



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Pflege und Wohnungslosigkeit -

„Die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen
Menschen in sozial betreuten Wohnhäusern aus der
Sicht des Diplomierten Gesundheits- und
Krankenpflegepersonals“

Verfasserin

Heidelinde Hedwig Weber

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Berta Schrems

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere mit dieser Erklärung, dass ich diese von mir abgegebene schriftliche Arbeit selbstständig verfasst und hierfür keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich sichere zu, dass die vorliegende Arbeit weder im In- noch im Ausland einem Beurteiler/einer Beurteilerin, in irgendeiner Form zur Begutachtung vorgelegt wurde.

Des Weiteren versichere ich, dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Mir ist bewusst, dass ich bei einem eventuellen Verstoß mit Konsequenzen zu rechnen habe.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Danken möchte ich,

- meinem Papa, der leider nicht mehr bei mir sein kann, für sein immerwährendes Vertrauen, seine Liebe und emotionale sowie finanzielle Unterstützung während meines Studiums.
- meiner Mama, die immer an mich glaubt und mich positiv stärkt.
- meiner Oma, die wesentlich dazu beitrug, dass ich dieses Studium durchführen konnte.
- meiner Tochter Anna für ihre Geduld während lernintensiver und arbeitsreicher Zeiten.
- meinem Partner Werner für seine Liebe, seine aufbauenden Worte, seine Geduld, sein hilfreiches Feedback und die technischen Mühen während der Erstellung der Diplomarbeit.
- Maria Pollack für das Korrekturlesen dieser Arbeit.
- allen meinen Studienkollegen, die wesentlich dazu beitrugen, dass die Studienzeit für mich in schöner Erinnerung bleiben wird, und die in nicht immer leichten Zeiten stets ein offenes Ohr für mich hatten.
- Frau Mag. Dr. Berta Schrems für den fachlichen Austausch, ihr stärkendes Feedback und die professionelle Begleitung dieser Arbeit.
- den Interviewpartnern für die Zeit, die sie sich für das Gespräch genommen haben, und ihre Offenheit, die es mir ermöglichte, einen Einblick in ihre Arbeit zu bekommen.

Zusammenfassung

Hintergrund: Wohnungslose Menschen sind aufgrund ihrer gesundheitsbelastenden Lebensbedingungen meist beträchtlich vorgealtert und haben einen großen Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung. Die Integration dieses Personenkreises in die klassische Altenpflege ist hinsichtlich der Lebensgeschichte, die zumeist geprägt ist durch soziale Schwierigkeiten, der Voralterung sowie psychiatrischer Störungen kaum möglich. Statistiken zeigen, dass ein Bedarf an Unterbringung für ältere Wohnungslose besteht. Die Wiener Wohnungslosenhilfe hat dies erkannt und „Sozial betreute Wohnhäuser“ errichtet, in denen Wohnungslosen ein Wohnraum sowie professionelle medizinische, pflegerische und soziale Betreuung angeboten wird. Die Begleitung und Versorgung wird von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als auch von anderen Berufsgruppen, wie z.B. Ärzten und Sozialarbeitern vor Ort, gewährleistet. Eine Literaturrecherche in Hinblick auf ältere wohnungslose Menschen und deren pflegerische Versorgung hat ergeben, dass das subjektive Erleben der Pflegepersonen in der Arbeit mit älteren Wohnungslosen bisher kaum näher erforscht wurde.

Forschungsfragen: „Wie beschreiben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals wohnungslose Menschen ihr Arbeitsfeld?“ und „Wie erleben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen in sozial betreuten Wohnhäusern?“

Methode: Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstandardisierter Interviews mit acht Pflegepersonen aus sozial betreuten Wohnhäusern. Zur Auswertung der Daten wurde ein interpretativ-reduktives Verfahren herangezogen.

Ergebnisse: Beziehungsaufbau und Kommunikation mit älteren ehemals Wohnungslosen können als wesentliche Aspekte des pflegerischen Handelns definiert werden. Die Pflegepersonen übernehmen eine beratende Rolle und sind Ansprechpartner für gesundheitliche Fragen. Sie sind dafür verantwortlich, ein Gesundheitsbewusstsein bei älteren ehemals Wohnungslosen zu schaffen. Dieser Aufgabenbereich wird von den Befragten als herausfordernd erlebt. Des Weiteren sind sie „Vermittler“ zwischen dem Wohnungslosen und dem gesundheitlichen Versorgungssystem. Belastungen der Pflegepersonen resultieren aus dem Verhalten der Bewohner sowie aus deren körperlich-seelischen Zustand. Ablehnung von Seiten der älteren ehemals Wohnungslosen gegenüber

Hilfeangeboten zu akzeptieren, den körperlichen Verfall sowie das Sterben der Bewohner mitzuerleben, wird von den Befragten als belastend wahrgenommen. Als Entlastungsstrategien wenden die Pflegepersonen zum Beispiel das Gespräch mit Kollegen an. Soziale Kompetenzen, wie Offenheit und Wertfreiheit gegenüber der Lebensgeschichte und dem Verhalten der Bewohner, werden als wesentliche Voraussetzung angesehen, um in diesem Feld tätig sein zu können. Positive Rückmeldungen von den Bewohnern, die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns zu sehen sowie vielfältige Möglichkeiten und Herausforderungen tragen unter anderem dazu bei, dass alle Befragten ihre Arbeit als positiv erleben.

Abstract

Background: Due to health-straining living conditions homeless people age very often prematurely and need extensive medical and nursing care. The integration of this group of people into the classic elderly care is hardly possible considering the biographies characterised by social problems, pre-mature aging and psychiatric disorders. Statistics reveal a demand for the accommodation of the elderly homeless. The „Wiener Wohnungslosenhilfe“ (Viennese Homeless Assistance) has identified this demand and established „Sozial betreute Wohnhäuser“ (residence houses with social assistance) providing housing space for the homeless as well as professional medical, nursing and social care. The clients are supported and treated by nurses in cooperation with other professional groups, such as doctors and social workers. Literature research concerning nursing care for elderly homeless people shows that the personal experience of nurses working with elderly homeless persons has hardly been investigated.

Leading questions: „How do nurses describe their field of work in socially assisted housing institutions for elderly formerly homeless persons?“ and „How do nurses experience their work with elderly formerly homeless persons in socially assisted housing institutions?“

Research method: Dealing with the leading questions a qualitative research approach was applied. Data were gathered by using partly-standardised interviews with eight nurses from socially assisted housing institutions. For data analysis an interpretive-reductive technique was used.

Results: The major aspects of their nursing activities can be summarised in establishing relationships and communicating with their clients. Nurses in this field of work become counseling partners for their clients. They are contact persons concerning health matters. In this position they are responsible to establish health awareness in elderly formerly homeless persons and encourage them to benefit from medical and nursing care. This responsibility is experienced as a challenge. Furthermore they are an intermediary between the homeless and the health care system. The behaviour, the physical and mental conditions of the residents are the two components that imply stress for nurses. To accept the refusal of assistance by an elderly formerly homeless and to experience the physical deterioration and death of a client are other stress factors mentioned. A strategy of relief for nurses is to communicate and discuss the problem with co-workers. Essential requirements identified to be working in this field are social skills, such as open-mindedness and unbiasedness to the biographies and behaviour of the residents. All interviewees experience high job-satisfaction

which can be ascribed to the following reasons: to get positive feedback by the clients, to recognise the meaningfulness of this work, to have a variety of possibilities and challenges.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	15
2. LITERATURÜBERBLICK	17
3. DEFINITION UND ABGRENZUNG DER BEGRIFFE „PFLEGE“ UND „WOHNUNGSLOSIGKEIT“	18
3.1. WOHNUNGSLOSIGKEIT	18
3.1.1. <i>Obdachlose Menschen</i>	19
3.1.2. <i>Wohnungslose Menschen</i>	20
3.1.3. <i>Menschen in ungesicherten Wohnverhältnissen</i>	20
3.1.4. <i>Menschen in ungenügenden Wohnverhältnissen</i>	20
3.2. PFLEGE	21
4. ALLGEMEINES ZUR LEBENSLAGE „WOHNUNGSLOS“	23
4.1. ZAHLEN ZUR WOHNUNGSLOSIGKEIT IN ÖSTERREICH	23
4.2. PROFIL DER WOHNUNGSLOSIGKEIT IN ÖSTERREICH	26
4.2.1. <i>Geschlecht und Altersverteilung</i>	26
4.2.2. <i>Sozioökonomischer Status</i>	28
4.3. ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZUR WOHNUNGSLOSIGKEIT.....	28
4.3.1. <i>Personenzentrierte individualisierende Erklärungsansätze</i>	28
4.3.2. <i>Soziologisch strukturelle Erklärungsansätze</i>	30
4.4. URSACHEN VON WOHNUNGSLOSIGKEIT	31
5. ZUR GESUNDHEITLICHEN SITUATION WOHNUNGSLOSER MENSCHEN	34
5.1. SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT.....	34
5.1.1. <i>Soziale Ungleichheit und Wohnungslosigkeit</i>	36
5.1.2. <i>Lebensumwelt als gesundheitliche Belastung</i>	37
5.1.3. <i>Bewältigungsressourcen</i>	38
5.1.4. <i>Zugang zu gesundheitlicher Versorgung</i>	41
5.1.5. <i>Individuelles Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit</i>	44
5.1.6. <i>Gesundheitliche Ungleichheit – Morbidität und Mortalität bei Wohnungslosen</i>	46
5.2. KRANKHEITSBILDER BEI WOHNUNGSLOSEN MENSCHEN	47
5.2.1. <i>Physische Erkrankungen</i>	47
5.2.2. <i>Psychische Erkrankungen</i>	49
6. GESUNDHEITLICHE UND PFLEGERISCHER VERSORGUNG WOHNUNGSLOSER MENSCHEN	52
6.1. AUFSUCHENDE HILFE.....	52
6.2. STATIONÄRE HILFE – KRANKENHAUS	54

6.3.	LANGZEITHILFEN.....	55
6.4.	ANFORDERUNGEN AN DIE PFLEGEPERSON IN DER ARBEIT MIT WOHNUNGSLOSEN MENSCHEN.....	58
7.	MÖGLICHE ANSÄTZE FÜR PFLEGEFACHKRÄFTE IN DER ARBEIT MIT WOHNUNGSLOSEN	61
7.1.	TRANSKULTURELLE PFLEGE IN DER ARBEIT MIT WOHNUNGSLOSEN	61
7.2.	CASE MANAGEMENT.....	64
7.2.1.	<i>Begriffserklärung Case Management</i>	<i>65</i>
7.2.2.	<i>Kernfunktionen im Case Management</i>	<i>66</i>
7.2.3.	<i>Case Management Konzepte</i>	<i>67</i>
7.2.4.	<i>Case-Management-Regelkreis</i>	<i>68</i>
7.2.5.	<i>Case Management als Ansatz für Pflegefachkräfte in der Arbeit mit Wohnungslosen</i>	<i>70</i>
8.	METHODOLOGIE ZUR EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG	72
8.1.	METHODE UND FORSCHUNGSDESIGN	72
8.2.	FORSCHUNGSFRAGEN	72
8.3.	DATENERHEBUNG	73
8.4.	DATENAUSWERTUNG	76
9.	ERGEBNISDARSTELLUNG	77
9.1.	DAS ARBEITSFELD DER PFLEGEPERSONEN IN SOZIAL BETREUTEN WOHNHÄUSERN	77
9.1.1.	<i>Sozial betreute Wohnhäuser und ihre Bewohner.....</i>	<i>77</i>
9.1.2.	<i>Beziehungsaufbau und Kommunikation mit den Bewohnern</i>	<i>81</i>
9.1.3.	<i>Förderung von Behandlungseinsicht.....</i>	<i>83</i>
9.1.4.	<i>Überprüfung des Gesundheitsstatus und Organisation der Gesundheitsversorgung</i>	<i>84</i>
9.1.5.	<i>Verantwortlichkeiten und Rollen der Pflegepersonen - Pflegeverständnis</i>	<i>86</i>
9.1.6.	<i>Soziale Kompetenzen</i>	<i>89</i>
9.2.	ERLEBEN DER ARBEIT MIT EHEMALS WOHNUNGSLOSEN AUS DER SICHT DER PFLEGEPERSONEN	91
9.2.1.	<i>Herausforderungen</i>	<i>91</i>
9.2.2.	<i>Belastungen</i>	<i>96</i>
9.2.3.	<i>Entlastungsstrategien</i>	<i>104</i>
9.2.4.	<i>Arbeitszufriedenheit.....</i>	<i>105</i>
10.	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	108
11.	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	112
12.	GRENZEN DER ARBEIT	114
13.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	117
14.	LITERATURVERZEICHNIS	119
15.	TABELLENVERZEICHNIS	127

16.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	129
17.	ANHANG.....	131

1. Einleitung und Problemstellung

Wohnungslose Menschen stehen am Rand der Gesellschaft. Sie sind auf Grund ihrer sozialen Lage vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt und in vielerlei Hinsicht benachteiligt. Eine Personengruppe innerhalb der Gruppe Wohnungsloser stellen alte wohnungslose Menschen dar. Alter und Wohnungslosigkeit ist eine Thematik, die in der Literatur bisher kaum näher betrachtet wurde. Alte wohnungslose Menschen sind eine Randgruppe innerhalb der Randgruppe Wohnungsloser.

Bisher wurden keine Untersuchungen durchgeführt, die Auskunft darüber geben, wie viele ältere Menschen in Österreich von Wohnungslosigkeit betroffen sind. Die aktuellsten Statistiken zum Ausmaß von Wohnungslosigkeit in Österreich wurden von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) ermittelt. Die Daten beziehen sich jedoch nur auf Personen, die Kontakt zum Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe (WLH) hatten. Das heißt, dass jene Menschen, die auf der Straße leben, bisher nicht erfasst werden konnten. Demnach ergibt sich eine Zahl von 38.132 Personen, die im Jahr 2006 Angebote der WLH in Anspruch nahmen. Bei der Stichtagerhebung 2007 konnten 11.276 Personen erfasst werden, die zu diesem Zeitpunkt von der WLH betreut wurden. (vgl. Schoibl, Schoibl, Ginner, Witek, & Sedlak, 2009, S. VIff) Möchte man die Zahlen älterer Wohnungsloser erfassen, stellt sich die Frage, ab wann ein Mensch als alt bezeichnet werden kann? Bei der Gruppe Wohnungsloser ist die Definition von Alter äußerst schwierig, da die üblichen Alterskriterien nur begrenzt anwendbar sind. Auf Grund ruinöser Lebensbedingungen sind Wohnungslose körperlich meist erheblich vorgealtert, was sich im niedrigen Sterbealter widerspiegelt. Untersuchungen zu Folge liegt das durchschnittliche Sterbealter zwischen 46,5 - 63,3 Jahren. (Grabs, Ishorst-Witte, & Püschel 2008; Trabert 1995; Locher 1990) Betrachtet man die Zahlen zur Altersverteilung, ist die Hälfte der Männer in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe älter als 45 Jahre und ein Viertel der Frauen älter als 48 Jahre. (vgl. Graber, Haller, & Penz, 2008, S. 86) Wie Schoibl & Schoibl betonen, wird *„[...]Jes in Zukunft ohne Zweifel notwendig sein [...], auf altersspezifische Anforderungen in der Gestaltung der Hilfen gezielt Rücksicht zu nehmen.“* (Schoibl & Schoibl, 2006b) Betrachtet man den Altersunterschied von älteren Wohnungslosen und anderen Mitbewohnern in einem klassischen Altenheim, liegt der Unterschied in der Regel bei 15 bis 20 Jahren. Eine Integration dieser Personengruppe in die klassische Altenpflege ist auf Grund des Altersunterschiedes, der Alkoholsuchtproblematik sowie anderer sozialer Schwierigkeiten, wie z.B. Schulden, kaum möglich. (vgl. Reifferscheid, 2006, S. 50)

Die Wiener Wohnungslosenhilfe hat den Bedarf an Unterbringung für ältere ehemals Wohnungslose erkannt und für diesen Personenkreis „Sozial betreute Wohnhäuser“ errichtet. In diesen Einrichtungen wird älteren ehemals wohnungslosen Menschen ein Wohnraum sowie pflegerische, medizinische und soziale Unterstützung und Hilfe angeboten. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen arbeiten vor Ort. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist es zu erforschen, wie diese ihr Arbeitsfeld beschreiben und wie sie die Arbeit mit älteren ehemals Wohnungslosen erleben.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden anhand eines Literaturüberblicks die Themen Pflege und Wohnungslosigkeit näher betrachtet.

Der empirische Teil dieser Arbeit umfasst die Darstellung des gewählten Forschungsdesigns. Die durchgeführte Untersuchung basiert auf einem qualitativen Forschungsansatz. Das Datenmaterial wurde in Form von halbstandardisierten Leitfadeninterviews erhoben. Im Zentrum des Forschungsinteresses standen folgende Fragen:

- Wie beschreiben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals wohnungslose Menschen ihr Arbeitsfeld?
- Wie erleben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen in sozial betreuten Wohnhäusern?

Die Daten wurden mittels eines interpretativ-reduktiven Verfahrens ausgewertet. Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung wurden diese nochmals zusammengefasst und diskutiert. Abschließend beinhaltet diese Arbeit Schlussfolgerungen, die sich aus den Ergebnissen für die Praxis und Pflegewissenschaft ableiten lassen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, ein Stück weit die Lücke zu füllen, die in der Forschung zum Thema Pflege und Wohnungslosigkeit besteht, mit dem Zweck jenen Berufsgruppen, die mit älteren Wohnungslosen arbeiten, hier vor allem den Akteuren aus der Pflege, Unterstützung und Orientierung in ihrer Arbeit und ihrem Handeln anbieten zu können. Des Weiteren sollte mit dieser Arbeit eine Sensibilisierung für jene Personen, die in der Pflege wohnungsloser Menschen tätig sind, ebenso wie für Pflegenden, die nicht täglich mit diesem Personenkreis in Berührung kommen, bezüglich der Pflege sozial benachteiligter Gruppen erreicht werden.

2. Literaturüberblick

Der theoretische Teil dieser Arbeit beleuchtet die Lebenslage „Wohnungslos“ und wie sich diese auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt. Des Weiteren wird aufgezeigt, welche Erkenntnisse zur pflegerischen Versorgung von wohnungslosen Menschen existieren und welche Theorien und Konzepte Pflegepersonen in der Arbeit mit Wohnungslosen unterstützen können.

Die Auswahl geeigneter Literatur wurde im Rahmen einer ausführlichen Literaturrecherche getroffen wurde. Für die Bearbeitung der zuvor genannten Themen wurde in Bibliotheken wie der Österreichischen Nationalbibliothek, Medizinischen Universitätsbibliothek Wien, der Pflegebibliothek im Rudolfinerhaus, der Stadtbücherei Wien, und der Universitätsbibliothek Wien, als auch in internationalen Datenbanken (PubMed, Cinahl) unter der Kombination von Schlagworten wie z.B. „Obdachlose“, „Wohnungslose“, „vulnerable Gruppen“, „sozial Benachteiligte“, „Randgruppen“, „obdachlos“, „wohnungslos“, „Alter“, „alte“, „Gesundheitsversorgung“, „Pflege“, „elder“, „homeless“, „homelessness“, „nursing“, „health care“, „care“ nach passender Literatur gesucht. Zusätzlich stellten Literaturverzeichnisse von bereits veröffentlichten Werken eine nützliche Hilfe für die weitere Suche nach relevanter Literatur dar. Ebenso konnten über den Einsatz von Internetsuchmaschinen geeignete Materialien, wie Forschungs- und Projektberichte sowie Artikel aus Fachzeitschriften für die Erarbeitung des Theorieteils gefunden werden.

3. Definition und Abgrenzung der Begriffe „Pfleger“ und „Wohnungslosigkeit“

Wohnungslosigkeit und Pflege stellen die zwei Hauptthemen dieser Arbeit dar. Der Begriff Wohnungslosigkeit findet in der Literatur und Praxis in so unterschiedlicher Art und Weise Anwendung, dass eine nähere Betrachtung und Erklärung dieses Begriffes als notwendig erachtet wird, und im folgenden Abschnitt geschieht. Ebenso wird der Begriff der professionellen Pflege erläutert. Es wird dargestellt, an wen sich die Pflege richtet sowie das Spektrum der Aufgabenbereiche in der professionellen Pflege. In Folge wird der Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und professioneller Pflege aufgezeigt.

3.1. Wohnungslosigkeit

Die Literatur zeigt, dass sich für Menschen ohne eigene Wohnung im Laufe der Zeit unterschiedliche sprachliche Bezeichnungen entwickelt haben. Um nur einige dieser Begriffe zu nennen: Stadstreicher¹, Wanderarme, Vagabunden, Penner, Obdachlose, Nichtsesshafte. Jeder dieser Begriffe hat seine eigene Geschichte und wird auf verschiedene Art und Weise gedeutet und interpretiert. Häufig bringen diese in der Umgangssprache verwendeten Bezeichnungen die oft mangelnde Wertschätzung und stigmatisierende Haltung gegenüber den Betroffenen zum Ausdruck. (vgl. Graber, Gutleiderer, & Penz, 2007, S. 10)

„Gängige Bezeichnungen wie Straßenkinder, Trebegänger, Ausreißer, Nichtsesshafte, Obdachlose, (alleinstehende) Wohnungslose beschreiben nicht nur den Inhalt, sondern drücken neben einem Problemverständnis auch das Verhältnis der Sprechenden zum entsprechenden Gegenstand aus.“ (Gillich & Nieslony, 2000, S. 63)

Lange Zeit existierte keine klare und einheitliche Definition für Menschen ohne Wohnung. 1999 wurde erstmals von den Vereinten Nationen (UNO) ein Definitionsvorschlag vorgelegt, um die weltweite Problematik der Wohnungslosigkeit klar beschreiben zu können. Die BAWO Österreich beteiligte sich an der Erarbeitung dieser ersten Definition und lehnte sich bei ihrer eigenen Definition an den UN-Vorschlag an. (Eitel & Schoibl, 1999, S. 13)

¹ In der vorliegenden Arbeit wird auf Grund der besseren Lesbarkeit auf eine gendersensitive Formulierung verzichtet. Die in männlicher Form verwendeten Begriffe inkludieren ebenso die weibliche Form.

Mittlerweile wird von der BAWO als auch von der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWLH) jene Typologie verwendet, die 2005 von der FEANTSA, der Europäischen Vereinigung nationaler Organisationen zur Obdachlosenbetreuung entwickelt wurde. Diese Typologie der Wohnungslosigkeit und unzureichender Wohnversorgung, nennt sich ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion.

Die ETHOS wurde entwickelt:

„[...] as a means of improving understanding and measurement of homelessness in Europe, and to provide a common „language“ for transnational exchanges on homelessness. This typology [...] is used for different purposes – as a framework for debate, for data collection purposes, for policy purposes, monitoring purposes, and in the media.“ (FEANTSA, 2010)

Laut ETHOS gibt es drei Grundpfeiler, die Wohnen ermöglichen. Zu denen zählen:

- der Besitz eines Raumes, über den die Person und Familie Besitzrecht ausüben kann (physischer Bereich)
- der Raum, in dem Privatheit aufrechterhalten und Beziehung gepflegt werden kann (sozialer Bereich) und
- der Raum, über den es einen legalen Rechtstitel gibt (rechtlicher Bereich)

Fehlen diese Grundpfeiler des Wohnens, kann Wohnungslosigkeit definiert werden. In der ETHOS werden wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation klassifiziert, hierbei werden vier Bereiche unterschieden: obdachlos, wohnungslos, ungesichertes Wohnen und ungenügendes Wohnen. (vgl. FEANTSA, 2012)

In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt auf „ehemals wohnungslosen Menschen“, um diesen Begriff von „obdachlosen Menschen“, „Menschen in ungesicherten Wohnverhältnissen“ und „Menschen in ungenügenden Wohnverhältnissen“ abgrenzen zu können, werden auch diese angeführt und anhand der ETHOS definiert.

3.1.1. Obdachlose Menschen

Laut der ETHOS gelten *„[...] als obdachlos Menschen, die auf der Straße leben, an öffentlichen Plätzen wohnen, ohne eine Unterkunft, die sich in Verschlägen, Parks oder unter Brücken etc. aufhalten. Obdachlos sind aber auch Menschen in Notunterkünften, die keinen festen Wohnsitz haben und in Wärmestuben, Notschlafstellen oder anderen niederschweligen Einrichtungen übernachten.“* (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe [BAWO], 2010)

Diese Gruppe wird in der Öffentlichkeit am häufigsten wahrgenommen, da ihre Problemlagen, Verwahrlosung, Alkoholmissbrauch oder/und psychische Erkrankungen, im öffentlichen Raum auffällig und sichtbar sind. Im Bericht der Wiener Wohnungslosenhilfe wird angemerkt, dass in den letzten Jahren für obdachlose Menschen vermehrt der Begriff, „akut wohnungslos“ Gebrauch findet. (vgl. Graber et al., 2007, S. 11)

3.1.2. Wohnungslose Menschen

Als wohnungslos werden Menschen bezeichnet, die in Wohnungsloseneinrichtungen wohnen, in denen die Dauer des Aufenthaltes zeitlich befristet ist, und es keine Möglichkeit einer dauerhaften Unterbringung gibt. Ebenso zählen Personen, die von einer Institution wie z.B. aus einem Spital, einer Haftanstalt oder einem Jugendheim entlassen wurden und zum Zeitpunkt der Entlassung keinen ordentlichen Wohnsitz vorweisen konnten, als wohnungslos. Asylwerber, Migranten, die in Auffangstellen, Heimen oder Herbergen untergebracht sind, bis deren Aufenthaltsstatus geklärt ist, sowie nicht österreichische Staatsbürger mit befristeter Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis, die in Gastarbeiterquartieren wohnen, werden ebenfalls als wohnungslos bezeichnet. Ebenso sind Menschen, die sich in Dauereinrichtungen wie Langzeitwohnheimen für ältere Wohnungslose oder Einzelwohnungen mit ambulanter Wohnbetreuung befinden, wohnungslos. (vgl. Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri [FEANTSA], 2012)

3.1.3. Menschen in ungesicherten Wohnverhältnissen

In unsicheren Wohnverhältnisse leben Menschen, die temporär Unterkunft bei Bekannten, Freunden, Verwandten finden, ohne einen Hauptwohnsitz oder ein vertragliches Mietverhältnis zu besitzen. Ebenso leben Menschen, die von Delogierung bedroht sind, in einem unsicheren Wohnverhältnis. Menschen, die in ihren Wohnungen trotz Polizeischutz und Wegweisungsbeschluss von Gewalt bedroht sind, gehören auch dieser Gruppe an. (vgl. BAWO, 2010)

Von dieser Wohnungslosigkeit, welche auch als „versteckte“ Wohnungslosigkeit bezeichnet wird, sind in erster Linie Frauen und Jugendliche betroffen. (vgl. Graber et al., 2007, S. 11)

3.1.4. Menschen in ungenügenden Wohnverhältnissen

Ein ungenügendes Wohnverhältnis liegt vor, wenn Menschen in nicht dem Minimalstandard entsprechenden Räumen leben, dazu zählen Wohnwägen, Garagen, Keller, Abbruchhäuser, überbelegte Wohnungen etc. Menschen in unsicheren als auch jene, die in ungenügenden Wohnverhältnissen leben, sind häufig von Obdachlosigkeit bedroht. (vgl. Graber et al., 2007, S. 11)

3.2. Pflege

Der Begriff Pflege wurde unter anderem vom International Council of Nurses (ICN) definiert. Der ICN ist ein Zusammenschluss von über 128 nationalen Berufsverbänden der Pflege.

Österreich ist durch den Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) vertreten und schließt sich folgender Definition von Pflege an.

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband [ÖGKV], 2012)

Eine weitere, sehr umfassende Definition von professioneller Pflege, entwickelten Mitarbeiter des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe des Projektes „Zukunft Medizin Schweiz“ der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Bereits bestehende Definitionen von Pflege, ein Protokoll, welches aus den Diskussionen der interdisziplinär zusammengesetzten Expertengruppe entstand, sowie ein Entwurf des „Royal College of Nursing“ für eine Definition von Pflege, galten als Ausgangsbasis. In Anlehnung an die Grounded Theory wurden die Inhalte bearbeitet und ein erster Entwurf vorgelegt. Dieser wurde in mehreren Feedback-Runden überarbeitet. Am Ende konnte folgende engere Definition für professionelle Pflege dargelegt werden. (vgl. Spichinger, Kesselring, Spirig, De Geest, Bircher, Bürgin, 2006, S. 45f)

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.“ (Spichinger, et al., 2006, S. 51)

Beide Definitionen zeigen, dass sich der Aufgabenbereich der Pflege zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit bewegt. Zum einen sollte Gesundheit gefördert und erhalten bleiben sowie Krankheit verhindert werden. Diese Aufgaben fallen in den Tätigkeitsbereich der Gesundheitspflege, da sie auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet sind. Zum anderen ist es Aufgabe der Pflege, bereits erkrankte Menschen zu versorgen, zu unterstützen und zu begleiten. Diese eher kurativ ausgerichteten Tätigkeiten sind dem Bereich der Krankenpflege zuzuordnen.

Professionelle Pflege hat die Aufgabe der Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen in allen Lebenssituationen, unabhängig davon ob sie gesund oder krank sind. Demnach fallen auch wohnungslose Menschen als Zielgruppe in den Bereich der professionellen Pflege. Lange Zeit war in der beruflichen Bezeichnung der Fokus auf Krankheit gerichtet. Diplomierte Pflegepersonen wurden als diplomierte Krankenschwester bzw. -pfleger bezeichnet. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) aus dem Jahre 1997, fand der Begriff „Gesundheit“ erstmals Beachtung. Diplomierte Pflegepersonen wurden fortan als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw.-pfleger bezeichnet. Auf Grund dessen, ist für die professionelle Pflege eine neue Dimension in ihrem Aufgabenbereich entstanden. Die berufliche Bezeichnung macht deutlich, dass es die Aufgabe der Pflegeperson ist, beide Aspekte, Gesundheit und Krankheit, in ihrer Tätigkeit und ihrem Handeln gleichermaßen zu berücksichtigen. (vgl. Steinbach, 2007, S. 14)

Daraus ergeben sich, für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen andere bzw. neue Handlungsfelder. Welche Aufgaben sich für professionell Pflegenden im Setting sozial betreuter Wohnhäuser für ältere ehemals Wohnungslose ergeben, wird im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit untersucht und dargestellt.

4. Allgemeines zur Lebenslage „Wohnungslos“

Dieser Abschnitt widmet sich der Betrachtung der Lebenslage wohnungsloser Menschen. Zu Beginn wird auf das Ausmaß der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen in Österreich eingegangen. Im Anschluss daran werden soziale Merkmale wie Altersverteilung und Geschlecht sowie der sozioökonomische Status bei der Gruppe Wohnungsloser erläutert. Des Weiteren werden Erklärungsansätze zur Wohnungslosigkeit und die Ursachen, die zu dieser Lebenslage führen können, dargestellt.

4.1. Zahlen zur Wohnungslosigkeit in Österreich

In diesem Teil der Arbeit wird anhand der Wohnungslosenerhebung durch die BAWO das Ausmaß von Wohnungslosigkeit in Österreich näher betrachtet. Auf eine internationale Darstellung des Problems wird verzichtet, da diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu umfangreich wäre.

Die BAWO führte im Jahr 1999 erstmals eine österreichweite Grundlagenerhebung zur Wohnungslosigkeit durch. Jene Studie verfolgte zwei Hauptziele: die „*Einrichtungserfassung und Anregung eines fachspezifischen Informationsaustausches*“ sowie die „*Schaffung der Voraussetzung für ein zeitgemäßes „bench-marking“ System im österreichischen Wohnungslosenbereich durch das Zusammenführen anonymisierter Sozialdaten*“. (Eitel & Schoibl, 1999, S. 11) Bis zu diesem Zeitpunkt gab es für Österreich keine ausreichende Grundlage, um den quantitativen Umfang des Problems der Wohnungslosigkeit ausreichend bestimmen zu können. Auf der Basis der Ergebnisse dieser Studie war es erstmals möglich gesicherte Aussagen zum Problembereich Wohnungslosigkeit in Österreich zu tätigen. (vgl. Eitel & Schoibl, 1999, S. 15ff)

Im Jahr 2007 wurde die BAWO erneut vom Sozialministerium beauftragt, eine Vollerhebung zum Themenfeld Wohnungslosigkeit in Österreich durchzuführen. In der Untersuchung wurde der Fokus auf Klienten gelegt, die Angebote der WLH in Anspruch nahmen. Ebenso wurde versucht, Einrichtungen in die Erhebung mit einzubeziehen, die sich mit der Thematik Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit ihrer Klienten auseinandersetzen, sogenannte Wohnungslosenhilfe nahe Einrichtungen. Für die Untersuchung wurde als Basis die EU-weit abgestimmte Definition ETHOS herangezogen, welche als definitorische Grundlage der Auswertung und Ergebnisdarstellung diente. Des Weiteren wurden die Ergebnisse anhand

der ETHOS Typologie dargestellt, um an einem vergleichenden Monitoring (MPHASIS²) mit anderen EU-Ländern zum Thema, Belastung durch Wohnungslosigkeit teilnehmen zu können. (vgl. Schoibl et al., 2009, S.III)

Ziel dieser Studie war es, die Anzahl jener Menschen und Haushalte zu erfassen, die in Österreich unter Wohnungslosigkeit leiden bzw. von ihr bedroht sind. Des Weiteren galt es zu untersuchen, welche Zielgruppen von Wohnungslosigkeit in besonderem Ausmaß gefährdet oder betroffen sind, ob und in welchem Ausmaß diese von der WLH bzw. von den WLH-nahen Einrichtungen erreicht und wie deren Angebote genutzt werden. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. IV) Die Erhebung der Daten von Ausmaß und Profil der Wohnungslosigkeit in Österreich erfolgte als Zeitraumerhebung 2006 als auch als Stichtagserhebung Ende 2007. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 1ff)

Die vorliegende Tabelle (s.Tab.1) ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008. Sie wurde zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse erstellt und sollte einen Überblick darüber geben, wie viele Personen im jeweiligen Angebotsbereich bei der Jahresherhebung 2006 bzw. zum Stichtag Ende 2007 in Österreich erfasst wurden. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. VIff)

	Jahresherhebung 2006	Stichtag/-zeitraum Ende 2007
Delogierungsprävention	10.923 Erwachsene 4.219 mitziehende Minderjährige	1.225 Personen 380 mitziehende Minderjährige
Ambulante Hilfen	13.120 Erwachsene 318 mitziehende Minderjährige	4.375 Erwachsene 291 mitziehende Minderjährige
Notschlafstellen/ Nächtigerangebote	1.149 Erwachsene 3 Minderjährige	
(Teil-) Stationäre Wohnbetreuung	7.324 Erwachsene 1.076 Minderjährige	4.301 Erwachsene 704 Minderjährige

Tabelle 1: Zusammenfassende Ergebnisse der Wohnungslosenerhebung für Österreich 2006-2008 (eigene Darstellung)

² Mutual Progress on Homelessness Through Advancing and Strengthening Information Systems (MPHASIS) ist ein Forschungsprojekt zur Etablierung einer europaweit gültigen Erhebungsmethode, zum Ausmaß der Wohnungslosigkeit (vgl. MPHASIS, 2012)

Delogierungsprävention ist ein Angebot, um Personen bei einem drohenden Wohnungsverlust professionell und fachlich zu unterstützen, mit dem Ziel, das Abgleiten in die Wohnungslosigkeit zu verhindern. Von diesem Angebot konnten im Jahr 2006 10.923 Erwachsene und 4.219 mitziehende Minderjährige erreicht werden. Bei der Stichtagerhebung 2007 wurden 1.225 Personen durch Angebote der Delogierungsprävention beraten und betreut. Der Anteil an mitziehenden Minderjährigen, die von den prekären Wohnverhältnissen ihrer Familie betroffen sind, ist in dieser Untergruppe relativ hoch.

Zum Angebotssegment der ambulanten Hilfen zählen Tageszentren, Beratungsstellen und tagesstrukturierende Angebote für von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen sowie soziale Dienste im Umfeld der WLH. Dabei geht es um die Beratung und Betreuung von Personen, die sich in problematischen Wohnverhältnissen oder in einer fehlenden Wohnversorgung befinden. Im Jahr 2006 nahmen 13.120 Erwachsene und 318 mitziehende Minderjährige Angebote ambulanter Hilfen in Anspruch. Die Gesamtzahl bei der Stichtagerhebung beläuft sich auf 4.375 Erwachsene und 291 mitziehende Minderjährige, die ambulant beraten oder betreut wurden.

Die Zahl jener Personen, die das Angebot der Nächtigung in einer Notschlafstelle in Anspruch nahmen, beläuft sich bei der Jahrerhebung auf 1.149 Erwachsene und drei Minderjährige. Eine Stichtagerhebung wurde für diesen Bereich nicht vorgenommen. Bei Notschlafstellen handelt es sich um ein niederschwelliges Versorgungsangebot für obdachlose Menschen. Es ist ein Ort, an dem Menschen ohne Wohnversorgung die Nacht im Warmen verbringen sowie Sanitäreinrichtungen nutzen können.

Der Angebotsbereich (Teil-) Stationäre Wohnbetreuung umfasst Einrichtungen, in denen ehemals Wohnungslose einen Wohnplatz haben. Dazu zählen z.B. sozial betreute Wohnhäuser für ehemals Wohnungslose. In diesem Bereich wurden 2006 7.324 Erwachsene und 1.076 Minderjährige betreut. Bei der Stichtagerhebung 2007 standen insgesamt 5.005 Personen in stationärer bzw. ambulanter Wohnbetreuung.

Bei der Jahresdatenerhebung 2006 gilt es zu beachten, dass es aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich war, Doppelnennungen zu verhindern. Einige Klienten hatten im Verlauf des Jahres vermutlich mehrere Kontakte zu Einrichtungen der WLH, als auch zu benachbarten Hilfebereichen. Auf Grund dessen kann davon ausgegangen werden, dass bei der Jahrerhebung 2006 eine Überschätzung der Personen, die Hilfe in Anspruch nahmen, vorliegt. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 66)

WLH-nahe Einrichtungen wie die Jugendwohlfahrt, Frauen- und Familienhilfe, Behinderten- und Suchthilfe etc. konnten nur unsystematisch erreicht und beteiligt werden. Somit konnte ein wichtiger Teil von wohnungslosen Personen, die außerhalb der WLH Angebote beanspruchten, nicht erfasst werden. Ebenfalls gibt diese Untersuchung keine Auskunft über jene Personen, die zum Erhebungszeitpunkt keine Wohnversorgung hatten und auf der Straße lebten, bzw. jene Personen, die sich im Bereich der verdeckten Wohnungslosigkeit befanden und keinerlei Hilfe von der WLH sowie von WLH-nahen Einrichtungen in Anspruch nahmen. Laut Schoibl et al. liegt unter Berücksichtigung dieser beiden Punkte eine Unterschätzung des Ausmaßes von Wohnungslosigkeit vor. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. Vf)

Die Autoren dieser Untersuchung merken an, dass es auf Grundlage dieser Erhebung nicht möglich ist, eine gesicherte Gesamtzahl jener Personen zu bilden, die im Jahr 2006 von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen waren.

4.2. Profil der Wohnungslosigkeit in Österreich

In diesem Teil der Arbeit, wird anhand von Erhebungen der Wohnungslosenhilfe veranschaulicht, welche sozialen Merkmale wohnungslose Menschen aufweisen. Dabei werden insbesondere die Aspekte Geschlecht und Altersverteilung, Gender und der sozioökonomische Status behandelt.

4.2.1. Geschlecht und Altersverteilung

Der Großteil der Klienten in der WLH ist männlich und im mittleren Alter. Das angeführte Diagramm (s. Abb. 1) zeigt die Altersverteilung der Klienten bezogen auf die Angebote der Wohnungslosenhilfe. Andere aktuelle Daten zur Altersverteilung wohnungsloser Personen in Österreich konnten nicht recherchiert werden.

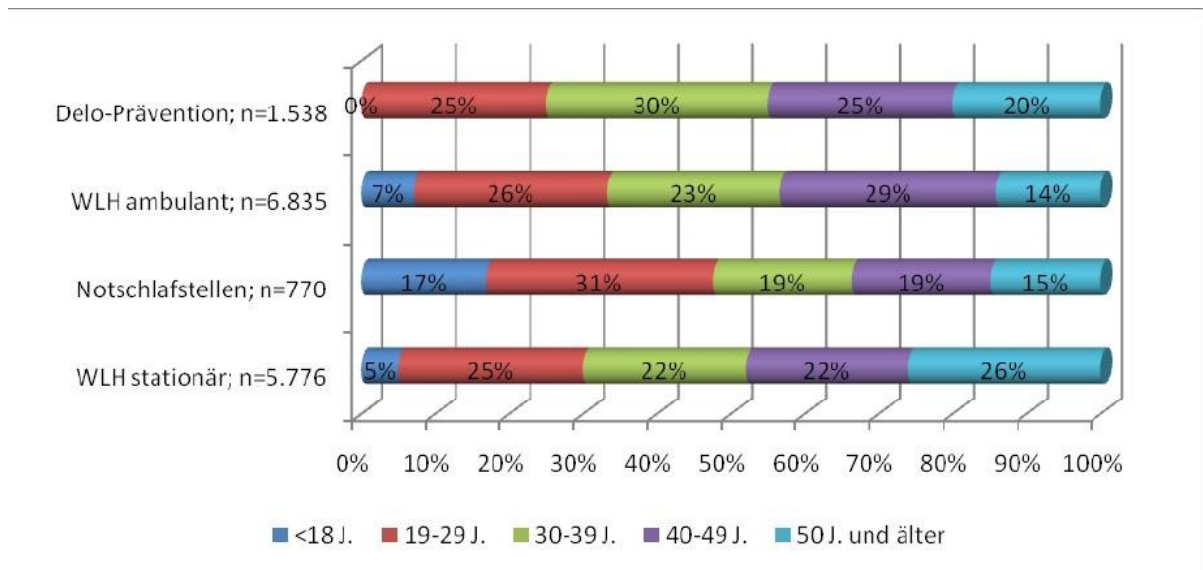


Abbildung 1: Altersverteilung in der Wohnungslosenhilfe 2006 (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 83)

Im hier angeführten Diagramm streuen die fünf Altersgruppen relativ gleichmäßig über die vier angeführten Hilfsbereiche. Im Bereich der Delogierungsprävention sind keine minderjährigen Klienten, deren eigenständiges Wohnverhältnis gefährdet wäre, zu verzeichnen. Die Altersgruppe der minderjährigen Klienten nimmt anteilmäßig einen geringen Teil in der Nutzung der diversen Hilfekategorien ein. Bei den ambulanten Angeboten der WLH sind minderjährige Klienten als auch Klienten unter 40 Jahren mit insgesamt 56% stärker vertreten. Die Inanspruchnahme von ambulanten Betreuungsangeboten durch ältere Klienten (50 Jahre und älter) ist mit 14% anteilmäßig gering.

Im Segment der Notschlafstellen ist der höchste Anteil an minderjährigen Klienten zu verzeichnen. Ebenso ist ein leichter Überhang der Altersgruppe 19-29 Jahre (31%) ersichtlich. Ältere Klienten (50 Jahre und älter) findet man vor allem im stationären Bereich wieder. Sie sind hier mit 26% die am stärksten vertretene Altersgruppe. Des Weiteren wird dieses Betreuungssegment von den 19-29 jährigen (25%) ausgeprägt genutzt. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 82ff)

Aus einem Bericht der Wiener Wohnungslosenhilfe gehen folgende Daten zu Altersverteilung und Geschlecht der Wohnungslosen in Wien hervor. In der Altersgruppe der 18 bis 45-jährigen sind Frauen anteilmäßig stärker vertreten als Männer. Ab dem 45. Lebensjahr kehrt sich das Verhältnis um. In der Altersgruppe der 45 bis 60-jährigen findet man mehr Männer. (vgl. Haller, 2009, S. 39)

Erhebungen zeigen, dass es sich für die WLH als sehr schwierig erweist, weibliche Wohnungslose mit ihren Angeboten zu erreichen. Der Anteil an Frauen in der ambulanten WLH liegt bei 21%, in den betreuten Wohnformen ist ein Durchschnittswert von 31% zu verzeichnen. Im Bereich der Delogierungsprävention konnte für jene Bundesländer, die genderdifferenzierte Daten erhoben, ein ausgewogenes Genderverhältnis sichtbar werden. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 82)

4.2.2. Sozioökonomischer Status

In der BAWO Studie zeichnet sich in Bezug auf den sozioökonomischen Status von wohnungslosen Personen folgendes Bild ab: Wohnungslose Menschen sind in ihrem Zugang zur Erwerbstätigkeit stark benachteiligt. Es gibt nur wenige Klienten der WLH bzw. jene die Angebote von WLH-nahen Einrichtungen in Anspruch nehmen, die in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis stehen. In allen vier Hilfebereichen, Delogierungsprävention, Notschlafstellen, ambulante Hilfen und Wohnbetreuung, ist der Anteil jener Personen, die arbeitslos sind, mit 30% bis 41% sehr hoch. Im Bereich der Wohnbetreuung sind 17 % der Klienten erwerbstätig. Der Anteil jener, die kein eigenes Einkommen beziehen, ist in diesem Segment mit ebenso 17% nicht gering. Ein Großteil der Personen, die sich in einer Wohnbetreuung befinden, ist auf Transfereinkommen aus dem Arbeitslosenversicherungsgesetz (ALVG) bzw. auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 85f)

4.3. Erklärungsansätze zur Wohnungslosigkeit

Um sich ein Bild zur Lebenslage wohnungsloser Menschen machen zu können, ist es wichtig, auf die Ursachen sowie die damit verbundenen Erklärungsansätze, die zu dieser Lebenslage führen, näher einzugehen. Die Suche nach Erklärungsansätzen zur Entstehung von Wohnungslosigkeit geht bis in das 19. Jahrhundert zurück. In dieser Arbeit wird ein kurzer Abriss zur Entwicklung der Erklärungsansätze zur Wohnungslosigkeit gegeben. In Folge werden die Ursachen, welche in den Erklärungsansätzen zum Teil thematisiert wurden, separiert dargestellt. Diese Art der Darstellung wird getroffen, um das zurzeit vorherrschende Ursachenverständnis zur Entstehung von Wohnungslosigkeit zu veranschaulichen.

4.3.1. Personenzentrierte individualisierende Erklärungsansätze

Lange Zeit dominierten in der Erforschung von Wohnungslosigkeit personenzentrierte / individualisierende Erklärungsansätze. Diese Ansätze stammten zum Teil aus der Medizin, im speziellen der Psychiatrie und der Psychologie. Zu erwähnen sind hier die psychiatrisch-

neurologischen Ansätze, welche ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert haben und somit zu den ältesten Theorien der Entstehung von Wohnungslosigkeit zählen. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 131)

Psychiatrisch-neurologischer Ansatz: Wandertriebtheorie

Zu den psychiatrisch-neurologischen Ansätzen zählt z.B. die Wandertriebtheorie. 1899 führte der deutsche Arzt Donath den Begriff „Poriomanie“, auch Wandertrieb genannt, als psychiatrische Kategorie ein. Mit der Zeit wurde dieser Begriff immer mehr erweitert und schlussendlich auf wohnungslose Menschen übertragen. Menschen, die auf der Straße lebten, wurde ein innerer zwanghafter Drang herumziehen zu müssen zugeschrieben. Die Wissenschaft glaubte fortan, eine Erklärung für die Entstehung von Wohnungslosigkeit zu haben. Die Theorie in sich war jedoch sehr widersprüchlich und konnte von ihren Vertretern nicht eindeutig begründet und nachgewiesen werden. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 131f)

Psychiatrisch- neurologischer Ansatz: Psychopathiekonzept

Im Psychopathiekonzept wird davon ausgegangen, dass Wohnungslosigkeit einer psychiatrischen Einordnung bedarf. Wohnungslosen Menschen wird eine abnorme Persönlichkeit zugeschrieben. Psychopathie wurde als vererbt angenommen und therapeutisch unbeeinflussbar, d.h. als nicht behandelbar. Die Integration Nichtsesshafter in den Alltag galt als zwecklos und zu teuer. Die hier vertretene Ansicht hatte in der Zeit des Nationalsozialismus katastrophale Folgen, da es eine theoretische Grundlage für einen Vernichtungsfeldzug gegen wohnungslose Menschen gab. Das Psychopathiekonzept wurde bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts immer wieder von unterschiedlichen Forschern aufgegriffen. Veith und Schwindt (vgl. Veith und Schwindt 1983, S.5f, in: Gillich & Nieslony, 2000, S. 133f) führten Leichensektionen an Wohnungslosen durch und kamen zu der Annahme, dass hirnorganische Schädigungen die Ursache für Wohnungslosigkeit sind. Ihre Erkenntnisse vertraten sie auch in der Öffentlichkeit. Sie forderten unter anderem, dass Nichtsesshaftigkeit nicht mehr als Folge von gesellschaftlichen Faktoren oder gar von Armut dargelegt werden sollte. Durch ihre Aussagen erregten sie großes Aufsehen. Offen bleibt in diesem Zusammenhang, ob die festgestellten Hirnschädigungen nicht eher als Folge der Wohnungslosigkeit, als deren Ursache betrachtet werden können. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 134)

Psychologischer Ansatz

Ein Ansatz, der den personenzentrierten / individualisierenden Erklärungsansätzen zugeordnet werden kann, ist der psychologische Ansatz. In der Zeit von 1970 bis 1976 lag der Schwerpunkt empirischer Forschung zur Wohnungslosigkeit auf der Untersuchung von

psychologischen Befunden. Nennenswert in diesem Zusammenhang ist die Wickert-Studie, welche 1976 von Wickert und einem Forscherteam durchgeführt wurde. Ziel war es zu untersuchen, ob Nichtsesshafte eine besondere Persönlichkeitsstruktur aufweisen, die die Ursache für Wohnungslosigkeit erklären würde. Ein wohl wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung war, dass die Thesen zur Persönlichkeitsstruktur nicht Stand hielten und sich die Studie somit Großteils selbst widerlegte. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 135)

Wie Gillich und Nieslony in ihrer Einschätzung zum psychiatrisch-neurologischen Ansatz schreiben, ist ihnen allen Eines gemeinsam, dass sie das Individuum in den Mittelpunkt stellen und Wohnungslosigkeit auf individuelle Defizite zurückführen. Diese Annahmen stellen keine angemessene Erklärung für das Entstehen von Wohnungslosigkeit dar, da die einseitige Sichtweise, nämlich die Reduzierung auf individuelle Defizite, dem vielschichtigen Problem der Wohnungslosigkeit nicht gerecht wird. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 132ff)

4.3.2. Soziologisch strukturelle Erklärungsansätze

Seit etwa 1977 ist ein Wechsel im Blickwinkel der Ursachenforschung zur Wohnungslosigkeit wahrzunehmen. Weg vom personenzentrierten/individualisierenden Ansatz hin zu einem soziologischen/strukturellen Erklärungsansatz. Die Gewichtung liegt nun auf sozialen und gesellschaftlichen Prozessen und Bedingungen.

Armutsansatz

Ein Ansatz, der sich hier einreihen lässt, ist der Armutsansatz. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass Wohnungslose mit ihrem Einkommen meist unter der Armutsgrenze liegen. Grundbedürfnisse, auch jene geistiger und kultureller Art, können nicht gestillt werden. Dem Armutsansatz liegt die Annahme zu Grunde, dass Wohnungslose von einer Lebensweise ausgeschlossen sind, die auf einem akzeptablen Existenzminimum beruht. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass die Entstehung von Wohnungslosigkeit auf in Wechselbeziehung stehende sozialstrukturelle Faktoren zurück zu führen ist. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Armutsansatz Wohnungslosigkeit als Resultat eines stetigen Verarmungsprozess sieht. Individuelle Faktoren zur Entstehung der Problemlage lässt der Armutsansatz außer Acht. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 137f)

Unterversorgungsansatz

Der Unterversorgungsansatz ist eng mit dem Armutsansatz verbunden, da die hier zuvor erwähnten Erklärungsperspektiven Voraussetzung sind. Es wird untersucht, inwieweit Hilfesysteme und soziale Leistungen Wohnungslose erreichen oder von Wohnungslosen erreicht werden und welchen Einfluss dieses Erreichen auf die Entstehung von

Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Mobilität hat. Dieser Ansatz gibt eine Erklärung für den Verbleib in der Wohnungslosigkeit und zeigt sehr gut, wie das Mobilitätsverhalten Wohnungsloser entsteht bzw. verstärkt wird. Nach Gillich und Nieslony kann der Unterversorgungsansatz auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da eben nur ein Teilaspekt, nämlich jener der Unterversorgung beleuchtet wird. Dass das Fortbestehen von Wohnungslosigkeit jedoch mehrere Ursachen hat und diese einander wechselseitig bedingen, wird außer Acht gelassen. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 138f)

Etikettierungs- oder Stigmatisierungsansatz

Mit dem Etikettierungs- oder Stigmatisierungsansatz wird untersucht, welche Auswirkungen Vorurteile und Stereotypen auf die Randgruppenbildung haben und die damit verbundene Diskriminierung durch den Rest der Bevölkerung. Es gilt festzuhalten, dass dieser Ansatz Erklärungsmuster für eine Manifestierung von Wohnungslosigkeit gibt, jedoch Wohnungslosigkeit nicht ursächlich erklärt. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 140f)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die individualisierenden/personenzentrierten Erklärungsansätze zur Wohnungslosigkeit veraltet sind und den Erkenntnissen der Wissenschaft aus heutiger Sicht nicht Stand halten können. Als am ehesten zur Erklärung von Wohnungslosigkeit geeignet sehen Gillich und Nieslony die soziologisch/strukturellen Erklärungsansätze. Sie betonen aber, dass keiner der Erklärungsansätze ausreichend Antwort auf subjektive und strukturelle Betroffenheit von Wohnungslosigkeit gibt. (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 142f)

4.4. Ursachen von Wohnungslosigkeit

Die Sichtweise zur Entstehung von Wohnungslosigkeit hat sich in den 70er Jahren stark verändert. Wohnungslosigkeit wurde immer mehr im Zusammenhang mit Wohnungsnot und Armut diskutiert. Wohnungsnot wurde fortan als Ausdruck einer sozialen Lage gesehen, welche von struktureller Ausgrenzung, Stigmatisierung und Unterversorgung geprägt ist. (vgl. Titus & Ronald, 2007, S. 9)

Aus der Literatur zum Thema der Ursacheneinstellung von Wohnungslosigkeit lässt sich folgendes Bild zeichnen. Die Entstehung von Wohnungslosigkeit kann nicht auf einen auslösenden Faktor beschränkt werden. Es ist meist ein Zusammenwirken von mehreren Problemen und Entwicklungen. Gillich beschreibt die Problemlage folgendermaßen:

„Wohnungslosigkeit ist vielmehr Ausdruck eines langfristigen Verarmungs- und Ausgrenzungsprozesses, eine Folge lang andauernder Benachteiligung.“ (Gillich, 2003, S. 103)

Eitel und Schoibl sehen Einkommensarmut als einen der wichtigsten Gründe für die Entstehung von Wohnungslosigkeit. (vgl. Eitel & Schoibl, 1999, S. 29) Sie bedienen sich hier des Armutsansatzes. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, wie viele Menschen in Österreich armutsgefährdet sind und somit ein erhöhtes Risiko haben, in die Wohnungslosigkeit zu geraten. Untersuchungen der Armutforschung zeigen, dass in Österreich im Jahr 2010 12% der Bevölkerung, d.h. ungefähr eine Million Menschen, armutsgefährdet waren. Armutsgefährdung liegt dann vor, wenn das monatliche Erwerbseinkommen einer Person weniger als 884 Euro ausmacht. (vgl. Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz, 2011, S. 32ff)

Der stetig zunehmende Lebensstandard in unserer Gesellschaft, verbunden mit dem Anstieg der Lebenserhaltungskosten und veränderter Konsumgewohnheiten erhöht das Risiko für Verarmung und Überschuldung. Besonders betroffen davon sind einkommensschwächere Schichten sowie Personen und Haushalte in belastenden Lebenssituationen. (vgl. Eitel & Schoibl, 1999, S. 28f) Petersen nennt in ihrer Untersuchung als von Wohnungsnot überproportional betroffen folgende Personen, *„[...]Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger, Alleinerziehende und kinderreiche Familien, Kleinstrentner, ausländische Mitbürger und Asylwerber [...]“* (Petersen, 1996, S. 20)

Des Weiteren kann der Verlust des Arbeitsplatzes als ein wesentlicher Auslöser für die Entstehung von Wohnungslosigkeit gesehen werden. Die Zunahme von arbeitslosen Menschen sowie der Anstieg von prekären Arbeitsverhältnissen (working poor) tragen entscheidend zur Entstehung dieser Problemlage bei. (vgl. Graber et al., 2008, S. 15) Im Jahr 2011 konnten in Österreich nach internationaler Definition 179.000 Arbeitslose verzeichnet werden, das Arbeitsmarktservice registrierte nach nationaler Definition 246.700 Arbeitslose. (vgl. Statistik Austria, 2012a)

Wohnungsnot stellt neben Armut einen weiteren wesentlichen Faktor in der Entstehung von Wohnungslosigkeit dar. Am Wohnungsmarkt ist im letzten Jahrzehnt ein Rückgang von preiswertem Wohnraum zu verzeichnen. Zurückzuführen ist diese Entwicklung unter anderem auf Altbausanierungen, durch die sich die Kategorien und in Folge der Mietzins erhöht haben. Des Weiteren ist die Nachfrage nach kleineren Haushalten, auf Grund eines wachsenden Anteils von Klein- und Teilfamilien sowie Singlehaushalten gestiegen. Für

einkommensschwache Bevölkerungsteile kann so eine Entwicklung schwerwiegende Folgen haben und den Weg in die Wohnungslosigkeit begünstigen. (vgl. Graber et al., 2008, S. 16 ; Eitel & Schoibl, 1999, S. 29)

Neben den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten, wie Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut, Anstieg der Lebenserhaltungskosten, Wohnungsnot etc., die die Problemlage Wohnungslosigkeit begünstigen können, werden in Folge die psychosozialen Faktoren angeführt. Oftmals sind es individuelle und soziale Krisen oder auch wie in der Literatur beschrieben, „life-events“, die Menschen in die Armut und Wohnungslosigkeit führen. Als auslösende psychosoziale Faktoren werden häufig der Tod eines Partners, der Eltern oder einer nahestehenden Bezugsperson, Trennung, Scheidung, nicht bewältigte Lebenskrisen, physische und/oder psychische Erkrankungen, Suchtprobleme, Unfall, Behinderung, Alter, ungünstige Sozialisationsbedingungen, niedriger Bildungsgrad, Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit genannt. (Petersen 1996; Trabert 1994; Gillich & Nieslony 2000)

Zusammenfassend zeigt sich, dass es zum Ausmaß der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen in Österreich keine gesicherte Gesamtzahl gibt. Tendenziell sind von dieser Lebenslage Männer im mittleren Alter betroffen. Ebenso kann festgestellt werden, dass Frauen sich häufiger in verdeckter Wohnungslosigkeit befinden und daher vom System der WLH und somit von den Angeboten nicht erreicht werden. Dies führt dazu, dass es schwierig ist, Aussagen über das Ausmaß der von Wohnungslosigkeit betroffenen Frauen zu tätigen. Es gibt unterschiedliche Faktoren, die die Lebenslage „Wohnungslos“ beeinflussen und begünstigen können, wobei es meist ein Zusammenspiel mehrerer Probleme ist, die dazu führen, dass Menschen wohnungslos werden. Welche Auswirkungen Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit hat, wird im nachstehenden Kapitel näher betrachtet.

5. Zur gesundheitlichen Situation wohnungsloser Menschen

Ausgehend von den Erklärungsansätzen und Ursachen für die Entstehung von Wohnungslosigkeit wird in diesem Kapitel darauf eingegangen, wie sich diese Lebenslage auf die gesundheitliche Situation der betroffenen Menschen auswirkt. Zu Beginn wird eine theoretische Einführung in die Thematik sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gegeben. Im Anschluss daran dient ein Modell zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit als Grundgerüst zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation wohnungsloser Menschen.

Als Übergang in dieses Kapitel wird ein Zitat von Behnsen angeführt:

„Die gesundheitliche Situation ist ein eher ungewöhnlicher und selten eingenommener Blickwinkel auf die Lebenslage von Wohnungslosigkeit betroffener Menschen.“ (Behnsen, 1995, S. 203)

5.1. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Soziale Ungleichheit bezieht sich auf bestimmte Güter, die in einer Gesellschaft als wertvoll angesehen werden. Besitzt der Einzelne genug von diesen Gütern, sind seine Lebensbedingungen besser. In der Soziologie wird der Begriff soziale Ungleichheit verwendet, wenn die als wertvoll geltende Güter in einer Gesellschaft nicht absolut gleich verteilt sind. (vgl. Hradil, 2001, S. 28) Soziale Ungleichheit lässt sich im engeren Sinn über Unterschiede in Hinblick auf Bildung, beruflichen Status und Einkommen definieren. Genauer betrachtet wird unter diesen drei Merkmalen die vertikale soziale Ungleichheit verstanden. Durch den Zusatz vertikal lassen diese Merkmale eine Unterteilung der Bevölkerung in Oben und Unten zu. Durch Angaben zu Bildung, Beruf und Einkommen ist es möglich, den sozialen Status einer Person zu bestimmen. Ebenso wird in der Literatur von der horizontalen sozialen Ungleichheit gesprochen. Darunter versteht man, dass sich die Bevölkerung noch nach anderen Gesichtspunkten wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität in Gruppen unterteilen lässt. Es ist möglich, dass es innerhalb dieser Gruppen zu sozialen Ungleichheiten kommt. Die Grenzen zwischen den einzelnen Gruppen verlaufen quer zu den Grenzen vertikaler sozialer Ungleichheit, aus diesem Grund wird hier von horizontaler sozialer Ungleichheit gesprochen. (vgl. Mielck, 2005, S. 8)

„Soziale Ungleichheiten setzen sich in Ungleichheiten in der Gesundheit und teilweise auch in der unmittelbaren Gesundheitsversorgung fort: Armut und soziale

Ausgrenzung tragen auf verschiedenen Wegen zu größeren Gesundheitsrisiken und schlechterer Gesundheit bei.“ (Österle, 2004, S. 10)

Dieses Zitat weist darauf hin, dass soziale Ungleichheit sich auf gesundheitliche Ungleichheit auswirkt. Von gesundheitlicher Ungleichheit wird dann gesprochen, wenn ein Zusammenhang zwischen sozialem Status und Morbidität bzw. Mortalität besteht. (vgl. Mielck, 2005, S. 7) Elkeles und Mielck (1997) entwickelten auf Basis der bestehenden Literatur zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit ein Modell. Ziel war die Systematisierung bereits bestehender Erklärungen. Das Modell veranschaulicht die Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Ausgangspunkt des Modells stellt die soziale Ungleichheit mit den Kategorien Bildung, Berufsstatus und Einkommen dar. Es sind jene Kategorien, in denen soziale Vor- und Nachteile existieren können. Der Unterschied in den gesundheitlichen Belastungen steht im engen Zusammenhang mit den unterschiedlich verteilten Ressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Belastungen. Wichtig ist es, zu erkennen, dass die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsressourcen sowie die Art der gesundheitlichen Versorgung das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Nach diesem Modell wird gesundheitliche Ungleichheit hierarchisch durch die angeführten oberen Ebenen wie die Makroebene „Soziale Ungleichheit“ und die Zwischenebenen „Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen“, „Unterschiede in den Bewältigungsressourcen“, „Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung“ und „Unterschiede beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten“ beeinflusst. Soziale Ungleichheit wirkt allerdings nicht direkt, sondern über die Zwischenebenen, welche jeweils durch soziale Ungleichheit beeinflusst werden können. Die Zwischenebenen können aber auch für sich stehen und unabhängig von sozialer Ungleichheit Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheit nehmen. Soziale Ungleichheit sollte demnach nicht ausschließlich und alleinig als Faktor zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden. Des Weiteren lässt das Modell zu, dass gesundheitliche Ungleichheit sich wiederum auf soziale Ungleichheit auswirken kann, d.h. dass der soziale Abstieg bei Menschen, die krank sind, wahrscheinlicher ist sowie der soziale Aufstieg bei Gesunden eher zutrifft. (Elkeles und Mielck, 1997, S.140f; Mielck, 2005, S.52ff) Das in Folge angeführte Modell (s. Abb. 2) stellt eine überarbeitete Version dar, in welcher von Mielck (2005) nur geringfügige sprachliche Veränderungen vorgenommen wurden. Die Dimensionen sozialer Ungleichheit im Modell von Elkeles und Mielck (1997) lauteten Wissen, Macht, Geld und Prestige. Soziale Ungleichheit wird bei Mielck (2005) durch Unterschiede in Bezug auf Bildung, Berufsstatus und Einkommen definiert. Ebenso ersetzt er den Wortlaut Symptom-Toleranz durch Compliance. An der Grundstruktur des Modells von Elkes und Mielck (1997) hat sich im Modell von Mielck (2005) nicht maßgeblich etwas verändert.

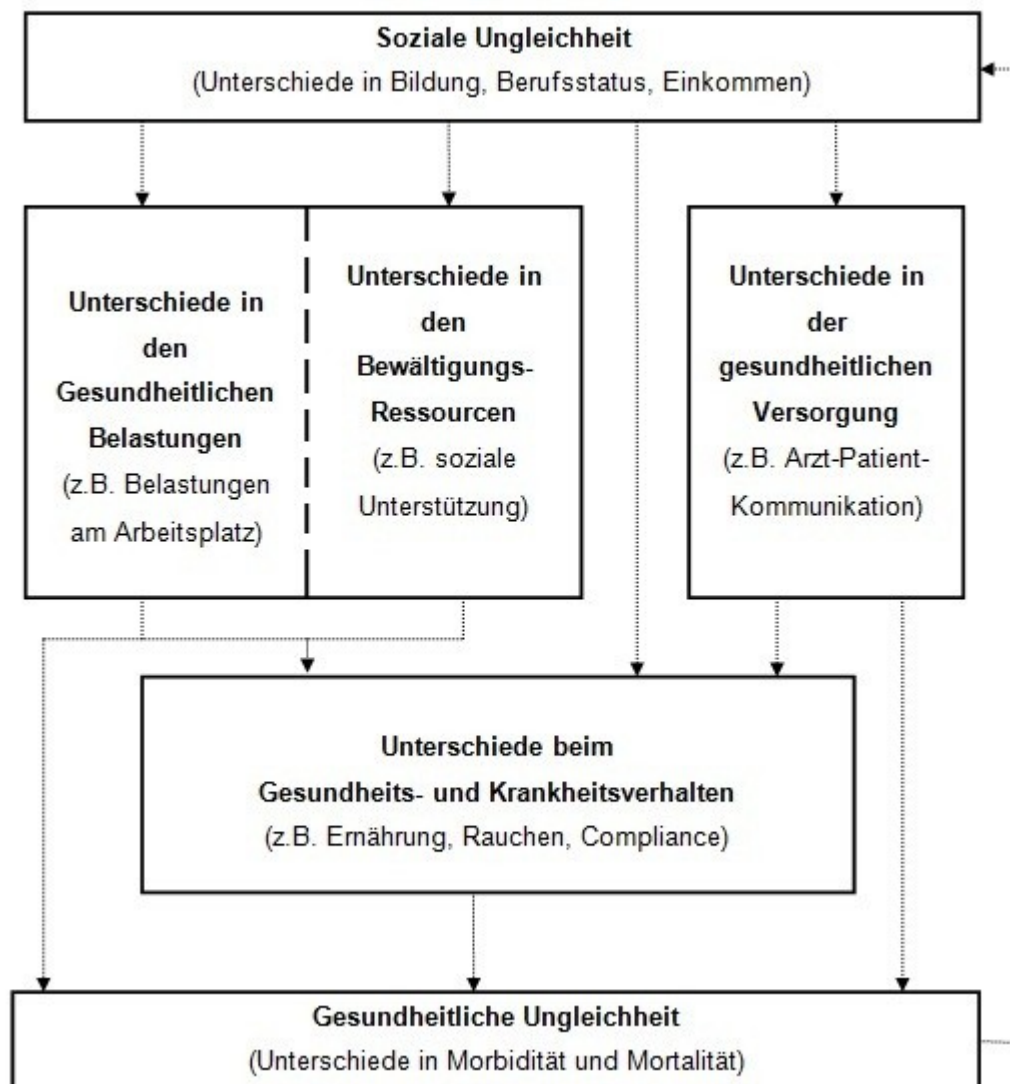


Abbildung 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck, 2005, S. 53)

In Anlehnung an die Strukturen dieses Modells, wird nun die gesundheitliche Situation wohnungsloser Personen näher betrachtet.

5.1.1. Soziale Ungleichheit und Wohnungslosigkeit

Ausgehend von der engeren Definition sozialer Ungleichheit werden die Merkmale Bildung, Berufsstatus und Einkommen in der Gruppe wohnungsloser Menschen näher betrachtet.

Personen in den Einrichtungen der Wiener WLH weisen am häufigsten einen Hauptschulabschluss (44%) oder Lehrabschluss (31%) als höchste abgeschlossene Schulbildung auf. Werden diese Ergebnisse mit der Gesamtbevölkerung verglichen, sind wohnungslose Menschen bei niedrigen über- und bei höheren Bildungsabschlüssen stark unterrepräsentiert. Der Großteil der Wohnungslosen (71%) war zum Zeitpunkt des Eintritts in die Einrichtung nicht erwerbstätig. Zur Einkommenssituation gilt es festzuhalten, dass mehr

als die Hälfte (66%) der Personen bei Eintritt in die Einrichtungen der Wiener WLH zwischen 401 Euro und 800 Euro zur Verfügung hatte. Das Medianeinkommen betrug 600 Euro. (vgl. Haller, 2009, S. 41ff) Wie bereits erwähnt, liegt die Armutsgefährdungsschwelle bei 884 Euro. Stellt man diesen Wert dem Medianeinkommen gegenüber, befinden sich mehr als zwei Drittel der wohnungslosen Personen unter dieser Schwelle. (vgl. Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz, 2011, S. 32ff) Ausgehend von diesen Daten, niedriger Bildungsgrad, geringes Einkommen und niedriger beruflicher Status, weisen Wohnungslose einen äußerst niedrigen sozialen Status auf.

Hradil schreibt:

„Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind zwar nicht unbedingt im Hinblick auf alle Kriterien sozialer Ungleichheit schlecht gestellt, vereinigen aber solche sozialen Benachteiligungen auf sich, die sie vom üblichen Leben in der Gesellschaft mehr oder minder ausschließen und sie zu einer „Randgruppe“ machen.“ (Hradil, 2001, S. 318)

Betrachtet man die drei Merkmale vertikaler sozialer Ungleichheit, muss man feststellen, dass die Gruppe Wohnungsloser in allen Kriterien schlechter gestellt ist als die Normalbevölkerung. Die Zugehörigkeit zu einer Randgruppe kann aus unterschiedlichen Gründen heraus entstehen. Bei wohnungslosen Menschen gibt es ein Bündel an Ursachen, das in diese Lage führen kann. Randgruppe beinhaltet das Wort „Rand“, welches unweigerlich die Assoziation „nicht dabei sein“, „ausgeschlossen sein“, somit Ausschluss vom „normalen“ gesellschaftlichen Leben hervorruft. Hradil bezeichnet diesen Ausschluss als „harten Kern“ sozialer Ungleichheit. (vgl. Hradil, 2001, S. 318f)

5.1.2. Lebensumwelt als gesundheitliche Belastung

Der Annahme von Elkeles und Mielck (1997) folgend, wird soziale Ungleichheit unter anderem als Einflussfaktor für die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen sowie den Bewältigungsressourcen gesehen. Erwähnenswert scheint hier, dass *„[...]nicht die gesundheitlichen Belastungen per se, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsressource“ von Bedeutung ist.* (Mielck, 2005, S. 53) Für die Gesundheit einflussreiche und bedeutsame Faktoren sind die Lebensumwelt und die Lebensverhältnisse, in denen sich ein Mensch befindet. (vgl. Österle, 2004, S. 8)

Wie die Lebenswelt wohnungsloser Menschen aussieht und welchen Einfluss diese auf die Gesundheit hat, wurde mit unterschiedlichen Ansätzen in Untersuchungen und Erfahrungsberichten zu erfassen versucht. (Girtler 1980; Giesbrecht 1987; Locher 1990) Bei

wohnungslosen Menschen ist die örtliche Lebensumwelt zumeist der öffentliche Raum. Daraus ergeben sich für Wohnungslose vielerlei belastende Lebensbedingungen, die unweigerlich Auswirkungen auf deren Gesundheit haben. Ein Leben im öffentlichen Raum bietet den Wohnungslosen kaum die Möglichkeit, sich zurück zu ziehen und sich vor Witterungen, wie Hitze, Kälte und Nässe zu schützen. (vgl. Pitz, 2004, S. 121)

Der Alltag wohnungsloser Menschen ist darauf ausgerichtet, die fundamentalen Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf, Wärme und Wohnraum zu befriedigen. Gesundheit stellt in der Bedürfnispyramide nach Maslow ein ebenso grundlegendes Bedürfnis dar. Bei wohnungslosen Menschen ist jedoch die Suche nach Nahrung und Schlafmöglichkeiten vordergründig, so dass sie in solch einer Lebenslage wenig Interesse für ihre Gesundheit zeigen. Behnsen betont:

„[...]dass sich Wohnungslose, die sich – wenn überhaupt noch – zunächst Sorgen um ihre Existenz machen, wenig für ihre Gesundheit interessieren.“ (Behnsen, 1995, S. 209)

5.1.3. Bewältigungsressourcen

Die Bewältigung von bedeutsamen Lebensereignisse, sogenannten „life-events“, scheint für die Entstehung von Wohnungslosigkeit, aber auch für die körperliche Gesundheit von Bedeutung zu sein. „Life-events“ können sein: Trennung, Tod des Partners, der Eltern, der eigenen Kinder, Scheidung, Arbeitsplatzverlust, etc. (vgl. Trabert, 1995, S. 112) In welchem Ausmaß Lebensumstände und Ereignisse einen Menschen gesundheitlich belasten, hängt von seinen Ressourcen ab, mit diesen Belastungen umzugehen. In diesem Zusammenhang sollte das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky erwähnt werden. Salutogenese ist ein Ansatz, der sich mit den Kompetenzen und Kräften auseinandersetzt, die einem helfen, gesund zu bleiben. Der Gesundheits- und Krankheitszustand einer Person wird vor allem durch individuelle und psychologische Einflussgrößen bestimmt. Äußere Faktoren wie Hungersnot, Krieg, schlechte hygienische Bedingungen können die Gesundheit gefährden. Sind die äußeren Bedingungen vergleichbar, gibt es trotzdem Unterschiede im Gesundheitszustand jedes Einzelnen. Demnach hängt es dann vom Einzelnen ab, wie ausgeprägt seine individuelle, kognitive als auch affektiv-motivationale Grundeinstellung ist und wie er diese einsetzen kann, um Ressourcen zum Erhalt seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens zu entwickeln und zu nutzen. Diese Grundeinstellung wird nach Antonovsky als „Sense of Coherence“ (SOC), übersetzt als „Kohärenzgefühl“, bezeichnet und stellt das Kernstück des salutogenetischen Modells dar. (vgl. Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 28f)

Das Kohärenzgefühl kann als eine bedeutsame Ressource zur Bewältigung von Belastungen und Anforderung als auch zum Erhalt der Gesundheit gesehen werden. Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)
Der Mensch hat die kognitive Fähigkeit, Reize als geordnete, strukturierte Informationen zu verarbeiten. Ereignisse werden als geordnet und kontrollierbar wahrgenommen.
- Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)
Das Individuum vertraut darauf, dass sich Schwierigkeiten lösen lassen – entweder aus eigener Kraft oder durch Unterstützung von außen.
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)
Der Einzelne ist davon überzeugt, dass die Herausforderungen im Leben einen Sinn haben und es lohnenswert ist, sich diesen zu stellen und sich dafür zu engagieren. (vgl. Antonovsky, 1997, S. 34ff)

Umso ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte diese sein bzw. desto schneller kann diese gesund werden und bleiben. Das Kohärenzgefühl bildet sich nach Antonovsky in der Kindheit und Jugend. Es wird durch die Lebenserfahrungen geformt. Im frühen Erwachsenenalter sind grundlegende Veränderungen noch möglich, ab etwa 30 Jahren ist das Kohärenzgefühl ausgebildet und bleibt eher stabil. Wie stark oder schwach das Kohärenzgefühl ist, hängt von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen d.h. von individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren ab. Dass sich das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter grundlegend verändern kann, hält Antonovsky für bedingt möglich. Massive Veränderungen der sozialen und kulturellen Einflüsse sowie der strukturellen Lebensbedingungen, die die bisher vorhandenen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten angreifen, oder viele unerwartete Ereignisse könnten zu einer nennenswerten Veränderung des Kohärenzgefühls führen. (vgl. Bengel et al., 2001, S. 30f)

Das Kohärenzgefühl, kann als mögliche Ressource für Wohnungslose in der Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen gesehen werden. Antonovsky geht davon aus, dass bestimmte Faktoren, die das Kohärenzgefühl stärken, in den gesellschaftlichen Schichten ungleich verteilt sind. Wie sich diese ungleiche Verteilung auf das Kohärenzgefühl bei Wohnungslosen, welche einen niedrigen sozialen Status aufweisen, und deren Bewältigung von Krankheit bzw. deren Erhalt von Gesundheit auswirkt, wurde in keiner Untersuchung näher betrachtet.

Steinbach (2007) unterscheidet zwischen persönlichen und kollektiven Bewältigungsstrategien. Unter persönlichen Bewältigungsstrategien wird die psychische Fähigkeit verstanden, ein Problem zu bewältigen. Kollektive Bewältigungsstrategien umfassen soziale Hilfen, dazu zählen soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Beide Strategien haben Einfluss aufeinander. Ist ein Mensch sozial integriert, d.h. hat er ein funktionierendes, stabiles soziales Netzwerk und soziale Unterstützung, gibt ihm das Selbstvertrauen und Selbstsicherheit - Ressourcen, die ihn in der persönlichen Bewältigung eines Problems unterstützen können. (vgl. Steinbach, 2007, S. 111f)

Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke können als Ressourcen in der Bewältigung gesundheitlicher Belastungen gesehen werden. Untersuchungen zeigen, dass fehlende soziale Unterstützung Einfluss auf die Entstehung von Krankheit sowie die Mortalität haben kann. So betont Wilkinson: *„Auch wenn man den Effekt korrelierender Einflussfaktoren rechnerisch isoliert, zeigt sich, dass Menschen mit mehr sozialen Kontakten und einer stärkeren Einbindung in lokale Aktivitäten gesünder sind.“* (Wilkinson, 2001, S. 6) Das Ergebnis wird in der Studie von Rubermann et.al. aus dem Jahr 1984 (vgl. Geyer, 2001, S. 211) bestätigt. In dieser Untersuchung wurden 2.320 Männer nach einem Herzinfarkt befragt. Die Ergebnisse zeigten folgendes:

„Patienten, die sozial isoliert waren, hatten im Vergleich zu sozial integrierten Personen eine zweifach erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit. Wenn soziale Isolation mit chronischen Belastungen, Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht und belastenden Lebensereignissen in Kombination auftraten, war das relative Risiko sogar um das 4,5fache erhöht.“ (Geyer, 2001, S. 211)

Ebenso erwähnt Locher in seiner Untersuchung (vgl. Locher, 1990, S. 109), dass Personen die einen guten sozialen Rückhalt haben, ein geringeres Erkrankungsrisiko sowie eine niedrigere Mortalitätsrate aufweisen. Des Weiteren verweist Locher auf Badura (1981), der sich mit Beziehungssystemen auseinandersetzt. Er unterscheidet:

- Confidantbeziehungen: sehr enge vertrauensvolle Beziehungen. Man kann in dieser Beziehung dem Vertrauten alles sagen und in jedem Fall auf seine Hilfe zählen (z.B. Eltern, Partner).
- Enge Beziehungen: entstehen, wenn man mit einem Menschen Erfahrungen gesammelt hat, die als verlässlich eingestuft werden können.
- Informelle oberflächliche Beziehungen: zeichnen sich durch wenig gegenseitige Verpflichtungen aus (z.B. Bekannte aus Vereinen, Arbeitskollegen).

Beziehungen bieten emotionale Unterstützung, Zugehörigkeitsgefühl und Anerkennung. Informelle Beziehungen dienen u.a. der Weitergabe von Informationen, z.B. wo und wie bei gesundheitlichen Problemen Hilfe angefordert werden kann. In diesem Bereich wurde festgestellt, dass sozial schwache Gruppen benachteiligt sind, da sie wenig informelle Beziehungen haben und über weniger informelle Hilfsquellen verfügen. (vgl. Locher, 1990, S. 109f) Daher kann laut Locher davon ausgegangen werden:

„[...]daß alleinstehende Wohnungslose wegen des Fehlens von sozialer Unterstützung beim Vorliegen von Belastungen oder Stressoren leichter erkranken und schlechter gesund werden als Menschen mit sozialen Ressourcen.“ (Locher, 1990, S. 110)

5.1.4. Zugang zu gesundheitlicher Versorgung

Gesundheit wird im engeren Sinn über das vorhandene Gesundheitsversorgungssystem mit bestimmt. Es stellt sich hier die Frage nach den Leistungen, die das Gesundheitssystem Wohnungslosen zur Verfügung stellt, und wie sich der Zugang zu diesen Leistungen gestaltet. (vgl. Österle, 2004, S. 8) In der Literatur (Janßen, Frie Grosse, Dinger, Schiffmann Omnen, 2009; Pochobradsky, Habl, & Schleicher, 2002) findet sich die Auffassung, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht den Zugang und die Inanspruchnahme von professioneller Gesundheitsversorgung beeinflusst.

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

Steiger erwähnt in seiner Dissertation, in welcher er sich mit den Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang zum Gesundheitssystem auseinandersetzt, die Publikation „The Inverse Care Law“ von Fiscella und Shin (2005). Hier wird aufgezeigt, dass jene Bevölkerungsgruppen, die den größten Bedarf an Leistungen vom Gesundheitssystem haben, oft die am wenigsten angemessene Gesundheitsversorgung erhalten. Als Beispiel gelten Personen mit geringem Einkommen, Angehörige ethnischer Minderheiten und Wohnungslose. Gründe hierfür können fehlende Krankenversicherung, Transportprobleme, Sprachprobleme, Ablehnung und Bevorzugung anderer Patienten durch den Leistungserbringer, mangelnde kulturelle Kompetenz der Leistungserbringer oder das

Fehlen von Leistungserbringern in benachteiligten Wohngebieten sein. (vgl. Steiger, 2010, S. 27)

Die unzureichende Zugänglichkeit des Gesundheitssystems und dessen unangepasste Angebotsstruktur werden oftmals als Grund für den schlechten Gesundheitszustand dieser Gruppe genannt.

Nikasch und Marnocha kamen bei ihrer qualitativen Untersuchung, in welcher sie Wohnungslose zum Thema „Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung“ befragten, zu dem Ergebnis, dass finanzielle Not, fehlendes Mitgefühl von Seiten der Leistungsanbieter im Gesundheitssystem für die Belange Wohnungsloser, eingeschränkter Zugang zu Kommunikationsmitteln, wie Telefon und Internet, sowie Transportprobleme eine Barriere für Wohnungslose in der Inanspruchnahme adäquater gesundheitlicher Versorgung darstellen. (vgl. Nikasch & Marnocha, 2009, S. 39ff)

Locher führte eine sozialmedizinische Querschnittuntersuchung durch, in welcher er Krankenakten von 342 männlichen Wohnungslosen, die in einem Diakonischen Heim in Kästorf wohnten, auswertete. Er beschränkte sich in seiner Untersuchung auf chronische Erkrankungen, Dauerd Diagnosen und entstellende Erkrankungen. Ziel war die Darstellung der Krankheitssituation von wohnungslosen Menschen in Hinblick darauf, ob die entstandenen Ergebnisse mit Forschungsergebnissen über Zusammenhänge von Arbeit und Krankheit vergleichbar sein werden. (vgl. Locher, 1990, S. 45ff) Er fasst in seiner Untersuchung zusammen, dass das „Nicht-behandeln“ von Verletzungen und Krankheiten bei Wohnungslosen, sprich die medizinische mangelhafte Versorgung, auf eine große soziale Distanz zwischen den in extremer Armut lebenden Wohnungslosen und dem System der medizinischen Versorgung zurückzuführen ist. Wichtige Voraussetzungen zur Verbesserung medizinischer Versorgung sind nach Locher, das Wissen um die Lebensverhältnisse der Betroffenen und die Arbeitsweisen des Hilfesystems sowie die Durchführung praktischer Versuche in der Überwindung von bestehender sozialer Distanz. Als Barrieren für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung werden unter anderem die Lebensverhältnisse genannt. Wohnungslose, die ihr tägliches Überleben sichern müssen, stellen gesundheitliche Leiden hinten an. Ratschläge und Unterweisungen zur Notwendigkeit gesundheitlicher Maßnahmen werden daher meist von den Betroffenen ignoriert und zurückgewiesen. Demnach sei die Verbesserung der realen Lebensverhältnisse als vorrangiges Ziel zu sehen. Des Weiteren haben Wohnungslose auf Grund ihrer Lebensverhältnisse meist unzureichende Möglichkeiten, hygienischen Maßnahmen nachzukommen. Oftmals sind Scham und Angst von Seiten der Betroffenen Mitverursacher für das nicht in Anspruch

nehmen medizinischer Dienste. Laut Locher sei dieses Verhalten nicht unbegründet, da Wohnungslose oftmals nicht oder nur ungern behandelt bzw. weiterverwiesen werden, weil sie schlecht gekleidet sind, schlecht riechen oder schmutzig sind. Zusätzlich wird die Alkoholproblematik überbewertet mit der Folge, dass andere gesundheitliche Aspekte außer Acht gelassen werden. (vgl. Locher, 1990, S. 131ff)

Trabert führte 1995 eine Untersuchung in Mainz durch. Der Schwerpunkt lag auf der Erforschung des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheits- bzw. Krankensituation von wohnungslosen Männern. Mit Hilfe einer standardisierten Fragebogenerhebung in Form von Interviews wurden soziale und medizinische Daten sowie das Gesundheitsverhalten Wohnungsloser erhoben. Des Weiteren führte er körperliche Untersuchungen, labor- und funktionsdiagnostische Analysen durch. Die erhobenen Daten wurden von Trabert mit bereits durchgeführten Studien in der Bundesrepublik Deutschland verglichen. (vgl. Trabert, 1995, S. 15ff) Er kam zu dem Ergebnis, dass Wohnungslose einen überdurchschnittlich hohen Krankheitsstand aufweisen. Diese Tatsache deutet auf eine medizinische Unterversorgung der Gruppe Wohnungsloser in der Gesellschaft hin.

„Das Gesundheitsversorgungssystem als gesellschaftsstrukturelle Einrichtung zeigt bezüglich der Betreuung und Versorgung von alleinstehenden Wohnsitzlosen eine mangelhafte, zum Teil diskriminierende und krankheitsfördernde Funktionsweise. Hier spielen u.a. die Art der Krankenscheinbeschaffung, die Verhaltensweisen der medizinischen Fachkräfte gegenüber den Betroffenen sowie die zur Verfügung stehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen eine wichtige Rolle.“ (Trabert, 1995, S. 117f)

Zur Unterversorgung Wohnungsloser zeigt Trabert's Untersuchung folgende Ergebnisse. 47,5% der Befragten gaben an, keinen Hausarzt zu haben. Von jenen Probanden, die einen Hausarzt haben, konsultieren 52,4% „ab und zu“ bzw. „selten“ ihren Arzt. Demnach befanden sich mehr als die Hälfte der Probanden in keinem kontinuierlichen medizinischen Versorgungsverhältnis. Für die Nichtinanspruchnahme gaben 47,5% an, dass sie keine Notwendigkeit sehen, gesund sind und keine Erkrankungen haben. Weitere Gründe, die jedoch keine Gewichtung in dieser Untersuchung hatten, waren kein Vertrauen zu den Ärzten und die Ansicht, dass diese nur Tabletten verschreiben. Ebenso wurden die Krankenscheinbeschaffung als umständlich sowie die Rezeptgebühren als zu hoch empfunden. (vgl. Trabert, 1995, S. 29f)

Behnen sieht als wesentliche Ursache für die Unterversorgung der Gruppe Wohnungsloser die Kluft zwischen den angebotenen Hilfen und den Bedürfnissen dieser Menschen. Ähnlich wie Locher argumentiert auch er, dass diese Diskrepanz nur durch eine Anpassung der

Angebotsstrukturen an den Lebensumständen Wohnungsloser zu verringern sei. (vgl. Behnsen, 1995, S. 212)

Betrachtet man das Gesundheitsversorgungssystem in Österreich, basiert dieses auf dem Versicherungsprinzip, d.h. grundsätzlich können alle Menschen im Rahmen der Sozialversicherung, mit Ausnahme von Selbstbehalten, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen. Selbstbehalte werden u.a. für Medikamente, stationäre Aufenthalte, diverse Heilbehelfe etc. einbehalten. Für einkommensschwache Menschen, zu denen Wohnungslose zählen, stellen diese Kosten eine materielle Belastung dar. (vgl. Schoibl & Schoibl, Gesundheit ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. Österreichbericht 2006., 2006a, S. 5ff) Unter bestimmten Voraussetzungen ist zum Teil eine Befreiung von Selbstbehalten bzw. eine Rezeptgebührenbefreiung möglich. Das Ansuchen darum ist mit einem bürokratischen Aufwand und Amtswegen verbunden, was möglicherweise eine Hürde für Wohnungslose darstellen kann.

Das bestehende Gesundheitssystem in Österreich ist eher strikt und sektoral gegliedert, d.h. es gibt niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Ambulanzen und Ambulatorien. Dieses System setzt voraus, dass die betroffene Person ihre Hilfsbedürftigkeit erkennt, aus sich heraus aktiv wird und sich eigenverantwortlich um die nötige Versorgung kümmert. Bei wohnungslosen Menschen kann ein solches Verhalten nicht vorausgesetzt werden. (vgl. Schoibl & Schoibl, 2006a, S. 6f) Behnsen fordert:

„Es muß eine Hilfe erfolgen, die von einem permanenten Handlungsbedarf ausgeht und in Vorleistung tritt, nicht um ihre Dienstleistungen aufzuzwingen, sondern um erreichbare und umfassende Hilfen bereitzustellen.“ (vgl. Behnsen, 1995, S. 213)

Ausgehend davon ist es notwendig, differenzierte Angebotsstrukturen und Zugänge zu gesundheitsbezogenen Leistungen zu schaffen, die den Bedürfnissen dieser Gruppe gerecht werden und diese erreichen.

5.1.5. Individuelles Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit

Gesundheit wird durch individuelles Verhalten bestimmt. Dieses steht im engen Zusammenhang mit den Lebensverhältnissen und dem bestehenden Gesundheitssystem. Die Lebensumwelt mit ihren Rahmenbedingungen hat Einfluss auf das individuelle Verhalten. (vgl. Österle, 2004, S. 8) Laut Trabert sind bei wohnungslosen Menschen folgende individuelle Verhaltensweisen für die Entstehung und Ausprägung von Krankheit besonders hervorzuheben: *„[...] der Alkohol- und Zigarettenkonsum, die Ernährungsgewohnheiten, die Übernachtungsgewohnheiten.“* (Trabert, 1995, S. 114)

Alkoholismus und Wohnungslosigkeit sind Problemlagen die einander begünstigen. Wohnungslosigkeit kann Alkoholismus zur Folge haben, aber auch die Ursache von Alkoholismus sein. Unterschiedliche Untersuchungen belegen, dass der Alkoholkonsum bei wohnungslosen Menschen besonders ausgeprägt ist.

Will und Bartmann führten 1999 eine Fragebogenerhebung bei wohnungslosen Männern durch. Ziel war es zu erforschen, ob es einen Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Alkoholismus gibt. Die Ergebnisse zeigten, dass alle Befragten Alkohol tranken, die Häufigkeit und das Ausmaß variierten. Circa die Hälfte der Teilnehmer gab an, gelegentlich zu trinken und ungefähr die andere Hälfte trank täglich Alkohol. Häufig genannte Gründe für den Konsum von Alkohol waren die „Steigerung der Selbstsicherheit“, „Genuss“ und „Ärger“. Als weitere wesentliche Gründe für den Alkoholkonsum wurden das „Gemeinschaftsgefühl“ und die „Beruhigung der Nerven“ angegeben. Des Weiteren merken die Autoren an, dass die Häufigkeit des abhängigen Verhaltens weit über der Häufigkeit der Durchschnittsbevölkerung lag. (vgl. Will & Bartmann, 2002, S. 45ff) Locher kommt in seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, dass ungefähr ein Drittel der Wohnungslosen keine Alkoholprobleme angeben, ein Drittel alkoholkrank ist und ein Drittel alkoholgefährdet. (vgl. Locher, 1990, S. 89) Traberts Ergebnisse aus der Mainzer Studie zur Alkoholproblematik Wohnungsloser, decken sich weitgehend mit den Erkenntnissen von Locher. Er kommt zu dem Schluss, dass ungefähr 55% der untersuchten Probanden eine Alkoholproblematik aufweisen. (vgl. Trabert, 1995, S. 90)

Das Ernährungsverhalten wohnungsloser Menschen ist auf Grund ökonomischer Probleme, fehlendem Wissen und struktureller Probleme (keine Kochgelegenheit) als für die Gesundheit äußerst ungünstig einzustufen. Eine Beziehung zwischen Fehl- bzw. Mangelernährung und Morbidität kann für Lungenerkrankungen, Hör- und Sehminderung, Zahnerkrankungen und Anämie angenommen werden. (vgl. Trabert, 1995, S. 114)

Langnäse und Müller führten im Jahr 1996 eine Querschnittsuntersuchung bei 60 männlichen und 15 weiblichen Wohnungslosen aus den Städten Hamburg und Kiel durch. Ziel der Studie war es, den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit in dieser Population zu untersuchen. Die Daten wurden mit Hilfe eines Fragebogens erhoben. Bei einem Großteil der Teilnehmer wurde kein Nahrungsmangel festgestellt. 29% der Wohnungslosen waren unterernährt sowie 22,7% übergewichtig. Des Weiteren zeigte sich, dass für viele der Teilnehmer kein Zugang zu Kochmöglichkeiten sowie zur Lebensmittellagerung existierte. Frisches Obst und Gemüse sowie Reis und Nudeln waren jene Nahrungsmittel, die von den Teilnehmern nicht in der Häufigkeit konsumiert wurden, wie es empfohlen wird. Nahezu zwei Drittel der Wohnungslosen litten an mindestens einer

chronischen Erkrankung. Ernährungsbedingte Erkrankungen (33,3%) und Magen-Darm Erkrankungen (32%) waren vorherrschend. Bei den ernährungsbedingten Erkrankungen, dominierten Bluthochdruck (13,3%) sowie erhöhtes Cholesterin (8%). (vgl. Langnäse & Müller, 2001, S. 805ff)

5.1.6. Gesundheitliche Ungleichheit – Morbidität und Mortalität bei Wohnungslosen

Locher kam zu dem Ergebnis, dass wohnungslose Menschen einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die übrige Bevölkerung. Des Weiteren konnte festgestellt werden, je älter die Wohnungslosen sind, desto schlechter ist deren Gesundheit, zudem steigt die Zahl der Krankheitsbilder. Während bei den 35-jährigen noch jeder Dritte gesund ist, ist bei den über 55-jährigen nicht einmal mehr jeder Zehnte gesund. Zusätzlich zur Zunahme von Erkrankungen mit steigendem Alter nimmt auch die Zahl der Krankheitsbilder zu. Bei den über 46-jährigen weist fast die Hälfte drei oder mehr Erkrankungen auf. (vgl. Locher, 1990, S. 59f) Ebenso konnte Trabert einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Lebensalter der Untersuchten und dem Gesamtkrankheitsscores erkennen. Die Gruppe der 40-49jährigen erreichte die höchsten Krankheitsscorewerte, womit der Gesundheitszustand dieser Gruppe als sehr schlecht zu bewerten war. (vgl. Trabert, 1995, S. 64) Fichter et.al. konnten feststellen, dass Männer in ihrer Untersuchung eine höhere Komorbiditätsrate aufwiesen als Frauen. Insgesamt waren bei mehr als der Hälfte der Untersuchten zwei oder mehr psychische Erkrankungen vorhanden. (vgl. Fichter, Quadflieg, Koniarczyk, Greifenhagen, Wolz, Koegel, Wittchen, 1999, S. 82)

Salize et al. weisen ebenfalls auf die hohe Komorbiditätsrate bei Wohnungslosen hin. Die Mehrheit der von ihnen untersuchten Personen wies zwei, drei oder mehr somatische Krankheitsbilder auf. Am häufigsten konnte das gleichzeitige Auftreten von zerebralen Degenerationen, Erkrankungen der Leber und alkoholischen Polyneuropathien festgestellt werden. (vgl. Salize, Dillmann-Lange, Stern, Kentner-Figura, Stamm, Rössler, Henn, 2002, S. 1596)

Ältere wohnungslose Menschen sind auf Grund der gesundheitlich belastenden Lebensbedingungen erheblich vorgealtert und haben demnach im Vergleich zur Normalbevölkerung eine geringere Lebenserwartung. Eine Untersuchung in Hamburg, welche Sektionsbefunde von Verstorbenen ohne festen Wohnsitz und laborchemische Untersuchungen in Zusammenhang mit Polizeiunterlagen der Jahre 1999-2004 brachte, ergab ein durchschnittliches Todesalter von 46,5 Jahren. (vgl. Grabs, Ishorst-Witte, & Püschel, 2008, S. 6) In Trabert's Untersuchung (1995) konnte ein durchschnittliches Sterbealter von 53,3 Jahren festgestellt werden. Locher (1990) kam auf ein

durchschnittliches Sterbealter von 63,3 Jahren. Im Vergleich dazu, lag die Lebenserwartung eines österreichischen Bürgers im Jahr 1995 bei 73,3 Jahren, 2004 bei 76,4 Jahren und die einer österreichischen Bürgerin im Jahr 1995 bei 79,98 Jahren und 2004 bei 82,11 Jahren. (vgl. Statistik Austria, 2012b)

Genauer betrachtet steht die Lebenserwartung im engen Zusammenhang mit den Lebensverhältnissen, in denen sich wohnungslose Menschen befinden. Demnach haben Wohnungslose, die in Heimen untergebracht sind, eine durchschnittliche Lebenserwartung von 60-65 Jahren, während Wohnungslose in prekären Unterkunftsverhältnissen in Kombination mit Drogenabhängigkeit im Durchschnitt rund 35 Jahre alt werden und ohne Drogenabhängigkeit ein Lebensalter von knapp 50 Jahren erreichen. (vgl. Brem & Seeberger, 2009, S. 229)

5.2. Krankheitsbilder bei wohnungslosen Menschen

Das Lebensumfeld, in dem sich Wohnungslose befinden, der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, soziale Faktoren und individuelles Verhalten tragen wesentlich zum Gesundheitszustand dieser Gruppe bei. Welche physischen und psychischen Krankheitsbilder sich bei Wohnungslosen zeigen, wird im nachfolgenden Abschnitt dargestellt.

5.2.1. Physische Erkrankungen

Locher (1990), Trabert (1995) als auch Völlm, Becker & Kunstmann (2000) führten Untersuchungen durch, in welchen sie u.a. den physischen Krankheitsstatus von wohnungslosen Personen erhoben. In allen drei Studien handelte es sich bei den Teilnehmern um Männer. Zur besseren Veranschaulichung werden die Ergebnisse somatischer Erkrankungsprävalenzen von den zuvor angeführten Studien in eine Tabelle (s. Tab. 2) zusammengefasst.

Studie	Locher 1990	Trabert 1995	Völlm et al. 2000
Studiendesign	Querschnittstudie	Querschnittstudie	Querschnittstudie mit Vergleichsgruppe
Stichprobengröße	342 Männer	40 Männer	82 Männer
Datenerhebung	Auswertung von Krankenakten	standardisierte Interviews; medizinische Untersuchungen inkl. Labor- und Funktionsdiagnostik und Röntgenuntersuchung	standardisierte Interviews; medizinische Untersuchungen
Atemwegserkrankungen	19,3%	47,5%	33,8% / 43,2% ³
Augenerkrankungen	22,8%	k.A	62,5% / 86,5%
Erkrankungen der Haut	8,2%	50%	33,8% / 32,4%
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	38,9%	k.A	42,5% / 51,4%
Herz-Kreislaufkrankungen	27,8%	52,5%	56,3% / 81,1%
Infektionskrankheiten	18,1%	50%	k.A
Lebererkrankungen	k.A	30%	42,5% / 27,8%
Magen-Darmerkrankungen	32,2%	20%	31,3% / 37,8%
Nierenerkrankungen	6,1%	25%	k.A
Neurologische Erkrankungen	10,8%	5%	32,5% / 40,5%
Unfallverletzungen	44,2%	50%	k.A
Zahnerkrankungen	20,6%	52,5%	56,3% / 83,9%

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse von Studien zur Erkrankungsprävalenz bei Wohnungslosen (eigene Darstellung)

Trabert weist in seiner Untersuchung darauf hin, dass der Gesundheitszustand alleinstehender wohnungsloser Männer als äußerst schlecht bewertet werden kann. Wie die in der Tabelle angeführten Zahlen zeigen, sind es vor allem Herz-Kreislaufkrankungen,

³ Die nach dem Schrägstrich angeführten Zahlen in dieser Spalte beziehen sich auf die Vergleichsgruppe (ehemals Wohnungslose).

Zahnerkrankungen, Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Haut und Atemwegserkrankungen, die bei den Untersuchten häufig auftraten. In der Studie konnte auch festgestellt werden, dass der schlechte Gesundheitszustand schon von Wohnungslosigkeitsbeginn an existiert. Die ersten ein bis fünf Jahre kann es zu leichten Verschlechterungen kommen oder es bleibt gleich. Dauert die Wohnungslosigkeit länger an, scheint es zu einer gesundheitlichen Anpassung an die Lebenssituation zu kommen. (vgl. Trabert, 1995, S. 127)

Die Studie von Völlm et al., angelegt als Querschnittuntersuchung mit Vergleichsgruppe, erhebt die Prävalenz körperlicher Erkrankungen, das Gesundheitsverhalten, die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit und die Nutzung des Gesundheitssystems bei einer Gruppe wohnungsloser Menschen. Die Ergebnisse werden mit jenen der Vergleichsgruppe ehemals Wohnungsloser in Beziehung gebracht. (vgl. Völlm et al., 2004, S.43) In den Ergebnissen von Völlm et al. lassen sich hohe Erkrankungsprävalenzen feststellen. Bei den Herz-Kreislaufferkrankungen und Zahnerkrankungen kamen sie bei der Gruppe Wohnungsloser zu ähnlich hohen Ergebnissen wie Trabert. Des Weiteren konnte bei den ehemals Wohnungslosen eine höhere Erkrankungsprävalenz, als bei jenen, die nach wie vor von Wohnungslosigkeit betroffen sind, festgestellt werden. Dies erklären die Autoren zum einen durch das höhere Durchschnittsalter dieser Gruppe. Zum anderen befanden sich diese Personen schon lange in einer Betreuungsform, durch die ihnen ein Wohnraum möglicherweise auf Grund einer vorliegenden chronischen Erkrankung vermittelt wurde. Die hohe Prävalenz für Zahn- und Hauterkrankungen sehen die Autoren als Folge mangelhafter hygienischer Bedingungen auf der Straße sowie in den Übernachtungsstellen. (Völlm et al., 2004, S. 48)

Salize et al. untersuchten 102 Obdachlose in Mannheim. Die Studie war als Querschnittsuntersuchung angelegt mit dem Ziel, die Prävalenz von Alkoholabhängigkeiten und psychischen Erkrankungen bei Obdachlosen zu erfassen sowie Aussagen zu Folgeerkrankungen durch den Gebrauch von Alkohol tätigen zu können. Die Auswertung der Daten ergab, dass bei 61,7% der Teilnehmer eine somatische Erkrankung vorlag. Ebenso konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und somatischen Erkrankungen festgestellt werden. (vgl. Salize, et al., 2002, S. 1593ff)

5.2.2. Psychische Erkrankungen

Fichter et al. (1999) führten eine empirische Analyse durch mit dem Ziel, die Häufigkeit psychischer Erkrankungen von Obdachlosen in einer Großstadt zu erfassen. Mittels des Diagnostic-Interview-Schedule (DIS) wurden standardisierte Interviews mit 146 obdachlosen

Männern und 32 obdachlosen Frauen geführt. Um einen besseren Überblick zu den Ergebnissen gewähren zu können, wurden diese in einer Tabelle (s. Tab. 3) zusammengefasst. Wobei Lifetime-Prävalenzraten angeführt sind, die sich darauf beziehen, wie viele erwachsene Obdachlose jemals in ihrem Leben eine klinisch bedeutsame psychische Störung aufwiesen sowie 6-Monats-Prävalenzraten, die die Anzahl psychischer Erkrankungen zum Zeitpunkt der Interviews angeben.

Studie	Fichter et al. 1999			
Ort	München (Deutschland)			
Erhebungsinstrument	Diagnostic Interview Schedule (DIS) / Mini Mental State Examination (MMSE)			
Geschlecht der Teilnehmer	Männer	Männer	Frauen	Frauen
Stichprobengröße	146	146	32	32
Prävalenzstrecke L=Lebenszeit, M=Monate	L	M	L	M
Schizophrene Störung	12,4%	9,6%	34,4%	34,4%
Affektive Störung	41,8%	24%	81,3%	46,9%
Angststörung	22,6%	14,4%	59,4%	28,1%
Kognitive Beeinträchtigung	8,9%	8,9%	-	-
Gebrauch von psychotropen Substanzen (Alkohol/Drogen)	91,8%	74%	90,6%	65,6%
Irgendeine DIS/DSM-III Achse I Diagnose	94,5%	80,8%	32%	93,8%
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	4,1%	2,7%	3,1%	3,1%

Tabelle 3: Zusammengefasste Darstellung der Ergebnisse aus der Untersuchung von Fichter et al. (eigene Darstellung)

Besonders häufig fanden sich Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen wieder. Ein ebenso nennenswerter Anteil entfiel auf den Störungsbereich affektive Störungen. Fichter et al. verglichen ihre Ergebnisse mit Daten anderer Studien und kamen zu dem Ergebnis, dass schizophrene und affektive sowie Angst- und Substanzgebrauchsstörungen bei obdachlosen Männern und Frauen wesentlich häufiger zu beobachten waren als in der

Normalbevölkerung. Komorbiditäten konnten bei ungefähr der Hälfte der Untersuchten diagnostiziert werden, wobei Frauen eine höhere Komorbiditätsrate aufwiesen als Männer. Im Allgemeinen zeigen die Ergebnisse eine hohe psychische Erkrankungsrate. Nur ein geringer Anteil, 19,2% der Männer und 6,2% der Frauen, hatten in den letzten sechs Monaten vor dem Interview keine psychischen Störungen, bezogen auf die Life-time Rate nur 5,5%.

Die Ergebnisse von Salize et al. (2002) in Bezug auf psychische Störungen bei Obdachlosen zeigen, dass bei 70% der Untersuchten eine psychische Erkrankung vorliegt. Betrachtet man die Life-time Prävalenz, liegt diese bei 82,4%. Am häufigsten traten psychische Störungen und Verhaltensstörungen als Folge von psychoaktivem Substanzmissbrauch auf. Eine hohe Komorbiditätsrate konnte auch in dieser Untersuchung verzeichnet werden. Bei ungefähr einem Drittel wurde nur eine psychische Störung in Folge von psychoaktivem Substanzmissbrauch erhoben.

Längle et al. führten eine Untersuchung, zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei obdachlosen Männern durch. Ziel war es eine Vollerhebung innerhalb der definierten Zielgruppe zu erreichen. Ein zentrales Anliegen war es, nicht nur epidemiologische Daten, sondern auch Daten zu psychiatrischen Störungen zu erheben.

151 Personen konnten für die Zielgruppe dieser Studie identifiziert werden, wovon 91 daran teilnahmen. Die Daten wurden wie in den vorangegangenen Studien mittels des strukturierten klinischen Interviews (SKID I) erfasst. Die Ergebnisse, wobei mehrere Diagnosen möglich waren zeigen, dass ein Großteil der Untersuchten (74%) unter Alkoholabhängigkeit litt, gefolgt von Drogenabhängigkeit (34%). 26% der Untersuchten wiesen eine Angststörung auf. Bei 73% der Probanden wurde zumindest eine psychiatrische Diagnose festgestellt. Eine Komorbidität wurde bei 67% der Teilnehmer diagnostiziert. Die häufigste Kombination war Alkoholabhängigkeit und Drogenabhängigkeit. (vgl. Längle, Egerter, Albrecht, Petrasch, & Buchkremer, 2005, S. 382ff)

Die Ergebnisse dieser Studien machen deutlich, dass die Erkrankungsprävalenz für psychiatrische Störungen bei Obdachlosen äußerst hoch ist. Ebenso konnte in den meisten Studien eine sehr hohe Komorbiditätsrate festgestellt werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Ergebnisse auf einen äußerst schlechten somatischen wie psychischen Gesundheitszustand bei Obdachlosen hindeuten.

6. Gesundheitliche und pflegerischer Versorgung wohnungsloser Menschen

Bei der Durchsicht der Literatur unter dem Aspekt der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von wohnungslosen Menschen wurde deutlich, dass dieses Thema bisher aus pflegewissenschaftlicher Sicht selten näher beleuchtet wurde. Obwohl nach Stehling

„[...] ein permanent oder intermittierend bestehender Pflegebedarf wohnungsloser Menschen, ausgehend von ihrer Krankheits- und Gesundheitssituation, angenommen werden kann.“ (Stehling, 2008, S. 378)

Die defizitären Lebensbedingungen, denen Wohnungslose ausgesetzt sind, wirken sich unweigerlich auf deren Gesundheit aus. In Anbetracht dessen bedarf es einer professionellen Pflege, welche sich mit den gesundheitlichen und pflegerischen Bedürfnissen dieses Personenkreises auseinandersetzt.

Die pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen kann in unterschiedlichen Settings stattfinden. Zu nennen sind hier die Bereiche aufsuchende Hilfe, ambulante Pflege, stationäre Hilfe im Krankenhaus sowie Langzeithilfen, z.B. in Form des sozial betreuten Wohnens. Welche Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung es für Wohnungslose gibt, welches Aufgabenprofil Pflegepersonen in diesen Settings haben und wie sich ihr pflegerisches Handeln gestaltet, wird nun näher betrachtet.

6.1. Aufsuchende Hilfe

Der Bereich aufsuchende Hilfe stellt ein ungewöhnliches Arbeitsfeld für Pflegende dar, für das es keine klare Definition gibt. Die Pflegekräfte arbeiten unter unterschiedlichen Bedingungen, teilweise in Modellprojekten, teilweise im Team mit anderen Professionen wie z.B. Sozialarbeitern und Medizinern auf der Straße, oftmals an ein Arztmobil oder an Tagesunterkünfte angeschlossen, oder ausschließlich aufsuchend auf der Straße. (vgl. Stehling, 2008, S. 378) Pflegende suchen systematisch Orte und Plätze auf, wo Wohnungslose ihre Zeit verbringen. Die Behandlung findet meist vor Ort statt, z.B. in einem Arztmobil. Ziel ist es, jene Personen zu erreichen, die sozial isoliert leben und auf Grund von Misstrauen, schlechten Erfahrungen, Angst oder Scham keinen Kontakt zum Hilfesystem pflegen. (vgl. Eichner, Goerrig, Paul, Wixforth, Monkos, & Küchenmeister, 2001, S. 2)

Stehling kam zu dem Ergebnis, dass in der aufsuchenden Hilfe Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns stehen. Eine tragfähige Beziehung stellt die Basis für konkrete Hilfeleistungen dar. (vgl. Stehling, 2008, S. 391)

Folgende Aufgaben können für die aufsuchende Krankenpflege definiert werden:

„Pflegerische Hilfen im engeren Sinne

- *Verbandswechsel,*
- *Abgabe von Medikamenten und Verabreichung von Injektionen,*
- *Physikalische Therapien wie Wadenwickel, Rotlichtbehandlung, Fußbäder etc.,*
- *Anleitung zur allgemeinen Körperhygiene,*
- *Hilfe bei der Körperpflege – z.B. Bäder, Nagelpflege, Haare schneiden,*

Pflege als beratende und unterstützende Tätigkeit

- *Ernährungsberatung,*
- *Beratung und Motivation zur Entwicklung eines verbesserten Gesundheitsbewusstseins,*
- *Erstellen eines Therapie- und Pflegeplans zur weiteren Behandlung/Pflege des Betroffenen – in Kooperation mit den Ärzten,*
- *Unterstützung des Betroffenen durch Vorbereitung von Terminen, bei Krankenhausaufenthalten u.ä.,*
- *Begleitung zu Fachärzten, Krankenhäusern, Behörden und anderen Einrichtungen als Brückenfunktion.“* (Eichner et al., 2001, S.2f)

Die zuvor angeführten Aufgabenfelder zeigen, dass die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson eine Vielfalt von Funktionen übernimmt. Neben den Tätigkeiten, die im mitverantwortlichen Bereich angesiedelt sind, wie z.B. die Abgabe von Medikamenten, stellt die beratende Pflege einen wichtigen Bestandteil des Tätigkeitsspektrums dar. Für beide Tätigkeitsbereiche ist ein vertrauensvolles Verhältnis, ein sogenanntes „Bündnis“, zwischen Pflegeperson und Betroffenen unabdingbar. Um dies erreichen zu können, ist personelle Kontinuität wichtig. Auf Grund dieser Basis ist es möglich, dass der Betroffene Krankheitseinsicht zeigt und sich für die notwendigen Behandlungen bereit erklärt. Die angeführten Handlungsfelder zeigen deutlich, dass die Pflegeperson in der aufsuchenden Hilfe eine Vermittlerrolle zwischen Wohnungslosen und anderen Akteuren des Hilfesystems wie z.B. Ärzten, Mitarbeitern der Wohnungslosenhilfe, Sozialarbeitern etc. einnimmt. Dieses Handeln stellt eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen aufsuchender Hilfe dar. (vgl. Eichner et al., 2001, S.3ff)

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der aufsuchenden Pflege sind immer wieder mit ablehnenden Verhalten und Zurückweisungen von Seiten der hilfebedürftigen Wohnungslosen konfrontiert. Die Aufgabe der Pflegekraft ist es, trotz ablehnender Haltung, Offenheit und Bereitschaft gegenüber dem Hilfebedürftigen zu zeigen und wenn nötig, dem Wohnungslosen sein „Recht auf Verwahrlosung“ zuzugestehen. (vgl. Budroni, 2002, S. 18)

„Our job is not to judge what a patient should or should not do but merely to point out the risks and allow the person to make up his or her own mind“. (Latham, 1998, S. 45)

„Für die pflegerische Arbeit mit Wohnungslosen braucht man neben Erfahrung und Routine vor allem einen langen Atem.“ (Lauer, 2002, S. 13)

Beide Aussagen machen deutlich, welche Position die Pflegeperson in diesem Setting einnehmen sollte und welche Fähigkeiten sie mitbringen muss. Eine offene, tolerierende, abwartende und akzeptierende Haltung gegenüber dem Wohnungslosen und seinem Lebensumfeld ist in diesem Arbeitsfeld von Bedeutung.

6.2. Stationäre Hilfe – Krankenhaus

Ein weiteres Arbeitsfeld, in dem Pflegepersonen und wohnungslose Menschen aufeinander treffen, stellt die stationäre Versorgung im Krankenhaus dar. Stehling führte eine empirische Untersuchung durch, in der er Pflegefachkräfte im Krankenhaus und in der aufsuchenden Hilfe hinsichtlich ihres pflegerischen Handelns befragte. Die Ergebnisse zeigen, dass das Handeln der Pflegefachkräfte im Krankenhaus unter dem Einfluss institutioneller Bedingungen subjektiv wahrgenommener Hilfsbedürftigkeit der wohnungslosen Menschen und dem Streben der Pflegefachkräfte, deren Lebenssituation zu verändern, geschieht. Zu Beginn ist das Handeln darauf ausgerichtet, die körperliche Situation des wohnungslosen Menschen so zu verändern, dass sie einem hygienischen Standard entspricht. Diese Vorgehensweise ermöglicht die Integration des Betroffenen in die Gruppe der Patienten. Die Ergebnisse zeigen weiter, dass Kommunikation die Haltung der Pflegekräfte gegenüber Wohnungslosen verändert. Sie erhalten Einblick in die Biografien und beginnen sich um den weiteren Lebensweg der Betroffenen zu sorgen, sie erkennen einen Zusammenhang zwischen Lebenssituation und Gesundheitszustand. Das Handeln der Pflegekräfte orientiert sich an ihrer eigenen gespürten Verantwortung für das Einhalten institutioneller Normen und an dem Streben, etwas an der Lebenssituation der wohnungslosen Menschen verändern zu wollen. (vgl. Stehling, 2008, S. 385)

Wie wohnungslose Menschen den Kontakt zum Krankenhaus wahrnehmen und welche Strategien sie anwenden, um in diesem System bestehen zu können, untersuchte Girtler in einer Feldforschung. Er kam zu dem Ergebnis, dass Wohnungslose Personen öffentlichen Institutionen gegenüber eher abgeneigt sind. Das Verhältnis des Wohnungslosen zum Krankenhaus ist jedoch anders, da er dieses zum Überleben benötigt. Ruhiges und nicht zu auffälliges Verhalten sowie Humor in unangenehmen Situationen, scheinen für die Befragten geeignete Strategien zum „Überleben“ im Krankenhaus zu sein. (vgl. Girtler, 1980, S. 89ff)

6.3. Langzeithilfen

Bei Durchsicht der Literatur zum Thema Alter und Wohnungslosigkeit zeigt sich, dass es notwendig ist, für ältere wohnungslose Menschen, die auf Grund ihrer gesundheitlich belastenden Lebensbedingungen meist erheblich vorgealtert sind und demnach andere Bedürfnisse zeigen, eigene Hilfs- und Unterbringungsmöglichkeiten zu schaffen. Zusammenfassende Ergebnisse aus Studien der Gerontologie zu älteren Wohnungslosen Menschen zeigen, dass Handlungsbedarf unter anderem in folgenden Punkten besteht:

- *“Die Hilfeangebote der Wohnungslosen-, Alten-, und Gesundheitshilfe werden dem besonderen Bedarf älterer Wohnungsloser nicht gerecht.*
- *Ältere Wohnungslose haben keinen Zugang mehr zum normalen Wohnungsmarkt.*
- *Ältere Wohnungslose sind nur schwer in normale Senioren- und Pflegeheime zu integrieren, zumal ein großer Altersunterschied zu den normalen Altenheimbewohnern besteht.*
- *Ältere Wohnungslose haben keinen würdigen Ort zum Sterben und keine Begleitung auf dem Weg zum Sterben.*
- *Es Bedarf mehr kleinteiliger Wohnprojekte und Wohn- und Pflegeeinrichtungen für ältere Wohnungslose.“ (Paeglow, 2007, S. 61)*

Reifferscheid geht auf die Problematik der Unterbringung älterer Wohnungsloser ein und beschreibt wie sich der Bedarf von Langzeithilfen für ältere Wohnungslose entwickelt hat. Zum einen erwähnt er, dass die Integration dieser Personengruppe in die klassische Altenpflege auf Grund der Alkoholsuchtproblematik, des Altersunterschiedes von 15 bis 20 Jahren sowie anderer sozialer Schwierigkeiten, wie Schulden oder die gesamte Lebensbiographie, kaum möglich ist. Zum anderen sieht er den Bedarf an Langzeithilfen für ältere Wohnungslose, weil ein alterndes Klientel in den Einrichtungen der

Wohnungslosenhilfe entsprechende Krankheitsmuster entwickelt und es hier zu einem ansteigenden Pflegebedarf kommen wird. (vgl. Reifferscheid, 2006, S. 50)

Den Bedarf an Unterbringung für ältere ehemals Wohnungslose, die selbständig nicht mehr wohnen können, hat auch die Wiener Wohnungslosenhilfe erkannt und ein Programm gestartet, das sich „SeniorInnenwohnhäuser“ nannte. Mittlerweile wurden diese Häuser umbenannt und heißen „Sozial betreute Wohnhäuser“. Sozial betreute Wohnhäuser stellen eine Form der Langzeithilfe für ältere wohnungslose Menschen dar. Sie haben das Ziel, diesem Personenkreis, dem ein eigenständiges Wohnen auf Grund körperlicher, psychischer oder sozialer Beeinträchtigungen nicht mehr möglich ist, eine adäquate Wohnform zur Verfügung zu stellen. In dieser Wohnform erhalten die Personen Unterstützung durch das Personal im Haus, hierzu zählen je nach Schwerpunkt der Einrichtung, Wohnbetreuer, Heimhilfen, Sozialarbeiter, Gesundheitsberater, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Zusätzlich und wenn nötig, werden zur Betreuung und Versorgung externe, ambulante Dienste herangezogen. (vgl. Graber et al., 2008, S. 68)

Halas et.al. kamen zu dem Ergebnis, dass ältere Wohnungslose auf Grund ihrer Voralterung einen Bedarf an besonderer Assistenz zeigen. Im Bereich der Gesundheit werden folgende Unterstützungsleistungen als notwendig erachtet:

- *„Interpretation und Verständlichmachen von Diagnosen und notwendigen therapeutischen Maßnahmen*
- *Einflussnahme auf Akzeptanz, regelmäßige und zuverlässige Einnahme von verordneten Medikamenten*
- *Durchführung von ärztlich angeordneten Anwendungen wie z.B. Inhalationen, Einreibungen, Verbandwechsel, Augentropfengabe, Fußbäder etc.*
- *Regelmäßige Hilfen und Kontrollen von Gewicht, Blutzucker und Blutdruck*
- *bei psychotischer unbeeinflussbarer Symptomatik: Intervention im sozialen Umfeld*
- *bei Selbst- und Fremdgefährdung: Einleitung von Zwangsmaßnahmen*
- *stetige Intervention bei riskantem Umgang mit Alkohol und Einschreiten bei Missbrauch*
- *angemessene suchttherapeutische Maßnahmen*
- *Problemtisierung und Hilfe bei Nikotinsucht und deren Folgen*
- *Kompensation von Sinnes- und Bewegungseinschränkungen durch*

- *Beschaffung von Hilfsmitteln wie Krücken, Rollstühle, Rollatoren, orthopädische Schuhe*
- *Begleitung bei der Mobilisierung*
- *Abklärung des Bedarfs, Anschaffung und Abrechnung von optischen und akustischen Hilfsmitteln*
- *Herbeiführung einer Akzeptanz zur Zahnbehandlung*
- *Beschaffung von Zahnersatz*
- *Anleitung zum selbstständigen Gebrauch von Hilfsmitteln*
(Halas, Endisch, & Schütz-Eggers, 2006, S. 59)

Im Bereich der Alltagsbewältigung zeigt sich ein Bedarf an Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. beim Duschen, Nägel schneiden, bei der Haarpflege etc., sowie im Bereich der Haushaltsbewältigung z.B. beim Kochen, Putzen, bei der Zimmerorganisation. Die Unterstützung bei diesen Tätigkeiten ermöglicht den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen den zu Betreuenden näher zu kommen und stellt somit eine wichtige Naht- und Kontaktstelle dar, worauf sich Vertrauen aufbauen lässt. Ein weiterer Punkt, der in der Arbeit mit wohnungslosen älteren Menschen berücksichtigt werden muss, ist die würdevolle Begleitung in der letzten Lebensphase. Die pflegerische Begleitung, Ansprache, Empathie und das Miteinbeziehen von Hospizdiensten stellen einen zusätzlichen Aufgabenbereich für die Pflege dar. (vgl. Halas et al., 2006, S. 58ff)

Die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen in der Langzeitpflege ist für die adäquate Versorgung älterer Wohnungsloser maßgebend. Reifferscheid hierzu:

„Die oft mangelnde Compliance der Bewohner in der Langzeithilfe stellt die Pflege vor besondere Probleme.“ (Reifferscheid, 2006, S. 53)

Maßnahmen, die beim direkten Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart werden, werden vom Patienten oftmals nicht oder nur eingeschränkt umgesetzt, was keinen oder einen verlangsamten Heilungsprozess zur Folge haben kann. Daher scheinen Vernetzung und informeller und formeller Austausch zwischen Arzt und Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als unabdingbar. (vgl. Reifferscheid, 2006, S. 53)

Der Aufgabenbereich pflegerischer Versorgung ist sehr breit gefächert und geht von der Befähigung zur Selbsthilfe bei der Überwindung der wohnungslosen Lebensphase bis zu akuten Interventionen, um lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden oder zu verhindern. Unterschiede in den einzelnen Settings beziehen sich meist auf die strukturellen Gegebenheiten in denen Pflege stattfindet. Als fundamental für alle Bereiche, in denen pflegerische Versorgung für wohnungslose Personen angeboten wird, können der

Beziehungsaufbau und -erhalt durch eine vertrauensvolle, empathische, respektierende Haltung gesehen werden. Darüber hinaus ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche ein professionelles Handeln und somit eine optimale Versorgungsstruktur für Wohnungslose ermöglicht, von großer Bedeutung.

6.4. Anforderungen an die Pflegeperson in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen

Die Aufgabe von Pflegefachkräften ist es, die Gesundheit der von ihnen zu betreuenden Personen zu fördern, Krankheiten zu verhüten sowie die Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppe bzw. der zu versorgenden Personen wahrzunehmen und auch z.B. in der Öffentlichkeit und in Institutionen zu vertreten. Das heißt die Pflegeperson übernimmt in ihrer Rolle eine anwaltschaftliche Funktion (advocacy). Um diesen Anforderungen in der Arbeit mit Wohnungslosen gerecht werden, und die Bedürfnisse dieser Gruppe bestmöglich treffen zu können, bedarf es von Seiten der Pflegefachkraft einer Auseinandersetzung und Aneignung von Wissen bezüglich der komplexen Problemlage dieses Personenkreises.

“In view of the complex range of homeless people’s health issues, providing an holistic approach for them is paramount.” (John & Law, 2011, S. 137)

Law und John (2012) merken an, dass Wohnungslosigkeit als Kultur angesehen werden kann. Demnach haben Pflegefachkräfte die Aufgabe diese zur Kenntnis zu nehmen und kulturspezifische Pflege zu leisten sowie diskriminierende Haltungen von Leistungserbringern anzufechten, um Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung entgegen zu wirken. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, einen differenzierten Blick auf die Gruppe Wohnungsloser zu haben. Auch innerhalb dieser Gruppe bestehen kulturspezifische Unterschiede. So äußern John und Law:

„As always when referring to ‘cultural groups’ care must be taken not to view all members of that group as homogenous, having the same experience and needs as others in that group. A key complexity within transcultural thinking is the notion of difference.“ (Law & John, 2012, S. 2)

Eine amerikanische Pflegefakultät hat in der Nähe einer Essenausgabestelle und Notschlafstelle für Wohnungslose ein Community Nursing Center (CNC) eingerichtet. Studenten der Fakultät für Pflege sowie praktische Ärzte arbeiteten eng zusammen und boten medizinische und pflegerische Versorgung für Wohnungslose an. Aus dieser Arbeit

heraus konnten Strategien für Pflegefachkräfte in der Arbeit mit Wohnungslosen formuliert werden. Sie lauten wie folgt:

- *„Begin at the beginning“*: damit ist gemeint, dass es am Anfang wichtig ist, mit Themen zu beginnen, die für den Betroffenen am wenigsten Herausforderung darstellen. Das Problem, welches der Klient als erstes äußert, muss nicht das Wichtigste sein. Wird auf den Klienten eingegangen, kann Beziehung entstehen.
- *„Establish relationship of mutual trust and respect“*: Klienten haben möglicherweise schlechte Erfahrungen innerhalb des Gesundheitssystems gesammelt, daher ist der Aufbau einer Beziehung, gekennzeichnet durch Vertrauen und Respekt, wichtig.
- *„Provide individualized, client-focused care“*: Prioritäten von Wohnungslosen sind manchmal andere als jene der Pflegefachkraft. Sie sollte eine Pflege anbieten, die auf emotionale, physische und kulturelle Bedürfnisse der Klienten achtet.
- *„Acknowledge and value your client and your client’s culture“*: Pflegefachkräfte sind aufgefordert, die Werte und die Kultur des Klienten wahrzunehmen und sich Wissen darüber anzueignen.
- *„Recognise the obstacles of the client’s lifestyle and work within that context“*: Aspekte wie physische Sicherheit, die Suche nach einer Unterkunft und Essen sind bei Wohnungslosen vorrangig. Gesundheit hat in diesem Kontext eine geringere Priorität. Dies kann dazu führen, dass Arzttermine abgesagt, verspätet wahrgenommen oder Behandlungen abgebrochen werden. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, den Klienten in diesem Kontext wahrzunehmen und dieses Verhalten nicht zu verurteilen.
- *„Provide social support“*: Wohnungslose sind meist sozial isoliert, sie brauchen soziale Interaktionen. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, dem Klienten zuzuhören. Dieses Vorgehen kann Isolation und Entfremdung der Klienten verringern und zu einer Stabilisation ihrer Lage führen.
- *„Develop insight into client behaviors“*: Aufgabe der Pflegeperson ist es, das Verhalten der Klienten wahrzunehmen und entsprechend auch auf die nonverbalen Verhaltensweisen der Klienten zu reagieren.
- *„Advocate“*: Pflegepersonen sollten als Anwalt für Wohnungslose agieren, bis diese stark genug sind, ihre Bedürfnisse selber vertreten zu können.
- *„Collaborate“*: Pflegefachkräfte sollten sich in ihrer Arbeit gegenseitig unterstützen. Unterstützung kann Frustration verringern.
- *„Teach people social skills“*: Pflegefachkräfte sind aufgefordert, Wohnungslose bei Aufgaben, die soziale Fähigkeiten verlangen, zu unterstützen.

- „*Utilise community resources*“: Pflegepersonen sollten Klienten über bestehende Angebote zur finanziellen und sozialen Unterstützung aufklären.
(vgl. Wilk, 1999, S. 173)

In diesem Kapitel wurde anhand bereits bestehender Literatur ein Überblick gegeben, in welchen Settings Pflege für Wohnungslose stattfinden kann. Des Weiteren wurde darauf eingegangen, welche Funktion die Pflegeperson hat und welche Aufgaben sich für diese in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern ergeben. Eine differenzierte Darstellung dieses Arbeitsfeldes ermöglicht es, einen Überblick zu bereits bestehenden Angeboten und ihren Besonderheiten zu erhalten. Des Weiteren wird es dadurch möglich, den Teilbereich Pflege in sozial betreuten Wohnhäusern für ehemals Wohnungslose, welcher Untersuchungsgegenstand im empirischen Teil ist, von anderen Bereichen wie der aufsuchenden Hilfe oder der stationäre Hilfe abgrenzen zu können. Im Anschluss an dieses Kapitel werden Ansätze beschrieben, die dem pflegerischen Handeln in der Arbeit mit Wohnungslosen einen theoretischen und konzeptionellen Rahmen bieten können.

7. Mögliche Ansätze für Pflegefachkräfte in der Arbeit mit

Wohnungslosen

Bei der Durchsicht der Literatur mit dem Fokus auf Pflegemodelle und -konzepte für Pflegefachkräfte in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen wurde ersichtlich, dass es hierzu keine speziellen Ansätze gibt. Dieses Kapitel widmet sich der transkulturellen Pflege, welche inhaltsbezogen ist, sowie dem Case-Management welches eher handlungsorientiert ist. Beides sind Ansätze, die in der Pflege schon längere Zeit existieren und für die Zielgruppe „wohnungslose Menschen“ als geeignet erachtet werden können. Die Theorie der transkulturellen Pflege wird in diesem Teil der Arbeit anhand einer Untersuchung, welche die Theorie im Zusammenhang mit Obdachlosigkeit näher beleuchtet, dargestellt. Des Weiteren wird ein Überblick zum Ansatz des Case Management gegeben, um in Folge zu diskutieren, ob dieser Ansatz als geeignet für die Organisation gesundheitlicher Versorgung von Wohnungslosen gesehen werden kann.

7.1. Transkulturelle Pflege in der Arbeit mit Wohnungslosen

Law und John (2012) bringen in ihrer Untersuchung die Theorie der transkulturellen Pflege in Zusammenhang mit Obdachlosigkeit. Sie nehmen an, dass Obdachlosigkeit als Kultur angesehen werden kann und dass durch den Einsatz transkultureller Theorien die gesundheitlichen Bedürfnisse dieser Gruppe angemessen bearbeitet werden können. Die beiden Autoren merken an, dass viele transkulturelle Theorien ihren Fokus auf Ethnizität bzw. ethnische Minderheiten legen. Die Anwendung dieser Theorie auf Obdachlose sehen die Autoren als Erweiterung der vorherrschenden auf Ethnizität begrenzten Sichtweise. Folgende Aussage sollte diese Annahme verdeutlichen:

„This expansion can include other ‘cultural’ groups such as sexuality, class, (dis)ability and age. Viewing these constructs through a cultural lens, assists the realization that culture does not merely relate to ‘ethnicity’ or ‘foreignness’.” (Law & John, 2012, S. 1)

Als besonders geeignet für die Pflege Obdachloser sehen die Autoren das „*Transcultural Assessment Model*“ von Giger und Davidhizar an. (vgl. Law & John, 2012, S. 3) Dieses Model wurde 1988 mit dem Ziel entwickelt, Auszubildenden in der Pflege ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das es ihnen ermöglicht, die Bedürfnisse von Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen besser einschätzen und demnach angemessene

Pflege anbieten zu können. Giger und Davidhizar gehen davon aus, dass jeder Mensch kulturell einzigartig ist, und seine Bedürfnisse nach den sechs kulturellen Phänomenen: „*Communication*“, „*Space*“, „*Social organization*“, „*Time*“, „*Environmental control*“ und „*Biological variations*“ beurteilt werden können.

- „*Communication*“: bezieht die gesamten menschlichen Interaktionen und das menschliche Verhalten ein. Durch Kommunikation wird Kultur erhalten und weitergegeben. Verbale als auch nonverbale Kommunikation werden von jedem Einzelnen in seiner Kultur erlernt. Nach Giger und Davidhizar stellt Kommunikation jenen Bereich dar, in dem es zwischen Klienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und Anbietern häufig zu bedeutenden Problemen kommen kann. (vgl. Giger & Davidhizar, 2002, S. 185) Die Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es, sich ihrer eigenen verbalen und nonverbalen Kommunikation bewusst zu werden. Durch die Anwendung vorurteilsfreier Kommunikation können negative Annahmen von Seiten Obdachloser in Bezug auf Gesundheitsleistungserbringer und Stigmatisierung verringert werden. (vgl. Law & John, 2012, S. 3)
- „*Space*“: darunter wird in diesem Modell die Distanz in der Interaktion zwischen Individuen gesehen. Zum einen variieren Regeln persönlicher Distanz von Kultur zu Kultur, zum anderen hat jeder Mensch sein persönliches Verständnis von Distanz. Störungen in diesem Bereich können für den Einzelnen als unangenehm wahrgenommen werden mit der Folge, dass Behandlungen möglicherweise verweigert oder verfrüht abgebrochen werden. (vgl. Giger & Davidhizar, 2002, S. 185) In der Arbeit mit Obdachlosen kann dieses Phänomen eine besondere Herausforderung darstellen. Obdachlose, die über kein eigenes Heim verfügen, sehen möglicherweise sich selbst und ihren Körper als einzigen persönlichen Raum an, über den sie Kontrolle ausüben können, und messen diesem eine besondere Bedeutung zu. In Anbetracht dessen ist es wichtig, dass Pflegefachkräfte in ihrer Arbeit Dimensionen wie Raum, Zeit, Privatheit sowie die Möglichkeit der Wahl z.B. vom Ort der Behandlung und Pflege beachten. (vgl. Law & John, 2012, S. 3)
- „*Social organization*“: umfasst die Art wie sich kulturelle Gruppen in sich selbst, aber auch in Bezug auf familiäre Strukturen organisieren. Es wird angenommen, dass familiäre Strukturen, religiöse Werte, Glaube und Rollenverteilungen in Beziehung mit Kultur und Ethnizität stehen. (vgl. Giger & Davidhizar, 2002, S. 185) Law und John (2012) merken an, dass soziale Organisation und Einfallsreichtum für das Überleben Obdachloser von wesentlicher Bedeutung sind. Um kulturell angepasste Pflege

leisten zu können, sind Pflegefachkräfte aufgefordert, sich Wissen über die Kultur ihrer Zielgruppe anzueignen.

- „*Time*“: stellt einen wichtigen Faktor in der zwischenmenschlichen Kommunikation dar. Es wird angenommen, dass kulturelle Gruppen vergangenheits-, gegenwarts- oder zukunftsorientiert sein können. Präventive Angebote beziehen sich eher auf die Zukunft. (vgl. Giger & Davidhizar, 2002, S. 185) Bei Obdachlosen kann auf Grund ihres herausfordernden Lebensstils angenommen werden, dass sie sich zeitlich eher an der Gegenwart orientieren. (vgl. Law & John, 2012, S. 3)
- „*Environmental control*“: dieses Phänomen bezieht sich auf die Fähigkeit eines Menschen, Kontrolle über seine Umwelt zu haben sowie diese zu planen. Diese Fähigkeit ist davon abhängig, in welcher Umwelt das Individuum aufwächst und lebt und von dessen Einstellung. In manchen Kulturen ist die interne Kontrollüberzeugung nicht so ausgeprägt, d.h. Krankheit wird beispielsweise dem Schicksal zugeschrieben, die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung als nutzlos angesehen. (vgl. Giger & Davidhizar, 2002, S. 185f) Law und John (2012) merken an, dass dieses Phänomen eine zentrale Stellung im Leben Obdachloser hat. Obdachlose sehen ihre Lebensumwelt als Gefährdung für ihre Gesundheit an, Krankheit als Ergebnis dieser Umwelt.
- „*Biological variation*“: bei diesem Phänomen handelt es sich um das Bestehen von biologischen Unterschieden und genetischen Variationen in den unterschiedlichen ethnischen Gruppen. Die Autoren merken an, dass biologische Unterschiede zwischen Menschen innerhalb verschiedener Ethnien wenig anerkannt und verstanden sind und es ebenso viele Verschiedenheiten innerhalb kultureller und ethnischer Gruppen gibt wie auch zwischen diesen Gruppen. Grundlagenforschung zu Unterschieden bei spezifischen kulturellen Gruppen stellt eine gute Möglichkeit dar, um kulturell angepasste Pflege leisten zu können. (vgl. Giger & Davidhizar, 2002, S. 187) Lebensstil, Umwelt und Armut führen zu physischen und psychischen Erkrankungen, die im Vergleich zur Normalbevölkerung in der Gruppe Obdachloser vermehrt auftreten. Eine umfangreiche Erfassung von gesundheitsbezogenen Daten innerhalb dieser Gruppe ermöglicht eine Basis für eine kulturspezifische medizinische und pflegerische Versorgung.

Zur besseren Veranschaulichung wird das Modell in seiner bildlichen Darstellung (s. Abb. 3) angeführt:

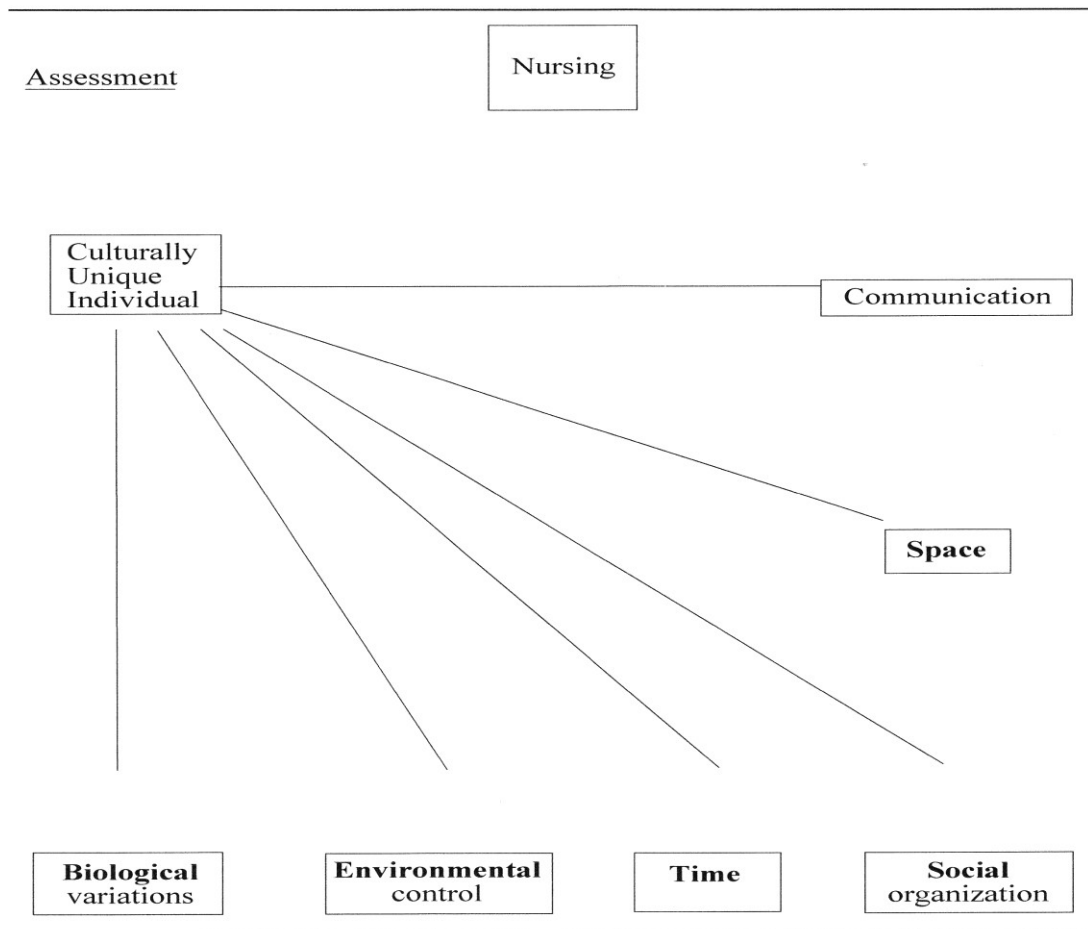


FIGURE 1. Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model.
SOURCE: Giger, J., & Davidhizar, R. (1999). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis, MO: Mosby.

Abbildung 3: Giger und Davidhizar's Transcultural Assessment Model (Giger & Davidhizar, 2002, S. 186)

Das „*Transcultural Assessment Model*“ ermöglicht es den Pflegefachkräften, die kulturellen Hintergründe obdachloser Menschen besser zu verstehen und zu deuten. Auf Grund dessen können die Bedürfnisse dieser Gruppe erkannt und in Folge angemessene Pflege organisiert werden. Das Konzept des Case Management, welches nachfolgend dargestellt wird, kann durch seine Neutralität und Transdisziplinarität sowie den starken Handlungsbezug als Umsetzungsmodell für die Transkulturelle Pflege fungieren.

7.2. Case Management

Case Management ist ein Konzept, das auf Grund seiner Neutralität und Transdisziplinarität in vielen Bereichen des Gesundheits- und Versicherungswesens, des Sozialwesens sowie in

der Beschäftigungsförderung angewendet werden kann und Anwendung findet. (vgl. Wendt, 2005, S. 7ff)

7.2.1. Begriffserklärung Case Management

Für Case-Management findet man in der Literatur keine allumfassende, einheitliche und allgemeingültige Begriffsdefinition. In Folge werden Definitionen angeführt, die ihren Fokus eher auf die Pflege richten und daher für den Rahmen dieser Arbeit als passend gelten.

Die Case Management Society of America (CMSA) definiert Case Management folgendermaßen:

„Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality costeffective outcomes.“ (Case Management Society of America [CMSA], 2012)

Eine weitere Definition entwickelte die American Nurses Association (ANA) 1988. Diese Begriffsbestimmung wurde von Ewers ins Deutsche übersetzt und lautet:

„Case Management ist ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen, die über verschiedene Settings hinausgehen, die Erhöhung der Lebensqualität des Klienten, die effiziente Nutzung der patientenbezogenen Versorgungsressourcen und die Einsparung von Kosten.“ (Ewers, 2005, S. 57)

Den beiden Definitionen zu Folge stellt Case Management einen ganzheitlichen Prozess dar, der darauf abzielt, für das Individuum, welches im Mittelpunkt des Interesses steht, den bestmöglichen, fortwährenden, auf Qualität ausgerichteten Versorgungsprozess zu ermöglichen, den es benötigt. Um dieses Ziel erreichen zu können, zielt Case Management auf einen dynamischen Prozess ab, in dem die regelmäßige Zusammenarbeit und Kooperation mit unterschiedlichen Parteien, wie Patienten, Angehörigen, Dienstleistern, Kostenträgern usw. im Vordergrund steht. Des Weiteren hat Case Management das Ziel,

durch optimale Koordination Probleme zu lösen und festgesetzte Ziele zu erreichen. (vgl. Ewers, 2005, S. 57)

7.2.2. Kernfunktionen im Case Management

Für das Case Management werden in der Literatur drei Kernfunktionen genannt.

- **Advocacy – anwaltschaftliche Funktion**
In dieser Funktion übernimmt der Case Manager eine anwaltschaftliche Vertretung für Personen, die auf Grund konfliktbehafteter Lebenslagen (z.B. Armut, Behinderung etc.) oder durch sogenannte Life-events (z.B. Tod einer Bezugsperson, Unfall, schwere Krankheit etc.) nicht im Stande sind, ihre Interessen bei politisch–institutionellen Instanzen zu vertreten. Das heißt, er unterstützt und versucht Möglichkeiten zu schaffen, dass der Klient seine individuellen Bedürfnisse, Interessen und Bedarfslagen wahrnehmen, realisieren, befriedigen und durchsetzen kann. (vgl. Ewers, 2005, S. 63f) Die Wahrnehmung und Vertretung von Interessen und Bedürfnissen ist ebenso in der Pflege eine wichtige Schlüsselaufgabe. Bei wohnungslosen Menschen, die auf Grund ihrer prekären Lebenslage gekennzeichnet durch Armut und Krankheit oftmals nicht in der Lage sind, ihre Interessen vor einer Institution zu vertreten, kann eine anwaltschaftliche Vertretung durch eine Pflegeperson bzw. einen Case Manager unterstützend und zielführend sein.
- **Broker – vermittelnde Funktion**
In dieser Funktion hat der Case Manager die Aufgabe, einen Überblick zu den unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten zu wahren und als Vermittler zwischen Klient und Anbieter zu agieren. Ziel ist es, eine optimale Versorgungslösung für den Klienten zu finden und anzubieten. (vgl. Dröpingshaus, Grützmacher, Werbke, & Weidner, 2008, S. 123)
- **Gatekeeper – selektierende Funktion**
Die Aufgabe des Case Managers in dieser Funktion ist es, den Zugang zum Versorgungssystem durch gezielte Selektion sowie konstantes Monitoring zu prüfen. Er stellt eine zentrale Schlüsselfigur zwischen Klient und Versorgungssystem dar. Seine Aufgabe ist es, die Balance zwischen dem ausgabenzentrierten Fokus der Versicherungsträger sowie der bedarfsgerechten Versorgung des Klienten zu halten. (vgl. Dröpingshaus et al., 2008, S. 124)
Wie bereits erwähnt wurde, ist der Zugang zum Gesundheitssystem für Randgruppen, zu denen Wohnungslose zählen, auf Grund unterschiedlicher Barrieren erschwert. Das Gesundheitssystem in Österreich setzt voraus, dass jene Person, die Hilfe benötigt, von sich aus aktiv wird und sich selbstständig um die nötige Versorgung kümmert. Bei Wohnungslosen kann so ein Verhalten jedoch nicht

vorausgesetzt werden. Daher kann der Case Manager in seiner Funktion als „Broker“ und „Gatekeeper“ wohnungslose Menschen beim Zugang zum Gesundheitssystem als auch bei der Auswahl von geeigneten Versorgungsmöglichkeiten unterstützen.

7.2.3. Case Management Konzepte

Case Management findet in vielen verschiedenen Bereichen Anwendung, woraus sich eine Fülle unterschiedlicher Case Management Konzepte entwickelt hat. Die Konzepte können hinsichtlich der zu versorgenden Zielgruppe, der Art der angebotenen Dienstleistungen, der institutionellen Rahmenbedingungen sowie der Ausbildung derjenigen, die Case Management anbieten, variieren. Um einen besseren Überblick zu den vorhandenen Konzepten zu schaffen, finden sich in der Literatur unterschiedliche Klassifizierungen.

Eine Systematisierung von Konzepten nach Art der angebotenen Dienstleistung und Zielgruppe wurde durch Meril 1985 (vgl. Ewers, 2005, S. 58f) vorgenommen. In seiner Klassifizierung finden sich drei Basiskonzepte, welche 1987 durch die American Hospital Association (AHA) um zwei Kategorien ergänzt wurden. Diese Klassifizierung wird nun in zusammengefasster Form angeführt, da sie das Konzept des medizinisch-sozialen Case Managements beinhaltet, welches auf Grund der angebotenen Dienstleistungen als geeignet für wohnungslose Menschen mit medizinisch-sozialen und pflegerischem Versorgungsbedarf gesehen werden kann. (vgl. Ewers, 2005, S. 58f)

- **Soziales Case Management**

Soziales Case Management beinhaltet Konzepte, die auf vulnerable Bevölkerungsgruppen (z.B. Arbeits- und Obdachlose) abzielen. Es geht hier vor allem um Prävention, um einer sozialen und gesundheitlichen Gefährdung frühzeitig entgegenwirken zu können.

- **Case Management in der beruflichen Rehabilitation**

Dieses Konzept wurde durch die AHA in der Klassifizierung ergänzt und stellt eine Weiterentwicklung des sozialen Case Managements dar. Der Fokus liegt hier auf der Wiedereingliederung von gesundheitlich oder durch Behinderung beeinträchtigten Personen in den Arbeitsprozess.

- **Case Management in der Primärversorgung**

Konzepte in diesem Bereich reagieren auf Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen in der ambulanten Versorgung. Als Case Manager wird hier zumeist der Arzt eingesetzt.

- **Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse**

Diese Form des Case Managements ist die zweite, die durch die AHA in dieser Klassifizierung ergänzt wurde. Es ist auf eine bestimmte Zielgruppe (z.B. Aidspatienten) ausgerichtet. Ziel ist es, Kosten durch die Vermeidung von stationären Aufenthalten, und medizinischen Komplikationen einzuschränken.

- **Medizinisch – Soziales Case Management**

Medizinisch-Soziales Case Management gilt als besonders geeignet für die Versorgung chronisch Kranker und Langzeitpatienten. Ziel ist es, durch Verknüpfung sozialer, medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen eine optimale Versorgung für Klienten mit komplexem Versorgungsbedarf zu gewährleisten.

(vgl. Ewers, 2005, S. 59f)

7.2.4. Case-Management-Regelkreis

Eher unabhängig davon, welches Konzept des Case Managements angewendet wird, ist die methodische Vorgehensweise des Regelkreises. Der Regelkreis im Case Management basiert auf einzelnen logisch aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten. Die hier angeführte Darstellung (Abb. 4) dient der besseren Veranschaulichung der Abfolge einzelner Stufen im Case Management Regelkreis.

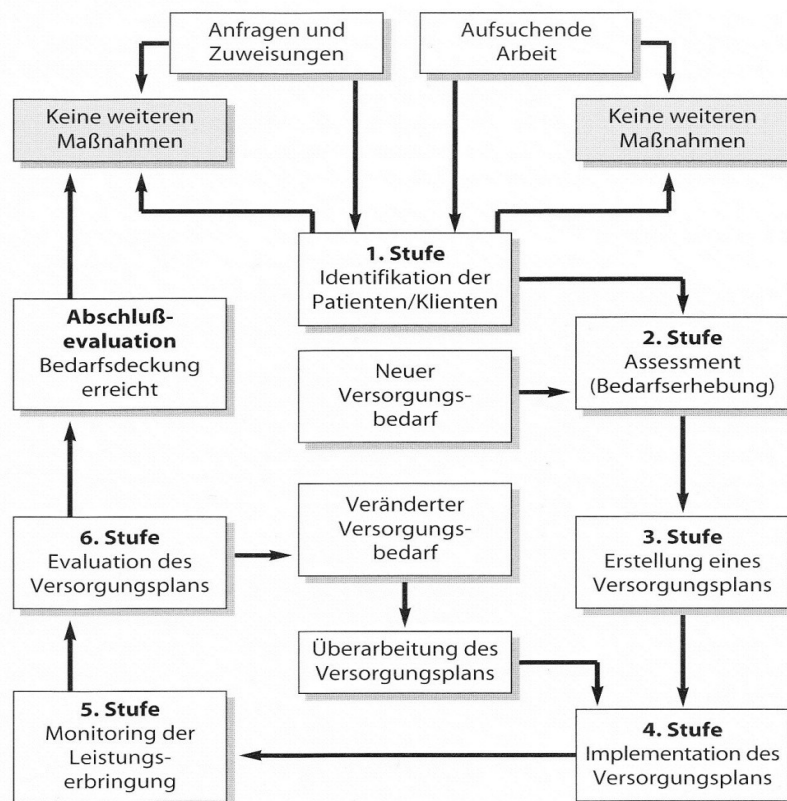


Abbildung 4: Case-Management-Regelkreis (Ewers, 2005, S. 73)

1. Stufe: Identifikation

Auf der Stufe der Identifikation geht es um die Auswahl der Zielgruppe, welche besondere psycho-soziale und / oder medizinisch-pflegerische Dienstleistungen benötigt. In der Krankenversorgung können z.B. alte oder chronisch kranke Menschen, denen auf Grund ihrer gesundheitlichen Situation eine Wiedereinweisung in das Krankenhaus bevorsteht oder denen nach einer Entlassung wenig finanzielle oder soziale Ressourcen zur Verfügung stehen, als Zielgruppe gelten. Der Zugang zum Case Management kann durch Zu- und Überweisung von Versorgungsinstanzen (z.B. niedergelassenen Ärzten), aber auch durch aufsuchende Programme (outreach nursing) erfolgen. Letzteres ist vor allem für Personen gedacht, die auf Grund ihrer Lebenslage kaum aus eigener Initiative Kontakt zum Versorgungssystem suchen, wie z.B. Wohnungslose. Die Aufgabe des Case Managers ist es, Kontakt zum Klienten aufzunehmen, Zugangsvoraussetzungen und Anspruchsberechtigungen zu prüfen, um ihn dann möglicherweise in ein Case Management-Programm einzubinden. (vgl. Ewers, 2005, S. 72f)

2. Stufe: Assessment

Im Schritt Assessment geht es um die Klärung der Problemlage und einer Bedarfsprüfung unter Einbeziehung sozioökonomischer, kultureller und sozialer Aspekte des Klienten. Mit Hilfe einer Befragung werden individuelle Versorgungsbedürfnisse, Selbstversorgungsdefizite als auch formelle und informelle Ressourcen erhoben. Das Assessment ist im Case Management Regelkreis besonders wichtig, da es nur auf Grund der gesammelten Daten und Informationen möglich ist, einen der Bedarfslage angepassten Versorgungsplan zu erstellen. (vgl. Ewers, 2005, S. 75f)

3. Stufe: Erstellung eines Versorgungsplans

Ausgehend vom Assessment wird auf der dritten Stufe in enger Zusammenarbeit mit dem Klienten und seinem sozialen Umfeld ein Versorgungsplan entwickelt. Kurzfristige und langfristige Versorgungsziele werden vom Case Manager klientenorientiert formuliert. Unter Berücksichtigung von Selbstversorgungsdefiziten und -kompetenzen entwickelt der Case Manger eine Liste mit allen Dienstleistungen, die zur Realisierbarkeit der Ziele von Nutzen sind. Für eine erfolgreiche Umsetzung des Versorgungsplans ist die Einbindung des Klienten und seines Umfeldes von großer Bedeutung. (vgl. Ewers, 2005, S. 76f)

4. Stufe: Implementation des Versorgungsplans

Bei der Implementation des Versorgungsplanes fungiert der Case Manager als Verbindungsglied zwischen Klienten und Dienstleistungsanbietern / Kostenträgern. Er hat die Aufgabe, mit diesen zu verhandeln und das Leistungsgeschehen zu

koordinieren. Das Handeln des Case Managers ist bei der Implementierung des Versorgungsplans abhängig von seiner Kernfunktion, d.h. welcher Schwerpunkt seinem Tun zu Grunde liegt. (vgl. Ewers, 2005, S. 77)

5. Stufe: Monitoring und Re-Assesment

Die Stufe des Monitoring und Re-Assesment ist gekennzeichnet durch eine Überwachung des Versorgungsverlaufes von Seiten des Case Managers. Er ist dafür verantwortlich, Veränderungen im Versorgungsbedarf wahrzunehmen und entsprechend zu handeln, sodass eine kontinuierliche und optimale Versorgung für den Klienten gewährleistet ist. Um diesen Bedarf wahrnehmen zu können, ist eine beständige Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Klienten sowie den Leistungserbringern hilfreich und wichtig. (vgl. Ewers, 2005, S. 77f)

6. Stufe: Evaluation und Abschluss

Die letzte Stufe im Case Management Regelkreis – Evaluation und Abschluss - kann realisiert werden, wenn der Klient aus dem Netz des Leistungsanbieters entlassen wird oder es zu einer vorzeitigen Beendigung (z.B. auf Grund des Todes eines Klienten) kommt. Dieser letzte Schritt wird eher selten angewendet, da sich das Case Management vorwiegend an Personen richtet, die sich in einer langfristigen Versorgungssituation befinden. Die Evaluation hat im Case Management-Regelkreis dennoch eine wichtige Funktion. Auf Handlungsebene leistet sie einen Beitrag zur Erkennung von Schwächen, Stärken und Bewertung der eigenen Berufspraxis mit der Option zu weiteren Qualifizierungen. Auf Systemebene kann die Evaluierung dazu beitragen, Defizite sowie Neues zu erkennen, um in Folge den Versorgungsplan optimieren zu können. (vgl. Ewers, 2005, S. 78)

7.2.5. Case Management als Ansatz für Pflegefachkräfte in der Arbeit mit Wohnungslosen

Wie bereits erwähnt stellt Case Management ein Konzept dar, das sich durch Transdisziplinarität und Neutralität auszeichnet. Demnach könnte es in der Pflege Wohnungsloser in unterschiedlichen Settings, z.B. im stationären oder ambulanten Bereich zur Anwendung kommen. Wohnungslose Menschen sind in ihrem Lebensumfeld einer Reihe an gesundheitsbelastenden Faktoren ausgesetzt, der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist häufig durch persönliche, strukturelle oder institutionelle Barrieren gekennzeichnet. Diese Lebenslage wirkt sich unweigerlich auf die Gesundheit dieser Menschen aus. Multimorbidität, chronische Erkrankungen, physische und psychische Erkrankungen treten im Vergleich zur Normalbevölkerung in dieser Gruppe häufiger auf. Das Zusammentreffen von Armut, verminderten Bewältigungsressourcen im Umgang mit Krankheit, Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und hohe

Erkrankungsprävalenzen spiegeln die komplexe Problemlage dieser Gruppe wieder. Wie bereits Behnsen (1995) als auch Stehling (2008) angeführt haben, liegt bei Wohnungslosen meist ein permanenter medizinischer als auch pflegerischer Versorgungsbedarf vor. Diese Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen oft nicht in der Lage, sich um ihre gesundheitliche Versorgung zu kümmern. Demnach könnte das medizinisch-soziale Case Management, welches medizinische, soziale und pflegerische Dienstleistungen verbindet und deren Zielgruppe chronisch Kranke und Langzeitpatienten sind, dem umfangreichen Versorgungsbedarf von Wohnungslosen gerecht werden. Wie bei den Funktionen der Pflegefachkräfte in der Arbeit mit Wohnungslosen (s. Kapitel 6) beschrieben wurde, nehmen diese oftmals eine Art „Brückenfunktion“ zwischen Leistungserbringern im Gesundheitssystem und dem Wohnungslosen ein. Dem zu Folge können Pflegefachkräfte möglicherweise als geeignete Personen für die Durchführung des Case Managements fungieren. Um allgemeingültige Aussagen und Empfehlungen zum Einsatz von medizinisch-sozialem Case Management in der pflegerischen Arbeit mit Wohnungslosen treffen zu können, müssten empirische Untersuchungen zum Nutzen dieses Konzeptes in diesem Setting durchgeführt werden.

8. Methodologie zur empirischen Untersuchung

In diesem Kapitel werden das verwendete Forschungsdesign sowie die Methode der Datenerhebung und Datenauswertung näher erläutert. Ziel ist es, die Vorgehensweise der durchgeführten empirischen Untersuchung zu begründen und nachvollziehbar zu machen.

8.1. Methode und Forschungsdesign

Der empirische Teil der Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Erhebung des subjektiven Erlebens der Arbeit von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen⁴ in sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals Wohnungslose sowie mit der Beschreibung dieses Arbeitsfeldes.

Zur Bearbeitung dieses Themas, wird der qualitative Forschungsansatz gewählt. Der qualitative Forschungsansatz eignet sich besonders gut zur Erforschung menschlicher Erfahrungen und deren Bedeutung. Das Ziel des qualitativen Ansatzes ist es, die Erfahrungen eines Individuums in seinem natürlichen Umfeld zu erheben und dabei zu erforschen, welche Bedeutung sie für dieses haben. Da Menschen sich hinsichtlich ihrer Erfahrungen, Wahrnehmungen und im Ausdruck dieser unterscheiden, steht in der qualitativen Forschung die Annahme, dass Wahrheit etwas Subjektives ist, im Mittelpunkt. Dabei wird das Individuum als ganzheitlich betrachtet. (vgl. Mayer, 2002, S. 71f) Da es in der vorliegenden Arbeit zu erforschen gilt, wie Pflegepersonen die Arbeit mit älteren ehemals Wohnungslosen erleben bzw. beschreiben, und es hier um die emische Perspektive der Pflegepersonen geht, gilt der qualitative Forschungsansatz für diese Untersuchung als geeignet.

8.2. Forschungsfragen

Bei der Literaturrecherche wurde deutlich, dass das subjektive Erleben von Pflegepersonen in der pflegerischen Versorgung und Zusammenarbeit mit älteren Wohnungslosen kaum näher analysiert und erforscht wurde. Daher ergeben sich für diese Arbeit folgende explorative Fragestellungen:

⁴Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, werden die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Folge als Pflegepersonen, Befragte bzw. Interviewpartner bezeichnet.

- Wie beschreiben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ihr Arbeitsfeld in sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals wohnungslose Menschen?
- Wie erleben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen in sozial betreuten Wohnhäusern?

8.3. Datenerhebung

Als Methode der Datenerhebung wurde die mündliche Befragung gewählt. Dabei handelte es sich um ein face-to-face Gespräch, unterstützt durch einen Interviewleitfaden, mit Pflegepersonen, die mit wohnungslosen Menschen arbeiten. Der Leitfaden diente als Gedächtnisstütze bei der Gesprächsführung. Interviewleitfäden lassen sich hinsichtlich ihres Standardisierungsgrades unterscheiden. Bei der vorliegenden Arbeit kam ein halbstandardisierter (semistrukturierter) Leitfaden zum Einsatz. Die Themen, die sich aus der vorangegangenen Literaturrecherche und den Forschungsfragen heraus ergaben, wurden identifiziert und in Fragen formuliert. Bei der Erstellung des Leitfadens wurde auf eine offene Formulierung der Fragen geachtet, da diese den Befragten die Möglichkeit geben, möglichst frei von ihren Erfahrungen und Erlebnissen zu berichten. Die Reihenfolge der Fragen konnte im Gesprächsverlauf variieren, wodurch der Gesprächsfluss aufrecht erhalten wurde

Leitfaden

Der Leitfaden dieser Untersuchung ist gegliedert in eine Einstiegsphase, eine Hauptphase und eine Abschlussphase. In der Einstiegsphase wurde der Gesprächspartner über die Rahmenbedingungen des Interviews informiert. Das heißt, ihm wurden das Thema der Untersuchung sowie deren Ziel mitgeteilt. Zusätzlich wurde eine schriftliche Einverständniserklärung (s. Anhang) ausgehändigt und mit dem Befragten besprochen. Im Anschluss daran wurden allgemeine Daten wie Berufsausbildung, Alter, berufliche Tätigkeit erhoben. Die Hauptphase teilte sich nach Fragen in drei Ebenen, die in Folge dargestellt werden:

1. Institutionelle Ebene – Beschreibung der Institution

Unter diesem Punkt wurden Fragen gestellt, die sich auf die Einrichtung bezogen, in welcher die Befragten tätig waren. Diese Fragen sollten den Gesprächspartner auf die Thematik einstimmen, er war jedoch noch nicht aufgefordert, Persönliches wiederzugeben.

2. Professionelle Ebene – Beschreibung des Arbeitsfeldes

Auf der professionellen Ebene ging es darum, zu erfahren, welche Aufgaben und Tätigkeiten sich für Pflegepersonen in der Arbeit mit älteren ehemals Wohnungslosen ergeben. Des Weiteren wurden die Gesprächspartner aufgefordert, ihr Arbeitsumfeld sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen näher zu beschreiben. Dieser Teil sollte Aufschluss darüber geben, wie sich das Arbeitsfeld aus Sicht der Pflegepersonen darstellt.

3. Subjektive Ebene – Beschreibung des persönlichen Erlebens der Arbeit

Unter diesem Punkt wurden Fragen gestellt, die sich auf die subjektive Wahrnehmung der Arbeit der befragten Personen mit älteren ehemals Wohnungslosen beziehen. Aus diesem Teil des Gesprächs sollte hervorgehen, ob es für die Befragten Belastungen in ihrer Arbeit gibt, welche Strategien zur Entlastung angewendet werden, welche Herausforderungen und Schwierigkeiten die Befragten in diesem Setting sehen und wie sie ihre Arbeit bewerten.

Die Abschlussphase bot dem Interviewpartner als auch der Interviewerin die Möglichkeit, etwaige Fragen zu klären. Ebenso erhielt der Gesprächspartner Informationen über die weitere Vorgehensweise der Untersuchung (z.B. Veröffentlichung der Arbeit).

Zielgruppe und Zugang

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurden Interviewpartner rekrutiert, die folgende Einschlusskriterien erfüllten. Als Voraussetzung galt, dass es sich bei den Befragten um diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen handelt, die mit älteren wohnungslosen Menschen arbeiten und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Am Beginn der Suche nach Gesprächspartnern stellten sich zwei Fragen: „Wann und wo treffen Pflegepersonen und ältere wohnungslose Menschen aufeinander?“ Daraus ergab sich die Frage „Gibt es Unterbringungsmöglichkeiten für ältere wohnungslose Menschen, die Pflege benötigen?“ Ausgehend von diesen beiden Fragen wurde eine Internetrecherche durchgeführt. Diese Recherche ergab, dass es in Wien für wohnungslose Menschen, die auf Grund psychischer, physischer und/oder sozialer Schwierigkeiten medizinische, pflegerische und/oder soziale Unterstützung benötigen, die Möglichkeit einer Unterbringung in „Sozial betreuten Wohnhäusern“ gibt. Diese Häuser haben unterschiedliche Schwerpunkte. Je nach Zielgruppe arbeiten Wohnbetreuer, Sozialarbeiter und Pflegepersonen vor Ort. Des Weiteren werden für die medizinische und pflegerische Versorgung Dienste von anderen Organisationen herangezogen.

Im Internet findet sich dazu eine Auflistung aller „Sozial betreuten Wohnhäuser“ in Wien sowie eine genaue Beschreibung der Angebote, der Zielgruppe und der Voraussetzungen für die Aufnahme. (vgl. Fonds Soziales Wien [FSW], 2012) Allen „Sozial betreuten Wohnhäusern“ ist gemeinsam, dass sie sich an ehemals Wohnungslose richten. Der Unterschied liegt jedoch in der Schwerpunktsetzung der einzelnen Häuser. Manche richten sich an jüngere Wohnungslose oder an wohnungslose Mütter und Kinder, andere legen ihren Fokus auf die Betreuung älterer wohnungsloser Menschen. Für die Rekrutierung von Interviewpartnern wurden alle „Sozial betreuten Wohnhäuser“ herangezogen, die Betreuung für ältere ehemals Wohnungslose anbieten und in denen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen tätig sind. Zu den Wohnhäusern, bei denen die Caritas als Träger fungiert, wurde telefonisch Kontakt zur Pressestelle aufgenommen und ein Einverständnis für die Durchführung der Untersuchung eingeholt. Des Weiteren wurden über diesen Weg Kontaktdaten für mögliche Interviewpartner zur Verfügung gestellt. Zu den Häusern, deren Träger das Rote Kreuz oder der Samariterbund sind, wurde telefonisch Kontakt zur Leitung der jeweiligen Häuser aufgenommen, das Forschungsvorhaben beschrieben, ein Einverständnis für das Rekrutieren von Interviewpartnern eingeholt und um Kontaktdaten für Interviewpartner gebeten, die dann wiederum telefonisch um ein Gespräch gebeten wurden.

Insgesamt konnten auf diesem Weg sieben Interviewpartner gefunden werden. Eine Interviewpartnerin wurde mittels „Schneeballverfahren“ vermittelt. Bei den Befragten handelt es sich um vier Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern, zwei Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und einen Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, welche zum Teil als Gesundheitsberater in den „Sozial betreuten Wohnhäusern“ angestellt sind. Ebenso konnte eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester von den mobilen Diensten befragt werden. In den Häusern werden die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Gesundheitsberater tituliert. Dabei handelt es sich aber lediglich um eine formelle Bezeichnung, die Personen haben hierfür keine spezielle Ausbildung, Weiterbildung etc. zu absolvieren.

Erhebungsort und Erhebungszeitpunkt

Die Durchführung und Aufzeichnung der Interviews fand im Zeitraum von April bis Juli 2011 in Wien statt. Für die einzelnen Gespräche wurden der Interviewerin Räumlichkeiten in den jeweiligen „Sozial betreuten Wohnhäusern“ zur Verfügung gestellt. Die durchschnittliche Gesprächsdauer lag bei 30 Minuten.

8.4. Datenauswertung

Zur Auswertung qualitativer Daten wird zwischen interpretativ-explikativen (deutenden) und interpretativ–reduktiven (beschreibenden) Verfahren unterschieden. In dieser Arbeit wird zur Auswertung der Daten ein interpretativ–reduktives Verfahren gewählt, dieses Verfahren ist deskriptiv. Es geht dabei um das tatsächlich Gesagte. Es wird dabei nicht in die Tiefe gegangen und nach auf den ersten Blick nicht sichtbaren Strukturen und Bedeutungen gesucht, so wie dies bei interpretativ-explikativen Verfahren der Fall ist. (vgl. Mayer, 2007, S. 242)

Die Analyse nach Fragen ist laut Morse (1998) eine Auswertungsmöglichkeit, um im Rahmen reduktiver Verfahren Kategorien zu bilden. Da diese Methode als geeignet für die Auswertung halb strukturierter Interviews angesehen werden kann, findet sie in der vorliegenden Untersuchung Anwendung. (vgl. Mayer, 2002, S. 168)

Als Basis für eine ausführliche Datenauswertung galt es, die auf Tonband aufgezeichneten Daten zu transkribieren. In Hinblick auf die Transkription wurden folgende Regeln angewendet:

- Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wurden die Gesprächsinhalte in das Schriftdeutsche übertragen.
- Orte und Namen, die einen Rückschluss auf die teilnehmenden Personen ermöglichen, wurden mit einem Code versehen.
- Für ein kurzes Absetzen einer Äußerung wurde als Sonderzeichen ein Beistrich in Klammer verwendet: (,).
- Drei Punkte bedeuteten eine mittlere Pause: ...
- Ein unverständlicher Wortlaut wurde mit folgendem Zeichen versehen: (..),(...)
- Unterbrechungen wurden in einer Klammer festgehalten und hervorgehoben: **(Unterbrechung)**
- Auffällige, starke Betonungen wurden unterstrichen: _____.
- Auftretende Gestiken wurden in einer Klammer festgehalten: (lacht)
- Die Zeilenummerierung wurde linksbündig vorgenommen.

(vgl. Mayring, 1996, in: Mayer, 2003, S. 164)

In weiterer Folge wurde das Interviewmaterial nach den Hauptkategorien, welche sich durch die Schwerpunkte im Leitfaden ergaben, abgesucht. Durch eine Ausdifferenzierung von Inhalten in den Hauptkategorien konnten Unterkategorien gebildet werden, die in Folge zusammengefasst, miteinander verknüpft und interpretiert wurden.

9. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt. Zuerst wird auf die Fragestellung „Wie beschreiben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ihr Arbeitsfeld in sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals wohnungslose Menschen?“ eingegangen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse zur Fragestellung „Wie erleben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen in sozial betreuten Wohnhäusern?“ präsentiert.

9.1. Das Arbeitsfeld der Pflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern

Die folgenden Ergebnisse umfassen die Beschreibung des Arbeitsfeldes von Pflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals Wohnungslose. Zu Beginn wird die Institution mit ihrem Angebot für die Bewohner dargestellt. In Folge werden die Bewohner beschrieben, welche die Dienstleistungen von den Gesprächspartnern in Anspruch nehmen. Damit wird veranschaulicht, vor welchem Hintergrund und in welchem Kontext das Handeln der Pflegepersonen in den Häusern stattfindet. Im Anschluss daran werden die Tätigkeitsbereiche dargestellt, die sich in der Arbeit mit älteren ehemals Wohnungslosen für die Pflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern ergeben.

9.1.1. Sozial betreute Wohnhäuser und ihre Bewohner

Bei den Bewohnern sozial betreuter Wohnhäuser handelt sich um ehemals Wohnungslose, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes und/oder sozialer Schwierigkeiten nicht mehr selbstständig bzw. auf der Straße leben können und Unterstützung in den Bereichen Lebensführung und Gesundheitsversorgung benötigen. Durchgeführt wird die Betreuung, Begleitung und Versorgung von unterschiedlichen Berufsgruppen wie Ärzten, Sozialarbeitern, Wohnbetreuern, Seniorenbetreuern, Heimhilfen und Pflegepersonen, die als Gesundheitsberater bezeichnet werden und vor Ort arbeiten. Zusätzlich werden bei Bedarf externe Dienste wie die mobile Hauskrankenpflege oder der psychiatrische Liaisondienst herangezogen. Die vertretenen Berufsgruppen arbeiten eng zusammen, um für die Bewohner eine optimale, qualitätsvolle und kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung als auch soziale Unterstützung gewährleisten zu können.

Die wohnungslosen Menschen kommen auf unterschiedliche Weise in die Häuser, zum Teil werden sie von Krankenhäusern, geriatrischen oder psychiatrischen Stationen oder Pflegeheimen vermittelt. In den Wohnhäusern finden die Personen einen eigenen

Wohnraum, eine kleine Wohneinheit mit Sanitäreinrichtung und Kochgelegenheit vor, wo sie bis zu ihrem Lebensende bleiben können. In der Nacht und an den Wochenenden ist das Personal des Hauses nicht anwesend, daher gilt als Voraussetzung, dass die Bewohner möglichst selbstständig für sich sorgen und wohnen können. Ist ein Bewohner körperlich oder kognitiv so beeinträchtigt, dass er sich selbst oder andere gefährden und eine intensive pflegerische Betreuung in Form einer 24-Pflege benötigen würde, kann er den Wohnplatz nicht behalten. Hinzu kommt, dass die baulichen und räumlichen Gegebenheiten für eine aufwändige pflegerische Versorgung in den meisten Häusern nicht vorhanden sind. Bei der Befragung wurde jedoch deutlich, dass Bemühungen dahin gehen, den Bewohnern so lange als möglich einen Wohnplatz zu geben und dafür alle Ressourcen, wie z.B. die Zusammenarbeit mit Hospizdiensten oder eine sehr intensive Zusammenarbeit mit der mobilen Hauskrankenpflege, ausgeschöpft werden.

„(...) Es geht eigentlich solange, solange sie auch zu Hause bleiben könnten, wenn sie eine eigene Wohnung hätten ahm. (.) Sie müssen nur die Nacht alleine überbrücken können, also in der Nacht ist niemand im Haus. (.) Und auch Wochenende gibt es nur einen Bereitschaftsdienst und die mobilen Dienste, die kommen aber auch am Wochenende, also das (.) sie können wirklich also wir haben sehr viele. (.) Es ist nur so, wenn wer sehr verwirrt ist und (.) abhaut oder nicht mehr zum Zimmer findet, dass die in ein Pflegeheim müssen. Aber wir schauen eigentlich, dass die Leute bei uns bleiben können, (.) dass sie hier wirklich ihr zu Hause haben und auch bleiben können.“ (Interview 5, 20-29)

„(...) also wir schauen sehr viel. Wir haben zum Beispiel zwei oder drei mittlerweile Leute schon im Sterben begleitet. Also wir haben schon eine sehr hohe Latte ja ahm (.) an Anforderungen, die wir dann auch versuchen, weil wir einen sehr hohen Qualitätsstandard leben wollen. (.) Also wir wollen nicht nur, dass die ein Dach über dem Kopf haben, sondern wir wollen halt wirklich gut begleiten. Und da gehört auch das Sterben dazu. (...)" (Interview 2, 260-266)

In den meisten Wohnhäusern leben Frauen und Männer zusammen. Es zeigt sich, dass es tendenziell ältere wohnungslose Menschen sind, die dieses Angebot in Anspruch nehmen. Da der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung mit dem Alter zunimmt. Wobei Alter bei dieser Gruppe auf Grund der Lebensbedingungen und der damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen schwer zu definieren ist, wie durch die Aussage eines Interviewpartners veranschaulicht wird.

„Älter ist immer äh. Sie sind schon älter, aber sie sind durchaus jünger als ahm. Also es geht des kalendarische und das und das geriatrische Alter sieht man da halt sehr stark, (,) weil die Leute alle so ein ausgezerrtes Leben gehabt haben sozusagen. (,) Das heißt unsere Leute, die halt sechzig sind, schauen eher aus wie fünfundsiebzig, und dann haben wir den entsprechenden Gesundheitszustand. (...)“ (Interview 9, 270-275)

Das Leben ohne eigene Unterkunft und die damit verbundene gesundheitsbelastende Lebensweise hat bei vielen ehemals Wohnungslosen zu körperlichen und / oder psychischen Erkrankungen geführt.

„(...) Wir haben sehr viele Leute, die Zeitbomben sind, die schon Schlaganfälle hatten, die auf Grund ihrer ihrer Lebensweise einfach sehr sehr krank sind. (...)“ (Interview 3, 63-65)

Bei einem Großteil der Bewohner liegen psychiatrische Erkrankungen vor. Besonders häufig sind Suchterkrankungen und hier vor allem Alkoholabhängigkeit zu verzeichnen.

„(...) das Klientel, also begonnen ab 30 Jahre bis über 80, sind die Bewohner, und äh (,) Mittelfeld liegt so um die 50 bis 60. (,) Also es sind nicht nur ältere Personen, die dann hier eingezogen sind. ähm (,) Sind sehr viele Menschen mit einem Alkoholproblem, die meistens ja auch nicht so alt sind. Ja (,) und eben auch mit psychiatrischen Diagnosen, die schon länger bestehen (...)“ (Interview 8, 19-23)

Betrachtet man die Lebensgeschichte ehemals Wohnungsloser zeigt sich, dass diese in vielen Bereichen ihres Lebens schlechte Erfahrungen gesammelt haben. Jeder Bewohner bringt seine individuelle Geschichte mit, die oftmals durch Gewalterfahrungen oder einschneidende Lebensereignisse gekennzeichnet ist. Vor diesem Hintergrund ist das Verhalten, Handeln und die Einstellung der Bewohner zu betrachten.

„(...) ihre (,) Geschichte, die sie mit sich bringen. Viele (,) kommen aus sehr zerrütteten Verhältnissen, die von Kind an (,) Gewalt gewohnt sind, misshandelt wurden, sexuell missbraucht wurden. (,) Die ähm mit einer Sprache, so wie wir sie jetzt sprechen, nichts anfangen können. Die ist ihnen fremd. (...)“ (Interview 3, 156-159)

„(...) Die meisten haben gescheiterte Beziehungen hinter sich. Scheidungen Gewalt in der Familie also quer durch. (,) Meisten kommen einfach aus sozial schwächeren Familien, einfach aus sozial schwächeren Schichten sozusagen. (,) Mag das nicht gerne, das aber ja, aber es kommt schon (...),(...) von Kinderheimen aufgewachsen, angefangen bis zu viermal verheiratet, mit hoher Gewalt oder Gewalt schon im Kindheitsalter, (,) sexueller Missbrauch im Kindheitsalter, und also quer durch quer durch. Wirklich Sachen, die man gehäuft im niedrigen sozialen Milieu finden kann. Leider. (...)“ (Interview 9, 711-719)

Das Leben und Überleben auf der Straße erfordert viel Stärke und Kraft. Auf der Straße geht es um das Überleben, d.h. die Grundbedürfnisse nach Nahrung, Wärme und Schlaf zu sichern. Vor diesem Hintergrund ist das Bewusstsein für die eigene Gesundheit nachrangig, was sich bei den Bewohnern in den Häusern widerspiegelt.

„(...) Mir kommt vor, dass die viel zacher sind, die Leute von der Straße. Erstens einmal im Nehmen. (,) Sie halten einfach, sie schauen einfach viele Sachen gar nicht an, weil es nicht gegangen wäre draußen das anzuschauen. (,) Eben zum Beispiel die Gesundheit oder so. (...)“ (Interview 2, 502-505)

„(...) Hier betreuen wir halt einfach Leute. Die haben keine Interessen. Es ist ihnen alles egal. Die leben in leeren Zimmern, (,) haben vier Garnituren Gewand, zwei Garnituren Bettwäsche, besitzen nichts, und haben nichts und haben aber auch kein großes Interesse irgendwas zu haben oder zu tun. Oder (,) oder zu machen. Also da ist ein großer Unterschied, (,) das die legen wenig Wert auf Äußeres legen, wenig Wert auf den Haushalt und auch sehr wenig Wert auf Gesundheit. Ja sehr sehr wenig auf Gesundheit, die wenigsten. Also es gibt schon ein paar Ausnahmen, die. (,) Wobei das auch immer so relativ ist. Die schon Wert auf Gesundheit legen, allerdings nicht so leben, dafür ganz ganz heftig sind auf Medikamente und Insulin Blutzuckerwerte und neue Einstellung und besser und genauer. (,) Allerdings das nicht leben. (,) Und die meisten, die meisten ist es wirklich egal. Das interessiert sie nicht. Sie haben das halt in ihrem Leben noch nie gelernt, dass das wichtig ist. (,) Also ich glaube schon, dass sich viel biographisch durchzieht, ah was ich in meinem Leben gelernt habe, (,) und was ich jetzt im Alter mache. (...)“ (Interview 9, 684-700)

Hinzu kommt, dass Wohnungslose oftmals im Laufe ihres Lebens negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sammeln.

„(...) Man muss sie halt da unterstützen und animieren. Die haben halt leider nicht so gute Erfahrungen mit Ärzten und Krankenhäusern, unsere Leute ja. (,) Also es gibt ein Krankenhaus da ganz in der Nähe, wo sie gleich den Stempel oben haben, (,) wo es heißt a ja naja von der Straße, und dann ...“ (Interview 2, 224-228)

Daraus ergibt sich, dass viele Bewohner am Anfang und manche auch länger eine distanzierte Haltung gegenüber dem Personal sowie den gesundheitlichen Hilfestellungen, die von Seiten der sozial betreuten Wohnhäuser angeboten werden, einnehmen.

Welche Aufgaben sich für Pflegepersonen in diesem Setting ergeben, wird in Folge differenziert und ausführlich dargestellt.

9.1.2. Beziehungsaufbau und Kommunikation mit den Bewohnern

Eine zentrale Aufgabe der Pflegepersonen ist es, in Kontakt mit den Bewohnern zu kommen und eine tragfähige, von Vertrauen geprägte Beziehung aufzubauen. Für einen Großteil der Befragten steht die Kommunikation mit den älteren ehemals Wohnungslosen im Mittelpunkt ihrer Arbeit.

„(...) Die sind dankbar für jedes Wort, und das Reden ist hier das Allerwichtigste, was ich mache. (...)“ (Interview 3, 203-204)

Da die Bewohner in ihrem Verhalten unterschiedlich sind, gestaltet sich der Beziehungsaufbau individuell. Zu manchen lässt sich ein Kontakt leichter herstellen, sie sind von Beginn an offener. Häufiger ist es jedoch der Fall, dass sich der Zugang als schwierig gestaltet und viel Beziehungsarbeit und Zeit von Seiten der Pflegepersonen erforderlich ist.

„(...) Sie sind unterschiedlich. Sie brauchen schon eine Zeit, bis sie sich, bis sie Vertrauen haben. (,) Und dann gibt es welche, die kommen und sind da. Ja und nehmen das dankbar an und haben Vertrauen (...)“ (Interview 3, 161-164)

Eine Interviewpartnerin von den mobilen Diensten greift auf ihre Berufserfahrung zurück, die sie mit nicht Wohnungslosen gemacht hat. Sie beschreibt den Unterschied im Beziehungsaufbau bei ehemals Wohnungslosen und Klienten, die in ihrem Leben nicht von Wohnungslosigkeit betroffen waren und in eigenen Haushalten außerhalb einer Institution wohnen, folgendermaßen:

„Der Unterschied ist vor allem dieser, dass man am Anfang ziemlich viel mit den Kunden arbeiten muss, (,) um dieses Vertrauensverhältnis herzustellen, was meistens, meisten sage ich, in 90% der Fälle draußen bei den Kunden nicht der Fall ist. (...)“ (Interview 4, 106-109)

Eine weitere Aussage weist darauf hin, dass die im engeren Sinne eigentliche Arbeit, nämlich die pflegerische Versorgung, in nachfolgendem Fall die Körperpflege, erst möglich wird, wenn durch Beziehungsarbeit in Form von Gesprächen ein Zugang zum Bewohner geschaffen wurde.

„(...) Ja das ist halt am Anfang viel schwieriger, weil sie eben an so vielen psychiatrischen Krankheiten leiden. (,) Auch dass sie eben Vertrauen fassen. Das was noch erschwerend dazu kommt, ist (,) vor allem bezüglich Körperpflege, dass die meisten recht ablehnend der täglichen Körperpflege entgegenstehen, vor allem duschen. (,) Das bedeutet, dass man am Anfang (,) einfach mehr Zeit aufwenden müssen für Motivation. (,) Also es ist mehr Gesprächsarbeit am Anfang da, mehr Kommunikation (...)“ (Interview 4, 115-122)

Das Gespräch zwischen der Pflegeperson und dem Bewohner erfüllt unterschiedliche Funktionen. Zu Beginn bietet es der Pflegeperson die Möglichkeit, den Bewohner und seine Lebensgeschichte kennen zu lernen sowie eine Vertrauensbasis zu schaffen, um ein weiteres pflegerisches Handeln möglich zu machen. Ist eine Vertrauensbasis geschaffen, erfährt die Pflegeperson über das Gespräch, welche gesundheitlichen Probleme und Bedürfnisse der Bewohner hat und kann in Folge für diesen geeignete Maßnahmen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung vorschlagen bzw. organisieren. Die Pflegepersonen versuchen mit den Bewohnern in Kontakt zu bleiben, indem sie diese regelmäßig in ihren Wohnungen besuchen. Ebenso haben die Bewohner bei Gesprächsbedarf die Möglichkeit, die Pflegepersonen in ihren Räumlichkeiten aufzusuchen. Sie stellen für die ehemals Wohnungslosen einen Ansprechpartner für gesundheitliche Fragen dar, d.h. sie erfüllen in diesem Setting eine beratende Funktion.

„Also mein Tätigkeitsbereich hier ist, ahm (,) dass praktisch ich der Ansprechpartner bin für alle gesundheitlichen Fragen. (,) Auch für nicht gesundheitliche Fragen (lächelt). (...)“ (Interview 5, 45-46)

„Also wenn sie irgendwie eine Wunde haben, wenn sie Schmerzen haben, wenn sie Atemprobleme haben, (,) wenn ihnen Übel ist, wenn sie einen grippalen Infekt haben. Also (,) was so anfällt, mit dem kommen sie zu mir.“ (Interview 5, 79-82)

In diesem Setting nimmt die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team einen wichtigen Stellenwert ein. Die Bewohner suchen Rat bei jenen Personen, zu denen sie Vertrauen haben. So kann es vorkommen, dass gesundheitliche Anliegen mit dem Sozialarbeiter besprochen werden oder finanzielle Schwierigkeiten mit dem Pflegehelfer. Damit der Bewohner die optimale Versorgung und Unterstützung bekommen kann, ist die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen Voraussetzung.

„(...) Wir haben Wohnbetreuer, Sozialarbeiter. (,) Und wie gesagt, es ist von uns allen ah (,) überschneiden sich manche Dinge. Also (,) weil ja Leute, (,) ja die Klienten, ja ah wie soll ich das sagen. ... Ja ein unterschiedliches Vertrauen haben. Und halt der eine kommt lieber zum Wohnbetreuer, wurscht auch jetzt mit gesundheitlichen Problemen. Ah (,) dann kommt halt der vielleicht zu mir und sagt, was könnten wir da machen, wie könnten wir das machen. Oder ah ein anderer hat zu mir mehr Vertrauen, ah dann gehe ich zu den Sozialarbeitern und sag, ja was müssen wir da tun, damit er, weiß ich nicht, jetzt diese oder jene (,) ah wurscht Förderung, Beihilfe, irgendetwas bekommt. Oder so. (...)" (Interview 1, 60-68)

9.1.3. Förderung von Behandlungseinsicht

Ein weiterer Aufgabenbereich, der sich für Pflegepersonen in der Arbeit mit ehemals Wohnungslosen ergibt, kann als Förderung der Behandlungseinsicht zusammengefasst werden. Ehemals Wohnungslose, die zumeist an psychiatrischen Erkrankungen leiden und zudem vom Leben auf der Straße geprägt sind, zeigen oftmals wenig Interesse für ihre eigene Gesundheit und Einsicht für die Notwendigkeit ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen. Daher übernehmen Pflegepersonen in den Wohnhäusern die Aufgabe, ehemals Wohnungslose für medizinische als auch pflegerische Behandlungen zu motivieren.

„(...) ja die Leute unterstützen, jetzt zum Beispiel vielleicht einen Facharzt zu finden. Ah (,) Leute motivieren, ah sich helfen zu lassen. Jetzt eben bei unserer praktischen Ärztin zum Beispiel (...)" (Interview 1, 41-43)

„(...) Also es (,) braucht hier sehr viel Motivationsarbeit auch für die Pflege (...)" (Interview 5, 46-47)

Ist eine Vertrauensbasis zu ehemals Wohnungslosen geschaffen und Behandlungseinsicht gegeben, wird es für Pflegepersonen möglich, eine adäquate Gesundheitsversorgung zu organisieren.

9.1.4. Überprüfung des Gesundheitsstatus und Organisation der Gesundheitsversorgung

Wie zuvor erwähnt, ist ein Großteil ehemals Wohnungsloser in sozial betreuten Wohnhäusern von psychiatrischen Erkrankungen betroffen. Hinzu kommt, dass Wohnungslose im Laufe ihres Lebens kaum gelernt haben, auf sich selbst und ihre Gesundheit zu achten. Daraus ergibt sich, dass sie Unterstützung und Begleitung bei der Gesundheitsversorgung benötigen. Die Aufgabe von den Pflegepersonen vor Ort ist es, den Blick darauf zu haben, wo die Bewohner gesundheitlich stehen, um in Folge bedarfsgerechte Hilfen anbieten bzw. organisieren zu können.

„(...) Also es ist schon eher vergleichbar vom Handling, wie wenn man selbstständig in einer Wohnung lebt. Ja es ist einfach nur die Tatsache, dass da immer jemand da ist, (,) und wir halt die Verbindung herstellen können und sofort wissen, was passt da jetzt für den Bewohner. Ja, (,) dass das einfach jetzt gemacht wird, weil die Bewohner sonst könnten sie alleine leben, wenn sie das alles schaffen würden, (,) sich Hilfe holen könnten. Dann würden sie hier nicht wohnen brauchen. Ja (,) und das sind die Punkte. Das sind die Hauptaspekte eigentlich der Arbeit, (,) den Blick darauf zu haben, was braucht es da jetzt.“ (Interview 8, 190-199)

Die Pflegepersonen übernehmen bei der Organisation der Gesundheitsversorgung eine Vermittlerrolle zwischen dem Bewohner und dem Versorgungssystem. Zum einen verfügen sie über physiologisches, medizinisches und pflegerisches Wissen und können daher die gesundheitlichen Probleme des Bewohners einschätzen. Zum anderen haben sie Kenntnisse über das bestehende Gesundheitssystem und dessen Angebote, dadurch können sie den Bewohner gezielt an die richtige Stelle weiterleiten.

Pflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern stellen eine Schnittstelle zu allen anderen Dienstleistern im Gesundheitssystem dar. Sie organisieren für den Bewohner die Vermittlung zu Ärzten im Haus, dazu zählen der Allgemeinmediziner und der Psychiater, die ein bis zwei Mal wöchentlich Ordination vor Ort anbieten. Ihre Aufgabe besteht darin, die Bewohner auf dieses Angebot aufmerksam zu machen und sie bei Bedarf zu vermitteln. Mit den Ärzten im Haus arbeiten die Pflegepersonen eng zusammen, sie holen für die Bewohner Rezepte und Überweisungen zu Fachärzten ein. Ebenso unterstützen sie die ehemals Wohnungslosen

beim Vereinbaren von Facharztterminen bzw. Terminen in Ambulatorien oder Krankenhäusern und organisieren bei Bedarf den Transport.

„(...) Ahm wir arbeiten mit einer Hausärztin zusammen, die kommt einmal in der Woche fix ins Haus, am Donnerstagnachmittag. Da mache ich auch die Visite, bestelle die Medikamente, die wir brauchen (,) zum Einordnen auch für die mobilen Dienste, und alles was sonst noch abfällt. Mit der arbeite ich auch dann eng zusammen. (,) Ahm ich organisiere und koordiniere auch Termine bei anderen Ärzten, (,) Krankenhaus, (,) Aufnahmen genau (...)“ (Interview 5, 56-62)

Des Weiteren überprüfen die Pflegepersonen, ob bei den Bewohnern ein pflegerischer Handlungsbedarf besteht. Ist dies der Fall, nehmen sie Kontakt zur mobilen Hauskrankenpflege auf und organisieren und koordinieren die pflegerische Versorgung für den Bewohner.

„(...) Ich bin hier als Krankenschwester eigentlich nur für die Koordination sämtlicher Tätigkeiten der mobilen Schwestern, der Heimhilfen, ah (,) der Ärzte zuständig. (...)“ (Interview 3, 30-32)

Wird ein Bewohner im Krankenhaus stationär aufgenommen, halten die Pflegepersonen Kontakt zu diesem und kümmern sich um administrative Aufgaben, wie z.B. um die Abmeldung und bei Entlassung um die Wiederanmeldung bei den mobilen Diensten.

„ (...) Ahm Krankenhaus, der wird zum Beispiel eingeliefert, stationär aufgenommen. Schnittstelle Krankenhaus anrufen: Wie gehts ihm? Was brauchts ihr? Wann wird er entlassen? (,) Ich muss ihn dann abmelden bei den mobilen Diensten, weil sonst geht ja die Betreuung weiter. Ja (,) halte Kontakt zum Krankenhaus, wenn der retour kommt. Medikamentenänderung, wieder das Spiel von vorne. Ja (,) und wieder anmelden bei den mobilen Diensten, dass der dann, kaum ist er zu Hause, wieder seinen Einsatz, wieder gut versorgt ist. (...)“ (Interview 2, 174-181)

Die Pflegepersonen übernehmen für den Bewohner, wenn es nötig ist, die Beschaffung von Rezepten. Sie stellen den Kontakt zur Apotheke her und bestellen die Medikamente. Diese werden für jene Bewohner, die sie sich nicht selber einteilen können, in einem Wochendispenser aufgeteilt. Das Einordnen der Medikamente wird aus zeitlichen Gründen zumeist von den Pflegepersonen der mobilen Dienste oder von der Apotheke übernommen. Neben der Beschaffung und Verteilung von Medikamenten an die Bewohner sind die

Pflegepersonen auch für das Organisieren von Heilbehelfen sowie das Bestellen von Wundversorgungsmaterial und Inkontinenzmaterial zuständig.

„(...) Ich nehme halt quasi Kontakt auf. Schau an, ob der jetzt selbstständig die Medikamente einnehmen kann. Ja, (,) falls ich oder meine Kollegin zu dem Schluss kommen, er schafft es nicht, oder er sie auch vorher schon eingeschachtelt gebraucht. (,) Also einen Wochendispenser, dann organisieren wir oder ich, dass der diesen Wochendispenser bekommt. (,) Dann ist wieder die Frage, schafft er das mit diesem Wochendispenser alleine umzugehen oder braucht er täglich die Ration. Ja. (,) Das muss man alles irgendwie nach einer Zeit dann erarbeiten mit dem. Ahm (,) also er hat dann einmal die Medikamente, die ich auch für ihn besorge in der Apotheke, (,) wenn er es alleine nicht schafft. Ja. (...)“ (Interview 2, 125-135)

Des Weiteren unterstützen die Pflegepersonen ältere ehemals Wohnungslose bei administrativen Tätigkeiten wie z.B. bei Antragsstellungen für Therapiemaßnahmen bei Versicherungsträgern oder bei Anträgen zur Erhöhung der Pflegegeldstufe.

Zusammengefasst ergeben sich für Pflegepersonen in der Arbeit mit ehemals Wohnungslosen Schnittstellen zu folgenden Institutionen oder Berufsgruppen: Apotheke, mobilen Hauskrankenpflege, Ärzte/Fachärzte, Krankenhaus, Ambulatorien, Rettung und diverse Versicherungsanstalten.

9.1.5. Verantwortlichkeiten und Rollen der Pflegepersonen - Pflegeverständnis

In sozial betreuten Wohnhäusern für ehemals Wohnungslose sind die Aufgabenbereiche der Pflege auf die Pflegepersonen vor Ort und auf die Pflegepersonen der mobilen Hauskrankenpflege aufgeteilt. Pflegehandlungen wie Körperpflege, Mobilisation oder Pfllegetätigkeiten aus dem Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, somit Handlungen, die laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) (vgl. Schwammberger & Biechl, 2011, S. 82ff) dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zugeordnet sind, werden von den Pflegepersonen der mobilen Hauskrankenpflege durchgeführt. Ebenso werden Pflegehandlungen aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wie z.B. die Verabreichung von Arzneimitteln von den mobilen Pflegepersonen ausgeführt. Wobei in manchen Häusern das Einsortieren und Austeilen von Medikamenten von den Pflegepersonen vor Ort übernommen wird. Die folgende Aussage wurde von einer Pflegeperson der mobilen Hauskrankenpflege getätigt. Es zeigt sich, dass diese ihr Handeln als zur Pflege dazu gehörig versteht.

„Also wie gesagt, Medikamente einordnen, also das. (,) Wir machen da jetzt nicht viel Unterschied. (,) Also wenn ich im Haus bin, dann mache ich die gesamte Pflege. (,) Also wie gesagt auch Körperpflege, Mahlzeiten vorbereiten, Mobilisation, (,) Lagerung. Verbandswechsel kommt dann auch dazu, und die Injektionen.“ (Interview 4, 96-100)

Ein Großteil der Befragten die vor Ort arbeiten sieht ihren Aufgabenbereich nicht in der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten. Eine Pflegeperson beschreibt, dass sie als einzige pflegerische Handlung die Medikamentenausgabe durchführt. Im Anschluss daran berichtet sie, dass sie auch für die Wundversorgung sowie das Blutdruck- und Blutzuckermessen verantwortlich ist.

„(...) Das heißt, ich mache pflegerisch selbst, außer die Medikamentenausgabe, (,) mache ich nichts. (...)“ (Interview 3, 32-33)

„(...) Was ich halt mache, das ist, dass ich mich um (,) die Medikamenteneinnahme kümmere. Dass Leute, die wir haben, sehr viele Leute mit offenen Füßen, (,) ahm dass ich die regelmäßig verbinde, dass ich den Blutzucker messe, ah dass ich den Blutdruck kontrolliere. (...)“ (Interview 3, 35-39)

Die Verabreichung von Medikamenten, Wundversorgung sowie das Messen und Kontrollieren des Blutdruckes und Blutzuckers sind Tätigkeiten, die eindeutig dem Aufgabenbereich der Pflege zugeordnet werden können und laut GuKG in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen. (vgl. Schwammberger & Biechl, 2011, S. 89ff)

Eine andere Interviewpartnerin schildert, dass alle pflegerischen Tätigkeiten an die mobile Hauskrankenpflege abgegeben werden.

„(...) Also alles pflegerische liegt eigentlich bei den mobilen Diensten. Wir machen eigentlich nicht einmal irgendetwas pflegerisches. (,) Also nicht einmal Pulver einschachteln, weil wir nicht die Zeit dazu haben, (,) und von Anfang an das so geplant war, dass das dann über die mobilen Dienste geleistet wird. (...)“ (Interview 2, 296-300)

Im Laufe des Gespräches wird die zuvor erwähnte Aussage von der Befragten relativiert, indem sie anmerkt, dass sie im Notfall sehr wohl pflegerische Handlungen setzt.

„(...) Das letzte Mal haben wir eine Bewohnerin gehabt, mit einem, (,) die hatte so Kopfweh, da habe ich Blutdruck gemessen. Also so Notfallsachen mache ich natürlich schon. Ja. (,) Nicht, dass sich das vorher so angehört hat, als täte ich das auch nicht machen (...)“ (Interview 2, 441-444)

Eine weitere Pflegeperson erwähnt ebenso, dass sie keine Pflege durchführt, nur wenn es wirklich notwendig ist. Sie führt ein Beispiel dazu an, indem sie beschreibt, dass die Durchführung der Körperpflege bei den Bewohnern oftmals schwierig ist. Dadurch, dass sie vor Ort ist, kann sie leichter einen Bezug zu den ehemals Wohnungslosen aufbauen, wodurch der Zugang für pflegerische Handlungen und in diesem Fall für die Durchführung der Körperpflege erleichtert wird.

„(...) Unsere Leute sind oft sehr schwierig. Sie wollen sich nicht waschen lassen oder keine Körperpflege durchführen lassen, und auch selber (,) nicht wirklich machen. (,) Da ist es halt dann oft so, durch das, dass ich fix im Haus bin, auch leichter einen Bezug aufbauen kann, und irgendwie, dass durch das immer wieder einmal rein schauen in die Zimmer auch leichter einen Bezug aufbauen kann. (,) Und wir haben zum Beispiel eine Frau, also die wollte sich einfach auch nicht regelmäßig waschen lassen, und auch keine Körperpflege durchführen lassen, (,) und das hab ich dann übernommen, und jetzt geht es, aber schon so jetzt habe ich das wieder abgegeben. (...)“ (Interview 5, 113-122)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Pflegepersonen vor Ort ihr eigenes Handeln nicht als pflegerisches Handeln wahrnehmen und pflegerische Tätigkeiten ihrer Ansicht nach in erster Linie durch die Pflegepersonen der mobilen Hauskrankenpflege durchgeführt werden.

Aus der Sicht der Befragten findet pflegerisches Handeln in Notfällen statt oder wird in Ausnahmesituationen durchgeführt. Bei den pflegerischen Handlungen der Pflegepersonen vor Ort, auch wenn diese dies so nicht bezeichnen, geht es sehr viel um Beziehungsarbeit und in Folge um das Erkennen der Bedürfnisse der Bewohner sowie um die Unterstützung, diese Bedürfnisse wahrnehmen und vertreten zu können. Es werden in diesem Setting vor allem Pflegehandlungen gesetzt, die laut GuKG in den interdisziplinären Tätigkeitsbereich fallen. Dazu zählen beratende Tätigkeiten, die Vorbereitung eines Bewohners auf einen Krankenhausaufenthalt und die Hilfestellung bei der Weiterbetreuung sowie die Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer psychischen Erkrankung. (vgl. Schwammberger & Biechl, 2011, S. 120)

9.1.6. Soziale Kompetenzen

Für die Durchführung der Tätigkeiten, die sich für Pflegepersonen in sozial betreuten Wohnhäusern ergeben, braucht es auf der einen Seite medizinisches und pflegespezifisches Wissen wie z.B. Kenntnisse über psychische Erkrankungen und Wissen zum Gesundheitssystem in Österreich etc. Auf der anderen Seite sind von den Pflegepersonen soziale Kompetenzen gefragt, die es ihnen ermöglichen, eine Beziehung zu den ehemals Wohnungslosen aufzubauen. Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung kann professionelle Pflege umgesetzt und angewendet werden. Durch die Frage: „Was würden sie einer Pflegeperson raten, die neu in dieses Arbeitsfeld kommt?“ konnte erhoben werden, welche sozialen Fähigkeiten die Pflegepersonen als wichtig empfinden, um mit ehemals Wohnungslosen in sozial betreuten Wohnhäusern arbeiten zu können.

Wertfreiheit und Empathie

Die Aussagen weisen darauf hin, dass es im Umgang mit ehemals Wohnungslosen besonders wichtig ist, eine wertfreie Haltung gegenüber der Lebensgeschichte und dem Verhalten dieser einzunehmen. Dabei zeigt sich, dass die Pflegepersonen durch einen empathischen Umgang versuchen, die Situation der Bewohner sowie deren Verhalten und Handeln zu verstehen.

„(...) Ich glaube, das Erste wo ich sagen würde, dass es wichtig ist, dass man offen ist. (,) Diese Offenheit für alles und auf jeden Fall dieses Wertfreie. (,) Man muss schon sehr wertfrei denken können, dass man den nicht verurteilt, nur weil man weiß, wenn man jetzt die Türe zu macht von seiner Wohnung, (,) wird er sich den nächsten Schuss setzen zum Beispiel. Ja. (,) Oder weil man ihn gerade gepflegt hat, und ihn vom Stuhl befreit hat, weil er so betrunken war, und es selber nicht mehr geschafft hat, (,) man muss das vielleicht nach zwei Stunden schon wieder machen. (,) Und für das muss man einfach offen sein, und diese wertfreie Haltung haben, weil er hat wahrscheinlich auch seinen Grund. Ja. (...)“ (Interview 2, 546-555)

„(...) Also ich würde ihnen schon einmal raten, also die Leute wirklich so anzunehmen, wie sie sind auch mit ihrer Vorgeschichte, mit dem (,) jahrelangen, die meisten haben ja jahrelang auf der Straße gelebt und haben alle irgendwie Probleme gehabt. (,) Dass sie auf die Straße gekommen sind. (,) Also, dass man sie wirklich einmal (,) so annimmt, wie sie sind. Dass das irgendwie, dass man ohne Vorurteile (,) diesen Menschen auch gegenübertritt. Es sind wirklich auch sehr viele da, die aus familiären Situationen heraus (,) oder beruflichen Situationen wohnungslos geworden sind. (,) Oder es meisten irgendwie eine Ursache, warum (,) die Leute auf die Straße

gekommen sind. (,) Also sie wirklich so annehmen, wie sie sind (...)" (Interview 5, 311-321)

Als wesentlich in der Arbeit mit ehemals Wohnungslosen wird erachtet, diesen mit Offenheit und Vorurteilsfreiheit zu begegnen. Fehlen diese sozialen Kompetenzen, ist es schwer möglich, in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein.

„(...) Schau, dass du deine Vorurteile so schnell als möglich los wirst. (,) Ja versuche dich einfach dem Menschen zu öffnen, zu nähern. Versuch (,) Kontakt aufzunehmen, und dann hat man glaube ich eh schon das Wichtigste. (,) In dem Moment, wo du Vorurteile hast, ja und diese Menschen hier ablehnst, und du das nicht schaffst, da kannst du gehen.“ (Interview 3, 389-393)

Abgrenzen können

Ein zentraler Aspekt in diesem Arbeitsfeld ist, sich gegenüber den Forderungen und dem Verhalten der Bewohner abgrenzen zu können.

„(...) Prinzipiell würde ich halt raten, sich nicht zu viel (,) nicht zu viel hinein, vor allem auf Einzelne nicht zu viel hinein zu, zu sich fallen zu lassen, oder hinein zu rutschen, (,) weil die Leute halt auch sehr vereinnahmend sein können, und das halt auch sehr schwierig sein kann. (...)" (Interview 9, 586-590)

„(...) Sie sind auch alle ausgefuxt. (,) Man muss teilweise schon auch vorsichtig sein. (,) Also sie versuchen es schon auch, ahm ...rauszuholen, was sie brauchen. Also auch was Medikament betrifft. Also es sind dann schon nicht alle, (,) aber es sind dann schon einige hier, wo man dann aufpassen muss, ...wo der erste Eindruck ah irgendwie nicht den, wo sie ganz offen sind, und nicht den Anschein erweckt, dass da irgendetwas dahinter steckt. Aber (,) man muss da, man muss schon auch aufpassen, dass sie einem nicht mit Haut und Haar nehmen, und auch nicht (,) ausnutzen. (...)" (Interview 5, 326-335)

Zwei Pflegepersonen beschreiben, dass es von Seiten der Bewohner manchmal zur Anwendung von Kraftausdrücken kommen kann. Sie betonen, dass es wichtig ist, dieses Verhalten nicht persönlich zu nehmen.

„(...) dass man nichts persönlich nimmt, und wenn der siebzehn mal dich schimpft als, (,) die schlimmsten Wörter gibt es da. Teilweise muss man auch wissen, dass er

eigentlich aus der Not heraus so jetzt schimpft, ja (,) weil er sich anders einfach nicht mehr mitteilen kann, oder einfach anders auch nicht mehr wehren kann. Ja, (,) da ist er einfach in die Enge getrieben. Ja. Das würde ich so jetzt als erstes jemanden vermitteln (...)" (Interview 2, 558-564)

„(...) dass sie einfach lernen muss, sich ab zu grenzen. Dass das ganz wichtig ist in dem Haus, (,) dass man das nicht persönlich nimmt, was die Leute sagen, weil auf Grund ihrer psychischen Erkrankung, auf Grund ihrer Suchterkrankung und so weiter, können sie schon (,) sehr böse sein, sag ich jetzt einfach. Weil gut gesagt, wo wirklich auch Ausdrücke fallen, wo man sich manchmal denkt, jetzt reicht's aber. Draußen auf der Straße würde man sich das nicht gefallen lassen. (,) Und im Haus ähm ja. Abgrenzen finde ich ganz wichtig, (,) aber trotzdem auch ein Stück weit eben in Beziehung zu den Menschen bleiben. (...)" (Interview 7, 422-430)

9.2. Erleben der Arbeit mit ehemals Wohnungslosen aus der Sicht der Pflegepersonen

In diesem Abschnitt wird auf das subjektive Erleben der Arbeit von Pflegepersonen mit ehemals Wohnungslosen eingegangen. Es werden die Herausforderungen und Belastungen, die sich für die Pflegepersonen in diesem Arbeitsfeld ergeben sowie Strategien die die Befragten als entlastend erleben, dargestellt. Des Weiteren werden Faktoren, die zur Arbeitszufriedenheit in diesem Setting beitragen, angeführt.

9.2.1. Herausforderungen

Unter diesem Punkt wird auf jene Aspekte in der Arbeit mit ehemals Wohnungslosen eingegangen, die von den Pflegepersonen als herausfordernd erlebt werden.

Gesundheitsverhalten und Akzeptanz für medizinische und pflegerische Versorgung fördern

Für ehemals Wohnungslose nimmt die Gesundheit oftmals einen nicht sehr hohen Stellenwert in deren Leben ein. Die Befragten beschreiben, ein Bewusstsein für Gesundheit zu erreichen, indem zum Beispiel Bewohner motiviert werden, ihr Verhalten bezüglich des Alkoholkonsums zu verändern, als eine Aufgabe, die zum Teil als schwierig und herausfordernd erlebt wird.

„(...) Es ist ja nicht so leicht wohnungslosen Menschen ahm die Gesundheit so in der Prioritätenliste hinauf zu rücken. (...)“ (Interview 2, 216-218)

„(...) das nächste ist Herausforderung, ja dass man ja wie eben Alkoholismus, dass man es vielleicht bei manchen schafft, dass sie weniger trinken, oder dass man sie trocken kriegt. Was eh im allerseltensten Fall ist. Das sind schon Herausforderungen. (...)“ (Interview 3, 328-331)

Ein Bewusstsein für Gesundheit zu schaffen, bedeutet in diesem Zusammenhang auch, die Bewohner dabei zu unterstützen, dass sie für sich selbst die Wichtigkeit für medizinische Behandlungen und pflegerische Versorgung erkennen und diese annehmen können.

Das Annehmen von Maßnahmen zur Körperpflege scheint für ehemals Wohnungslose oftmals schwierig zu sein. Daraus ergibt sich für die Befragte der mobilen Hauskrankenpflege die zum Teil herausfordernde Aufgabe, Akzeptanz bei den Bewohnern für die Durchführung der Körperpflege herzustellen. Die Pflegeperson beschreibt es als „*täglich einen neuen Kampf ausfechten*“, in dieser Formulierung kann dies als eine fordernde Aufgabe interpretiert werden.

„Naja die Herausforderung besteht einfach ahm (,) darin täglich einen neuen Kampf auszufechten, sage ich mal. Weil (,) so salopp gesagt, wenn ich draußen zu den Kunden gehe, und da ist einfach das, (,) es ist nicht standardisiert, aber es ist einfach, die Leute wissen schon, was auf sie zukommt. Die sind dann schon, (,) vielleicht haben schon vorbereitet, die Waschutensilien sage ich mal als Beispiel, oder das Verbandsmaterial vorbereitet. (,) Und zu den Kunden im Haus komme ich jeden Tag aufs Neue und muss jeden Tag aufs Neue quasi (,) oft einen Kampf ausfechten, wenn es um die Körperpflege geht. (,) Das haben wir doch bei anderen Kunden auch, (,) und da ist es doch täglich ein Kampf, und das ist dann schon herausfordernd. (...)“ (Interview 4, 260-270)

Eine Pflegeperson empfindet es als herausfordernd, ehemals Wohnungslose für betreuende Maßnahmen zu motivieren und eine Akzeptanz für diese herzustellen. Sie beschreibt es als besondere Herausforderung, trotz der ablehnenden Haltung mancher Bewohner für diese da zu sein und deren Verhalten zu akzeptieren.

„Also für mich (,) die Herausforderung ist für mich schon, ahm (,) die Leute hier zu motivieren, (,) dass sie eine Betreuung auch annehmen, dass sie es akzeptieren, dass sie etwas für sich selber machen, ahm (,) auch wirklich eine große

Herausforderung. Es sind ja auch alle, (,) oder die meisten haben eine psychische Komponente, (,) sie irgendwie auch dort abzufangen, wo sie stehen, und sie dann eben zu begleiten, dass sie dann eine Unterstützung haben und annehmen können. (,) Auch wenn sie es nicht annehmen, dass ich dann trotzdem eigentlich da bin und das akzeptiere. (,) Also das ist schon auch eine Herausforderung.“ (Interview 5, 254-262)

Ehemals Wohnungslose mit ihrer Lebensgeschichte und dem daraus resultierenden Verhalten mit Offenheit zu begegnen und vorurteilsfrei anzunehmen, beschreiben die Befragten als eine wichtige Grundhaltung oder soziale Kompetenz, um in diesem Feld gut arbeiten zu können. Dennoch zeigt sich, dass es für manche Pflegepersonen nicht von Anfang an einfach war, gegenüber bestimmten Verhaltensweisen von ehemals Wohnungslosen eine zurücknehmende und akzeptierende Haltung einzunehmen.

Eine Pflegeperson gibt an, dass sie vor allem zu Beginn in diesem Arbeitsfeld das Bedürfnis hatte, die Bewohner zu bekehren, dass sie keinen Alkohol mehr zu sich nehmen sollten. Die Erfahrung lehrte ihr aber, dass es mit einer gewährenden Haltung eher als mit Verboten gelingt, den Alkoholkonsum in geregelte Bahnen zu führen.

„(...) Es ist halt schwierig. Man will sich halt nirgends hineindrängen. (,) Ich habe früher immer das Gefühl gehabt, man muss den Leuten beibringen, dass sie nicht mehr trinken dürfen, und dass sie trocken werden müssen, und so. (,) Und das funktioniert aber nicht, das kriegt dann eine Eigendynamik wie auf einer Schullandwoche. Dass sobald um fünf der letzte rausgeht, dass dann am Gang Partys stattfinden, und so weiter und so fort. Und das auch (,) ein Handel entsteht und solche Sachen. Und es ist dann oft viel sinnvoller (..),(...) mit Leuten das kontrolliert zu machen. Das heißt man lässt die nicht selber einkaufen gehen, sondern kauft denen halt ihre, (,) dass halt in zwei Tagen drei Liter Rotwein haben, und der wird dann in eigenteilt und in drei Tagen konsumiert. Und dadurch sind sie nicht sturzbetrunken, (,) aber sie halten ihren Spiegel. Ja. (...)“ (Interview 9, 292-303)

Die für die Pflege im Krankenhaus vorrangig erscheinenden Tätigkeiten wie z.B. die Körperpflege rücken für Pflegende in diesem Setting in den Hintergrund. Von einer Pflegeperson wird berichtet, dass es für sie auf Grund ihrer Erfahrungen im Krankenhaus äußerst schwierig war zu akzeptieren, dass manche Bewohner die Körperpflege ablehnen. Pflegende müssen in diesem Setting lernen, die körperliche Situation der Bewohner auszuhalten und erlernte Vorstellungen von pflegerischem Handeln loszulassen.

„(...) Ich glaube gerade wir, die aus den Krankenhäusern kommen, die wir den Ablauf aus dem Krankenhaus kennen, wir wollen (,) Patienten gewaschen, gepflegt, dass er wie aus dem Ei gepellt im Bett liegt. Und das musst du hier akzeptieren, dass das einfach nicht so ist. Ja, (,) und wenn der sich die Haare nicht waschen will, dann wäscht er sich sie nicht. Und wenn er sich drei Wochen nicht duschen will, dann duscht er sich drei Wochen nicht. Das ist ein Wohnhaus. Ja. (,) Und das meine ich jetzt, da muss man sich einfach verabschieden, und ich habe mir am Anfang gedacht, um Gottes Willen, (,) das wenn da wer zuschaut, ja, ich kriege sicher einen Rüffel, weil (,) der ist verwahrlost, und wo ist meine Aufgabe. Und (,) da ist mir, da habe ich wirklich ein Problem damit gehabt, am Anfang. Bis ich mir gesagt habe, das ist hier kein Krankenhaus, und wenn unsere Leute schmutzig sein wollen, so schlimm das jetzt klingt, also unter Anführungszeichen, (,) dann haben sie das Recht dazu. Ja, wir sind nicht im Spital. (...)“ (Interview 3, 402-414)

Psychische Erkrankungen

Ein Großteil der ehemals Wohnungslosen in sozial betreuten Wohnhäusern leidet an psychischen Erkrankungen. Die Kombination aus Alkoholkonsum und psychischer Erkrankung stellt für die Pflegepersonen eine besondere Herausforderung dar.

„(...) Viele trinken ja auch noch. (,) Ähm das ist auch immer wieder eine Herausforderung. Vor allem, wenn sie dann wenn das ähm Leute sind, die die ähm, die aus anderen Institutionen schon rausgeflogen sind auf Grund ihres massiven Alkoholkonsums dann zu uns kommen, (,) ähm und wir da schon versuchen, (,) sie nicht abstinenz zu halten oder in eine Abstinenz zu bringen. Aber in einem, ich sage jetzt einfach mal, in einem geregelten Maß zu trinken. (,) Was für uns dann auch angenehm ist, weil viele werden (,) ähm sehr aggressiv. Aggressionen sind aber in den Häusern nicht erlaubt, und schon gar nicht Körperverletzung oder so. (,) Aber es gibt sehr viele, die diesen, die diesen Hintergrund haben. (,) Die schon im Gefängnis waren, (,) ähm wegen Körperverletzung und so weiter also. (,) Und wenn dann auch noch psychische Erkrankungen dazu mitspielen, dann ist es natürlich eine große Herausforderung. (...)“ (Interview 7, 164-175)

Durch den teilweise massiven Alkoholkonsum haben manche Bewohner körperlich als auch kognitiv abgebaut. Daraus ergibt sich, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Bewohnern für Pflegepersonen oftmals schwierig ist. Die Aussagen der Befragten deuten darauf hin, dass es eine Herausforderung darstellt, mit alkoholisierten bzw.

alkoholabhängigen ehemals Wohnungslosen zu kommunizieren und zu arbeiten. Das Gefühl, dass Gesagtes nicht ankommt bzw. die Wiederholung von Gesprächsinhalten von Seiten der Bewohner werden als anstrengend und schwierig wahrgenommen.

„(...) Was hier wirklich auch sehr schwierig ist, dass du mit manchen einfach kein normales Gespräch führen kannst, weil sie so (,) abgebaut haben durch den Alkohol, dass da fünfmal das Gleiche erzählen, und das jeden Tag und das einfach ein Gespräch unheimlich mühsam und nicht fruchtbar ist. Ja, wo du dir denkst, ich stehe schon wieder an. Der da kommt nur Blödsinn oder nur immer das Gleiche, (,) und wo einfach kein konstruktives Gespräch möglich ist, wo du einfach nur, (,) ja irgendetwas daher redest mit ihm, dass der Kontakt gegeben ist, dass er erzählt irgendetwas konfuses zusammenhangloses, oft. (,) Das ist halt schon schade, weil der Alkohol hier wirklich ein riesen Thema ist, (,) und wenn sie halt so viel getrunken haben, ist das Gespräch halt schon sehr sehr mühsam. (...)“ (Interview 3, 555-565)

„Also es ist, wenn sie alkoholisiert sind, (,) ist es schon nicht so einfach mit ihnen auch zu arbeiten, weil halt irgendwie (,) vieles nicht ankommt, was ankommen sollte. (,) Ahm viele haben auch einen sehr einen hohen Spiegel. (,) Die sind auch immer betrunken. Da muss man so mit ihnen zusammenarbeiten, wie sie sind. (,) Geht zum Teil auch ganz gut. (,) Also wenn (,) wirklich, wenn sie sehr stark alkoholisiert sind, dann muss man eh oft warten, auf den nächsten Tag oder so. Da kommt man dann auch nicht ran an die Leute. (...)“ (Interview 5, 364-371)

Die Arbeit mit ehemals Wohnungslosen erfordert von den Pflegepersonen einen langen Atem und ist gekennzeichnet durch das Denken in kleinen Schritten sowie vom Annehmen der Tatsache, dass Veränderung oftmals erst nach langer Zusammenarbeit mit dem Bewohner sichtbar wird. Die Aussage eines Befragten verdeutlicht, dass kontinuierliche und konsequente Zusammenarbeit mit dem Bewohner sowie Rückschritte von bereits Erarbeiteten kennzeichnend sind für die Arbeit der Pflegepersonen in diesem Setting.

„Dass man dran bleibt, dass man den Leuten, man muss mit den Leuten monatelang oft Arbeiten, bis sich irgendwas verändert. Und dann gibt es riesige Rückschritte. Also es kann sein, dass irgendwer nach Monaten (,) die Heimhilfen dann einmal annimmt, und dass dann ins Chaos einfach a bissl Ordnung kommt. (,) Und dann passiert aber sonst irgendwas, ein großer Streit, Alkoholrückfall. Und man fängt dann wieder von vorne an, einfach ja. (,) Aber wir fangen halt wieder von vorne an. Ja, es ist nicht

immer leicht, und es ist mit manchen sehr schwierig. (,) Aber es funktioniert, es funktioniert eigentlich recht gut mhm. (...)“ (Interview 9, 527-535)

Neben den Suchterkrankungen, an denen manche Bewohner leiden, stellen auch andere psychische Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie eine Herausforderung für die Pflegepersonen dar. So beschreibt eine Pflegendperson von den mobilen Diensten, dass es für sie besonders schwierig ist, wenn ein Bewohner in einem „Wahn“ ist und seinen „Rededrang“ ausleben will. Es ist dabei nicht so sehr die Krankheit selbst, die für sie eine Herausforderung darstellt, sondern die Tatsache, dass sie für jeden Bewohner und dessen pflegerische Versorgung eine bestimmte Zeitvorgabe hat, die in so einem Fall zu eng bemessen ist.

„(...) einfach umzugehen, mit diesen (,) ahm Wahngeschichten. (,) Bei Schizophrenen, wenn sie dann in einem Wahn einfach sind momentan, und (,) einfach auch zu Hause gelassen werden, weil sie zu Hause behandelt werden. Medikamentös, das ist natürlich auch eine Herausforderung, (,) weil wir haben schließlich (,) unsere vorgegebene Zeit. Wie zum Beispiel für Insulineinsätze eine viertel Stunde. Und das ist bei einem Schizophrenen, der gerade einen Schub, einfach viel zu wenig, und da muss man dann versuchen, in dieser viertel Stunde irgendwie alles hinein, (,) die ganze Kraft hineinzugeben. (,) Oder diesen oder wenn sie ihren Rededrang ausleben wollen, die Schizophrenen, das ist in einer viertel Stunde natürlich auch schwierig. Ja. (,) Und gerade am Anfang, wenn die Leute zu einem noch keine Beziehung aufgebaut haben, ist es dann natürlich schwer zu sagen: ich gehe jetzt einfach. (,) Und dann natürlich später, wenn man dann sagt: (,) schauen sie, ich bin jetzt eine viertel Stunde nur für sie da, dann ist das, (,) dann ist das natürlich einfacher, weil man die Grenzen, wenn sie selbst die Grenzen auch schon kennen. (,) Obwohl es trotzdem noch schwierig ist, auch wenn sie es schon kennen (lächelt).“ (Interview 4, 271-288)

9.2.2. Belastungen

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung konnten in Hinblick auf das Erleben der Arbeit von Pflegepersonen mit ehemals Wohnungslosen Belastungen identifiziert werden, die sich aus der direkten Arbeit mit den Bewohnern in sozial betreuten Wohnhäusern ergeben.

Verhalten der Bewohner

Aus dem Verhalten ehemals Wohnungsloser können sich für Pflegepersonen Belastungen und Erschwerungen in der Arbeit ergeben. Das Verhalten ist zum Teil aus der

Lebensgeschichte und den damit verbundenen physischen und psychischen Erkrankungen der Bewohner zu erklären. Die Bewohner zeigen oftmals ein ablehnendes Verhalten gegenüber Hilfeangeboten. Dieses Verhalten wird von den Befragten als belastend wahrgenommen.

„Ja, (,) es gibt schon immer wieder Situationen, die belastend sind. (,) Also vor allem (,) auch, wenn es jemanden schlecht geht, und der aber keine Hilfe annehmen mag. (,) Und irgendwie man auch weiß, es würde ihn dann wesentlich besser gehen. Es würde (,) vieles erleichtern (...)“ (Interview 5, 224-227)

Wie bereits erwähnt, lässt sich das Verhalten der Bewohner nicht unabhängig von deren Krankheitsbildern erklären. Suchterkrankungen und hier vor allem die Alkoholabhängigkeit sind in sozial betreuten Wohnhäusern vorherrschend. Besonders schwierig für die Pflegepersonen ist in diesem Zusammenhang das Verhalten der alkoholkranken Bewohner zu akzeptieren und Einsicht zu zeigen, dass Hilfestellung und eine Verhaltensänderung der Bewohner nur begrenzt möglich ist.

„(...) wenn man halt sieht, junge Alkoholiker, knappe 40, Frauen, das ist schon. (,) Die einfach nicht weg kommen, die nicht raus kommen, ...weil sie selber einfach, weil für sie selber die Zeit einfach noch nicht reif ist. Und das muss man aushalten. Das ist oft nicht so einfach.“ (Interview 2, 479-483)

„(...) Die Alkoholiker, die wir hier haben, (,) wo du zuschauen musst, wie sie sich zu Tode saufen. Ja. (,) Du gehst ins Zimmer, und da stehen die Doppler, und die Bierdosen, und (,) da musst du wieder sagen, ist kein Spital, ist ein Wohnhaus. Sie entscheiden, du kannst mit ihnen reden, (,) und du schaust ihnen zu, wie sie sich weiter versaufen. Das geht da schon irgendwie. Also da habe ich ordentlich gehadert am Anfang. (,) So beim kaputt machen zuschauen. Ja, das ist schon ziemlich hefig, ziemlich heftig (,) zu akzeptieren, dass dieses Leben einfach den Punkt erreicht hat, wo nichts mehr geht. Ja so schlimm es klingt. (...)“ (Interview 3, 451-459)

Die Bewohner der Häuser werden von den Interviewpartnern zum Teil als sehr fordernd und verständnislos beschrieben. Zur besseren Veranschaulichung dieses Verhaltens wird als Beispiel die Aussage einer Pflegeperson angeführt.

„(...) Zum Beispiel Zigarettenausgabe ist bei vielen Bewohnern von uns rationiert, (,) weil die Abhängigkeit einfach so groß ist, dass die Kettenrauchen täten. Ja. (,) Und

viele Bewohner sind aber Lungenkrank. Jetzt versucht man, über die Wohnbetreuung die zu rationieren. Ja, (,) wenn der jetzt um neun fünf Zigaretten bekommen hat, und möchte aber um halb zehn oder um viertel nach zehn schon wieder die nächsten fünf, (,) und man geht dem nicht nach, ist er nicht froh, dass er die fünf vorher wirklich pünktlich um neun bekommen hat, sondern fordert einfach weiter, (,) weiter. Und immer über die Grenzen gehen probieren. Ja, (,) also es braucht sehr viel Kraft, die Konsequenz einzuhalten, weil es sehr mühsam ist, sich immer wieder diesen Forderungen zu stellen.“ (Interview 2, 345-355)

Anhand dieser Ausführung lässt sich ableiten, dass es für die Pflegeperson eine besondere Anstrengung darstellt, sich gegenüber den Bewohnern und ihrem Verhalten abzugrenzen. Sie empfindet es als „mühsam“, sich den Forderungen der Bewohner zu stellen.

Ungeduld und das Unverständnis mancher ehemals Wohnungsloser gegenüber gewissen Regeln des Miteinanders werden von einem Befragten als belastend empfunden. Da die Pflegepersonen Ansprechpartner für gesundheitliche Fragen sind und sich auch um die Medikamentenbestellung kümmern, suchen die Bewohner diese bei gesundheitlichen Anliegen auf. Manche Bewohner verhalten sich beim Vorbringen ihres Anliegens als sehr fordernd.

„Ähm das Unverständnis der Leute ist manchmal was, was uns mir ein bissl zu schaffen macht. Das heißt, wenn ich jemanden zum (,) fünfzigsten Mal erklärt habe, wenn sie Medikamente brauchen, dann können sie nicht jetzt kommen und mitnehmen, weil ich bin keine Apotheke, sondern sie müssen mir das eine Woche vorher sagen, und dann können wir das bestellen. (,) Und es gibt manche, da sagen wir das seit Jahren, und das funktioniert nicht, weil sie halt immer das Gefühl haben, das muss erledigt werden, weil das ist ah, (,) sie werden da betreut, und das ist ihr Recht, und so weiter und so fort. (...)" (Interview 9, 406-414)

Dieses Verhalten könnte möglicherweise daraus resultieren, dass für manche Bewohner der Unterschied eines sozial betreuten Wohnhauses zu einem Pflegeheim oder Krankenhaus nicht klar ersichtlich ist.

„(...) Die Leute vergessen auch oftmals, dass wir kein Pflegeheim sind, (,) sondern dass wir ein sozial betreutes Wohnhaus sind. (,) Und diesen Unterschied kennen viele noch nicht so ganz. (,) Also vor allem Ältere nicht, (,) weil sie glauben, es ist eine Krankenschwester da, es ist eine Sozialarbeiterin da, es sind mobilen Dienste, sind

täglich im Haus. Also hat das schon so bissl einen Pflegeheimcharakter, (,) und daher ist das für die ganz schwierig zu unterscheiden, (,) ähm für was sind die Aufgaben der Mitarbeiter.“ (Interview 7, 129-136)

Eine Pflegeperson von der mobilen Hauskrankenpflege berichtet, dass sie sexuellen Anspielungen von Seiten eines Bewohners ausgesetzt ist und empfindet dies als belastend. Auf die Frage: „Kommt das des Öfteren vor?“, antwortet sie:

IP4: „Das kommt an und für sich bei uns momentan nur von einem Kunden vor. (,) Aber da teilweise massiv, also (,) das wird dann schon unangenehm, (,) weil man versucht es dann zwar von der professionellen Seite, aber das geht einfach, (,) es geht über

Interviewerin: eine Grenze

IP4: Ja genau.“

(Interview 4, 308-315)

Aus dieser Interviewpassage lässt sich erkennen, dass es sich hierbei um einen Einzelfall handelt und dieses Verhalten nicht die Regel darstellt.

Körperlich-seelischer Zustand der Bewohner

Sich von den körperlichen und seelischen Leiden der Bewohner abzugrenzen, stellt eine Grundanforderung in allen Pflegeberufen dar und ist ein Teil der professionellen Rolle von Pflegenden. Sich abgrenzen zu können, ist in gewisser Weise eine wesentliche Voraussetzung, um diesen Beruf über einen längeren Zeitraum ausüben zu können. Den Befragten gelingt es im Großen und Ganzen sehr gut, einen „gesunden“ Abstand zu den körperlichen und seelischen Problemen der Bewohner einzunehmen. Da hinter der Pflege jedoch immer nur Menschen stehen und die Pflegearbeit mit Wohnungslosen stark interaktionsorientiert ist, stellt es für die Pflegepersonen eine Herausforderung dar, die richtige Balance zwischen Nähe und Distanz zu den Bewohnern zu finden und halten zu können. Somit ergeben sich in der Arbeit mit Wohnungslosen Situationen, in denen es den Pflegepersonen nicht immer gelingt, die nötige Distanz herzustellen, und dadurch Erlebnisse oder Situationen als belastend wahrgenommen werden.

Eine Interviewpartnerin berichtet, dass sie einen Bewohner beim Alkoholentzug unterstützt. Dieser Bewohner weist eine massive Alkoholabhängigkeit auf und wurde von Seiten der Ärzte aufgefordert, so bald als möglich einen Entzug zu machen, da seine Lebenszeit ansonsten absehbar ist. Die Begleitung des Bewohners beim Entzug stellt für die

Pflegeperson einen zeitlichen Aufwand dar. Da der Bewohner frühere Entzugsmaßnahmen abgebrochen hat, war es besonders schwierig, erneut einen Platz zu finden. Bis der Bewohner eine Langzeittherapie in Anspruch nehmen kann, dauert es jedoch einige Woche. Bis dahin muss der ehemals Wohnungslose regelmäßig zu Alkoholkontrollen in das Spital. Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, den Bewohner bei seinem Vorhaben in Form von Gesprächen zu unterstützen und zu motivieren. Für die Pflegeperson bedeutet das, dass sie täglich den Kontakt zum Bewohner sucht und ihn gegebenenfalls auch an Termine erinnert. Die Interviewpartnerin schildert, dass ihr die Begleitung des Bewohners sehr nahe geht.

„(...) und da bin ich schon jeden Tag dran, wie gehts ihnen, schaffen wir es eh noch, und brauchen sie irgendetwas. Und das ist schon, also das ist, muss ich ehrlich sagen, das ist, (,) das ist schon irgendwie belastend, weil es schon fast so ein persönliche. (schnauft) Also würde er jetzt plötzlich wieder zu trinken beginnen, hätte ich fast das Gefühl persönlich versagt zu haben. (,) Also da habe ich schon irgendwie Herzblut reingesteckt. Ja, wenn es um ein Schicksal geht, wo du, wo du viel investierst, und wo du wirklich machst, und und (,) du willst den unterstützen, dass er es schafft.“(Interview 3, 255-261)

Aus der Interviewpassage wird ersichtlich, dass die Pflegeperson in dieses Vorhaben viel Kraft und persönliches Engagement investiert, was zum Teil als belastend empfunden wird. Findet diese Unternehmung keinen positiven Ausgang, würde sie es als persönliches Versagen wahrnehmen.

Sozial betreute Wohnhäuser stellen ehemals Wohnungslosen einen Wohnraum bis zu ihrem Lebensende zur Verfügung. Daraus ergibt sich, dass die Bewohner mitunter über viele Jahre im Haus sind und Betreuung sowie Pflege in Anspruch nehmen. Für eine Interviewpartnerin erweist es sich als besonders schwierig, den körperlichen Verfall der Bewohner, die sie jahrelang begleitet hat und zu denen sie vermutlich eine Beziehung aufgebaut hat, mitzuerleben.

„(...) durch das wir die Leute hier sehr langfristig betreuen. Wir arbeiten auch mit dem mobilen Hospiz zusammen. Und die Leute werden halt immer kränker und immer, (,) also sind eigentlich vom Alter teilweise noch sehr jung, aber körperlich schon alt und krank, (,) und es wird eigentlich immer mehr. Das ist halt auch oft belastend, wenn man wem jahrelang betreut hat, und ...dann sieht man so den Verfall.“ (Interview 5, 231-236)

Eine Pflegeperson weist darauf hin, dass es belastend sein kann, wenn ein Bewohner auf Grund des Alkoholkonsums dement wird. Sie empfindet es nicht nur für sich selbst als erschwerend, sondern bezieht dabei das ganze Team mit ein. Die Belastung resultiert vor allem aus den notwendigen Maßnahmen, die in diesem Fall von den Pflegepersonen und dem Team getroffen werden müssen. Da Menschen mit Alkoholdemenz kognitiv stark beeinträchtigt sind und daher eine sehr intensive pflegerische Betreuung benötigen und diese in einem sozial betreuten Wohnhaus nur beschränkt angeboten wird, stellt die Zeit der Überbrückung bis für den Bewohner ein Pflegeheimplatz gefunden wird, eine Belastung für die Pflegepersonen und das gesamte Team dar.

*„(...) Es ist immer schwierig, wenn die Leute dement werden, Alkoholdement. Ähm und die dann einfach bei uns im Haus nicht mehr führbar sind, wo man einfach gleich von vornherein weiß: ok, auch wenn er körperlich noch relativ gut beieinander ist, kognitiv ist er so schlecht, dass er ständig abgängig ist, (,) dass man ihn ständig beschäftigen muss, dass man (,) Maßnahmen ergreifen muss, wo teilweise schon (,) an an freiheitsbeschränkend sind. (,) Ähm das wird dann schon zur Belastung fürs ganze Team, also nicht nur für mich sondern zur Belastung für das ganze Team. (...)“
(Interview 7, 185-193)*

In diesem Setting übernehmen die Pflegepersonen die Verantwortung für den Bewohner einen seinen gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechenden Pflegeplatz zu organisieren. Bei der Organisation einen Pflegeplatz zu finden können sich bürokratische Hürden ergeben, die als Belastung wahrgenommen werden.

„(...) das nicht Mitarbeiten von den Ämtern, das ist eigentlich eine viel größere Belastung, (,) weil man oftmals ganz arge Schwierigkeiten hat, die Pflege äh die Pflegegeldstufe zu erhöhen, damit sie in ein Pflegeheim kommen können, (,) oder überhaupt einen Platz zu finden.“ (Interview 7, 198-202)

Das Versterben von Bewohnern wird von manchen Pflegepersonen als einschneidendes Erlebnis wahrgenommen. Wobei hier der Tod selbst als belastend angesehen wird und die Begleitung vor dem Ereignis häufig eine Herausforderung für die Befragten darstellt. Das heißt, wenn ein Bewohner in seiner letzten Lebensphase gepflegt, betreut und begleitet wird, bedeutet dies für alle Professionen, die in den Häusern vertreten sind, einen erhöhten Arbeitsaufwand und eine Zeit besonders intensiver Zusammenarbeit.

„(...) Also wir wollen nicht nur, dass die ein Dach über den Kopf haben, sondern wir wollen halt wirklich gut begleiten, und da gehört auch das Sterben dazu. (,) Und da haben wir schon drei begleitet. Das ist schon sehr intensiv mit dem Hospiz, ähm (,) mit den Wohnbetreuern, mit dem ganzen Team. Das fordert von der Küche bis zur Reinigung jeden dann. Ja. (,) Und irgendwann ist die Grenze erreicht, und dann muss man leider dann sagen, Pflegeheim oder Krankenhaus, je nachdem was halt dann. Ja. (,) Aber grundsätzlich könnten sie bis zum Ende da bleiben. (...)“ (Interview 2, 264-272)

Oftmals ist es auf Grund der Schwere der Erkrankung und der mangelnden Ausstattung nicht möglich, Bewohner in der letzten Lebensphase im Haus zu versorgen und zu begleiten. Die Entscheidung, den Bewohner vom sozial betreuten Wohnhaus, welches für ihn möglicherweise erstmals der Ort in seinem Leben war, an dem er sich zu Hause fühlte, zum Sterben in ein Krankenhaus oder Pflegeheim zu überweisen, wird von den Befragten als besonders belastend erlebt.

„(...) Was auch eine Belastung sein kann, ist wenn die Leute versterben in den Häusern, (,) ähm vor allem nach Krebserkrankungen, (,) wo wo sie endlich nach Jahren der Obdachlosigkeit einen Wohnplatz gefunden haben, und wir dann irgendwann sagen müssen: (,) ähm sie können hier nicht sterben, obwohl sie sich hier heimisch fühlen, (,) und so weiter. Wir aber einfach die Ausstattung nicht dafür haben. (...)“ (Interview 7, 204-209)

Durch die Aussage einer Interviewpartnerin wird ersichtlich, dass der Tod eines Bewohners dann besonders nahe geht, wenn dieser frühzeitig stattfindet und nicht dem natürlichen Ablauf des Lebens folgt. Ebenso zeigt sich, dass in die Überlegungen der Pflegeperson auch die Lebensgeschichte des Bewohners mit einbezogen wird. Im geschilderten Fall wird der Tod als emotional berührend empfunden, weil er einerseits verfrüht stattfand und andererseits das Leben des Verstorbenen nur wenig Positives aufzeigt.

„(...) Oder auch die Drogensüchtigen: Da ist vor zwei Wochen, haben wir einen in der Früh tot im Zimmer aufgefunden. (,) Der ist aber gar nicht obduziert worden. Wir wissen gar nicht, ob es eine Überdosis war, ob es ein Herzinfarkt war. Aber er war schwerst drogenabhängig. (,) Ja, das finde ich schon tragisch, weil der war Vierzig. Ja. (,) Das ist einfach jung. Das geht schon nahe, weil du dir denkst, der hat einfach nur (,) zwanzig Jahre lang, der hat überhaupt nichts von seinem Leben gehabt. Ja. (,) Scheiß Kindheit und und wahrscheinlich (,) nie irgendetwas Angenehmes erlebt.

Dann Drogen, wieder dieses beschissene Leben, und dann einfach wegkippen. Ja, das finde ich schon dramatisch. (...)“ (Interview 3, 443-451)

Entscheidungen treffen

In sozial betreuten Wohnhäusern leben viele unterschiedliche Menschen unter einem Dach. Um ein gutes Miteinander leben zu können, bedarf es bestimmter sozialer Regeln, an denen sich die Gemeinschaft orientieren kann. Es ergeben sich jedoch immer wieder Situationen, in denen Bewohner gegen Hausregeln verstoßen. Die letzte Konsequenz, die sich daraus ergibt, ist die Wegweisung des Bewohners für eine begrenzte Zeit. Diese Entscheidung wird nicht allein von den Pflegepersonen getroffen, sondern im ganzen Team. Dennoch beschreibt eine Interviewpartnerin, dass es für sie belastend ist, wenn dieser Schritt gesetzt wird.

„Belastend sind sicher Situationen, wo man merkt, es geht einfach nichts weiter. (,) Man muss das immer wieder von vorne ahm (,) spulen. Immer wieder Hausverbot geben, wobei das Wort Hausverbot ist schon sehr schwer. (,) Das dauert sehr lange bis wir das geben. Und das wird sehr lange im Team diskutiert, weil das wirklich der allerletzte Schritt ist. Das ist wirklich, ja. (schnauft) ... Und solche Sachen sind schon belastend, wenn man weiß, der muss jetzt einfach raus, und es geht nicht anders. Das ist schon. (,) Aber es ist einfach eine notwendige Konsequenz. Ja.“ (Interview 2, 460-467)

Wie bereits beschrieben wurde, können sich auf Grund des gesundheitlichen Zustandes eines Bewohners Situationen ergeben, in denen es für ihn nicht mehr möglich ist, seinen Wohnplatz zu behalten. Oftmals sind die Bewohner in diesem Fall nicht mehr in der Lage selber die Entscheidung zu treffen, wo sie gerne untergebracht werden möchten. Daher fällt diese Aufgabe den Pflegepersonen und dem gesamten Team zu. Eine Befragte beschreibt, dass so eine Situation, in der man für das Wohl des Bewohners eine Entscheidung treffen muss, für das ganze Team eine Belastung darstellt. Belastend scheint in diesem Fall zu sein, dass sie eine Entscheidung für einen anderen Menschen treffen muss und sich dabei aber nicht sicher sein kann, ob diese im Sinne des Betroffenen ist.

„Das ist dann schon eine Belastung, einfach über den Kopf von den Bewohnern zu hinweg, zu entscheiden, was jetzt mit dem passiert. (,) Also es ist keine direkte Belastung für mich, sondern fürs gesamte Team einfach (...)“ (Interview 7, 354-357)

9.2.3. Entlastungsstrategien

Pflegepersonen erleben in der Arbeit mit älteren ehemals Wohnungslosen unterschiedliche Belastungen. Welche Entlastungsmöglichkeiten für die Befragten existieren, wird nun näher erläutert.

Als besonders hilfreich im Umgang mit belastenden Ereignissen wird von den Befragten das Gespräch mit Kollegen erlebt. Die Möglichkeit für ein Gespräch bietet sich in der Teamsitzung, welche in allen Häusern mindestens einmal wöchentlich stattfindet. Des Weiteren besteht das Angebot der Supervision, im Rahmen derer es möglich ist, unter Begleitung eines Supervisors Fallbesprechungen durchzuführen.

„(...) Oft ist es auch wichtig, dass man mit einem Kollegen darüber redet. Wir haben (,) zweimal in der Woche eine Teamsitzung. Einmal in der Woche ist die Psychiaterin dabei, wo eben auch gewisse Dinge, Fragen abgeklärt werden, die man hat. Das ist sehr wichtig, diese Sitzungen, diese Treffen. (,) Wir haben auch Supervision, ganz wichtig, wo auch Fallbeispiele durch besprochen werden.“ (Interview 3, 272-275)

Eine Pflegeperson der mobilen Hauskrankenpflege berichtet ebenfalls, dass der Austausch mit Kollegen wichtig ist. Da die Pflegepersonen der mobilen Hauskrankenpflege oftmals alleine bei einem Bewohner sind und kein Team haben, das immer vor Ort ist, stellt das Telefon ein wichtiges Kommunikationsmittel dar.

„(...) Also ich rede dann sehr viel (,) so mit meinen Kollegen. Wir haben ein ganz tolles Team, und (,) wir lösen das dann einfach so, da wir uns nicht sehen, wir telefonieren dann einfach am Tag öfter miteinander. Manchmal wird es dann auch eine halbe Stunde Stunde, (,) und da kann man sich dann einfach ganz gut austauschen. (,) Das hilft mir dann eigentlich schon meistens ... Ja.“ (Interview 4, 320-325)

Zusätzlich zum Gespräch wird es von einer Pflegeperson als Entlastung empfunden, wenn sie die Möglichkeit hat, in einer für einen selbst anstrengenden oder emotionsbeladenen Situation die Aufgabe an einen Kollegen abgeben zu können.

IP3: „(...) dass man wenn man sieht, das ist mir jetzt zu viel, dass man sagt, ich kann da jetzt nicht reingehen. Gehst du bitte? Das kommt schon auch vor.“

Interviewerin: „Also Abgeben?“

IP3: „Ja, also Abgeben. (,) Das ist auch manches Mal notwendig, dass man sagt, du ich habe jetzt keinen Abstand mehr, oder ich habe eine mords Wut. (,) Ich ärgere mich da so, ich mag da jetzt nicht reingehen. Gibts auch. Ja, (,) dass man es abgibt. (,) Und das ist halt wichtig im Team, dass man sich das trauen kann, und dass es auch gemacht wird. Und das funktioniert gut. Ja.“ (Interview 3, 282-291)

Damit Erlebnisse und Situationen, die aus der Arbeit entstehen, nicht zu einer Belastung werden, ist es nach Ansicht eines Interviewpartners wichtig, sich nach der Arbeit persönlich abgrenzen zu können.

„(...) Was sehr wichtig ist, sage ich immer, dass man ein Ritual hat, dass man da Raus geht, und aufhört, dass man abschalten kann, (,) weil mit nach Hause nehmen sollte man es nicht, weil es doch sehr massive Probleme sind, die die Leute haben. (,) Und die einem selber, glaube ich, sehr fertig machen können. (...)“ (Interview 9, 590-594)

Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass ihr der Sport hilft, um nach der Arbeit abschalten zu können. Des Weiteren erwähnt sie die Berufserfahrung, die hilfreich sein kann die nötige Distanz zur Arbeit halten zu können.

„(...) Ich selber persönlich bin ein reflektierter Mensch, also ich kann dann gut für mich dann daheim, (,) also das passt schon, indem zum Beispiel einfach dann, mir hilft viel dann auch das Laufen gehen, oder so des wirklich, (,) wo der Kopf total leer wird. (,) Also ich nehme selten etwas mit nach Hause, aber das macht einfach auch die Berufserfahrung. Darum sage ich, (,) wenn man das nicht hat, ist schon heavy so ein Bereich dann.“(Interview 2, 488-494)

9.2.4. Arbeitszufriedenheit

In der Untersuchung zeigt sich, dass alle Befragten mit ihrer Arbeit zufrieden sind und diese als positiv erleben. Die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns zu sehen ist ein Aspekt, der sich positiv auf die Bewertung der Arbeit auswirkt.

„(...) Es ist einfach schön, zu sehen, wie wie unsere Arbeit sich lohnt. Es ist, ja, schön.“ (Interview 6, 163-164)

Für eine Pflegeperson ist es das Gefühl des „Gebrauchtwerdens“, das zur Arbeitszufriedenheit beiträgt.

„Es (ist, Anm.HW) total schöne Arbeit. Ich mag es wirklich. Ja, es ist nicht nur so, dass es sinnerfüllend ist, ja, weil die (,) die brauchen dich einfach. Die sind dankbar für jedes Wort.“ (Interview 3, 201-203)

Ein weiterer Faktor, der die Zufriedenheit der Pflegepersonen in der Arbeit fördert, ist es zu sehen, dass das eigene Tun von den ehemals Wohnungslosen angenommen wird und eine positive Rückmeldung von diesen stattfindet.

„Also ich erlebe sie eigentlich als sehr positiv. (,) Also ich merke auch, dass sie schon auch sehr dankbar sind. Auch dass sie die meisten hier, dass sie hier wohnen können, dass sie hier wirklich wieder ein zu Hause haben. (,) Ahm ich habe schon auch das Gefühl, dass sie ...dass da irgendwie schon, (,) dass sie froh sind, dass jemand da ist für sie, wo man sich wirklich hinsetzt, und mit denen redet. Dass irgendwie keine Ablehnung da ist. (,) Also ich erlebe die Arbeit als wirklich sehr positiv, weil auch sehr viel zurückkommt.“ (Interview 5, 195-202)

„(...) insgesamt überwiegt das, (das positive Rückmeldungen zurückkommen, Anm. HW) macht mir natürlich Spaß, die Zusammenarbeit, weil es ist einfach. (,) Diese individuellen Geschichten, dieses was jeder hat, macht mir sehr viel Spaß, die Arbeit. Ja.“ (Interview 8, 257-260)

Für einen Teil der Befragten sind es die vielfältigen Möglichkeiten, Herausforderungen und die älteren ehemals Wohnungslosen mit ihren individuellen Geschichten, die die Arbeit spannend machen und zur Arbeitszufriedenheit beitragen.

„Ja sehr spannend, ah es ist sehr vielfältig. (,) ah ah (,) Ja, so wie überhaupt die Psychiatrie. ah (,) ah (,) Ja, ich sage immer, das ist so ein bisschen wie das richtige Leben. Ja, es kommt einfach sehr viel auf einen zu, und ah man hat da sehr viele Möglichkeiten. ah (Pause) Ja ...wie gesagt sehr spannend.“ (Interview 1, 153-156)

„Ja die unterschiedlichen Menschen. Ah ja was diese Menschen auch oft erlebt haben. (,) Und ja und ich meine, die meisten, oder es sind alle, sind so Menschen, so wie sie und ich, die halt aus welchen Umständen auch immer halt genau dorthin gekommen sind, wo sie jetzt sind. Und ah ah ja, ich denke mir, sie unterscheiden sich

nicht ah so sehr von uns normalen Menschen. (,) Also das sind Dinge, die uns allen auch passieren könnten. Und ah ja, es ist einfach immer wieder spannend, Menschen kennen zu lernen, und ah ah ja, deren Leben, deren Einstellungen.“ (Interview 1, 401-407)

10. Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Hinblick auf die Forschungsfragen zusammengefasst und vor dem Hintergrund bereits bestehender Erkenntnisse diskutiert.

Der Schwerpunkt der „Sozial betreuten Wohnhäuser“, in denen die Pflegepersonen arbeiten, liegt auf der Betreuung und Begleitung von älteren ehemals Wohnungslosen. In der Untersuchung zeigt sich jedoch, dass die Differenzierung nach Lebensalter schwer anwendbar ist. Die Wohnform wird von Personen unterschiedlicher Altersgruppen genutzt, die auf Grund ihres physischen und psychischen Zustandes professionelle medizinische, pflegerische und soziale Unterstützung benötigen. Alter ist im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit schwer zu definieren. Die Bewohner sind auf Grund ihrer gesundheitlich belastenden Lebensbedingungen körperlich meist erheblich vorgealtert. Wie auch Trabert erwähnt, lassen sich die üblichen Alterskriterien bei wohnungslosen Menschen nur bedingt anwenden. (vgl. Trabert, 2000, S. 64)

In diesem Arbeitsfeld erfüllen die Pflegepersonen unterschiedliche Aufgaben. Sie sind für ehemals Wohnungslose Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen. Des Weiteren übernehmen sie eine Vermittlerrolle zwischen dem Bewohner und dem Versorgungssystem. Das heißt, sie wissen Bescheid, welche gesundheitlichen Probleme der Bewohner hat, und welche Dienstleistungsangebote am Gesundheitssektor bzw. in den Häusern vorhanden sind. Daher können sie dem Bewohner gezielt Hilfen anbieten bzw. organisieren. Einerseits stellen sie eine Schnittstelle zu anderen Professionen, die in den Häusern vertreten sind, dar, wie z.B. zu Ärzten und Sozialarbeitern. Andererseits übernehmen sie eine Brückenfunktion zu externen Gesundheitsdienstleistern, wie z.B. Fachärzten, Apotheken, Ambulatorien, Spitälern etc. Beratung, Vermittlung und Organisation stehen im Vordergrund des Handelns der Befragten. Pflegehandlungen, die dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zugeordnet werden, wie z.B. Körperpflege und Mobilisation, als auch Handlungen aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, werden von den Pflegepersonen vor Ort im Notfall und in Ausnahmefällen durchgeführt. In der täglichen Arbeit fällt dieser Bereich den Angehörigen der mobilen Hauskrankenpflege zu. Die befragten Pflegepersonen nehmen zum Teil ihr Handeln nicht als pflegerisches Handeln wahr.

Betrachtet man die Ergebnisse vor dem Hintergrund unterschiedlicher Definitionen von Pflege wird ersichtlich, dass das Aufgabenfeld und die ausgeführten Tätigkeiten und Handlungen der Befragten in diesem Setting, der professionellen Pflege zugeordnet werden

können. Zu den Aufgaben der Befragten, zählt unter anderem die Überprüfung des Gesundheitsstatus der ehemals Wohnungslosen, die Organisation der Gesundheitsversorgung, die Förderung von Behandlungseinsicht und das Schaffen von Gesundheitsbewusstsein. Das sind Aufgaben, die unter den Aspekten Förderung und Erhalt der Gesundheit und Verhütung von Krankheit zusammengefasst werden können, und sich in der Definition von professioneller Pflege wieder finden. (vgl. ÖGKV; 2012; Spichinger et al., 2006)

Professionelle Pflege basiert auf einer Beziehung, die geprägt ist durch Einfühlsamkeit, Anteilnahme und Zuwendung zwischen den zu Betreuenden und Pflegenden. Beziehungsaufbau und Kommunikation können als wesentliche Aspekte des Handelns der Pflegepersonen in der Arbeit mit älteren ehemals Wohnungslosen definiert werden. Eine von Vertrauen geprägte Beziehung, stellt die Basis für weiterführende Handlungen dar. Stehling (vgl. 2008, S. 391), welcher das Handeln von Pflegefachkräften in der aufsuchenden Hilfe und im Krankenhaus untersuchte, kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Vor allem in der aufsuchenden Hilfe stehen Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt pflegerischen Handelns. Außerdem zeigt sich, dass soziale Kompetenzen wie z.B. Empathie von den Befragten als wichtig erachtet werden, um in diesem Arbeitsfeld tätig sein zu können. Ebenso wesentlich ist es, sich in diesem Setting gegenüber Forderungen und bestimmten Verhaltensweisen ehemals Wohnungsloser abgrenzen zu können. Die Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden, stellt einen zentralen Aspekt in der Arbeit mit ehemals Wohnungslosen dar.

Die Befragten fungieren in diesem Setting als „Vermittler“ zwischen den Bewohnern und dem Gesundheitsversorgungssystem. Sie begleiten und unterstützen ehemals Wohnungslose ihre Bedürfnisse und Interessen wahr zu nehmen und diese an öffentlicher Stelle zu vertreten. Dieser Aspekt kann unter „Advocacy“ zusammengefasst werden und stellt eine Schlüsselaufgabe der Pflege dar. Des Weiteren ist die Arbeit der Pflegepersonen gekennzeichnet durch eine enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team (Ärzte, Sozialarbeiter, Heimhilfen etc.), um für ehemals Wohnungslose eine optimale und qualitätsvolle Versorgung/Begleitung gewährleisten zu können. Professionelle Pflege definiert sich unter anderem durch die Zusammenarbeit mit den betreuten Menschen, pflegenden Angehörigen und Mitgliedern von Assistenzberufen im multiprofessionellen Team und Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen. (vgl. Spichinger et al., 2006, S. 51)

Der Bereich „Sozial betreute Wohnhäuser für ältere ehemals Wohnungslose“ stellt für die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege ein relativ neues Handlungsfeld dar. Daher bedarf es einer Neuorientierung und Auseinandersetzung der beruflichen Rolle in diesem Setting. Die Angehörigen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege stehen hier

vor der Herausforderung, erlerntes pflegespezifisches Wissen in einem durch die Sozialarbeit geprägten Handlungsfeld anzuwenden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass bei ehemals Wohnungslosen das Bewusstsein für die eigene Gesundheit häufig nachrangig ist. Dieses Verhalten und Denken ist möglicherweise auf Erfahrungen, die ehemals Wohnungslose auf der „Straße“ gesammelt haben, zurückzuführen. Hier galt es in erster Linie die grundlegenden Bedürfnisse, nach Schlaf, Nahrung und Sicherheit zu befriedigen. Hinzu kommt, dass ehemals Wohnungslose zum Teil schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gesammelt haben, und oftmals eine von Misstrauen geprägte Haltung gegenüber Hilfeangeboten zeigen. Demnach ergibt sich für die Pflegepersonen die Aufgabe, ein Gesundheitsbewusstsein bei den Bewohnern zu schaffen sowie diese für medizinische als auch pflegerische Maßnahmen zu motivieren, und die Einsicht in Behandlungen zu fördern. Dieser Aufgabenbereich wird von den Befragten als herausfordernd erlebt.

Ein Großteil der ehemals Wohnungslosen leidet unter psychischen Erkrankungen. In den Häusern vorherrschend sind Suchterkrankungen und hier vor allem die Alkoholabhängigkeit. Untersuchungen von Fichter et al. (1999), Salize et al. (2002) und Längle et al. (2005) geben ebenso einen Hinweis darauf, dass die Erkrankungsprävalenz für psychiatrische Störungen bei Obdachlosen besonders hoch ist. Die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Bewohnern, die aufgrund ihrer Alkoholproblematik körperlich sowie kognitiv massiv abgebaut haben, wird von den Pflegepersonen als schwierig erlebt.

Belastungen, denen die Pflegepersonen in diesem Arbeitsfeld begegnen, resultieren aus dem Verhalten der Bewohner sowie aus deren körperlich-seelischen Zustand. Ablehnendes Verhalten von Seiten der Bewohner gegenüber Hilfestellungen zu akzeptieren, erleben die Befragten als belastend. Ebenso schwierig ist es für sie, Einsicht zu zeigen, dass Verhaltensänderungen vor allem bei Alkoholkranken nur begrenzt möglich sind. Die Pflegepersonen stehen in diesem Setting vor der Aufgabe, erlernte Vorstellungen von pflegerischem Handeln zu hinterfragen, und gegebenenfalls auch loszulassen. Wie Budroni (2002) beschreibt:

„Wer mit wohnungslosen Menschen arbeiten will, muss ihr „Recht auf Verwahrlosung“ wodurch auch immer sie ausgelöst wurde akzeptieren. Dies erfordert eine Auseinandersetzung mit der „ganzheitlichen“ Rolle der Krankenschwester, in der das nicht vorgesehen ist.“ (Budroni, 2002, S.18)

Ehemals Wohnungslose, die die Wohnform des „Sozial betreuten Wohnens“ nutzen, sind vom Lebensalter teilweise sehr jung, während sie körperlich meist erheblich vorgealtert sind. Den körperlichen Verfall sowie das Sterben mit zu erleben, wird als Belastung empfunden. Dies resultiert möglicherweise daraus, dass der Tod oftmals verfrüht stattfindet und nicht dem natürlichen Ablauf des Lebens folgt. Hinzu kommt, dass in den meisten Häusern keine adäquaten Strukturen vorhanden sind, um ehemals Wohnungslose in der letzten Lebensphase optimal versorgen und betreuen zu können. Die Pflegepersonen entscheiden in so einem Fall mit dem multiprofessionellen Team, ob der Bewohner im Haus verbleiben kann bzw. wo er untergebracht wird. Dieser Prozess wird als besonders belastend erlebt. Zum einen ist es schwierig für die Pflegepersonen die Bewohner, welche nach langer Zeit einen Ort gefunden haben, an dem sie sich heimisch fühlen, wegzuweisen. Zum anderen besteht die Schwierigkeit darin, eine Entscheidung für einen anderen Menschen zu treffen, bei der man sich nicht sicher sein kann, ob sie in seinem Sinne ist.

Um mit Belastungen, die sich in diesem Arbeitsfeld ergeben, umgehen zu können, empfinden die Pflegepersonen das Gespräch mit Kollegen als hilfreich. Ebenso wichtig erscheint es, dass man in schwierigen und emotionsbeladenen Situationen die Aufgabe an einen Kollegen abgeben kann. Des Weiteren zeigt sich, dass die Befragten persönliche Strategien wie z.B. Sport anwenden, um von der Arbeit Abstand gewinnen zu können.

Alle Interviewpartner erleben ihre Arbeit als positiv. Die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns zu sehen, das Gefühl „gebraucht zu werden“, positive Rückmeldungen von den Bewohnern, zu erkennen, dass die Arbeit von den ehemals Wohnungslosen angenommen wird, sowie die vielfältigen Möglichkeiten und Herausforderungen in diesem Feld, tragen zu einer positiven Bewertung der Arbeit bei.

11. Schlussfolgerung und Ausblick

Unter diesem Punkt wird darauf eingegangen, was sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung für die Praxis und Pflegewissenschaft ableiten lässt.

Die Arbeit mit ehemals Wohnungslosen in „Sozial betreuten Wohnhäusern“ stellt für die Pflegepersonen ein Handlungsfeld dar, in dem sie vor der Herausforderung stehen, ihr erlerntes pflegespezifisches Wissen den Besonderheiten dieses Settings anzupassen.

Modelle, Theorien und Konzepte, die sich an der Lebenswelt und den Bedürfnissen der älteren Wohnungslosen orientieren, könnten das Handeln der Pflegepersonen in diesem Feld unterstützen. Dem zu Folge ergibt sich für die Pflegewissenschaft die Aufgabe, Konzepte und Theorien zu entwickeln, die zum einen die Kultur der jeweiligen Zielgruppe, in diesem Fall älterer Wohnungsloser berücksichtigen und zum anderen die komplexen physischen, psychischen und sozialen Problemen dieses Personenkreises nicht außer Acht lassen. Meleis beschreibt, dass es einen globalen Trend dahingehend gibt, situationsspezifische Theorien zu entwickeln. Diese Theorien haben eine limitierte Reichweite, d.h. sie gelten für eine bestimmte Situation, Zielgruppe. Des Weiteren beziehen sie sich direkt auf praktische Situationen und sind daher weniger abstrakt. Situationsspezifische Theorien lassen sich einfach auf Forschungsfragen oder klinische Situationen übertragen. Meleis, schreibt Folgendes dazu:

„[...] the mission of nursing theories is to enhance the health and well-being of populations, theories must be developed with careful attention to the experience of human-beings as they perceive and live through health and illness.“ (Meleis, 2011, S. 346)

Diese Aussage weist darauf hin, dass bei der Entwicklung von Theorien darauf geachtet werden muss, die Erfahrungen und das Verständnis von Gesundheit und Krankheit der Individuen mit einzubeziehen. Bei Wohnungslosen bedeutet dies ebenso den sozialen und kulturellen Kontext mit zu denken. Situationsspezifische Theorien könnten den Pflegepersonen möglicherweise Unterstützung und Orientierung für ihr Handeln bieten. Um solche Theorien jedoch entwickeln zu können, bedarf es vorerst Untersuchungen, die sich mit dem Gesundheitsbewusstsein/-verständnis und Gesundheitsverhalten von älteren Wohnungslosen auseinandersetzen.

Betrachtet man die Aufgaben, die sich für Pflegepersonen in diesem Feld ergeben, zeigt sich, dass es Parallelen zum Konzept des Case Management gibt. Die Pflegepersonen in den Häusern übernehmen eine Vermittlerrolle zwischen dem Bewohner und den

Dienstleistungsanbietern am Gesundheitssektor. Diese Aufgabe stellt eine Kernfunktion im Case Management dar und wird als „Broker“ bezeichnet. Ebenso ist es die Aufgabe der Pflegepersonen bei den ehemals Wohnungslosen ein Bewusstsein für deren eigene Gesundheit und deren Bedürfnisse zu schaffen, und diese dabei zu unterstützen, diese Bedürfnisse möglichst selbstständig zu befriedigen und zu realisieren. Im Case Management wird diese Funktion als „Advocacy“ bezeichnet. Inwieweit das Konzept des Case Managements in dieses Feld implementiert werden kann und ob der Einsatz dieses Konzeptes für die Pflegepersonen und deren Zielgruppe effektiv ist, kann Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen sein.

In der Untersuchung wurde deutlich, dass die Versorgung und Begleitung von schwerkranken ehemals Wohnungslosen und Bewohnern in der letzten Lebensphase die Pflegepersonen vor Herausforderungen stellt und zum Teil als sehr belastend erlebt wird. Eine adäquate Versorgung und würdevolle Begleitung vor Ort ist aufgrund der mangelnden Ausstattung oftmals nicht möglich. Demnach müssen gesundheitspolitische Überlegungen dahingehend angestellt werden, welche strukturellen Veränderungen geschaffen werden können, um zum einen die Pflegepersonen zu entlasten, und zum anderen den Wohnungslosen einen würdevollen Ort zum Sterben zu schaffen.

Der Bereich „Sozial betreute Wohnhäuser für ältere ehemals Wohnungslose“ stellt für die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege ein relativ neues Handlungsfeld dar. Wie bereits angeführt wurde, zeigt sich, dass ein Großteil der Befragten ihr Handeln nicht als pflegerisches Handeln wahrnimmt. Obwohl Aufgaben, die von den Befragten durchgeführt werden wie z.B. Beziehungsarbeit, Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins und Förderung von Gesundheitsverhalten etc. Aspekte sind, die sich in Definitionen professioneller Pflege wieder finden. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wäre es interessant zu untersuchen, woher diese Wahrnehmung resultiert und welches Berufsverständnis Pflegepersonen in diesem Setting haben. Es stellt sich die Frage, inwieweit im Curriculum der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung Bildungsinhalte enthalten sind, die zu einem erweiterten Berufsverständnis von Pflegepersonen beitragen. In Folge wäre es aus pflegewissenschaftlicher Sicht sinnvoll, zu untersuchen, wie das Curriculum angepasst werden könnte, um den Pflegepersonen eine umfassende Sicht von professioneller Pflege zu vermitteln.

12. Grenzen der Arbeit

Ziel dieser Untersuchung war es, Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie Angehörige der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege die Arbeit mit älteren Wohnungslosen erleben und wie sie ihr Arbeitsfeld beschreiben. In dieser Arbeit konnte nur die Sicht der Pflegepersonen, die in den sozial betreuten Wohnhäusern für ältere ehemals Wohnungslose tätig sind, dargestellt werden. Außer Acht lässt diese Untersuchung die Pflegepersonen der mobilen Hauskrankenpflegedienste, welche ebenfalls pflegerische Versorgung für ältere Wohnungslose leisten, sowie die Pflegepersonen, die in der anderen Institutionen wie z.B. Spitälern, Geriatriezentren oder Pflegeheimen mit diesen Personenkreis arbeiten. Ebenso wird das Arbeitsfeld und Erleben der Pflegepersonen in der aufsuchenden Hilfe für Wohnungslose nicht näher betrachtet.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern auf Grund der kleinen Stichprobe keine allgemeingültige, Beschreibung dessen, wie Pflegepersonen die Arbeit mit älteren Wohnungslosen erleben, sondern spiegeln deren subjektive Sicht wieder.

Die Erhebung der Daten war regional (Wien) begrenzt. Durch die Ausweitung der Datenerhebung auf andere Bundesländer, könnten die vorliegenden Ergebnisse erweitert werden.

13. Abkürzungsverzeichnis

AHA	American Hospital Association
ALVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
BAWO	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
CMSA	Case Management Society of America
DIS	Diagnostic Interview Schedule
ETHOS	European Typology on Homelessness and Housing Exclusion
FEANTSA	European Federation of National Organisations Working with the Homeless
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICN	International Council of Nurses
MPHASIS	Mutual Progress on Homelessness Through Advancing and Strengthening Information Systems
MMSE	Mini Mental State Examination
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
SOC	Sense of Coherence
WLH	Wohnungslosenhilfe
WWLH	Wiener Wohnungslosenhilfe

14. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, dgvt-Verlag.
- BAWO. (2010). Begriffsdefinitionen von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekärer Wohnversorgung. Zugriff am 10. September 2010 unter <http://www.bawo.at/de/content/wohnungslosigkeit/definitionen.html>
- Behnsen, S. (1995). Wege zu einer sozialen Medizin für Wohnungslose. In R. Lutz, Wohnungslose und ihre Helfer, (S. 203-218). Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovsky Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Brem, D., & Seeberger, B. (2009). Alt und wohnungslos in Deutschland. Eine Untersuchung über vorhandene Daten zu Lebenslagen älterer wohnungsloser Menschen. *Sozialer Fortschritt*. 58 (9-10), 226-234.
- Budroni, H. (2002). Erkennungszeichen Roter Rucksack. Pflege bei denen, die Platte machen. *Forum Sozialstation*. 26 (114), 16-19.
- Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz. (2011). Sozialpolitische Studienreihe. Band 8. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Wien.
- CMSA. (2012). What is a Case Manager? Definiton of Case Management. Zugriff am 13. Juni 2012 unter <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>
- Dröpingshaus, S., Grützmacher, S., Werbke, R. S., & Weidner, F. (2008). Überleitung und Case Management in der Pflege. (D. I. Pflegeforschung, Hrsg.) Hannover: Schlütersche.
- Eichner, S., Goerrig, M., Paul, B., Wixforth, J., Monkos, M., & Küchenmeister, M. (2001). Wege ebnen, Brücken bauen - Aufsuchende Krankenpflege als Teil einer sozialen Medizin

für Menschen in Wohnungsnot. In P. W. Wohnungsnotfälle (Hrsg.), Plattform. Informationen aus dem NRW-Landesprogramm. Wohnungslosigkeit vermeiden - dauerhaftes Wohnen sichern (S. 1-7). Dortmund: ILS Programmgeschäftsstelle.

Eitel, G., & Schoibl, H. (1999). Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich. Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Familien und Jugendlichen. Wien: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

Elkeles, T., & Mielck, A. (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Das Gesundheitswesen*. 59 (3), 137-143.

Ewers, M. (2005). Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In M. Ewers, & D. Schaeffer (Hrsg.), Case Management in Theorie und Praxis. (S. 53-90). Bern: Verlag Hans Huber.

FEANTSA. (2010). ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion. Zugriff am 20. September 2010 unter <http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=484>

FEANTSA. (2012). ETHOS Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Zugriff am 30. Mai 2012 unter http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Grundlagen/Ethos_NEU_d.pdf

Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Wolz, J., Koegel, P., Wittchen, H.U. (1999). Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen. *Psychiatrische Praxis*. 26 (2), 76-84.

FSW. (2012). Sozial betreute Wohnhäuser. Zugriff am 8. Oktober 2012 unter <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/dauerwohnhaeuser/>

Geyer, S. (2001). Belastende Lebensereignisse und soziale Unterstützung. In A. Mielck, & K. Bloomfield (Hrsg.), Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten (S. 207-218). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Giesbrecht, A. (1987). Wohnungslos Arbeitslos Mittellos. Lebenslauf und Situation Nichtseßhafter. Leverkusen: Leske+Budrich.

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13 (3), 185-188.

Gillich, S. (2003). Alt und ohne Wohnung. In B. Seeberger, & A. Braun (Hrsg.), *Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft*. (S. 103-117). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Gillich, S., & Nieslony, F. (2000). *Armut und Wohnungslosigkeit. Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen*. Köln: Fortis-Verlag.

Girtler, R. (1980). *Vagabunden in der Großstadt. Teilnehmende Beobachtung in der Lebenswelt der "Sandler" Wiens*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Graber, D., Gutleiderer, K., & Penz, A. (2007). *Wiener Wohnungslosenhilfe 2005. Bericht über die soziale Situation von Wohnungslosen*. Wien: Fonds Soziales Wien.

Graber, D., Haller, R., & Penz, A. (2008). *Wiener Wohnungslosenhilfe 2006/2007. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen*. Wien: Fonds Soziales Wien.

Grabs, J., Ishorst-Witte, F., & Püschel, K. (2008). Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg. "Krank bin ich, wenn nichts mehr geht." *Hamburger Ärzteblatt*. 62 (5), 6-8.

Halas, H., Endisch, R., & Schütz-Eggers, M. (2006). Konzeptionelle Überlegungen einer stationären Hilfe für ältere Wohnungslose in Herzogsägmühle. *wohnungslos*. 48 (2), 58-60.

Haller, R. (2009). *Wiener Wohnungslosenhilfe 2008. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen*. Wien: Fonds Soziales Wien.

Hradil, S. (2001). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. 8. Auflage. Lehrbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Janßen, C., Frie Grosse, K., Dinger, H., Schiffmann, L., & Ommen, O. (2009). Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In M. Richter, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit*.

Grundlage, Probleme, Perspektiven (S. 149-165). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

John, W., & Law, K. (2011). Addressing the health needs of the homeless. *British Journal of Community Nursing*. 16 (3), 134-139.

Längle, G., Egerter, B., Albrecht, F., Petrasch, M., & Buchkremer, G. (2005). Prevalence of mental illness among homeless men in the community. Approach to a full census in a southern German university town. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40 (5), 382-390.

Langnäse, K., & Müller, M. J. (2001). Nutrition and health in an adult urban homeless population in Germany. *Public Health Nutrition*, 4 (3). 805-811.

Latham, C. (1998). Homeless where the heart is. *Nursing Times*. 94 (45), 44-45.

Lauer, H. (2002). Krankenpflege für wohnungslose Menschen. Hausbesuche auf der Straße. *Forum Sozialstation*. 26 (114), 12-15.

Law, K., & John, W. (2012). Homelessness as culture: How transcultural nursing theory can assist caring for the homeless. *Nurse Education in Practice*. 1-4.

Locher, G. (1990). Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Meleis, A. I. (2011). Nursing Theory of the Future: Situation-Specific Theories. *Pflege*. 24 (6), 345-347.

Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.

MPHASIS. (2012). Mutual Progress on Homelessness Through Advancing and Strengthening Information Systems . Zugriff am 15. 7 2012 unter <http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/>

Nikasch, B., & Marnocha, S. K. (2009). Healthcare experiences of the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 21 (1), 39-46.

ÖGKV. (2012). Definition der Pflege - International Council of Nurses ICN. Zugriff am 1. Juni 2012 unter http://www.oegkv.at/uploads/media/ICN-Definition_der_Pflege_-_deutsch.pdf

Österle, A. (2004). Gesundheit und Armut. In Dokumentation Fünfte Österreichische Armutskonferenz. Pflicht zum Risiko? (S. 8-11). St.Virgil, Salzburg: DIE ARMUTSKONFERENZ.Österreichisches Netzwerk gegen Armut und Soziale Ausgrenzung.

Paeglow, C. (2007). Handbuch Wohnungsnot und Obdachlosigkeit. Neue Ausgabe. Einführung in das Problemfeld der Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe. Bremen: Claus Paegelow.

Petersen, U. (1996). Altern ohne festen Wohnsitz. Eine Untersuchung der Lebensbedingungen und Möglichkeiten der Hilfen für ältere wohnungslose Menschen. Berlin: DZA Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.

Pitz, A. (2004). Das Leben auf der Straße macht krank. *wohnungslos*. 46 (3), 121-125.

Pochobradsky, E., Habl, C., & Schleicher, B. (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. (BMSG, Hrsg.) Wien: BMSG.

Reifferscheid, G. (2006). Langzeithilfen für ältere (pflegebedürftige) wohnungslose Menschen. *wohnungslos*. 48 (2), 50-56.

Salize, H. J., Dillmann-Lange, C., Stern, G., Kentner-Figura, B., Stamm, K., Rössler, W., Henn, F. (2002). Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction*. 97 (12), 1593-1600.

Schoibl, A., & Schoibl, H. (2006a). Gesundheit ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. Österreichbericht 2006. Salzburg: helix.

Schoibl, A., & Schoibl, H. (2006b). Wohnungslosigkeit in Österreich. Grundausswertung der quantitativen Angaben aus der Fragebogenerhebung "Wohnungslosenhilfe und gesundheitsbezogene Dienstleistungen für wohnungslose Menschen". Salzburg: helix.

Schoibl, H., Schoibl, A., Ginner, S., Witek, J., & Sedlak, F. (2009). Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Wien: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

Schwammberger, H., & Biechl, R. (2011). GuKG. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Kurzkommentar. 6. Auflage. Wien: Verlag Österreich.

Spichinger, E., Kesselring, A., Spirig, R., De Geest, S., Bircher, J., Bürgin, D., Halter, K. (2006). Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*. 19 (1), 45-51.

Statistik Austria. (2012a). Arbeitslose (internationale und nationale Definition), Nicht-Erwerbspersonen mit Arbeitswunsch. Zugriff am 5. Juni 2012 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitssuchende/index.html

Statistik Austria. (2012b). Lebenserwartung bei der Geburt. 1970 bis 2011 nach Bundesländern und Geschlecht. Zugriff am 22. 10 2012 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafel/index.html#index1

Stehling, H. (2008). Pflege und Wohnungslosigkeit. Pflegerisches Handeln im Krankenhaus. In U. Bauer, & A. Büscher (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. (S. 375-395). Bielefeld: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Steiger, I. (2010). Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. Berlin: Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Steinbach, H. (2007). Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2.Auflage. Wien: Falcultas Verlags- und Buchhandels AG.

Titus, S., & Ronald, L. (2007). Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa.

Trabert, G. (1995). Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe.

Völlm, B., Becker, H., & Kunstmann, W. (2004). Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. *Sozial- und Präventivmedizin*. 49 (1), 42-50.

Wendt, W. R. (2005). Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen. *Managed Care*. 9 (2), 7-9.

Wilk, J. (1999). Health care for the homeless: a model for nursing education. *International Nursing Review*. 46 (6), 171-175.

Wilkinson, R. G. (2001). Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien: Springer.

Will, I., & Bartmann, U. (2002). Wohnungslosigkeit und Alkoholismus. Eine empirische Studie in der Stadt Zwickau. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*. 25 (3), 45-50.

15. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassende Ergebnisse der Wohnungslosenerhebung für Österreich 2006-2008 (eigene Darstellung)	24
Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse von Studien zur Erkrankungsprävalenz bei Wohnungslosen (eigene Darstellung).....	48
Tabelle 3: Zusammengefasste Darstellung der Ergebnisse aus der Untersuchung von Fichter et al. (eigene Darstellung)	50

16. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Altersverteilung in der Wohnungslosenhilfe 2006 (vgl. Schoibl et al., 2009, S. 83).....	27
Abbildung 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck, 2005, S. 53).....	36
Abbildung 3: Giger und Davidhizar's Transcultural Assessment Model (Giger & Davidhizar, 2002, S. 186).....	64
Abbildung 4: Case-Management-Regelkreis (Ewers, 2005, S. 73)	68

17. Anhang



Einverständniserklärung

Sehr geehrte(r) Interviewpartner(in)!

Mein Name ist Heidelinde Weber, und ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich Interviews mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern führen.

Das Thema der Studie lautet: „Pflege und Wohnungslosigkeit“. Ziel dieser Arbeit ist es, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zu Wort kommen zu lassen, um zu erfahren, wie sie die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen beschreiben und erleben.

Damit ich den Inhalt des Gesprächs festhalten und für anschließende Auswertungen verwenden kann, wird das Gespräch auf Tonband aufgenommen. Die Aussagen werden ausschließlich von mir eingesehen und vertraulich behandelt. Im Zuge meiner Auswertungen werden sämtliche Angaben von Ihnen mit einem Code versehen und anonymisiert verwendet, so dass die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf Ihren Namen möglich machen.

Ich bitte Sie um Ihre Unterschrift zum Einverständnis der angeführten Punkte und danke Ihnen recht herzlich für die Teilnahme am Gespräch.

Datum _____

Unterschrift _____

Interviewleitfaden

Einstieg

- Vorstellung der Interviewerin
- Rahmenbedingungen für das Interview:
 - Ziel/Thema der Erhebung
 - Schriftliche Einverständniserklärung
 - Dauer des Gesprächs
- Allgemeine Daten zur interviewten Person erfragen (Geschlecht/Alter/Ausbildung/ Berufliche Tätigkeit/ Stundenausmaß)

Hauptteil

Hauptfragen	Detailfragen
INSTITUTIONELLE EBENE 1. Für welche Institution sind sie tätig? 2. Welche Angebote bietet Ihre Institution für ältere ehemals wohnungslose Menschen an? 3. In welcher Form werden diese Angebote umgesetzt?	<ul style="list-style-type: none">• An welchem Leitbild orientiert sich Ihre Institution?• Arbeiten Sie nach einem bestimmten Pflegemodell/Pflegekonzept? Wenn ja, nach welchem?
PROFESSIONELLE EBENE 4. Erzählen Sie mir bitte, wie Ihre Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen aussieht?	<ul style="list-style-type: none">• Welche (Pflege-)Tätigkeiten führen Sie aus?• Beschreiben Sie mir bitte ihr Arbeitsumfeld näher?• Arbeiten Sie mit anderen Berufsgruppen zusammen? Wenn ja, in welcher Form?• Wie sieht die erste Kontaktaufnahme zwischen Ihnen und dem Klienten aus?• Wie erleben Sie die Beziehungsgestaltung mit älteren wohnungslosen Klienten? (Aufbau/Erhalt)• (Schildern Sie mir bitte einen Hausbesuch! – für die mobilen Dienste)• (Schildern Sie mir bitte ihren Tagesablauf in der Arbeit! → für jene die fix in einem sozial betreuten Wohnhaus angestellt sind)

<p>SUBJEKTIVE EBENE</p> <p>5. Wie erleben Sie die Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es für Sie in ihrer Arbeit mit wohnungslosen Menschen Situationen, die für Sie belastend sind? Wenn ja, können Sie mir diese näher beschreiben? • Wie gehen Sie persönlich mit solchen belastenden Situationen um?
<p>6. Welche Herausforderungen erleben Sie in der Arbeit mit älteren ehemals wohnungslosen Menschen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehen Sie persönlich mit diesen Herausforderungen um? • Wie haben Sie sich in diesen Bereich eingearbeitet? • Haben Sie spezielle Weiterbildungen besucht? • Erhalten Sie Unterstützung? Wenn ja, von wem und in welcher Form? • Was würden Sie Pflegepersonen, die neu in diesem Feld zu arbeiten beginnen, zur Vorbereitung raten? (Fortbildung, Unterstützungsmaßnahmen,)
<p>7. Worin unterscheidet sich Ihrer Meinung nach die Arbeit mit älteren wohnungslosen Menschen, von anderen älteren Menschen?</p>	

Abschluss

- Gibt es von Ihrer Seite noch offene Fragen?

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Gespräch zu führen!

Curriculum Vitae

Personaldaten

Name: Heidelinde Hedwig Weber
Geboren am: 10.5.1983
Geburtsort: Tamsweg (Sbg.)
Familienstand: ledig, ein Kind
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulbildung

09/2000 – 06/2003 HBLA Aufbaulehrgang für wirtschaftliche Berufe – Schwerpunkt Sozialverwaltung, A-4020 Linz.
09/1997 – 07/2000 HBLA Fachschule für wirtschaftliche Berufe – Schwerpunkt Gesundheit und Soziales, A-5202 Neumarkt am Wallersee.
09/1993 – 07/1997 Hauptschule Haydnstraße, A-5020 Salzburg.
09/1989 – 07/1993 Volksschule St. Andrä, A-5020 Salzburg.

Studium

10/2004 bis 12/2012 IDS Pflegewissenschaft - Schwerpunkt Pädagogik und Medizin, Universität Wien, A-1010 Wien.

Ausbildungen/Weiterbildungen

07/2010 – 04/2011 Zusatzqualifikation Motopädagogik, vaLeo-psychomotorische Entwicklungsbegleitung GmbH, A-8010 Graz.
03/2009 – 05/2009 Ausbildung zur Bachblütenberaterin, Privatschule für Wellnessberufe, A-1200 Wien.
06/2005 – 07/2007 Ausbildung zur Montessori-Pädagogin – Schwerpunkt Kinderhaus (0-6 Jahre), Institut für aktives Lernen - Montessori-Zentrum Wien, A-1140 Wien.

Berufserfahrung/Praktika

seit 08/2009 Montessoripädagogin, Montessori-Kinderhaus Hetzgasse, A-1030 Wien.
10/2008 Praktikum, A.Ö. Krankenhaus Tamsweg, A-5580 Tamsweg.
03/2007 – 07/2009 Springerin im Montessori-Kinderhaus Hetzgasse, A-1030 Wien.
09/2006 & 02/2007 Praktikum, Montessori-Kinderhaus Hetzgasse, A-1030 Wien.
07/2003 - 01/2004 Leitung Familienturnen, Eltern-Kind-Verein Eugendorf, A-5301 Eugendorf.