

Wie wirken Versorgungsangebote für obdachlose EU-Bürger:innen der Wiener Wohnungslosenhilfe auf deren Zielgruppe und andere Stakeholder?

Umfang und Intensität der Wirkungen von ganztägigen und ganzjährigen Versorgungsangeboten für notversorgte, obdachlose EU-Bürger:innen anhand einer Beispieleinrichtung

Master Thesis

eingereicht bei

Dr. Christian Grünhaus

**Kompetenzzentrum für NPO & SE
Wirtschaftsuniversität Wien**

von

Heilig Daniel, BSc (h11834353)

E-Mail: daniel.heilig@s.wu.ac.at

Weitzhofer Bettina, BA (h1109968)

E-Mail: bettina.weitzhofer@s.wu.ac.at

Studienrichtung: Master Sozioökonomie

Abstract

Obdachlose EU-Bürger:innen, die keinen Anspruch auf das Versorgungssystem im Einwanderungsland haben, sind ein EU-weites Phänomen, welches die Wohnungslosenhilfe der europäischen Großstädte beschäftigt. Eine eingeschränkte Versorgung führt dazu, dass sich die betroffenen Personen oft in einem prekären gesundheitlichen Zustand befinden, da sich akute Obdachlosigkeit stark auf den Gesundheitszustand auswirkt. Aus diesem Grund sind obdachlose EU-Bürger:innen auf gewisse überlebenssichernde Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems angewiesen. Ein fehlender Anspruch auf Nachversorgung führt dazu, dass die Nachhaltigkeit der Gesundheitsinterventionen nicht gewährleistet ist und auf allen Ebenen Belastungen und Kosten entstehen.

Diese Arbeit untersucht die Wirkungen, die ein Angebot für obdachlose EU-Bürger:innen bei der Zielgruppe und allen relevanten Stakeholdern erzeugt. Dazu wird die folgende Forschungsfrage gestellt: *In welchem Umfang und in welcher Intensität wirkt eine ganzjährige Versorgung von notversorgten, obdachlosen EU-Bürger:innen auf relevante Stakeholder?*

Um diese Frage zu beantworten, wurde eine Beispieleinrichtung mit einem Mixed-Methods Ansatz aus qualitativen und quantitativen Methoden untersucht. Für den qualitativen Teil wurden 19 teilstrukturierte Interviews sowohl in der Einrichtung als auch mit Vertreter:innen anderer Stakeholder geführt und ausgewertet. Für den quantitativen Teil wurden drei Befragungen mit einer Stichprobengröße von 18-34 Personen durchgeführt sowie Sekundärdaten aus der Beispieleinrichtung, anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen des Gesundheitssystems analysiert. Die Untersuchung der Forschungsfrage zeigte signifikante Wirkungen bei allen untersuchten Stakeholdern auf. Besonders bei der Zielgruppe selbst ließen sich Steigerungen in nahezu allen Aspekten der Lebensqualität, besonders der gesundheitlichen Verfassung, im Laufe des Einrichtungsaufenthalts nachweisen. Doch auch bei anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie des Gesundheitssystems sind sowohl eine Steigerung der Wirksamkeit als auch eine ökonomische Entlastung sowie emotionale Entlastung bei Mitarbeiter:innen feststellbar.

Weitergehende Forschung könnte sich auf den exakten gesundheitsökonomischen Aufwand durch notversorgte, obdachlose Personen konzentrieren und den Effekt präventiver Versorgungsangebote aufzeigen.

Vorwort

Die Idee dieser Masterarbeit entstammt der Arbeit an der Wirkungsanalyse der Wiener Wohnungslosenhilfe, die 2019-2020 durch das NPO-Kompetenzzentrum der WU Wien durchgeführt wurde (Beeck/Grünhaus/Weitzhofer 2020). Einerseits wurde dabei eindeutig der Bedarf einer adäquaten Versorgung obdachloser EU-Bürger:innen in Wien identifiziert, andererseits wuchs das Interesse, die identifizierten Wirkungen der vorangegangenen Studie zu quantifizieren.

Mit unserem Forschungsvorhaben stießen wir auf hohe Resonanz bei den Mitarbeitenden der untersuchten Einrichtung, anderen niederschweligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, der Polizei und Ärzt:innen. Die Versorgung dieser höchst vulnerablen Personengruppe beschäftigt viele Berufsgruppen und das Interesse an einer Untersuchung scheint multidisziplinär erwünscht. Mit dieser Arbeit wollen wir einen Beitrag leisten und aufzeigen, wie viel Einrichtungen, die sich auf die Versorgung dieser Zielgruppe spezialisiert haben, bewirken und inwiefern viele andere Stakeholder¹ mit ihrer Arbeit entlastet werden.

An dieser Stelle möchten wir uns zu allererst bei Christian Grünhaus bedanken, für seine fachliche Anleitung und die Unterstützung auf mehreren Ebenen.

Zudem möchten wir uns bei den Mitarbeiter:innen unserer Untersuchungseinrichtung bedanken. Erstens für das große Interesse, uns in unserem Forschungsvorhaben zu unterstützen, und allen voran bei Hajnal, die uns gleich mit einem großen Herz willkommen hieß und von der wir spürten, dass sie stets bemüht ist, alles möglich zu machen, ob das die Betreuung von zwei ‚nervigen‘ Masterstudierenden oder die Perspektivenentwicklung ihrer Klient:innen ist. Zweitens Danke für das große Vertrauen, das uns entgegengebracht wurde und die Arbeitszeit und Mühe, die wir

¹ „Personen, Gruppen oder Institutionen, die von den Aktivitäten einer (Nonprofit) Organisation, eines Unternehmens, oder Programms direkt oder indirekt betroffen sind oder die ein Interesse an diesen Aktivitäten haben“ (Grünhaus/Rauscher 2021: 19).

euch gemacht haben, trotz eines Alltags, der auch ohne eine nebenbei laufende Forschungsarbeit schon intensiv und herausfordernd genug ist.

Auch danken möchten wir Sandra Frauenberger und Susanne Stricker vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen sowie Kurt Gutleiderer vom Fonds Soziales Wien für das Interesse an unserem Forschungsvorhaben und das Brückenschlagen.

Vielen Dank für die graphische Unterstützung an Miriam und Anja. Und das Team Julia für das Korrekturlesen.

Eine Masterarbeit zusammen zu schreiben, bringt Herausforderungen aber auch viel Gutes mit sich: man kann sich gegenseitig durch Phasen des Drucks und fehlender Motivation ziehen, sich gegenseitig in seinen Kompetenzen unterstützen und auch mal hitzig diskutieren. Insgesamt führt eine Masterarbeit zu zweit zu schreiben, durch stundenlanges gemeinsam Durchdenken, zu einer Steigerung der Forschungsqualität, das sei hier also empfohlen. Die Kapitel wurden aufgeteilt (durch Namenskürzel gekennzeichnet) und jeweils von einer Person hauptverantwortlich verfasst. Die Gesamtleistung kann demnach auch getrennt beurteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
Einleitung.....	1
A. Ausgangslage, Stand der Forschung, konzeptionelle Basis und Forschungsmethoden	5
1. Ausgangslage und Stand der Forschung	5
1.1.Obdach- und Wohnungslosigkeit: Definition, Situation in Wien und Europa, Ursachen (BW)	5
1.1.1. Definition und Situation in Wien und Europa.....	5
1.1.2. Faktoren für Obdach- und Wohnungslosigkeit.....	7
1.1.3. Auswirkungen von Obdachlosigkeit auf die Gesundheit Betroffener.....	11
1.2.Obdachlose EU-Bürger:innen in Wien (BW)	13
1.2.1. Beschreibung der Personengruppe	13
1.2.2. Rechtliche Rahmenbedingungen	19
1.2.3. Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe für obdachlose EU-Bürger:innen	22
1.2.4. Bedarfe aus einer unzureichenden Versorgung	27
1.2.5. Die Untersuchungseinrichtung: Das Haus Jaro	29
1.3.Gesellschaftliche (Aus-)Wirkungen von Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe (BW & DH) ...	33
1.3.1. Gesellschaftliche Kernwirkung: Versorgung obdachloser Personen (BW).....	33
1.3.2. Wohnungslosigkeit und ihre volkswirtschaftlichen Folgen (DH)	36
1.4.Wirkungsanalyse (DH).....	39
1.4.1. Quantitative Wirkungsanalyse	42
1.4.2. Kritik am Einzug von Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit (BW)	43
2. Konzeptionelle Basis.....	47
2.1.Hypothetisches Wirkungsmodell (BW)	47
2.2.Quantifizierung der Wirkungen (DH).....	48
2.3.Wirkungslandkarte (DH)	49

3.	Forschungsmethoden	53
3.1.	Mix-Methods-Ansatz und zyklische Forschungsorganisation (BW)	54
3.2.	Qualitative Erhebung	55
3.2.1.	Teilstrukturierte qualitative Interviews (BW)	55
3.2.2.	Themenanalyse nach Lueger (2010) (BW)	57
3.3.	Quantitative Erhebung	58
3.3.1.	Quantitative Fragebögen (DH)	58
3.3.2.	Sekundärdatenanalyse (DH)	61
3.3.3.	Auswertung (DH)	62
B.	Ergebnisse	64
1.	Finales Wirkungsmodell (DH&BW)	64
1.1.	Identifizierte Stakeholder (BW)	64
1.2.	Identifizierte Wirkungen (DH&BW)	66
1.3.	Quantifizierung der Wirkungen (DH&BW)	98
2.	Zusammenfassung und Conclusio (DH&BW): Umfangreiche Wirkungen der Untersuchungseinrichtung. Ein Plädoyer für ein ‚Mehr‘ als Notquartiere.....	131
2.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	131
2.2.	Conclusio	134
2.3.	Empfehlungen	137
	Literaturverzeichnis	139
C.	Anhang	1
1.	Hypothetisches Wirkungsmodell nach Beeck, Grünhaus und Weitzhofer (2020)	1
2.	Finales Wirkungsmodell	5
3.	Wirkungslandkarten	9
3.1.	Qualitative Wirkungslandkarte	9
3.2.	Quantitative Wirkungslandkarte	10
4.	Interviewleitfäden	11
4.1.	Mitarbeiter:innen	11
4.2.	Ärztlicher Leiter	12
4.3.	Klient:innen	13
4.4.	Spitäler	14
4.5.	MA15	15
4.6.	Neunerhaus Gesundheitszentrum.....	15
4.7.	Niederschwellige WWH-Einrichtungen.....	16

4.8. Polizei	17
5. Quantitative Fragebögen.....	18
5.1. Verlaufserhebung der Bewohner:innen	18
5.1.1. Fragebogen zu Beginn der Betreuung	18
5.1.2. Fragebogen zum Ende der Betreuung	20
5.2. Hauptamtliche Mitarbeiter:innen	23
5.3. Freiwillige Mitarbeiter:innen	24

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedarfsgruppen nach Beeck et al. (2020)	27
Abbildung 2: Bedürfnispyramide nach Maslow 1943	35
Abbildung 3: Schematische Darstellung Wirkungslandkarte.....	50
Abbildung 4: Wirkungslandkarte Wiener Wohnungslosenhilfe ..	51
Abbildung 5: Übersicht der empirischen Erhebungen	53
Abbildung 6: Übersicht der Stakeholder.....	65
Abbildung 7: Quantifizierte Wirkungen Bewohner:innen	99
Abbildung 8: Quantifizierte Wirkungen obdachlose EU- Bürger:innen	104
Abbildung 9: Quantifizierte Wirkungen hauptamtliche Mitarbeiter:innen.....	105
Abbildung 10: Ergebnisse Mitarbeiter:innenbefragung	107
Abbildung 11: Quantifizierte Wirkungen freiwillige Mitarbeiter:innen	109
Abbildung 12: Ergebnisse Freiwilligenbefragung	112
Abbildung 13: Quantifizierte Wirkungen Gesundheitssystem .	114
Abbildung 14: Kosten pro Belagstag	115
Abbildung 15: Quantifizierte Wirkungen Gesundheitseinrichtungen der WWH	118
Abbildung 16: Quantifizierte Wirkungen niederschwellige Angebote der WWH	119
Abbildung 17: Quantifizierte Wirkungen Stadt Wien (MA15) ..	120
Abbildung 18: Quantifizierte Wirkungen Polizei & Justiz	121
Abbildung 19: Quantifizierte Wirkungen allgemeine Bevölkerung & Anrainer:innen.....	123
Abbildung 20: Qualitative Wirkungslandkarte	125
Abbildung 21: Quantitative Wirkungslandkarte	126

Abkürzungsverzeichnis

BKS	Bosnisch-Kroatisch-Serbisch
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DST	Deutscher Städtetag
DWS	Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
EK	Europäische Kommission
EUMC	Europäischen Stelle zur Beobachtung von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit
FSW	Fonds Soziales Wien
GK	Gesundheitskasse
HR360	Von Caritas verwendete Software, aus der im Zuge der Studie Daten erhoben wurden
ODB	Online Dienstbuch der untersuchten Einrichtung
SORÜBE	Sozial- und Rückkehrberatung der Caritas Wien
VWWH	Verband Wiener Wohnungslosenhilfe
WWH	Wiener Wohnungslosenhilfe
ZMR	Zentraler Melderegister

Einleitung

Problemstellung und Forschungsfrage

Die Wirkungsanalyse der Wiener Wohnungslosenhilfe von Beeck, Grünhaus und Weitzhofer (2020) kam zum Ergebnis, dass das Versorgungsangebot für obdach- und wohnungslose Personen in Wien sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert hat und ein breites, wirkungsvolles Spektrum an Angeboten für die verschiedenen Bedarfe der heterogenen Gruppe an obdach- und wohnungslosen Menschen bietet. Eine der Hauptgruppen jener Personen, deren Bedarfe von der Wiener Wohnungslosenhilfe nicht (ausreichend) gedeckt werden, sind obdachlose EU-Bürger:innen.

Migration innerhalb der EU ist natürlich nicht nur Thema obdachloser Personen. EU-Bürger:innen haben das Recht, in einem anderen EU-Land einen Arbeitsplatz zu suchen, dort zu arbeiten, ohne eine Arbeitserlaubnis zu benötigen, sich zu diesem Zweck dort aufzuhalten, auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses dort zu bleiben und beim Zugang zu Beschäftigung, Arbeitsbedingungen und allen anderen sozialen und steuerlichen Vorteilen die gleiche Behandlung wie die Staatsangehörigen des zugezogenen Landes zu genießen. Im Jahr 2019 lebten 3,3% der EU-Bürger:innen im erwerbsfähigen Alter in einem anderen EU-Mitgliedsstaat als dem ihrer Staatsangehörigkeit. Der Anteil der Personen, die in einem anderen Land leben als in ihrem Heimatland, variiert stark. So reichen die Anteile von 0,8% an Personen, die mit deutscher Staatsbürgerschaft in einem anderen Land als in Deutschland leben bis hin zu 19,4% aller Rumän:innen, die außerhalb Rumäniens leben. Die Beschäftigungsquote mobiler EU-Bürger:innen lag 2019 bei 75,5 %, verglichen mit einem EU-Durchschnitt von insgesamt 73,1 % (Eurostat 2020).

Der Mehrheit migrierter EU-Bürger:innen gelingt es, sich ein Leben im neuen Land aufzubauen, einige wenige schaffen diesen Schritt allerdings nicht. Eine beachtliche Anzahl der Nutzer:innen der Versorgungssysteme für obdachlose Personen mehrerer europäischer Großstädte sind EU-Bürger:innen (Striano 2018: 5).

In der Wirkungsanalyse der Wiener Wohnungslosenhilfe wird die Gruppe der obdachlosen EU-Bürger:innen in Wien als besonders prekär beschrieben. Kennzeichnend für die Personengruppe ist, dass sie aus verschiedenen Gründen keine sozialrechtlichen Ansprüche in Wien hat. Damit sind sie auch vom Versorgungsangebot für obdach- und wohnungslose Personen der Stadt, abseits von niederschweligen Basisversorgungseinrichtungen, weitgehend ausgeschlossen. Für diese Betroffenen gestaltet sich eine Perspektivenentwicklung als besonders herausfordernd (Beeck et al. 2020: 55f.). Seit der Uni-brennt-Bewegung im Jahr 2009 werden obdachlosen Personen, unabhängig vom Anspruch auf Leistungen, für die Zeit von November bis April im Rahmen des Winterpakets Schlafmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Dieses Angebot wirkt in diesen Monaten sehr entlastend auf Betroffene, aber auch Mitarbeiter:innen der Wohnungslosenhilfe. Eine nachhaltige Versorgung wird mit diesem Angebot in der momentanen Ausgestaltung nicht erzielt: Die Rahmenbedingungen ermöglichen nur eingeschränkt eine Perspektivenentwicklung. Kommt es zu einer Verbesserung der Situation der Betroffenen, präkarisiert sich ihre Lage nach dem Ende des Winterpakets wieder. Besonders die gesundheitliche Situation der Betroffenen ist den Expert:innen der Wohnungslosenhilfe zufolge äußerst besorgniserregend (Beeck et al. 2020: 55f.). Obdachlosigkeit und Gesundheit stehen in einem engen Wechselverhältnis zueinander. So kann einerseits ein schlechter Gesundheitszustand zu Obdachlosigkeit führen und Obdachlosigkeit führt wiederum zu einem schlechten Gesundheitszustand. Das bedeutet nicht nur eine enorme Belastung für Betroffene, sondern auch eine große Belastung für jene Personen, die mit den Betroffenen zu tun haben: Mitarbeiter:innen verschiedener Sozialeinrichtungen, des Gesundheitssystems, aber auch andere Personengruppen wie die Polizei oder Passant:innen werden belastet, wenn Obdachlosigkeit, besonders in einem verelendetem Ausmaß, im öffentlichen Raum Wiens seh- und spürbar ist.

Aus dieser Situation entwickelte sich das Forschungsinteresse, die Vorteile einer ganzjährigen und -tägigen Versorgung nur notversorgter, obdachloser EU-Bürger:innen zu identifizieren. Die Einrichtung, die wir in dieser Arbeit untersuchen, bietet eine zwar ebenso temporäre, aller-

dings ganztägige, umfassende Versorgung ebendieser Personengruppe, die einen medizinischen Betreuungsbedarf aufweist.

Obdachlosigkeit ist die extremste Form von Armut. Als Studierende der Sozioökonomie befassen wir uns mit Fragen der ökonomischen und sozialen Exklusion. Aus verschiedenen Ausbildungsrichtungen kommend beschäftigen uns diese Fragen aus volkswirtschaftlicher als auch aus Sicht der Sozialen Arbeit. Wir möchten mit dieser Masterarbeit den Beitrag leisten, auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene aufzuzeigen, warum es für die Stadt Wien von Vorteil sein könnte, ausreichend Versorgungsangebote für bisher unzureichend versorgte, obdachlose EU-Bürger:innen zu schaffen: auch wenn diese Arbeit nicht auf eine Monetarisierung² abzielt, soll sichtbar gemacht bzw. herausgefunden werden, in welchem Umfang und in welcher Intensität ein Unterstützungsangebot für obdachlose Personen ohne sozialrechtliche Ansprüche wirkt und inwiefern, natürlich neben den betroffenen Personen selbst, andere Stakeholder wie das Gesundheitssystem dadurch entlastet werden. Dieses Vorhaben führt uns zu folgender Forschungsfrage:

In welchem Umfang und in welcher Intensität wirkt eine ganzjährige Versorgung von notversorgten, obdachlosen EU-Bürger:innen auf relevante Stakeholder?

Der Forschungsfrage nähern wir uns am Beispiel einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe, deren Zielgruppe EU-Bürger:innen ohne Versicherungsschutz darstellt. Dafür wurde das hypothetische Wirkungsmodell, das im Rahmen der bereits erwähnten Wirkungsanalyse erstellt wurde, mittels qualitativer Interviews spezifiziert und, sofern nicht bestätigt, an die konkrete Situation angepasst. Im nächsten Schritt wurden die identifizierten Wirkungen so weit als möglich quantifiziert – mittels eigener Erhebungen, Sekundärdaten und Proxy-Einschätzungen durch im jeweiligen Tätigkeitsfeld mit umfangreicher Erfahrung ausgestatteter Personen. Die Ergebnisse werden im letzten Schritt in Form einer Wirkungslandkarte dargestellt.

² Monetarisierung meint eine Berechnung aller quantifizierten Wirkungen in einen Geldwert.

Aufbau der Arbeit

Um in die Thematik einzuführen, wird zuerst ein konzeptioneller Rahmen geschaffen und die Themen Wohnungslosigkeit, Wiener Wohnunglosenhilfe und Wirkungsanalyse behandelt. Danach wird nach einer Vorstellung der Methoden und der damit durchgeführten Untersuchung auf deren Ergebnisse eingegangen. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einer Ausführung der Limitationen und Schlüsse, die aus den Erkenntnissen gezogen werden können. Die einzelnen Kapitel wurden jeweils von einer Person hauptverantwortlich verfasst. Die Aufteilung ist den Überschriften zu entnehmen.

Gleich zu Beginn muss erwähnt werden, dass die vorliegende Arbeit im Laufe einer Pandemie verfasst wurde. Diese hat sich einerseits auf die Durchführung der Erhebungen ausgewirkt, so wurden Interviews beispielsweise über die Videokonferenzplattform Zoom geführt. Andererseits befand sich die Untersuchungseinrichtung in einem Ausnahmezustand, mit reduzierter Wohnplatzzahl, verschärften Regelungen, zwischenzeitlicher ‚ganzhäuslicher‘ Quarantäne, etc. Diese Umstände führten zu einer erschwerten Durchführung der Erhebungen. Im Kapitel Limitierungen (1.6) werden die Gegebenheiten näher erläutert.

Wir hoffen, mit der vorliegenden Forschungsarbeit einen sinnvollen Beitrag für eine zielgerichtete Investition zur ganzjährigen Versorgung bisher nur notversorgter, obdachloser EU-Bürger:innen leisten zu können, denn, wie spätestens zum Ende dieser Masterarbeit sichtbar wird, ist die Problemstellung bei weitem nicht nur Angelegenheit der Wohnunglosenhilfe.

A. Ausgangslage, Stand der Forschung, konzeptionelle Basis und Forschungsmethoden

1. Ausgangslage und Stand der Forschung

Das vorliegende Kapitel dient der Einführung in die Thematik Obdachlosigkeit, obdachlose EU-Bürger:innen in Wien und der Problematik, die mit einem fehlenden Anspruch an Sozialleistungen in Wien einhergehen. Nachdem eine Verortung der Personengruppe in der Wiener Wohnungslosenhilfe vorgenommen wird, werden die Angebote der WWH vorgestellt, zu denen die Personengruppe Zugang hat. Näher vorgestellt wird die untersuchte Einrichtung, anhand derer wir uns der Forschungsfrage widmen. Der darauffolgende Abschnitt behandelt die Frage, inwiefern sich Obdachlosigkeit gesamtgesellschaftlich auswirkt und wie es zustande kommt, dass eine Gesellschaft sich darauf einigt, für eine Unterstützung obdachloser Personen zu sorgen. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Einführung in die Wirkungsanalyse.

1.1. Obdach- und Wohnungslosigkeit: Definition, Situation in Wien und Europa, Ursachen (BW)

1.1.1. Definition und Situation in Wien und Europa

Zur Definition von Obdach- und Wohnungslosigkeit wird die vom europäischen Dachverband der Wohnungslosenhilfe entwickelte „Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung“ (ETHOS) als Grundlage verwendet. ETHOS klassifiziert wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation und entwickelt daraus vier Hauptkategorien: obdachlose Menschen, wohnungslose Menschen, Menschen in ungesicherten Wohnverhältnissen und Menschen in ungenügenden Wohnverhältnissen (FEANTSA 2005).

Von **Obdachlosigkeit** betroffene Personen sind Menschen, die im öffentlichen Raum bzw. in Notunterkünften der Wohnungslosenhilfe nachfragen. **Wohnungslos** sind Personen, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wie Übergangswohnhäuser, in dezentralen, betreuten

Wohnungen oder in anderen betreuten Wohneinrichtungen, wie Frauenhäuser oder Einrichtungen der Flüchtlingshilfe wohnen sowie Personen, die aus Institutionen wie Justizvollzugsanstalten, Krankenhäuser oder Institutionen der Jugendwohlfahrt entlassen werden. Weiters unterscheidet ETHOS zwischen ungesichertem und ungenügendem Wohnen. **Ungesichert** wohnen Menschen, die temporär bei Freund:innen, Bekannten oder der Familie unterkommen, die ohne rechtliche Absicherung oder in besetzten Häusern bzw. unbefugt auf fremdem Grund wohnen. Ebenso ungesichert wohnen Personen, die von Delogierung oder von Gewalt in der eigenen Wohnung bedroht sind. **Ungenügendes** Wohnen meint das Wohnen in ungeeigneten Behausungen wie Kellern, Garagen oder Abbruchgebäuden oder in überbelegten Wohnungen (FEANTSA 2005). Die Personengruppe, der diese Forschungsarbeit ihr Augenmerk schenkt, ist im öffentlichen Raum oder in Notschlafstellen des Winterpakets während der Wintermonate anzutreffen und ist damit als obdachlos zu kategorisieren. Grund dafür ist ein fehlender Zugang zum gesamten Spektrum des Angebots der Wiener Wohnungslosenhilfe, das heißt es besteht lediglich Zugang zu niederschweligen Einrichtungen.

Insgesamt 22.576 Personen waren 2019 in Österreich als obdach- oder wohnungslos registriert. Berücksichtigt wurden Personen, die im Jahr 2019 zumindest einmal eine Hauptwohnsitzbestätigung für obdachlose Personen im Zentralen Melderegister (ZMR) hatten oder in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe registriert waren (Statistik Austria 2020a). Es ist davon auszugehen, dass es eine hohe Dunkelziffer an verdeckt wohnungslosen Personen gibt. Besonders Frauen befinden sich sehr häufig in verdeckter Wohnungslosigkeit, gehen Zweck-, Gewalt- bzw. Abhängigkeitsbeziehungen ein, um nicht auf die Straße oder in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu müssen (VWWH 2018: 20). Da Österreich in dieser Erhebung auf registrierungsbasierte Volkszählungen aus Verwaltungsdaten setzt und eine Anmeldung in Österreich gewisse Hürden mit sich bringt (siehe Kapitel 1.2.2), wird vermutet, dass es unter obdachlosen Migrant:innen in Österreich ebenso eine Dunkelziffer gibt (Regioplan Policy Research 2014: 13). Jedoch werden zumindest auch die Nutzer:innenzahlen der Wohnungslosenhilfe mitgerechnet. Ungezählt bleiben jene, die weder gemeldet sind noch die Wohnungslo-

senhilfe nutzen. Auf EU-Ebene sind keine systematischen und damit vergleichbaren Daten über Obdach- und Wohnungslosigkeit verfügbar. Zwischen den EU-Mitgliedsstaaten gibt es sehr große Unterschiede in der Verfügbarkeit und der Qualität von Daten. In Bezug auf die Obdachlosigkeit von Migrant:innen und ethnischen Minderheiten fehlen auf EU-Ebene vollständig verlässliche bzw. vergleichbare Daten (Regioplan Policy Research 2014: 13; Striano 2018: 5).

In den meisten Teilen Europas befindet sich die Obdachlosigkeit im Steigen (EK 2021, FEANTSA 2018). In den letzten Jahrzehnten hat sich das assoziierte Bild der klassisch obdachlosen Person verändert: wo früher Obdachlosigkeit mit dem Bild eines ‚Sandlers‘, also älteren Männern mit Alkoholkrankungen verbunden wurde, kann mittlerweile nicht mehr von ‚einem Bild‘ von Obdach- und Wohnungslosigkeit gesprochen werden. Es sind Kinder, junge Erwachsene, Frauen, Männer, Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen obdachlos und Menschen, die aufgrund struktureller Probleme wohnungslos werden (EK 2021).

1.1.2. Faktoren für Obdach- und Wohnungslosigkeit

Obdachlosigkeit stellt ein äußerst komplexes Phänomen aus politischen Rahmenbedingungen, ökonomischen Faktoren, Einfluss verschiedener sozialer Kräfte und individuellen Faktoren dar. So können die Gründe, warum Menschen obdachlos sind, unter anderem Arbeitslosigkeit und Armut, Migration, gesundheitliche Probleme und/oder ein Mangel an bezahlbarem Wohnraum sein (EK 2021). Erklärungen für Obdach- und Wohnungslosigkeit werden traditionell in zwei Kategorien eingeteilt: individualistische Erklärungen, die sich auf die persönliche Vulnerabilität und das Verhalten Betroffener konzentrieren, wie beispielsweise psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen sowie strukturelle Erklärungen, die die Ursachen von Obdachlosigkeit in Einflussfaktoren wie Wohnungsmarktbedingungen, Armut und Arbeitslosigkeit verorten (Benjaminsen/Bastholm Andrade 2015; Johnson et al. 2015). So hat der Wohnungsmarkt einer Region einen maßgeblichen Einfluss auf die Prävalenz von Obdachlosigkeit in dieser. Steht zu wenig leistbarer Wohnraum für Menschen mit geringem Einkommen zur Verfügung, führt das zu Obdach- und Wohnungslosigkeit (Kröll/Farhauer 2012). Eng damit ver-

knüpft sind die Themen Arbeitsmarkt und Einkommenssicherung. Wenn das Einkommen die Ausgaben nicht deckt oder ein schlechter Gesundheitszustand die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, sind dies hohe Risikofaktoren für eine drohende Obdach- oder Wohnungslosigkeit. Was es bedeutet, aus dem Wohnungsmarkt gedrängt zu werden, wenn das Einkommen die Ausgaben nicht deckt, formuliert beispielsweise Interviewpartner 6. Er bekommt zwar eine kleine, österreichische Pension ausbezahlt, allerdings reicht dieses Einkommen nicht aus, um zu einer Wohnung zu kommen:

„(...) und wegen des, weil meine Pension ist so klein, dass ich konnte nicht beantragen zum Beispiel eine Wohnung, eine Gemeinschaftswohnung oder eine Gemeindewohnung oder ein Sozialwohnung, schwierig, vom Privaten, für mich die Wohnungen oder Zimmer sind ziemlich teuer. Und jeder versucht oder verlangt von Leute, die Sicherheit, wieviel kriegen Sie monatlich? Können Sie für mich zahlen? Können Sie nicht zahlen? Kann man das nicht decken, keine Chance auf einen Vertrag, das kann man vergessen“ (I6 12:10).

Auf ‚individueller‘ Ebene sind beispielsweise psychische Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen oft mitunter auslösende Faktoren für Obdach- und Wohnungslosigkeit (Neunerhaus 2019b). Verhaltensweisen und Lebenserfahrungen wie regelmäßiger Drogenkonsum, Gewalterfahrungen und Biografien mit akuter Benachteiligung führen zu einem höheren Risiko, obdachlos zu werden (Johnson et al. 2019). Zwischen psychischen Erkrankungen und Obdachlosigkeit gibt es starke Wechselwirkungen: Psychische Erkrankungen stellen oft einen Auslöser für Obdachlosigkeit dar, umgekehrt stellt Obdachlosigkeit auch oft einen Auslöser für psychische Erkrankungen dar. Unter obdachlosen Personen gibt es eine deutlich erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen (Habánik 2018). Es besteht allerdings die Gefahr, individuelle Erklärungen mit persönlichem Handeln und potenziell anteilmäßiger Schuld zu vermengen, obwohl es viele individuelle Umstände gibt, die das Risiko einer Person für Obdachlosigkeit erhöhen, auf die sie keinen Einfluss hat (Bramley/Fitzpatrick 2017). Neuere Forschungen wählen deshalb einen Ansatz, der anerkennt, dass es Menschen mit persönlichem Unterstützungsbedarf unter obdach- und wohnungslosen Personen gibt, deren Schutzbedürftigkeit allerdings mit einer erhöhten Betroffenheit von ungünstigen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen erklärt (Benjaminson/Bastholm Andrade 2015; Bramley/Fitzpatrick 2017).

Zusatzrisiko: Migration

Migrant:innen sind besonders von „multiple exclusion homelessness“, folglich von Obdachlosigkeit, die durch mehrere ausgrenzende Faktoren bedingt ist, betroffen (Fitzpatrick et al. 2012). Direkte und indirekte Diskriminierung und strukturelle Hindernisse führen zu einem erhöhtem Risiko für Migrant:innen, von Obdachlosigkeit betroffen zu sein bzw. zu werden (Regioplan Policy Research 2014: 27). In Europa weisen besonders Migrant:innen im Durchschnitt vergleichsweise schwache Positionen auf den nationalen Arbeitsmärkten auf. Sie sind besonders häufig von niedrigen Erwerbsquoten, hohem Arbeitslosigkeitsrisiko und prekären Arbeitsbedingungen betroffen. Damit sind Migrant:innen gleichzeitig auch einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Insbesondere Frauen sind von einer doppelten Benachteiligung betroffen – als Frauen und als Migrantinnen (OECD 2020).

Zusätzlich verschärft wird die Situation von Migrant:innen, wenn diese das Netz der sozialen Absicherung in den Einwanderungsländern nicht nutzen können. Die meisten EU-Mitgliedsstaaten knüpfen das Recht auf Sozialleistungen an einen legalen Aufenthaltsstatus, während das Einwanderungsrecht die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts von der Bedingung abhängig machen kann, dass die eingewanderte Person nicht auf öffentliche Mittel angewiesen ist. Dies ist in Österreich der Fall (Regioplan Policy Research 2014: 22). Fehlende Kenntnisse über das Sozial- bzw. Verwaltungssystem im Einwanderungsland führen teilweise dazu, dass Ansprüche nicht geltend gemacht werden – selbst, wenn formell eine Berechtigung bestehen würde. Zudem kommt es durch fehlende soziale Netzwerke im Einwanderungsland zu einem erhöhten Risiko für Obdachlosigkeit (Fitzpatrick et al. 2012).

Nicht nur auf dem Arbeitsmarkt, auch auf dem Wohnungsmarkt sind Migrant:innen überdurchschnittlich strukturell benachteiligt. So beschreibt die Europäische Stelle zur Beobachtung von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit (EUMC), dass Migrant:innen häufig auf offene Diskriminierung am Wohnungsmarkt treffen, beispielsweise, wenn in Anzeigen für private Mietwohnungen Migrant:innen ausdrücklich von der Bewerbung ausgeschlossen sind. Hinweise für diese Praxis bestehen auch in Österreich (EUMC 2005: 69). Reicht das Einkommen nicht aus,

sind Migrant:innen, sofern sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, vom sozialen Wohnbau, vom niederklassigen privaten Wohnungsmarkt oder von informellen Vereinbarungen mit Freund:innen und Verwandten abhängig (Regioplan Policy Research 2014: 28). Die von der EUMC durchgeführte Studie identifiziert die Tendenz in den EU-Mitgliedsstaaten, dass Migrant:innen und Minderheiten im Allgemeinen öfter von Obdachlosigkeit betroffen zu sein scheinen, mit schlechterer Wohnqualität konfrontiert sind und in ärmeren Wohnvierteln zuhause sind sowie vergleichsweise unsichere Wohnverhältnisse aufweisen (EUMC 2005: 59f.). Obdachlosigkeit von migrierten Frauen ist oftmals durch geschlechterspezifische Gewalt bestimmt. Aufgrund von aufenthaltsrechtlichen Unsicherheiten und der Tabuisierung häuslicher Gewalt brauchen betroffene Frauen oftmals sehr lange, bis sie Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Dann weisen sie oft schon einen sehr schlechten psychischen Zustand auf (Maycock et al. 2012, VWWH 2018: 20). Die verdeckte Wohnungslosigkeit unter Frauen ist mitunter ein Hinweis darauf, warum der Anteil obdachloser Frauen im Vergleich zu jenem von Männern so niedrig ist (siehe Kapitel 1.2.1).

Ein systematischer Vergleich von Hintergrundmerkmalen von Obdachlosigkeit zwischen Migrant:innen und Nicht-Migrant:innen in Großbritannien zeigt, dass das Gewicht persönlicher Probleme wie Kindheitstraumata und Substanzmissbrauch bei Migrant:innen im Vergleich zu obdachlosen Personen ohne Migrationshintergrund weitaus weniger ausgeprägt ist. Während einzelne Faktoren, wie mangelndes soziales Kapital und mangelnde Kommunikationsfähigkeiten, zur Erklärung von Obdachlosigkeit und sozialer Ausgrenzung unter Migrant:innengruppen beitragen, scheint der Gesamteffekt dieser Faktoren im Vergleich zu Hindernissen auf struktureller und institutioneller Ebene weitaus weniger ausgeprägt zu sein (Fitzpatrick et al. 2012).

Zudem bringt Obdachlosigkeit eine Vielzahl an Folgen im Leben der Betroffenen mit sich. So hat Obdachlosigkeit einen erheblichen Einfluss auf die physische als auch psychische Gesundheit, auf soziale Teilhabe und auf das Suchen und Halten von Arbeitsplätzen (EUMC 2005). Für die Arbeitssuche muss ein gewisser Grad an freien Kapazitäten verfügbar sein. Wie auch in den Erhebungen dieser Forschungsarbeit mehrfach angesprochen wurde, sind obdachlose Menschen mit dem täglichen

Überleben und der Stillung von Grundbedürfnissen beschäftigt (z.B. I13). Um sich mit der mittel- und langfristigen Planung des eigenen Lebens zu beschäftigen, müssen die grundlegenden Bedürfnisse gedeckt sein (I3).

1.1.3. Auswirkungen von Obdachlosigkeit auf die Gesundheit Betroffener

Akute Obdachlosigkeit hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit, umgekehrt stellt eine psychische oder physische Erkrankung auch oft einen erheblichen, von meist mehreren Gründen bzw. Auslösern von Obdachlosigkeit dar (Riesenfelder/Danzer 2016; Riesenfelder et al. 2012).

Unbestritten ist der Umstand, dass wohnungslose Personen sowohl psychisch als auch physisch einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Personen der Allgemeinbevölkerung. Typische ‚Wohnungslosenerkrankungen‘, wie beispielsweise Tuberkulose, werden schon seit längerem wissenschaftlich untersucht. Schlechte Hygienebedingungen auf der Straße und in Unterkünften, in denen eine Vielzahl an Personen untergebracht sind, dürften hier ausschlaggebend sein (Jahn et al. 2017). Fazel, Geddes und Kushel (2014) legten eine umfangreiche Metaanalyse relevanter Studien zum gesundheitlichen Zustand obdach- und wohnungsloser Personen in den ‚high-income‘-Ländern vor. Diese Studie kam zum Ergebnis, dass die Mortalitätsrate wohnungsloser Personen bedeutend höher ist als unter der allgemeinen Bevölkerung. Gründe dafür sind Infektionskrankheiten, Herzerkrankungen, Substanzmissbrauch und äußere Ursachen wie Verletzungen, Suizide, Homizide oder Vergiftungen (Fazel et al. 2014). Klotz, Till und Wisbauer (2018) kamen in Österreich zum selben Ergebnis: obdachlose Personen haben eine nochmal deutlich geringere Lebenswartung als armutsbetroffene Personen. Personen, die von manifester Armut³ betroffen sind, sterben deutlich früher als Personen, die davon nicht betroffen sind. So sterben Männer um 11,2 Jahre und Frauen um 4,4 Jahre früher. Die Übersterblichkeit von wohnungslosen Männern hingegen liegt bei 20

³ Glaser und Blüher (2020) beschreiben manifeste Armut als eine Lebenssituation, in der Personen gleichzeitig zwei oder drei Kriterien für Ausgrenzungsgefährdung aufweisen, weshalb synonym auch das Wort „Mehrfach-Ausgrenzungsgefährdung“ verwendet wird (BMSGPK 2020: 18).

Jahren (Klotz et al. 2018). Ältere wohnungslose Personen versterben grundsätzlich genauso wie Personen der Allgemeinbevölkerung an typischen Alterserkrankungen, allerdings um 10-15 Jahre früher als Personen, die nicht von Wohnungslosigkeit betroffen sind (Baggett et al. 2013, zit. n. Fazel et al. 2014). Zudem kommt es unter obdach- und wohnungslosen Personen öfter zu Unfällen, Verletzungen und Schädel-Hirn-Traumata (Topolovec-Vranic et al. 2012, zit. n. Fazel et al. 2014). Außerdem leiden obdachlose Patient:innen überdurchschnittlich oft an chronischen Wunden, Zahnproblemen, schlechter psychischer Gesundheit und unbehandelten psychiatrischen Störungen sowie Multimorbidität, also mehreren Erkrankungen gleichzeitig. Prekäre Lebensumstände verursachen Stress, der sich psychisch oder physisch in unterschiedlichem Ausmaß manifestieren kann. Beispielsweise verschlimmern sich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus unter Stress (Christanell 2019: 13).

In einer Erhebung unter Nutzer:innen der Winternothilfe wurde mittels Proxy-Einschätzung durch eine Fachkraft bei 22% der Personen, die keine Perspektive auf eine FSW-Förderung haben, ein medizinischer Bedarf durch eine psychische und physische Beeinträchtigung identifiziert. Für 67% der Personen wurde ein medizinischer Bedarf für eine *psychische* Beeinträchtigung und für 11% wurde ein medizinischer Bedarf für eine *physische* Beeinträchtigung festgestellt. Unter den Personen über 50 Jahren wiesen 33% einen medizinischen Betreuungsbedarf auf. Aufgrund des fehlenden Vertrauensverhältnisses zwischen Fachkraft und Klient:innen kann laut den Autor:innen der Studie von einem absoluten Mindestmaß ausgegangen werden, der eigentliche Anteil wird um einiges höher geschätzt (Riesenfelder/Danzer 2016).

Umgekehrt wurde mittlerweile auch schon empirisch festgestellt, dass sich eine Wohnversorgung positiv auf den Gesundheitszustand obdach- und wohnungsloser Personen auswirkt. So kamen beispielsweise Baxter et al. (2019) zum Ergebnis, dass für Personen, die nach dem ‚Housing First¹-Ansatz⁴ mit Wohnraum versorgt wurden, weniger Besuche in der

⁴ 'Housing First' wird im Gegensatz zum traditionellen 'Treatment First'-Modell definiert, das eine zeitlich begrenzte Unterbringung zusammen mit Dienstleistungen zur Bewältigung der gesundheitlichen Problemstellungen, insbesondere des Substanzkonsums, vorsieht. Die Klient:innen gehen dann in eine Übergangswohnung über, bevor sie eine dauerhafte Wohnung erreichen; dies ist (oft) an eine psychiatrische Behandlung bzw. eine Behandlung von Substanzkonsum gebunden. Der 'Housing First'-Ansatz zielt darauf ab, Klient:innen beim Zugang zu einer dauerhaften Wohnung als ersten Schritt zur Überwindung von Ob-

Notaufnahmen zu registrieren waren und sich ihre Aufnahmen und Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern verringerten. In Kapitel 1.3.2 wird dieses Thema nochmal aus ökonomischer Perspektive thematisiert.

1.2. Obdachlose EU-Bürger:innen in Wien (BW)

Das folgende Kapitel dient dazu, die Gruppe der obdachlosen EU-Bürger:innen in der Wiener Wohnungslosenhilfe zu verorten. Nachdem eine Beschreibung der Personengruppe(n) erfolgt, werden Bedarfe ermittelt und die Angebote der Wohnungslosenhilfe, zu denen die Gruppe der obdachlosen EU-Bürger:innen Zugang hat, vorgestellt.

1.2.1. Beschreibung der Personengruppe

Mit der EU-Erweiterung im Jahr 2004 wurde in den niederschweligen, ambulanten Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe ein Anstieg an obdachlosen EU-Bürger:innen registriert, welche keine sozialrechtlichen Ansprüche in Wien haben (Chwistek 2013: 1). Zurückzuführen ist das auf Armut und wenig Perspektiven in den Herkunftsländern, welche durch die Einführung der Personenfreizügigkeit innerhalb der EU zu einem Anstieg innereuropäischer Migration führte. Es handelt sich dabei somit um kein Wiener Phänomen, auch andere Städte der EU wie Berlin, London oder Paris betrifft das Thema Migration und Obdachlosigkeit (Chwistek 2013: 2). Obdach- und Mittellosigkeit unter Migrant:innen ist in den letzten Jahren in vielen europäischen Ländern zu einem Thema von wachsender Besorgnis geworden, insbesondere in Bezug auf Asylsuchende, ‚irreguläre‘ Migrant:innen und zunehmend auch Wirtschaftsmigrant:innen aus Mittel- und Osteuropa (Fitzpatrick et al. 2012). Soziale Ungleichheit zwischen EU-Mitgliedsstaaten ist eine der zentralen treibenden Kräfte innereuropäischer Migration (Dauderstädt/Keltek 2018).

Obdachlose EU-Bürger:innen sind eine Personengruppe, die verhältnismäßig stark von akuter Obdachlosigkeit betroffen ist (Krivda 2018: 26, Beeck et al. 2020: 55f.). Seit mehreren Jahren dürfte die Anzahl der akut obdachlosen EU-Bürger:innen, trotz Ausweitung des Winterpakets und Ängsten rund um Pull-Faktoren, den Beobachtungen der Ex-

dachlosigkeit zu unterstützen. Die Bereitstellung von Wohnraum ist nicht von der Einhaltung der medizinischen Behandlung oder der Abstinenz von Drogen abhängig (Baxter et al. 2019)

pert:innen der Wohnungslosenhilfe zufolge relativ stabil sein (Beeck et al. 2020: 55f.).

Die Gruppe nur notversorgter, obdachloser EU-Bürger:innen stellt sich als heterogen dar. Gemein ist ihnen eine fehlende Anspruchsberechtigung auf sozialrechtliche Leistungen in Wien. In der Praxis der Wohnungslosenhilfe wird die Personengruppe, resultierend aus dem fehlenden Anspruch auf Leistungen der Wohnungslosenhilfe, oft ‚Nicht-Anspruchsberechtigte‘ genannt. Diese rechtlichen Rahmenbedingungen werden in Kapitel 1.2.2 noch näher ausgeführt. Der Begriff ‚Nicht-Anspruchsberechtigte‘ erfährt zunehmend Kritik, da er auf eine Reproduktion diskriminierender Praktiken in der Wohnungslosenhilfe schließen lässt (Füchslbauer 2017). Daher wird heute vermehrt von obdachlosen EU-Bürger:innen bzw. unversorgten EU-Bürger:innen gesprochen (I13). Auch in der vorliegenden Arbeit wurde der Begriff ‚nicht-anspruchsberechtigt‘ weitgehend vermieden. Um die Umstände möglichst korrekt im Begriff zu integrieren, wird die Zielgruppe als ‚notversorgte, obdachlose EU-Bürger:innen‘ benannt.

Die Heterogenität der Gruppe zeigt sich in den Lebensgeschichten. In den Interviews, die mit Bewohner:innen der untersuchten Einrichtung geführt wurden, zeigte sich, wie unterschiedlich die Lebensgeschichten betroffener Personen sind. Eine Person erzählte, dass sie an Schizophrenie erkrankt ist, zuvor in der Kohleindustrie gearbeitet hat und noch zu jung ist, um aufzugeben (I4). Eine andere Person berichtete, dass einige Dinge zusammengekommen sind, die dazu geführt haben, dass sie jetzt dort ist, wo sie ist: sie ist nach Österreich gekommen, um den schwer erkrankten Vater zu pflegen und wurde vom Vater mitfinanziert. Als dieser verstarb, kündigte auch der Vermieter das Mietverhältnis, die Covid-19-Pandemie sorgte für Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt, hinzu kam Alkoholkonsum zur ‚Selbstmedikation‘. Durch physische Erkrankungen ist die Angst vor einer Covid-Erkrankung groß, die Versorgung und Situation von Covid-19 im Heimatland ist zudem besorgniserregend (I5):

"Originally I came here,... well I was an interior architect and was working in the Middle East, then there was a recession. And so a lot of a people lost their jobs, which also coincided with my father having pneumonia, therefore I came over to Austria to look after him. Unfortunately, he died just over a year ago. He had a history of serious illnesses, heart is-

sues and dementia. During an operation to place a stent he got an infection and died from that. I found it hard to get a job over here. My father was the one working and when he got ill, that dramatically changed things. At the moment it is especially hard to get a job due to Corona, it is even difficult to just get out of the country back to England. Anyway, I went originally to the Red Cross at Darwingasse and they were very helpful and they suggested this place and then I got here. I got pretty sick along the way and took to drinking an awful lot of alcohol. I have cirrhosis of the liver... So they recommended that I came here and I am getting also treated by Neunerhaus. [...] I had many, many tests for the liver and my heart and I'm seeing an urologist. So it all gradually evolved how I came to be here. Neunerhaus and the Red Cross were assisting me with finding a place for me, since the place I was staying at, the landlord wanted to re-let it. So that meant that I was out of there. It is a complicated series of events. And when they hit, they all hit at once" (I5: 01:30).

Eine andere Person war schon lange in Österreich und als Koch tätig. Mehrere Herzinfarkte und Diabetes macht das Arbeiten unmöglich, die Person bekommt zwar schon Alterspension, allerdings zu wenig, um sich Wohnung und Leben leisten zu können (I6). Eine andere Person verließ nach dem Fall des Eisernen Vorhangs das Heimatland, war viel in Europa unterwegs, arbeitet da und dort. In den letzten Jahren prekarierte sich ihre Situation, wegen eines exzessiven Alkoholkonsums landete die Person auf der Straße, wo sie in einem sehr prekären Zustand gefunden wurde. Nach ein paar Nächten in einem Notquartier des Winterpakets äußerte die Person den Wunsch, sich einem Alkoholentzug zu unterziehen woraufhin die Ärztin des Louisebus, der sie diesen Wunsch schilderte, einen Einzug in die Untersuchungseinrichtung einleitete (I7).

„Ich war auf der Straße. Man hat mich dort gefunden. Dann war ich in Pavillon 8 da hab ich ein paar Nächte übernachtet. Dann war ich im Louisebus ich brauchte einen Arzt. Ich wollte einfach aufhören mit Trinken, das war mein größtes Problem. Deshalb war ich auch auf der Straße. Ich hab immer mehr getrunken. Ich konnte nicht aufhören, aber ich wollte es. Ich habe es der Ärztin im Louisebus gesagt und sie hat diesem Platz für mich gefunden. Ich war bei Dr. XX, ist ein Psychiater. Hat mir Tabletten verschrieben damit ich es leichter habe mit der Entwöhnung.... So weit so gut. Die Tabletten sind für eine lange Zeit, ich weiß nicht was ich dazu sonst sagen soll... Ich bin seit 7 Jahren auf der Straße kann man sagen. Zuhause habe ich niemanden, ich komme aus der Slowakei. Sobald die Grenze geöffnet war 1989 habe ich Deutsch gelernt, weil ich es wollte und dann bin ich durch ganz Europa gefahren. Hier und da habe ich ein wenig gearbeitet, aber ich war nirgendwo allzu lange. Ich kann es nicht. Und nun seit fast 8 Jahren wie gesagt bin ich jetzt auf der Straße. Ich habe für eine Agentur gearbeitet und die ist einfach verschwunden und da ich zuhause niemanden habe... naja. Mal schauen vielleicht kom-

me ich noch auf die Beine, also ich hoffe es.... Mal schauen. Nicht alles kann man alleine schaffen" (I7: 00:32).

Auch wenn sich die einzelnen Lebensgeschichten nicht verallgemeinern lassen und auch nicht generalisiert werden sollen, lassen sich gewisse Untergruppen unter obdachlosen EU-Bürger:innen herausfiltern. Krivda (2018) identifizierte folgende fünf Gruppen unter obdachlosen EU-Bürger:innen: Arbeitsmigrant:innen, Armutsmigrant:innen, verfestigt obdachlose Personen aus Grenzländern, verfestigt obdachlose Personen mit Lebensmittelpunkt in Wien und ‚gestrandete‘ Personen. Im Folgenden sollen die Klient:innengruppen nach Krivda (2018: 27f.) kurz skizziert werden:

Arbeitsmigrant:innen

Personen, die sich dieser Gruppe zuordnen lassen, sind primär mit der Motivation nach Österreich gekommen, Arbeit zu finden und langfristig in Österreich zu bleiben, weshalb ein legaler Aufenthalt und ein Arbeitsvertrag angestrebt werden. Großteils handelt es sich bei diesen Personen um junge Männer bis Männer mittleren Alters mit kaum gesundheitlichen Problemen, die zwar Familie und Wohnmöglichkeit im Heimatland haben, allerdings wenige berufliche Perspektiven. Die Personen sind großteils gering bis mittel qualifiziert, teilweise bringen sie auch einen Lehrberuf mit. In der Regel finden sie Tätigkeiten in der Baubranche, Gastronomie oder Reinigung.

Armutsmigrant:innen

Personen dieser Gruppe sind mit der Motivation in Österreich, möglichst rasch Geld zu verdienen. Prekäre Lebensumstände in den Herkunftsländern wie fehlende bzw. nicht finanzierbare medizinische Versorgung und/oder ungedeckte Heizkosten führen dazu, dass die Personen nach Österreich kommen. Oftmals pendeln die Personen zwischen dem Herkunftsland und Österreich, die (familiäre) Verankerung in der Heimat ist stark. Die Personen arbeiten undokumentiert, respektive sowohl ohne Papiere als auch ohne Rechte. Mit dem Verkauf von Straßenzeitungen, Bettelerei oder Straßenmusik wird versucht, Geld zu sammeln. Für diese Personen bestehen kaum Perspektiven in Österreich, im Heimatland gestalten sich diese prekär.

Verfestigt obdachlose Personen aus Grenzländern

Bei Personen, die dieser Personengruppe zuzuordnen sind, handelt es sich um Menschen, die bereits im Herkunftsland obdachlos waren und dort keine Ressourcen wie Familie oder Wohnmöglichkeit haben. Auch im Heimatland wurden Sozialangebote wie Schlafquartiere oder Tageszentren wahrgenommen. Teilweise handelt es sich dabei um junge Menschen, die aus der Kinder- und Jugendhilfe des Heimatlandes mit der Volljährigkeit entlassen werden. Diese Personengruppe kennzeichnet sich zudem durch einen schlechten psychischen oder physischen Gesundheitszustand, teilweise ist keine Arbeitsfähigkeit vorhanden. Weder in Österreich noch im Herkunftsland bestehen Perspektiven.

Verfestigt obdachlose Personen mit langjährigem Lebensmittelpunkt in Österreich

Personen dieser Gruppe kamen vor Jahren nach Österreich, anfangs als Arbeitsmigrant:innen und wurden im Laufe der Jahre obdachlos. Ihr Lebensmittelpunkt befindet sich seit langem in Österreich. Undokumentierte Arbeitsverhältnisse, einhergehend mit fehlenden Versicherungszeiten, führen zu fehlenden Ansprüchen in Österreich, es besteht weder ein Zugang zu Versicherung, Sozialleistungen noch Angeboten der Wohnungslosenhilfe. Aufgrund des jahrelangen Aufenthalts in Österreich ist eine Rückkehr in das Herkunftsland keine Möglichkeit, da dort keine Kontakte oder Ressourcen mehr bestehen. Ebenso wie die vorhergegangene Gruppe befinden sich diese Personen in einem schlechten psychischen oder physischen Gesundheitszustand, sie weisen Suchterkrankungen auf und sind daraus folgend teilweise nicht arbeitsfähig. Weder in Österreich noch im Herkunftsland bestehen Perspektiven.

„Gestrandete“ Personen

In Österreich „gestrandete“ Personen sind erst sehr kurz in Österreich. Falsche Arbeitsversprechungen oder Menschenhandel sind oftmals der Grund für ihren Aufenthalt in Österreich. Großteils besteht der Wunsch der Rückkehr ins Heimatland. Zudem sind „gestrandete“ Personen oftmals aufgrund psychischer Erkrankungen nach Österreich gekommen. Stigmatisierung im bekannten Umfeld oder das Gefühl, verfolgt zu werden, führen zum Wunsch, sich in Wien ein neues Leben aufzubauen.

Weitere Merkmale obdachloser EU-Bürger:innen

Im Jahr 2016 wurde eine Grundlagenerhebung des L&R Forschungsinstituts unter den Nutzer:innen des Winterpakets durchgeführt (Riesenfelder/Danzer 2016). Für 75% der Nutzer:innen war keine Förderbarkeit gemäß FSW-Richtlinien möglich (Riesenfelder/Danzer 2016: 7). 81% dieser ‚ungeförderten‘ Personengruppe waren EU-Bürger:innen⁵. Die Zielgruppe der Untersuchungseinrichtung stellen ebendiese ‚nicht anspruchsberechtigten‘ EU-Bürger:innen dar und finden sich dadurch zu einem Großteil in der Grundlagenerhebung wieder. Somit kann die Studie des L&R Forschungsinstituts als repräsentativ angenommen und herangezogen werden, um die Situation der besagten Gruppe näher zu beschreiben.

Frauen stellen in dieser Gruppe nur einen kleinen Anteil dar. 85% der Nutzer:innen, welche die Kriterien einer FSW-Förderung nicht erfüllten, waren Männer (Riesenfelder/Danzer 2016: 7). Grundsätzlich ist der Geschlechteranteil migrierter EU-Bürger:innen in Österreich allerdings sehr ausgewogen. In absoluten Zahlen lebten zum Stichtag 1.1.2020 378.663 Frauen mit einer Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes in Österreich, während 378.757 Männer derselben Gruppe in Österreich lebte (Statistik Austria 2020b). Wie bereits in Kapitel 1.1 konstatiert, dürften Frauen andere Bewältigungsstrategien für prekäre Lagen wählen und sich öfter in Gewalt- und Abhängigkeitsbeziehungen als in akuter Obdachlosigkeit befinden (VWWH 2018: 20).

77% der Nutzer:innen gaben an, nach Wien gekommen zu sein, um Arbeit zu finden und Geld zu verdienen, 14% kamen aufgrund einer ungenügenden Wohnsituation im Einreiseland und 16% aufgrund privater Umstände wie Scheidungen oder der Versuch eines Neuanfanges nach Österreich (Riesenfelder/Danzer 2016: 16f.). Auch wenn der Großteil mit der Motivation, eine Arbeit zu finden, nach Wien kam, so machte die Erhebung ersichtlich, dass nur 10% der Nutzer:innen, die die Förderkriterien einer FSW-Förderung nicht erfüllten, einer Beschäftigung nachgingen, davon nur 2% mit Nachweis. 73% sind arbeitssuchend, 6%

⁵ 77% der Befragten ohne Anspruchsberechtigung auf eine Leistung des FSW hatten eine Staatsbürgerschaft der neuen EU-Mitgliedsstaaten (davon 31% rumänisch, 20% ungarisch und 10% slowakisch), 4% der alten EU-Mitgliedsstaaten, 14% kamen aus Drittstaaten und 5% hatten eine österreichische Staatsbürgerschaft (Riesenfelder/Danzer 2016: 8).

nach eigener Aussage arbeitsunfähig und 5% hatten keinen Arbeitsmarktzugang (Riesenfelder/Danzer 2016: 19f.).

Unter den Nutzer:innen waren 37% der Befragten vor der Nutzung des Winterpakets in Wohneinheiten (Mitbenützung einer Wohnung, eigene Wohnung, nicht-konventionelle Wohneinheiten) untergebracht. 56% waren zuvor wohnungslos ohne dauerhaftem Wohnort, davon 28% ohne Unterkunft auf der Straße, 16% in einer temporären Unterkunft ohne Meldeadresse und 13% in einem Notquartier (Riesenfelder/Danzer 2016: 18f.).

Etwa 30% der Nutzer:innen waren bis zu 35 Jahre, 40% zwischen 36 und 49 Jahre und 28% über 50 Jahre alt. Das Medianalter waren 42 Jahre und es befanden sich Personen in der Altersspanne zwischen 18 und 73 Jahren unter den erhobenen Nutzer:innen (Riesenfelder/Danzer 2016: 7).

1.2.2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Folgender Abschnitt soll einen Überblick zu jenen rechtlichen Rahmenbedingungen bieten, die dazu führen, dass obdachlose EU-Bürger:innen oftmals keine Versorgung durch die Stadt Wien erhalten. Zuerst werden aufenthaltsrechtliche Aspekte, danach der Zugang zu Leistungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und zuletzt Aspekte betreffend der bedarfsorientierten Mindestsicherung aufgezeigt.

Aufenthaltsrecht

Grundsätzlich gilt für EU-Bürger:innen im Rahmen der Arbeitnehmer:innenfreizügigkeit ein unionsrechtliches Aufenthaltsrecht in Österreich. Innerhalb von vier Monaten nach ihrer Ankunft in Österreich müssen sie allerdings bei der zuständigen Niederlassungsbehörde (MA35 in Wien) eine Anmeldung vornehmen und nachweisen, dass sie:

- entweder in Österreich als Arbeitnehmer:in bzw. selbstständig arbeiten
- *oder* über ausreichend Mittel zur Selbsterhaltung sowie über eine Krankenversicherung für sich und Familienmitglieder verfügen

- *oder* eine Ausbildung absolvieren und über ausreichend Mittel zur Selbsterhaltung sowie über eine Krankenversicherung für sich und Familienmitglieder verfügen (BMI 2021).

Leistungen der Wiener Wohnungslosenhilfe

Die Wohnungslosenhilfe in Österreich liegt im Kompetenzbereich der Länder. In Wien ist die Umsetzung der Unterstützungsangebote beim Fonds Soziales Wien verankert (FSW) (Chwistek 2013: 4). Um Zugang zu einer mittel- bis längerfristigen Leistung der Wohnungslosenhilfe zu erhalten, muss für die betroffene Person eine Förderbewilligung vorliegen. Diese wird vom Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe ausgestellt. Um als ‚förderwürdig‘ zu gelten, müssen folgende Kriterien erfüllt sein (FSW 2018b):

1. Obdachlosigkeit oder Wohnungslosigkeit
2. Vorliegen einer sozialen Notlage
3. Unterstützungsbedarf
4. Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen und in angemessener und zumutbarer Weise zur Abwendung, Bewältigung oder Überwindung der Obdachlosigkeit bzw. Wohnungslosigkeit beizutragen
5. Einkommen zumindest in Höhe der Mindeststandards nach den Bestimmungen des Wiener Mindestsicherungsgesetzes und/oder Leistungen nach dem Wiener Mindestsicherungsgesetz
6. Kein Vermögen
7. Österreichische Staatsbürgerschaft oder Gleichstellung
8. Lebensmittelpunkt in Wien

In Einzelfällen, sogenannten ‚Härtefällen‘, kann von der strikten Einhaltung der Kriterien etwas abgesehen werden (Riesenfelder/Danzer 2016: 6). Krivda (2018: 58f.) stellte in ihrer Forschung fest, dass es in den letzten Jahren zunehmend zu einer Verschärfung der Förderkriterien gekommen ist. Beispielsweise dürfte von EU-Bürger:innen eine Bescheinigung des Daueraufenthalts verlangt werden, wobei ‚Gleichstel-

lung` unter Punkt 7 im Sinne des Wiener Sozialhilfegesetzes verstanden wird und somit eine Erwerbstätigkeit oder eine Erwerbstätigeneigenschaft genügen würde. Zudem dürfte von Personen eine Anmeldebescheinigung verlangt werden, die bereits eine Bescheinigung des Daueraufenthalts haben und vor 2006 nach Österreich kamen, und damit keiner rechtlichen Verpflichtung unterliegen, eine Anmeldebescheinigung zu beantragen. Vielen durch die WWH versorgten Personen wurde mit diesem Schritt die Förderbewilligung entzogen, wenn sie die Unterlagen nicht vorlegen konnten und wurden damit von der Wohnungslosenhilfe auf die Straße gesetzt (Krivda 2018: 59; Beeck et al. 2020: 55f.).

Bedarfsorientierte Mindestsicherung

Sehr eng verknüpft mit dem Thema Obdach- und Wohnungslosigkeit ist das Thema materielle Grundsicherung. Ist eine Person erwerbstätig, so tritt ab einem Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze ein gesetzlich verpflichteter Sozialversicherungsschutz in Kraft (GK 2021). Kann keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen werden, beispielsweise, weil keine Arbeit gefunden wird oder die Person nicht arbeitsfähig ist, oder liegt das Erwerbseinkommen unter einem gewissen Richtsatz, so ist nach dem Subsidiaritätsprinzip die Mindestsicherung – nach Leistungen wie Arbeitslosengeld und Notstandshilfe – das letzte finanzielle Netz im sozialen Sicherungssystem in Österreich (BMASK 2018). Laut Wiener Mindestsicherungsgesetz haben EU-Bürger:innen nach fünf Jahren Aufenthalt in Österreich einen Anspruch auf Mindestsicherung, allerdings nur dann, wenn sie erwerbstätig sind oder eine Erwerbstätigeneigenschaft vorweisen: „Staatsangehörige eines EU- oder EWR-Staates oder der Schweiz, wenn sie erwerbstätig sind oder die Erwerbstätigeneigenschaft nach § 51 Abs. 2 Bundesgesetz über die Niederlassung und den Aufenthalt in Österreich (Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz – NAG) erhalten bleibt oder sie das Recht auf Daueraufenthalt nach § 53a NAG erworben haben“ (Wiener Mindestsicherungsgesetz 2021).

Die Erwerbstätigeneigenschaft bleibt Arbeitnehmer:innen erhalten, wenn der oder die EU-Bürger:in (Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz 2021):

1. „wegen einer Krankheit oder eines Unfalls vorübergehend arbeitsunfähig ist;

2. sich als Arbeitnehmer bei ordnungsgemäß bestätigter unfreiwilliger Arbeitslosigkeit nach mehr als einjähriger Beschäftigung der zuständigen regionalen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservice zur Verfügung stellt;
3. sich als Arbeitnehmer bei ordnungsgemäß bestätigter unfreiwilliger Arbeitslosigkeit nach Ablauf seines auf weniger als ein Jahr befristeten Arbeitsvertrages oder bei im Laufe der ersten zwölf Monate eintretender unfreiwilliger Arbeitslosigkeit der zuständigen regionalen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservice zur Verfügung stellt, wobei in diesem Fall die Erwerbstätigeneigenschaft während mindestens sechs Monaten erhalten bleibt, oder
4. eine Berufsausbildung beginnt, wobei die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigeneigenschaft voraussetzt, dass zwischen dieser Ausbildung und der früheren beruflichen Tätigkeit ein Zusammenhang besteht, es sei denn, der Betroffene hat zuvor seinen Arbeitsplatz unfreiwillig verloren.“

Die eben skizzierten rechtlichen Rahmenbedingungen sollen die enge Verwobenheit von Arbeit, Aufenthalt, materieller Grundsicherung, Versicherungsschutz und Obdachlosigkeit aufzeigen. Arbeitslosigkeit wirkt sich auf den Aufenthaltsstatus aus, der Aufenthaltsstatus auf einen Mindestsicherungsanspruch und den Anspruch auf Leistungen der Wohnungslosenhilfe. Ein Schlüsselement stellt der Zugang bzw. die Chancen am Arbeitsmarkt dar. Je prekärer die Situation betroffener Personen, desto schwieriger gestaltet sich für sie allerdings die Lage am Arbeitsmarkt.

Nachdem bisher eine Erläuterung der Problemlage obdachloser EU-Bürger:innen vorgenommen wurde, sollen im folgenden Abschnitt jene Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe vorgestellt werden, zu denen ebenjene Zielgruppe Zugang hat.

1.2.3. Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe für obdachlose EU-Bürger:innen

Die Wiener Wohnungslosenhilfe bietet ein breites Angebotsspektrum, das von Beratungsangeboten bis hin zur Betreuung von Personen in ihren eigenen Wohnungen reicht. Davon steht der Zielgruppe allerdings

nur ein begrenzter Teil zur Verfügung. Gilt eine Person nicht als ‚förderwürdig‘, das heißt, sie erfüllt die in Kapitel 1.2.2 erläuterten FSW-Kriterien nicht, wird den Personen oft eine Rückkehr ins Heimatland (bzw. Bundesland innerhalb Österreichs) nahegelegt. Wenn dieser Schritt nicht gemacht wird, sei es, weil es kein ausreichendes Unterstützungsangebot im Heimatland gibt, kein Kontakt mehr zur Familie besteht, die Anonymität der Großstadt Wien der eigenen Situation entgegenkommt, der gesundheitliche Zustand es nicht erlaubt – dann bleibt in vielen Fällen nur die Straße und die Nutzung jener Angebote, für deren Inanspruchnahme es keiner Förderbewilligung bedarf.

Im Rahmen der Uni-brennt-Bewegung im Jahr 2009 mit der Besetzung des Audimax der Uni Wien wurden zahlreiche Kampagnen, Initiativen und Pressekonferenzen initiiert, die in weiterer Folge dazu führten, dass der Druck auf die Stadt Wien stieg, sich der prekären Situation obdachloser EU-Bürger:innen anzunehmen. Infolgedessen entstand das Winterpaket, welches in den Wintermonaten zeitlich befristete Notquartiersplätze und Wärmestuben bereitstellt. Im Jahr 2010 eröffnete die Zweite Gruft, eine ganzjährig geöffnete Notschlafstelle für EU-Bürger:innen. Im Jahr 2011 öffnete zudem das Tageszentrum JOSI des FSW auch für eine basale Grundversorgung ebendieser Personengruppe. Im selben Jahr entstand die Sozial- und Rückkehrberatung aus einer Kooperation von Caritas Wien und FSW, um obdachlosen EU-Bürger:innen eine Anlaufstelle für Beratungen zu bieten (Chwistek 2013: 5f.).

Im Folgenden sollen jene Angebote der Wohnungslosenhilfe beschrieben werden, zu denen obdachlose EU-Bürger:innen ohne sozialrechtlichen Anspruch in Wien Zugang haben.

Winterpaket

In der Zeit zwischen November und April werden von der Stadt Wien seit 2009 im Rahmen des Winterpakets auch für Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche Schlafplätze zur Verfügung gestellt. Im Winter 2019/20 umfasste diese Zusatzleistung 916 Notquartiersplätze für Einzelpersonen und Paare, 21 Notquartiersplätze für Familien sowie 145 Plätze in Wärmestuben, welche Aufenthaltsmöglichkeiten untertags darstellen (FSW 2019b). Die Nutzung dieser Plätze steht auch Personen ohne Anspruch auf eine Leistung der Wiener Wohnungslosenhilfe zur

Verfügung. Zentral ist dabei das Vorhaben, dass in Wien in den kalten Wintermonaten niemand auf der Straße schlafen muss (Riesenfelder/Danzer 2016). Aus der Winternothilfeerhebung im Jahr 2016 ging hervor, dass 12% der Nutzer:innen des Winterpakets die Voraussetzung für eine Förderung durch den FSW erfüllten. 75% der Nutzer:innen erfüllten die Richtlinien nicht, 13% befanden sich noch in einem ungeklärten oder unbekanntem Förderstatus (Riesenfelder/Danzer 2016). Trotz des Angebots gibt es immer noch Personen, die keinen Zugang zum Winterpaket finden (Beeck et al. 2020: 55f.). Im Jahr 2020 wurde das Winterpaket pandemiebedingt bis August verlängert (I17). Auch im Jahr 2021 wird das Notquartierangebot mit rund 800 Plätzen voraussichtlich bis Ende Juli verlängert (APA 2021).

Chancenhäuser

Mit Stand Dezember 2019 gab es in Wien vier Chancenhäuser mit insgesamt 389 vorübergehenden Wohnplätzen (FSW 2019b). Im Sommer und Herbst 2018 wurden die ersten beiden Chancenhäuser eröffnet (FSW 2018a). Die Anzahl an Chancenhausplätzen soll weiter ausgebaut werden. Bis 2022 sollen es insgesamt 650 Plätze sein (FSW 2019a).

Die Chancenhäuser bieten einen voraussetzungslosen Zugang zu einem vorübergehenden, grundsätzlich auf drei Monate befristeten Wohnplatz, um mögliche Perspektiven abzuklären, auch für die hier beschriebene Personengruppe (FSW 2019a). Perspektiven können dabei die Abklärung eines sozialrechtlichen Anspruchs in Wien, eine nachfolgende Wohnversorgung über Gemeindewohnungen oder die Wiener Wohnungslosenhilfe sowie auch eine Rückkehr ins Heimatland bedeuten (FSW 2018a). In Chancenhäusern stehen Einzel- und Doppelzimmer, Gemeinschaftsküchen und -sanitärräume zur Verfügung. Ein großer Unterschied zu den Notquartieren besteht darin, dass die Bewohner:innen die Einrichtung morgens nicht verlassen müssen. Chancenhäuser setzen somit auf Entlastung durch einen Rückzugsort und ermöglichen eine kontinuierliche Beratung und Betreuung. Für die Nutzung eines Chancenhausplatzes fallen für die Bewohner:innen Kosten von 6 Euro am Tag an (Obdach Wien 2021). In den Erhebungen der Wirkungsanalyse der WWH im Winter 2019/20 wurde von einigen Mitarbeiter:innen der Wohnungslosenhilfe angemerkt, dass aufgrund von fehlenden Kapazitäten

ten, Perspektiven und Nachfolgeangeboten Menschen ohne Perspektive auf eine Förderbewilligung durch den FSW diesen Zugang de facto mehrheitlich nur in der Theorie, aber nicht in der Praxis haben (Beeck et al. 2020).

Tageszentren

Mit Stand Ende 2019 stehen obdach- und wohnungslosen Personen acht Tageszentren mit insgesamt 600 Plätzen zur Verfügung (FSW 2019b). In Tageszentren haben obdachlose Personen einen Ort zum Tagesaufenthalt, Zugang zu einer Post- und Meldeadresse, zu sozialarbeiterischer Beratung, Rückzugsräumen sowie zu Tagesbetten. Zudem stehen ihnen Waschmaschinen, Trockner, Duschen und Hygieneartikel zur Verfügung. Weiters können sie Wertsachen und Dokumente in Schließfächern deponieren. Außerdem erhalten Besucher:innen der Tageszentren kostenlose oder sehr günstige Mahlzeiten, Zugang zu Unterstützungsangeboten wie Psychiater:innen und teilweise Psychotherapeut:innen, sowie Freizeitangeboten wie beispielsweise Malkursen.

Streetwork

Die Sozialarbeiter:innen von Streetwork suchen obdachlose Personen an den Orten im öffentlichen Raum auf, an denen sie sich üblicherweise aufhalten. Sie bieten dabei vor allem eine Grundversorgung mit Schlafsäcken und Nahrung an. Kontaktaufnahme, Beziehungsaufbau und Vermittlung an weitergehende Einrichtung wo möglich, sind essentielle Bestandteile dieser Arbeit. Im Winter wird die Präsenz von Streetworker:innen im öffentlichen Raum verstärkt. Das Kältetelefon und die Kälteapp ermöglichen Passant:innen, die obdachlose Personen in den Wintermonaten im öffentlichen Raum vorfinden, deren Standort zu melden. Streetworker:innen besuchen diese dann an ihren Plätzen. So können mehr Personen, die den Bedarf einer Versorgung haben, ausfindig gemacht werden.

Gesundheitsangebote der Wohnungslosenhilfe

Die Personengruppe obdachloser EU-Bürger:innen in Wien ist oftmals nicht krankenversichert. Gesundheitsangebote der Wiener Wohnungslosenhilfe stellen ärztliche Versorgung ohne Krankenversicherung

und/oder Stigmatisierung zur Verfügung. Die Ärzt:innen sind sensibilisiert auf die speziellen Bedarfe, Lebensrealitäten und Versorgung wohnungs- und obdachloser Menschen. Das Leistungsangebot reicht von mobiler allgemeinmedizinischer Versorgung wie dem Louisebus, über ambulante allgemeinmedizinische und fachmedizinische Versorgung im Neunerhaus Gesundheitszentrum und ambermed als auch mobile allgemeinmedizinische Versorgung durch das Neunerhaus in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Weiters gibt es eine psychiatrische Anbindung über den PSD-Liaisondienst, welcher teilweise in Tageszentren Beratung anbietet. Die Nutzungszahlen zeigen den hohen Bedarf an medizinischer Versorgung von obdach- und wohnungslosen Personen: im Neunerhaus Gesundheitszentrum (inklusive des mobilen Angebots in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe) suchten 2018 4.892 Personen die Ärzt:innen insgesamt 32.304 Mal auf (Neunerhaus 2019a).

Spezielle Angebote für obdachlose EU-Bürger:innen

Die Anfänge einer Versorgung von obdachlosen EU-Bürger:innen machte die Einrichtung ‚Zweite Gruft‘ mit einem Tageszentrum und einer Notschlafstelle für diese Zielgruppe, damals mit einem Kurzzeit-Wohnangebot (KUWO) für gesundheitlich stark beeinträchtigte Personen, die kurzfristig eine Unterkunft benötigten (I13). Bei der Zweiten Gruft handelt es sich um eine spendenfinanzierte Einrichtung der Caritas (Krivda 2018: 6). Aus der Zweiten Gruft entwickelten sich einerseits die Beratungsstelle Sozial- und Rückkehrberatung, die betroffene Personen sozialarbeiterisch in der Perspektivenabklärung in einer Vielzahl von Sprachen unterstützt. Andererseits entwickelte sich daraus das Haus Jaro, jene Einrichtung, anhand derer die Fragestellung bearbeitet wurde (I13). Die Einrichtung richtet sich speziell an jene Personen, die aus den neuen EU-Ländern kommen, keinen Zugang zur regulären Wiener Wohnungslosenhilfe haben, nicht versichert sind und eine Unterkunft zur gesundheitlichen Stabilisierung benötigen. Sie war und ist die erste Einrichtung, die ganzjährig und ganztägig für die Zielgruppe errichtet wurde (I13). Eine nähere Beschreibung der Einrichtung wird in Kapitel 1.2.5 erfolgen.

Zudem gibt es die zivilgesellschaftlich getragenen, respektive spendenfinanzierte und sehr viel durch Freiwillige betreuten Einrichtungen der

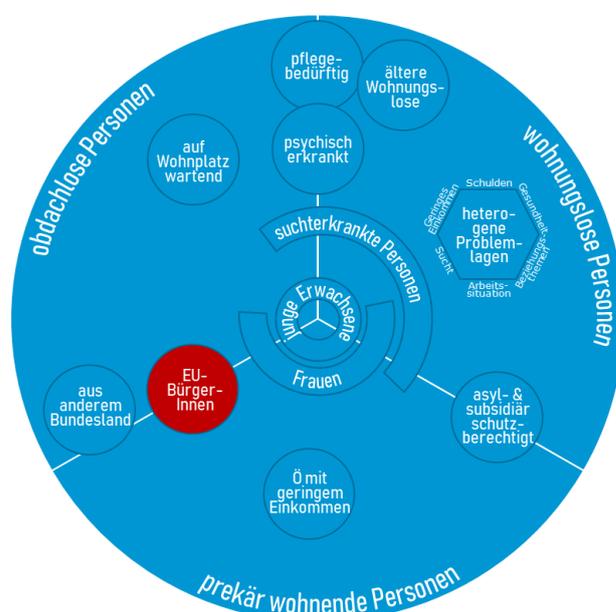
Vinzenzgemeinschaft Heiliger Lazarus-Gruppe, die VinziWerke: das VinziDorf (Dauerherberge für männliche, alkoholranke obdachlose Personen), VinziBett (Notschlafstelle für In- und Ausländer:innen) und VinziPort (Notschlafstelle für männliche EU-Bürger), sowie die VinziRast (Notschlafstelle für obdachlose Personen) (VinziRast 2021; Vinzi 2021). Diese Angebote haben in der Regel keine freien Kapazitäten zur Verfügung (Beeck et al. 2020: 55f.).

Wie Krivda (2018: 57) in ihrer Studie festhält, kommt der Zivilgesellschaft in der Versorgung obdachloser EU-Bürger:innen allgemein eine zentrale Rolle zu. Es gibt eine hohe Anzahl an freiwilligen Mitarbeiter:innen, die Einrichtungen sind auf Sach- und Geldspenden angewiesen.

1.2.4. Bedarfe aus einer unzureichenden Versorgung

In der Wirkungsanalyse der Wiener Wohnungslosenhilfe wurde zwar die gesamte Wohnungslosenhilfe in den Blick genommen, die Thematik

Abbildung 1: Bedarfsgruppen nach Beeck et al. (2020)



notversorgter EU-Bürger:innen war dabei aber eines der zentralen Themen (Beeck et al. 2020). Es wurde unter anderem eine Identifizierung von Bedarfsgruppen der WWH vorgenommen. Wie in Abbildung 1 ersichtlich, stellen obdachlose EU-Bürger:innen die Hauptgruppe jener Personen dar, die von der Wiener Wohnungslosenhilfe noch nicht ausreichend versorgt werden. Demnach befinden sich notver-

sorgte EU-Bürger:innen ohne sozialrechtliche Ansprüche entweder in Obdachlosigkeit oder wohnen unter prekären Umständen.

Viele obdachlose Personen bedienen sich der ‚Selbstmedikation‘ mit Alkohol, um körperliche und seelische Leiden weniger zu spüren (I3). Das

Fehlen von Hilfs- und Unterstützungsangebot führt zur weiteren Prekariisierung und Chronifizierung von Obdachlosigkeit. In den Erhebungen der Wirkungsanalyse der WWH berichteten die befragten Personen, dass die betroffenen Personen durch ihren schlechten körperlichen und psychischen Gesundheitszustand auffallen. Personen, die sich durch das Winterpaket stabilisieren, sind schon kurz nach dem Ende des Winterpakets wieder in einem verelendeten Zustand. Zusätzlich zum hohen medizinischen Bedarf entwickelt sich auch eine zunehmende Pflegebedürftigkeit (Beeck et al. 2020: 55f.).

Werden diese Personen pflegebedürftig, so stellt das eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Wohnungslosenhilfe dar. Die Wohnungslosenhilfe wird dabei oft als letztes Auffangnetz benutzt und pflegebedürftige Personen kommen beispielsweise in den Not schlafstellen des Winterpakets unter, wobei in diesen weder ausreichende Barrierefreiheit besteht, noch sonstige bedarfsgerechte Gegebenheiten vorhanden sind (Beeck et al. 2020: 55f.). Für das Gesundheitssystem entstehen hohe Kosten, Näheres dazu wird in Kapitel 1.3.2 ausgeführt.

Eine Lösung in Österreich für das Problem steht aus, denn Ausweisungen innerhalb des Schengenraums führen nur bedingt dazu, dass Personen in den Ländern bleiben. Auch nach vermehrten fremdenpolizeilichen Maßnahmen und Ausweisungen aus Österreich kommen die Personen teilweise wieder nach Wien zurück (Beeck et al. 2020: 55f.).

So heterogen sich die Gruppen obdachloser EU-Bürger:innen gestalten, so heterogen sind auch die Bedarfslagen der Personen. Besonders für die Gruppe der in Österreich verfestigten obdachlosen Personen ist es notwendig, eine Form der Versorgung zu etablieren, die einen Weg aus der prekären Lage ermöglicht. Thema dieser Gruppe ist das tägliche Überleben, wodurch keine Perspektivenentwicklung in irgendeine Richtung möglich ist (Beeck et al. 2020: 55f.; z.B. I13). Bedarf ist zum einen eine ganzjährige Versorgung mit ganztägiger Unterbringung. In vielen Fällen würde die Bereitstellung von einfachen Wohnmöglichkeiten der Prekarisierung entgegenwirken, in anderen Fällen bedarf es an medizinischer und sozialarbeiterischer Versorgung, um eine Perspektivenentwicklung zu ermöglichen.

1.2.5. Die Untersuchungseinrichtung⁶: Das Haus Jaro

Das Haus Jaro ist eine Einrichtung der Caritas Wien, die zu 100% durch den Fonds Soziales Wien gefördert wird. Das Haus stellt die einzige Einrichtung in der Wiener Wohnungslosenhilfe dar, die ein ganzjähriges, ganztägiges Versorgungsangebot für obdachlose EU-Bürger:innen bietet, wenn auch temporär befristet. Die Einrichtung wurde aus diesem Grund als Beispieleinrichtung gewählt: es sollte untersucht werden, wie und in welchem Ausmaß ein Versorgungsangebot, das mehr als das Mindestmaß bietet, auf die Zielgruppe selbst, aber auch auf andere Stakeholder wirkt. Im Folgenden soll diese nun genauer beschrieben werden.

Ist eine Person obdachlos, hat das einen starken Einfluss auf ihre Gesundheit und die Wohn- und Lebenssituation wiederum hat einen großen Einfluss auf die Genesung im Krankheitsfall eines Menschen. Die Beispieleinrichtung bietet obdachlosen EU-Bürger:innen, die von Armut, Ausgrenzung und Krankheit bedroht sind, einen temporären Wohnplatz:

„[Die untersuchte Einrichtung, Anm.] wurde geschaffen für obdachlose, nicht anspruchsberechtigte Menschen, die medizinische Probleme haben und eine medizinische Betreuung brauchen, die über das hinaus geht, was ein Allgemeinmediziner draußen auf der Straße leisten kann, das heißt das sind kranke Menschen, die chronische Krankheiten haben, die im Grunde über mehrere Wochen bis hin zu mehreren Monaten bei uns behandelt werden können, wir kümmern uns sozusagen, dass sie ihre Medikamente einnehmen, aber viele haben zusätzliche Probleme und es werden Untersuchungen gemacht und wir schauen, dass wir sozusagen eine konsequente medizinische Therapie für diese Menschen zur Verfügung stellen können.“ (I3 02:14)

Im Rahmen ihrer Unterbringung erhalten die Bewohner:innen Betreuung, Beratung und medizinische Versorgung. Dadurch wird eine persönliche Stabilisierung, im Sinne einer gesundheitlichen Rehabilitation bzw. im besten Fall einer Heilung, angestrebt. Um eine nachhaltige Genesung bzw. Beratung und Perspektivenabklärung zu ermöglichen, werden vor allem grundlegende Bedürfnisse gedeckt: den obdachlosen Frauen und Männern wird eine ganztägige, stabile Unterbringung bis zum Ende der vorhergesehenen Behandlung bzw. bis zur Ausheilung/Verbesserung der Krankheit geboten. Dabei wird vermehrt Privatsphäre und Schutz vor

⁶ Die angegebenen Daten und Kapazitäten entsprechen dem Stand zum 31.12.2020.

weiterer sozialer Exklusion sichergestellt; es werden drei Mahlzeiten täglich zur Verfügung gestellt; die Personen werden an eine regelmäßigen Medikamenteneinnahme erinnert und in der Beschaffung dieser unterstützt; es steht ein medizinisches Versorgungsangebot zur Verfügung. (Caritas 2021)

Die erste Deckung von Grundbedürfnissen führt dazu, dass ein Prozess der Stabilisierung bzw. Perspektivenentwicklung aller Lebensbereiche stattfinden kann. Den Bewohner:innen stehen mittels einer psychosozialen Betreuung rund um die Uhr Ansprechpartner:innen zur Verfügung, die in der Alltagsbewältigung unterstützen und gegebenenfalls auch Krisenintervention und Konfliktmanagement leisten. Sozialarbeiter:innen unterstützen und beraten unter anderem in der Abklärung von Ansprüchen und Ressourcen. Die Personen werden zudem an weiterführende Behandlungs- und Beratungsorganisationen weitervermittelt.

In der Einrichtung aufgenommene Personen sind akut wohnungslose, volljährige, ‚nicht anspruchsberechtigte‘ Einzelpersonen, die einen gesundheitlichen Unterstützungsbedarf haben. Der Großteil der Bewohner:innen sind EU-Bürger:innen, die Aufnahme Drittstaatsangehöriger befindet sich im Anstieg. Die im Zuge dieser Arbeit festgestellten Wirkungen treffen auch auf diese Zielgruppe zu.

In Untergruppen geteilt, besteht die Zielgruppe aus den hier folgenden Personen:

- obdachlose, gesundheitlich gefährdete Personen, die eine (teilweise stationäre) Behandlung hatten und/bzw. für eine Genesung eine ganztägige Unterbringung benötigen
- obdachlose Personen, die eine prä- oder postoperative Unterbringung brauchen
- langzeitobdachlose Personen, die akut Erholung und Stabilisierung brauchen und durch Streetwork bzw. Tageszentren vermittelt werden
- TBC-Ausheiler:innen (nicht mehr ansteckend, noch in Therapie)

Wie schon in Kapitel 1.2.1 ausgeführt, zeigten die qualitativen Interviews die enorm unterschiedlichen Lebensläufe der befragten Personen.

Auch die quantitative Erhebung zeigte, dass sich die Situationen der Personen enorm voneinander unterschieden.

Insgesamt stehen 70 Kurzzeitwohnplätze zur Verfügung, Frauen und Männer werden getrennt untergebracht. Coronabedingt wurden die Plätze auf 60 reduziert. Es stehen weder barrierefreie noch rollstuhlgerechte (nach Ö-Norm B1600 und B1601) Plätze zur Verfügung, weshalb ein gewisses Maß an Selbstständigkeit für einen Einzug notwendig ist. Das bedeutet, dass Sanitäranlagen selbstständig erreicht und genützt werden müssen, Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme müssen selbst erfolgen. Ist das der Fall, kann das Haus auch mit Rollstuhl genutzt werden. Personen, die einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen, das heißt auf Unterstützung angewiesen sind, sind vom Angebot ausgeschlossen. Die Einrichtung ist keine Pflegeeinrichtung, sondern eine Notversorgungseinrichtung.

Im Regelfall teilen sich zwei Personen ein Zimmer, in geringerer Anzahl gibt es Einzel- und Mehrbettzimmer. Es stehen acht gemeinschaftlich genutzte Nassräume und zwei Aufenthaltsräume zur Verfügung. In zwei hauseigenen Küchen werden dreimal täglich Mahlzeiten ausgegeben. Der Konsum von Alkohol ist in der Einrichtung nicht erlaubt, allerdings ist eine bestehende Alkoholisierung, sofern die Hausordnung eingehalten wird, erlaubt. Im Rahmen der Ausgangsbeschränkungen im Zuge der Covid-19-Pandemie wurde eine medizinisch kontrollierte Alkoholausgabe für Personen mit starker Alkoholerkrankung eingeführt. Ein Alkoholentwöhnungsprogramm steht im Begriff des Aufbaus (I3).

Bis zum Jahresende 2020 war zweimal wöchentlich eine Ärztin aus dem Team des Neunerhauses anwesend. Das allgemeinmedizinische Versorgungsangebot wird seit Jahresbeginn 2021 von einem freiwilligen ärztlichen Leiter und drei haupt- bzw. teilzeitangestellten Krankenpfleger:innen (2 Vollzeitäquivalente) des Haus Jaro sowie dem Liaison-Ärzt:innenteam des Louisebus der Caritas gestellt. Zudem ist einmal wöchentlich ein Psychiater anwesend (I17).

Insgesamt arbeiten 32 hauptamtliche Mitarbeiter:innen in der Einrichtung. Besonders im sozialarbeiterischen und medizinischen bzw. pflegerischen Bereich wurde mehrfach starker Ressourcenmangel angesprochen (I1, I2, I17, I18).

Im Laufe des Jahres 2020 wurde die Akquise freiwilliger Mitarbeiter:innen vorangetrieben, trotz pandemiebedingter Einschränkungen wurden rund 5.000 Stunden von insgesamt 85 Freiwilligen geleistet (I19). Besonders in der Umsetzung der Sicherheitsmaßnahmen wurde das hauptamtliche Team durch die Freiwilligen entlastet. Auch bei Begleitungen, Dolmetschleistungen und Fahrtendiensten wird die Einrichtung von Freiwilligen unterstützt (I17). Folgende Fremdsprachenkompetenzen werden in der Einrichtung abgedeckt: Englisch, BKS, Türkisch, Französisch, Polnisch, Rumänisch, Ungarisch, Slowakisch und Tschechisch.

Im Jahr 2020 nutzten 161 Personen (141 Männer, 20 Frauen) das Angebot. Insgesamt erfolgten 16.280 Nächtigungen. Das Durchschnittsalter lag bei 50 Jahren. Wie ein befragter Mitarbeiter im Interview feststellt, sind die medizinischen Gründe für die Aufnahme in der Einrichtung divers:

„Das Spektrum ist sehr breit. Man muss sich vorstellen, obdachlose Menschen, die Jahre lang auf der Straße leben, viele sind Alkoholiker, weil der Alkohol teilweise wie ein Medikament ist, wenn jemand Schmerzen hat, auch psychische Probleme hat, er verwendet den Alkohol, dass es ihm besser geht, was immer das ist. Und ein Alkoholiker hat aufgrund des chronischen, jahrelangen Alkoholkonsums zusätzliche organische Probleme, das geht bis zur Leberzirrhose, gastrointestinale Probleme, Alkohol wirkt sich auch auf die Gehirnleistung negativ aus und ein weiteres Problem ist, dass sie, wenn sie alkoholisiert sind, leicht Unfälle haben, also irgendwo stürzen, sich anheulen, den Kopf anheulen, also es gibt Schädel-Hirn-Verletzungen, aber es gibt auch einfache Knochenbrüche. Die meisten sind nicht nur Alkoholiker, sondern sie rauchen auch, eine Erkrankung die mit Rauchen direkt zusammenhängt ist, sind Lungenerkrankungen, also zum Beispiel die COPD, chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Andere Erkrankungen sind Herz-Kreislauf-Probleme, Gefäßprobleme, das heißt die haben Durchblutungsstörungen am Herzen, Durchblutungsstörungen in den Gefäßen und Folgezustände dieser Durchblutungsstörung ist, dass sie Geschwüre haben, an den Beinen, an den Unterschenkeln, an den Extremitäten, manche sind, haben Gefäßverschlüsse und wegen dieser Gefäßverschlüsse beinamputiert, weil im Grunde das Bein abstirbt. Also es sind wirklich schwere Probleme, die die mitmachen. Und wenn die auf der Straße leben, dann kriegen sie Infektionen, die chronischen Infektionen führen zu chronischen Ulzera, also das sind wieder Hauterkrankungen – also das Spektrum ist wirklich riesig.“ (I3 06:20)

Die untersuchte Einrichtung ist darauf konzipiert, eine Versorgung mit Befristung anzubieten. Wie bereits im vorausgegangenen Kapitel kon-

statiert, besteht der Hauptbedarf der Zielgruppe in einer langfristigen Wohnversorgung. Auch die untersuchte Einrichtung kann trotz kurzfristiger Stabilisierung und Akutbetreuung nur bedingt für eine nachhaltige Verbesserung sorgen. Um diese zu gewährleisten, bedarf es an diversen langfristigen Nachsorgeangeboten.

Obdachlose EU-Bürger:innen sind aufgrund fehlendem Anspruch auf sozialrechtliche Versorgung eine besonders vulnerable Gruppe. Im Winter steht ein umfassendes Angebot an Nächtigungsplätzen zur Verfügung, im Sommer nur wenige spendenfinanzierte Plätze. All diese Angebote haben gemeinsam, dass sie zwar zu einer Entlastung gegenüber dem Leben auf der Straße führen, eine Verbesserung der Lebensumstände auf langfristige Sicht lassen sich nur schwer erwirken, da auch die Unterkunft in einem Notquartier mit stressenden Faktoren verbunden sind. Die untersuchte Einrichtung bietet jenen Personen eine temporäre, ganztägige Unterkunft, die in der Regel weder Versicherungsschutz noch Anspruch auf eine Leistung der Wiener Wohnungslosenhilfe genießen. Dabei hat sie einen klar medizinischen Fokus. Wie im Zuge der Masterarbeit noch ersichtlich werden wird, werden nicht nur die betroffenen Personen dadurch stark entlastet, sondern auch andere Stakeholder wie das Gesundheitssystem.

1.3. Gesellschaftliche (Aus-)Wirkungen von Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe (BW & DH)

Das folgende Kapitel widmet sich der Heranführung an die Auswirkungen der Kernaufgabe der Wiener Wohnungslosenhilfe: der Versorgung obdach- und wohnungsloser Personen. Es wird dabei zunächst auf das Konzept der gesellschaftlichen Kernwirkungen eingegangen, um die sozialen Auswirkungen dieser Versorgung zu erfassen. Danach erfolgt noch eine Ausführung der ökonomischen Auswirkungen einer solchen Versorgung, da auch dieser Aspekt von hoher gesellschaftlicher Relevanz ist.

1.3.1. Gesellschaftliche Kernwirkung: Versorgung obdachloser Personen (BW)

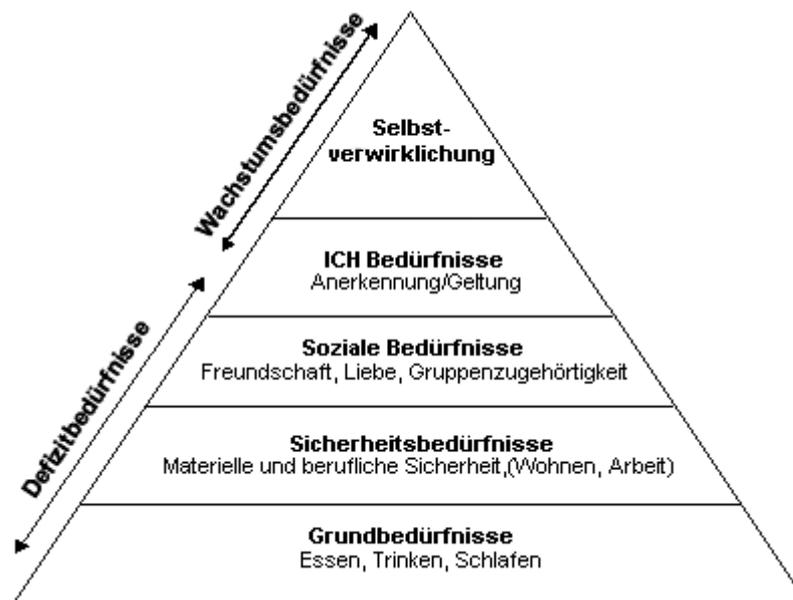
Gemäß der Maslowschen Bedürfnispyramide (Maslow 1943) hat der Mensch verschiedene Bedürfnisse, welche sich hierarchisch ordnen las-

sen. Nachdem eine Bedürfnisstufe befriedigt ist, können die Bedürfnisse der nächsten Stufe befriedigt werden (Gebert/Rosenstiel 2002: 46). Ohne der Erfüllung der vorhergehenden Stufe, ist die Befriedigung der höheren Stufe nicht möglich (Lung 1998: 21). Maslows Theorie zeigt sehr anschaulich, wie sich erst durch die Deckung von Grundbedürfnissen längerfristige Perspektiven eröffnen. Wie der Abbildung 2 zu entnehmen ist, werden die Bedürfnisse in der Maslowschen Bedürfnispyramide in die beiden hierarchischen Kategorien Defizit- und Wachstumsbedürfnisse geteilt. Die Nicht-Erfüllung der Defizitbedürfnisse

- Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Schlafen)
- Sicherheitsbedürfnisse (materielle und berufliche Sicherheit – Wohnen, Arbeit)
- Soziale Bedürfnisse (Freundschaft, Liebe, Gruppenzugehörigkeit)
- Ich-Bedürfnisse (Anerkennung/Geltung)

führt zu Krankheit bzw. vermeidet ihre Erfüllung Krankheit (Grünhaus/Rauscher 2021: 14). Erst wenn die Defizitbedürfnisse gedeckt sind, können sich die Wachstumsbedürfnisse entfalten, demnach Ich-Bedürfnisse in einem intensiveren Ausmaß, sowie Selbstverwirklichung. Wie dieser Ausführung zu entnehmen ist, zielt die gegenwärtige Versorgung obdachloser EU-Bürger:innen auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse Essen, Trinken, Schlafen ab. Die Nicht-Erfüllung von den Sicherheitsbedürfnissen (Wohnen und Arbeit bzw. materielle Sicherheit), so wie sich die Versorgung obdachloser EU-Bürger:innen in Wien momentan gestaltet, führt demnach zu Entstehung von Krankheiten.

Abbildung 2: Bedürfnispyramide nach Maslow 1943



Quelle: Niens/Marggraf (2015: 35)

In jeder Gesellschaft gestaltet sich die Bedürfnisbefriedigung anders. Die Bedürfnisbefriedigung einzelner Individuen wird gesellschaftlich relevant, sobald die Anzahl betroffener Individuen ein gewisses Ausmaß annimmt. Trifft diese Bedürfnisbefriedigung die Grundwerte der jeweiligen Gesellschaft, so kann von einer gesellschaftlichen Kernwirkung ausgegangen werden. Grünhaus und Rauscher (2021: 14f.) nennen hierfür als Beispiel sogar ein Projekt zur Bereitstellung von Wohnungen mit Betreuung für obdachlose Personen.

Wenn eine Veränderung auf gesellschaftlich besonders relevante Ziele abzielt, kann davon gesprochen werden, dass es sich um eine gesellschaftliche Kernwirkung handelt. Meistens finden sich diese Ziele kodifiziert als grundlegende gesellschaftliche Werte (Grünhaus/Rauscher 2021: 10). Ein Beispiel mit Relevanz für diese Arbeit stellt die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ dar, in der in Artikel 25/1 das Grundrecht auf Wohnen zu finden ist (Art. 25/EMRK). Auf diesem Grundrecht auf Wohnen basiert die Wiener Wohnungslosenhilfe. So ist es Aufgabe dieser, „obdach- und wohnungslose Menschen in Wien adäquate ambulante Angebote sowie differenzierte, bedarfsorientierte Schlaf- und Wohnplätze zur Verfügung zu stellen“ (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2015). Die Ziele der Wiener Wohnungslosenhilfe sind es, die Situation der betroffenen Menschen zu stabilisieren, Unter-

stützung in der Verbesserung der Wohnkompetenz zu leisten, Menschen bei der sozialen Integration in ein eigenständiges bzw. bedarfsgerechtes Wohnen zu unterstützen, zu einer Stabilisierung ihres Gesundheitszustands und zum Abbau von Leidensdruck beizutragen und die dazu benötigten Fähigkeiten zu fördern (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2015). Auch in der Zielsetzung des österreichischen Sozialministeriums finden sich zuoberst der Auftrag Risiken wie Armut, Gewalt oder sozialer Ausgrenzung entgegenzuwirken (BSGPK 2021). Als deklarierte "Menschenrechtsstadt" zeigt sich zusätzlich der besondere soziale Fokus der Stadt Wien in allen Belangen wie diese selbst veröffentlicht:

„Die Bediensteten der Stadt und des Landes Wien und dieser nahestehenden Einrichtungen legen ihrem Handeln auf operativer Ebene in allen Kompetenzbereichen ebenso die international anerkannten Menschenrechte zu Grunde. Dieser Ansatz macht Menschenrechte zu wesentlichen Prinzipien für die Gestaltung von städtischen Prozessen, Strukturen und das Zusammenleben in der Stadt. Ziel ist dabei die Integration des Menschenrechtsansatzes in alle operativen und strategischen Prozesse der Stadt“ (*Stadt Wien 2021*).

Dies zeigt, dass sich die Wirkungen der Wiener Wohnungslosenhilfe als besonders bedeutend für die Stadt Wien und die österreichische Gesellschaft gestalten. Je wirkungsvoller die Wohnungslosenhilfe agiert, desto mehr wird eine gesellschaftliche Kernwirkung erreicht. Eine umfassende Versorgung obdachloser Personen, respektive auch eine Versorgung von Personen ohne sozialrechtlichen Anspruch in Wien, würde die Wirksamkeit der Wohnungslosenhilfe maßgeblich verstärken.

Wann immer derartige Ziele in konkreterer Form adressiert werden, entbrennen Diskussionen um die eingesetzten finanziellen Mittel. Dieser Perspektive wird nun im nächsten Abschnitt Aufmerksamkeit geschenkt.

1.3.2. Wohnungslosigkeit und ihre volkswirtschaftlichen Folgen (DH)

Das folgende Unterkapitel soll nicht zur Demonstration der Kosten der Versorgung wohnungsloser Menschen als reine Ausgaben dienen, sondern zur differenzierten Darstellung des multifaktoriellen Problems und seiner ökonomischen Auswirkungen auf die Gesellschaft im Status Quo. Eine detaillierte Aufstellung dieser Kosten existiert zum jetzigen Zeitpunkt weder für das österreichische - noch für ein Gesellschaftssystem mit vergleichbarer Gesundheitsversorgung. Die Unterscheidung anhand

des Gesundheitssystems ist wichtig, denn der Großteil der ökonomischen Auswirkungen fällt beim Gesundheitssystem an, da Obdachlosigkeit, wie bereits in Kapitel 1.1.3 gezeigt wurde, verheerende Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen hat. Dies zeigt sich am deutlichsten an der rund 20 Jahre niedrigeren Lebenserwartung (Klotz et al. 2018).

Zunächst muss noch ein empfindlicher Punkt herausgearbeitet werden: Mansel und Endrikat (2007) stellen bereits fest, dass die zunehmende Ökonomisierung der Lebenswelt zu einer Abwertung jeder Art von Hilfsbedürftigen aufgrund deren fehlender ökonomischer Leistung in der Gesellschaft führt. Hierzu soll in dieser Arbeit keinesfalls beigetragen werden und eine Beleuchtung aus ökonomischen Aspekten erfolgt lediglich zur systemischen Diagnose, welche völlig wertungsfrei, besonders in Bezug auf die persönliche Verantwortung der Betroffenen verbleiben soll.

Neben der enormen Belastung für die obdachlosen Individuen ist die Pflegebedürftigkeit nichtversicherter Menschen in Wien auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene von Relevanz: Durch die Verelendung entstehen Krankenhausaufenthalte, die von keiner Versicherung abgedeckt werden und dem Gesundheitssystem entsprechende Kosten verursachen. Fallweise können die Menschen aufgrund ihres schlechten gesundheitlichen Zustandes nicht entlassen werden und verursachen enorme Kosten, vereinzelt sogar in Millionenhöhe (I9, 10, 11, 12). Überstellungen in Herkunftsländer funktionieren nur teilweise (Beeck et al. 2020: 55f.). Eine fehlende nachhaltige Versorgung führt dazu, dass sich diese Personengruppe in einer Spirale aus Spitalsaufhalten, kurzfristigen Unterbringungen, psychischen Erkrankungen, Kontakten mit Polizei, Rettungseinsätzen etc. befinden und an allen Stellen Kosten bzw. zeitlichen Aufwand verursachen (I3, 8, 9, 10, 11, 12).

Wie erwähnt, ist keine aktuelle Aufstellung der gesamten, durch notversorgte obdachlose Personen im Gesundheitssystem verursachten Kosten in Österreich verfügbar. Daher wird in dieser Arbeit approximativ festgestellt, dass der Status Quo massive Kosten unbekannter Gesamthöhe verursacht und ein präventiver bzw. rehabilitativer Ansatz langfristig zu geringeren Kosten führen kann, auch wenn dieser Ansatz unter Um-

ständen zeitweise höhere Erstinvestitionen erfordert. Besonders eine medizinische Versorgung der Zielgruppe steht hier im Vordergrund der Analyse.

Eine nun schon ältere Studie des Deutschen Städtetags aus dem Jahr 1987 zeigt, dass die Kosten von Wohnungslosigkeit das Siebenfache an Kosten verursacht, die eine Prävention kosten würde (DST 1987). An diesem Verhältnis dürfte sich in Bezug auf die grundlegenden Implikationen wenig geändert haben: Die reinen Wohnraumkosten sind vernachlässigbar verglichen mit den Kosten, die die Versorgung obdachloser Personen verursacht. Besonders die Gesundheitskosten sind verantwortlich für diese Differenz. Ein Krankentransport allein verursacht ca. 800 Euro an Kosten und viele der obdachlosen Personen brauchen weit mehr als einen Krankentransport pro Monat (I9, 10, 11). Von den Kosten der Krankenhäuser ganz abgesehen übersteigt dieser Betrag also schon bei weitem die Kosten einer Unterbringung, was nicht unterstellen soll, dass mit einer Unterbringung alle diese Transporte verhindert werden würden, wie auch die Zahlen zu Einsätzen in der untersuchten Einrichtung zeigen (Kapitel 1.3.5), doch es besteht hier erhebliches Potenzial zur Reduktion.

Diese Gesundheitskosten sind eine der Hauptbelastungen durch Obdachlosigkeit für das ökonomische System. Doch nicht nur bei der Wohnungslosigkeit selbst, auch bei den meisten Gesundheitskosten zeigen sich präventive Eingriffe immer wieder als der langfristig effizientere Ansatz, der zudem noch die Lebensqualität erhöht, wie beispielsweise eine Analyse des schottischen Gesundheitssystems zeigt (Craig/Robinson 2019). Wie Investition in den 'Housing First' Ansatz der Wohnungslosenhilfe zu einer signifikanten Verringerung der Gesundheitskosten führen kann zeigen Baxter et al. (2019). Bei den in dieser Form der Unterkunft untergebrachten Klient:innen verringerten sich langfristig sowohl die auftretenden Notfälle, als auch Aufnahmen in Krankenhäusern und deren Dauer (Baxter et al. 2019: 384).

Um noch einmal in den eigenen Worten eines Klienten darzustellen, dass auch ‚kleine‘ Investitionen im Gesamtkontext eines Staates einen signifikanten Unterschied im Leben der Betroffenen machen kann hier

eine Aussage zu den Bedürfnissen und Wertschätzung von Interviewpartner 7:

„Ich habe hier einfach alles was ich brauche. Medizinische Hilfe, ich hab zu essen, ich habe einen Schlafplatz, kann mich waschen. Ich brauche keine Millionen (lacht).“ (I7 02:48)

Zusammenfassend zeigt sich, wie auch von den Ergebnissen dieser Arbeit untermauert werden wird, dass das hier eingesetzte Geld nicht als Nettoverlust in der Gesellschaft wahrgenommen werden sollte, sondern als Investition (Schober/Then 2015: 13). Erstens um die Lebensqualität einiger Individuen signifikant zu heben, andererseits, um zum Teil wesentlich höhere Folgekosten zu vermeiden.

Da es für die genauere Erfassung der in den letzten beiden Unterkapiteln benannten Effekte einer methodischen Herangehensweise bedarf, erfolgt nun eine Einführung in das Konzept der Wirkungsanalyse. Diese hat sich zum Mittel der Wahl für die Messung solch diverser Effekte auf einzelne Stakeholder und die Gesamtgesellschaft herausgebildet.

1.4. Wirkungsanalyse (DH)

Im folgenden Kapitel soll neben einem kurzen historischen Umriss der Wirkungsanalyse zunächst der hier verwendete Wirkungsbegriff erklärt werden. Danach wird auf die Hintergründe des in dieser Forschungsarbeit gewählten quantitativen Ansatzes eingegangen, um schließlich mit der kritischen Auseinandersetzung, welche die Wirkungsanalyse in der Praxis der Sozialen Arbeit erfährt, abzuschließen.

Da es für das Wort ‚Wirkung‘ sehr vielfältige Definitionen gibt und deren Analyse mit ebenso vielfältigen Ansätzen verfolgt werden kann, gilt es zunächst einmal den Wirkungsbegriff im Sinne dieser Masterarbeit abzugrenzen. In der vorliegenden Forschungsarbeit werden als Wirkungen nur jene verstanden, welche als Folgen der Leistungserbringung einer Organisation bzw. Institution intendiert oder nicht intendiert entstehen. Eine Wirkung ist Folge einer Handlung oder Leistung (Grünhaus/Rauscher 2021: 22). Im Normalfall handelt es sich nur selten um eindimensionale Wirkungen, die Autor:innen nennen als Beispiel die Heilung der Erkrankung einer Person, deren Folge nicht nur die körperliche Gesundheit dieser Person ist, sondern auch beispielsweise weniger Folgekosten für das Gesundheitssystem oder die Zunahme an sozialen

Kontakten, die einer Person wieder vermehrt wahrnehmen kann, wenn es ihr körperlich wieder besser geht. Es lassen sich Wirkungen auf sechs inhaltlichen Ebenen identifizieren: kulturelle, politische, soziale, ökologische, ökonomische und psychisch bzw. physiologische Wirkungen. Eine Wirkung kann in mehreren Ebenen verortet sein (Grünhaus/Rauscher 2021: 22). Gleichzeitig kann eine strukturelle Differenzierung von Wirkungen vorgenommen werden: auf Mikroebene (Individuen), Mesoebene (Organisationen/Gruppen) und Makroebene (Gesellschaft) entstehen Wirkungen. Die Unterscheidung kann aber auch auf zeitlicher Ebene in kurz-, mittel- und langfristige Wirkungen vorgenommen werden (Grünhaus/Rauscher 2021: 23).

Ein starker Treiber hinter der Entstehung der Wirkungsanalyse war die Wahrnehmung von Defiziten bei der Kontrolle der Auftragserfüllung in Bereichen, in denen dies durch herkömmliche Leistungskennzahlen nicht möglich war. Besonders bedurfte es einer Evaluation des Verwaltungshandelns im Rahmen der staatlichen Verwaltungs- und Institutionenmodernisierung (Wollmann 2000: 200ff.). Im Bereich des staatlichen Handelns ist die Wirkungsanalyse besonders für den Nachweis wichtig, dass eine bestimmte Veränderung mit einer gesetzten Intervention zusammenhängt. Zudem trieb auch der gesellschaftliche Druck für eine wissenschaftliche Untermauerung wohlfahrtstaatlicher Handlungen diese Form der Evaluation voran, da die Wirtschaftswissenschaft immer stärker als Leitwissenschaft zur Bewertung politischer Entscheidungen herangezogen wird.

Grundsätzlich ist die Idee der Wirkungsforschung ohnehin keine neue, beispielsweise verfolgten schon Olsen und Donna (1976) eine ähnliche Herangehensweise. Auch standen sie vor einigen bis heute bestehenden Herausforderungen, allen voran die uneinheitliche Methodologie, welche zwar im Laufe der Zeit immer mehr an Standardisierung gewinnt, aber verglichen mit vielen anderen Feldern der Betriebs- und Volkswirtschaft eine weniger eindeutige methodische Hegemonie vorweist. Als weitere Herausforderung beschreiben die Autoren die Unterschiede in den erhofften Wirkungen zwischen Geldgeber:innen und operativen Akteur:innen bzw. zwischen Geldgeber:innen/Organisation und Empfänger:innen. Außerdem erschwert oft die Zeitdifferenz zwischen Eingriff und Realisation der Wirkungen eine genaue Messung.

Der häufigste Ansatz zur Durchführung einer Wirkungsanalyse ist die Kosten-Nutzen-Analyse aus der Volkswirtschaft. Das Hauptproblem hierbei sind die Schwierigkeiten der Monetarisierung sozialer Wirkungen, auch hier entstehen wiederum Probleme der Einheitlichkeit und Reproduzierbarkeit. Eines der Gütekriterien der quantitativen Forschung ist die Reliabilität: wenn also ein Forscher mit den gleichen Grundlagen das gleiche Forschungsziel verfolgt, sollte er zu einem annähernd gleichen Ergebnis kommen. Dieses ist bei der sozialen Wirkungsmessung schwer zu erreichen, da selbst die Monetarisierung als wohl präziseste Form der Bewertung identifizierter Wirkungen nur in den wenigsten Fällen eine standardisierte Methodologie hat.

Als weiteres Gütekriterium der quantitativen Sozialforschung ist auch die Objektivität in der Wirkungsforschung ein entscheidendes Thema, da die Bewertung sozialer Gesichtspunkte unter anderem von den sozialen Werten der Forscher:innen und deren Umfeld abhängt (Olsen/Donna 1976). Allerdings spielt dies meist eine stärkere Rolle in der Priorisierung bzw. normativen Bewertung unterschiedlicher Wirkungen als in der Erhebung selbst, da ohnehin nicht nur positiv bewertete, sondern auch als negativ erachtete Wirkungen erhoben werden sollten (Schober/Then 2015).

Wie bereits erwähnt besteht der Zweck einer Wirkungsanalyse meistens darin, Erkenntnisse zu generieren, Dialog zu fördern, zu kontrollieren oder die Legitimität zu bezeugen (Stockmann 2006: 21). So kann die Wirkungsanalyse zu Steuerungszwecken und zur faktischen Untermauerung von Stakeholderinteraktionen dienen, üblicherweise werden Wirkungsanalysen vor allem zur Legitimierung durchgeführt (Grünhaus/Rauscher 2021: 19).

In Abgrenzung zur Theory of Change, welche in Bereichen wie Stiftungen, Social Investment und Sozialunternehmen Anklang findet und explizit auf inventierten Zielen fußt, werden in einer kompletten Wirkungsanalyse auch nicht-intendierte oder negative Wirkungen berücksichtigt (Grünhaus/Rauscher 2020: 21).

1.4.1. Quantitative Wirkungsanalyse

Eine besondere Form der Wirkungsanalyse stellt die quantitative Wirkungsmessung dar. Hierbei ist das Messen des Ausmaßes der intendierten und nicht intendierten Wirkungen nach wissenschaftlichen Gütekriterien zentral. Hierzu wird in der Praxis mit plausiblen, eigens erhobenen- oder Sekundärdaten gearbeitet.

Für diese exakte Messung der Wirkungen braucht es zunächst differenzierte Ursache-Wirkungszuschreibungen (Stockmann 2006). Denn nur so können die Punkte, an denen quantitativ gemessen wird, festgelegt werden. Es soll eine klare Intervention, durch welche die Wirkung herbeigeführt wird, festgelegt werden. Um diese dann in ein vergleichbares Verhältnis zu setzen, ist eine Quantifizierung nötig. Ohne diese kann lediglich ein Eintreffen/Nichteintreffen der Wirkung unterschieden werden. Dies bietet sich zwar bei einigen Wirkungen an, bei anderen wiederum hat dies wenig Aussagekraft.

Bei der quantitativen Wirkungsanalyse handelt es sich um ein hypothesentestendes Verfahren: Jede im hypothetischen Wirkungsmodell angenommene Wirkung stellt eine Forschungshypothese dar, welche es mit den folgenden Fragen zu testen gilt: *Wurden Effekte erzielt? In welcher Stärke wurden diese Effekte erzielt? Können diese kausal auf die Maßnahme zurückgeführt werden?* (Plé 2015). Das zugrundeliegende, explizit theoretische Modell dient zusätzlich der Übersicht der Zusammenhänge, denn ohne diese hinterlässt der empirische Nachweis eine Blackbox, bei der nicht mehr eindeutig nachvollzogen werden kann, wie von der Handlung auf die Stärke der Wirkung geschlossen wurde (Caspari/Barbu 2008).

Grundsätzlich kann der Bedarf einer quantitativen Wirkungsmessung auch als Symptom gesellschaftlicher Entwicklungen gesehen werden. Einerseits übernehmen Non-Profit-Organisationen (NPOs) und Einrichtungen wohlfahrtsstaatlicher Dienstleistungen immer stärker die Strukturen gewinnorientierter Unternehmen. Andererseits geraten auch herkömmliche For-Profit-Unternehmen immer stärker unter Druck, die Ergebnisse ihrer sozialen oder Umweltbemühungen in Form eines Wirkungsnachweises z.B. im Rahmen der Corporate Social Responsibility (CSR) genauer nachzuweisen.

1.4.2. Kritik am Einzug von Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit (BW)

Das vorliegende Kapitel bildet den Abschluss der theoretischen Einführung in die Themenbereiche Obdach- und Wohnungslosigkeit, Wohnungslosenhilfe und Wirkungsanalyse. Es soll dazu dienen, kurz zu skizzieren, welche Kritik seitens Sozialer Arbeit an der Wirkungsorientierung, die im Kontext von New Public Management ihren Einzug auch im Sozialbereich hält, geübt wird. Dieses Kapitel stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Kritik an der Wirkungsorientierung möchte von den Autor:innen berücksichtigt werden, allerdings würde eine umfassende Darstellung den Rahmen einer weiteren bzw. separaten Masterarbeit annehmen.

Wirkungsorientierung gewinnt in der Sozialen Arbeit nicht nur an Stellenwert, sie ist in den letzten Jahren in der Mitte der Sozialen Arbeit, und somit auch in der Wohnungslosenhilfe angekommen (Aistleithner 2012: 1). Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (DWS) hat beispielsweise den Punkt Wirkungsorientierung in seinem Papier zur Qualitätssicherung in der Wiener Wohnungslosenhilfe festgehalten (DWS 2015: 44). Der Qualitätsstandard „Wirksamkeit der Einrichtung“ führt dazu, dass sich die Einrichtungen (neben der Klient:innenarbeit, für die in den meisten Fällen die Zeit schon zu knapp ist, Anm.) auch mit dem Thema Wirkung zu befassen haben (VWWH 2013: 9).

Wirkungsorientierung ist zentraler Teil des New Public Managements (NPM), welches in den frühen 2000er Jahren in Österreich seinen Einzug hielt. So wurde 2009 eine wirkungsorientierte Verwaltungsführung in Österreich festgelegt und im Jahr 2013 im Rahmen des Bundeshaushaltsgesetzes 2013 eingeführt (Aistleithner 2012: 4). New Public Management ist mittlerweile Leitprinzip in öffentlichen Bereichen wie Gesundheit, Bildung, Kultur und Sozialbereich und die heute dominierende Form der Steuerung (Chassé 2004, zit. n. Seithe 2015). NPM strebt eine „Reorganisation auf drei Ebenen an“, dem Grundverständnis des Staates, dem Verhältnis der Verwaltung nach außen bzw. zur Wirtschaft und Gesellschaft und eine „Binnenorganisation“, einer Modernisierung im Inneren (Bauer/Dearing 2011: 31, zit. n. Aistleithner 2012). Als typische Elemente nennen Bauer und Dearing (2011: 34f.) eine neue Steue-

rungsphilosophie, eine Änderung der Organisationskultur, neue Prinzipien der Organisation sowie die Einführung neuer bzw. zusätzlicher Managementinstrumente, beispielsweise Steuerungskennzahlen.

Seine Anfänge fand das New Public Management in den USA, seit den 1990er-Jahren hält es auch Einzug im deutschsprachigen Raum. Hintergrund war eine Flexibilisierung des Staatshandelns hinsichtlich des gesellschaftlichen Wandels, der ein Wachstum an Herausforderungen mit sich brachte. Zwar spielen auch Wettbewerbsdenken, Dezentralisierung und Privatisierung eine Rolle, NPM ist allerdings nicht unbedingt mit Neoliberalismus gleichzusetzen. Beispielsweise spielen Bürger:innenbeteiligung und gerechte Verteilung bei New Public Management durchaus eine Rolle (Bauer/Dearing 2011: 29f.).

Als generelle gesellschaftliche Entwicklung ist auch, oder besonders auch, Soziale Arbeit dennoch weitgehend von der Neoliberalisierung betroffen. Sie ist direkt transformativen Einflüssen ausgesetzt, einerseits auf organisationaler Ebene – durch eine Umstrukturierung des sozialen Sektors, einer Veränderung von Arbeitsweisen und -aufträgen – andererseits auf lebensweltlicher Ebene der Klient:innen, die der Umstrukturierung des sozialen Sektors gegenüber steht. So hat auch die Wohnungslosenhilfe in Wien einen Wandel durchgemacht – vom Bahnhofsozialdienst am Wiener Hauptbahnhof, die jede:r aufsuchen konnte hin zu einem ausdifferenzierten Versorgungssystem.

Im gesellschaftlichen Diskurs werden eine Reihe von Folgen von neoliberalen Denken und Wirtschaften kritisch betrachtet, die latent oder manifest erscheinen. Die Probleme des Individuums werden von strukturellen Bedingungen entkoppelt, Erfolg oder Scheitern werden als selbstverschuldet betrachtet. Ein Fehlen an Leistungsbereitschaft, Flexibilität oder Motivation, einer rationalen und effizienten Lebensführung zu folgen, wird mit Schwäche und fehlender Selbstdisziplin erklärt. Dadurch wird das Individuum unter Druck gesetzt (Spetsmann-Kunkel 2016: 8). Auf nationalstaatlicher, innenpolitischer Ebene wird in Ländern, in denen sich eine neoliberale Ideologie durchgesetzt hat, eine Bestrafung von Armut und ein Umbau sozialer Sicherungssysteme verortet (Wacquant 2009).

Ebenso finden seit den 1990er-Jahren Public Governance-Modelle ihren Einklang in der EU. Hierbei wird nicht marktorientiert gesteuert, sondern an gesellschaftlichen Werten gemessen (Astleithner 2012: 6). Die Sicherung einer angemessenen Lebensqualität und das Schaffen zusätzlicher Gemeinwohlaspekte ist dabei Ziel und Staatsaufgabe (Bauer/Dearing 2011: 56). Bauer und Dearing zeigen außerdem eine Diskrepanz zwischen realpolitischen Veränderungen und symbolischer Zielsetzungen auf. So sei offensichtlich, dass die Bedarfsorientierte Mindestsicherung zwar das Ziel verfolgt, Schutz vor Armut zu bieten. Dies sei aber in der Realität nicht der Fall, da Bezieher:innen der Mindestsicherung nach wie vor von Armut betroffen sind (Bauer/Dearing 2011: 57f.).

Kritik gibt es zudem daran, dass Modelle wie jene von Wirkungsketten die Komplexität professioneller Handlungen reduzieren. Besonders, wenn Wirkungsorientierung die gewählte Form der Steuerung ist, müssen Kontextfaktoren und Prozesse berücksichtigt werden (VWWH 2013: 9). *„Nur wer weiß, was genau sich zwischen der Investition von Ressourcen, den erreichten Outputs und einer über Indikatoren gemessenen Wirkung ereignet, kann Ideen dazu entwickeln, wo die Prozesse sinnvollerweise optimierbar sind“* (VWWH 2013: 9). Zudem sind Wirkungen nie nur auf eine isolierbare Ursache zurückzuführen. Das bedeutet, dass die Veränderungen, die in den Lebenssituationen von Menschen passieren, nie rein auf Interventionen durch Sozialarbeiter:innen zurückführbar sind. Auch andere Faktoren, wie die Situation auf dem Wohnungsmarkt oder ein unterstützendes Umfeld, finden hier ihren Einfluss. Die Klient:innen der Sozialen Arbeit sind nie Kund:innen im Sinne reiner Konsumation. Leistungen, die Sozialeinrichtungen bringen, werden immer in Zusammenarbeit bzw. im gemeinsamen Handeln von Sozialarbeiter:innen und den Nutzer:innen des Angebots erwirkt (Astleithner 2012: 3).

Druck auf die Soziale Arbeit entsteht zudem, wenn die Messung von Wirkung als Legitimation gegenüber Geldgeber:innen gilt (Lehmann/Ballweg 2012: 1). Eine Politik der Austerität, vor allem auch im Sozialbereich, führt dabei klarerweise zu Besorgnis. Dabei besteht die Gefahr, dass Effizienz und Effektivität verwechselt werden. Effektivität (Wirksamkeit), also der Grad der Zielerreichung, wird durch Wirkungs-

messung untersucht, dabei darf aber nicht automatisch auf Effizienz (Wirtschaftlichkeit) geschlossen werden (VWWH 2013: 9). Wenn diese vermischt werden, dann entstehe daraus ein Grundproblem (Astleithner 2016: 2).

Unsicherheiten gibt außerdem hinsichtlich der Verwendung bzw. des Missbrauchs erhobener Daten und Ergebnisse (VWWH 2013: 9). Es besteht die Angst, dass Aussagen außer Kontext gebracht und politisch zur Meinungsmache eingesetzt werden könnten. Dennoch kann Wirkungsorientierung die Möglichkeit bieten, Inhalte und Strategien zu evaluieren und diskutieren. So können Bedarfslagen datenbasiert argumentiert werden (VWWH 2013: 9).

Die vorliegende Arbeit soll genau jenes tun: zu einer Argumentation der Bedarfslage datenbasiert beitragen. An dieser Stelle möchten wir uns als Autor:innen ausdrücklich gegen eine Darstellung von hier getätigten Aussagen außerhalb ihres Kontextes aussprechen. Zielvorhaben der Forschung war und ist es, aufzuzeigen, wie sehr alle Beteiligten von einer Versorgung obdachloser Personen profitieren.

Nachdem nun die theoretische Basis für das Forschungsvorhaben abgeschlossen ist, wird im Folgenden auf die konzeptionelle Basis der Forschungsarbeit eingegangen.

2. Konzeptionelle Basis

Im folgenden Kapitel soll eine Darlegung der für das Forschungsvorhaben benötigten, grundlegenden Konzepte erfolgen. Nach der bereits erfolgten allgemeinen Einführung in die hier verwendete Art der Wirkungsanalyse, ergänzt eine Erläuterung der im Laufe der Studie verwendeten Bausteine den einleitenden Teil der Arbeit. Namentlich geht es hier um das hypothetische Wirkungsmodell, die Darlegung der Quantifizierung und letztlich der für die Darstellung relevanten Wirkungslandkarte.

2.1. Hypothetisches Wirkungsmodell (BW)

Für einen qualitativ hochwertigen Wirkungsanalyseprozess ist ein Wirkungsmodell die konzeptionelle Basis (Grünhaus/Rauscher 2021: 17). Das Wirkungsmodell stellt den Beginn einer Wirkungsanalyse dar. Um ein hypothetisches Wirkungsmodell zu konzipieren, werden zuerst Stakeholder identifiziert. Das sollte möglichst breit passieren, um keine wesentlichen Stakeholder zu übersehen (Grünhaus/Rauscher 2021: 19). Für die als relevant betrachteten Stakeholder werden im nächsten Schritt, in Zusammenarbeit mit Vertreter:innen des untersuchten Angebots, jene Wirkungen erarbeitet, von denen ausgegangen wird, dass das Angebot diese beim jeweiligen Stakeholder hervorruft.

Wie bereits ausgeführt, liegt dieser Masterarbeit eine Wirkungsanalyse der Wiener Wohnungslosenhilfe (Beeck/Grünhaus/Weitzhofer 2020) zugrunde. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden bereits umfassend Wirkungen identifiziert. Da die untersuchte Einrichtung Teil der Wiener Wohnungslosenhilfe ist, wurde auf dem in der Wirkungsanalyse erstellten Modell aufgebaut. Das hypothetische Wirkungsmodell der Wohnungslosenhilfestudie, welches im Rahmen von Workshops mit leitenden Vertreter:innen der Wohnungslosenhilfe erarbeitet wurde, wurde als Basis für die vorliegende Arbeit verwendet, allerdings im Rahmen der Forschungsarbeit umfassend überarbeitet, um eine Passgenauigkeit auf die untersuchte Einrichtung zu erzielen. Das anfängliche hypothetische Wirkungsmodell, bereits etwas modifiziert auf das untersuchte Angebot, ist im Anhang zu finden (Kapitel 1).

Nachdem ein hypothetisches Wirkungsmodell erstellt ist, werden die Wirkungen in einer Wirkungsanalyse mittels qualitativer sozialwissenschaftlicher Erhebungsmethoden verifiziert bzw. weitere Wirkungen identifiziert (Grünhaus/Rauscher 2021: 26). Im Falle der vorliegenden Masterarbeit waren es leitfadengestützte qualitative Interviews die zur näheren Identifikation der Wirkungen durchgeführt wurden (Kapitel 3.2.1). Im Rahmen dieser Gespräche sollte herausgefunden werden, inwiefern Stakeholder einen Nutzen aus den Aktivitäten der untersuchten Einrichtung haben. Nachdem die Ergebnisse aus diesem Schritt in das hypothetische Wirkungsmodell eingeflossen sind, ist das überarbeitete Wirkungsmodell Basis für eine weiterführende Quantifizierung (Grünhaus/Rauscher 2021: 26). Das finale, überprüfte Wirkungsmodell, welches als Grundlage für die Wirkungslandkarte dient, findet sich ebenso im Anhang (Kapitel 2).

2.2. Quantifizierung der Wirkungen (DH)

Sollen in einer Wirkungsanalyse auch Breite und Intensität der Wirkungen gemessen werden, also der Frage nachgegangen werden, wie häufig oder intensiv eine bestimmte Wirkung bei Stakeholdern feststellbar ist, so wird das im Regelfall über standardisierte, quantitative Methoden der Sozialforschung erhoben (Grünhaus/Rauscher 2021: 26). Die dazu verwendete Methodik wird im nächsten Kapitel dargelegt, es soll hier allerdings eine Abgrenzung der geplanten Quantifizierung von anderen Formen einer solchen erfolgen. Ziel dieser Studie ist es vor allem, eine Vorstellung der Dimensionen zu geben, welche die gemessenen Wirkungen annehmen. Dabei ist eine Vergleichbarkeit nur begrenzt möglich. Um eine solche zu gewährleisten, wäre eine Monetarisierung aller Wirkungen nötig. Um diese dann noch mit dem zugrundeliegenden Input zu vergleichen, wird das Werkzeug der Social Return on Investment (SROI⁷) Analyse benötigt (Schober/Then 2015: 1). Da dies den Umfang dieser Masterarbeit übersteigen würde, wurde die Entscheidung getroffen, sich in diesem Rahmen auf eine Quantifizierung der Wirkungen zu beschränken. Diese erstellt trotzdem den Rahmen und das Fundament für eine tiefergehende Analyse, sollte eine solche für diesen Bereich zu einem späteren Zeitpunkt erwünscht sein.

Um die gemessenen Wirkungen übersichtlich darzustellen, eignet sich das Werkzeug der Wirkungslandkarte, welche im nächsten Abschnitt vorgestellt wird.

2.3. Wirkungslandkarte (DH)

Da die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit eine Vielzahl unterschiedlicher Wirkungen umfassen, wurde eine übersichtliche Ergebnisdarstellung in Form einer Wirkungslandkarte gewählt. Diese stellt eine Möglichkeit dar, die ermittelten Wirkungen in einer auf einen Blick zugänglichen, übersichtlichen Form darzustellen.

Für die Forschung und besonders SROI-Analysen ist das Aufstellen von Wirkungsketten⁸ für einzelne Stakeholder durchaus relevant. Für die hier gewählte Form der Darstellung und Kommunikation ist diese Vorgehensweise jedoch unnötig komplex und unübersichtlich, weswegen hier auf die Form der Wirkungsdarstellung als Kette verzichtet wird.

Theoretisch basiert die verwendete Herangehensweise in Bezug auf die Wirkungslandkarte hauptsächlich auf Grünhaus/Rauscher (2021), allerdings soll im Rahmen dieser Arbeit eine Erweiterung um boolesche Daten⁹ und quantitative Aspekte erfolgen. Hierbei gibt es viele Möglichkeiten der Erweiterung, wovon anhand der Ergebnisse dieser Wirkungsanalyse einige ausgewählte angewandt werden sollen.

Das Grundprinzip der Wirkungslandkarte ist eine Darstellung von Wirkungszusammenhängen. Hierbei können Wirkungen zwischen Stakeholdern in eine oder in wechselseitige Richtung dargestellt werden. In diesem Fall wird aufgrund der Limitation der Analyse auf durch die Untersuchungseinrichtung erzeugte Wirkungen, also ohne Wechselwirkungen von anderen Stakeholdern, nur erstere Darstellungsart Anwendung finden. Wie in Abbildung 3 ersichtlich, steht im Zentrum der Karte die untersuchte Organisation oder das untersuchte Projekt, in diesem Fall eine Einrichtung. Die Leistungen werden in diesem Fall nicht dargestellt, da lediglich erzeugte Wirkungen untersucht wurden und die erbrachte Leis-

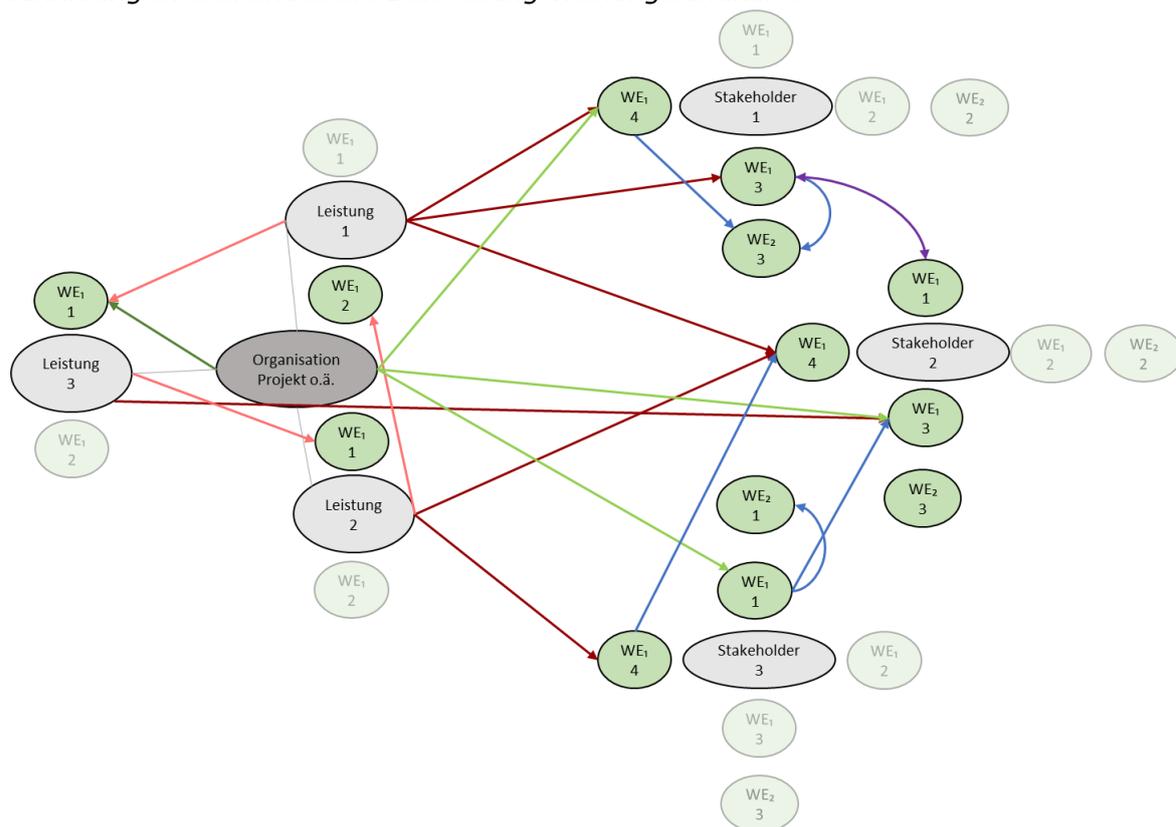
⁷ Also eine umfassende Gegenüberstellung der monetarisierten Wirkungen mit den entstandenen Kosten

⁸ Also eine detaillierte Aufstellung der Einsätze und Leistungen, welche dann zu den gemessenen Leistungen führen

⁹ Benannt nach George Boole. Diese Daten können nur zwei mögliche Zustände annehmen, in diesem Fall z.B. nachgewiesen/nicht nachgewiesen oder mit/ohne quantitativer Messung.

tung, falls nötig, in die Wirkungsbeschreibung miteinbezogen wird. Alle Stakeholder, die durch von der Organisation ausgehende Wirkungen beeinflusst werden, werden räumlich in der Karte dargestellt (hier Stakeholder 1-3). Die Darstellung in Landkartenform lässt zudem eine Unterscheidung der Wirkungsebene zu, was zur Differenzierung von direkten Wirkungen und Wirkungen, die wiederum durch vorhergehende Wirkungen hervorgerufen werden, genutzt wird (in der Abbildung 3 als WE₁ und WE₂). Die farbige Kennzeichnung dient in diesem Beispiel zur Unterscheidung von wirkungserzeugenden und empfangenden Stakeholdern bzw. Wechselwirkungen. Dies wird im Rahmen dieser Arbeit aber durch die eingangs erwähnte Limitation eine andere Anwendung finden, wie im Folgenden erläutert wird.

Abbildung 3: Schematische Darstellung Wirkungslandkarte



Quelle: Grünhaus/Rauscher (2021: 41)

Da jede der betrachteten Wirkungen, ob quantifiziert oder nicht, als darstellenswert erachtet wird, sollen alle relevanten Stakeholder und auf sie bestehende Wirkungen dargestellt werden. Allerdings muss eine Unterscheidung zwischen lediglich qualitativ bestätigten, und den quantitativ hinterlegten Wirkungen entstehen. Hierbei gibt es mehrere Mög-

eine detailliertere Herausarbeitung der Größen- bzw. Prioritätsverhältnisse zwischen den dargestellten Wirkungen, was besser dem Fokus dieser Arbeit dient.

Nach der erfolgten Erläuterung der zugrundeliegenden Konzepte stellt sich die Frage der praktischen Umsetzung derselbigen im Rahmen der Forschungsarbeit. Im Folgenden soll auf die erfolgte Auswahl der Methoden für diese Umsetzung und den Umfang der empirischen Untersuchung eingegangen werden.

3. Forschungsmethoden

Das folgende Kapitel stellt die auf Basis der bereits geschilderten theoretischen Konzepte und empirischen Erkenntnisse ausgewählte methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage vor. Wie Abbildung 5 zu entnehmen ist, wurden im Rahmen der Masterarbeit im Zeitraum von Dezember 2020 bis März 2021 insgesamt 19 qualitative, teilstrukturierte Interviews durchgeführt. Davon wurden je drei Interviews mit hauptamtlichen und freiwilligen Mitarbeiter:innen der Einrichtung, vier Interviews mit Bewohner:innen, zwei Interviews mit Ärzt:innen Wiener Spitäler, zwei Interviews mit Entlassungsmanager:innen Wiener Spitäler und je ein Interview mit Vertreter:innen der MA15, der Polizei, des Neunerhaus Gesundheitszentrums, Streetwork sowie der Sozial- und Rückkehrberatung geführt. Der Großteil der Interviews wurden über Zoom, einer Plattform für Videokonferenzen, geführt und anschließend transkribiert und ausgewertet. Die andauernde Covid-19-Pandemie erlaubte wenig persönlichen Kontakt.

Zudem wurden drei quantitative Erhebungen durchgeführt. Es wurden sowohl hauptamtliche (n=25) als auch freiwillige (n=18) Mitarbeiter:innen befragt, wie das Angebot auf sie wirkt. Zudem wurde eine Art Verlaufsprotokoll zum Einrichtungsaufenthalt der Klient:innen aus Sicht der Sozialarbeiter:innen (n=34) geführt.

Abbildung 5: Übersicht der empirischen Erhebungen

Stakeholder	Anzahl Interviews	Eigene quantitative Erhebung
<i>Bewohner:innen</i>	4	1 (n=34)
<i>Hauptamtliche und freiwillige Mitarbeiter:innen</i>	6	1 Hauptamtliche (n=25) 1 Freiwillige (n=18)
<i>Krankenhäuser</i>	4	
<i>Polizei</i>	1	

MA15	1	
Niederschwellige Einrichtungen der WWH	2	
Gesundheitsangebote der WWH	1	
	19	3

Im Anschluss wird die Organisation des Forschungsprozesses vorgestellt und darauffolgend die Methoden der qualitativen und quantitativen Erhebung präsentiert.

3.1. Mix-Methods-Ansatz und zyklische Forschungsorganisation (BW)

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde einerseits ein qualitativ verstehendes, als auch ein quantitatives prüfendes Forschungsdesign gewählt. Qualitative Aspekte sollten einfließen, um das Wirkungsmodell der vorhergehenden Studie auf die zu untersuchende Einrichtung zu adaptieren und die Wirkungen zu verifizieren, quantitative Aspekte dienten ebenso zur Validierung des Wirkungsmodells, allerdings auch der Messung des Ausmaßes der Wirkungen. Zur Umsetzung des Forschungsvorhabens wurde deshalb nach dem Mixed-Methods-Ansatz gearbeitet. Das heißt, es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung angewandt (Kuckartz 2014: 33).

Zu Beginn des Forschungsvorhabens standen die Forscher:innen vor zwei Unsicherheiten: Erstens musste der geplanten Quantifizierung ein Schritt der Überprüfung und Anpassung des hypothetischen Wirkungsmodells speziell auf die untersuchte Einrichtung vorausgehen, es wurden also Wirkungen hinzugefügt oder gestrichen. Damit gab es die Planungsschwierigkeit, welche Daten benötigt wurden, um die identifizierten Wirkungen quantitativ zu hinterlegen. Zweitens wurde erst spät im Forschungsprozess bekannt, welche Daten von der Einrichtung bereits erhoben wurden und somit für die Forschung zur Verfügung standen.

Die eingeschränkte Planbarkeit führte die Autor:innen zur zyklischen Organisation des Forschungsprozesses nach Froschauer und Lueger (2009). Im zyklischen Vorgehen wird der Forschungsprozess laufend formativ evaluiert (Froschauer/Lueger 2020: 202). In der vorliegenden Arbeit folgten sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungsphasen aufeinander und die Vorgehensweise wurde nach Zwischenevaluierungen laufend adaptiert. Eine zyklische Organisation des Forschungsprozesses und Reflexionsphasen sind Teil von Qualitätssicherungsstrategien (Froschauer/Lueger 2020: 247).

3.2. Qualitative Erhebung

3.2.1. Teilstrukturierte qualitative Interviews (BW)

Der qualitative Teil der Forschung wurde mittels themenzentrierter, leitfadengestützter (Expert:innen-)Interviews geführt. Expert:innen stellen Repräsentant:innen einer Gruppe dar (Flick 2002: 139). Im Fall dieser Forschungsarbeit wurden Repräsentant:innen der verschiedenen identifizierten Stakeholder befragt.

Themenzentrierte Interviews geben Themen in einem Interview schon in Grundzügen vor (Froschauer/Lueger 2020: 55). Im Laufe des Forschungsprozesses kann die Themenzentrierung zunehmend enger gefasst werden, wenn relevante Forschungsinhalte zunehmend exploriert wurden und gewisse Aspekte noch genauer herausgearbeitet werden sollen (Froschauer/Lueger 2020: 56). Für die Durchführung der Interviews wurde jeweils ein Leitfaden konzipiert, welcher den Interviewpartner:innen, wenn gewünscht, schon vorab zugeschickt wurde. Die Leitfäden sind im Anhang der Masterarbeit zu finden (Kapitel 4). Wenn Leitfäden genutzt werden, sollte beachtet werden, diese eher als Gesprächsstütze zu verwenden und flexibel darin zu bleiben, Perspektiverweiterungen, die sich durch Gesprächsverläufe ergeben, zuzulassen (Froschauer/Lueger 2020: 57). Expert:innengespräche sollten dann themenzentriert durchgeführt werden, *„wenn es um die Vorerkundung eines Themenfeldes geht oder wenn Lücken im Vorverständnis der Analyse aufgefüllt werden sollen. In späteren Analysephasen bietet sich eine solche Vorgangsweise an, wenn im Zuge der Interpretation Erkenntnislücken identifiziert wurden, die zusätzliche Erhebungen erfordern und*

deshalb stärker auf die entsprechenden Themen zentriert sind“ (Froschauer/Lueger 2020: 57). Da sowohl das Vorverständnis als auch Erkenntnislücken im Laufe des Forschungsprozesses gefüllt werden wollte(n), war diese Art der Gesprächsführung in allen Forschungsstadien relevant.

Um ein Gefühl für das Forschungsfeld zu bekommen, wurden zuerst drei Interviews mit Mitarbeitenden der Einrichtung geführt. Im nächsten Schritt wurde das hypothetische Wirkungsmodell überprüft. Zu Beginn des Forschungsprozesses war geplant, insgesamt fünf Interviews durchzuführen und für alle nicht davon abgedeckten Stakeholder auf bereits vorhandene Interviews der Wirkungsanalyse der Wiener Wohnunglosenhilfe (Beeck et al. 2020) zurückzugreifen. Es stellte sich allerdings heraus, dass für eine Beantwortung der Forschungsfrage ohne zu ausgiebige Interpretationsleistung, Interviews mit fast allen Stakeholdern erneut nötig waren, da die Interviews in der Wirkungsanalyse zu allgemein gehalten waren. Um die Sichtweise der Stakeholder zu erforschen, wurden Interviews mit den jeweiligen Vertreter:innen durchgeführt. Der Kontakt wurde teilweise über die Einrichtung, teilweise aus Eigeninitiative hergestellt. Die Interviews wurden pandemiebedingt über Zoom geführt. Einerseits stellte sich dieses Format als durchwegs praktikabel heraus (Wegzeiterparnis, integrierte Aufnahmefunktion), andererseits verlor die Durchführung der Gespräche den persönlichen Rahmen. Nach der qualitativen Erhebung wurden die Interviews protokolliert, relevante Passagen vollständig transkribiert und darauffolgend ausgewertet.

Die qualitativen Interviews dienten teilweise auch der Erhebung von Quantitäten. Für eine Masterarbeit stehen nur ein relativ enger zeitlicher Rahmen und begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Daher ließen sich einige Quantitäten nicht mittels umfangreicher rigider quantitativer Erhebungsdesigns erfassen. Stattdessen wurden mit der Materie vertrauten Expert:innen gebeten, Proxy-Einschätzungen vorzunehmen. Diese Art der Datenerhebung war besonders in Bezug auf Wirkungen auf die Klient:innen in der Einrichtung und bei Wirkungen auf die Krankenhäuser notwendig. Erstere Schätzungen wurden durch Sozialarbeiter:innen des Hauses vorgenommen. Schätzungen der quantitativen Wirkungen auf die Spitäler wurden von Spitalsärzt:innen und Entlassungsmanager:innen angestellt.

3.2.2. Themenanalyse nach Lueger (2010) (BW)

Zur Auswertung der qualitativ geführten Interviews wurde die Methode der Themenanalyse nach Froschauer/Lueger (2009) gewählt. Die Themenanalyse eignet sich zur Analyse von Inhalten von Expert:innengesprächen, wie sie auch für diese Masterarbeit geführt wurden. Die Methode bietet eine Vorgehensweise zur Analyse von manifestem Inhalt und bietet die Möglichkeit, größere Textmengen systematisch zu analysieren (Froschauer/Lueger 2009: 187). Unter anderem eignet sich die Herangehensweise, wenn Themen aus der Perspektive verschiedener Akteur:innen verglichen werden sollen (Froschauer/Lueger 2003: 158f., zit. n. Froschauer/Lueger 2009: 206f.)

Die beschriebene Herangehensweise sieht vor, forschungsrelevante Themen im Text zu identifizieren und den Text nach Themen zu ordnen. Mittels Kodierung fallen die irrelevanten Textstellen weg. Der letzte Schritt ist die Zusammenfassung der wichtigsten Charakteristika eines Themas (Froschauer/Lueger 2009: 208f.). In dieser Masterarbeit wurde die von Froschauer/Lueger empfohlene Vorgehensweise etwas adaptiert. Durch das bereits vorhandene hypothetische Wirkungsmodell konnten die passenden Textstellen der Interviews mit einem Vermerk, wer die jeweilige Aussage getätigt hat, zu den jeweiligen Wirkungen zugeordnet werden. Somit entfiel der Schritt zur Entwicklung von Ordnungskategorien. Allerdings wurden nicht nur Wirkungen identifiziert, die bereits im hypothetischen Wirkungsmodell inkludiert waren, es kamen auch neue hinzu. Dabei wird bei der Zuordnung der Textstellen zu den Themen darauf geachtet, ob die Hypothesen bestätigt werden oder ihnen widersprochen wurde. Dabei spielt die Kontextualisierung (sozial, zeitlich und sachlich), die nach Froschauer/Lueger (2009: 210) eine zentrale Rolle darstellt, hier eine untergeordnete Rolle, da auch die Interviewfragen relativ zielgerichtet gestellt wurden. Dies wurde durch den eindeutigen Kontext der Gespräche und Umstände des Zugangs (Vermittlung über die Einrichtung) noch verstärkt.

3.3. Quantitative Erhebung

3.3.1. Quantitative Fragebögen (DH)

Um das Ausmaß der Kernwirkungen der untersuchten Einrichtung so objektiv wie möglich nachzuvollziehen, war eine quantitative Untersuchung unumgänglich. Hierbei ist es wichtig zunächst klarzustellen, dass sich die direkten Ergebnisse und daraus folgende Implikationen durch die Vielfältigkeit der Problemstellungen nur für die spezifisch untersuchte Stichprobe zweifelsfrei feststellen lässt. Dennoch lassen sich dadurch auch begründete Annahmen für Klient:innen treffen, welche vor und nach der Stichprobe die Dienste der Einrichtung in Anspruch nahmen und nehmen werden. Hauptziel der im Rahmen dieser Arbeit unternommenen Erhebung war es, Veränderungen bei den Klient:innen in drei Aspekten zu untersuchen: Die physische Gesundheit, die psychische Gesundheit und der Hygienezustand. Die Befragung wurde dann noch um einige Aspekte der Sozialen Arbeit und Zukunftsaussicht bzw. des zukünftigen Betreuungsbedarfs ergänzt. Ersteres, da dies nach der Stabilisierung ein erklärtes Ziel der Einrichtung ist¹⁰ und letzteres, um weitere Lücken in der Versorgung festzustellen und dadurch einen Ausblick geben zu können. Dies war zwar nicht expliziter Zweck dieser Arbeit, stellt jedoch einen Teilaspekt jeglicher Forschung dar.

Es kam recht früh im Prozess des Erhebungsdesigns die Erkenntnis, dass eine direkte Befragung der Klient:innen aus Verständnis- und Verfassungsgründen nicht passend war und deshalb eine stellvertretende Einschätzung der Mitarbeiter:innen beim Ein- sowie Auszug der Klient:innen nötig ist. Das Fragebogendesign basierte weitestgehend auf den Erkenntnissen von Paier (2010). Es wurde ein dreimonatiger Zeitraum für die Erhebung festgelegt, da dies der längste realistische Zeitraum war, welcher inklusive Vor- und Nachbereitung im Rahmen der vorliegenden Studie möglich war. Zudem ist dies auch die nach den Richtlinien des Hauses festgelegte maximale Aufenthaltsdauer für Klient:innen. Da allerdings, nicht unwesentlich durch die Covid-19 Pandemie beeinflusst, die Durchlaufquote ungleich geringer als normal war,

¹⁰ So existiert beispielsweise als eine der wenigen nicht medizinischen die Zielvereinbarung "Dokumentenbeschaffung" welche meist Kontakt mit Botschaften der Herkunftsländer für Ausweispapiere oder Duldungsbescheide in Österreich vorsieht.

wurde zusätzlich eine Ex-Post-Erhebung für alle zum Startzeitpunkt bereits im Haus und eine Zwischeneinschätzung für zum Endzeitpunkt immer noch im Haus befindlichen Klient:innen veranlasst. Durch diese objektiven Kriterien und somit feststehende Auswahl wurde die Gefahr einer möglichen Stichprobenverzerrung von Seiten der Einrichtung berücksichtigt, welche aufgrund des theoretischen Anreizes bestand, besonders positiv verlaufende Fälle in die Untersuchung aufzunehmen. Diese Auswahl, verbunden mit der umfassenden Leistung der Einrichtung, womit der untersuchte Eingriff in Form des Einrichtungsaufenthalts nahezu alle Lebensbereiche der Klient:innen beeinflusst, führen zu einer hohen internen Validität der Erhebung (Paier 2010: 38).

Die wohl größte Limitation des Untersuchungsdesigns dieser Erhebung ist das Fehlen einer Kontrollgruppe, die sich nicht in der Einrichtung aufhält. Diese Zielgruppe ist sehr schwer zugänglich und hätte zum Beispiel aus auf die Straße entlassenen, obdachlosen Personen bestehen müssen, welche nur schwer für eine drei Monate später stattfindende Befragung greifbar gewesen wären. Zusätzlich beständen bei dieser Untersuchungsform Verständigungsprobleme und eine geringere Reliabilität der erhobenen Daten. Außerdem wären in einem solchen Design eine unüberschaubare Anzahl weiterer Variablen durch sehr unterschiedliche Krankheitsbilder und durch die fehlende Beobachtung während des Untersuchungszeitraums aufgetreten, sodass ein direkter Vergleich nur schwer möglich gewesen wäre. Somit fiel die Entscheidung für ein Pretest-Posttest-Design (Paier 2010: 36) mit einer gleichbleibenden Stichprobe in der Einrichtung, ergänzt durch die bereits beschriebenen Ex-Post-Einschätzungen für bereits eingezogene Klient:innen.

Zum Pretest (Paier 2010: 120) wurde der Fragebogen vor der Haupterhebung an die Sozialarbeiter:innen der Einrichtung geschickt und anschließend noch einmal überarbeitet. Hierbei wurde auf einen guten Kompromiss aus der Operationalisierung aller wichtigen Wirkungen und einem im Rahmen dieser Arbeit realistischen Arbeitsaufwand für die Einrichtung geachtet.

Das Problem der Objektivität, da es mögliche Anreize für die Befragten gibt, die Produkte der eigenen Arbeit positiv zu überschätzen, wurde umgegangen, indem neutrale Skalen (Choi/Pak 2005) mit der ver-

gleichsweise hohen Skala 10 in dreimonatigem Abstand eingesetzt wurden, was eine Erinnerung an die Ersteinschätzung zwar nicht völlig ausschließt, aber unwahrscheinlicher macht. Der gesamte Fragebogen, bestehend aus Ersterhebung bei Einzug und Folgebefragung bei Auszug, befindet sich im Anhang der Masterarbeit (Kapitel 5.1). Außerdem wurde die Befragung um vier teilstrukturierte qualitative Interviews mit Klient:innen (I4-7) ergänzt, anhand derer die Einschätzungen mit denselben Fragen stichprobenartig überprüft wurden.

Außerdem wurde auch noch eine Befragung der Mitarbeiter:innen, sowohl hauptamtlich als auch freiwillig durchgeführt, um die Wirkungen der Einrichtung selbst auf diese festzustellen. Die vollständigen Fragebögen befinden sich im Anhang der Forschungsarbeit (Kapitel 5.2 & 5.3). Hier lag der Fokus hauptsächlich auf dem Erwerb zusätzlicher Fähigkeiten und Kompetenzen, sowie den sozialen Aspekten. Bei diesen kamen hauptsächlich 5-stufige Likert-Skalen¹¹ zum Einsatz, da in dieser Erhebung keine feine Erhebung von Unterschieden nötig war. Diese beiden Befragungen wurde eng an den von Paier (2010: 68) vorgeschlagenen Befragung zur Arbeitszufriedenheit angelegt. Die Vorteile einer solchen Likert-Skala liegen in einer hohen Reliabilität der Messung von Einstellungen und der Einfachheit des Ausfüllens, da die gesamte Fragebatterie nach demselben Muster funktioniert. Da die Entscheidung für gerade oder ungerade Zahlen auf diesen Skalen immer ein Diskussionspunkt ist (Paier 2010: 68), sei an dieser Stelle kurz erwähnt, dass bewusst eine ungerade Anzahl gewählt wurde, da die neutrale Positionierung ein valides Ergebnis ist. Zudem sollte besonders bei einem heterogenen Einsatzfeld wie z.B. den befragten Freiwilligen eine ‚Enthaltung‘ bei Teilaspekten, die möglicherweise keine Relevanz haben, gegeben sein.

Die Mitarbeiter:innenbefragung erfolgte online mithilfe der Software Limesurvey, während sich bei der Verlaufserhebung über Klient:innen die Papierform als die praktikablere und von der Einrichtung bevorzugte Form herausgestellt hat.

¹¹ Nach Rensis Likert (1932)

3.3.2. Sekundärdatenanalyse (DH)

Mangels bereits verfügbarer, repräsentativer Daten über Nutzer:innen des Angebots, musste für alle Quantifizierungen, die nicht auf den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Befragungen basieren, auf allgemeinere Sekundärdaten zurückgegriffen werden. Diese umfassen Daten der Einrichtung, sowie einzelne Datenpunkte, die vor allem in Bezug auf das Gesundheitssystem durch Internetrecherche oder in qualitativen Interviews erhoben wurden. Da es keine umfassende Aufstellung der durchschnittlichen Nutzung des Gesundheitssystems durch nichtversicherte Personen gibt, können die ermittelten Be- und Entlastungen keiner Gesamtzahl gegenübergestellt werden. Die Sekundärdatenanalyse konzentriert sich demnach mehr auf eine Analyse der von der Einrichtung und anderen Stakeholdern zur Verfügung stehenden Daten.

Der Großteil an Sekundärdaten wurden der von der Caritas verwendeten Software HR360 entnommen. Hier werden die Personaldaten wie Geburtsdaten oder Herkunftsland sowie Falldokumentation und Zielvereinbarungen, welche bei Einzug mit den Sozialarbeiter:innen erarbeitet werden, gespeichert. Zudem werden in der laufenden Betreuung qualitative Einträge gemacht, in denen der Betreuungsverlauf dokumentiert wird. Außerdem werden jegliche Einsätze und Vorfälle dokumentiert, was eine Analyse der Rettungs- und Polizeieinsätze zulässt. Hierzu wurden auch die Daten anderer niederschwelliger Einrichtungen der WWH zur Verfügung gestellt, was eine Ermittlung des Unterschieds, den das umfassendere Angebot der untersuchten Einrichtung macht, zulässt. Es wird zudem festgehalten, woher die Anfragen zur Aufnahme der Klient:innen kommen, was uns erlaubte, eine Statistik der Zuweisungen zu erstellen. Dadurch konnte nachvollzogen werden, welche Anteile der Klient:innen durch Krankenhäuser, Streetwork oder andere niederschwellige Einrichtungen der WWH zugewiesen bzw. vermittelt wurden.

Es wurde zudem eine systematische Untersuchung des Online-Dienstbuchs (ODB) der Untersuchungseinrichtung durchgeführt. Dabei wurden Vorfälle wie Einsätze oder Konflikte codiert und dann, wo möglich, mit den Daten aus HR360 oder anderen Quellen zusammengeführt. Dies erlaubte einen - den gegebenen Umständen entsprechend - vollständigen Überblick über den beobachteten Zeitraum und damit eine

Quantifizierung der Wirkungen im Zusammenhang mit Einsätzen, Konflikten und Begleitungen zu.

Die Daten aus HR360 wurden außerdem genutzt, um eine Liste der häufigsten Krankheitsbilder zu erstellen und diese, um das Ausmaß der eingesparten Krankenhaustage einzuschätzen, in mehreren Gesprächen mit Ärzt:innen und Entlassungsmanager:innen Wiener Krankenhäuser (I9-12) abzugleichen. Da dies nur schwer belastbare Zahlen sind, fiel hier die Entscheidung, eine mögliche Spannbreite der Wirkung zu nennen, anstatt sich auf eine von uns gewählte, arbiträre Zahl festzulegen.

Daten zu übernommenen Transportkosten wurden der Bilanzierung der Einrichtungen entnommen und der errechnete Tagessatz der Einrichtung wurde uns von der Leitung des Hauses genannt und stellt lediglich eine Aufstellung der Kosten dar, da es aufgrund der Gegebenheiten des Hauses keine Abrechnung mit Versicherungen oder Klient:innen selbst geben kann.

Quoten zur Erreichung von Zielvereinbarungen wurden ebenfalls den Veröffentlichungen der untersuchten Einrichtung entnommen, da ein nicht unerheblicher Teil der Stichprobe zum Endzeitpunkt des Befragungszeitraums¹² noch im Haus befindlich war, wäre eine von uns erhobene diesbezügliche Statistik stark verzerrt gewesen.

3.3.3. Auswertung (DH)

Die Auswertung der Fragebögen über den Verlauf des Einrichtungsaufenthalts der Klient:innen erfolgt aufgrund der Struktur der Befragungen hauptsächlich durch die Ermittlung der arithmetischen Mittel von Veränderungen der Folge- im Vergleich zur Ersterhebung. Zusätzlich wurden auf Basis der Fragebögen Quoten für sozialarbeiterische Fortschritte bzw. Fortschritte in den Kategorien Alkoholkonsum, Stress, Ernährung, Vertrauen gegenüber der Einrichtung bzw. generell dem WWH-System, sowie Klarheit über die eigene Situation und Kontakt zur Familie erhoben. Letztere Fragen wurden als Dummy¹³-Variable codiert, sodass die

¹² Dieser Umstand ist nicht unwesentlich durch die Covid-19-Pandemie bedingten, längeren Aufenthaltszeiten entstanden.

¹³ Binäre Unterscheidung nach eingetroffen/nicht eingetroffen

Quoten sich hier lediglich auf den Anteil der Stichprobe mit Fortschritten und nicht auf die Quantität des Fortschritts selbst beziehen.

Bei den Mitarbeiter:innenbefragungen wurden zum Teil einzelne Fragen zusammengefasst und dann auf die jeweiligen Wirkungen als Maß der Zustimmung in der befragten Stichprobe gewertet. Hierbei wurde auf die Trennschärfe der erhobenen Wirkungen geachtet.

Was diese umfangreiche Empiriephase dann letztendlich an Ausarbeitung von Daten möglich machte, wird im nächsten Kapitel der Ergebnisdarstellung gezeigt.

B. Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Darstellung der Ergebnisse der Forschungsarbeit. Zunächst werden die identifizierten und verifizierten Wirkungen vorgestellt. Dazu werden die identifizierten Stakeholder präsentiert und darauffolgend die Wirkungen je Stakeholder beschrieben. Im nächsten Schritt werden jene Wirkungen vorgestellt, die im Rahmen der Masterarbeit quantifiziert werden konnten und die Herangehensweise erklärt. Zum Abschluss werden die quantifizierten Wirkungen in der Wirkungslandkarte grafisch dargestellt.

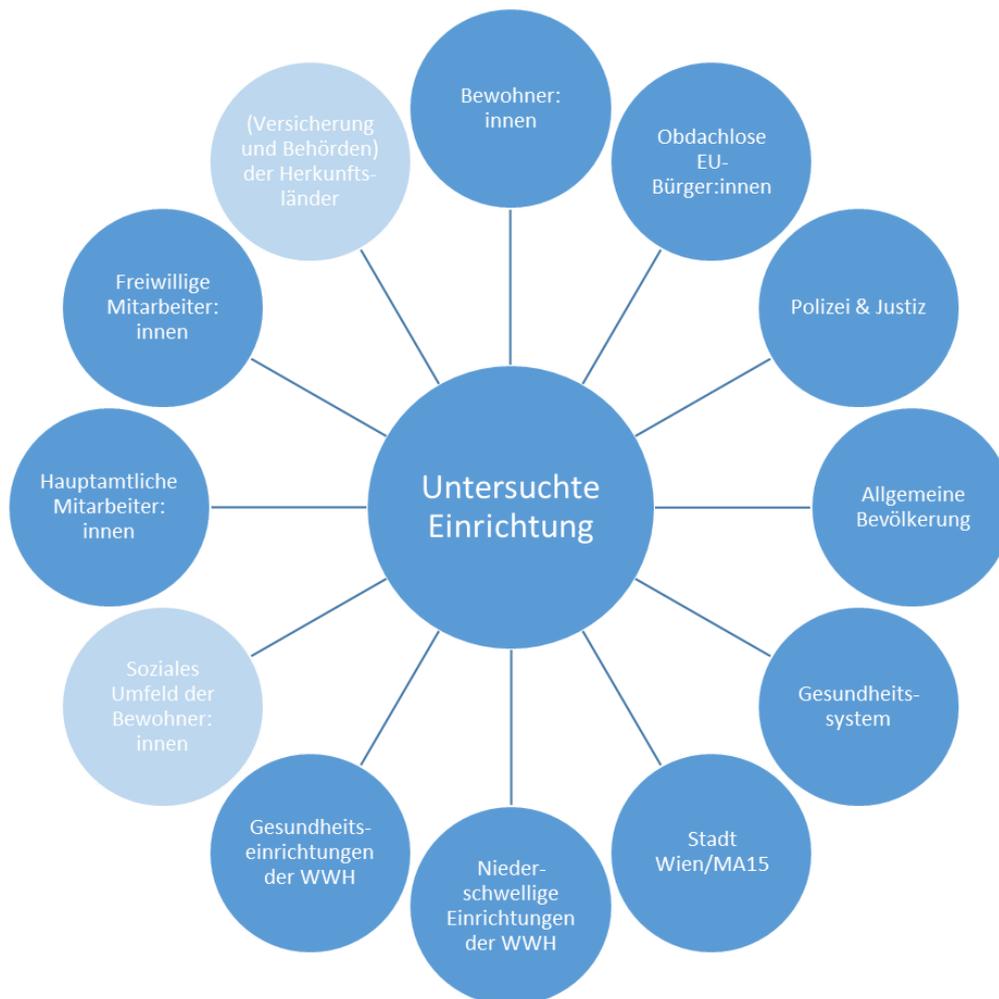
1. Finales Wirkungsmodell (DH&BW)

Eine Übersicht über das gesamte empirisch bestätigte Wirkungsmodell befindet sich im Anhang. Bevor eine Beschreibung der Wirkungen je Stakeholder erfolgt, werden jene Personengruppen und Institutionen aufgezeigt, auf die die Untersuchungseinrichtung Wirkungen entfaltet.

1.1. Identifizierte Stakeholder (BW)

In Abbildung 6 sind alle für die Untersuchungseinrichtung und damit auch für die Forschungsfrage dieser Arbeit relevanten Stakeholder abgebildet. In Dunkelblau erscheinen jene Stakeholder, die wir im Rahmen dieser Forschungsarbeit berücksichtigen konnten: Die Bewohner:innen der Einrichtung, obdachlose EU-Bürger:innen in Wien im Allgemeinen, Polizei und Justiz, die allgemeine Bevölkerung, das Wiener Gesundheitssystem, die Stadt Wien bzw. im Speziellen die MA15, niederschwellige Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, Gesundheitseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und hauptamtliche sowie freiwillige Mitarbeiter:innen der Einrichtung.

Abbildung 6: Übersicht der Stakeholder



Quelle: Eigene Darstellung

Hellblau gefärbt ist zum einen der Stakeholder ‚Herkunftsländer‘, der zwar eine naturgemäß sehr wichtige Rolle spielt, durch den fehlenden Zugang zu lokalen Versicherungen und Behörden, jedoch den Rahmen dieser Arbeit überstiegen hätte. Daher wurden nur Stakeholder berücksichtigt, die sich auf die Versorgungslandschaft in Wien beziehen. Zum anderen wurde der Stakeholder ‚Soziales Umfeld der Bewohner:innen‘ nicht erhoben, da dieses schwer erfassbar ist und im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht erhoben werden konnte.

1.2. Identifizierte Wirkungen (DH&BW)

Im vorliegenden Kapitel erfolgt die nähere Beschreibung der identifizierten Wirkungen für jeden Stakeholder. Die hier beschriebenen Wirkungen wurden im Rahmen der Erhebung qualitativ bestätigt.

1.2.1. Bewohner:innen (BW)

Die Einrichtung wirkt auf Bewohner:innen als ihre Zielgruppe naturgemäß sehr umfangreich. Es ließen sich Wirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen, Wirkungen durch sozialarbeiterische Interventionen wie der Abklärung von Ansprüchen, sowie Wirkungen bedingt durch die Rahmenbedingungen und die Infrastruktur der Einrichtung identifizieren.

Obdachlose EU-Bürger:innen haben durch die untersuchte Einrichtung **Zugang zu einem temporären, ganztägigen Versorgungsangebot**, welches ihnen Raum und die **Möglichkeit zur Genesung und Stabilisierung** bietet. Die Rahmenbedingungen der Einrichtung ermöglichen auch jenen Personen einen Zugang zum Angebot, die durch verschiedene Umstände von anderen Angeboten ausgeschlossen sind. Das betrifft vor allem den Faktor der fehlenden Anspruchsberechtigung auf eine Leistung der Wiener Wohnungslosenhilfe, aber auch den Zugang für Personen, die beispielsweise einen Rollstuhl benötigen und für die Notquartiere mit Rollstuhl oftmals nicht nutzbar sind (I2). Die untersuchte Einrichtung kann mit Rollstuhl, Krücken oder Rollator genützt werden. Zudem erfordert die Nutzung keine finanziellen Ressourcen, womit das Angebot auch gänzlich mittellosen Personen zugänglich ist (I6). Für die Zeit ihres Aufenthalts in der Einrichtung profitieren die Bewohner:innen von der Möglichkeit des Tagesaufenthalts und der Essensversorgung. Dies führt zu einer **deutlichen Steigerung ihrer Lebensqualität** (I1, I2). Diese wird durch das gesamte Angebot erwirkt und die im Folgenden dargestellten Wirkungen tragen dazu bei.

Wirkungen durch die Rahmenbedingungen: ein „Mehr“, verglichen mit Notquartieren und dem Leben auf der Straße

In der Einrichtung stehen gemeinschaftlich genutzte Sanitäreanlagen und Waschmaschinen zur Verfügung. Hygieneartikel, Handtücher und Ersatzkleidung können bei Bedarf ausgegeben werden. Die Bettwäsche

wird einmal wöchentlich gewaschen und der Boden der Zimmer gereinigt. Diese Faktoren führen zu einer **verbesserten Hygiene**. Manche Klient:innen kommen in einem sehr verfallenen Zustand in die Einrichtung. In den meisten Fällen verbessert sich ihre Hygiene durch das Bereitstellen von Duschen und Hygieneartikeln enorm (I2).

Dreimal täglich zur Verfügung gestellte Mahlzeiten, eine davon warm, führen zu einer **verbesserten Ernährung** (I2, I6). Eine regelmäßige Nahrungsaufnahme mit ausreichend Nährstoffen wirkt sich auch auf eine raschere Genesung aus.

Hausregeln und Struktur wirken auf die Bewohner:innen in unterschiedlichem Maße. Manche profitieren von der **Stabilität durch einen strukturierten Alltag**, beispielsweise, wenn Mahlzeiten regelmäßig eingenommen werden. In manchen Fällen kann das auch zu einem **Verlust von Selbstständigkeit** führen, die für das Leben danach, oftmals auf der Straße, allerdings wieder benötigt wird. Manche verlieren wichtige Fähigkeiten bezüglich des Überlebens auf der Straße und in Notquartieren (z.B. Geldbeschaffung), da diese im Haus nicht gebraucht werden (I1, I2, I3). Diese Wirkung wurde zwar in mehreren Interviews als potenzieller Nachteil erwähnt, allerdings konnte sie trotz Erhebung quantitativ nicht bestätigt werden.

Für andere wiederum stellen die strikten Regeln eine enorme Herausforderung dar. Im Rahmen der Schutzmaßnahmen im Zuge der Covid-19-Pandemie wurde ein Portiersdienst eingeführt, der eine Anwesenheitsliste von Bewohner:innen führt, beim Betreten des Hauses Fieber misst und hauptamtliche Mitarbeiter:innen hinzuzieht, wenn teilweise Taschenkontrollen wegen Alkohol durchgeführt werden. Die Bewohner:innen müssen bis 18 Uhr zurück im Haus sein. Der geschützte Rahmen und die Hausregeln sind teilweise bereits ohne Pandemie notwendig gewesen, um die nötige Ruhe zu gewährleisten. Im Rahmen der Pandemie wurden diese aber verschärft, um das Infektionsrisiko im Haus so gering wie möglich zu halten. Besonders für jüngere und körperlich fittere Personen stellt sich das als herausfordernd dar. Die Verschärfung hat auch zu einer vermehrten Isolation beigetragen. Davon berichtet beispielsweise ein Bewohner:

„Not so good, because here you don't have too much contact with normal people, you know, because everyone has their story. They are broke because they are older than me. And here you don't have almost no contact with the world. (...) Here you cannot do too much, just eat and sleep. But I'm very happy with this situation, because here I have everything, really, But, you know, I have to stand back in the life" (I4 02:57).

Dieser Umstand ist mitunter auch darauf zurückzuführen, dass die Bewohner:innen durch die Covid-19-Bestimmungen Tageszentren der Wohnungslosenhilfe nicht nützen können. Der Besuch dieser ist, zum Zeitpunkt der Erhebung, nur Personen vorbehalten, die sich in akuter Obdachlosigkeit auf der Straße befinden. Zudem sind die Bewohner:innen als Risikopatient:innen einzustufen und es besteht außerhalb des Hauses eine hohe Ansteckungsgefahr.

Es gibt aber auch viele Personen, für die sich das Angebot zu hochschwellig gestaltet und sie es dadurch nur kurz oder gar nicht annehmen können. Näheres hierzu wird im Kapitel 1.2.2 über obdachlosen Personen beschrieben.

Besonders im Vergleich zum Leben auf der Straße, aber auch zu Nächtlungen im Notquartier erhöht sich das **Sicherheitsgefühl** (I4). Das bezieht sich einerseits auf eine objektive Verbesserung der Sicherheit durch die geschützten Rahmenbedingungen, beispielweise durch den Frauenbereich in der Einrichtung, andererseits auf ein Sicherheitsgefühl das dadurch entsteht, dass zumindest temporär keine Sorge besteht, wo die eigenen Habseligkeiten untergebracht werden können und wie die nächste Nacht verbracht werden kann (siehe auch Stressreduktion).

Wo Menschen zusammenleben, entstehen Konflikte. Auch in der untersuchten Einrichtung **entstehen Probleme durch enges Zusammenleben**. Es gibt kulturelle Konflikte und Konflikte, die aufkommen, wenn unterschiedliche Vorstellungen über Hygiene oder das Fernsehprogramm existieren, besonders dann, wenn Zimmer oder Gemeinschaftsräume geteilt werden (müssen). Im Vergleich zur Straße, aber auch im Vergleich zu Notquartieren, besteht allerdings **ein deutlich vermindertes Konfliktrisiko**. Zudem sind die Konflikte in der Regel abgeschwächer und weniger eskalativ, da Betreuungspersonal zur Konfliktmediation zur Verfügung steht. So berichten zwei Bewohner von Konflikten im Haus:

„There have been occasions when tempers were high, a lot of shouting or whatever. But the staff seems to deal with it very well. They are very quick to intervene if something is going untoward“ (I5 21:12).

„Wenn dann gehts um [untersuchte Einrichtung], da hamma von verschiedene Kulturen die Leuten, und die sind nicht auf dem gleichen Niveau, eine sand so, eine sand so, wie zuhause. Eine Haus, zum Beispiel, die machen sauber alles, in andere Haus, eher nicht so. (...) Gibt Konflikte, natürlich gibt's Konflikte. Weil Konflikte liegen bei dem, zum Beispiel, sand welche, die spülen nicht mit dem Wasser, am Klo. Des ist automatisch, wenn kommt zweite an den Klo, warum soll ich das putzen? Ja, das sind Kleinigkeit, kann man immer regen, das ist nicht so“ (I6 19:22).

Die andere Seite dieses Zusammenlebens betrifft die **Befriedigung sozialer Bedürfnisse** durch Interaktion mit anderen. Es gibt die Möglichkeit, mit anderen Bewohner:innen und zu Mitarbeitenden Kontakt und Beziehung aufzubauen. In den vorhandenen Aufenthaltsräumen kann, wenn gewünscht, dem Bedürfnis nach sozialem Kontakt nachgegangen werden. Im Haus ist der Empfang von Besuch nicht erlaubt. Dieser Umstand wirkt auf manche entlastend. Der Rahmen der Einrichtung ermöglicht Rückzug und schützt davor, Versuchungen wie Alkohol oder unerwünschten Kontakten aus dem Weg zu gehen (I2, 7). Auf andere wirkt dieser Umstand wiederum belastend, da es teilweise wenig Kontakte nach außen gibt (I6). Zurückzuführen ist dieses Besuchsverbot auf den Wunsch der Klient:innen, da das Haus einen geschützten Raum darstellt (I17).

In der Einrichtung stehen hauptsächlich Doppelzimmer zur Verfügung, teilweise auch Einzel- und Mehrbettzimmer (Caritas 2021: 4). Im Vergleich zur Straße und zu Notquartieren besteht aber eine **deutlich erhöhte Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeit**, was wiederum einen enormen Einfluss auf Genesung und Stabilisierung hat (I2). Interviewpartner 4 berichtet, wie sich fehlende Rückzugsmöglichkeiten in Notquartieren auf seinen psychischen Gesundheitszustand ausgewirkt haben:

„[In Notquartieren, Anm.], the problem is, in one room, they have a lot of people. And, you know, this made me sick. Because you have nothing, where you can be alone. I think sometimes you need it, to be with yourself“ (I4 05:54).

In der untersuchten Einrichtung sei das anders:

"Here yes. I have only one roommate and he is a really nice guy, he don't drink alcohol, he's clean, so, here I can do it" (I4 06:31).

Interviewpartner 5 berichtet eher neutral von seinem Zimmerkollegen, für ihn ist es die erste Erfahrung, sich mit jemand Fremden das Zimmer zu teilen:

"We are both very respectful, he speaks English, which is very, very helpful. And we try to not slam the doors or cough too loudly etc. It is outside of my experience. I've never had to share a room with anyone except my ex wife. So it is new for me... But we also have different interests so there is not really an impact on that." (I5 19:50)

Wirkungen auf Genesung und Gesundheitszustand

Eine sehr zentrale Wirkung der Einrichtung stellt eine **raschere sowie nachhaltigere Genesung** dar. Diese wird durch die drei Säulen medizinische Versorgung, Befriedigung von Grundbedürfnissen sowie sozialarbeiterische Perspektivenarbeit erwirkt. *„That’s why it is a good place, you know. Because here there are nurses and doctors and they can organize everything“* (I4 01:24). Diese Wirkung betrifft nicht nur die Bewohner:innen selbst, sondern auch nahezu alle anderen Stakeholder, wie zum Beispiel das Gesundheitssystem, das dadurch Kosten spart, näheres dazu wird beim Stakeholder „Gesundheitssystem“ ausgeführt.

Wie in Kapitel 1.1.3 ausgeführt, wirkt sich Obdachlosigkeit stark auf den gesundheitlichen Zustand Betroffener aus. In der Zeit, in der die Klient:innen im Haus untergebracht sind, **stabilisiert** sich ihr **gesundheitlicher Zustand** (I1, I2, I6). Sie können sich beispielsweise postoperativ erholen und werden an die Medikamenteneinnahme erinnert und bei der Wundversorgung unterstützt. Die gesamten Rahmenbedingungen, wie ein dreimal täglich zur Verfügung gestelltes Nahrungsangebot, führen dazu, dass sich die Klient:innen besser erholen können. Eine interviewte Mitarbeiterin berichtete, dass in den allermeisten Fällen eine Verbesserung erreicht wird und in nahezu allen zumindest eine medizinische oder psychische Stabilisierung. Eine medizinische Verschlechterung sei in ihrer Zeit eigentlich nie vorgekommen (I1). Dass sich eine Wohnversorgung positiv auf den gesundheitlichen Zustand obdachloser Personen auswirkt, haben unter anderem Klotz et al. (2018) anhand des Housing First-Ansatzes untersucht. Die vorliegende Arbeit kann bestätigen, dass sich sogar bereits eine befristete Unterbringung sehr positiv auf den Gesundheitszustand Betroffener auswirkt.

Bei Klient:innen kommt es ebenso zu einer **Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes**, einerseits wieder durch den Faktor gesicherte Unterbringung, in manchen Fällen auch durch psychiatrische Versorgung. Zwar liegen beim Großteil der Klient:innen neben einer physischen Erkrankung auch psychische Erkrankungserscheinungen vor, allerdings gibt es nur selten rein psychiatrische Aufnahmegründe. Die medikamentöse Behandlung ist bei psychiatrisch auffälligen Klient:innen Voraussetzung für eine Unterbringung in der Einrichtung (I1, I2). Sowohl auf Klient:innen mit psychiatrischem Versorgungsbedarf als auch auf alle anderen Klient:innen wirkt das Angebot **stark entlastend** (I4). Wie von Riesenfelder und Danzer (2016) beschrieben, wies in einer Erhebung der Winternothilfe über zwei Drittel der hier untersuchten Zielgruppe psychischen Betreuungsbedarf auf. Verbessert sich der psychische Zustand, wird durch die Unterbringung eine enorme Wirkung entfaltet. Nicht nur die Betroffenen selbst, auch die weiteren niederschweligen Einrichtungen, die von den Personen genutzt werden, werden stark entlastet, wenn sich der Gesundheitszustand ihrer Nutzer:innen verbessert.

So berichtet Interviewpartner 6, dass er sich sehr viel besser fühlt, seit er in der Einrichtung ist:

„Freilich, viel besser. Wenn das geht um Gesundheit, das ist viel besser. Weil, zum Beispiel, habe ich Zeit verbringen können in [der Einrichtung, Anm.], und dann zwischen operieren mich lassen, ich war im Krankenhaus, und dann habe ich nach dem Krankenhaus wieder einen Ort gehabt, wo ich konnte wieder weiter wohnen“ (I6 32:00)

Ein Mitarbeiter der Sozial- und Rückkehrberatung beschreibt die enorme Verbesserung, die bei Klient:innen, die die untersuchte Einrichtung nutzen, erzielt wird, besonders im Vergleich zu Notquartieren:

„Es ist Tag und Nacht wenn man vergleicht wie die dort ankommen und wie es ihnen dann drei Monate später geht. Man kann sich das ja gar nicht vorstellen, wie es ist, wenn man krank ist und dann morgens um 8 raus auf die Straße muss. Es ist dann ja schon anstrengend dann zum Arzt zu fahren. Aber dann den ganzen Tag auf der Straße oder im Tageszentrum herumzulungern, das ist ja absurd“ (I13 37:15).

Auch ein Mitarbeiter der Einrichtung beschreibt diese Verbesserung:

„Das eine ist das, die Menschen werden aufgenommen, oft in reduzierten, sehr reduziertem Allgemeinzustand, also allein die Versorgung in einem Haus mit Lebensmittel, mit einem Bett, mit einem gewissen Tagesablauf,

hat schon einen Erholungswert. Bei uns müssen sie ja nicht, also den Alkohol müssen sie sich natürlich selbst besorgen, aber im Grunde sind sie ja versorgt bei uns, also das fällt ja mal weg. Dann das zweite ist, dass ihr Gesundheitszustand sich stabilisiert, also wir sie medizinisch behandeln, also zum Beispiel Verletzungen, also viele kommen ja mit offenen Wunden, die wir dann behandeln, die gehen dann zu, das ist oft eine Prozedur, die...also ein Heilungsprozess der, sagen wir, mehrere Wochen dauert, die gehen natürlich schon in einem wesentlich besseren Zustand hinaus." (I3 18:15)

Ein befragter Bewohner berichtet ebenso von einer psychischen Verbesserung im Laufe des Einrichtungsaufenthalts:

„Sehr viel besser fühle ich mich gerade. Alles ist besser, alle meine Probleme sind besser geworden seit ich hier bin. Außer meine körperlichen Probleme, die verschwinden langsamer. Alles ist auch physisch und psychisch. Wenn man sich schlecht fühlt und körperliche Probleme hat, sind die noch schlimmer und es heilt nicht. Aber wenn man sich gut im Herzen fühlt, gehen auch die Körperprobleme langsam weg" (I7 22:03).

Er berichtet außerdem, dass es ihm beim Einzug auf einer Skala von 1-10 gemäß einer Zwei ergangen sei und er sich jetzt auf einer Zehn befinde:

„Naja ich würde sagen eine 2. Ich habe zwei Tage davor definitiv mit dem Alkohol Schluss gemacht und es ging mir sehr schlecht. Doch als ich den Platz hier hatte ist es auf die 10." (I7 10:07)

Diese Stabilisierung ist vor allem stark von **Stressreduktion** beeinflusst. Obdachlose Menschen stehen unter dem permanenten Stress, zur nächsten Mahlzeit, zur nächsten Schlafmöglichkeit und zur nächsten Dosis Nikotin oder Alkohol zu kommen. Auf die Frage, was sich in der Zeit in der Einrichtung verbesserte habe, antwortete ein Bewohner beispielsweise:

„Psychisch. Der psychische Druck. Jetzt weiß ich ganz genau, ich habe meinen Platz, könnte da essen, könnte zum Arzt gehen oder eine Überweisung kriegen, da kann ich versuchen, wieder Untersuchung oder Nachuntersuchung machen, und das befreit mich psychisch" (I6 38:14).

Diese Stressreduktion hilft auch langfristige gesundheitliche Folgen zu verringern, da, wie von Christanell (2019: 13) beschrieben, einige chronische Erkrankungen durch das hohe Stresslevel, dem obdachlose Personen konstant ausgesetzt sind, verschlimmert werden.

Zudem kommt der Faktor, dass die Bewohner:innen in der Zeit ihres Aufenthalts **vor Witterungsbedingungen geschützt** sind, besonders vor Kälte und Hitze. Auch Interviewpartner 7 berichtet vom Druck, dem

er auf der Straße ausgesetzt war, vor allem in Zeiten der anhaltenden Pandemie:

„Naja vor allem muss man nicht in der Kälte schlafen. Oder einen Platz zum Übernachten finden. Jeden Tag. Und jetzt mit Corona. Also ich war schon vorher auf der Straße in Wien, vor 5-6 Jahren und da war alles anders. Mehr Möglichkeiten zum Übernachten. Der Louisebus war auch an mehr Stellen verfügbar. Jetzt mit Corona ist es schwer. Es ist fast alles zu und man muss viel suchen. Man muss fahren. Schwarz natürlich...“ (I7 02:48)

Bei einigen Bewohner:innen **stabilisiert sich der Alkoholkonsum** im Rahmen ihrer Unterbringung in der Einrichtung. Neben den stabilisierenden Faktoren wie nicht mehr auf „Selbstmedikation“ angewiesen zu sein, führt ein Alkoholentwöhnungsprogramm, welches sich gerade im Begriff des Aufbaus befindet, dazu, dass entwöhnungswillige Klient:innen in ihrem Vorhaben professionell unterstützt werden. Es ist das erste Alkoholentwöhnungsprogramm für Personen ohne Versicherungsschutz in Wien (I3, I14).

Ein Bewohner berichtet, dass ihm die Unterbringung in der Einrichtung helfe, abstinent zu bleiben, da er nicht mehr so vielen Versuchungen ausgesetzt ist und eine psychiatrische Anbindung ihn unterstützt:

„Es gibt nicht so viele Versuchungen. Ich nehme die Tabletten die mir mit dem Entzug helfen sollen. Und spreche mit dem Psychiater, ich war gerade bei ihm. Er kommt immer dienstags um halb drei... In einem Monat wieder eine Kontrolle. Die Tabletten brauchen eine Weile bis sie wirken, ist bei jedem unterschiedlich. Auf der Straße, da bekommt man keine Hilfe. Da kommen zwei Menschen: ‚Ja wir haben keinen zum Trinken, komm mit. Du brauchst kein Geld und nichts‘ und dann eine Flasche... Das ist nichts für mich mehr.“ (I7 06:52)

Auch Interviewpartner 5 berichtet, dass er in der Zeit der Unterbringung im Haus keinen Alkohol mehr getrunken habe:

„Well I'm taking a lot of different medication and I haven't had a drink in 6 months, so that is really good.“ (I5 11:15)

Durch Vorhandensein einer 24-Stunden-Betreuung und werktags medizinischer Versorgung vor Ort können **viele medizinische Notfälle vermieden bzw. vermindert** werden. Kommt es zu einer Notsituation, sind Personen vor Ort, die sich zuständig fühlen und eine **Versorgung in die Wege leiten** (I1, 2, 3, 6).

In dieser 24-Stunden-Betreuung sieht auch Interviewpartner 6 einen großen Vorteil:

„(...) das ist die Möglichkeit zum Beispiel, zweimal in der Woche einen Arzt zum Besuchen können, die Medikamenten sofort haben, das bedeutet auch zum Beispiel, wenn jemand auf Nacht fühlt sich schlecht, nicht wohl, er kriegt es sofort, weil Betreuer sind 24 Stunden, das bedeutet sofort kann man eine Rettung anrufen und die Rettung ist sofort vorm Ort. Und das ist viel, viel Vorteil.“ (I6 01:10)

Bei Eintreffen einer nichtversicherten Person im Spital besteht eine Unabweisbarkeitsbarriere: besteht ein akutmedizinischer Versorgungsbedarf, so muss eine Behandlung durchgeführt werden. Entlassen werden kann eine Person erst dann, wenn ihr Gesundheitszustand stabil genug ist, um auf die Straße oder in eine Einrichtung entlassen werden zu können. In vielen Fällen geht der Behandlungsbedarf über den Aufenthalt im Spital hinaus, wie auch ein Arzt der Einrichtung berichtet:

„Aber im Grunde, jedes Krankenhaus in Wien betreut auch nicht anspruchsberechtigte Patienten, wenn sie akute Notfälle haben. Das Problem ist aber, dass viele chronische Krankheiten haben, die über die Notfallsbehandlung hinaus eine zusätzliche Therapie brauchen, zum Beispiel Physiotherapie, oder auch... Viele dieser Menschen sind Alkoholiker, die auch eine Entzugstherapie brauchen, um die man sich kümmern muss und das wollen, das ist das Ziel [der Einrichtung, Anm.], ihnen über einen gewissen Zeitraum eine konsequente Therapie zu ermöglichen“ (I3 03:15).

Die Einrichtung bietet also **Raum zur Erholung nach einem Krankenhausaufenthalt.**

In der Erhebung kam zudem auf, dass manche Behandlungen, wie etwa komplizierte Herzoperationen, nur dann durchgeführt werden, wenn ein Ort vorhanden ist, an dem der Eingriff ausgeheilt werden kann und die regelmäßige Einnahme von Nachsorgemedikamenten gewährleistet ist. Das berichtet in etwa Interviewpartnerin 14:

„Also ein Krankenhaus sagt auch, bestimmte Operation führen sie natürlich nicht durch wenn sie wissen, dass dann die Nachbehandlung. Und das wird bei einer komplexeren Hüftoperation 3-6 Monate dauern. Wenn die nicht gesichert ist. Wenn die Person keinen Wohnplatz hat. Dann machen sie die nicht. Und das ist auch gut. Weil da würdest glaub mehr Schaden anrichten als Gutes tun.“ (I14 14:10)

Somit kann davon ausgegangen werden, dass die untersuchte Einrichtung dazu führen kann, dass obdachlose Personen teilweise **Zugang zu**

komplexeren, kostenintensiveren Behandlungen bzw. Operationen erhalten.

Die Bewohner:innen profitieren zudem von einer Umgebung, in der sie angenommen werden, wie sie sind (I2). Sie erfahren **Behandlung und Betreuung ohne Stigmatisierung** (I14) und profitieren davon, dass in der Einrichtung **Expertise für die meist sehr komplexe Lebens- und Gesundheitssituation** der Zielgruppe vorhanden ist. Es gibt Personen, die sich engagieren und im Sinne einer **Interessensvertretung** agieren. Interviewpartner 11, Leiter einer Notfallaufnahme eines Wiener Spitals, sieht genau diese Stigmatisierungsfreiheit und die Interessensvertretung als Vorteile einer Einrichtung wie der untersuchten:

„Naja sicher, dass es etwas ist, dass sich diese Leute primär jetzt einmal auf die Fahnen schreiben. Die [obdachlosen Personen sind, Anm.] sonst immer [...], Beiwerk oder sind unerwünscht oder ungeliebt jedenfalls, und das jemand sagt, das ist meine Kundschaft, das ist meine Zielgruppe und für die rei ich mir einen Haxn aus [...] Das ist, wie wenn Sie, das hat mir mal ein Kollege gesagt, der war in einem kleinen Krankenhaus Chirurg, und der hat gesagt, wir sind die, die nicht die Nase rmpfen, wenn wir Hernien- und Gallenoperationen und Blinddrme machen. Wir wollen das. Wir mögen das. Das ist uns nicht zu minder. Und wenn man mit einem Herzchirurgen spricht, mit einem Darmchirurgen, mit einem Ober-Sonstwas, der sagt, also ich rette Leben und ich mache die größten Operationen, das Kleinvieh, das kann jeder, da lass ich mich lieber von dem operieren, der sagt, ja, das ist mein Ding, ich mach die kleinen Sachen. Und das geht in sozialer Hinsicht, in sozialer Medizin genauso. [...] Und das ist eine andere Haltung, als wenn jemand sagt, ich bin der, wo diese Leute sich hinwenden können. Nicht nur sozial, nicht nur inhaltlich, nicht nur psychologisch, sondern sogar auch jetzt postoperativ, medizinisch. Find ich super“ (I11: 22:30).

Interviewpartnerin 14 berichtet von den Erfolgen, die teilweise erreicht werden können, wenn sich Mitarbeitende der Gesundheitsangebote der Wohnungslosenhilfe für etwas einsetzen:

„Also es gab 2 oder 3 Patient:innen an die ich mich erinnern kann und wo es dann mit Kooperationen über 4 Ecken dann funktioniert hat die im Hospiz in Graz unterzubringen. Das sind dann so Sachen. Dafür braucht es solche Einrichtungen. Dafür braucht es das Commitment, dass ich da so beim Menschen bin. Das ich da so die Arbeit reinstecke. Aber wenn das funktioniert und zumindest die letzten Tage und Wochen in einer Umgebung verbringen, die die einzig menschliche ist. Dann ist das ein schönes Ergebnis. Und das kann so eine Einrichtung“ (I14 30:26).

Durch die bereits erwähnte Verringerung von Versorgungsdruck **erweitern sich die Perspektiven** (I1, I2). Die Klient:innen verfügen über vermehrte Kapazitäten, sich mit Problemen auseinanderzusetzen, die einen Akutbedarf auf der zeitlichen Ebene übersteigt. Das kann eine Wiederherstellung von Kontakt mit der Familie bedeuten (I1), es kann bedeuten, festzustellen, dass man noch zu jung ist, um aufzugeben (I4). Es kann auch bedeuten, dass aufgeschobene, medizinische Belange aufkommen. Interviewpartner 4 stellt fest, dass er in der Einrichtung gut umsorgt ist und das gute Startbedingungen sind, um wieder auf die Beine zu kommen:

„I'm happy to have a place, where I really have everything. So here, I think it's easy to stand up" (I4: 05:02).

Interviewpartnerin 14 berichtet, dass eine Stabilisierung tatsächlich dazu führen kann, dass sich Menschen so weit erholen, dass sie wieder in geregelte Verhältnisse kommen:

„(...) und es gab's auch schon, dass sich dann auch Personen wieder so weit stabilisiert haben, dass sie wieder arbeitsfähig wurden. Also das sind ja nicht nur Leute die komplett illegal im Land sind, sondern teilweise auch Leute, die schon Ansprüche hatten aber dann wieder rausgefallen sind. Und wo es schon immer wieder gelingt, dann durch die Unterbringung in so einem Haus soweit zu stabilisieren, dass es wieder zu einer Arbeitsfähigkeit kommt. Natürlich mit viel drum herum Begleitdingen. Aber, dass die Leute dann wieder Arbeitsverhältnisse, Versicherung und im besten Fall wieder eine eigene Wohnform haben." (I14 20:00)

Auch Interviewpartner 3 berichtet, dass eine Stabilisierung durch den Aufenthalt in der Einrichtung oft die Basis ist, um weitere Verbesserungen zu erzielen:

„Vorteil [der untersuchten Einrichtung, Anm.] ist, dass jemand, der einzieht und sich halbwegs an Hausordnung hält, über mehrere Wochen bleiben kann und sich nicht jeden Abend sich überlegen muss, wo er schläft oder was zu essen bekommt. Einigermaßen gesichertes Umfeld ermöglicht, auch an anderen Themen mit den Personen zu arbeiten. Stabiles Umfeld ist eine Voraussetzung, dass man medizinisch überhaupt etwas erreichen kann. Nicht nur medizinisches, sondern auch Einfluss auf soziale Aspekte, Einfluss auf Verhalten, Alkohol- oder Suchtverhalten, kann man in so einem Umfeld viel leichter als auf der Straße. Entzugstherapie für einen Patienten auf der Straße, ist fast nicht möglich." (I3 35:57)

Interviewpartner 13 berichtet ebenso von den Möglichkeiten in der Beratung, die sich erweitern, wenn eine Person nicht mehr tagtäglich unter Druck steht, seine Grundbedürfnisse zu stillen:

„Ja, das ist ein Stück weit die Ökonomie der Armut. Wenn ich mir in der Früh überlegen muss, wie ich den Tag irgendwie halbwegs übersteh, dann werd ich wenig reflexionsbereit sein. Dann denk ich, wie komm ich zur nächsten Mahlzeit oder Schlafplatz und wenn er dann zu uns kommt und betrunken ist, weil er eben draußen auf der Straße war, dann ist's halt unpraktisch oder ineffizient. Was willst mit jemandem in einem Beratungsgespräch reden, der oder die nur gegenwartsbezogen ist und nur schauen muss wie die nächsten Stunden halbwegs erträglich zugebracht werden können. Und wenn ich dann jemanden da hab der aus einer gesicherten Situation heraus in eine Beratung hineingeht und Zeit hatte sich mit der eigenen Situation auseinandersetzen und vielleicht auch mal über das nächste halbe Jahr nachzudenken, dann kann ich natürlich ganz anders mit den Menschen arbeiten“ (I13 39:03).

Ebenso Einfluss auf die Perspektivenerweiterung hat der Vertrauensaufbau, der sich durch das Entstehen von Beziehung mit den Mitarbeiter:innen entwickelt. Wiederholte Gesprächsangebote und das Gefühl, gesehen und gehört zu werden, führen zu einem höheren Vertrauen, welches wiederum weitere Themen eröffnet. So werden auch medizinische Probleme oft auch erst später angesprochen, da anfangs das Vertrauen in das medizinische Personal fehlt, diesem mit Angst begegnet oder Probleme auch aufgrund von Sprachbarrieren zuvor nie angesprochen wurden (I1). Im Rahmen der sozialarbeiterischen Betreuung werden Zielvereinbarungen getroffen, die auch der betroffenen Person helfen, Ziele, egal ob sozialarbeiterischer oder medizinischer Natur, nicht aus den Augen zu verlieren. Der Aufenthalt kann also auch zu **mehr Klarheit über die eigene gesundheitliche Situation** hinsichtlich Gesundheitsproblemen abseits des Aufnahmegrunds führen.

Neben gesundheitlichen Wirkungen und Wirkungen, die sich durch die gegebenen Rahmenbedingungen entfalten, entstehen auch Wirkungen durch die sozialarbeiterische Betreuung. Die Bewohner:innen werden bei der **Beantragung von behördlichen Dokumenten** (I4, I7) und bei der **Überprüfung** und gegebenenfalls **Geltendmachung von vorhandenen finanziellen Ansprüchen** unterstützt (I1). Beratungsgespräche führen zu **mehr Wissen über die eigene Situation und zu mehr Klarheit über nötige, bzw. (nicht) mögliche Schritte**. Durch Organisation von, Erinnerung an und Begleitung zu Terminen werden die Bewohner:innen im Wahrnehmen dieser Termine unterstützt. Teilweise werden auch die Kosten von Taxifahrten übernommen, um die Einhaltung von Terminen zu fördern oder erst zu ermöglichen. Das führt zu einer **erhöhten Selbstwirksamkeit**, zu **vermehrt realisierten**

Zielen und dadurch zur erleichterten Möglichkeit der **Verbesserung der eigenen Situation**, beispielsweise, wenn Arzt- oder Behördentermine realisiert werden. Interviewpartner 6 berichtet, dass durch die sozialarbeiterische Betreuung viel erreicht werden kann:

„Und Hauptsache, alles was ich erledigen muss, da hab ich Sozialarbeiter. Gehe zum Sozialarbeiter, he hab ich das gekriegt, was ist das? Ruf ma, mach ma Termin, Dolmetscher, brauch ma zahlen da (...) Wenn es geht um solche Häuser wie [die untersuchte Einrichtung, Anm.], des is Wahnsinn, des is Wahnsinn, wieviel kennt man erledigen da, wieviel kennt ma zammachen. (...) Weil sonst, wenn man irgendwo wohnt man, wie macht man das, muss man irgendwie selber versuchen, wenn jemand kann nicht machen das allein, dann muss man selber versuchen, wenn jemand kann nicht machen allein, dann geht zum Sozialarbeiter und sagt, bitte, ich möchte eine Termin da, oder beim Arzt, dann kommt eine Dolmetscher.“ (I6 26:10)

Fehlende Kapazitäten führen allerdings dazu, dass das sozialarbeiterische Potential, das sich durch die Stabilisierung im Haus ergeben würde, nicht gänzlich ausgeschöpft wird (I2).

Negative Wirkungen auf die Bewohner:innen entstehen hauptsächlich rund um die Rahmenbedingung, dass eine Nutzung des Angebots nur temporär angedacht ist und kein Nachfolgeangebot vorhanden ist. Das bedeutet in vielen Fällen, dass die Menschen wieder zurück auf die Straße und in Notquartiere müssen. **Das Wissen um die zeitliche Begrenzung belastet** die Bewohner:innen, wobei das weniger dem Konzept der Einrichtung als dem Nicht-Vorhandensein von Nachfolgeangeboten anzurechnen ist. Zwar werden Personen teilweise in Chancenhäuser weitervermittelt, allerdings nur dann, wenn eine Perspektive auf Erwerbsarbeit besteht (I1). Ansonsten werden die Personen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf Notquartiere bzw. das Winterpaket verwiesen (I2). Unter diesen Rahmenbedingungen kann der Gesundheitszustand allerdings nicht stabil gehalten werden (I3).

So berichtet Interviewpartner 6, dass irgendwann die Zeit kommen wird, in der er wieder auf eigenen Füßen stehen muss:

„Jetzt schätze, es kommt die Zeit, dass ich werde müssen das Haus verlassen, muss man annehmen, weil wie hab ich gesagt, da sind viele Leute, die da wohnen wollen. Aber wenn jemand irgendwas weiter soll oder möchte, irgendwie Veränderung machen, er muss auf eigene Fuß stehen zu können, wie können wir das machen, ja.“ (I6 33:01)

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die Einrichtung sehr entlastend, stabilisierend und perspektivenerweiternd auf die Nutzer:innen wirkt. Einen Nachteil erfahren sie hauptsächlich dadurch, dass das Angebot nur zeitlich begrenzt zur Verfügung steht.

1.2.2. Obdachlose EU-Bürger:innen (BW)

Obdachlose EU-Bürger:innen, die einen medizinischen Betreuungs- bzw. einen Erholungsbedarf aufweisen, profitieren insofern von der Einrichtung, dass sie diese **im Notfall nützen** können. Sofern sie von der Existenz der Einrichtung wissen, haben sie die Sicherheit, dass es im Notfall ein Versorgungsangebot gibt. Voraussetzung ist, dass es ausreichend Kapazitäten gibt bzw. sie das Angebot überhaupt annehmen können.

Einige Personen, die das Angebot grundsätzlich benötigen würden und eigentlich auch einen Platz bekämen, haben den **Nachteil**, dass sich das Angebot als relativ **hochschwellig** gestaltet (I13, 14). Die Vermittlung in die Einrichtung kann nur über andere Einrichtungen aufgrund medizinischer Gründe erfolgen, dieser Umstand kann als Schwelle wirken (I1). Zudem brauchen Klient:innen oft mehrere Anläufe, um den Platz anzunehmen (I1). Eine medikamentöse Behandlung ist beispielsweise bei psychiatrisch auffälligen Klient:innen ein Aufnahmekriterium. Diese Hürde führt dazu, dass manche Personen den Zugang zur Einrichtung nicht schaffen (I1). In Zeiten der Covid-19-Pandemie stellt ein erforderliches negatives Testergebnis vor Einzug eine zusätzliche Barriere dar (I1, 13, 14). Sofern eine Person nicht aus einem Spital in die Einrichtung verwiesen wird, wird eine Testung seitens der Einrichtung angeboten (I17). Auch die Grundstruktur mit geordnetem Tagesablauf kann beispielsweise für Personen, die über lange Zeit ausschließlich auf der Straße gelebt haben, zu viel sein (I1). Immer wieder verlassen Personen die Einrichtung, aufgrund der im Haus geltenden Regeln (I2).

Zudem gibt es auch Personen, die zu betreuungsintensiv bzw. pflegebedürftig sind, um in der Einrichtung unterzukommen (I13). Wie in der Einrichtungsbeschreibung erläutert, können diese in der Einrichtung nicht betreut werden, da diese keine Pflegeeinrichtung darstellt.

Zusammengefasst profitieren obdachlose EU-Bürger:innen mit medizinischem Betreuungsbedarf von der Existenz des Angebots sowie davon, dass es für einen medizinischen Notfall die Möglichkeit einer Unterbringung gibt. Dies gilt auch für Personen ohne Versicherungsschutz oder sozialrechtliche Ansprüche. Die Rahmenbedingungen führen allerdings dazu, dass nicht alle, die Unterstützung bräuchten, diese auch bekommen.

1.2.3. Hauptamtliche Mitarbeiter:innen (BW)

Auch auf ihre Mitarbeiter:innen hat die Einrichtung zahlreiche Wirkungen. Die Untersuchungseinrichtung beschäftigt 32 hauptamtliche Mitarbeiter:innen (Caritas 2021: 7). In einem Tätigkeitsfeld wie der Wohnungslosenhilfe zu arbeiten bedeutet, in einem sehr herausfordernden Beruf tätig zu sein. Besonders die Arbeit mit obdachlosen EU-Bürger:innen mit oftmals sehr überschaubaren Perspektiven aufgrund fehlender Ansprüche, stellt sich als herausfordernd dar. Die betreuten Personen sehen sich mit multiplen Problemlagen konfrontiert, dementsprechend bedarf es in der Betreuung eines hohen Grades an Toleranz, Flexibilität und Belastbarkeit.

Die Mitarbeiter:innen der Einrichtung erhalten ein **Erwerbseinkommen** und erfahren eine **Sensibilisierung** hinsichtlich benachteiligter Gruppen der Gesellschaft und aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen. Zudem können sie zielgruppen- bzw. fachbereichsspezifisches **Wissen** und **Sozialkompetenz** aufbauen bzw. erweitern. Oftmals erfahren sie viel **Dankbarkeit** durch die Bewohner:innen. Auch im Rahmen der durchgeführten Interviews sprachen die Bewohner:innen das Thema teilweise an:

"I think the guys here, they do a very good job here. The staff is very helpful." (I5 11:15)

„Also erstmals, dass sie hier den Menschen helfen. Egal was für Hilfe sie brauchen, sie bekommen sie hier. Es ist gut, dass solche Menschen existieren. Ich habe selbst als Krankenpfleger 8 Jahre lang gearbeitet und dann 7 Jahre habe ich mich um alte Menschen über eine Agentur in Deutschland meistens gekümmert. Ich weiß wie das ist und ich bewundere die Menschen. Besonders die, die es umsonst machen. In ihrer Freizeit kommen die her und kümmern sich um die Menschen.“ (I7 08:33)

Oftmals müssen die Mitarbeiter:innen aber auch als Druckventil fungieren und erfahren dadurch teilweise eine **psychische Belastung**. Zudem kann die Arbeit auch **physisch belastend** sein, beispielsweise dann, wenn unregelmäßige Dienstzeiten und Nachtarbeitszeiten absolviert werden.

1.2.4. Freiwillige Mitarbeiter:innen (BW)

Die untersuchte Einrichtung hat zum Verfassungszeitpunkt dieser Arbeit 85¹⁴ freiwillige Mitarbeiter:innen. Seit März 2020 kam es zu einem großen Zuwachs an Freiwilligen, da die Tätigkeitsfelder der Freiwilligen auch im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie ausgeweitet wurden. So wurde ein Portiersdienst aufgrund der ausgeweiteten Vorsichtsmaßnahmen nötig und die Einrichtung bietet nun einen freiwilligen Übersetzungsdienst an.

Die Freiwilligen profitieren von einer **sinnstiftenden Tätigkeit** und können in ihrer Freizeit einen **sinnvollen Beitrag für die Gesellschaft leisten**. Zwar werden sie für ihr Engagement nicht bezahlt, die Tätigkeit erwirkt allerdings ein **gutes Gefühl**. Wie die hauptamtlichen Mitarbeitenden, können die Freiwilligen ein **zielgruppen- und fachbereichsspezifischen Wissen und Sozialkompetenz** aufbauen. Den Ergebnissen der quantitativen Erhebung (siehe Kapitel 1.3.4) ist zu entnehmen, dass sie davon stärker profitieren als die hauptamtlichen Mitarbeiter:innen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das der Fall ist, weil hauptamtliche Mitarbeiter:innen in der Regel mehr Vorerfahrung und fachgerechte Ausbildungen haben als freiwillig engagierte Personen. Die freiwilligen Mitarbeiter:innen zeigen ein vergleichsweise geringes Maß an Belastung, was wohl hauptsächlich auf die kürzeren Einsatzzeiten zurückzuführen ist.

1.2.5. Gesundheitssystem (DH)

Jener Stakeholder, bei welchem die meisten Folgekosten von gesundheitlichen Effekten durch Obdachlosigkeit anfallen, ist das Gesundheitssystem der Stadt Wien. Da die Zielgruppe der untersuchten Einrichtung in der Regel keinen Anspruch auf Gesundheitsleistungen, respektive ei-

¹⁴ Diese Zahl ist den Aufzeichnungen des Freiwilligenkoordinators der Einrichtung entnommen

ne Versicherung genießt, und auch nicht selbst für die verursachten Kosten einer Behandlung aufkommen kann, können diese von Dienstleister:innen nicht abgerechnet werden. Diese Dienstleister:innen sind hier hauptsächlich Krankenhäuser und Rettungsdienste, aber in selteneren Fällen auch niedergelassene Ärzt:innen. Die Bedeutung von Krankenhäusern als Stakeholder spiegelt sich auch darin wider, dass 35%¹⁵ der Zuweisungen für Klient:innen in unserer Stichprobe von Krankenhäusern kamen.

Hier spielt auch, im Gegensatz zu vielen anderen Stakeholdern, der zeitliche Kontext eine Rolle – also die Covid-19 Krise, da eine Be- oder Entlastung des öffentlichen Gesundheitssystems in Angesicht einer globalen Pandemie eine noch zentralere Bedeutung gewinnt. Wie im Interview mit dem Leiter der Notfallambulanz eines Wiener Krankenhauses betont wurde, sind Krankenhausbetten und insbesondere Intensivbetten in diesen Zeiten eine sehr wertvolle Ressource, die es mit der höchstmöglichen Effizienz zuzuteilen gilt (I11).

Zunächst muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass nur durch die untersuchte Einrichtung die Möglichkeit für Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen besteht, **nichtversicherte, obdachlose Personen in eine weiterführende medizinische Betreuung zu vermitteln**, da sie die einzige Einrichtung dieser Art ist. Sie wurde von allen Interviewpartner:innen aus dem Wiener Gesundheitssystem dafür sehr wertgeschätzt und vor allem vom Entlassungsmanagement als inzwischen essentieller Teil der Versorgung wahrgenommen (I9, 12). Hierzu wurde zusätzlich in einigen Interviews die Niederschwelligkeit der Zusammenarbeit, sowie die Möglichkeit zur oftmals raschen Aufnahme positiv hervorgehoben (I3, 12, 13). Hierzu ein Auszug aus einem Interview mit dem Entlassungsmanagement eines Wiener Klinikums:

„Mit dem [untersuchte Einrichtung] haben wir eine sehr gute Zusammenarbeit. Ich schätze das [untersuchte Einrichtung] irrsinnig, weil wir es doch relativ häufig haben, dass wir nichtversicherte, nicht anspruchsberechtigte Menschen, mehrheitlich Männer, aus den neuen EU-Ländern haben, für die es halt häufig nachher wichtig ist, sich nach der Behandlung bei uns, sich noch ein bisschen zu erholen. Und das geht in einem Notquartier nicht. Vor allem jetzt, wo das Winterpaket jetzt wieder zumachen wird, hätten sie ja gar keine Möglichkeit, irgendwas zu bekommen,

¹⁵ Daten aus HR360, Erhebung durch die Einrichtung

und da ist das [untersuchte Einrichtung] wirklich, wie soll man sagen, die einzige Einrichtung, da bei uns in Wien, die wirklich das anbietet, was diese Menschen brauchen. Ohne das [untersuchte Einrichtung] hätten wir schon wesentlich häufiger wesentlich schwierigere Situationen gehabt und vor allem die Patienten und Patientinnen, das muss ich wirklich sagen, das funktioniert auch immer sehr gut mit der Anmeldung, das funktioniert immer sehr problemlos, wir schicken einfach die Daten hin, im Einverständnis natürlich mit den Leuten, um dies geht, die schauen sich das dann an, dann sagt der Chefarzt dort, ja können wir nehmen, und wenn ma dann das Entlassungsdatum haben, rufen wir einfach ein Taxi, sagen das Codewort dazu, die haben so ein Kooperationsabkommen und die Leut werden vom Haus, quasi mit dem Taxi dann ins [untersuchte Einrichtung] gebracht. Und wüsst nicht, was besser laufen könnte als so was." (I12: 1:58)

Eine der wichtigsten Wirkungen auf das Gesundheitssystem durch die untersuchte Einrichtung ist demnach auch die **Entlastung durch weniger nichtversicherte Personen in Krankenhäusern**, da die Zielgruppe, wenn nicht anderweitig adäquat untergebracht, aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustands oft auf eine Betreuung und Behandlung in Krankenhäusern angewiesen ist (Klotz et al. 2018). Jegliche Entlassung hier hat nicht nur positive Effekte auf das Stresslevel im Gesundheitsbereich, sondern auch enorme ökonomische Folgen. Ein Extrembeispiel für die Kosten eines längeren Krankenhausaufenthalts anstatt dem Aufenthalt in der untersuchten Einrichtung wurde in einem Interview mit dem Entlassungsmanagement eines Wiener Krankenhauses genannt:

"Es kann und darf im Prinzip niemand entlassen werden, der betreuungs- oder behandlungspflichtig ist, das würde dem Gesetz widersprechen, und da gibts auch einige Fälle, die auch aufgepoppt sind, die auch 4 Jahre stationär waren. Mehr als 2 Millionen sind das." (I9)

Obwohl es sich hier lediglich um eine grobe Einschätzung und ein Extrembeispiel handelt und im quantitativen Teil dieser Forschungsarbeit näher auf ermittelte Zahlen eingegangen wird, wird erkenntlich, dass es sich um signifikante Kosten für das Gesundheitssystem handelt.

Zudem kommt es zu einer Entlastung des Systems, da die entstandenen Krankenhausaufenthalte durch eine professionelle und intensive Weiterversorgung oftmals signifikant verkürzt werden können (I9, 11, 12, 14). Hierbei wurde besonders betont, dass die Zielgruppe selbst für Behandlungen, die bei einem Großteil der Allgemeinbevölkerung mit stabiler Wohnungssituation zuhause fortgeführt werden könnte, oftmals einen verlängerten Krankenhausaufenthalt benötigt. Dies ist nötig, um

einen erfolgreichen Abschluss der Behandlung zu gewährleisten und um die Patient:innen nicht unnötig zu gefährden. Hierzu die Aussage eines Arztes der Notfallambulanz eines Wiener Krankenhauses am Beispiel einer Lungenentzündung:

„...bei jemanden mit einer leichten Lungenentzündung bei jemanden der aussieht wie Sie oder wie hoffentlich ich, wo man sagt, wenn er zuhause ins Bett könnte, kriegt er ein Antibiotikum und kann zuhause krank sein, wenns kein Zuhause gibt, dann schicken wir die Leute nicht unter die Brücke um Antibiotikum zu nehmen, sondern nehmen sie auch auf.“ (I11 4:30)

Somit ist ein Teilaspekt dieser Wirkung die **Möglichkeit, Patient:innen früher zu entlassen**, die z.B. nicht stabil genug sind um auf die Straße entlassen zu werden oder bei denen die "treatment adherence"¹⁶ nicht sichergestellt werden kann, also vor allem bei ansteckenden Krankheiten, die nur bei vollständiger medikamentöser Therapie ausheilen (I15). Da die fortführende Behandlung in der untersuchten Einrichtung auch für eine längere Zeit möglich wäre als in den meisten Fällen im Krankenhaus¹⁷, erhöhen sich die Chancen auf eine völlige gesundheitliche Stabilisierung bzw. verringern sich die Chancen auf eine Wiedererkrankung. Ein Rückfall würde wiederum zu erneuten Krankenhausaufenthalten führen. Man spricht dabei vom sogenannten Drehtüreffekt¹⁸ (Gothe et al. 2008). Somit führt eine spezialisierte Unterbringung mit medizinischer Unterstützung zu einer **höheren Wirksamkeit der Tätigkeiten der Gesundheitseinrichtungen**. Diese Wirkung wird **durch eine Erhöhung der Nachhaltigkeit der Behandlung** erzielt (I3, 9, 11, 12, 14). Auf die Frage, ob nach einem Aufenthalt in der untersuchten Einrichtung ein Effekt in der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte spürbar ist, antwortet das Entlassungsmanagement einer Wiener Klinik: *„Ja, also pah, ich weiß nicht ob ich überhaupt jemanden schon mal wieder-gesehen hab.“* (I9: 26:51). Es zeigen sich also spürbare Entlastungseffekte für die Krankenhäuser durch eine nachhaltigere Verbesserung des Gesundheitszustands der Patient:innen.

¹⁶ Also der konsequenten Weiterführung der verordneten medikamentösen Therapie

¹⁷ Laut Einrichtungsrichtlinien 3 Monate, während Aufenthalte dieser Länge in Krankenhäusern eine Seltenheit darstellen (I9, 10, 11, 12). Zusätzlich ist hier die unterschiedliche Zielsetzung zu nennen. Während im Krankenhaus nur die unmittelbare Stabilisierung im Mittelpunkt steht, ist das Ziel der Einrichtung eine möglichst vollständige Genesung im Rahmen des verfügbaren Zeitraums.

¹⁸ Trends zu erhöhten Fallzahlen mit niedrigeren Zwischenintervallen und dabei sinkender Verweildauer besonders bei psychiatrischen Krankheitsbildern

Auch auf die Rettungsdienste ergeben sich zwei Wirkungen. Die Erste ist die **Verringerung der Einsätze im öffentlichen Raum durch geeignete Unterbringung**. Diese Einsätze, welche von unterschiedlichen Quellen gerufen werden können (Passant:innen, Polizei u.A.) müssen nicht zwangsläufig in einem Krankenhausaufenthalt enden (Beeck et al. 2020: 87). Für die Zielgruppe wird durchschnittlich viel häufiger die Rettung gerufen als für die allgemeine Bevölkerung, bis hin zu extremen Ausmaßen. Der ärztliche Leiter einer Notaufnahme berichtete von einem Patienten, der mehrmals pro Tag in die Notaufnahme gebracht wurde:

„Da gab es einen Patienten, der hat in einem Jahr 3000 Krankenhausaufenthalte gehabt, weil er drei Mal pro Tag eingeliefert wurde, und wieder hinausmarschiert ist, und wieder reingeliefert und geht wieder raus, legt sich auf die nächste Parkbank, und wird wieder reingeliefert...“ (I11: 9:20).

Nach Einschätzungen des befragten Fachpersonals besteht durch bedarfsgerechte Unterbringung erhebliches Potenzial zur Reduktion von Rettungseinsätzen. Im Vergleich zum Leben auf der Straße besteht während einer solchen Unterbringung einerseits weniger Anlass für die Klient:innen selbst, auf einen Einsatz angewiesen zu sein, andererseits können durch die Betreuungsleistung des Einrichtungspersonals unnötige Fahrten vermieden werden. Außerdem erleichtert die zentrale Anlaufstelle für Bewohner:innen die Arbeit der Rettung: Stehen Mitarbeiter:innen zur Verfügung, die über medizinisches Wissen oder fallbezogenes Wissen verfügen, so erhöht sich die Wirksamkeit der Tätigkeit der Rettung und Einsätze können rascher abgewickelt werden. Es kommt häufiger zu einer qualifizierten Ersteinschätzung, bevor die Rettung gerufen wird und falls ein Einsatz doch nötig wird, sind dadurch die Chancen auf eine Leerfahrt geringer (I1,2,17). Die Wirkung lässt sich zusammenfassen als **„Erhöhung der Wirksamkeit durch medizinische Informationen und Übersetzungs- sowie Vermittlungsleistungen“** des Einrichtungspersonals (I2, 17).

Doch auch für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt:innen ist ein **besserer Zugang zu Informationen über die Patient:innen** feststellbar. Diese Wirkung entsteht auch hier durch die Übersetzungstätigkeit und Begleitung bei Untersuchungen. Auch das Ausstellen von Arzt-

briefen und Telefonate durch Sozialarbeiter:innen und Ärzt:innen des Hauses sind hervorgehoben worden (I2, 17)

Durch die Übernahme der Organisation und Kosten von Taxifahrten zwischen der untersuchten Einrichtung und Einrichtungen des Gesundheitssystems kommt es zudem zu einer **Arbeitsentlastung und Kostensparnis bei Patient:innentransporten** (I2, 12). Auch Krankentransporte werden vom Haus organisiert und entlasten damit den Organisationsaufwand von Seiten des Gesundheitssystems (I18).

In der Themenanalyse der qualitativen Interviews wurde auch eine **emotionale Entlastung durch das Wissen um eine Weiterversorgung**, besonders beim Personal des Entlassungsmanagements, festgestellt. Diese begründet sich vor allem darin, dass dieses Personal sehr intensiv mit der Zielgruppe bis zum Tag der Entlassung zusammenarbeitet (I9, 12). Auf die Frage ob das Wissen um die Unterbringung einen Effekt auf den Entlassungsprozess hat, antwortet ein Entlassungsmanager:

„Sehr positiv, also, wenn man das dann irgendwie ausliest und sich mit den Kolleginnen abspricht und hört, ja, das ist eindeutig ein Fall für's [untersuchte Einrichtung], dann ist das im Alltagsstress natürlich sehr gut, wenn man weiß, okay, da funktioniert was gut, und da kann ich mich auf was verlassen, und da kann ma dann auch wirklich sagen, danke [untersuchte Einrichtung]“ (I11: 10:42).

Zudem ist eine **Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Problemstellungen der Zielgruppe** durch die Aufklärungsarbeit des Einrichtungspersonals bei anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems feststellbar. Es wurde berichtet, dass je öfter eine Vermittlung zur Einrichtung von bestimmten Stakeholdern des Gesundheitssystems zustande kam, desto präziser wurden auch die Zuweisungen. Zudem wurde genauer erkannt, wer für einen Aufenthalt in Frage kam und wer nicht (I1, 17). Des weiteren wächst auch generell das Wissen in Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf die Zielgruppe, was hilfreich sein kann. Da, wie am obigen Beispiel der Lungenentzündung gezeigt wurde, die medizinische Behandlung der Zielgruppe oft einen anderen Ansatz als bei der allgemeinen Bevölkerung erfordert.

Wie bereits bei den Wirkungen auf die Klient:innen als Zugang zu komplexeren Behandlungsmethoden erwähnt, ist auch auf der Seite der Ge-

sundheitseinrichtungen die Wirkung des **erhöhten Behandlungsspielraums durch die gesicherte Nachversorgung** feststellbar. Dies bezieht sich vor allem auf Operationen, die schlichtweg nicht möglich wären, wenn die Patient:innen danach auf die Straße entlassen werden müssten, die Eingriffe aber auch keine lebensrettende Maßnahme darstellen oder bei unvollständiger Nachbehandlung sogar eine Verschlechterung des Zustands zur Folge haben könnten (I11, 14).

Als einzige potenziell negative Wirkung auf Krankenhäuser wurde **ein erhöhter Vermittlungsaufwand des Entlassungsmanagements** angesprochen, welcher durch die spezifischen Kriterien der Einrichtung verursacht wird (I9). Dies ist allerdings auch nur im Vergleich mit noch niederschwelligeren Einrichtungen feststellbar und ein zwangsläufiger Nebeneffekt der spezialisierten medizinischen Ausrichtung und der begrenzten Platzanzahl. Vom entsprechenden Interviewpartner wurde dies auch als notwendiger Teil seiner Tätigkeit gesehen.

Es zeigt sich also, dass bei diesem Stakeholder besonders in Form einer Entlastung signifikante, durch die Einrichtung hervorgerufene Wirkungen feststellbar sind. Doch auch im Punkt Sensibilisierung und Informationsteilung lassen sich Effekte feststellen.

1.2.6. Gesundheitseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe (DH)

Die untersuchte Einrichtung ist, aufgrund von ähnlichen Aufgabenstellungen und Zielen, in besonders intensivem Kontakt zu anderen Gesundheitseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Gemeint sind hierbei vor allem das Neunerhaus Gesundheitszentrum und ambermed. Hierbei ist wichtig zu benennen, dass viele der Wirkungen auf die Klient:innen und das Gesundheitssystem hier ebenfalls stark spürbar sind, da Patient:innen in besserer Verfassung und auch die höhere Behandlungsbreite Kernthemen der Gesundheitseinrichtungen der WWH sind. Da die genannten Wirkungen bei diesem Stakeholder aber lediglich in Form einer höheren Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit als direkte Wirkung feststellbar sind, werden hier vergleichsweise wenige Wirkungen benannt, was wiederum nichts über den Stellenwert der untersuchten Einrichtung für diesen Stakeholder aussagt. Wie wichtig die Kooperation mit der untersuchten Einrichtung für die Gesundheitseinrichtungen ist

zeigt sich daran, dass 18%¹⁹ der Klient:innen in unserer Stichprobe durch Anfragen dieser Gruppe ins Haus vermittelt wurden.

Auch hier ist zunächst die wichtige **Möglichkeit, Patient:innen bei Bedarf in eine geeignete Einrichtung weiterzuvermitteln** zu nennen. Da es kein vergleichbares Angebot für die Zielgruppe gibt, bestünde diese Möglichkeit ohne die Einrichtung nicht. Bedarf besteht hier vor allem bei instabilen Patient:innen ohne geeignete Wohnmöglichkeit, die wegen einer Vielzahl an gesundheitlichen Problemen die Gesundheitseinrichtungen der WWH aufsuchen. Nach Aussage einer Mitarbeiterin des Neunerhauses profitieren die Einrichtungen davon, dass es überhaupt die Möglichkeit gibt, Klient:innen mit medizinischem Versorgungsbedarf weiterführend unterzubringen: *„Wenn der Zugang für uns möglich ist, dann ist es eine schnelle und gute Möglichkeit, Klient:innen wo unterzubringen, wo es einen medizinischen Fokus braucht.“* (I14: 10:30)

Besonders hervorgehoben wurde die **höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit durch die** erstens **stabileren Lebensumstände** der Klient:innen im Haus verglichen mit Notquartieren, Tageszentren oder dem Leben auf der Straße und dem dadurch besseren Gesundheitszustand. Zweitens **erhöht sich die Wirksamkeit durch den direkteren Zugang** zu Patient:innen, der sich in einer erhöhten Greifbarkeit niederschlägt, da der Aufenthaltsort bekannt ist und über die Mitarbeiter:innen jederzeit unkompliziert Kontakt aufgenommen werden kann. So können selbst kleinere Veränderungen nachvollzogen werden (I14). Ein niederschwelliger Informationsfluss erhöht so die Möglichkeit, gezielt auf Veränderungen zu reagieren und die Behandlung bedarfsgerecht anzupassen. Zum Nutzen eines Platzes für Gesundheitseinrichtungen schildert Interviewpartnerin 14:

„Und auch eine Einrichtung mit der wir soweit kooperieren können, dass Termine funktionieren evtl. Begleitungen organisiert werden, Erinnerungen etc. Das brauchen wir z.B. für Vorbereitungen auf Operationen und auch danach. Damit wir wissen, dass die Person irgendwo gut untergebracht ist und wir auch Zugang haben. Wir haben einige die mehrmals pro Woche zur Wundversorgung kommen müssen, wo es dann manchmal aufgrund der Wundsituation extrem hilfreich ist dann schnell einen Platz zu ermöglichen, wo sich unter besseren hygienischen Bedingungen dann auch unter Anweisungen von unserem Pflegepersonal sie sich besser

¹⁹ Daten aus HR360

kümmern können. Und wo relativ schnell auch dann eine Stabilisation der Wundsituation stattfinden kann" (I14: 10:25)

In diesem Zusammenhang wurde auch noch erwähnt, dass die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen als Gesamtes viele Erfolge verzeichnen kann, die ohne eine Unterbringung und die intensive Zusammenarbeit mit der untersuchten Einrichtung nicht möglich wären. Wie bereits bei der Wirkung der Interessensvertretung beim Stakeholder Klient:innen geschildert, wären zum Beispiel Hospizplätze für die Zielgruppe ohne die Zusammenarbeit mit einer Einrichtung wie der hier untersuchten nie möglich gewesen (I14).

Als negative Wirkung wurde hier der **Ausschluss einiger Klient:innen vom Angebot wegen Hochschwelligkeit** genannt, besonders aufgrund der strengen Regeln im Haus. Diese erhöhen auch den bürokratischen Aufwand, der mit einer Vermittlung einhergeht. Es wurde angemerkt, dass die Hausordnung, besonders in Bezug auf Alkohol und die Datenverarbeitungsrichtlinien des Hauses, dazu führe, dass einige Anwärter:innen auf einen Platz in der Einrichtung das Angebot nicht annehmen können (I14). Wobei dies hier besonders mit der Covid-19-Pandemie in Zusammenhang gebracht wurde und deshalb eine noch stärkere Rolle spielte.

Zusammenfassend lassen sich besonders die enge Zusammenarbeit und entlastende Möglichkeit der Versorgung dieser Fälle als zentrale Wirkungen bei diesem Stakeholder feststellen.

1.2.7. Niederschwellige Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe (DH)

Wie wichtig die Zusammenarbeit der untersuchten Einrichtung mit niederschweligen Einrichtungen der WWH ist, zeigt sich auch hier wieder an den Anfragen. Mit 41%²⁰ der Anfragen in unserer Stichprobe hält dieser Stakeholder den größten Anteil. Hierbei kamen die Anfragen hauptsächlich von verschiedenen Streetwork-Einrichtungen und der Sozial- und Rückkehrberatung mit einzelnen Ausnahmen von Tageszentren und Notquartieren. Besonders die intensive Zusammenarbeit mit der Sozial- und Rückkehrberatung zeigt sich auch darin, dass 82% der Kli-

²⁰ Daten aus HR360

ent:innen in unserer Stichprobe nach dem Aufenthalt in deren sozialarbeiterische Betreuung übergangen und bei 65% schon während dem Aufenthalt signifikanter Kontakt bestand.

Daraus ergibt sich wiederum eine zentrale Wirkung, welche auch für diese Stakeholdergruppe eine hohe Bedeutung einnimmt: **Die Möglichkeit, bei Bedarf Klient:innen weiterzuvermitteln.** Der Bedarf zeigt sich hier besonders bei obdachlosen Menschen in kritischem gesundheitlichen Zustand ohne Möglichkeit der adäquaten Unterbringung (I13, 16). Ein Mitarbeiter der Sozial- und Rückkehrberatung schildert:

„Und bei vielen weiß man eben nicht ob die das auch wirklich überleben, wenn die jetzt auf die Straße raus gehen. Also das [untersuchte Einrichtung] entlastet uns da massiv wenn es eben diese dauerhaften Plätze gibt um die man sich nicht sorgen muss“ (I13: 33:00).

Hierbei wird direkt eine weitere wichtige Wirkung angesprochen, nämlich die **emotionale Entlastung durch das Wissen um die Versorgung** dieser gefährdeten Klient:innen. Dies wird besonders zum jährlichen Ende des Winterpakets der Wiener Wohnungslosenhilfe deutlich, wenn schwierige Entscheidungen zum Weiterverbleib Obdachloser in schlechtem gesundheitlichen Zustand getroffen werden müssen:

„Der Nutzen ist gewaltig, denn wenn es das nicht gäbe, hätten wir anstatt der 60-70 schwer gefährdeten [...] Klient:innen pro Jahr eben 120-130. Wenn das Winterquartier zu Ende geht ist das immer ein sehr hoher emotionaler Druck für uns. Wenn man eben von 8-900 Plätzen 60 aussuchen muss, die eben noch wo schlafen dürfen.“ (I13: 28:07).

Somit fallen fast die Hälfte der Klient:innen, die eigentlich von den Mitarbeiter:innen der Sozial- und Rückkehrberatung nach dem Ende des Winterpakets triagiert werden müssten, nun aus diesen Überlegungen gänzlich weg, was eine erhebliche Entlastung darstellt.

Auch entlastet es die sozialarbeiterische Betreuung der Klient:innen, wenn diese **in einem besseren Gesundheitszustand** sind. Hier geht es vor allem um die bereits ausgeführte Priorisierung von Bedürfnissen bei akuter Obdachlosigkeit, aber auch um die Umstände der Beratung selbst. Auf die Frage hin, ob ein besserer Gesundheitszustand Einfluss auf die Beratung hat, wurde bereits bei der Wirkung zur Perspektiven-erweiterung ein Mitarbeiter der Sozial- und Rückkehrberatung zitiert, welcher großen Unterschied gesicherte Grundbedürfnisse in der Beratung machen (I13).

Zudem berichtet eine Beratungsstelle, dass auch **eine Entlastung aufgrund weniger Direktanfragen von Krankenhäusern** feststellbar ist, da die Entlassungsmanager:innen und Sozialarbeiter:innen in Krankenhäusern immer mehr über das Angebot der untersuchten Einrichtung Bescheid wissen. Vor der Entstehung einer spezifischen Einrichtung für nichtversicherte EU-Bürger:innen wurde für wesentlich mehr Entlassungen bei anderen Beratungseinrichtungen um eine Weitervermittlung angefragt, während dies nun laut Aussage des Interviewpartners immer weniger wird: *„Klient:innen, die früher zu uns geschickt wurden vom Krankenhaus, werden inzwischen direkt zum [untersuchte Einrichtung] geschickt, das ist natürlich auch eine starke Entlastung“* (I13: 33:18).

Besonders die **niederschwellige Zusammenarbeit** mit der untersuchten Einrichtung wurde als positive Wirkung in den geführten Gesprächen betont (I13, 16). Das Ausmaß dieser Zusammenarbeit wird von einem Mitarbeiter einer Streetwork-Einrichtung beschrieben, besonders der unkomplizierte Austausch und die weiterführende Zusammenarbeit werden geschätzt:

„Es ist eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem [untersuchte Einrichtung]. Ich kriege es regelmäßig mit, dass die Kollegen und Kolleginnen im Austausch sind mit Mitarbeiter:innen vom [untersuchte Einrichtung] selber. In Austausch gehen, Abklärung gehen: gäbe es Plätze für Klient:innen, welche Voraussetzungen sind zu erfüllen? Und das wir auch das [untersuchte Einrichtung] unterstützen, es ist ein Geben und ein Nehmen, dass wenn Klient:innen die von uns im Haus aufgenommen wurden, dass wir dann auch schauen, okay, was sind weitere Schritte. Oder das [untersuchte Einrichtung] überlegt welche weiteren Schritte wir zum Beispiel Begleitungen übernehmen könnten, wenn das [untersuchte Einrichtung] nicht kann, zu weiterführenden Einrichtungen. Eben zum Beispiel Thema Anmeldebescheinigung, wenn man da schnell was machen kann oder eben medizinische Versorgung die im [untersuchte Einrichtung] nicht mehr gewährleistet werden kann. Was auch immer, dass wir da halt versuchen zu unterstützen“ (I16: 12:47).

Eine Erleichterung in der täglichen Beratungsarbeit mit der Zielgruppe lässt sich auch durch die Aufteilung der Fachkompetenzen feststellen: Die medizinische Komponente, kann teilweise an die Einrichtung ausgelagert werden. Dadurch kommt es zu einer **Entlastung und Erhöhung der Wirksamkeit aufgrund der Auslagerung medizinischer Expertise** (I13, 16). Obwohl bei dieser Wirkung die anderen Gesundheitseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe miteinzubeziehen sind, trägt

die untersuchte Einrichtung einen entscheidenden Teil zu dieser Entlastung bei. Aus dem Interview mit der Sozial- und Rückkehrberatung geht hervor: „...weil das Beratungswissen eben so breit gefächert ist. Und wenn man jetzt auch noch den ganzen medizinischen Bereich abdecken müsste und sich dort auskennen bzw. hier Beratungen machen. Diese Spezialisierung entlastet eben sehr, dass man sich hier dann das Know-How aufteilt“ (I13 30:00)

Wie sich zeigte, lassen sich besonders die Entlastung durch die Aufteilung der Expertise und interdisziplinäre Zusammenarbeit aber auch besonders eine emotionale Rücksicherung bei den in der Einrichtung untergebrachten Klient:innen bei diesem Stakeholder als wichtige Wirkungen feststellen.

1.2.8. Stadt Wien (MA15) (DH)

Die Stadt Wien hat aus mehreren Blickpunkten ein berechtigtes Interesse an den durch die untersuchte Einrichtung erzielten Wirkungen. Einerseits ist das Interesse an die Rolle als einer der wichtigsten Geldgeber der Einrichtung geknüpft, andererseits leistet die Einrichtung wichtige Dienstleistungen für die Bewohner:innen der Stadt. Die ökonomischen Wirkungen der Einrichtung auf die Stadt zeigen sich vor allem im bereits beschriebenen Gesundheitssystem, allerdings sind hier noch einige andere Wirkungen feststellbar.

Grundsätzlich hilft die untersuchte Einrichtung der Stadt Wien **ihrem Versorgungsauftrag nachzukommen**, indem sie medizinische Unterstützung für die vulnerabelsten Mitglieder der ohnehin gefährdeten Gruppe der obdachlosen Personen bietet. Wie bereits in Kapitel 1.3.1 angemerkt stellt diese Versorgung eine eng mit den gesellschaftlichen Werten in Österreich und besonders Wien verbundene Kernwirkung dar.

Ein besonderer Anknüpfungspunkt zur Stadt, ist die Beziehung zur Magistratsabteilung 15 (MA15), insbesondere deren Abteilung zur Tuberkulosevorsorge. Tuberkulose stellt in dieser Zielgruppe immer noch ein signifikantes Problem dar, auch wenn sie inzwischen in der Allgemeinbevölkerung Österreichs kaum noch verbreitet ist²¹. **Die Ausheilung**

²¹ Laut Helmholtz-Zentrum München ist die Tuberkulose weltweit noch immer die tödlichste bakterielle Infektionskrankheit:

von Tuberkulose bei Personen ohne festen Wohnsitz im Rahmen eines Projekts stellte einen der Gründe für die Entstehung der Einrichtung dar. Somit hilft die Einrichtung der Stadt Wien bei der Erfüllung ihres Versorgungsauftrags auch in dieser Beziehung (I15). Doch nicht nur bei der Behandlung von bereits diagnostizierten Fällen erzielt die Einrichtung Wirkungen, sondern auch bei der Diagnose neuer Fälle und somit der Eindämmung der Ausbreitung von Tuberkulose. Dies geschieht, indem alle Klient:innen des Hauses in dreimonatigen Abständen zum Lungenröntgen bei der MA15 gehen müssen. Obwohl die Regelung, für Nüchtigungen ein aktuelles Lungenröntgen vorzuweisen, in der Wohnungslosenhilfe weit verbreitet ist, kann von einer Erleichterung der Terminabwicklung unter den Klient:innen des Hauses durch die Unterstützung, Begleitung und Übernahme des Transports durch das Haus ausgegangen werden (I17, 18, eigene Erhebung).

Eine weitere Wirkung auf die MA15 ist das **Wissen um den Aufenthalt von Tuberkuloseerkrankten**. Dies ist einerseits gesetzlich vorgeschrieben und obwohl die Zielgruppe die darauf festgesetzten Strafgeelder²² im Regelfall ohnehin nicht entrichten kann, stellt die Feststellung des Aufenthalts einen erheblichen Aufwand für die MA15 dar. Andererseits ist natürlich auch eine **Entlastung und Unterstützung im Therapieprozess, eine stabile, gut angebundene Unterkunft** für die Patient:innen zu haben:

„Es ist es auf jeden Fall eine Entlastung, Patienten gut untergebracht zu wissen. Und sie nicht suchen gehen zu müssen. Weil das halt ein Fixpunkt ist. Das man halt zumindest einmal weiß wo die Leute sind. Du kannst jemanden nicht unterstützen, wenn du nicht weißt wo der ist und den Weg nicht herfindet. Das ist immer etwas was sehr klar zu kommunizieren ist, die Therapieüberwachung ist eine Notwendigkeit, das ist ein gesetzlicher Auftrag da fährt die Eisenbahn drüber. ... Und ein Punkt ist eigentlich in der Sache, dass die Behörde immer wissen muss, wo die Leute sind. Und wenn ich ein Haus wie [untersuchte Einrichtung] hab, weiß ich wenigstens, wo die sind. Und wenn da jemand Hausverbot oder so bekommt, erfahren wir das sofort.“ (I15: 37:44)

Doch nicht nur das Wissen um die Unterbringung, auch die **enge Zusammenarbeit** bei den Fällen, die in der Einrichtung untergebracht

<https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/tuberkulose/verbreitung/index.html> [Zugriff am 05.05.2021]

²² Ein Verstoß wird hier laut I15 (MA15) mit einer Geldstrafe von €5-10.000 geahndet

sind, wurde von der Vertreterin der MA15 positiv hervorgehoben, da dies die Reaktionsfähigkeit auf Entwicklungen erhöht:

*„Da gibt es einen sehr engen Kontakt zwischen uns und dem Haus. Und das ist ein absoluter Benefit, dass die Zusammenarbeit so funktioniert, dass wir sofort wissen, wenn es auch für uns einen Plan B geben muss“
(I15: 38:50)*

Außerdem stellt eine **nachhaltigere Ausheilung auch eine Entlastung** der Stadt Wien und besonders der MA15 dar, da jedes erneute Aufflammen einer Infektion den Prozess von neuem beginnen lässt. Auf die Frage, ob der Aufenthalt in der Einrichtung auch die Chancen auf eine vollständige bzw. nachhaltigere Genesung erhöht, war die Antwort „[j]a, weil sie einfach die laufende Unterstützung haben und immer jemand drauf schaut, dass sie ihre Medikamente nehmen“ (I15 36:38). Hier ist sowohl eine emotionale und Arbeitsentlastung bei den Mitarbeiter:innen feststellbar, als auch eine Entlastung des Gesamtgesundheits-systems.

Durch das besondere Interesse an der Tuberkuloseausheilung profitiert die MA15 und durch sie die Stadt Wien also von einer bedarfsgerechten Unterbringung mit ständigem Zugang zum Verlauf und somit einer besonderen Entlastung in diesem Bereich.

1.2.9. Polizei & Justiz (DH)

Da die Zielgruppe der untersuchten Einrichtung potenziell mehr Berührungspunkte mit der Polizei hat als die Allgemeinbevölkerung, sind hier Ent- und Belastungen deutlich spürbar. Um diese Wirkungen zu überprüfen wurde ein Gespräch mit jener Polizeidienststelle geführt, welche für die Umgebung der Einrichtung zuständig ist.

Eine Konsequenz der Möglichkeit, sich 24/7 in der Einrichtung aufhalten zu können, ist zunächst einmal eine **Verschiebung der Einsätze vom öffentlichen Raum in die Einrichtung** bzw. in das nähere Umfeld der Einrichtung. Aufgrund der Betreuung in der Einrichtung und einem verringerten Kontakt mit der Allgemeinbevölkerung, kommt es zu einer **Verringerung der Einsätze sowohl betreffend Frequenz, als auch betreffend Intensität** (I8). Interviewpartner 8 vergleicht die Gegebenheiten in und rund um die untersuchte Einrichtung mit einem Bahnhof, der ebenfalls im geographischen Zuständigkeitsbereich der Polizei-

wache liegt und häufig von „Unterstandslosen“ frequentiert wird. Der Interviewpartner hebt hervor, dass für die Beamt:innen vergleichsweise wenig Arbeit mit den Klient:innen der Einrichtung entsteht. Besonders Gewalt- und Aggressionsvorfälle sieht der Beamte deutlich minimiert (I8).

Finden Einsätze dennoch statt, wird eine **höhere Wirksamkeit aufgrund von Übersetzungstätigkeiten** festgestellt. Im Kontakt mit der Zielgruppe ergeben sich oft sprachliche Barrieren, welche dank der Vielzahl an Sprachen, die vom Personal der untersuchten Einrichtung gesprochen werden, oftmals überwunden werden können. Übersetzungstätigkeiten passieren aber nicht nur auf einer sprachlichen Ebene: Zusätzlich entsteht durch die **Vermittlungsbemühungen des vertrauten Einrichtungspersonals oftmals eine höhere Kooperations- und Redebereitschaft** der Polizei gegenüber, welche andernfalls sehr gering ausfallen kann. In den Worten des Befragten:

„Weil die meisten Probleme, was wir dann oft haben, ist einfach die Verständigung, weil man sich mit denen nicht wirklich verständigen kann, wenn sie nicht Deutsch können, und unsere nicht Polnisch oder Rumänisch, oder egal, was das für eine Sprache ist, dann ist das halt ab und zu schwer, wobei, grad in der unterstandslosen Szene das dann auch so ist, dass die Polizei meistens als Feindbild gesehen wird... dann können wir mit denen unten vom Haus reden, und die tragen das mehr oder weniger, also unseren Standpunkt weiter, und dass man denen einfach verklickern, dass die Polizei ja grundsätzlich nicht ihr Feind ist und wir natürlich auch auf alle schauen müssen und solange sie gesetzliche Bestimmungen einhalten, werden sie mit uns kein Problem haben“ (I8: 14:59).

Letztlich dient eine Einrichtung wie die untersuchte auch als **eine Anlaufstelle für Informationen** über Personen, besonders, wenn jemand polizeilich gesucht wird. Verschiedene Aufgabenstellungen, Vertrauensbeziehungen, welche nicht gebrochen werden sollen und Parteilichkeit gegenüber den Klient:innen führen dazu, dass die Erwartungen der Polizei bezüglich Informationsweitergabe von Sozialarbeiter:innen nicht immer erfüllt werden können:

„Naja, das mit dem Kontakttreten, ein Sozialarbeiter hat da eher ein Problem, dass er den uns nicht sprichwörtlich ans Messer liefert, das widerstrebt denen ein bissl, das täten wir von denen auch nicht verlangen, weil wir, ich mein eins ist schon legitim, wenn ich weiß, dass der dort aufhältig ist und geh hin und frag, ob der da ist, dann erwarte ich mir schon eine ehrliche Antwort, aber sonst erwisch man eh nachher irgendwann einmal. Aber wir werden die nicht in Nöte bringen, weil das ja auch

mit dem Vertrauensverhältnis was die mit den Leuten haben, das wollen wir nicht zerstören." (I8: 34:23)

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Polizei und dadurch die Justiz durch Einrichtungen wie die untersuchte aus multiplen Gründen in ihrer Arbeit entlastet wird.

1.2.10. Allgemeinbevölkerung & Anrainer:innen (DH)

Die allgemeine Bevölkerung und deren Auffassung von Obdachlosigkeit wird sehr vom vorherrschenden politischen Diskurs bestimmt. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerung der Stadt Wien davon profitiert, wenn weniger Obdachlosigkeit sichtbar ist. Dies führt zu deutlich wahrnehmbaren Effekten bei sowohl der Allgemeinbevölkerung, als auch den direkten Anrainern, wenn eine Einrichtung für diese Zielgruppe untersucht wird.

Die allgemeine Bevölkerung profitiert insofern von der Versorgung der Zielgruppe, als **der verbesserte Gesundheitszustand der Klient:innen für eine emotionale Entlastung** sorgt. Eine hohe Auslastung des Kältetelefonats beispielsweise zeigt, dass sich Passant:innen häufig über das Wohlbefinden obdachloser Personen sorgen. Zu dieser Einschätzung kommt beispielsweise Interviewpartner 13:

„Es ist auch die Öffentlichkeit entlastet... Wenn du jetzt rumgehst und jemanden auffindest mit offenen Beinen bzw. selbst wenn diese vor einiger Zeit versorgt wurden und dann wieder auf der Straße sind, kannst du direkt wieder die Rettung rufen.“ (I13: 41:00).

Die andere Seite der Medaille ist nicht die Sorge um gefährdete Personen, sondern Beschwerden von Personen, die sich durch Obdachlosigkeit belästigt oder bedroht fühlen. Der Einschätzung der Polizei nach, sorgen besonders psychiatrisch auffällige Klient:innen in Einrichtungen für weniger Einsätze als jene ohne diese Möglichkeit, was auf deren medikamentöse Einstellung und psychiatrische Betreuung zurückgeführt wird (I8).

Sichtbare Obdachlosigkeit wird besonders an öffentlichen Plätzen wie Bahnhöfen wahrgenommen, wo der Polizei zufolge auch das höchste Konfliktpotenzial besteht. Hier entsteht also eine **Entlastung der Allgemeinbevölkerung erstens aufgrund der Verschiebung in weni-**

ger dicht frequentierte Teile der Stadt, nicht nur bei Bewohner:innen selbst sondern auch Teile ihres Umfelds, die sich dann in der Nähe der Einrichtung aufhalten. Zweitens auch durch eine **Verringerung der sichtbaren Obdachlosigkeit** generell, da diese durch die Möglichkeit zum ganztägigen Aufenthalt in der Einrichtung verringert wird (I8, 16).

Die Kehrseite dieser Wirkung ist eine Zunahme an Belastung in der näheren Umgebung der Einrichtung. Einige Anrainer:innen fühlen sich zum Teil durch die **Zunahme der Gruppenbildung in der Umgebung und die dadurch entstehende Lärmbelästigung und Verschmutzung** gestört (I1, 2, 8). Interviewpartner 8, Vertreter der Polizei, sieht hier allerdings keine ausufernden Probleme:

„Da ist eher das Problem mit dem Verschmutzen und dem Lärm, wenn die zusammensitzen, und von den Anrainern als störend empfunden werden, wenn die dort halt ein Trinkgelage aufführen oder wir den Eindruck haben, dass die das machen. Aber wie gesagt, das hält sich wirklich in Grenzen, also bis jetzt zumindestens“ (I8: 12:00).

Die untersuchte Einrichtung bietet Anrainer:innen und der allgemeinen Bevölkerung nicht nur die Möglichkeit, sich daran zu reiben, sondern auch die **Möglichkeit zu zivilgesellschaftlichem Engagement**. Die Einrichtung ist auf eine Vielzahl von Kleider-, Medikamenten- und Essensspenden angewiesen und es ist nicht selten der Fall, dass auch Nachbar:innen solche vorbeibringen. 2-3-mal wöchentlich werden Spenden entgegengenommen. Zudem besteht die Möglichkeit, sich freiwillig zu engagieren (I17, 19).

Bei diesem Stakeholder ist die zusammengefasste Wirkung etwas schwerer zu beschreiben, da die Einrichtung auf unterschiedliche Teile der Gesellschaft anders wirkt. Allerdings lässt sich auch hier unter dem Strich eine Nettoentlastung in der Problemstellung Obdachlosigkeit festhalten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die untersuchte Einrichtung zu einer finanziellen, zeitlichen und emotionalen Entlastung aller Stakeholder beiträgt. Durch die Arbeit der Einrichtung erhöht sich die Wirksamkeit vieler anderer Institutionen.

Mit diesem Abschnitt sollte das „Wie?“ geklärt werden – also identifiziert werden, inwiefern eine Einrichtung für obdachlose EU-Bürger:innen auf

ihre Zielgruppe und andere relevante Stakeholder wirkt. Der nun folgende Teil wird sich nun der Frage nach dem Ausmaß und dadurch dem „Wie viel?“ der Wirkungen widmen.

1.3. Quantifizierung der Wirkungen (DH&BW)

Im folgenden Kapitel werden nun nur jene Wirkungen dargestellt, welche im Laufe der Forschungsarbeit quantifiziert werden konnten. Dabei wird nicht mehr umfänglich auf die Art der Wirkung eingegangen, sondern lediglich die gemessene Intensität, Datenherkunft und sich ergebende Limitationen bzw. Deadweights²³. Im folgenden Abschnitt werden die quantifizierten Wirkungen pro Stakeholder näher beschrieben. Der Beschreibung geht jeweils eine Tabelle voraus, die die Wirkung, ihre Quantifizierung, gegebenenfalls Limitationen und Deadweights und den verwendeten Index kompakt darstellt.

Die Spalte Index ist für die anschließende Darstellung der Wirkungen relevant. Für die der Wirkungslandkarte zugrundeliegende quantitative Unterscheidung wurde ein kumulierter Index verwendet. Der Index von 1-10 gibt die Strichstärke, sowie Deckkraft der Wirkung in der Karte vor. Davon entfallen 5 Punkte auf eine auf Häufigkeiten und Intensität der Erwähnung einer Wirkung in den Interviews basierende Einschätzung der Autor:innen. Die anderen 5 Punkte basieren auf der ermittelten Quantifizierung. Hierbei gab es, je nach Einheit, unterschiedliche Berechnungsgrundlagen. Bei nominalen Wirkungen in derselben Einheit wurde die höchste Wirkung als 5 Punkte genommen und die anderen proportional daran gemessen. Bei prozentualen Wirkungen wurde dieser auf 5 angewendet. Bei Quantitäten zu denen eine Grundgesamtheit oder ein Vergleichswert vorhanden war, wurde anhand dessen eine prozentuale Veränderung berechnet und ebenfalls auf 5 angewendet. Einige Einheiten waren so wenig mit den anderen vergleichbar, dass sich eine grafische Unterscheidung nicht anbietet, diese sind im Index mit "x" gekennzeichnet und auf der Karte grau eingefärbt. Bei Stakeholdern mit diesem Fall bei allen gemessenen Wirkungen erfolgt die Unterscheidung auf Basis des ersten Teils des Indexes.

²³ Unter Deadweight verstehen sich jene Wirkungen die auch ohne die Aktivitäten der Einrichtung eingetreten wären. Siehe Grünhaus/Rauscher 2021: 7

1.3.1. Bewohner:innen (BW)

Abbildung 7: Quantifizierte Wirkungen Bewohner:innen

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
Bewohner: innen	geschützte Unterbringung	117 (durchschnittliche Nächte)	qualitativ ähnliche Unterbringung (alle 2 Monate 1 Person wird in Chancenhaus weitervermittelt)	5 (5+x)
	barrierefreie Unterbringung	eigene Erhebung: 24% (7 Personen, n=34) sind auf barrierefreie Unterbringung angewiesen	Unterbringung in anderer barrierefreier Einrichtung (kein vergleichbares Angebot derzeit in Wien vorhanden)	5,2 (4+1,2)
	Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustands	eigene Erhebung: Durchschnittliche Verbesserung um 1,7 Punkte (Skala 1-10)	Stabilisierung durch andere Umstände	8,25 (5+3,25)
	Stabilisierung des physischen Gesundheitszustands	eigene Erhebung: Durchschnittliche Verbesserung um 2,6 Punkte. (Skala 1-10)	teilweise längere Spitalsaufenthalte, wenn es Angebot nicht gäbe	10 (5+5)
	Reduktion von Stress	eigene Erhebung: In 62% (21 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt ²⁴	Reduktion durch andere Umstände	8,1 (5+3,1)
	Stabilisierung des Alkoholkonsums	eigene Erhebung: In 35% (7 Personen, n=20) der Fälle Verbesserung erzielt		3,75 (2+1,75)
	Professionelle Unterstützung in Entwöhnung von chronischem Alkoholabusus	4 in Pilotprogramm		3 (2+1)
	Klarheit über eigene Situation	eigene Erhebung: In 88% (30 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt	Beratung in SORÜBE bzw. neuerhaus	7,4 (3+4,4)
	Verminderung (erneuter) Rettungseinsätze	79 Rettungseinsätze weniger vgl. mit TZ+NQ		7,7 (5+2,7)
	verbesserte	eigene Erhebung: In	guter Hygienezu-	3,15

²⁴ Wie im Kapitel zur Methodik erwähnt wurden einige Wirkungen lediglich als Dummy Variablen erhoben

	Hygiene	Verbesserung um 0,6 (1,03) (Skala 1-10)	stand nach KH	(2+1,15)
	verbesserte Ernährung	eigene Erhebung: In 82% (28 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt	Versorgung in Tageszentren, Wärmestuben etc.	7,1 (3+4,1)
	höhere Sicherheit; weniger eskalative Konflikte durch Betreuung/ Privatsphäre	148 Konflikte weniger vgl. mit TZ+NQ		9,05 (5+4,05)
	Perspektiv-eröffnung	durch Vertrauensaufbau: Eigene Erhebung: in 74% (25 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt Kontakt zur Familie: eigene Erhebung: In 15% (5 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt	Perspektiv-eröffnung, die auch in anderer Einrichtung erzielt werden hätte können	8,7 (5+3,7)
	erhöhte Selbst-wirksamkeit	297 Terminerinnerungen und 38 Begleitungen (durchschn. 58 Pers.); 45min Übersetzungsleistung/Tag		4 (4+x)
	Dokumentenbeschaffung	eigene Erhebung: In 15% (5 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt bzw. Schritte gemacht	Dokumentenbeschaffung, die auch in anderer Einrichtung erzielt werden hätte können	4,75 (4+0,75)
	Geltendmachung von Ansprüchen	eigene Erhebung: In 12% (4 Personen, n=34) der Fälle Verbesserung erzielt	Geltendmachung von Ansprüchen, die auch in anderer Einrichtung erzielt werden hätte können	4,6 (4+0,6)

Die Wirkung der **geschützten Unterbringung** wurde anhand der Anzahl der in der Einrichtung verbrachten Nächte (117) gemessen. Diese Zahl entspricht der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aus der Verlaufserhebung im Zuge dieser Studie. Als potenzielles Deadweight müssen jene Nächte betrachtet werden, die in einer qualitativ ähnlichen Einrichtung verbracht werden könnten. Vergleichbar mit dem Standard in der Untersuchungseinrichtung wäre eine Unterbringung in einem Chancenhaus. Der Einschätzung einer Mitarbeiter:in zufolge wird ungefähr alle zwei Monate eine Person in ein Chancenhaus weitervermittelt (I1).

Dabei ist allerdings auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer relevant und diese Möglichkeit fällt bei 58 durchschnittlichen Bewohner:innen also rechnerisch höchstens bei einer Aggregation ins Gewicht und ist damit für die Wirkung auf einzelne an dieser Stelle vernachlässigbar. Für diese Wirkung wurde aufgrund fehlender Vergleichswerte kein prozentualer Index verwendet.

24% der erhobenen Klient:innen sind laut der Falldokumentation in HR360 auf das Maß der **barrierefreien Unterbringung**, welches die Einrichtung bieten kann, angewiesen (n=34). Der Index spiegelt hier mit 1,2 (24% von 5) den Anteil der betroffenen Klient:innen wieder.

In unserer Erhebung konnte, nach Einschätzung der Mitarbeiter:innen, auf einer Skala von 1-10 durchschnittlich eine Verbesserung des **psychischen Gesundheitszustands** um 1,7 Punkte erzielt werden. Als Limitation muss hier jene Verbesserung gesehen werden, die auch ohne Unterbringung in der Einrichtung erzielt werden hätte können – beispielsweise durch eine rein medikamentöse Behandlung. Die Tatsache, dass eine Wohnversorgung sich stabilisierend auf den psychischen sowie physischen Gesundheitszustand auswirkt, ist allerdings keineswegs umstritten. Medikamentöse Behandlung und Wohnversorgung sollte kein „entweder – oder“ darstellen, sondern ein „sowohl – als auch“, weshalb diese Limitation als vernachlässigbar angesehen werden kann. Der **physische Gesundheitszustand** der Klient:innen verbesserte sich nach der Verlaufserhebung im Zuge des Einrichtungsaufenthalts durchschnittlich um 2,6 Punkte (Skala 1-10). Als Deadweight muss jene Verbesserung miteinbezogen werden, die bei den Klient:innen durch einen längeren bzw. erneuten Krankenhausaufenthalt erzielt worden wäre, wenn es das Angebot nicht gäbe. Für den Index wurde hier die physische Gesundheitsbesserung als höchster Wert der Einheit auf 5 gesetzt und der psychische Verbesserungswert daran proportional (65% des Ausmaßes = 3,25) berechnet.

Der **Hygienezustand** verbesserte sich in der Verlaufserhebung durchschnittlich um 0,6 Punkte (Skala 1-10). Allerdings muss angemerkt werden, dass es in der Stichprobe zwei extreme Ausreißer gab, deren Hygienezustand sich im Untersuchungszeitraum stark verschlechterte. Diese Verschlechterung war laut Mitarbeiter:innen der Einrichtung auf

Alkoholexzesse zurückzuführen. Diese Ausreißer ausgeschlossen kam es zu einer Verbesserung um 1,03 Punkte. Anzumerken ist zudem, dass 35% der erhobenen Klient:innen direkt aus einem Spital zugewiesen wurden, das heißt ihr Hygienezustand zu diesem Zeitpunkt schon potenziell um einiges besser war, als der bei Klient:innen, die direkt von der Straße aufgenommen wurden. Auch durch diesen Umstand wird der tatsächliche Effekt des Einrichtungsaufenthalts in der Erhebung potenziell unterbewertet. Für den Index wurde wieder die Gesundheitsverbesserung als Grundwert verwendet (23% des Ausmaßes = 1,15).

Bei 62% der Klient:innen (21 Personen) kam es im Untersuchungszeitraum zu einer **Stressreduktion** (n=34). Hier gibt es zwar ein potenzielles Deadweight durch die Entlastung die in vergleichbaren Einrichtungen erzielt werden könnte. Es ist allerdings anzunehmen, dass die Verbesserung auf eine Verringerung des täglichen Versorgungsdrucks zurückzuführen ist, welcher durch die mittelfristig gesicherte Unterbringung und Ernährung signifikant geringer als in kurzfristigeren Angebotsformen ist. Für den Index wurde wiederum der prozentuale Anteil der betroffenen Klient:innen verwendet (62% = 3,1).

88% der Klient:innen (30 Personen) wiesen am Ende des Untersuchungszeitraums **mehr Klarheit über die eigene sozialrechtliche und medizinische Situation** (n=34) auf. Hier kann jener Anteil nicht erhoben werden, der auch im Rahmen einer Beratung in der Sozial- und Rückkehrberatung bzw. im Rahmen einer medizinischen Versorgung, beispielsweise des Neunerhaus Gesundheitszentrums, entstanden wäre. Für den Index wurde wiederum der prozentuale Anteil der betroffenen Klient:innen verwendet (88% = 4,4).

Bei 35% (7 Personen) der Klient:innen mit Alkoholerkrankung (~20 Personen) **stabilisierte sich der Alkoholkonsum**. Abgezogen werden müsste jener Anteil, der sich auch unter anderen Umständen stabilisiert hätte. Eine Limitation ist, dass die Grundgesamtheit an Alkoholerkranken auf einer Schätzung (ca. 60% von n=34) des ärztlichen Leiters der Einrichtung beruht, da diese Daten nicht für diese Arbeit zugänglich waren. Für den Index wurde der Anteil an betroffenen Klient:innen verwendet (35% = 1,75). Mit Anfang März 2021 hatte ein Klient einen von der Einrichtung in einer Zusammenarbeit mit externen Experten **unter-**

stützten Alkoholzug hinter sich, drei Klient:innen standen zu diesem Zeitpunkt am Anfang des Alkoholzugsprogramms. Für den Index wurde wiederum der Anteil von 20% (4 von 20) an betroffenen Klient:innen verwendet (1).

Bei 82% der Klient:innen (28 Personen, n=34) kam es im Untersuchungszeitraum zu **einer verbesserten Ernährung**. Obwohl auch hier ein geringes Deadweight durch niederschwellige Einrichtungen miteinbezogen werden sollte, kann für einen Großteil der Stichprobe angenommen werden, dass eben diese Versorgung als Ausgangswert am Anfang der Erhebung diene. Für den Index wurde wiederum der prozentuale Anteil der betroffenen Klient:innen verwendet (82% = 4,1).

Im Rahmen der Unterbringung in der Einrichtung kommt es bei einem Großteil der Klient:innen zu einer **Eröffnung von Perspektiven**. 74% (25 Personen, n=34) der Klient:innen bauten im Untersuchungszeitraum Vertrauen zu den Mitarbeiter:innen auf, welches dazu führt, dass an Perspektiven gearbeitet werden kann. 15% (5 Personen, n=34) nahmen im Untersuchungszeitraum beispielsweise wieder **Kontakt zur Familie** auf. Für den Index wurde bei dieser Wirkung nur der prozentuale Anteil der vom Vertrauensaufbau betroffenen Klient:innen verwendet (74% = 3,7).

Die Betreuung in der Untersuchungseinrichtung führt dazu, dass sich auch die **Selbstwirksamkeit der Bewohner:innen** erhöht. Im Jahr 2020 wurden gemäß unseren Zählungen 297 Mal an einen Termin erinnert, 38 Begleitungen durchgeführt, bei einer durchschnittlichen Belegung von 58 Personen. Zudem leisten die Sozialarbeiter:innen durchschnittlich 45 Minuten Übersetzungsarbeit. Diese Zahlen sind einer codierten Analyse des Online Dienstbuchs (ODB) der Einrichtung entnommen. Für eine prozentuale Einschätzung im Index fehlte hier wiederum eine Vergleichsgrundlage.

Bei 15% der Klient:innen (5 Personen, n=34) konnten Schritte der **Dokumentenbeschaffung** gemacht werden. Bei 12% der Klient:innen (4 Personen, n=34) konnten **Ansprüche geltend gemacht** werden. Bei der Interpretation dieser beiden Zahlen muss berücksichtigt werden, dass ein Teil auch im Rahmen einer (reinen) Betreuung bei der Sozial- und Rückkehrberatung erzielt hätte werden können. Der Index basiert

bei beiden Wirkungen wiederum auf dem prozentualen Anteil der betroffenen Klient:innen (15% = 0,75 und 12% = 0,6).

Als Proxy-Variable für die Einschätzung des **erhöhten Sicherheitsgefühls** zu einem alternativen Szenario werden hier die proportional auf die 58 durchschnittlich belegten Plätze heruntergerechneten Konfliktzahlen aus niederschweligen Einrichtungen verwendet und mit den Zahlen in der Einrichtung verglichen. Im Jahr 2020 kam es kumulativ in einem betrachteten Tageszentrum und einem Notquartier zu 182 konflikthafter Vorfällen, während es im gleichen Zeitraum nur zu 34 solcher Vorfälle in der untersuchten Einrichtung kam. Mit einer Differenz von 148 Vorfällen kann also in der Einrichtung von einem signifikant höheren objektiven Sicherheitsgefühl ausgegangen werden. Hierbei ist zu beachten, dass erstens die Zahlen des Tageszentrums auf einer Hochrechnung für den betrachteten Zeitraum basieren, da keine vollständigen Daten verfügbar waren und zudem die Definition eines konflikthafter Vorfalls und der Dokumentation als solchen zwischen den Einrichtungen abweichen kann. Für den Index wurde hier die prozentuale Verringerung von 81% (4,05) herangezogen.

Die negative Wirkung des **Verlusts von Selbstständigkeit** wurde zwar in der Verlaufserhebung berücksichtigt, konnte aber bei keinem der 34 Fälle bestätigt werden. Diese Wirkung wird somit auch nicht in die grafische Darstellung einfließen.

1.3.2. Obdachlose EU-Bürger:innen (BW)

Abbildung 8: Quantifizierte Wirkungen obdachlose EU-Bürger:innen

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
<i>obdachlose EU-Bürger:innen</i>	Ausschluss durch Hochschwelligkeit	12-20 Personen/Jahr	Wird unterschätzt, da nur Personen berücksichtigt werden für die angefragt wurde	5 (5+x)

Die einzige bei diesem Stakeholder quantifizierbare Wirkung sind vom Angebot ausgeschlossene Personen. Diese wurden auf Basis von Proxyeinschätzungen durch Mitarbeiter:innen der Einrichtung, sowie der Sozial- und Rückkehrberatung erhoben. Hierbei ist wichtig zu betonen,

dass diese Zahl nicht die gesamten Ablehnungen der Einrichtung z.B. aufgrund von Kapazitäten erfasst, sondern lediglich jene Fälle bei denen eine Unterbringung aufgrund der Rahmenbedingungen nicht möglich ist. Für die Einordnung in den Index fehlte bei dieser Wirkung wiederum die Vergleichsgrundlage.

1.3.3. Hauptamtliche Mitarbeiter:innen (BW)

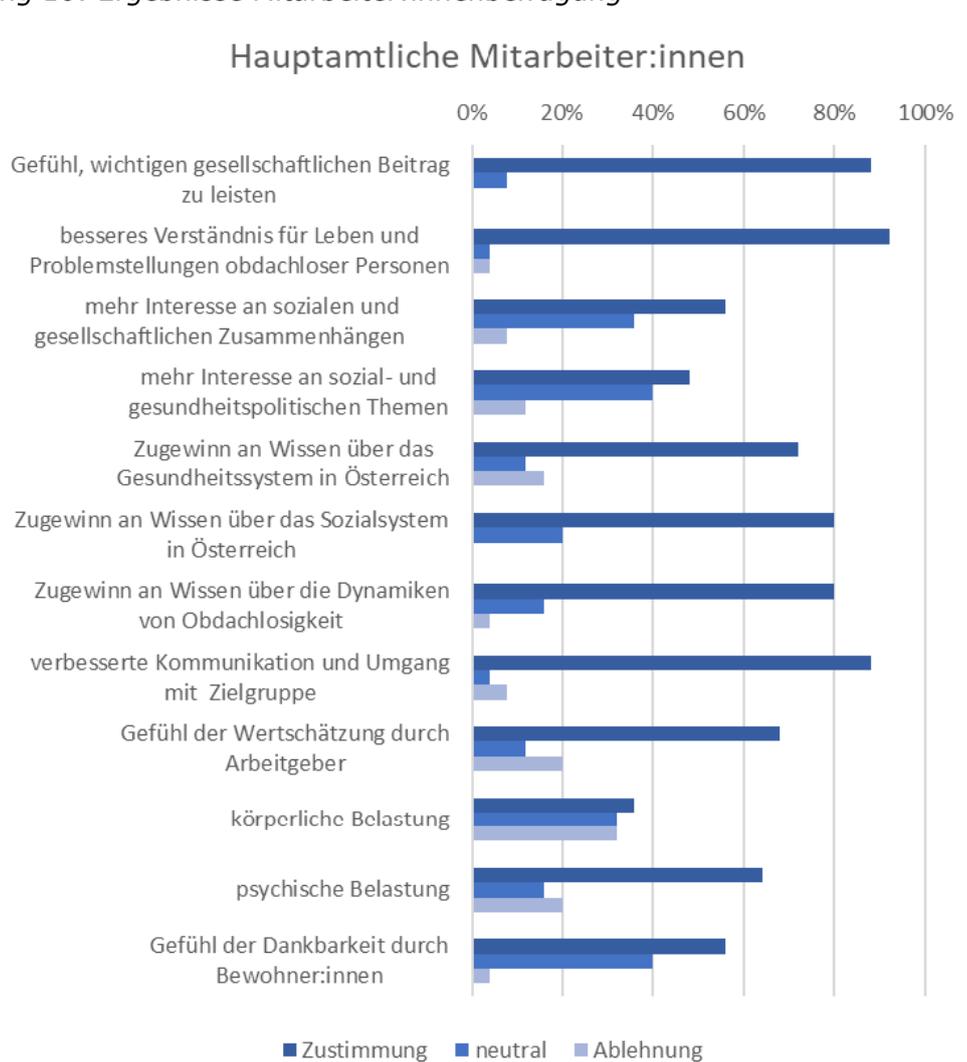
Abbildung 9: Quantifizierte Wirkungen hauptamtliche Mitarbeiter:innen

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
hauptamtliche Mitarbeiter: innen	eigene Erhebung			
	Sensibilisierung auf gesellschafts- relevante Themen	<p>Verständnis für das Le- ben und Problemstellun- gen obdachloser Perso- nen: 92% Zustimmung (n=23) 4% neutral (n=1) 4% Ablehnung (n=1)</p> <p>Interesse an sozialen und gesellschaftlichen Zu- sammenhängen: 56% Zustimmung (n=14) 36% neutral (n=9) 8% Ablehnung (n=2)</p> <p>Interesse an sozial- und gesundheitspolitischen Themen: 48% Zustimmung (n=12) 40% neutral (n=10) 12% Ablehnung (n=3)</p> <p>Insgesamt 65% Zu- stimmung</p>	Sensibilisierung, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich er- wirkt werde hätte können	6,5
	Erfüllung durch sinnstiftende Tätigkeit	<p>Gefühl, wichtigen gesell- schaftlichen Beitrag zu leisten: 88% Zustimmung (n=22) 8% neutral (n=2)</p> <p>Gefühl, vom Arbeitsgeber ausreichende Wertschät- zung zu erfahren: 68% Zustimmung (n=17) 12% neutral (n=5) 20% Ablehnung (n=5)</p> <p>Gefühl, von den Kli-</p>	Erfüllung, die auch in anderer Einrich- tung im Sozialbe- reich erlangt wer- den hätte können	7

		ent:innen Dankbarkeit und Wertschätzung zu erfahren: 56% Zustimmung (n=14) 40% neutral (n=10) 4% Ablehnung (n=1) Insgesamt 70% Zustimmung		
	Wissens- erweiterung	Zugewinn an Wissen über Sozialsystem: 80% Zustimmung (n=20) 20% neutral (n=5) Zugewinn an Wissen über Gesundheitssystem: 72% Zustimmung (n=18) 12% neutral (n=3) 16% Ablehnung (n=4) Zugewinn an Wissen über Dynamiken von Obdachlosigkeit: 80% Zustimmung (n=20) 16% neutral (n=4) 4% Ablehnung (n=1) Insgesamt 77% Zustimmung	Wissens- erweiterung, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich erwirkt werde hätte können	7,7
	Fähigkeiten	Verbesserung des Umgangs und Kommunikation mit Zielgruppe: 88% Zustimmung (n=22) 4% neutral (n=1) 8% Ablehnung Insgesamt 88% Zustimmung	Fähigkeiten, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich erlangt werden hätte können	8,8
	Belastung	Körperliche Belastung: 36% Zustimmung (n=9) 32% neutral (n=8) 32% Ablehnung (n=8) Psychische Belastung: 64% Zustimmung (n=16) 20% neutral (n=5) 16% Ablehnung (n=4) Insgesamt 50% Zustimmung	Belastung, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich wirken hätte können – die Arbeit mit der Zielgruppe ohne Ansprüche stellt allerdings eine besondere emotionale Belastung dar.	5

Um die Wirkungen der Einrichtungen auf die Mitarbeitenden zu erheben, wurde eine quantitative Befragung durchgeführt. Die Mitarbeiter:innen wurden dabei gebeten, 12 Aussagen danach zu bewerten, ob sie diesen zustimmten, eher zustimmten, sich ihnen neutral gegenüber verhielten, sie ihnen eher nicht zustimmten oder ihnen gar nicht zustimmten. Insgesamt nahmen 25 Mitarbeiter:innen an der Befragung teil (n=25). Die Rücklaufquote entspricht bei einer Grundgesamtheit von 32 Personen 78%. Um die Darstellung der Ergebnisse zu vereinfachen wurden die Kategorien „trifft zu“ und „trifft eher zu“ zur Kategorie „Zustimmung“ und die Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“ zur Kategorie „Ablehnung“ zusammengefasst. Da hier eine gute Vergleichbarkeit zwischen den Größen gegeben ist weil alle Wirkungen gleich erhoben wurden, wurden alle Ergebnisse ohne die qualitative Komponente in den Index übernommen (z.B. 88% von 10 = 8,8).

Abbildung 10: Ergebnisse Mitarbeiter:innenbefragung



Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 10 erkennbar, gaben 88% der Mitarbeiter:innen (22 Personen) an, durch ihre Arbeit in der Einrichtung das Gefühl zu haben, **einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten**. 8% der Befragten (2 Personen) waren dazu neutral eingestellt.

92% der Mitarbeiter:innen (23 Personen) stimmten der Aussage zu, dass sich – seit Beginn ihrer Mitarbeit in der Einrichtung – ihr **Verständnis für das Leben und die Problemstellungen obdachloser Personen** verbessert hat. 4% (1 Person) der Befragten zeigten sich dazu neutral, 4% (1 Person) lehnten diese Aussage ab.

56% der Befragten (14 Personen) gaben an, vermehrt **Interesse an sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen und Entwicklungen** zu haben. 36% (9 Personen) zeigten sich dem gegenüber neutral, 8% (2 Personen) lehnten diese Aussage ab.

48% (12 Personen) gaben an, dass sich ihr **Interesse an sozial- und gesundheitspolitischen Themen** verbessert habe. 40% (10 Personen) standen dieser Aussage neutral gegenüber, 12% (3 Personen) lehnten die Aussage ab,

72% der Mitarbeiter:innen (18 Personen) hat nach eigenen Angaben **Wissen über das österreichische Gesundheitssystem** hinzugewonnen. 12% (3 Personen) zeigten sich neutral, 16% (4 Personen) lehnten diese Aussage ab.

80% der Mitarbeiter:innen (20 Personen) gaben an, **Wissen über das österreichische Sozialsystem** gewonnen zu haben. 20% (5 Personen) zeigten sich dazu neutral.

80% der Mitarbeiter:innen (20 Personen) gaben an, seit ihrer Mitarbeit in der Einrichtung besser über die **Dynamiken von Obdachlosigkeit Bescheid zu wissen**. 16% (4 Personen) zeigten sich dazu neutral, 4% (1 Person) lehnte diese Aussage ab.

88% (22 Personen) gaben an, dass sich, seitdem sie in der Einrichtung arbeiten, ihr **Umgang und ihre Kommunikation mit der Zielgruppe** verbessert habe. 4% (1 Person) standen dem neutral gegenüber, 8% (2 Personen) lehnten die Aussage ab.

68% der Befragten (17 Personen) gaben an, sich vom **Arbeitgeber wertgeschätzt** zu fühlen. 12% (3 Personen) gaben an, dieser Aussage neutral gegenüber zu stehen. 20% (5 Personen) gaben an, sich nicht ausreichend wertgeschätzt zu fühlen. 56% der Mitarbeiter:innen (14 Personen) gaben an, **Wertschätzung und Dankbarkeit durch die Klient:innen** zu erfahren, 4% (1 Person) lehnten das ab, 40% (10 Personen) zeigten sich dem gegenüber neutral.

Die Mitarbeiter:innen finden die Arbeit in der Einrichtung unterschiedlich **körperlich belastend**: 36% (9 Personen) gaben an, sich (eher) belastet zu fühlen, 32% (8 Personen) waren neutral und 32% (8 Personen) fühlten sich (eher) nicht körperlich belastet. 64% (16 Personen) fühlen sich **psychisch durch die Arbeit belastet**, 20% (5 Personen) fühlten sich (eher) nicht psychisch belastet, 16% (4 Personen) steht dem neutral gegenüber.

1.3.4. Freiwillige Mitarbeiter:innen (BW)

Abbildung 11: Quantifizierte Wirkungen freiwillige Mitarbeiter:innen

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
freiwillige Mitarbeiter: innen	alle eigene Erhebung			
	Möglichkeit, sich sozial zu engagieren	eigene Erhebung: 10h/Monat	Soziales Engagement könnte auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich geleistet werden	3 (3+x)
	Erfüllung durch sinnstiftende Tätigkeit	Gefühl, wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten: 83% Zustimmung (n=15) 17% neutral (n=3) Gefühl, von den Klient:innen Dankbarkeit und Wertschätzung zu erfahren: 72% Zustimmung (n=13) 28% neutral (n=5) Insgesamt 78% Zustimmung	Erfüllung, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich erlangt werden hätte können	7,8
Sensibilisierung auf gesellschafts-	Verständnis für das Leben und Problemstellun-	Sensibilisierung, die auch in anderer	7,6	

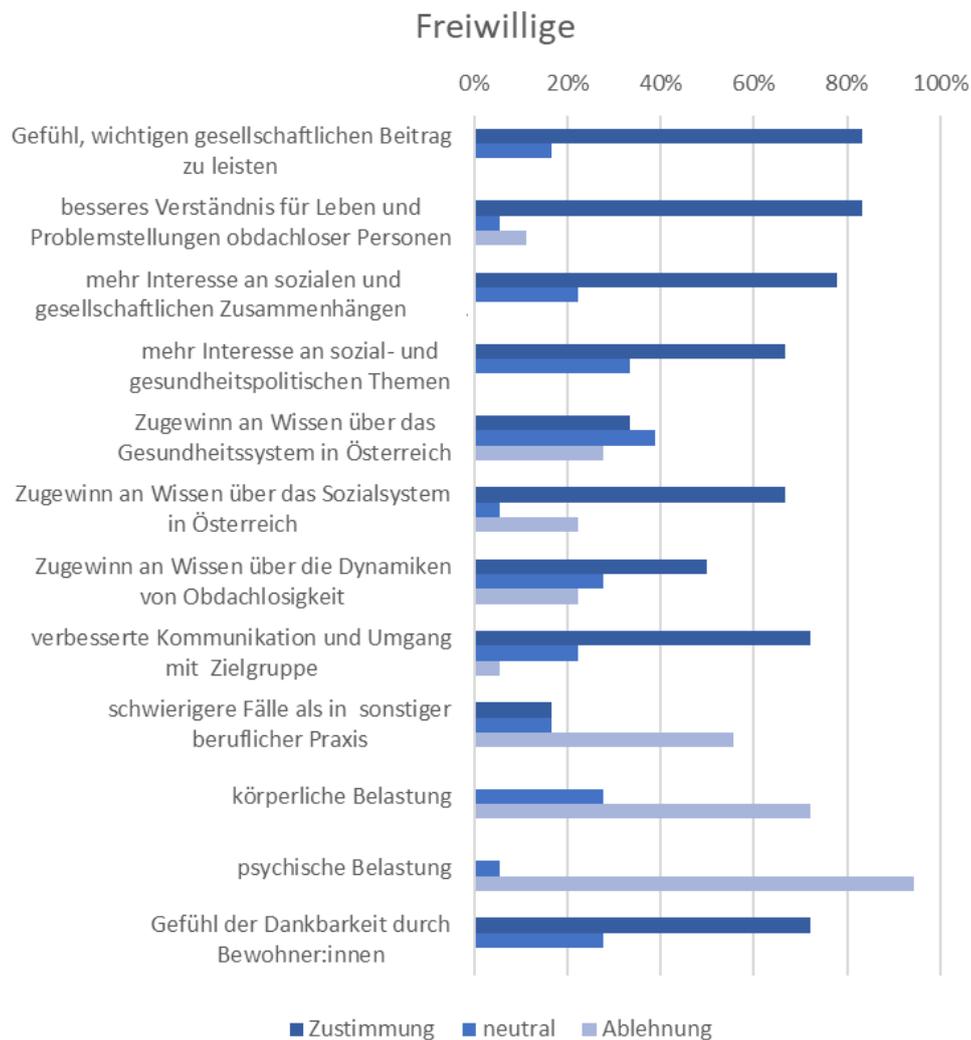
	relevante Themen	<p>gen obdachloser Personen: 83% Zustimmung (n=15) 6% neutral (n=1) 11% Ablehnung (n=2)</p> <p>Interesse an sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen: 78% Zustimmung (n=14) 22% neutral (n=4)</p> <p>Interesse an sozial- und gesundheitspolitischen Themen: 67% Zustimmung (n=12) 33% neutral (n=6)</p> <p>Insgesamt 76% Zustimmung</p>	Einrichtung im Sozialbereich erlangt werden hätte können	
	Wissenserweiterung (Gesundheits-, Sozialsystem, Obdachlosigkeit)	<p>Zugewinn an Wissen über Sozialsystem: 67% Zustimmung (n=12) 6% neutral (n=5) 22% Ablehnung (n=4)</p> <p>Zugewinn an Wissen über Gesundheitssystem: 33% Zustimmung (n=6) 39% neutral (n=7) 28% Ablehnung (n=5)</p> <p>Zugewinn an Wissen über Dynamiken von Obdachlosigkeit: 50% Zustimmung (n=9) 28% neutral (n=5) 22% Ablehnung (n=4)</p> <p>Insgesamt 50% Zustimmung</p>	Wissenserweiterung, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich erlangt werden hätte können	5
	Fähigkeiten	<p>Verbesserung des Umgangs und Kommunikation mit Zielgruppe: 72% Zustimmung (n=13) 22% neutral (n=4) 6% Ablehnung (n=1)</p> <p>Wissen über schwierigere Fälle als in sonstiger beruflicher Praxis: 17% Zustimmung (n=3) 17% neutral (n=3) 56% Ablehnung (n=10)</p> <p>Insgesamt 45% Zustimmung</p>	Fähigkeiten, die auch in anderer Einrichtung im Sozialbereich erlangt werden hätte können	4,5

	Belastung	Körperliche Belastung: 0% Zustimmung (n=0) 28% neutral (n=5) 72% Ablehnung (n=13) Psychische Belastung: 0% Zustimmung (n=0) 6% neutral (n=1) 94% Ablehnung (n=17) Insgesamt 0% Zu- stimmung		x
	Verdienstausfall	€30 x 10 Std mtl.	Erfüllung, Wissens- erweiterung, etc. als Kompensation; ist bewusste Ent- scheidung von Freiwilligen	3 (3+x)

An der Befragung der freiwilligen Mitarbeiter:innen nahmen 18 Personen teil (n=18). Das entspricht, bei einer Grundgesamtheit von 85 Personen, einer Rücklaufquote von 21%. Wie auch bei der Befragung der hauptamtlichen Mitarbeiter:innen wurden die ursprünglich 5 Antwortkategorien in die Kategorien Zustimmung, neutral und Ablehnung eingeteilt. Durchschnittlich engagieren sich die Freiwilligen in einem Ausmaß von 10,4 Stunden im Monat in der Einrichtung.

Da auch hier mit Ausnahme der ersten und letzten genannten Wirkung eine gute Vergleichbarkeit gegeben ist wurde auch hier auf die qualitative Komponente verzichtet. Lediglich bei den genannten Ausnahmen basierte die Bewertung ausschließlich auf der qualitativen Einschätzung da keine Vergleichsgrundlage für einen prozentualen Vergleich vorhanden ist.

Abbildung 12: Ergebnisse Freiwilligenbefragung



Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 12 erkennbar, gaben 83% (15 Personen) der freiwilligen Mitarbeitenden an, durch ihr freiwilliges Engagement das Gefühl zu haben, einen **wichtigen Beitrag für die Gesellschaft** zu leisten. 17% (3 Personen) zeigten sich neutral.

Neuerliche 83% der Befragten (15 Personen) gaben an, durch das Engagement in der Einrichtung ein **verbessertes Verständnis über das Leben und die Problemstellungen obdachloser Personen** zu haben. 6% (1 Person) zeigte sich dazu neutral, 11% (2 Personen) stimmten dem nicht zu.

Ein Großteil der Befragten (78%, 14 Personen) gab an, seitdem sie sich für die Einrichtung engagieren vermehrt **Interesse an sozialen und**

gesellschaftlichen Zusammenhängen und Entwicklungen zu haben. 22% (4 Personen) zeigten sich neutral.

Weitere 67% (12 Personen) der Befragten gaben an, vermehrt **Interesse an sozial- und gesundheitspolitischen Themen** zu haben. 33% (6 Personen) waren demgegenüber neutral eingestellt.

33% der Befragten (6 Personen) gaben an, durch ihr freiwilliges Engagement in der Einrichtung an **Wissen über das österreichische Gesundheitssystem** gewonnen zu haben. 39% (7 Personen) gaben an, dem neutral gegenüberzustehen, 28% (5 Personen) gaben an, dass diese Aussage nicht auf sie zutreffe.

67% der freiwillig Engagierten (12 Personen) haben im Rahmen ihres Engagements **Wissen über das österreichische Sozialsystem** gewonnen. 6% (1 Person) zeigen sich neutral, 22% (4 Personen) stimmten dem nicht zu.

50% der Befragten (9 Personen) gaben an, einen Zuwachs an **Wissen über die Dynamiken von Obdachlosigkeit** gewonnen zu haben. 28% (5 Personen) zeigten sich dazu neutral, 22% (4 Personen) lehnten die Aussage ab.

72% der Freiwilligen (13 Personen) stimmten der Aussage zu, dass sich im Rahmen ihres freiwilligen Engagements ihre Kommunikation und ihr **Umgang mit der Zielgruppe** verbessert habe. 22% (4 Personen) waren neutral gestimmt, 6% (1 Person) lehnten die Aussage ab.

17% der freiwilligen Mitarbeiter:innen (3 Personen) gaben an, im Rahmen ihres Engagements an **Wissen über schwierigere Fälle als in ihrer sonstigen beruflichen Praxis** zu gewinnen. 17% der Befragten (3 Personen) zeigten sich neutral, 56% (10 Personen) lehnten die Aussage ab.

Keine:r der befragten Freiwilligen gab an, durch das Engagement **körperlich belastet** zu sein. 28% (5 Personen) zeigten sich neutral und 72% (13 Personen) lehnten die Aussage ab. Ein:e Freiwillige:r gab an, sich einen zweiten Heizstrahler für den Portierdienst im Eingangsbereich zu wünschen.

Ebenso kein:e Freiwillige:r fühlt sich durch das Engagement **psychisch belastet**. 6% (1 Person) zeigte sich neutral, 94% (17 Personen) lehnten die Aussage ab.

72% (13 Personen) der Freiwilligen haben das Gefühl, dass ihnen **Dankbarkeit seitens der Klient:innen** entgegengebracht wird. 28% (5 Personen) gaben an, dem gegenüber neutral zu stehen.

1.3.5. Gesundheitssystem (DH)

Abbildung 13: Quantifizierte Wirkungen Gesundheitssystem

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
Gesundheits- system	Möglichkeit, obdachlose Patient:innen weiterzuvermitteln	eigene Erhebung: 35% (12 Personen, n=34) der Fälle aus KH zugewiesen		6,75 (5+1,75)
	Entlastung (eingesparte Spitals-tage)	€ 923 (Tagessatz KH) - € 68 (Tagessatz Einrichtung) = € 855 x 5-116 Tage (€ 4.275 bei 5 Tagen bis € 99.180 bei 116) - Nach gesammelter Einschätzung ca. 20%		10 (5+5)
	höhere Wirksamkeit durch Nachversorgung	eigene Erhebung: Durchschnittliche Verbesserung um 2,6 Punkte. (Skala 1-10)	Anders erzielte gesundheitliche Verbesserung	4,3 (3+1,3)
	Entlastung (weniger Notfälle)	79 Einsätze weniger in Einrichtung als in NQ+TZ mit € 800/Rettungseinsatz = € 63.200		7,2 (4+3,2)
	höhere Wirksamkeit durch Terminerinnerung, Begleitung und Übersetzung	297 Terminerinnerungen und 38 Begleitungen (durchschn. 58 Pers.); 45min Übersetzungsleistung/Tag	Termine für systemexterne Einrichtungen	2 (2+x)
	höhere Wirksamkeit durch Organisation von Transport	160 Transporte mit Aufwand von € 2.614,80 (2020)		2,13 (2+0,13)

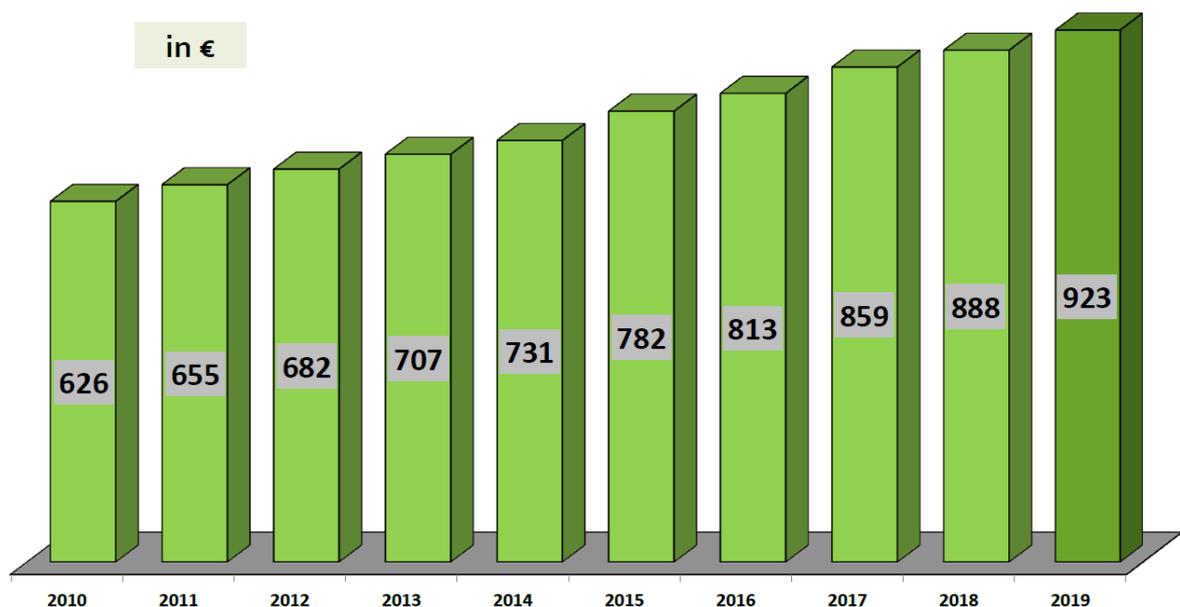
Der Anteil von 35% der **Zuweisungen durch Krankenhäuser** errechnet sich aus der in HR360 festgehaltenen Falldokumentation in der alle

Anfragen, die direkt von Wiener Krankenhäusern an die Einrichtung gestellt wurden zusammengefasst wurden. Der prozentuale Teil des Index basiert hier wiederum auf dem Anteil an Klient:innen bei denen diese Wirkung relevant war (35% = 1,75).

Die Zahl bzw. das Intervall zur **Entlastung durch eingesparte Krankenhaustage** wurde aus einem Kostenvergleich des Aufenthalts errechnet. Dazu wurden die durchschnittlichen Kosten eines Belagstags in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten von € 923 verwendet, die vom Sozialministerium²⁵ veröffentlicht wird. Die Zahl bezieht sich auf 2019, da dies die aktuellsten veröffentlichten Zahlen sind und dürfte somit die wahren Kosten leicht unterschätzen, wenn vom historischen Trend einer leichten, jährlichen Steigerung wie in *Abbildung 14* erkennbar ist, ausgegangen wird.

Abbildung 14: Kosten pro Belagstag

Entwicklung der stationären Endkosten je Belagstag
in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten



Quelle: Krankenanstalten in Zahlen, Sozialministerium. Verfügbar unter:
<http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html> [Zugriff am 29.04.2021]

Die untere Grenze von 5 Tagen wurde gesetzt, da in allen Interviews mit Ärzt:innen und Entlassungsmanager:innen keine Einschätzung der

²⁵ <http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html> [Zugriff am 29.04.2021]

durch eine geeignete Folgeunterbringung eingesparten Krankheitstage unter dieser Zahl lag (I9, 10, 11, 12). Die obere Grenze ist wesentlich schwerer einzuschätzen, da nicht nur die vom Krankenhausaufenthalt vor dem Einrichtungsaufenthalt gekürzte Aufenthaltsdauer miteinberechnet werden sollte, sondern auch durch die nachhaltigere Ausheilung und stabile Unterbringung vermiedenen weiteren Krankenhausaufenthalte. Wenn von der maximal vermiedenen Dauer des gesamten Aufenthalts ausgegangen werden würde, lägen die vermiedenen Kosten bei € 99.180. Dies wird allerdings in wenigen bis keinen Fällen zutreffend sein und die durchschnittliche Zahl der vermiedenen Belagstage wird sich nach den Erkenntnissen aus den Interviews im unteren Drittel dieses Intervalls befinden. Es ist hier noch relevant, dass die oben verwendete Zahl die durchschnittlichen Kosten für Krankenanstalten in ganz Österreich abbilden und keine Unterscheidung für nichtversicherte gemacht wird. Die wahren Kosten der durch Klient:innen der Einrichtung beanspruchten Belagstage in Wien dürfte signifikant höher sein, wenn z.B. vom Tagessatz des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien (AKH) für nichtversicherte, fremde Staatsangehörige Patient:innen ausgegangen wird, welcher mit €1.649 auf der hauseigenen Webseite angegeben ist²⁶. Mit diesem Tagessatz würde die Einsparungsspanne bei € 7.905 für 5 Tage bis € 183.396 für 116 Tage liegen. Als nominal höchste Wirkung in der Einheit Euro wurde bei dieser Wirkung der prozentuale Teil des Indexes auf 5 gesetzt.

Als Schätzung für den Effekt der **höheren Wirksamkeit durch die Nachversorgung** in der Einrichtung kann die bereits für die gesundheitliche Verbesserung bei den Klient:innen verwendete Zahl aus der im Rahmen dieser Forschungsarbeit durchgeführten Verlaufserhebung verwendet werden. Diese ergab einen durchschnittlich verbesserten Gesundheitszustand von 2,6 auf einer Skala von 1-10. Die Wirkung auf die Krankenhäuser dürfte etwas niedriger sein, da nicht jede gesundheitliche Verbesserung zu einer erhöhten Wirksamkeit der spezifischen in Krankenhäusern durchgeführten Behandlung führt. Es kann jedoch angenommen werden, dass die Wirksamkeit nahezu jeder Behandlung durch eine bedarfsgerechte Nachversorgung erhöht wird und deshalb die grundsätzlich erzielte Verbesserung, trotz Deadweight, als valide

²⁶ <https://www.akhwiener.at/default.aspx?pid=789> [Zugriff am 29.04.2021]

Proxyvariable für diese Wirkung verwendet werden. Da die Einheit hier nicht als Vergleichsbasis dient und die Wirkung nur sekundär spürbar ist, wurde für den Index hier, im Gegensatz zur Wirkung bei den Klient:innen selbst, nur die prozentuale Verbesserung verwendet (26% = 1,3).

Um die Zahl der durch die Unterbringung in der untersuchten Einrichtung **vermiedenen Rettungseinsätze** zu approximieren, wurden die Zahlen der Einrichtung aus dem Ereignisprotokoll in HR360 mit den Zahlen in niederschweligen Einrichtungen in Wien verglichen. Um den Effekt einer intensiveren und ganztägigen Unterbringung zu messen wurden hierzu die Zahlen aus einem Notquartier und einem Tageszentrum auf die durchschnittliche Bewohner:innenzahl der untersuchten Einrichtung berechnet und kombiniert. Im Jahr 2020 wurden in Tageszentrum und Notquartier zusammen 147 Rettungseinsätze auf 58 Plätze gezählt, während in der untersuchten Einrichtung nur 68 Rettungseinsätze verzeichnet wurden. Dies ergibt eine Differenz von 79 Einsätzen. Hierzu muss gesagt werden, dass ein direkter Vergleich dieser Kombination mit einer einzigen Einrichtung die Aussagekraft der genauen Zahl etwas begrenzt, allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass die Bewohner:innen der Einrichtung in Bezug auf ihren Gesundheitszustand nicht repräsentativ sind, da gesundheitliche Probleme Einzugsbedingung sind. Werden die von einem Experten (I9) genannten 800 Euro pro Einsatz angesetzt, kommt es zu vermiedenen Kosten in einer Gesamthöhe von 63.200 Euro. Dies könnte wiederum zu einer Unterschätzung des Effekts führen. Für den Index wurde hier der prozentuale Vergleich im Ausmaß zu den maximal eingesparten Spitalstagen verwendet (64% = 3,2).

Die genannten Zahlen zur **Terminreminderung und Begleitung, welche auch hier die Wirksamkeit der Behandlung erhöhen**, wurden, wie bereits beschrieben, aus einer Analyse des online Dienstbuchs der Einrichtung und HR360 erhoben. Hierbei war keine eindeutige Zuordnung zu den unterschiedlichen Stakeholdern möglich, somit entfällt hier ein nicht erhobener Anteil auf andere Stakeholder. Es ist jedoch aus Gesprächen erkennbar, dass ein signifikanter Anteil dieser Bemühungen auf das Gesundheitssystem entfällt (I17). Auch hier ist aufgrund der

fehlenden Vergleichswerte keine prozentuale Einordnung in den Index möglich.

Um den Effekt der **erhöhten Wirksamkeit durch die Unterstützung beim Transport** von und zu Gesundheitseinrichtungen zu messen, wurden Transportkosten verwendet. Die Kosten von € 2.614,80, sowie die Anzahl an 160 Transporten wurde der internen Kostenrechnung der Einrichtung entnommen. Diese Kosten setzen sich aus Taxifahrten und Fahrscheinen für den öffentlichen Nahverkehr zusammen²⁷. Hierbei wurden weder Krankentransporte noch Rettungen berücksichtigt. Als Limitation sind die Transportwege von und zu anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder diverse hier enthaltene andere Fahrten zu sehen. leider war auch hier eine Trennung der Kosten nicht möglich, um den genauen Anteil zu ermitteln. Für den Index wurde wiederum der prozentuale Vergleich im Ausmaß zu den maximal eingesparten Spitals-tagen verwendet (2,6% = 0,13).

1.3.6. Gesundheitseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe (DH)

Abbildung 15: Quantifizierte Wirkungen Gesundheitseinrichtungen der WWH

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
<i>Gesundheits- einrichtungen der WWH</i>	Möglichkeit, bei Bedarf weiterzu- vermitteln	eigene Erhebung: 18% (6 Personen, n=34) der Fälle aus Gesundheitsein- richtung der WWH zuge- wiesen		5,9 (5+0,9)
	Entlastung durch Klient:innen in besserem Gesundheits- zustand	eigene Erhebung: Durch- schnittliche Verbesserung um 2,6 Punkte. (Skala 1- 10)		5,3 (4+1,3)

Um jenen Umfang zu messen, in dem die **Möglichkeit bei Bedarf wei-
terzuvermitteln** wirkt, wurde die Zuweisungsrate verwendet. Für die
Zahlen zu Zuweisungen wurden wiederum die Daten aus der Falldoku-
mentation in HR360 verwendet. Hierbei wurden alle Anfragen des Neu-
nerhaus Gesundheitszentrums, ambermed und dem Louisebus zusam-
mengefasst. 18% (6 Personen, n=34) aller Zuweisungen in unserer

²⁷ Diese Fahrkarten sind rein spendenbasiert und nicht im Budget des Hauses enthalten

Stichprobe kamen von Gesundheitseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Der prozentuale Teil des Indexes basiert hier wiederum auf dem Anteil an Klient:innen bei denen diese Wirkung relevant war (18% = 0,9).

Für die Wirkung der **Entlastung durch den besseren Gesundheitszustand** der Klient:innen wurden auch hier wiederum die Daten aus der Falldokumentation der eigenen Erhebung benutzt. Die durchschnittliche Verbesserung betrug 2,6 Punkte auf einer Skala von 1-10. Da auch hier die Wirkung wiederum nur sekundär anfiel, wurde für den Index dieselbe Einordnung wie beim Gesundheitssystem angewendet.

1.3.7. Niederschwellige Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe (DH)

Abbildung 16: Quantifizierte Wirkungen niederschwellige Angebote der WWH

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
niederschwellige Angebote der WWH	Möglichkeit, bei Bedarf weiterzuvermitteln	eigene Erhebung: 41% (14 Personen, n=34) der Fälle aus niederschwelligem Angebot der WWH zugewiesen		7,05 (5+2,05)
	Entlastung durch besseren Gesundheitszustand	eigene Erhebung: Durchschnittliche Verbesserung um 2,6 Punkte. (Skala 1-10)		5,3 (4+1,3)
	Entlastung durch keine Direktanfragen von Krankenhäusern	eigene Erhebung: 35% (12 Personen, n=34) der Fälle aus KH zugewiesen		3,75 (2+1,75)
	emotionale Entlastung	58 Plätze weniger triagieren nach Ende Winterpaket		6,4 (4+2,4)

Auch hier wurde die **Möglichkeit, bei Bedarf weitervermitteln zu können**, über die Zuweisungsrate gemessen. Die Zahlen der Zuweisungen wurden auch hier den Daten der Falldokumentation in HR360 entnommen. Hierbei wurden alle Anfragen von Streetwork-Einrichtungen, Tageszentren, Notquartieren und der Sozial- und Rückkehrberatung zusammengefasst. 41% (14 Personen, n=34) aller Zuweisungen in unserer Stichprobe kamen von niederschweligen Einrichtungen der Wiener

Wohnungslosenhilfe. Der prozentuale Teil des Indexes basiert hier wiederum auf dem Anteil an Klient:innen bei denen diese Wirkung relevant war (41% = 2,05).

Um die **Entlastung und höhere Wirksamkeit der eigenen Arbeit durch Klient:innen in besserem Gesundheitszustand** darzustellen, wurden die aus der Verlaufserhebung erhobenen Gesundheitsverbesserungen verwendet. Die durchschnittliche Verbesserung beträgt 2,6 Punkte auf einer Skala von 1-10. Für den Index wurde bei dieser Wirkung wie bei den zwei vorherigen Stakeholdern verfahren.

Um die **Entlastung** abzubilden, die bei Beratungseinrichtungen entsteht, wenn **keine Anfragen von Krankenhäusern zur Nachversorgung** bei dieser eingehen, wurden die Zahlen für Direktzuweisungen von Wiener Krankenhäusern aus HR360 verwendet. Nach Aussage eines Mitarbeiters der Sozial- und Rückkehrberatung fielen alle diese Anfragen zuvor (vor der Entstehung der untersuchten Einrichtung) dort an (I13). 12 der 34 (35%) Zuweisungen in unserer Stichprobe erfolgten direkt von Krankenhäusern. Der prozentuale Teil des Indexes basiert hier wiederum auf dem Anteil an Klient:innen bei denen diese Wirkung relevant war (35% = 1,75).

Da nahezu jede:r in der untersuchten Einrichtung aufgenommene Klient:in in den Zuständigkeitsbereich der Sozial- und Rückkehrberatung fällt, ist es eine valide Annahme, dass dort die gesamte durchschnittliche Auslastung als **emotionale Entlastung** wahrgenommen wird, da jede Person, um die man sich keine Sorgen machen muss, eine Entlastung darstellt. Dies wurde uns auch so in einem Interview bestätigt und besonders die Belastung zum Ende des Winterpakets hervorgehoben (I13). Die durchschnittliche Auslastung liegt bei 58 Plätzen. Als Grundlage für die prozentuale Einordnung im Index wurde hier die im Interview (I13) genannte Grundgesamtheit an schwer gefährdeten Klient:innen von 120 Personen verwendet (48% = 2,4).

1.3.8. Stadt Wien (MA15) (DH)

Abbildung 17: Quantifizierte Wirkungen Stadt Wien (MA15)

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
--------------------	----------------	------------------------	-----------------------------------	--------------

MA15	Erfüllung des Versorgungsauftrages durch Versorgung von Tuberkuloseerkrankten ohne Wohnsitz	6 Personen (2020)		5
	Entlastung bei der Organisation von TBC-Untersuchungen	Unterstützung bei ca. 230 Untersuchungen/Jahr		2

Aufgrund der Heterogenität der gemessenen Einheiten und dem Fehlen einer Grundgesamtheit wurde bei den nun folgenden Stakeholdern auf den prozentualen Anteil des Indexes verzichtet und nur die qualitative Einschätzung zur Unterscheidung auf der Wirkungslandkarte herangezogen.

Um die Entlastung bei der **Erfüllung des Versorgungsauftrages durch Versorgung von obdachlosen Tuberkuloseerkrankten** abzubilden, wurden die Zahlen dieser Fälle in der Einrichtung verwendet. Die sich so ergebenden 6 Fälle im Jahr 2020 entstammen den Aufzeichnungen der MA15 und wurden uns so von einer Mitarbeiterin übermittelt. Die Zahl ließ sich aber auch anhand der Aufzeichnungen in HR360 bestätigen.

Um die Wirkung der **Entlastung bei der Organisation von TBC-Untersuchungen** zu messen wurde die Dokumentation zum sogenannten 'Lungenröntgen' verwendet. Alle drei Monate müssen sich die Bewohner:innen einem Lungenröntgen unterziehen. Die Anzahl der Lungenuntersuchungen wurde anhand der Falldokumentation in HR360 bestätigt und lässt sich für alle Bewohner:innen in unserer Stichprobe nachvollziehen, bei welchen die Untersuchungen in den Zeitraum des Aufenthalts fiel. Dies ergibt bei einer durchschnittlichen Auslastung von 58 Plätzen ca. 230 Untersuchungen im Jahr, bei denen die MA15 durch die Unterstützung der Einrichtung entlastet wird.

1.3.9. Polizei & Justiz (DH)

Abbildung 18: Quantifizierte Wirkungen Polizei & Justiz

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
-------------	---------	-----------------	---------------------------	-------

Polizei	Entlastung durch Übersetzungstätigkeit/ Redebereitschaft	45min Übersetzungstätigkeit	Anteil an andere Einrichtungen	3
	weniger bzw. weniger intensive Einsätze im öffentlichen Raum	13 Einsätze weniger als in TZ+NQ		5

Bei der Wirkung der **Entlastung durch Übersetzungstätigkeit/Vermittlungstätigkeit** lässt sich nur der Anteil der Übersetzungsleistung durch die Sozialarbeiter:innen der Einrichtung quantifizieren, welcher ca. 45min am Tag beträgt. Dies bildet nicht die gesamte Wirkung ab, dient jedoch zumindest als Einschätzung. Die Zahl entstammt einer Hochrechnung der von den Sozialarbeiter:innen der Einrichtung über einen zweiwöchigen Zeitraum aufgezeichneten Zeiten. Hier ist zu erwähnen, dass diese Übersetzungstätigkeit nicht rein auf die Kommunikation mit der Polizei angerechnet werden kann. Da aber eine Stakeholderzuordnung hier nicht möglich ist, soll die gegebene Zahl als valide Proxyvariable dienen.

Zur Approximation der **verringerten Polizeieinsätze** durch die Unterkunft in der Einrichtung wurde wiederum die proportionale Vergleichsrechnung mit niederschweligen Einrichtungen der WWH angestellt. Hierbei wurden im Beobachtungszeitraum (2020) im Tageszentrum und Notquartier zusammen 24 Polizeieinsätze auf 58 Plätze wegen Aggressionen registriert, während im selben Zeitraum auf die untersuchte Einrichtung nur 11 nötig waren. Dies bringt uns zu einer Differenz von 13 Einsätzen im beobachteten Zeitraum. Die Unterscheidung der Intensität der Einsätze erfolgte durch eine Angabe der Polizei, nach der es bei lediglich einem der Einsätze in der Einrichtung zu handgreiflichen Auseinandersetzungen kam (I8). Die anderen Einsätze hatten mit verbalen Aggressionen und der Weigerung, das Haus zu verlassen, zu tun. Im Vergleich dazu wurde die Rate an Handgreiflichkeiten bei vergleichbaren Einsätzen im öffentlichen Raum als wesentlich höher bestätigt (I8).

1.3.10. Allgemeine Bevölkerung & Anrainer:innen (DH)

Abbildung 19: Quantifizierte Wirkungen allgemeine Bevölkerung & Anrainer:innen

Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	Deadweight/ Limitation	Index
allgemeine Bevölkerung	Belästigung durch Gruppenbildung vor Einrichtung/Lärm/Verschmutzung	10 Beschwerden aus ODB	vs. Belästigung, die auch sonst passieren würde	3
	Möglichkeit für zivilgesellschaftliches Engagement	5.000 Freiwilligenstunden	Auch in anderen Einrichtungen möglich	2
	Entlastung durch weniger sichtbare Obdachlosigkeit an öffentlichen Orten	58 Plätze durchschnittlich in Einrichtung	andere Einrichtungen, in der sie Tagesaufenthalt bzw. nächtigen können	5

Um die Wirkung der **empfundenen Belästigung der Anrainer:innen** zu quantifizieren, wurden diesbezüglich Vorfälle aus dem Online Dienstbuch der Einrichtung erhoben. Im Jahr 2020 wurden so 10 direkte Beschwerden durch Anrainer:innen erfasst. Eine Limitation stellt hier dar, dass kein Vergleich mit den Anrainer:innen anderer Orte, wo sich die Bewohner:innen sonst aufhalten würden, möglich ist. Dadurch wird der Effekt überschätzt. Eine weitere Limitation ist, dass nicht überprüft werden konnte, ob alle Beschwerden unmittelbar durch das Angebot der Einrichtung verursacht wurden oder ob auch bei Belästigung durch Dritte irrtümlicherweise im Haus angerufen wurde.

Die **Möglichkeit für zivilgesellschaftliches Engagement** wurde über den Einsatz der freiwilligen Mitarbeiter:innen in der Einrichtung approximiert. Hierbei muss ein Deadweight in Form der Möglichkeit zum Engagement in anderen Einrichtungen berücksichtigt werden. Laut den durch den Freiwilligenkoordinator der Einrichtung erfassten Daten wurden im Zeitraum von April 2020 bis Ende Februar 2021 ca. 5000 Freiwilligenstunden von anfänglich 25 bis zu Ende dieses Zeitraums 85-90 freiwilligen Mitarbeiter:innen geleistet. Ein Grund für diese starke Erhöhung war die Ausweitung der Tätigkeitsfelder, sodass zum heutigen Stand 5-6 freiwillige Mitarbeiter:innen jeden Tag insgesamt 15-17

Stunden im Einsatz sind. Die Ungenauigkeiten bei diesen Angaben entstammen der hohen Fluktuation unter freiwilligen Mitarbeiter:innen.

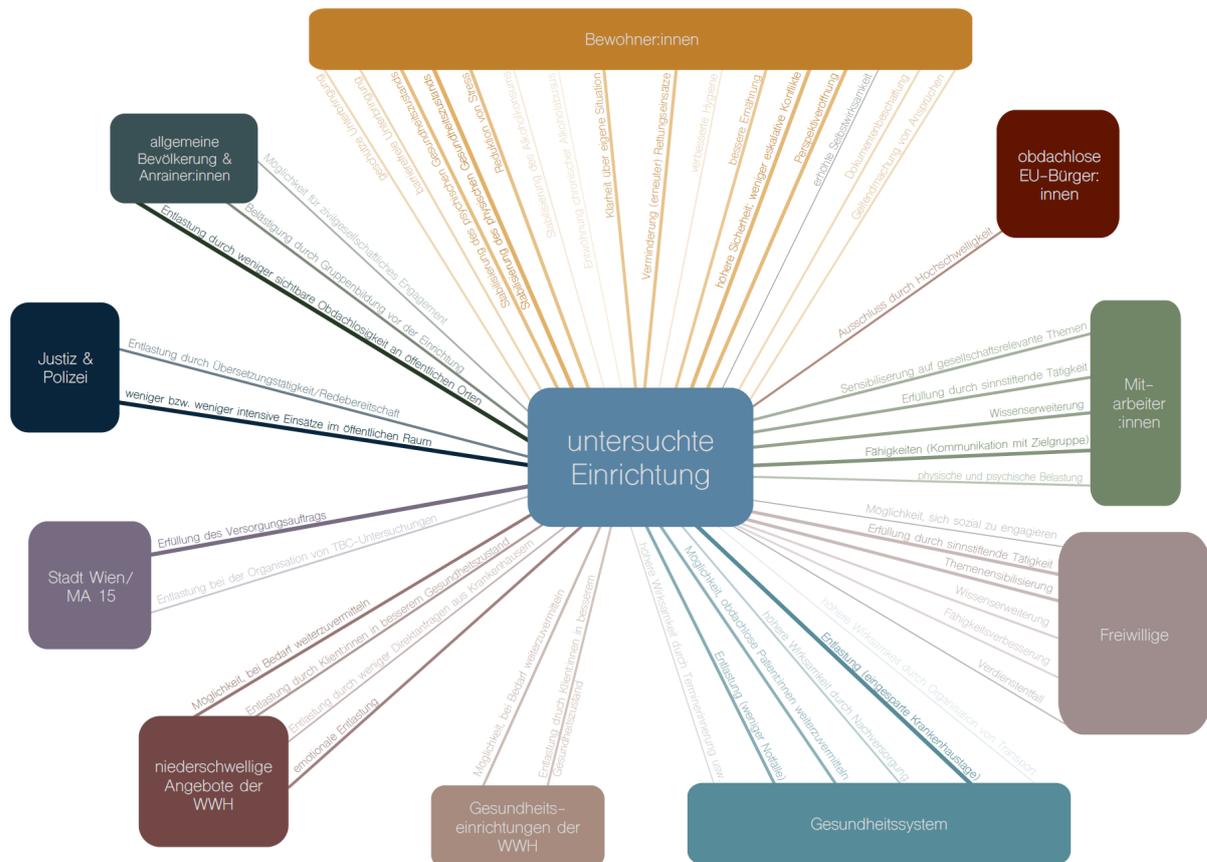
Um die Wirkung der **verringerten sichtbaren Obdachlosigkeit** zu quantifizieren wurde die Zahl der durchschnittlichen in der Einrichtung befindlichen Bewohner:innen verwendet. Diese Wirkung enthält ein großes Deadweight, da sich die Bewohner:innen zu unterschiedlichen Tages- und Nachtzeiten auch in anderen Einrichtungen aufhalten würden. Es ist allerdings eine valide Annahme aufgrund der Versorgung in der Einrichtung, dass es für 58 obdachlose Personen einen signifikant verringerten Anlass gibt, sich im öffentlichen Raum aufzuhalten als es ohne die Einrichtung der Fall wäre.

Nach der nun erfolgten Erläuterung aller einzelnen quantifizierten Wirkungen, kommen wir nun zum abschließenden Teil der Ergebnisdokumentation: Der übersichtlichen Darstellung der Wirkungen anhand einer Wirkungslandkarte.

1.4. Grafische Darstellung der Ergebnisse (DH&BW)

Wie bereits näher ausgeführt, konnten nicht alle qualitativ identifizierten Wirkungen quantitativ unterlegt werden. Abbildung 20 zeigt die qualitative Wirkungslandkarte, respektive alle identifizierten Wirkungen ohne die Berücksichtigung von Quantitäten. Die Abbildung ist im Anhang in einem größeren Format zu finden (Kapitel 3.1).

Abbildung 21: Quantitative Wirkungslandkarte



Quelle: Eigene Darstellung

Die größte Schwierigkeit in der zugrundeliegenden Vergleichbarkeit war die heterogene Beschaffenheit der Daten. Nahezu jede quantifizierte Wirkung wird in einer anderen Einheit gemessen und es wurde hier bewusst auf eine Monetarisierung verzichtet, da dies den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Allerdings hätte eine solche Monetarisierung dieses Problem der Vergleichbarkeit gelöst und so zu einer eindeutigeren Darstellung beigetragen (Schober/Then 2015: 126 ff.). Dieses Problem wurde mit dem bereits beschriebenen Index gelöst. Dieser bietet zwar immer noch keine eindeutige proportionale Unterscheidung, dient aber zur Einschätzung unterschiedlicher Größenordnungen bei den Wirkungen.

Die anfängliche Idee der Darstellung aller Wirkungen, auch der qualitativ bestätigten in einer Karte mit farblicher Unterscheidung, wurde aufgrund der Übersichtlichkeit und intuitiven Sinnerfassung verworfen. Eine derartige weitere Unterscheidung erschwert die einfache Unterscheidung der Quantitäten. Deshalb sind auf der zweiten Karte nur die empirisch quantitativ gemessenen Wirkungen und jene

Stakeholder, wo diese feststellbar waren, aufgeführt. Somit erhebt die hier gezeigte Grafik keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollte lediglich als weiterer Schritt im Versuch gesehen werden, ein Instrument zur übersichtlichen, quantitativen Wirkungsdarstellung zu entwickeln.

Auch die Entscheidung, das unterschiedliche Wirkungsausmaß durch Farbstärke bzw. Deckkraft darzustellen, wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit getroffen. Zudem wurde entschieden, die Unterscheidung des Ausmaßes zusätzlich zur Farbstärke auch durch die Strichstärke darzustellen. Anfänglich sollte zudem noch durch die Schriftgröße unterschieden werden. Allerdings erwies sich dies als sehr unübersichtlich, wenn intuitiv Unterschiede in der Wirkungsintensität erkennbar sein sollten. So würden manche Wirkungen große Teile der Fläche einnehmen, während andere kaum lesbar wären. Eine Entscheidung zur Farbstärke bzw. Transparenz erhält hier die Möglichkeit, alle Wirkungen auf einen Blick wahrzunehmen, während gleichzeitig die Möglichkeit zur proportionalen Unterscheidung gegeben ist.

Als Software zur Erstellung fiel die Wahl auf Adobe Illustrator anstatt des Netzwerkvisualisierungstools der zugrundeliegenden Wirkungslandkarte, da die Anzahl der darzustellenden Wirkungen ein übersichtlicheres Ausmaß annahm. Außerdem bot ein grafisches Darstellungsprogramm die nötige Flexibilität in der Darstellung um die Möglichkeiten zur Unterscheidung maximal auszureizen.

1.5. Exkurs: Zusätzlicher Bedarf (DH)

Leider deckt die untersuchte Einrichtung, wie im Laufe der Arbeit schon ausgeführt wurde, nicht den vollständigen Versorgungsbedarf der Nutzer:innen. Für eine nachhaltige Verbesserung bräuchte es noch diverse langfristige Nachsorgeangebote. Doch welche Art von Nachsorgeangeboten würden Nutzer:innen des Angebots benötigen? In der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Verlaufserhebung wurde den Sozialarbeiter:innen der Einrichtung diese Frage gestellt und dies sind die Ergebnisse:

38% der Klient:innen sind eigentlich nach ihrem Auszug auf eine mobile Pflegebetreuung angewiesen, 24% sogar auf eine Stationäre. Wiederum 24% würden für eine vollständige Genesung einen Reha-Platz benötigen. 35% der Stichprobe sind auf einen betreuten Alkoholentzug angewiesen, trotz der Bemühungen in der Einrichtung übersteigt dies die Kapazität der bestehenden diesbezüglichen Angebote. Letztlich würde für 6% der Klient:innen in der Stichprobe ein Hospizplatz im Anschluss an den Einrichtungsaufenthalt benötigt werden.

Es kann also schon hier festgehalten werden, dass die untersuchte Einrichtung aufgrund des Konzepts einen Übergang aus der akuten Gesundheitsversorgung darstellen soll und wiederum mit weiteren Nachsorgeangeboten ergänzt werden sollte. Dies wird im Conclusio noch näher ausgeführt werden.

1.6. Limitierungen (DH)

Im Folgenden wird auf die Schwierigkeiten eingegangen, auf die im Laufe der Forschungsarbeit gestoßen wurde und welche Limitationen sich dadurch, sowohl für die verwendete Methodik, als auch die vorliegenden Ergebnisse ergaben. Obwohl versucht wurde, diese Schwierigkeiten und Limitationen an den jeweiligen Passagen in der vorliegenden Arbeit schon anzumerken, soll hier noch einmal eine Übersicht erfolgen.

Die uneinheitliche Datenaufzeichnung stellte sich als herausfordernd dar, wobei hier schon sowohl von der Einrichtung, als auch der gesamten Caritas eine Verbesserung angestrebt wird. Doch trotz der bestmöglichen Bemühungen der Einrichtung, wurde sehr oft deutlich, dass eine wissenschaftliche Auswertung der aufgezeichneten Daten bis jetzt kein Hauptgesichtspunkt bei der Organisation der Datenaufzeichnung darstellt. Obwohl dies bei einer Organisation mit operativer Ausrichtung nur allzu verständlich ist, hat dieser Umstand den Forschungsprozess erschwert.

Grundidee der Masterarbeit war es, basierend auf dem bestehenden hypothetischen Wirkungsmodell aus der WWH-Studie, eine Quantifizierung rein anhand vorhandener Daten durchzuführen. Dieser Ansatz musste im Verlauf der Studie teilweise verworfen werden. Einerseits stellte sich das hypothetische Wirkungsmodell als zu wenig detailliert heraus, ande-

rerseits konnten viele Wirkungen auf Basis der vorhandenen Daten nicht quantifiziert werden, weshalb die Interviewanzahl erhöht wurde und eigene quantitative Erhebungen von Nöten waren. Außerdem stellte sich die in der Untersuchungseinrichtung verwendete Dokumentationssoftware HR360 für Analysezwecke als limitierend dar. Beispielsweise fehlte die Möglichkeit, unter gewissen Kriterien gefilterte Klient:innenaufstellungen zu erstellen. Um einen gesammelten Datensatz für die Wirkungen, die so erhebt wurden, zu generieren, mussten die einzelnen Klient:innenprofile geöffnet und die benötigten Daten anonymisiert herausgezogen werden.

Eine Limitierung der Aussagekraft der erhobenen Daten ergibt sich aus den teils sehr unterschiedlichen Erhebungszeiträumen. Obwohl versucht wurde, den Großteil der Daten auf den einheitlichen Zeitraum des Jahres 2020 zu berechnen, ergaben sich dadurch wieder eigene Probleme. Besonders die Vermischung der Zeiträume in Hinblick auf die Covid-19 Pandemie führen zu einer Begrenzung der Aussagekraft einiger Daten bzw. einer Begrenzung der Übertragbarkeit der hier gemessenen Effekte auf andere Zeiträume.

Die Pandemie sorgte zudem für eine Einschränkung der geplanten Einrichtungsbesuche und unkomplizierten Abwicklung der qualitativen Interviews. Obwohl der Einsatz von Videokonferenzsoftware eigene Vorteile mit sich bringt, begrenzte diese den Umfang der möglichen persönlichen Erhebungen, was gerade bei der Zielgruppe dieser Studie erhöhte Bedeutung einnimmt.

Einige Stakeholder wurden zwar anfangs berücksichtigt, aber im Laufe des Forschungsprozesses von der Analyse exkludiert. Behörden wie die MA35 (Einwanderung und Staatsbürgerschaft) und die MA40 (Soziales) profitieren gewiss auch von der Arbeit der Einrichtung in Form von vollständigeren Anträgen, Terminunterstützungen etc. Die Arbeit mit Behörden der Stadt Wien, abgesehen von der MA15 (Gesundheit), dürfte in der Untersuchungseinrichtung eine untergeordnete Rolle spielen, weshalb der Stakeholder in der Wirkungserfassung nicht berücksichtigt wurde. Versicherungen und Botschaften der Herkunftsländer und Behörden dieser hingegen sind ein wichtiger Stakeholder der Einrichtung.

Der Rahmen dieser Masterarbeit erlaubt nicht, diesen Stakeholder zu berücksichtigen.

Zuletzt ergaben sich auch bezüglich der Wirkungslandkarte einige Limitierungen. Durch die große Heterogenität der Einheiten, in welchen die Wirkungen quantifiziert wurden, ergibt sich keine Möglichkeit einer direkten Vergleichbarkeit in der optischen Darstellung der Wirkungen. In der vorliegenden Arbeit wurden hauptsächlich mögliche Wege dargestellt, unterschiedliche Quantitäten darzustellen. Eine exakte Vergleichbarkeit wäre jedoch nur mit einer Größeneinheit gegeben wie jener in Geldeinheiten, wie es eine Monetarisierung der Wirkungen vorsehen würde. Zudem konnte bisher noch keine geeignete Software ausfindig gemacht werden, die den Ansprüchen in der Erstellung einer Wirkungslandkarte gänzlich gerecht wird. Gebraucht werden würde eine Software, die eine automatisierte Darstellung der Daten vornimmt und dennoch Flexibilität in der Gestaltung der Wirkungen zulässt. In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirkungslandkarte manuell gestaltet. Angesichts der überschaubaren Menge an Wirkungen gestaltete sich dieser Prozess als machbar. Eine Wirkungslandkarte eines ganzen Sektors könnte auf diese Weise nicht mit angemessenem Aufwand angefertigt werden.

2. Zusammenfassung und Conclusio (DH&BW)

Umfangreiche Wirkungen der untersuchten Einrichtung. Ein Plädoyer für ein ‚Mehr‘ als Notquartiere.

2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es herauszuarbeiten, wie, inwiefern und in welchem Ausmaß Einrichtungen für notversorgte, obdachlose EU-Bürger:innen – jener Gruppe, die in der Wohnungslosenhilfe als ‚Nicht-Anspruchsberechtigte‘ bezeichnet werden – wirken. Die Antwort auf diese Forschungsfrage kann in einem Wort zusammengefasst werden: Umfangreich.

Die untersuchte Einrichtung stellt gesundheitlich stark gefährdeten Personen ein temporäres, ganztägiges Versorgungsangebot zur Verfügung und bietet den Bewohner:innen die Möglichkeit, Grundbedürfnisse zu befriedigen sowie medizinische und sozialarbeiterische Betreuung. Wird ganzjährig ein ganztägiges Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt, profitieren die versorgten obdachlosen Personen davon, dass sie, zumindest für die Zeit der Befristung, einen Wohnplatz nutzen können. Viele der in der Forschungsarbeit dargestellten Wirkungen entstehen durch dieses gewisse ‚Mehr‘ im Vergleich zu Notquartieren bzw. dem Leben auf der Straße: Das Wissen, für eine gewisse Zeit einen gesicherten Wohnplatz zu haben, untertags die Einrichtung nicht verlassen zu müssen, erhöhte Privatsphäre, erhöhte Sicherheit, weniger Versorgungsdruck. All diese Faktoren führen gemeinsam mit der medizinischen Versorgung zu einer rascheren und nachhaltigeren Genesung sowie dazu, dass sich die Menschen durch Stressreduktion stabilisieren. Eine Verringerung von Stress bedeutet, dass sich die Perspektiven von kurzfristigen, überlebenssichernden Parametern auf längerfristige Ziele erweitern und sozialarbeiterische Interventionen ebenso eine längerfristige Ebene annehmen können. Die versorgten EU-Bürger:innen gewinnen enorm an Lebensqualität. So sieht beispielsweise Interviewpartner

7 in der Unterbringung in der Untersuchungseinrichtung die Chance, noch einmal auf die Beine zu kommen:

„Ich bin froh, dass es so etwas gibt und das es für mich Platz gab. Und jetzt bin ich da und ich will nie wieder anfangen mit dem Trinken und ich möchte wie gesagt noch einmal auf die Beine kommen. Neue Dokumente und vielleicht eine SV-Nummer.“ (I7: 11:05)

Obdachlose EU-Bürger:innen mit medizinischem Betreuungsbedarf profitieren davon, dass das Angebot überhaupt existiert und es für einen medizinischen Notfall die Möglichkeit einer Unterbringung gibt, auch für Personen ohne Versicherungsschutz oder sozialrechtliche Ansprüche. Die Rahmenbedingungen führen allerdings dazu, dass nicht alle, die Unterstützung bräuchten, diese auch bekommen. Ungefähr 12-20 Personen im Jahr können durch diese Bedingungen das Angebot nicht annehmen.

Bei Mitarbeiter:innen und Freiwilligen ließen sich sowohl qualitativ als auch quantitativ Effekte durch die Betätigung in der Einrichtung nachweisen. Mit Zustimmungsraten über 70% waren bei Hauptamtlichen eine Sensibilisierung für die verwandten Problemstellungen und gesellschaftlichen Themen sowie eine Wissens- und Fähigkeitserweiterung feststellbar. Und obwohl diese Raten bei den Freiwilligen niedriger waren, stimmten doch noch knapp die Hälfte der Befragten zu. Während die Hälfte der befragten Hauptamtlichen eine Form der Belastung durch ihre Arbeit wahrnahmen, ließ sich diese Wirkung bei den Freiwilligen gar nicht nachweisen. Das Gefühl der Erfüllung durch eine sinnstiftende Tätigkeit scheint ohnehin zu überwiegen, welches in beiden Befragungen mit über 70% wahrgenommen wurde.

Beim Gesundheitssystem sind besonders in Form einer Entlastung signifikante, durch die Einrichtung hervorgerufene Wirkungen feststellbar. Doch auch im Punkt Sensibilisierung und Informationsteilung lassen sich Effekte zumindest qualitativ feststellen. Allein die vermiedenen Krankenhausaufenthalte dürften das Gesundheitssystem in Wien pro Klient:in um ungefähr 20.000 Euro im Jahr entlasten.

Doch nicht nur auf Einrichtungen des Gesundheitssystems, sondern auch auf andere Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe ließen sich Wirkungen nachweisen und quantifizieren. Besonders Gesundheits-

einrichtungen und niederschwellige Angebote, sprich die Ergänzungseinrichtungen zur untersuchten Einrichtung, profitieren von deren Existenz. Mit knapp 60% der ermittelten Zuweisungen zeigt sich besonders die Möglichkeit zur Weitervermittlung der gesundheitlich stark gefährdeten Fälle als prominente Wirkung bei diesen Stakeholdern. Aber auch hier sind vor allem die signifikanten physischen und psychischen Gesundheitsverbesserungen von 2,6 (physische Verbesserung) bzw. 1,7 (psychische Verbesserung) auf einer Skala von 1-10 in Form einer Entlastung und Erhöhung der Wirksamkeit spürbar. Klient:innen in einem besseren Gesundheitszustand erleichtern bei diesen Einrichtungen den Arbeitsablauf. Besonders die emotionale Entlastung wurde hier auch qualitativ hervorgehoben und lässt sich auf alle 58 durchschnittlich ausgelasteten Plätze anwenden, da diese nicht anderweitig versorgt werden müssen.

Durch das besondere Interesse an der Tuberkuloseausheilung profitiert die MA15 und durch sie die Stadt Wien also von einer bedarfsgerechten Unterbringung mit ständigem Zugang zum Verlauf und somit einer besonderen Entlastung in diesem Bereich. Im Jahr 2020 betraf dies sechs Fälle, die sowohl nachhaltiger ausheilen als auch von der Behörde einfacher im Blick behalten werden konnten. Die Stadt Wien wird hier zwar nur implizit genannt, profitiert aber indirekt durch jeden anderen Stakeholder mit. Besonders ökonomische Effekte kommen der Stadt als Hauptfinancier vieler Einrichtungen zugute.

Zudem ließ sich empirisch nachweisen, dass die Polizei und dadurch die Justiz durch Einrichtungen wie die untersuchte aus multiplen Gründen in ihrer Arbeit entlastet wird. Qualitative Effekte wie die erhöhte Wirksamkeit durch Übersetzung und Vermittlung ließen sich in diesem Rahmen zwar nur als Teil der täglichen Übersetzungsarbeit von 45 Minuten erheben, wurden aber in Gesprächen sowohl seitens der Polizei als auch seitens der Einrichtung als signifikante Erleichterung betont. Die vermiedenen Einsätze hingegen ließen sich mit einer geringeren Anzahl von 13 Einsätzen im Jahr, verglichen zu niederschwelligen Einrichtungen, quantifizieren.

Bei der Allgemeinbevölkerung ist die zusammengefasste Wirkung etwas schwieriger zu beschreiben, da die Einrichtung auf unterschiedliche Teile

der Gesellschaft anders wirkt. Besonders die 5000 Freiwilligenstunden zeigen, dass die Bedeutung der Einrichtung wahrgenommen und ziviles Engagement geleitet wird. Und obwohl es mit zehn Beschwerden auch zu einer Störung des unmittelbaren Umfelds der Einrichtung kam, erzeugen die 58 durchschnittlichen Bewohner:innen durch die Unterbringung einen geringeren Wahrnehmungseffekt als in akuter Obdachlosigkeit. Somit lässt sich auch hier letztlich eine Nettoentlastung in der Problemstellung Obdachlosigkeit festhalten.

2.2. Conclusio

Die untersuchte Einrichtung bietet ihren Nutzer:innen mehr als nur einen Schlafplatz, der untertags verlassen werden muss, wie es in den Notquartieren des Winterpakets, zu denen obdachlose, notversorgte EU-Bürger:innen Zugang haben, sonst üblich ist. Die Forschungsarbeit leistete den Beitrag, aufzuzeigen, welche Wirkungen erreicht werden, wenn obdachlosen Personen mehr Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Besonders die Wirkung von Wohnversorgung wurde in der Forschung im Rahmen des ‚Housing First‘-Ansatzes herausgearbeitet. Wie eingangs schon am Beispiel von Baxter et al. (2019) beschrieben, führt eine Wohnversorgung obdach- und wohnungsloser Personen zu einer gesundheitlichen Verbesserung und daraus folgend zur Entlastung von Notaufnahmen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern. Zwar basiert die Versorgung im Rahmen von ‚Housing First‘ auf einer langfristigeren Perspektive, allerdings kann die vorliegende Arbeit diese Wirkung einer zumindest vorübergehenden Wohnversorgung bestätigen. So kam es bei Klient:innen sowohl zu einer signifikanten psychischen, als auch physischen Gesundheitsverbesserung, welche auch quantitativ festgestellt wurde, als auch zu daraus resultierenden Effekten auf andere Stakeholder. Wenn für das Gesundheitssystem nur die eingesparten Krankenhaustage angesetzt werden, wären dies 19.836 Euro durchschnittliche Einsparung pro im Haus untergebrachte Person. Bei 161 Klient:innen im Jahr 2020 führt das zu einem Einsparungspotenzial von knapp 3,2 Millionen Euro allein bei Krankenhäusern. Bezieht man die Verringerung der Rettungseinsätze mit ein, erhöht sich diese Zahl um weitere 63.200 Euro. Hinzu kommt, dass bei der obigen Analyse lediglich die direkten Notfälle und deren nachhaltigere Ausheilung berück-

sichtigt wurden. Des Weiteren kommt auch noch erhebliches Potenzial durch eine verringerte Inzidenz und Intensität von chronischen Erkrankungen bei bedarfsgerechter Unterbringung zu tragen. Wie in den Kapiteln 1.1.3 und 1.3.2 ausgeführt, hat Obdachlosigkeit eine starke Wirkung auf die Gesundheit Betroffener. Unter anderem dadurch, dass sich der Stress, der durch akute Obdachlosigkeit verursacht wird, im Rahmen einer Unterbringung verringert, verbessert sich der Gesundheitszustand der Personen. Es zeigen sich also schon durch eine kurzzeitige Unterbringung mit begrenzter Platzzahl erhebliche Effekte, was auf enormes Potenzial in einer ähnlichen Unterbringungsform mit langfristiger Ausrichtung und bedarfsdeckender Kapazität schließen lässt.

Wenn mit diesen Ergebnissen im Blick also noch einmal die Forschungsfrage *„In welchem Umfang und in welcher Intensität wirkt eine ganzjährige Versorgung von notversorgten, obdachlosen EU-Bürger:innen auf relevante Stakeholder?“* reflektiert wird, lässt sich diese nach der oben erfolgten Beschreibung der ermittelten Ausmaße besonders als eine Entlastung beantworten. Eine Entlastung der prekären Situation der durchschnittlich 58 Bewohner:innen selbst, aber auch eine Entlastung bei allen anderen Stakeholdern. Eine Entlastung des Gesundheitssystems im ökonomischen Sinne sowie kapazitiv. Eine Entlastung aber auch emotional und oder im (Arbeits-)Alltag für alle Personen die Berührungspunkte mit der Zielgruppe haben.

Die untersuchte Einrichtung bietet eine temporäre Unterbringung – im Regelfall befristet auf 3 Monate. Inwiefern die Stabilisierung, die durch die Einrichtung erwirkt wurde, auch anhaltend ist, wurde allerdings nicht umfassend empirisch untersucht. Wird die Person von der Untersuchungseinrichtung aufgrund mangelnder Nachsorgeeinrichtungen auf die Straße entlassen, so kann dennoch von einer fehlenden Nachhaltigkeit der Stabilisierung ausgegangen werden. Um diese Wirkung umfassend zu untersuchen, müsste nachgehend erhoben werden, wie sich die Situation der Bewohner:innen nach ihrem Auszug gestaltet. Die Mehrheit der Nutzer:innen des untersuchten Angebots wies jedoch auch zum Zeitpunkt des Auszugs bzw. zum Ende des Untersuchungszeitraums einen bestehenden Versorgungsbedarf auf. Diese wären Hospizplätze, stationäre Pflegeplätze und eine weitere Wohnversorgung mit mobiler Hauskrankenpflege. Auch die Grundlagenerhebung unter den Nut-

zer:innen der Winternothilfe kam zum Ergebnis, dass es für die Gruppe ‚verfestigt obdachloser Personen‘ (Kapitel 1.2.1), also Personen, die gemäß der Definition von Riesenfelder und Danzer (2016) länger als drei Jahre in Wien leben und die Voraussetzungen einer FSW-Förderung nicht erfüllen, an einem Unterstützungsangebot mangle, welches einen Ausweg aus der prekären Lage ermögliche. Die Autor:innen ließen eine mögliche Ausgestaltung offen, konstatierten aber einen medizinischen bzw. erwerbsbezogenen Unterstützungsbedarf. Auch in der Wirkungsanalyse der Wohnungslosenhilfe (Beeck et al. 2020) wurde der Bedarf in der Versorgung obdachloser Personen identifiziert. Es fehle an einer ganzjährigen Verfügbarkeit von Schlafplätzen zur psychischen und physischen Stabilisierung. So könnte weitergehend in manchen Fällen an einer Arbeitsmarktintegration gearbeitet, und der Kreislauf von Obdachlosigkeit unterbrochen werden. Wie die vorliegende Forschung bestätigt, würde diese Wirkung durch eine ganztägige Versorgung signifikant erhöht werden.

EU-Bürger:innen, die in einer Großstadt Zuflucht suchen und eigentlich keine Ansprüche an Versorgungsleistungen haben, sind kein Wiener Einzelphänomen. Um eine wirklich nachhaltige Problemlösung zu erwirken, braucht es eine EU-weite Regelung über den Umgang mit Armutsmigration, die Versorgung pflegebedürftiger EU-Bürger:innen sowie ein adäquates Versorgungsangebot in den Herkunftsländern (Beeck et al. 2020). Letztendlich ist und bleibt das Phänomen eine Auswirkung der ungleichen Reichumsverteilung innerhalb der EU. Steigende Lebenshaltungskosten und unzureichende Sozialleistungen in den Herkunftsländern führen zwangsweise dazu, dass es Anreize gibt, in reicheren Ländern mit einem adäquateren Versorgungssystem den Versuch zu unternehmen, die eigene Existenz zu sichern. Diese Armutsmigration lässt sich nur auf gesamteuropäischer Ebene regeln (Riesenfelder/Danzer 2016). Bis das der Fall ist, sind die reicheren EU-Länder gefordert, für eine adäquate Versorgung zu sorgen. Unabhängig davon legt der Staat Österreich in seiner Sozialgesetzgebung auch das Thema Armutsbekämpfung fest (BMSGPK 2021). Mit einer Versorgung obdachloser EU-Bürger:innen kommt der Staat Österreich und besonders auch die Stadt Wien als Menschenrechtsstadt ihrem Versorgungsauftrag nach.

2.3. Empfehlungen

Die Versorgung obdachloser EU-Bürger:innen führt nicht nur bei den betroffenen Personen selbst, sondern auch bei weiteren Stakeholdern zu einer enormen Entlastung. Es ist zu empfehlen, das bestehende Angebot für obdachlose EU-Bürger:innen um folgende Angebote zu erweitern:

- Ein dauerhaftes Wohnangebot für obdachlose EU-Bürger:innen, um eine bevorstehende Prekarisierung präventiv abzufedern
- Ein Kontingent stationärer Pflegeplätze für pflegebedürftige obdachlose EU-Bürger:innen, die in Wien verfestigt obdachlos sind
- Ein Kontingent von Hospizplätzen für einen würdevollen Lebensabend

Der Ausbau von Ressourcen in der untersuchten Einrichtung würde zu einer Erweiterung der Wirkungen führen. Fehlende Sozialarbeitskapazitäten führen dazu, dass nicht das gesamte sozialarbeiterische Potenzial in dem Umfang ausgeschöpft werden kann, das sich durch die Stabilisierung der Personen im Haus ergeben würde (I2). Interviewpartnerin 1 stellte fest, dass die Versorgung in der Untersuchungseinrichtung eigentlich nur den halben Weg darstellt. Nach der Deckung von Grundbedürfnissen werden Bedürfnisse wie das Nachgehen einer Beschäftigung bzw. das Bedürfnis, gebraucht zu werden, relevant. Diese Bedürfnisdeckung kann in der Einrichtung nicht geboten werden (I1). Zudem hält ein Mangel an diplomierten Pflegefachkräften die Einrichtung von einer vollen Entfaltung des diesbezüglichen Potenzials ab (I18).

Eine Erweiterung dieser Forschungsarbeit würde eine Prozesskostenrechnung darstellen. Durch eine begleitende Beobachtung von Einzelfällen könnte errechnet werden, wie viele Kosten bei den verschiedenen Versorgungssystemen anfallen, wenn eine Person keine adäquate (Wohn-)Versorgung erfährt. Diese Kosten könnten den Kosten einer Wohnversorgung, welche eine enorme präventive Wirkung entfalten würde, gegenübergestellt werden. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass eine Investition in eine Pflegeeinrichtung bedeutend kostensparender wäre als unversicherte Einzelfälle über Monate im Spital versorgen zu müssen (z.B. I9). Es darf die Tatsache nicht vergessen

werden, dass Wohnen auch Teil einer Gesundheitsintervention darstellt und sich entlastend auf den Gesundheitssektor auswirkt. Obdachlosigkeit hat einen erheblichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit Betroffener. Solange Menschen auf der Straße leben, ist medizinische Versorgung nur beschränkt nachhaltig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein Versorgungsangebot für obdachlose EU-Bürger:innen, wie die untersuchte Einrichtung eine ist, zu einer Entlastung aller involvierten Personen und Versorgungssysteme führt. Die untersuchte Einrichtung soll und kann aber nicht als alleinstehende Lösung fungieren. Wie bereits ausgeführt, sollen ein Wohnversorgungsangebot ohne speziellen medizinischen Fokus, Pflegeplätze und Plätze in anderen Nachversorgungsangeboten wie Hospize geschaffen werden, um eine adäquate, zielführende und würdige Versorgung der höchst vulnerablen Gruppe obdachloser EU-Bürger:innen zu schaffen. An dieser Stelle soll noch einmal auf den signifikanten, vorhandenen Bedarf an Weiterversorgungsangeboten verwiesen werden. Es zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Klient:innen von einem Nachsorgeangebot profitieren würden, zu dem sie nach momentanem Stand keinen Zugang erhalten. Dies zeugt von deutlichem, bisher unausgeschöpftem Verbesserungspotenzial in der Gesundheitsversorgung der Zielgruppe und führt letztendlich zu einer Entlastung aller Beteiligten.

Literaturverzeichnis

Astleithner, Florentina (2012): Diskussion des Nutzens der Herausforderungen von Wirkungsorientierung am Beispiel der Wiener Wohnungslosenhilfe. In: soziales_kapital. Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Nr. 8. Wien.

Austria Presse Agentur (APA) (2021): Corona: Stadt Wien verlängert Plätze in der Wohnungslosenhilfe. Verfügbar unter: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20210316_OTS0126/corona-stadt-wien-verlaengert-plaetze-in-der-wohnungslosenhilfe [Zugriff am 21.03.2021]

Baxter, Andrew; Tweed, Emily; Katikireddi, Srinivasa; Thomson, Hillary (2019): Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*, 73(5), 379-387.

Beeck, Constanze; Grünhaus, Christian; Weitzhofer, Bettina (2020): Die Wirkungen und Bedarfe der Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien: NPO & SE Kompetenzzentrum.

Benjaminsen, Lars; Bastholm Andrade, Stefan (2015): Testing a typology of homelessness across welfare regimes: Shelter use in Denmark and the USA, *Housing Studies*, 30(6), 858–876.

Bramley, Glen; Fitzpatrick, Suzanne (2018): Homelessness in the UK: Who is most at risk?, *Housing Studies*, 33:1, 96-116.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMAŠK) (2018): Sozialstaat Österreich. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=662> [Zugriff am 26.03.2021]

Bundesministerium für Inneres (BMI) (2021): EU-Bürger* und Schweizer. Antrag auf Anmeldebescheinigung und Bescheinigung des Daueraufenthalts. Verfügbar unter: https://www.oesterreich.gv.at/themen/leben_in_oesterreich/aufenthalt/4/2/Seite.120810.html [Zugriff am 02.03.2021]

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2020): Kennzahlen zu Lebensbedingungen 2019. Indikatoren für soziale Inklusion in Österreich.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2021): Soziale Themen. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Soziale-Themen.html> [Zugriff am 12.05.2021]

Caritas Wien (2021): Haus Jaro. Verfügbar unter: <https://www.caritas-wien.at/haus-jaro/> [Zugriff am 25.03.2021]

Caspari, Alexandra; Barbu, Ragnhild (2008): Wirkungsevaluierungen. Zum Stand der internationalen Diskussion und dessen Relevanz für die Evaluierung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Choi, Bernard; Pak, Anita (2005): Peer reviewed: a catalog of biases in questionnaires. Preventing chronic disease, 2(1).

Christanell, Anja; Gremmel, Stephan; Hammer, Elisabeth (2019): For an Inclusive Healthcare System: the Neunerhaus Health Centre, Vienna. In: Homeless in Europe. Winter 2019. Verfügbar unter: https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user_upload/Fachpublikationen/2020/Homeless_in_Europe_Winter_2019_-_full.pdf [Zugriff am 08.04.2021]

Chwistek, Peter (2013): Obdachlose EU-Bürger_innen und die Wiener Wohnungslosenhilfe. Eine Bestandsaufnahme. In: soziales_kapital. Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Nr. 10. Wien.

Craig, Neil; Robinson, Mark (2019): Towards a preventative approach to improving health and reducing health inequalities: a view from Scotland. Public health, 169, 195-200.

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (DWS) (2015): Rahmenrichtlinie zur Qualitätssicherung für die vom Fonds Soziales Wien anerkannten und geförderten Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Verfügbar unter: https://www.fsw.at/downloads/informationen-fuer-organisationen/2015_06_-RL-WWH_Vers.-3.0_End.pdf [Zugriff am: 07.05.2021]

Dauderstädt, Michael; Keltek, Cem (2018): Poverty and Inequality in Europe. Underestimated in Official Figures, but Showing Slight Improvement in Recent Years. Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/14944.pdf> [Zugriff am 08.04.2021]

Deutscher Städtetag (DST) (1987): Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten–Empfehlungen und Hinweise. DST Beiträge zur Sozialpolitik, (21).

Europäische Europäischen Stelle zur Beobachtung von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit (EUMC) (2005): Migrants, Minorities and Housing: Exclusion, Discrimination and Anti-Discrimination in 15 Member States Of The European Union. Verfügbar unter: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/188-CS-Housing-en.pdf [Zugriff am 30.04.2021]

Europäische Kommission (EK) (2021): Obdachlosigkeit. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=de> [Zugriff am 09.04.2021]

Eurostat (2020): EU citizens living in another Member State - statistical overview. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU_citizens_living_in_another_Member_State_-_statistical_overview#Key_messages [Zugriff am 15.05.2021]

Fazel, Seena; Geddes John R., Kushel Margot (2014): The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet.

FEANTSA (2005): Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Verfügbar unter: https://bawo.at/101/wp-content/uploads/2019/11/Ethos_NEU_d.pdf, Zugriff: 03.03.2020

FEANTSA (2018): Third Overview of Housing Exclusion in Europe.

Fitzpatrick, Suzanne, Johnsen, Sarah and Bramley, Glen (2012): Multiple exclusion homelessness amongst migrants in the UK, European Journal of Homelessness. Verfügbar unter: <https://www.feantsaresearch.org/download/article-2-4595557534511900025.pdf> [Zugriff 15.05.2021]

Fonds Soziales Wien (FSW) (2018a): Leistungsbericht 2018. Zweiter Band. Details zu den geförderten sozialen Dienstleistungen in Wien. Verfügbar unter: <https://www.fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/zahlen-daten-fakten/unternehmensberichte/Leistungsbericht-2018-Band-2-Tabellen.pdf> [Zugriff am 10.03.2021]

Fonds Soziales Wien (FSW) (2018b): Spezifische Förderrichtlinien. Unterstützung obdach- und wohnungsloser Menschen. Verfügbar unter: https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/spezifische/Specz_FRL_Unterst_obdach_wohnungsloser_Menschen.pdf [Zugriff am 21.03.2021]

Fonds Soziales Wien (FSW) (2019a): Wiener Wohnungslosenhilfe. 2022. Strategie. Ziele. Maßnahmen. Unveröffentlichte Entwurfsversion.

Fonds Soziales Wien (FSW) (2019b): Wiener Wohnungslosenhilfe. Angebotsstruktur. Internes Dokument.

Fonds Soziales Wien (FSW) (2020): Unsere Mission. Verfügbar unter: <https://www.fsw.at/p/unsere-mission> [Zugriff am 03.03.2021]

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2020): Das qualitative Interview. 2. erweiterte Aufl. Wien: facultas.

Füchslbauer, Tina (2017): „Über die Schwierigkeit, nicht rassistisch zu sein“. Zur Intersektion von Rassismen und Sexismen in der Migrantinnen*beratung. In: soziales_kapital. Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Nr. 18. Wien.

Gesundheitskasse (2021): Sozialversicherung. Österreich. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.821215&portal=oegkdportal> [Zugriff am 03.04.2021]

Gothe, Holger; Höer, Ariane; Glaeske, Gerd; Häussler, Bertram (2008): Rezidivprophylaktische Behandlung der Schizophrenie–Neue Belege für den „Drehtür-Effekt“. Das Gesundheitswesen, 70(07).

Grünhaus, Christian; Rauscher, Olivia (2021): Impact und Wirkungsanalyse in Nonprofit Organisationen, Unternehmen und Organisationen mit gesellschaftlichem Mehrwert. Vom Wirkungsmodell über die Messung, Bewertung bis zur

Steuerung, Darstellung und Kommunikation. Wien: NPO & SE Kompetenzzentrum.

Habánik, Tomáš (2018): Mental health problems as one of the factors in the development and persistence of homelessness. *Kontakt*, Volume 20, Issue 2, 2018. 171-176.

Jahn, Thomas; Bäuml, Josef; Brönnner, Monika; Baur, Barbara; Pitschel-Walz, Gabriele (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Lambertus Verlag, Freiburg.

Johnson, Guy; Scutella, Rosanna; Tseng, Yi-Ping; Wood, Gavin (2015): Entries and Exits from Homelessness: A Dynamic Analysis of the Relationship Between Structural Conditions and Individual Characteristics. AHURI Final Report No 248, Melbourne, AHURI.

Johnson, Guy; Scutella, Rosanna; Tseng, Yi-Ping; Wood, Gavin (2019): How do housing and labour markets affect individual homelessness?, *Housing Studies*, 34:7, 1089-1116.

Klotz, Johannes; Till Matthias; Wisbauer, Alexander (2018): Sterberisiko und Wohnungslosigkeit. Ein Vergleich der Sterblichkeit wohnungsloser Männer und der Allgemeinbevölkerung. *Statistische Nachrichten* 2/2019, S 131-137.

Kröll, Alexandra; Farhauer, Oliver (2012): Examining the roots of homelessness: The impact of regional housing market conditions and the social environment on homelessness in North-Rhine-Westphalia, Germany. Verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/10419/84927> [Zugriff am 15.05.2021]

Kuckartz, Uwe (2014): *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer VS. Wiesbaden.

Likert, Rensis (1932): A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*.

Mansel, Jürgen; Endrikat, Kirsten (2007): Die Abwertung von "Überflüssigen" und "Nutzlosen" als Folge der Ökonomisierung der Lebenswelt: Langzeitarbeitslose, Behinderte und Obdachlose als Störfaktor. *Soziale Probleme*, 18(2), 163-185.

Maycock, Paula; Sheridan, Sarah; Parker, Sarah (2012): Migrant Women and Homelessness: The Role of Gender-based Violence. *European Journal of Homelessness*, Vol. 6, No. 1, 59-82.

Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Neunerhaus (2019a): Jahresbericht 2018. Verfügbar unter: https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user_upload/Jahresberichte/neunerhaus_Jahresbericht2018_download.pdf [Zugriff am 27.03.2021]

Neunerhaus (2019b): Wie wird man eigentlich wohnungslos? Blog. Verfügbar unter: <https://www.neunerhaus.at/nc/neuner-blog/aktuelles/detail/wie-wird-man-eigentlich-wohnungslos/> [Zugriff am 13.04.2021]

Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (2021): §51, Abs.2. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004242> [Zugriff am 26.03.2021]

Niens, Christine; Marggraf, Rainer (2015): Ambulante Pflege im ländlichen Raum – Überlegungen zur effizienten Sicherstellung von Bedarfsgerechtigkeit.

Obdach Wien (2021): Chancenhaus Obdach Wurlitzergasse. Verfügbar unter: <https://www.obdach.wien/p/wohnen-wohnaeuser-wurlitzergasse> [Zugriff am 18.03.2021]

OECD (2020): International Migration Outlook 2020, OECD Publishing, Paris. Verfügbar unter: <https://www.oecd.org/migration/international-migration-outlook-1999124x.htm> [Zugriff am 15.05.2021]

Paier, Dietmar (2010): Quantitative Sozialforschung: eine Einführung (1. Aufl.). Wien: Facultas.WUV. <https://permalink.obvsg.at/wuw/AC08073700>

Plé, Bernhard (2015): Wirkungsanalysen und ihre Forschungsdesigns: Kritische Gegenüberstellung ihrer konzeptionellen und methodologischen Herangehensweise im Hinblick auf mögliche Komplementaritäten und Anwendungen für die Beratungswissenschaften. Managementwissenschaften: 25.

Regioplan Policy Research (2014). Study on Mobility, Migration and Destitution in the European Union. European Commission. Verfügbar unter: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12884&langId=en> [Zugriff am 09.04.2021]

Riesenfelder, Andreas; Danzer, Lisa (2016): Grundlagenerhebung „NutzerInnen Winternothilfe“. Endbericht. L&R Sozialforschung. Verfügbar unter: http://www.irsocialresearch.at/files/EB_L&R_Sozialforschung_-_Grundlagenerhebung_NutzerInnen_Winternothilfe_16.pdf [Zugriff am 27.04.2021]

Riesenfelder, Andreas; Schmatz, Susanne; Wetzel, Petra (2012): Evaluierung Wiener Wohnungslosenhilfe, Wien

Schober, Christian; Volker, Then (2015): Praxishandbuch Social Return on Investment: Wirkung sozialer Investitionen messen. Schäffer-Poeschel.

Seithe, Mechthild (2015): Problematische Entwicklungen in der Sozialen Arbeit in Zeiten des Neoliberalismus. Verfügbar unter: <http://zukunftsworkstatt-soziale-arbeit.de/2015/11/22/907/> [Zugriff am 13.04.2021]

Spetsmann-Kunkel, Martin (2016): Was ist Neoliberalismus? – Konturen und Effekte einer Wirtschaftsordnung. Einleitende Bemerkungen. In: Soziale Arbeit und Neoliberalismus. Nomos Verlag. 6-11.

Stadt Wien (2021): Deklaration „Wien – Stadt der Menschenrechte“. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/menschen/integration/menschenrechtsstadt/pdf/deklaration-menschenrechte.pdf> [Zugriff am 15.05.2021]

Statistik Austria (2020a): Kennzahlen zu Lebensbedingungen 2019. Indikatoren für soziale Inklusion.

Statistik Austria (2020b): Bevölkerung am 1.1.2020 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Geschlecht bzw. Altersgruppen. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html [Zugriff am 15.05.2021]

Stockmann, Reinhard (Ed.). (2006). Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. Waxmann Verlag.

Striano, Mauro (2018): Homelessness among Mobile EU Citizens. How to better understand the problem and find solutions. European Homeless Mobile Citizens Network. Verfügbar unter: https://www.feantsa.org/download/homelessness_among_mobile_eu_citizens_toolkit_final-27961571444008302237.pdf [Zugriff am 03.04.2021]

Uwe Flick (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Reinbek.

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2013): Jahresbericht 2012. Verfügbar unter: http://www.verband-wwh.at/WWH_Jahresbericht_2012.pdf [Zugriff am 25.03.2021]

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2018): Psychisch krank und wohnungslos. Situationsbericht 2018. Verfügbar unter: <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/ueber-uns/publikationen/verband-wiener-wohnungslosenhilfe-situationsbericht.pdf> [Zugriff am 31.03.2021]

Vinzi (2021): Einrichtungen: VinziWerke Wien. Verfügbar unter: <http://www.vinzi.at/einrichtungen/> [Zugriff am 25.03.2021]

VinziRast (2021): VinziRast-Notschlafstelle. Ein Zuhause für die Nacht. Verfügbar unter: <https://www.vinzirast.at/projekte/vinzirast-notschlafstelle/> [Zugriff am 25.03.2021]

Wacquant, Loic (2009): Bestrafen der Armen. Zur neoliberalen Regierung der sozialen Unsicherheit, Leverkusen.

Wiener Mindestsicherungsgesetz (2021): §5, Abs.2/2. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000246> [Zugriff am 26.03.2021]

Wollmann, Hellmut (2000): Evaluierung und Evaluationsforschung von Verwaltungspolitik und-modernisierung 1—zwischen Analysepotential und-defizit. In Evaluationsforschung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 195-231.

C. Anhang

1. Hypothetisches Wirkungsmodell nach Beeck, Grünhaus und Weitzhofer (2020)

Hypothetisches Wirkungsmodell nach Beeck, Grünhaus und Weitzhofer (2020) – bereits auf Einrichtung überprüfte Version	
Stakeholder	Wirkung
obdachlose Personen	vorübergehende Wohnmöglichkeit
	Aufenthaltsmöglichkeit ohne Verdrängung oder Konsumzwang
	soziale Interaktion und Beziehungsaufbau
	soziale Konflikte
	Vermeidung von Tod auf Straße
	(vorübergehende) psychische und physische Stabilisierung
	nahezu unentgeltlicher Zugang zu Nahrung
	bessere Hygiene/Wundversorgung
	psychische Belastung durch Rahmenbedingungen des Angebots
	Entlastung durch Lagerung von Dokumenten und Wertgegenständen
	höhere Sicherheit (Frauen)
	sich angenommen fühlen
	Sicherheitsgefühl (Auffangnetz)
	erhöhte Chance eine Arbeit zu finden
	Stabilität durch strukturierten Alltag
	Wissen und Klarheit über nötige und (nicht) mögliche nächste Schritte
	Erhalt von offiziellen Dokumenten
	Geltendmachung von Ansprüchen
	Mitarbeiter:innen
Erhalt eines Erwerbseinkommens	
Sensibilisierung für benachteiligte Gruppen	
Sensibilisierung für aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen	
physische gesundheitliche Belastung	
psychische gesundheitliche Belastung	
Verbesserung der Sozialkompetenz	
Aufbau von zielgruppenspezifischen Wissen	

Angehörige	Wissen, dass Angehörige versorgt werden
	Möglichkeit Nachrichten für Angehörige zu hinterlassen
Erwachsenenvertreter:innen	Möglichkeit, einen Schlafplatz zu organisieren
	Austausch und Informationen zu Klient:innen
	Arbeitsentlastung durch Betreuung in der WWH
	Arbeitsbelastung durch nicht bedarfsgerechte Prozesse und Wohnplätze für psychisch Erkrankte
Justiz & Polizei	Zugang zu Personen
	Möglichkeit der Weitervermittlung
	Kostenersparnis
Rettung	Zugang zu Klient:innen-Daten
	höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit
	Möglichkeit, Kosten verrechnen zu können
	Möglichkeit der Weitervermittlung
	weniger Einsätze im öffentlichen Raum und mehr in Einrichtungen
Spitäler & Ärzt:innen	Möglichkeit der Entlassung von obdachlosen Personen
	Zugang zu Informationen über Patient:innen
	weniger obdachlose Menschen in Spitälern
	höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit
MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht	Zugang zu Personen
	höherer Bekanntheitsgrad der eigenen Leistungen
	Erhalt von vollständigeren Anträgen auf Sozialleistungen
	Möglichkeit der Weitervermittlung
AMS	zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
	Zugang zu Personen
	Erhalt von (vollständigeren) Anträgen
	Unterstützung und höhere Wirksamkeit der eigenen Arbeit
	Möglichkeit der Weitervermittlung
Anrainer:innen	in eigentlich ruhigeren Grätzln: mehr obdach-/wohnungslose Menschen im öffentl. Raum
	an Verkehrsknotenpunkten, rund um Sozialeinrichtungen etc: weniger obdachlose Personen im öffentlichen Raum
	vermehrte Nachbarschaftskonflikte
andere niederschwellige Angebote der WWH (Tageszentren, Winterpaket, etc.)	Zugang zu Klient:innen

	Wissenserweiterung durch Austausch
	Zugang zu einem Alternativangebot bei Hausverbot
	Entlastung/Mehraufwand durch zusätzliche Beratung/Betreuung in anderen Angeboten
	Möglichkeit der Weitervermittlung
	Entlastung durch Klient:innen in besserer Verfassung
Essensangebote der WWH	Zugang zu Klient:innen
	Zugang zu Abnehmer:innen von überschüssigem Essen
	Entlastung durch geringere Nachfrage
	Möglichkeit der Weitervermittlung
Gesundheitseinrichtungen der WWH (z.B. Neunerhaus Gesundheitszentrum, amber-med)	Zugang zu Klient:innen
	Wissenserweiterung durch Austausch
	Entlastung durch Klient:innen in besserer Verfassung
	Unterstützung der eigenen Wirksamkeit
betreute Wohnangebote der WWH	Wissenserweiterung durch Austausch
	Entlastung/Mehraufwand durch zusätzliche Betreuung/Behandlung in anderen Angeboten
Diverse Beratungsstellen (außerhalb der WWH)	Möglichkeit der Weitervermittlung
	Belastung durch fehlende Möglichkeiten der Weitervermittlung in WWH
	Austausch und Informationen
	Möglichkeit, Beratung auf Kernthema zu fokussieren
	Zugang zu Klient:innen
	Entlastung durch zusätzliche Betreuung in WWH
andere betreute Wohnangebote (außerhalb der WWH)	Möglichkeit Übergangslösungen zu organisieren
	Möglichkeit Hausverbote zu erteilen
	Möglichkeit Klient:innen weiterzuvermitteln
Sozialversicherung	Zugang zu einem Alternativangebot bei Hausverbot
	zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung
	Zugang zu Personen
	Erhalt von (vollständigeren) Anträgen
Stadt Wien/FSW	Erfüllung des Versorgungsauftrags

Bezirke/Politik

Entlastung durch weniger obdachlose Menschen im öffentlichen Raum

Zugang zu kompetenten Ansprechpartner:innen

Allgemeine Bevölkerung

weniger Obdachlose im öffentlichen Raum

höheres subjektives Sicherheitsgefühl durch weniger sichtbare Obdachlosigkeit

höhere Sicherheit durch z.B. Versorgung von psychisch erkrankten obdachlosen Menschen

geringere Sorge um obdachlose Menschen

ÖBB & Wiener Linien

weniger Obdachlose in Bahnhöfen und Verkehrsmitteln

weniger Belastung durch Lärm, Abfall, Urin

weniger Ausgaben für Sicherheits- und Reinigungspersonal

Möglichkeit der Weitervermittlung

2. Finales Wirkungsmodell

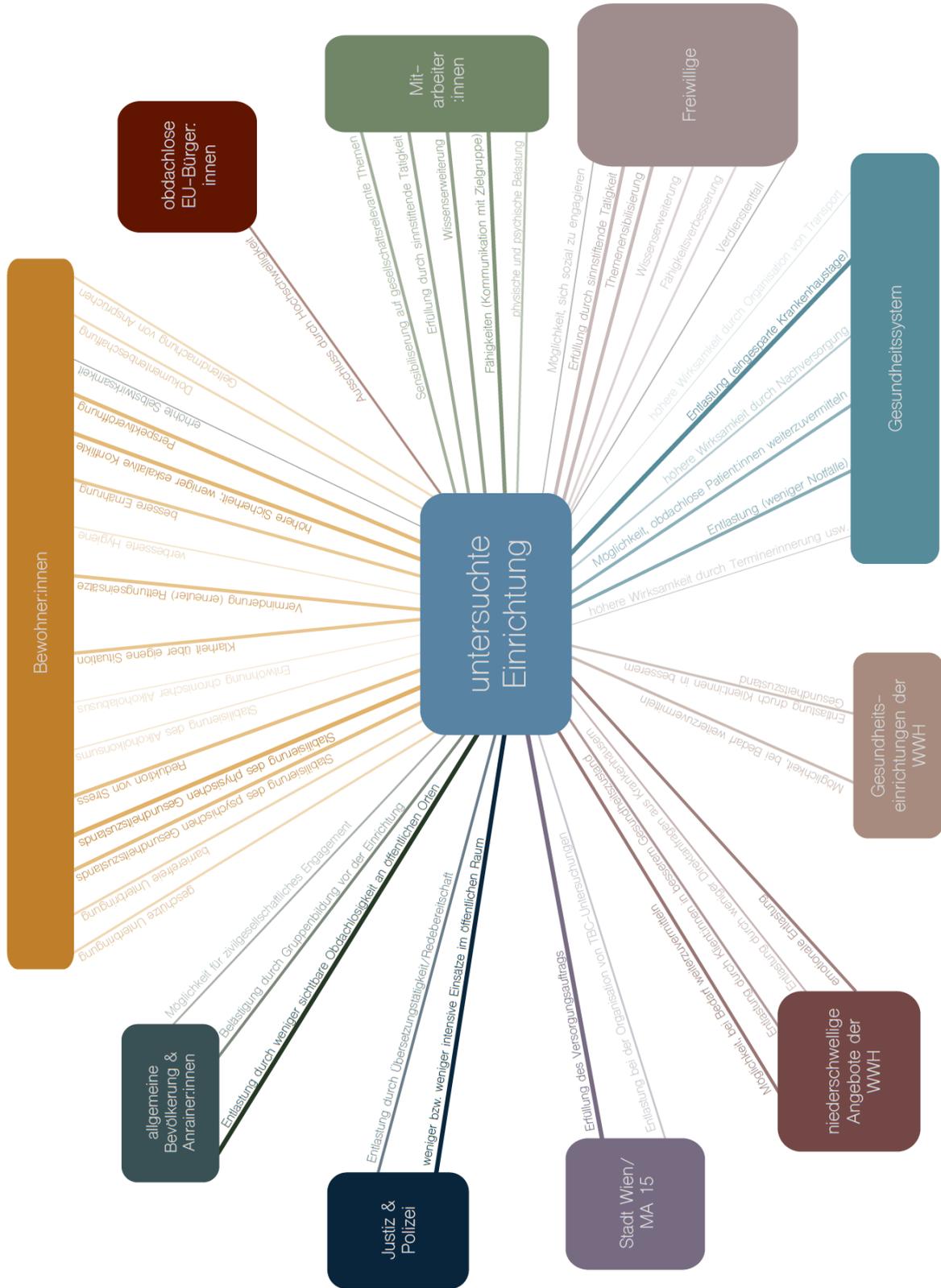
Stakeholder	Wirkung	Quantifizierung	In Interviews
Bewohner: innen der Einrichtung	übergeordnete Hauptwirkungen		
	Zugang zu temporärem, ganztägigem Versorgungsangebot	Quantifizierung anhand 2 Wirkungen: geschützte Unterbringung barrierefreie Unterbringung	2, 6
	Raum und Möglichkeit zur Genesung und Stabilisierung		4, 6, 7, 14, 16
	deutliche Steigerung der Lebensqualität		4, 5, 7
	Perspektivenerweiterung durch Befriedigung von Grundbedürfnissen und Stabilisierung	✓	1, 2, 4, 6, 7, 13, 14
	Wirkungen durch Rahmenbedingungen		
	verbesserte Hygiene	✓	6, 7, 8
	verbesserte Ernährung	✓	1, 2, 4, 6, 7
	erhöhte Sicherheit	✓	4, 5, 7
	Stabilität durch einen strukturierten Alltag		1, 3
	Verlust von Selbstständigkeit (Hospitalisierungseffekt)		1, 2, 3
	Probleme durch enges Zusammenleben, weniger eskalativ durch Betreuung	✓ (bei höhere Sicherheit)	4, 6, 7
	vermindertes Konfliktrisiko (im öffentlichen Raum)		
	Befriedigung sozialer Bedürfnisse innerhalb der Einrichtung, weniger Kontakte nach außen		4
	erhöhte Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeit		4, 13
	Belastung durch befristete Nutzungsdauer		6
	Wirkungen auf Genesung und Gesundheitszustand		
	raschere und nachhaltigere Genesung		2, 3, 4, 6, 13, 16
	Stabilisierung des physischen Gesundheitszustands	✓	4, 6, 7, 14, 16
	Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes	✓	4, 8
	Stabilisierung des Alkoholkonsums	Quantifizierung anhand 2 Wirkungen: Stabilisierung	3, 5, 7, 14, 16

		des Alkoholkonsums Alkoholentwöhnung	
	Stressreduktion	✓	4, 6
	Schutz vor Witterungsbedingungen		7, 13
	Verminderung der Gefahr von (erneuten) medizinischen Notfällen	✓	
	Raum zur Erholung nach einem Krankenhausaufenthalt		
	Zugang zu komplexeren, kostenintensiveren Behandlungen bzw. Operationen		11, 13
	adäquate Behandlung und Betreuung ohne Stigmatisierung von Expert:innen (Sprache, Spezialisierung, Informationsaustausch, Akzeptanz)		1, 2, 7, 11, 16
	Interessensvertretung		9, 11
	Wirkungen durch (sozialarbeiterische) Betreuung		
	Unterstützung bei der Beantragung von Dokumenten	✓	4, 14
	Überprüfung von Geltendmachung von Ansprüchen	✓	
	mehr Wissen und Klarheit über die eigene Situation (gesundheitlich, sozialrechtlich) und (nicht) mögliche Schritte	✓	
	erhöhte Selbstwirksamkeit bzw. Unterstützung in der Erreichung von Zielen, infolgedessen Verbesserung der eigenen Situation	✓	2, 6, 13
obdachlose EU-Bürger:innen	Sicherheit, dass es im Falle eines medizinischen Notfalls eine Einrichtung zur Stabilisierung gibt (häufig nichtvorhandenes Wissen)		
	Ausschluss des Angebots durch Hochschwelligkeit		6, 9, 12, 14, 16
Hauptamtliche Mitarbeiter:innen	Sensibilisierung auf gesellschaftsrelevante Themen	✓	
	Erfüllung durch sinnstiftende Tätigkeit (inkl. Gefühl, wertgeschätzt zu werden)	✓	
	Wissenserweiterung (Gesundheits-, Sozialsystem, Obdachlosigkeit)	✓	
	Erweiterung von Fähigkeiten (Kommunikation mit Zielgruppe)	✓	
	Belastung	✓	
	Erhalt eines Erwerbseinkommens	✓	
Freiwillige	Möglichkeit, sich sozial zu engagieren	✓	
	Erfüllung durch sinnstiftende Tätigkeit (Dankbarkeit)	✓	

	Wissenserweiterung (Gesundheits-, Sozialsystem, Obdachlosigkeit)	✓	
	Erweiterung von Fähigkeiten (Kommunikation mit Zielgruppe)	✓	
	Belastung	✓	
	Verdienstentfall	✓	
österreichisches Gesundheitssystem (Spitäler, Ärzt:innen, Rettung)	Möglichkeit, obdachlose Patient:innen (niederschwellig) weiterzuvermitteln		3, 9, 12, 13
	Entlastung durch weniger (nichtversicherte) Personen in Krankenhäusern durch: <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit, obdachlose Patient:innen (früher) zu entlassen • Höhere Wirksamkeit der Behandlung durch nachhaltigere Nachversorgung 		3, 9, 11, 12, 14
	Entlastung durch weniger (Rettungs-) Einsätze als in akuter Obdachlosigkeit		9, 11, 14
	höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit durch Terminerinnerung, Begleitung und Übersetzung		14, 17
	höhere Wirksamkeit durch Organisation und Kostenübernahme von Transportwegen		2, 12, 18
	Zugang zu (mehr) Informationen über Patient:innen		2, 3, 17
	Sensibilisierung für Problemstellungen der Zielgruppe durch Aufklärungsarbeit		1, 17
	Emotionale Entlastung durch Wissen um Nachversorgung		9, 12
	Erweiterung des Behandlungsspielraums		11, 13
	Höherer Vermittlungsaufwand durch spezifische Kriterien		9
Gesundheits-einrichtungen der WWH (z.B. Neunerhaus Gesundheitszentrum, ambermed)	Möglichkeit, bei Bedarf weiterzuvermitteln		3, 14
	Höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit durch Ergänzung und Erweiterung des eigenen Angebots durch: <ul style="list-style-type: none"> • Klient:innen in besserem Gesundheitszustand • Übersetzungstätigkeit 		3, 14, 17
	Zugang zu (niederschwelligen) Informationen/Austausch über Patient:innen		3, 14
	Bürokratischer Aufwand/Hochschwelligkeit durch Datenerhebung und Alkoholregelungen		14
Andere niederschwellige An-	Möglichkeit, bei Bedarf weiterzuvermitteln		13, 16

gebote der WWH (z.B. Streetwork, Tageszentren, Nachtquartiere, SORÜBE)	Entlastung durch Klient:innen in besserem Gesundheitszustand (weniger schwer gefährdete)		13, 16
	Möglichkeit der niederschweligen Zusammenarbeit		13, 16
	(SORÜBE) Entlastung durch weniger Direktanfragen aus Krankenhäusern		13
	Emotionale Entlastung der Mitarbeiter:innen durch Wissen um Versorgung		13
	Entlastung und höhere Wirksamkeit der eigenen Arbeit durch Auslagerung der medizinischen Expertise		13, 16
Stadt Wien/ MA 15	Unterstützung bei der Versorgung von obdachlosen Personen		15, Interviews aus Beeck et al. (2020)
	Möglichkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrags: Tuberkulosepatient:innen ohne festen Wohnsitz		15
	Unterstützung bei der Organisation von Tuberkuloseuntersuchungen (Erinnerung, Transport, Übersetzung)		15, 17
	Zugang zu Klient:innen		15
	höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit durch nachhaltige Ausheilung		15
	höhere Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit durch enge Zusammenarbeit		15
Justiz & Polizei	höhere Wirksamkeit und zeitliche Entlastung bei der eigenen Tätigkeit durch: <ul style="list-style-type: none"> • Übersetzungstätigkeit • Höhere Rede-/Kooperationsbereitschaft durch Vermittlung 		8
	Anlaufstelle für Informationen über bzw. bei der Suche nach Personen		8
	Weniger bzw. weniger intensive Einsätze im öffentlichen Raum		8
allgemeine Bevölkerung & Anrainer:innen	Möglichkeit für zivilgesellschaftliches Engagement		17, 19
	Emotionale Entlastung durch obdachlose Personen in besserem gesundheitlichen Zustand		8, 16
	(allgemeine Bevölkerung) Entlastung von öffentlichen Plätzen durch räumliche Verdichtung von Klientel in weniger frequentierter Gegend (Verschmutzung/Lärm) und dadurch weniger sichtbare Obdachlosigkeit		8, 16
	(Anrainer:innen) Gefühl der Belästigung durch Gruppenbildung vor der Einrichtung, Lärm, Verschmutzung		8, 17

3.2. Quantitative Wirkungslandkarte



4. Interviewleitfäden

4.1. Mitarbeiter:innen

Einstieg
Vorstellung
Einstiegsfrage: Wie lange arbeitest du schon im [REDACTED] und was sind/was deine Zuständigkeiten dort?
Wirkungen Klient:innen
Woran arbeitest du mit deinen Klient:innen?
Welche Veränderungen im Leben der Betroffenen stellst du üblicherweise fest, wenn du den Zeitpunkt des Einzugs ins Haus mit dem Zeitpunkt des Auszugs vergleichst? (mehr/weniger soz. Kontakte, besser Umgang mit Geld,...)
Beeinflusst das [REDACTED] die Klient:innen auch negativ?
Wirkungen auf andere Angebote
Mit welchen anderen Angeboten der WWH oder mit welchen vorgelagerten Angeboten arbeitet ihr wie zusammen?
Wie gestaltet sich der Kontakt?
Welchen Nutzen/Nachteil haben die anderen Angebote vom [REDACTED]?
Welchen Nachteil haben die anderen Angebote vom [REDACTED]?
Wirkungen andere Stakeholder
Welche anderen Personengruppen oder Institutionen haben einen Nutzen/Nachteil durch das [REDACTED]? (z.B. Angehörige/Anrainer:innen...)
Wie gestaltet sich der Kontakt?
Welchen Nutzen/Nachteil haben die anderen Stakeholder vom [REDACTED]?
Abschlussfragen
Gibt es noch etwas, dass du zu diesem Thema gerne hinzufügen möchtest, etwas das dir noch wichtig erscheint und über das wir noch nicht gesprochen haben?

4.2. Ärztlicher Leiter

Einstieg
Vorstellung – uns interessiert vor allem, was auf beteiligte Personen/Institutionen/Stakeholder zurückfallen würde, wenn es das [REDACTED] nicht gäbe.
Magst du uns zu Beginn ja kurz etwas über dich und deine Rolle im [REDACTED] erzählen?
Personengruppen im Angebot
Welche Erkrankungen/Verletzungen haben die Patient:innen beim Einzug? Welche Krankheitsbilder werden außer dem Aufnahmegrund noch häufig behandelt? Gibt es Personen im [REDACTED], die, wenn es das [REDACTED] nicht gäbe, im Krankenhaus bleiben müssten?
Wirkungen Klient:innen
Welche Veränderungen stellst du bei den Patient:innen üblicherweise fest, wenn du den Zeitpunkt des Einzugs ins Haus mit dem Zeitpunkt des Auszugs vergleichst? Welche Vorteile haben die Klient:innen vom [REDACTED]? Beeinflusst das [REDACTED] die Klient:innen auch negativ?
Wirkungen andere Stakeholder (und andere WWH-Angebote)
Welche anderen Personengruppen oder Institutionen haben einen Nutzen oder einen Nachteil? Wie gestaltet sich der Kontakt?
Welchen Nutzen/Nachteil haben die anderen Stakeholder vom Haus Jaro?
Abschluss
Gibt es noch etwas, dass du zu diesem Thema gerne hinzufügen möchtest, etwas das dir noch wichtig erscheint und über das wir noch nicht gesprochen haben?

4.3. Klient:innen

Einstieg
Vorstellung von uns und Projekt
Einstiegsfrage: Wollen Sie sich kurz vorstellen? Wie lange sind Sie schon im [REDACTED] [REDACTED]? Wie sind Sie ins [REDACTED] gekommen? Wie war Ihr Leben kurz vor dem Einzug im [REDACTED]?
Wirkungen/Veränderungen
Seit dem Einzug im [REDACTED], was hat sich in Ihrem Leben verändert? Was hat sich verbessert?
Wie finden Sie die Versorgung (Essen, Ansprechpersonen,...) im [REDACTED]?
Auf einer Skala von 1-10 – wie war Ihr gesundheitlicher Zustand beim Einzug? Auf einer Skala von 1-10 – wie ist Ihr gesundheitlicher Zustand jetzt? Auf einer Skala von 1-10 – wie war Ihr psychischer Zustand beim Einzug? Auf einer Skala von 1-10 – wie ist Ihr psychischer Zustand jetzt?
Evtl. nachfragen: Stress, Alkoholkonsum
Wissen Sie jetzt besser über Ihren medizinischen Zustand/Ihre Situation in Österreich Bescheid?
Fühlen Sie sich im [REDACTED] sicherer als auf der Straße?
Fühlen Sie sich im [REDACTED] angenommen, wie Sie sind?
Wie gefällt Ihnen Ihr Zimmer? Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Zimmernachbarn/Ihrer Zimmernachbarin?
Hatten Sie schon Konflikte im Haus?
Gibt es etwas Schlechtes am [REDACTED]?

4.4. Spitäler

Einstieg
Vorstellung Masterarbeit, Vorstellung ████████: Kennen Sie das?
<i>Ist Einrichtung für obdachlose, meist unversicherte EU-Bürger:innen, die diese für Zeit nach Krankenhausaufenthalt eine ganztägige Unterkunft bietet um sich gesundheitlich zu stabilisieren (temporär) – keine Pflegeeinrichtung, aber medizinische Versorgung: Arzt im Haus, eine Krankenpflegerin und Wundversorgung, Medikamentenausgabe möglich.</i>
Personengruppe
Können Sie sich kurz vorstellen? Inwiefern haben Sie in Ihrer Arbeit mit der benannten Zielgruppe bzw. mit der Wohnungslosenhilfe zu tun? (Haben Sie Kontakte/Schnittpunkte mit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe? Wenn ja, mit welchen?)
medizinische Versorgung der Personengruppe
Wie gestaltet sich die Versorgung von Personen ohne Versicherung, die in die Notaufnahme kommen? Wie oft passiert das? Welche Personengruppen sind das?
Wie oft passiert es, dass Personen immer wieder kommen, weil sie nach der Behandlung im Spital auf die Straße entlassen werden, sich ihr Zustand wieder verschlechtert, und sie dann wieder ins Spital kommen? (Stichwort Drehtüreffekt, falls bekannt)
Inwiefern beeinflusst eine medizinische Betreuung in einer Nachfolgeunterkunft den Genesungsprozess der Patient:innen?
Inwiefern verändert sich eine Behandlung, wenn das Krankenhauspersonal weiß, dass es eine nachversorgende Einrichtung für nichtversicherte obdachlose Personen gibt? Werden Personen länger versorgt, wenn sie danach auf die Straße entlassen werden würden? Vorsichtig nachfragen: wieviel ‚tagesmäßigen‘ Spielraum gibt es, Personen länger stationär zu behalten.
Wie gehen Sie damit um, wenn es sprachliche Barrieren in der Versorgung gibt?
Fällt Ihnen ein potenzieller Nachteil ein, die eine solche Einrichtung für Krankenhäuser darstellt?
Falls vorsichtige Einschätzung nach Fällen möglich: Häufigste: Wundversorgung/Offene Beine; Post OP (Z.B. Hüfte); Erholung nach Fraktur (größere/multiple); Effekt einer psychologischen Stabilisierung/medikamentösen Einstellung; Herzprobleme
Abschluss
Sonstiges was in diesem Zusammenhang noch nicht angesprochen wurde?

4.5. MA15

Kurze Vorstellung
Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von MA15 und [REDACTED]? Welche Schnittpunkte haben Sie mit dem [REDACTED]?
Welche Wirkung hat das [REDACTED] auf Ihre Tätigkeit? Wie profitieren Sie von diesem bzw. welcher Nachteil entsteht für Sie? Können Sie diese Wirkungen auch quantitativ angeben?
Abschluss: Gibt's noch was hinzuzufügen?

4.6. Neunerhaus Gesundheitszentrum

Kurze Vorstellung
Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen dem Neunerhaus Gesundheitszentrum und dem [REDACTED]?
Welcher Nutzen, aber auch welcher Nachteil, entsteht für das Gesundheitszentrum dadurch, dass es das [REDACTED] gibt? Wird das Gesundheitszentrum durch das [REDACTED] ent- oder belastet? Wenn ja, inwiefern und in welchem Ausmaß?
Wenn es das [REDACTED] nicht gäbe, was wäre dann anders/schwieriger?
Abschluss: Gibt's noch was hinzuzufügen?

4.7. Niederschwellige WWH-Einrichtungen

Vorstellung
Personengruppe
Wie gestaltet sich eure Arbeit mit der Gruppe der obdachlosen EU-Bürger:innen?
Zusammenarbeit mit [REDACTED]
Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von [REDACTED] und *Name der Einrichtung*?
SORÜBE: Gibt's Fälle, in denen sozialarbeiterische Betreuung von [REDACTED] übernommen wird?
Wirkungen
Welchen Nutzen/Nachteil hat *Name der Einrichtung* von der Existenz des [REDACTED] [REDACTED]? Inwiefern wird eure Arbeit vom [REDACTED] entlastet, inwiefern entsteht ein Mehraufwand?
Welche anderen Stakeholder haben einen Vor- bzw. Nachteil davon, dass es das [REDACTED] [REDACTED] gibt? Welche Vor- und Nachteile sind das?
Quantitäten
Wie viele Kontakte habt ihr monatlich ungefähr mit dem [REDACTED]?
Wieviele Personen vermittelt ihr an das [REDACTED] ca. weiter, monatlich?
Wieviele werden davon aufgenommen, für wieviele ist das Angebot zu hochschwellig?
Was sind andere Gründe, warum Personen nicht im [REDACTED] unterkommen?
Ist der Bedarf an Plätzen im [REDACTED] gedeckt? Wenn nein, wie hoch ist der eigentliche Bedarf, ungefähr?

4.8. Polizei

Vorstellung
Haben Sie in Ihrem beruflichen Alltag mit obdachlosen Personen, im Speziellen mit der Zielgruppe obdachlose EU-Bürger:innen in Wien zu tun? Wie gestalten sich der Kontakt bzw. die Einsätze mit dieser Personengruppe?
Kennen Sie das [REDACTED] der [REDACTED] in der [REDACTED]? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Polizei und [REDACTED] (bzw. Einrichtungen für obdachlose Personen im Bezirk)?
Welche positiven und welche negativen Wirkungen hat das [REDACTED] (bzw. haben Einrichtungen für obdachlose Personen im Bezirk) auf die Arbeit der Polizei? Inwiefern und in welchem Ausmaß besteht dieser negative bzw. positive Einfluss? (beispielsweise Übersetzungstätigkeiten, Informationsaustausch, weniger/mehr Einsätze, ...)
Abschluss: Gibt es noch was hinzuzufügen? Noch nicht angesprochen?

5. Quantitative Fragebögen

5.1. Verlaufserhebung der Bewohner:innen

5.1.1. Fragebogen zu Beginn der Betreuung

Einzugsdatum:

1. Angaben zur Person

HR360-ID:

2. Besteht ein Anspruch auf eine der folgenden Leistungen?

- Mindestsicherung
- Alterspension
- Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension
- andere:
- Nein
- In Abklärung

3. Bei wem liegt die sozialarbeiterische Betreuung?

- [REDACTED]
- SORÜBE
- Tageszentrum am Hbf.
- Tageszentrum Stern
- Andere:

4. Gibt es zum Aufnahmezeitpunkt bereits aktive Betreuungen in anderen Einrichtungen der WWH bzw. außerhalb der WWH? Wenn ja, welche?

- Neunerhaus Gesundheitszentrum
- Tageszentrum am Hbf.
- Tageszentrum Stern
- SORÜBE
- Zweite Gruft
- MA 40
- MA 35
- Gewaltprävention
- Weißer Ring
- Botschaft
- Andere:

5. Wie ist der *physische* Gesundheitszustand der Person einzustufen?

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Sehr schlecht

Sehr gut

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Wie ist der *psychische* Gesundheitszustand der Person einzustufen?

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Sehr schlecht

Sehr gut

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Wie ist der Hygienezustand der Person einzuschätzen?

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Sehr schlecht

Sehr gut

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Würde die Person eigentlich eine andere Versorgungsleistung benötigen?

- mobile Dienste wie Heimhilfe, Hauskrankenpflege (wenn die Person wohnversorgt wäre)
- stationäre Pflegeeinrichtung
- Hospiz
- Entzugseinrichtung
- Andere:

5.1.2. Fragebogen zum Ende der Betreuung/des Erhebungszeitraums (Auszug oder 28.02.2021)

Auszugs-/Ausfülldatum:

- Person wohnt weiterhin im [REDACTED]

1. Angaben zur Person:

HR360-ID:

2. Besteht ein Anspruch auf eine der folgenden Leistungen?

- Mindestsicherung
- Alterspension
- Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension
- andere:
- Nein
- In Abklärung

3. Bei wem liegt die sozialarbeiterische Betreuung nach dem Auszug?

- SORÜBE
- Tageszentrum am Hbf.
- Tageszentrum Stern
- Andere:

4. Gab es im Rahmen der sozialarbeiterischen Betreuung im [REDACTED] Kontakte mit anderen Einrichtungen der WWH bzw. außerhalb der WWH?

- Neunerhaus Gesundheitszentrum
- Tageszentrum am Hbf.
- Tageszentrum Stern
- SORÜBE
- Zweite Gruft
- MA 40
- MA35
- Gewaltprävention
- Weißer Ring
- Botschaft
- Andere:

5. Hat sich im Rahmen der sozialarbeiterischen Betreuung in einem der folgenden Bereiche etwas getan? Konnten weitere Schritte gemacht werden?
Wenn ja, was?

- Aufenthaltstitel

- Geltendmachung von Ansprüchen
- weiterführende Gesundheitsversorgung
- Dokumentenbeschaffung
- Organisation von Rückkehr ins Heimatland
- andere: _____

6. Wie ist der *physische* Gesundheitszustand der Person einzustufen?

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Sehr schlecht

Sehr gut

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Wie ist der *psychische* Gesundheitszustand der Person einzustufen?

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Sehr schlecht

Sehr gut

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Wie ist der Hygienezustand der Person einzuschätzen?

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Sehr schlecht

Sehr gut

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. In welchen dieser Punkte hat sich bei der Person etwas ins Positive verändert?

- Alkoholkonsum
- Stress
- Ernährung
- Vertrauensaufbau zu Mitarbeiter:innen
- Klarheit über eigene Situation
- Kontakt zu Familie
- anderes:

10. Hat sich etwas ins Negative verändert?

- Verlust an Selbstständigkeit
- anderes:

11. War die Person im Rahmen der Betreuung des [REDACTED] in psychiatrischer Behandlung?

- Ja
- Nein

12. Würde die Person nach dem Auszug eine andere pflegerische Nachversorgung benötigen?

- mobile Dienste wie Heimhilfe, Hauskrankenpflege (wenn die Person wohnversorgt wäre)
- stationärer Kurzzeitpflegeplatz
- stationärer, unbefristeter Pflegeplatz
- Hospiz- und Palliativversorgung
- Reha
- Entzugseinrichtung
- Akut-Geriatrie/Re-Mobilisierung
- Andere:

13. Sonstige Beobachtungen zur Person:

Veränderungen im Leben der Person/Auffälligkeiten zu Wirkungen, die noch nicht abgefragt wurden

5.2. Hauptamtliche Mitarbeiter:innen

Abschnitt A: Mitarbeiter*innen:

Bitte gib an, inwiefern folgende Aussagen auf dich zutreffen:

A1.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Neutral/Kei- ne Anwendung	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Durch meine Arbeit im [] habe ich das Gefühl, einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, hat sich mein Verständnis für das Leben und die Problemstellungen obdachloser Personen verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, habe ich vermehrt Interesse an sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen und Entwicklungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, habe ich vermehrt Interesse an sozial- und gesundheitspolitischen Themen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, habe ich an Wissen über das Gesundheitssystem in Österreich dazugewonnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, habe ich an Wissen über das Sozialsystem in Österreich dazugewonnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, habe ich an Wissen über die Dynamiken von Obdachlosigkeit dazugewonnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich im [] arbeite, bin ich in der Kommunikation und im Umgang mit der Zielgruppe besser geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich für meine Arbeit im [] vom Arbeitsgeber ausreichend wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit im [] ist körperlich belastend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit im [] ist psychisch belastend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner täglichen Arbeit erfahre ich Dankbarkeit von unseren Bewohner*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Andere noch nicht berücksichtigte Wirkungen:

Vielen Dank für die Teilnahme!

