifelhafter Indikation“ kommt. Sie merken allerdings auch an, dass eine Einweisung „mit anschließender Anbindung an den Sozialdienst des Krankenhauses“ unter Umständen „zur Verbesserung der Versorgung, beispielsweise durch Verlegung in ein Pflegeheim oder [die] Erweiterung der Pflegestufe, genutzt werden“ kann (Völker et al. 2016:21). Folglich muss davon ausgegangen werden, dass die Sinnhaftigkeit eines Rettungstransportes von pflegebedürftigen Menschen in ein Krankenhaus in vielen Fällen davon abhängt, ob im Bedarfsfall das dortige Entlassungsmanagement eingeschaltet wird und sich um die weitere Versorgung kümmert (Ges4:30)(→ Gesundheit).

Neben medizinischen Bedarfslagen ist auch ein rechtliches Absicherungsbedürfnis in vielen Fällen Grund dafür, dass pflegerische Fachkräfte aus dem ambulanten sowie stationären Bereich die Rettung verständigen (vgl. Bastecky et al. 2017:40; PflA1:73; Völker et al. 2016:21). Wie bereits erläutert kommt es in weiterer Folge teilweise nicht aus medizinischen sondern aus betriebswirtschaftlichen Gründen oder auch weil sich die eintreffenden RettungssanitäterInnen rechtlich absichern möchten, zu einem Transport ins Krankenhaus (vgl. Redelsteiner 2013:2) (→ „Ausgangslage“; „Gesundheit“). Bis die „PatientInnen“ wenige Stunden oder auch einen Tag später wieder nach Hause gebracht werden, erfolgt laut Christoph Redelsteiner in vielen Fällen keine Lageanalyse. Pflegerische oder sozialarbeiterische EntlassungsmanagerInnen werden ihm zufolge meist nur in komplexeren Fällen beigezogen⁶⁷. Als Indikator „für eine letztlich nicht adäquate Reaktion“ gibt Redelsteiner „rasche erneute Hilfeersuchen durch die PatientIn oder Angehörige“ an (ebd.:3)⁶⁸. Sanela Hasanovic berichtet, dass es nur sehr selten vorkommt, dass pflegebedürftige alte Personen trotz wiederholter Krankenhausaufenthalte nicht danach gefragt werden, ob sie zuhause eine Unterstützung benötigen würden (PflA1:94). Wenn solche Fälle beim Beratungszentrum Pflege und Betreuung des FSW bekannt werden, dann handelt es sich ihrer Erfahrung nach eher um jüngere PatientInnen. Generell scheint die Versorgungssituation von alten pflegebedürftigen Menschen eine gänzlich andere zu sein, als die von anderen erwachsenen Personen, die aufgrund von Erkrankungen Pflege und Betreuung benötigen (→ „Gesundheit“; „Psy“).

Überlastung pflegender Angehöriger, Pflegemissstände, Verelendung, Vereinsamung, Verwahrlosung sowie mangelnde Betreuung und Pflege alter Menschen gehören zu den in der Literatur genannten Indikationen für mobile psychosoziale Versorgung (vgl. Luiz 2008:547; Redelsteiner 2013:3; Redelsteiner / Pflegerl 2015:242). Wie wir im folgenden Kapitel zeigen werden, ist mit den Assessment-Teams des FSW in Wien bereits ein kostenloses mobiles Angebot vorhanden, welches für die Vermittlung von Unterstützung für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zuständig ist.

⁶⁷ Laut Sanela Hasanovic vom FSW hat sich die Einbindung von Entlassungsmanagement in den letzten Jahren deutlich verbessert (PflA1:93). Eine umfassende Beurteilung der Situation kann auf Basis unseres Forschungsprojekts nicht getätigt werden.

⁶⁸ In Bezug auf das Jahr 2007 spricht Redelsteiner von 2.670 Fällen, in denen die Wiener Berufsrettung innerhalb von 36 Stunden zu einem erneuten Rettungseinsatz angefordert wurde (Redelsteiner 2013:3). Aktuellere Zahlen sind uns leider nicht bekannt.

3.11.2 Einer für Alles: Pflege & Betreuung vom FSW - Fonds Soziales Wien

Der FSW, Fonds Soziales Wien erbringt Aufgaben und Leistungen für die Gemeinde Wien und unterliegt der inhaltlichen und finanziellen Kontrolle der Stadt. Neben Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf ist er auch für Menschen mit Behinderung, Schuldenproblematik, für obdach- und wohnungslose Menschen sowie für Geflüchtete zuständig (vgl. FSW 2017a:2). Zum FSW gehören neben dem Kernunternehmen fünf Tochtergesellschaften, welche als Operative Dienstleister tätig sind⁶⁹. Etwa die Hälfte der knapp 900 MitarbeiterInnen des FSW-Kernunternehmens ist im Bereich KundInnenservice tätig. Dieses besteht neben dem „Zentralen Service“ mit der Erstberatung unter anderem aus je einem Beratungszentrum Betreutes Wohnen und Behindertenhilfe sowie aus vier Beratungszentren Pflege und Betreuung (BZP). Von den 126.600 KundInnen, die der FSW im Jahr 2017 hatte, waren über 59.000 Personen (also knapp die Hälfte) KundInnen des Bereichs Pflege und Betreuung⁷⁰. Auch vom Budget des FSW ist der allergrößte Teil der Förderung sowie Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen gewidmet⁷¹.

Für einen niederschweligen Zugang zu den Angeboten der BZPs sorgt die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Bezirksvorstehungen und dem Kontaktbesuchsdienst⁷² als auch die Möglichkeit anonymer Meldungen (PflA1:27).

Rechtliche Grundlagen, welche die Anspruchsvoraussetzungen des FSW definieren finden sich im Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) sowie den FSW-Förderrichtlinien. In letzteren werden als Zielgruppe alle Personen mit Hauptwohnsitz in Wien definiert, welche eine Bedürftigkeit aufgrund fortgeschrittenen Lebensalters, eine körperliche, intellektuelle oder psychische Behinderung, eine psychische und/oder Suchterkrankung oder eine besondere soziale Not- und Lebenslage aufweisen (FSW 2017b).

Nachdem die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Abläufe im FSW für interne als auch externe Fachkräfte teilweise nur schwer zu überblicken sind, werden wir im Folgenden den Prozess vom Erstkontakt bis hin zu einer längerfristigen Betreuung durch ein BZP sowie durch externe betreuende Organisationen nachzeichnen (MA24 2016:15; Psy4:27–37; Wh1). Den Schwerpunkt legen wir dabei auf sozialarbeiterische Unterstützung.

⁶⁹ Dazu gehören u.a. die Schuldnerberatung, Obdach Wien sowie die Wiener Pflege und Betreuungsdienste GmbH (WPB). Letztere beherbergt neben 11 Tageszentren für SeniorInnen und Angeboten der Mobilen Hauskrankenpflege auch die operative „Soziale Arbeit in den Regionen“ auf welche wir später noch genauer eingehen werden (FSW 2017a:15)

⁷⁰ Über die Altersverteilung der KundInnen im Bereich Pflege & Betreuung konnten wir leider keine Angaben finden. Obwohl davon auszugehen ist, dass ein nicht unwesentlicher Teil von ihnen jünger ist, erscheint es doch beachtlich, dass ihre Zahl etwa einem Drittel von Wiens BewohnerInnen über 65 Jahren entspricht (2018 lebten in Wien gut 182.000 Personen über 65 Jahren (vgl. wien.gv.at 2018)).

⁷¹ 2017 wurden von den 1,726 Milliarden Euro Gesamtbudget des FSW über eine Milliarden Euro zur Finanzierung und Förderung von Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung aufgewendet (FSW 2017a:3).

⁷² Der ehrenamtliche Kontaktbesuchsdienst informiert mittels angekündigter Hausbesuche WienerInnen ab 75 Jahren. Thema ist dabei u.a. eventueller Unterstützungsbedarf (Fin1:193).

Hier ein Überblick über die kommenden Schritte:

- a) Erstkontakt via KundInnentelefon (Telefonvermittlung)
- b) Erstberatung via Telefon
- c) Beratungsteam im zuständigen Beratungszentrum Pflege & Betreuung (BZP)
- d) Assessment-Team: Case ManagerInnen & Heimhilfen für Erstversorgung
- e) Beauftragung operativer Träger
- f) Langfristige Zuständigkeitsbereiche von FSW & Trägern-Organisationen

a) Erstkontakt via KundInnentelefon (Telefonvermittlung)

Für einen Erstkontakt zum FSW bietet sich das KundInnentelefon an, welches unter der Nummer 01-24524 täglich von 8-20Uhr zur Verfügung steht. Über die (ausgelagerte) Telefonvermittlung werden potentielle NeukundInnen mit Bedarf an fachlicher Expertise an die Erstberatung weitergeleitet.

b) Erstberatung via Telefon

Die in der Erstberatung tätigen DGKPs und SozialarbeiterInnen beraten zum gesamten Angebot des FSW, filtern bestehenden Bedarf und leiten diesen anhand eines Erstberatungsprotokolls an das jeweils zuständige Beratungszentrum weiter (PflA1:11).

c) Beratungsteam im zuständigen Beratungszentrum Pflege & Betreuung (BZP):
DKGPs, SachbearbeiterInnen, Office-MitarbeiterInnen, SeniorenberaterInnen

Das im Beratungszentrum Pflege und Betreuung tätige Beratungsteam kontaktiert NeukundInnen via Telefon, führt eine erste Abklärung durch und entscheidet, welche Berufsgruppe hinzugezogen werden soll (ebd.:45). Das Beratungsteam besteht aus DGKPs, SachbearbeiterInnen, Office-MitarbeiterInnen sowie SeniorenberaterInnen und kann bei Bedarf (zum Zwecke der Abklärung und Beratung) auch Hausbesuche durchführen. Dieses Team bearbeitet sämtliche Bedarfsmeldungen von Krankenhäusern, privaten AnruferInnen sowie betreuenden Organisationen und berät bestehende KundInnen.

Die hier angestellten SeniorenberaterInnen werden bei Bedarf an kurzfristiger Betreuung hinzugezogen. Diese sind mobil tätig und unterstützen beispielsweise bei Antragsstellungen für GIS- und Rezeptgebührenbefreiung und arbeiten unter der Anleitung von SozialarbeiterInnen (ebd.:37).

d) Assessment-Team: Case-ManagerInnen (DGKPs & SozialarbeiterInnen) und
Heimhilfen für Erstversorgung in dringenden Fällen

Besteht darüberhinausgehender Bedarf an Pflege und Betreuung kommt das ebenfalls im BPZ angesiedelte Assessment-Team zum Einsatz. Die hier tätigen Case ManagerInnen führen im Rahmen eines Hausbesuchs eine Bedarfserhebung durch, berechnen die voraussichtlicher Kosten und sind für die Organisation und Vermittlung von Angeboten externer Träger zuständig (ebd.:135–151). Sie entscheiden über die bedarfsorientierte Vergabe der vom FSW geförderten Leistungen und verstehen sich laut FSW-Infobroschüre zugleich auch als AnwältInnen und VermittlerInnen (vgl. FSW

2018b:8)⁷³. Erscheint eine Betreuung zuhause nicht möglich, wird eine Sofort-Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung oder ein Krankenhaus organisiert (PflA1:25).

Der Großteil dieser Case ManagerInnen sind DGKPs mit Zusatzqualifikation⁷⁴. Sie sind insbesondere für die Erhebung/Beurteilung des vorhandenen Bedarfs sowie die Vermittlung und Organisation von mobilen Angeboten wie Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Begleit- und Besuchsdienst, Tageszentren als auch Begutachtungen zwecks Aufnahme in Pflegeeinrichtungen zuständig (ebd.:27, 46).

Außerdem sind in den vier BZPs je zwei bis drei SozialarbeiterInnen als Case ManagerInnen tätig. Diese werden eingeschaltet, wenn KundInnen kein Geld haben, Rechnungen nicht bezahlen, über keine Heizung verfügen oder verschuldet beziehungsweise von Delogierung bedroht sind. Abgesehen von den betroffenen Personen selbst sowie NachbarInnen, Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen werden solche Bedarfslagen häufig auch von Heimhilfen aus den betreuenden Organisationen an den FSW herangetragen. So beispielsweise, wenn sie ZeugInnen von häuslicher Gewalt werden, ihnen eine Anregung zu einer Erwachsenenvertretung notwendig erscheint, Post wochenlang nicht geöffnet wurde oder die Wohnung vermüllt ist. Auch bei „*non-compliance*“ oder wenn KundInnen nicht zum PSD gehen möchten, obwohl die betreuenden Fachkräfte davon ausgehen, dass dies sinnvoll wäre, werden SozialarbeiterInnen aus dem Assessment-Team eingeschaltet (ebd.:47). Sie sind dafür zuständig eine erste sozialarbeiterische Abklärung durchzuführen und akute Notlagen zu lösen, übernehmen aber keine längerfristige Betreuung (ebd.:53; 31). Sehen sie Bedarf an einer darüberhinausgehenden sozialarbeiterischen Unterstützung wird die operative soziale Arbeit vom WPB (Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH, einer Tochtergesellschaft des FSW) beauftragt.

In dringenden Fällen können außerdem Heimhilfen aus dem BPZ eine Erstversorgung durchführen. Diese werden u.a. eingeschaltet, wenn pflegebedürftige Menschen ohne Vorbereitung aus dem Krankenhaus entlassen oder akut „unversorgte Menschen“ mit Pflege- und Betreuungsbedarf durch NachbarInnen beim FSW gemeldet werden (ebd.:21). Im Bedarfsfall besorgen sie Lebensmittel, Rezepte und Medikamente oder organisieren dringend benötigte Hilfsmittel. Dadurch kann die Zeit überbrückt werden, bis externe Träger tätig werden können.

e) Beauftragung operativer Träger: Heimhilfe, Hauskrankenpflege & Soziale Arbeit

Für längerfristige Betreuungsarbeit werden externe operative Träger beauftragt⁷⁵. Bei sozialarbeiterischem Bedarf wird eine Leistungsanforderung an die sogenannte „Soziale Arbeit in den Regionen“ vom WPB übermittelt. Diese enthält neben dem festgestellten Bedarf, eine Beschreibung von Problemstellung, Bedarf und Zielen sowie eine Frist.

⁷³ Auf die in diesem Kontext zentrale Bedeutung von Gate-Keeping sowie die damit verbundenen Schwierigkeiten hinsichtlich der Adressatinnenorientierung gehen wir im Kapitel zu Case Management genauer ein (→ „CM“).

⁷⁴ Während früher alle Case ManagerInnen einen Case Management-Lehrgang absolvieren mussten, ist heute eine sogenannte „KundInnen-Service-Standardqualifizierung“ vorgeschrieben. Sanela Hasanovic zufolge ist diese dem früheren CM-Zertifikat inhaltlich sehr ähnlich und wird im Aus- und Weiterbildungszentrum (AWZ) des FSW angeboten (PflA1:416).

⁷⁵ In weiterer Folge führen in vielen Fällen zuerst koordinierende Fachkräfte der Träger einen Hausbesuch durch um dann wiederum ihre MitarbeiterInnen mit der Betreuung und Pflege zu beauftragen (Psy4:27).

Letztere legt den Zeitrahmen fest, in dem die operative Soziale Arbeit mit dem Fall betraut ist. Die maximale Betreuungsdauer dieses mobilen Angebots beträgt ein Jahr (ebd.:31–39). Laut FSW-Geschäftsbericht wurden 2017 von den 60 MitarbeiterInnen dieser Einrichtung insgesamt 2.460 Personen betreut (FSW 2017a:8).

- f) „Die Betreuungsverantwortung liegt bei den Trägern“ – Langfristige Zuständigkeitsbereiche vom FSW: Zwischen Informations-Drehscheibe, Tisch-Begutachtung und Case Management auf Bedarf

Ist die Betreuung organisiert, nimmt der FSW primär die Rolle des Fördergebers ein. Die Betreuungsverantwortung liegt nun bei den externen Trägern (PfIA1:185). Der FSW übernimmt allerdings weiterhin den Informationsaustausch zwischen Krankenhäusern, KundInnen und Trägern (siehe Entlassungsbriefe und -management → Gesundheit), das Beschwerde-Management sowie die Kostenbeitragsverrechnung (ebd.:189). Steigt der Betreuungsbedarf, übermitteln die Träger eine Stundenanforderung mit Beschreibung des vorhandenen Bedarfs an den FSW, der diese üblicherweise anhand einer „Tisch-Begutachtung“ überprüft und gegebenenfalls genehmigt. Bei komplexen Fällen sowie auftretenden Unklarheiten sind wiederholte Hausbesuche durch Case ManagerInnen je nach Bedarf auch später noch möglich (ebd.:183)⁷⁶.

Bei den hier beschriebenen Angeboten der BZPs (Beratung und Notversorgung) handelt es sich um kostenlose Service-Leistungen der Stadt Wien die an keine Zugangsvoraussetzungen geknüpft sind (ebd.:163). Sie richten sich an alle volljährigen Personen, die in Wien leben und einen Pflege- und/oder Betreuungsbedarf haben sowie deren Angehörige, NachbarInnen und sonstige Bezugspersonen. Hausbesuche zu Beratungszwecken stehen folglich auch nicht anspruchsberechtigten, nicht krankenversicherten sowie illegalisierten Personen zur Verfügung (ebd.:310). Eine Förderung oder Vermittlung von Leistungen findet in diesen Fällen allerdings nicht statt (→ „Migration“). Die Kosten für, durch den FSW vermittelte und geförderte sozialen Dienste, sind einkommensabhängig⁷⁷. Ob das Angebot des FSW tatsächlich dazu führt, dass sich, wie der FSW schreibt *„jede Wienerin und jeder Wiener die Pflege leisten [kann], die sie oder er braucht“* kann im Zuge dieser Arbeit nicht beurteilt werden (FSW 2018b:3).

Zur bedarfsorientierten Leistungsvergabe heißt es in einer Broschüre des FSW: „Case ManagerInnen sind sozusagen ihre AnwältInnen und VermittlerInnen. Sie sorgen dafür, dass Sie jene geförderte Leistung bekommen, die Sie brauchen“ (ebd.:8). Während dies als ein *„alle bekommen was sie möchten“* interpretiert werden könnte, sind es nicht die Betroffenen sondern viel mehr die Case ManagerInnen die im Zuge des Assessments über den bestehenden Bedarf und die Vergabe von (geförderten) Leistungen

⁷⁶ Nachdem alle NeukundInnen von Case-ManagerInnen betreut werden, scheint unklar wann entschieden wird, ob Fälle für ein intensiveres/längerfristiges CM (welches über bloße Clearings- und Vermittlungstätigkeiten hinausgeht) in Frage kommen. Außerdem stellt sich die Frage inwieweit sich die anwaltschaftliche Rolle des CM mit der Gate-Keeping-Funktion welche die Case ManagerInnen des FSW einnehmen, vereinbaren lässt (→ „CM“).

⁷⁷ Berücksichtigt werden Einkommen, Miete, Pflegegeld sowie Stundenausmaß. Für Tageszentren werden maximal 19€/Tag verrechnet. Mobile Dienste kosten je nach Angebot zwischen maximal 15€ für Besuchsdienste und bis zu 25€ für Hauskrankenpflege (FSW 2018b:14–25; PfIA1:165). Die voraussichtlichen Kosten werden von den Case ManagerInnen anhand eines „offline-Taschenrechners“ berechnet.

entscheiden. Wichtig erscheint hier zu erwähnen, dass tatsächlich der wahrgenommene Bedarf und nicht etwa vorhandene (psychiatrische) Diagnosen oder Pflegegeldstufen entscheidend sind. (PflA1:134–149)

Neben den bereits genannten mobilen Diensten und Tageszentren sowie der (neuen) mehrstündigen Alltagsbegleitung, vermittelt, fördert beziehungsweise finanziert der FSW auch Sonderreinigung (via SDASV), barrierefreie Wohnungsadaptierung durch ErgotherapeutInnen des WSD, sowie Abklärungen zum Zwecke der Sofort-Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung am Wochenende (via WPB) und Betreuung durch den Rund um die Uhr erreichbaren Akut-Pflege-Dienst der Johanniter (ebd.:67,93).

3.11.3 Weitere Angebote im Bereich Alter und Pflege

Im Folgenden werden einige Einrichtungen dargestellt, die über das Angebot des FSW hinausgehen beziehungsweise für das angedachte mobile Team von Bedeutung sein könnten.

Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
FSW-KundInnentelefon	FSW	kostenlos, anonym, Mo-So 8-20Uhr; 01-24524		Beratung zu sämtlichen Angeboten des FSW, Weitervermittlung	www.fsw.at
24h-Pflegenotdienst	Die Johanniter	unbürokratisch, kostenlos, 24h erreichbar, Anforderung durch KlientInnen, Angehörige, Ambulanzen, Rettung, Ärztefunkdienst, HausärztInnen	x	Häusliche Pflege in Notsituationen durch DGKPs: z.B. nach Spitalsentlassung, wenn Pflegepersonal erkrankt oder für Wundversorgung. Teils mehrstündige Wartezeit, ein Auto für ganz Wien. Finanziert durch Spenden & FSW.	www.johanniter.at/angebote/pflege-und-soziale-dienste/pflegenotdienst
Nachbarschaftszentren	Hilfswerk	niederschwellig, kostenlos, 10x in Wien, teils mehrsprachig		Freiwilliges Engagement, Gruppen (Begegnung, Bewegung, Kreatives), Sozialberatung, Gesundheitsberatung, Psychologische Beratung	www.nachbarschaftszentren.at
Hilfe bei Krisen und Suizidgefährdung im Alter	Kriseninterventionszentrum Wien	kostenlos (via GKK), Anmeldung erwünscht (Erstgespräche auch ohne möglich),		Beratungsgespräche für Betroffene, pflegende Angehörige und professionelle HelferInnen; Telefon- und email-Beratung, Mo-Fr 10-17Uhr	http://krisen-im-alter.at/
Psychosoziale Angehörigenberatung	Caritas	kostenlos, mit Termin, Hausbesuch möglich, Mo-Fr 8-17Uhr	x	Beratung für pflegende/ betreuende Angehörige, Gesprächsgruppen (mit Schwerpunkt Demenz)	www.caritas-pflege.at/wien/angehoerige/psychosoziale-angehoerigenberatung/
Superhands	Johanniter	Telefonhotline & Online-Beratung, anonym, kostenlos, niederschwellig		Information, Beratung und Entlastung für Kinder & Jugendliche die Angehörige pflegen.	www.superhands.at/about/

Tabelle 18: Überblick Alter und Pflege, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten.

3.11.4 Versorgungssituation: „Gesegnetes Wien“ trotz Problemen und Lücken

Grundsätzlich ist in Wien mit dem FSW ein sehr umfangreiches Angebot an mobiler Unterstützung für alte Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf vorhanden. Durch seine Niederschwelligkeit und die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten kann davon ausgegangen werden, dass der FSW auch Menschen erreicht, die sich andernorts wegen der eingangs genannten (altersspezifischen) psychosozialen Problemlagen möglicherweise an den Rettungsnotruf wenden würden. Von guter Zusammenarbeit und positiven Erfahrungen mit dem mobilen Case Management der BZPs berichtet beispielsweise Christina Schreiner-Nolz die 14 Jahre lang in einem Nachbarschaftszentrum tätig war (KiJuFam3:354). Auch Ulrike Schröer vom Gerontopsychiatrischen Zentrum des PSD spricht davon, dass der FSW sehr viel leistet, über „unglaublich viele“ Ressourcen, Kompetenzen und fachlich gut geschulte MitarbeiterInnen verfügt und die Versorgung auch bezüglich der Qualität trotz schwieriger Rahmenbedingungen „wirklich gut“ ist. Weiters erklärt sie, dass Wien „mit diesen vielen Strukturen und Möglichkeiten noch gesegnet [ist] im Vergleich zu den Bundesländern“ (Psy4:35). Dennoch problematisiert die Sozialarbeiterin die „Zerstückeltheit“ der Betreuung durch den FSW. In Bezug auf den weiter oben beschriebenen Prozess von der Kontaktaufnahme zur längerfristigen Betreuung zeigt sie auf, dass die große Zahl der involvierten Fachkräfte eine große Belastung für die üblicherweise alten, dementen oder auch schwer kranken KlientInnen darstellt. Sie spricht von fünf Fachkräften die betroffene Personen sehen, bevor die Person kommt, die sie dann auch wirklich betreut und meint, es sei teilweise schon *„irre dann mit so vielen Leuten zu tun zu haben“* (ebd.:37). Wie sie aufzeigt, setzt sich dieses Problem häufig auch dann weiter fort, wenn die Betreuung bereits genehmigt und organisiert ist. Dazu meint sie:

„Wir haben schon PatientInnen erlebt, da kommen 15 verschiedene Personen hin. Das ist sowohl für die MitarbeiterInnen als auch für die zu Betreuenden, also selbst wenn sie Menschen haben, die nicht dement sind, ist das eigentlich fast nicht zumutbar“ (ebd.:31).

Insbesondere bei komplexen (sozialarbeiterischen) Fällen kommt aus ihrer Sicht außerdem das Problem hinzu, dass involvierte Fachkräfte des Case Managements und der Sozialen Arbeit (wie weiter oben bereits erläutert) stets nur für einen gewissen Zeitraum zuständig sind und der Fall, wenn Probleme in einer gewissen Zeit nicht abgeschlossen werden können, immer wieder an eine andere Fachkraft/Einrichtung weitergegeben wird. Außerdem problematisiert sie die Tatsache, dass die MitarbeiterInnen des FSW und der Trägerorganisationen „einen unglaublichen Zeitdruck“ haben und kein Spielraum dafür besteht „sich [einmal] ein bisschen mehr Zeit zu nehmen (...), wenn es das braucht“ (ebd.). Ihrer Meinung nach wäre es „wirklich wichtig“ dass Fachkräfte einen tatsächlichen Bezug zu den betreuten Personen aufbauen können und „jemand die Leute kennt“ (ebd.:37) (→ „Form der Betreuung“).

Eine zu verbessernde Versorgungssituation muss außerdem in Bezug erwachsene Personen mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf festgestellt werden, die noch nicht als „alt“ angesehen werden. Hier scheint nicht nur die Vermittlung zum

Entlassungsmanagement der Krankenhäuser sowie in weiterer Folge zum FSW weniger gut zu funktionieren, als dies bei alten Menschen der Fall ist (PflA1:95). Wie sich unter anderem in der Öffentlichkeitsarbeit des FSW zeigt, stellen SeniorInnen die Hauptzielgruppe der Beratungszentren Pflege und Betreuung dar⁷⁸. Obwohl die BZPs theoretisch für alle Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf in Wien zuständig sind, bleibt unklar inwiefern beispielsweise eine Person mittleren Alters, die infolge einer Operation oder schwerwiegenden Erkrankung Unterstützung benötigt, diese auch erhält. Ähnlich verhält es sich bei (temporär) psychisch erkrankten Personen (→ „Psy“). Es muss davon ausgegangen werden, dass die bestehenden Angebote des FSW für diese Zielgruppen weit weniger bekannt sind als diejenigen, die sich an SeniorInnen richten (ebd.:95, 239; Wh1:84). Außerdem scheint nicht zuletzt auch unter Fachkräften der Sozialen Arbeit Unwissen darüber zu bestehen, dass sich die Angebote der BZPs auch an Personen ohne Diagnose oder Pflegegeldbezug richten (ebd.:68–72; Wh4:40).

Auf die Notwendigkeit von Veränderungen im Bereich der häuslichen Pflege weisen auch akute Pflegemissstände hin, von denen Erwin Feichtelbauer von der Wiener Berufsrettung berichtet. Er spricht von Menschen *„die an und für sich gepflegt werden sollten, aber am lebendigen Leib verfaulen und im Bett vor sich hin tümpeln“* (Ges4:30). Zu solchen (für den Notarzt äußerst belastenden und erschütternden) Fällen kommt es laut Feichtelbauer beispielsweise, wenn PatientInnen dement sind, schreien und „niemanden an sich heranlassen“. Er berichtet von Wundliegegeschwüren und anderen „Grauslichkeiten“ die entstehen obwohl PflegerInnen und Heimhilfen angeben ihre Aufgaben erledigt zu haben. Zu den Möglichkeiten des Rettungsdienstes in solchen Fällen meint er:

„Wir haben ein relativ kleines Feld und das heißt eben Notfallmedizin (...). Wir wissen schon, dass Anderes möglich wäre aber in Ermangelung dessen (...): ‚Einpacken, Spital fahren, abgeben‘. Dort pöppelt man auf, dort schaut man nach und fünf, sechs, zehn Tage später bringt man ihn wieder nach Hause. Man versucht dann irgendwo Pflege zu mobilisieren oder Angehörige und hofft, dass der das überlebt eigentlich. So ist das“ (ebd.).

Feichtelbauer kritisiert nicht zuletzt die Rahmenbedingungen im Bereich der mobilen Pflege und erklärt, dass auch die niedrige Bezahlung in diesem Bereich ein Grund für die hohe Fluktuation ist (ebd.:34). Wie die letzte FSW KundInnenbefragung zeigt, ist die Fluktuation unter den Pflege- und Betreuungspersonen nicht zuletzt auch ein zentraler Grund für die Unzufriedenheit von KundInnen (FSW 2017c:9–16). Feichtelbauer geht davon aus, dass Verantwortliche zu Forderungen nach mehr Professionalisierung und Qualitätskontrolle sagen würden „haben wir eh, machen wir eh“. Der Personalvertreter erklärt, dass diesbezüglich zwar „viel geredet wird“, es dabei aber primär darum geht

⁷⁸ Die durchaus beachtlichen Werbekampagnen zu den Angeboten des FSW auf diversen Werbeflächen der Stadt (Inserate, Plakate, Videos in öffentlichen Verkehrsmitteln, etc.) beinhalten stets Bilder von alten Menschen. Außerdem sind uns aus der beruflichen Praxis Berichte bekannt, in denen Case ManagerInnen zu „jüngeren“ Personen mit temporären körperlichen Einschränkungen Sätze sagen wie „eigentlich sind wir ja nur für SeniorInnen zuständig“. (vgl. FSW o.A.)

„die Bevölkerung ruhig zu stellen“ und bei genauerer Hinsicht nichts (beziehungsweise ein „Schas mit Quasteln“) dahinter steckt (Ges4:36)⁷⁹.

Wie anspruchsvoll, belastend und komplex Tätigkeiten in der mobilen Pflege sein können, wird auch im Kontext von Auseinandersetzungen zu Gewalt an pflegebedürftigen Personen deutlich. Maria Rösslhumer vom Verein Autonomer Frauenhäuser erklärt, dass Heimhilfen häufig in äußerst schwierige Positionen kommen, wenn Familien versuchen Gewalt zu vertuschen und auch Trägerorganisationen (aus Angst KundInnen zu verlieren) nichts unternehmen (Gew2:38). Beachtet werden muss dabei, dass es häufig ein Teil der Gewaltdynamik ist, dass betroffene Personen zwischen dem Bedürfnis die Situation zu verändern, und dem Verleugnen oder auch Entschuldigen der erfahrenen Gewalt schwanken (PflA1:340). Von Seiten des FSW besteht die Möglichkeit, dass Case ManagerInnen sowie operative Soziale Arbeit versuchen die betroffene Person darin zu unterstützen, sich das Vorhandensein der Gewalt einzugestehen, darüber zu sprechen und sich Unterstützung zu holen. Gelingt dies nicht oder eskaliert die Situation, sind der Polizeinotruf sowie eine Anregung zur Erwachsenenvertretung (und bei Bedarf in weiterer Folge eine Sofortaufnahme in eine Pflegeeinrichtung) mögliche Auswege (ebd.:339–354).

Sanela Hasanovic vom FSW erklärt, dass Gewalt gegen pflegebedürftige Personen ihrer Erfahrung nach meist eine Folge der Überforderung von pflegenden Angehörigen ist. Am Beispiel ihr bekannter Fälle von Demenz verdeutlicht sie, dass es aus ihrer Sicht teilweise ein Wunder ist, dass pflegende Angehörige nicht „ausflippen“ (ebd.:368). Die langjährige Mitarbeiterin geht davon aus, dass es für pflegende Angehörige häufig äußerst schwierig ist, externe Unterstützung zuzulassen. Es muss davon ausgegangen werden, dass dies auch mit den bis heute existierenden Vorstellungen von familiärer Pflege als Norm, sowie der Selbstverständlichkeit der durch Frauen geleisteten informellen Familienarbeit, in Zusammenhang steht. Nicht zuletzt auch angesichts der sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Frauenerwerbsquote, Pensionsantrittsalter von Frauen, Flexibilisierung des Arbeitsmarkts, etc.) ist ein grundlegendes Umdenken zum Thema Pflege und Betreuung im Alter sowie zur geschlechtsspezifischen Verteilung von Care-Arbeit im allgemeinen, dringend notwendig⁸⁰. Diesbezügliche Veränderungen sowie die Aufwertung professioneller Care-Arbeit sind folglich eine der Voraussetzungen, für eine passende Versorgung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf in Wien (vgl. MA24 2016:7–16).

⁷⁹ Feichtelbauer stellt auch dem Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ eine etwas pessimistischere Zukunftsperspektive gegenüber (vgl. MA24 2016:24). Angesichts der anstehenden demographischen Veränderungen meint er zur Vision, dass die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen im eigenen zuhause leben soll, im Jargon des Rettungsdiensts: *„Irgendwann werden da Häuser voller Zombies liegen. Und das wird die Katastrophe. Man kann natürlich locker sagen: ‚Ah die wollen wir alle zu Hause pflegen, so lange wie möglich zu Hause‘. Ja, ihr wollt nix bauen, ihr wollt kein Geld hergeben, das ist alles. (...) Es geht wie immer um das liebe Geld, von dem ich der Meinung bin, es gäbe genug – es wird nur falsch verteilt“* (Ges4:6).

⁸⁰ Dass FPÖ-Sozialministerin Beate Hartinger-Klein davon spricht, dass die Natur es so festgelegt habe, dass Frauen den Großteil der unbezahlten Haus- und Pflegearbeit übernehmen, erscheint in diesem Zusammenhang wenig förderlich (diepresse 2019).

3.11.5 Schlussfolgerungen: „So ein mobiles Team gibt es eigentlich schon“

Angeichts der Tatsache, dass der FSW bereits über mobile Angebote für alte pflegebedürftige Menschen mit psychosozialen Problemlagen verfügt, scheint ein zusätzliches mobiles Team für diese Zielgruppe nicht sinnvoll. Um die weiter oben beschriebenen Probleme in der Versorgungssituation zu lösen, empfiehlt es sich stattdessen dementsprechende Veränderungen der bestehenden Angebote durchzuführen.

Ein Bereich, in dem das angedachte mobile Team eventuell sinnvoll sein könnte, ist die psychosoziale Unterstützung von pflegenden Angehörigen⁸¹. Überlastung und Hilflosigkeit im Kontext von informeller Pflege ist wie bereits erläutert ein häufiger Grund für das Kontaktieren der Rettung. Folglich erscheint die enge Zusammenarbeit des Teams mit dem Gesundheitsbereich für das Erreichen dieser Zielgruppe äußerst vielversprechend.

In Bezug auf „jüngere“ Menschen die aufgrund von (temporären) physischen Erkrankungen Bedarf an Pflege und Betreuung haben, müssen Zuständigkeiten und Möglichkeiten der PZPs geklärt und dementsprechendes Wissen verbreitet werden. Da der FSW nicht nur bei psychosozialen Problemlagen unterstützt, sondern auch für Pflege- und Betreuungsleistungen zuständig ist und diese finanziert/fördert, erscheint es auf jeden Fall sinnvoll, dass diese Zielgruppe (auch) beim FSW andockt.

Obwohl Alter sowie Pflegebedarf aus unserer Sicht keine (vordergründigen) Indikatoren für ein potientiell neues Team darstellen sollen, muss sichergestellt werden, dass die dort tätigen Fachkräfte über das Angebot sowie die Zuständigkeitsbereiche der FSW-Beratungszentren Bescheid wissen und eine tragfähige Vernetzung vorhanden ist.

Nachdem alte Menschen (mit und ohne Pflegebedarf) von diversen, in dieser Arbeit genannten psychosozialen Problemlagen betroffen sein können, müssen sie als Teil der Zielgruppe des möglicherweise zu Gründenden mobilen Teams mitgedacht werden. Dafür spricht auch, dass das Vorhandensein von mobilen Angeboten für diese Zielgruppe von besonders großer Bedeutung ist (Gew2:81). Wie sich in den von uns durchgeführten Interviews zeigt, ist für die Verfügbarkeit von sozialen Einrichtungen für alte Menschen (insbesondere für jene mit wenig formeller Bildung) unter anderem die Bekanntmachung abseits des Internets von großer Bedeutung (ebd.:46). Auf Basis langjähriger Erfahrungen in einem Nachbarschaftszentrum wurde außerdem betont, dass die Mehrsprachigkeit von Angeboten, insbesondere für die Versorgung von alten Menschen von zentraler Bedeutung ist und hier derzeit große Lücken bestehen (KiJuFam3:361).

⁸¹ Angebote des FSW für pflegende Angehörige die von Sanela Hasanovic genannt wurden, sind insbesondere Informationsgespräche zu bestehenden Angeboten sowie Vermittlungstätigkeiten zu externer pflegerischer Unterstützung. Längerfristige psychosoziale Beratung für pflegende ist momentan keine „Leistung“ des FSW (PflA1:370).

3.12 Psychische Erkrankung & Krise: „Früher ist man aus der Psychiatrie nicht herausgekommen, heute kommt man nicht hinein“

Tamima Baldass

Im Folgenden wird der Bereich psychische Erkrankung und Krise, die Versorgungssituation in Wien sowie die Ergebnisse unseres Forschungsprojektes und daraus folgende Empfehlungen dargestellt.

3.12.1 Überblick

Psychische Erkrankungen und Krisen werden nicht nur im notfallmedizinischen System als vermehrt auftretendes Phänomen wahrgenommen (vgl. Luiz 2008:547; Völker et al. 2016:14, 19). Psychische Erkrankungen gelten als eine der größten aktuellen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Herausforderungen der westlichen Welt (Bastecky et al. 2017:85f; Stadt Wien 2013, 2019; Fin1:86–89, 99–106; Poz2:22; Psy1:24; Psy2:34). 30 bis 40 Prozent der Bevölkerung in Europa sind von psychischen Krankheiten betroffen (vgl. WHO Europe 2015:1f), weshalb auch von einer neuen „Volkskrankheit“ (Psota 2016a) die Rede ist. Auch in Wien gelten psychische Erkrankungen als große gesundheitspolitische Herausforderung (vgl. APA-OTS 2018) – demographische Entwicklungen wie Bevölkerungswachstum, Erhöhung der Rate älterer Menschen, Veränderung traditioneller Strukturen und die Verringerung sozialer Netzwerke führen zu einem Anstieg psychischer Belastung, die in Krankheiten und Krisen münden können (vgl. Luiz 2008; Redelsteiner / Pflegerl 2015:234f, 238; Völker et al. 2016).

Neben manifesten psychischen Erkrankungen können auch psychische Belastungssituationen und Krisen zu einem Unterstützungsbedarf führen. Krisen gelten an sich als normaler Bestandteil des Lebens, insbesondere in Übergangsphasen zwischen Lebensabschnitten können bestehende Bewältigungsstrategien als nicht ausreichend erlebt werden (vgl. Hülshoff 2017:11f). Krisen „entstehen in der Konfrontation mit neuen Herausforderungen, die als überfordernd erlebt werden“ (ebd.:21) und gelten auch als Chancen zur Entwicklung neuer Kompetenzen. Sie können aber auch zu physischen und psychischen Erkrankungen führen, weshalb niederschwellig verfügbare Unterstützungsangebote besonders wichtig sind (vgl. ebd.:12; Schöny 2012).

Gerade in Bezug auf Soziale Arbeit relevant ist der Zusammenhang zwischen Ausgrenzungsgefährdung beziehungsweise Armut und psychischen Krankheiten (vgl. Die Armutskonferenz 2015; Head / Bond 2018; Stadt Wien 2016:71)⁸². Der mit existentieller Gefährdung und Sorge um gesellschaftliche Ausgrenzung einhergehende Stress kann zu psychischen Belastungsreaktionen führen. Zugleich können psychische Erkrankungen und Krisen ohne ausreichende Sicherungsnetze und selbstbestimmte Lebensführung fördernde Behandlungsangebote materielle Armut auslösen, während die gesellschaftliche Stigmatisierung zu Ausgrenzung führt (vgl. Schöny 2012).

⁸² Siehe dazu auch die Ausführungen im Kapitel „Materielle Grundsicherung“.

Nicht nur individuelle Armut, auch zwischen gesellschaftlicher Ungleichheit insgesamt und psychischen Belastungen bestehen nachweislich Zusammenhänge (vgl. Head / Bond 2018). So werden von kritischen ExpertInnen die Reduktion sozialstaatlicher Sicherungssysteme und Individualisierung von Notlagen mit verstärktem Auftreten von Depressionen und anderen psychischen Belastung in westlichen Gesellschaften in Zusammenhang gebracht – gesellschaftspolitische Aspekte sind daher bei Analysen und Lösungsansätzen unbedingt zu berücksichtigen (vgl. Brensell 2012; Head / Bond 2018).

3.12.2 Relevanz in Bezug auf das Forschungsprojekt

Psychische Erkrankungen und Krisen sind in Bezug auf unser Forschungsprojekt von besonderer Bedeutung, wie auch in unseren qualitativen Interviews bestätigt wurde. Unser Forschungsziel ist schließlich die Untersuchung, welche Ergänzungen oder Veränderungen sozialer Angebote Menschen mit psychosozialen Problemlagen unterstützen könnten, um eine nicht bedarfs- und bedürfnisgerechte Inanspruchnahme des Rettungswesens und notfallmedizinischen Systems zu vermindern und betroffenen Menschen nachhaltige Unterstützung zu vermitteln⁸³.

In der Literatur wird dabei als Phänomen oft der „Drehtüreffekt“ genannt, womit bezeichnet wird, dass Menschen in kurzen Abständen wiederholt den Rettungsnotruf betätigen, in Krankenhäuser eingeliefert, wieder entlassen und wieder eingeliefert werden (vgl. Ander 2009:3; Redelsteiner / Pflegerl 2015:238). Bastecky et al. stellten in ihrer Masterthese fest, dass psychische Erkrankung bei dem Phänomen ein zentraler Faktor sind (vgl. Bastecky et al. 2017:51f). In unseren Interviews wurde dies bestätigt, so geht Marc Hermann, der Teamleiter eines MA40 Sozialzentrums mit Berufserfahrung im sozialpsychiatrischen Bereich, davon aus, dass es sich bei „DrehtürpatientInnen“ prinzipiell um „unbehandelte psychiatrische KlientInnen“ handelt (Fin1:40).

Auch durch gesellschaftliche Veränderungen mitbedingte Phänomene wie Einsamkeit und Überforderung gelten als Faktor für psychosoziale Problemlagen, für die das notfallmedizinische System keine nachhaltige Unterstützung bieten kann (vgl. Luiz 2008:547; Redelsteiner 2013:8). Niederschwellige, bedarfsorientierte Angebote sind somit zentral, um frühzeitig nachhaltige Unterstützung zugänglich zu machen (vgl. Schöny 2012).

3.12.3 Versorgungssituation in Wien: „Da müssen´s a Glück haben, dass da wer kommt“

In Wien gibt es eine Fülle an Unterstützungsangeboten für Menschen mit psychischen Problemlagen für unterschiedliche Zielgruppen und Problemlagen (vgl. Bastecky et al. 2017:85f; s.a. Stadt Wien 2013, 2016) wie auch unsere Interviews bestätigen (Fin1:86–96; Poz2:36–38; Psy2:18, 62; Wh2:50, 72–74). Es kann in ambulante und stationäre Angebote, telefonische⁸⁴ und mobile Beratung unterschieden werden (KAV 2019; Pro

⁸³ Vgl. dazu die Ausführungen in der Einleitung dieser Arbeit.

⁸⁴ Eine Untersuchung und Darstellung psychosozialer telefonischer Hilfsangebote findet sich bei Zahorka 2016.

Mente Austria o.A.:63f; Stadt Wien 2019). Bei der Recherche zur Versorgungssituation fiel eine starke Unübersichtlichkeit auf - selbst die Stadt Wien scheint Schwierigkeiten zu haben, das Angebot zu überblicken. So steht im Wiener Gesundheitsbericht im Abschnitt „Psychosoziale Dienste“, dass komplexe Versorgungsstrukturen mit zahlreichen Trägern, die neben psychisch kranken Menschen auch andere Zielgruppen versorgen, die Erhebung der Lage erschweren (vgl. Stadt Wien 2016:138). Zudem gäbe es „in Wien keine zentrale Stelle, an der sämtliche Dokumentationen über die vorhandenen Einrichtungen und deren Angebote und Leistungen zusammenlaufen“ (ebd.)⁸⁵. Psychosoziale Beratung wurde laut dem Bericht im Jahr 2013 von 47 Einrichtungen, Wohnbetreuung von 34 Einrichtungen und tagesstrukturierende Angebote von 28 Einrichtungen angeboten (vgl. ebd.).

Auffallend ist auch, dass die Angebote mehrheitlich auf Menschen mit manifesten psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind – selbst wenn teils auch allgemein von psychischen Belastungen oder Krisen die Rede ist, sind die meisten Angebote auf diagnostizierbare Erkrankungen ausgerichtet. Die Webseite „Psychische Hilfe Wien“ spricht etwa von „Seelischer Gesundheit“, bietet aber nur Informationen für Depressionen und Angststörungen (vgl. Stadt Wien 2019). Tatsächlich meinte auch der oben bereits erwähnte sozialpsychiatrisch erfahrene Teamleiter eines Sozialzentrums, Marc Hermann, dass es für allgemeine psychische Belastungssituationen „wenig bis gar nichts“ an Unterstützung gäbe (P1). Er relativierte diese Aussage zwar mit Verweis auf die Angebote des Frauengesundheitszentrums FEM und des Männergesundheitszentrums MEN, mobile niederschwellige Angebote finden sich jedoch nicht.

Eine zentrale Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Belastungen und Störungen wurde im Zuge der Psychiatriereform⁸⁶ in Wien 1979 mit dem Psychosozialen Dienst (in Folge: PSD) geschaffen (vgl. Bastecky et al. 2017; PSD 2019; Stadt Wien 2016:139). Mit dem Anspruch niederschwellige Information und Behandlung zu bieten verfügt der PSD über einen 24-Stunden erreichbaren telefonischen Informationsdienst, einen mobilen Krisendienst, bietet in acht, nach Bezirken eingeteilten sozialpsychiatrischen Ambulatorien und fünf, auf bestimmte Themengebiete spezialisierten Ambulatorien ambulante Unterstützung, Behandlung und Rehabilitationsprogramme an (vgl. PSD 2019). Das Angebot ist allerdings durch Ressourcenknappheit geprägt (vgl. Bastecky et al. 2017:83f; Psota 2016a), wie unsere im nächsten Kapitel ausgeführten Ergebnisse zeigen.

"Realistisch betrachtet ist die Versorgungslage bereits heute so, dass wir dem steigenden Bedarf nicht mehr gerecht werden. Verschärft wird

⁸⁵ Ein entsprechendes System zur Datensammlung und Leistungsbeurteilung sei aber beim FSW im Aufbau begriffen (vgl. Stadt Wien 2016: 138).

⁸⁶ Ziele der Psychiatriereform waren Ent-hospitalisierung und Dezentralisierung der Versorgung psychisch Kranker durch Ausbau extramuraler und ambulanter Versorgung, um die selbstbestimmte Lebensführung und würdige Lebensbedingungen für Betroffene zu sichern (vgl. Bastecky et al. 2017:74f; Stadt Wien 2013:21ff). In Wien wurde eine sozialpsychiatrische integrierte Versorgung angestrebt und der PSD gegründet (vgl. ebd.:24), aktuell sind mit dem Psychiatrisch-Psychosomatischen Versorgungsplan Wien 2030 strukturelle Verbesserungen geplant (s.u.).

die Situation noch durch den zunehmenden Zwang zu sparen" (Psota 2016a)

warnt der Ehrenpräsident von Pro Mente Austria, Professor Werner Schöny 2016 in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in Österreich.

Es gibt jedenfalls in Wien eine breite Angebotspalette für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen, die jedoch durch Ressourcenknappheit, Unübersichtlichkeit der Angebote und teils durch mangelnde Koordination und Vernetzung geprägt sind (Psy2:34; Psy4:173–183). Insbesondere mangelnde Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Bereich sind ein Problem, durch das Qualität und Kontinuität von Behandlungen und damit nachhaltige Versorgung leiden (vgl. die Ergebnisse von Bastecky et al. 2017:71, 84, 90, 127; s.a. Gesundheit Österreich GmbH 2015:124).

Eine implizite Bestätigung für bestehende Ressourcenknappheit und aktuell mangelhafte Kooperation zwischen der ambulanten und stationären Versorgung lässt sich aus dem Psychiatrisch-Psychosomatischen Versorgungsplan Wien 2030 (in Folge: PPV 2030) herauslesen. Er wurde 2015 von PSD und KAV im Auftrag der Stadt Wien erarbeitet (vgl. APA-OTS 2018). Das Konzept verspricht weitgehende strukturelle Verbesserungen in den nächsten zehn Jahren, weshalb es kurz dargestellt wird⁸⁷.

Bis auf einen Presstext mit der Zusammenfassung des Konzepts sind noch keine Informationen veröffentlicht⁸⁸, geplant ist jedenfalls eine deutliche Verbesserung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Wien, sowohl auf quantitativer als auch qualitativer Ebene (folgendes vgl. ebd.). Eine bessere Kooperation zwischen intra- und extramuraler Behandlung, zwischen psychischer und medizinischer Versorgung und Verbesserung der Zugänglichkeit sind zentrale Eckpunkte des Konzepts. Ab 2019 soll das neue Konzept in Pilotprojekten erprobt und in Folge gegebenenfalls adaptiert und flächendeckend umgesetzt werden. In Bezug auf unsere Forschungsarbeit besonders interessant ist, dass in jedem Krankenhaus des Krankenanstaltsverbunds eine psychiatrische Ambulanz inklusive einer 24-Stunden Notfallambulanz mit einem sozialpsychiatrischen Notdienst, der bei Bedarf mobil tätig wird, geplant ist. Die Ambulanzen sollen von MitarbeiterInnen des PSD und des KAV besetzt werden, die gemeinsam über stationäre oder ambulante Behandlung der PatientInnen entscheiden und bei Entlassung ein Behandlungskontinuität gewährleistendes Nahtstellenmanagement organisieren. Des Weiteren ist für jede Versorgungsregion eine Notfall-, Aufnahme- und Entlassungsambulanz für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zwei zugehörigen Ambulatorien mit ambulanten und tagesklinischen Angeboten für diese Zielgruppe geplant. Für Peripartalpsychiatrie ist eine Aufstockung der Betten von sechs auf zehn, eine Peripartalambulanz sowie tagesklinische Betreuungsangebote geplant.

⁸⁷ Auch der oben zitierte Werner Schöny bezeichnet den Plan als Hoffnungsschimmer (Psota 2016b).

⁸⁸ Tatsächlich findet sich bei Internetrecherche zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit nur ein Presstext der Stadt Wien auf mehreren Webseiten, siehe APA-OTS 2018. Die Projektkoordinatorin Susanne Schmiedhuber von der SDW war dankenswerterweise bereit, Auskunft zu erteilen, die Konzeptionalisierung ist zur Zeit der Verfassung dieser Arbeit noch im Gange (P3).

Langfristig sind neben dem sozialpsychiatrischen Notdienst auch die Einrichtung von (*flexible*) *assertive community treatment – Teams* nach niederländischen, britischen und deutschen Vorbildern geplant (laut Informationen der Projektkoordination, P3)⁸⁹. Als Zeithorizont wird 2030 genannt, eine genauere Konzeptualisierung steht jedoch noch aus, weshalb hier nicht näher darauf eingegangen wird (ebd.). Ein Ausbau psychotherapeutischer Angebote ist im Zuge dieses Projekts nicht geplant, ein darauf ausgerichtetes anderes Projekt scheiterte laut Auskunft der Projektkoordination an einer Ausgabenbremse des Bundes (P1, zum Bedarf siehe nächstes Kapitel).

In Bezug auf stationäre und ambulante Psychiatrie, mobile psychiatrische Krisendienste und hinsichtlich der Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich, könnten jedoch zentrale Probleme und Mängel nachhaltig verbessert werden. Was davon in welcher Form und wann tatsächlich umgesetzt wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden, inhaltliche Grundlagen und Zeitplan wurden jedenfalls im September 2016 vom Wiener Landtag beschlossen (vgl. APA-OTS 2018; s.a. Wiener Landtag 2016).

Abgesehen vom PSD, der im nächsten Kapitel ausführlich behandelt wird, können sich Menschen in akuten Krisensituationen an das Kriseninterventionszentrum wenden. Es bietet Beratung und therapeutische Gespräche an und vermittelt bei Bedarf an längerfristige therapeutische Behandlung weiter, wobei der Mangel an Therapieplätzen als großes Problem genannt wurde (P4, s.a. die Ausführungen zum Bedarf im nächsten Abschnitt). Die Zielgruppe ist auf Menschen in akuten Krisen beschränkt, laut Aussage einer therapeutischen Mitarbeiterin ist das Kriterium ein zeitlich naher Zusammenhang zum Krisenauslöser (ebd.). Die Wartezeit beträgt mehrere Wochen, wobei während der Öffnungszeiten eine sofortige Erstberatung auch ohne Terminvereinbarung angeboten wird (ebd.).

Niederschwelligere und teils mehrsprachige Beratung für unterschiedliche Themengebiete und allgemeine psychische Belastungssituationen bieten die bereits genannten geschlechtsspezifischen Gesundheitszentren FEM und MEN (FEM 2018; MEN 2018). Ihre Angebote wurden in den letzten Jahren ausgebaut. Auch zu nennen sind Angebote der Sozialberatung, auf die im Kapitel Materielle Grundsicherung näher eingegangen wird, da diese als sozialarbeiterische Angebote vom Anspruch her auch Ursachen materieller Belastungen in den Blick nehmen und Unterstützung bieten oder vermitteln (Fin1:12, 14). Die zehn Nachbarschaftszentren des Hilfswerks etwa bieten neben Sozialberatung explizit auch psychologische Beratung an (vgl. Hilfswerk 2016).

Dennoch wurde in unseren Interviews vielfacher Bedarf konstatiert, der insbesondere durch Ressourcenmängel und Zuständigkeitsabgrenzungen erzeugt scheint.⁹⁰

Hinsichtlich Verbesserungspotential in der Versorgung sei hier auch auf die von Irene Mölzer in Bastecky et al vorgestellte alternative Psychiatriemodelle aus dem skandinavischen Raum verwiesen, die richtungsweisende Modelle wünschenswerter struktureller Verbesserungen darstellen (vgl. Bastecky et al. 2017:96–137). Laut Aussage der Projektkoordination des PPV 2030 werden derartige Ansätze zwar immer

⁸⁹ Siehe zu dem als Vorbild genannten Hamburger Modell die Ausführungen von Irene Mölzer in der Forschungsarbeit von Bastecky et al (Bastecky et al. 2017:114ff).

⁹⁰ Siehe dazu die Ausführungen im nächsten Abschnitt.

wieder angesprochen, aktuell gibt es jedoch keine Aussicht auf Umsetzung (P3). Die Projektkoordinatorin Susanne Schmiedhuber merkte an, dass bereits viel erreicht werde, wenn die im PPV 2030 geplanten Änderungen umgesetzt werden können (ebd.).

Ein Nebenziel unserer Forschung war die Erfassung bestehender Angebote, um einen Überblick zu bieten. Es gibt in Wien eine große Anzahl an standortgebundenen psychosozialen und psychiatrischen Beratungs- und Behandlungsangeboten, als zentrale Organisationen sind neben stationären Psychiatrien der Psychosoziale Dienst mit seinen ambulanten, mobilen und telefonischen Angeboten (vgl. Stadt Wien 2013:59ff) sowie der Fonds Soziales Wien, der eine Vielzahl an mobilen Pflege- und Betreuungsangebote teils selbst und teils über Trägervereine anbietet (vgl. ebd.:73ff) zu nennen. Im Folgenden werden zentrale Angebote tabellarisch dargestellt⁹¹, auf Versorgungslücken und den PSD wird im nächsten Kapitel näher eingegangen. Bezüglich der Kategorie „mobil“ ist anzumerken, dass stationäre Psychiatrien in Krankenhäusern zwar durch das Rettungswesen angefahren werden, hier dennoch nicht als mobil gekennzeichnet sind, da unser Fokus auf Angeboten liegt, die das Rettungswesen nicht beanspruchen. Wenn mit Einrichtung des PPV 2030 wie geplant eigene mobile Ressourcen installiert werden, sind sie nach dem hier angewandten Schema als mobil zu bezeichnen.

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
Mobile Akutintervention	Akutbetreuung Wien (ABW)	Stadt Wien, Magistratsdirektion	Anforderung über Leitstelle der Berufsrettung, Rettungsorganisationen, Polizei, Feuerwehr	x	Akutbetreuung von Betroffenen, Angehörigen, AugenzeugInnen bei außerordentlich belastenden Ereignissen; Anforderung über die Leitstelle der Berufsrettung durch Rettungsorganisationen, Polizei, Feuerwehr.	https://www.wien.gv.at/menschen/sicherheit/krisenmanagement/akutbetreuung/index.html
	Psychiatrische Soforthilfe	Psychosozialer Dienst (PSD)	Telefonisch 24/7 erreichbar, mobiler psychiatrischer Krisendienst wochentags 8-16h und Fr 20h – So 20h.	x	Verbund aus Sozialpsychiatrischen Notdienst, Mobilen Psychiatrischen Krisendienst und der Psychosozialen Information im Rahmen des PSD; Beratung und Information für Betroffene und Angehörige, psychiatrische Akutintervention und Medikamentation. Versteht sich als Clearingstelle bei komplexen Problemlagen.	https://www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/soforthilfe.html

⁹¹ Einrichtungen zur Psychotherapievermittlung, die keine Beratung/Behandlung anbieten, sind nicht gelistet. Suchtspezifische Einrichtungen sind im Kapitel Sucht gelistet. Für den Bereich telefonischer psychosozialer Helplines verweisen wir auf die Forschungsarbeit von Zahorka 2016.

Beratungsstellen für psychische Belastungssituationen, Krisen	Sozialpsychiatrischer Notienst	Psychosozialer Dienst	Telefonisch 24/7 erreichbar; Persönlich am Standort in 1060 Wien		Bietet Beratung und Information für Betroffene und Angehörige, psychiatrische Akutintervention und Medikamentation. Versteht sich als Clearingstelle bei komplexen Problemlagen.	www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/sofort-hilfe.html
	Kriseninterventionszentrum	Kriseninterventionszentrum	Telefonisch Mo - Fr 12h - 16h; Persönlich Mo - Fr 10h - 17h; Per Email		Beratung in Krisen und Belastungssituationen für Betroffene, Angehörige und MitarbeiterInnen von psychosozialen Einrichtungen mit KlientInnen in akuten Krisensituationen; Angebot Erstgespräch und Beratung sowie therapeutische und medikamentöse Behandlung; Paar- und Familienberatung, Sozialberatung und Weitervermittlung.	www.kriseninterventionszentrum.at
	FEM – Frauengesundheitszentrum	Institut für Frauen- und Männergesundheit	Telefonische Terminvereinbarung Mo - Do 9h - 15h; Fr 9h - 12h		An zwei Standorten wird bei FEM, FEM Elternambulanz und FEM Süd Beratung, Unterstützung und Kursangebote für Frauen, Mädchen, Eltern in unterschiedlichen Lebenslagen zu unterschiedlichen Themen und bei allgemeinen psychischen Belastungen. Angebot teils mehrsprachig.	www.fem.at/FEM/fem.htm
	MEN – Männergesundheitszentrum	Institut für Frauen- und Männergesundheit	Terminvereinbarung telefonisch Mo, Mi, Do 9h - 13h, oder per Email		Beratung, Therapie und Workshops für Männer, Väter, Burschen, insbesondere zu Themen und Bereichen mit Gesundheitsrisiko, insb. für sozial benachteiligte Gruppen. Mehrsprachige Beratung.	www.men-center.at
	Erste Klinisch-psychologische Ambulanz	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen BÖP	telefonische Terminvereinbarung		Kostenlose Beratung und Begleitung durch klinische PsychologInnen in psychischen Belastungssituationen	www.psychologie-ambulanz.at
	SFU Ambulanz	Sigmund Freud Privat Universität Wien	Persönliche Vorsprache Mo-Do 9 - 20, Fr 9 - 13Uhr		Psychologische Behandlung, Diagnostik, Beratung sowie themenspezifische Ambulanzen (Messie, Gedächtnis, Kinderpsychologie, Forensik, Mensch-Tier, Bipolarität). Behandlungskosten einkommensabhängig gestaffelt.	https://ambulanz.sfu.ac.at/de/psychologie-universitaetsambulanz/
	Psychotherapeutische Ambulanz	ÖAAG	Clearinggespräch nach telefonischer Terminvereinbarung		Kostenlose bzw. einkommensabhängig gestaffelte Therapieangebote (Gruppen-, Einzel-, Paar-, Familientherapie).	https://pt-ambulanz.at/
Psychische Erkrankung	Psychiatrische Ambulanzen Allgemeines Krankenhaus	Allgemeines Krankenhaus	Hauptambulanz Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie Mo - Fr 8 - 14Uhr mit Überweisung; Notfallambulanz Mo - Fr 14 - 8 Uhr, Sa, So, feiertags 24/7		Notfallambulanz und Ambulanz für ambulante Behandlung, Spezialambulanzen für spezifische Krankheitsbilder, ambulante und stationäre Angebote, Diagnostik und Behandlung.	www.psychiatrie.meduni-wien.ac.at

Psychiatrische Abteilung, Psychotherapiestation und Psychotherapeutische Tagesklinik Otto-Wagner-Spital	KVA	Erstgespräch nach Zuweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung und auf eigenen Wunsch	x	Psychiatrische Ambulanzen für 1., 5. - 9., 17. - 19., 20. - 21. Bezirk, Psychotherapiestation und Psychotherapeutische Tagesklinik, in Erstgespräch Abklärung der geeigneten stationären, ambulanten oder extramuralen Behandlung bzw. Betreuung	http://www.wienkav.at/kav/ows/
Psychiatrische Ambulanz und Psychiatrische Abteilungen Sozialmedizinisches Zentrum Süd	KVA	Erstbegutachtung und Krisenintervention, wenn extramurale Einrichtungen nicht verfügbar sind; Mo - Fr 8 - 12:30 Uhr		Psychiatrische Ambulanz für Krisenintervention und Erstbegutachtung wenn extramurale Einrichtungen nicht verfügbar sind sowie stationäre Behandlung	http://www.wienkav.at/kav/kfj/
Allgemeine Psychiatrische Abteilung Rudolfstiftung	KAV	Überweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung		Allgemeine Psychiatrische Abteilung mit Therapiezentrum für psychische Krisen und Erkrankungen, stationäre, halbstationäre und ambulante Behandlung und Betreuung	http://www.wienkav.at/kav/kar/medstellen_anzeigen.asp?ID=3329&txt=TRUE
Psychiatrische Ambulanz und psychiatrische Abteilung Sozialmedizinisches Zentrum Ost Donaupital	KAV	PatientInnen aus 2., 22., Bezirk, Zuweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung		Akutpsychiatrische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Station, u.a., für Notfälle und Behandlung nach Zuweisung	http://www.wienkav.at/kav/dsp/medstellen_anzeigen.asp?ID=79
Psychiatrische Abteilung Krankenhaus Hietzing	KAV	PatientInnen aus dem 12., 13., 23. Bezirk, Zuweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung.		Stationäre Psychiatrie für 12., 13., 23. Bezirk, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Peripartambulanz, Akut- und Sozialpsychiatrie, Tagesklinik, Therapiezentrum.	http://www.wienkav.at/kav/khr/medstellen_anzeigen.asp?ID=3480
Ambulanzen für Psychische Gesundheit in den Gesundheitszentren der WGKK	WGKK	Telefonische Terminvereinbarung		Psychiatrische Beratung und Behandlung und psychotherapeutische Behandlung nach Terminvereinbarung in drei Gesundheitszentren der WGKK. Wartezeit: psychiatrische Behandlung 1-4 Monate; Psychotherapeutisches Erstgespräch 3-6 Monate, Behandlungsplatz aktuell 2 Jahre.	https://www.wgkk.at/cdsc/content/?contentid=10007.747566

	Sozialpsychiatrische Ambulatorien des Psychosozialen Dienstes (PSD)	PSD	Telefonische Terminvereinbarung erbeten, akute Krisenintervention nach Möglichkeit		8 Sozialpsychiatrische Ambulatorien mit Bezirkszuständigkeit für psychisch kranke Erwachsene, psychologische Diagnostik, Behandlung und ambulante Betreuung, Koordination medizinischer und sozialer Unterstützungsleistungen. 5 Spezialambulatorien für Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Tagesklinik, Psychotherapie und Tageszentrum für Borderlinestörung, psychiatrische Frührehabilitation und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum.	https://www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/ambulatorien.html
	Psychiatrische Soforthilfe	Psychosozialer Dienst (PSD)	Telefonisch 24/7 erreichbar, Mobiler psychiatrischer Krisendienst wochentags 8-16h, Fr 20h – So 20h verfügbar:	x	Verbund aus Sozial-psychiatrische m Notdienst, mobilem psychiatrischen Krisendienst und der Psychosozialen Information im Rahmen des PSD; Beratung und Information für Betroffene und Angehörige, psychiatrische Akutintervention und Medikamentation. „Clearingstelle“ für komplexen Problemlagen.	https://www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/soforthilfe.html
Mobil-, voll-/ teilbetreutes Wohnen	FSW Pflege und Betreuung	FSW und diverse Trägerorganisationen	Telefonischer Kundendienst täglich 8-20h, persönlich in Beratungszentren.	x	Telefonische Erstberatung bei Bedarf mit Hausbesuch zur Abklärung des Unterstützungsbedarfs. Zielgruppe Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf. Beratung kostenlos, Betreuungsangebote einkommensabhängig gestaffelt.	https://www.fsw.at/p/pflege-betreuung
	Verschiedene Organisationen, Bewilligung durch FSW Behindertenhilfe	FSW und diverse Trägerorganisationen	Telefonischer Kundendienst täglich 8-20h, persönlich in Beratungszentren.		Zielgruppe Menschen mit Pflege-/Betreuungsbedarf auf Grund psychischer Erkrankung. Telefonische und persönliche Beratung durch FSW KundInnentelefon, Leistungen durch verschiedene Trägervereine, auf Antrag bei Bewilligung nach Begutachtungsverfahren.	www.fsw.at/p/behinderung Liste Anbieter: www.fsw.at/downloads/broschueren/behinderung

Tabelle 19: Überblick Angebote für psychische Erkrankung und Krise in Wien. Quelle Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.

3.12.4 Ergebnisse und Empfehlungen: Gute Angebote, mangelnde Ressourcen

Im Rahmen unserer Forschung konnten für den Bereich psychische Erkrankung und Krise in Wien interessante Schlussfolgerungen gezogen werden. Im Zuge der Auswertung der ExpertInnen-Interviews wurden zunächst Kategorien gebildet, die häufig genannte Themenbereiche, Problemstellungen und Empfehlungen zusammenfassen. Auf Basis der Aussagen fassen wir die zentralen Ergebnisse in den Kategorien „PSD“, „FSW“, „Drehtüreffekt“, „Niederschwellige psychosoziale Angebote“ und „Zugängliche Psychotherapie“ zusammen. Bezüglich des Phänomens „Drehtüreffekt“, welches einen zentralen Faktor unserer Ausgangslage bildet, wurden wichtige Erkenntnisse gesammelt, die für bessere Übersichtlichkeit schematisch dargestellt werden.

Vorab ist festzuhalten, dass der Zugang zu Angeboten sowohl durch schlechte Übersichtlichkeit als auch durch Ressourcenmangel erschwert wird. In Belastungssituationen eine geeignete Unterstützung zu finden, kann selbst eine große Belastung darstellen. Der als zentrale Clearingstelle konzeptionierte PSD reagiert laut unseren Ergebnissen etwas unberechenbar auf Anfragen.⁹² Dies ist als äußerst problematisch zu werten und sollte dringend verbessert werden.

3.12.4.1 Der Psychosoziale Dienst: „Gibt es den mobilen Krisendienst?“

1979 im Zuge der österreichischen Psychiatriereform entstanden, bietet der PSD heute acht regionale sozialpsychiatrische Ambulatorien mit ambulanter Behandlung, fünf spezialisierte überregionale Behandlungseinrichtungen, einen telefonisch 24h erreichbaren Sozialpsychiatrischen Notdienst und daran angeschlossen einen mobilen Krisendienst. Weitere Tätigkeiten sind Angehörigenberatung und Liaisonsdienste in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, Schulungen und Vernetzungstätigkeiten (vgl. Interview PSY1: 48-63, PSD 2019). Mit dem PPV 2030 wird die zentrale Rolle des PSD weiter gestärkt, er und der KAV wurden mit der Erstellung des Rahmenplans beauftragt und sollen die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung zukünftig in enger Kooperation ambulant und stationär sicherstellen (vgl. APA-OTS 2018).

In unseren Interviews zeigte sich, wie auch von Bastecky et al festgestellt (vgl. Bastecky et al 2016: 83f), dass das Angebot des PSD zwar als gut, aber durch erhebliche Ressourcenknappheit gekennzeichnet wahrgenommen wird. Der mobile Krisendienst – der wochentags 8 – 16h und Freitag 20h – Sonntag 20h verfügbar sein sollte (PSY1: 18-20) – wurde von vielen InterviewpartnerInnen als kaum je verfügbare Ressource bezeichnet.

„Ja, da müssen’s ein Glück haben, wenn’s anrufen und sagen: „Da steht schon jemand mit der Schlinge übern Kopf auf der Brücke und will springen“. Die haben ja nicht die Ressourcen.“ (GES2: 84)

Die mangelnde Verfügbarkeit wurde sowohl im Wohnungslosen- und Flüchtlingsbereich (Ges2:84; Mig1:10–14; Wh1:62, 84), im Bereich betreutes Wohnen (Psy3:3; Wh2:62) und auch vom PSD selbst konstatiert⁹³, wobei FachärztInnenmangel und fehlende Personalaufstockung als Problem genannt wurden (Psy1:137; Psy4:173–183). Ein langjähriger Mitarbeiter der Rettung und eine langjährige Mitarbeiterin mobiler Sozialarbeit im betreuten Wohnen, die davor im sozialpsychiatrischen Bereich tätig war, wussten nicht einmal, dass es das Angebot gibt (Ges4:76; Wh2:62). Ein leitender Sozialarbeiter der MA40 berichtete hingegen von sehr guten Erfahrungen in seiner früheren Tätigkeit bei INDIBET, auch eine Sozialarbeiterin des PSD Gerontopsychiatrischen Zentrums bezeichneten das Angebot als sehr gut (Fin1:109–

⁹² Siehe die Ausführungen unten.

⁹³ Von PSD-MitarbeiterInnen gab es gemischte Aussagen, während der Leiter des Psychosozialen Informationsdienstes nur Personalmangel konstatierte, aber die Ressourcen für ausreichend befand, meinte eine Konsiliarpsychiaterin, dass ein Ausbau mobiler Angebote nicht schaden würde, eine Sozialarbeiterin des Gerontopsychiatrischen Zentrums meinte hingegen, dass es starken Bedarf an mobilen Ressourcen gibt (Psy1:119, 137; Psy2:62; Psy4:175–177).

115; Psy4:104–105). Letztere merkte jedoch an, dass sowohl in Bezug auf das mobile als auch das ambulante Angebot die persönlichen Kontakte hilfreich seien (Psy1:107).

Bezüglich der PSD-Ambulatorien, die für ambulante Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zuständig sind, zeigte sich ein sehr gemischtes Bild. Immer wieder wurde ausgesagt, dass die Qualität der Zusammenarbeit regional sehr unterschiedlich und von der jeweiligen Leitung abhängig sei (Fin1:109; Psy3:118–138), eine Mitarbeiterin des FSW BZP sprach diesbezüglich gar von einer „Gradwanderung“ (PflA1:125). Es wurden aber auch zufriedenstellende Erfahrungen berichtet (Fin1:109–115; Mig1:14; Psy4:107; Wh2:28).

Der Leiter des PSD PsychoSozialen Informationsdienstes nannte einen wohl zentralen Grund für den Ressourcenmangel und die teils mangelhafte Qualität des Angebots, so hätte der PSD seit zehn Jahren einen gleichbleibenden Personalstand trotz einer Leistungssteigerung von 50 Prozent (Psy1:163). Er räumte auch ein, dass die regionalen Ambulatorien die ihnen unter anderem zugedachte Aufgabe akuter Krisenintervention daher de facto nicht erfüllen könnten – sie hätten sich zu reinen „Terminambulanzen“ für bestehende KlientInnen entwickelt (ebd.:165). Dieses Problem sei bekannt und es werde an Lösungen gearbeitet, unter anderem indem an der Verhandlung neuer Leistungsverrechnungsverträge mit den Krankenkassen gearbeitet wird⁹⁴ (ebd.:165–167).

Sowohl in unseren Interviews als auch in persönlichen Erfahrungsberichten wurde vielfach berichtet, dass der Umgang mit Anfragen von jeweils diensthabenden MitarbeiterInnen und regionalen Leitungspersonen abhängt (Ges2:84; Mig1:10–14; Psy3:130; Wh1:62, 84). Nicht nur weisen die Ambulatorien wie dargestellt akute Anfragen aus Ressourcenmangel ab, auch die rund um die Uhr telefonisch erreichbare Psychiatrische Soforthilfe wurde teils als unfreundlich und abweisend beschrieben (Fin1:109–111; Psy1:161–165; Psy3:118–138; Psy4:173–183). Das kann in Anbetracht dessen, dass der PSD als zentrale Clearingstelle konzipiert ist, als äußerst problematisch beurteilt werden. Menschen in psychischen Belastungssituationen, die akute Unterstützung suchen, sollte diese Unberechenbarkeit und ein abweisender Umgang nicht zugemutet werden.

In Anbetracht des einleitend dargestellten Konzepts des PPV 2030 kann zwar davon ausgegangen werden, dass sich die Situation langfristig zumindest teilweise verbessern wird – bleibt nur abzuwarten wann und in welcher Form. Im Rahmen des Projektplans ist jedoch für die Übergangszeit vorerst keine konkrete Aufstockung des PSD geplant, auch wenn das laut Projektkoordination sinnvoll wäre (P3). In Anbetracht steigenden psychosozialen Unterstützungsbedarfs sind die anberaumten zehn Jahre bis zur Umsetzung als nicht genügend zu bewerten, sofortige Maßnahmen zur Verbesserung der Situation sind zu empfehlen.

⁹⁴ Ziel ist die Abrechnung tatsächlicher Leistungen pro KlientIn anstatt pauschaler Abgeltung (Psy1:165).

3.12.4.2 Der Fonds Soziales Wien: Abteilung Pflege und Betreuung

Die Abteilung Pflege und Betreuung des Fonds Soziales Wien bietet sehr umfassende, teils nachgehende und mobile, niederschwellige und auch akut verfügbare Angebote an, wie im Kapitel Alter & Pflege ausführlich dargestellt wird. Da die Angebote auch für Menschen mit Betreuungsbedarf auf Grund psychischer Erkrankung gelten, gehen wir auch in diesem Kapitel darauf ein.

Über die täglich bis 20 Uhr telefonisch erreichbare KundInnenberatung können Beratungstermine in einem der fünf Beratungszentren oder bei Bedarf auch Hausbesuche vereinbart werden, bei denen Pflege- und Betreuungsbedarf erhoben und gegebenenfalls organisiert wird. Bei Bedarf wird sozialarbeiterische Unterstützung für bis zu einem Jahr vermittelt. Der FSW wird dabei nicht nur auf persönliche Anfrage hin tätig - die Abteilung Pflege und Betreuung wird von Krankenanstalten informiert, wenn nach einem stationären Aufenthalt Pflegebedarf besteht und wird auf Meldung von Angehörigen, besorgten NachbarInnen, Bezirken, Gesundheitsämtern, und anderen Institutionen wie der MA40 (Fin1:99–106), dem PSD (PflA1:131; Psy2:16) und der Polizei (PflA1:282–284) aktiv.

Dass der FSW dabei auch Menschen mit psychischer Erkrankung betreut, ist zwar auch nach eigener Einschätzung wenig bekannt, soll aber durch Vernetzung und im Rahmen von Ausbildungen verstärkt verbreitet werden (ebd.:286). Die mangelnde Bekanntheit ist als Problem zu sehen – in seiner Öffentlichkeitsarbeit wird auf ältere Personen fokussiert, obwohl Betreuungsbedarf auf Grund psychischer Krankheit jede Altersgruppe betrifft. Vermittelt werden jedenfalls Heimhilfen, sozialarbeiterische Betreuung, voll- und teilbetreute Wohnangebote, sozialpsychiatrische Heimhilfen, Hauskrankenpflege, Besuchsdienste, Alltagsbegleitung zur Entlastung von Angehörigen, MIK (mobile individuelle Krankenpflege) sowie Sonderreinigung und Entlassungsvorbereitung nach stationärem Aufenthalt (ebd.:117–224). Der FSW kann auch tätig werden, wenn ein psychosozialer/psychiatrischer Betreuungsbedarf vorzuliegen scheint, eine Vermittlung zum PSD aber abgelehnt wird. In solchen Fällen findet sozialarbeiterische Betreuung statt (ebd.:47; Psy2:16). Die Beratung ist prinzipiell kostenlos, Pflege- und Betreuungsleistungen werden einkommensabhängig verrechnet.

Das Angebot des FSW BZP ähnelt damit sehr dem in unserem Forschungsprojekt angedachten mobilen Team - tatsächlich meinten mehrere InterviewpartnerInnen, dass es mit den FSW-Einrichtungen in Wien ein solches, noch dazu sehr gut funktionierendes, Angebot bereits gäbe (Fin1:86–96; Psy2:18, 62). Eine genaue Darstellung auch der Probleme des Angebots findet sich im Kapitel Alter & Pflege.

3.12.4.3 „Drehtüreffekt“: Wenn Menschen immer wieder kommen

Besonders erkenntnisreich waren die Aussagen in Bezug auf ein Phänomen der Ausgangslage unseres Forschungsprojekts, das als „Drehtüreffekt“ beschrieben wird. Unsere Ergebnisse bestätigen die von Bastecky et al festgestellte Annahme, dass es sich bei den betroffenen Menschen hauptsächlich um psychisch Kranke handelt, die teils eine Behandlung ablehnen (Bastecky et al. 2017:51f). Ein zentraler Faktor bei dem Phänomen scheint mangelhaftes Aufnahme- und Entlassungsmanagement zu sein, da

mehrfach konstatiert wurde, dass Menschen in akuten Belastungssituationen und auch psychotischen Krisen nicht aufgenommen oder nach kürzester Zeit wieder entlassen werden (s.u.). Es fanden sich aber auch überraschende Sichtweisen und produktive Lösungsansätze. In Folge werden die zentralen Ergebnisse zunächst beschrieben und dann schematisch entlang der Kategorien System – Individuum – Problem/Ursache – Lösung dargestellt.

Als zentrale Aspekte des Phänomens lässt sich zusammenfassen, dass es sich bei den betroffenen Menschen mehrheitlich um psychisch Kranke, teils „krankheitsuneinsichtige“⁹⁵ und behandlungsablehnende Menschen handelt, und dass im Bereich der stationären Aufnahme und Entlassung sowie der Kooperation mit dem ambulanten Bereich starke Mängel bestehen (Fin1:40, 81–86; Psy1:39–41; Psy2:52).

Als wichtiger Aspekt wurde angemerkt, dass der „Drehtüreffekt“ als normaler Bestandteil eines Krankheitsbildes gesehen werden kann (ebd.:52). Diese Sichtweise scheint uns einen produktiven Perspektivenwechsel zu ermöglichen, da das Phänomen damit nicht als Problem an sich, sondern als Teil einer Lösung zu sehen ist. Dies wurde auch darin deutlich, dass zwei MitarbeiterInnen der MA40 das Phänomen als Möglichkeit sahen, auf Menschen mit Unterstützungsbedarf aufmerksam zu werden (Fin1:57). Diese Sichtweise ist unseres Erachtens von zentraler Bedeutung. Eine langjährige Psychiaterin des PSD wies darauf hin, dass es sich um „bestimmte Gesetzmäßigkeiten“ handle, von denen sich die involvierten Institutionen nicht beirren lassen sollten – anstatt eine nochmalige Aufnahme als vergebens anzusehen sollte man verständnisvoll, geduldig und respektvoll mit dem Phänomen und den betroffenen Menschen umgehen (Psy2:52).

„Und das interessiert mich nicht, ob der vorher gefährdet war oder wann das ist. Das ist eine sekundäre Sache, es geht ums Hier und Jetzt. Ich denk, dass wird einfach falsch gemacht und klar, die Rückmeldungen, die man dann kriegt von der Polizei oder vom Krankenhaus oder auch von der Rettung, manchmal sind die Rettungsfahrer auch mutlos, weil vielleicht kennen sie den schon, weil man hört dann: „Ja, da waren wir eh schon 100 Mal“. Alles habe ich schon gehört, aber das darf nicht irritieren und man muss sich auch vor Augen führen, dass das bei psychisch kranken Menschen einfach so läuft. Und wenn man diesen Zugang wählt, dann bleibt man ja auch geduldig. Und wenn man alle Institutionen dafür gewinnen könnte, diese Geduld an den Tag zu legen, müsst man sich weniger ärgern.“ (Psy2:52)

Die Psychiaterin forderte mehr Respekt im Umgang mit Betroffenen und gegenüber anderen Einrichtungen durch alle involvierten ProfessionistInnen ein (ebd.).

⁹⁵ Der Begriff „krankheitsuneinsichtig“ ist sehr problematisch, da er den betroffenen Individuen ihre Selbstwahrnehmungskompetenz und Definitionsmacht abspricht. Korrekter wäre eine Formulierung, die das Vorhandensein unterschiedliche Wahrnehmungen des Zustandes beziehungsweise des Problems beschreibt. Wir begnügen uns hier aus Platzgründen mit einer Vermeidung des in den Interviews häufig genannten Begriffs und einer Setzung unter Anführungszeichen, um zu kennzeichnen, dass er kritisch zu hinterfragen ist.

Der zweite zentrale Aspekt liegt nach unseren Ergebnissen an strukturellen Mängeln im Aufnahme- und Entlassungsmanagement und in der Koordination zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie zwischen Polizei – Justiz – Psychiatrie in der Umsetzung des Unterbringungsgesetzes. Eine der häufigsten Aussagen war das Problem, dass Menschen im stationären Bereich nach ein paar Stunden wieder entlassen oder gar nicht erst aufgenommen werden (Ges1:41; PflA1:264; Psy1:80–86; Psy2:52; Psy3:150; Psy4:117–119).

Josef Schörghofer, ein jahrzehntelanger, leitender Mitarbeiter des PSD drückte das sehr deutlich aus:

„Weil derzeit ist es so, dass die Menschen hoch-schwerkrank oder mit schwersten Störungen stationär kommen, und „anbehandelt“, schwer krank, schwer gestört, zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen werden. Das hat überall dort Sinn, wo es ein noch halbwegs funktionierendes soziales Umfeld gibt – [dann] ist das sicher gut, weil man nicht hospitalisiert wird [...]. Aber, gerade bei diesen extrem brüchigen Existenzlagen, [...] führt es eben zu Drehtüreffekten.“ (Psy1:96)

Eine Lösung sah er darin, die Möglichkeiten des Unterbringungsgesetzes in manchen Fällen mehr auszuschöpfen und längere Aufenthalte zu erwirken (PYS1: 96). Diese Aussage ist in Bezug auf die Gefährdung des Selbstbestimmungsrechts auch kritisch zu sehen (siehe dazu die Ausführungen in Bastecky et al. 2017:80f). Andererseits wurde in mehreren Interviews darauf hingewiesen, dass bei einzelnen Menschen mit Gefährdungspotential in der aktuellen Situation das Problem besteht, dass man quasi „darauf warten“ müsse, dass eine strafrechtlich relevante Handlung gesetzt werde und man nur hoffen könne, dass professionelle Menschen vor Ort seien und niemand zu Schaden komme (Psy2:90; Wh1:54).

„Also da denke ich mir, da müssen wir jetzt einmal, auch ein bisschen in Diskussion jetzt mit der Justiz gehen und mit dem stationären Bereich, weil gerade mit so hochpsychotischen Menschen, die nicht, nicht ausreichend behandlungswillig sind, sind so kurze Unterbringungen sinnlos [- -]. Wenn man zynisch ist, kann man sagen, in solchen Fällen kann man nur warten, bis jemand im Rahmen seiner Psychose eine Straftat begeht, die mit einer Strafe von mehr als einem Jahr bedroht ist, um dann in der Forensik zu landen - das muss es nicht sein aus meiner Sicht.“ (Psy1:90)

Schörghofer wies aber auch darauf hin, dass seiner Ansicht nach ausschließlich soziale Faktoren Ursache des „Drehtüreffekts“ seien, Zwangseinweisung sah er keinesfalls als generelle Lösung. Man müsse konsequenterweise an der sozialen Ebene, an den Lebensführungssystemen der Betroffenen ansetzen, um ihnen nachhaltig zu helfen und das Phänomen zu verhindern.

„Also klar, dass die F6 Diagnosen, also Persönlichkeitsstörungen, dass die vielleicht überrepräsentiert sein werden, das schon, aber sonst glaube ich, dass da keine Prädiktoren sind, die mit der Schwere der Erkrankung, sondern eher soziale Faktoren. [Das Phänomen kann

verhindert werden, indem man] auf die soziale Ebene genauer hinschaut und schaut wie weit kann ich da in den Lebensführungssystemen der einzelnen Patienten, wie weit kann ich da klinisch-sozialarbeiterisch einwirken, dass da es zu einer besseren Stabilisierung kommt. Dass diese chronischen Konfliktfälle in den Lebensführungssystemen der einzelnen Menschen, dass man da ein Stück weit deeskaliert und stabilisiert. Um da dann dieses Phänomen ein Stück weit besser in den Griff zu bekommen.“ (Psy1:39 – 41)

Ein nachhaltiger, sozialarbeiterischer Ansatz wurde auch von Marc Hermann, einem leitenden Mitarbeiter der MA40, als Lösung genannt. Zentral sei im Umgang mit Betroffenen Beziehungsarbeit.

„Da glaube ich hilft nur ein sehr nachgehender Ansatz, ja? [...] Also das ist auch meine Erfahrung, dass man diese Menschen nur erreicht, indem man, ich möchte fast sagen penetrant nachgehend, über einen längeren Zeitraum, und auch versucht mit ihnen zu erarbeiten, was sie davon haben, wenn sie einer Betreuung oder Begleitung, wie auch immer man das nennen will, zustimmen, ja, oder sie zumindest im kleinen Rahmen auch annehmen können, ja.“ (Fin1: 72-74)

Zentral ist hierfür einen Rahmen zur Verfügung zu stellen, der genügend Zeit für Beziehungsarbeit und Ressourcen für individuelles, klientInnenorientiertes Vorgehen ermöglicht (Fin1:78). Er sprach sich für ein multiprofessionelles, nachgehendes Angebot mit Fachkräften sozialer Arbeit und Bezugsbetreuung aus, merkte aber auch an, dass es ein solches Angebot bereits beim FSW gäbe (ebd.:76, 86–92, 99–106). Von Seiten des FSW und des PSD wurde ebenfalls angemerkt, dass die Vermittlung an das FSW BZP in Fällen behandlungsablehnender, womöglich psychisch kranker Menschen gut funktioniere (PflA1:27–37, 97; Psy2:18, 62). Der FSW wird dabei auch auf Meldung von anderen Institutionen oder NachbarInnen nachgehend tätig (Fin1:64, 76, 86–92, 99–106; PflA1:27–31; Psy2:2).

In Bezug auf nachgehende Betreuung wurde auch auf die Wichtigkeit von Hausbesuchen als diagnostischem Instrument hingewiesen (Fin1:44–48, 126–130, 141–146; Ges1:41; PflA1:270–272; Wh1:66)⁹⁶. Eveline Hozmüller von der MA40 merkte an, dass Hausbesuche wegen ihrem Kontrollaspekt negativ konnotiert sein, jedoch als zentrales diagnostisches Instrument zur Erfassung von Unterstützungsbedarf und durchaus auch als Serviceleistung zu sehen sein, die zudem Interesse an der/dem KlientIn signalisieren (Fin1:141–146). Der tatsächlich bestehende potentielle Kontrollaspekt von Hausbesuchen ist nicht unproblematisch, diesbezüglich ist auf eine Umsetzung zu achten, die sozialarbeiterische Prinzipien parteilich im Sinne der KlientInnen als Prämisse setzt.

Eine Krankenhaus-Sozialarbeiterin merkte bezüglich sozialer Faktoren an, dass im Entlassungsmanagement mehr Ressourcen für Feststellung der sozialen Umstände und gegebenenfalls Nachbetreuung benötigt wären (Ges1:41).

⁹⁶ Siehe dazu auch die Ausführungen im Kapitel Materielle Grundsicherung.

Bezüglich Aufnahme- und Entlassungsmanagement teilte der langjährig beim PSD tätige Josef Schörghofer mit, dass bei einer Untersuchung kein signifikanter Prädiktor für die Dauer der Aufnahme gefunden wurde, tatsächlich dürfte es rein an der/dem diensthabenden ÄrztIn liegen, ob und für wie lange Betroffene stationär aufgenommen werden (Psy1:80–82). Es wurde auch mehrfach problematisiert, dass eine Aufnahme auf eigenes Verlangen in psychiatrischen Abteilungen sehr schwer zu erwirken ist (ebd.:86; Psy3:184; Psy4:117–119). Auch respektloses Verhalten im stationären Bereich wurde festgestellt (ebd.:117–119).

Schematisch dargestellt lassen sich somit zum Phänomen Drehtüreffekt folgende Aspekte zusammenfassen.

	System	Individuum	Lösung/ produktive Sichtweise
Problem/ Ursache	Involvierte Institutionen (Rettung, Polizei, Krankenhäuser) nehmen Betroffene bei mehrfachen Notrufen nicht ernst. Betroffene werden als „schwierig“ wahrgenommen, tendenziell nicht aufgenommen bzw. rasch entlassen, Nachbetreuung wird vernachlässigt.	Tendenziell behandlungsablehnende psychisch Kranke, „Drehtüreffekt“ als Teil des Krankheitsbildes. Annahme von Unterstützung bei akuter Psychose schwierig, hoher Leidensdruck.	Respektieren, dass es sich um psychische Erkrankung mit bestimmten Gesetzmäßigkeiten handelt. Drehtüreffekt als Teil des Krankheitsbildes. Verständnisvoller, geduldiger und respektvoller Umgang mit Betroffenen zentral. Andocken an Unterstützungssystem braucht Zeit, ist kein Problem, sondern Teil der Lösung. Fokus auf nachhaltigere Behandlung. Drehtüreffekt als Möglichkeit auf Unterstützungsbedarf aufmerksam zu werden.
	Menschen werden nach kurzer Zeit entlassen; Entscheidung über Aufnahme scheint von diensthabenden ÄrztInnen bzw. „Kultur des Hauses“ abhängig.	Menschen verlassen Psychiatrie nach kurzfristiger Stabilisierung oder lehnen Behandlung ab.	Verbesserung Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Erhöhung Kapazitäten. Menschen mit Bedarf verlässlich aufnehmen, nachhaltiger behandeln. Verbesserung Nachbetreuung.
	Unterbringungsgesetz wird mangelhaft umgesetzt. Kooperation stationär – ambulant – Justiz mangelhaft.	Menschen mit Behandlungsbedarf verlassen Psychiatrien nach kurzfristiger Stabilisierung. Menschen werden nicht aufgenommen. Kommunikation zwischen involvierten Institutionen ungenügend.	Im Bedarfsfall Unterbringungsgesetz mehr ausschöpfen. Verbesserung Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Bereich, Polizei und Justiz. Sicherung einer bedarfsgerechten, klientInnen-orientierten, auf Menschenwürde und Selbstbestimmung fokussierten Umsetzung.
	Soziale Faktoren werden zu wenig berücksichtigt. Zu wenig Ressourcen im Entlassungsmanagement.	Tendenziell Menschen mit „brüchigen Existenzlagen“, soziale Faktoren ausschlaggebend.	Berücksichtigung sozialer Faktoren im Aufnahme- und Entlassungsmanagement; Bei Lebensführungssystemen der Betroffenen ansetzen. Hausbesuche als wichtiges diagnostisches Instrument. Nachbetreuung und Kooperation zwischen ambulantem und stationärem, psychiatrischen und sozialen Unterstützungsangeboten verbessern. Angebote mit nachgehender, individueller Unterstützung durch fixe Bezugsperson ausbauen, Beziehungsarbeit zentral.

Tabelle 20: "Drehtüreffekt". Quelle: Interviewergebnisse, eigene Darstellung.

Zusammengefasst zeigen unsere Ergebnisse, dass in Bezug auf das Phänomen „Drehtüreffekt“ einerseits Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie intra- und extramuraler Bereich deutlich besser koordiniert, bedarfsgerechter und klientInnenorientierter gestaltet werden müssen. Auch ohne stationäre Aufnahme sollte Unterstützungsbedarf von PatientInnen erfasst, bei Bedarf Unterstützungsangebote vermittelt und dabei auch soziale Faktoren berücksichtigt werden. Andererseits braucht es Verständnis, Respekt und Zeit – sowohl für Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen.

Zu den festgestellten Lösungsansätzen ist anzumerken, dass einiges davon mit dem PPV 2030 geplant ist. Insbesondere die klare regionale Verantwortlichkeit und ein integriertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement durch MitarbeiterInnen des KAV und des PSD könnte hier nachhaltige, dringend notwendige Verbesserungen bringen. Laut Aussage der Projektkoordinatorin Susanne Schmiedhuber sind Hausbesuche als Instrument eingebunden. Auch die langfristig geplante Einsetzung von multiprofessionellen (*fact*-Teams, insbesondere im Rahmen von Nachbetreuung ist als erfolgsversprechendes Konzept zu nennen (P3). Diese sollen wie erwähnt nach niederländischem und deutschem Vorbild umgesetzt werden⁹⁷. Eine genaue Konzeptualisierung steht allerdings noch aus, weshalb hier nicht näher darauf eingegangen werden kann. Als problematisch zu bewerten ist, dass dabei nur bereits in Unterstützungssystemen angedockte PatientInnen berücksichtigt werden, eine Verbesserung der Versorgungslage wird daher nur in Zusammenhang mit verbessertem Aufnahme- und Entlassungsmanagement erreicht werden. Konkret indem der Unterstützungsbedarf auch nicht stationär aufgenommener PatientInnen systematisch überprüft und entsprechend vermittelt wird.

Es sei noch angemerkt, dass eine grundlegende Änderung des Umgangs mit psychischen Erkrankungen im Sinne der von Mölzer dargelegten alternativen Psychiatriemodelle wünschenswert wären (Mölzer in Bastecky et al. 2017:96ff). Dies ist aktuell jedoch nicht zu erwarten (P3).

3.12.4.4 Niederschwellig verfügbare, mobile Unterstützung für psychische Krisen und Belastungssituationen

Wie bereits erwähnt kann Bedarf an niederschwellig verfügbaren Unterstützungsangeboten für psychosoziale Belastungssituationen konstatiert werden (s.a. die Ergebnisse von ebd.:87ff). Der Begriff „psychosozial“ verweist darauf, dass sowohl psychische als auch soziale Faktoren berücksichtigt werden sollten⁹⁸. Das Angebot sollte im Gegensatz zu dem auf psychiatrisch-medizinische Notfälle ausgerichteten mobilen Krisendienst des PSD auch für Menschen ohne manifeste psychische Erkrankung und bereits vor Notfällen verfügbar sein (Ges4:84; Gew1:127; Poz2:42; Wh2:56–60). Konkret wurde dies für den Bereich familiäre und häusliche Krisen genannt, um frühzeitig Entlastung zu bieten (ebd.:56–60). Weiters genannt wurde Bedarf an Unterstützung oder Alternative für Rettung und Polizei bei Fällen psychischer Akutsituationen und insbesondere Einsätzen nach UbG⁹⁹ - diesbezüglich ist anzumerken, dass der PSD bei einer Aufstockung seiner Ressourcen diesen Bedarf unserer Ansicht nach abdecken könnte.

⁹⁷ Siehe dazu das in den Niederlanden und Hamburg verwendete FACT Manual unter https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf (Veldhuizen, van / Bähler 2013) und die Ausführungen von Mölzer in Bastecky et al (Bastecky et al. 2017:114ff).

⁹⁸ Siehe dazu die Ausführungen zum Begriff in der Einleitung.

⁹⁹ Siehe dazu auch die Ausführungen im folgenden Kapitel „Polizei“.

3.12.4.5 Zugängliche leistbare Therapieplätze

Ein in den Interviews oft genannter und auch in der Literatur konstatiert starker Mangel besteht hinsichtlich zugänglicher und leistbarer Psychotherapie (Ges3:66; Ges4:6; Gew1:48; P1; Psy3:156; Su2:86; Wh3:20, 52). Psychotherapie ist einerseits auf Grund mangelnder Kassenfinanzierung, andererseits durch komplizierten Zugang zu kassenfinanzierten Plätzen eine sehr hochschwellige Leistung (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2010:36f). Dabei kann Psychotherapie Menschen nachhaltig helfen, Lebensgestaltungskompetenzen, Zufriedenheit und Handlungsfähigkeit zu verbessern. Im Gegensatz zu symptombehandelnder Medikation – die durchaus auch wichtig sein kann – wird mit therapeutischer Behandlung an Ursachen gearbeitet und innere Ressourcen gestärkt, wodurch zukünftige Problemlösungsstrategien und Lebensführungskompetenzen nachhaltig verbessert werden können. Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist wissenschaftlich bestätigt, teils ist sie wirksamer als Behandlung mit Psychopharmaka, teils wird eine kombinierte Therapie empfohlen (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2013:7ff).

Eine Studie des Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesens von 2010 empfiehlt diesbezüglich sowohl das Kontingent kassenfinanzierter Plätze zu erhöhen, als auch eine gemeinsame Clearingstelle zu installieren, die den Zugang vereinfacht (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2010:38). Diese Empfehlung ist sowohl laut der Ergebnisse von Bastecky et al, als auch unseren höchst aktuell (vgl. Bastecky et al. 2017:78f).

Es sei hier auch noch einmal auf die von Mölzer in Bastecky et al beschriebenen alternativen Psychiatriemodelle verwiesen, die auf psychotherapeutische Behandlung fokussieren und konsequent systemtherapeutische Prinzipien berücksichtigen (vgl. ebd.:102ff). PatientInnen, ihre Bedürfnisse und Sichtweisen werden im Rahmen eines partizipativen Behandlungsprozesses unter Einbeziehung der Lebensführungssysteme in ihrer Selbstbestimmung gestärkt. Die von Mölzer untersuchten Ansätze weisen „signifikant bessere symptomatische und funktionelle Ergebnisse im Vergleich zur Standardbehandlung, insbesondere eine geringe Hospitalisierungsrate und hohe Integration in bezahlte Arbeit oder Ausbildung“ (Aderhold 2013) auf. Sie wären ein wünschenswertes Ziel struktureller Verbesserungen, das bedauernswerterweise aktuell nicht in Aussicht ist. Vom Projektmanagement des PPV 2030 war diesbezüglich zu hören, dass alternative Psychiatriemodelle und therapeutische Zugänge zwar immer wieder im Gespräch seien, aber im Rahmen des PPV 2030 nicht berücksichtigt werden können. Es gab ein eigenes Projekt der Stadt Wien mit dem KAV für eine verstärkte psychotherapeutische Behandlung und umfassendere Finanzierung mit bereits konkret vereinbartem Pilotprojekt, das jedoch wegen einer Ausgabenbremse des Bundes gestoppt wurde (P3). Die Budgetpolitik der Bundesregierung lässt diesbezüglich leider keine Verbesserungen erwarten. Das ist als äußerst problematisch zu bewerten, für eine langfristig nachhaltige Ressourcennutzung und Kostenreduktion im Gesundheitssystem sollte dringend in präventive Angebote investiert werden (vgl. Schöny 2012:4).

3.12.5 Schlussfolgerungen mobiles Team: Niederschwelliges Angebot für Alle

In Bezug auf den Bedarf an einem mobilen Team für psychosoziale Problemlagen wurden teils widersprüchliche Aussagen getätigt. Vielfach wurde Bedarf bestätigt (Poz1:24, 41; Wh2:62; Wh3:4; Wh4:41, 66), einige InterviewpartnerInnen meinten aber auch, dass es ausreichend Angebote gäbe (Fin1:86–96; Poz2:36; Psy2:18). Mehrfach wurde empfohlen, bestehende Ressourcen zu bündeln und auszubauen und die Schaffung eines zusätzlichen Angebots als eher kontraproduktiv beurteilt (Fin1:86–96, 99–106; Gew1:153–155; Poz2:38).

„Und das ist ja auch eine, wie sagt man da, eine Geschichte unserer Zeit, dass man schnell einmal eine neue Marke produziert, damit man supertoll was präsentiert, aber in Wirklichkeit ist das weit weg von dem, was es eh schon gibt und seit Jahren gut rennt.“ (Gew1:155)

Für den Bereich psychische Erkrankung und Krise lässt sich damit festhalten, dass ein Ausbau und eine Erweiterung der bestehenden Angebote bei gleichzeitiger Verbesserung von Bekanntheitsgrad und Vernetzung sinnvoller scheint, als die Konzeptualisierung eines völlig neuen Angebots. Insbesondere FSW und PSD wurden als bereits bestehende, gut integrierte Angebote genannt. Die Ressourcen der bestehenden Leistungsangebote des PSD sollten dringend aufgestockt werden, damit sie für Bedarfsfälle auch wirklich verfügbar sind – dieser Aspekt wurde besonders deutlich.

Zu empfehlen ist eine Erweiterung der Angebotslage auf ein niederschwelliges mobiles Angebot für psychosoziale Problemlagen, das sowohl für Betroffene als auch Unterstützungssysteme wie betreuende Einrichtungen verfügbar ist und individuell bedarfsorientierte Unterstützung bieten kann (Ges3:74; Gew1:127; Mig1:143–154; Poz1:58; Psy2:70–72; Wh1:78, 94; Wh2:62). Dieses Angebot sollte sich nicht auf bestimmte Zielgruppen und Problemlagen beschränken, um als leicht zugängliche Clearingstelle zu fungieren. Es sollte unabhängig von Aufenthalts- und Versicherungsstatus und Lebenssituation allen in Wien lebenden Menschen zur Verfügung stehen, und zwar bereits vor Notfällen und ohne psychiatrische Diagnosen (Ges3:74; Gew1:127; Psy2:54; Psy3:122; Wh2:72; Wh3:58). Es sollte Möglichkeiten für längerfristige Betreuung oder Weitervermittlung bieten (Fin1:260–264; KiJuFam3:281; Mig1:16, 143–154), multiprofessionell aufgestellt und rund um die Uhr verfügbar sein (Fin1:260–264; Poz1:24, 41; Psy2:54).

Eine Anbindung an bestehende Angebote ist im Sinne der Nutzung von Ressourcen und Vernetzung und einem gut integrierten Schnittstellenmanagements zu empfehlen. Idealerweise sollte es an eine ambulante Clearingstelle, wie sie dem Anspruch des PSD entspricht, angebunden sein. Im Gegensatz zur aktuellen Situation sollte diese jedoch wirklich verfügbar sein und Menschen in unterschiedlichen Belastungssituationen bedarfsgerechte nachhaltige Unterstützung bieten und vermitteln.

Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass im Rahmen des PPV 2030 wie erwähnt auch eine Ausweitung des mobilen sozialpsychiatrischen Angebots (APA-OTS 2018) und langfristig die Konzeptualisierung von *(flexible) assertive community treatment - Teams* geplant sind. Beide werden jedoch eher auf Menschen mit akuten

psychiatrischen Problemlagen und bestehende PatientInnen fokussieren. Unserer Einschätzung nach wird damit zwar ebenfalls bestehender Bedarf gedeckt, niederschwelliger psychosozialer Bedarf jedoch unberührt bleiben. In Bezug auf ein niederschwelliges mobiles Angebot für psychosoziale Krisen ist zu empfehlen, dieses gut an die geplanten Strukturen anzubinden und zu vernetzen.

3.13 Polizei

Sophie Lehner

Die folgenden Unterkapitel greifen die für die Forschungsfrage relevanten Tätigkeiten der Wiener Polizei auf. Der Fokus wird besonders auf die Dienstanweisung des Unterbringungsgesetzes gelegt und die Ergebnisse aus den Interviews werden behandelt.

3.13.1 Polizei als Vernetzungspartner für soziale Einrichtungen

Vor allem auf stark frequentierten Plätzen im öffentlichen Raum agieren nicht nur Streetworkteams, sondern auch die Sicherheitskräfte der Polizei, wodurch diese zu wichtigen VernetzungspartnerInnen werden. Die Vernetzungsarbeit wurde nach dem Vorfall auf dem Brunnenmarkt¹⁰⁰, bei dem eine Frau zu Tode kam, durch Fallkonferenzen intensiviert. Seit 2015 wurden bereits 17 dieser Konferenzen durchgeführt (vgl. Kovar / Landespolizeidirektion Wien 2018). Laut Angaben eines interviewten Beamten ist die Polizei durch den Notruf 133 in über 90% der Fälle als Erste vor Ort (Poz2:10). Sie kann Menschen z.B. in Frauenhäuser oder in die Notquartiere Gruft und U63 weitervermitteln, wo jeweils Polizei- und Rettungsbetten verfügbar sind (Wh3:43–44). Seit 2015 kam es sowohl zu einem Anstieg der Anrufe¹⁰¹ beim Polizeinotruf als auch der darauffolgenden Interventionen. Die Niederschwelligkeit des Polizeinotrufs ist oft auch für Personen, die keine polizeilich zu lösenden Problemlagen haben, eine Anlaufstelle. Ein Extrembeispiel hierfür ist eine demenzerkrankte Person, die in 9 Monaten 43.000 Mal den Notruf getätigt hat (vgl. Kovar / Landespolizeidirektion Wien 2018). Fälle wie dieser führen zur Überforderung von Institutionen. Ein mobiles Team könnte dabei unterstützend wirken.

¹⁰⁰ Im Mai 2016 wurde in Wien am Brunnenmarkt eine Frau von einem paranoid schizophrenen Mann mit einer Eisenstange erschlagen. Obwohl er mehreren Einrichtungen und der Polizei bekannt war, konnten aufgrund der mangelhaften Vernetzung keine vorbeugenden Maßnahmen gesetzt werden (vgl. derStandard 2017).

¹⁰¹ Zu beachten ist, dass bei den eingehenden Anrufen auch jene gezählt wurden, die vom Anrufer, ohne etwas zu sprechen, beendet wurden. Diese werden von Herrn Kovar auf ca. 500–1000 pro Tag geschätzt. (vgl. Kovar / Landespolizeidirektion Wien 2018)

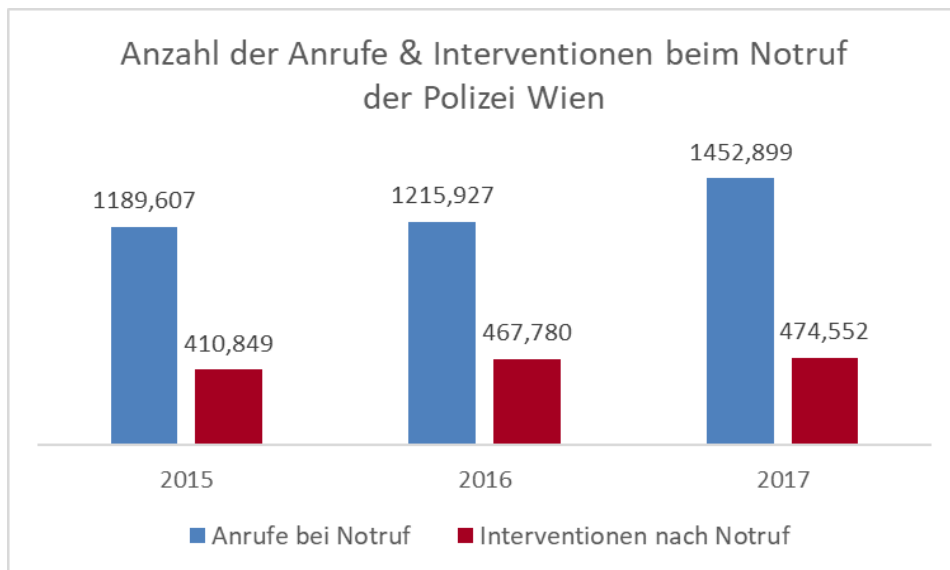


Abbildung 2: Anzahl der Anrufe & Interventionen beim Notruf der Polizei Wien. Quelle: Kovar 2018, eigene Darstellung.

Eine weitere Aufgabe der Polizei ist die Zwangsunterbringung nach dem Unterbringungsgesetz; dabei haben soziale Einrichtungen die Polizei hinzuzuziehen, die, außer bei Gefahr in Verzug, die AmtsärztInnen anfordert.

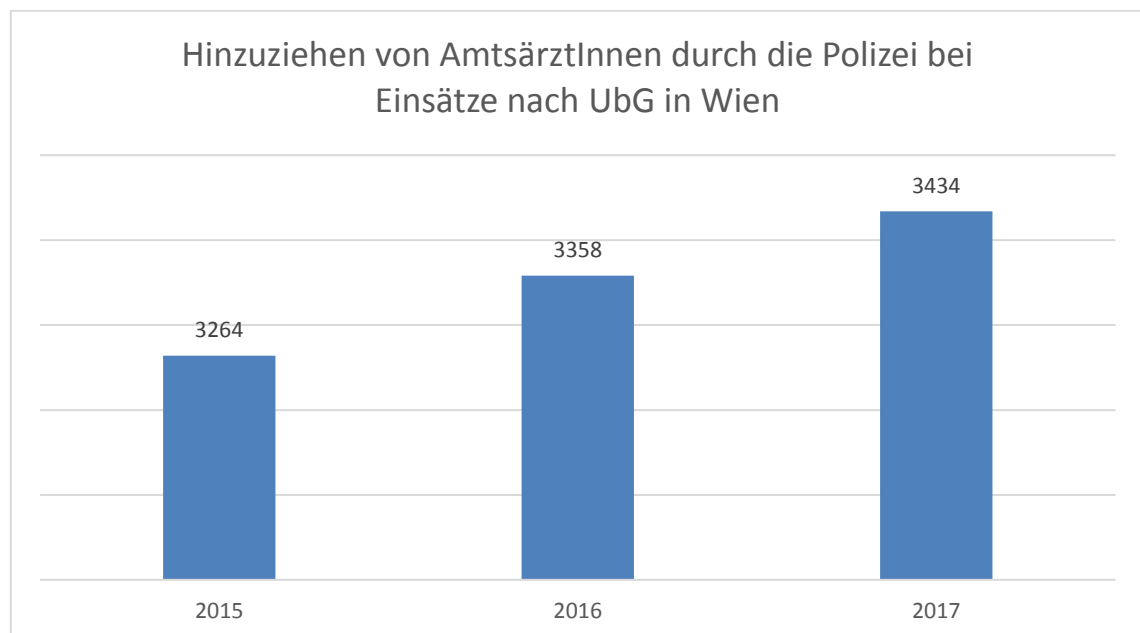


Abbildung 3: Hinzuziehen von AmtsärztInnen durch die Polizei bei Einsätzen nach UbG in Wien. Quelle: (ebd.), eigene Darstellung.

In den letzten Jahren ist es zu einem konstanten Anstieg beim Hinzuziehen von AmtsärztInnen bei Einsätzen nach dem UbG¹⁰² gekommen. Zu beachten ist dabei, dass

¹⁰² Nicht inkludiert sind somit Einsätze bezüglich anderweitiger Aufgaben von AmtsärztInnen.

nicht dokumentiert wird, wie viele dieser Einsätze zu Zwangsunterbringungen, keinen weiteren Maßnahmen oder freiwilligen Unterbringungen geführt haben.

3.13.2 Versorgungslücken: „Jeder soll machen, was er/sie am besten kann.“

Die Interviews haben gezeigt, dass sich die Zusammenarbeit von sozialen Einrichtungen mit der Polizei in den letzten Jahren sehr verbessert hat. Dies bezieht sich jedoch hauptsächlich auf die Führungsebene und die Polizeiinspektionen, die durch den Sicherheits-Jour-Fixe und durch GrätzelpolizistInnen¹⁰³ mit den Institutionen vernetzt sind (Su1:46; Su2:62–68). Auf der Ebene der StreetworkerInnen und PolizistInnen auf der Straße gibt es Verbesserungsbedarf, denn hier kommt es, laut Herrn Tiefenthaler von SAM2, oft zu Vorurteilen von Seiten der PolizistInnen gegenüber den KlientInnen.

„Ich glaub, dass am meisten Potential für Verbesserungen an dieser [operativen, Basis-] Ebene wäre, weil gerade da kommen Vorurteile zum Tragen in der alltäglichen Zusammenarbeit. Da kommen Widerstände zum Tragen. Da merkt man es dann, wenn es den anderen nicht interessiert, dass er gern da ist. Wenn der nicht so viel von der eigenen Arbeit hält, solche Dinge. Da kommt es raus. Auf der Leitungsebene funktioniert es meiner Meinung nach gut, sehr gut.“ (Su1:46)

Dies führt dazu, dass meist, wenn möglich, nur mit bekannten BeamtInnen zusammengearbeitet wird (Su1:38).

Ebenso greift Herr Kovar auf, dass es zwischen SozialarbeiterInnen und PolizistInnen zu Kommunikationsproblemen kommen kann, da die gegenseitigen Erwartungen nicht transparent sind.

„Viele einfach strukturierte auch Führungsverantwortliche, ja auch hohe Führungsverantwortliche glauben Soziale Arbeit/ ein Sozialarbeiter geht hin, redet mit dem und dann rennt das alles wie am Schnürchen. Keine Ahnung von Beziehungsaufbau, keine Ahnung von Parteilichkeit, keine Ahnung von Systematik der Sozialen Arbeit. Aber man erwartet sich etwas von der Sozialen Arbeit. Und dort hakt es dann und wenn man da so unvorbereitet hardcore Sozialarbeiter und hardcore Polizisten – aufeinandertreffen dann boscht es. Ja und das ist nicht notwendig und ja manchmal sind das wirklich ganz einfache Dinge, die erklärt werden/ natürlich eins muss man schon dazu sagen, die Bereitschaft muss auf beiden Seiten sein.“ (Poz1:40)

Die Polizei befasst sich in den letzten Jahren nicht nur mit polizeilichen Themen, sondern auch mit sozialen Problematiken. Wiederkehrende Situationen bieten dann meist den Anreiz der Vernetzung mit sozialen Einrichtungen meint Herr Kovar. (ebd.:29–30; Poz2:18).

¹⁰³ GrätzelpolizistInnen sind für ein bestimmtes Gebiet zuständig; in diesem suchen sie Einrichtungen auf und nehmen sich verschiedener Probleme an (Poz1:12).

„im Vorfeld, wo man dann sagt, wir haben zwar polizeilich keine Aufgabe, wir wissen aber, dass das irgendwann wiederkommen kann. Ja wir sehen auch die Problematik, die zwar keine polizeilich zu klärende ist, aber da sollte man etwas tun.“(Poz1:30)

Hier zeigt sich jedoch eine Lücke in der Ausbildung und Fortbildung der BeamtInnen, da Wissen über die soziale Versorgungslandschaft, das über die Meldepflichten hinausgeht, dem persönlichen Engagement überlassen ist:

„Also dann rufen wir eben jetzt gängig – das, was jeder weiß – Rettung oder Feuerwehr oder auch andere Institutionen, wenn wir, wenn der Kollege das vor Ort weiß.“(ebd.:12)

Dass es hierbei zu einer Intensivierung der Zusammenarbeit beziehungsweise der Kooperation in der Fallübergabe an soziale Einrichtungen kommen sollte, wäre wünschenswert, ist aber derzeit nicht der Fall, denn Polizei und soziale Organisationen haben unterschiedliche Aufträge und Herangehensweisen: Die polizeiliche Tätigkeit setzt sich immer aus Anlass, Aufgabe und gesetzlicher Befugnis zusammen. Ist die gesetzliche Grundlage nicht gegeben, hat die Polizei keine Handlungsgrundlage (ebd.). Unter polizeilichen Aufgaben versteht man Situationen, in denen Störungen des geordneten Gemeinschaftslebens vorgebeugt oder Gefahren beseitigt werden müssen; im äußersten Fall dürfen dafür auch Zwangsmaßnahmen gesetzt werden. (vgl. Stadt Wien o.A.) Soziale Einrichtungen hingegen handeln nach ihrem von den Institutionen definierten Auftrag, bei dem die KlientInnen und die Verbesserung von deren Situation im Mittelpunkt stehen; dabei kommt es meist zu langfristiger Betreuung.

„Die Polizei ist gut, sag ich als Akutmedizin, aber wenn es einmal um langfristige Betreuung geht, äh braucht es so gut wie immer andere Player und wir haben eben mittlerweile seit vielen, vielen Jahren, weil wir ja auch immer versuchen, das weiter auszubauen, wirklich sehr gute Erfahrungen damit gemacht und die Größe habe ich auch, dass ich sage, langfristig waren so gut wie ausschließlich/ also an sozialen Brennpunkten waren es langfristig immer so gut wie ausschließlich externe Maßnahmen, angefangen von städtepolizeilichen Maßnahmen bis hin zu aufsuchender Sozialarbeit, bis hin zu massiver äh Bewerbung von Betreuungseinrichtungen, die dann tatsächlich zu langfristigen, guten Maßnahmen geführt haben.“(Poz2:18)

Es zeigt sich somit, dass die Vernetzung von SozialarbeiterInnen und BeamtInnen, die bei der alltäglichen Arbeit aufeinandertreffen, ausgeweitet werden muss. Dabei ist laut Herrn Kovar zu beachten, dass sich jeweils die passende Profession des konkreten Problems annimmt.

„Man hat halt immer gesagt, jeder soll sich auf das konzentrieren, für was er zuständig ist, für was er professionalisiert ist, was seine Profession ist.“(Poz1:34)

Weiters sollte die Ausbildung der PolizistInnen dahingehend erweitert werden, dass Empathiefähigkeit und das Wissen darüber, in welche Soziale Einrichtungen man Klienten weitervermitteln kann, gegeben sind.

3.13.2.1 Unterbringungsgesetz

Die Interviews haben gezeigt, dass die Polizei von sozialen Einrichtungen meist bei Gewalttaten und Einweisungen nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) gerufen wird (Ges2:34; Su1:38; Su2:62–68; Wh1:40–42; Wh3:36).

„Also größtenteils bei Gewaltsituationen oder psychisch Kranke, die aufgrund ihres Wahns, aufgrund ihrer Psychose, bei uns oft auszucken. Wo wir dann halt teilweise versuchen: Kommen sie ins Krankenhaus? Ja? Nein? Gerade im Rahmen des Streetwork haben wir sehr viel psychisch Kranke, wo es dann Gefährdungsabschätzungen gibt. Wo wir dann schon immer wieder Polizei holen, um zu klären: Liegt eine Gefährdung vor? Wird der Amtsarzt dazugezogen? Ja? Nein? Und da gibt's auch die unterschiedlichsten Erfahrungen. Von sehr nett und völlig dem überfordert.“ (Wh1:40–42)

In den Akutsituationen kommt es zwischen StreetworkerInnen oder Familienmitgliedern und PolizistInnen häufig zu Meinungsverschiedenheiten in der Frage, ob AmtsärztInnen hinzugezogen werden.

„Und es ist dann auch schwierig, weil man mit Angehörigen telefoniert und die dann sagen: Ich habe eh die Polizei schon gerufen, einmal vor 2 Wochen. Und man sagt: 'Sie müssen das wieder tun und wieder tun', und die Überwindung dazu ist eh schon so groß. Aber es gelingt oft erst beim dritten oder vierten Anlauf. Dann versuchen wir aber auch Anleitungen zu geben: 'Wenn die Polizei den Amtsarzt nicht holen will, dann verlangen Sie nach der Dienstnummer, sagen Sie: Ich als Angehörige kann die Verantwortung dafür nicht übernehmen, dass hier nicht etwas passiert. Ich möchte gern, dass Sie mir Ihren Namen und die Dienstnummer [- - -] ' oder den Namen müssen sie, glaube ich, nicht hergeben, aber die Dienstnummer. Weil dann holen sie eher den Amtsarzt, was ja auch wieder keine Garantie ist.“ (Psy4:122–125)

Frau Rittler empfiehlt sowohl sozialen Einrichtungen als auch privaten Personen, die den Einsatz initiiert haben, dass bei Mitnahme der betroffenen Person in die Psychiatrie, Polizei und Rettung nach der genauen Station als auch nach einer Telefonnummer von dieser gefragt werden. Damit kann man die FachärztInnen kontaktieren und sie über die Vorfälle, die zur Zwangseinweisung geführt haben, informieren. (vgl. Rittler 2019)

Die Polizei hat ca. fünf bis sieben Einsätze dieser Art pro Tag, bei denen sie entscheiden muss, ob es zu einer Hinzuziehung der AmtsärztInnen kommt. Neben dem Entscheidungsdruck ist die Gesamtsituation für die Beteiligten psychisch belastend. (Su1:38)

„Und das sind einfach ganz grausige Amtshandlungen, die keinen Polizisten und Polizistin freuen und wo man wirklich auch, und das merkt man auch in den Meldungslegungen, oft sehr danach gelehzt wird, eine Fachkompetenzunterstützung zu haben. Es gibt zwar oberstgerichtliche Entscheidungen, aber Tatsache ist, dass (aus dem) Polizisten oder der Polizistin – auch wenn sie jetzt bei mir Seminare machen – keine Psychiater werden, aber trotzdem entscheiden müssen, ob die Voraussetzungen der Unterbringung da sind.“(Poz1:58)

Die Zwangsunterbringung unterliegt einer gesetzlichen Regelung, die in Verbindung mit einer vertraulichen Dienstanweisung¹⁰⁴ von der Polizei gehandhabt wird; diese wird in den folgenden Kapiteln auf Grund des generellen Mehrwerts genauer behandelt.

3.13.2.1.1 Voraussetzungen nach UbG

Die Unterbringung ohne Verlangen wird von §8 bis §11 des UbG geregelt. Diese Form der Unterbringung ist nur möglich, wenn durch AmtsärztInnen, die von den BeamtInnen angefordert werden, bestätigt wird, dass die Voraussetzungen vorliegen. Liegt jedoch Gefahr im Verzug vor, können die Betroffenen nach § 46 Abs.1 und Abs. 2 Sicherheitspolizeigesetz (SPG) direkt in eine psychiatrische Anstalt verbracht werden. So ist zu handeln, wenn das Warten auf die AmtsärztInnen zu einer Gefahr für Leben und Gesundheit führen könnte. (vgl. Eigner / Landespolizeidirektion Wien 2018:2,9) Die Dienstanweisung schreibt explizit vor, dass in Wien ausnahmslos die AmtsärztInnen, auch PolizeiärztInnen genannt, hinzuzuziehen sind. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Änderungen im UbG §8, die auch die im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden ÄrztInnen einer Primärversorgungseinheit (die nach §8 Abs.7 des Primärversorgungsgesetzes dazu verpflichtet wurden) dazu berechtigt, Einweisungen nach dem UbG anzuleiten, in allen Bundesländern außer Wien gilt¹⁰⁵ (vgl. ebd.:7). Aktuell befinden sich in Wien vier psychiatrische Abteilungen (Otto-Wagner-Spital, SMZ-Ost, Kaiser-Franz-Josef-Spital und Rudolfstiftung). Die Zuständigkeit ist nach der Meldeadresse gerichtet, sollte es diese nicht geben, nach dem Anfangsbuchstaben des Familiennamens (vgl. ebd.:9).

Zur Einschreitung nach dem UbG müssen die im §3 UbG festgelegten Voraussetzungen vorliegen:

*„§ 3. In einer psychiatrischen Abteilung darf nur untergebracht werden,
wer*

*An einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit
sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesund-
heit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und*

¹⁰⁴ Diese und weitere beiliegende Dokumente wurden für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt und sind vertraulich zu behandeln.

¹⁰⁵ Wieso dies in Wien nicht gilt, konnte trotz Nachfragen bei Polizei, MA24 und MA15 nicht gänzlich geklärt werden. Es besteht die Vermutung, dass es noch zu keiner vertraglichen Einigung zwischen Polizei und Primärversorgungszentren gekommen ist (vgl. Kovar / Landespolizeidirektion Wien 2018).

nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.“

3.13.2.1.2 Hinzuziehung von AmtsärztInnen und Verbringung nach UbG

Das Hinzuziehen von AmtsärztInnen ist aufgrund des besonderen Schutz- und Schonungsbedürfnisses gemäß §9 Abs.3 UbG zu bevorzugen. Die Verbringung der Betroffenen zu den PolizeiärztInnen ist nur in Ausnahmefällen erlaubt, nämlich bei unmittelbarer Bedrohung durch Selbst- oder Fremdgefährdung, oder wenn sich der Betroffene zum Zeitpunkt des Ersteinschreitens nicht in einer Unterkunft befindet (vgl. ebd.:4). Im Durchschnitt beträgt die Wartezeit auf die AmtsärztInnen 30 Minuten bis mehrere Stunden. Ein Einsatz nach UbG kann für die Polizei insgesamt drei bis vier Stunden dauern. (vgl.ebd.:19; PflA1: 155–159) PolizeiärztInnen sind keine PsychiaterInnen, sondern z.B. praktische ÄrztInnen mit amtsärztlicher Ausbildung (Psy2:14). Die Zusammenarbeit mit ihnen wird häufig kritisiert; dies hebt auch Frau Ebner vom PSD hervor:

„Also, es gibt den Amtsarzt, der ist von der Polizei, die Kooperation mit den Amtsärzten ist teilweise ausgezeichnet, teilweise auch gar nicht gut. Es sind von unserer Institution immer wieder Bemühungen mit den Amtsärzten gemeinsam eben halt Vereinbarungen zu treffen, aber ja, das mehr, mal weniger funktioniert.“ (ebd.:14–16)

Die Betroffenen sind mit dem Rettungsdienst in die psychiatrische Abteilung zu bringen, ein/e PolizeibeamtIn muss nur dann im Rettungsauto mitfahren, wenn dies vom Rettungsdienst verlangt wird, um gefährliche Angriffe abzuwehren, ansonsten haben die PolizistInnen im Dienstfahrzeug zu folgen (vgl. Eigner / Landespolizeidirektion Wien 2018:10). Die Polizei darf sich erst dann zurückziehen, wenn die Übergabe der Betroffenen an das Anstaltspersonal erfolgt ist (vgl. ebd.:18).

3.13.2.1.3 Alternative Interventionen statt Unterbringung nach UbG:

Laut Dienstanweisung ist bei Behandlungs- oder Betreuungsverweigerung, was in der Regel keinen Hinweis auf eine psychische Erkrankung darstellt, von den AmtsärztInnen nach Möglichkeit die Intervention eines sozialen Dienstes außerhalb einer psychiatrischen Abteilung einzuleiten. Als Behandlungs- oder Betreuungsalternativen werden in der Dienstanweisung als Beispiele der offene Bereich der psychiatrischen Abteilungen, ambulante Behandlung, Versorgung durch einen psychosozialen Dienst oder ÄrztInnen genannt. Falls dies möglich ist, ist auch mit diesen zusammenzuarbeiten (vgl. ebd.:3,7). Dabei obliegen den AmtsärztInnen die Kontaktaufnahme mit den betreffenden Stellen und die Entscheidung über die weitere Vorgangsweise. Handelt es sich um eine Alterspsychose und liegen die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht vor, so wird die Kontaktaufnahme mit dem Sozialnotruf Wien („Pflege und Betreuung zu Hause“) empfohlen (vgl. ebd.:3). Personen, die ihretwegen oder wegen eines psychisch Kranken auf die Dienststelle kommen, um Rat zu suchen, können nach Rücksprache mit dem Amtsarzt an den PSD verwiesen werden, wenn es sich nicht um akute Fälle oder eindeutige Selbst- oder Fremdgefährdung handelt (vgl. ebd.:8). Der

Dienstanweisung liegt ebenfalls eine im Juni 2016 überarbeitete Auflistung von psychosozialen Einrichtungen, sozialpsychiatrischen Ambulanzen, psychiatrischen Abteilungen und anderen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen bei. Als alternative Interventionsstellen werden dabei das Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium mit Tagesklinik im 23. Bezirk, das Geronto - Psychiatrische Zentrum (mit einer veralteten Adresse), das Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderlinestörungen, das Institut für Psychiatrische Frührehabilitation und die Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE) (ebenfalls mit veralteter Adresse) angegeben (vgl. Landespolizeidirektion Wien 2016).

3.13.3 Mobiles Team: Fachkompetente Unterstützung für die Polizei

Im Bereich der Polizei zeigt sich besonders deutlich, sowohl von Seiten der Polizei als auch der sozialen Einrichtungen, dass eine fachkompetente Unterstützung bei Einsätzen nach UbG dringend notwendig wäre. Hierfür könnte ein mobiles Team, das rund um die Uhr erreichbar ist, hinzugezogen werden. Da PolizistInnen und zum Teil auch den AmtsärztInnen eine psychologische Ausbildung fehlt, ist bei der Wahl der Professionen besonders die der PsychiaterInnen zu betonen. (Psy2:14) Eine Andockung eines mobilen Teams mit Psychiater an die Wiener Polizei hätte Vorteile wie z.B. ein Einsatzfahrzeug, ist jedoch abzulehnen, da es damit aufgrund der polizeilichen Grundaufgaben (Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe, Ordnung und Sicherheit, SPG §3) einen anderen Fokus erhalten und die im Team vorhandenen Professionen von ihren ethischen Prinzipien wie Parteilichkeit abhalten würde. Somit ist dies aus sozialarbeiterischer Sicht abzulehnen und stattdessen eine enge Vernetzung zu empfehlen.

Des Weiteren ist eine Konzeptionierung von Institutionen, die statt der Psychiatrischen Abteilung genutzt werden können, anzudenken. Diese könnten freiwillig genutzt werden, um psychotische Schübe in sicherer Umgebung unter Beobachtung zu überdauern. (→ „Psy“)

Akut bedarf es einer Verbesserung der Ausbildung von PolizeibeamtInnen, damit diese die soziale Einrichtungslandschaft zur Vernetzung und Weitervermittlung besser kennenlernen. Um sie dabei ausreichend zu unterstützen, wäre das Einrichten einer Auskunftsnummer anzudenken.

4 Bereichsübergreifende Ergebnisse

4.1 Einleitung

Nachdem die bereichsspezifischen Ergebnisse der erforschten Handlungsfelder dargestellt wurden, folgen nun die bereichsübergreifenden Kapitel. Dabei wird in den nachfolgenden Kapiteln näher erläutert, wie der Prozess mobiler Teams gestaltet werden könnte und welche Ressourcen dafür notwendig wären.

4.2 Prozess

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Aussagen unserer InterviewpartnerInnen zum Thema Prozessgestaltung. Hier werden wir uns mit der Frage beschäftigen, wie AdressatInnen in Kontakt mit sozialen Einrichtungen kommen (können/sollen) und unterschiedliche Formen der Vermittlungsarbeit vorstellen. Außerdem gehen wir auf Fragen der fallspezifischen Vernetzung, der Betreuungsdauer ein. Zu guter Letzt stellen wir unterschiedliche Formen der Betreuung zwischen Akutintervention und langfristiger Betreuung vor.

In all diesen Kapiteln finden sich Empfehlungen für das angedachte mobile Team, die wir auf Basis der von uns geführten Interviews entwickeln konnten.

4.2.1 Der Weg zur Versorgung: Formen von Vermittlung & Zuweisung

Judith Katzlinger

Im vorliegenden Kapitel werden wir uns mit der Frage beschäftigen, wie Personen mit psychosozialen Problemlagen zu einer passenden professionellen Unterstützung gelangen.

Eine Möglichkeit besteht darin, dass sich Menschen aus Eigeninitiative bei einer ihnen bekannten Einrichtung melden. Diese Option besteht bei den meisten von uns interviewten Institutionen und ist auch für das von uns angedachte mobile Team vorgesehen. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass eine Kontaktaufnahme aus Eigeninitiative ein gewisses Maß an Selbstständigkeit erfordert, dass nicht immer vorausgesetzt werden darf (Fin1:44; Ges3:6). Christina Schreiner-Nolz problematisiert an der Herangehensweise bestehender Beratungseinrichtungen, dass diese häufig einen „Touch“ haben von *„Ja du kannst kommen, wenn du möchtest, aber wenn du es nicht schaffst, dann bleibst du halt auf der Strecke“* (KiJuFam3:291).

Außerdem besteht die Möglichkeit, dass eine andere (Privat-)Person oder auch Institution Schritte setzt, um den Fall an eine (weitere) Einrichtung zu vermitteln. Im Folgenden werden wir auf verschiedene Formen der Vermittlung eingehen, welche in den von uns durchgeführten Interviews genannt wurden¹⁰⁶:

- a) „Schicken“: Informationen über Einrichtung weitergeben
- b) Anrufen: Mit beziehungsweise für Person bei Einrichtung anrufen (Termin vereinbaren)
- c) Prozess unterstützen: Formalitäten, Entscheidung, dranbleiben, nachfragen
- d) Begleitung: persönlich zur Einrichtung begleiten
- e) Hausbesuch initiieren: durch Zuweisung oder Meldung Hausbesuch anregen

Welche Form der Vermittlung für einen Fall passend erscheint, muss je nach Situation entschieden werden. Es erscheint empfehlenswert, dass das von uns angedachte mobile Team die Möglichkeit hat, je nach Bedarf alle oben beschriebenen Formen der Vermittlung anzubieten beziehungsweise durchzuführen.

a) Schicken

Die wohl niederschwelligste Form der Vermittlungsarbeit wird in mehreren Interviews als „schicken“ oder auch „hinschicken“ bezeichnet. Diese Vorgehensweise besteht darin, KlientInnen Kontaktdaten zu einer anderen Institution zu geben, und ihr/ihm zu empfehlen, diese (selbstständig) zu kontaktieren beziehungsweise aufzusuchen. Während diese Vorgehensweise bei manchen Institutionen die übliche Form der

¹⁰⁶ Es ist davon auszugehen, dass ein bedeutsamer Teil von „Vermittlungsarbeit“ darin besteht, dass Privatpersonen ihren FreundInnen, Angehörigen, Bekannten, NachbarInnen, Arbeitskollektiven, etc. „einen Tipp geben“ oder auch ein konkretes Angebot (weiter-)empfehlen (KiJuFam2:152). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit können wir auf diese überaus wichtigen Prozessen leider nicht tiefergehend eingehen. Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, wie Institutionen Vermittlungstätigkeiten durchführen können/ sollen. Dennoch ist zu vermuten (und im Sinne der Subsidiarität auch zu begrüßen), dass alle fünf der in weiterer Folge beschriebenen Formen der Vermittlung auch durch Privatpersonen durchgeführt werden.

Vermittlung darzustellen scheint, überlassen es andere Einrichtungen den KlientInnen zu entscheiden, auf welche Art und Weise der Kontakt zu anderen Einrichtungen zu Stande kommen soll (Ges2:40; KiJuFam1:54; Psy2:32; Wh4:12).

In mehreren unserer Interviews wird darauf hingewiesen, dass Versuche, Personen zu anderen Einrichtungen zu „schicken“, häufig scheitern. So berichtet beispielsweise Christina Schreiner-Nolz über ihre Erfahrungen in einem Nachbarschaftszentrum sowie bei den Frühen Hilfen, dass es die wenigsten KlientInnen schaffen würden, *„wenn man ihnen einen Zettel mit einer Adresse und einer Telefonnummer mitgibt (...) dann wirklich dort ankommen“* (KiJuFam3:270). Die Schwierigkeiten, die es zu bewältigen gibt, bis Personen „wirklich ankommen bei einem Angebot“, erlebt die langjährige Sozialarbeiterin „als größte Hürde“. Sie meint: *„Manchmal glaubt man, das ist eh so easy und das schaffen die auch, wenn man ihnen alle Informationen mitgibt, aber sie schaffen es nicht. Wirklich aus den unterschiedlichsten Gründen“* (ebd.). Auch Margarete Lässig von der MA15 berichtet über ihre Erfahrungen aus den Elternberatungsstellen: *„Aber die [Frauen bei denen Bedarf gesehen wird] schicken wir nicht einmal, die schicken wir und schicken wir und schicken wir und manche kommen an, manche landen. Wenige landen, manche halt auch nicht“* (KiJuFam1:114).

b) Anrufen

Bei einer Institution anzurufen, um einen Termin zu vereinbaren, stellt für viele KlientInnen aus unterschiedlichsten Gründen eine große Herausforderung dar. Folglich versuchen verschiedene Einrichtungen ihre KlientInnen zu unterstützen, indem sie solche Anrufe mit ihnen oder auch für sie durchführen (Mig1:63; Wh2:40). Ein Grund dafür, dass derartige Telefonate teilweise von Fachkräften übernommen werden, besteht vermutlich auch darin, dass die Vorteile persönlicher (in/formeller) Kontakte zu anderen Einrichtungen so besser genutzt werden können (Psy4:104). Eine Sozialarbeiterin der Frühen Hilfen erklärt den Bedarf sowie die vorhandenen Möglichkeiten der Unterstützung, im Kontext von telefonischen Terminvereinbarungen folgendermaßen:

„Es brauchen ganz viele Familien wirklich diesen konkreten Schritt, dass man sagt okay, jetzt haben Sie da diese Informationen bekommen von dieser Stelle, schauen Sie mal, da ist das Telefon, die wären jetzt zu erreichen, schauen wir gemeinsam, rufen Sie einmal an, machen Sie sich einen Termin aus, wir schreiben den Termin jetzt gemeinsam in Ihr Handy rein“ (KiJuFam3:270).

In mehreren Interviews wird allerdings auch erwähnt, dass KlientInnen häufig auch bei bereits vereinbarten Terminen nicht bei den jeweiligen Einrichtungen ankommen. (Ges2:40; KiJuFam3:270; Mig1:64).

c) Prozess unterstützen

Unsere InterviewpartnerInnen nennen außerdem noch weitere Strategien, mit denen sie versuchen den Vermittlungsprozess zu fördern. Damit verfolgen sie das Ziel, dass ihre KlientInnen Angebote externer Institutionen annehmen möchten beziehungsweise können und in weiterer Folge auch wirklich dort ankommen.

Susanne Peter berichtet beispielsweise davon, wie damit umgegangen wird, wenn wohnversorgte Menschen sich wegen Problemen mit ihrer Wohnung an die Gruft wenden (die Angebote der Gruft richten sich primär an wohnungslose Menschen → Wohnen). Wenn eine Vermittlung an passende Stellen nicht gelingt, übernimmt die Gruft „die Motivationsarbeit und die Betreuungsarbeit“. Dies begründet sie mit: *„Wir können nicht oder wollen nicht zuschauen, bis die Leute delogiert sind. [Und wir sagen nicht], ich hab dich eh weggeschickt und wennst‘ nicht dort ankommst, ist es dein Pech“* (Wh1:12).

Christina Schreiner-Nolz berichtet, dass sie den Vermittlungsprozess zu Einrichtungen wie dem PSD auch in Form von Telefonaten begleitet:

„Es wird [vor einem Termin] darüber gesprochen und dann wird danach vielleicht noch einmal gemeinsam mit der Familie reflektiert, wie war der Termin, hat das gepasst, wann haben sie den nächsten Termin, dann vielleicht auch wieder in Erinnerung rufen, wie wichtig das ist, den wahrzunehmen und ein bisschen einfach dabei zu sein - bis die Familien wirklich ankommen bei diesem Angebot. (...) Oft [gibt es auch] Familien, die dann auch formulieren, ma, können Sie mich am Tag vorher nochmal anrufen und mich dran erinnern?‘ Sie brauchen das manchmal, Sie brauchen/ Wie soll ich jetzt sagen, es ist nicht ein Druck. aber es schaut noch jemand gemeinsam mit mir drauf. So blöd das klingt, aber es hilft vielen“ (KiJuFam3:270).

Es muss davon ausgegangen werden, dass solche Formen der sozialarbeiterischen Betreuung bei einigen zentralen höherschweligen Stellen eine Voraussetzung dafür darstellen, dass die Zielgruppen das Angebot dieser Stellen nutzen können. So erklärt beispielsweise eine leitende Sozialarbeiterin aus dem Bereich (teil-)betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen, dass ihrer Vermutung nach, der Großteil ihrer KlientInnen auf irgendeine Art und Weise bei dem Sammeln von notwendigen Befunden sowie der Antragsstellung an den WSD begleitet wird¹⁰⁷ (Psy3:38). Weiters weist sie auf das Problem hin, nie wissen zu können wie viele Personen das Angebot ebenfalls benötigen würden, ihren Weg dorthin aber nicht selbstständig finden (ebd.).

d) Begleitung zur Einrichtung

Eine weitere Form Vermittlungsprozesse zu unterstützen besteht darin, KlientInnen persönlich zu der jeweiligen Stelle zu begleiten (Wh2:40). Auf Basis des Interviews mit Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen ist davon auszugehen, dass ein bereits erfolgter Beziehungsaufbau in vielen Fällen eine Voraussetzung dafür darstellt, dass solche Begleitungen in einer erfolgreichen Vermittlung münden (KiJuFam3:270–274). Folglich handelt es sich bei der von ihr beschriebenen Form der Begleitung keinesfalls um einen "Abholdienst" oder gar „Transport“, sondern um eine persönliche psychosoziale Begleitung bei einem nicht nur organisatorisch, sondern auch emotional herausfordernden Weg.

¹⁰⁷ Als Institutionen in deren Kontext eine solche Unterstützung angeboten wird, nennt sie u.a. psychiatrische Abteilungen, Gefängnisse, Wohnungslosenhilfe, Beschäftigungsprojekte, Qualifizierungsprojekte, Jugendämter sowie Frauenberatungsstellen (Psy3:28–40).

In mehreren der von uns durchgeführten Interviews wurde über Begleitungen zu gewissen (insbesondere medizinischen) Angeboten durch MitarbeiterInnen externer Einrichtungen berichtet¹⁰⁸. Wie Martin Tiefenthaler von der Suchthilfe erklärt, besteht bei einigen Einrichtungen außerdem theoretisch die Möglichkeit, KlientInnen von ihrem jeweiligen Aufenthaltsort „abzuholen“ und in die jeweilige Einrichtung zu bringen. Diese Option wird seiner Erfahrung nach allerdings nur dann genutzt „wenn es sich ausgeht“. Dies begründet er damit, dass viele Institutionen ohnehin *„heillos überfordert sind, mit dem KlientInnenansturm“*. Die knappen Ressourcen führen folglich dazu, dass KlientInnen, bei denen ein zusätzlicher Aufwand betrieben werden müsste, damit ein Angebot „zu ihnen kommt“, auf der Strecke bleiben (Su1:64). Auf den in den geführten Interviews mehrmals genannten Bedarf nach vermehrten Begleitungen werden wir an späterer Stelle genauer eingehen (→ „Form d. Betreuung“).

e) Durch Zuweisung/Meldung Hausbesuch durch externe Institution initiieren

Als letztem möglichen Schritt, der dazu dienen kann, dass Personen in Kontakt mit gewissen Stellen kommen, besteht bei einigen Institutionen die Möglichkeit, eine Zuweisung zu übermitteln (beziehungsweise eine Meldung zu erstatten). Dies führt dazu, dass die betreffende Person zuhause von MitarbeiterInnen dieser Einrichtung aufgesucht wird¹⁰⁹. Abgesehen von diversen sozialen Einrichtungen wie Beratungsstellen, Streetwork-Teams, der Caritas-Familienhilfe oder auch diversen Beschäftigungsprojekten können (unbürokratische) Meldungen auch von Angehörigen, NachbarInnen, Hausverwaltungen, sonstigen Personen aus dem Sozialraum/dem Grätzel, sowie von Schule, Kindergarten, diversen Institutionen des Gesundheitsbereichs, der Polizei oder auch von Gerichten sowie anonymen MelderInnen ausgehen.

Unterschieden werden müssen hier Situationen, in denen KlientInnen in den Prozess der Zuweisung eingebunden sind oder dieser zumindest zustimmen von solchen, die ohne das Wissen der KlientInnen oder auch gegen ihren Willen erfolgen. Wie u.a. Margarete Lässig von der MA15 betont, hat die Frage der Freiwilligkeit großen Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft sowie die damit verbundenen Erfolgchancen (KiJuFam1:111) (→ KiJuFam).

Anlass für Meldungen, die ohne das Einverständnis (beziehungsweise Wissen) der betreffenden Personen erfolgen, ist häufig, dass Personen „irgendwann einmal irgendwem auffallen“ (Psy3:30). Eveline Holzmüller, Sozialarbeiterin bei der MA40 erklärt, dass insbesondere Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung häufig erst dann zu einer psychosozialen Unterstützung gelangen, wenn sich gewisse Personen oder Institutionen dazu veranlasst sehen, einzuschreiten:

¹⁰⁸ So begleiten MitarbeiterInnen von SAM KlientInnen zum Louisebus und auch zu AmberMed werden KlientInnen durch LEFÖ sowie SAM begleitet (Ges2:28; Ges3:6). Auch zur bereits erwähnten Antragsstellung für (teil-)betreutes Wohnen beim WSD werden psychisch kranke Personen in vielen Fällen durch SozialarbeiterInnen anderer Einrichtungen begleitet (Psy3:27).

¹⁰⁹ Diese Option besteht beispielsweise bei den BZPs des FSW, den Familienhebammen, der MA11, den Frühen Hilfen sowie der MA40 (Fin1; KiJuFam1; KiJuFam2; KiJuFam3; PflA1).

„[Eine Möglichkeit ist wegen] ‚unleidlichen Verhaltens‘ oder ‚nachteiligen Gebrauch‘. Das heißt da wo Menschen sich im sozialen Gemeinwesen ‚seltsam verhalten‘ (...) und deshalb anecken. Wo das dann irgendwann einmal in einem Konflikt derart eskaliert, dass Wiener Wohnen [einschreitet]“ (Fin1:57).¹¹⁰

Verschiedene Formen der Zuweisung lassen sich außerdem anhand der im Zuge dessen übermittelten Daten (und Vorgaben) unterscheiden. Das Spektrum reicht dabei von Fällen, über die ausschließlich die Adresse einer Person bekannt ist (sowie beispielsweise die Tatsache, dass sich eine anonyme NachbarIn Sorgen macht), über Zuweisungen mit mehr oder weniger detaillierten Problemdarstellungen (z.B. Entlassungsbriefe von Krankenhäusern inkl. diverser Daten) bis hin zu konkreten Auftragserteilungen mit festgelegtem Stundenausmaß, Ziel sowie einer Frist, bis zu der das formulierte Ziel erreicht werden soll (PflA1:27, 509, 149, 55; Psy2:66; Psy4:108–111). Das online verfügbare Zuweisungsformular der Frühen Hilfen Wien würde sich aus unserer Sicht als Vorbild für eine ähnliche Vorlage für Zuweisungen an das angedachte mobile Team eignen¹¹¹ (vgl. Frühe Hilfen o.A.).

Für Fälle in denen Hausbesuche durch außenstehende (anonyme) MelderInnen initiiert wurden und ansonsten keinerlei Informationen über den Fall vorhanden sind, bietet sich die Vorgangsweise der FSW-BZPs als Leitfigur an. In solchen Situationen gehen die MitarbeiterInnen des FSW zum betreffenden Haus, klingeln und gehen wie folgt vor:

„Wenn wir reinkommen sagen wir ‚Wir kommen nachschauen. Wir haben erfahren Sie würden Hilfe brauchen. Brauchen sie etwas? Kann ich Ihnen helfen? Darf ich reinkommen?‘ Und viele sagen ‚Nein ich brauche nichts‘. Und je nachdem wie der Kunde ausschaut, ob es aus der Wohnung riecht (...), ob etwas auffällig ist, reagieren wir“ (PflA1:31)¹¹².

Auf die Frage ob, beziehungsweise in welchen Fällen das angedachte mobile Team für psychosoziale Versorgung diese Art von „ungebetenen Kontaktaufnahmen“ durchführen soll, werden wir später noch zurückkommen (→ „Form d. Betreuung“).

¹¹⁰ Die Koordinationsstelle Wohnungssicherung schließt hier an und versucht im Rahmen eines regelmäßigen Gremiums, bei dem diverse Träger (MA11, MA40, FSW, PSD, SDW, u.a.) anwesend sind, eine passende Vorgehensweise zu erarbeiten (Fin1:53) (→ Wohnen).

¹¹¹ Am Formular „Zuweisung zur Familienbegleitung“ finden sich Felder für Daten der betreffenden Personen (Name, Alter, Kontaktdaten der Familie), Zuweisungsgründe sowie Informationen zur Profession/ Institution der ZuweiserIn (inkl. Kontaktdaten einer Ansprechperson). Außerdem ist hier anzugeben, ob eine vorherige Rücksprache mit der oben genannten ZuweiserIn oder eine direkte Kontaktaufnahme mit der Familie gewünscht wird. Zu guter Letzt ist am Formular auch die Zustimmung der Familie mittels Unterschrift vorgesehen (Frühe Hilfen o.A.).

¹¹² Wenn dies notwendig erscheint, bleiben die MitarbeiterInnen „hartnäckig“, gehen wieder hin und versuchen in die Wohnung zu kommen. In Fällen in denen eine Gefährdung vermutet wird, wird eine/ein SozialarbeiterIn aus dem Case Management-Team eingeschaltet oder auch (in weiterer Folge) die operative Sozialen Arbeit beauftragt sowie möglicherweise eine Erwachsenenvertretung angeregt (→ Alter und Pflege) (PflA1:31).

4.2.1.1 Grundlagen für erfolgreiche Vermittlungsarbeit: „Es funktioniert nicht, wenn alle nur mehr vermitteln!“

Zum Abschluss dieses Kapitels möchten wir noch auf in den Interviews genannte Voraussetzungen für erfolgreiche Vermittlung eingehen. Dazu gehören neben dem Wissen über bestehende Einrichtungen (sowie ihren Angebote, Zielgruppen und Zugangsvoraussetzungen, beziehungsweise der Bereitschaft sich darüber zu informieren) auch ein diesbezüglicher Auftrag sowie die Bereitschaft, Dinge abzugeben (Ges1:17; Gew1:23; KiJuFam1:146; KiJuFam2:204). Margarete Lässig erklärt in Bezug auf die Familienhebammen, dass diese zwar mit äußerst offenem Blick nach vorhandenen Belastungssituationen fragen aber dies nicht bedeutet, dass sie für die Betreuung in Hinblick auf sämtliche vorhandene Problemlagen zuständig sind. Lässig erklärt:

„Das wissen auch die Hebammen, sie dürfen sich nicht alles auf die Schultern laden. Sie haben ihre Aufgabe in der Betreuung der Schwangeren und alles was darum herum ist, die psychischen Krisen, die finanziellen Krisen, was auch immer, das fällt nicht in ihre Kompetenz“ (KiJuFam1:146).

Die Oberphysikatsrätin erklärt, dass es äußerst entlastend sein kann, *„wenn ich weiß: das sehe ich zwar und es ist gut, dass ich es sehe, weil dann kann ich schauen, an wen ich weitervermitteln kann“* (ebd.). Außerdem weist sie darauf hin, dass ein langer Weg nötig war, um zu dem Punkt zu kommen, an dem die Familienhebammen sowie ihre VernetzungspartnerInnen heute stehen. Sie verdeutlicht, dass die heute vorhandene intensive Vernetzung auf Basisebene eine wichtige Grundlage dafür darstellt, an andere Institutionen „abgeben“ zu können. Das Bewusstsein darüber, dass kompetente Angebote vorhanden sind, bei denen Frauen mit bestimmten Problemlagen besser aufgehoben sind, erleichtert die Weitervermittlung ungemein. Auch eine in der Sozialen Arbeit im Krankenhaus tätige Interviewpartnerin spricht davon, dass es Menschen gibt *„die glauben, sie müssen alles selber machen“* und erklärt, wie wichtig es ist, manchmal jemanden einzubinden *„der das professioneller macht“* (Ges1:17).

In einigen Kontexten scheint es außerdem sinnvoll, formalisierte Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen einzugehen, welche klare Regelungen bezüglich der fallspezifischen Kommunikation zu Vermittlungsprozessen beinhalten. So findet sich beispielsweise bei den Familienhebammen eine dauerhafte Ansprechperson, die für die Kommunikation mit den Frühen Hilfen (beziehungsweise der dortigen Ansprechperson der Frühen Hilfen zuständig ist (KiJuFam1:54). Durch diese und andere Formen der Kooperation erfahren die beteiligten Einrichtungen, ob getätigte Vermittlungsversuche erfolgreich waren und KlientInnen bei der jeweils anderen Institution „angekommen“ sind (ebd.:30).

Andere InterviewpartnerInnen weisen wiederum darauf hin, dass sie (aus Mangel an Ressourcen für Begleitungen) häufig versuchen, Personen zu anderen Einrichtungen (wie beispielsweise dem PSD) zu vermitteln, aber in vielen Fällen nicht erfahren, ob diese Versuche erfolgreich waren (Ges2:40; Wh4:12). Wie bei der Wahl der Vermittlungsform ist auch bei der Frage nach der fallspezifischen Kommunikation mit

anderen Institutionen auf die Verhältnismäßigkeit zu achten (→“Fallspezifische Vernetzung“).

Eine äußerst zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Vermittlung besteht außerdem darin, KlientInnen an Institutionen vermittelt werden, die über die notwendigen Ressourcen für eine Betreuung verfügen. Wie verschiedene Interviewpartner verdeutlichen, ist eine Vermittlung zu überlasteten Institutionen in vielen Fällen nicht sinnvoll (Gew1:127; Su1:8). Zur Situation, die entsteht, wenn „alle nur mehr im Kreis vermitteln“ sagt Christina Schreiner-Nolz folgendes:

„Was ich ganz oft von KlientInnen höre: ‚Und dann war ich dort und die haben mir jetzt wieder einen Zettel mitgegeben und dann war ich bei der anderen Stelle und die haben dann gesagt, nein ich muss wieder zu der zurück. Aber dort war ich schon und die haben auch nichts gesagt und die habe mir auch nicht (...) geholfen‘. [Dies wird von vielen] so wahrgenommen: ‚Ich bin eigentlich Allen nur lästig und keiner weiß, was er mit mir machen soll. Ja und dann schicken sie mich von einer Stelle zur Anderen, dann bin ich zwar beschäftigt, aber rauskommen tut nichts‘. Das höre ich wirklich ganz ganz oft – und das finde ich einfach Ressourcen-Verschwendung. (KiJuFam3:296)

Die Sozialarbeiterin berichtet, dass es ihr „sauer aufstoßt“ dass immer mehr soziale Einrichtungen dazu übergehen ausschließlich Orientierungsberatung und Informationsweitergabe sowie Vermittlung anzubieten¹¹³. Diesen Trend kommentiert sie mit: *„Aber es funktioniert nicht, wenn alle nur mehr weitervermitteln!“*¹¹⁴ (ebd.:281). Schreiner-Nolz erklärt (unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Armutskonferenz), dass KlientInnen vor allem brauchen, dass jemand „dran bleibt“ und sie ein Stück weit „an der Hand genommen werden“ indem ihnen konkrete Unterstützungsangebote wie Begleitungen zu Behörden angeboten werden (ebd.). Wie Christina Schreiner-Nolz verdeutlicht, unterscheidet sich die Arbeitsweise der Frühen Hilfen in dieser Hinsicht von den Angeboten vieler Beratungsstellen (ebd.:270). Die von ihr beschriebenen Formen von Betreuung und Vermittlung durch die Frühen Hilfen, bieten sich aus unserer Sicht als Vorbild für die Konzeptionalisierung von Vermittlungsarbeit durch das angedachte mobile Team an.

¹¹³ Ingrid Gissel-Palkovich beschreibt in Bezug auf Deutschland ähnliche Entwicklungen. In Bezug auf den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) erklärt sie, dass er als „psychosozialer Beratungs- und Betreuungsdienst“ an Bedeutung verlor, während die Funktion als „(Erst-)Beratungs-, Lotsen, Vermittlungs- und Steuerungsagent sowie als Krisendienst“ zunehmend ins Zentrum rückte (Gissel-Palkovich 2013:129).

¹¹⁴ Die umgangssprachliche Formulierung „nur mehr“ kann in diesem Zusammenhang mit dem Wort „ausschließlich“ übersetzt werden.

4.2.2 Fallspezifische Vernetzung: „Mit wem sprechen wir worüber?“

Judith Katzlinger

Im Zuge der von uns geführten Interviews wird deutlich, dass klare Absprachen zwischen betreuenden Institutionen eine wichtige Voraussetzung für die passende Versorgung komplexer Fälle darstellen. Hinsichtlich der einzelfallspezifischen Kommunikation zwischen betreuenden Institutionen tun sich allerdings zahlreiche Fragen auf: Wer soll dies tun? Mit wem? In welchem Rahmen? Worüber? Und welchen Einfluss hat eine sozialarbeiterische Haltung (inklusive der Berücksichtigung von Prinzipien wie Vertraulichkeit, Selbstbestimmung oder auch Empowerment) sowie die Datenschutz-Grundverordnung (DSVO) auf diesbezügliche Vorgangsweisen? Mit diesen Fragen werden wir uns im folgenden Kapitel beschäftigen. Es soll gezeigt werden, was bei der Kommunikation über fallspezifische Inhalte mit anderen Institutionen zu beachten ist. Fragen der Netzwerkarbeit auf Fallebene (beziehungsweise der fallspezifischen Kommunikation mit (Privat-)Personen aus der Lebenswelt der KlientInnen) müssen an dieser Stelle leider ausgespart werden¹¹⁵. Tiefer gehende Auseinandersetzungen mit Meldungen wegen Kindeswohlgefährdung an die MA11 finden sich im dementsprechenden Kapitel (→ „KiJuFam“).

4.2.2.1 Bedarf & Sinnhaftigkeit: „Das muss im Einzelfall entschieden werden“

Den Themen Vernetzung und fallspezifische Zusammenarbeit wird in den meisten von uns durchgeführten Interviews eine große Bedeutung beigemessen. Während einige InterviewpartnerInnen betonen, dass (vermehrte) fallspezifische Vernetzung zwischen involvierten Institutionen dringend notwendig ist, weisen andere darauf hin, dass die Sinnhaftigkeit dieser Form der Kooperation gut durchdacht werden muss.

Ein Interview, dessen Aussagen sich in Bezug auf das Thema fallspezifische Vernetzung klar von den anderen unterscheidet, ist jenes mit Erwin Feichtelbauer von der Wiener Berufsrettung. Feichtelbauer erklärt, dass er fallspezifische Vernetzung im Kontext von Notfallorganisationen nicht für sinnvoll erachtet. Seiner Ansicht nach wäre diese Form der Vernetzung zu aufwendig, würde nichts bringen und die dafür notwendigen Ressourcen wären in Notfallorganisationen nicht verfügbar (Ges4:66). Um die Frage zu beantworten, welchen Stellenwert (längerfristige) fallspezifische Vernetzung für das angedachte mobile Team haben soll, muss geklärt werden inwiefern dieses seinen Schwerpunkt auf Akut-Interventionen legen und sich in seiner Arbeitsweise an bestehenden Blaulichtorganisationen orientieren soll (→ „Form d. Betreuung“).

¹¹⁵ Wie beispielsweise Ingrid Gissel-Palkovich (2013) verdeutlicht, ist der Netzwerkarbeit auf Fallebene große Bedeutung beizumessen (vgl. Gissel-Palkovich 2013:140). Obwohl wir im Rahmen der Interviews nicht gezielt darauf eingingen, weist beispielsweise Roswitha Ebner vom PSD darauf hin, dass Angehörige in vielen Fällen die wichtigsten VernetzungspartnerInnen für den PSD darstellen. Auch die Vernetzung mit weiteren „Laienressourcen“ wie FreundInnen, NachbarInnen, ArbeitskollegInnen oder beispielsweise auch Fitnesscenter-Bekanntschaften sowie sämtlichen Personen, die möglicherweise „einen Zugang“ zu den Betroffenen haben, sind ihren Darstellungen zufolge von überaus großer Bedeutung. (Psy2:18)

Bedarf an vermehrter fallspezifischer Vernetzung wurde insbesondere von Bernd Kühbauer von der Männerberatung sowie Roswitha Ebner vom PSD artikuliert¹¹⁶ (Gew1:56; Psy2:34). Auf Basis der geführten Interviews entsteht der Eindruck, dass Fragen der fallspezifischen Vernetzung vor allem im Kontext der Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung beziehungsweise von Menschen in akuten psychischen Krisen, eine Herausforderung darstellen (Fin1; KiJuFam3; Psy2; Psy3; Su1).

Christina Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen erklärt, dass es sehr vom Einzelfall abhängt, ob sie Kontaktaufnahmen mit anderen betreuenden Institutionen für sinnvoll und „passend“ erachtet. Berücksichtigt werden muss dabei, in welchen Belangen eine Familie von den Frühen Hilfen unterstützt wird, was sich die Familie wünscht, welche Ressourcen vorhanden sind und inwiefern Sorgen um das Wohl der involvierten Kinder bestehen. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass die gewählte Vorgangsweise bezüglich fallbezogener Kommunikation mit der Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie dem Prinzip der Bedarfsorientierung im Einklang stehen muss (→ „Form d. Betreuung“). Schreiner-Nolz erklärt:

„Wir drängen die Familien nicht dazu, dass sie uns eine Einverständniserklärung dafür geben, dass wir mit den anderen Kontakt aufnehmen. Das ist manchmal nicht notwendig in meinen Augen. – Und manchmal aber doch. Ich finde es ist ziemlich komplex und man muss das wirklich im Einzelfall anschauen. Es gibt immer wieder Fälle, wo wir dann den Eindruck gewinnen, da gibt es vielleicht bei der Kindesmutter eine psychiatrische Erkrankung, wo es vielleicht wirklich Situationen gibt, wo wir auch ganz unsicher sind (...). Wo wir dann schon versuchen, die Frau vielleicht zu motivieren, dass man mit dem Psychiater, der Psychiaterin, der Psychotherapeutin, mit einer Ärztin noch Kontakt aufnehmen kann, um sie einfach besser unterstützen zu können“ (KiJuFam3:120).

Eine bedarfsorientierte Vorgangsweise in Fragen der fallspezifischen Vernetzung erscheint auch in Hinblick auf das angedachte mobile Team sinnvoll.

4.2.2.2 Vertraulichkeit & Datenschutz: „Grundsätzlich nur mit Einwilligung“

Verschiedene InterviewpartnerInnen berichten, dass derzeit noch Unklarheit darüber besteht, wie sich die im Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutz-Grundverordnung (DSVO) auf die Praxis der fallbezogenen Kommunikation zwischen Institutionen auswirken wird (Psy2:26; Su1:10). So erklärt beispielsweise Roswitha Ebner vom PSD, dass es gerade im Kontext der Psychiatrie unerlässlich ist, dass alle Beteiligten

¹¹⁶ Roswitha Ebner konstatiert beispielsweise im Kontext junger Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung eine massive Lücke bezüglich der Vernetzung und Zusammenarbeit der involvierten Institutionen (AMS, PVA, PSD, u.a.). Sie erläutert, dass es hier häufig vorkommt, dass die beteiligten EntscheidungsträgerInnen „in unterschiedliche Richtungen ziehen“ (berufliche Rehabilitation vers. Pensionierung) und dies dem Wohle der PatientInnen widerspricht (Psy2:34). Wie es scheint, handelt es sich hier allerdings um ein Problem, das nicht zuletzt auch einer Lösung auf der (Versorgungs-)Systemebene bedarf.

(SachwalterIn, Heimhilfe/FSW, Angehörige, PSD, etc.) „miteinander reden“ und sich gegenseitig über Einweisungen in Krankenhäuser sowie Entlassungen informieren. Ebner erklärt:

„Wir müssen einfach darum kämpfen, den rechtlichen Rahmen auszunützen, damit wir im Sinne des Patienten diese Kommunikation aufrechterhalten können. Das ist total wichtig. Das ist das Credo der Sozialpsychiatrie: ‚Wir reden miteinander‘. Wir sagen uns, was wir machen und was wir gemacht haben. Die anderen wissen das, die anderen können etwas beitragen. Sonst funktioniert das nicht. Einer allein ist nichts.“ (Psy2:26)

Eine Sozialarbeiterin vom WSD, die unter anderem für (teil-)betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zuständig ist, erklärt ihre Vorgangsweise folgendermaßen: Grundsätzlich nimmt sie nur dann Kontakt mit anderen Institutionen auf, wenn die betreffenden KlientInnen dies wünschen beziehungsweise dem zustimmen. Eine Ausnahme stellen Situationen dar, in denen „Gefahr im Verzug“ ist (beispielsweise bei hochsuizidalen oder hochpsychotischen KlientInnen, bei denen die Gefahr besteht, dass sie sich selbst oder Andere in Gefahr bringen sowie bei Verwahrlosung von Kindern). In solchen Situationen nimmt sie nach Rücksprache beziehungsweise nach Information der KlientInnen auch gegen deren Willen Kontakt mit Krankenhäusern, dem PSD, Tagesstrukturen oder auch der MA11 auf. Diese Vorgangsweise wird bereits im Vorfeld mit den KlientInnen besprochen. (Psy3:83–86)

Verschiedene InterviewpartnerInnen weisen darauf hin, dass fallspezifische Vernetzung mit anderen Institutionen nur mit Einwilligung der KlientInnen gemacht wird (KiJuFam1:28; KiJuFam3:120; Wh2:26). So erklärt beispielsweise Christine Linck, die in der Mobilen Sozialarbeit vom Verein Neunerhaus tätig ist, dass Vernetzung mit anderen involvierten Einrichtungen Teil ihres Angebots an KlientInnen ist. Diese werden gefragt, ob sie das möchten und *„weil Vernetzung Hilfe einfach nachhaltiger macht“*, wird KlientInnen auch empfohlen dieses Angebot in Anspruch zu nehmen. Die Sozialarbeiterin betont, dass keine Vernetzungsarbeit über den Kopf von KlientInnen hinweg geschieht und merkt an: *„Das ist nicht immer selbstverständlich, deshalb sage ich das jetzt einfach noch einmal dazu“* (ebd.:26).

Auf Basis der von uns geführten Interviews (sowie teilweise auch unserer Arbeitserfahrung) muss davon ausgegangen werden, dass sich MitarbeiterInnen verschiedener Institutionen in der Praxis auch im „informellen Rahmen“ über bestehende Fälle austauschen (Fin1:147–154). So berichtet beispielsweise Martin Tiefenthaler von SAM im August 2018 über die Etabliertheit von „Vernetzungen in informellen Kanälen“ und merkt an, dass hier teilweise noch Unklarheit darüber besteht, wie sich die DSVO in Zukunft auswirken wird (Su1:10).

In Bezug auf das angedachte mobile Team muss in der Konzeptionalisierung von fallspezifischer Vernetzung berücksichtigt werden, dass dies nicht ohne die Zustimmung der KlientInnen geschehen darf. Einzige Ausnahme stellen hier Fälle dar, in denen eine Einweisung nach dem UbG angestrebt wird, „Gefahr im Verzug“ ist oder eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung notwendig erscheint (→ „Polizei“, „KiJuFam“).

4.2.2.3 Formen fallspezifischer Vernetzung: Von anonymisierten Anfragen, formellen Strukturen, persönlichem Engagement und inoffiziellen Besprechungen

In den von uns geführten Interviews werden unterschiedliche Formen fallspezifischer Vernetzung genannt. Dazu zählen neben formalisierten und nicht-formalisierten Formen der Vernetzung auch informelle Fallbesprechungen sowie anonymisierte fallbezogene Anfragen (bei für das jeweilige Problem spezialisierten Institutionen). In der folgenden Tabelle wird dargestellt, über welche Settings der fallbezogenen Vernetzung in den Interviews berichtet wurde.

	MatG	Wh	Su	Mig	KiJuFam	Gew	Ret	Ges	Alter	Psy	Poz
a) anonymisierte Fachberatung			x		x x					x	
b) formalisierte Kommunikationskanäle zwischen zwei Institutionen					x	x			x	x x	
c) regelmäßige regionale Vernetzungstreffen	x	x	x		x						x
d) anlassbezogene Vernetzungstreffen: Fallkonferenzen & Co		x	x		x x	x				x	x
e) nicht-formalisierte Kontaktaufnahmen bei Bedarf		x			x x	x x				x x x	

Tabelle 21: Settings in denen fallbezogene Vernetzung stattfindet, Quelle: eigene Darstellung.

a) Anonymisierte Fachberatung

Wenn fachliche Fragen bezüglich konkreter Fälle aufkommen, greifen einige Institutionen auf die Möglichkeit zurück, spezialisierte Einrichtungen in anonymisierter Form um eine Einschätzung zu bitten.

Verschiedene InterviewpartnerInnen berichten davon, dass sie bei Fällen in denen Unsicherheit darüber besteht, ob eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung notwendig ist, „inoffiziell“ bei der MA11 nachfragen. So berichtet beispielsweise Christine Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen von Situationen, in denen sie den Fall in anonymisierter Form schildert und bei den MitarbeiterInnen der MA11 nachfragt: „*Was sagen Sie? Ist das schon der Punkt, wo wir melden sollten?*“ (KiJuFam3:96). Außerdem kann hier geklärt werden, welche Angebote von Seiten der MA11 für die betreffenden Problemlagen bestehen und wie diese einen solchen Fall handhaben würde. Auch Martin Tiefenthaler von SAM erklärt, dass diese Vorgehensweise gewählt wird, wenn den MitarbeiterInnen Berichte über vernachlässigte Kinder „zu Ohren kommen“ (Su1:38).

Tiefenthaler berichtet außerdem, dass es auch in Fällen, in denen unklar ist, ob die Polizei verständigt werden soll, üblich ist, informell bei der Polizei anzufragen. Hier

werden allerdings bestehende Kontakte mit konkreten PolizistInnen genutzt, von denen bekannt ist, dass „man gut [mit ihnen] arbeiten kann“. Tiefenthaler erklärt: „Das hat sich ganz gut etabliert, dass man (...) mit denen die Situation einmal bespricht und sagt ‚was haltet’s ihr davon?‘ Ohne dass man offiziell noch irgendetwas getan hat. Das ist ein super Austausch eigentlich“ (ebd.).

Auch Roswitha Ebner vom PSD berichtet von Fällen, in denen MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes die Notdiensteinrichtung des PSD kontaktierten, um gewisse fallbezogenen Fragestellungen zu besprechen (Psy2:48).

Zu guter Letzt sei an dieser Stelle das ExpertInnengremium der Frühen Hilfen genannt. In diesem vierteljährlich stattfindenden Treffen besteht unter anderem die Möglichkeit Fälle in anonymisierter Form vorzustellen und mit ExpertInnen aus anderen Institutionen zu besprechen¹¹⁷ (KiJuFam3:96; Weigl et al. 2018:49, 57).

b) Formalisierte Kommunikationskanäle zwischen zwei Institutionen

Einige InterviewpartnerInnen berichten von standardisierter beziehungsweise „automatischer“ Informationsweitergabe an andere Einrichtungen. Diese Form der fallspezifischen Zusammenarbeit ist insbesondere in Zwangskontexten sowie in solchen Arbeitsfeldern üblich, die gesetzlich geregelt sind. So wird beispielsweise bei Polizeinotrufen bei denen „das Zauberwort ‚Verletzte‘“ genannt wird, automatisch die Rettung hinzugezogen (Poz2:26). Außerdem informiert die Polizei im Zuge von Wegweisungen/Betretungsverboten aufgrund von häuslicher Gewalt „automatisch“ die Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie sowie im Bedarfsfall (wenn Kinder in der Wohnung leben) die MA11. Enge Formen der fallspezifischen Kooperation mit anderen Institutionen finden sich weiters zwischen unterschiedlichen Einrichtungen der MA11 sowie im Kontext von Programmen der sekundären und tertiären Gewaltprävention¹¹⁸ (Gew1:56,73; KiJuFam2:309) (→ „Häusliche Gewalt“; „KiJuFam“). Auch wenn FSW-KundInnen aus Spitälern entlassen werden, kommt es zu einem standardisierten fallbezogenen Informationsaustausch (elektronische Übermittlung von Entlassungsbriefen an den FSW (PfIA1:27) (→ „Alter & Pflege“).

Zwei weitere formalisierte Kommunikationskanäle, die für das angedachte mobile Team relevant erscheinen, sind „fixe AnsprechpartnerInnen“ sowie „regelmäßige Absprachen“. Von je einer fixen Ansprechpartnerin (bei den Familienhebammen und den Frühen Hilfen), die für die fallspezifische Kommunikation mit der jeweils anderen Einrichtung zuständig ist, berichtet Margarete Lässig von der MA15. Aufgabe dieser Ansprechpersonen ist es sicherzustellen, dass (beispielsweise bezüglich laufender

¹¹⁷ Anwesend sind hier neben einem Regionalstellen-Leiter der MA11, eine Psychiaterin, eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, eine Hebamme sowie eine Psychologin mit Schwerpunkt Entwicklungsdiagnostik (KiJuFam3:96–100; Weigl et al. 2018:49) (→ „Fallunspez. Vernetzung“).

¹¹⁸ So sind beispielsweise im Jugendprojekt „gewaltig anders“ zwei Vernetzer der Männerberatung damit beschäftigt, für die Kommunikation mit Schule, Eltern, Jugendamt und Männerberatung zu sorgen. Auch im „Trainingsprogramm zur Beendigung von gewalttätigem Verhalten in Paarbeziehungen“ gibt es eine „starke Kooperation“ mit der Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie. Wenn die betroffene Frau die Interventionsstelle über einen neuerlichen Übergriff informiert, leitet diese das an die Männerberatung weiter sodass der Vorfall im nächsten Einzelgespräch mit dem Gefährder beziehungsweise Täter angesprochen werden kann. Wie Bernd Kühbauer verdeutlicht, ist diese enge Form der Zusammenarbeit ein zentraler Bestandteil opfer-schutzorientierter Täterarbeit. (Gew1:73)

Vermittlungsprozesse) keine Informationen zwischen den MitarbeiterInnen der beiden Institutionen verloren gehen (KiJuFam1:54). Regelmäßige Absprachen mit einzelnen anderen Institutionen (in diesem Fall handelt es sich um Spitäler) erwähnt Roswitha Ebner vom PSD. Sie erklärt, dass MitarbeiterInnen der psychosozialen Ambulanzen des PSD im Rahmen des Spitalsverbindungsdiens ts einmal pro Woche in die zur jeweiligen Region gehörenden Abteilungen/Aufnahmestationen fahren. Bei den dortigen Fallbesprechungen werden ihr zufolge *„auch immer viele Einzelheiten und Details besprochen, die vielleicht auch für das Krankenhaus und für deren Entscheidungen“* sowie die Planung einer möglicherweise notwendigen Nachbetreuung wichtig sind (Psy2:26).

In Bezug auf die Konzeptionalisierung des angedachten mobilen Teams erscheint es empfehlenswert, alle hier erwähnten Formen formalisierter Informationskanäle in Erwägung zu ziehen (standardisierte Informationsweitergabe, fixe AnsprechpartnerInnen und regelmäßige Absprachen). Entsprechend der Tätigkeitsfelder des angedachten mobilen Teams sind konkrete Kooperationsvereinbarungen mit diesbezüglich relevanten Institutionen zu treffen, in denen auch Kommunikations- und Zuweisungsprozesse geregelt werden. Diese sollen nicht zuletzt auch Regelungen über die sichere elektronische Übermittlung und Verarbeitung sensibler Daten enthalten.

c) Regionale Vernetzungstreffen

In den von uns durchgeführten Interviews wurde eine Vielzahl regionaler Gremien genannt, in deren Rahmen teilweise auch fallspezifische Vernetzung sowie konkrete Fallbesprechungen stattfinden. Angesprochen wurden beispielsweise diverse Regionalforen, regionale Gremien wie „Hernals miteinander“ sowie diverse „regionale Sicherheits-Jours-Fixes“ (Fin1:147; Poz1:52; Su1:10, 24, 30; Wh1:44)¹¹⁹.

Es ist davon auszugehen, dass es sich bei den hier besprochenen Fällen üblicherweise um solche Fälle handelt, welche für Aufsehen oder auch sichtbare Probleme im öffentlichen Raum sorgen. So berichtet beispielsweise Martin Tiefenthaler von Sam in Bezug auf den Sicherheits-Jour-Fixe Praterstern¹²⁰:

„Und natürlich, passiert es auch immer wieder (...), dass einzelne Personen Thema sind. Das betrifft dann aber meistens, psychisch kranke Personen, die im öffentlichen Raum sind, die nicht in Behandlung sind, und die einfach für einen Platz so eine, ich sag jetzt bewusst das Wort „Belastung“ sind für den Raum, dass sie einfach Alle beschäftigen. (...) Die zum Beispiel haftunfähig sind, und dann aber mitten am Praterstern stehen und kleine Kinder anschreien, Eislutscher weghauen,

¹¹⁹ Ein weiteres trägerübergreifendes Gremium, das an dieser Stelle genannt werden soll, ist die Koordinationsstelle Wohnungssicherung. Auch hier werden konkrete Fälle eingebracht und mögliche Vorgangsweisen gemeinsam besprochen (→ „Wohnen“, „Wege zur Versorgung“).

¹²⁰ Bei diesem regelmäßig stattfindenden Treffen sind üblicherweise VertreterInnen von Polizei, ÖBB, Wiener Linien, Tageszentrum Stern, Gruft/Caritas, MA48, den dort tätigen Security-Diensten sowie der Bezirksvorstehung anwesend (Su1:24).

ihren Penis rausholen, solche Dinge. Wo es einen Grundkonsens gibt, bei allen Anwesenden im Jour-Fixe: „Das geht nicht“ (Su1:30).

Das multiprofessionell besetzte trägerübergreifende Gremium bietet Raum um über Phänomene zu sprechen, mit denen die involvierten Institutionen überfordert sind. Gemeinsam werden hier mögliche Vorgangsweisen besprochen und Lösungsmöglichkeiten für aufkommende Probleme erarbeitet. Als konkretes Beispiel für Phänomene die in diesem Gremium besprochen werden, nennt Tiefenthaler eine Fallsituation die von den Wiener Linien mit folgenden Worten eingebracht wurde: *„Bitte, wir haben da einen Herren, der hupft uns jeden Tag aufs Gleis und trotzdem ist er am nächsten Tag wieder da, weil es trotzdem zu wenig ist, dass er zwangseingewiesen wird“* (ebd.). Auch Susanne Peter von der Caritas/Gruft erwähnt fallspezifische Vernetzungstätigkeiten im Rahmen regionaler Sicherheits-Jours-Fixes (sie bezieht sich dabei insbesondere auf den Sicherheits-Jour-Fixe Hauptbahnhof). Peter spricht allerdings davon, dass diese Gremien eher dazu dienen, eine Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen zu fördern. Nachdem bei den Treffen zahlreiche Personen anwesend sind, die mit den konkreten KlientInnen „nichts zu tun haben“, finden fallbezogene Besprechungen ihr zutreffen eher nach den Treffen statt (Wh1:46).

Von weiteren regionalen Gremien, bei denen Fallbesprechungen stattfinden, berichtet Friedrich Kovar (bis vor kurzem Menschenrechtsbeauftragter der Landespolizeidirektion Wien). Er bezieht sich dabei insbesondere auf einrichtungsübergreifende Vernetzungstreffen wie „Hernals miteinander“, aber auch auf diverse durch Bezirksvorstehungen organisierte Treffen. Kovar zufolge werden in diesen Settings konkrete Fälle besprochen die beispielsweise Schulen, Parkanlagen, diverse Institutionen, Geschäftsleute oder auch den öffentlichen Raum betreffen. Es wird versucht „relativ geschwind“ nachhaltige Lösungen zu finden, *„die relativ unbürokratisch gehen, wo man nicht [um] irgendetwas ansuchen muss und irgendwelche Kräfte“* hinzuziehen muss (Poz1:52).

In Bezug auf Besprechungen von Einzelfällen im Zuge regionaler Gremien bleibt teilweise unklar, inwiefern die betreffenden KlientInnen über diese Form der Vernetzung Bescheid wissen und/oder ihr zugestimmt haben. Diesbezügliche Herausforderungen werden unter anderem im Interview mit MitarbeiterInnen der MA40 deutlich. Hier berichtet Marc Hermann von Erfahrungen aus der Zeit seiner früheren Tätigkeit in der Betreuung psychisch kranker Personen. Er spricht von guten Erfahrungen fallspezifischer Vernetzung, die er im Zuge eines Regionalforums sammeln konnte¹²¹. Ihm zufolge hatten die dortigen Fallbesprechungen zu dieser Zeit (vor über 6 Jahren) einen eher „inoffiziellen Charakter“. Dennoch war es möglich in diesem Rahmen Informationen auszutauschen, welche die Zusammenarbeit zwischen (sowie Vermittlungstätigkeiten von) Einrichtungen erleichterte (Fin1:147).

¹²¹ Hermann bezieht sich hier auf das (ihm zufolge im Vergleich zu anderen Bezirken besonders gut funktionierende) Favoritner Regionalforum. Ihm zufolge waren bei diesem Gremium neben den Wohnpartnern und der Gebietsbetreuung auch der PSD, der FSW sowie MA15 und MA11 vertreten.

d) Anlassbezogene Treffen: Fallkonferenz, HelferInnenkonferenz & Co

Einrichtungsübergreifende Treffen, bei denen es gezielt darum geht Absprachen bezüglich eines konkreten Falls zu treffen, finden in unterschiedlicher Form statt. HelferInnen- sowie Sozialnetzkonferenzen wurden im Zuge unserer Interviews von je einer/einem InterviewpartnerIn genannt (Gew1:64; KiJuFam3:114)¹²².

Des Weiteren wurde in verschiedenen Interviews von trägerübergreifenden „Fallkonferenzen“ gesprochen. In insgesamt vier Interviews wurde betont, dass diese Form der Vernetzung, seit dem sogenannten „Brunnenmarktmord“ gezielt intensiviert wurde¹²³ (Poz1:24; Psy1:42; Su2:96; Wh1:48). Laut Birgit Braun von Change (einer Einrichtung der Suchthilfe) wird diese Art der Fallkonferenz insbesondere dann durchgeführt, wenn Menschen im öffentlichen Raum „extrem auffällig“ und fremdbeziehungsweise selbstgefährdend agieren (Su2:70). Ziel dieser Treffen ist es, Fälle wie den Brunnenmarktmord in Zukunft zu verhindern indem gemeinsame Vorgangsweisen für ähnliche Fälle erarbeitet werden (Wh1:48). Josef Schörghofer vom PSD meint dazu:

„Das ist vielleicht ein Problem der Großstadt, wenn sie an den Vorfall denken am [Brunnenmarkt], dass es doch einige Menschen gibt, von denen sehr viel/doch auch Gefährdung und Gefahr ausgeht, und wo es aber zwischen Unterbringungsgesetz, Polizei, Justiz, stationärer Psychiatrie und ambulanter Psychiatrie noch sehr sehr holprig läuft“ (Psy1:45).

Friedrich Kovar berichtet, dass bei den genannten Fallkonferenzen, alle „Player“ eingeladen werden, „die entweder eh schon [an dem Fall] dran sind oder an die [bisher] noch keiner gedacht hat“. Sie kommen zusammen um gemeinsam zu überlegen, wie mit Fällen umgegangen werden kann, mit denen alle beteiligten Institutionen überfordert sind. Kovar erklärt: *„Und da wird dann ganz einfach gebrainstormt und jeder bringt irgendetwas ein. Wir haben schon einige dieser Fälle gehabt, wo wir wirklich zu ganz tollen Ergebnissen gekommen sind“* (Poz1:24)¹²⁴.

e) Nicht-formalisierte Vernetzung: „Flexibilität und Personenabhängigkeit“

Abgesehen von diversen standardisierten Formen fallspezifischer Vernetzung spielen auch nicht formalisierte Kontaktaufnahmen eine große Rolle. So beispielsweise, wenn MitarbeiterInnen aufgrund einer gewissen Situation oder Bedarfslage entscheiden, mit

¹²² Im Zuge von HelferInnenkonferenzen wird die weitere Vorgangsweise bei komplexen Fällen zwischen diversen betreuenden Institutionen (fallweise gemeinsam mit der/dem KlientIn) besprochen (KiJuFam3:114). Zielgruppe von Sozialnetzkonferenzen sind Jugendliche und junge Erwachsene in Haft. Hier wird gemeinsam mit dem sozialen Umfeld (FreundInnen, Eltern, Bekannten, etc.) ein Plan für die Zeit nach der Haftentlassung erstellt um dadurch weitere (Untersuchungs-)Haft vermeiden und Rückfälle verhindern zu können (Gew1:64; Neustart o.A.).

¹²³ Der sogenannten „Brunnenmarktmord“ bezieht sich auf den Fall eines seit Jahren amtsbekannten wohnungslosen jungen Mannes mit (laut psychiatrischem Gutachten) hochgradig paranoider Schizophrenie, der im Mai 2016 eine 54-jährige Frau am Weg zur Arbeit mit einer Eisenstange erschlug (derStandard 2017).

¹²⁴ Insbesondere wenn bei zu diesen Treffen auch Institutionen eingeladen werden, die bisher nicht in Kontakt mit der betreffenden Person waren, ist auch bei dieser Form der fallspezifischen Vernetzung zu klären, wie die genannten Treffen (sowie darüber hinausgehende Absprachen zwischen beteiligten Einrichtungen) so erfolgen können, dass sie mit den Vorgaben des Datenschutzes in Einklang stehen (vgl. ebd.).

einer anderen Institution (beispielsweise telefonisch oder via E-Mail) Kontakt aufzunehmen.

Wie in verschiedenen Interviews deutlich wurde, ist das Zustandekommen von fallspezifischer Vernetzung insbesondere in nicht-formalisierten Settings, stark von den jeweils beteiligten Einzelpersonen abhängig (Ges1:32; Psy3:160–165; Psy4:99, 107). Eine Sozialarbeiterin aus dem WSD meint dazu:

„Ich denke da helfen ja auch Strukturen die das [Vernetzungsarbeit] fördern. Also natürlich kommt das auch auf die Personen an, aber es ist halt schade, oder zu wenig, wenn es nur von den Personen abhängt und vom persönlichen Engagement“ (PSY3:160-165).

Das Problem der Personenabhängigkeit nicht-formalisierter Formen der Vernetzung, findet sich auch in der Sozialarbeitsforschung wieder. So spricht beispielsweise Ingrid Gissel-Palkovich davon, dass Vernetzungsaktivitäten in der sozialarbeiterischen Praxis des ASD „*oftmals eher personenabhängig, spontan und situativ*“ erfolgen (Gissel-Palkovich 2013:139)¹²⁵.

In Bezug auf diese Form der Vernetzung wird außerdem deutlich, dass bestehende persönliche Kontakte zwischen MitarbeiterInnen verschiedener Institutionen hier eine große Rolle spielen. Ulrike Schröer vom GPZ erklärt, dass solche Kontakte „die Hemmschwelle“ aufgrund bestimmter Problemlagen bei einer anderen Institution (in diesem Fall dem mobilen Krisendienst) anzurufen, deutlich verringern (Psy4: 107).

Weiters zeigt sich, dass regionale Verankerung sowie die Bekanntheit von Einrichtungen, eine zentrale Grundlage für (insbesondere) nicht-formalisierte Formen fallspezifischer Vernetzung und guter Zusammenarbeit darstellen (Fin1:147–164).

Zu guter Letzt ist zu beachten, dass insbesondere nicht-formalisierte Formen der fallspezifischen Vernetzung Gefahr laufen, im Falle von Überlastung und fehlenden Zeitressourcen auf der Strecke zu bleiben (Wh2:28).

f) Empfehlungen: Formen fallspezifischer Vernetzung & das mobile Team

In Bezug auf das angedachte mobile Team erscheint es empfehlenswert, sämtliche hier vorgestellte Formen fallspezifischer Vernetzung in die Konzeptionierung eines möglichen Angebots mit-einzubeziehen. Neben anonymisierter Fachberatung und diversen standardisierten Kommunikationskanälen mit konkreten Institutionen („automatische“ Informationsweitergabe, fixe AnsprechpartnerInnen, regelmäßige Absprachen) kann auch die Teilnahme an, beziehungsweise Organisation von, Fallkonferenzen einen wichtigen Beitrag zum Funktionieren fallspezifischer Vernetzung leisten. Insbesondere um im Bedarfsfall flexibel reagieren zu können, muss allerdings auch die Möglichkeit zu nicht-formalisierten („spontanen“) Kontaktaufnahmen mit

¹²⁵ Im Rahmen ihrer Auseinandersetzungen mit der Implementierung von Case-Management (CM) weist Gissel-Palkovich auf die Notwendigkeit von systematisierten, strukturierten und verbindlichen Formen der Vernetzung hin. Dadurch wird Vernetzung ihr zufolge zu einer „professionellen und institutionellen Pflichtaufgabe“ (die aufgrund des Systembezugs des CM-Konzepts, nicht auf die fallbezogene Ebene beschränkt bleibt). (Gissel-Palkovich 2013:139)

anderen Einrichtungen bestehen. Eine wichtige Grundlage dafür ist wiederum die Bekanntheit und regionale Verankerung des angedachten Angebots (→ „Fallunspez. Vernetzung“).

Welche Form der fallbezogenen Kommunikation für eine Fallsituation oder auch in Bezug auf konkrete KooperationspartnerInnen passend erscheint, ist aus unserer Sicht abhängig von unterschiedlichen Faktoren (wie beispielsweise vorhandenen Problemstellungen und Ressourcen im KlientInnensystem, beteiligten Professionen und Institutionen, etc.). Um einen Orientierungsrahmen zu bieten und gute Zusammenarbeit zu fördern, erscheinen uns Kooperationsvereinbarungen mit zentralen Einrichtungen sinnvoll. Diese sollen nicht zuletzt auch Regelungen über Kommunikations- und Zuweisungsprozesse sowie Richtlinien hinsichtlich des Schutzes von KlientInnendaten enthalten. Dabei geht es nicht darum, restriktive Vorgaben einzuzementieren, sondern einen klaren Rahmen zu bieten, der nicht zuletzt auch verhindert, dass aus Angst vor Verstößen gegen die DSVO auf fallbezogene Vernetzung verzichtet wird.

4.2.3 Betreuungsdauer: „Für Beziehungsaufbau braucht es Zeit“

Judith Katzlinger

Die Frage, wie lange Fälle durch das angedachte mobile Team betreut werden sollen, steht in engem Zusammenhang mit den für das Team geplanten Zuständigkeitsbereichen und Betreuungsformen. In den von uns durchgeführten Interviews wurde sowohl auf bestehenden Bedarf an sozialarbeiterischer Akutintervention als auch auf die Notwendigkeit längerfristiger Betreuung hingewiesen (→ „Form d. Betreuung“). Auf die Frage, wie sich diese beiden Formen der Betreuung kombinieren lassen und ob eine passende Versorgung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen durch eine „Mischform“ gewährleistet werden könnte, lässt sich auf Basis unseres Forschungsprojektes keine abschließende Antwort finden.

Im Folgenden werden wir auf Herausforderungen an den Übergängen zwischen Akutintervention und längerfristiger Betreuung sowie den formulierten Bedarf (an kurz-beziehungsweise langfristigen Angeboten) eingehen. Außerdem werden wir Faktoren vorstellen, die eine längerfristige Betreuung notwendig machen und Empfehlungen in Hinblick auf das mobile Team formulieren.

4.2.3.1 Zur Schnittstelle zwischen Akutintervention und längerfristiger Betreuung

Verschiedene InterviewpartnerInnen weisen darauf hin, dass bei der Konzipierung eines „sozialarbeiterischen Akutinterventionsteams“ darauf geachtet werden muss, dass auch eine längerfristige Versorgung sichergestellt ist. Bernd Kühbauer von der Männerberatung erklärt:

„[Es ist das] eine, bei akuten Geschichten möglichst schnell einen Brand zu löschen, aber was ist dann? Dann ist der Brand gelöscht und die Trümmer liegen da und dann braucht es auch einfach danach noch Möglichkeiten um die Wunde weiterhin zu versorgen“ (Gew1:105).

Auch Roswitha Ebner vom sozialpsychiatrischen Notdienst des PSD zeigt auf, dass eine Akutintervention in Fällen akuter Krisen häufig keine ausreichende/nachhaltige Maßnahme darstellt. Ausgehend von ihren Erfahrungen im mobilen Krisendienst weist sie auf Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Krisenintervention und dauerhafter Betreuung hin:

„Es gibt einfach Überschneidungen (...). Du gehst mobil zu einer Krise hin, aber daraus entwickelt sich eine längere Betreuung. Da ist einfach das Thema, das abzugrenzen: Wo ist die akute Krise? Und wo ist dann die längere Betreuung? Wenn du im Sinne einer Delogierungsprävention wo hingehst und du kommst in eine Messie-Wohnung und du siehst den Bedarf [an Unterstützung durch Heimhilfe, Sachwaltschaft, ÄrztIn, Sozialarbeit, etc.]. Das muss man ja organisieren: Und wer macht das jetzt? Das Krisenteam oder eine andere Einrichtung? Das dauert ja nicht einmal, nicht zweimal, das dauert ja vielleicht ein halbes Jahr bis das alles gemacht ist“ (Psy2:64).

Wie Christina Schreiner-Nolz von den Frühen Hilfen verdeutlicht, kann es nicht zuletzt auch am Übergang zur (längerfristigen) Betreuung durch andere Institutionen notwendig sein, KlientInnen beim „Andocken“ zu unterstützen (KiJuFam3:266). Tiefergehende Erklärungen zur Frage, wie diese Vermittlungsprozesse gestaltet werden sollen, finden sich im dementsprechenden Kapitel (→ „Weg zur Versorgung“).

Margarete Lässig von der MA15 weist darauf hin, dass die Betreuung sowie die aufgebaute Beziehung grundsätzlich so gestaltet sein soll, dass sie auch wieder beendet werden kann (KiJuFam1:40).

4.2.3.2 Faktoren, die eine längerfristige Betreuung erforderlich machen

Bedarf nach längerfristiger Betreuung wurde insbesondere in Zusammenhang mit der Notwendigkeit von Beziehungsarbeit (und dem damit verbundenen Bedarf an ausreichenden zeitlichen Ressourcen) genannt. Im Folgenden werden wir konkrete Gründe vorstellen, aufgrund derer eine längerfristige Betreuung als besonders notwendig erachtet wird.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass für Fälle, die an andere Einrichtungen weitervermittelt (und nicht längerfristig betreut) werden sollen, ausreichende zeitliche Ressourcen für den Prozess der Weitervermittlung eingeplant werden müssen. Es ist davon auszugehen, dass in einigen Fällen ein „betreuter Vermittlungsprozess“ notwendig ist um sicherzustellen, dass AdressatInnen tatsächlich bei der jeweiligen Institution „andocken“ können (→ „Weg zur Versorgung“).

Bedarf an unterstützter Vermittlung kann unter anderem in Fällen bestehen, in denen große innere Hemmschwellen zu überwinden sind, bevor empfohlene Angebote angenommen werden (können). So beispielsweise in Fällen mit aufrechten Gewaltdynamiken sowie wenn es darum geht psychiatrische Unterstützung anzunehmen oder sich aus Eigeninitiative an die MA11 zu wenden¹²⁶ (→ „Psy“, „Gewalt“, „KiJuFam“).

Wie in mehreren Interviews deutlich wird, können sich bestehende Ängste gegenüber der MA11 erschwerend auf die Betreuung durch andere soziale Einrichtungen auswirken (ebd.:106; KiJuFam2:74; KiJuFam3:82)¹²⁷. Insbesondere wenn Familien befürchten, das Angebot des angedachten mobilen Teams würde in Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendhilfe stehen, ist ausreichend Zeit für eine diesbezügliche Klärung sowie den Aufbau einer Vertrauensbeziehung einzuplanen. Diese ist notwendig, damit die Betreuung durch das mobile Team nicht durch möglicherweise zu Beginn bestehende Skepsis beziehungsweise Angst vor der MA11 beeinträchtigt wird. (→ „KiJuFam“)

Auch in Fällen, in denen Fachkräfte vermuten, dass neben dem vorgebrachten Problem (beziehungsweise dem sogenannten „presented problem“) noch weitere relevante Belastungssituationen vorhanden sind, ist ausreichend Zeit für den notwendigen

¹²⁶ Beschämung, Stigmatisierung sowie Pathologisierung spielen in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle. Es liegt nicht zuletzt auch an den Institutionen Sozialer Arbeit, beschämungsgenerierende Strukturen abzubauen (Psy3:66; vgl. Schröder 2013).

¹²⁷ Von erschwerenden Bedingungen spricht Margarete Lässig von der MA15 insbesondere in Bezug auf Familien, die seit Generationen von der MA11 betreut werden und in deren Geschichte es bereits zu mehreren Fremdunterbringungen gekommen ist (KiJuFam1:112).

Beziehungsaufbau einzuplanen. Unter anderem im Interview mit Christina Schreiner-Nolz wird deutlich, warum ausreichend Zeit notwendig ist, um gemeinsam mit KlientInnen herausarbeiten zu können, in welchen Bereichen Unterstützung benötigt wird (ebd.:50). Im bundesweiten Leitfaden der Frühen Hilfen findet sich dazu folgende Analyse:

„Vertrauen wird gerade auch in der ersten Phase der Familienbegleitung über das Erleben von Unterstützung aufgebaut. Daher kann es hilfreich sein, zunächst akute Belastungen [wie beispielsweise akute existentielle Nöte], die beispielsweise als Vermittlungsgrund angegeben oder im Erstgespräch artikuliert wurden, aufzuarbeiten. Wenn Vertrauen aufgebaut ist, können auch schwierigere Themen angesprochen werden, bzw. werden tieferliegende, eher psychische Belastungen oft erst sichtbar, wenn die vordergründigen, eher materiellen Belastungen gemildert werden konnten“ (Weigl et al. 2018:33).

Wie wir bereits zeigen konnten, ist davon auszugehen, dass die zeitlichen Ressourcen in anderen Einrichtungen derzeit häufig zu knapp bemessen sind, um eine solche Form des Beziehungsaufbaus zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen des Gesundheitssystems, aber auch für die Betreuung durch den FSW¹²⁸. (→ „Rettung“; „Gesundheit“; „Häusl. Gewalt“; „Alter & Pflege“)

In Bezug auf das angedachte Team sollte außerdem darauf geachtet werden, dass auch für frühzeitige Unterstützung (also in Fällen, wo noch nicht „der Hut brennt“) ausreichende Ressourcen vorhanden sind. Auf die große Bedeutung frühzeitiger Unterstützungsmaßnahmen verweisen unsere InterviewpartnerInnen insbesondere in Bezug auf die Früherkennung psychischer Erkrankung und Sucht. Aber auch im Kontext von Gewalt in der Familie, Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie Jugendgewalt wird diesbezüglicher Bedarf gesehen (Gew1:18, 47, 84; KiJuFam1:108; Psy2:36, 64). Laut Bernd Kühbauer, stehen Ressourcen für eine längerfristige Betreuung derzeit in vielen Fällen erst dann zur Verfügung, wenn „etwas passiert ist“ und das Gericht sich dieser Fälle annimmt (Gew1:19). Insbesondere in Bezug auf Familien wird betont, dass es große Vorteile mit sich bringt, wenn diese Unterstützung bekommen, bevor es zu einer Meldung wegen Kindeswohlgefährdung und somit einer Betreuung im Zwangskontext kommt (→ „KiJuFam“).

In den von uns durchgeführten Interviews wird weiters deutlich, dass bei Belastungssituationen hinsichtlich psychischer Gesundheit von einem Bedarf nach längerfristigem Beziehungsaufbau ausgegangen werden muss und dementsprechende zeitliche Ressourcen einzuplanen sind. Eine Sozialarbeiterin des WSD, die für (teil-)betreutes Wohnen für psychisch kranke Personen zuständig ist, erklärt in Bezug auf die Betreuungsdauer, die für einen Beziehungsaufbau sowie das Entstehen einer Vertrauensbeziehung notwendig ist: *„Unter einem halben Jahr tut sich da genau nichts“*

¹²⁸ Insbesondere im Interview mit Ulrike Schröer vom GPZ entsteht der Eindruck, dass im Rahmen der Betreuung durch den FSW sowie durch von ihm beauftragte Trägerorganisationen, derzeit keine zeitlichen Ressourcen für eine diesbezügliche Betreuung vorhanden sind. Der Fokus liegt hier vielmehr auf der Bearbeitung der offensichtlichen beziehungsweise vorgebrachten Bedarfslagen (Psy4:31) (→ „Alter“).

(Psy3:80). Hinweise dafür, dass psychische Belastungssituationen eine längerfristige Betreuungsdauer notwendig machen, finden sich auch im Leitfaden der Frühen Hilfen. Hier ist zu lesen:

„Aus der Praxis wird berichtet, dass beispielsweise Familienbegleitungen, in denen administrative Unterstützung und materielle Existenzsicherung im Vordergrund stehen, eher kürzer, aber intensiver im Sinne der Terminfrequenz verlaufen. Hingegen dauern Familienbegleitungen, in denen eine psychische Erkrankung der Hauptbezugsperson im Fokus steht, oft sehr lange, da zunächst eine Situation etwas stabilisiert und dann zur Inanspruchnahme von weiterführenden Angeboten motiviert werden muss“ (Weigl et al. 2018:31).

4.2.3.3 Bedarfsorientierte Triage: „Auslastung darf nicht dazu führen, dass ausschließlich kurzzeitige Betreuung angeboten wird“

Im Falle der Gründung eines neuen mobilen Teams für psychosoziale Versorgung ist darauf zu achten, dass die geplante Betreuungsdauer von Fällen, den Zuständigkeitsbereichen des Teams angepasst wird (→ „Form d. Betreuung“; „Fazit“). Wie wir später noch genauer erläutern werden, empfiehlt sich bezüglich der Indikationen für eine Betreuung durch das mobile Team, eine Orientierung an dem Prinzip der Subsidiarität. Demzufolge soll das Team für solche Fälle zuständig sein, für die keine anderen passenden Stellen zur Verfügung stehen. Dazu gehören nicht zuletzt auch komplexe Fälle, für deren Betreuung bestehende Institutionen (beispielsweise aufgrund ihrer Ausrichtung auf kurzzeitige oder auch niederschwellige Betreuung) nicht über die nötigen zeitlichen Ressourcen verfügen. Folglich ist bei der Gründung eines solchen Teams darauf zu achten, dass die strukturellen Voraussetzungen für eine längerfristige Betreuungsdauer gegeben sind.

Im Falle einer Auslastung des mobilen Teams erscheint uns eine bedarfsorientierte Triage sinnvoll, anhand derer die vorhandenen Ressourcen unter Berücksichtigung der Zuständigkeitsbereiche des mobilen Teams eingesetzt werden (vgl. Novosad / Wallner 2017:19). Diesbezüglich empfiehlt sich eine Orientierung an der von Margarete Lässig beschriebenen Vorgangsweise der Familienhebammen. Lässig erklärt, dass die Familienhebammen zu manchen Zeiten bei allen zugewiesenen Fällen Hausbesuche durchführen können. Stoßen sie allerdings mit ihren Kapazitäten auf Grenzen, wird Lässig zufolge eine Triage durchgeführt (KiJuFam1:62). In Bezug auf das von uns angedachte mobile Team soll durch eine solche Vorgangsweise sichergestellt werden, dass eine längerfristige Betreuung im Bedarfsfall trotz knapper Zeitressourcen möglich ist. Folglich soll verhindert werden, dass im Bestreben möglichst hohe Fallzahlen zu erreichen, ausschließlich kurzzeitige Unterstützung angeboten wird. Es wird empfohlen, die konkrete Betreuungsdauer eines Falls von den jeweiligen Bedarfslagen (und den im KlientInnensystem vorhandenen sowie durch andere Institutionen angebotenen Ressourcen) abhängig zu machen. Von standardisierten Vorgaben zur Betreuungsdauer

(beziehungsweise zum pro Fall zur Verfügung stehenden Stundenausmaß), ist folglich abzusehen¹²⁹.

Angesichts der weiter oben beschriebenen Tatsache, dass sich Bereiche, in denen Bedarf an Unterstützung besteht, von den zu Beginn vorgebrachten Problemlagen unterscheiden können, ist von einer zu Beginn festgelegten Betreuungsdauer abzusehen.

¹²⁹ Solche im Vorhinein feststehende Vorgaben zur Betreuungsdauer finden sich bei der durch den FSW beauftragten operativen Sozialen Arbeit vom WSD sowie bei verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitssystems (Ges1:1; PflA1:37). Auf damit verbundene Probleme gehen wir im Kapitel zu Alter und Pflege genauer ein (→ „Alter“).

4.2.4 Modelle und Formen des Unterstützungsprozesses: „Von akuter Intervention zu langfristiger Betreuung“

Andreas Draxler

Anschließend folgt eine konkrete, kritische Auseinandersetzung mit zentralen Aspekten möglicher Betreuungsformen für ein zusätzliches mobiles Angebot in Wien. Dabei werden die Aussagen der befragten ExpertInnen einander gegenübergestellt. Um das gesamte Spektrum möglicher Modelle und Formen aufzuzeigen, werden diese tabellarisch dargestellt.

Laut den Aussagen der InterviewpartnerInnen seien für die Planung mobiler Teams folgende Aspekte relevant:

- akutintervenieierend: In akuten Situationen im häuslichen Umfeld und öffentlichen Raum intervenieren
- übermittelnd: Funktion; Menschen im Bedarfsfall per übergreifender Vernetzungen an entsprechende Organisationen zu übermitteln/weiterzuvermitteln
- begleitend: Menschen zu sozialen Einrichtungen und Behörden begleiten
- aufsuchend / nachgehend: beschreibt die Form, Menschen im häuslichen Umfeld und im öffentlichen Raum aufzusuchen beziehungsweise ihnen nachzugehen

(Mögliche) Modelle und Formen des mobilen Teams:				
Modelle des mobilen Teams:	(mögliche) Formen der Mobilität:			
	Akut Inter- venierend	Über- mittelnd	Be- gleitend	Auf- suchend/ Nachgehend
„Case Work“		X	X	X
Begleit- und Transport- dienst	X		X	
„Dritte Säule“	X	X		X

Tabelle 22: (Mögliche) Modelle und Formen des mobilen Teams; Quelle: eigene Darstellung

In der Analyse der Interviews zeigt sich, dass die InterviewpartnerInnen verschiedene Aspekte als relevant für die Planung mobiler Teams erachten. Die in der Tabelle dargestellten Modelle werden folgend genau erörtert.

4.2.4.1 "Case-Work: „Länger und intensiver am Fall dranbleiben“

Goger und Tordy (vgl. 2019:6) verstehen unter Fall („Case“) eine Person, die sich in einer Situation befindet, aus der sich die Notwendigkeit ergibt, mit der Profession der Sozialen Arbeit zu interagieren.

Befragte ExpertInnen, quer über unterschiedliche Bereiche, betonen, dass soziale Einrichtungen in Wien vielfach bestehen. Allerdings tendieren bestimmte Einrichtungen dazu, Beratungsangebote anzubieten und Menschen in unterschiedlichen Situationen an anderen Stellen weiterzuvermitteln (KiJuFam3:281). Dies hat nach Christina Schreiner-Nolz jedoch zur Folge, dass eine hohe Anzahl professioneller HelferInnen im Fallverlauf involviert sei, ohne dass diese sich miteinander vernetzen würden (ebd.). Trotz der Fülle an Angeboten betont sie, dass die jeweiligen professionellen HelferInnen einen bestimmten Auftrag verfolgen, der befristet und auf einen gewissen Selbstzweck ausgerichtet ist. Beratungs- und Unterstützungsprozesse in dieser Konstellation haben für Christina Schreiner-Nolz einen nicht bindenden, kurzfristig anberaumten Charakter. Dies bedeutet, dass Menschen dann *„auf der Strecke bleiben, oder durch den Rost fallen“*, wenn sie die Beratungsangebote nicht in Anspruch nehmen können beziehungsweise wenn diese Form an Betreuung nicht mit den Bedarf und Bedürfnissen der Menschen in Einklang steht (ebd.:291).

Aus diesen Gründen wurde von den befragten ExpertInnen die Relevanz einer fallzuständigen Fachkraft betont, die den Prozessablauf des Falles in Rücksprache mit den KlientInnen trifft (ebd.; Wh4:39). In diesem Zusammenhang scheint es zu Berührungs- und Anknüpfungspunkten zum Case-Management zu kommen¹³⁰. Dabei zeigt sich, dass das hier vorgestellte „Case-Work“ sich nicht ausschließlich auf Menschen beziehen (muss), die komplexe Multiproblemlagen aufweisen (wie dies im Case-Management der Fall ist) (vgl. Goger und Tordy:2016:6). Vielmehr scheint es sich nach dem Verständnis der befragten ExpertInnen um eine Betreuungsform zu handeln, die sich auf keine konkrete Zielgruppe verschränkt. Im Unterstützungsprozess solle den Menschen ein langfristiges Beziehungsangebot zur Verfügung gestellt werden. Die Menschen sollen dabei nicht als Nummer, sondern als Menschen mit ihren individuellen Bedürfnisse, Stärken, Schwächen und Lebensbiographien wahrgenommen werden (Ges1:44; KiJuFam3:291).

Diese fallführende Fachkraft hat dabei drei primäre Funktionen, nämlich eine aufsuchende/nachgehende, eine begleitende und eine übermittelnde Funktion, welche anschließend genauer dargestellt werden. Gleichzeitig lässt sich dadurch ableiten, in welchen Situationen/Handlungsfeldern die Betreuungsintensivität anhand dieser unterschiedlichen Funktion aus Sicht der befragten ExpertInnen als nicht realistisch zu bezeichnen ist:

¹³⁰ Case-Management ist nach Goger und Tordy (2019:9) „ein Handlungskonzept für die Arbeit mit Personen in komplexen zeitlich andauernden Problemlagen zur Sicherstellung von abgestimmten (...) Unterstützungen, die sich an den Förderungsbedarf von Personen in Multiproblemlagen anpassen“

■ Menschen zuhause und in ihrem sozialen Umfeld aufsuchen

Im Rahmen dieses Unterkapitels wird ein aufsuchender Ansatz im häuslichen und sozialem Umfeld nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen analysiert.

Befragte ExpertInnen bezeichnen eine Kontaktaufnahme und Betreuungsform der zuständigen Fachkraft im häuslichen, sozialen Umfeld der KlientInnen und NutzerInnen als wichtigen Ansatz. Menschen in ihrem sozialen Umfeld aufzusuchen, sei ein Zeichen von Wertschätzung und Interesse für die Lebenswelt der Menschen (Fin1:126; Wh1:14). Pantucek hebt ebenso die zwischenmenschliche Wirkung von Hausbesuchen hervor. Durch die Hausbesuche könne Vertrauen aufgebaut und die „unterstützende Beziehung“ zu den KlientInnen intensiviert werden (vgl. Pantucek 2005:109–115) Nach Christina Schreiner-Nolz können Hausbesuche jedoch auch als Eingriff in die Privatsphäre der Menschen gesehen werden (KiJuFam3:67–68) Deshalb hat diese betont, Hausbesuche von der jeweiligen Situation, dem Fallverlauf abhängig zu machen (ebd.)

Die Prozessgestaltung auf die Interessen und Bedürfnisse der Menschen abzustimmen scheint, wie Praxissituationen zeigen, vom jeweiligen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit abhängig. So haben Hausbesuche nach Pantucek in bestimmten Arbeitssettings der Sozialen Arbeit einen „rigiden Überraschungs- und Kontrollcharakter“ (2005:110). Carina Spak bezeichnet einen Hausbesuch in der Tätigkeit mit nicht-anspruchsberechtigten Menschen als eher wenig erfolgsversprechend, da der Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit mit Behörden assoziiert werden könnte und die Menschen deshalb einer möglichen Betreuung und Unterstützung reserviert und auch ablehnend gegenüberstehen könnten (Ges3:54). Gleichzeitig werde den Menschen durch den aufsuchenden Ansatz ein Service zur Verfügung gestellt, der die Abhängigkeit zu professionellen HelferInnen fördert und die Selbstständigkeit der Menschen reduzieren könne (ebd.). Carina Spak und Margarete Lässig (ebd.:44; KiJuFam1:118) betonen in diesem Zusammenhang, dass in bestimmten Handlungsfeldern (z.B. bei nicht-anspruchsberechtigten Menschen) mit Hausbesuchen und aufsuchenden Formen Anreize geschaffen werden, in gesellschaftlich exkludierten „Parallelstrukturen“ zu verharren, anstatt das reglementierte Sozial- und Gesundheitssystem in Anspruch nehmen zu wollen (Ges3:44; KiJuFam1:118). Margit Braun sieht einen aufsuchenden Ansatz im öffentlichen Raum ebenso kritisch und begründet dies damit, dass Menschen sich im öffentlichen Raum frei bewegen sollten, ohne *„andauernd von SozialarbeiterInnen angesprochen zu werden“* (Su2:92).

Eng am Verständnis der aufsuchenden Tätigkeit wurde in den Ausführungen der befragten ExpertInnen ebenso die Relevanz eines nachgehenden Ansatzes diskutiert und erörtert. Mit Bezug auf das mobile Team gilt es ebenso zu hinterfragen, ob ein nachgehender Ansatz als Interessensbekundung bezeichnet wird oder eher der Kontrollaspekt überwiegt. Christina Schreiner-Nolz erinnert Menschen beispielsweise telefonisch an Terminversäumnissen, erkundigt sich über das Befinden der Menschen und stellt dabei weitere Terminvorschläge in Aussicht (KiJuFam3:323). In dieser Hinsicht betont sie jedoch explizit, dass für diese Betreuungsform eine Beziehung stattfinden müsse. Gleichzeitig solle den Menschen jedoch übermittelt werden, an der jeweiligen Situation interessiert zu sein. Bei weiteren nachgehenden Ansätze, die im Rahmen dieser Forschung festgestellt wurden, scheint jedoch eine Kontrollfunktion zu überwiegen. Menschen, die aufgrund von psychosozialen Themenstellungen in kurzen

Zeitabständen in Krankenhäuser und Psychiatrien gebracht und von dort wieder entlassen werden, benötigen nach Marc Herrmann einen längerfristig ausgerichteten nachgehenden Ansatz. Im psychiatrischen Kontext sieht Roswitha Ebner gerade diesen als nicht zielführend. Ihrer Aussage zufolge werde der Zugang im Rahmen einer mobilen Tätigkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erschwert (Psy2:60).

■ Menschen im Bedarfsfall an soziale Einrichtungen übermitteln

Gleichzeitig zeichnet sich der Ansatz des „Case-Works“ dadurch aus, im Einverständnis mit den NutzerInnen und KlientInnen den Fallprozess zu überblicken und zu steuern. Die Aufgabenfelder, wofür die fallzuständige Fachkraft zuständig ist, lässt sich anhand eines Zitats verdeutlichen:

Also manche brauchen rechtliche Geschichten, die anderen brauchen eine Begleitung, die anderen Empowerment, bei den anderen geht es tatsächlich um Einsamkeit, psychische Auffälligkeiten (Wh3:60)

Diese Aussage lässt darauf schließen, wie breit gefächert und multikausal die Themenstellungen im Kontext der Sozialen Arbeit sein können. Dafür soll die Fachkraft über zuständiges Fachwissen verfügen, um Menschen im Rahmen einer Einzelfallhilfe nachhaltige Unterstützung anbieten zu können. Dies bedeute nach Aussage einer Expertin jedoch nicht, dass für jede Problemstellung eine eigene Fachperson oder Einrichtung notwendig sei, da die Menschen dann von „fünf Personen sechs verschiedene Auskünfte bekommen“ würde (Wh4:39). Vielmehr solle die „Case-Workerin“ mittels fallspezifische und fallunspezifische Vernetzungsform die Möglichkeit in Rücksprache mit den KlientInnen besitzen, diese bei Bedarf anbinden zu können (Wh3:56) (→ „fallspezifische Vernetzung“).

■ Begleiten und für Menschen „da sein“

Dieser Ansatz beruht darauf, KlientInnen und NutzerInnen bei Bedarf zu sozialen Einrichtungen und Behörden und Ämtern zu begleiten. Nach Ansicht der befragten ExpertInnen solle die zuständige Fachkraft für die Anliegen der Menschen „da sein“ und sie im Unterstützungsprozess zu Behörden, Ämtern und sozialen Einrichtungen begleiten. Nach Ansicht der InterviewpartnerInnen lässt sich dabei festhalten, dass eine Begleitung erst dann wesentlich beitragen könne, wenn Menschen nicht einmalig (in akuten Situationen) oder punktuell (bei freiwerdenden Ressourcen) begleitet werden (Ges2:74; Ges4:68; Wh2:66–68). Menschen sollten dabei über einen längeren Zeitraum begleitet werden. Schreiner-Nolz hat in dieser Hinsicht darauf verwiesen, zusammen mit den Menschen beispielsweise „gemeinsam zur MA40“ [zu gehen] und dort gemeinsam in der Schlange zu stehen“ (KiJuFam3:281). Befragte ExpertInnen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern haben jedoch darauf verwiesen, dass dieser Ansatz zeit- und personalintensiv sei. Ausmaß und Dauer sei dabei nicht immer vorhersagbar und steuerbar (Ges1:117).

In der Analyse dieser betreuungsspezifischen Formen zeigt sich, dass nach dem Verständnis der befragten ExpertInnen diese Betreuungsformen eher dann als ergiebig wahrgenommen werde, wenn der jeweilige Unterstützungsprozess auf eine bestimmte

Langfristigkeit ausgerichtet ist. Kurz- und mittelfristige Interaktionen in dieser Form scheinen dabei nicht zielführend zu sein, da angenommen werde, dass die Menschen in ihrer Lebenslage derartige Betreuungsformen auch ablehnen können. Ob und inwieweit diese betreuungsintensive Unterstützung als Kontrolle oder aber auf die Bedürfnisse der Menschen ausgestaltete Unterstützung wahrgenommen wird, ist vom jeweiligen professionellen Auftrag, dem Handlungsfeld und je von spezifischen Fallverläufen abhängig.

4.2.4.2 Dritte Säule neben Polizei und Rettung: „In akuten Situationen sozialarbeiterisch intervenieren“

Ausgangsbasis für diese Betreuungsform ist, dass in Wien im psychosozialen/psychischen Kontext einerseits eine umfassende Angebotsvielfalt besteht. Andererseits besitzen bestehende Angebote nicht über ausreichende Ressourcen (Psychische Erkrankung). Aus diesem Grund wurde in den Gesprächsausführungen die Relevanz eines mobilen, psychosozialen Teams betont, dass folglich als „Dritte Säule“ bezeichnet wird. Das Modell der „Dritten Säule“ hat als primäre Funktionen einen intervenierenden, übermittelnden und nachgehenden Ansatz. Im Gegensatz zum „Case-Work“, der nicht auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtet ist, richtet sich dieser Ansatz an psychosozialen Krisensituationen (Ges2:74; Ges4:68–70; Wh2:66–69). Die Funktion der „Dritten Säule“ zeichnet sich dadurch aus, dass neben der Rettung (die für medizinische Notfälle) und der Polizei (die für rechtliche Notfälle) auch ein Team besteht, welches bei psychosozialen Notfällen gerufen werden könne. Dies hätte den Sinn, die Zuständigkeiten zwischen Rettungsdienst, Polizei und einer Organisationseinheit für psychosoziale Notfälle zu regeln. Die Rettung wäre demnach Ansprechpartner für medizinische Notfälle, die Polizei bei Gewaltsituationen und Rechtsüberschreitungen und die mobile Organisationseinheit für psychosoziale Themenstellungen im häuslichen Umfeld und öffentlichen Raum (Ges4:68; Wh2:56)

Dieses mobile Team solle im Hilfs- und Unterstützungsprozess implementiert sein, und sowohl von der Bevölkerung als auch von standortgebundenen Einrichtungen und mobilen Angeboten (soziale Einrichtungen, Polizei, Rettung) verständigt werden können. In akuten Krisensituationen erreichbar zu sein, setzt jedoch eine hohe zeitliche Flexibilität und damit hohe Ressourcen voraus, was die Organisationseinheit für psychosoziale Krisen maßgeblich von dem Konzept des Rettungs- oder Polizeidienstes unterscheiden würde. Um die jeweiligen Hilfsanfragen zwischen der „Dritten Säule“, der Polizei und der Rettung aufteilen und diese unmittelbar weitervermitteln zu können, sei deshalb eine Vernetzung zu (ausgewählten) psychosozialen Einrichtungen sowie eine organisationsübergreifende Vernetzung zur Polizei und zur Rettung notwendig. Dies hätte den Vorteil, dass sich Fehllokationen von Ressourcen eher vermeiden lassen könnten und könnte zu einer Entlastung für Polizei, Rettung und der „Dritten Säule“ beitragen. Eine Vernetzung zu psychosozialen Einrichtungen sei vor allem deshalb wichtig, da eine mobile Betreuung auch auf langfristige (standortgebundene) Angebote angewiesen wäre (Ges2:74; Ges4:68–70; Wh2:66–69).

4.2.4.3 (Niederschwelliger) Begleit- und Transportdienst: „Menschen von A nach B bringen“

In den Ausführungen wurde folglich auch die Relevanz einer Betreuungsform genannt, deren Tätigkeitsform sich auf die Begleitung der Menschen zu standortgebundenen Einrichtungen fokussiert und die Menschen in Bedarfsfall an weiterführende Einrichtungen weitervermittelt. Im Gegensatz zu spezifischen Betreuungsform des „Case Works“ solle diese Betreuung nicht auf Langfristigkeit und Kontinuität ausgerichtet sein. Vielmehr sei dieser Ansatz auf den Zweck ausgerichtet, Menschen von Standort A zu Standort B zu überbringen. Dies gelte vor allem für Menschen im öffentlichen Raum und in institutionellen Kontext, die sich noch nicht in akuten Notsituationen befinden und die keinen Anspruch auf Angebote des Regelsystems haben (Der Fonds Soziales Wien bietet Begleitdienste lediglich für anspruchsberechtigte Menschen an) (vgl. www.fsw.at 2019). Durch die Wechselwirkungen im öffentlichen Raum und institutionellen Kontext könne sich die Situation in Notfällen entwickeln. Wie im Kapitel „Rettung“ und „Wohnungslosenhilfe“ dargelegt, fungieren psychosoziale, mobile Angebote ebenso wie die Rettung unter anderem als Transportdienst, Menschen beispielsweise zu Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und zu Krankenhäusern zu bringen. Durch dieses niederschwellige Angebot könnten mobile Teams im öffentlichen Raum ebenso entlastet werden, wie die Rettung und die Exekutive. Deshalb hat diese Betreuungsform eine Begleitfunktion und einen akutintervenierenden Ansatz (Ges2:44; Su1:66).

4.2.4.4 Empfehlungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich das Modell des „Case Works“ an Menschen richtet, die ein langfristiges Betreuungsangebot in Anspruch nehmen möchten. Allerdings scheint es bei dem Modell Case Work Grenzen zu geben, nämlich wenn Hausbesuche oder generell aufsuchende Arbeit als Kontrolle oder Grenzüberschreitung wahrgenommen werden. Da Hausbesuche ein Eindringen in die Privatsphäre darstellen, kann das Modell „Case Work“ nur dann funktionieren, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen Fachkraft und KlientIn besteht. Beim Modell „Dritte Säule“ liegt der Fokus auf der akuten Intervention, das heißt es ist im Gegensatz zum Modell Case Work nicht auf Langfristigkeit ausgerichtet. In akuten psychosozialen Krisen sollen KlientInnen die Möglichkeit haben, sich an dieses Angebot als eine Art Notdienst zu wenden. Der Begleit- und Transportdienst hat die Funktion, Menschen, die nicht anspruchsberechtigt sind, bei Wegen zu Behörden, sozialen Einrichtungen, etc. zu begleiten. Den drei Modellen ist gemein, dass es sich um mobile Angebote handelt. Mobile Betreuungsformen können dazu beitragen, Menschen eine passende, bedürfnisgerechte Unterstützung und Versorgung zu bieten. Gleichzeitig geht jedoch aus unterschiedlichen Ausführungen hervor, dass mobile Betreuung auch mit einem Eingriff in die Privatsphäre der Menschen einhergehe. Deshalb sollten mobile Betreuungsformen je nach Bedarf und Situation zur Anwendung kommen. Soweit dies nach dem Auftrag der jeweiligen Einrichtung möglich ist, empfehlen Ebner und Schreiner Nolz, eine klientInnenzentrierte Sichtweisen einzunehmen, in der sich die Prozessabläufe auf die jeweilige Situation und den Bedürfnissen der Menschen ausrichten sollen:

*„Was wollts ihr? Wollts ihr, wenns euch schlecht geht, von dort weg-
geholt werden? Oder wollts ihr dortbleiben und dort betreut werden?
Was wollts ihr?“ (Psy2:64)*

4.3 Ressourcen

Sophie Lehner

Die folgenden Unterkapitel behandeln Ressourcen, die bei der Konzeptionierung eines mobilen Teams beachtet werden müssen: Angebotszeiten, materielle Ressourcen, Teamzusammensetzung, Anforderung für Zugänglichkeit, fallunspezifische Vernetzung und Vermittlungswissen.

4.3.1 Angebotszeiten

Sophie Lehner

Da die Gestaltung der Angebotszeiten mit dem genauen Konzept des mobilen Teams zusammenhängt, z.B. ob es ebenfalls eine Beratungseinrichtung hat, kann in diesem Kapitel nur kurz wiedergegeben werden, was laut einiger InterviewpartnerInnen bei dessen Konzeptionierung zu beachten ist: Bei einem niederschweligen Angebot sind die Öffnungszeiten nach der Zielgruppe zu richten. Um für alle Personen bestmöglich erreichbar zu sein, bieten sich dafür ausgedehnte Öffnungszeiten als auch Erreichbarkeit am Wochenende an. (vgl. Grümayer 2014) Dies bestätigen auch die InterviewpartnerInnen, die bereichsspezifische Versorgungslücken an den Wochenenden und nachts betonen. Diese sollten durch das Team abgedeckt werden. Das fordern vor allem Einrichtungen, die ebenfalls zu Randzeiten oder 24 Stunden erreichbar sind wie das P7, die Rettung und Sam2. (Ges4:102; Psy3:231–238; Su1:8). Sie wünschen sich ein möglichst flexibles Angebot mit einem 24-Stunden-Betrieb, der bei Bedarf als Notdienst hinzugezogen werden kann. Telefonische Erreichbarkeit ist somit Voraussetzung; auch sollte diese telefonische Beratung inkludieren. (Psy2:44; Su1:8; Su2:108) Ebenso wird betont, dass eine längerfristige Betreuung neben der Akutintervention empfehlenswert wäre und bei der Planung der zeitlichen Verfügbarkeit beachtet werden sollte (KiJuFam3:281) (→ „Form d. Betreuung“; „Dauer“). Ebenfalls wird für das mobile Team ein eigener Standort empfohlen, an dem es z.B. von einer anderen Beratungseinrichtung oder von KlientInnen aufgesucht werden kann (Wh3:62) (→ „Mat. Ressourcen“).

4.3.2 Materielle Ressourcen

Sophie Lehner

Bei den materiellen Ressourcen kristallisieren sich vor allem zwei Schwerpunkte heraus, nämlich jener der Mobilität in Form eines Autos oder Busses und der einer eigenen Beratungseinrichtung. Bei beiden sind letztendlich die Rahmenbedingungen des mobilen Teams ausschlaggebend, wie Frau Peter beim Aspekt der Mobilität hervorhebt:

„Wenn des wirklich eine Einrichtung ist, die 24-Stunden ist. Ja, ab Mitternacht brauchst dich nimmer mehr wegbewegen, weil dann gibt's kaum mehr Verkehrsmöglichkeiten, dass du irgendwo bist. Und dann musst mal schauen, ob man oder welche ---. Also, ich glaub, man muss schauen: Wo tut ma wirklich seinen Fokus (hin) ja?“ (Wh1:76)

Es müssen somit die Ressourcen an das Angebot angepasst werden.

In folgenden Punkten werden die Empfehlungen der befragten ProfessionistInnen erläutert.

4.3.2.1 Mobilität

Hierbei wäre ein Auto oder ein Bus für Begleitungen und nächtliche Mobilität zu empfehlen (Wh3:64). Die Interviews zeigen, dass das mobile Team vor allem auch kurzfristig rasch hinzugezogen werden sollte: *„Dass die wirklich mobil sind und in solchen Krisenfällen vor Ort auch kommen, ja in angemessener Zeit.“ (Poz1:58)* Um dies gewährleisten zu können, ist es äußerst relevant, dass das Auto für das mobile Team dauerhaft zugänglich ist. Fahrzeuge, die in einem anderen Bezirk geparkt sind und extra angefordert werden müssen, sind im Arbeitsalltag selten eine Erleichterung (Su1:58). Praktisch wäre, wenn der Bus auch für Beratungen genutzt werden könnte, z.B. durch eine Bank und einen Tisch im Kofferraum (Su2:108). Weiters wäre eine Liege im Kofferraum für Bedarfsfälle überlegenswert (ebd.:110). Ebenso könnten im Auto Informationsmaterialien transportiert werden. Auch ist die Ausstattung mit Laptop und Drucker anzudenken, um Anträge ausfüllen zu können und Video-Dolmetsch zu ermöglichen. (KiJuFam3:376–386; Wh1:76)

4.3.2.2 Standort: „Um alle zu erreichen“

Obwohl das Team einen Fokus auf Mobilität hat, hat sich gezeigt, dass auch eine Einrichtung für Beratung eingeplant werden sollte,

„weil im Beratungszimmer ist es natürlich schon ein anderes Setting als auf der Straße.“ (Su2:14) „Da hat man einfach nicht die Ressourcen zur Verfügung, die man in einem Büro hat ja. Und manchmal braucht es auch, dass Klienten diesen einen Schritt machen, dieser Schritt, ich will jetzt auch was ändern, den wir von ihnen auch durchaus auch verlangen, muss man schon sagen. Weil sie sind ja einfach Er-

wachsene, selbstbestimmte Menschen, ja sie haben zwar eine Erkrankung, aber sie können trotzdem, also diese kleinen Schritte kann man durchaus auch verlangen.“ (ebd.:16)

Weiters wäre ein eigener Standort auch für andere Institutionen gut, da diese dorthin verweisen könnten, und auch für KlientInnen, weil sie die Einrichtung von sich aus aufsuchen und die ProfessionistInnen kennenlernen könnten. In weiterer Folge würden Hausbesuche besser angenommen, da die Betreuer nicht mehr fremd sind.(KiJuFam3:40; Wh3:62)

Den KlientInnen die Möglichkeit zu geben, die ProfessionistInnen außerhalb ihres Heimes antreffen zu können, ist vor allem bei Familien, in denen Gewalt vorkommt, wichtig „*die wollen nicht, dass jemand hineinkommt*“(Gew2:87). Ein sicherer externer Ort, der aufgesucht werden kann, ermöglicht allen Zielgruppen offene Gespräche.

Bei der Suche des Standortes sollte bedacht werden, dass es nicht zu einer Ghettoisierung von Einrichtungen kommt, d.h. dass nicht zu viele Einrichtungen an einem Ort sind, dennoch muss auch die Nähe zur Zielgruppe und die Erreichbarkeit bedacht werden. (Psy4:163–165) Auf Barrierefreiheit und gute Beschriftung ist zu achten, damit die Einrichtung auch von älteren Personen oder Menschen mit Behinderung genutzt werden kann(ebd.:115).

4.3.3 Teamzusammensetzung

Sophie Lehner

Die Interviews ergeben, dass nicht nur unterschiedliche Berufsgruppen in ein neues mobiles Team involviert werden sollten, sondern auch ein Fokus auf Mehrsprachigkeit und Transkulturalität gelegt und Ausgewogenheit bei den Geschlechtern beachtet werden soll.

4.3.3.1 Multiprofessionalität und empfohlene Berufsgruppen

Multiprofessionalität ist in kaum einem Arbeitsfeld so angesehen wie in dem der Sozialen Arbeit; bei dieser gehört sie mittlerweile schon zu den fachlichen Standards (vgl. Bauer 2018:727). Dass diese auch bei einem neuen mobilen Team zu beachten ist zeigen die geführten Interviews.

*„Ganz gewiss ist es so, dass diese mobilen Teams Sinn macht, wenn das verschiedenste Berufsgruppen sind. Warum? Natürlich ist es gut, wenn ein Arzt zu einem Menschen kommt, der psychisch krank ist, der eine Behandlung braucht, das kann ja nur ein Arzt bestimmen. Aber es ist auch gut, wenn eine Krankenschwester hinkommt, weil der hat ein Pflegeproblem, dann braucht er eine Krankenschwester. Und es ist wahrscheinlich noch besser, wenn ein Sozialarbeiter mitkommt, weil ich mein, genügend Leute zahlen ihre Miete nicht, oder kommen mit ihren Formularen nicht zurecht. Und haben das ur Chaos in ihre Papiere oder in ihren Postkasten, weil dann brauch ich eigentlich einen Sozialarbeiter. Und das geht eigentlich weiter. Ich brauch mobil einen Physiotherapeuten, wenn jemand immobil ist, ich brauch mobil einen Ergotherapeuten, wenn ich will, dass er in der Wohnung besser zurechtkommt, auch bei Schizophrenen oder bei Suchtkranken gibt's das Problem der Ergotherapie zu Hause. Es wäre sinnvoll. Das heißt ein multiprofessionelles Team, mobil, das ist die Zukunft. Das sehe ich ganz so, wie es international wird's ja auch gemacht, in kleinem Rahmen. Es ist das Ziel, es ist die Zukunft. Wenn des Geld dafür da ist.“
(Psy2:54)*

Unter Multiprofessionalität wird das Zusammenfügen von spezifischen Sichtweisen der unterschiedlichen Professionen verstanden. Der Sinn dabei ist, dass das spezifische ExpertInnenwissen und die Kompetenzen vereint werden, um damit die Problemstellung umfassend und wirkungsvoll zu bearbeiten. (vgl. Bauer 2018:731) Dies führt aber auch zu Konflikten, wenn es darum geht, die unterschiedlichen Perspektiven zu einer gemeinsamen Strategie zu vereinen. (vgl. ebd.:733) Multiprofessionalität kann verschiedene Formen annehmen, sie ist z.B. ein Team, Netzwerk oder eine Organisation. (vgl. ebd.:732)

- Bei Teams kommt es zur direkten Zusammenarbeit zwischen den ProfessionistInnen.

- In Organisationen hingegen kommt es bei unterschiedlichen Thematiken häufig nur zu einem Nebeneinander - Arbeiten und zu keinem Zusammenarbeiten; dies hat den Vorteil, dass ein geringerer Abstimmungs- und Abhandlungsbedarf besteht und somit Konflikte eher zu vermeiden sind. (vgl. ebd.:733–734)
- Multiprofessionelle Netzwerke sind dadurch zu charakterisieren, dass die ProfessionistInnen nur zu vereinzelten Terminen im Jahr zusammentreffen und dabei punktuell konkrete Fälle besprechen; das hat den Vorteil, dass Hierarchien meist nur wenig Beachtung geschenkt wird (vgl. ebd.:734).

Um multiprofessionell zu arbeiten, ist es besonders wichtig, dass die Berufsgruppen organisatorisch und fachlich gut eingebunden werden. Häufig kommt es zu Konflikten, da es eine dominante Leitprofession gibt. In der Psychiatrie wäre dies z.B. die medizinische Behandlungslogik. Dies führt dazu, dass andere Professionen ihr Können viel mehr unter Beweis stellen müssen. Ebenso führen die unterschiedlichen Status der Professionen in z.B. Bezahlung oder Arbeitsbedingungen zu Differenzen. Weiters kann mangelhaftes Wissen über die fachlichen Perspektiven und Zugänge zu Streitigkeiten führen. (vgl. ebd.:735) Es benötigt darüber einen ausreichenden Austausch, wobei auch die sprachlichen Barrieren Beachtung finden müssen: *„Ja, ist Alltag, natürlich, dass verschiedene Professionen auch ihre Fachsprache haben.“* (KiJuFam3:163) Damit Zusammenarbeit gelingt, braucht es eine kontinuierliche Aushandlung, wofür zeitliche, sachliche und soziale Ressourcen bereitzustellen sind, um über Zuständigkeiten und die damit verbundenen Möglichkeiten und Grenzen zu sprechen. Jedoch muss es zu einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme kommen. Es zeigt sich, dass multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit unabdinglich ist, aber auch Beteiligung aller am Aushandlungsprozess verlangt und keine Rangordnung zugelassen werden sollte. (vgl. Bauer 2018:735–736)

In den Interviews werden die ExpertInnen befragt, welche Berufsgruppen in einem mobilen Team für sie denkbar wären. Es werden siebenmal PsychiaterInnen genannt, achtmal SozialarbeiterInnen, achtmal Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, sechsmal ÄrztInnen, zweimal PsychologInnen und jeweils einmal JuristInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und Peers. (Ges2:92; Ges3:58–60; KiJuFam3:338–349; Poz1:85; Poz2:18; Psy2:54; Su2:84,110,115; Wh1:60,64; Wh2:64; Wh3:56,58)

Die Multiprofessionalität ist den befragten Personen äußerst wichtig. Nur Frau Schreiner-Nolz empfiehlt ein Team nur aus SozialarbeiterInnen, zu dem externe Berufsgruppen hinzuzuziehen sind:

„Also da bin ich ein Fan von der Sozialarbeit, und ja deswegen find ich, ist Sozialarbeit auch so breit gefächert. Nicht weil wir das alles selber erledigen müssen, sondern weil wir einfach dann sehen, okay, das braucht es, und wir wissen aber, wo es das geben würde.“ (KiJuFam3:339)

Da es jedoch wesentlich leichter ist, die benötigten Berufsgruppen beizuziehen, wenn sie schon Teil des Teams sind, ist zu empfehlen, sie in dieses zu integrieren. Um andere relevante Berufsgruppen, die nur teilweise benötigt werden, zur Verfügung zu haben, ist eine enge Vernetzung mit den passenden Einrichtungen zu machen. Wie die interne

Personalzahl auf die Berufsgruppen verteilt wird, hängt vom Arbeitsauftrag ab, hervorgehoben wird allerdings, dass SozialarbeiterInnen das Wissen besitzen, wann welche Berufsgruppe benötigt wird und somit das Team zum Großteil aus ihnen bestehen sollte. (Psy2:66) Dabei ist bei der genauen Konzeptionierung eines mobilen Teams zu überlegen, ob zur ersten Abklärung nur SozialarbeiterInnen aufsuchend tätig sind, die dann die benötigten Berufsgruppen hinzuziehen, oder ob bereits anfangs alle Professionen genutzt werden. Ausschlaggebend für diese Entscheidung ist der genaue Arbeitsauftrag des mobilen Teams, wie die Fälle zu diesem kommen und welches Wissen bereits über die KlientInnen gegeben ist. Des Weiteren ist zu beachten, dass die angestellten Personen eine professionelle Ausbildung haben müssen und zur Absicherung immer zu zweit unterwegs sein sollen. (Ges2:78, 92; Su2:116) Auch ist eine gemeinsame Einschulungsphase empfehlenswert, in der die Arbeitsteilung und die jeweiligen Erwartungen ausgehandelt werden können. (KiJuFam3:169)

4.3.3.2 Mehrsprachigkeit und transkulturelle Kompetenzen

Die österreichische Bevölkerung ist durch kulturelle und sprachliche Vielfalt gekennzeichnet. Um die bestmögliche Beratung für KlientInnen anzubieten, sind somit sprachliche Barrieren zu beseitigen. (vgl. Strohmeier 2016) Dass Mehrsprachigkeit bei der Konzeptionierung eines neuen Teams beachtet werden muss, zeigen die geführten Interviews. (KiJuFam1:70–72; KiJuFam3:366–369; Wh3:68) BeraterInnen in einem mehrsprachigen Kontext sollten Fach-, Sprachkompetenzen und transkulturelle Kompetenzen aufweisen. (vgl. Strohmeier 2016) Das transkulturelle Wissen ist vor allem deswegen wichtig, weil es dabei unterstützt, die individuellen Lebenswelten in besonderen Situationen zu verstehen und entsprechend zu handeln. (vgl. Domenig 2007:174) Frau Lässig hebt dabei hervor: *„Es ist nicht nur die Sprache, es ist auch wirklich diese kulturelle Sensibilität.“* Sie betont dabei, dass Vertrauen besser aufgebaut werden kann, wenn dieselben kulturellen Hintergründe bestehen. (KiJuFam1:70–72) Für ein mobiles Team ist somit nicht nur Mehrsprachigkeit zu empfehlen, sondern auch Transkulturalität. (→ „Migration“; „Zugang“)

4.3.3.3 Ausgewogenheit der Geschlechter

Der Bereich der Sozialwissenschaft und damit auch der Sozialen Arbeit ist klar vom weiblichen Geschlecht dominiert. Im Studienjahr 2018/2019 haben 1.051 Männer und 2.976 Frauen im Ausbildungsbereich der Sozialwissenschaften studiert. (vgl. Statistik Austria 2019b) Dies hat zur Folge, dass auch hauptsächlich weibliche MitarbeiterInnen im Bereich der Sozialen Arbeit tätig sind. Die Interviews zeigen, dass bei einem mobilen Team die Ausgewogenheit der Geschlechter beachtet werden soll:

„Ausgewogenheit zwischen den Geschlechtern, so dass individuell darauf eingegangen werden kann, ob die Person bestimmte Thematiken eher mit Männern oder Frauen bearbeiten kann. So dass für die unterschiedlichen Bedürfnisse auch der passende Ansprechpartner vorhanden ist. Sowohl persönlich, menschlich als auch von der Profession her.“ (Wh4:43)

4.3.3.4 Conclusio

Bei der Konzeptionierung eines mobilen Teams sind deshalb bei der Teamzusammensetzung sowohl die Mehrsprachigkeit und Transkulturalität als auch die Ausgewogenheit der Geschlechter und die Multiprofessionalität zu beachten. Die am häufigsten genannten Berufsgruppen sind SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen und Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Ob mit diesen ein Team kreiert werden soll, wie die Anzahl der jeweiligen Personen je Berufsgruppe verteilt ist und wann diese jeweils zum Einsatz kommen, ist auf den Arbeitsauftrag und die Zielgruppe abzustimmen. Äußerst wichtig ist, dass den Berufsgruppen ausreichend Zeit gegeben wird, um sich zu besprechen und gegenseitige Erwartungen transparent zu machen. Eine gemeinsame Basisausbildung beziehungsweise Einschulungsphase wird als notwendig erachtet.

4.3.4 Anforderungen für Zugänglichkeit: Niederschwelligkeit gewährleisten

Tamima Baldass

Wir haben im Prozess der Auswertung unserer Interviews unter anderem die Kategorie „Zugang“ gebildet, um jene Aspekte zu sammeln, die berücksichtigt werden müssen, um ein psychosoziales Angebot für Zielgruppen zugänglich zu gestalten. Dabei ist Niederschwelligkeit zentral (vgl. Bastecky et al. 2017:58ff). Der Begriff bezeichnet das Ziel der „Herstellung von Adressierbarkeit potentieller KlientInnen, deren Erreichbarkeit von Seiten des Hilfsystems als unsicher beobachtet wird“ (Mayrhofer 2012:204, zitiert nach Zahorka 2016:27). Da unser Projekt darauf zielt, Menschen einer Unterstützungsleistung zuzuführen, die das notfallmedizinische System aus Mangel an anderer Unterstützung beanspruchen, ist Niederschwelligkeit ein logischer Anspruch unserer abschließenden Empfehlungen. Auch in unseren Interviews wurde sie als zentrale Voraussetzung genannt. Im Gegensatz zu Bastecky et al, die Aspekte der Begriffsbedeutung und der Umsetzung an der Schnittstelle Medizin - Sozialwesen dargelegt haben (vgl. Bastecky et al. 2017:58ff), fokussieren wir auf konkrete Empfehlungen, um den Anspruch von Niederschwelligkeit zu gewährleisten. Unsere in Folge dargelegten Ergebnisse können in die Bereiche Information/Bekanntheit, Scham/Unsicherheit, Anspruchsvoraussetzungen und Zugang zum Unterstützungssystem gegliedert werden.

4.3.4.1 Information/Bekanntheit

Ein Aspekt, der in unseren Interviews immer wieder genannt wurde, ist, dass Angebote sowohl bei der Zielgruppe als auch bei (potentiellen) KooperationspartnerInnen bekannt sein müssen, um genutzt zu werden. Dafür sind sprachliche und kulturelle Barrieren zu berücksichtigen - Informationen müssen mehrsprachig und in geeigneten Medien und sozialen Netzwerken verbreitet werden. Insbesondere in Bezug auf ältere MigrantInnen und bildungsferne Bevölkerungsschichten wurde Bedarf an Informationen genannt, die mehrsprachig und auch abseits des Internets zugänglich sind (Gew2:54; KiJuFam3:315; PflA1:322–324; Psy4:99–101, 194–203). Besonders zu beachten ist die Rolle des Internets – einerseits sind immer mehr BürgerInnen im Stande Informationen selbständig zu recherchieren (Psy1:219, 229–243)¹³¹, andererseits müssen Menschen ohne Internet und ausreichende Recherchekompetenzen berücksichtigt werden (Gew2:54; KiJuFam3:315; PflA1:322–324; Psy4:99–101, 194–203). Auffallend war, dass ein Interviewpartner zwar das Internet als Lösung pries, aber ein von anderen InterviewpartnerInnen als zentral bezeichnetes Übersichtstool – die Sozialeinrichtungssammlung des FSW¹³² – nicht kannte (Fin1:254; Psy1:241–243). Das weist daraufhin, dass auch Zugang zum Internet nicht zu einheitlichem Informationszugang führt. Zugleich wurde von anderen InterviewpartnerInnen darauf hingewiesen, dass Recherche im Internet nicht für alle Zielgruppen möglich ist und daher

¹³¹ Jörg Schörghofer, der Leiter des Psychosozialen Informationsdienstes des PSD meinte etwa, dass es zwar momentan für BürgerInnen unmöglich sei, einen Überblick über die Vielfalt sozialer Angebote zu erhalten, dass sich dieses Problem aber durch steigende Internetkompetenzen mit der nächsten Generation von selbst lösen würde.

¹³² Siehe www.sozialinfo.at (Fonds Soziales Wien 2019b).

andere Informationsformen unbedingt notwendig sind (Gew2:46; KiJuFam3:315; PflA1:322–324).

Im Rahmen unserer Interviews wurde weiters auf die Wichtigkeit regionaler Präsenz und Vernetzung hingewiesen. Diese ist zentral um in der Bevölkerung und bei KooperationspartnerInnen – die ihre KlientInnen dann entsprechend informieren und weitervermitteln können – bekannt zu sein (Fin1:162–163). Diesbezüglich fiel auf, dass auch InterviewpartnerInnen von zentralen bestehenden Angeboten nichts wussten - etwa vom mobilen Krisendienst des PSD (Ges4:76; Wh2:62). Auch in Bezug auf eigene Angebote wurde bemerkt, dass diese teils zu wenig bekannt sind - etwa das FSW BZP in Bezug auf psychisch Kranke (PflA1:268), die MA40 in Bezug auf sozialarbeiterische und nachgehende Angebote (Fin1:49–50, 162–163).

Dieser Faktor ist insbesondere für die Konzeptionierung neuer Angebote zentral, mehrfach wurde die Stärkung bestehender Angebote gegenüber der Einführung neuer Services mit neuen Namen und Erreichbarkeiten empfohlen (Gew1:153–155; Gew2:54; KiJuFam2:275–277; Poz2:38; Psy1:221; Psy2:38).

Ein nicht zu vernachlässigender Nebenaspekt im Bereich Information ist, dass ein Angebot genügend Kapazitäten haben muss, um durch Bekanntheit erwirkte KlientInnenzahlen auch betreuen zu können. Das Gerontopsychiatrische Zentrum verzichtet etwa auf zusätzliche Bewerbung seines Angebots, da die Kapazitäten bereits ausgeschöpft sind (Psy4:97). Die Mitarbeiterin eines MA11 Familienzentrums gab in Bezug auf das Thema Niederschwelligkeit an, dass sie keinen Sinn in einer Erweiterung der Sprechstundenzeiten sehe, da ansonsten Ressourcen für andere Aufgaben fehlen würden (KiJuFam2:234–246)¹³³.

Zusammenfassend ist die mehrsprachige Bekanntmachung von Angeboten über unterschiedliche Medien und in unterschiedlichen sozialen Netzwerken zu empfehlen. Bei der Gestaltung neuer Angebote ist zu bedenken, dass die bestehende Angebotslandschaft bereits relativ unübersichtlich ist, und eine Andockung beziehungsweise Erweiterung unter Umständen sinnvoller sein kann, um bestehende Bekanntheit nutzen zu können.

4.3.4.2 Scham/Unsicherheit

Ein weiterer Faktor, der Menschen mit psychosozialen Problemlagen den Zugang zu Unterstützungsangeboten erschwert, ist Scham und Unsicherheit. Die Leiterin der MA15 Familienhebammen berichtete etwa, dass die eigentliche Zielgruppe, nämlich benachteiligte Bevölkerungsschichten, ihr Angebot auf Grund von Schamgefühlen deutlich weniger in Anspruch nehmen (KiJuFam1:114). Es seien stattdessen eher gebildete Mittelschichten, die von ihrem Angebot Gebrauch machen (ebd.:112). Auch die Mitarbeiterin eines MA11 Familienzentrums nannte das Thema als großes Problem – gerade jene, die Unterstützung am nötigsten haben, werden durch Schamgefühle daran gehindert welche zu suchen (Kijufam2:191-194). Auch ein Mitarbeiter der

¹³³ Die bestehenden Sprechstundenzeiten seien zudem ausreichend für die Nachfrage. Der Verzicht des Gerontopsychiatrischen Zentrums auf Öffentlichkeitsarbeit auf Grund ausgeschöpfter Kapazitäten ist hingegen etwas problematisch – Menschen, die nicht im Stande sind, dieses Angebot selbständig zu finden werden damit ausgeschlossen.

Männerberatungsstelle kannte das Problem, insbesondere bei Opfern von Gewalt (Gew1:16–18).

Auch in Bezug auf psychische Erkrankung stellt gesellschaftliche Stigmatisierung und damit zusammenhängende Scham eine große Zugangshürde dar (Ges4:6; Psy3:66–74). Diesbezüglich wurde angemerkt, dass sich die Situation in den letzten Jahrzehnten zwar verbessert hat (Poz2:32), weitere Bemühungen sind dennoch dringend notwendig. Dass das Problem bekannt ist zeigt sich auch im PPV 2030, in dem Entstigmatisierung als ein Rahmenziel genannt wird (vgl. APA-OTS 2018).

Als zentrale Gegenstrategie wurde immer wieder Präventionsarbeit auf verschiedenen Ebenen genannt – sowohl gesellschaftliche Entstigmatisierung generell, als auch die Stärkung individueller Kompetenzen Hilfe anzunehmen (Gew1:32; KiJuFam2:152–154; Psy2:58). Ein Mitarbeiter der Männerberatung merkte diesbezüglich an: *„Zum Helfen, also zum Helfen gehören ja zwei. Die, die die Möglichkeiten haben zu unterstützen, und die diejenigen, die die Hilfe brauchen, erkennen und auch annehmen können.“* (Gew1:32). Präventionsarbeit sei diesbezüglich zentral, so etwa in der Jugendarbeit:

„Also in der Präventionsarbeit versuchen wir mit den Kids auch, und das versuchen wir immer, zu sensibilisieren auch bei dem Thema, zu vermitteln, dass Hilfe holen okay ist. Hilfe holen ist jetzt kein Zeichen von Schwäche, sondern ein Zeichen von Stärke. [...] Also versuchen in den unterschiedlichen Umfeldern die Hemmschwelle möglichst niederschwellig zu [halten], damit es leichter möglich wird, sich Hilfe zu holen, ja.“ (Gew1:18)

Problematisch sei diesbezüglich, dass Präventionsarbeit deutlich weniger gefördert werde, als Therapie nach bereits stattgefundenen Gewalttaten (ebd.:19)¹³⁴.

Auch Beziehungsarbeit und die dafür notwendigen Zeitressourcen wurde als essentieller Faktor genannt, um Menschen zur Annahme von Unterstützungsangeboten zu bringen (Fin1:1^78; Gew1:18; KiJuFam3:84; Mig1:95–104).

Zusammenfassend kann empfohlen werden, in Präventionsarbeit sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene zu investieren, um psychischen und sozialen Unterstützungsbedarf zu entstigmatisieren. Auf Angebotsebene ist darauf zu achten, durch Unsicherheit und Scham bedingte Zugangshürden zu beachten und deren Vermeidung in die Konzeptualisierung einzuplanen.

4.3.4.3 Anspruchsvoraussetzung: Probleme “dezent abfedern”

Anspruchsvoraussetzungen stellen ein Problem für den Zugang zu Angeboten und die Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf dar (Fin1:206–226; Ges2:44; Ges3:6; Su1:16). Viele soziale Angebote setzen bestehende Versicherung oder bestimmte Aufenthaltsrechte voraus, um ihre Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Es gibt zwar spezialisierte Angebote¹³⁵, über medizinische Akutbetreuung, Medikation und Notschlafstellen hinausgehende Unterstützung ist jedoch rar.

¹³⁴ Siehe diesbezüglich auch die Ausführungen im Kapitel „Kinder Jugend Familie“.

¹³⁵ Siehe dazu die Ausführungen im Kapitel Wohnungslosigkeit.

Insbesondere im Wohnungslosen- und Suchtbereich wurde starker Bedarf an psychosozialen Beratungsangeboten und Entzugsprogrammen konstatiert. Das Problem in diesem Bereich ist allerdings mangelnder politischer Wille, Angebote auszubauen. Josef Schörghofer, ein langjähriger, leitender Mitarbeiter des PSD bestätigte, dass psychische Erkrankung unter Menschen ohne Anspruchsberechtigung ein großes Problem darstellen. Es werde durch Angebote im Wohnungslosenbereich „dezent abgefedert“ – darüber hinaus seien keine Maßnahmen zu erwarten (Psy1:193–195).

Es ist aber auch anzumerken, dass etwa die MA40, der FSW und der PSD Menschen auch ohne sozialversicherungsrechtliche Ansprüche beraten – darüber hinausgehende Leistungen wie Pflege können nicht angeboten werden, aber es wird an entsprechende Einrichtungen weitervermittelt (Fin1:206ff; PflA1:287ff). Der PSD etwa behandelt Menschen kurzfristig und vermittelt für langfristigen Bedarf an AmberMed weiter (Psy1:184–199).

Der Themenbereich Anspruchsvoraussetzungen ist eng mit globaler Ungleichheit und Ungleichheit auf EU-Ebene verbunden – solange in der EU sehr ungleiche ökonomische Bedingungen und soziale Sicherungssysteme bestehen (vgl. AK Europa 2016), werden keine zufriedenstellenden Verbesserungen zu erwarten sein. Darunter leiden in erster Linie die betroffenen Menschen, die unter sehr unsicheren Bedingungen migrieren und von drastischer Ausgrenzung und Benachteiligung betroffen sind. Notwendig sind sowohl transnationale politische Lösungen, als auch pragmatische Unterstützung für Menschen in Not – unabhängig von Herkunft und Versicherungssystemen (vgl. Die Armutskonferenz 2016).

4.3.4.4 Zugang zu Unterstützungssystemen

Ein zentraler Aspekt der Zugänglichkeit ist der Aufwand, der notwendig ist um die angebotene soziale Leistung zu erhalten¹³⁶. Diesbezüglich werden in Folge die Aspekte Erstkontakt, Terminvereinbarungen, Wartezeiten, Antragstellung und Mobilität als Ergebnisse unserer Auswertung dargestellt.

4.3.4.4.1 Erstkontakt

Mehrere InterviewpartnerInnen nannten als wichtigen Aspekt, dass sie nicht nur auf Anfrage von Betroffenen, sondern auch auf Meldung von Einrichtungen, Angehörigen, NachbarInnen, Hausverwaltungen und auf anonyme Meldung hin tätig werden. Dadurch kann verbessert gewährleistet werden, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf zu passenden Unterstützungsangeboten finden. Das FSW BZP wird automatisch vom Entlassungsmanagement von Krankenhäusern informiert, wenn PatientInnen mit anzunehmendem Pflegebedarf entlassen werden, auch bei psychischer Erkrankung (Ges1:4; PflA1:27). Sowohl die MA40 als auch das FSW BZP werden ebenfalls auf Meldung von Einrichtungen, NachbarInnen, Angehörigen und auf anonyme Meldung hin tätig.

¹³⁶ Siehe dazu auch die Ausführungen im Kapitel Weg zur Versorgung.

4.3.4.4.2 Terminvereinbarung/Wartezeiten/Antragstellung

Ein in unseren Interviews im Bereich Kinder-Jugend-Familie häufig genannter Aspekt ist, dass KlientInnen eher erreicht werden, wenn sie sich nicht an bestimmte Termine halten müssen (KiJuFam2:26, 30, 148; KiJuFam3:32–33, 40–43). Eine Mitarbeiterin des Familienzentrums meinte als Sozialpädagogin sähe sie keinen Sinn darin, den Zugang durch Terminbindung zu erschweren, schließlich sei das Ziel der Einrichtung KlientInnen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen (KiJuFam2:148). Auch Nachsichtigkeit hinsichtlich des Nicht-einhaltens von Terminen und das Vereinbaren von Zeitspannen anstatt Zeitpunkten wurden als hilfreiche Vorgehensweisen genannt (ebd.:30).

Antragsstellung kann ebenfalls eine Hürde darstellen und zu Bedarf an niederschwelliger Unterstützung für Beantragung von Leistungen führen (PflA1:27; Psy3:27–40). Angebote im Bereich betreutes Wohnen wurden etwa mehrfach als hochschwierig bezeichnet, da sowohl ein Antrag gestellt werden muss, als auch mit langen Wartezeiten zu rechnen ist (Psy2:22; Psy3:27–40). Diesbezüglich wurde das FSW BZP als niederschwellig und sehr kurzfristig tätiges Angebot hervorgehoben, das eine wichtige Überbrückungshilfe darstelle (Psy2:20). Auch die Männerberatung merkte an, dass sie wegen mehrwöchiger Wartezeit für Akutfälle nicht geeignet sei. Sie verweist in solchen Fällen an den PSD und würde ein zusätzliches Angebot begrüßen (Gew1:98–101).

4.3.4.4.3 Negative Aspekte: Service versus Eigenständigkeit

Eine langjährige Psychiaterin des PSD, wies auf den nicht zu verachtenden Aspekt hin, dass Niederschwelligkeit positive und negative Seiten haben kann:

„Wo ist die gute Seite der Niederschwelligkeit, wo kann man positives bewirken, und wo muss man sozusagen die Niederschwelligkeit sozusagen ein bisschen zurückhaltend bedienen, weil sie das eher dann fördert, weil die Menschen unselbständig werden. Es ist auch wichtig, dass ein Mensch sich um etwas kümmert, bemüht.“ (Psy2:42)

Auch eine Sozialarbeiterin von AmberMed wies auf diese Problematik in Bezug auf Familien ohne sozialrechtliche Ansprüche hin, für die Fürsorgeleistungen attraktiver werden könnten, als ein eigenständiges Einkommen anzustreben¹³⁷ (Ges3:34).

Entgegenkommendes Service und nachgehende Sozialarbeit kann jedenfalls auch zu weniger Selbständigkeit und Eigeninitiative von KlientInnen führen, weshalb Angebote gut ausbalanciert sein und laufend reflektiert werden müssen.

4.3.4.4.4 Mobilität, räumliche und örtliche Aspekte

Der Aspekt, ob ein Angebot nur standortgebunden verfügbar ist oder bei Bedarf auch mobil zu KlientInnen fährt, wurde häufig als Faktor genannt. Das FSW BZP bietet etwa

¹³⁷ Diesbezüglich ist anzumerken, dass Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche oft auch keine Möglichkeit haben, legal zu arbeiten. Die Interviewpartnerin bezog sich in ihrer Aussage auf verarmte EU-BürgerInnen, die bessere Chancen haben in Österreich von Fürsorgeleistungen zu leben, als in ihren Herkunftsländern ein Überleben zu schaffen.

unverbindlich und unbürokratisch Hausbesuche für Beratungstermine bei Pflege- und Betreuungsbedarf an (PflA1:27), Bedarf an weiteren mobilen Angeboten wurde immer wieder genannt¹³⁸.

Ein weiterer räumlicher Aspekt ist jener des Standorts – so koordiniert sich das mobile medizinische Angebote Louisebus mit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, um die Zugänglichkeit zu erhöhen (Ges2:26). Angebote sollten für die Zielgruppe gut erreichbar sein. Ein Aspekt, der im Gerontopsychiatrischen Zentrum genannt wurde ist jener der räumlichen Struktur – so ist es in ihrem Gebäude schwierig sich zu orientieren, was insbesondere für die Zielgruppe (ältere und demenzkranke Menschen) ein Problem darstellt (Psy4:115).

¹³⁸ Siehe diesbezüglich das Kapitel Bedarfseinschätzung.

4.3.5 Fallunspezifische Vernetzung: „Auf welche Netzwerke greifen Organisationen zurück?“

Andreas Draxler

In diesem Kapitel geht es um fallunspezifische Vernetzungen zwischen Organisationen und Professionsgruppen, welche nicht an einen jeweiligen Fall gebunden ist, sondern sich an Rahmenbedingungen und Abläufen orientiert. Eine fallunspezifische Vernetzung kann dabei als Wissen und Ressource verstanden werden, Menschen von einer Einrichtung in eine andere, inhaltlich passendere Einrichtung zu vermitteln. Wie bereits in den Kapiteln „Form der Betreuung“ und „Fall zur Versorgung“ dargestellt wurde, lässt sich jedoch ebenso erkennen, dass eine Weitervermittlung der Menschen kritisch betrachtet werden kann und es deshalb wichtig ist, die Frage des genauen Ablaufs einer fallübergreifenden Vernetzung zu erörtern. Diese Kritik basiert sich nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen vor allem darauf, dass Menschen an mehrere sozialen Einrichtungen angebunden sind und die Unterstützung parallel von mehreren Fachpersonen erfolgt, dies jedoch geschehe, ohne dabei zu berücksichtigen, was eine Fülle an Fachpersonen für die KlientInnen bedeute (KiJuFam3:280). Gleichzeitig gilt ebenso zu berücksichtigen, dass Vernetzungen außerhalb der jeweiligen Einrichtung, Ressourcen beanspruchen. Aus diesen Gründen wird nun analysiert, welche Vernetzungsformen aus Sicht der befragten ExpertInnen als sinnvoll betrachtet werden und wie einzelne Vernetzungsformen konstituiert sind. Zunächst wird dargestellt, was die befragten ExpertInnen unter einer fallunspezifischen Vernetzung verstehen und wie diese aktuell in der Praxis abläuft. Daraus werden weiterfolgend Rückschlüsse und Empfehlungen für die Implementierung eines mobilen Teams abgeleitet.

4.3.5.1 Aktuell praktizierte Vernetzungsformen

Die befragten ExpertInnen geben in ihren Ausführungen an, dass fallunspezifische Vernetzung in unterschiedlichen Konstellationen verlaufen und bestehen könne (Psy1:48–51; Su1:22; Su2:40; Wh1:22; Wh3:32). Dabei könne primär die fallunspezifische Vernetzung innerhalb einer Organisation, die Vernetzung zwischen verschiedenen Organisationen und die Vernetzung zwischen verschiedenen Professionsgruppen mehrerer Organisationen unterschieden werden, welche folgend dargestellt werden.

4.3.5.1.1 Fallunspezifische Vernetzung innerhalb einer Organisation: „Ressourcen nutzen“

Aus den Interviews mit den ExpertInnen geht hervor, dass fallunspezifische Vernetzung zwischen mehreren Teams derselben Organisation praktiziert werde. So heben Martin Tiefenthaler (Suchthilfe), Wilhelm Jaschke (Caritas) und Christina Linck (Neunerhaus) vor allem deshalb eine fallunspezifische Vernetzung innerhalb einer Organisation hervor, da die jeweiligen Organisationen in mehreren Bereichen tätig seien, vielfältige Angebote setzen und die Teams vom Gesamtangebot der jeweiligen Organisationen profitieren würden (Ges2:30; Su1:22; Wh2:37). MitarbeiterInnen könnten über neue innovative

Angebote von der jeweiligen Organisation rascher informiert werden. In den Ausführungen von Martin Tiefenthaler beschreibt dieser die fallunspezifische Vernetzung innerhalb der Suchthilfe zwischen den jeweiligen EinrichtungsleiterInnen und der Bereichsleitung (Su1:22). Diese Form der Vernetzung scheint sich vor allem durch ihre Regelmäßigkeit (einmal pro Woche) und ihre Homogenität (alle Teams der Suchthilfe verfolgen alle das gleiche Ziel gleiche konzeptionelle Ausrichtung) auszuzeichnen. Entscheidungsprozesse könnten im Rahmen dieser Vernetzung zwischen EinrichtungsleiterInnen und Bereichsleitung geradliniger und zeitsparender getroffen werden. Die vorgegebene Struktur dieser Vernetzungsform könne dazu beitragen, dass Themen geradliniger von der Basisebene zu Bereichsleitung gelangen und wiederum rascher von der Bereichsleitung über die EinrichtungsleiterInnen zu den BasismitarbeiterInnen zurückgegeben werden. Wilhelm Jaschke sieht den Mehrwert von Vernetzung innerhalb mehrerer Teams derselben Organisation in der Tatsache, auf Basis- und Leitungsebene kommunizieren zu können. Dadurch, dass sich mehrere Teams der Caritas (die MitarbeiterInnen des Tageszentrums „Gruff“ und des Kältetelephons) am selben Standort befinden, könne der Informationsfluss zwischen den Ebenen ebenso geradliniger fortgesetzt werden (Ges2:30). Josef Schörghofer vom Psychosozialen Dienst verfolge mit einer fallunspezifischen Vernetzung zwischen mehreren Einrichtungen des Psychosozialen Dienstes das Ziel, zu klären, wann, in welchen Situationen und nach welchen Prinzipien eine (Weiter-)vermittlung zum jeweiligen Angebot des Psychosozialen Dienstes erfolgen könne (Psy3:51):

Zum Beispiel wann macht das Sinn, dass man Menschen ans Kriseninterventionszentrum verweist, unter der Woche, und wann macht das Sinn, dass das über unseren mobilen Krisendienst läuft, nicht - - - Wenn's eher auch eine Behandlung und Medikalisierung der Krise braucht, dann sind es eher wir, wenn die erste Wahl der Krisenintervention das Krisengespräch ist (ebd.)

Im Gegensatz zur Netzwerkarbeit, in der sich verschiedene Organisationen im selben Netzwerk befinden, scheint eine fallunspezifische Vernetzung innerhalb einer Organisation nicht die konzeptionelle Ausrichtung des eigenen Angebots mit den Angeboten von möglichen MitbewerberInnen abgestimmt werden.

4.3.5.1.2 Fallunspezifische Vernetzung zwischen verschiedenen Organisationen: „Komplexes Denken“

Nach den Ausführungen der befragten ExpertInnen bestehen überdies vielfältige, fall- und organisationsübergreifende Vernetzungsformen, die in unterschiedlichem Ausmaß und auf unterschiedlichen Ebenen praktiziert werden (Su2:39; Wh1:22–24; Wh3:32–34; Wh4:20). Die Art und Weise, wie intensiv eine Vernetzung über die eigene Organisation hinaus geht, variiert zwischen den Aussagen der befragten ExpertInnen. So hat Sabine Plot, Einrichtungsleitung einer Einrichtung für geflüchtete Menschen, darauf hingewiesen, „hin und wieder“ professionelle Fachkräfte des Psychosozialen Dienstes und des Suchtbereichs zu Teamsitzungen einzuladen, um dabei einen Austausch zwischen MitarbeiterInnen und den Fachkräften zu ermöglichen. Die Vernetzung erfolge demzufolge unregelmäßig und eher in Bedarfsfällen (Mig1:92).

Weitere befragte ExpertInnen betonen hingegen, dass fallübergreifende Vernetzungen in einer bestimmten Regelmäßigkeit und Kontinuität erfolgen, die sich auf das eigene Handlungsfeld beziehen würden (Su2:40; Wh1:22; Wh3:32). Margit Braun nennt in diesem Zusammenhang vielfältige Vernetzungsformen, die sich auf die Zielgruppe (Frauenvernetzungstreffen, Drogenvernetzungstreffen) des Tätigkeitsfeldes (Streetwork-Vernetzungstreffen, niederschwelliger Vernetzungstreffen) beziehen (Su2:40).

Darüber hinaus finden sich fallunspezifische Vernetzungen auch handlungsfeldübergreifend wieder. Fallunspezifische Vernetzung zwischen verschiedenen Organisationen mit unterschiedlichen Handlungsfeldern scheint vor allem deshalb relevant zu sein, da die KlientInnen zumeist multiple Problemlagen aufweisen, die sich über verschiedene Handlungsfelder erstrecken können. Die Vernetzung zwischen verschiedenen Organisationen hat hier vor allem die Funktion, KlientInnen hinsichtlich ihrer jeweiligen Problemstellungen zu den passenden Organisationen verweisen zu können und über das Angebot der Organisationen im Bilde zu sein (Ges3:6; Wh1:74; Wh3:106–109). Susanne Peter von der Caritas gibt diesbezüglich an, dass es „*eigentlich kaum was gibt, wo wir uns nicht vernetzen*“ (Wh1:22). Der Mehrwert scheint dabei vor allem darauf gerichtet zu sein, aktuelle Entwicklungen im eigenen Handlungsfeld aber auch handlungsfeldübergreifend in Erfahrung bringen zu können. In dieser Hinsicht scheinen sich Vernetzungen außerhalb der eigenen Organisationen über die Jahre etabliert und sich dadurch ein umfassendes Vernetzungsnetzwerk gebildet zu haben. Zudem lässt sich aus den Aussagen ebenso schließen, dass fallübergreifende Vernetzungen mit weiteren Organisationen vor allem deshalb initiiert werden, um formale Absprachen zwischen involvierten Organisationen erzielen zu können (Ges2:18; Ges3:6; Mig1:63–64).

In dieser Hinsicht hat Josef Schörghofer jedoch angemerkt, dass weder die Anzahl vieler VernetzungspartnerInnen, noch die Teilnahme an fallübergreifenden Gremien gewährleiste, dass Organisationen und ihre MitarbeiterInnen tatsächlich auch einen Nutzen erzielen. Eine Vernetzung müsse demnach den Prinzipien „der Effektivität und Effizienz“ unterliegen. Dies impliziert, dass sowohl die Anzahl der VernetzungspartnerInnen, als auch die Teilnahmen an Vernetzungsgremien gesteuert werden müsse (Psy3:54).

Hinzu kommt, dass das Wissen der Fachkräfte, nach den Aussagen der befragten ExpertInnen, weit über das jeweilige Tätigkeits- und Handlungsfeld hinausgehen könne, um Menschen mit unterschiedlichen Problemlagen zu unterstützen. Bedingt durch diese Entwicklungen sehen Roswitha Ebner und Josef Schörghofer eine fall- und organisationsübergreifende Vernetzung als hochkomplexen Prozess, „*der nie aufhören kann*“ ((Psy1:53–63; Psy2:10). Roswitha Ebner fasst dies mit folgenden Worten zusammen:

Das ist nicht so, dass man sich einmal was ausmacht und trifft, sondern es ändern sich auch die Bedingungen und die Möglichkeiten der Einrichtungen (Psy2:10)

Diese Schwierigkeit und Komplexität wird ebenso in den Ausführungen der befragten ExpertInnen verdeutlicht. So berichtet eine anonyme Fachkraft, dass Vernetzungen aus

ihrer Sicht zwar eine wertvolle Ressource darstellen würden. Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit sei eine fallübergreifende Vernetzung jedoch nicht möglich, weil sich der Zuständigkeitsbereich der Organisation auf ganz Wien ausgeweitet hätte. Durch die Vielfältigkeit und Unübersichtlichkeit bestehender Angebote und der möglichen Auswahl der NetzwerkpartnerInnen sei eine Vernetzung nicht möglich. Die Komplexität beziehe sich vor allem darauf, dass (in bestimmten Situationen) eine Vernetzung zwischen unabhängigen Einrichtungen erfolge, die noch dazu außerhalb des eigenen, spezifischen Handlungsfeldes verortet sind (Psy4:99–103). Eine anonyme Fachkraft, deren Dienstgeber der Fonds Soziales Wien ist und Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt begleitet, hat in diesem Zusammenhang betont, dass keine fallübergreifende Vernetzung zwischen ihrem Dienstgeber und den Trägern des Krankenhauses stattgefunden hätte. Demnach seien Aufgabenbereiche im Zuge der Implementierung des Entlassungsmanagements in Krankenhäuser ohne etwaiger Kommunikation neu definiert und festgelegt worden (Ges1:18–20) (→ „Gesundheit“). Bezogen auf die Unübersichtlichkeit dieser möglicher Vernetzungsformen hat eine weitere befragte Expertin im Kontext der Wohnungslosenhilfe ebenso angemerkt, nicht genau Bescheid zu wissen, ob bestimmte Vernetzungsformen tatsächlich noch bestehen oder sich bereits aufgelöst hätten (Wh3:32).

Aus den Gründen der Komplexität wurde von den befragten ExpertInnen ebenso die Relevanz dargelegt, die fallübergreifende Vernetzung innerhalb der Organisation zu steuern und zu systematisieren. Die fallübergreifende Vernetzung erfolge in der Organisation der „Frühen Hilfen“ von einer Person, einer Netzwerkmanagerin (KiJuFam3:171). Diese strukturelle Ausrichtung beziehungsweise Schaffung einer eigens dafür zuständigen Person begründet Christina Schreiner-Nolz mit folgenden Worten:

Das kostet wirklich viel Zeit, das heißt, man muss oft Treffen organisieren, man muss in Regionalforen dabei sein, man muss immer wieder ja, sich updaten, weil es immer wieder so viele neue Angebote gibt, sich das ständig verändert, und das viel Zeit einfach braucht, NetzwerkpartnerInnen zu besuchen. Diesen Kontakt herzustellen, dran zu bleiben, ahm --- Ja. Ist wichtig (ebd.)

Bezogen auf diese Unübersichtlichkeit der Angebote hat eine anonyme Fachkraft die Relevanz betont, die Namen der sozialen Einrichtungen gesammelt auf einer Plattform (Homepage) finden zu können. Dabei betont sie, ein Steuerungselement zu benötigen, dass die Angebote der jeweiligen Handlungsfelder überblickt, den Rahmen der Vernetzung vorgibt und dabei Treffen organisiert (Fin1:254; Psy3:105–115). Eveline Holzmüller (von der MA40) und Sanela Hasanovic (vom Fonds Soziales Wien) haben diesbezüglich die Relevanz betont, spezifische Angebote ihrer Organisationen an die jeweiligen NutzerInnen und den Organisationen weiterzugeben (Fin1:182; PflA1:268). Die Vernetzungsplattform „Materielle Hilfen“ (von der MA40) ziele darauf ab KooperationspartnerInnen über die Angebote und Zugangsvoraussetzungen der MA40 zu informieren. Wenn diese Informationen an soziale Einrichtungen weitergegeben werden, trage dies sowohl für diese, als auch für die MA40 zu einer Arbeitsentlastung bei (Fin1:182). Sanela Hasanovic begründet eine Vernetzung mit den im Kontext des Krankenhauses involvierten unterschiedlichen Fachkräften damit, dass spezifische

Angebote und die zugehörigen Zielgruppen nicht immer bekannt seien (PflA1:266–270). Daraus ließe sich ableiten, dass eine Informationsweitergabe über die jeweiligen Angebote, sowohl für den LeistungsanbieterInnen, als auch für denjenigen, der die Leistungen an NutzerInnen/KlientInnen weitervermittelt, von Relevanz ist.

4.3.5.1.3 Fallunspezifische Vernetzung zwischen verschiedenen Professionsgruppen mehrerer Organisationen: „Durch´s Reden kommen die Leut´ zusammen“

In den Ausführungen der befragten ExpertInnen wurde ebenso die Relevanz einer professionsübergreifenden Vernetzung (zum Beispiel zwischen der Sozialen Arbeit und der Polizei) dargelegt (Psy2:14; Su1:24; Wh1:22). Dabei lässt sich festhalten, dass eine fallunspezifische Vernetzung zwischen SozialarbeiterInnen und der Polizei oder dem Rettungsdienst dazu beitragen könne, Abläufe und Rahmenbedingen zu optimieren (→ „Polizei“) (Su1:30; Wh1:44). Gleichzeitig scheint Unverständnis beziehungsweise eine Ablehnung gegenüber bestimmten Berufsgruppen (z.B. gegenüber der Polizei, der Sozialen Arbeit) vor allem dann zu bestehen, wenn keine fallübergreifende Kommunikation stattfindet (Su2:46; Wh4:31). Aussagen einer befragten Sozialarbeiterin aus dem Kontext Wohnungslosenhilfe bekräftigten dies. Ihrer Ansicht nach würden die PolizistInnen den *„Auftrag der Sozialen Arbeit - nicht nur der von uns im Streetwork- (...) komplett falsch interpretieren“* (Wh4:31). Eine weitere Gesprächspartnerin teilt mit, dass sich eine wertschätzende Haltung und Arbeitsbeziehung beider Berufsgruppen erst dann eingestellt hätte, als eine Kommunikation stattgefunden hätte. Die fallübergreifende Vernetzung laufe nun ausschließlich zwischen der Leitung der Einrichtung und einer Ansprechperson seitens der Polizei ab (Wh3:36–48). Diesbezüglich haben auch weitere Personen von einer wertschätzenden Kommunikation gesprochen, wenn Meinungen und Gegensätze im Rahmen von Gesprächen und Vernetzungen ausgetauscht wurden. Christina Linck sieht eine weitere anonyme Fachkraft sehen seitens der Polizei ein *„wachsendes Bewusstsein für psychosozial sensibles Vorgehen, dass sich vor allem durch Kommunikation herausgebildet hätte“* (Wh2:30).

Die Wichtigkeit einer fallübergreifenden Vernetzung zwischen sozialen Einrichtungen und der Exekutive wurde ebenso von den befragten PolizistInnen zum Ausdruck gebracht (Poz1:12; Poz2:18–20). Auf Grundlage einer fallübergreifenden Vernetzung (Projekt „Gemeinsam sicher“) gehe es darum, Kontakte zwischen der Polizei und sozialen Einrichtungen zu knüpfen, um neben der Klärung von Rahmenbedingungen Menschen an passendere Unterstützungsangebote anbinden zu können. Friedrich Kovar von der Polizei stellt diesbezüglich fest, dass in bestimmten Situationen eine Vermittlung zu Professionen (wie der Sozialarbeit) erfolge, da diese *„nachhaltiger arbeiten können (...) und auch ganz einfach professioneller an gewisse Problemlagen herangehen“* (Poz1:12, Poz2:18, 20).

4.3.5.2 Fallunspezifische Vernetzung: Zusammenfassung und Empfehlungen

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass eine fallunspezifische Vernetzung innerhalb einer Organisation als sinnvoll erachtet werden kann, weil auf diese Weise MitarbeiterInnen über das Gesamtangebot einer Organisation im Bilde bleiben könnten und auch die Kommunikation innerhalb einer Organisation (von der Bereichsleitung bis

hin zu den BasismitarbeiterInnen) effizienter gestaltet werden könnte. Des Weiteren ist auch eine fallunspezifische Vernetzung zwischen verschiedenen Organisationen sinnvoll, weil auf diese Weise KlientInnen mit multiplen Problemlagen, die sich über verschiedene Handlungsfelder erstrecken können, zu der passenden Einrichtung vermittelt werden können. Die Vernetzung zwischen verschiedenen Professionsgruppen scheint vor allem für den Abbau von Vorurteilen zwischen den Professionen sinnvoll zu sein. Darüber hinaus soll sie der Festlegung von Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeiten dienen.

Eine fallunspezifische Vernetzung nimmt laut Aussage der ExpertInnen zwar Ressourcen in Anspruch, daraus können sich jedoch Kommunikationsmöglichkeiten für eine effiziente Ablaufgestaltung ergeben. Es erscheint zweckmäßig, vorausschauend zu planen, fallübergreifende Vernetzungen genau zu strukturieren und die jeweiligen TeilnehmerInnen inhaltlich passend zu wählen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Überlegung sinnvoll, eine hierfür verantwortliche Person oder eine verantwortliche Gruppe von Personen auszuwählen, welche die Steuerung und Planung der Vernetzung übernehmen und im Überblick behalten. Das Thema der fallunspezifischen Vernetzung muss dabei von der jeweiligen Leitungs- oder Organisationsebene als bedeutungsvoll wahrgenommen werden, um Ressourcen hierfür zur Verfügung zu stellen.

4.3.6 Bedarfseinschätzung: Braucht es ein neues mobiles Team?

Tamima Baldass

Mit der Kategorie „Bedarfseinschätzung“ wurden sämtliche Aussagen in unseren Interviews codiert, die sich auf – sowohl bestehenden als auch nicht bestehenden – Bedarf an einem zusätzlichen mobilen Angebot Weiters fragten wir unsere InterviewpartnerInnen auch danach, an welche Einrichtung/Institution ein Angebot sinnvollerweise andockt werden könnte. In Folge wird zunächst die Auswertung jener Aussagen in Unterkategorien zusammengefasst, die Bedarf an einem weiteren Angebot konstatierten sowie die Aussagen zum Thema Andockung dargestellt. Danach werden jene Aussagen, die keinen Bedarf befanden nach Unterkategorien der Begründung zusammengefasst.

4.3.6.1 Es gibt Bedarf

Bedarf wurde insbesondere an niederschwelligen, mobilen Angeboten, die psychiatrisch und sozialarbeiterisch geschult und leicht verfügbar sind, genannt. Der genannte Bedarf kann in die Unterkategorien psychisch UND sozial, Begleitung/nachgehend/Beziehungsarbeit, Mobile Pflege und Sozialarbeit für Unversicherte und Andockung an bestehende Einrichtungen zusammengefasst werden.

4.3.6.1.1 Psychisch UND sozial

Mehrfach wurde ausgesagt, dass es Bedarf an einem niederschwelligen mobilen Angebot, das sowohl psychiatrisch-medizinisch als auch sozialarbeiterisch geschult ist, gibt. Dieses sollte im Gegensatz zum PSD nicht nur auf psychiatrische Notfälle spezialisiert, für solche aber ebenfalls geschult sein.¹³⁹

Ein langjähriger Rettungsmitarbeiter nannte Bedarf an einem Angebot in Form einer „mobilen sozialen Betreuung“ als Unterstützung beziehungsweise Alternative bei Rettungs- und Polizeieinsätzen (Ges4:68–76, 84)¹⁴⁰. Für im öffentlichen Raum auffallende, möglicherweise psychisch kranke Menschen ohne Selbst- oder Fremdgefährdung wurde besonders häufig Bedarf an einem verfügbaren, mobilen Angebot genannt (Fin1:279; Mig1:10–14; Poz1:42, 58; Poz2:42; Psy3:232; Su2:103–106; Wh2:50; Wh4:16). Dieses sollte nicht nur im öffentlichen Raum aktiv sein, eine in der mobilen Wohnbetreuung tätige Sozialarbeiterin, die davor lange Zeit im sozialpsychiatrischen Bereich tätig war meinte:

„(...) es wäre einfach ein ganz großer Wunsch von mir, dass es da noch mehr mobiles Angebot mit psychosozialen Fachleuten gibt, um halt eben die Rettung von ganz fachfremden Anfragen zu entlasten, um nicht immer gleich die Polizei rufen zu müssen, wenn’s eigentlich um Konfliktmoderation geht. Und ja, also es muss auch nicht jede

¹³⁹ Siehe diesbezüglich die Ausführungen im Kapitel Psychische Erkrankung und Krise.

¹⁴⁰ Ihm war allerdings das mobile PSD-Angebot nicht bekannt, das unseres Erachtens diese Aufgabe bei adäquater Aufstockung seiner Ressourcen übernehmen könnte.

Krise sofort im Spital enden. Wenn einfach jemand zuhause vorbeischauen kann, der einmal hilft, die Situation akut wieder auf den Boden zu bringen und dann kann sehr viel eigentlich auch am nächsten Tag, dann bei ganz normalen Einrichtungen im Rahmen der normalen Öffnungszeiten bearbeitet werden.“ (Wh2:56-60)

Dieses Angebot sollte verschiedene Kriseninterventionskompetenzen in sich bündeln, insbesondere auch für häusliche Krisen verfügbar sein und die Expertise von PSD und MA11 zusammenbringen (ebd.:62).

Von Seiten der Frühen Hilfen wurde eine Orientierung an ihrem Angebot empfohlen (KiJuFam1:46), wie im Kapitel Kinder Jugend Familie ausführlich erörtert wird.

Konkret kann die Schaffung eines niederschweligen mobilen Angebots, das sowohl für psychische Belastungssituationen, Krisen und Erkrankungen als auch sozialarbeiterisch geschult ist und unter anderem als Alternative oder Ergänzung für Rettung und Polizei zur Verfügung steht, empfohlen werden. Eine gute Koordination und Aufgabenteilung mit dem mobilen Krisendienst des PSD ist zu empfehlen, eine Anbindung an den PSD könnte sinnvoll sein. Die Erwägung einer Orientierung am Angebot der Frühen Hilfen beziehungsweise einer Ausweitung dieses Angebots ist ebenfalls zu empfehlen.

4.3.6.1.2 Begleitung/nachgehend/Beziehungsarbeit

Insbesondere aus dem Kinder – Jugend – Familien-, Wohnungslosen- und Suchtbereich wurde ein Bedarf an nachgehenden Angeboten und Begleitung konstatiert. Die Frühen Hilfen betonten den Bedarf an Angeboten, die „wirklich dranbleiben“, im Gegensatz dazu, Menschen nur Informationszettel in die Hand zu geben (KiJuFam3:281)¹⁴¹. Durch ihre Erfahrungen mit KlientInnen ging unsere Interviewpartnerin von einem generellen Bedarf an ähnlichen Angeboten auch bei anderen Zielgruppen aus (ebd.:277–283). Wichtig seien die Aspekte Multiprofessionalität, Hausbesuche, Mehrsprachigkeit, „Dranbleiben“ und Begleitung (ebd.:314).

Im Wohnungslosenbereich wurde ebenfalls Bedarf an Begleitung festgestellt, bestehende Angebote würden KlientInnen zwar teils zu Angeboten begleiten, könnten dies aber auf Grund mangelnder Kapazitäten nicht ausreichend anbieten (Su1:12–14, 62; Wh4:16). Wohnungslose Menschen mit Suchtproblematik seien etwa oft nicht im Stande Notschlafstellen und medizinische Angebote selbst aufzusuchen (Su1:62), ein Mitarbeiter von SAM sprach diesbezüglich bildhaft von Booten als Verbindungsglied:

„[...] es braucht diese Verknüpfungspunkte, braucht Booterl zwischen diesen Organisationen. Diese Booterl', die gibt's nicht. Und ob das jetzt ein eigenes Team, dass nur die Booterl' betreibt, oder ob die Leuchttürme selber Booterl' bekommen für die Fahrt hin und her, dass ist dann egal. Aber die Booterl' brauchts.“ (Ebd.:62).

Ressourcen für Beziehungsarbeit wurden ebenfalls als wichtiger Aspekt genannt, um nachhaltige Sozialarbeit betreiben zu können (Wh4:45).

¹⁴¹ Siehe diesbezüglich auch die Ausführungen im Kapitel Kinder Jugend Familie (→ KiJuFam).

Es kann sowohl für allgemeine Erwachsenen-, als auch Familiensozialarbeit und für den Wohnungslosenbereich empfohlen werden, Ressourcen für Begleitungen, nachgehende Sozialarbeit und für Beziehungsarbeit bereit zu stellen. Die Einrichtung eines gut integrierten mobilen Angebots, das solche Aufgaben übernehmen könnte, wäre sinnvoll, wobei eine Erweiterung/Ergänzung bestehender Angebote ausreichen könnte¹⁴².

4.3.6.1.3 Mobile Pflege und Sozialarbeit für Unversicherte

In den Bereichen Wohnungslosigkeit und Suchthilfe wurde zwar Bedarf konstatiert (Ges2:68, 106; Wh4:14) zugleich aber auch angemerkt, dass es sehr viele Angebote gibt (Ges2:66; Su1:8).

Mobile Angebote für pflegebedürftige unversicherte Menschen wurden als konkrete Versorgungslücke genannt. Menschen, die bestehende Angebote aus Mobilitätsgründen nicht in Anspruch nehmen können, seien momentan ohne Versorgung (Ges2:84, 106; Ges3:36, 58).

Als konkretes Feld wurde auch die Schaffung eines Angebots für die „BettlerInnenszene“ (Ges2:266) genannt, für diese Zielgruppe gebe es bisher kaum Optionen meinte der Projektleiter des Louisebusses Wilhelm Jaschke (ebd.:66). Die Schaffung von Angeboten für Menschen ohne versicherungsrechtliche Ansprüche ist jedoch eine politisch umstrittene, mehrfach wurde betont, dass kein Wille zur Erweiterung der Angebote bestehe, da ein vermehrter Zuzug von fürsorgebedürftigen Menschen befürchtet werde (ebd.:70; Ges3:54; Psy1:184–199). Als ebenfalls erschwerender Aspekt wurde angemerkt, dass Sozialarbeit mit Menschen ohne Anspruchsberechtigung mit der Schwierigkeit konfrontiert sind, wie im Sinne ihrer KlientInnen mit illegalen und betrügerischen Umständen umzugehen ist. Wenn etwa ausbeuterische Mietverhältnisse angezeigt werden, stehen die Betroffenen auf der Straße, wenn Kindeswohlgefährdung angezeigt wird, kann es zur Abschiebung der betroffenen Kinder kommen (Ges3:46, 54). Aus diesen Gründen wurden die bestehenden Angebote als ausreichend bezeichnet, weitere Lösungen seien eher auf politischer Ebene notwendig (ebd.:54).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Angebote und Versorgungslücken im Bereich Unversicherte durch schwierige politische Rahmenbedingungen geprägt sind. Verbesserungen müssen zwischen sozialen Einrichtungen und politischen EntscheidungsträgerInnen unter Abwägung widersprüchlicher Interessen verhandelt werden. Es gibt eine in Anbetracht schwieriger Umstände relativ gute Versorgungslage, die Einrichtung mobiler Pflegeangebote, beziehungsweise eine entsprechende Ergänzung bestehender Angebote, ist nach unseren Ergebnissen zu empfehlen.

4.3.6.1.4 Andockung an bestehende Einrichtungen

Andockung und Ergänzung bildete eine eigene Unterkategorie in unserer Auswertung, um diesbezügliche Empfehlungen zu erfassen. Die dahinterliegende Annahme war, dass eine Andockung an, beziehungsweise Ergänzung von bestehenden Angeboten im Sinne einer Nutzung bestehender Ressourcen und Bekanntheit sinnvoller sein könnte,

¹⁴² Siehe dazu auch die Ausführungen in den Kapiteln Wohnungslosenhilfe und Sucht.

als die Schaffung einer neuen Einrichtung. Zugleich wurde erfragt, welche bestehenden Institutionen oder Einrichtungen dafür geeignet wären.

Eine interessante Aussage bezüglich der Vor- und Nachteile von Andockung kam von dem langjährig unter anderem als Menschenrechtsbeauftragter tätigen Polizisten Friedrich Kovar (Poz1:68). Einerseits können bestehende Ressourcen wie Vernetzung, Bekanntheit und bestehende Finanzierungsstrukturen genutzt werden, andererseits sei man durch bestehende Vorgehensweisen, Organisations- und Prozesslogiken in der Gestaltung und Umsetzung eingeschränkt (ebd.). Welche Einrichtung für eine Andockung geeignet ist, hängt seiner Meinung nach von dem geplanten Schwerpunkt ab. Der FSW sei wegen seiner zentralen Position in der Wiener Versorgungslandschaft gut geeignet, bei psychiatrischem Fokus sei der PSD eine gute Wahl, wenn es um schnelle Krisenintervention gehe, hätte die Abteilung Krisenmanagement und Sicherheit der Magistratsdirektion Wien¹⁴³ die ideale Expertise (ebd.:74).

Der PSD wurde generell häufig als bevorzugte Andockungsstelle genannt, Vorteile seien das bereits gut ausgebaute sozialpsychiatrische Angebot, das durch soziale Arbeit (Wh1:78; Wh2:62), beziehungsweise ein niederschwelligeres psychosoziales Angebot als Ergänzung des medizinisch-psychiatrischen ergänzt werden könnte (Psy3:252).

Der FSW wurde ebenfalls als sinnvolle Andockmöglichkeit genannt, wie insbesondere MitarbeiterInnen aus dem Wohnungslosen- und Suchtbereich befanden (Su1:12–14; Su2:113–114). Ein leitender Mitarbeiter der Suchthilfe Wien empfahl die Andockung an eine nicht auf ein Handlungsfeld fokussierte Organisation und nannte konkret den FSW (Su1:113–114).

Von MitarbeiterInnen der MA40 wurde eine Andockung im Gesundheitswesen, konkret den FSW oder Krankenhäuser, empfohlen (Fin1:272–274).

Ein zweiter interviewter Polizist befand die Andockung an den sozialmedizinischen Bereich für sinnvoll, merkte aber an, dass es letztlich darauf ankomme, dass das Angebot verfügbar und kompetent sei und nicht darauf „welches Mascherl“ es trage (Poz2:42). Er befand prinzipiell eine Andockung an bestehende Einrichtungen für sinnvoller als eine Neugründung, um Ressourcen wie Bekanntheit und Vernetzung zu nutzen (ebd.).

Die Mitarbeiterin einer Streetwork-Einrichtung im Wohnungslosenbereich empfahl die Einrichtung als Teil mehrerer Institutionen mit AnsprechpartnerInnen in unterschiedlichen Teams, wobei sie sich vorrangig auf ein Angebot in ihrem Handlungsfeld bezog (Wh4:45).

Einen für unser Projekt wichtigen Hinweis gab ein langjähriger Rettungsmitarbeiter, der vor einer Andockung an die Rettung dringend abriet:

“Also, nicht bei der Rettung, das bringt nichts, das ist nicht unser Job. Das korreliert nicht miteinander. Da waren schon Ideen, die Rettung mit was weiß ich zu fusionieren und zusammenzulegen [...] Organisationen, die zu vielfältig arbeiten, das behindert sich gegenseitig. Das

¹⁴³ Die Abteilung Krisenmanagement und Sicherheit ist u.a. für Katastrophenschutzpläne und Koordination von Einsatzkräften zuständig und hat die organisatorische Leitung der Akutbetreuung Wien inne (Stadt Wien Krisenmanagement und Sicherheit 2019).

ist nicht gut. Jeder soll sein Spezialgebiet betreuen und natürlich für dieses Spezialgebiet dann eine gewisse Hoheit über ein Budget haben, und über ein Personal. Weil wenn ich das nicht habe, und ich vermisch das wieder, dann sägt einer vom anderen wieder was ab. Und das ist nicht gut, davor würde ich warnen.” (Ges4:94)

Das Rettungswesen habe eine andere Logik und die MitarbeiterInnen seien für psychosoziale Aufgaben nicht geschult und teilweise nicht geeignet (ebd.:4, 68). Auch an der Polizei solle ein solches Angebot keinesfalls angesiedelt werden, wie auch der Polizist Kovar anmerkte (ebd.:68; Poz1:58).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anbindung an bestehende Angebote von Schwerpunkten und Zielen abhängig zu machen ist. Vor- und Nachteile sollten sorgfältig abgewägt werden - eine Nutzung von Ressourcen und Synergieeffekten ist empfehlenswert, sollte aber nicht auf Kosten qualitätsmindernder Einschränkungen passieren.

4.3.6.2 Es gibt keinen Bedarf

Viele InterviewpartnerInnen sahen keinen Bedarf an einem zusätzlichen Angebot. Als Gründe dafür werden einerseits die ausreichende Vielzahl bestehender Angebote (Fin1:100–106; Ges2:62; Ges4:88; PflA1:432; Psy1:100–104; Su1:62; Wh2:50), andererseits die bereits genannten politischen Rahmenbedingungen im Bereich Unversicherte (Ges3:54)¹⁴⁴ und die bereits bestehende Unübersichtlichkeit und Ressourcenknappheit genannt. Die eine Sicherung und Aufstockung bestehender Angebote sowie verbesserte Koordination und Öffentlichkeitsarbeit wurden daher als sinnvoller bewertet (Ges4:48; Gew1:109; Gew2:82; KiJuFam1:118; KiJuFam2:270–277; KiJuFam3:172; Psy1:147; Su1:62). Die Auswertung wird in Folge in den Unterkategorien Aufstockung und bessere Koordination zusammengefasst dargestellt.

4.3.6.2.1 Aufstockung bestehender Angebote

Von vielen InterviewpartnerInnen wurde die Aufstockung und Verbesserung bestehender Angebote als sinnvoller erachtet, als die Schaffung eines neuen. Demnach sollte man darauf fokussieren bestehende Angebote zu sichern und die Ressourcen derart aufzustocken, dass auch zusätzlicher Bedarf abgedeckt wird (Ges1:62; KiJuFam1:120; KiJuFam2:238–249; Su1:62).

Sehr deutlich wurde bezüglich der Angebote des PSD ausgesagt, dass diese dringend aufgestockt werden sollten¹⁴⁵. Insbesondere der mobile Krisendienst, aber auch die sozialpsychiatrischen Ambulatorien seien in der jetzigen Form zu wenig verfügbar (Mig1:10–14, 144–148; Psy1:137, 163; Psy4:173–177; Wh2:22–24). Eine Psychiaterin des PSD meinte, dass auch die Liaisondienste im Wohnungslosenbereich ausgeweitet

¹⁴⁴ Siehe diesbezüglich auch die Ausführungen im Kapitel „Migrationsspezifische Zugangshürden“.

¹⁴⁵ Siehe dazu die Ausführungen im Kapitel „Psychische Erkrankung und Krise“.

und flexibler gestaltet werden sollten, und dass es mit dem Suchtbereich Kooperationen bräuchte (Psy2:34).

Eine Mitarbeiterin der MA15 warnte vor Doppelgleisigkeiten, die Frühen Hilfen wurden als konkretes Angebot genannt, das sinnvollerweise ausgeweitet werden sollte¹⁴⁶.

*„Also ich denke mir/ da würde ich jetzt **gar nicht so viele Parallelstrukturen (...) sondern das [was es gibt] halt ausbauen.** Das mal auf ganz Wien ausrollen, und dann vom Alter her ausbauen. Und alle Angebote, die es eben gibt, es gibt kostenloses relativ viele (...), aber dass (...) es da **gute Kooperationen und Vernetzungsstrukturen gibt und dass da dann wirklich passgenau vermittelt wird.** Also ich denke mir, das wäre ein guter Weg, da würde ich nicht sonst noch was finden, sondern dort [bei den Frühen Hilfen Wien] arbeiten ja auch SozialarbeiterInnen, dort arbeiten PsychologInnen, Hebammen, ich glaub auch Krankenschwestern. Also dort ist ja/beruflich sind ja sehr viele Kompetenzen vertreten. Das finde ich halt sollte gestärkt werden. Und dann hat man /dann weiß man/ dann verliert man auch nicht so den Überblick, **wenn man eine Anlaufstelle hat, die halt mit vielen vernetzt ist und kooperiert,** dann wird es leichter. Dann ist das die Drehscheibe und jeder weiß wohin. Weil sonst kann man [...] auch als Betreuer [...] den Überblick verlieren. Da würde ich wirklich ein großes Wort für den Ausbau der frühen Hilfen einlegen. Weil das finde ich wirklich sinnvoll und wir brauchen das.“ (Kijufam1:120, Hervorh. T.B.)*

Bei der Ausweitung von Angeboten sei aber darauf zu achten, dass diese auch mit ausreichend Ressourcen ausgestattet werden (KiJuFam1:238).

Die Mitarbeiterin eines Familienzentrums bestätigte dies sehr eindringlich

*„Ahm, weil ich nichts schlimmer finde, als wenn man Dinge neu erfindet, also quasi **immer das Rad neu erfinden zu müssen, obwohl es das eh schon gibt,** und das erlebe ich immer wieder, dass das passiert. Und ich glaube, dass wir in Wien grundsätzlich ganz gut aufgestellt sind mit den Angeboten. Also es gibt ganz viel. Es wird zwar nicht alles ausreichend finanziert. Aber ich habe dann manchmal wirklich so das Gefühl, wenn ich dann von neuen, innovativen Angeboten höre, bin ich dann manchmal so irritiert, weil ich mir denke, Entschuldigung, aber das gibt es ja und ihr habt´s die Mittel gekürzt. [...] Also da bin ich manchmal ein bisschen sensibel drauf dann, und auch verärgert, weil ich mir denke, ja, **einerseits werden Projekte dann nicht ausreichend finanziert, damit die dann auch wirklich so eine Bekanntheit und so eine Größe erreichen, um ja eben bekannt zu sein. [...]** Und dann wieder irgendwelche neuen Konstrukte zu schaffen, das irritiert mich manchmal.“ (KiJuFam2:172, Hervorh. T.B.)*

¹⁴⁶ Siehe diesbezüglich auch die Ausführungen im Kapitel „Kinder, Jugend, Familie“.

Im Wohnungslosen- und Suchtbereich wurde die Zurverfügungstellung von Ressourcen für Begleitdienste als sinnvolle Erweiterung genannt (Su1:12–14, 62; Wh4:16).

Im Bereich Gewalt wurde ebenfalls Bedarf an mehr Ressourcen und Personal genannt, auch um sich adäquat um betroffene Kinder kümmern zu können (Gew2:81–86).

Zusammenfassend kann empfohlen werden, die Ressourcen bestehender Angebote zu sichern und soweit auszubauen, dass bestehender Bedarf gedeckt werden kann. Dabei ist darauf zu achten, dass eine allfällige Ausweitung von Aufgaben und Zuständigkeiten mit einer adäquaten Aufstockung der Ressourcen einhergeht.

4.3.6.2.2 Bessere Koordination bestehender Angebote

Mehrere InterviewpartnerInnen meinten, dass es in Wien ausreichend Angebote gibt und der Bedarf eher darin bestehe, diese besser zu koordinieren. Das meinten insbesondere ein leitender Mitarbeiter des PSD, dessen Zuständigkeit unter anderem Vernetzung ist, als auch eine langjährig in unterschiedlichen Funktionen beim PSD tätige Psychiaterin (Psy1:100–112, 221, 245; Psy2:34).

Letztere betonte die Wichtigkeit einer guten Koordination aller in einen Fall involvierten Institutionen und berichtete von gravierenden Qualitätsmängeln. So käme es etwa bei Fällen, in die AMS, PVA und Psychiatrie beziehungsweise Rehabilitationsmaßnahmen involviert seien, zu völlig unkoordinierten Entscheidungen, die teils dem Zufall, den jeweiligen SachbearbeiterInnen oder statistischen Zielen geschuldet und weder den betroffenen KlientInnen noch der Allgemeinheit dienlich seien (ebd.:34)¹⁴⁷.

Für den Bereich Krankenhaus-Entlassungsmanagement und Nachbetreuungssystem wurden ebenfalls gravierende Koordinationsmängel und zu komplizierte Strukturen konstatiert. Dadurch entstehende Mängel im Case Management wurden sowohl von einer Krankenhaussozialarbeiterin als auch einer langjährig im Gerontopsychiatrischen Zentrum des PSD tätigen Sozialarbeiterin konstatiert (Ges1:44; Psy4:131).¹⁴⁸ Die Krankenhaussozialarbeiterin merkte an, dass es zwar viele mobile Angebote gäbe, es aber mehr personelle Ressourcen, Verantwortlichkeit und ganzheitlicheren Blick bräuchte (Ges1:66-68).

Zusammenfassend ist eine fortlaufende Verbesserung der Koordination und Vernetzung bestehender Angebote zu empfehlen, dafür sind die notwendigen Ressourcen bereit zu stellen.

¹⁴⁷ Konkret brachte sie das Fallbeispiel eines jungen Mannes mit Diagnose Schizophrenie, der nach einer Rehabilitation in einer AMS-Berufsintegrationsmaßnahme tätig war. Im Zuge eines Drogenentzugs wurde er psychotisch, wovon er sich während eines Krankenstandes im Tageszentrum des PSD binnen 4 Monaten erholte. Während die Psychiaterin eine Fortführung der Berufsintegrationsmaßnahme empfahl und den jungen Mann auf dem erfolgreichen Weg zu einem in die Gesellschaft integrierten Leben sah, wurde vom AMS eine Pensionierung befürwortet und durchgesetzt (Psy2: 34).

¹⁴⁸ Die GPZ-Mitarbeiterin betonte, dass die involvierten MitarbeiterInnen sehr engagiert seien (Psy4:139-141), es scheint sich somit eher um strukturelle Mängel zu handeln (vgl. Kapitel Alter und Pflege).

4.3.7 Sonstiges

Sophie Lehner

Dieses Kapitel widmet sich wichtigen Ideen, Entwicklungen und Versorgungslücken, die während der Interviews von PartnerInnen beschrieben worden sind, jedoch nicht zur Forschungsfrage der vorliegenden Masterarbeit passen oder darin nur kurze Erwähnung finden.

4.3.7.1 Ideen

Frau Peter greift in ihrer Kritik am sozialpsychiatrischen mobilen Dienst auf, dass dieser wegen Unterbesetzung kaum mobil ist. Es sollte daher ein Team geben, das sofort hinzugezogen werden kann. (Wh1:62)

Als weiteren Punkt greift Frau Peter ein Frühwarnsystem bei Delogierung auf. Dabei sollten KlientInnen, die plötzlich nicht mehr zum AMS gehen oder ihre Ansprüche nicht mehr geltend machen und nicht versichert sind, von SozialarbeiterInnen aufgesucht werden. (ebd.:96–98)

Eine weitere Idee sind niederschwellige Krisenteams, die auch am Wochenende Angebote wie z.B. Freizeitveranstaltungen machen, die KlientInnen, ohne sich groß deklarieren zu müssen, in Anspruch nehmen können. (Psy3:135–138)

Frau Beneder merkt an, dass in der Schule auch über den Themenbereich Schwangerschaft informiert werden sollte, z.B. darüber, dass man verringerte Unterstützungsleistungen bekommt, wenn die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht eingehalten werden. (KiJuFam2:128) Ebenso sollte mittels Werbung praktisches Wissen verbreitet werden, z.B. wie im Winter richtig gelüftet wird, um Schimmel vorzubeugen. (ebd.:216) Weiters sollte es eine Telefonnummer geben, bei der man Auskunft darüber erhält, welche Institution je nach Problemlage zuständig ist. Ob dies das Bürgerservice bereits macht, ist unklar¹⁴⁹. (ebd.:226–232, 298–303)

Auch Frau Rösslhumer kritisiert, dass es zwar zum Teil Nummern gibt, diese aber oft nur im Internet auffindbar sind und nur dort beworben werden. Ältere Personen, Menschen mit Sprachbarrieren und bildungsferne Personen haben aber häufig keinen Zugang zum Internet. Somit sollte es mehr Werbung in Fernsehen, Radio und anderen Medien geben. (Gew2:46)

Frau Schröer greift im Bereich der Pflegeheime die Idee auf, dass in diesen mehr Soziale Arbeit geleistet werden sollte, jedoch nicht nur bei Anträgen, sondern auch bei der Arbeit mit den BewohnerInnen. Weiters sollte man diese beim Einzug unterstützen und ihnen auch Teilhabe an Mehrgenerationsprojekten ermöglichen. (Psy4:149–153)

Im Bereich der Psychiatrien wird auf gemeinwesenorientierte Psychiatrien in Berlin hingewiesen, die als Vorbild für Wien gelten sollten. (Psy3:257–260)

¹⁴⁹ Ein Telefonat am 11.03.2019 mit dem BürgerInnenservice ergab, dass dieses keinen Überblick über die sozialen Einrichtungen in Wien hat.

4.3.7.2 Entwicklungen

Laut Frau Holzmüller hat sich die Zusammenarbeit und Offenheit zwischen Einrichtungen positiv entwickelt. (Fin1:107)

Sehr gelobt wird die mobile Sozialberatung der Diakonie von Frau Plot, die aufsuchend tätig gewesen ist und ÜbersetzerInnen zur Verfügung gehabt hat; dies sollte bei erneutem Bedarf in der Flüchtlingshilfe wieder so umgesetzt werden. (Mig1:132–136)

Frau Hasanovic weist darauf hin, dass der FSW bei öffentlichen Festen nun Stände hat, um seine Bekanntheit zu erweitern; bei diesen stehen auch beratende ProfessionistInnen. (PflA1:246–252)

4.3.7.3 Versorgungslücken

Mehrfach wird kritisiert, dass es keinen Überblick über soziale Einrichtungen in Wien gibt. Eine erste Entwicklungen in diese Richtung sind die Internetseite help.gv als auch sozialinfo.wien.at des FSW. Weiters gibt es noch infoservice.sozialministerium.at, das den InterviewpartnerInnen jedoch nicht bekannt war. Es zeigt sich somit, dass der Bekanntheitsgrad der bestehenden Internetseiten erhöht werden muss. Ebenfalls gibt es bei den genannten Seiten noch Bedarf an einem Ausbau, damit sowohl soziale Einrichtungen selber nicht immer Zeit investieren müssen, um einen Überblick zu schaffen, als auch die Bevölkerung sich mit Problemen an die richtige Stelle wendet. (Fin1:254–260; Mig1:43–44; Psy1:219)

Ebenso wird ein Mangel an PsychiaterInnen, KinderärztInnen, Entwicklungsambulanzen und Therapien, inklusive Ergo - und Logotherapie, festgestellt und Kritik an ihrer Leistbarkeit geübt. (KiJuFam1:98, 128–130; KiJuFam2:108–110; Psy3:152; Wh1:60)

Wünschenswert wäre ebenso der Ausbau von Freizeitangeboten und tagesstrukturierenden Projekten für psychisch Kranke, aber auch ältere Personen, um diesen mehr Abwechslung und Wahlmöglichkeiten bieten und auf die Bedürfnisse der Einzelnen eingehen zu können. (Psy3:197–224; Psy4:153) Damit im Zusammenhang steht auch die Arbeit zur Entstigmatisierung von KlientInnen, da diese oft mit Hemmschwellen zu kämpfen haben, sich unter andere Menschen zu begeben:

„es fehlt an der Nicht-Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung, nämlich gerade was diese gesellschaftliche Teilhabe anbelangt, was Freizeitaktivitäten zum Teil anbelangt. Wir erleben ganz viel Einsamkeit bei unseren KlientInnen - - - wir erleben eine hohe Hemmschwelle sich in der Öffentlichkeit zu bewegen.“ (Psy3:66)

Auch wird der hohe Mietpreis und der Mangel an Wohnungen in Wien kritisiert: *„der fehlende günstige Wohnraum für Menschen - - die sich quasi so eine Wohnung leisten könnten aber keine Wohnung bekommen.“ (Wh3:52)*

5 Relevanz der Ergebnisse für die Weiterentwicklung von Case Management

Judith Katzlinger

Die vorliegende Arbeit möchte nicht zuletzt auch einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Case Management (CM) sowie der Case Management-Forschung leisten¹⁵⁰. Im Folgenden möchten wir anhand einiger ausgewählter Beispiele aufzeigen, wo sich in unserer Arbeit hierfür relevante Ergebnisse wiederfinden und diese mit Bezügen zu sozialarbeitswissenschaftlicher Case Management-Literatur ergänzen.

Abgesehen von den im Folgenden vorgestellten Kapiteln, finden sich in der vorliegenden Arbeit noch verschiedene weitere Auseinandersetzungen, welche einen Case-Management-Bezug aufweisen. So beispielsweise das Kapitel „Form der Betreuung“ (in dem u.a. das Thema Fallführung behandelt wird) sowie die Kapitel „Fallunspezifische Vernetzung“ (Netzwerkarbeit) und „Betreuungsdauer“ (Schnittstellenmanagement zwischen Akutintervention und längerfristiger Betreuung) (→ „Form d. Betreuung“; „Fallunspez. Vernetzung“; „Dauer“).

5.1 Alter & Pflege: Zum Case Management des Fonds Soziales Wien

In diesem Kapitel wird der FSW (Fonds Soziales Wien), eine für den Sozialbereich in Wien zentrale Institution, vorgestellt. Die Arbeitsweisen, Professionen sowie Zuständigkeiten der Case ManagerInnen aus den Beratungszentren Pflege und Betreuung (BZPs) nehmen dabei einen besonderen Stellenwert ein. Sie sind für die Betreuung von knapp 60.000 WienerInnen und folglich für einen großen Teil der durch Case Management betreuten Fälle in Wien verantwortlich.

Wie wir zeigen ist die Gate-Keeping-Funktion beim Case Management des FSW von zentraler Bedeutung. Wie Michael Monzer erklärt, übernimmt das Case Management in der Funktion als Gate-Keeper die Aufgabe, einem Fall „*die richtigen, notwendigen und vorrätigen Ressourcen zuzuteilen*“. Dabei geht es nicht zuletzt auch darum, über die „*gerechte Verteilung begrenzt verfügbarer Mittel zu entscheiden*“ (Monzer 2013:16). Karin Goger und Christian Tordy schreiben in Bezug auf die Praxis von Case-Management in Österreich:

„[Es] wurden in den letzten Jahren von den geldgebenden Institutionen Einrichtungen geschaffen, die im Sinn eines Gatekeeping Anspruchs-voraussetzungen potentieller Klientinnen und Klienten prüfen und diese gegebenenfalls an die Einrichtungen der Sozialen Arbeit verweisen“ (Goger / Tordy 2018:375).

¹⁵⁰ Dies liegt nicht zuletzt auch daran, dass diese Arbeit eine Case Management-Qualifizierungsarbeit darstellt, mit der die Erlangung eines Case Management-Zertifikats angestrebt wird.

Auch beim FSW handelt es sich um eine Organisation, die in der Rolle des Fördergebers auch Case Management anbietet. Ingrid Gissel-Palkovich konstatiert in Bezug auf Organisationen, in denen „der für das Case Management zuständige Träger ebenso Kostenträger ist“ einen Bedarf an kritischer Reflexion bezüglich dessen „exponierter Bedeutung“ (Gissel-Palkovich 2013:143). Der Versuch einer solchen Reflexion wurde im Rahmen unserer Arbeit unternommen.

Im Kapitel zum FSW findet sich zu diesem Zweck eine Darstellung der von unseren InterviewpartnerInnen eingebrachten Erfahrungen mit dem dortigen Case Management. Gelobt wird insbesondere die Möglichkeit von Hausbesuchen sowie die Tatsache, dass Vermittlungen zum Case Management äußerst unbürokratisch erfolgen können. Des Weiteren findet sich in den Interviews Kritik an der Vielzahl involvierter Fachkräfte, der „Zerstückeltheit“ der Betreuung, der fehlenden Kontinuität bezüglich der betreuenden SozialarbeiterInnen sowie an den für Beziehungsaufbau zu knapp bemessenen zeitlichen Ressourcen. Ähnliche Kritikpunkte finden sich in der Analyse von Ingrid Gissel-Palkovich zum Case Management im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) in Deutschland. Sie schreibt:

„[Es] ist zu bezweifeln, dass die fordistische Zergliederung von Beratungs- und Unterstützungsprozessen eine adressatInnenorientierte ASD-Arbeit gewährleisten kann, insbesondere dann, wenn die einzelnen Teilprozesse für die AdressatInnen mit unterschiedlichen Personen verbunden sind“ (ebd.:145).

Goger und Tordy verdeutlichen, dass in Bezug auf Fälle in denen „*Intake, Assessment sowie Ziel- und Hilfeplanung binnen einer Stunde*“ abgearbeitet werden, der Schluss nahe liegt, „*dass entweder der Fall trivial ist (kein Bedarf am Verfahren gegeben) oder dass er in seiner Vielschichtigkeit schwer fassbar war oder wenig Interesse bestand, den Fall in seiner Gesamtheit zu erfassen*“ (Goger / Tordy 2018:374).

Bezüglich der Weiterentwicklung eines sozialarbeiterischen Case-Managements ist davon auszugehen, dass nicht zuletzt auch eine „*klare Abgrenzung von anderen Disziplinen und Professionen (zum Beispiel der Pflegewissenschaft)*“ sowie eine strenge disziplin- und professionsbezogene Klärung des sozialarbeiterischen Case Managements notwendig sind (Müller 2018:339). Ausgehend von der Tatsache, dass der Großteil der beim FSW beschäftigten Case ManagerInnen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege-Personen (DGKPs) sind, gelang es uns im Rahmen dieser Arbeit, einen Beitrag zur oben geforderten Abgrenzung zu leisten. Im Zuge der sozialarbeitswissenschaftlichen Beschäftigung mit dem FSW lässt sich erahnen, wie sich ein pflegerisch-medizinischer Kontext auf Organisations- und Handlungslogiken von Institutionen auswirken kann.

Wie im Kapitel „Alter und Pflege“ sichtbar wird, finden sich deutliche Unterschiede zwischen dem Ideal eines sozialarbeiterischen Case Managements und dem (sogenannten) Case Management des FSW (vgl. Goger / Tordy 2019; vgl. Müller 2018:339).

5.2 Formen der Vermittlung & Case Management

Das Kapitel „Formen der Vermittlung“ gibt hilfreiche Anregungen dafür, wie passgenaue Formen der Vermittlung zu jeweils passenden Stellen erfolgen und begleitet werden können. Dies ist insbesondere bei komplexen Fällen mit einer Vielzahl von involvierten (beziehungsweise zu involvierenden) Stellen notwendig. Folglich sind die Ergebnisse dieses Kapitels von großer Bedeutung für prädestinierte „Case Management-Fälle“. Mathias Müller zufolge ist Case Management dann indiziert, „wenn eine komplexe Hilfesituation vorliegt“. Dies impliziert ihm zufolge in der Regel *„komplexe Problemlagen, die die Fallebene betreffen, oder eine hohe Akteursdichte, die sich auf die Institutionen der (Versorgungs-)Systemebene bezieht“* (Müller 2018: 333). Hinzuzufügen ist die „Notwendigkeit einer Abstimmung von mehreren Leistungsanbietern“, das „Nicht-Greifen von Regelversorgungspfaden“ sowie zusätzlich die „Einwilligung des Adressaten-/KlientInnensystems zum Case Management“ (Ehlers / Müller 2013: 109).

Die von uns beschriebenen unterschiedlichen Formen der Vermittlung („schicken“, anrufen, Prozess unterstützen, begleiten, Hausbesuch initiieren), sollen nicht zuletzt auch einen Orientierungsrahmen für das (gemeinsam mit den NutzerInnen) zu erarbeitende „individuelle Hilfearrangement“ bieten. Denn wie Corinna Ehlers und Mathias Müller verdeutlichen, ist es für das Finden individueller Lösungen im Case Management notwendig, *„sehr viel genauer zu erarbeiten, wer, was, wann, mit wem tun muss, um ein definiertes Ziel zu erreichen“* (ebd.: 110).

5.3 Fallspezifische Vernetzung & Case Management

Wie die oben angesprochenen Formen der Vermittlung, sollen auch unsere Ergebnisse zum Thema fallspezifischer Vernetzung eine Grundlage für das Erarbeiten von individuellen Hilfeplänen bieten. Auch im Kontext fallbezogener Absprachen mit anderen Trägern ist der Prozess entsprechend des Grundsatzes der Partizipation und Teilhabe sowie eines „ressourcenorientierten Empowerments“ zu gestalten (vgl. Goger / Tordy 2019:34). Ehlers und Müller erklären, dass entsprechend dieses Prinzips möglichst viele Kompetenzen der NutzerInnen (sowie deren informelle soziale Netze) so in die Zielarbeit eingebunden werden sollen, *„dass die professionellen Hilfen ein notwendiges und nicht das möglichst höchste Maß an professionellen Hilfen binden“*. Wie sie zeigen ist dies insbesondere deshalb zentral, weil gerade bei sehr komplexen Fällen (also bei Fällen bei denen Case Management indiziert ist), die *„fürsorgliche Belagerung durch professionelle Helfer die Selbsthilfepotentiale der NutzerInnen schwächt“*. Den AutorInnen zufolge muss Case Management trotz komplexer Lebenssituationen darauf achten, *„dass die NutzerInnen noch die Subjekte der Hilfe sind und sie nicht zu den Objekten pseudoprofessionellen Handelns werden“*. (ebd.: 110)

Ausgehend von den geführten Interviews kommen auch wir zum Ergebnis, dass die Vorgangsweise bezüglich fallspezifischer Vernetzung am konkreten Einzelfall orientiert werden muss. In unserer Arbeit finden sich zahlreiche anschauliche Berichte von ExpertInnen aus der Praxis, die ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Sichtweisen erläutern. Diese multiprofessionellen Praxis-Perspektiven stellen unserer Ansicht nach

eine wichtige Bereicherung für die Weiterentwicklung eines sozialarbeiterischen Case Managements hinsichtlich Fragen der (fallbezogenen) Netzwerkarbeit dar.

So finden sich beispielsweise unter dem Titel „anonymisierte Fachberatung“ zahlreiche Berichte zu Erfahrungen „kollegialer Beratung“. In Anschluss an Ehlers und Müller (die im Kontext der Implementierung von Case Management auf die Notwendigkeit einer gezielten Etablierung solcher Prozesse hinweisen) erscheint eine Verankerung von kollegialer Beratung im Konzept des angedachten mobilen Teams äußerst sinnvoll (vgl. ebd.: 113; 120).

Ein Thema, das sowohl im Kapitel zu fallspezifischer Vernetzung als auch in der uns bekannten Literatur zu Case-Management eine große Rolle spielt, ist die Frage der Standardisierung von Abläufen. Zum einen ist diesbezüglich zu sagen, dass formalisierte Formen fallspezifischer Vernetzung in einigen Fällen äußerst sinnvoll erscheinen. Andererseits ist es aber, insbesondere um im Bedarfsfall flexibel reagieren zu können, notwendig, dass die Möglichkeit zu nicht-formalisierten („spontanen“) Kontaktaufnahmen mit anderen Einrichtungen besteht und diesbezügliche Grundlagen geschaffen werden. Dementsprechend zeigt sich auch in der Literatur zu Case Management, dass eine systematische (und formalisierte) Verankerung von „interinstitutioneller Netzwerkarbeit“ einerseits äußerst sinnvoll erscheint (und einen zentralen Bestandteil der Implementierung von Case Management ausmacht), und gleichzeitig auch die Informalität von Abläufen große Vorteile mit sich bringen kann (Ehlers / Müller 2013:120; Goger / Tordy 2018:378, 380). Tordy und Goger sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass Case ManagerInnen Gestaltungsspielräume benötigen, um in konkreten Fällen das jeweils „Richtige“ zu tun und auch ein „Abweichen von Routinen“ zu ermöglichen (ebd.: 378). Unsere Forschungsergebnisse machen allerdings (ähnlich wie Goger und Tordy) auch sichtbar, dass nicht-formalisierte Formen fallspezifischer Kommunikation eine große Abhängigkeit vom Engagement einzelner beteiligter Personen mit sich bringen (vgl. ebd.: 381).

In Hinblick auf die bearbeiteten Fragen institutionenübergreifender fallbezogener Zusammenarbeit wird deutlich, welche Unterschiede die Implementierung eines eher „informell-qualitativ ausgestalteten“ Case Management-Ansatzes gegenüber einem eher „formell-quantitativ ausgerichteten CM“ mit sich bringt. Während das Angebot der Frühen Hilfen aus unserer Sicht (angesichts der *„flexiblen Anpassung der Prozessgestaltung an die Notwendigkeiten des Einzelfalls“*) ein Beispiel für eine informell-qualitative Ausrichtung zu sein scheint, macht das ebenfalls in dieser Arbeit beschriebene Case-Management des FSW (inklusive des standardisierten Informations-Transfers zu anderen Institutionen) den Eindruck einer „formell-quantitativen“ Form von Case Management. (vgl. Gissel-Palkovich 2013: 136)

In den von uns geführten Interviews wird deutlich, dass die Entscheidung für eine spezifische Form der fallbezogenen Kommunikation immer auf unterschiedliche Faktoren wie beispielsweise die vorhandenen Problemstellungen und Ressourcen im KlientInnensystem aber auch die jeweils beteiligten Professionen und Institutionen abgestimmt werden muss. Corinna Ehlers und Thomas Müller sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass der *„Eigensinn von Handlungsfeldern, Organisationen und MitarbeiterInnen“* sowie die in den jeweiligen Organisationen üblichen (mehr oder weniger flexiblen) Kommunikationsformen und -strukturen berücksichtigt werden

müssen (Ehlers / Müller 2013:123). Die AutorInnen erklären, dass es im Kontext von Netzwerkarbeit darum geht, Wege zu finden, wie die „*Kooperation zweier eigenlogisch agierender Organisationen*“ gelingen kann (ebd.: 116). Die im Kapitel „fallspezifische Vernetzung“ vorgestellten Settings (anonymisierter fallbezogener Austausch, formalisierte Kommunikationskanäle zwischen zwei Institutionen, regelmäßige beziehungsweise anlassbezogene Vernetzungstreffen sowie Fallkonferenzen und nicht-formalisierte Kontaktaufnahmen) veranschaulichen unterschiedliche Formen fallspezifischer Netzwerkarbeit. Sie sollen einen Orientierungsrahmen für das Erarbeiten passgenauer Versorgung durch das angedachte mobile Team (aber auch für die Konzeptionierung von Case-Management-Projekten im Allgemeinen) bieten.

6 Fazit

Sophie Lehner

Die vorliegende Masterthesis befasst sich mit der Frage, wie bestehende Angebote in Wien beispielweise durch ein mobiles Team ergänzt werden sollten, um Menschen mit psychosozialen Problemlagen passende Unterstützungsangebote zugänglich zu machen. In den folgenden Seiten wird auf besagte Forschungsfrage und die dazugehörigen Unterfragen eingegangen (→ „Forschungsfragen“).

6.1 Bereichsspezifische Versorgungslücken und Empfehlungen

Welche Versorgungslücken bestehen in diversen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit und wie könnten diese gedeckt werden?

Materielle Grundsicherung: Diese stellt einen wichtigen präventiven Faktor für psychische und physische Gesundheit dar, es bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen Armut/Armutsgefährdung und psychischer Krankheit. Abbau sozialstaatlicher Leistungen und Individualisierung von Krankheit ist daher als höchst bedenklich zu bewerten. Die Förderung unabhängiger, niederschwelliger, bei Bedarf auch nachgehender sozialer Arbeit im Bereich materieller Leistungen ist zu empfehlen, wobei in Anbetracht bereits bestehender Unübersichtlichkeit eher bestehende Angebote gestärkt, aufgestockt und bekannter gemacht, als neue gegründet werden sollten. (→ „Mat. Grundsicherung“)

Wohnversorgte: Im Bereich der Wohnversorgten zeigten sich vor allem Versorgungslücken bei Delogierungsprävention, Multiproblemlagen, Krankheit und psychischen Erkrankungen. Der Themenkomplex der Delogierungsprävention könnte durch ein niederschwelliges vorzeitiges Angebot zur Schuldenberatung abgedeckt werden, Krankheit, psychische Erkrankung und Multiproblemlagen würden ein zusätzliches mobiles Team verlangen, das sich mit Problemlagen, über Schulden und Delogierung hinaus, befasst. (→ „Wohnen“)

Wohnungslosenhilfe: In Bezug auf die Versorgungssituation der Wohnungslosenhilfe liegen die Lücken vor allem in fehlenden ganzjährigen Unterstützungsangeboten für Menschen, die keinen Anspruch auf längerfristige Wohnformen haben. Eine weitere Lücke besteht im Angebot für Menschen mit speziellem Unterstützungsbedarf (Menschen mit Behinderung) sowie in weiteren spezifischen Angeboten (fehlende Wohnplätze für Menschen, die in Notquartieren nächtigen, aber aufgrund von Krankheitssymptomen einen ganz täglichen Unterstützungsbedarf haben). Diese Angebote bestehen zwar, liegen allerdings nicht im ausreichenden Maße vor. Hinzu kommt, dass längerfristige Unterstützungsangebote (Betreutes Wohnen, Housing-First), die bereits bestehen, an Voraussetzungen und Wartezeiten geknüpft sind. Die Lücken ließen sich dadurch schließen, dass ganzjährige, niederschwellige Angebote für alle Menschen bestehen und Ressourcen und Plätze für spezifische Angebote aufgestockt werden. (→ „Wohnungslosenhilfe“)

Sucht: Das Handlungsfeld Sucht zeigte Mängel im Bereich des Entzugs, der Psychotherapie und der älteren substanzabhängigen Personen auf. Entzug und Psychotherapie ist durch eine Aufstockung der jeweiligen Plätze abzudecken. Um älteren substanzabhängigen Personen ein passendes Angebot bieten zu können, ist im Bereich der Pflege die Entwicklung eines spezifischen Konzepts anzuregen. Weiters sollte das mobile Team engmaschige Betreuung für Menschen mit alkoholindizierten und psychischen Erkrankungen anbieten. (→„Sucht“)

Migration: Für Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche besteht vor allem im Wohnungslosen- und Suchtbereich die Notwendigkeit für psychosoziale Beratungs- und Therapieangebote sowie für Entzugsprogramme. Generell besteht Bedarf an mehrsprachigen und transkulturellen Angeboten, der durch den Anstieg von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund vermehrt bereits abgedeckt wird. Dieser Bedarf besteht insbesondere auch im Pflege- und Pflegeheimbereich und insbesondere für ältere MigrantInnen werden mehrsprachige Informationen benötigt, die auch abseits des Internets zugänglich sind. Weiters stellt Rassismus ein Problem dar. Die Förderung von Trainings im Bereich Antirassismus und interkulturelle Sensibilität, insbesondere bei MitarbeiterInnen sozialer Dienste, Behörden und Notdiensten (Rettung, Polizei, etc.), sowie die vermehrte Anstellung von Menschen mit Migrationshintergrund und konsequente Bekämpfung rassistischer Tendenzen sind notwendig. (→„Migration“)

Kinder, Jugend und Familie: In Bezug auf den Bereich Kinder, Jugend und Familie wird darauf hingewiesen, dass die in den Regionalstellen der MA11 vorhandene Überlastungssituation zu Lücken in der Versorgung von gefährdeten Kindern und Jugendlichen führt. In Bezug auf diese Zielgruppe wirken sich außerdem bestehende Skepsis sowie vorhandene Ängste gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe negativ auf die Versorgungslage aus. Neben einer Aufstockung von Ressourcen der MA11 sowie gezielter Bekanntmachung ihrer Angebote könnte in diesem Bereich auch das angedachte mobile Team eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Institutionen darstellen (→ „Indikationen“). In Hinblick auf die Versorgungslage von Familien mit Kindern unter drei Jahren ist eine Ausweitung des derzeit nur für den Westen Wiens bestehenden Angebots der Frühen Hilfen dringend zu empfehlen. (→„KiJuFam“)

Häusliche Gewalt: In Bezug auf häusliche Gewalt wird darauf hingewiesen, dass das Gesundheitswesen, das üblicherweise die erste Anlaufstelle für Betroffene darstellt, seiner Verantwortung derzeit nicht gerecht wird. Deutliche Lücken zeigen sich beispielsweise in der Implementierung der gesetzlich festgeschriebenen Gewaltschutzmaßnahmen. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf die bis heute nur lückenhaft vorhandenen Opferschutzgruppen in Krankenhäusern. Für eine passende Versorgung gewaltbetroffener Personen besteht zudem Verbesserungsbedarf in Bezug auf den Umgang mit psychosomatischen Beschwerden und Schmerzen. Außerdem sind Ressourcen für Gewaltpräventions- und Sensibilisierungsarbeit sowie Veränderungen im Vorgehen der Justiz dringend notwendig. (→„Häusl. Gewalt“)

Rettung/Gesundheit: In Bezug auf die Rettung liegen die Lücken vor allem in fehlenden personellen und materiellen Ressourcen des Rettungsdienstes und in der nicht vorhandenen Vernetzung zwischen den Rettungsdienstorganisationen. Aus den Ergebnissen der Forschung lässt sich ebenso festhalten, dass zwischen dem Rettungsdienst und den weiterführenden Versorgungssystemen des

Gesundheitssystem und der sozialen Einrichtungen auch keine Vernetzung besteht. Die bestehenden Lücken könnten durch eine Personalaufstockung und eine professionellere Ausbildung des Rettungsdienstpersonals geschlossen werden. Weitere Defizite beziehen sich auf die konkrete Fallebene: Menschen werden im Zuge des Rettungseinsatzes und in weiterführenden Versorgungsebenen nicht (immer) ganzheitlich nach bio-psycho-sozialen Grundsätzen betrachtet. Um die Lücken auszugleichen, müssten die einzelnen Versorgungsebenen des Gesundheitssystems (HausärztInnen, Rettungsdienste, Krankenhäuser) aufeinander abgestimmt werden. (→ „Gesundheit“)

Alter & Pflege: Hinsichtlich des Themenfeldes “Alter und Pflege” wird deutlich, dass der FSW ein umfangreiches Angebot an mobiler Unterstützung für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zur Verfügung stellt. Probleme, die sich in diesem Bereich zeigen, sind unter anderem die “Zerstückeltheit” der Betreuung, zu große Zahl involvierter Fachkräfte, hohe MitarbeiterInnenfluktuation, die begrenzten Zuständigkeitszeiträume der betreuenden SozialarbeiterInnen sowie Zeitdruck und damit einhergehende fehlende Möglichkeiten zur Beziehungsarbeit. Für diesbezügliche Verbesserungen erscheint eine Anpassung des vorhandenen Angebots des FSW empfehlenswert. Auch über dessen Leistungen hinaus wird ein dringender Bedarf an der Aufwertung professioneller Care-Arbeit deutlich. Außerdem zeigt sich, dass die Angebote des FSW unter den MitarbeiterInnen sozialer Einrichtungen teilweise nicht ausreichend bekannt sind: Es gibt nämlich Angebote für “jüngere” Zielgruppen, die aufgrund von physischen oder psychischen Erkrankungen beziehungsweise Belastungssituationen Pflege- und/oder Betreuungsbedarf haben, sowie für Personen ohne psychiatrische Diagnose oder Pflegegeldbezug. (→ „Alter&Pflege“)

Psychische Erkrankungen und Krisen: Es wurden deutliche Defizite in den mobilen und ambulanten Ressourcen des PSD festgestellt, eine Aufstockung insbesondere des mobilen Krisendienstes ist dringend zu empfehlen. Weiters besteht Bedarf an einem niederschwelligeren mobilen Angebot, das Unterstützung in psychischen Krisen und Belastungssituationen, auch ohne psychiatrische Erkrankung oder Selbst-/Fremdgefährdung, bietet. Starker akuter Bedarf besteht hinsichtlich leistbarer und verfügbarer Psychotherapieplätze, eine Verbesserung der Zugänglichkeit ist dringend notwendig. Weiters ist eine verstärkte Bekanntmachung der Angebote des FSW im Bereich Pflege und Betreuung psychisch Kranker anzuregen. Eine Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements und der Koordination zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist ebenfalls dringend zu empfehlen – dieser Bereich könnte sich durch den bereits in Umsetzung befindlichen PPV 2030 verbessern. (→ „Psy“)

Polizei: Bei der Polizei zeigen sich große Defizite bei Einsätzen nach dem UbG. Es bedarf eines Fachpersonals mit psychiatrischer oder psychologischer Ausbildung, um die Polizei und die AmtsärztInnen unterstützen zu können. Hierfür würde sich ein unabhängiges mobiles Team empfehlen. Weiters ist die Schulung von BeamtInnen in Bezug auf das Wissen über die Vernetzungsmöglichkeiten mit sozialen Einrichtungen zu forcieren. (→ „Polizei“)

6.2 Bereichsspezifische Argumente für/gegen ein zusätzliches mobiles Team

Sophie Lehner

Aus welchen Gründen sprechen sich die befragten ExpertInnen in Bezug auf ihr Handlungsfeld für oder gegen die Gründung eines zusätzlichen mobilen Teams für psychosoziale Versorgung aus?

- Argumente gegen die Einrichtung eines zusätzlichen Angebots:

Als Gründe wurden die Vielzahl bereits existierender Angebote (Fin1:100–106; Ges2:62; Ges4:88; PflA1:432; Psy1:100-104,147; Su1:62; Wh2:50) und die schon bestehende Unübersichtlichkeit und Ressourcenknappheit genannt. Die Sicherung und Aufstockung bestehender Angebote sowie bessere Koordination und Bekanntheit werden daher von vielen als sinnvoll erachtet (Ges4:48; Gew1:109; Gew2:82; KiJuFam1:118; KiJuFam2:270–277; KiJuFam3:172; Psy1:147; Su1:62). Bei einer Erweiterung von Zuständigkeiten beziehungsweise Aufgabengebieten ist darauf zu achten, die Ressourcen entsprechend zu erhöhen. Auch für Vernetzung und Koordination sind die benötigten Mittel bereitzustellen. (→„Bedarfseinschätzung“)

- Bedarf an einem mobilen Team zeigt sich für:

psychosoziale Bedarfslagen: Die Schaffung eines niederschweligen mobilen Teams, das sowohl für psychische Belastungssituationen und Erkrankungen als auch sozialarbeiterisch geschult ist und unter anderem als Alternative oder Ergänzung für Rettung und Polizei zur Verfügung steht, kann empfohlen werden. Eine gute Koordination und Aufgabenteilung mit dem mobilen Krisendienst des PSD ist zu empfehlen, eine Anbindung daran könnte sinnvoll sein. Die Orientierung am Angebot der Frühen Hilfen und dessen Ausweitung wäre ebenfalls positiv. (→„Bedarfseinschätzung“)

Beziehungsarbeit/Begleitung/nachgehend: Es kann sowohl für die allgemeine Erwachsenen- und Familiensozialarbeit als auch für den Wohnungslosen- und Suchtbereich empfohlen werden, Ressourcen für Begleitungen, nachgehende Sozialarbeit und für Beziehungsarbeit bereitzustellen. Die Einrichtung eines gut integrierten mobilen Angebots, das solche Aufgaben übernehmen könnte, wäre sinnvoll, wobei eine Erweiterung/Ergänzung bestehender Angebote ausreichen könnte. (→„Bedarfseinschätzung“)

Nachgehende medizinische Behandlung: Ein weiterer Bedarf an einem mobilen Pflegeangebot besteht für nicht versicherte Menschen, die pflegebedürftig sind, allerdings die Angebote des Fonds Soziales Wien nicht in Anspruch nehmen können. (→„Gesundheit“)

6.3 Empfehlungen für die Konzeptionalisierung eines mobilen Teams

Sophie Lehner

Welche Empfehlungen ergeben sich für die Konzeptionalisierung eines mobilen Teams für psychosoziale Versorgung?

Die jeweiligen Empfehlungen sind den folgenden Ausführungen zu den Unterfragen zu entnehmen.

6.3.1 Indikationen: Zielgruppen und Problemlagen

Auf welche Zielgruppen und Problemlagen soll das Angebot ausgerichtet sein?

Zur Beantwortung der gestellten Frage werden die bereichsspezifischen Ergebnisse betrachtet. Hierfür sind Indikationen für ein mobiles Team erarbeitet worden. Dabei ist das Subsidiaritätsprinzip zu beachten, gemäß dem das Team nur dann zum Einsatz kommen soll, wenn kein anderes passendes Angebot gegeben ist. In Fällen, bei denen die Problemstellung und die zuständige Einrichtung eindeutig sind, soll auf ein Erstgespräch verzichtet werden und gleich die Zuweisung initiiert werden. Bei einem Pflegebedarf wohnversorgter Menschen z.B. kann eine sofortige Vermittlung an den FSW erfolgen.

- Als eine Indikation zeigt sich Begleitungsbedarf, wenn bestehende Teams oder die Besuchs- und Begleitdienste, welche der FSW vermittelt, nicht zuständig sind. Dieses Ergebnis zeigt sich speziell in Bezug auf wohnungslose als auch Suchtmittel konsumierende Personen, die Unterstützung beim Aufsuchen anderer Einrichtungen, aber auch von Therapien, ÄrztInnen, Krankenhäusern etc. benötigen. (→ „Wohnungslosigkeit“; „Sucht“)
- Ein weiterer Bedarf besteht in der mobilen pflegerischen Unterstützung von nicht-anspruchsberechtigten Menschen, die bestehende ambulante und stationäre Unterstützungsangebote (in Form des Louisebusses, AmberMed, Neunerhaus) nicht nützen können (→ „Gesundheit“)
- Weiterer Bedarf wird in Bezug auf Einsätze nach dem UbG festgestellt. Dabei bedarf es einer professionellen Unterstützung des Rettungs- und Polizeipersonals. Diese Experten könnten auch alternativ zu den Blaulichtinstitutionen herangezogen werden. Dabei ist es wichtig, dass akute Hilfe gewährleistet werden kann, aber auch die Möglichkeit auf langfristige Unterstützung, die entweder selbst angeboten oder vermittelt wird, gegeben ist. (→ „Polizei“; „Rettung“; „Psy“)
- Im Rettungswesen kommt es vor allem aufgrund psychosozialer Themenstellungen zu wiederholten Einsätzen in kurzen Zeitabständen. Die Rettung scheint in diesen Situationen nicht die passende Anlaufstelle zu sein. Ein mobiles sozialarbeiterisches Team, ausgerichtet auf psychosoziale Themenstellungen, wäre dabei hilfreich. (→ „Gesundheit“)
- Insbesondere in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wird ein mobiles Team, das bei akuten Familienkrisen zum Zweck der Konfliktmoderation hinzugezogen werden kann, als sinnvoll erachtet. Das wäre eine Alternative zu Rettung oder Polizei und damit zu Zwangseinweisung oder polizeilicher Wegweisung. Bei

Fällen mit Gewaltpotential sind solche Einsätze jedoch ausschließlich mit Unterstützung (Assistenzeinsätzen) der Polizei durchzuführen. (→ „Psy“; „Häusl. Gewalt“)

- Für psychische Belastungssituationen und Krisen besteht Bedarf an einem mobilen Angebot, das niederschwelliger verfügbar ist als der PSD und auch ohne bestehende psychische Erkrankung tätig wird. (→ „Psy“)
- Ein weiterer Indikator sind Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Demenz, die den Großteil ihrer Zeit im öffentlichen Raum verbringen und deren Versorgung nicht durch ausreichende Ressourcen von bestehenden Einrichtungen abgedeckt werden kann. (→ „Wohnungslosigkeit“)
- Weiters sollte es zu vorzeitiger Unterstützung bei androhenden Räumungsklagen, ausbleibenden Mietzinszahlungen und Delogierungsgefahr wegen unleidlichen Verhaltens kommen. (→ „Wohnen“)
- Frühzeitige Unterstützung für Familien sollte es dann geben, wenn Sorge um das Wohl von Kindern oder Jugendlichen besteht, bei denen von Schule oder Kindergarten noch kein Bedarf an einer Meldung wegen Kindeswohlgefährdung gesehen wird. Dies soll ganz besonders dann greifen, wenn Versuche der Kontaktaufnahme zu den Erziehungsberechtigten nicht erfolgreich sind. In Fällen, in denen (noch) keine Grundlage für eine Gefährdungsmeldung vorliegt, soll die Familie auf freiwilliger Basis bezüglich ihrer Belastungssituationen unterstützt werden. Im Sinne einer Brückenfunktion ist bei Bedarf außerdem eine begleitete Vermittlung zur MA11 zu empfehlen. Im Zuge derer sollen möglicherweise vorhandene Ängste gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe abgebaut und eine freiwillige Kontaktaufnahme ermöglicht werden. (→ „KiJuFam“)

6.3.1.1 Weitere zentrale bereichsspezifische Ergebnisse

- Generell zeigen sich Hausbesuche als äußerst relevant, jedoch ist von diesen bei Fällen von häuslicher Gewalt aufgrund der Gefahr für ProfessionistInnen sowie KlientInnen abzusehen. Daher sind diese, wenn nötig, nur mit Assistenzeinsatz durch die Polizei durchzuführen. (→ „Häusl. Gewalt“, „Mat. Ressourcen“)
- Weiters zeigt sich, dass die ProfessionistInnen über ausreichendes Wissen verfügen sollen, um Themen wie häusliche Gewalt, Sucht und psychische Erkrankungen zu erkennen und sinnvolle Maßnahmen setzen zu können.
- Es zeigt sich großer Bedarf an einer Aufstockung der Ressourcen des PSD, um seine Angebote verfügbarer zu machen. Dadurch könnten einige der festgestellten Versorgungslücken gedeckt werden. (→ „Psy“)
- Fehlende barrierefreie Zugänge bestehen in vielen sozialen Einrichtungen, aber besonders im Bereich der Wohnungslosenhilfe und sind ausnahmslos zu beseitigen. (→ „Wohnungslosenhilfe“)
- Materielle Grundsicherung in Form sozialstaatlicher Leistungen ist ein wichtiger Faktor in der Prävention psychischer Erkrankungen und Krisen und für deren Behandlung. Ein gut ausgebautes sozialstaatliches Sicherungsnetz sowie leicht zugängliche psychosoziale Unterstützungsangebote sind wichtig um die Teilhabemöglichkeiten von BürgerInnen an der Gesellschaft zu sichern und reduzieren nicht zuletzt Kosten für das Gesundheitssystem.

6.3.2 Strukturen und Ressourcen

Welche Strukturen und Ressourcen soll das Angebot aufweisen, um für die Zielgruppe zugänglich zu sein?

In den folgenden Unterkapiteln „Prozess“ und „Ressourcen“ wird die Fragestellung beantwortet.

6.3.2.1 Prozess

Der Weg zur Versorgung: Formen von Vermittlung & Zuweisung

Hierbei zeigt sich, dass KlientInnen sowie deren Bezugspersonen auf verschiedenen Wegen zum angedachten mobilen Team gelangen können sollen: durch eigenständige Kontaktaufnahme, durch unverbindliche Empfehlung („geschickt werden“) oder formalisierte Formen der Zuweisung.

Das angedachte mobile Team soll sich je nach Bedarf unterschiedlicher Möglichkeiten bedienen, um betreute Fälle an andere Institutionen weiterzuvermitteln: unverbindliche Empfehlung, Anrufen bei einer anderen Einrichtung mit/für die Person, unterstützter Vermittlungsprozess, Begleitung zu Einrichtungen, Meldungen.

Weiters wird empfohlen, dass das angedachte Team die Möglichkeit hat, Vermittlungsprozesse bei Bedarf/ auf Wunsch von KlientInnen so zu begleiten, dass deren "Ankommen" bei den jeweiligen Institutionen sichergestellt werden kann. Ebenso muss darauf geachtet werden, dass Einrichtungen, an die vermittelt wird, auch tatsächlich über die für eine Betreuung notwendigen Ressourcen verfügen. (→ „Weg zur Versorgung“)

Fallspezifische Vernetzung:

In Hinblick auf fallspezifische Netzwerkarbeit mit anderen Einrichtungen empfiehlt sich eine bedarfsorientierte Vorgangsweise, die sich an den Prinzipien der Förderung von Selbstbestimmung und Empowerment orientiert.

Grundsätzlich dürfen fallbezogene Kontaktaufnahmen sowie Absprachen mit anderen betreuenden Institutionen nur mit Einwilligung der KlientInnen erfolgen. Ausnahmen bestehen im Falle eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung sowie bei „Gefahr im Verzug“ (beispielsweise im Kontext schwerer psychischer Erkrankungen, die mit akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung einhergehen)

Um eine passende fallspezifische Zusammenarbeit zu fördern, erscheinen uns in Hinblick auf das angedachte mobile Team Kooperationsvereinbarungen mit zentralen Einrichtungen (wie beispielsweise dem FSW oder der MA11) sinnvoll. Diese sollen Regelungen über mögliche Kommunikationskanäle enthalten und dadurch nicht zuletzt auch Zuweisungsprozesse erleichtern. Zu berücksichtigen sind dabei sowohl formalisierte als auch nicht-formalisierte Formen fallspezifischer Vernetzung, wie beispielsweise regelmäßige Treffen, fixe AnsprechpartnerInnen, standardisierte Informations-Weitergabe oder auch spontane telefonische Kontaktaufnahmen. Welche Form der fallbezogenen Kommunikation für eine Fallsituation oder auch in Bezug auf

konkrete KooperationspartnerInnen passend erscheinen, ist aus unserer Sicht abhängig von unterschiedlichen Faktoren wie beispielsweise vorhandenen Problemstellungen und Ressourcen im KlientInnensystem, beteiligten Professionen und Institutionen, etc.

Außerdem empfiehlt es sich, klare Richtlinien hinsichtlich des Schutzes von KlientInnendaten zu erarbeiten (vgl. DSVO). Dies bezieht sich auf das mobile Team im Allgemeinen als auch auf Kooperationsvereinbarungen mit anderen Institutionen. Damit soll verhindert werden, dass aus Angst vor Verstößen gegen die DSVO auf fallbezogene Vernetzung mit anderen Einrichtungen verzichtet wird. (→ „Fallspez. Vernetzung“)

Betreuungsdauer:

In den von uns durchgeführten Interviews wird sowohl auf bestehenden Bedarf an sozialarbeiterischer Akutintervention (schnell & kurzfristig) als auch auf die Notwendigkeit längerfristiger Betreuung hingewiesen. Die Frage, wie sich diese beiden Formen der Betreuung in einem Angebot kombinieren lassen und ob eine „Mischform“ sinnvoll wäre, kann auf Basis unseres Forschungsprojekts nicht endgültig beantwortet werden.

In Bezug auf die Konzeptionierung eines sozialarbeiterischen Akutinterventionsteams ist die Sicherstellung von einer längerfristigen Versorgung zu gewährleisten. Außerdem sind Ressourcen für die Betreuung von Vermittlungsprozessen zu weiterführenden Angeboten einzuplanen (Stichwort „Schnittstellenmanagement“).

Bedarf nach längerfristiger Betreuung wurde insbesondere in Zusammenhang mit der Notwendigkeit von Beziehungsarbeit genannt. Als Faktoren, die eine längerfristige Betreuung notwendig machen, wurden neben dem Bedarf an Unterstützung im Zuge von Vermittlungsprozessen insbesondere solche Fälle erwähnt, in denen große Hemmschwellen zu überwinden sind, damit empfohlene/weiterführende Angebote angenommen werden können. (Kontext psychiatrische Unterstützung, MA11, Gewaltdynamiken). Auch in Fällen, in denen vermutet wird, dass neben dem vorgebrachten Problem („presented problem“) noch weitere relevante Belastungssituationen vorhanden sind, ist ausreichend Zeit für den notwendigen Beziehungsaufbau einzuplanen.

Im Falle von Überlastung soll eine bedarfsorientierte Triage, entlang der für das angedachte Team geltenden Indikationen, erfolgen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine längerfristige Betreuung im Bedarfsfall trotz knapper Zeitressourcen möglich ist. Folglich soll verhindert werden, dass im Bestreben nach möglichst hohen Fallzahlen ausschließlich kurzzeitige Unterstützung angeboten wird.

Es wird empfohlen, die konkrete Betreuungsdauer von den jeweiligen Bedarfslagen abhängig zu machen. Von standardisierten Vorgaben zu Betreuungsdauer (sowie Intensität/Stundenausmaß) ist folglich abzusehen. (→ „Dauer“)

Form der Betreuung:

Im Rahmen der Forschung haben sich drei unterschiedliche, im Folgenden dargelegte Modelle herausgestellt.

- Case-Work: diese Betreuungsform ist darauf ausgerichtet, KlientInnen über einen längeren Zeitraum unterstützen zu können. Ihre genaue Gestaltung soll sich dabei an den Personen und deren Bedürfnissen orientieren. Dabei soll der Fallprozess sowohl innerhalb als auch außerhalb der Organisation gesteuert und geführt werden.
- Transport- und Begleitsdienst: Diese sollen dazu genutzt werden, um nicht-an-spruchsberechtigte Menschen zu Institutionen/sozialen Einrichtungen zu begleiten, sie dabei bestmöglich bei der Anbindung an diese zu unterstützen und ihre Situation somit nachhaltig zu verbessern (z.B. Menschen in Notquartiere bringen). Um dies zu ermöglichen, sollen KlientInnen auch mehrmals in kurzen Zeitabständen begleitet werden können.
- „Dritte Säule neben Polizei und Rettung“: Dieser Betreuungsansatz zielt, als Alternative zu den Blaulichtorganisationen, darauf ab, in akuten, psychischen Krisen gerufen zu werden und dabei sozialarbeiterisch intervenieren zu können.

Da die jeweiligen Ansätze nicht für alle Situationen in der Sozialen Arbeit geeignet sind, ist zu beachten, dass die Art der Betreuung immer auf die jeweilige Lebenslage der KlientInnen abzustimmen ist. Es ist noch zu klären, inwiefern es sinnvoll ist, dass die unterschiedlichen, hier besprochenen Formen eines mobilen Teams (kurzfristige Akutintervention sowie längerfristige Betreuung) von ein- und demselben Team übernommen werden sollen. (→ „Form d. Betreuung“)

6.3.2.2 Ressourcen

Angebotszeit:

Um dem Prinzip der Niederschwelligkeit zu entsprechen, ist es besonders bei den Angebotszeiten relevant, dass diese nach der Zielgruppe gerichtet sind. Einige InterviewpartnerInnen betonten eine Versorgungslücke zu Randzeiten und nachts. Daher haben sie einen 24-Stunden-Betrieb empfohlen, betonen dabei aber auch, dass nicht nur Akutinterventionen wichtig sind, sondern vor allem auch längerfristige Betreuungen. (→ „Angebotszeiten“)

Materielle Ressourcen:

Die zwei wichtigsten Aspekte bei den materiellen Ressourcen sind die Mobilität und eine eigene Beratungseinrichtung. Dabei kommt heraus, dass ein Auto oder Bus empfehlenswert wäre beziehungsweise bei nächtlichen Arbeitszeiten unabdinglich sind. Damit könnten auch Arbeitsmaterialien wie Laptop, Drucker und Informationsbroschüren transportiert als auch Beratungen darin geführt werden.

Eine Einrichtung ist aus mehreren Gründen zu empfehlen: einerseits ist es für das Beratungssetting relevant, andererseits ermöglicht es KlientInnen, die Hilfe selbstständig aufzusuchen, was vor allem bei Gewaltkontexten wichtig ist. (→ „Mat. Ressourcen“)

Teamzusammensetzung:

Bei der Wahl der ProfessionistInnen zeigt sich nicht nur, dass Multiprofessionalität beachtet werden muss, sondern auch die Mehrsprachigkeit, Transkulturalität und Ausgewogenheit der Geschlechter. Die von den InterviewpartnerInnen am häufigsten genannten Berufsgruppen sind SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen und Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen.

Ob mit diesen ein Team kreiert werden soll, wie die Anzahl der jeweiligen Personen je Berufsgruppe verteilt ist und wann diese jeweils zum Einsatz kommen, ist auf den Arbeitsauftrag und die Zielgruppe abzustimmen. (→ „Teamzusammensetzung“)

Zugang:

Um die Niederschwelligkeit gewährleisten zu können, ist zu beachten, dass das Team für alle leicht verfügbar, mobil ist und über ausreichende Bekanntheit verfügt. Um Letzteres zu gewährleisten, empfiehlt es sich, bestehende Institutionen und deren Reichweite zu nutzen. Zusätzlich sollen Informationen mehrsprachig und in unterschiedlichen Medien und Communities verbreitet werden. Weiters ist Präventionsarbeit zu leisten, um Unterstützungsbedarf und psychische Erkrankungen zu entstigmatisieren. Bezüglich Anspruchsvoraussetzungen ist zu empfehlen, unabhängig von sozial-/versicherungsrechtlichen Ansprüchen verfügbar zu sein. (→ „Zugang“)

Fallunspezifische Vernetzung:

Sich fallübergreifend mit sozialen Einrichtungen zu vernetzen, ist ein wichtiger Aspekt für die Implementierung eines mobilen Teams. Das liegt vor allem daran, dass Einrichtungen im Kontext der Sozialen Arbeit durch die komplexen Themenstellungen der NutzerInnen eng miteinander verwoben sein können. Eine fallübergreifende Vernetzung bietet dafür die Grundlage, gemeinsame Abläufe und Rahmenbedingungen zu klären und festzulegen. Um sie realisieren zu können, braucht es einen stringenten Austausch auf der Fall- und Organisationsebene. Ebenso sind auf Organisationsebene zeitliche und strukturelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Da eine fallübergreifende Vernetzung auch Ressourcen bindet, ist es wichtig, die Auswahl der VernetzungspartnerInnen an den Auftrag des mobilen Teams anzupassen, um bestehende Möglichkeiten adäquat nutzen zu können. (→ „Fallunspez. Vernetzung“)

6.3.3 Andockung an bestehende Einrichtungen

Welche Vor- und Nachteile hätte eine Andockung des Angebots bei einer bestehenden Institution und welche Einrichtungen würden sich dafür eignen?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anbindung an bestehende Angebote in Anbetracht bereits bestehender Unübersichtlichkeit Vorteile mit sich bringen würde. Insbesondere PSD und FSW, aber auch generell Gesundheitswesen und sozialmedizinischer Bereich werden als sinnvolle Andockungsstellen genannt. Woran angebunden wird, ist von Schwerpunkten und Zielen abhängig zu machen; berücksichtigt werden sollte auch, welchen Einfluss bestehende Prozesslogiken auf die

Konzeptualisierung eines neuen Angebots haben. Vor- und Nachteile sollten sorgfältig abgewägt werden - eine Nutzung von Ressourcen und Synergieeffekten ist empfehlenswert, sollte aber nicht auf der Basis qualitätsmindernder Einschränkungen passieren. (→ „Bedarfseinschätzung“)

6.4 Abschließende Worte

Sophie Lehner

Abschließend wollen wir darauf hinweisen, dass diese Masterthesis zwar Versorgungslücken aufzeigt und Empfehlungen ausspricht, jedoch bei einer wirklichen Umsetzung die Gegebenheiten (Zielgruppe, Angebotsform) beachtet werden müssen. Dabei muss ebenfalls hinterfragt werden, ob ein Team sowohl Akutintervention als auch längerfristige Betreuung leisten kann/soll. Ausgehend von den Interviews wollen wir darauf hinweisen, dass, falls es zur Initialisierung eines neuen Projektes kommen sollte, dieses ausreichend geplant und finanziert werden muss. Es ist nicht förderlich, Geld und Zeit in die Konzeptionierung und Bekanntmachung eines neuen Projektes zu investieren, wenn es nicht langfristig bestehen bleiben darf/kann. Weiters darf die Installierung eines Projektes nicht dazu genutzt werden, um anderen Einrichtungen Mittel zu kürzen; Es soll als Ergänzung zu diesen gesehen werden. Wir betonen, dass sozialstaatliche Leistungen und niederschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote wichtige Faktoren für Prävention und Behandlung psychischer und physischer Erkrankungen sind. Die aktuellen Tendenzen eines Abbaus sozialstaatlicher Leistungen sind als äußerst bedenklich zu bewerten.

6.5 Weiterführende Forschungsfragen

Sophie Lehner

- Welche konkreten Schritte sind notwendig, um die hier formulierten Empfehlungen bezüglich einer passenden Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen in der Soziallandschaft der Stadt Wien umzusetzen?
- Ist eine Kombination von sozialarbeiterischer Akutintervention und langfristiger Betreuung im Rahmen eines Angebots sinnvoll und wenn ja, wie wäre dieses zu strukturieren?
- Psychische Erkrankung - Stigmatisierung & FSW: Welchen Einfluss hat die geteilte Zuständigkeit der Betreuungszentren Pflege und Betreuung und des Betreuungszentrums Behindertenhilfe auf die Versorgungssituation psychisch kranker Personen in Wien?
- Forschungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich der Umsetzung der Datenschutzverordnung. Insbesondere im Sinne der systematischen Verankerung fallspezifischer Vernetzung sind klare Richtlinien für die Praxis Sozialer Arbeit notwendig.
- Wie könnte das Gesundheitswesen sowie diverse Notrufnummern und Hotlines (wie beispielsweise das Gesundheitstelefon 1450) besser darauf ausgerichtet werden, eventuelle psychosoziale Belastungssituationen, die den jeweils vorgebrachten Problemlagen zu Grunde liegen, zu erkennen und eine dementsprechende Unterstützung anzubieten?
- In Bezug auf die Versorgungslandschaft in der Stadt Wien stellt sich außerdem die Frage, wie die Bekanntheit bestehender Angebote in der Gesamtbevölkerung

sowie unter ProfessionistInnen diverser Einrichtungen sichergestellt werden kann.

7 Literatur

Aderhold, Volkmar (2013): Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. In: Psychotherapie-Wissenschaft. Nr. 2, Jg. 3.

AK Europa (2016): AK Positionspapier. Europäische Säule sozialer Rechte., <https://www.akeuropa.eu/sites/default/files/2018-10/Europ%C3%A4ische%20S%C3%A4ule%20sozialer%20Rechte.pdf> [02.04.2019].

Allianz gegen Antiziganismus (2017): Grundlagenpapier Antiziganismus., <http://antigypsyism.eu/wp-content/uploads/2017/07/Grundlagenpapier-Antiziganismus-Version-16.06.2017.pdf> [10.04.2019].

AmberMed (2012): Medizinische Versorgung, <http://www.amber-med.at/amber/medizinische-versorgung> [18.04.2019].

Ander, Gerald (2009): Wiederholte Rettungsinterventionen innerhalb von 36 Stunden in Wien zum gleichen Patienten. Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems.

AÖF, Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (2019): Presseaussendung vom 22.1.2019: Für einen umfassenden Gewaltschutz braucht es gesetzlich und finanziell abgesicherte Opferschutzeinrichtungen, aber keine halbherzigen Schnellschüsse., <https://www.aof.at/index.php/presseaussendungen> [13.02.2019].

AÖF, Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (2014): GewaltFREI LEBEN durch mein Krankenhaus, Eine Kampagne zur Stärkung von Gewaltprävention in Krankenanstalten. Wien.

APA-OTS (2018): Psychische Gesundheit: Wien plant die Versorgung der Zukunft, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180517_OTS0208/psychische-gesundheit-wien-plant-die-versorgung-der-zukunft [10.02.2019].

Arbeit & Wirtschaft Blog (2019): Arbeit & Wirtschaft Blog - Artikel zum Thema „Mindestsicherung“, <https://awblog.at/search/mindestsicherung/> [10.04.2019].

Bamler, Vera / Werner, Jillian / Nestmann, Frank (2013): Psychosoziale Beratung: Entwicklungen und Perspektiven. In: Resonanzen–E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung. Nr. 1, Jg. 1, 79–91.

Bastecky, Sebastian / Leier-Kriz, Barbara / Mötzl, Irene / Wernitznig, Bernhard (2017): Ansätze alternativer Vermittlungs- und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf. Masterthese eingereicht zur Erlangung des Grades Master of Arts in Social Sciences an der Fachhochschule St. Pölten.

Bauer, Petra (2018): Multiprofessionalität. In: Großhoff, Gunther / Renker, Anna / Schröder, Wolfgang (Hg.): Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer, 727–737. https://ezproxy.fhstp.ac.at:2159/chapter/10.1007/978-3-658-15666-4_50

Bauer, Petra (2016): Psychosoziale Beratung und Lebensweltorientierung. In: Grunwald, Klaus/ Thiersch, Hans [Hg]: Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim: Beltz, 382–393.

Baumer, Eva-Maria / Pochobradsky, Elisabeth / Wabro, Michaela / Frick (2010): Erfahrungen aus Österreich. In: Wiedenhöfer, Dirk / Eckl, Barbara / Heller, Regula / Frick, Ulrich [Hg.] Entlassungsmanagement - Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren; Verlag Hans Huber; 50-59.

Berghofer, Gerlinde / Psota, Georg (2013): Psychiatrische Erkrankungen und Wirtschaftskrisen. In: J.Neurol.Neurochir.Psychiatr. 2012; 13 (pre-publishing, online). <https://www.kup.at/kup/pdf/11293.pdf>

BMASGK (2018): Sozialstaat Österreich. Leistungen, Ausgaben und Finanzierung 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz., https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/1/5/CH3434/CMS1533893861892/sozialstaatoesterreich_web_neu2.pdf [01.03.2019].

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/studie--lebenssituation--sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland/80694?view=DEFAULT>

Bogner, Alexander / Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisse, Wissensform, Interaktion. In: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske & Budrich.

Brenssell, Ariane (2012): Krise Krankheit Widerstand. Krise & Demokratie. Die aktuelle Krise macht den Alltag unerträglich - für alle. In: analyse & kritik. Zeitung für linke Debatte und Praxis. Nr. Nr. 571 / 20.4.2012.

Bruckner, Sarah / Peyrl, Johannes (2017): Sozialleistungen im Mittelpunkt der Debatte – facts and fiction, <https://awblog.at/sozialleistungen-im-mittelpunkt-der-debatte-facts-and-fiction/> [18.12.2018].

Brzank, P. / Hellbernd, H. / Maschewsky-Schneider, U. (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf - Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. In: Das Gesundheitswesen. Nr. 3, Jg. 66, 164–169.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Das österreichische Gesundheitssystem - Zahlen - Daten - Fakten. <https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/4/4/CH3961/CMS1291414949078/gesundheitssystem-zahlen-daten-2013.pdf>

Bundespsychotherapeutenkammer (2013): 10 Tatsachen zur Psychotherapie., https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPTK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf [01.03.2019].

Bundesvereinigung Trans* (2017): Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik, Policy Paper Gesundheit des Bundesverbandes Trans*, Berlin. <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/120620/trans-gesundheitsversorgung-bv-trans-data.pdf>

Caritas (2019a): Kältetelefon, <https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/kaeltetelefon/> [25.02.2019].

Caritas (2019b): P7 - Wiener Service für Wohnungslose, <https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/beratung/p7-wiener-service-fuer-wohnungslose/> [17.04.2019].

Caritas (2019c): Rupert Mayer Haus, <https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/wohnhaeuser/fuer-menschen-mit-gesundheitlichen-problemen/rupert-mayer-haus/> [27.02.2019].

Chwistek, Peter (2013): Obdachlose EU-BürgerInnen und die Wiener Wohnungsenhilfe. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/291/486>

Chwojka, Christof Constatin / Baubin, Michael / Schinnerl, Adolf (2018): Telefonische Gesundheitsberatung - der Leitstellenauftrag. In: Neumayr, Agnes / Baubin, Michael, Schinnerl, Adolf [Hg.]: Herausforderung Notfallmedizin: Innovation - Vision - Zukunft; 119-130.o.A.: Springer-Verlag.

Cropley, Arthur (2005): Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung. 4, Escgenborn bei Frankfurt am Main.: Verlag Dietmar Klotz.

Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (2003): Evaluation des Dienstleistungsangebots Entlassungsmanagement im Kaiser-Franz-Josef-Spital.

Der Standard (2018): Alltag von Obdachlosen zwischen Scham, Stolz und Stress - derStandard.at, <https://derstandard.at/2000088161134/Alltag-von-Obdachlosen-zwischen-Scham-Stolz-und-Stress> [27.02.2019].

derStandard (2019a): Scharfe Kritik an härteren Strafen für Sexualverbrecher, Artikel von Kim Son Hoang und Oona Kroisleitner, Erschienen am 11.2.2019 auf derStandard.at, <https://derstandard.at/2000097805486/Scharfe-Kritik-an-haerteren-Strafen-fuer-Sexualverbrecher> [13.02.2019].

derStandard (2019b): Regierung kündigt höhere Strafen bei Gewalt gegen Frauen an, Artikel von Noura Maan, Lara Hagen, Colette M. Schmidt, Erschienen am 17.1.2019 auf derStandard.at, <https://derstandard.at/2000096414794-1192182008594/Gewalt-gegen-Frauen-Tuerkis-blaue-Regierung-kuendigt-hoehere-Strafen-fuer> [13.02.2019].

derStandard (2017): Mord am Brunnenmarkt: Abschlussbericht ortet viele Versäumnisse, <https://derstandard.at/2000061453009/Mord-am-Brunnenmarkt-Viele-Versaeumnisse-laut-Abschlussbericht> [07.01.2019].

derstandard.at (2019): Disput um Mindestsicherung geht munter weiter, <https://derstandard.at/2000096047745/Ludwig-kontert-Kritik-von-Kurz-und-StracheHerzlose-Politik> [10.04.2019].

Die Armutskonferenz (2019a): Mindestsicherung in Österreich - Aktuelle Debatte. Die Armutskonferenz, <http://www.armutskonferenz.at/aktivitaeten/mindestsicherungs-monitoring/mindestsicherung-news/mindestsicherung-in-oesterreich-aktuelle-debatte.html> [10.04.2019].

Die Armutskonferenz (2019b): Mindestsicherungs-Monitoring. Die Armutskonferenz., <http://www.armutskonferenz.at/aktivitaeten/mindestsicherungs-monitoring.html> [10.04.2019].

Die Armutskonferenz (2016): MIT MENSCHENRECHTEN GEGEN ARMUT. Argumente für eine mutige und zeitgemäße Politik., http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_menschenrechte_gegen_armut-06-2016.pdf [02.04.2019].

Die Armutskonferenz (2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen, http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf [12.02.2019].

Diebäcker, Marc / Ranftler, Judith / Strahner, Tamara / Wien), Gudrun Wolfgruber (Standortredaktion (2009): Zeugnisse alltäglichen Leidens in sozialen Organisationen. Von der Ökonomisierung des Politischen zur Depolitisierung und Deprofessionalisierung der Sozialen Arbeit – Teil II. In: soziales_kapital., Jg. 4. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/168>

diepresse (2019): Hartinger-Klein: „Der Vizekanzler ist das Vorzeigemodell“, https://diepresse.com/home/innenpolitik/5588697/HartingerKlein_Der-Vizekanzler-ist-das-Vorzeigemodell [13.03.2019].

Domenig, Dagmar (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2, Bern: Huber.

Drack-Mayer, Gabriele (2015): Case Management in der Wiener Wohnungslosenhilfe. In: soziales_kapital. Nr. 0, Jg. 14, 129–141.

Ehlers, Corinna / Müller, Mathias (2013): Implementierung von Case Management in Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Ehlers, Corinna/ Broer, Wicher (Hg.): Case Management in der Sozialen Arbeit: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 7. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich. S. 107–125.

Ehrhardt, Angelika (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Frankfurt a.M.: Wochenschau Verlag Studium.

Eigner / Landespolizeidirektion Wien (2018): Dienstanweisung. Wien. Zusatz: vertraulich.

Engelke, Ernst / Spatscheck, Christian / Borrmann, Stefan (2009): Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen. 3, Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Etzelsdorfer, Dieter (2018): Mindestsicherung Neu trifft die sozial Schwächsten., <https://awblog.at/mindestsicherung-neu/> [13.02.2019].

Euteneuer, Matthias / Uhlendorff, Uwe / Sabla, Kim-Patrick (2011): Familienpolitik, Familienbildung und Soziale Arbeit mit Familien. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. München/Basel: Reinhardt Verlag, 394–406.

FEM (2018): FEM Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern, Mädchen., <http://www.fem.at/FEM/fem.htm> [01.03.2019].

Flick, Uwe / Von Kardorff, Ernst / Steinke, Ines (2012): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9, Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.

Flick, Uwe (2009): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 2, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fonds Soziales Wien (2019): Ausbau der Sozialen Arbeit in FSW-Tochter, <https://2016.fsw.at/p/soziale-arbeit-team-plus> [01.02.2019].

Fonds Soziales Wien (2019a): Suchbegriff „Migration“ - Sozialinfo Wien. Hilfe von A bis Z im Internet., <https://sozialinfo.wien.at/content/de/10/DirectoryDetail.do?liid=18> [01.04.2019].

Fonds Soziales Wien (2019b): Sozialinfo Wien. Hilfe von A bis Z im Internet., [https://sozialinfo.wien.at/content/de/10/SearchResults.do?pattern=sozialberatung%20%20\(Zu-griff](https://sozialinfo.wien.at/content/de/10/SearchResults.do?pattern=sozialberatung%20%20(Zu-griff) [18.12.2018].

Fonds Soziales Wien (2018): Wiener Wohnungslosenhilfe - Die Angebote. <https://www.fsw.at/downloads/broschueren/wohnungslos/WWHEinrichtungen.pdf>

Fonds Soziales Wien (o.A.): Begleit- und Besuchsdienst, <https://www.fsw.at/p/besuchs-und-begleitdienst-behinderung> [17.04.2019].

Frühe Hilfen (o.A.): Zuweisungsformular: Zuweisung zur Familienbegleitung, <http://www.fruehehilfen.wien/informationen-fuer-partnerinnen/zuweisungsinformationen/> [20.03.2019].

FSW, (Fonds Soziales Wien) (2018a): Organisationsbild per 1.7.2018, <https://www.fsw.at/p/aufgabenfelder-des-fonds-soziales-wien> [01.03.2019].

FSW, (Fonds Soziales Wien) (2018b): Pflege und Betreuung in Wien, Das Angebot im Überblick,. Wien.

FSW, (Fonds Soziales Wien) (2017a): Zahlen, Daten & Fakten 2017 des Fonds Soziales Wien und seiner Tochterunternehmen, <https://2017.fsw.at/p/zahlen-fakten> [01.03.2019].

FSW, (Fonds Soziales Wien) (2017b): Allgemeine Förderrichtlinien, Wirksamkeit 1. Jänner 2017, <https://www.fsw.at/p/foerderrichtlinien> [01.03.2019].

FSW, (Fonds Soziales Wien) (2017c): Mobile Pflege und Betreuung, KundInnen- und Angehörigenbefragung Herbst 2016, Ergebnisse - Erkenntnisse - Perspektiven. Wien. [fsw.at/downloads/kundinnenbefragung/KundInnenbefragung_Ergebnisse_mobile Pflege Daten und Fakten 2016.pdf](https://www.fsw.at/downloads/kundinnenbefragung/KundInnenbefragung_Ergebnisse_mobile_Pflege_Daten_und_Fakten_2016.pdf)

FSW, (Fonds Soziales Wien) (o.A.): Pflege und Betreuung, <https://www.fsw.at/p/pflege-betreuung> [11.03.2019].

Fuchs, Michael / Hollan, Katarina / Schenk, Martin (2017): Analyse der nicht-kranken-versicherten Personen in Österreich. http://www.armutskonferenz.at/files/fuchs-ua_nicht_krankenversicherte_personen-2018.pdf

Galuske, Michael (2009): Methoden der Sozialen Arbeit - Eine Einführung. 8. Auflage,o.A.: Juventa Verlag Weinheim und München.

Gesundheit Österreich GmbH (2015): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit., <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/studien/Studie-Oesterreichische-Gesundheitswesen-im-internationalen-Vergleich-2015-GOEG.pdf> [01.03.2019].

Gesundheitsberatung 1450 (2018): unveröffentlichter Evaluierungsbericht 1450 Gesundheitsberatung.

Gissel-Palkovich, Ingrid (2013): Case Management in der Sozialen Arbeit mit Blick auf den Allgemeinen Sozialen Dienst: Aspekte seiner Konzeptionierung und Realisierung. In: Ehlers, Corinna/ Broer, Wicher (Hg.): Case Management in der Sozialen Arbeit: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 7. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich. S. 127-156.

Goger, Karin / Tordy, Christian / ogsa, österreichische gesellschaft für soziale arbeit (Hg.) (2019): Standards für Social Work Case Management, Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa). 1, Wien.

Goger, Karin / Tordy, Christian (2018): Praxis des Case Managements in Österreich. In: Soziale Arbeit, Zeitschrift für Soziale Arbeit und sozialverwandte Gebiete. Sept-Okt 2018/67. Jahrgang, S. 373–382.

Grümayer, Fabian (2014): Niederschwelligkeit ohne Akzeptanz? Eine Position zum schadensmindernden Angebot der Drogenarbeit in Wien. In: soziales_kapital., Jg. 12. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/345>

Grüner Kreis (2013): Therapieangebote, <https://www.gruenerkreis.at/therapieangebote> [14.02.2019].

Gusy, Burkhard / Farnier, Emilie (2016): Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit - Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansatze-und-methoden/streetwork-aufsuchende-hilfen/>

Hadler, Simon (2015): Facebook-Mythen und Asylrealität: Eins und Eins ist nicht Drei., <https://orf.at/v2/stories/2283553/2283554/> [13.02.2019].

Hajji, Rahim (2018): Migration. In: Wendt, Peter-Ulrich: Lehrbuch Soziale Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 122–124.

Halter, Mary / Vernon, Susan / Snooks, Helen / Porter, Alison / Close, Jacqueline / Moore, Fiona / Porsz, Simon (2011): Complexity of the decision-making process of ambulance staff for assessment and referral of older people who have fallen: a qualitative study. In: Emergency medicine journal: EMJ. Nr. 1, Jg. 28, 44–50.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (o.A.): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782536&viewmode=content> [13.04.2019].

Head, Annabel / Bond, Jessica (2018): We need to address the socioeconomic causes of mental health issues if we want to tackle the problem. Debt and having a poor-quality job – such as those with zero-hour contracts or where there is little control or reward to be had – are risk factors for experiencing mental illness., <https://www.independent.co.uk/voices/mental-health-help-how-change-awareness-causes-treat-a8357741.html> [28.02.2019].

Hemayat (2016): Über/Leben - Therapie ist Integration - Integration ist Therapie [01.11.2018].

- Hilfswerk (2016): Wiener Hilfswerk Beratung und Bezirkszuständigkeiten, <http://www.nachbarschaftszentren.at/faq-preview/faq-fragenantworten/> [01.03.2019].
- Hofmann, Julia (2018): Die Ungleichheit in Europa nicht nur benennen, sondern aktiv bekämpfen!, <https://awblog.at/die-ungleichheit-in-europa-nicht-nur-benennen-sondern-aktiv-bekaempfen/> [02.04.2019].
- Hofmarcher, Maria M. (2013): Das österreichische Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/6/3/CH3961/CMS1379591881907/oe_gesundheitssystem.pdf
- Hülshoff, Thomas (2017): Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen. München: Ernst Reinhardt Verlag München Basel.
- IFSW (2018): Global Definition of Social Work., <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> [18.12.2018].
- Interventionsstelle, Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2018): Tätigkeitsbericht 2017. Wien.
- Interventionsstelle, Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie (2015): Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt handeln. Leitfaden für Leitung und Praxis in Krankenhäusern zu Versorgung von gewaltbetroffenen PatientInnen. Wien. <https://www.interventionsstelle-wien.at/publikationen-78/publikationen>
- KAV (2019): Wiener Krankenanstaltsverbund: Psychiatrische Versorgung in Wiens Spitälern., http://www.wienkav.at/kav/texte_anzeigen.asp?id=30502 [10.04.2019].
- Kittel, Carmen (2014): Freiwilligkeit versus Zwang - Eine soziologische Analyse der Wiener Wohnungslosenhilfe am Beispiel der Implementierung von Housing First. Masterthesis.
- Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (2017): Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 8., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., Weinheim: Beltz Juventa.
- Krivda, Manuela (2018): Obdachlos und heimatlos? Obdachlose EU-BürgerInnen in der Wiener Wohnungslosenhilfe. Masterthesis FH Campus Wien. http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Berichte_Studien/Fremdstudien/2019_No_Home_und_Heimatlos_Krivda_Manuela.pdf
- Laging, Marion (2018): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen-Konzepte-Methoden. 1, Stuttgart: Kohlhammer.
- Landespolizeidirektion Wien (2016): Unterbringungsgesetz.Adressenverzeichnis. Wien. Zusatz:vertraulich.
- Lazarus Pflegenetzwerk (2016): Tag der seelischen Gesundheit 2016: Psychiater fordern „... dringend neue Impulse!“, <http://www.lazarus.at/2016/10/07/tag-der-seelischen-gesundheit-07-oktober-2016-versorgung-braucht-dringend-neue-impulse/> [01.03.2019].
- Ludwig Boltzmann Institut (2012): Gesundheitszustand von obdachlosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem - Eine Literaturübersicht. http://eprints.hta.lbg.ac.at/980/1/HTA-Projektbericht_Nr.63.pdf

- Luiz, Thomas (2008): Der psychosoziale Notfall, in: Notfall + Rettungsmedizin 11; 08/Dezember 2008; S. 547-551.
- Luiz, Thomas / Schmitt, T. K. / Madler, C. (2002): Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. In: Notfall + Rettungsmedizin. Nr. 7, Jg. 5, 505–511.
- MA15, Wiener Programm für Frauengesundheit (2014): Frauen Gesundheit findet Stadt, 15 Jahre Wiener Programm für Frauengesundheit. Wien.
- MA24, (Magistratsabteilung 24 Gesundheits- und Sozialplanung), Stadt Wien (2016): Pflege und Betreuung in Wien 2030. Vorausschauend und vorbereitet. Strategiekonzept. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/soziales/pflege2030.html>
- MAG11, Wiener Kinder- und Jugendhilfe (2018): Jahresbericht 2017.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Qualitative Forschung - ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 468–474.
- MEN (2018): MEN Gesundheitszentrum für Männer, Väter, Burschen., <http://www.men-center.at/uebersicht.html> [01.03.2019].
- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (2005): Experteninterviews-vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 71–94.
- Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews. Vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Qualitativ-empirische Sozialforschung:Konzept, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- MIK OG (2015): MIK OG, <https://www.mik-og.at/> [20.02.2019].
- Ministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. <https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/2/6/CH3973/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>
- Monzer, Michael (2013): Case Management Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.
- Müller, Mathias (2018): Zur Begründung des sozialarbeiterischen Case Managements / social work case management, In: Soziale Arbeit, Zeitschrift für Soziale Arbeit und sozialverwandte Gebiete. Sept-Okt 2018/67. Jahrgang, S. 332–340.
- Neunerhaus (2019d): neunerhaus Gesundheitszentrum, <https://www.neunerhaus.at/konzepte/neunerhaus-gesundheitszentrum/> [18.04.2019].
- Neustart, Verein (o.A.): Sozialnetz-Konferenz zur Vermeidung von Haft, http://www.neustart.at/at/de/unsere_angebote/nach_haft/sozialnetz_konferenz.php [02.04.2019].
- Novosad, Heinz / Wallner, Stefan (2017): Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen.

Masterthese eingereicht zur Erlangung des Grades Master of Arts in Social Sciences an der Fachhochschule St. Pölten.

OBDS (2016): Berufsbild - Entwurf. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit., http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=49&clang=0 [01.11.2018].

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2019): Finanzierung Gesundheitswesen Österreich, <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung> [14.04.2019].

ÖIF, Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien (2011): Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld, Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmwfi_gewaltpraevalenz-2011.pdf

orf.at (2018): Frauenhäuser warnen vor Innenministeriumsüberlegungen, Artikel erschienen am 25.9.2019 auf orf.at, <https://orf.at/stories/3033742/> [13.02.2019].

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2010): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit., <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/studien/Studie-OEBIG-Versorgung-Psychotherapie-2009.pdf> [01.03.2019].

Padgett, Deborah K. / Stanhope, Victoria / Henwood, Ben F. / Stefanic, Ana (2011): Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: comparing Housing First with Treatment First Programmes.

Pantucek, Peter (2005): Soziale Diagnostik - Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, Band 1; Böhlau Verlag Wien - Köln - Weimar.

Payk, Katharina (2018): Glückliche Krüppel, in: an.schläge, das feministische Magazin VII/2018. <https://www.anschlaege.at/feminismus/2018/10/glueckliche-krueppel/>

Preitler, Georg (2015): Auch Drogenabhängige werden älter – Problemlagen und integrative Strategien in Wien., https://www.gesundheit-wohnungslosigkeit.at/fileadmin/user_upload/dokumente/14._Treffen/AEltere_Suchtkranke_Konnex.pdf [28.01.2019].

Pro Mente Austria (o.A.): Erste Hilfe für die Seele. Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit., https://www.promenteaustria.at/fileadmin/PDF-Dokumente/EHFDS_Broschuere.pdf [10.02.2019].

PSD (2019): Psychosoziale Dienste Wien. Überblick., <https://www.psd-wien.at/de/der-psd.html> [10.02.2019].

Psota, Georg (2016a): Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Österreich braucht dringend neue Impulse. Internationaler Tag der seelischen Gesundheit 2016., <https://www.presetext.com/news/20161007023> [10.02.2019].

Psota, Georg (2016b): Psychische Erkrankungen in Österreich: die Versorgung der betroffenen Menschen braucht dringend neue Impulse, <http://www.medmix.at/psychische-erkrankungen-situation-oesterreich/> [09.02.2019].

Pufler, Karl (2019): Ex-Hotel wird Obdach Favorita - Favoriten, https://www.meinbezirk.at/favoriten/c-lokales/ex-hotel-wird-obdach-favorita_a3170610 [02.03.2019].

Rathmayr, Waltraud (2016): Versorgung kranker Kinder im ambulanten intramuralen und im niedergelassenen Bereich Status quo? Wo und wie sind Verbesserungen möglich? Steyr: unveröffentlichte Bachelor-Arbeit erstellt am Fachhochschul--Studiengang PROZESSMANAGEMENT GESUNDHEIT FH OÖ, Standort Steyr.

Redelsteiner, Christoph (2016a): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich: unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Edeweicht: Stumpf + Kossendey GmbH.

Redelsteiner, Christoph (2016b): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Dissertation. <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2905732>

Redelsteiner, Christoph / Pflegerl, Johannes (2015): Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen. In: Pantuček-Eisenbacher, Peter / Vyslouzil, Monika / Pflegerl, Johannes (Hg.) (2015): Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten. Wien, 233–244.

Redelsteiner, Christoph (2014): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? In: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht. Nr. 6.

Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: Soziales kapital. Nr. 0, Jg. 9. <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256>

Redl, Bernadette (2017): Letzte Rettung: Wenn die Zwangsräumung droht, <https://der-standard.at/2000059698642/Letzte-Rettung-Wenn-die-Zwangsräumung-droht> [01.03.2019].

Riesenfelder, Andreas / Schelepa, Susanne / Wetzel, Petra (2012): Evaluierung Wiener Wohnungslosenhilfe - Zusammenfassung des Endberichts. http://www.irsocialresearch.at/files/Endbericht_Eval_WWH_Textband.pdf

Rittler, Irina (2019): Gewalt und Übergriffe am Arbeitsplatz. Grenzverletzung und Bedrohliche Situationen in der Alltagsarbeit mit psychisch auffälligen Klienten.

Rösslhuber, Maria (2018): „Es braucht Menschen, die aufseiten der Betroffenen stehen“, in: an.schläge, das feministische Magazin II/2018. Wien.

Schöny, Werner (2012): Arm & Psychisch Krank - Eine Herausforderung. In: Psychische Krankheit macht arm. Armut macht psychisch krank. In: Zeitschrift des österreichischen Dachverbands der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit, pro mente Austria. Nr. 3/2012.

Schröder, Carsten (2013): Schamgenerierende und beschämende Momente in der professionellen Beziehung, in: Soziale Passagen (2013) 5:3-16.o.A.: Springer Fachmedien.

Schuldnerberatung (2011): Startseite, <http://www.schuldnerberatung-wien.at/> [05.02.2019].

Simon, Hermann / Gathen, Andreas van der (2002): Das große Handbuch der Strategieinstrumente: Alle Werkzeuge für eine erfolgreiche Unternehmensführung, 1. Auflage, o.A.: Campus Verlag.

Stadt Wien (2019): Psychische Hilfe. Seelische Gesundheit. Umgang mit Depression und Angststörung., <https://psychische-hilfe.wien.gv.at/site/betreuung/professionelle-hilfe/> [12.02.2019].

Stadt Wien (2018): Hilfe bei Mietzinsrückstand., <https://www.wienerwohnen.at/dms/workspace/SpacesStore/d2213685-6031-494a-8ed7-763fa97d8e29/WWHilfebeiMietzinsrC3BCckstandFolder.pdf>.

Stadt Wien (2016): Wiener Gesundheitsbericht 2016 - Vienna Health Report 2016, <https://www.wien.gv.at/gesundheitsbericht/einrichtungen/planung/pdf/gesundheitsbericht-2016.pdf> [01.03.2018].

Stadt Wien (2015): Wiener Sozialbericht 2015 - Wiener Sozialpolitische Schriften - Band 8, <https://www.wien.gv.at/gesundheitsbericht/einrichtungen/planung/pdf/sozialbericht-2015.pdf> [25.09.2018].

Stadt Wien (2013): Seelische Gesundheit in Wien - Informationen zu psychiatrischen, psychosozialen und rechtlichen Angeboten, <https://www.wien.gv.at/gesundheitsbericht/einrichtungen/planung/pdf/seelische-gesundheit-info.pdf> [01.11.2018].

Stadt Wien (o.A.): Polizei in Wien, <https://www.wien.gv.at/verwaltung/organisation/staat/polizei/> [28.02.2019].

Stadt Wien Krisenmanagement und Sicherheit (2019): Aufgaben und Einsätze des Krisenmanagements der Stadt Wien, <https://www.wien.gv.at/menschen/sicherheit/krisenmanagement/krima-aufgaben.html> [31.03.2019].

Stadt Wien Wiener Wohnen (2017): Erfolgreiche Hilfe zur Selbsthilfe für GemeindemietInnen in schwierigen Lebensumständen, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20171222_OTS0067/stadtrat-ludwig-positive-bilanz-1-jahr-soziale-wohnungssicherung [16.03.2019].

Stadt Wien Wiener Wohnen (o.A.): Neue Serviceleistung: Die Soziale Wohnungssicherung., https://www.wienerwohnen.at/Neues-aus-dem-Gemeindebau/news_79_casemanagement.html.

Stadtrechnungshof Wien (2017): Prüfung der Umsetzung von Maßnahmen der Wohnungssicherung zur Vermeidung von Delogierung und Obdachlosigkeit in den Wohnhausanlagen der Stadt Wien. <http://www.stadtrechnungshof.wien.at/berichte/2018/lang/01-34-StRH-II-Allg-1-16.pdf>

Statistik Austria (2019a): Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern (Jahresdurchschnitt 2018), http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html [10.04.2019].

Statistik Austria (2019b): Ordentliche Studierende an Fachhochschul-Studiengängen 2018/19 nach Studienart, Ausbildungsbereich und Studienort-Bundesland., https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/universitaeten_studium/024433.html [09.03.2019].

Strohmeier, Dagmar (2016): Mehrsprachigkeit und soziale Teilhabe: Analyse eines mehrsprachigen Beratungsangebots. In: soziales_kapital., Jg. 15, 87–101.

Suchthilfe Wien GmbH (o.A.): Beratung, Betreuung, Wohnen, <https://www.suchthilfe.wien/2/beratung-betreuung-wohnen/> [23.09.2018].

Tausenfreund, Tim / Knot-Dickscheit, Jana / Knorth, Erik / Strijker, Johan / Schulze, Gisela (2012): Familien in Multiproblemlagen: Hintergründe, Merkmale und Hilfeleistungen.

Teeuw, Arianne Hélène / Derkx, Bert H. F. / Koster, Willeke A. / Rijn, Rick R. van (2012): Detection of child abuse and neglect at the emergency room. In: European Journal of Pediatrics. Nr. 6, Jg. 171, 877–885.

Vandenbroucke, Frank / Rinaldi, David (2016): Soziale Ungleichheit in Europa. Die Herausforderungen Konvergenz und Kohäsion. Vision Europe Summit., https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_IFT_Soziale_Ungleichheit_in_Europa_2016.pdf [03.03.2019].

Vanhercke, Bart / Ghailani, Dalila / Sabato, Sebastiano (2018): Conclusions. The European Pillar of Social Rights as a game changer., <https://www.etui.org/content/download/35695/354971/file/Conclusions.pdf> [01.04.2019].

Veldhuizen, R van / Bähler, M (2013): Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-Manual. Vision, Modell, Praxis und Organisation., https://www.dvvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf [01.12.2018].

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2018): Situationsbericht der Wiener Wohnungslosenhilfe 2018 - Gehts noch? Psychisch krank und wohnungslos. <https://www.volks-hilfe-wien.at/wp-content/uploads/2018/11/Situationsbericht-Verband-Wiener-Wohnungslosenhilfe-2018.pdf>

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2015): Situationsbericht Wiener Wohnungslosenhilfe 2015 - Leistbares Wohnen. https://www.samariterbund.net/fileadmin/user_upload/wwh_situationsbericht_2015_web.pdf

Völker, Maria Theresia / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2016): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst: Mitarbeiter benötigen Unterstützung im Umgang mit diesen Patienten. In: ProCare. Nr. 1–2, Jg. 21, 14–23.

Volkshilfe Wien (2016a): FAWOS - Fachstelle für Wohnungssicherung, <https://www.volkshilfe-wien.at/wohnungslosenhilfe/fawos/> [30.01.2019].

Volkshilfe Wien (2016b): Individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen, <https://www.volkshilfe-wien.at/pflege-betreuung/individuelle-betreuung/> [01.02.2019].

Weigl, Marion / Marbler, Carina / Haas, Sabine (2018): Frühe Hilfen, Leitfaden für die Familienbegleitung, April 2018, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien.

Weigl, Marion / Anzenberger, Judith / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Horvath, I-lonka / Schmutterer, Irene / Strizek, Julian / Tanios, Aida (2017): Bericht zur Drogensituation 2017. https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/bericht_zur_drogensituation_2017.pdf

Wendt, Peter-Ulrich (2017): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

WHO (o.A.): Constitution of the World Health Organization.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO Europe (2015): The European Mental Health Action Plan 2013–2020,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf [01.03.2018].

Wiener Landtag (2016): Beschluss (Resolutions-) Antrag betreffend Psychiatrische Versorgung in Wien - Notwendigkeiten für Gegenwart und Zukunft. 30. September 2016, <https://www.wien.gv.at/ma08/infodat/2016/pgl-03166-2016-0001-lat.pdf> [10.02.2019].

Wiener rotes Kreuz (2018): Konzept Chancenhaus Hermes. Zusatz: unveröffentlicht.

wien.gv.at (2018): Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht und Gemeindebezirken 2018 - Offizielle Statistik der Stadt Wien, <https://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/tabellen/bevoelkerung-alter-geschl-bez.html> [01.03.2019].

Wiese, C. H. R. / Graf, M. / Hanekop, G. (2009): Notärztliche Versorgung von Palliativpatienten. In: Der Notarzt 2009/25. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 49–54.
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2008-1027991.pdf>

Winkler, Marianna (2010): Entlassungsmanagement aus Sicht des Krankenhauses. In: Wiedenhöfer, Dirk / Eckl, Barbara / Heller, Regula / Frick, Ulrich (Hg.): Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. S.143-157. 1. Auflage,.

WOBES (o.A.): Mobile Wohnbetreuung, <http://www.wobes.org/wohnungslosenhilfe/mobile-wohnbetreuung> [01.02.2019].

wohnpartner (o.A.): Was macht wohnpartner?, <https://www.wohnpartner-wien.at/ueberuns/was-macht-wohnpartner/> [30.01.2019].

Wohnservice Wien Ge.m.b.H. (2013): Ehrenamt und freiwilliges Engagement im Wiener Gemeindebau., https://www.wohnpartner-wien.at/fileadmin/Downloads/wohnpartner-Bibliothek/Ehrenamt_Buch_wohnpartner.pdf [05.02.2019].

World Health Organization (2019): Substance abuse, https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ [28.01.2019].

www.oesterreich.gv.at (o.A.): Selbstversicherung in der Krankenversicherung, https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/selbstversicherung_in_der_krankenversicherung.html [16.04.2019].

Zahorka, Florian (2016): Auswirkungen der Angebotsvielfalt auf KlientInnen und Strukturierungsprozesse - Das Beispiel psychosoziale Helplines. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts in Social Sciences, Management Center Innsbruck., https://www.researchgate.net/publication/323186659_Auswirkungen_der_Angebotsvielfalt_auf_KlientInnen_und_Strukturierungsprozesse_-_Das_Beiispiel_psychosoziale_Helplines [23.11.2018].

8 Daten

8.1 Interviews

Fin 1, transkribiertes Interview, geführt mit Marc Hermann, Teamleiter MA40 Sozialzentrum Walcherstraße, und Eveline Holzmüller, Sozialarbeiterin MA40 Fachbereich Unterstützung Sozialarbeit, MA40 Wien, 09.08.2018, geführt von Tamima Baldass, Absätze durchgehend nummeriert.

Ges 1, transkribiertes Interview, geführt mit Anonym 5, Soziale Assistenz, Soziale Arbeit im Krankenhaus, 28.05.2018, geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert.

Ges 2, transkribiertes Interview, geführt mit Wilhelm Jaschke, Projektleitung des Louisebusses, 12.10.2018, geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert.

Ges 3, transkribiertes Interview, geführt mit Carina Spak, Sozialarbeiterin und Einrichtungsleiterin, AmberMed, 12.10.2018, geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert.

Ges 4, transkribiertes Interview, geführt mit Erwin Feichtelbauer, Personalvertreter der Wiener Berufsrettung, 17.10.2018, geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert.

Gew 1, transkribiertes Interview, geführt mit Bernd Kühbauer, Sozialarbeiter & Psychotherapeut, forensische Jugendarbeit, Bereichsleitung präventive Jugendarbeit, Männerberatung Wien, 25.10.2018, geführt von Judith Katzlinger, Absätze durchgehend nummeriert.

Gew 2, transkribiertes Interview, geführt mit Maria Rösslhumer, Geschäftsführung AÖF, Leitung Frauenhelpline gegen Gewalt, AÖF - Autonome Österreichische Frauenhäuser, 27.10.2018, geführt von Judith Katzlinger, Absätze durchgehend nummeriert.

KiJuFam 1, transkribiertes Interview, geführt mit Margarete Lässig, Leitung des Bereichs Gesundheitsvorsorge Kinder und Jugendliche (inkl. Familienhebammen & schulärztlicher Dienst), MA15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, 23.10.2018, geführt von Judith Katzlinger, Absätze durchgehend nummeriert.

KiJuFam 2, transkribiertes Interview, geführt mit Barbara Beneder, Sozialpädagogin im Familienzentrum Dresdner Straße, MA11 - Wiener Kinder- und Jugendhilfe, 5.11.2018, geführt von Judith Katzlinger, Absätze durchgehend nummeriert.

KiJuFam 3, transkribiertes Interview, geführt mit Christina Schreiner-Nolz, Sozialarbeiterin, Frühe Hilfen Wien West - gut begleitet, Die Möwe - Kinderschutzzentrum Wien, 26.11.2018, geführt von Judith Katzlinger, Absätze durchgehend nummeriert.

Mig 1, transkribiertes Interview, geführt mit Sabine Plot, Teamleitung Pav.X, Obdach Wien, 02.08.2018, geführt von Tamima Baldass, Absätze durchgehend nummeriert.

PfIA 1, transkribiertes Interview, geführt mit Sanela Hadzic-Hasanovic, DGKP, Leitung Assessmentteam, Beratungszentrum Pflege und Betreuung Region Nordost, FSW - Fonds Soziales Wien, 24.10.2018, geführt von Judith Katzlinger, Absätze durchgehend nummeriert.

Poz 1, transkribiertes Interview, geführt mit Friedrich Kovar, Menschenrechtsbeauftragter, Polizei Wien, 11.07.2018, geführt von Sophie Lehner, Absätze durchgehend nummeriert.

Poz 2, transkribiertes Interview, geführt mit Anonym1, Polizeibeamter, Polizei Wien am 11.09.2018, geführt von Sophie Lehner, Absätze durchgehend nummeriert.

Psy 1, transkribiertes Interview, geführt mit Josef Schörghofer, Leiter Psychosozialer Informationsdienst, PSD Wien, 18.06.2018, geführt von Tamima Baldass, Absätze durchgehend nummeriert.

Psy 2, transkribiertes Interview, geführt mit Roswitha Ebner, Konsiliarpsychiaterin der Psychiatrischen Ambulanz, psychiatrische Soforthilfe, PSD Wien, 07.06.2018, geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert

Psy 3, geführt mit Anonym4, Bereichsleitung Wohnen, Wiener Soziale Dienste (WSD), 28.08.2018, geführt von Tamima Baldass, Absätze durchgehend nummeriert.

Psy 4, transkribiertes Interview, geführt mit Ulrike Schröer, Sozialarbeiterin, PSD Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ), 25.10.2018, geführt von Tamima Baldass, Absätze durchgehend nummeriert.

Su 1, transkribiertes Interview, geführt mit Martin Tiefenthaler, Sozialarbeiter, SAM2, , geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert.

Su 2, transkribiertes Interview, geführt mit Birgit Braun, change, Suchthilfe Wien, 29.08.2018, geführt von Sophie Lehner, Absätze durchgehend nummeriert.

Wh 1, transkribiertes Interview, geführt mit Susanne Peter, Gruft, Caritas, 28.05.2018, geführt von Sophie Lehner, Absätze durchgehend nummeriert.

Wh 2, transkribiertes Interview, geführt mit Christine Linck, Sozialarbeiterin, Mobile Sozialarbeit, Neunerhaus, 28.05.2018, geführt von Andreas Draxler, Absätze durchgehend nummeriert.

Wh 3, transkribiertes Interview, geführt mit Anonym3, P7, Caritas Wien, 31.10.2018, geführt von Sophie Lehner, Absätze durchgehend nummeriert.

Wh 4, transkribiertes Interview, geführt mit Anonym2, Streetwork Hauptbahnhof, Caritas, 11.10.2018, geführt von Sophie Lehner, Absätze durchgehend nummeriert.

8.2 Sonstige Daten

E-Mail:

Kovar, Friedrich / Landespolizeidirektion Wien (2018). E-Mail an Sophie Lehner.

Rubik, Bernhard (2019): Fragen zur sozialen Wohnungssicherung. E-Mail an Sophie Lehner.

Gesprächsprotokolle:

P1, Protokoll Gespräch mit Eveline Holzmüller, Marc Hermann, MA40, geführt von Tamima Baldass, 08.03.2019.

P2, Protokoll Gespräch, mit Hadziarapovic-Hasanovic, Sanela; Sandberger-Lincke, Magdalena, FSW, geführt von Tamima Baldass, 01.03.2019.

P3, Protokoll Gespräch mit Mag.^a Susanne Schmiedhuber, Sucht- und Drogenkoordination Wien, Projektleitung Psychiatrisch-Psychosomatischer Versorgungsplan Wien 2030, geführt von Tamima Baldass, 01.03.2019.

P4, Protokoll Gespräch mit Katharina Schwarz, Kriseninterventionszentrum Wien, geführt von Tamima Baldass, 14.03.2019.

P5, Protokoll Telefongespräch mit Elisabeth Udl, Verein Ninlil - Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderung, Beratungsstelle Kraftwerk - gegen sexuelle Gewalt an Frauen mit Lernschwierigkeiten, geführt von Judith Katzlinger, 18.10.2018.

P6, Protokoll Telefongespräch mit Journdienst-Mitarbeiterin, Interventionsstelle Gewalt in der Familie, geführt von Judith Katzlinger, 26.3.2018.

P7, Protokoll Telefongespräch mit Mitarbeiter von Kurzzeitwohnen, geführt von Andreas Draxler, 09.04.2019.

P8, Protokoll Telefongespräch mit Mitarbeiter von 1450, geführt von Andreas Draxler, 30.03.2019.

8.3 Abbildungen & Tabellen

Abbildung 1: Leistungen in Österreich nach Leistungstyp, 2012. Quelle: Stadt Wien 2015:17.	24
Abbildung 2: Anzahl der Anrufe & Interventionen beim Notruf der Polizei Wien. Quelle: Kovar 2018, eigene Darstellung.	154
Abbildung 3: Hinzuziehen von AmtsärztInnen durch die Polizei bei Einsätzen nach UbG in Wien. Quelle: (ebd.), eigene Darstellung.	154
Tabelle 1: Auswertungsraster, Quelle: eigene Darstellung	16
Tabelle 2: InterviewpartnerInnen. Quelle: eigene Darstellung.....	19
Tabelle 3: Darstellung behandelter Themenfelder, Quelle: eigene Darstellung.....	20
Tabelle 4: Sozialleistungen in Österreich nach Funktion, 2013.Quelle: Stadt Wien 2015: 18, leicht abgeänderte Darstellung.	25
Tabelle 5: Soziale Leistungen in Wien nach Leistungsform. Quelle: Stadt Wien 2015:18.	26
Tabelle 6: Sozialberatungsstellen in Wien. Beratung findet kostenlos zu Öffnungszeiten statt. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.	29
Tabelle 7: Überblick Wohnen. Quelle: eigene Darstellung.	33
Tabelle 8: Übersicht der Angebote im öffentlichen Raum; Quelle: eigene Darstellung.	42
Tabelle 9: Angebot für nicht-anspruchsberechtigte Menschen; Quelle: eigene Darstellung	47
Tabelle 10: Überblick Sucht. Quelle: eigene Darstellung.	54
Tabelle 11: Überblick Spektrum migrationsspezifischer sozialer Angebote in Wien. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.	61
Tabelle 12: Überblick Kinder, Jugend, Familie, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten.	73
Tabelle 13: Überblick Häusliche Gewalt, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten.	91
Tabelle 14: Einschätzung des Rettungsrufs von psychosozialen Fachkräften; Quelle: eigene Darstellung.	97
Tabelle 15: Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem; Quelle: eigene Darstellung.....	108
Tabelle 16: SWOT-Analyse; Quelle: Simon / Gathen, van der: 2002, eigene Darstellung.....	115
Tabelle 17: Niederschwellige medizinische Gesundheitsangebote; Quelle: eigene Darstellung.....	116
Tabelle 18: Überblick Alter und Pflege, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten.	127
Tabelle 19: Überblick Angebote für psychische Erkrankung und Krise in Wien. Quelle Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.	140
Tabelle 20: "Drehtüreffekt". Quelle: Interviewergebnisse, eigene Darstellung.....	148
Tabelle 21: Settings in denen fallbezogene Vernetzung stattfindet, Quelle: eigene Darstellung.....	172

Tabelle 22: (Mögliche) Modelle und Formen des mobilen Teams; Quelle: eigene Darstellung	184
Tabelle 23: Sozialberatungsstellen in Wien. Beratung findet kostenlos zu Öffnungszeiten statt. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.	261
Tabelle 24: Überblick Wohnen. Quelle: eigene Darstellung.	262
Tabelle 25: Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe; Quelle: eigene Darstellung ..	264
Tabelle 26: Überblick Sucht. Quelle: eigene Darstellung.	265
Tabelle 27: Überblick Spektrum migrationsspezifischer sozialer Angebote in Wien. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.	268
Tabelle 28: Überblick Kinder, Jugend, Familie, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten	273
Tabelle 29: Überblick Häusliche Gewalt, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten	275
Tabelle 30: Niederschwellige medizinische Gesundheitsversorgung; Quelle: eigene Darstellung	276
Tabelle 31: Überblick Alter und Pflege, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten	277
Tabelle 32: Überblick Angebote für psychische Erkrankung und Krise in Wien. Quelle Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.	281

9 Abkürzungen

AÖF	Autonome Österreichische Frauenhäuser
ÄrzteG	Ärztegesetz
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst (Deutschland)
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BV	Betretungsverbot
BZB	Beratungszentrum Behindertenhilfe (FSW)
BZP	Beratungszentrum Pflege und Betreuung (FSW)
CM	Case Management
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege-Person
DSVO	Datenschutz-Grundverordnung
DPGKP	Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege-Person
EO	Exekutionsordnung
EV	Einstweilige Verfügung
FSW	Fonds Soziales Wien
GKK	Gebietskrankenkassen
GPZ	Gerontopsychiatrisches Zentrum
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HIBL	Hilfe in besonderen Lebenslagen
IFSW	International Federation of Social Work
Jgdl.	Jugendliche
KAKuG	Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz
KAV	Krankenanstaltsverbund
KH	Krankenhaus
MA11	Magistrat Kinder- und Jugendhilfe (MAG11)
MA40	Magistrat Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht
MA57	Frauenservice Wien
OBDS	Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
OKJA	Offene Kinder- und Jugendarbeit
PPV 2030	Psychiatrisch- Psychosomatischer Versorgungsplan Wien 2030
PSD	Psychosozialer Dienst
SA	Soziale Arbeit, SozialarbeiterIn
SDW	Sucht und Drogenkoordination Wien
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
UbG	Unterbringungsgesetz
UdE	Unterstützung der Erziehung (Vereinbarung mit MA11)
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WKJHG	Wiener Kinder- und Jugendhilfegesetz
WPB	Wiener Pflege- und Betreuungsdienste (FSW Tochtergesellschaft)
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz
WSD	Wiener Sozialdienste

10 Anhang

10.1 Interviewleitfaden

Einstieg:

In unserem Forschungsprojekt geht es darum, dass Menschen mit psychosozialen Problemlagen oft die Rettung rufen beziehungsweise diese für sie gerufen wird, ohne dass medizinischer Bedarf vorliegt. Diese ist teils nicht die passende Anlaufstelle für die Situationen und kann keine angemessene Unterstützung bieten.

Im Rahmen unserer Forschungsarbeit suchen wir nach Möglichkeiten diese Versorgungslücken zu decken.

- Wie ist es bei euch? - Wie kann man sich die Arbeit vorstellen? Kannst du mir zum Einstieg kurz über eure Tätigkeiten und eure Zielgruppen erzählen? [mobil? Hausbesuche? Begleitungen zu Terminen o.ä.?]
- Unterscheiden sich manchmal die Anliegen der Menschen, die kommen, von dem für das ihr eigentlich zuständig seid?
 - Wie geht ihr damit um? [Beispiele]
- Vermittelt ihr weiter zu anderen Einrichtungen? [Erfahrungen, Probleme]
 - Gibt es Situationen, in denen du merkst, dass passenden Angebote fehlen?
 - Was würde es brauchen? [Beispiele]
- Was ratet ihr Menschen, die außerhalb eurer Öffnungszeiten etwas Dringendes brauchen? [Out of Hours, Bedarf]
- Welche Formen von Vernetzung habt ihr mit anderen Einrichtungen? [Professionen und Fachsprache]
- In welchen Situationen habt ihr Kontakt zu Rettung?
 - Wie läuft die Zusammenarbeit? [funktioniert/sinnvoll/zufrieden]
 - Habt ihr KlientInnen, die immer wieder von der Rettung ins Spital gebracht und gleich wieder entlassen werden? Gründe? Was bräuchte es?
- In welchen Situationen habt ihr Kontakt zur Polizei?
 - Wie läuft die Zusammenarbeit? [funktioniert/sinnvoll/zufrieden]
 - Gibt es Vernetzung bezüglich KlientInnen? In welchem Rahmen?
- Welche Versorgungslücken fallen Ihnen zu Ihrem Arbeitsfeld ein? [Ressourcen, Öffnungszeiten, Professionen, Vernetzung, langfristige Betreuung, nachgehende Betreuung]
 - Was bräuchte es, um das auszugleichen?

- Inwiefern könnte ein mobiles sozialarbeiterisches Team/Team für psychosoziale Versorgung für euren Arbeitsbereich sinnvoll sein?
 - Für welche Situationen/Zielgruppen insbesondere? (noch nicht genannte Indikationen)
 - Was sollte es anbieten können?
 - Welche Strukturen sollte ein solches Team aufweisen?
 - Zielgruppe, Berufsgruppen, Zeiten, Vernetzung, Erreichbarkeit, für welche Problemlagen, ausgestattet mit welchen Ressourcen? Transportmittel?
 - Sollte es Teil einer bestehenden Institution sein oder neu geschaffen werden?
 - Fällt Ihnen noch etwas ein, das beachtet werden soll?
- Laut unseren Recherchen gibt's bei psychischen Krisen und Erkrankungen besonderen Bedarf an zusätzlichen Angeboten. Was sind Ihre diesbezüglichen Erfahrungen?
 - Was würde es Ihrer Meinung nach brauchen, um hier geeignetere Unterstützung zu bieten? [Zusätzliche Angebote oder Erweiterung bestehender? Wie sollte das aussehen, welche Aspekte sind wichtig?]
- Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig wäre zu sagen?

Abschließende Datenabfrage:

- Bereitschaft für spätere Nachfragen?
- Name:
- Position:
- Institution:
- Wie lange in Einrichtung tätig:
- Geschlecht:
- Ausbildung:

10.2 Zu den AutorInnen

■ **Mag.^a Tamima Baldass**

geboren 1981 in Wien

Diplomstudium Internationale Entwicklung an der Universität Wien

Magisterarbeit: „Das Potential systemischer Ansätze für die internationale Konfliktbearbeitung & Friedensförderung“ (2013)

Masterstudium Soziale Arbeit, Schwerpunkt General Social Work, FH St (2017 - 2019)

Berufliche Erfahrungen im Sozialbereich:

Sozialbetreuung HG5, Frauennotschlafstelle FSW (2014/15)

Einsatzleitung Ferry-Dusika-Stadion, Flüchtlingsnotquartier (2015/16)

Leitung Haus Siemensstrasse, Flüchtlingsnotquartier für Familien und Frauen ASBÖ (2016/17)

Kontakt: tamima.baldass (a) outlook.com

■ **Andreas Draxler, BA**

geboren 1992 in Oberpullendorf

Bachelorstudium Soziale Arbeit, FH St. Pölten (2012-2015)

Masterstudium Soziale Arbeit, Schwerpunkt Case Management, FH St. Pölten (2017-2019)

Bisherige Tätigkeiten in der Sozialen Arbeit:

pro mente Burgenland (2015-2017), Haus R3 (Arbeiter-Samariter-Bund) (seit 2017)

Kontakt: a.draxler (a) gmx.net

■ **Judith Katzlinger, MA**

geboren 1988 in Innsbruck

Studium der Politikwissenschaft an der Universität Wien (2007-2015)

Masterarbeit: „Jugendarbeiter_innen in Jogginghosen. Jugendliche Perspektiven auf die Bedeutung von Herkunft und Klasse für die Zusammensetzung von Teams in der Offenen Jugendarbeit in Wien“ (2015)

Grundkurs & Aufbaulehrgang Offene Jugendarbeit am IFP (2013-2016)

Tätigkeit in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit (2014-2018)

Masterstudium Soziale Arbeit, Schwerpunkt Case Management, FH St. Pölten (2017-2019)

Kontakt: judith.katzlinger (a) reflex.at

■ **Sophie Lehner, BA**

geboren 1995 in Wien

Bachelorstudium Soziale Arbeit, FH St Pölten (2015-2017)

Masterstudium Sozialraumorientierte Soziale Arbeit, FH Campus Wien (2017-2018 abgebrochen)

Masterstudium Soziale Arbeit, Schwerpunkt General Social Work, FH St Pölten (2017-2019)

Freizeitpädagogin bei den Wiener Kinderfreunden (2015-2017)

Bisherige Tätigkeit als Sozialarbeiterin in der Wohnungslosenhilfe in Wien:
Kältetelefon Caritas (2017-2018, weiterhin tätig als Springerin),
Tageszentrum Stern Rotes Kreuz (2018-lfd.)
Kontakt: sophie.lehner (a) gmx.net

10.3 Danksagungen

Wir möchten uns herzlich für die Unterstützung bedanken, die wir im Rahmen unseres Forschungsprojekts erhalten haben. Ohne das große Engagement diverser Personen, die uns den Zugang zum Feld erleichtert und konkrete InterviewpartnerInnen vermittelt haben, wäre das vorliegende Forschungsprojekt in dieser Form nicht möglich gewesen.

Unser Dank gilt insbesondere:

Barbara Beneder (MA11), Bernd Kühbauer (Männerberatung), Bernhard Rubik (soziale Wohnungssicherung MA40), Birgit Braun (change), Birgit Perr (Hilfsgemeinschaft der Blinden und Sehschwachen), Christina Linck (Neunerhaus), Christina Schreiner-Nolz (Frühe Hilfen Wien - gut begleitet), Elisabeth Brousek (MA11), Eva van Rahden (sophie - Beratungszentrum für Sexarbeiterinnen), Eveline Holzmüller (MA40), Marc Hermann (MA40), Erwin Feichtelbauer (Wiener Berufsrettung), Gerald Hutterer (FSW), Josef Schörghofer (PSD), Friedrich Kovar (Polizei), Lisa Udl (Ninlil - Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderung), Margarete Lässig (MA15), Maria Rösslhuber (Verein Autonomer Frauenhäuser), Martin Tiefenthaler (SAM2), Rosa Logar (Interventionsstelle gegen Gewalt), Roswitha Ebner (PSD), Sabine Plot (FSW), Sanela Hadzilarapovic-Hasanovic (FSW Beratungszentrum Pflege und Betreuung), Carina Spak (AmberMed), Susanne Peter (Gruft), Ulrike Schröer (PSD), Wilhelm Jaschke (Caritas), Susanne Schmiedhuber (SDW), Katharina Schwarz (Kriseninterventionszentrum), Magdalena Sandberger-Lincke (FSW) sowie all unseren anonymen UnterstützerInnen.

Für ihre großen Bemühungen danken wir außerdem den Projektleitern Christoph Redelsteiner und Florian Zahorka.

Außerdem möchten wir all jenen weiteren Menschen danken, die uns während dem Entstehungsprozess dieser Arbeit durch anregende Gespräche, Layout-Tipps, entspannende Momente, Bestärkung, Ablenkung, Zuspruch, gutes Essen, Fachgespräche, Korrekturlesen, etc. unterstützt haben. Danke!

10.4 Handbuch: „Auf einen Blick: Soziale Einrichtungen in Wien“

10.4.1 Erklärung zu den Tabellen

- anonym: es besteht (auf Wunsch) auch die Möglichkeit einer anonymen Betreuung
- vertraulich: Vertraulichkeit endet wo Meldepflichten anfangen (z.b. bei Kindeswohlgefährdung)
- mehrsprachig: es werden abgesehen von Deutsch und Englisch noch weitere Sprachen angeboten
- mobil:
 - “x” → Einrichtung mobil tätig;
 - “(x)” → Hausbesuche o.ä. sind in Ausnahmefällen möglich
- Abkürzungen: Diesbezügliche Erklärungen finden sich im Abkürzungsverzeichnis
- Quellen: Informationen lt. Angaben der Einrichtungen. Quelle sind im Regelfall die Homepages der Institutionen sowie sozialinfo.wien.at. Teilweise wurden diese Informationen durch Jahresberichte, telefonische Nachfragen u.ä. ergänzt.

10.4.2 Materielle Grundsicherung

	Name	Träger	Zugang	Beschreibung	Link
Alle Zielgruppen	MA 40 Servicestelle	MA40	Telefonische Beratung	Servicestelle BMS und HIBL	https://www.wien.gv.at/gesundheitsleistungen/service-stelle.html
	MA40 Sozialzentren	MA40	Persönliche und telefonische Beratung, ohne Termin, anonym	Niederschwellige sozialarbeiterische Beratung für Menschen in finanziellen Notlagen, Zentren, nach Bezirken aufgeteilt	https://www.wien.gv.at/gesundheitsleistungen/wiener-sozialzentren.html
	Caritas Sozialberatung Wien	Caritas	Telefonische Beratung, persönlich nach Terminvereinbarung	Beratung zu Angeboten und Leistungen für Menschen in Notlagen mit Hauptwohnsitz Wien.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/beratung-nothilfe/soziale-finanzielle-notlagen/sozialberatung/
	Nachbarschaftszentren des Vereins Wiener Hilfswerk mit Sozialberatung	Wiener Hilfswerk	Persönliche Beratung nach Terminvereinbarung	In insgesamt 10 Zentren (im 2., 3., 6., 7., 8., 12., 15., 16., 17., 22. Bezirk) wird Sozialberatung, teilweise mit spezifischem Themenschwerpunkt (Soziale Orientierung, Gesundheit, Kulturpass, Soma-pass, pädagogische, rechtliche) angeboten.	http://www.nachbarschaftszentren.at/
	Volkshilfe Sozialberatung in den Bezirksstellen	Volkshilfe Wien, GmbH	Telefonische und nach Terminvereinbarung persönliche Beratung	In 23 regionalen Bezirksstellen wird Sozialberatung für Menschen in finanziellen, rechtlichen und sozialen Notlagen geboten.	https://www.volkshilfe-wien.at/beratung-in-den-bezirken/
	Schuldnerberatung Wien	Fonds Soziales Wien	Persönliche Beratung nach Terminvereinbarung, Anmeldung online. Bei AMS-Bezug mit Zuweisung durch AMS	Beratung für in Wien gemeldete Menschen und teilweise Einpersonunternehmen.	www.schuldnerberatung-wien.at/
MigrantInnen ohne Anspruch, AsylwerberInnen	Diakonie Sozialberatungsstelle für AsylwerberInnen	Diakonie Flüchtlingsdienst	Persönliche und telefonische Beratung zu den Öffnungszeiten und nach Terminvereinbarung	Sozialberatung, Betreuung und Begleitung für AsylwerberInnen und subsidiär Schutzberechtigte in der Grundversorgung, für privat Wohnende ist Zuständigkeit nach Bezirken eingeteilt	https://fluechtlingsdienst.diakonie.at/einrichtung/sozialberatungsstelle-wien
	Caritas Asylzentrum	Caritas	Persönliche und telefonische Beratung zu Öffnungszeiten und nach Terminvereinbarung	Zentrale Servicestelle der Wiener Grundversorgung; Sozialberatung von AsylwerberInnen; Auszahlung von Leistungen der Grundversorgung.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-fluechtlinge/asylzentrum/
	Caritas Sozial- und Rückkehrberatung	Caritas	Persönliche und telefonische Beratung zu den Öffnungszeiten und nach Terminvereinbarung	Sozialberatung für EU-BürgerInnen in Notlagen.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/beratung/sozial-und-rueckkehrberatung/

Tabelle 23: Sozialberatungsstellen in Wien. Beratung findet kostenlos zu Öffnungszeiten statt. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.

10.4.3 Wohnen

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
Delogierungsprävention	Fachstelle für Wohnungssicherung - FAWOS	Volks-hilfe. Wien	telefonische Terminvereinbarung, Privat- oder Genossenschaftswohnung; bei Gefahr des Wohnungsverlusts nach gerichtlicher Kündigung	(x)	Information, Beratung, Krisenintervention, Vermittlung mit Hausverwaltung und EigentümerInnen, Erstellen von Haushalts- und Finanzplan.	https://www.volks-hilfe-wien.at/wohnungslosen-hilfe/fawos/
	Die soziale Wohnungssicherung	MA40	Kontaktaufnahme seitens der Wohnungssicherung erfolgt, wenn Räumungsklage für eine Gemeindeförderung der Stadt Wien eingereicht wurde.	x	Beratung und Vernetzung mit Unterstützungseinrichtungen der Stadt Wien	https://www.wien.gv.at/kontakte/ma40/index.html
Schuldnerberatung	Schuldnerberatung	Fond Soziales Wien	Voraussetzung: wohnhaft in Wien. Ebenso werden Einpersonenernehmen beraten, wenn Steuer und Sozialversicherung gezahlt werden. Kostenlose Beratung.		Berät und unterstützt bei Analyse der wirtschaftlichen Situation. Hilfe bei Privatkonkurs möglich.	https://www.schuldnerberatung-wien.at/
Sonstiges	wohnpartner	Wohnservice Wien	Aufsuchende Tätigkeit im Wiener Gemeindebau	x	Gemeinwesenarbeit, Konfliktarbeit und Vernetzung im Gemeindebau	https://www.wohnpartner-wien.at/
	WOBES - Verein zur Förderung von Wohnraumbeschaffung	WOBES	Bewilligung des Beratungszentrums Wohnungslosenhilfe nötig.	x	Unterstützung für Menschen in Not, vor allem bei Wohnungslosigkeit, Straffälligkeit und Arbeitslosigkeit	http://www.wobes.org/
	MIK OG - mobile, individuelle Krankenpflege	gefördert von FSW	Zielgruppe: Psychiatrisch und/ oder somatisch Erkrankte. Aufenthaltsort Wien (eigene Wohnung, betreute Wohnformen etc.)	X	Pflege, Haushaltshilfe, Ausflüge, Home Care, Besuchsdienste, Transport, Hilfe bei Finanzen	https://www.mik-og.at/
	INDIBET - individuelle Betreuung für demente und psychisch kranke Menschen	Volks-hilfe. Wien	Zielgruppe: Erwachsene in Wien; mehrfache stationäre Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus, krankheitsuneinsichtig und unbehandelt, soziale und/oder geronto-psychologische Einschränkung, bei der Hilfe angenommen werden muss	X	Hilfe im alltagspraktischen Bereich (Haushalt, Körperpflege etc.), Sozialkontakte, Vernetzung, Begleitung auf Arzt- oder Amtswegen, Unterstützung im Umgang mit Medikamenten	https://www.volks-hilfe-wien.at/pflegebetreuung/individuelle-betreuung/

Tabelle 24: Überblick Wohnen. Quelle: eigene Darstellung.

10.4.4 Die Wiener Wohnungslosenhilfe

	Name	Träger	Zugang/Öffnungszeiten	Beschreibung	Link
Beratungseinrichtung	Sozial- und Rückkehrberatung	Caritas Wien	Mo, Mi, Do: 09-12 Uhr; 13-16 Uhr Di, Fr. 09-12 Uhr	Zuweisende Stelle zu den jeweiligen Angeboten für nicht-anspruchsberechtigte Menschen; mehrsprachige Beratung zu bürokratischen Angelegenheiten	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/beratung/sozial-und-rueckkehrberatung/
Notquartiere	VinziPort Wien	VinziWerke Wien	Zuweisung über Vinziwerke; Öffnungszeiten: 18-07 Uhr	Männernotquartier, für 55 EU-Bürger, 6-12 Betten/Schlafräum;	https://www.vinzi.at/vinziport-wien/
	VinziBett Wien	VinziWerke Wien	Zuweisung über VinziWerke; Öffnungszeiten: 18-08 Uhr	Für 46 Personen, unabhängig ihrer Herkunft, ihres Alters und der Nationalität, med. Betreuung durch praktische Ärztin	https://www.vinzi.at/vinzibett-wien/
	Notschlafstelle Zweite Gruft	Caritas Wien	Zuweisung über Soziale Rückkehrberatung; Öffnungszeiten: 19-07 Uhr	Für etwa 20 obdachlose Frauen aus dem Ausland, vor allem EU-BürgerInnen;	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/tagesaufenthalt/zweite-gruft/
	Kurzzeit-wohnen	Caritas Wien	Zuweisung der SozialarbeiterInnen von Projekt Kurzzeit-wohnen;	Für etwa 50 EU-BürgerInnen, die nicht chronisch krank sind; Dauer zwar mit 3 Monate anberaumt, kann sich jedoch verlängern	https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfeangebote/obdach-wohnen/tagesaufenthalt/zweite-gruft-folder.pdf
Streetwork	Streetwork Gruft	Caritas Wien	Dreimal pro Woche; entweder tagsüber oder nachts; im öffentlichen Raum (Parks, Brücken, Bahnhöfe)	Erst- und Notversorgung, Beratung, Verteilung von Schlafsäcken, Transport in Notquartiere	https://www.gruft.at/streetwork/
	Obdach unterwegs	Obdach Wien gemeinnützige GmbH	Unterschiedliche Einsatzzeiten, in ganz Wien mit unterschiedlichen Routen	Erst- und Notversorgung, Vermittlung von Schlafplätzen, Ausgabe von Kleidung, Vermittlung zu Postadressen	https://www.obdach.wien/p/obdachlos-strassensozarbeit-obdach-unterwegs
	Streetwork Hauptbahnhof	Caritas Wien	täglich, von 19 bis 1 Uhr; am Hauptbahnhof	Erst- und Notversorgung, Kontaktaufnahme im öffentlichen Raum	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/streetwork-hauptbahnhof/

Mobile Notversorgung	Canisibus	Caritas Wien	Täglich (auch an Wochenenden und Feiertagen): zwei geplante Touren (Friedensbrücke, Bahnhöfe, Praterstern	Zubereitung und Ausgabe von Suppe im öffentlichen Raum	https://www.caritas-wien.at/canisibus/
Medizinische Versorgung	Notquartier + Rupert Mayer Haus	Caritas Wien	Zuweisung über P7, ganztägig geöffnet	Für fünf erkrankte, wohnungslose Menschen	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/notschlafstellen/notschlafstellen-fuer-maenner/
Wintermaßnahme (von 30.10. bis Ende April)	4 Nacht-quartiere an unterschiedlichen Standorten	Obdach Wien gemeinnützige GmbH	Zuweisung erforderlich; Öffnungszeiten: von Abend bis am darauffolgenden Morgen	Insgesamt 13 Zimmer für obdachlose Familien; 2 Wohneinheiten für vier obdachlose Paare 45 Schlafplätze für obdachlose Frauen;	https://www.obdach.wien/p/not-u-nachtquartiere
	Kältetelefon	Caritas Wien	Täglich, rund um die Uhr, Menschen in Not und Bevölkerung kann sich rund um die Uhr melden	Streetwork, Erst- und Notversorgung, Verteilen von Schlafsäcken, Transport und Vermittlung zu Notquartieren	https://www.caritas-wien.at/hilfeangebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/kaeltetelefon/

Tabelle 25: Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe; Quelle: eigene Darstellung

10.4.5 Sucht

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
Entzugseinrichtungen	Ambulatorium Suchthilfe Wien	Suchthilfe Wien	ohne Termin, aber Anmeldung vor Ort; erste Abklärung sofort, weitere Behandlung spätestens am nächsten Tag		Suchtmedizinische Versorgung	https://www.suchthilfe.wien/beratung-betreuung-wohnen/ambulatorium-shw/
	Anton-Proksch-Institut	VAMED	Zuweisung durch Suchtberatung oder Ambulanzen		Suchtklinik, stationäre und ambulante Behandlung	https://api.or.at/
	Grüner Kreis	Suchthilfe Wien	Termin für Abklärung & Anamnese		ambulante Betreuungszentren & stationäre Einrichtungen	https://www.gruenerkreis.at/
	Schweizer Haus Hadersdorf	Schweizer Haus Hadersdorf	Zuweisung, Abklärung		stationäre und ambulante Therapieeinrichtung, sozialtherapeutisches Tageszentrum, Vorbetreuungsstelle	https://shh.at/
	p.a.s.s.	p.a.s.s.	Terminvereinbarung nötig		Suchtbehandlungseinrichtung	http://www.pass.at/
Streetwork	Help U	Suchthilfe Wien	Streetwork auf der, zufällig anzutreffen	x	Streetwork der Wiener Linien	https://www.suchthilfe.wien/mobile-soziale-arbeit/helpu/
	SAM	Suchthilfe Wien	Streetwork auf der Straße, zufällig anzutreffen	x	Streetwork -Teams (SAM2, SAM Flex, SAM Hauptbahnhof, SAM Plus)	https://www.suchthilfe.wien/mobile-soziale-arbeit/sam/
	Change	Suchthilfe Wien	Streetwork auf Straße oder in Kontaktcafé (ohne Termin) anzutreffen	x	Kontaktcafé & Streetwork	https://www.suchthilfe.wien/beratung-betreuung-wohnen/change-2/
Beratungseinrichtungen	Verein Dialog	Sucht- & Drogenkoordination Wien	Termine nötig, zuerst Befragung und Abklärung, dann weiteres Angebot		Suchthilfeeinrichtung	https://www.dialog-on.at/
	Jedmayer	Suchthilfe Wien	ohne Termin, kostenlos	(x)	Sozialmedizinische Einrichtung: Notschlafstelle, Tagezentrum, Beratung, Spritzentausch	https://www.suchthilfe.wien/beratung-betreuung-wohnen/jedmayer/

Tabelle 26: Überblick Sucht. Quelle: eigene Darstellung.

10.4.6 Migration

	Name	Träger	Zugang	Beschreibung	Link
Aufenthaltsrecht, Arbeit, Bildung, Integration	Beratungszentrum für MigrantInnen	Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen	Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung	Arbeitsmarktpolitische Betreuungseinrichtung zur Unterstützung der Verfestigung des Aufenthalts, dem (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt, Zugang zu Bildung und Qualifikation, sozialrechtlicher Absicherung. Zielgruppe: Menschen mit nicht-deutscher Muttersprache, MigrantInnen, Angehörige und anerkannte Flüchtlinge.	http://www.migrant.at/
	UNDOK - Anlaufstelle zur gewerkschaftlichen Unterstützung undokumentiert Arbeitender	Verein UN-DOK-Verband	Persönliche und telefonische Beratung zu Journalzeiten und nach Anfrage	Beratung und Information zu arbeits- und sozialrechtlichen Themen im aufenthaltsrechtlichen Kontext, Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen aus undokumentierten Arbeitsverhältnisse, Vernetzungstätigkeit	https://undok.at/
	Helping Hands	Verein Helping Hands	Telefonische Beratung, persönliche Beratung nach Terminvereinbarung	kostenlose Beratung durch JuristInnen zu Themen im Kontext Aufenthalts-, Niederlassungs- und Ausländerbeschäftigungsrecht.	http://www.helpinghands.at/
	Interface Wien	Stadt Wien	Erstberatung zu Journalzeiten und nach Terminvereinbarung	Beratung und Bildungsangebote für Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit Migrationshintergrund	http://www.interface-wien.at/
	Romano Centro ¹⁵¹	Verein für Roma	Beratung nach Terminvereinbarung	Sozialberatung, Bildungs- und Berufsberatung, Frauenberatung, politische und wissenschaftliche Projekte	www.romano-centro.org/
	THARA Romani Zor! Drehscheibe für berufliche + soziale Anliegen von Roma + Sinti ¹⁶	Volkshilfe Österreich	Nach telefonischer Terminvereinbarung	Berufs- und Bildungsberatung, Kursangebote, Workshops für MultiplikatorInnen	https://www.volkshilfe.at/was-wir-tun/positionen-projekte/roma-und-sinti/thara-romani-zor/

¹⁵¹ Roma und Sinti sind natürlich nicht unbedingt MigrantInnen, sondern oftmals ÖsterreicherInnen. Beratungseinrichtungen sind hier dennoch gelistet, da in- und ausländische Zugehörige dieser Volksgruppe traditionell von vielfacher Diskriminierung und Rassismus – auch als Antiziganismus bezeichnet – betroffen sind. Zudem migrieren aus dem Ausland kommende Roma und Sinti oft auf Grund von Benachteiligungen in ihren Herkunftsländern. (Vgl. Allianz gegen Antiziganismus 2017)

	MA 17 - Integration und Diversität	Stadt Wien	Telefonisch und persönlich zu Öffnungszeiten	Förderung von Spracherwerbsmaßnahmen, Unterstützung von Freiwilligen in der Flüchtlingshilfe und Integrationsarbeit, Informationsworkshops, Förderung von integrationsrelevanten Vereinen, Initiativen und Projekten	http://www.wien.gv.at/menschen/integration
Asylrecht, Grundversorgung, Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche	Diakonie Sozialberatungsstelle für AsylwerberInnen	Diakonie Flüchtlingsdienst	Offene Beratung ohne Termin zu Öffnungszeiten	Mehrsprachige Sozialberatung, Betreuung und Begleitung für AsylwerberInnen und subsidiär Schutzberechtigten in der Grundversorgung.	https://fluechtlingsdienst.diakonie.at/einrichtung/sozialberatungsstelle-wien
	Integrationshaus Beratungsstelle	Verein Integrationshaus	Offene Beratung am Standort Schweiglasse, Beratung nach Terminvereinbarung am Standort Engerthstrasse	Mehrsprachige allgemeine Sozialberatung, psychosoziale Beratung, themenspezifische Beratung in den Bereichen Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Frauen/Mädchen, Jugendliche/Erwachsene.	https://www.integrationshaus.at/de/beratungsstelle
	Caritas Asylzentrum	Caritas	Offene Beratung ohne Termin zu Öffnungszeiten	Zentrale Servicestelle der Wiener Grundversorgung, AsylwerberInnen. Sozialberatung von AsylwerberInnen Flüchtlingen in der Grundversorgung, Auszahlung von Leistungen der Grundversorgung für privat Wohnende.	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-fluechtlinge/asylzentrum/
	Sozialberatung im Caritas Zentrum Hauptbahnhof	Caritas Wien	Offene Beratung ohne Termin zu Öffnungszeiten	Beratung zu sozialen und finanziellen Notlagen; zu sozialrechtlichen Ansprüchen, Information über Soziale Angebote, Weitervermittlung	http://www.caritas-wien.at/
Frauen	Peregrina	Selbstorganisierte Beratungsstelle für Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund	Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung	Mehrsprachige Beratung für Frauen und Mädchen ab 16 Jahren, Schwerpunkte Rechts- und Sozialberatung, psychologische Beratung, Bildungsberatung	http://www.peregrina.at/
	Peregrina	Verein Peregrina	Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung	Beratung, Betreuung und Begleitung für türkisch- und arabischsprachige Frauen bei familiären und partnerschaftlichen Problemen, Gewalt und Missbrauch, Generationenkonflikten, Zwangsheirat, Genitalverstümmelung; Basisbildungskurse, Schulungen und Trainings für MultiplikatorInnen	http://www.orientexpress-wien.com/

	LEFÖ Beratung, Bildung und Begleitung für MigrantInnen	Verein LEFÖ	Unterschiedliche Standorte mit spezifischen Angeboten	Mehrsprachige Sozialberatung und Bildungsangebote für benachteiligte Migrantinnen, in der Sexarbeit tätige Migrantinnen und von Menschenhandel betroffene Migrantinnen, psychologische Beratung für lateinamerikanische Frauen	www.lefoe.at
Rassismus, Diskriminierung	ZARA Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit	ZARA	Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung, Meldung rassistischer Vorfälle online	Beratung, sowie Prävention und Sensibilisierung durch Protokollierung rassistischer Vorfälle, Trainings und Öffentlichkeitsarbeit	https://www.zara.or.at/de
	Gleichbehandlungsanwaltschaft	Bundeskanzleramt	persönliche Beratung nach Terminvereinbarung	Beratung und Unterstützung bei Diskriminierung im Arbeits- und Ausbildungskontext	https://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.gv.at

Tabelle 27: Überblick Spektrum migrationsspezifischer sozialer Angebote in Wien. Quelle: Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.

10.4.7 Kinder, Jugend, Familie

	Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung
Allgemein	Familienberatungsstellen	diverse	Kostenlos, Anonym, Termin erwünscht, Angebote für alle Zielgruppen. Suche nach passenden Angeboten entsprechend Lage, Thema & Sprache via Homepage.		85x in Wien mit div. Schwerpunkten. Themen u.a. Partnerschaft, Familienplanung, Eltern sein, Schwangerschaft, Jugendliche, Gewalt, Trennung/Scheidung, Krise, Migration, Frauenberatung
	www.familienberatung.gv.at				
	Familienhilfe der Caritas	Caritas	Niederschwellig, unbürokratisch via Anruf, Einkommensabhängige Kostenbeiträge (min. 2,90€/h). Mobile Betreuung Mo-Fr 8-18Uhr, min. 4h/Tag.	x	Praktische Hilfe bei Kinderbetreuung & Haushaltsführung, z.B. wenn ein Elternteil krank/im KH/auf Kur; bei Risikoschwangerschaft, nach einer Geburt, bei psychischen & sozialen Krisensituationen (z.B. nach Scheidung oder Tod eines Angehörigen)
	www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/kinder-familie/mobile-familienhilfe/				
	Rat auf Draht 147		Niederschwellig, anonym, via Telefon, 24h		24h Telefonberatung für Kinder, Jgdl & deren Bezugspersonen (inkl. Fachkräfte)
	www.rataufdraht.at/				
	MA11- Servicestelle	MA11	niederschwellige, anonyme, vertrauliche Telefonberatung; Mo-Fr 8-18Uhr (01-4000-8011)		anonyme Telefonberatung durch SA's; Besprechen von möglichen Vorgangsweisen - auch für Fachkräfte. Kein aktives Eingreifen in Fälle, kein Zugriff auf Daten der Regionalstellen, keine personenbezogene Dokumentation. Vermittlung zu (erreichbaren) Einrichtungen.
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/servicestelle.html				
	Familienzentren	MA11	u.a. Niederschwellig, ohne Termin; kostenlos, freiwillig	(x)	11 Standorte. Beratung u.a zu: Erziehung, wirtschaftliche Probleme, Trennung, Scheidung. Angebote: Baby-Treff, Wickelrucksack, etc.
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/familienzentren.html				
	Regionalstellen - Soziale Arbeit mit Familien	MA11	Nieder- bis hochschwellig. Auch ohne Termin. Auf Eigeninitiative, via Zuweisung oder per Meldung wegen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.	x	Rat, Hilfe und Schutz auf der Basis des WKJHG. Vermittlung von Ressourcen bei Erziehungsproblemen & in wirtschaftlichen Notsituationen; Hilfsangebote in Krisensituationen; Sofortmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen - bei akuter Gefährdung auch ohne Zustimmung der Obsorgeberechtigten.
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/sozialarbeit.html				
	Rechtsvertretung	MA11	kostenlos, Termin erwünscht aber auch Außerhalb Ansprechpersonen verfügbar, 9 Standorte (nach Wohnbezirk)		Unterstützung beim Erhalt von Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss und bzgl. Obsorge, Kontaktrecht, Vaterschafts-Feststellung, Familienzuschuss
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/rechtsvertretung.html				
Allgemein	Wohnberatung	MA11	niederschwellig in Familienzentren bzw. Regionalstellen		Unterstützung bei Sozialer Wohnungsvergabe, bei drohendem Wohnungsverlust/Wohnungslosigkeit.
	www.wien.gv.at/wohnen/unterstuetzungen/wohnberatung-ma11.html				
	Psychologischer Dienst	MA11	kostenlos, auf Wunsch anonym, niederschwellig via Familienzentren		psychologische Beratung
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/psychologen.html				
	Institut für Paar- und Familientherapie	Wiener Sozialdienste (via MA11)	vertraulich, sozial gestaffelte Tarife (Kostenübernahme bei Diagnose durch WGKK)		Psychotherapie für Paare, Familien, AlleinerzieherInnen & Einzelpersonen. Bei "krankheitswertigen Störungen" kostenlose Psychotherapie via WGKK.

	www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/foerderung-und-begleitung/institut-fuer-paar-und-familien-therapie			
Unterstützung der Erziehung - Hilfe bei familiären Krisen	Caritas, ProSoz, u.a.	Hochschwellig. Bei Gefährdung von Kindern/Jugendlichen. Voraussetzung ist eine Vereinbarung zwischen Erziehungsberechtigten & MA11 (UdE-Vereinbarung)	x	Praktische Lebensunterstützung, Begleitungen. Themen z.B. Strukturierung des Familienalltags, Beratung bei Kindererziehung & finanzieller Haushaltsplanung. Für Familien mit minderjährigen Kindern, die sich in lang andauernden Krisen befinden.
	www.wien.gv.at/menschen/kind-familie ; www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/kinder-familie ; www.prosozwien.at			
Väter in Krisen	KIZ – Kriseninterventionszentrum	Niederschwellig, auch ohne Termin, anonyme Telefon- & Email-Beratung, kostenlos (Verrechnung via GKK)		Unterstützung und Beratung für Väter in Krisen. Themen u.a. Vater sein, Akute Krisen, Suizidgefahr, Gewalt, Sucht, Entstehen von Krankheiten/körperliche Symptome
	http://vaeter-in-krisen.at			
FEM - Gesundheitszentren für Frauen, Eltern und Mädchen	FEM	Niederschwellig, Termin erwünscht		Beratung u.a. zu: Schwangerschafts-konflikten, Sexualität, Essstörungen, Lebensumstellungen & -krisen. Gruppenangebote, Kurse.
	www.fem.at			
Regenbogenfamilienzentrum (RbFZ)	RbFZ	Kostenlos, anonym, Termin erwünscht.		Beratung & Begegnung für Regenbogenfamilien und LGBTIQ mit Kinderwunsch
	www.rbzf-wien.at			
FSW Kinder-Case-Management	FSW	für Kinder mit Pflegebedarf und ihre Familien, via FSW-Telefon: 24524	x	Hausbesuche, Unterstützung bei Pflegegeld-Antrag, Begutachtung, Vermittlung/Förderung von Leistungen, z.b. bei Entwicklungsrisiko--verzögerung
	2017.fsw.at/p/kinder-case-management?c=start			
Kinderbetreuung zuhause (auch f. kranke Kinder)	WSD (via FSW)	unbürokratisch via Telefon, sozial gestaffelte Kosten, gefördert vom FSW	x	Betreuung kranker Kinder bis 12a (auch bei Husten/ Schnupfen), wenn Eltern berufstätig/ alleinerziehend/ in Ausbildung sind, Kinderkrankenpflege zu Hause
	www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2097733			
Schwangerschaft - Geburt - Kleinkinder	Schwangerschaftskonfliktberatung	FEM; Gyn-med; pro:wo-man	kostenlos, anonym, mit Termin (bei pro:woman inkl. 24h Hotline)	Schwangerschaftskonfliktberatung, Verhütungsberatung, Familienplanung
		www.fem.at/ ; prowoman.at ; www.gynmed.at/		
	Finanzielle Unterstützung bei Schwangerschaftsabbruch	MA40	div. Voraussetzungen (Notlage, ärztl. Bestätigung über Schwangerschaft, Besuch eines Familienzentrums)	Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Hilfe in besonderen Lebenslagen (kein Rechtsanspruch)
		https://sozialinfo.wien.at/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2100594		
	Frühe Hilfen Wien West – gutbegleitet	die möwe	Niederschwellig/auf Eigeninitiative oder via Zuweisung. Auch ohne Termin. Familien mit 0-3jährigen Kindern aus Bezirken 12-19 oder 23. (abhängig von Bedarf & Ressourcen auch aus anderen Bezirken/bis 6a).	Telefonberatung, Hausbesuche, Begleitungen, längerfristige Beratung & Unterstützung durch Hebammen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen & PsychotherapeutInnen; Koordination von Angeboten, begleitete Weitervermittlung, nachgehende Betreuung, Gruppenangebote, Netzwerkarbeit.
	www.fruehehilfen.wien			
	Familien-hebammen	MA15	Kostenlos, Vertraulich, Mehrsprachig. Niederschwellig/auf Eigeninitiative oder via Zuweisung durch ÄrztInnen, Krankenhäuser, etc.	4 Stützpunkte, Hausbesuche vor (& evntl. nach der Geburt), Aufsuchende Arbeit in geburtshilflichen Spitälern; Schwerpunkt Risikoschwangerschaften (+psychosoziale Indikationen), Gruppenangebote, Einzel- & Paarberatung, Stillberatung
	www.wien.gv.at/gesundheits/beratung-vorsorge/eltern-kind/geburt/familienhebammen.html			

Schwangerschaft - Geburt - Kleinkinder	Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen	Hebammenzentrum	u.a. kostenlos Angebote, ohne Anmeldung	x	Beratung durch Hebammen, SozialarbeiterInnen, Väterberater, Psychologin, etc. Gruppenangebote.
					www.hebammenzentrum.at/
	YoungMum - Betreuung für Schwangere Teenager	St. Josef Krankenhaus	unbürokratisch, kostenlos, für Schwangere unter 20 Jahren.	x	medizinische, sozialrechtliche psychologische Beratung & Unterstützung. Bei Bedarf Hausbesuche & Begleitungen. Einzelberatung bis zum 1. Geburtstag des Kindes & in Krisen.
					www.sjk-wien.at/unser-angebot/eltern-kind-zentrum/geburtshilfe/youngmum-betreuung-fuer-schwangere-teenager/
	Elternberatungsstellen	MA11	Nieder- bis Hochschwellig. Auch ohne Termin & bei sämtlichen Fragen die das Kind betreffen. Auf Eigeninitiative, Zuweisung oder im Rahmen einer UdE-Vereinbarung. Mehrsprachige Angebote.	(x)	17 Standorte. Beratung für Eltern von Babys und Kleinkindern. Fokus auf körperliche & gesundheitliche Entwicklung sowie altersentsprechende Förderung der Kinder. Medizinische & sozialpädagogische Unterstützung. Themen u.a. Stillen, Ernährung, Erziehung, Adipositas, etc.
					www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/elternberatungsstellen.html
	FEM Elternambulanz im Wilhelminenspital	Fem Frauengesundheitszentrum	mehrsprachig, kostenlos, niederschwellig. Unbürokratische Zuweisung/ Direkte Vermittlung aus dem KH (im gleichen Haus).		Spezialambulanz für psychosoziale Risikoschwangerschaften mit Schwerpunkt türkischsprachige Frauen & Frauen mit psychiatrischer Vorerkrankung. Orientierung, Diagnose, Entlastungsgespräche, Krisenintervention. Bis zu 10 Terminen
PartnerInnenschaft, Ehe, Trennung,					http://www.wienkav.at/kav/wil/ZeigeText.asp?ID=49719
	AK -Arbeiterkammer	AK	kostenlos, auch ohne Termin, Telefonberatung		Beratung zu Karenz, Kinderbetreuungs-geld, Mutterschutz, Beihilfen
					https://wien.arbeiterkammer.at
	Frautelefon 01 408 70 66	MA57	Für Frauen. Anonym, Kostenlos, Vertraulich. Telefon- & persönliche Beratung.		Rechts- und Sozialberatung für Frauen. Schwerpunkt Ehe- & Familienrecht.
					https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/beratung/frautelefon/index.html
PartnerInnenschaft, Ehe, Trennung,	Paar- und Familienberatungsstellen	MA11	vertraulich, kostenlos, Termin notwendig (Angebot je 1Tag/Woche 3h); Terminvereinbarung auch via MA11-Servicestelle (siehe "Allgemein KiJuFam")		psychosoziale & rechtliche Beratung. U.a. bei PartnerInnen- und Familienkrisen. Familienrechtsberatung (insbes. Scheidung/ Unterhalt). 6 Standorte. Schwerpunkte: Psychosomatik (16.Bez); MigrantInnen (15.Bez).
					www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/paarberatung.html
	Partner-, Familien- & Sexualberatung	Familie & Beratung	kostenlos, vertraulich, Termin notwendig		Schwerpunkt Sexualberatung für Paare und Einzelpersonen. Gefördert durch die MA11.
Alleinerziehen					www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/partnerberatung.html
	JUNO - Zentrum für Getrennt- und Alleinerziehende	JUNO	anonym, mehrsprachig, teils auf Spendenbasis, teils sozial gestaffelte Preise nach Selbsteinschätzung.		Peer-Beratung durch Alleinerziehende Fachkräfte. Sozialberatung, Psychologische Beratung, Berufscoaching, Elternberatung/Elternmoderation, Wohnprojekte, Selbsthilfegruppe,
					https://www.alleinerziehen-juno.at/
Kinder und Jugendliche	alleinerziehen.at	MA57	niederschwellig		Online-Plattform mit ausführlichen Infos & Link-Sammlungen für Alleinerziehende
					http://www.alleinerziehen.at/
	Jugendinfo	wienXtra	anonym, kostenlos, ohne Termin, auch "nur mal schauen" möglich, 14:30-18:30, für 13-26-Jährige & ihre Bezugspersonen, Online-Beratung		Information & (Erst-)beratung zu diversen Themen; auch für Fachkräfte; Vermittlung zu diversen jugendspezifischen Einrichtungen, Anwaltliche Erstberatung, Bewerbungs-Check, Info-Materialien,
					https://www.wienextra.at/jugendinfo/

Kinder und Jugendliche	Rat auf Draht 147		Niederschwellig, anonym, via Telefon		24h Telefonberatung für Kinder, Jgdl & deren Bezugspersonen (inkl. Fachkräfte) www.rataufdraht.at/
	Mobile Jugendarbeit (aufsuchend, mobil, Streetwork)	diverse (in ganz Wien)	niederschwellig, aufsuchend, im öffentlichen Raum, häufig mit Anlaufstelle für Beratung, in diversen Bezirken.	x	Div. Angebote. u.a. für junge Menschen die den Großteil ihrer Freizeit im öffentlichen Raum verbringen. Beratung, Begleitungen, etc. https://www.wien.gv.at/freizeit/bildungjugend/jugend/mobile.html
	Jugendzentren, Jugendtreffs	diverse (in ganz Wien)	niederschwellig, Angebote für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene	(x)	Div. offene Angebote in sämtlichen Bezirken für verschiedene Altersgruppen; teilweise auch Beratung & Begleitung. www.wien.gv.at/freizeit/bildungjugend/jugend/indoor.html
	Koordinations-stelle Bildung & Beruf		niederschwellig via Homepage, übersichtliche Info-Blätter		Aktueller Überblick zu Angeboten für Jugendliche & junge Erwachsene am Übergang Schule & Beruf. www.koordinationsstelle.at/angebotslandschaft.html
	Sprungbrett für Mädchen	sprungbrett	für Mädchen & junge Frauen; 10-21a, kostenlos, vertraulich, mit Termin		allgemeine Beratung. Themen u.a.: Schule, Ausbildung, Beruf, Sexualität, etc. https://sprungbrett.or.at/maedchen/fuer-maedchen/
	Jugendberatung Männergesundheitszentrum	MEN	anonym, kostenlos, mehrsprachig (u.a. b/k/s,ru, tr, ku, fr), mit Termin		allgemeine Beratung. Themen u.a. Schule, Beziehung, Freundschaft, Sexualität, Probleme mit ArbeitgeberIn, KollegInnen www.men-center.at/beratung-psychotherapie.html
	First Love - Jugendberatung & Ambulanz	ÖGF	anonym, kostenlos, ohne Anmeldung, online-Beratung	(x)	Beratung zu Liebe, Sexualität, Beziehung & gynäkologische Untersuchungen; https://oegf.at/firstlove/
	KJA - Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien	KJA Wien	kostenlos, anonym, vertraulich, Termin erwünscht; auf Eigeninitiative oder via Vermittlung durch Erwachsene & Institutionen	(x)	parteiliche Beratung & Intervention f. Kinder, Jgdl, junge Erw.; Themen: Obsorge, Verselbstständigung, Gewalt, Mobbing; auch Längerfristig & mit Begleitungen; Beratung auch f. Fachkräfte; Lobby-Arbeit https://kja.at
	die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen	die Boje	kostenlos, mit Termin, e-card notwendig, Vertragsambulatorium		Akuthilfe bei Tod, (psy) Erkrankung, Trennung von Eltern, (mit-erleben von) Gewalt; Diagnose & Therapie www.die-boje.at/
	Rainbows - für Kinder in stürmischen Zeiten	Rainbows	kostenpflichtig, für Kinder & Jgdl. Bei Trennung, Scheidung oder Tod naher Bezugspersonen	(x)	Unterstützung für Kinder & Jugendliche, Gruppenangebote nach Trennung/ Scheidung der Eltern, Trauerbegleitung, Feriencamps, Elternberatung https://www.rainbows.at/
Kinderschutz – sexualisierte	die möwe – Kinderschutz-zentrum	die möwe	Nieder- bis Hochschwellig. U.a. anonym, kostenlos, Telefon- & Onlineberatung, persönliche Beratung mit Termin; auf Eigeninitiative oder Vermittlung durch Erwachsene & Institutionen	(x)	schnelle, unbürokratische Unterstützung für Kinder & Jgdl die von Gewalt/Missbrauch betroffen sind; Psychosoziale & juristische Prozessbegleitung; Psychotherapie (mit Diagnose & Zuweisung Kostenübernahme durch GKK); Klinisch-Psychologische Diagnostik; Beratung für Fachkräfte & andere Bezugspersonen https://www.die-moewe.at
	Kinderschutz-zentrum Wien	Kinderschutz-zentrum	kostenlos, vertraulich		Hilfe & Beratung bei Gewalt gegen Kinder & Jgdl; Psychotherapie, Elternberatung, HelferInnenberatung für Fachkräfte http://kinderschutz-wien.at/

Kinderschutz - Gewalt	Selbstlaut - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen	Selbstlaut	kostenlose Beratung zu sexueller Gewalt für Fachkräfte & Bezugspersonen v. Kindern/Jgdl; Telefonberatung,	(x)	Verdachtsbegleitung & (längerfristige) Beratung, Interventionsbegleitung (Interventionsplanung, Vernetzung, Organisation/Moderation v. HelferInnenkonferenzen, Gefährdungsmeldungen), Erziehungsberatung, Prävention
					http://selbstlaut.org
	Mädchenberatung für sexuell missbrauchte Mädchen & junge Frauen	Mädchenberatung	kostenlos, niederschwellig, mit Termin		Prozessbegleitung, kurz- und längerfristige Beratung & Therapie, Fachliche Unterstützung f. HelferInnen die sexuellen Missbrauch vermuten, Organisation von HelferInnenkonferenzen, Supervision
					www.maedchenberatung.at
	Krisenzentren	MA11	Zugang Mo-Fr 8-15:30 via MA11-Regionalstellen, sonst via Polizei oder direkt via Telefon.		Unterbringung von Kindern & Jgdl bei akuter Gefahr. 3-15 Jahre: 12 regionale Krisenzentren (wohnnah); 15-18 Jahre: überregionale Krisenzentren (m&w)
					https://www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/krisenzentren.html

Tabelle 28: Überblick Kinder, Jugend, Familie, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten

10.4.8 Häusliche Gewalt

	Name	Träger	Zugang	Beschreibung	Link
Häusliche Gewalt	Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	Interventionsstelle	kostenlos, vertraulich, ohne Anspruchsvoraussetzung, via Meldung durch Polizei, Mo-Fr 8:30-20Uhr, Sa 8:30-13Uhr, Mehrsprachig (15 Sprachen + Dolmetschoption)	Information & Beratung, Begleitung zu Behörden, psychosoziale & juristische Prozessbegleitung für Betroffene und deren Kinder. Bei Wegweisung erfolgt Meldung von der Polizei an die Interventionsstelle. Diese nimmt Kontakt mit Betroffenen auf.	www.interventionsstelle-wien.at/
Frauen- und Mädchenspezifische Angebote	Frauennotruf der Stadt Wien & Beratungsstelle	MA57	24h via Telefon, Persönliche Beratung mit Termin, kostenlos, vertraulich, anonym, ab 14 Jahren, Mehrsprachig (+DolmetscherInnen)	Soforthilfe & Krisenintervention, Begleitung zu Behörden und ins Krankenhaus. Psychologische, sozialarbeiterische und juristische Beratung; Weitervermittlung.	www.wien.gv.at/menschen/frauen/beratung/frauennotruf/
	Frauenhelpline gegen Gewalt (bundesweit)	AÖF	24h via Telefon, kostenlos, vertraulich, anonym, mehrsprachig (ar, b/k/s, en, ro, tr, hu)	Telefonische Erst- und Krisenberatung; Orientierungsberatung; Auch mehrmalig/über längeren Zeitraum	www.frauenhelpline.at
	Frauenhaus Notruf	Wr. Frauenhäuser	24h via Telefon	Vermittlung von Wohnplätzen in Frauenhäusern	www.frauenhaeuser-wien.at
	Beratungsstelle für Frauen (Verein Wiener Frauenhäuser)	Wr. Frauenhäuser	kostenlos, anonym, mit Termin, mehrsprachig (tr, en, it +Dolmetschoption), persönlich & via Telefon	Psychosoziale Beratung (Themen: Schutz, Sicherheit, psych. Stabilisierung & Stärkung, Angehörigenberatung, Trennung, Scheidung), Medizin.- & Rechtsberatung, Prozessbegleitung	www.frauenhaeuser-wien.at/beratungsstelle.htm
	Frauenberatungsstelle bei sexueller Gewalt , autonomer Notruf für vergewaltigte Frauen & Mädchen	Verein Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen	anonym, kostenlos, ab 14 Jahren, nicht an Anzeige gekoppelt, Für Betroffene, Bezugspersonen & div. Fachkräfte (LehrerInnen..)	Anzeigenberatung, psychosoziale & juristische Prozessbegleitung, Beratung, Sozialservice, begleitende Weitervermittlung, Coaching für MultiplikatorInnen & div. Fachkräfte	www.frauenberatung.at/
	tamar - Beratung für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen, Mädchen & Kinder	tamar	kostenlos, anonym, mit Termin, mehrsprachig (tr, en, it +Dolmetschoption), persönlich & via Telefon	Beratung für Betroffene, schützende Angehörige und Bezugspersonen, Prozessbegleitung, Psychotherapie	https://tamar.at/
	Orient Express - Beratungsstelle für arabisch- und türkischsprachige Frauen	Orient Express	türkisch- und arabisch-sprachige Beratung, Online-Beratung, kostenlos, anonym, vertraulich	familiäre & partnerschaftl. Probleme, Trennung/ Scheidung, Gewalt, FGM, Aufenthaltsrecht, Generationenkonflikte, Deutschkurse, Zwangsheirat (Notwohnung, Krisenintervention)	www.orientexpress-wien.com/
Männerspezifisch	Männernotruf 0800-246 247	Männernotruf Steiermark	24h via Telefon, kostenlos, vertraulich, anonym, für Männer in Krisen- und Gewaltsituationen	Unterstützung um Gewaltausbrüche zu verhindern, Beratung für von Gewalt betroffene Männer, Erstberatung, Krisenintervention, Vermittlung	www.maennernotruf.at

	Männerberatung	Männerberatung	mit Termin, Angebote mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen (freiwillig, mit Weisung, via ams, teils kostenlos)	Opferschutz, Gewaltprävention (Anti-Gewalt-Therapie & Trainings), Beratung zu Identität, Beziehung, Sexualität, Gewalt, Vaterschaft, Einsamkeit, Rechtsfragen u.a.; Psychotherapie	www.maenner.at/
Opferschutz	Opfernotruf	weißer Ring	24h via Telefon, kostenlos, anonym, vertraulich, für Verbrechenopfer und deren Bezugspersonen	Entlastung, Orientierungshilfe, Krisenintervention, Beratung zu Opferrechten, psychosoziale, rechtliche und praktische Information, Vermittlung	www.opfer-notruf.at
	Verbrechensopferhilfe	weißer Ring	kostenlos, unbürokratisch, rasch, alle Altersgruppen	persönliche juristische und psychologische Beratung, Materielle Unterstützung, Prozessbegleitung, Organisatorische Hilfe	www.weisser-ring.at/
Diverses	Neustart	Neustart	kostenlos, anonyme Online-Beratung; aus Eigeninitiative oder via Zuweisung	Prozessbegleitung: Schwerpunkt situative Gewalt (durch Fremde, Raub,...) & männliche Opfer; Prävention, Stalking, Resozialisierungshilfe, Tatausgleich, Vermittlung	www.neustart.at
	Beratungstelefon bei Gewalt gegen ältere Menschen	Pro Senectute	Telefonberatung, Online-Beratung, Für Betroffene diverser Gewaltformen, ZeugInnen, Angehörige & professionelle Pflegekräfte	psychosoziale Beratung, Meldung von Vorfällen, Beratung für Angehörige und Pflegekräfte, die befürchten selbst Gewalt bei der Betreuung und Pflege anzuwenden	www.gewaltfreies-alter.at
	Koordinationsstelle Verschleppung und Zwangsheirat	Orient Express	anonym, kostenlos, Für Betroffene, HelferInnen und MultiplikatorInnen	Bundesweite Koordination bei Verschleppungsfällen (Heiratsverschleppung & Verschleppung als "Bestrafung"), Rückholung, Coaching für MultiplikatorInnen, Notwohnung für Frauen & Mädchen	www.orientexpress-wien.com/koordinationsstelle

Tabelle 29: Überblick Häusliche Gewalt, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten

10.4.9 Gesundheit

Name	Träger	Einsatzzeit- und gebiet	Mo bil	Beschreibung	Link
Louisebus	Caritas	Einsatzzeiten an 5 Tagen an unterschiedlichen fixen Plätzen (Franz-Josefs Bahnhof, Praterstern, Tageszentren)	X	medizinische Versorgung von ÄrztInnen und freiwilligen MitarbeiterInnen für wohnungslose, nicht-krankenversicherte Menschen, die das österreichische Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen können	https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/medizinbus-louisebus/
Gesundheitszentrum	Neunerhaus	Öffnungszeiten von Montag bis Freitag		Soziale und medizinische Versorgung durch multiprofessionelles Team (Allgemeinmedizinerinnen, SozialarbeiterInnen, diplomierten Krankenschwester, ZahnärztInnen; Videodolmetsch Für wohnungslose und nicht-versicherte Menschen	https://www.neunerhaus.at/kontakt/neunerhaus-gesundheitszentrum/
Mobile ÄrztInnen	Neunerhaus	In 24 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	x	AllgemeinmedizinerInnen bieten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe medizinische Versorgung an	https://www.neunerhaus.at/konzepte/neunerhaus-gesundheitszentrum/
AmberMed	Diakonie	Allgemeinmedizin (von Mo-Do), fachärztliche Ordination (Gynäkologie, Urologie, Neurologie, Kardiologie) (nach Terminvereinbarung)		ambulant-medizinische Versorgung, psychosoziale Beratung und Medikamentenhilfe für nicht-krankenversicherte Menschen AllgemeinmedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, (ehrenamtliche) TherapeutInnen AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen	http://www.amber-med.at/amber/medizinische-versorgung

Tabelle 30: Niederschwellige medizinische Gesundheitsversorgung; Quelle: eigene Darstellung

Name	Träger	Zugang	Mobil	Beschreibung	Link
FSW-KundInnentelefon	FSW	kostenlos, anonym, Mo-So 8-20Uhr; 01-24524		Beratung zu sämtlichen Angeboten des FSW, Weitervermittlung	www.fsw.at
24h-Pflegenotdienst	Die Johanniter	unbürokratisch, kostenlos, 24h erreichbar, Anforderung durch KlientInnen, Angehörige, Ambulanzen, Rettung, Ärztfunkdienst, HausärztInnen	x	Häusliche Pflege in Notsituationen durch DGKPs: z.B. nach Spitalsentlassung, wenn Pflegepersonal erkrankt oder für Wundversorgung. Teils mehrstündige Wartezeit, ein Auto für ganz Wien. Finanziert durch Spenden & FSW.	www.johanniter.at/angebote/pflege-und-soziale-dienste/pflegenotdienst
Nachbarschaftszentren	Hilfswerk	niederschwellig, kostenlos, 10x in Wien, teils mehrsprachig		Freiwilliges Engagement, Gruppen (Begegnung, Bewegung, Kreatives), Sozialberatung, Gesundheitsberatung, Psychologische Beratung	www.nachbarschaftszentren.at
Hilfe bei Krisen und Suizidgefährdung im Alter	Kriseninterventionszentrum Wien	kostenlos (via GKK), Anmeldung erwünscht (Erstgespräche auch ohne möglich),		Beratungsgespräche für Betroffene, pflegende Angehörige und professionelle HelferInnen; Telefon- und email-Beratung, Mo-Fr 10-17Uhr	http://krisen-im-alter.at/
Psychosoziale Angehörigenberatung	Caritas	kostenlos, mit Termin, Hausbesuch möglich, Mo-Fr 8-17Uhr	x	Beratung für pflegende/ betreuende Angehörige, Gesprächsgruppen (mit Schwerpunkt Demenz)	www.caritas-pflege.at/wien/angehoerige/psychosoziale-angehoerigenberatung/
Superhands	Johanniter	Telefonhotline & Online-Beratung, anonym, kostenlos, niederschwellig		Information, Beratung und Entlastung für Kinder & Jugendliche die Angehörige pflegen.	www.superhands.at/about/

Tabelle 31: Überblick Alter und Pflege, Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Organisationswebseiten

	Name	Träger	Zugang	Mo bil	Beschreibung	Link
Mobile Akutintervention	Akutbetreuung Wien (ABW)	Stadt Wien, Magistratsdirektion	Anforderung über Leitstelle der Berufsrettung, Rettungsorganisationen, Polizei, Feuerwehr	x	Akutbetreuung von Betroffenen, Angehörigen, AugenzeugInnen bei außerordentlich belastenden Ereignissen; Anforderung über die Leitstelle der Berufsrettung durch Rettungsorganisationen, Polizei, Feuerwehr.	https://www.wien.gv.at/menschen/sicherheit/krisenmanagement/akutbetreuung/index.html
	Psychiatrische Soforthilfe	Psychosozialer Dienst (PSD)	Telefonisch 24/7 erreichbar, mobiler psychiatrischer Krisendienst wochentags 8-16h und Fr 20h – So 20h.	x	Verbund aus Sozialpsychiatrischen Notdienst, Mobilen Psychiatrischen Krisendienst und der PsychoSozialen Information im Rahmen des PSD; Bietet Beratung und Information für Betroffene und Angehörige, psychiatrische Akutintervention und Medikation. Versteht sich als Clearingstelle bei komplexen Problemlagen.	https://www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/soforthilfe.html
Beratungsstellen für psychische Belastungssituationen, Krisen	Sozialpsychiatrischer Notdienst	Psychosozialer Dienst	Telefonisch 24/7 erreichbar; Persönlich am Standort in 1060 Wien		Bietet Beratung und Information für Betroffene und Angehörige, psychiatrische Akutintervention und Medikation. Versteht sich als Clearingstelle bei komplexen Problemlagen.	www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/soforthilfe.html
	Kriseninterventionszentrum	Kriseninterventionszentrum	Telefonisch Mo - Fr 12h - 16h; Persönlich Mo - Fr 10h - 17h; Per Email		Beratung in Krisen und Belastungssituationen für Betroffene, Angehörige und MitarbeiterInnen von psychosozialen Einrichtungen mit KlientInnen in akuten Krisensituationen; Angebot Erstgespräch und Beratung sowie therapeutische und medikamentöse Behandlung; Paar- und Familienberatung, Sozialberatung und Weitervermittlung.	www.kriseninterventionszentrum.at
	FEM - Frauengesundheitszentrum	Institut für Frauen- und Männergesundheit	Telefonische Terminvereinbarung Mo - Do 9h - 15h; Fr 9h - 12h		An zwei Standorten wird bei FEM, FEM Elternambulanz und FEM Süd Beratung, Unterstützung und Kursangebote für Frauen, Mädchen, Eltern in unterschiedlichen Lebenslagen zu unterschiedlichen Themen und bei allgemeinen psychischen Belastungen. Angebot teils mehrsprachig.	www.fem.at/FEM/fem.htm
	MEN - Männergesundheitszentrum	Institut für Frauen- und Männergesundheit	Terminvereinbarung telefonisch Mo, Mi, Do 9h - 13h, oder per Email		Beratung, Therapie und Workshops für Männer, Väter, Burschen, insbesondere zu Themen und Bereichen mit Gesundheitsrisiko, insb. für sozial benachteiligte Gruppen. Mehrsprachige Beratung.	www.men-center.at
	Erste Klinisch-psychologische Ambulanz	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen BÖP	telefonische Terminvereinbarung		Kostenlose Beratung und Begleitung durch klinische PsychologInnen in psychischen Belastungssituationen	www.psychologieambulanz.at

Psychische Erkrankung ¹⁵²	SFU Ambulanz	Sigmund Freud PrivatUniversität Wien	Persönliche Vorsprache Mo-Do 9 - 20, Fr 9 - 13Uhr	Psychologische Behandlung, Diagnostik, Beratung sowie themenspezifische Ambulanzen (Messie, Gedächtnis, Kinderpsychologie, Forensik, Mensch-Tier, Bipolarität). Behandlungskosten einkommensabhängig gestaffelt.	https://ambulanz.sfu.ac.at/de/psychologie-universitaetsambulanz/
	Psychotherapeutische Ambulanz	ÖAAG	Clearinggespräch nach telefonischer Terminvereinbarung	Kostenlose bzw. einkommensabhängig gestaffelte Therapieangebote (Gruppen-, Einzel-, Paar-, Familientherapie).	https://pt-ambulanz.at/
	Psychiatrische Ambulanzen Allgemeines Krankenhaus	Allgemeines Krankenhaus	Hauptambulanz Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie Mo - Fr 8 - 14Uhr mit Überweisung; Notfallambulanz Mo - Fr 14 - 8 Uhr, Sa, So, feiertags 24/7	Notfallambulanz und Ambulanz für ambulante Behandlung, Spezialambulanzen für spezifische Krankheitsbilder, ambulante und stationäre Angebote, Diagnostik und Behandlung.	www.psychiatrie.meduni-wien.ac.at
	Psychiatrische Abteilung, Psychotherapiestation und Psychotherapeutische Tagesklinik Otto-Wagner-Spital	KVA	Erstgespräch nach Zuweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung und auf eigenen Wunsch	Psychiatrische Ambulanzen für 1., 5. - 9., 17. - 19., 20. - 21. Bezirk, Psychotherapiestation und Psychotherapeutische Tagesklinik, in Erstgespräch Abklärung der geeigneten stationären, ambulanten oder extramuralen Behandlung bzw. Betreuung	http://www.wien-kav.at/kav/ows/
	Psychiatrische Ambulanz und Psychiatrische Abteilungen Sozialmedizinisches Zentrum Süd	KVA	Erstbegutachtung und Krisenintervention, wenn extramurale Einrichtungen nicht verfügbar sind; Mo - Fr 8 - 12:30 Uhr	Psychiatrische Ambulanz für Krisenintervention und Erstbegutachtung wenn extramurale Einrichtungen nicht verfügbar sind sowie stationäre Behandlung	http://www.wien-kav.at/kav/kfj/

¹⁵² Stationäre Psychiatrien in Krankenhäusern werden zwar durch das Rettungswesen angefahren, sind hier aber nicht als mobil gekennzeichnet, da unser Fokus auf Angeboten liegt, die das Rettungswesen nicht beanspruchen. Wenn mit Einrichtung des PPV 2030 wie geplant eigene mobile Ressourcen installiert werden, sind sie nach dem hier angewandten Schema als mobil zu bezeichnen.

Allgemeine Psychiatrische Abteilung Rudolfstiftung	KAV	Überweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung		Allgemeine Psychiatrische Abteilung mit Therapiezentrum für psychische Krisen und Erkrankungen, stationäre, halbstationäre und ambulante Behandlung und Betreuung	http://www.wien-kav.at/kav/kar/medstellen_anzeigen.asp?ID=3329&txt=TRUE
Psychiatrische Ambulanz und psychiatrische Abteilung Sozialmedizinisches Zentrum Ost Donaustadt	KAV	PatientInnen aus 2., 22., Bezirk, Zuweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung		Akutpsychiatrische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Station, u.a., für Notfälle und Behandlung nach Zuweisung	http://www.wien-kav.at/kav/dsp/medstellen_anzeigen.asp?ID=79
Psychiatrische Abteilung Krankenhaus Hietzing	KAV	PatientInnen aus dem 12., 13., 23. Bezirk, Zuweisung durch Facharzt oder extramurale Einrichtung.		Stationäre Psychiatrie für 12., 13., 23. Bezirk, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Peripartalambulanz, Akut- und Sozialpsychiatrie, Tagesklinik, Therapiezentrum.	http://www.wien-kav.at/kav/khr/medstellen_anzeigen.asp?ID=3480
Ambulanzen für Psychische Gesundheit in den Gesundheitszentren der WGKK	WGKK	Telefonische Terminvereinbarung		Psychiatrische Beratung und Behandlung und psychotherapeutische Behandlung nach Terminvereinbarung in drei Gesundheitszentren der WGKK. Wartezeit: psychiatrische Behandlung 1-4 Monate; Psychotherapeutisches Erstgespräch 3-6 Monate, Behandlungsplatz aktuell 2 Jahre.	https://www.wgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.747566
Sozialpsychiatrische Ambulatorien des Psychosozialen Dienstes (PSD)	PSD	Telefonische Terminvereinbarung erbeten, akute Krisenintervention nach Möglichkeit		8 Sozialpsychiatrische Ambulatorien mit Bezirkszuständigkeit für psychisch kranke Erwachsene, psychologische Diagnostik, Behandlung und ambulante Betreuung, Koordination medizinischer und sozialer Unterstützungsleistungen. 5 Spezialambulatorien für Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Tagesklinik, Psychotherapie und Tageszentrum für Borderlinestörung, psychiatrische Frührehabilitation und Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum.	https://www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/ambulatorien.html
Psychiatrische Soforthilfe	Psychosozialer Dienst (PSD)	Telefonisch 24/7 erreichbar, Mobiler psychiatrischer Krisendienst wochentags 8-16h, Fr 20h – So 20h verfügbar:	x	Verbund aus Sozial-psychiatrische m Notdienst, mobilem psychiatrischen Krisendienst und der Psychosozialen Information im Rahmen des PSD; Beratung und Information für Betroffene und Angehörige, psychiatrische Akutintervention und Medikamentation. „Clearingstelle“ für komplexen Problemlagen.	https://www.psd-wien.at/einrichtungen/behandlung/sofort-hilfe.html

Mobil-, voll-/ teilbetreutes Wohnen	FSW Pflege und Betreuung	FSW und diverse Trägerorganisationen	Telefonischer Kundendienst täglich 8-20h, persönlich in Beratungszentren.	x	Telefonische Erstberatung bei Bedarf mit Hausbesuch zur Abklärung des Unterstützungsbedarfs. Zielgruppe Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf. Beratung kostenlos, Betreuungsangebote einkommensabhängig gestaffelt.	https://www.fsw.at/p/pflege-betreuung
	Verschiedene Organisationen, Bewilligung durch FSW Behindertenhilfe	FSW und diverse Trägerorganisationen	Telefonischer Kundendienst täglich 8-20h, persönlich in Beratungszentren.		Zielgruppe Menschen mit Pflege-/Betreuungsbedarf auf Grund psychischer Erkrankung. Telefonische und persönliche Beratung durch FSW KundInnentelefon, Leistungen durch verschiedene Trägervereine, auf Antrag bei Bewilligung nach Begutachtungsverfahren.	www.fsw.at/p/behinderung

Tabelle 32: Überblick Angebote für psychische Erkrankung und Krise in Wien. Quelle Fonds Soziales Wien 2019b und Organisationswebseiten, eigene Darstellung.

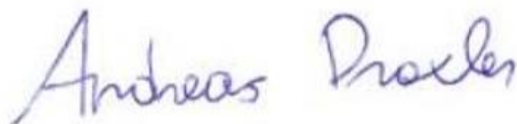
Eidesstattliche Erklärungen

Ich, **Andreas Draxler**, geboren am **30.04.1992** in **Oberpullendorf**,
erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, 26.04.2019

Unterschrift



Ich, **Tamima Baldass**, geboren am **28.03.1981** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, 26.04.2019

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T. Baldass', with a stylized, cursive script.

Ich, **Judith Katzlinger**, geboren am **11.01.1988** in **Innsbruck**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, 26.04.2019

Unterschrift



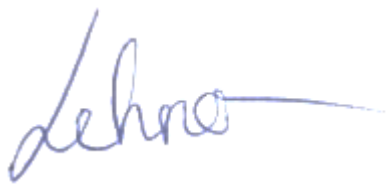
Judith Katzlinger

Ich, **Sophie Lehner**, geboren am **04.02.1995** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, 26.04.2019

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lehner', with a long horizontal stroke extending to the right.