

Endbericht zum Thema „Hospiz und Palliative Care trifft Straßenmedizin“

für den Dachverband HOSPIZ Österreich

Kurs: SBWL Kurs III –
Public und Nonprofit Management

Assoz.Prof. PD Mag.Mag.Dr. Michaela Neumayr

Semester: WiSe 2025/26

Datum: 04.02.2026

vorgelegt von

Elez Nikola

Fischer Alexander

Lippe Emily

Pham Claudia

Precup Tania

Tschurtschenthaler Rebekka

INHALTSVERZEICHNIS

<u>I. EINLEITUNG.....</u>	<u>1</u>
<u>1 Beschreibung des Problems, vor dem HOSPIZ Österreich steht.....</u>	<u>1</u>
<u>2 Forschungsfrage</u>	<u>2</u>
<u>3 Ziele des Projektes.....</u>	<u>2</u>
<u>II. ÜBERBLICK ÜBER DEN FORSCHUNGSSTAND ZUR BETREUUNG OBDACHLOSER MENSCHEN IM HOSPIZ- UND PALLIATIVBEREICH</u>	<u>3</u>
<u>1 Gesundheitliche Hürden obdachloser Menschen</u>	<u>3</u>
<u>2 Hürden für die Inanspruchnahme von Hospizangeboten für Menschen ohne Obdach</u>	<u>4</u>
<u>3 Lösungsansätze und evidenzbasierte Wirksamkeit.....</u>	<u>6</u>
<u>4 Internationale Pilotprojekte zur Versorgung sterbenskranker obdachloser Menschen</u>	<u>11</u>
<u>5 Fazit</u>	<u>14</u>
<u>III. METHODIK</u>	<u>14</u>
<u>1 Begründung und Skizzierung der methodischen Herangehensweise</u>	<u>14</u>
<u>2 Erhebungsinstrumente.....</u>	<u>15</u>
<u>3 Durchführung der Datenerhebung</u>	<u>16</u>
3.1 Quantitative Datenerhebung mittels Fragebögen	16
3.2 Qualitative Interviews mit Expert*innen.....	18
3.3 Teilnahme an einem Online-Seminar von Hospiz Österreich	19
<u>IV. FORSCHUNGSERGEBNISSE.....</u>	<u>19</u>
<u>1 Ergebnisse der quantitativen Befragung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen</u>	<u>19</u>
1.1 Beschreibung des Datensatzes.....	19
1.2 Aktuelle Versorgung von Menschen ohne Obdach.....	21
1.3 Hindernisse in der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach	24
1.4 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen.....	26
1.5 Wahrnehmung und Vertrauen	29
1.6 Krankenversicherung.....	31
<u>2 Ergebnisse aus den qualitativen Interviews</u>	<u>32</u>
2.1 Interviews mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe	32
2.1.1 Definition von „Hospiz- und Palliative Care“ & persönlicher Wissensstand	32
2.1.2 Bekanntheit Hospiz- und Palliativangebote	32
2.1.3 Fachwissen im Team & Schulungsbedarf	33
2.1.4 Gesundheitszustand.....	33
2.1.5 Medizinische Hilfe	33
2.1.6 Gesundheitsangebote.....	34
2.1.7 Erfahrungen.....	34
2.1.8 Emotionale Belastung im Team & vorhandene Unterstützungssysteme	35

2.1.9	(Erwünschte) Kooperationen.....	35
2.1.10	Standardisierte Abläufe/Leitlinien	36
2.1.11	Bedarf and hospizlicher oder palliativer Versorgung.....	36
2.1.12	Systemische Hürden.....	37
2.1.13	Fehlende Ressourcen & Infrastruktur.....	37
2.1.14	Sprachbarrieren	37
2.1.15	Personenbezogene Hürden, Timing und Scheitern	38
2.1.16	Verdrängung, Misstrauen & Angst	39
2.1.17	Vertrauen/Beziehung/Dranbleiben.....	39
2.1.18	Weitervermittlung	40
2.1.19	Zusammenarbeit mit Ärzt*innen.....	40
2.1.20	Erforderliche Kompetenzen für eine gelingende Zusammenarbeit.....	41
2.1.21	Sinnvolle Ansätze zur Verbesserung der palliativen Versorgung.....	41
2.1.22	Zentrale Akteur*innen in der Versorgungskette	42
2.2	Obdachlosenhospiz Himmelshafen	43
2.2.1	Zugang und Aufnahmeprozess.....	43
2.2.2	Finanzierung und Versicherung	44
2.2.3	Bedarfe und Barrieren Betroffener.....	44
2.2.4	Erfahrungen und Herausforderungen.....	45
2.2.5	Entwicklung und Zukunft.....	46
3	<u>Online-Seminar.....</u>	46
3.1	Finanzierungsprobleme als zentrales Hindernis	46
3.2	Fehlende Krankenversicherung und bürokratische Hürden	47
3.3	Know-how und Schulungsbedarf des Personals.....	47
3.4	Vertrauensaufbau als Schlüssel zum Zugang	48
3.5	Aufsuchende Betreuung und interorganisationelle Vernetzung	48
3.6	Psychosoziale Bedürfnisse und Umgang mit Sterbensangst	48
V.	<u>ZUSAMMENHÄNGE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN</u>	49
1	<u>Aktuelle hospizliche und palliative Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach in Österreich.....</u>	49
1.1	Regionale Situationsanalyse: Wien & Steiermark VS andere Bundesländer	49
1.2	Best-Practice-Beispiele.....	50
2	<u>Ermöglichung eines besseren Zugangs zu Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach von Hospiz Österreich.....</u>	51
3	<u>Strukturelle, organisatorische, rechtliche und praktischen Hürden aus Sicht der Sozial-Einrichtungen sowie aus Sicht der Hospiz-Einrichtungen.....</u>	52
3.1	Strukturelle Hürden	52
3.2	Organisatorische Hürden.....	53
3.3	Rechtliche Hürden	54
3.4	Praktische Hürden	55
VI.	<u>CONCLUSIO.....</u>	56
VII.	<u>DANKSAGUNG.....</u>	57
VIII.	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	59

<u>IX. HILFSMITTELVERZEICHNIS</u>	62
<u>X. ANHANG</u>	63
<u>1 Abbildungen und Tabellen</u>	63
1.1 Abbildungen:	63
1.2 Tabellen:	65
<u>XI. FRAGEBOGEN</u>	67
<u>XII. INTERVIEWLEITFÄDEN</u>	77

I. EINLEITUNG

HOSPIZ Österreich ist der Dachverband von Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich und setzt sich dafür ein, dass ein gutes Leben bis zuletzt für alle Menschen in unserer Gesellschaft möglich ist. Ziel ist die flächendeckende, abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich sowie deren langfristig gesicherte Finanzierung. Diese soll für alle Menschen, die sie benötigen, zugänglich und leistbar sein.

Im Zentrum der Arbeit steht das Anliegen, schwer kranken und sterbenden Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen ein würdevolles und möglichst qualitätsvolles Leben zu ermöglichen. Dabei schafft die Hospiz- und Palliativbetreuung Rahmenbedingungen für ein Sterben in Würde, Selbstbestimmung und weitgehender Schmerzfreiheit.

Darüber hinaus engagiert sich HOSPIZ Österreich für umfassende Aus-, Fort- und Weiterbildungen für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende und fördert interdisziplinäres, multiprofessionelles Lernen. Ein weiteres Ziel ist, dass alle in Österreich lebenden Menschen über die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung informiert sind. Durch kontinuierliche Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wird eine hochwertige Betreuung und Versorgung gewährleistet.

Zu den zentralen Aufgaben von HOSPIZ Österreich zählen die Interessensvertretung auf Bundesebene, Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung, die Vernetzung und Förderung von Initiativen und Einrichtungen im Sinne des Hospizgedankens sowie die Organisation von Aus- und Weiterbildungsangeboten, Symposien und nationalen Veranstaltungen. Als Beratungs- und Kompetenzzentrum ist HOSPIZ Österreich eine zentrale Anlaufstelle für alle Fragen rund um Hospiz- und Palliativarbeit (HOSPIZ Österreich, 2025a; HOSPIZ Österreich, 2025b).

Die Studierenden der Wirtschaftsuniversität Wien standen während der gesamten Dauer des Projektes mit Herrn Rainer Simader, dem Leiter der Abteilung „Bildung und Diversität“ des Dachverbandes HOSPIZ Österreich, im Austausch.

1 Beschreibung des Problems, vor dem HOSPIZ Österreich steht

Der Dachverband HOSPIZ Österreich steht vor der Herausforderung, Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen, die in Österreich von Obdachlosigkeit betroffen sind, zu realisieren. Diese vulnerable Gesellschaftsgruppe ist deutlich häufiger von schweren Krankheiten betroffen, woraus für sie oft ein Bedarf zur Hospiz- und Palliativversorgung entsteht. HOSPIZ Österreich arbeitet daran, die hier bestehende Versorgungslücke zu schließen.

Aktuell gibt es jedoch keine konkreten Daten zur Situation, die Aufschluss darüber geben können, ob und wie Menschen ohne Obdach Hospiz- und Palliativversorgung in Anspruch nehmen und wie die Gesamtsituation verbessert werden kann. Eine umfassende Datensammlung und -auswertung soll einen Überblick verschaffen, um künftig Angebote für Menschen ohne Obdach in der Hospiz- und Palliativversorgung schaffen zu können.

Für die Palliativversorgungseinrichtungen ist die Erreichbarkeit von Menschen ohne Obdach oft sehr eingeschränkt, da ihre Kommunikationsmöglichkeiten geringer oder gar nicht vorhanden sind. Besitzen Betroffene beispielsweise kein Handy oder pflegen nur wenige soziale Kontakte, können sie sich nur unzureichend informieren und wissen daher häufig nicht um die Möglichkeit, Hospiz- und Palliativbetreuung in Anspruch nehmen zu können.

Ein Teil der betroffenen Menschen spricht zudem Deutsch nicht als Erstsprache und hat daher häufig große Schwierigkeiten sich zu verständigen. Auch deshalb ist die Kommunikation in beide Richtungen nicht uneingeschränkt möglich.

Weiters fällt es Betroffenen aufgrund psychischer Barrieren, wie zum Beispiel Angst und Scham, oft schwer um Hilfe zu bitten, was eine weitere Schwierigkeit darstellt. Viele Menschen ohne Obdach besitzen außerdem keine Krankenversicherung, was es ihnen erschwert, wenn nicht gar unmöglich macht, gesundheitliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

2 Forschungsfrage

Die diesem Projekt zugrundeliegende Forschungsfrage lautet: Wie sieht die aktuelle hospizliche und palliative Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach in Österreich aus, wie kann Hospiz Österreich einen besseren Zugang zu Hospiz- und Palliativversorgung ermöglichen und welche strukturellen, organisatorischen, rechtlichen sowie praktischen Faktoren beeinflussen den Zugang dieser besonders vulnerablen Zielgruppe zu bestehenden Angeboten?

Im Mittelpunkt steht dabei, wie Hospiz- und Palliativeinrichtungen mit Anfragen zur Begleitung von Personen ohne Versicherung beziehungsweise ohne festen Wohnsitz umgehen, wie häufig entsprechende Anfragen eintreffen und welche Möglichkeiten Mitarbeitende von Obdachloseneinrichtungen derzeit nutzen, wenn sie mit palliativen Erkrankungen ihrer Klient*innen konfrontiert sind. Ebenso relevant ist, welche Erfahrungen diese Mitarbeitenden im Umgang mit Sterbefällen machen, welche Hürden und Unsicherheiten auf beiden Seiten bestehen und welche Bedingungen geschaffen werden müssen, um ein Sterben in Würde auch für Menschen ohne Obdach sicherzustellen.

3 Ziele des Projektes

Ziel des Projekts ist es, die aktuelle Situation der hospizlichen und palliativen Versorgung von Menschen ohne Obdach, die oftmals auch keine Krankenversicherungen haben, in Österreich zu

erfassen. Auf Seiten der Hospiz- und Palliativeinrichtungen wird untersucht, wie diese auf Anfragen dieser vulnerablen Personengruppe reagieren, welche Herausforderungen dabei auftreten und wo Versorgungslücken bestehen. In diesem Rahmen werden auch Best-Practice-Beispiele dokumentiert und analysiert, um erfolgreiche Ansätze sichtbar zu machen, die bereits zu einer Verbesserung der Versorgung beigetragen haben.

Auf Seiten der Einrichtungen der Obdachlosenhilfe wird untersucht, wie diese mit dem Thema umgehen, und ob und wie Menschen ohne Obdach bestehende Angebote nutzen, um darauf aufbauend Empfehlungen für einen künftigen Zugang zu entwickeln.

Mit Blick auf beide Seiten gemeinsam spielt Bewusstseinsbildung eine wichtige Rolle, die eher als ein indirekter Effekt dieses Projekts erreicht wird. Die Befragungen der Hospiz- und Palliativeinrichtungen sensibilisieren diese für die Bedürfnisse obdachloser Menschen, während die Interviews mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe noch einmal stärker verdeutlichen sollen, dass hospizliche und palliative Angebote auch für diese Zielgruppe relevant und zugänglich sein müssen. So kann ein gegenseitiges Verständnis zwischen beiden Seiten gefördert werden. Innerhalb der Fachwelt soll so Aufmerksamkeit für die Situation von Menschen ohne Obdach im aktuellen Versorgungssystem geschaffen werden, wodurch das Thema stärker in den Fokus rückt und der Dialog über mögliche Verbesserungen gefördert wird.

Langfristig soll das Projekt somit eine fundierte Wissensbasis schaffen, die HOSPIZ Österreich bei der Entwicklung zukünftiger Angebote unterstützt.

Der Fokus liegt auf Datenerhebung und Grundlagenforschung, Es soll die Gesamtsituation der hospizlichen und palliativen Versorgung obdachloser Menschen in Österreich analysiert werden, ohne einzelne Regionen oder Einrichtungen zu bewerten.

II. ÜBERBLICK ÜBER DEN FORSCHUNGSSTAND ZUR BETREUUNG OBdachloser MENSCHEN IM HOSPIZ- UND PALLIATIVBEREICH

Internationale Studien zeigen, dass die Hospiz- und Palliativbetreuung für obdachlose Menschen eine große Herausforderung darstellt, da in vorhandenen Einrichtungen häufig die dafür erforderlichen Ressourcen und Rahmenbedingungen fehlen und die Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen deutlich größer sind als in der Allgemeinbevölkerung (FEANTSA, 2017; Klop et al., 2018; Shulmacn et al., 2018).

1 Gesundheitliche Hürden obdachloser Menschen

Obdachlose Menschen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutlich geringere Lebenserwartung; bei wohnungslosen Männern wird ein durchschnittliches Sterbealter von knapp fünfzig Jahren beschrieben (Hudson et al., 2017; Klop et al., 2018). Viele sterben an grundsätzlich behandelbaren Erkrankungen, weil sich extreme gesundheitliche Ungleichheit,

Mehrfacherkrankungen und ein struktureller Ausschluss aus dem Gesundheitssystem überlagern, sodass Versorgung häufig zu spät erfolgt (Coverdale & Murtagh, 2024; FEANTSA, 2017; Klop et al., 2018). Besonders belastend ist die häufige „Trimorbidität“ aus körperlichen Erkrankungen, psychischen Störungen und Suchterkrankungen, ergänzt durch unbehandelte Infektionen und riskante Bewältigungsstrategien (Hudson et al., 2017; Klop et al., 2018). Dadurch ist eine kontinuierliche Behandlung erschwert, und palliative Unterstützung setzt oft erst sehr spät oder gar nicht ein (Hudson et al., 2017).

2 Hürden für die Inanspruchnahme von Hospizangeboten für Menschen ohne Obdach

Die Barrieren sind vielschichtig und beginnen häufig mit dem fehlenden festen Wohnort, da Hospiz- und Palliativversorgung oft an Versorgung „zu Hause“ und familiäre Unterstützung gekoppelt ist, was vielen Betroffenen nicht zur Verfügung steht. Zusätzlich schließen manche Einrichtungen durch Anforderungen wie stabilen Wohnstatus oder Abstinenz Menschen mit aktiver Suchterkrankung aus oder führen dazu, dass Betroffene Angebote aus Angst vor Abstinenzgeboten meiden (FEANTSA, 2017). Bürokratische Hürden – etwa fehlende Krankenversicherung oder Ausweisdokumente – erschweren den Zugang weiter. Diskriminierungserfahrungen und eine „gefühlte Unsichtbarkeit“ im Kontakt mit Behörden und Kliniken verstärken Misstrauen und vermeiden Hilfe (Hudson et al., 2017). Zugleich fühlen sich Fachkräfte im Umgang mit Sucht, psychischen Problemen und Traumafolgen oft unzureichend vorbereitet, während spezialisierte Angebote nur punktuell existieren, sodass Betroffene „durchs Raster“ fallen (DHPV, 2019).

Die beschriebenen Barrieren lassen sich in drei Ebenen bündeln: strukturell-systemische, gesundheitlich-klinische sowie professionell-organisatorische Hürden. Insgesamt entsteht eine Unstimmigkeit zwischen der Logik herkömmlicher Hospiz- und Palliativversorgung und der Lebensrealität obdachloser Menschen, verstärkt durch gesundheitliche Komplexität, Stigma, Bürokratie und begrenzte spezialisierte Angebote. Zur besseren Übersicht sind die Hürden und die zugehörigen Gründe in den folgenden Tabellen dargestellt (siehe Tabelle 1–3).

Hürde / Herausforderung	Begründung
Fehlende Ressourcen & passende Rahmenbedingungen	Viele Einrichtungen sind strukturell/personell nicht auf die Bedürfnisse obdachloser Menschen vorbereitet
Erhöhte Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem	Obdachlose Menschen stoßen insgesamt auf deutlich größere Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen

Hürde / Herausforderung	Begründung
Fehlendes soziales/familiäres Unterstützungsnetz	Unterstützung für Organisation, Begleitung und Nachsorge fehlt häufig, was Versorgung zusätzlich erschwert
Abstinenz- und Wohnstatus-Anforderungen (Exklusion)	Klassische Hospize/Pflegeheime verlangen teils stabilen Wohnstatus und Abstinenz; Betroffene werden ausgeschlossen oder meiden Angebote
Bürokratische Hürden (Versicherung/Dokumente)	Fehlende Krankenversicherung oder Ausweispapiere erschweren Aufnahme, Zuweisung und Finanzierung
Diskriminierung, Stigma & „gefühlte Unsichtbarkeit“	Negative Erfahrungen mit Behörden/Kliniken fördern Misstrauen; Hilfe wird vermieden oder erst spät gesucht
Systematische Unterversorgung trotz vorhandener Angebote	Es gibt oft grundsätzlich Angebote, aber die Systemlogik erreicht die Zielgruppe nicht
Mismatch herkömmlicher Modelle mit Lebensrealität	Standardabläufe/Regeln passen nicht zur Lebenssituation obdachloser Menschen

Tabelle 1: Strukturelle und systematische Hürden mit Begründung

Hürde / Herausforderung	Begründung
Extreme gesundheitliche Ungleichheit & frühe Sterblichkeit	Deutlich geringere Lebenserwartung; Tod teils durch grundsätzlich behandelbare Erkrankungen bei verspäteter Versorgung
Mehrfacherkrankungen / „Trimorbidität“	Körperliche Erkrankungen + psychische Störungen + Suchterkrankungen erschweren stabile Versorgung und Kontinuität
Unbehandelte Infektionen & riskante Bewältigungsstrategien	Unbehandelte Infektionen sowie intensiver Alkohol-/Drogenkonsum erhöhen Instabilität und Versorgungskomplexität
Schwierige Prognoseeinschätzung (komplexe Verläufe)	Multimorbidität und unklare Verläufe erschweren die Einstufung, wann palliative Versorgung erforderlich ist
Allgemeine späte oder ausbleibende palliative Identifikation	Palliativbedarf wird häufig zu spät erkannt → Versorgung setzt spät oder gar nicht ein.

Tabelle 2: Gesundheitliche und klinische Hürden mit Begründung

Hürde / Herausforderung	Begründung
Zu spätes Erkennen der Terminalphase durch Fachkräfte	Übergang in die Sterbephase wird oft vom Pflegepersonal zu spät erkannt; palliative Maßnahmen starten verzögert
Unsicherheit/fehlende Kompetenzen im Umgang mit Sucht, Psyche, Trauma	Fachkräfte fühlen sich unzureichend vorbereitet; Berührungsängste und Unsicherheit behindern adäquate Versorgung
Fehlende spezialisierte Dienste (nur punktuell)	Spezifische Angebote für obdachlose Palliativpatient*innen sind selten → Betroffene fallen „durchs Raster“

Tabelle 3: Professionelle und organisatorische Hürden mit Begründung

3 Lösungsansätze und evidenzbasierte Wirksamkeit

Aus den Erfahrungen verschiedener Länder lassen sich mehrere Schlüsselkomponenten erfolgreicher Lösungsansätze ableiten. Zentrale Prinzipien sind niedrighschwellige Zugänge (keine Wohnsitz- oder Abstinenzpflicht), aufsuchende multidisziplinäre Betreuung, alternative Versorgungssettings, frühzeitige Einbindung der Betroffenen sowie Schulung des Personals. Zur besseren Übersicht folgt zunächst eine Tabelle, der erläuternde Text folgt im Anschluss daran. Zusätzlich werden die Best-Practice Beispiele der Länder im Unterkapitel „Vertiefende Literatur“ ausführlich beschrieben.

Lösungsansatz	Was ist gemeint?	Beispiele/Programme	Länder mit Beispielen
Niedrighschwellige Palliativversorgung / Harm Reduction (Low-Threshold)	keine Wohnsitzpflicht; keine Abstinenzpflicht; akzeptiert Sucht/Instabilität; kontrollierte Regeln statt Ausschluss	Shelter-Hospiz mit erlaubt/geduldetem Alkoholkonsum; Zugang ohne „strikte Regeln“ (Podymow et al., 2006)	Kanada
Aufsuchende Palliativversorgung (Outreach / Mobile Teams)	Teams gehen aktiv zu Betroffenen; Betreuung auf Straße/in Notquartier/Übergangsheim; Vertrauensaufbau; weniger Hospitalisierungen	PEACH-Team in Toronto (Dosani, 2018)	Kanada
Integrierte Palliativ-Teams in Unterkünften	Hospiz-Expertise regelmäßig vor Ort im; gemeinsame Fallarbeit; Unterkunftspersonal wird sicherer; Versorgung näher am Lebensort	UK-Studienprojekt: 2×/Monat halbtags Palliativ-Expert*in in Unterkunft (Armstrong et al., 2021)	Großbritannien

Lösungsansatz	Was ist gemeint?	Beispiele/Programme	Länder mit Beispielen
Multidisziplinäre Zusammenarbeit (Interdisziplinäre Teams)	Palliativmedizin + Pflege + Sozialarbeit + Sucht-/Psychiatrie + Wohnungslosenhilfe; abgestimmte Versorgung; Kontinuität	London: regelmäßiger Austausch Hostel/Sozial/Hospiz → kohärentere Betreuung (Coverdale & Murtagh, 2024)	Großbritannien
Spezialisierte Settings: Shelter-Hospiz / hospizähnliche Unterkünfte	palliative Betreuung in vertrauter Umgebung; spezialisierte Plätze für Wohnungslose; weniger Verlegungen ins Krankenhaus	Ottawa Mission: Hospiz in Obdachlosenunterkunft; (Podymow et al., 2006)	Kanada
Spezialisierte Settings: medizinisch betreute Unterbringung / spezielle Pflege- oder Hospizplätze	alternative Versorgungsorte statt Regelhospiz; Übergang nach Klinik; Versorgung für schwerkranke Wohnungslose	kommunale Erprobungen „medizinische Unterbringung“ / spezielle Plätze (BAG W, 2025)	Deutschland
Frühzeitige Vorausplanung (Advance Care Planning, ACP) + Einbeziehung der Betroffenen	behutsame Gespräche über Wünsche/Ziele; Patientenverfügung; Vorsorgevollmacht; Autonomie; weniger unnötige Interventionen	ACP-Intervention: mehr Patient*innen erstellen Verfügung (Song et al., 2010)	USA (explizit als „US-Studie“ genannt)
Schulung & Sensibilisierung des Personals (Training, Supervision)	Palliativ-Know-how des Personals der Wohnungslosenhilfe; Umgang mit Sucht/psychiatrischen Belastungen; Erkennen Terminalphase; Trauer-/Supervisionsangebote	Hostel-Training → mehr Sicherheit/Handlungsfähigkeit (Shulman et al., 2018); FEANTSA-Empfehlung zu Schulung/Supervision (FEANTSA, 2017)	Großbritannien (ECHO), Irland (Outreach + Schulung), Niederlande (Schulungs-/Vorurteilsabbau-Fokus)
Wissensnetzwerk / Tele-Mentoring für Weiterbildung (ECHO)	Online-Schulungen; Hospize geben Wissen an Kliniken & Obdachloseneinrichtungen weiter; „capacity building“	ECHO-Projekt (Crooks et al., 2024)	Großbritannien
Kooperationsmodell Hospiz + Obdachlosenorganisation (gemeindeorientiert)	strukturierte Vernetzung; gemeinsame Betreuung in Notunterkünften; Integration in bestehende	Barcelona: Hospizteam + Obdachlosenorganisation (Guijarro & Uribe, 2018; FEANTSA, 2017)	Spanien

Lösungsansatz	Was ist gemeint?	Beispiele/Programme	Länder mit Beispielen
	Sozialeinrichtungen; „best practice“		
aufsuchende Pflege als Brücke zur Palliativversorgung	spezialisierte, aufsuchende Fachkräfte; niedrigschwellig; personenzentriert; Verbindung Sozial-/Gesundheitssystem	erste Pilotprojekte, u.a. „Street Nurses“; staatliche Förderung über ZonMw (seit 2018)	Niederlande
Palliative Paramedics / Rettungsdienst-Modelle	speziell geschulte Paramedics leisten palliative Unterstützung vor Ort; vermeiden unnötige Krankenhausaufenthalte	Health Canada Bericht: innovative „Paramedics“-Modelle (Health Canada, 2023)	Kanada
Fachnetzwerke & systemische Koordination	Austauschformate; gemeinsame Standards; Brücke zwischen Hospizwesen und Wohnungslosenhilfe; Agenda-Setting	Forum „Hospiz und Wohnungslosigkeit“, Fachtagungen (DHPV u.a.)	Deutschland

Tabelle 4: Lösungsansätze und Beispielländer

Niedrigschwellige Versorgung (Harm Reduction): Um obdachlose Menschen überhaupt zu erreichen, müssen Palliativangebote möglichst barrierefrei sein, unabhängig von Wohnstatus, Suchtmittelkonsum oder fehlendem sozialen Netz. Ein konsequenter Low-Threshold-Ansatz lockert Abstinenzgebote zugunsten von Harm-Reduction: In speziellen Hospizen oder Pflegeeinrichtungen wird kontrollierter Substanzkonsum erlaubt (z. B. begrenzter Alkoholkonsum vor Ort), damit Betroffene Angebote nicht aus Angst vor strikten Regeln meiden. Erfahrungen zeigen, dass ein solch offener Ansatz lebensrettend sein kann: In einem kanadischen Shelter-Hospiz hätten ohne niedrigschwelligen Zugang viele Patient*innen gar keine Versorgung erhalten und wären unversorgt verstorben. Durch das Angebot hingegen bekamen sie adäquate Schmerztherapie und Betreuung und der erlaubte Alkoholkonsum führte nicht zu Problemen, sondern erleichterte die Versorgung (Podymow et al., 2006).

Multidisziplinäre Zusammenarbeit und Outreach: Komplexe Bedürfnisse erfordern ein ganzheitliches Betreuungsmodell. Erfolgreiche Projekte vernetzen Palliativmedizin, Pflege, Sozialarbeit, Sucht- und psychiatrische Hilfen sowie die Obdachlosenhilfe in interdisziplinären Teams. Hospiz- und Obdachlosenteams arbeiten Hand in Hand: Hospizdienste bringen ihre Expertise direkt ins Hostel (Unterkunftssetting „Hospiz im Hostel“) und Unterkunftspersonal gewinnt an Sicherheit im Umgang mit Sterbenden. Ergänzend gehen mobile Palliative-Care-

Teams (Outreach) aktiv auf die Betroffenen zu, anstatt zu warten, bis diese die Einrichtungen aufsuchen. Sie betreuen schwerkranke Obdachlose in ihrem Lebensumfeld, sei es auf der Straße, in Notquartieren oder Übergangsheimen, und bauen dabei Vertrauen auf. Das PEACH-Team in Toronto etwa erreichte so viele Patient*innen und verringerte Krankenseinweisungen (Dosani, 2018). Auch die Koordination verbessert sich: In London führte der regelmäßige Austausch zwischen Hostel-, Sozial- und Hospizpersonal zu deutlich kohärenterer Betreuung und mehr Versorgungskontinuität (Coverdale & Murtagh, 2024). Insgesamt erhöhen Outreach- und Kooperationsmodelle die Reichweite palliativer Angebote und schließen bestehende Versorgungslücken.

Spezialisierte Einrichtungen und Wohnangebote: Da viele obdachlose Menschen in herkömmlichen Hospizen nicht adäquat versorgt werden können, wurden alternative Settings entwickelt. In manchen Städten entstanden medizinisch betreute Wohnheime (Medical Respite Centers) für obdachlose Patient*innen nach Klinikaufenthalten sowie hospizähnliche Unterkünfte speziell für Wohnungslose. So betreibt etwa die Ottawa Mission ein Hospiz innerhalb einer Obdachlosenunterkunft, wodurch schwerkranke Klient*innen in vertrauter Umgebung bleiben können. Tatsächlich konnten im Ottawa-Projekt über 80 % der Patient*innen bis zuletzt im Hospiz bzw. in ihrer Unterkunft sterben, während nur 18 % im Endstadium ins Krankenhaus wechseln mussten (Podymow et al., 2006). Viele Betroffene bevorzugen ein solches vertrautes Umfeld und nehmen palliative Hilfe eher an, wenn sie an einem ihnen vertrauten Ort erfolgt. Manche, die eine externe Hospizeinweisung ablehnen, stimmen einer palliativen Versorgung in ihrem Wohnheim zu (Podymow et al., 2006). Spezialisierte Plätze ermöglichen oft auch eine individuellere Betreuung, inklusive Berücksichtigung spiritueller oder kultureller Bedürfnisse, als das Regelsystem.

Frühzeitige Vorausplanung und Einbeziehung der Betroffenen: Gespräche über Wünsche und Ziele am Lebensende finden bei obdachlosen Menschen oft gar nicht statt. Doch gerade wegen der ungewissen Krankheitsverläufe ist Advance Care Planning (ACP) auch in dieser Gruppe wichtig. Studien belegen, dass viele Obdachlose durchaus bereit sind über Behandlungswünsche, Vorsorgevollmachten oder Bestattungsfragen zu sprechen, wenn behutsam und in vertrauensvoller Atmosphäre auf sie zugegangen wird. In einer US-Studie führte beispielsweise eine begleitete ACP-Beratung dazu, dass 37,9 % der Teilnehmenden innerhalb von drei Monaten eine Patientenverfügung verfassten, verglichen mit nur 12,8 % ohne Unterstützung (Song et al., 2010). Mit einfühlsamer Kommunikation und ausreichender Zeit können selbst marginalisierte Menschen ihre Präferenzen artikulieren. Durch ACP werden außerdem konkrete Behandlungswünsche dokumentiert, sodass in Notfällen unnötige Interventionen vermieden werden und Entscheidungen im Sinne der Patient*innen getroffen werden können. Berichte aus der Praxis zeigen, dass dank frühzeitiger Gespräche manche ehemals wohnungslose Patient*innen schließlich an dem Ort und in der Weise versterben konnten, wie sie es sich gewünscht hatten. Die Beteiligung der Betroffenen

an der Planung trägt somit wesentlich dazu bei, Selbstbestimmung und Würde am Lebensende zu wahren.

Schulung und Sensibilisierung des Personals: Fortbildungen für alle Akteur*innen sind ein weiterer zentraler Baustein einer erfolgreichen Strategie. Palliativteams müssen lernen, auf die besonderen Bedürfnisse obdachloser Patient*innen einzugehen, etwa Schmerztherapie bei gleichzeitigem Drogengebrauch anzupassen oder mit psychischen und suchtbasierten Herausforderungen umzugehen. Ohne dieses Wissen entstehen Berührungsängste und Unsicherheiten. Gleichzeitig benötigen Mitarbeitende der Wohnungslosenhilfe Grundkenntnisse in palliativer Versorgung: Sie sollten Anzeichen der Terminalphase erkennen, einfache pflegerische Maßnahmen durchführen und wissen, wann professionelle Hilfe einzubinden ist. FEANTSA (2017) empfiehlt daher regelmäßige Schulungen sowie Unterstützung für das Personal im Umgang mit Sterbefällen (z. B. Supervision, Trauerbegleitung), um Überlastung vorzubeugen. Der Nutzen solcher Weiterbildungen ist belegt: Nach einem speziellen Palliativtraining berichteten alle teilnehmenden Hostel-Mitarbeitende von verbessertem Verständnis und größerer Handlungssicherheit im Umgang mit sterbenden Bewohner*innen (Shulman et al., 2018). Das Wissen über verfügbare Dienste stieg deutlich und viele fühlten sich ermutigt, aktiv für die Bedürfnisse Sterbender einzutreten. Einige begannen anschließend sogar von sich aus, Vorsorgegespräche mit ihren Klient*innen zu führen, etwas, das sie vor der Schulung vermieden hatten. Kontinuierliche Weiterbildung fördert so eine Kultur des Verständnisses und der Zusammenarbeit, und verbessert langfristig die Versorgungsqualität.

Wirksamkeit und Ausblick: Erste Evaluationen zeigen, dass die skizzierten Modelle tatsächlich viel bewirken. Durch die neuen Ansätze erhalten deutlich mehr obdachlose Patient*innen überhaupt Zugang zu Palliativversorgung, denn viele von ihnen hätten ohne diese speziellen Angebote keine Betreuung gehabt. Der Sterbeort verlagert sich im Sinne der Patient*innen; in Shelter-Hospizen können beispielsweise über 80 % der betreuten Obdachlosen in einer vertrauten Umgebung statt im Krankenhaus sterben (Podymow et al., 2006). Auch die Versorgungsqualität steigt, Obdachlose mit palliativer Betreuung im Hostel berichten von weniger Angst und Einsamkeit in der Sterbephase und davon, sich „wahrgenommen“ und gut umsorgt zu fühlen (Coverdale & Murtagh, 2024). Durch ACP-Interventionen liegen häufiger schriftliche Vorausverfügungen vor, was die Autonomie am Lebensende stärkt und unnötige Notfallmaßnahmen reduziert (Song et al., 2010). Außerdem können zielgruppengerechte Angebote auch Kosten sparen, indem sie wiederholte Notfälle und Klinikeinweisungen vermeiden. Ein Shelter-Hospiz verzeichnete deutlich geringere Ausgaben pro Patient*in als die übliche Versorgung, beispielsweise wurden in England koordinierte Programme als kosteneffizient eingestuft (Hewett et al., 2016; Podymow et al., 2006). Allerdings bleibt die Finanzierung solcher Spezialangebote eine Herausforderung, da unklar ist, welcher Träger sie langfristig übernimmt. Die bisherigen Ergebnisse sind dennoch motivierend: Mit Kreativität, Engagement und

evidenzbasierten Modellen kann die Hospiz- und Palliativversorgung so weiterentwickelt werden, dass niemand aufgrund von Obdachlosigkeit von einer würdevollen Begleitung am Lebensende ausgeschlossen bleibt.

4 Internationale Pilotprojekte zur Versorgung sterbenskranker obdachloser Menschen

In mehreren Ländern wurden in den letzten Jahren Pilotprojekte entwickelt, um die Versorgungslücke bei sterbenskranken obdachlosen Menschen zu schließen. Diese Projekte haben einige Gemeinsamkeiten, wie den flexiblen und niederschweligen Ansatz, jedoch hat auch jedes Land seine eigenen Besonderheiten im Umgang mit dieser Problematik.

Großbritannien: In Großbritannien etabliert sich das ECHO (Extention for Community Healthcare Outcomes)-Projekt. Dieses ist angedacht als Netzwerk zur Wissensvermittlung über Hospiz- und Palliativbetreuung, wo Online-Schulungen und Lernaktivitäten angeboten werden, um Weiterbildung im Gesundheitssektor zu ermöglichen. Dadurch sollen unter anderem Mitarbeitende von Krankenhäusern und auch Obdachloseneinrichtungen direkt von Hospizeinrichtungen Informationen erhalten, wie mit konkreten Situationen umgegangen werden kann und soll. Dadurch sollen Wissen und die nötige Kompetenz vermittelt und verbreitet werden, um obdachlose Menschen bestmöglich begleiten zu können und den Bedarf von Palliativbetreuung zeitnah, im besten Fall frühzeitig, zu erkennen (Crooks et al., 2024).

Weiters gibt es in Großbritannien Initiativen aus einem Studienprojekt, welche vorsehen in Obdachlosenunterkünften (-hostels) Palliativ-Teams zu integrieren. Die betreffende Studie ermittelt konkret, wie es sich auswirkt, wenn zwei Mal pro Monat jeweils für einen halben Tag jemand in der Obdachlosenunterkunft vor Ort ist, der Expertise bezüglich Hospiz- und Palliativ Care mitbringt. Erkenntnisse, die daraus gewonnen werden konnten, sind einerseits hoher Bedarf an Palliative Care in den Einrichtungen sowie der erschwerte Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für die Betroffenen. Weiters konnte ein Mehrwert festgestellt werden. Vor allem in Bezug auf die Wahrnehmung von Hospiz- und Palliativbetreuung seitens der Betroffenen als auch seitens der breiteren Öffentlichkeit, die über das Projekt informiert war. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass weiterhin ein erheblicher Bedarf an niederschweligen Angeboten der allgemeinen Gesundheitsversorgung sowie der Hospiz- und Palliativbetreuung für obdachlose Menschen besteht und in diesem Bereich zusätzlicher Handlungs- und Ressourcenbedarf gegeben ist. Das Projekt macht jedoch auch deutlich, dass durch gezielte Investitionen an den richtigen Stellen erhebliche Verbesserungen der Gesamtsituation möglich sind (Armstrong et al., 2021).

Irland: In Irland wächst das Bewusstsein für die Bedürfnisse obdachloser Sterbender. Ein Bericht aus dem Jahr 2013 machte auf kritische Versorgungslücken aufmerksam (z. B. unversorgte Krankenhausentlassungen). Bis heute bestehen Brüche zwischen Gesundheits-, Sozial- und Obdachlosenhilfe, sodass Palliativbedürfnisse oft übersehen werden (Conneely et al., 2024).

Mitarbeitende in Notunterkünften tun sich schwer, palliative Fälle zu erkennen und wünschen sich mobile Palliativdienste oder feste Ansprechpartner im Gesundheitssystem (Conneely et al., 2024). Erste Schritte wurden bereits unternommen: Das St. Francis Hospice in Dublin entsendet mit einem Outreach-Programm regelmäßig Hospizpersonal in Obdachlosenheime und schult dort das Personal. Insgesamt bemüht sich Irland um eine bessere Verzahnung von Obdachlosenhilfe und Hospizwesen (Conneely et al., 2024).

Niederlande: In den Niederlanden rückte das Thema durch Forschung ins Blickfeld. Eine Amsterdamer Übersichtsarbeit betont, dass ein flexibler, niedrighschwelliger und personenzentrierter Ansatz essenziell ist (Klop et al., 2018). Gefordert werden vor allem Schulungen für Fachkräfte und der Abbau von Vorurteilen, um die Würde und Autonomie obdachloser Patient*innen zu wahren. Spezialisierte Palliativangebote für Wohnungslose stehen noch am Anfang, es laufen aber erste Pilotprojekte, etwa Hospize mit reservierten Plätzen für ehemals Wohnungslose oder “Street Nurses”, die aufsuchende Palliativbetreuung leisten. Seit 2018 fördern staatliche Stellen (ZonMw) gezielt Modellprojekte zur Palliativversorgung von obdachlosen und wohnungslosen Menschen, um passgenaue Konzepte zu entwickeln (Klop et al., 2018).

Spanien: Spanien verfügt über eines der ersten dokumentierten Modelle. In Barcelona startete 2015 ein Kooperationsprojekt: Ein Hospizteam und eine Obdachlosenorganisation betreuten gemeinsam Bewohner zweier Notunterkünfte palliativ (über 20 Patient*innen in zwei Jahren). Diese Vernetzung von Hospiz-Expertise und Obdachlosenhilfe erwies sich als sehr erfolgreich (Guijarro & Uribe, 2018) und gilt als europäische Best-Practice (FEANTSA, 2017). Generell setzt Spanien auf gemeindeorientierte Ansätze: Öffentliche, kirchliche und ehrenamtliche Akteure kooperieren, um Palliativangebote in bestehende Sozialeinrichtungen (z. B. Armenkrankenhäuser) zu integrieren. Eine Herausforderung bleibt die geringe Kapazität, denn selbst in Barcelona stehen nur wenige spezialisierte Plätze zur Verfügung, doch es gibt politische Unterstützung für einen Ausbau (FEANTSA, 2017).

Deutschland: In Deutschland ist die Palliativversorgung für Wohnungslose erst seit kurzem explizit auf der fachpolitischen Agenda. Trotz eines insgesamt gut ausgebauten Hospiz- und Palliativsystems fehlen bislang flächendeckende, spezifisch auf wohnungslose Menschen zugeschnittene Angebote. Einzelne Kommunen erproben jedoch neue Wege, etwa spezielle Hospiz- bzw. Pflegeplätze und medizinische Unterbringungsangebote für schwerkranke Wohnungslose (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 2025). Gleichwohl besteht eine deutliche Versorgungslücke, viele Betroffene sterben ohne hospizliche Begleitung oder angemessene Symptomkontrolle. Gleichzeitig wächst das Problembewusstsein: Fachnetzwerke wie das Forum „Hospiz und Wohnungslosigkeit“ und Fachtagungen zur Palliativversorgung von Menschen ohne eigenen Wohnraum sollen Hospize und Wohnungslosenhilfe stärken. Die

Herausforderungen ähneln dabei denen in anderen Ländern, etwa hinsichtlich fehlender Daten, unklarer Zuständigkeiten und gegenseitiger Vorbehalte (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, 2017; KUCiB, 2025; Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, 2022). Die Bundespolitik hat reagiert: Im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition wurde u. a. die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen und ein nationaler Aktionsplan gegen Obdach- und Wohnungslosigkeit angekündigt, was künftige Programme erleichtern könnte (Sozialdemokratische Partei Deutschlands et al., 2021).

Nordamerika: Auch in Nordamerika gibt es Entwicklungen, die zeigen, wie komplex die Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach in der Praxis ist. In einer Scoping Review wurden insgesamt 45 Primärstudien berücksichtigt, von denen 69 % in Kanada und den USA durchgeführt wurden (Rodericks-Schulwach et al., 2025, S. 3). Die Studie zeigt, dass schwerkranke Menschen ohne Obdach häufig erst spät als palliativ erkannt werden und Unterstützungsangebote daher verzögert in Anspruch nehmen. Das hat unter anderem mit belasteten Erfahrungen im Gesundheitssystem zu tun, da viele Betroffene Stigmatisierung oder mangelnden Respekt erleben und infolgedessen medizinische Angebote meiden (Rodericks-Schulwach et al., 2025, S. 8-9). Wie in anderen Ländern spielen auch in Nordamerika strukturelle und organisatorische Hürden, diese wurden bereits im Unterkapitel „Hürden für die Inanspruchnahme von Hospizangeboten für Menschen ohne Obdach“ beschrieben, eine große Rolle. Gleichzeitig zeigen nordamerikanische Beispiele aber auch, dass niedrighschwellige und flexible Versorgungsformen hilfreich sein können. Besonders wirksam sind Ansätze, bei denen Palliativteams regelmäßig in Unterkünften oder harm-reduction-orientierten Einrichtungen präsent sind und eng mit der Wohnungslosenhilfe zusammenarbeiten. Diese Modelle erleichtern den Zugang, schaffen Vertrauen und ermöglichen es, palliative Bedürfnisse früher zu erkennen (Rodericks-Schulwach et al., 2025, S.11).

In **Kanada** wurden in den letzten Jahren mehrere Modelle entwickelt, um den Zugang zur Palliativversorgung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Der nationale Bericht zur Palliativversorgung beschreibt unter anderem innovative Modelle der Versorgung durch Paramedics, bei denen Rettungsdienste speziell geschult werden, um palliative Unterstützung direkt vor Ort zu leisten und unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (Health Canada, 2023, S. 15-17). Zudem wird betont, dass Modelle für Menschen ohne Obdach oder vulnerablen Wohnsituationen weiter ausgebaut und „spread and scaled“ werden sollen, um eine gerechtere Versorgung sicherzustellen (Health Canada, 2023, S. 8, 15-17). Ergänzend finden sich in Kanada auch community-basierte und kulturell angepasste Modelle, etwa in Zusammenarbeit mit indigenen Gemeinschaften, die Palliativversorgung stärker in bestehende soziale Strukturen einbetten (Health Canada, 2023, S. 16-18). Insgesamt zeigt sich, dass Kanada verstärkt auf flexible, niedrighschwellige und sektorenübergreifende Ansätze setzt, um Palliativversorgung für besonders vulnerable Gruppen besser zugänglich zu machen.

5 Fazit

Die Hospiz- und Palliativversorgung obdachloser Menschen steht an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Sozialarbeit vor besonderen Herausforderungen. Strukturelle Barrieren, wie fehlender Wohnraum oder ungeeignete Versorgungsstrukturen, psychosoziale Hürden, wie Misstrauen, Isolation oder andere Prioritäten, und medizinische Komplexitäten, wie die Trimorbidität oder unklare Prognosen, erschweren eine adäquate Betreuung dieser hoch vulnerablen Gruppe am Lebensende. Dennoch zeigen innovative Ansätze aus verschiedenen Ländern, dass auch obdachlose Menschen würdevoll begleitet werden können. Erfolgreich sind vor allem Modelle, die niedrigschwellig ausgestaltet sind, Outreach und Vernetzung fördern und multidisziplinäre Teams einsetzen, welche die vielfältigen Bedürfnisse körperlicher, psychischer, sozialer oder rechtlicher Art beachten. Wichtig sind zudem die Weiterbildung aller Akteur*innen sowie die frühzeitige Einbindung der Patient*innen in die Vorausplanung. Erste empirische Befunde untermauern die Wirksamkeit solcher Maßnahmen: Sie verbessern den Zugang zur Versorgung, die Versorgungsqualität und die Autonomie am Lebensende und vermeiden gleichzeitig ineffiziente Akutbehandlungen. Um diese Pilotprojekte nachhaltig zu verankern, müssen sie in reguläre Strukturen überführt werden. Dazu gehören politische Weichenstellungen, wie beispielsweise die Finanzierung von Hospizplätzen für Wohnungslose oder die Anpassung von Richtlinien, und vor allem die intersektoralen Kooperationen. Letztlich ist der Umgang mit sterbenden obdachlosen Menschen auch eine Frage der sozialen Gerechtigkeit und Menschenwürde. Wenn Palliative Care als menschenrechtlicher Anspruch für alle verstanden wird und auch die vulnerablen Gruppen der Gesellschaft einschließt, kann dies dazu beitragen, extreme Ungleichheiten am Lebensende zu verringern. Die Erfahrungen der letzten Jahre machen Mut, dass mit Engagement, Kreativität und empirisch fundierten Konzepten niemand aufgrund von Obdachlosigkeit von einer guten Sterbebegleitung ausgeschlossen bleiben muss.

III. METHODIK

1 Begründung und Skizzierung der methodischen Herangehensweise

Die vorliegende Studie folgt einem *Mixed-Methods-Ansatz*, der quantitative und qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden kombiniert. Ziel dieses Vorgehens ist es, die komplexe Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach im Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung sowohl in ihrer Breite (Status quo, Häufigkeiten, Strukturen) als auch in ihrer Tiefe (Erfahrungen, Barrieren, Handlungslogiken) empirisch zu erfassen. Erhoben wurden die erforderlichen Daten mittels standardisierter Fragebögen (siehe dazu sogleich in Pkt 3.1), leitfadengestützter Expert*inneninterviews (siehe Pkt 3.2) sowie durch die Teilnahme an einem von HOSPIZ Österreich organisierten Online-Seminar (siehe Pkt 3.3). Die Kombination unterschiedlicher Datenquellen ermöglicht eine methodische Triangulation und erhöht damit die analytische Aussagekraft der Ergebnisse.

Vor der Erstellung der Fragebögen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um bestehende Erkenntnisse zur Betreuung von Menschen ohne Obdach im Kontext von Hospizarbeit und Palliativversorgung zu analysieren. Basierend auf den Ergebnissen dieser Literaturrecherche wurden die Fragen gezielt entwickelt, um relevante Aspekte der aktuellen Situation empirisch erfassen zu können.

Die Fragebögen wurden über den Projektpartner an die Mitglieder des Dachverbandes HOSPIZ Österreich (alle spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich) gesendet, um möglichst viele Daten zur aktuellen Betreuung von Menschen ohne Obdach zu erheben. Der Einsatz einer quantitativen Methode wurde gewählt, da eine Vollerhebung innerhalb des Dachverbandes angestrebt wurde und der notwendige Kontakt über den Projektpartner vorhanden ist. Ziel war es, möglichst umfassende und objektive Daten über den Status quo der Situation zu gewinnen, also nicht nur Wahrnehmungen, sondern auch konkrete Zustände und Handlungsweisen zu erfassen. Ein weiterer Grund für die Wahl dieser Methode ist, dass Rücklaufquoten bei Umfragen erfahrungsgemäß gering sind und eine breite Streuung erhöht hier die Chance auf aussagekräftige Ergebnisse. Dennoch waren wir zuversichtlich, dass wir einen hohen Rücklauf erzielen können, da die Landesverbände selbst den Wunsch nach dieser Erhebungsform geäußert haben.

2 Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen umfasste sowohl geschlossene (Ja/Nein-)Fragen als auch Likert-skalierte Fragen (z. B. „Ich stimme sehr zu“ bis „Ich stimme gar nicht zu“), um differenzierte Einschätzungen der Teilnehmenden zu erfassen. Zusätzlich war bei sechs Fragen ein „Sonstiges“-Feld integriert, in welchem die Teilnehmer*innen selbst weitere Antwortmöglichkeiten auf Fragen eintragen konnten. Außerdem gab es drei offene Antwortfelder, damit auch komplexere Themen und individuelle Erfahrungen abgebildet werden können. Auf Wunsch des Projektpartners wurde am Ende eine Frage ergänzt, die den Mitgliedern des Dachverbandes ermöglichte, ihr Interesse an einer zukünftigen Mitarbeit bei weiteren Projekten zu diesem Thema zu bekunden.

Ergänzend wurden qualitative Interviews mit Expert*innen aus Obdachloseneinrichtungen durchgeführt, um zu erfassen, wie dort mit dem Wunsch nach Sterbebegleitung und mit Hospizpatient*innen umgegangen wird. Durch 5 Interviews sollten vertiefte Einblicke und konkrete qualitative Daten über den aktuellen Stand und bestehende Herausforderungen gewonnen werden.

Die Wahl dieser qualitativen Methode begründet sich darin, dass der Dachverband HOSPIZ Österreich keinen direkten Kontakt zu den Obdachloseneinrichtungen hat und somit eine quantitative Erhebung in diesem Bereich nur unter erschwerten Bedingungen möglich wäre, die Rücklaufquote fraglich wäre und das Ziel umfassendere qualitative Daten waren, welche schwer

anhand eines Fragebogens erhoben werden können. Die Interviews bieten daher die Möglichkeit, gezielte, kontextspezifische Informationen von relevanten Expert*innen zu erhalten und so ein tieferes Verständnis der Situation zu entwickeln.



3 Durchführung der Datenerhebung

3.1 Quantitative Datenerhebung mittels Fragebögen

Die Erstellung des Fragebogens wurde im Team abgestimmt und – trotz einzelner Verzögerungen im Projektverlauf – finalisiert. Der digitale Fragebogen wurde über das Online-Tool *SoSci Survey* (www.soscisurvey.de) durchgeführt, da dieses Tool den datenschutzkonformen Anforderungen entspricht und eine strukturierte Auswertung ermöglicht.

Nach einer internen Test- und Korrekturphase wurde der fertige Fragebogen am 12. November an den Projektpartner übermittelt, der diesen im Anschluss am 18. November an alle Mitglieder des Dachverbandes weitergeleitet hat. Der Fragebogen ging insgesamt an 224 Einrichtungen. Dieser Verteiler setzt sich zusammen aus allen spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene (stationäre Hospize, Palliativstationen, Palliativkonsiliardienste, Tageshospize und ehrenamtliche Hospizteams), die in der Datenbank von Hospiz Österreich vorliegen. Gegen 3. Dezember wurde von Hospiz Österreich außerdem noch eine Erinnerungsmail abgeschickt. Der 19. Dezember 2025 war der letzte Tag, an dem der Fragebogen ausgefüllt werden konnte. Der Grund für den eher langen Befragungszeitraum war eine eher geringe Rücklaufquote am Beginn des Befragungszeitraumes.

Nachfolgend ist eine Abbildung der E-Mail dargestellt, mit der der Fragebogen ausgesendet wurde.



**HOSPIZ & PALLIATIVE CARE
FÜR MENSCHEN OHNE OBDACH**

Sehr geehrte Kolleg:innen,

HOSPIZ ÖSTERREICH, der Dachverband der Hospiz- und Palliativeinrichtungen, arbeitet aktuell in Kooperation mit der Wirtschaftsuniversität Wien an einer **Datenerhebung zum Thema Hospiz- und Palliative Care für Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind.**

Wir sind daran interessiert, wie oft spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen Anfragen zur Begleitung von Menschen ohne Obdach erhalten, wie sie mit diesen umgehen, welche Hürden sie für eine Begleitung sehen und ob es bereits Best-Practice-Beispiele gibt.

Ziel der Erhebung ist es, ein **besseres Verständnis für bestehende Strukturen, Herausforderungen und Bedarfe** in der Betreuung dieser besonders verletzlichen Personengruppe zu gewinnen.

Wir möchten Sie herzlich einladen und darum bitten, den Fragebogen auszufüllen. Die Befragung dauert etwa **10 Minuten** und wird **anonym** erhoben. Auch wenn Sie noch keinen Kontakt zum Thema Obdachlosigkeit hatten, ist Ihre Einschätzung von großer Bedeutung, um Versorgungsangebote künftig gezielter entwickeln und verbessern zu können.

Den Fragebogen finden Sie hier:

[Link zum Fragebogen](#)

Die letzte Möglichkeit zur Beantwortung des Fragebogens ist am **5. Dezember 2025**.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie diese Forschung unterstützen. Bei Rückfragen oder wenn Sie weitere Informationen benötigen, steht Ihnen [Rainer Simader](#) gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre wichtige Arbeit!

Mit besten Grüßen
das Team von HOSPIZ ÖSTERREICH

Copyright ©: HOSPIZ ÖSTERREICH, www.hospiz.at
1030 Wien, Ungargasse 3/1/18, Telefon: 01/ 803 98 68, dachverband@hospiz.at

Abbildung 1: Fragebogen-Email

Der Fragebogen wurde an 224 Einrichtungen versendet, wovon 89 Einrichtungen zumindest einen Teil des Fragebogens ausgefüllt haben, was einer Rücklaufquote von circa 39,7% entspricht. Die

wesentlichen Themen des Fragebogens waren die aktuelle Versorgung von Menschen ohne Obdach, die Hindernisse diese Versorgung zu ermöglichen, die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Vertrauen in und Wahrnehmung von Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach und deren Situation bezüglich Krankenversicherung. Ziel der quantitativen Erhebung ist es, einen Überblick über aktuelle Versorgungsstrukturen, wahrgenommene Zugangshürden sowie Erfahrungen der Einrichtungen im Umgang mit schwer erkrankten wohnungs- und obdachlosen Menschen im Palliativ- und Hospizbereich zu gewinnen. Darüber hinaus enthält der Fragebogen offene Antwortmöglichkeiten, um Einschätzungen der Einrichtungen erfassen zu können. Der Fragebogen ist in Anhang XI. ersichtlich.

3.2 Qualitative Interviews mit Expert*innen

Neben der Fragebogenerhebung wurde die Durchführung qualitativer Expert*innen-Interviews vorbereitet. Hierzu zählen sowohl leitfadengestützte Interviews mit Vertreter*innen von Hospiz- und Palliativeinrichtungen als auch Gespräche mit Fachpersonen aus der Straßenmedizin und niedrigschwelligen Versorgungszentren von Obdachlosen als auch Obdachloseneinrichtungen. Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte so, dass möglichst unterschiedliche Perspektiven aus der Praxis abgebildet werden konnten und Einblicke entlang des gesamten Versorgungsprozesses, vom Erstkontakt bis zum Lebensende der Betroffenen, möglich waren.

Die Interviews dienen der vertieften Exploration zentraler Fragestellungen, insbesondere hinsichtlich struktureller Barrieren, praktischer Versorgungserfahrungen und möglicher Kooperationsmodelle zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten.

Herr Simader machte Vorschläge, mit welchen Organisationen wir ein Interview durchführen könnten, und nach interner Absprache wurden diese dann von Herrn Simader erstmalig im Bezug zu diesem Projekt kontaktiert. Bei der zweiten, schriftlichen Kontaktaufnahme wurden wir Studierende in den E-Mail-Verlauf mit aufgenommen, und konnten dadurch die weiteren Details zu Terminfindung und Organisatorischem mit dem/der Interviewpartner*in abklären.

Interviewpartner*innen

Insgesamt wurden fünf Interviews mit Personen von vier verschiedenen Sozialhilfeorganisationen geführt. Zwei davon sind in der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Obdach tätig, eine Einrichtung betreut obdachlose Menschen direkt auf der Straße durch ein Streetwork-Team, und die vierte Einrichtung ist ein spezialisiertes Hospiz für Menschen ohne Obdach. Die Interviews dauerten im Durchschnitt etwa eine Stunde und wurden online von zwei Student*innen aus unserem Team geführt. Mit dem Einverständnis der jeweiligen Interviewpartner*innen wurden die Gespräche aufgezeichnet, mithilfe der Software „Whisper“ transkribiert, anschließend nach Mayring inhaltlich ausgewertet und zusammengefasst. Das Interview mit der Hospizeinrichtung für obdachlose Menschen umfasste gesonderte und speziell angepasste Fragen; die entsprechende

Auswertung ist daher als eigener Abschnitt dargestellt. Die Interviewleitfäden mit den konkreten Fragestellungen befinden sich im Anhang. (siehe Anhang „XII. Interviewleitfäden“).

Datum	Interviewpartner*in
28.11.2025 (online)	Streetwork-Einrichtung (Leiter*in)
05.12.2025 (online)	soziale Einrichtung (Krankenpfleger*in)
18.12.2025 (online)	Hospiz für obdachlose Menschen (Leiter*in)
22.12.2025 (online)	soziale Einrichtung (Ärzt*in)
22.12.2025 (online)	soziale Einrichtung (Krankenpfleger*in)

Tabelle 5: Auflistung der Interviews

3.3 Teilnahme an einem Online-Seminar von Hospiz Österreich

Ergänzend zur quantitativen Datenerhebung mittels standardisierter Fragebögen sowie zur qualitativen Erhebung durch leitfadengestützte Expert*inneninterviews nahm ein Großteil des Projektteams am 18.11.2025 an dem Webinar „Webinar „Palliative Care trifft Straßenmedizin“ von HOSPIZ Österreich teil. Das Webinar wurde als zusätzliche qualitative Datenquelle in das Forschungsdesign integriert. Die vermittelten Inhalte wurden in Form von strukturierten Mitschriften dokumentiert und anschließend analog zu den Interviewdaten qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Methodisch diente das Webinar damit einerseits der konzeptuellen Sensibilisierung des Forschungsteams und beeinflusste die Weiterentwicklung des Fragebogens sowie des Interviewleitfadens, andererseits floss es als ergänzendes Material in die qualitative Analyse ein. Auf diese Weise konnten zentrale Themenfelder - wie insbesondere interdisziplinäre Zusammenarbeit, niederschwellige Zugangsformen und vertrauensbasierte Beziehungsarbeit - systematisch verdichtet und im Sinne einer methodischen Triangulation in die Gesamtauswertung einbezogen werden.

IV. FORSCHUNGSERGEBNISSE

1 Ergebnisse der quantitativen Befragung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen

1.1 Beschreibung des Datensatzes

Insgesamt gab es im Zeitraum vom 18. November bis 19. Dezember 89 gültige Datensätze, welches bei 224 Einrichtungen eine Rücklaufquote von 39,7% ergibt. Einen gültigen Datensatz in SoSci haben diejenigen, die vom Fragebogen zumindest eine Seite ausgefüllt haben. Dies inkludiert also auch diejenigen Fälle, die den Fragebogen nur teilweise und nicht bis zum Ende ausgefüllt

haben. 57 Einrichtungen haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt (Rücklaufquote von 25,4%), nur teilweise ausgefüllt haben 32 Einrichtungen, wobei 23 bereits auf der zweiten Seite aufhörten.

Interessant ist, dass nur 5 der Institutionen aktiv angegeben haben, dass sie in Wien tätig sind, wo eigentlich die meisten Menschen ohne Obdach in Österreich leben. Die häufigsten Antworten stammen von Institutionen aus Niederösterreich, gefolgt von Oberösterreich und Kärnten (siehe Abb. 2). Hier wäre es interessant zu wissen, an wie viele Einrichtungen in Wien der Fragebogen genau gegangen ist, und ob dies die eher geringe Rücklaufquote erklärt. Nach Rückfrage an Hospiz Österreich war die ungefähre Angabe 35 Einrichtungen, was bestätigen würde, dass es proportional gesehen in unserem Fragebogen weniger Antworten aus Wien gab ($5/52 = 9,62\%$ vs. $35/224 = 15,6\%$).

Eine Erklärung für den geringen Rücklauf aus Wien und aus dem Burgenland könnte eventuell sein, weil es in diesen beiden Bundesländern keinen Landesverband für Hospiz- und Palliative Care gibt und die „Mobilisierung“ zur Teilnahme weniger gut gelaufen ist.

Häufigkeiten		
Ausprägung	Anzahl	Prozent (gültig)
1 Burgenland	1	2%
2 Kärnten	9	17%
3 Niederösterreich	12	23%
4 Oberösterreich	9	17%
5 Salzburg	7	13%
6 Steiermark	2	4%
7 Tirol	5	10%
8 Vorarlberg	2	4%
9 Wien	5	10%
Gültige Antworten	52	100%

Abb. 2: Anzahl der antwortenden Einrichtungen nach Bundesland (Statistik aus Sosci-Survey)

Am häufigsten haben mobile Palliativteams geantwortet (siehe Abb. 3).

Häufigkeiten				
Ausprägung	Anzahl	Prozent (wählbar)	Basis (n)	Prozent (gesamt)
Tageshospiz	2	4%	57	2%
Stationäres Hospiz	2	4%	57	2%
Palliativstation	9	16%	57	10%
Palliativkonsiliardienst	3	5%	57	3%
Mobiles Palliativteam	19	33%	57	21%
Hospizteam	13	23%	57	15%
Eigene Angabe	0	0%	57	0%
Ehrenamtliches Hospizteam	8	14%	57	9%

Abb. 3: Art der Einrichtung (Statistik aus Sosci-Survey)

1.2 Aktuelle Versorgung von Menschen ohne Obdach

Wie man in Abbildung 4 sehen kann, hat die Mehrheit der befragten Institutionen, nämlich 56%, im letzten Jahr (2024) keine Person ohne Obdach betreut (n=84). Nur ein knappes Drittel, also 31% (26 Einrichtungen) haben eine Person ohne Obdach betreut oder begleitet.

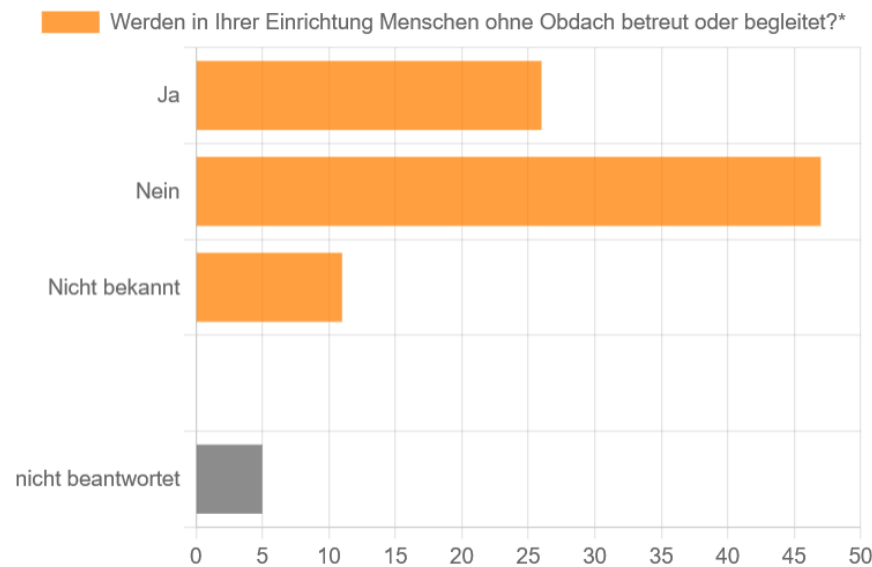


Abb. 4: Betreuung von Menschen ohne Obdach (Statistik aus Sosci-Survey)

Von diesen 26 Einrichtungen haben 18 den Ort ihrer Einrichtung angegeben: jeweils 3 sind aus Wien, Tirol, Oberösterreich und Kärnten, 2 sind aus Salzburg, und jeweils 1 kommen aus Niederösterreich, Steiermark, Vorarlberg und dem Burgenland. Die Betreuung wirkt relativ gleichmäßig auf die Bundesländer verteilt. Dies steht im Kontrast zu dem Fakt, dass, wie beispielsweise in Punkt 4.3 ersichtlich wird, Menschen ohne Obdach für die Behandlung oft in Städte bzw. größere Ballungsräume (in unserem Fragebogen werden spezifisch Wien und Steiermark genannt) geschickt werden. Unser Fragebogen gibt also keine Schlüsse darüber, ob die hospizliche und palliative Versorgung für Menschen ohne Obdach in Städten wirklich besser ist, als auf dem „Land“.

Die Antwort auf die Frage, wie viele Menschen ohne Obdach im letzten Jahr betreut wurden (siehe Abb. 5), konnte nur ausgefüllt werden, wenn die vorherige Frage (Werden in Ihrer Einrichtung Menschen ohne Obdach betreut oder begleitet?) mit „Ja“ beantwortet wurde. Insgesamt haben n=26 Institutionen auf diese Frage geantwortet. In Abbildung 5 sieht man, wie oft diese Einrichtungen circa eine Person ohne Obdach betreut haben.

Auch die „Sonstiges“-Angaben sind interessant, eine Person hat geantwortet *„1-3 Personen in betreuten Obdachlosenwohneinrichtungen“*, eine andere aber *„ca. 1000“*. Bei letzterem handelt es sich eindeutig um eine Verwechslung von Betreuungen von Menschen ohne Obdach mit allen Menschen in Hospiz- und Palliativversorgung.

Häufigkeiten

Ausprägung	Anzahl	Prozent (gültig)
1 0-1	12	46%
2 2-10	7	27%
3 11-20	1	4%
4 21-50	0	0%
5 51-100	1	4%
6 keine genaue Angabe möglich	3	12%
7 wird in unserer Einrichtung nicht erhoben	0	0%
8 Sonstiges:	2	8%
Gültige Antworten	26	100%

Abb. 5: Anzahl Betreuung von Menschen ohne Obdach im letzten vollen Kalenderjahr 2024
(Statistik aus Sosci-Survey)

Die meisten Institutionen geben an, dass es ihnen nicht bekannt ist, wie Menschen ohne Obdach von ihrem Angebot erfahren (siehe Abb. 6). Dies ist wahrscheinlich, da diese Frage eine Pflichtfrage war (jede Einrichtung musste die Frage beantworten), und viele keine Menschen ohne Obdach betreut haben. Sonst erfahren Menschen ohne Obdach über soziale Einrichtungen oder Krankenhäuser von Hospiz- und Palliativversorgung. Dies zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Sozial- bzw. Obdachlosenhilfe und Hospiz- und Palliativeinrichtungen eine große Rolle in der Versorgung von Menschen ohne Obdach spielt. Außerdem unter „Sonstiges“ genannt wurden spezielle Einrichtungen (alle offenen Antworten für diese und alle weiteren Fragen werden in dem Bericht angegeben): „Akutspital - Einweisung durch Rettungsalarmierung“, „Ambulanz für Menschen ohne Versicherung“, „Projekt Leo“, und dass: „obdachlose Menschen "ziehen" vom Lungau weg.“

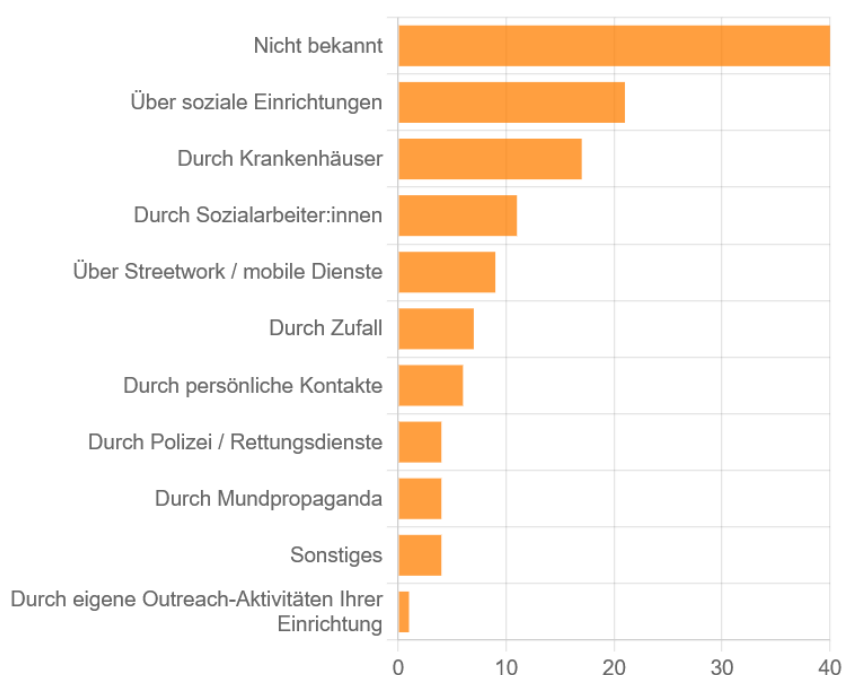


Abb. 6: Wie erfahren Menschen ohne Obdach von Ihrem Angebot (Statistik aus Sosci-Survey)

Die Mehrheit hat angegeben, dass es noch keine Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende zum Thema Hospiz und Palliative Care für Menschen ohne Obdach gibt (siehe Abb. 7). Unter Sonstiges wurde angegeben, dass externe Angebote genutzt werden (können): „B. Bedarf würde ein Kontakt mit den Kollegen der Virgilambulanz in Salzburg gesucht werden.“, „Externe Angebote werden genützt“, und dass: „Wir schulen uns in Form von Gesprächen weiter.“

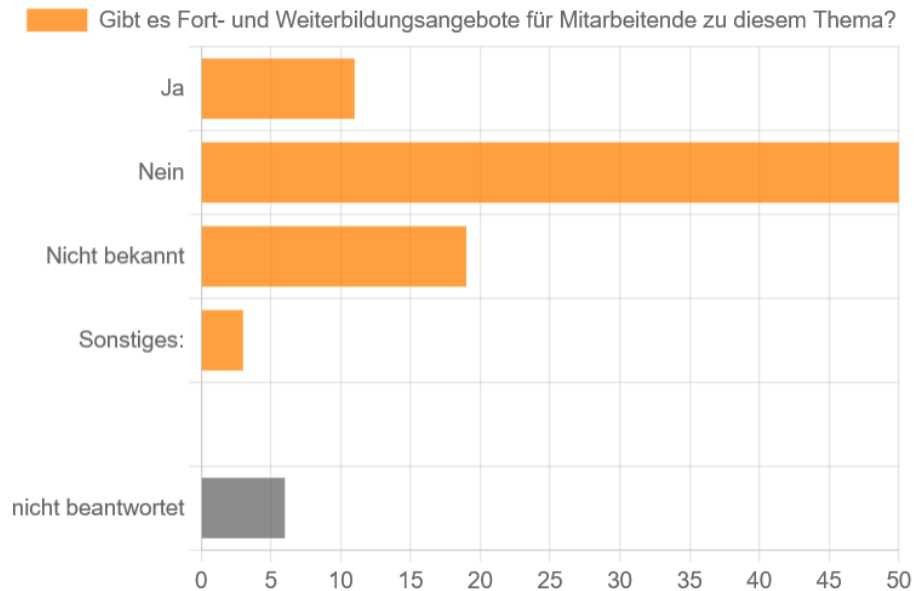


Abb. 7: Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende zum Thema Hospiz und Palliative Care für Menschen ohne Obdach (Statistik aus Sosci-Survey)

Die Mehrheit der Befragten ist sich einig, dass es Versorgungslücken in der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach gibt (siehe Abb. 8).

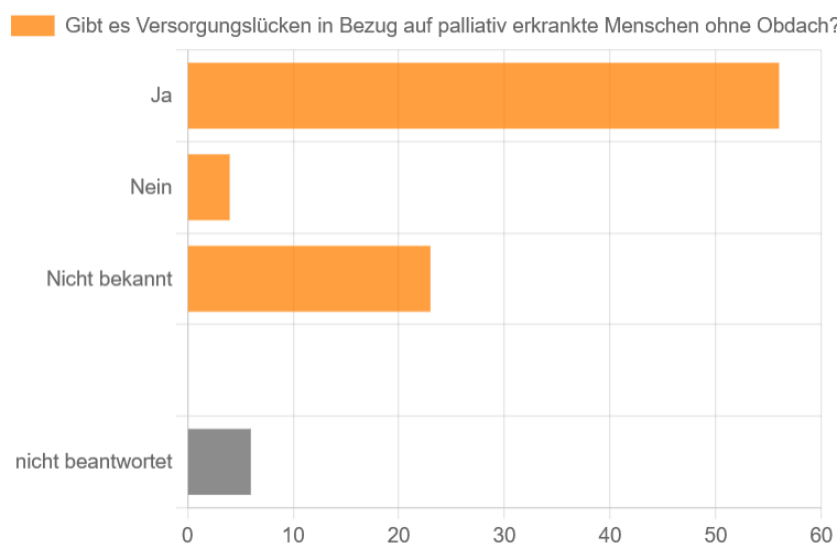


Abb. 8: Versorgungslücken (Statistik aus Sosci-Survey)

Was die größten Versorgungslücken sind, wurde in Abb. 9 behandelt. Hier durfte man auch mehrfach ankreuzen, und unter „Sonstiges“ selber etwas eingeben, wie zum Beispiel: „Bei

Bettlägerigkeit Versorgung der Menschen mit Substitution, Alkohol“, „Unzureichende Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe, Wohnungsnotfallhilfe und Palliativversorgung“ und „Vorurteile“ bzw. „da wir noch nie eine Anfrage für eine obdachlose Person erhalten haben sind uns die Lücken in der Versorgung nicht bekannt“.

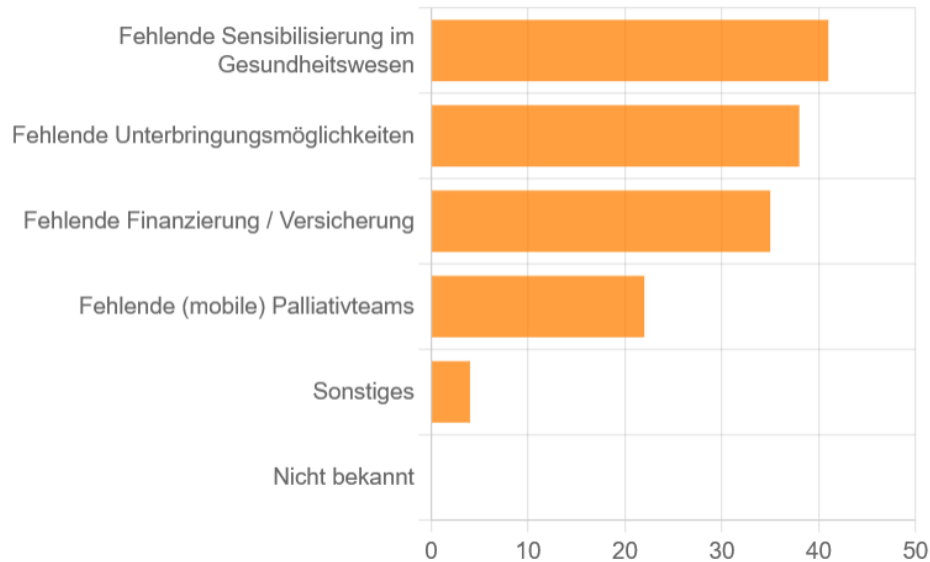


Abb. 9: Was sind die größten Versorgungslücken (Statistik aus Sosci-Survey)

1.3 Hindernisse in der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach

Nur vereinzelt wurden Menschen ohne Obdach im letzten vollen Kalenderjahr von Einrichtungen abgewiesen (in 2 Einrichtungen aus n = 67, siehe Abb. 10). Diese zwei Institutionen gaben in einer Folgefrage an, dass schätzungsweise „mind. 1“ bzw. „3“ Menschen ohne Obdach abgewiesen wurden.

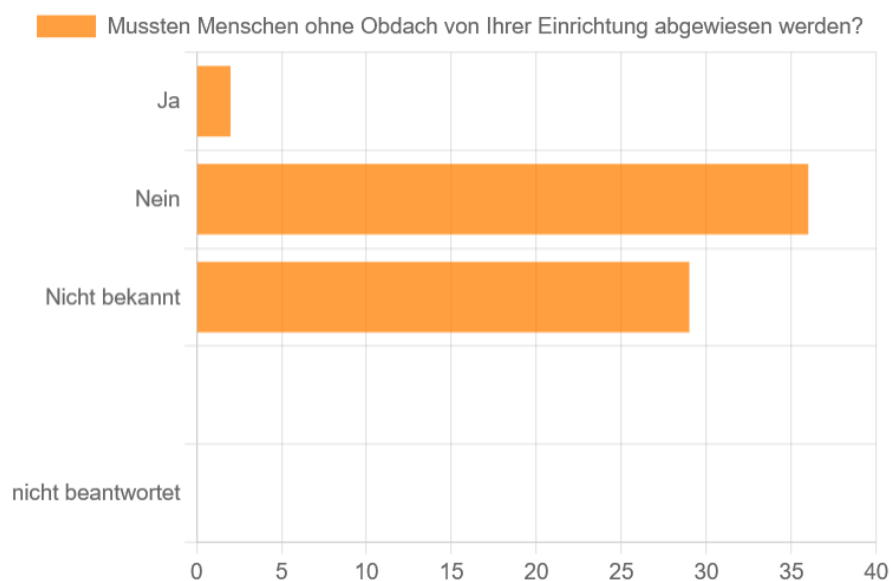


Abb. 10: Abweisungen von Menschen ohne Obdach (Statistik aus Sosci-Survey)

In Bezug auf die Hindernisse zur Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach erhielt von einer Liste von 8 Gründen die „Fehlende Finanzierung“ die meiste Zustimmung der Befragten (38,5% stimmten voll zu, siehe Abb. 11 und Tab. 1.1 im Anhang), und „Zeit-/Personalmangel“ die wenigste. Insgesamt am häufigsten als Hindernis gesehen (= am wenigsten „stimme gar nicht zu“ angekreuzt) waren „Soziale / psychische Belastungen“ und „Drogen-/Substanzgebrauch“.

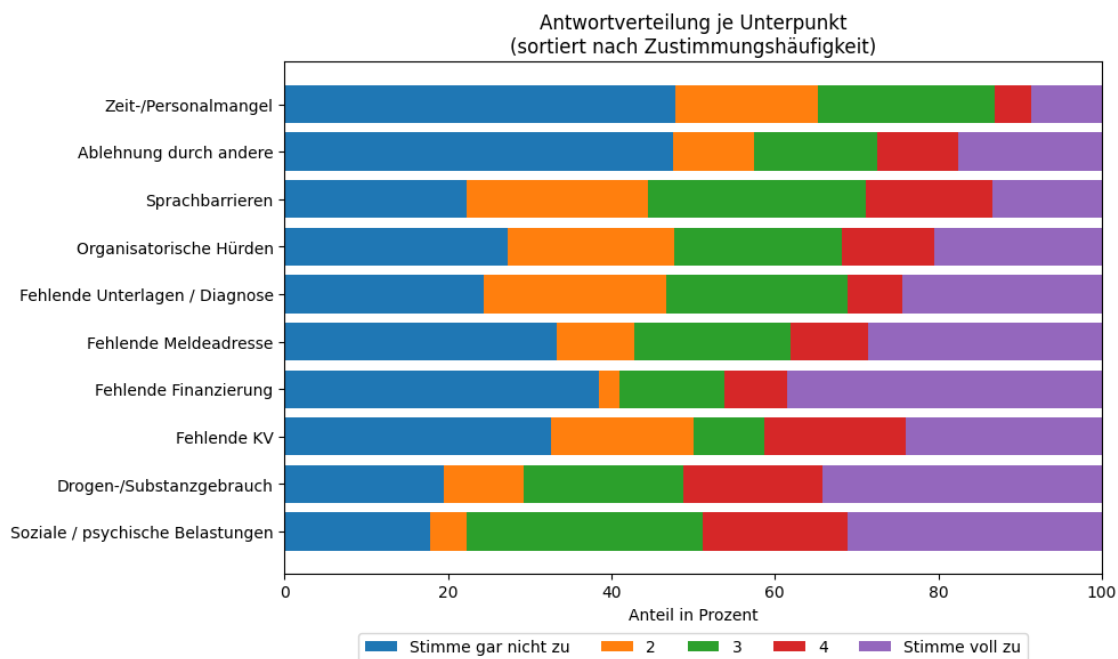


Abb. 11: Erschwerende Hindernisse für die Aufnahme oder Betreuung von Menschen ohne Obdach

Außerdem gab es erneut die Möglichkeit, selbst Hindernisse unter „Sonstiges“ einzugeben, wie „Abwertung der Personen als ‚Sandler‘“, oder dass Menschen ohne Obdach nicht von Ihnen betreut werden: „Angabe nur geschätzt, werden überwiegend von Sozialarbeit betreut“ und „wir arbeiten im extramuralen Bereich - bei Anfrage würde eine Lösung gefunden werden müssen.“ Außerdem die folgende Anmerkung „die Angaben beziehen sich auf Personen, die auf der Straße leben. In betreuten Einrichtungen für Obdachlose gibt es diese Hürden nicht“.

Ein weiterer Punkt ist die „fehlende dauerhafte Unterbringung mit pflegerischer Versorgung“, aber auch, dass man „als mobiles Team im ruralen Raum bis jetzt mit diesen Fragen nicht konfrontiert“ sei, und dass „Obdachlose Menschen werden gerade in meiner Hauptstadt-nahen Region schlichtweg nach Wien geschickt, um dort versorgt zu werden, dh. sie erscheinen bei uns nicht auf der Bildfläche.“ Dies haben wir auch schon in der Frage zu wie Menschen ohne Obdach von Ihrem Angebot erfahren (in Abbildung 6) gesehen, dass: „obdachlose Menschen "ziehen" vom Lungau weg“. Es ist wohl ein bekanntes Phänomen, dass Menschen ohne Obdach nach Wien und andere Ballungsräume geschickt werden bzw. dort hinziehen müssen.

Ob Drogen-/Substanzgebrauch ein echtes Problem für Hospiz- und Palliativversorgung darstellt oder dies nur eine Befürchtung ist, konnte in unserem Fragebogen nicht erhoben werden. Es gab allerdings auch keine offenen Eingaben, die dieses Thema besonders hervorgehoben hätten.

1.4 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Auf Abbildung 12 ist zu sehen, dass circa 13 Befragte (aus n= 60) bereits mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe zusammengearbeitet, aber eine größere Anzahl an Befragten (24) noch nicht, wovon sechs aber bereits planen, mit der Obdachlosenhilfe zusammenzuarbeiten.

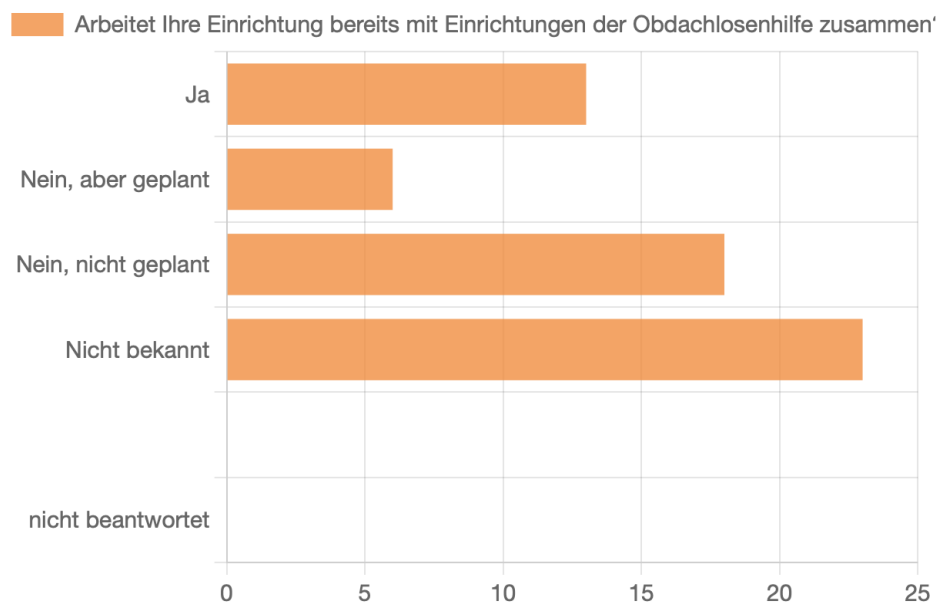


Abb. 12: Zusammenarbeit mit Obdachloseneinrichtungen (Statistik aus Sosci-Survey)

Wenn die Frage in Abb. 12 (Arbeitet Ihre Einrichtung bereits mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe zusammen?) mit „Ja“ angeklickt wurde, mussten die Befragten auch angeben, mit wem sie zusammenarbeiten und wie die Zusammenarbeit läuft. Da wurde am allermeisten die „Caritas“ genannt und deren Tagesstätten, Notschlafstellen und Ambulanzen, die „Volkshilfe“, das „Neunerhaus“, der „Vinzenzverein“, die „Wohnungslosenhilfe Wien Johanniter“, bzw. Notschlafstellen und Vereine für Obdachlose generell.

Besonders erfreulich ist, dass keine der befragten Institutionen (insgesamt 13 Antworten) findet, dass die Zusammenarbeit schlecht läuft (siehe Abb. 13).

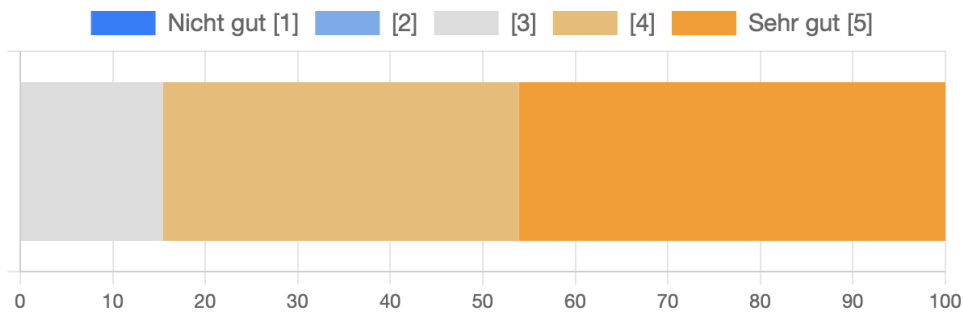


Abb. 13: Bewertung der Zusammenarbeit (Statistik aus Sosci-Survey)

In Abb. 14 ist zu erkennen, dass der Kontakt zur Obdachlosenhilfe nicht eindeutig ist (der Anteil an „nicht bekannt“ überwiegt stark).

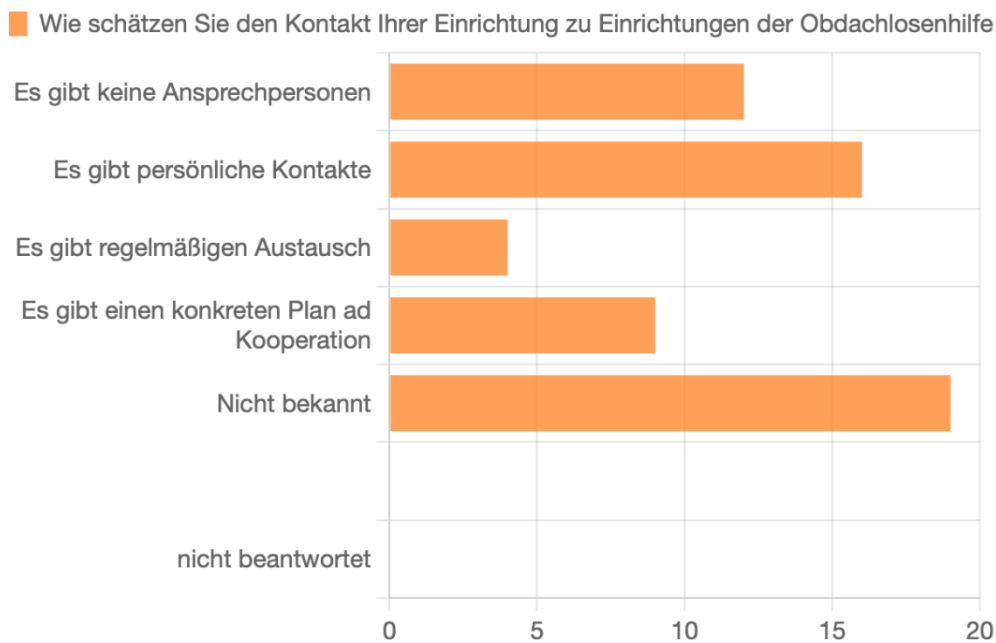


Abb. 14: Einschätzung des Kontakts der befragten Einrichtungen zu Einrichtungen der Obdachlosenhilfe (Statistik aus Sosci-Survey)

Bei der Frage zu den Bewertungen von Lösungsansätzen gibt es überwiegend positive Rückmeldungen zu allen Vorschlägen, „nicht sinnvoll“ wurde fast nie angekreuzt (siehe Abb. 15).

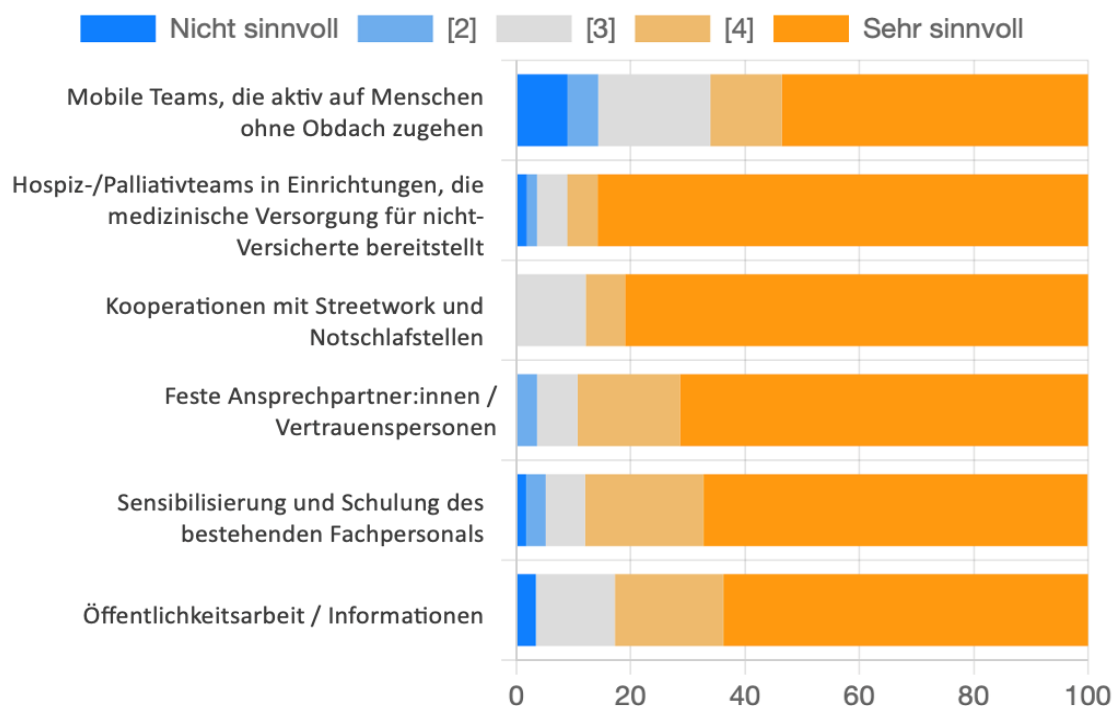


Abb. 15: “Wie bewerten Sie folgende Lösungsansätze zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach?” (Statistik aus Sosci-Survey)

Anmerkung: Die Fallzahlen variieren je Lösungsansatz n= 56-58, siehe Tabelle 1.2 im Anhang.

Auch die Möglichkeit „Sonstiges“ hat besonders viele Eigenangaben bekommen, wie man anhand Tabelle 6 sehen kann.

Lösungsansätze	
Cluster	Antworten
Strukturelle Rahmenbedingungen und Angebotsentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung von anderen Bundesländern und nicht immer nur von Steiermark - Finanzierung von allem oben genannten; Obdachlosen-Hospiz niedrigschwellig möglich ohne Auflagen eines "normalen Hospizes" - auf die Bedürfnisse dieser Personengruppe eingehend - Möglichkeit, 24/7 ein Dach über dem Kopf zu haben (auch ohne akute medizinische Indikation) bzw. Rückzugsorte auf der Straße
Fachliche Qualifizierung, Schulungen und Sensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> - DRINGEND Schulungen von Mitarbeitende in Einrichtungen der Obdachlosenbetreuung zum Thema Palliativ- und Hospizbetreuung, es gibt falsche Vorstellungen, Informationsdefizite was diese Art der Betreuung bedeutet und umfasst und auf welche Angebot man zurückgreifen bzw. mit diesen kooperieren könnte - durch diese Befragung wurde ich sensibilisiert - Reflexion zum Thema - Schwerpunkt für Sozialarbeit

	- ausgebildete Palliativmediziner*innen und entsprechende Pflegekräfte mit langjähriger Erfahrung einzusetzen
Vernetzung & Information	- Auf Betreuungspersonen zugehen und informieren. - "Buddysystem" zur Unterstützung bei zB Organisation und Einnahme von (Bedarfs)medikamenten - Early PC, Vertrauensbildung und Beziehungsaufbau vor Ort

Tabelle 6: Offene Antworten zu "Welche(n) weitere Lösungsansätze würden Sie für sinnvoll halten?" (Statistik aus Sosci-Survey)

1.5 Wahrnehmung und Vertrauen

Die Versorgung von Menschen ohne Obdach (insgesamt 28 Antworten) wurde mit 9 Antworten als eher nicht gut eingestuft (siehe Abb. 16).

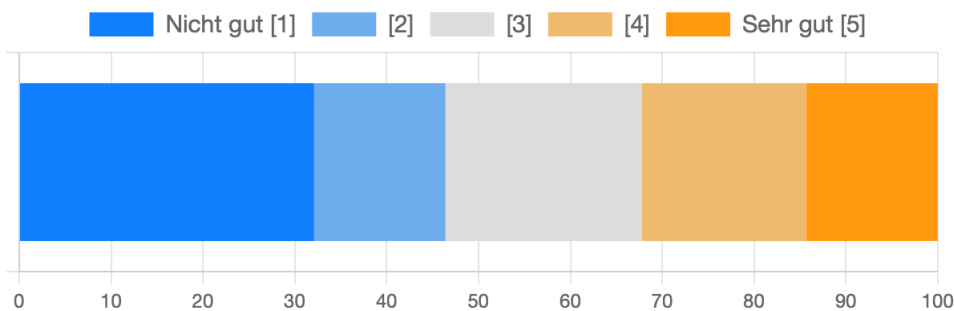


Abb. 16: Beurteilung derzeitige Versorgung (Statistik aus Sosci-Survey)

In der Abb. 17 ist zu erkennen, dass "Fehlende Finanzierung" sowie "Fehlende spezialisierte Strukturen" von der Mehrheit der Befragten als zentrale zukünftige Herausforderungen wahrgenommen werden. Zudem wurde unter "Sonstiges" angegeben, dass "Fehlende dauerhafte Unterbringungsmöglichkeiten mit pflegerischer Versorgung" eine weitere Herausforderung darstellen.

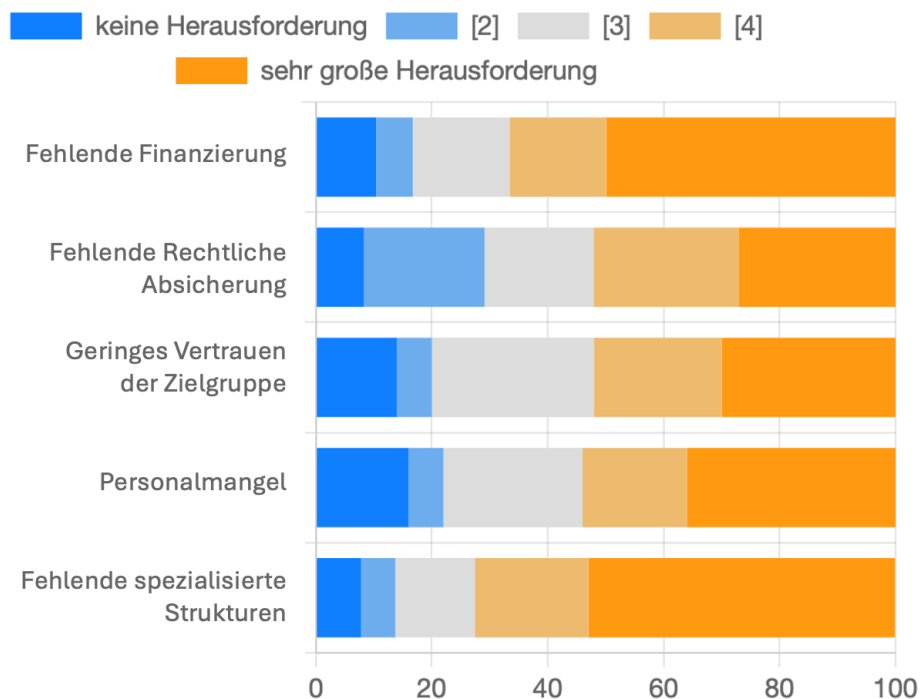


Abb. 17: "Was stellt aus Ihrer Sicht in Zukunft die größte Herausforderung dar?" (Statistik aus Sosci-Survey)

Anmerkung: Die Fallzahlen variieren je Herausforderung= 48-51, siehe Tabelle 1.3 im Anhang.

Die zur Frage nach Best-Practice Beispielen genannten Beiträge sind in Tabelle 7 dargestellt. Hauptsächlich gibt es dort aber nur die Antworten, dass es keine, wenige oder nur eine begrenzte Umsetzung von Maßnahmen zur Behandlung von Menschen ohne Obdach gibt. Dies könnte sein, da die Einrichtungen keine Best-Practice Beispiele kennen, da bereits davor bei den Lösungsansätzen „Ideen“ zur Verbesserung eingegeben wurden, und/oder da die Frage schon relativ spät im Fragebogen gestellt wurde.

Spezielle Maßnahmen oder Best-Practice Beispiele	
Cluster	Antworten / Zitate
Vorhandene Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Caritas-Cafe mit Versorgung - Die Offenheit aller Mitarbeiter unseres Teams auch diesen Menschen eine bestmögliche Palliativcare zukommen zu lassen
Keine bestehenden Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Leider nicht - Nein, Obdachlose werden nach Wien geschickt mit Ticket und Adressen und damit ist die allgemeine Versorgung vor Ort beendet. Traurig, aber wahr. - wir hatten noch nie eine Anfrage von obdachlosen Menschen - da in unserer ländlichen Region Obdachlosigkeit sehr selten ist bzw. oftmals von kurzer Dauer.

Begrenzte oder erschwerte Umsetzung von Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - die wenigen Begleitungen von Palliativteam-Mitarbeitende und Ehrenamtlichen in betreuten Obdachloseneinrichtungen funktionieren gut - allerdings oft problematisch die Zusammenarbeit und der Austausch mit den Zuständigen/Betreuenden vor Ort. Diese haben wenig Ressourcen, schwierig auch, dass oft nur untertags Betreuungspersonen vor Ort sind. Ein Sterben "daheim" in der Obdachloseneinrichtung hat viele Hürden
Fehlende Erfahrung mit entsprechenden Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - erst eine Anfrage einer kooperierenden Einrichtung erhalten, die bisher nicht zu einer Betreuung geführt hat - haben darin keine Erfahrung

Tabelle 7: Offene Antworten zu speziellen Maßnahmen oder Best-Practice Beispielen (Statistik aus Sosci-Survey)

1.6 Krankenversicherung

Wie Hospiz- und Palliativstationen mit Krankenversicherung umgehen, zeigt sich, dass sehr oft die Versorgung von Menschen ohne Obdach auch ohne Krankenversicherung möglich ist, und teilweise auch mit anderen Hilfsorganisationen oder Sozialdiensten kooperiert wird (siehe Abb. 18).

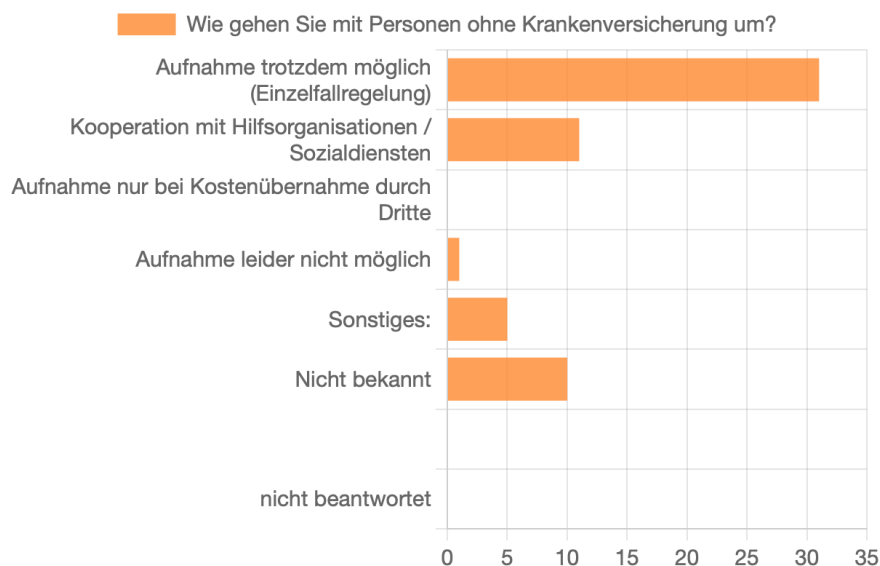


Abb. 18: Krankenversicherung Umgang (Statistik aus Sosci-Survey)

Unter „Sonstiges“ wurde auch in einem Fall angemerkt, dass „*dies waren bisher immer "Selbstzahler", den konkreten Fall einer obdachlosen Person gab es noch nie bei uns*“ (in der Tabelle 1.4. im Anhang alle Antworten abgebildet).

Die Befragung zeigt, dass die Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach bislang nur einen kleinen Teil der Einrichtungen betrifft. Rund ein Drittel der Befragten gab an,

im Jahr 2024 Menschen ohne Obdach betraut zu haben, wobei Betroffene häufig nach Wien oder andere größere Städte verwiesen werden. Zudem besteht nur in einem Fünftel der Einrichtungen eine Zusammenarbeit mit Obdachlosenhilfe, die dort jedoch überwiegend gut funktionieren. Als zentrale Hürden wurden vor allem fehlende finanzielle und strukturelle Ressourcen sowie sozial und psychische Belastungen genannt.

2 Ergebnisse aus den qualitativen Interviews

Die Interviews lieferten praxisnahe Einblicke in Versorgungswege, Kooperationsformen und Zugangshürden in der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach. Der leitfadengestützte Aufbau sorgte für eine vergleichbare Struktur in allen Gesprächen und ließ zugleich Raum, organisationsspezifische Besonderheiten und konkrete Beispiele zu vertiefen.

2.1 Interviews mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe

Im folgenden Abschnitt werden die Interviewaussagen aus vier Interviews der Mitarbeiter*innen aus drei unterschiedlichen Einrichtungen der Obdachlosenhilfe zu diversen Themen im Zusammenhang mit Hospiz- und Palliativversorgung von obdachlosen Personen erläutert.

2.1.1 Definition von „Hospiz- und Palliative Care“ & persönlicher Wissensstand

Alle Interviewpartner*innen kannten die grundlegende Definition von Hospiz- und Palliative Care und beschrieben diese weitgehend übereinstimmend. Gleichzeitig zeigte die Einstiegsfrage zum eigenen Wissensstand, dass zwar ein Basisverständnis vorhanden war, jedoch nur vereinzelt vertiefteres Wissen oder detaillierte praktische Kenntnisse vorlagen. Eine interviewte Person bringt rund fünf Jahre direkte Erfahrung in der Palliative Care mit. Eine weitere Person verfügt über keine formale palliative Ausbildung, hat jedoch durch die Praxisnähe im Arbeitsumfeld entsprechende Erfahrungen gesammelt. Eine dritte Person berichtet von grundlegendem theoretischem Wissen, aber nur wenig praktischer Erfahrung. Demgegenüber steht eine Aussage, in der der eigene Wissensstand zu Hospiz- und Palliativversorgung insgesamt als sehr gering eingeschätzt wird.

2.1.2 Bekanntheit Hospiz- und Palliativangebote

Die Bekanntheit von Hospiz- und Palliativangeboten sind unterschiedlich. Je nach Region bzw. Setting werden vor allem stationäre Angebote genannt (z. B. Palliativstationen, Palliativplätze und Hospizplätze). Im Wiener Kontext wird außerdem die mobile Palliativversorgung hervorgehoben und als Referenzpunkte werden dabei auch Elemente der bestehenden Palliativlandschaft erwähnt (u. a. mit der Nennung des „Himmelshafen“ in Graz). Aus der streetwork-orientierten Perspektive wird zwar grundsätzliches Wissen über Hospiz- und Palliativangebote beschrieben, zugleich jedoch betont, dass solche Angebote bislang nicht in niederschwellige bzw. aufsuchende Strukturen eingebunden seien.

2.1.3 Fachwissen im Team & Schulungsbedarf

Bei diesem Thema wird insgesamt deutlich, dass das palliative Fachwissen in den Teams oft begrenzt und vor allem praxisgetragen ist, weil viele Mitarbeitende nicht gezielt in Hospiz- und Palliativversorgung geschult wurden. Gleichzeitig wird beschrieben, dass in der Praxis meist sehr wohl gespürt wird, wann ein Fall „palliativ relevant“ wird, typischerweise dann, wenn sich der Gesundheitszustand sichtbar verschlechtert, der pflegerische Bedarf deutlich ansteigt und klar wird, dass die Situation nicht mehr im niederschweligen Rahmen der Einrichtung abgedeckt werden kann. Daraus ergibt sich eine Art „Rollenverständnis“: Die Teams können Grundversorgung, Beobachtung, Beziehung und Weitervermittlung leisten, aber für professionelle palliative Begleitung (z. B. Symptomkontrolle, Sterbeprozess fachlich begleiten) braucht es in vielen Fällen externe Expertise. Dies wiederum ist mit dem Wunsch nach klaren Palliativ-Ansprechpersonen/Teams verbunden, welche unkompliziert eingebunden werden können. Beim Schulungsbedarf wird außerdem betont, dass Weiterbildung vor allem dann sinnvoll sei, wenn sie praxisnah ist und zusätzlich zu den theoretischen Inhalten konkrete Beispiele geschildert werden, welche dabei helfen, die Situationen greifbar zu machen. Zusätzlich hilft es, wenn diese Strukturen und Kooperationswege so aufgebaut sind, dass diese Informationen auch tatsächlich angewendet werden können. Was die Bereitstellung von Schulungen/Fachwissen für Hospiz- und Palliativeinrichtungen geht, sind alle Einrichtungen willig, Wissen weiterzugeben, um die Versorgung beidseitig zu verbessern.

2.1.4 Gesundheitszustand

Übergreifend beschreiben die Interviewpartner*innen den Gesundheitszustand obdachloser Menschen als hoch komplex und häufig durch Mehrfacherkrankungen geprägt, wobei körperliche Beschwerden, psychische Belastungen und Suchterkrankungen oft gleichzeitig auftreten (Trimorbidität). In einem streetwork-nahen Setting wird zudem eine deutliche Verschärfung über die Jahre betont: „[...] *der Gesundheitszustand hat sich im Laufe der Jahre wirklich massiv verschlechtert. Es gibt immer mehr Klient*innen, die eben pflegerische Unterstützung bräuchten auf der Straße*“ (Zeilen 92 ff des Transkripts Interview 1).

Hinzu kommt, dass die Zielgruppe in mehreren Kontexten als zunehmend älter beschrieben wird, wodurch chronische und altersassoziierte Erkrankungen, inklusive steigender psychischer Erkrankungen und Demenz, weiter an Bedeutung gewinnen. Rahmenbedingungen wie fehlende Ruhe, eingeschränkte Hygienemöglichkeiten und nicht passende Unterbringungsstrukturen verstärken diese Problemlagen zusätzlich und erschweren Stabilisierung und Behandlung.

2.1.5 Medizinische Hilfe

Medizinische Unterstützung wird in den Interviews in unterschiedlichen Formen beschrieben und als weitgehend regelhafter Bedarf der Zielgruppe eingeordnet. Viele Betroffene kommen zunächst über sozialarbeiterische Angebote in Kontakt und werden erst darüber medizinisch angebunden,

weshalb die Verzahnung von Medizin und Sozialarbeit als zentraler Zugangspfad erscheint. In der praktischen Alltagsversorgung stehen wiederkehrende Aufgaben im Vordergrund, etwa Medikamentenorganisation und Verordnung, Einnahmekontrolle sowie kleinere pflegerische Maßnahmen wie Verbandswechsel, ergänzt durch Weitervermittlung bei Bedarf. Einzelne Einrichtungen sind dabei explizit auf die medizinische Versorgung von Menschen ohne Obdach sowie von nichtversicherten Personen spezialisiert. In streetwork-orientierten Settings wird medizinische Hilfe weniger als Kernauftrag der Sozialarbeit beschrieben, akute Situationen werden dort vor allem über Kooperationen mit mobilen Ärzteteams oder über die Rettung bearbeitet.

2.1.6 Gesundheitsangebote

Spezifische zusätzliche Gesundheitsangebote, insbesondere im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung, werden in den Interviews nicht als eigene Angebote der Einrichtungen beschrieben. Dort, wo ärztliche Leistungen bereitgestellt werden, bleiben diese häufig das zentrale bzw. einzige niedrighschwellige Angebot. In anderen Kontexten wird die aufsuchende bzw. ambulante Versorgung als wichtige Anlaufstruktur hervorgehoben (z. B. Med4Hope im Zusammenspiel mit Streetwork), insbesondere weil Betroffene Angebote oder Einrichtungen oft nicht erreichen können, etwa aufgrund eingeschränkter Mobilität.

2.1.7 Erfahrungen

Zum Thema, welche Erfahrungen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung bereits gemacht wurden, reichen die Antworten von kaum vorhandenen Berührungspunkten (in einer Einrichtung wurden keine oder nur sehr wenige Fälle erlebt; allenfalls vereinzelt mit sehr begrenzter Palliativversorgung) bis hin zu klarer Praxisrelevanz. Mehrmals wird von palliativen Fällen berichtet, die zwar nicht sehr häufig auftreten, jedoch ausgesprochen ressourcenintensiv sind.

Gleichzeitig wird ein steigender Bedarf beschrieben, da die Zielgruppe zunehmend älter und kränker wird (z. B. Krebs, COPD), während im Bereich der End-of-Life-Versorgung für wohnungslose Menschen nur wenige passende Ressourcen verfügbar seien, wie diese Aussage bestätigt:

*„[...] wir haben immer wieder Patient*innen, die auch mit nicht heilbaren Erkrankungen herkommen und die wir versuchen auch an die Palliativ-Care irgendwo anzubinden, aber nicht immer erfolgreich, würde ich jetzt mal sagen. Aber wir haben das schon immer wieder, also es ist schon ein Thema, es ist etwas, was uns sehr beschäftigt, weil eben diese Menschen dann eben auch sehr viele Ressourcen binden, wenn sie zu uns kommen.“ (Zeile 108 ff des Transkripts Interview 5).*

2.1.8 Emotionale Belastung im Team & vorhandene Unterstützungssysteme

Hier wird insgesamt klar, dass palliative Situationen für Teams emotional sehr belastend sind und besonders „schwierige Fälle“ den Mitarbeitenden viel abverlangen, wie dieses Beispiel deutlich macht:

„Es gab kürzlich einen Patienten, der jetzt schon verstorben ist, wo das gar nicht funktioniert hat, weil er einfach von seiner Persönlichkeitsstruktur sehr schwierig war. Und auch das Team, sowohl hier als auch im palliativen Team, einfach massiv überlastet hat mit seiner Art [...]“ (Zeilen 240 ff Transkript Interview 4).

Gleichzeitig wird beschrieben, dass es in der Praxis meist Entlastungs- und Auffangstrukturen gibt: zentral sind Supervisionen (regelmäßig bzw. anlassbezogen nach belastenden Ereignissen), teils auch Einzelsupervision, damit Mitarbeitende nicht allein mit Fällen bleiben. Ergänzend werden Arbeitspsycholog*innen bzw. psychologische Unterstützung sowie eine gute Besprechungs- und Debrief-Kultur genannt, die hilft, Erlebtes im Team zu verarbeiten. Als weiterer Stabilitätsfaktor gelten interdisziplinäre Fallbesprechungen/Fallkonferenzen, in denen komplexe Situationen gemeinsam getragen und Entscheidungen abgestimmt werden. Zusätzlich wird betont, dass bei Bedarf Weiterbildung ermöglicht wird, vor allem dort, wo im Team Wissen fehlt oder neue Anforderungen entstehen.

2.1.9 (Erwünschte) Kooperationen

Die beschriebenen Kooperationen sind uneinheitlich. Es besteht Zusammenarbeit mit mobilen Palliativteams und punktuell mit Palliativstationen (z. B. als Anlaufstelle für fachliche Expertise). Aber es wird kritisiert, dass Kooperationen teilweise stark von persönlichen Beziehungen bzw. Goodwill abhängen:

„Also es ist alles immer so ein bisschen auf Goodwill und nicht etwas, auf das wir uns berufen können, eben etwas, worauf wir uns auch verlassen können, und das macht es halt immer ein bisschen unsicher [...]“ (Zeilen 160 ff des Transkripts Interview 5)

Gewünscht wird daher eine formale und verlässliche Kooperationsbasis, anstatt das Gefühl vermittelt zu bekommen, sich in einer „Bittstellerposition“ zu befinden.

„Das wäre eben so genau der Punkt, den ich mir wünschen würde, dass man einfach Kooperationspartner hat, wo man sagt, an die kann man sich wenden, man hat ein Kontingent zum Beispiel, man hat eine Adresse, man hat ein E-Mail-Kontakt, man hat einen Telefonkontakt, der sich dafür zuständig fühlt und der auch, wo man da nicht auch an hundert Adressen herumtelefonieren muss, sondern wo man halt einfach sehr viel, glaube ich, an Zeitverlust und Reibung verliert.“ (Zeilen 171 ff des Transkripts Interview 5)

Andere Interviewpartner*innen berichten hingegen von keiner konkreten Zusammenarbeit und beschreiben die Praxis als „Hin-und-her-Reichen“ zwischen Einrichtung und Krankenhaus, weil die Einrichtung die Betroffenen pflegerisch nicht adäquat versorgen kann und zugleich keine stabile Anschlusslösung verfügbar ist.

2.1.10 Standardisierte Abläufe/Leitlinien

Klare Kooperationspartner, fixe Ansprechpartner*innen, Kontingente und direkte Kommunikationswege, werden gewünscht, da diese als Effizienz- und Entlastungsfaktor gesehen werden.

„[...] ich glaube eben, dass die Kooperationen besser sein müssten zu den Einrichtungen, beziehungsweise, dass man da einfach in irgendeiner Form, Leitlinien, Standards macht, irgendwie eine Kooperation hat, die auf guten Füßen steht, wo man einen verlässlichen Partner auf der anderen Seite hat.“ (Zeilen 433 ff des Transkripts Interview 5)

Demgegenüber wird aber betont, dass starre Leitlinien in der Palliativmedizin, insbesondere bei dieser Zielgruppe, nur schwer anwendbar seien, weil die Situationen stark individuell geprägt sind (*„[...] also gewisse Leitlinien sind gut und wichtig, aber ich muss ein bisschen flexibel sein [...]“* (Zeilen 279 f des Transkripts Interview 1)). Aus der streetwork-orientierten Perspektive wird ein pragmatischer Ansatz beschrieben: Zu Beginn könne ein grober Leitfaden Orientierung bieten, das konkrete Handeln solle sich jedoch an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten (und nicht umgekehrt). Eine weiterführende Konzeptentwicklung wird eher „aus der Praxis heraus“ erwartet, sobald entsprechende Fälle tatsächlich auftreten.

*„[...] wenn ich zuerst das Konzept habe, dann müssen sich die Klient*innen ans Konzept anpassen. Und ich hätte aber gern die Klient*innen und das Tun und ich würde dann gern das Konzept ans Tun anpassen.“* (Zeilen 275 ff des Transkripts Interview 1)

Insgesamt wird damit der Bedarf nach verlässlicheren Kooperationen und klaren Anlaufstellen sichtbar, die durch Standards bzw. Leitlinien gestützt werden, ohne die notwendige situative Anpassung zu behindern. Ergänzend wird hervorgehoben, dass es dafür auch passende Settings/Räume sowie Einrichtungen/Hospize bzw. Palliativstationen braucht, die diese Zielgruppe tatsächlich akzeptieren.

2.1.11 Bedarf and hospizlicher oder palliativer Versorgung

Insgesamt wird der Bedarf als hoch eingeschätzt:

„Bedarf? Ja, kann man gleich sagen, der Bedarf ist steigend. [...] Die Leute werden älter und damit geht aber auch einher, dass wir halt immer mehr Krankheiten sehen, die auch sozusagen am Lebensende stehen oder die das Lebensende bedingen. Das heißt, das Thema beschäftigt uns zunehmend [...]“ (Zeilen 128 ff des Transkripts Interview 4)

In einer Einrichtung wird aktuell von etwa 3–4 Personen ausgegangen, die palliative bzw. hospizliche Versorgung benötigen würden, während tatsächliche Übernahmen in Hospiz-/Palliativstrukturen in den letzten 2–4 Jahren nur vereinzelt gelungen seien. Als entscheidender Auslöser, Palliativ- oder Hospizversorgung aktiv zu organisieren, wird häufig der Punkt beschrieben, an dem eine Einrichtung erkennt, dass die Versorgung mit Grundversorgung und vorhandenen pflegerischen Ressourcen nicht mehr adäquat möglich ist.

2.1.12 Systemische Hürden

Über die Interviews hinweg werden palliative bzw. hospizliche Fälle als selten, aber besonders anspruchsvoll beschrieben, weil sie im Versorgungssystem auf strukturelle Grenzen stoßen: „[...] alle diese End-of-Life-Situationen sind für uns sehr herausfordernd, weil es sehr wenig Ressourcen gibt, auf die wir zugreifen können.“ (Zeile 140 f des Transkripts Interview 4). Genannt werden vor allem fehlende oder unpassende Plätze, geringe Flexibilität der Systeme und sehr kurze Zeitfenster. Zusätzlich erschweren praktische Barrieren den Zugang und die Organisation, etwa instabile Wohn- bzw. Aufenthaltssituationen, fehlende Ansprechpersonen, Sprachbarrieren und verpasste Termine. Damit verbunden ist der Eindruck, dass obdachlose Menschen bei der Vergabe knapper Ressourcen häufig nachrangig behandelt werden.

2.1.13 Fehlende Ressourcen & Infrastruktur

Insgesamt wird hierbei vor allem eine klare Ressourcen- und Strukturknappheit sichtbar: Es fehlt vielerorts sowohl an Personal „*In erster Linie Personal. Also Personalressourcen fehlen definitiv.*“ (Zeile 492 des Transkripts Interview 2), um eine wirklich intensive Begleitung bei palliativen Verläufen dauerhaft leisten zu können, als auch an passenden Räumlichkeiten für Rückzug, Ruhe und Abschied (z. B. ein eigener Rückzugs- bzw. „Abschiedsraum“). „*[es fehlen] adäquate Räume oder Zimmer, in denen man Sterbenskranke oder eben jemanden begleiten kann [...]*“ (Zeile 496 ff des Transkripts Interview 2). Dazu kommen materielle Engpässe im Alltag (Beispiele reichen bis hin zu Zusatzbedarfen wie Ernährung, die momentan nur über Spenden abgedeckt werden kann) und generell das Gefühl, dass die Rahmenbedingungen für eine „gute Sterbebegleitung“ in vielen Einrichtungen strukturell nicht mitbedacht worden sind. Gleichzeitig wird betont, dass stationäre palliative Versorgung bzw. ein eigenes Hospizangebot oft nicht Auftrag der Einrichtungen sei und deshalb auch nicht „einfach intern“ aufgebaut werden könne, und somit die Lücke zwischen Bedarf und real leistbarer Begleitung zusätzlich verstärkt. Einzelne Orte können fehlende Ruheräume nur begrenzt kompensieren, etwa indem versucht wird, Menschen in andere Unterbringungsformen zu bringen, dies ersetzt aber keine echte palliative Infrastruktur.

2.1.14 Sprachbarrieren

Bei diesem Thema wird insgesamt deutlich, dass Sprachbarrieren je nach Setting sehr unterschiedlich stark ins Gewicht fallen, aber dort, wo sie auftreten, eine zentrale Hürde für

Versorgung und Vermittlung darstellen. Häufig braucht es pragmatische Lösungen wie Übersetzungs-Apps (z. B. Google Übersetzer) oder telefonische Unterstützung durch ehrenamtliche Dolmetscher*innen, wobei Datenschutz dabei als wichtiger limitierender Faktor mitschwingt. Gleichzeitig wird Video-Dolmetsch als besonders relevantes Instrument beschrieben, weil es ad hoc verfügbar ist und in sensiblen (auch palliativen) Gesprächen grundsätzlich viel häufiger als Mindeststandard genutzt werden sollte. Kritisch gesehen wird, dass vorhandene Dolmetsch-Angebote in Krankenhäusern teils zu selten eingesetzt werden, aufgrund des Aufwandes, der mangelnden Routine oder des Zeitdrucks.

„Also es hätten theoretisch alle Krankenhäuser ebenfalls Zugang zu so einem Video-Dolmetsch. Es wird aber selten genutzt. Also unserer Erfahrung nach ist das für die Leute aufwendig. Es gibt keine Routine, sie finden das zeitraubend und es wird einfach nicht gemacht. Und das bedeutet, dass wir bei Leuten, bei denen es wirklich um viel geht, möglicherweise eine Begleitung zur Verfügung stellen müssen, dass wir mit denen irgendwo hingehen müssen, entweder mit einem Dolmetscher-Person oder mit diesem Video-Dolmetscher-Tablet, dass wir dann dort hingehen müssen und schauen, dass das Gespräch trotzdem zustande kommt. Und das ist halt auch limitiert. Also wenn jemand jeden Tag zur Chemotherapie gehen soll oder sie Termine hat in zwei Wochen, dann sind wir da schneller an unseren Grenzen. Und dann sind die Personen halt im System ein bisschen aufgeschmissen.“ (Zeilen 389 ff des Transkripts Interview 4)

Ergänzend wird die Idee genannt, Betroffene und Teams stärker über Übersetzungs-Apps zu „ermächtigen“, um Kommunikationslücken im Alltag schneller zu überbrücken. In anderen Kontexten spielen Sprachbarrieren hingegen kaum eine Rolle.

2.1.15 Personenbezogene Hürden, Timing und Scheitern

Neben diesen systemischen Faktoren werden personenbezogene Hürden beschrieben, insbesondere Instabilität sowie eingeschränkte Entscheidungs- und Zustimmungsfähigkeit. Mehrfach wird betont, dass niemand „einfach untergebracht“ werden könne und Betroffene häufig zunächst „nach Hause“ oder „zu Hause sterben“ wollen, wie es diese Aussage schildert:

„Was wir aber nicht, vergessen dürfen, ist, dass bei uns die Bewohner selbstbestimmt sind. Also wir können zwar gewisse Dinge für sie organisieren, aber sie müssen dem Ganzen zustimmen. Das heißt, ich kann jemanden nicht einfach auf eine Palliativ- oder Hospizstation vermitteln, ohne die Zustimmung unseres Bewohners. Also das geht nicht. Das ist auch oft ein Stolperstein, wo dann der Bewohner sagt: "Nein, möchte ich auf gar keinen Fall, weil, ich will praktisch in mein Zuhause zurück. Ich will zu Hause sterben." Und es ist oft sehr schwer, ihnen zu vermitteln, dass das bei uns pflegerisch nicht möglich ist, in der Intensität, in der er es bräuchte. Also dem Ganzen da sind Grenzen gesetzt. Das dauert oft sehr lange, bis das

dann auch eingesehen wird von unseren Bewohnern.“ (Zeilen 243ff des Transkripts Interview 2)

Dadurch verschiebt sich Organisation oft nach hinten und erfolgt erst bei akuter Verschlechterung, wodurch der Krankenhausweg zur dominanten Lösung wird. Als häufigster Scheiterpunkt wird insgesamt benannt, dass geeignete Angebote fehlen oder keine Einrichtung bereit ist, Fälle zu übernehmen.

2.1.16 Verdrängung, Misstrauen & Angst

Hier zeigt sich insgesamt, dass Gespräche über Krankheit und Sterben bei vielen Betroffenen oft nicht „oben aufliegen“, weil der Alltag stark von akuten Überlebensfragen geprägt ist (Sicherheit, Essen, Schlafplatz, Stress). Dadurch werden Erkrankungen häufig verdrängt oder sogar aktiv negiert, und medizinische Maßnahmen (z. B. Therapien/Medikamente) werden teils unzuverlässig angenommen, sodass Einrichtungen in der Praxis gelegentlich mit engmaschiger Begleitung oder kontrollierter Abgabe reagieren müssen. Gleichzeitig kommt vor, dass Tod und Sterben emotional stark abgewehrt oder auch auffallend gleichgültig bewertet werden – nicht unbedingt aus „Kälte“, sondern als Schutzstrategie oder Folge langanhaltender Belastung. Ein zentraler Punkt ist außerdem Misstrauen: Negative Erfahrungen mit Systemen und das Gefühl, nicht ernst genommen oder „falsch eingeordnet“ zu werden, machen Offenheit schwer: *„[...] die Angst, Gesundheitssysteme aufzusuchen, weil es einfach schlechte Erfahrungen gibt.“* (Zeilen 322 f des Transkripts Interview 4). Ablehnung von Unterstützung ist deshalb häufig nicht endgültig, sondern Ausdruck von Angst (z. B. vor Veränderung, vor Kontrollverlust, davor das vertraute Umfeld zu verlassen, besonders bei psychischen Erkrankungen).

2.1.17 Vertrauen/Beziehung/Dranbleiben

Viele nehmen Hilfe eher dann an, wenn sie über Vertrauen und Beziehung angebunden ist und wenn sie im vertrauten Umfeld stattfindet. Deshalb wird als wirksam beschrieben: geduldige, wiederholte Gesprächsangebote, verständliches Erklären, Dranbleiben ohne Druck und das Akzeptieren, dass ein „Nein“ oft Teil eines längeren Prozesses ist, und meist nicht die endgültige Antwort der Betroffenen, wie diese Aussage beschreibt:

„[...] viel Geduld und viel Zuwendung und vielen personellen Ressourcen, die [in den Umgang mit den Betroffenen] noch reingebuttert werden. Genau, also wir bleiben da schon dran und sind da sehr verständnisvoll. Wir wissen ja auch, was die Leute teilweise durchgemacht haben, aus welchen Situationen sie kommen. Dass manche sehr gute Gründe dafür haben, dass sie misstrauisch sind. Und wir versuchen da einfach Beziehungs- und Vertrauensaufbau im ersten Schritt, bevor es weitergehen kann.“ (Zeilen 351 ff des Transkripts Interview 4)

In palliativen Situationen kann zusätzlich die Erwartung an Heilung Gespräche erschweren; umso wichtiger ist eine stabile Begleitung, gerade wenn kein soziales Netzwerk vorhanden ist.

2.1.18 Weitervermittlung

Als typischer Ablauf einer Weitervermittlung werden Kontaktaufnahme, das Zusammentragen erforderlicher Unterlagen sowie eine Begutachtung bzw. Abklärung beschrieben. Gleichzeitig wird hervorgehoben, dass häufig kein formalisiertes Verfahren existiert und Vermittlungen stark von persönlichen Netzwerken und einzelnen Schlüsselkontakten abhängen: „[...] die typische Vermittlung läuft eben über diesen persönlichen Kontakt mit dem mobilen Palliativ-Team und das heißt, wir rufen an, wir schildern die Situation, wir schicken Unterlagen hin, wir fragen an.“ (Zeilen 194ff des Transkripts Interview 5). In einzelnen Fällen wird mobile Palliativversorgung als grundsätzlich möglich beschrieben, gleichzeitig kommt es jedoch auch zu Abbrüchen, etwa bei Überforderung durch komplexe Verläufe, oder zu Verläufen, in denen Betroffene bei Verschlechterung ins Krankenhaus kommen und dort versterben, wie diese Aussage erläutert:

„Und es kommt natürlich vor, dass wir Leute bei uns betreuen, solange es geht, solange es irgendwie möglich ist. Und die dann irgendwann doch in ein Krankenhaus kommen, weil sie sich akut verschlechtern und dann dort versterben“ (Zeilen 248 ff des Transkripts Interview 4)

Aus streetwork-orientierter Perspektive wird zusätzlich betont, dass Weitervermittlungen in Hospizeinrichtungen praktisch kaum stattfinden, insbesondere wenn Versicherung oder Leistungsanspruch fehlen. Wenn überhaupt, erfolge Weitervermittlung eher in alternative Einrichtungen. Damit wird als zentrale Ursache weniger ein einzelner Prozessschritt als vielmehr eine strukturelle Versorgungslücke beschrieben.

2.1.19 Zusammenarbeit mit Ärzt*innen

Zugänge: Die zeitnahe ärztliche Abklärung des Gesundheitszustands obdachloser Menschen wird je nach Setting unterschiedlich beschrieben. Aufsuchende Angebote (z. B. Med4Hope; zusätzlich werden der Louisebus und AmberMed genannt) ermöglichen zumindest Erstuntersuchungen. In einer anderen Einrichtung erfolgt die Erstabklärung über einen Hausarzt*in bzw. Allgemeinmediziner*in im Rahmen regelmäßiger Visiten. Als besonders relevante Fachrichtung wird die Psychiatrie hervorgehoben, da psychische Belastungen, Suchtproblematiken und Instabilität Therapietreue und Einwilligungsfähigkeit wesentlich beeinflussen.

Engpässe: Als großes Problem werden jedoch sehr lange Wartezeiten für Fachärzt*innen sowie untersuchungsintensive Abklärungen genannt (ca. sechs Monate bis ein Jahr). Dadurch gelingt eine weiterführende Diagnostik häufig nicht „zeitnah“, sondern erst verspätet.

Folgen: Praktisch führt dies dazu, dass weiterführende Abklärung oft erst bei akuter Verschlechterung über den Krankenhausweg erfolgt. Dieser mündet jedoch nicht immer in stabile

Lösungen (z. B. Rückverlegung am selben Tag, fehlende Anschlussversorgung) und kann „Krankenhaus-Hopping“ mit zusätzlichem Stress und Ängsten auslösen.

„[...] dann beginnt eben dieses Krankenhaus-Hopping, wo wir dann sagen, so, der nächste und der nächste. Also ins nächste Spital und ins nächste Spital, was enorm unangenehm auch für unsere Bewohner ist, weil wie gesagt, sie haben eine psychiatrische Grunderkrankung und die meisten können dann mit Veränderungen sowieso schwierig umgehen beziehungsweise, es löst bei ihnen wieder Ängste aus, wenn sie weitergereicht werden.“ (Zeilen 339 ff des Transkripts Interview 2)

2.1.20 Erforderliche Kompetenzen für eine gelingende Zusammenarbeit

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit wird vor allem die passende Haltung als Grundvoraussetzung beschrieben: Mitarbeitende bedürfen einer intrinsischen Motivation, das Klientel verstehen zu wollen, mit dieser Klientel arbeiten zu wollen und bereit zu sein, sich auf das Setting „Straße“ einzulassen: *„Aber ich glaube, das ist unbedingt notwendig, dass Hospiz auf die Straße geht.“* (Zeilen 159 f des Transkripts Interview 1). Zentral sind außerdem Vorurteilsfreiheit und ein nicht-wertender Zugang, verbunden mit echtem Verständnis dafür, dass bei Betroffenen oft mehrere Themen gleichzeitig zusammenkommen (körperliche Erkrankung, psychische Belastungen und komplexe Lebenslagen). Als Schlüsselkompetenz wird Kommunikation genannt: klar, respektvoll und beziehungsorientiert, weil Vertrauen meist langsam entsteht und es Geduld, Zeit und konsequente Beziehungsarbeit braucht, wie dieses Zitat bestätigt: *„[...] sie brauchen extrem lange, um Vertrauen aufzubauen, und sich auch zu öffnen. Das funktioniert nur, wenn man ihnen wirklich vorbehaltlos gegenübertritt und das auch ehrlich.“* (Zeilen 589 ff des Transkripts Interview 2) Dazu gehören Echtheit und Verlässlichkeit, da neue Mitarbeitende von den Betroffenen häufig auf ihre Entschlossenheit und Ernsthaftigkeit „getestet“ werden. Ergänzend wird betont, dass Peer-Mitarbeitende (ehemals obdachlose Personen) Kommunikation auf Augenhöhe erleichtern können und dass eine biografie-/personenzentrierte Kompetenz wichtig sei. Als sinnvoll werden zudem Schulungen gesehen, welche die Lebensrealitäten („Ballast“) der Betroffenen sichtbar machen und für diese sensibilisieren.

2.1.21 Sinnvolle Ansätze zur Verbesserung der palliativen Versorgung

Diesbezüglich wird vor allem ein deutlicher Ausbau- und Spezialisierungsbedarf beschrieben: Es braucht Versorgungsangebote, die auch für Menschen ohne Ansprüche/Versicherung tatsächlich zugänglich sind – konkret wird eine Palliativstation für diese Zielgruppe sowie zusätzlich eine Pflegestation als Zwischenlösung genannt, also eine Pflege-„Brücke“ zwischen Krankenhaus und Notquartier, die nicht nur akutmedizinisch, sondern stabilisierend-versorgend arbeitet, wie diese Aussage betont:

„[...]es fehlt in Wien definitiv, nach so einer Zwischenstelle. Im Krankenhaus musst du nicht behandelt werden, weil du Pflege brauchst und die Notquartiere sagen, ich kann dich nicht nehmen, weil du Pflege brauchst...es fehlt dieses Zwischending zwischen Krankenhäusern und Krankenhaus und Straße. Und das fehlt wirklich massiv.“ (Zeilen 843 ff des Transkripts Interview 1)

Gleichzeitig wird als besonders wirksamer Ansatz der Ausbau von mobilen, spezialisierten Palliativteams betont, welche Erfahrungen mit Wohnungslosigkeit/Randgruppen haben, regelmäßig in Einrichtungen kommen (vergleichbar mit Visiten-Modellen) und eng mit den Teams vor Ort zusammenarbeiten. Verbunden damit ist der Wunsch, dass Streetworker*innen bzw. Hospizbegleiter*innen mehr Zeit für Betroffene haben und auch „Wünsche am Lebensende“ ermöglicht werden

2.1.22 Zentrale Akteur*innen in der Versorgungskette

In den Interviews wird deutlich, dass eine wirksame Versorgungskette nur funktioniert, wenn mehrere zentrale Akteur*innen frühzeitig und koordiniert zusammenspielen. Als erste Schnittstelle „draußen“ werden Streetworker*innen und Sozialarbeit in/bei Einrichtungen gesehen (Beziehung, Motivation, Koordination, Vermittlung), medizinisch braucht es Hausarzt*innen/Allgemeinmediziner*innen für regelmäßige Basisversorgung und Einschätzungen sowie bei schweren Diagnosen den Zugang zu Facharzt*innen und Krankenhäusern für Diagnostik und Akutversorgung. Gleichzeitig wird betont, dass Hospiz- und Palliativdienste viel früher und praktischer eingebunden werden sollten (z.B. über mobile, spezialisierte Teams und fixe Ansprechpartner*innen), damit Betroffene nicht erst dann „ins System“ aufgenommen werden, wenn es bereits akut ist und nur noch das Krankenhaus als Weg übrigbleibt. Außerdem wird gefordert, dass palliative Versorgung bereits auf der Straße beginnen kann. Dafür braucht es genug Mitarbeitende und Freiwillige, aber auch ganz konkrete Bausteine wie Streetwork, Ärzt*innen auf den Straßen, palliative Betreuung und vor allem Einrichtungen, welche schwer kranke Menschen aufnehmen:

„[...] es braucht da einfach einen eigenen Rahmen für diese Menschen, wo sie sich bewegen können und wo sie eben nicht so als Fremdkörper angesehen werden, sondern wo einfach eingegangen wird auf ihre Bedürfnisse, wo sie gesehen werden mit den Schwierigkeiten, die sie einfach haben und das wäre mein Wunsch, dass es halt so wie es Pflegeheime geben sollte für Menschen, die solche Bedürfnisse haben, sollte es eben genauso auch vielleicht ein Hospiz oder eine Palliativstation geben, die sich wirklich spezialisiert [...]“ (Zeilen 443 ff des Transkripts Interview 5)

Entscheidend sei, dass Pflege, Krankenanstaltenverbund, Wohnungslosenhilfen und Sozial-Einrichtungen gemeinsam handeln, anstatt dass Betroffene, aufgrund der fehlenden Struktur, „hin und her“ geschoben werden. Wichtig ist auch, dass die Versorgung nicht dauerhaft auf

ehrenamtlicher Arbeit gestützt werden darf, sondern eine belastbare Struktur benötigt wird. Mithilfe einer verlässlichen Betreuung können Folgekosten (wie Rettungseinsätze, ambulante Aufenthalte) verringert werden. Als übergeordnete Verantwortung wird sehr klar die öffentliche Hand/Politik gesehen: Ohne verlässliche öffentliche Finanzierung (als Beispiel wird die Stadt Wien genannt, mit Relevanz über Wien hinaus) sei das nicht nachhaltig tragbar. Zusätzlich werden Dachverbände/Organisationen als wichtige operative Partner genannt, um Standards, Zuständigkeiten und Kooperationen praktisch umzusetzen. Als zentraler Akteur wird auch die Politik adressiert, denn geplante Kürzungen im Sozialbereich verschärfen die Situation und ein Anstieg der Wohnungslosigkeit und eine Überlastung der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfen wird befürchtet.

2.2 Obdachlosenhospiz Himmelshafen

Der „Himmelshafen“ ist ein Obdachlosenhospiz in Graz und hat insgesamt acht Betten zur Versorgung von obdachlosen Menschen, die krank sind. Zwei der verfügbaren Betten sind eigens für Menschen, die Hospiz- und Palliativversorgung benötigen, reserviert. Der Versorgungsumfang reicht von Übergangspflege, über Langzeitpflege bis hin zu Versorgung am Lebensende und Sterbebegleitung. Der Interviewleitfaden mit den konkreten Fragestellungen befindet sich im Anhang.

2.2.1 Zugang und Aufnahmeprozess

Der Aufnahmeprozess ist niederschwellig gestaltet. Aus dem Interview geht hervor, dass eine telefonische Anfrage genügt, die meist von Obdachloseneinrichtungen und Streetworker*innen oder Krankenhäusern ausgeht. Die betroffenen Personen selbst nehmen in der Regel nicht selbstständig Kontakt zur Einrichtung auf. Neben dem Anruf ist weiters nur ein ärztlicher Befund notwendig, der bestätigt, dass Versorgungs- oder Hospizbedarf besteht, weil beispielsweise eine lebenslimitierende Krankheit vorliegt. Außerdem müssen die Aufzunehmenden volljährig sein. Als weiteres leichteres Aufnahmekriterium wird ein Mindestmaß an Gruppentauglichkeit vorausgesetzt.

Als Gründe für eine Weitervermittlung von Betroffenen an den Himmelshafen nennt der/die Gesprächspartner*in, dass die Betreuung vor Ort in den Obdachloseneinrichtungen nicht mehr möglich ist, weil die Person zu krank ist. Im konkreten Umfeld des Himmelshafen wird nach Möglichkeit regelmäßig die Betreuung von Menschen aus dem gegenüberliegenden Vinzidorf (Obdachloseneinrichtung der Elisabethinen) übernommen. Positiv erwähnt wird auch die Vernetzung innerhalb der Community im Land Steiermark und darüber hinaus. So gab es für den Himmelshafen in der Vergangenheit bereits Anfragen aus anderen Bundesländern wie z.B. Wien und Niederösterreich, wobei die Häufigkeit der Anfragen jedoch nach Bundesland stark differiert.

2.2.2 Finanzierung und Versicherung

Der Himmelshafen finanziert sich zu einem großen Teil durch Spenden. Diese unterteilen sich in einmalige, nicht im Voraus planbare Spenden und Patenschaften, die sich jährlich wiederholen und deshalb planbar sind.

Der zweite Teil der Gelder, die dem Himmelshafen zur Verfügung stehen, ist ein Zuschuss des Landes Steiermark über den Gesundheitsfonds, der jedoch keine Regelfinanzierung darstellt.

Ein dritter und großer Teil der Gelder kommt aus einer Finanzierung des Sozialministeriums, die für die Skalierung sozialer Innovationen angedacht ist. Im Interview wurde erklärt, dass hierbei die zwei Hospizbetten die soziale Innovation und die weiteren sechs Betten, Himmelshafen Care, die Skalierung dieser Innovation darstellen.

Als Herausforderung werden die große Planungsunsicherheit sowie die generell knapp bemessenen Ressourcen, auch im Hinblick auf Personal, genannt. Aufgrund der Unsicherheit der finanziellen Mittel ist es nicht immer möglich das Potenzial voll auszuschöpfen, da Reserven eingeplant werden müssen, sollte es ein Loch in der Finanzierung geben, welches übertaucht werden soll und muss.

Kommen Menschen ohne Krankenversicherung zum Himmelshafen, werden die Behandlungskosten zur Gänze vom Himmelshafen übernommen. Das Vorliegen einer Versicherung ist kein Entscheidungskriterium für eine Aufnahme in der Einrichtung.

2.2.3 Bedarfe und Barrieren Betroffener

Im Interview werden verschiedene Barrieren und Hemmnisse angesprochen, die die Betroffenen äußern. Unter anderem sind Scham, Angst und Misstrauen große Themen. Generell wird bemerkt, dass die Einstellungen zum Thema Lebensende und Sterben bei den Menschen ohne Obdach jedoch sehr individuell und verschieden sind und von Akzeptanz bis Leugnung reichen.

Gegen Sprachbarrieren ist der Himmelshafen gut gewappnet. Einerseits kommen Übersetzungs-Apps zum Einsatz. Andererseits bringen die 24-Stunden-Betreuer*innen gute Sprachkenntnisse der slawischen Sprachen mit. In wichtigen Fällen wird auch darauf zurückgegriffen professionelle Übersetzer*innen zu engagieren.

Die genannten Gründe aus welchen Menschen ohne Obdach einen Platz im Himmelshafen ablehnen, beschränken sich auf die strengeren Regeln in der Einrichtung im Verhältnis zu Obdachloseneinrichtungen. So gilt im Himmelshafen beispielsweise ein Rauchverbot.

Laut Angaben des/der Interviewpartner*in wird in solchen Fällen versucht den Betroffenen konkret aufzuzeigen welche Vorteile es für sie bringt sich im Himmelshafen behandeln zu lassen. Konkret genannte Argumente sind beispielsweise eine professionelle Schmerzbehandlung, Betreuung bei Atemnot und generelle medizinische Versorgung.

Der/die Gesprächspartner*in antwortet auf die Frage, was für die Zukunft wichtig wäre, dass der Sozialbereich und die Obdachloseneinrichtungen sehr stark profitieren könnten, würde jede*r einmal an einer Schulung zum Thema Sterben und Lebensende teilnehmen. Dabei wird jener Kurs, der vom Hospizverein angeboten wird, konkret genannt. Unterstrichen wird die Relevanz von Kooperationen für die Zukunft und Weiterentwicklung, damit Aufklärung und Weiterbildung zum Umgang mit Sterbenden und Menschen am Lebensende bereitgestellt werden kann.

Ambulante Betreuung gibt es im Himmelshafen aktuell keine und auch für die Zukunft ist das im Konzept für die Einrichtung nicht angedacht. Gründe dafür sind hauptsächlich, dass auf ambulantem Wege nicht die nötige Privatsphäre für die betroffenen Personen gewährleistet werden kann und die allgemeinen Rahmenbedingungen nicht ideal wären, so sind beispielsweise ambulant in Obdachloseneinrichtungen zu wenig Sauberkeit und Platz vorhanden. Außerdem könnten dort Schmerzmittel, die u.a. Opium enthalten, nicht verabreicht werden, weil dies ein Suchtmittel darstellt.

Als alternative Idee zur ambulanten Hospizbetreuung wird erneut Tendenz zur Errichtung und Gründung mehrerer kleinerer Einrichtungen wie dem Himmelshafen auch in anderen Bundesländern genannt.

2.2.4 Erfahrungen und Herausforderungen

Die Erfahrung zeigt, dass sich die kleine Größe mit acht Betten als optimal erweist, da so individuelle und persönliche Betreuung und Behandlung gewährleistet werden können. Zudem hat sich der niederschwellige Zugang bewährt, da er so am besten an die Personengruppe Menschen ohne Obdach angepasst ist. (Das vorherige System verlangte eine Aufnahme auf die Palliativstation der Elisabethinen und erlaubte erst danach eine Verlegung der Patient*innen in den Himmelshafen. Dieser längere und umständlichere Weg war auch mit sehr viel mehr bürokratischen Aufwand verbunden.) Was sich zudem bewährt hat, ist die Mischung aus Bewohner*innen mit Kurzzeitpflegebedarf mit jenen mit Langzeitpflege- und Hospizbedarf, weil so innerhalb der Einrichtung mehr Flexibilität zum Verlegen gegeben ist und nach Bedarf auch die Behandlung intensiviert werden kann.

Schwierigkeiten, die genannt werden, sind einerseits, ob sich die Bewohner*innen der Einrichtungen untereinander verstehen, da die räumliche Situation nur die Aufteilung auf Zwei- und Drei-Bett-Zimmer zulässt, andererseits ist es häufig anspruchsvoll genug Ärzt*innen zu finden, die sich in der Einrichtung beteiligen wollen. Dies vor allem auf Hausärzt*innen und nicht auf Palliativmediziner*innen bezogen.

Außerdem wird hervorgehoben, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen fehlen, die es ermöglichen ein Hospiz für Obdachlose nach einheitlichen und anerkannten Kriterien zu errichten.

In weiterer Folge fehlt aufgrund dieses Mangels an rechtlichen Rahmenbedingungen und Richtlinien die Möglichkeit zur Finanzierung für solche Einrichtungen.

Da der Bedarf für Hospizbetreuung für Obdachlose lokal sehr hoch ist, bedarf es einer lokal angedachten Lösung, damit Menschen ohne Obdach am Lebensende nicht mehr von einer Stadt in eine andere umsiedeln müssen. Um den Menschen zu ermöglichen in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben, wird bemerkt, dass es künftig von Vorteil sein kann kleine Hospize für Obdachlose auch in anderen Bundesländern anzusiedeln.

Grundsätzlich sieht der/die Interviewpartner*in jedoch den Bedarf nach Langzeitpflege noch größer als jenen nach Hospiz und bemerkt, dass dieser Langzeitpflegebedarf anschließend in Hospizbedarf übergeht.

2.2.5 Entwicklung und Zukunft

Aus dem Interview gehen einige Richtungsweiser für die Zukunft hervor. An erster Stelle wird die Aufklärungsarbeit, die es bei Mitarbeitenden und Sozialarbeiter*innen in Obdachloseneinrichtungen sowie bei Streetworker*innen noch braucht, erwähnt.

Generell soll durch mehr Öffentlichkeitsarbeit noch mehr Bewusstsein und Verständnis für das Thema Obdachlosigkeit und Lebensende auch bei der breiten Bevölkerung geschaffen werden.

Ein Ziel für die Zukunft des Himmelshafens, das im Interview mehrmals genannt wird, ist es kleine Zweige in allen Bundesländern zu gründen. Diese sollen in Zusammenarbeit mit Hospiz Österreich entstehen, sodass großflächig nicht nur Hospiz, sondern auch Care und Langzeitpflege angeboten werden können.

3 Online-Seminar

Aus den im Rahmen des Webinars „Palliative Care trifft Straßenmedizin“ (einleitend bereits Pkt II.3.3) gewonnenen fachlichen Impulsen ergaben sich mehrere relevante Aspekte, die das Verständnis der Versorgungssituation von palliativ erkrankten Menschen ohne Obdach vertieften und zusätzliche Perspektiven auf strukturelle, organisatorische und praktische Herausforderungen eröffneten. Diese Erkenntnisse ergänzen die Ergebnisse der Fragebogenerhebung und der Expert*inneninterviews und werden im folgenden Kapitel näher dargestellt und systematisch eingeordnet.

3.1 Finanzierungsprobleme als zentrales Hindernis

Schon der Fragebogen identifizierte fehlende finanzielle Mittel zumindest teilweise als großes Hemmnis in der Versorgung obdachloser Menschen (vgl. Abb. 17). Im Workshop wurde dieser Engpass deutlich bestätigt und vertieft. So berichtete eine Teilnehmerin aus einem spezialisierten Hospizprojekt, dass *„der limitierende Faktor [...] einfach die Finanzierungssituation [ist]. Bei uns*

mit den acht Betten sind wir massiv auf Spendengelder angewiesen. Man hat keine Planungssicherheit. Man weiß am Jahresende, ob man genug Geld gehabt hat“ (Zeilen 2025 ff des Onlineseminar-Transkripts). Dieses Zitat untermauert die Fragebogenergebnisse, wonach Finanzierungslücken die Aufnahme obdachloser Menschen oft erschweren.

3.2 Fehlende Krankenversicherung und bürokratische Hürden

Die Fragebogendaten wiesen darauf hin, dass viele Einrichtungen Wege finden müssen, auch nichtversicherte Patient*innen zu versorgen (ein Großteil gab an, Obdachlose notfalls auch ohne Versicherung aufzunehmen). Der Workshop ergänzte hierzu wertvolle Hintergründe. Er machte deutlich, warum Obdachlose oft keine Krankenversicherung haben und folglich spät in Betreuung kommen. Eine Streetwork-Expertin schilderte: *„[Viele] Menschen [haben] keine Krankenversicherung. Sie hätten Ansprüche, schaffen aber den Termin am AMS nicht, weil wenn man obdachlos ist, hat man keine Uhr, kein Handy... [Sie] haben keine [Kranken]versicherung und deswegen [finden sie] sehr spät oft Gesundheitsdienste“* (Zeilen 352 ff des Onlineseminar-Transkripts). Hinzu kommen laut der Expertin gesundheitliche und situative Faktoren, wie etwa akute Schmerzen, Kälte, Erschöpfung oder der Einsatz von Alkohol und anderen Substanzen als Bewältigungsstrategie. Diese können dazu führen, dass frühmorgendliche Termine faktisch nicht wahrgenommen werden können.

Diese Erläuterungen verdeutlichen die im Fragebogen aufgezeigte Problematik fehlender Versicherung in der Praxis. Sie vertieft das Verständnis dafür, warum Hospize flexibel reagieren müssen: Nicht nur die Versorgung Unversicherter selbst ist eine Herausforderung, sondern bereits der Zugang zum Sozialsystem scheitert oft.

3.3 Know-how und Schulungsbedarf des Personals

Ein weiteres Hindernis aus dem Fragebogen war die geringe Erfahrung mancher Hospiz- und Palliativteams im Umgang mit obdachlosen Patient*innen. Der Workshop hat hierzu Lösungsansätze geliefert, indem er auf die Bedeutung von Sensibilisierung und Fortbildung hinwies. So wurde von einer teilnehmenden Ärztin berichtet, dass Aufklärungsarbeit beim medizinischen Personal, insbesondere in Krankenhäusern, sehr wichtig ist: *„Wenn wir Schulungen machen in Krankenhäusern, [kommen die] eigentlich immer recht gut an, wenn man dann einfach darauf aufmerksam macht, auf diese Dinge. Weil normalerweise gehen wir immer von dem aus, was für uns normal ist“* (Zeilen 1301 ff des Onlineseminar-Transkripts). Sie ergänzt, dass das Ausgeben von Alltagsgegenständen wie Zahnbürsten oder frischen Socken in der Regelversorgung nicht vorgesehen ist, allerdings *„muss man das in der Straßenmedizin halt machen. Und das sollte eigentlich auch in der Regelmedizin ein bisschen einfließen, dass es hier noch viele, viele andere Notwendigkeiten neben dem offensichtlichen gibt“* (Zeilen 1308 ff des Onlineseminar-Transkripts). Auch die Bereitstellung von Waschmöglichkeiten in Krankenhäusern kann dazu beitragen,

Schamsituationen für betroffene Patient*innen zu vermeiden und wurde in der Vergangenheit von zuvor geschultem Krankenhauspersonal bereits umgesetzt und durchwegs positiv aufgenommen.

Diese Ausführungen zeigen, wie durch gezielte Schulungen Wissenslücken und Berührungängste abgebaut werden können, was letztlich die im Fragebogen erhobenen Hindernisse reduziert.

3.4 Vertrauensaufbau als Schlüssel zum Zugang

Wie bereits zuvor ausgeführt, sind Vertrauen und Beziehung für die Versorgung obdachloser Menschen. Im Workshop wurde dieses Thema durch konkrete Erfahrungen untermauert. Eine Teilnehmerin schilderte etwa, wie durch geduldige Beziehungspflege ein Patient überhaupt erst behandlungsbereit wurde: „*[Eine Kollegin] hat mit dem Klienten so lange gesprochen und das Vertrauen aufgebaut, dass der Klient mehr oder weniger freiwillig ins Krankenhaus mitgefahren ist*“ (Zeilen 1464 ff des Onlineseminar-Transkripts). Diese Anekdote ergänzt die Interviewergebnisse um praxisnahe Details. Sie verdeutlicht, wie Vertrauensarbeit funktionieren kann, nämlich durch kontinuierliche Zuwendung, bis ein freiwilliges Mitwirken der Patient*innen möglich wird.

Der Workshop lieferte hier auch den Best Practice-Hinweis, dass Beziehungsarbeit oft Zeit braucht, jedoch essenziell ist: Manchmal dauert es lang bis das Vertrauen einfach da ist, manchmal hingegen ginge es schon beim ersten Einsatz. Straßenmedizin wurde in diesem Zusammenhang u.a. als „*Beziehungsmedizin*“ beschrieben (Zeile 185 des Onlineseminar-Transkripts). Tab. 15 hält nochmal fest, wie wichtig Vertrauenspersonen und feste Bezugskräfte sind.

3.5 Aufsuchende Betreuung und interorganisationelle Vernetzung

Der Workshop bestätigte nachdrücklich, dass bessere Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und proaktive Betreuung außerhalb klassischer Settings nötig sind und lieferte konkrete Erweiterungen. Eine zentrale Aussage aus dem Workshop lautet: „*Die Lösung kann nur sein: Aufsuchung und Kooperation mit Einrichtungen und die Kommunikation untereinander. [...] Beginnen muss es immer mit dem Aufsuchenden, weil einfach viele Menschen [es] nicht schaffen zu Einrichtungen. Da muss der erste Schritt hingehen*“ (Zeilen 537 ff des Onlineseminar-Transkripts).

Das Seminar macht also deutlich, dass aufsuchende Betreuung und eine enge Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Einrichtungen zentrale Voraussetzungen für die Versorgung obdachloser Menschen sind, da viele Betroffene klassische Angebote nicht erreichen.

3.6 Psychosoziale Bedürfnisse und Umgang mit Sterbensangst

Das Seminar verdeutlichte die zentrale Bedeutung psychosozialer Begleitung für obdachlose Menschen am Lebensende, insbesondere im Umgang mit Sterbensangst, Einsamkeit und dem

Wunsch nach Würde. So wurde ein Fall geschildert, in dem ein obdachloser schwerkranker Mann große Angst vor dem Sterben hatte. Solche Fälle machen deutlich, wie zentral die seelische Betreuung für obdachlose Menschen am Lebensende ist. Gleichzeitig zeigen Workshop-Beispiele auch, wie darauf reagiert werden kann; etwa durch niedrighschwellige Angebote wie das Besorgen von vertrauten oder niederschweligen Unterstützungsangeboten (im betreffenden Fall das Bereitstellen von Trinknahrung) und den Beistand durch vertraute Personen. Auch unerfüllte Wünsche helfen in solchen Situationen, wie im geschilderten Fall eine Wunschfahrt in ein Wolf Science Center, da er Wölfe so sehr liebt. Diese Facetten ergänzen die Ausführungen zum Umgang mit Angst und Würde am Lebensende.

V. ZUSAMMENHÄNGE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Um die Forschungsfrage zu beantworten, teilen wir diese in drei Teile. 1. Wie sieht die aktuelle hospizliche und palliative Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach in Österreich aus?, 2. Wie kann Hospiz Österreich einen besseren Zugang zu Hospiz- und Palliativversorgung ermöglichen? und 3. Welche strukturellen, organisatorischen, rechtlichen sowie praktischen Faktoren beeinflussen den Zugang dieser besonders vulnerablen Zielgruppe zu bestehenden Angeboten?

1 Aktuelle hospizliche und palliative Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach in Österreich

Im Moment gibt es nur sehr wenige Daten zu dem Stand von Menschen ohne Obdach in Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Um die aktuelle hospizliche und palliative Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach abbilden und verbessern zu können, ist der Aufbau eines Lagebilds hilfreich. Dieser Endbericht soll einen ersten Schritt dafür darstellen.

1.1 Regionale Situationsanalyse: Wien & Steiermark VS andere Bundesländer

Eher wenige (nur 26 von 89) der Einrichtungen haben überhaupt angegeben, dass eine Person ohne Obdach bei ihnen versorgt wurde. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Menschen ohne Obdach oft direkt nach Wien geschickt werden, wie mehrmals in den offenen „Sonstiges“-Angaben erwähnt (vgl. Tabelle 7). Dadurch stellt sich die Frage, inwiefern eine Expertise bei denjenigen besteht, die noch keine Person ohne Obdach betreut haben. Trotzdem liefern diese Einrichtungen ebenfalls kritische Informationen dazu, was es vielleicht noch brauchen würde. Zum Beispiel, dass sich manchmal nicht um Menschen ohne Obdach in hauptstadtnahen Regionen direkt gekümmert wird, sondern diese nach Wien geschickt werden.

Im Fragebogen haben eher wenige Institutionen aus Wien geantwortet. Auch unter denjenigen 26 die mit JA geantwortet haben, dass eine Person ohne Obdach von ihnen versorgt wurde, haben auch nur 2 Einrichtungen angegeben, dass sie in Wien sässig sind. Allerdings könnte es sein, dass der Fragebogen einfach nicht an so viele Einrichtungen in Wien ging. Der Verteiler war nämlich

nicht auf spezifisch Einrichtungen, die bereits etwas mit Obdachlosen zu tun hatten, zugeschnitten. Allerdings leben in Wien die meisten Menschen ohne Obdach, was einen höheren Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung vor Ort impliziert. Hier stellt sich also die Frage, wieso vergleichsweise wenige Institutionen aus Wien den Fragebogen nicht beantwortet haben.

Außerdem stellen regionale Kapazitätsgefälle ein weiteres Hindernis für wohnortnahe Hospiz- und Palliativversorgung dar. Insbesondere der “Verweis nach Wien” (vgl. Tabelle 7) erschwert den Zugang für Betroffene aus anderen Bundesländern. Ebenfalls unter den Lösungsansätzen gab es mehrmals die Antwort, dass auch andere Bundesländer berücksichtigt werden sollen als Wien oder Steiermark. Daher sollte es zur Verbesserung der regionalen Versorgungssituation einen gezielten Kapazitätsausbau außerhalb Wiens, bzw. mehr niederschwellige Angebote in allen Bundesländern geben, damit es auch nachhaltige Lösungen an anderen Orten gibt. Dies ist besonders wichtig, vor allem da Hospiz- und Palliativ-Angebote für Menschen ohne Obdach sehr niederschwellig sein sollten. Es kann nicht von Niederschwelligkeit gesprochen werden, wenn die Betroffenen pendeln müssen, um Versorgung zu erhalten. Dabei könnten kombinierte Versorgungsmodelle aus mobilen Teams, temporären Rückzugsorten (vgl. Tabelle 6) sowie Fallkoordinationen im ländlichen Raum dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen und bedarfsgerechtere Versorgung zu ermöglichen.

1.2 Best-Practice-Beispiele

Zu der offenen Fragebogen-Frage bezüglich Best-Practice-Beispielen konnten wir nicht viel herausfinden (Tabelle 7), außer dass das „Caritas-Cafe mit Versorgung“ anscheinend gut funktioniert. Sonst wurde dort nur angegeben, dass es keine bestehenden Best-Practice Beispiele in ihrer Organisation gibt bzw. sie keine kennen, da das Problem für sie noch nie von Relevanz war in einer ländlichen bzw. hauptstadt-nahen Region. Außerdem gab es eine Antwort dazu, dass Maßnahmen eher weniger gut funktionieren, beispielsweise funktionieren die wenigen Begleitungen von Palliativteam-Mitarbeitende und Ehrenamtlichen in betreuten Obdachloseneinrichtungen zwar gut, aber die Zusammenarbeit und der Austausch mit den Zuständigen/Betreuenden vor Ort sei oft problematisch. Diese hätten wenig Ressourcen, und schwierig sei auch, dass oft nur untertags Betreuungspersonen vor Ort sind. Der Fakt, dass fast keine real existierende Best-Practice Beispiele in unserem Fragebogen gefunden wurden, aber viele mögliche Lösungsansätze, zeigt, dass besonders fehlende Rahmenbedingungen und Umsetzungskapazitäten das Nadelöhr darstellen, und nicht die Bereitschaft zu helfen oder Lösungsideen zu finden.

Auch aus den Interviews geht nur der Grazer Himmelshafen als Best-Practice Beispiel hervor, welcher an mehreren Stellen erwähnt wird, jedoch aufgrund seiner bewusst klein gewählten Größe hauptsächlich vor Ort aktiv ist. Auch die punktuell vorhandenen mobilen Palliativteams ermöglichen einen niederschweligen Zugang, dort fehlt noch die Brücke, in Form einer

Pflegestelle o.ä., zwischen Krankenhaus und Notquartier, die Hospizversorgung und Pflege für diese Personengruppe ermöglicht. Die Bemerkung, dass der Zugang oft erst über Akutkrankenhäuser erfolgt und vielfach vom Goodwill und Netzwerk der Sozialarbeiter*innen und Ärzt*innen abhängt, zeigt, dass hier noch eine Lücke besteht, die es zu schließen gilt.

2 Ermöglichung eines besseren Zugangs zu Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach von Hospiz Österreich

Basierend auf den vorgeschlagenen Lösungsansätzen und den offenen Antworten des Fragebogens gäbe es folgende Ideen einen besseren Zugang ermöglichen könnten: Einerseits sollte die aufsuchende und flexible Versorgung gestärkt werden, mit mobiler Hospiz- und Palliativversorgung und Early Palliative Care vor Ort (Straße, Notschlafstelle, Tageszentrum) für niedrigschwellige, wiederkehrende Kontakte. Damit Vermittlungen nicht an fehlenden Unterlagen, verpassten Terminen oder kurzen Zeitfenstern scheitern, braucht es ein klares Koordinationsmodell, welches die Kommunikation zwischen Streetwork, Unterkunft, Krankenhaus und Palliativteam bündelt. Dadurch wird auch Vertrauen aufgebaut, es ist ebenfalls wichtig, dass sich für Menschen ohne Obdach Vertrauenspersonen etablieren, bei welchen sie eine/n feste/n Ansprechpartner*in haben.

Da, wie durch die Interviews erfasst, Ablehnung von Unterstützung häufig Ausdruck von Angst, Kontrollverlust oder schlechten Systemerfahrungen ist, sollte Hilfe als wiederholbares, niedrigschwelliges Angebot verstanden werden. Gespräche sollten im vertrauten Setting stattfinden, in klarer und einfacher Sprache, ohne Druck, aber verlässlich. Sinnvoll ist ein Format mit alltagsnahen Fragen (z. B. ‚Was ist Ihnen gerade wichtig? Wen sollen wir im Notfall anrufen?‘), das kurz dokumentiert wird.

Ebenfalls sollte die Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach unabhängig vom Versicherungsstatus sichergestellt werden. Sie ist zwar im Moment laut Fragebogen entweder als Einzelfallregelung, also dass die Aufnahme auch ohne Krankenversicherung möglich ist, oder durch die Kooperation mit Hilfsorganisationen möglich. Allerdings wird durch die Interviews deutlich, dass Weitervermittlungen an Hospizeinrichtungen gar nicht erst stattfinden, weil entsprechende Möglichkeiten für Menschen ohne Obdach, insbesondere ohne Versicherung bzw. Leistungsanspruch, nicht verfügbar seien. Deswegen sollten Hospiz- und Palliativeinrichtungen spezifisch darauf vorbereitet werden, wie mit solchen Fällen umgegangen werden soll. Beispielsweise könnten solche Einzelfallaufnahmen bei fehlender Versicherung standardisiert werden, damit die Kosten- und Zuständigkeitsfrage bereits mit Sozialdiensten abgesprochen und festgelegt sind. Im Himmelshafen werden beispielsweise die Kosten von Menschen ohne Obdach von der Einrichtung selbst übernommen. Allerdings muss es, damit dies überhaupt zustande kommen kann, einen guten Zugang zum Sozialsystem geben (vgl. Online-Seminar), sonst besteht das Risiko, dass die Behandlung bereits daran im Vorhinein scheitert.

3 Strukturelle, organisatorische, rechtliche und praktischen Hürden aus Sicht der Sozial-Einrichtungen sowie aus Sicht der Hospiz-Einrichtungen

3.1 Strukturelle Hürden

Viele Hospiz- und Palliativeinrichtungen verfügen bislang über keine systematische Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe (vgl. Abb. 12). Es gibt zwar stellenweise gute Zusammenarbeit (vgl. Abb. 13), die jedoch auch nicht in allen Fällen optimal ausgestaltet ist (vgl. Tabelle 6). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, dass der Dachverband gezielt Anreize schafft und strukturelle Rahmenbedingungen fördert, um die Kooperation zwischen den beteiligten Akteur*innen nachhaltig zu schaffen bzw. zu stärken.

Kooperationen sollten auch nicht vom Goodwill einzelner Personen abhängen, sondern verbindlich organisiert werden. Dazu gehören formalisierte Absprachen bzw. Kooperationsvereinbarungen, klare Zuständigkeiten, fixe Ansprechpartner*innen auf beiden Seiten und definierte Reaktionszeiten. Zusätzlich braucht es gemeinsam abgestimmte Eskalations- und Übergangswege, damit in kritischen Situationen schnell entschieden werden kann, wer zuständig ist und wie ein Übergang organisiert wird. Aus den Interviews geht hervor, dass noch nicht genügend spezialisierte Teams, die sich mit Hospiz- und Palliativversorgung für Obdachlose Menschen beschäftigen. Außerdem stoßen obdachlose Menschen noch um ein Vielfaches öfter auf sehr lange Wartezeiten für Fachabklärung bei Krankenhausbesuchen, sowie genereller Rigidität und Ablehnung bei Aufnahme in Krankenhäusern und dem Transport zu selbigen mit Rettungsdiensten. Das führt oft zu sog. „Krankenhaus-Hopping“. Um das einzudämmen, muss schnellere Abklärung von palliativen Situationen mit kooperierenden Krankenhäusern mit gelockerten Zugangsvoraussetzungen bei Erstaufnahme gesichert werden. Um den Bedarf nach Hospizbehandlung für Menschen ohne Obdach abdecken zu können bietet es sich an ein fixes Kontingent über verbindliche Kooperationsverträge mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen zu vergeben, welches explizit dieser Personengruppe zugeschrieben wird. Ein anderer Weg können alternative Versorgungssettings sein, die vor allem als gute Zwischenlösung funktionieren können, z. B. Hospiz im Hostel/regelmäßige Palliativ-Präsenz in Unterkünften oder medizinisch betreute Übergangsplätze („medical respite“-Logik). Das folgt der Evidenz, dass solche Settings Zugang erleichtern, Vertrauen schaffen und unnötige Krankenhausaufenthalte reduzieren können. Ein Anfang dafür können beispielsweise regelmäßige fixe Vor-Ort-Zeitslots eines mobilen Palliativteams in der Einrichtung (z. B. 2×/Monat), mit kurzer Fallbesprechung mit Sozialarbeiter*innen/Pfleger*innen sein. Allenfalls ist ein Kapazitätsaufbau österreichweit gefragt, der den Langzeitpflegebedarf, der später zu Hospizbedarf wird, abzudecken. Dahingehend empfiehlt sich eine bundesweite Lösung mit einem Netzwerk kleiner lokaler Hospiz- und Pflegeeinrichtungen, die gezielt darauf ausgerichtet sind Menschen ohne Obdach aufzunehmen.

3.2 Organisatorische Hürden

Laut Interviews mangelt es in den Einrichtungen oft an Personal. Die Begleitung sterbender Menschen in instabilen Lebenslagen erzeugt eine hohe emotionale Belastung. Damit Teams nicht ausbrennen, sollten Unterstützungssysteme (z. B. regelmäßige Supervision, Debriefings nach Todesfällen, klar benannte Unterstützungsangebote, Trauerverarbeitung, fortlaufende Schulungen zur Thematik) fest verankert werden. Solche wiederkehrenden Formate erhöhen Handlungssicherheit, verbessern Schnittstellenkommunikation und stabilisieren die Versorgungsqualität. Durch die Interviews wurde uns klar, dass die Begleitung sterbender Menschen in instabilen Lebenslagen hohe emotionale Belastung erzeugt.

Der Personalmangel wird in den Ergebnissen des Fragebogens ebenfalls als wiederkehrende Herausforderung dargestellt (vgl. Abb. 11, 17 und Tabelle 7) und wirkt sich unmittelbar auf die Umsetzung niedrigschwelliger und aufsuchender Versorgungsangebote aus. Besonders der gezielte Einsatz qualifizierter Palliativmediziner*innen und Pflegepersonen mit langjähriger Erfahrung und die aufsuchende Arbeit (vgl. Tabelle 6) sind wichtig.

Die Ergebnisse des Fragebogens zeigen deutlich, dass es bislang kaum spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote zur hospizlichen und palliativen Versorgung von Menschen ohne Obdach gibt. Ein Großteil der befragten Einrichtungen gab an, noch keine entsprechende Schulung zu diesem Themenfeld erhalten zu haben (vgl. Abb. 7). In den offenen Antworten unter den Lösungsansätzen (vgl. Tabelle 6) wurde wiederholt ein dringender Bedarf an gezielten Schulungen für Mitarbeitende formuliert; eine Teilnehmende an der Befragung betonte zudem, dass sie erst durch die Befragung selbst für die besonderen Bedürfnisse obdachloser Menschen am Lebensende sensibilisiert worden seien.

Diese Einschätzungen wurden auch im Rahmen des Online-Seminars bestätigt, in dem insbesondere aus ärztlicher Perspektive hervorgehoben wurde, dass die Versorgung dieser Zielgruppe spezifische fachliche und kommunikative Kompetenzen erfordert und der Einsatz entsprechend ausgebildeter (Palliativ)mediziner*innen von zentraler Bedeutung ist. Vor diesem Hintergrund erscheint der systematische Ausbau von Sensibilisierungs-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für medizinisches, pflegerisches und sozialarbeiterisches Fachpersonal als zentrale Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und würdevolle Versorgung. Schulungen sollten dabei sowohl fachliche Aspekte der Palliativmedizin als auch Kenntnisse zu Obdachlosigkeit, Mehrfachbelastungen und interdisziplinärer Zusammenarbeit umfassen. Wie im Online-Seminar z.B. deutlich wurde, kann bereits die Weitergabe vermeintlich „einfacher“ praxisnaher Informationen (etwa zur Bereitstellung von Wasch- und Duscmöglichkeiten in Krankenhäusern) wesentlich dazu beitragen, Hemmschwellen abzubauen und den Umgang mit obdachlosen Patient*innen spürbar zu verbessern.

Die Interviews geben ebenfalls Aufschluss darüber, dass auf beiden Seiten noch Aufklärungs- und Weiterbildungsbedarf besteht, um die Kooperation der beiden Seiten, Hospiz und Obdachlosenhilfe, zu verbessern. Ziel dabei sollte der Ausbau von Schulungen seitens Hospiz Österreich für Menschen im Sozialbereich und in der Obdachlosenhilfe sein, damit die Mitarbeitenden dieser Bereiche allgemein über das Thema Sterben und Lebensende aufgeklärt werden können, das Thema weiter enttabuisiert wird und mehr Bewusstsein dafür geschaffen wird. Auch in die andere Richtung, von der Obdachlosenhilfe an Hospiz Österreich, sollten Schulungen angeboten werden, die ein umfassendes Bild über die Situation und Realität Obdachloser am Lebensende an Hospizmitarbeitende bereitstellen. Ergänzend kann eine gezielte Schulung von Rettungsdiensten/Paramedics zur palliativen Unterstützung vor Ort unnötige Hospitalisierungen reduzieren.

Bedarf einer Verbesserung bzgl. der Kooperation zwischen Hospiz- und Obdachloseneinrichtungen lässt sich ebenfalls aus der Fragebogenauswertung ableiten (vgl. Abb. 12). Als Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen diesen Parteien wäre die Benennung von festem Ansprechpartner*innen innerhalb der beteiligten Organisation (vgl. Abb. 14) sowie die Bildung von Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe (z. B. Caritas, neunerhaus, Volkshilfe) möglich. Dadurch kann der Informationsaustausch erleichtert und Zuständigkeiten transparenter werden.

Fragmentierte Zuweisungen stellen eine weitere organisatorische Herausforderung dar. Der Informationsfluss zwischen Streetwork, Sozialarbeit, Krankenhäuser sowie Ambulanzen für nicht versicherte Personen stellt eine maßgebliche Rolle für den Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung dar, ist jedoch bislang nicht ausreichend standardisiert (vgl. Abb. 6). Zur Verbesserung der Koordination wären einheitliche, vereinfachte Zuweisungsprozesse sinnvoll. Des Weiteren können strukturierte Rückmeldeschleifen zwischen zuweisenden Stellen und Palliativteams zur Transparenz des Versorgungsverlaufs beitragen und eine Zusammenarbeit verbessern.

Da Sterben generell noch ein großes Tabuthema in der Gesellschaft ist und in Bezug auf Menschen ohne Obdach noch viel mehr auf Ablehnung und Abwehrhaltung in der Bevölkerung stößt, wird in den Interviews angemerkt wie wichtig Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung für die Zukunft sind. Damit soll die gesellschaftliche Sensibilität für die Situation obdachloser Menschen am Lebensende erhöht werden. Wichtig dabei wird auch die politische Anerkennung der Thematik als Querschnittsmaterie von Sozial-, Gesundheits- und Wohnungspolitik.

3.3 Rechtliche Hürden

Wie aus den verschiedenen Interviews hervorgeht, fehlen zum aktuellen Zeitpunkt die rechtlichen Rahmenbedingungen, um ein Hospiz speziell für Menschen ohne Obdach bestmöglich gestalten,

umsetzen und finanzieren zu können. Dahingehend ist für die Zukunft Initiative seitens Hospiz Österreich notwendig, um Bund und Länder auf die Relevanz der Thematik aufmerksam zu machen, dass sich diesbezüglich Richt- und Leitlinien zur Ausgestaltung entwickeln können. Dabei geht es unter anderem um Struktur-, Personal- und Qualitätskriterien, die einheitlich festgeschrieben werden sollen. Diese Richtlinien müssen im Sozial- und Gesundheitsrecht verankert werden, um Hospizversorgung für Menschen ohne Obdach künftig zu einem Teil der Regelversorgung zu machen.

3.4 Praktische Hürden

In dringenden oder sehr ernstesten Fällen könnten standardisierte Abläufe in der Versorgungskette sowie eine standardisierte Dokumentation der Geschehnisse, aber auch ein Dokument für Patient*innen dabei helfen, diese Situationen und deren Häufigkeit besser zu sammeln und daraus weitere Folgeschritte abzuleiten. Obwohl die verschiedenen Interviews gemischte Antworten bezüglich des Sprachbarrierenproblems geliefert haben, sollten Sprachbarrieren nicht als Einzelfallproblem behandelt werden, sondern als wiederkehrender Versorgungsfaktor. Sinnvoll ist eine definierte Routine, wie Dolmetschung oder Sprachmittlung organisiert wird. Dadurch wird sowohl Aufklärung als auch Einwilligung sicherer, und Übergaben zwischen Organisationen gelingen stabiler.

Finanzierungsprobleme stellen ein zentrales, in der Erhebung wiederkehrendes Thema dar. Der Fragebogen zeigt, dass fehlende finanzielle Mittel aktuell von den Einrichtungen unterschiedlich bewertet werden und nicht einheitlich als größtes Hindernis wahrgenommen werden (vgl. Abb. 17), zugleich wird jedoch deutlich, dass die Finanzierung insbesondere mit Blick auf die zukünftige Versorgung als zunehmendes Problem eingeschätzt wird. Diese ambivalente Bewertung wird durch die qualitativen Ergebnisse des Online-Seminars deutlich zugespitzt: Dort wurde mangelnde Planungssicherheit als limitierender Faktor hervorgehoben, insbesondere in spezialisierten Angeboten mit sehr begrenzten Kapazitäten. Die daraus abzuleitende Handlungsempfehlung ist eindeutig: Es bedarf einer verbindlichen und langfristig gesicherten finanziellen Absicherung der Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach, die am Ende des Jahres auch tatsächlich ausreichend ist. Dabei ist anzumerken, dass mit dem Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPaFG) bereits ein zentraler politischer Rahmen zur Finanzierung hospizlicher und palliativer Angebote besteht. Die vorliegenden Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass die bestehenden Finanzierungsmechanismen bislang (zumindest stellenweise) nicht ausreichen, um spezifische und besonders ressourcenintensive Angebote für obdachlose Menschen nachhaltig abzusichern. Vor diesem Hintergrund erscheint eine gezielte Weiterentwicklung und Anpassung der bestehenden Förderlogik als erforderlich.

Ein Verbesserungsbedarf besteht laut Auswertung des Fragebogens auch auf der Ebene des Vertrauens (vgl. Abb. 15 und Abb. 17). Faktoren wie soziale und psychische Belastungen und

Substanzgebrauch erschweren die Situation zusätzlich und stellen Zugangsbarrieren dar (vgl. Abb. 11). Als mögliche Lösungsansätze (vgl. Tabelle 6), um diesen Problemen entgegenzuwirken, werden insbesondere Vertrauensbildung und Beziehungsaufbau vor Ort bzw. Early PC genannt, die z.B. durch einen verstärkten Einsatz von Streetwork oder mobilen Teams erfolgen kann (vgl. Abb. 15), da diese Versorgung näher an die Lebensrealität der Betroffenen bringen. Durch diese Vorgehensweise kann eine frühzeitige Kontaktaufnahme und kontinuierliche Begleitung ermöglicht werden. Durch einen traumainformierten und schadensmindernden Ansatz sowie mobile wiederkehrende Beziehungsarbeit kann Vertrauen schrittweise aufgebaut werden, welche insbesondere bei Personen mit belastenden Lebenssituationen und negativen Vorerfahrungen mit dem Gesundheitssystem wichtig sind. Zusätzlich können integrierte Angebote, die palliative, suchtmmedizinische und psychosoziale Unterstützung verbinden, Hemmschwellen weiter reduzieren.

Die Interviews unterstreichen Misstrauen, Angst und Ablehnung als äußerst präsent bei den Betroffenen. Zudem äußern viele den Wunsch in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Regelkonflikte, z.B. Rauchverbot, bringen eine weitere Schwierigkeit für die Betroffenen, die häufig an Suchterkrankungen leiden. Therapietreue und Einwilligungen zu Therapien sind oft aufgrund der (psychischen) Erkrankungen beeinträchtigt und führen zu verpassten Terminen und nicht-wahrgenommenen Behandlungen. Außerdem ist Medikamentenmanagement in Notquartieren und auf der Straße schwierig, da viele Mittel zur Schmerztherapie das Suchtmittel Opium enthalten. Auch in der Theorie ist zentral, dass Wohnstatus-/Abstinenzanforderungen den Zugang verhindern und Low-Threshold/Harm Reduction wirksam sein kann. Dabei kann es sinnvoll sein mit Kooperationspartnern realistische Aufnahme- und Betreuungsregeln zu vereinbaren, die die Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen/psychischer Instabilität nicht automatisch ausschließen (z. B. kontrollierte, harm-reduction-orientierte Arrangements), damit Betroffene Angebote nicht meiden. Das kann als Pilot in einer Einrichtung starten und später skaliert werden. Zur klinischen Praxis auf der Straße und in Notquartieren können mobile Symptomkontrollkits (z.B. für Schmerz, Atemnot, Wundversorgung), sowie klare Protokolle zu Opioidvergabe und Sicherung entscheidend sein, um bessere (Erst-)Versorgung zu gewährleisten und auch jene Menschen zu erreichen, die sich nicht in einer Einrichtung behandeln lassen möchten, da sie sich an einem fixen „Wohnsitz“ unwohl, unsicher und eingengt fühlen.

VI. CONCLUSIO

Ausgehend von der Forschungsfrage, wie die aktuelle hospizliche und palliative Versorgungssituation von Menschen ohne Obdach in Österreich aussieht, wie HOSPIZ Österreich einen besseren Zugang ermöglichen kann und welche strukturellen, organisatorischen, rechtlichen sowie praktischen Faktoren diesen Zugang beeinflussen, zeigt unsere Arbeit insgesamt: Der Bedarf ist real, die Versorgung gelingt aber oft nur punktuell, stark personenabhängig und häufig erst

dann, wenn Betroffene „im System“ (z.B. über Krankenhauswege) angekommen sind. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Datengrundlage zur tatsächlichen Versorgungslage bislang dünn ist. Der Aufbau eines systematischen Lagebilds ist daher selbst bereits ein zentraler Teil der Antwort auf die Forschungsfrage und Voraussetzung für gezielte Weiterentwicklung. Um die aktuelle Versorgungssituation realistisch abbilden und anschließend verbessern zu können, sollte HOSPIZ Österreich gemeinsam mit Partnern der Wohnungslosenhilfe ein schlankes Monitoring etablieren (Fälle, Zugangswege, Abweisungen/Abbrüche, Aufenthaltsdauern, Kooperationserfolg) und dieses regelmäßig auswerten. Inhaltlich deuten die Ergebnisse darauf hin, dass klassische Angebotslogiken viele Betroffene nicht erreichen: Aufsuchende Betreuung und enge, kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen sind zentrale Voraussetzungen, weil Vertrauen und Beziehungen den Zugang oft erst möglich machen. Ergänzend braucht es integrierte Unterstützungsangebote, die palliative, suchtmedizinische und psychosoziale Aspekte verbinden, insbesondere dort, wo Misstrauen, Angst, Regelkonflikte und Suchtthematiken dazu führen, dass Hilfe spät oder gar nicht angenommen wird. Die Handlungsempfehlungen lassen sich, passend zur Dreiteilung der Forschungsfrage, in drei Kategorien einteilen:

- (1) Transparenz und Steuerbarkeit erhöhen (Monitoring/Lagebild, regionale Einbindung, klare Zuständigkeiten);
- (2) Zugang praktisch erleichtern (Outreach/mobile Teams, standardisierte Zuweisungs- und Übergabewege, verlässliche Kooperationsstrukturen, Sprach-/Kommunikationslösungen);
und
- (3) Barrieren in der Versorgung systematisch abbauen (praxisnahe Betreuungsregeln statt Ausschlüsse, Team-Schulungen/Fallbesprechungen und klare Abläufe/Checklisten).

Insgesamt beantwortet der Bericht die Forschungsfrage damit zweifach: Erstens zeigt er, dass die Versorgung derzeit nicht einheitlich organisiert ist und es kaum verlässliche Daten gibt. Deshalb sind ein gemeinsames Lagebild und klare Kooperations- und Versorgungswege besonders wichtig. Zweitens zeigt sich, dass HOSPIZ Österreich vor allem durch bessere Vernetzung, klare Abläufe an den Schnittstellen und mehr aufsuchende, niedrighschwellige Angebote dazu beitragen kann, dass auch Menschen ohne Obdach würdig begleitet sterben können.

VII. DANKSAGUNG

Abschließend möchten wir uns herzlich für die über mehrere Monate hinweg bestehende Zusammenarbeit mit HOSPIZ Österreich bedanken, die dieses Projekt in inhaltlicher wie organisatorischer Hinsicht maßgeblich unterstützt hat. Der kontinuierliche, offene und stets freundliche Austausch trug wesentlich dazu bei, das Projekt zielgerichtet weiterzuentwickeln und ermöglichte uns wertvolle Einblicke in ein komplexes und gesellschaftlich hochrelevantes Themenfeld. Besonders hervorzuheben ist dabei die Bereitschaft, fachliche Expertise zu teilen,

Fragestellungen gemeinsam zu reflektieren und das Projekt konstruktiv zu begleiten. Unser besonderer Dank gilt **Rainer Simader**, dessen engagierte Unterstützung, inhaltliche Impulse und verlässliche Ansprechbarkeit den gesamten Projektverlauf nachhaltig geprägt haben. Die Zusammenarbeit war für uns nicht nur äußerst bereichernd, sondern auch inhaltlich ausgesprochen interessant und lehrreich.

Darüber hinaus möchten wir uns herzlich bei **Frau Assoz.Prof. PD Mag.Mag.Dr. Michaela Neumayr** für die engagierte Betreuung dieses Projekts auf Seiten der Wirtschaftsuniversität Wien bedanken. Ihre fachliche Begleitung vom Institut für Nonprofit Management und Governance, ihre konstruktiven Rückmeldungen sowie die kontinuierliche Unterstützung über den gesamten Projektverlauf hinweg haben wesentlich zur inhaltlichen Qualität und methodischen Fundierung der Arbeit beigetragen.

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

Armstrong, M., Shulman, C., Hudson, B., Brophy, N., Daley, J., Hewett, N., & Stone, P. (2021). The benefits and challenges of embedding specialist palliative care teams within homeless hostels to enhance support and learning: Perspectives from palliative care teams and hostel staff. *Palliative Medicine*, 35(6), 1202–1214. <https://doi.org/10.1177/02692163211006318>

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (2017). Hospiz und Wohnungslosigkeit. Sterben, Tod und Trauer. Sterbende wohnungslose Menschen begleiten: Eine Handreichung zur Kooperation zwischen Diensten und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativarbeit sowie Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (1. Aufl.). https://www.dhpv.de/files/public/broschueren/2017_Broschuere_Wohnungslosigkeit_Ansicht.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2025). Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen im Gesundheitssystem etablieren und finanzieren: Eine Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_25_BAGW_Gesundheit_Niedrigschwellige_medizinische_Versorgungsangebote.pdf

Carver, H., Parkes, T., & Masterton, W. (2019). Erfahrungen von Hospizmitarbeitenden im Umgang mit obdachlosen Patienten [Konferenzbeitrag].

Conneely, A., McQuillan, R., Marshall, S., & Bristowe, K. (2024). “There’s quite a lot of breakdown between services”: Palliative care and supporting people experiencing long-term homelessness with life-limiting illnesses in Dublin (Research Note). *European Journal of Homelessness*, 18(2), 173–190.

Coverdale, M. R., & Murtagh, F. (2024). Destitute and dying: interventions and models of palliative and end of life care for homeless adults – a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-004883>

Crooks, J., Flemming, K., Shulman, C., & Hudson, B. (2024). Understanding aims, successes and challenges of palliative care and homelessness initiatives across the UK: An exploratory study. *BMJ Open*, 14(1), e075498. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075498>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV). (2019). Hospizliche Versorgung obdachloser Menschen [Rundbrief]. Berlin: DHPV.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Hrsg.). (2022). Bundes-Hospiz-Anzeiger, 05/2022: Hospiz und Wohnungslosigkeit. Hospiz Verlag. <https://www.hospiz-verlag.de/produkt/bundes-hospiz-anzeiger-05-2022/>

Dosani, N. (2018). Palliative Education and Care for the Homeless (PEACH) – Programmbericht. Toronto.

European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). (2017). *End-of-life care for homeless people* (Policy Paper). Brussels.

- Guijarro, L., & Uribe, J. (2018). Palliative care for homeless people. In *Homeless in Europe – Magazine of FEANTSA, Winter 2018* (pp. 14–15).
- Health Canada. (2023). The framework on palliative care in Canada - Five years later: A report on the state of palliative care in Canada. Government of Canada.
<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/framework-palliative-care-five-years-later/final-pdf-english-report-to-parliament-palliative-care.pdf>
- Hewett, N., et al. (2016). Coordinated end-of-life care for homeless people can reduce acute hospital use. [Analyse]. London: Pathway.
- HOSPIZ Österreich (2025a), Projektauftrag Hospiz und Palliative Care trifft Straßenmedizin: Begleitung und Behandlung von palliativ erkrankten Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, unveröffentlichtes PDF-Dokument, Wirtschaftsuniversität Wien, abgerufen von:
<https://canvas.wu.ac.at/courses/14290/files/folder/Projektaufträge?preview=1654921> am 20.10.2025.
- HOSPIZ Österreich, (2025b), *Über uns*, abgerufen von: <https://www.hospiz.at/ueberuns/> am 20.10.2025.
- Hudson, B. F., Shulman, C., Low, J., Hewett, N., Daley, J., Davis, S., ... & Stone, P. (2017). Challenges to discussing palliative care with people experiencing homelessness: a qualitative study. *BMJ Open*, 7, e017502. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017502>
- Klop, H. T., de Veer, A. J. E., van Dongen, S. I., Francke, A. L., Rietjens, J. A. C., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). Palliative care for homeless people: a systematic review of concerns, care needs, and barriers. *BMC Palliative Care*, 17(67).
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0320-6>
- Koordinierungsstelle Umsetzung Charta schwerstkranker und sterbender Menschen in Berlin (KUCiB). (2025). Palliativversorgung und hospizliche Begleitung von Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind (Handlungsfeldpapier). https://www.charta-sterbende.de/media/pages/gute-praxis/dokumente/de9df7eda5-1753344793/hf_wl_doku_web2025.pdf
- Podymow, T., Turnbull, J., & Coyle, D. (2006). Shelter-based palliative care for the homeless terminally ill. *Palliative Medicine*, 20(2), 81–86.
<https://doi.org/10.1191/0269216306pm1103oa>
- Shulman, C., Hudson, B. F., Kennedy, P., Brophy, N., & Stone, P. (2018). Evaluation of training on palliative care for staff working within a homeless hostel. *Nurse Education Today*, 71, 135–144. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.022>
- Song, J., Bartels, D. M., Ratner, E., Alderton, L., Hudson, B., & Ahluwalia, J. (2010). Dying on the streets: an advance care planning intervention for homeless persons – a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 153(2), 76–84.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Bündnis 90/Die Grünen, & Freie Demokratische Partei. (2021). Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025.
https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf

Rodericks-Schulwach, A., Gokani, R., Martin, L. (2025). Palliative care access and use among homeless individuals: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 24(1):203.
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01835-x>

IX. HILFSMITTELVERZEICHNIS

Hilfsmittelverzeichnis für Endbericht:

Titel der Arbeit: Hospiz und Palliative Care trifft Straßenmedizin

Verfasser*innen: Elez Nikola, Fischer Alexander, Lippe Emily, Pham Claudia, Precup Tania, Tschurtschenthaler Rebekka

Verwendetes Hilfsmittel/Tool	Art der Verwendung
ChatGPT	- Grammatik- und Rechtschreibungs-Korrektur - Hilfe bei Zusammenfassung der Artikel - Hilfe bei Erstellung der Grafiken - Hilfe bei Formulierungen
Academic AI der Universität Wien (ACOnet)	- Hilfe bei Analyse der Ergebnisse - Hilfe bei Zusammenfassungen
Zotero	Zitierung

Hiermit versichere ich, alle von mir verwendeten Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis eingetragen zu haben sowie anzugeben, falls keine Hilfsmittel verwendet wurden (einzutragen unter "Verwendetes Hilfsmittel/Tool: keines").

Datum
04.02.2026

Unterschrift(en)








X. ANHANG

1 Abbildungen und Tabellen

1.1 Abbildungen:

Abbildungen und Tabellen aus statistischer Auswertung, welche im Bericht keinen Platz haben.

Häufigkeiten

Ausprägung	Anzahl	Prozent (gültig)
1 1-5	5	9%
2 6-15	26	46%
3 16-30	13	23%
4 31-50	2	4%
5 mehr als 50	8	14%
6 Nicht bekannt	2	4%
Gültige Antworten	56	100%

Abb. 1.1: Anzahl der bezahlten Mitarbeitende der Einrichtung (Statistik aus Sosci-Survey)

Häufigkeiten

Ausprägung	Anzahl	Prozent (gültig)
1 Anzahl stark erhöht	1	1%
2 Anzahl erhöht	4	5%
3 Anzahl gleich geblieben	16	19%
4 Anzahl verringert	1	1%
5 Anzahl stark verringert	0	0%
6 Keine Angabe möglich	61	73%
Gültige Antworten	83	100%

Abb. 1.2: Veränderung der Betreuung von Menschen ohne Obdach über die letzten Jahre
(Statistik aus Sosci-Survey)

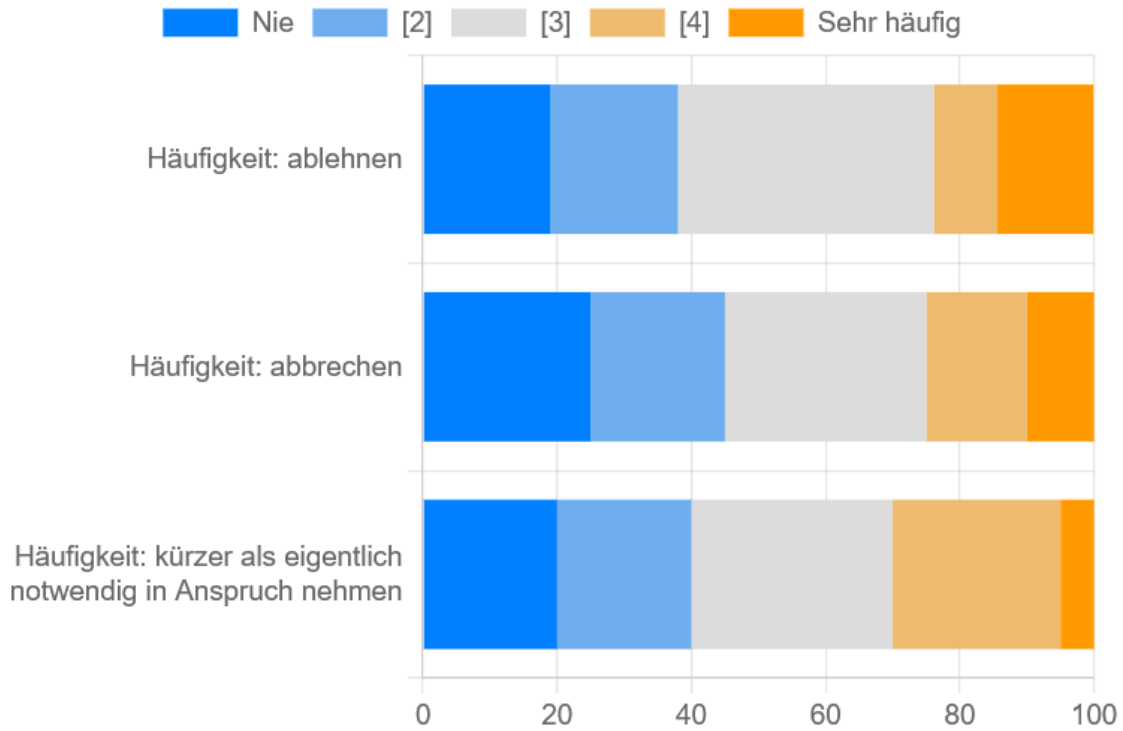


Abb. 1.3: Häufigkeit Hospiz- und Palliativversorgung: ablehnen, abbrechen oder kürzer als eigentlich notwendig in Anspruch nehmen

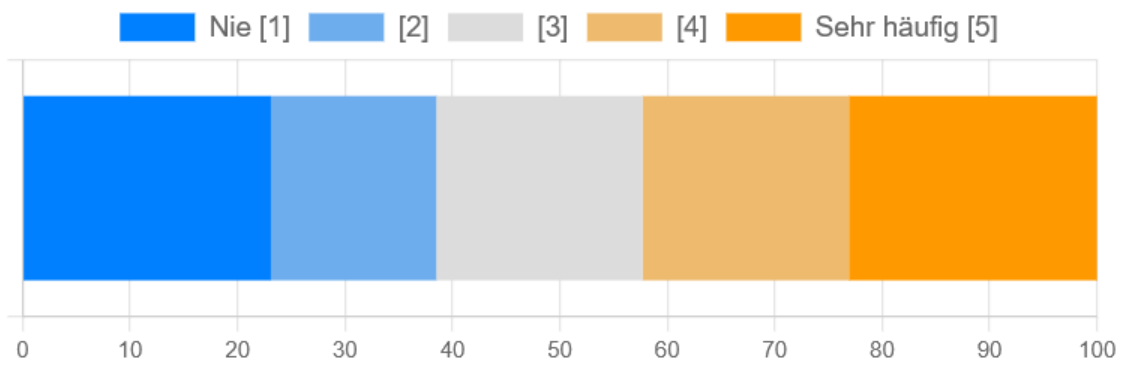


Abb. 1.4: Schwierigkeiten Erkennung von Hospiz- oder Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach

ck, dass Menschen ohne Obdach grundsätzlich bereit sind, Hospiz- oder Palliativversorgt

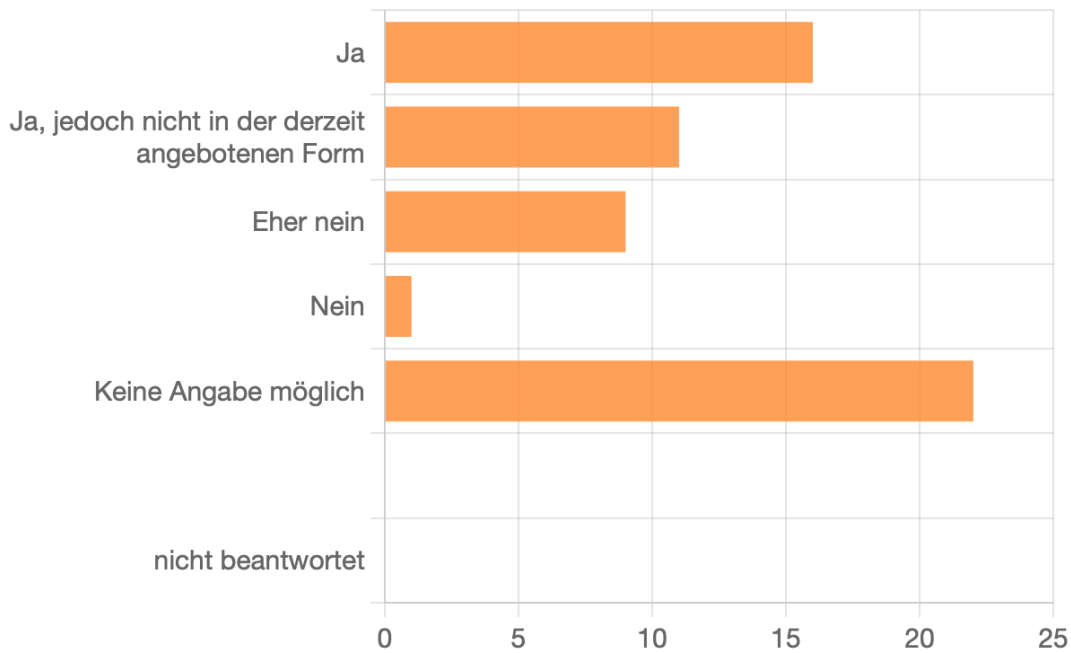


Abb. 1.5: Eindruck, ob Menschen ohne Obdach für Hospiz- oder Palliativversorgung bereit wären (Statistik aus Sosci-Survey)

1.2 Tabellen:

	Zeit-/ Personal- mangel	Ablehnung durch andere	Fehlende KV	Fehlende Finanzierung	Fehlende Meldeadresse	Organisa- torische Hürden	Fehlende Unterlagen /Diagnose	Sprach- barrieren	Drogen-/ Substanz- gebrauch	Soziale/ psychische Belastungen	Σ
1 (Stimme gar nicht zu)	22	19	15	15	14	12	11	10	8	8	134
2	8	4	8	1	4	9	10	10	4	2	60
3	10	6	4	5	8	9	10	12	8	13	85
4	2	4	8	3	4	5	3	7	7	8	51
5 (Stimme voll zu)	4	7	11	15	12	9	11	6	14	14	103
Gültige Antworten	46	40	46	39	42	44	45	45	41	45	
Keine Angabe	19	25	19	26	23	21	19	20	24	20	
nicht beantwortet	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	

Tabelle 1.1: Erschwerende Hindernisse für die Aufnahme oder Betreuung von Menschen ohne Obdach

Ausprägung	Mobile Teams, die aktiv auf Menschen	Hospiz-/Palliativteams in Einrichtungen, die	Kooperationen mit Streetwork und Notschlafstellen	Feste Ansprechpartner:innen	Sensibilisierung und Schulung des bestehenden Fachpersonals	Öffentlichkeitsarbeit / Information
------------	--------------------------------------	--	---	-----------------------------	---	-------------------------------------

	n ohne Obdach zugehen	medizinische Versorgung für nicht-Versicherte bereitstellt		Vertrauenspersonen		
1 Nicht sinnvoll	5	1	0	0	1	2
2	3	1	0	2	2	0
3	11	3	7	4	4	8
4	7	3	4	10	12	11
5 Sehr sinnvoll	30	49	47	40	39	37
Gültige Antworten	56	57	58	56	58	58

Tabelle 1.2: Häufigkeiten zu “Wie bewerten Sie folgende Lösungsansätze zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach?” (Statistik aus Sosci-Survey)

Ausprägung	Fehlende Finanzierung	Fehlende rechtliche Absicherung	Geringes Vertrauen der Zielgruppe	Personal-mangel	Fehlende spezialisierte Strukturen
1 keine Herausforderung	5	4	7	8	4
2	3	10	3	3	3
3	8	9	14	12	7
4	8	12	11	9	10
5 sehr große Herausforderung	24	13	15	18	27
Gültige Antworten	48	48	50	50	51

Tabelle 1.3: Häufigkeiten zu “Was stellt aus Ihrer Sicht in Zukunft die größte Herausforderung dar?” (Statistik aus Sosci-Survey)

“Sonstige” Antworten
<ul style="list-style-type: none"> - dies waren bisher immer "Selbstzahler", den konkreten Fall einer obdachlosen Person gab es noch nie bei uns - In Kärnten entstehen keine Kosten - Kaum Kontakt - War noch nie Thema - Akutspital

Tabelle 1.4: Offene Antworten bei Antwortmöglichkeit “Sonstige” bzgl. “Wie gehen Sie mit Personen ohne Krankenversicherung vor?” (Statistik aus Sosci-Survey)

XI. FRAGEBOGEN

SEITE 1

Einleitung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Menschen ohne festen Wohnsitz sind eine besonders vulnerable Gruppe unserer Gesellschaft. Sie sind häufiger von schweren Erkrankungen betroffen und sterben deutlich früher als die Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig erreichen sie bestehende Hospiz- und Palliativangebote oft nicht – und umgekehrt.

HOSPIZ ÖSTERREICH möchte dazu beitragen, diese Versorgungslücke zu schließen und sicherzustellen, dass alle Menschen unabhängig von ihrer Lebenssituation Zugang zu würdevoller hospizlicher und palliativer Begleitung erhalten.

Mit dieser Befragung möchten wir einen Überblick über die aktuelle Situation in Österreich gewinnen. Ziel dieser Erhebung ist es, zu verstehen, in welchem Ausmaß und auf welche Weise Menschen ohne Obdach derzeit Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich haben, welche Barrieren bestehen und welche Modelle gut funktionieren.

Alle mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Fragen sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.

Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt in etwa 10 Minuten in Anspruch.

Begriffsdefinition

Unter „Menschen ohne Obdach“ verstehen wir in diesem Fragebogen Personen, die keinen festen Wohnsitz haben, vorübergehend in Notunterkünften, auf der Straße oder in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben.

Datenschutz

Diese Befragung wird über das Online-Tool SoSci Survey (www.soscisurvey.de) durchgeführt.

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgen ausschließlich anonymisiert. Es werden keine personenbezogenen Daten gespeichert, die eine Zuordnung zu einzelnen Teilnehmer:innen ermöglichen.

IP-Adressen oder andere Identifikationsmerkmale werden nicht erfasst.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen des Projekts „Hospiz und Palliative Care trifft Straßenmedizin“ verwendet.

Eine Weitergabe der anonymisierten Daten an Dritte erfolgt nur in aggregierter Form und dient ausschließlich der wissenschaftlichen Auswertung.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, und Sie können den Fragebogen jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

SEITE 2

Anmerkung vor erster Frage:

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für jene Einrichtung (oder: jenen Standort der Einrichtung), in der Sie selbst tätig sind.

A102 Betreuung

Werden in Ihrer Einrichtung Menschen ohne Obdach betreut oder begleitet?*

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt

A103 Wie viele (Wenn ja:)

Wie viele Menschen ohne Obdach wurden circa im letzten vollen Kalenderjahr (2024) versorgt oder begleitet?

- 0-1
- 2-10
- 11-20
- 21-50
- 51-100
- keine genaue Angabe möglich
- wird in unserer Einrichtung nicht erhoben
- Sonstiges:

A104 Veränderung

Wie hat sich die Betreuung von Menschen ohne Obdach in Ihrer Einrichtung über die letzten Jahre verändert?*

- Anzahl stark erhöht
- Anzahl erhöht
- Anzahl gleich geblieben
- Anzahl verringert
- Anzahl stark verringert

- Keine Angabe möglich

A105 Wie erfahren

Wie erfahren Menschen ohne Obdach in der Regel von Ihrem Angebot?*

(Mehrfachauswahl möglich)

- Über soziale Einrichtungen
- Durch persönliche Kontakte
- Über Streetwork / mobile Dienste
- Durch Sozialarbeiter:innen
- Durch Krankenhäuser
- Durch Polizei / Rettungsdienste
- Durch Mundpropaganda
- Durch eigene Outreach-Aktivitäten Ihrer Einrichtung
- Durch Zufall
- Sonstiges:
- Nicht bekannt

A106 Fort- und Weiterbildungsangebote

Gibt es in Ihrer Einrichtung Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende zum Thema Hospiz und Palliative Care für Menschen ohne Obdach?*

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt
- Sonstiges:

A107 Versorgungslücken Meinung

Gibt es aus Ihrer Sicht Versorgungslücken in Bezug auf palliativ erkrankte Menschen ohne Obdach?*

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt

A108 Versorgungslücken Was (Wenn ja:)

- Was sind aus Ihrer Sicht die größten Lücken in der Versorgung?
- (Mehrfachauswahl möglich)
- Fehlende Finanzierung / Versicherung
- Fehlende Unterbringungsmöglichkeiten
- Fehlende (mobile) Palliativteams

- Fehlende Sensibilisierung im Gesundheitswesen
- Sonstiges:
- Nicht bekannt

SEITE 3

A201 Abweisung

Mussten Menschen ohne Obdach im letzten vollen Kalenderjahr (2024) von Ihrer Einrichtung abgewiesen werden?*

- Ja
- Nein
- Nicht bekannt

A202 Abweisung Anzahl (Wenn ja:)

Können Sie schätzen, wie viele das in etwa waren?

Anzahl an Personen:

A203 Hindernisse

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?*

Welche Hindernisse erschweren die Aufnahme oder Betreuung von Menschen ohne Obdach in Ihrer Einrichtung:

Antwortmöglichkeiten von ‚Stimme gar nicht zu‘ bis ‚Stimme voll zu‘, mit Abstufungen dazwischen

- Organisatorische Hürden
- Zeit- oder Personalmangel
- Fehlende Krankenversicherung der betroffenen Person
- Fehlende Meldeadresse der betroffenen Person
- Fehlende medizinische Unterlagen / Diagnose
- Soziale oder psychische Belastungen (z.B. Misstrauen, Ablehnung von Hilfe)
- Sprachbarrieren
- Ablehnung durch andere Patient:innen / Angehörige
- Fehlende Finanzierung
- Drogenkonsum / Substanzgebrauch der betroffenen Person

A204 Sonstiges

Sonstiges:

A205 Ablehnung/Abbruch

Wie häufig kommt es vor, dass Menschen ohne Obdach Hospiz- oder Palliativversorgung:*

Antwortmöglichkeiten von ‚Nie‘ bis ‚Sehr häufig‘, mit Abstufungen dazwischen

- ablehnen
- abbrechen
- kürzer als eigentlich notwendig in Anspruch nehmen

A206 Schwierigkeiten Erkennung

Wie häufig haben Sie Schwierigkeiten zu erkennen, dass Menschen ohne Obdach Hospiz- oder Palliativversorgung benötigen?*

Antwortmöglichkeiten von ‚Nie‘ bis ‚Sehr häufig‘, mit Abstufungen dazwischen

- Nie
- Sehr häufig
- Keine Angabe

SEITE 4

A303 Kontakt zur Obdachlosenhilfe

Wie schätzen Sie den Kontakt Ihrer Einrichtung zu Einrichtungen der Obdachlosenhilfe ein?*

- Es gibt keine Ansprechpersonen
- Es gibt persönliche Kontakte
- Es gibt regelmäßigen Austausch
- Es gibt einen konkreten Plan ad Kooperation
- Nicht bekannt

A301 Zusammenarbeit Plan

Arbeitet Ihre Einrichtung bereits mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe zusammen?*

- Ja
- Nein, aber geplant
- Nein, nicht geplant
- Nicht bekannt

A304 Welche Organisation (Wenn ja:)

Mit welcher/n Organisation(en) arbeiten Sie zusammen? (z.B. Caritas, neunerhaus, etc.)

Antwort:

A305 Wie gut funktioniert das (Wenn ja:)

Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit diesem/n Partner(n)?

Antwortmöglichkeiten von ‚Nicht gut‘ bis ‚Sehr gut‘, mit Abstufungen dazwischen

A306 Bewertung Lösungsansätze

Wie bewerten Sie folgende Lösungsansätze zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach?*

Antwortmöglichkeiten von ‚Nicht sinnvoll‘ bis ‚Sehr sinnvoll‘, mit Abstufungen dazwischen

- Mobile Teams, die aktiv auf Menschen ohne Obdach zugehen
- Hospiz-/Palliativteams in Einrichtungen, die medizinische Versorgung für nicht-Versicherte bereitstellt (wie z.B. neunerhaus)
- Kooperationen mit Streetwork und Notschlafstellen
- Feste Ansprechpartner:innen / Vertrauenspersonen
- Sensibilisierung und Schulung des bestehenden Fachpersonals
- Öffentlichkeitsarbeit / Information

A307 Weitere Lösungsansätze

Welche(n) weiteren Lösungsansatz / -ansätze würden Sie für sinnvoll halten?

Antwort:

SEITE 5

A401 Eindruck Anspruch

Haben Sie den Eindruck, dass Menschen ohne Obdach grundsätzlich bereit sind, Hospiz- oder Palliativversorgung in Anspruch zu nehmen?*

- Ja
- Ja, jedoch nicht in der derzeit angebotenen Form
- Eher nein
- Nein
- Keine Angabe möglich

A402 Künftig Herausforderung

Was stellt aus Ihrer Sicht in Zukunft die größte Herausforderung bei der Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach dar?*

Antwortmöglichkeiten von ‚keine Herausforderung‘ bis ‚sehr große Herausforderung‘, mit Abstufungen dazwischen

- Fehlende Finanzierung
- Fehlende rechtliche Absicherung
- Geringes Vertrauen der Zielgruppe
- Personalmangel
- Fehlende spezialisierte Strukturen

A403 Sonstiges

Sonstiges:

A404 Beurteilung Versorgung

Wie beurteilen Sie die derzeitige Versorgung von Menschen ohne Obdach in Ihrer Einrichtung?*

Antwortmöglichkeiten von ‚Nicht gut‘ bis ‚Sehr gut‘, mit Abstufungen dazwischen

- Nicht gut
- Sehr gut
- Keine Angabe

A405 Best-Practice-Bsp

Ihre Expertise ist für diese Erhebung von großem Wert. Wir laden Sie ein, Ihre Ideen und Beispiele aus der Praxis mit uns zu teilen. Gibt es aus Ihrer Sicht spezielle Maßnahmen oder Best-Practice-Beispiele, wie Ihre Einrichtung bereits erfolgreich obdachlose Menschen begleitet hat?

Antwort:

SEITE 6

A501 Krankenversicherung Umgang

Wie gehen Sie mit Personen ohne Krankenversicherung um?*

- Aufnahme trotzdem möglich (Einzelfallregelung)
- Kooperation mit Hilfsorganisationen / Sozialdiensten
- Aufnahme nur bei Kostenübernahme durch Dritte
- Aufnahme leider nicht möglich
- Sonstiges:
- Nicht bekannt

A502 Krankenversicherung Prozent

Wie viele Menschen ohne Obdach in Österreich haben Ihrer Einschätzung nach eine Krankenversicherung?*

0%- 100%

SEITE 7

A601 Name der Einrichtung

Name Ihrer Einrichtung (optional)

Antwort:

A602 Ort der Einrichtung

In welchem Bundesland ist Ihre Organisation hauptsächlich tätig?*

(bei Tätigkeit in mehreren Bundesländern den Ort der Haupttätigkeit angeben)

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien
- Eigene Angabe
- Keine Angabe

A603 Ort der Einrichtung 2

Eigener Ort der Einrichtung

Antwort:

A604 Art der Einrichtung

In welcher Art von Einrichtung sind Sie tätig?*

(Mehrfachauswahl möglich)

- Stationäres Hospiz
- Palliativstation
- Tageshospiz
- Mobiles Palliativteam
- Hospizteam
- Palliativkonsiliardienst
- Ehrenamtliches Hospizteam
- Eigene Angabe
- Keine Angabe

A605 Art der Einrichtung 2

Art der eigenen Einrichtung

Antwort:

A606 Größe der Einrichtung

Wie groß ist Ihre Einrichtung?*

(Anzahl der bezahlten Mitarbeitenden)

- 1-5
- 6-15
- 16-30
- 31-50
- mehr als 50
- Nicht bekannt
- Eigene Angabe

A607 Größe der Einrichtung 2

Anzahl der bezahlten Mitarbeiter

Antwort:

SEITE 8

Ihre Rückmeldung leistet einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung einer inklusiven Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.

Darf Sie HOSPIZ ÖSTERREICH kontaktieren, falls weitere Projekte oder Folgestudien zum Thema Hospiz und Palliativversorgung für Menschen ohne Obdach entstehen?*

(Die Angabe Ihrer Kontaktdaten ist selbstverständlich freiwillig.

Auch wenn Sie eine Kontaktaufnahme durch HOSPIZ ÖSTERREICH wünschen, bleibt Ihre Teilnahme an dieser Umfrage vollständig anonym. Ihre Antworten werden nicht mit Ihrer E-Mail-Adresse verknüpft und ausschließlich in anonymisierter Form ausgewertet)

- Ja, bitte kontaktieren Sie mich unter folgender E-Mail-Adresse:
- Nein

Weiter Kommentare/Hinweise:

XII. INTERVIEWLEITFÄDEN

Interviewleitfaden – Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen ohne Obdach (Einrichtungen der Obdachlosenhilfe)

Einstiegsinformation

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, Erfahrungen, Bedarfe und Herausforderungen in der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen zu erheben.

Im Rahmen eines Kooperationsprojekts der Wirtschaftsuniversität Wien mit dem Dachverband Hospiz Österreich sind wir beauftragt, Informationen zu erheben und den aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung obdachloser Menschen in Österreich zu ermitteln.

Das Interview wird voraussichtlich 60-90 Minuten dauern, und das Gespräch wird für interne Zwecke aufgezeichnet. Nur das Team hat Zugriff auf die Aufzeichnung. Diese dient ausschließlich dem Zweck der Transkription. Sind Sie damit einverstanden?

Das Gespräch wird vertraulich behandelt, Ihre Angaben werden anonymisiert. Die Teilnahme ist freiwillig und Sie können das Gespräch jederzeit abbrechen. (Hinweis auf Einverständniserklärung, diese aber erst nach Abschluss des Interviews vorlegen.)

Haben Sie vor Beginn des Interviews noch Fragen?

Wenn nein, dann starten wir mit der ersten Frage und der Aufnahme.

Einstiegsfragen

- Können Sie kurz die Einrichtung, in welcher Sie arbeiten, beschreiben?
- Können Sie kurz Ihre Rolle in der Einrichtung beschreiben?
- Was stellen Sie sich unter Hospiz- & Palliative Care vor?
- Wie schätzen Sie ihren Wissensstand zu Hospiz- & Palliative Care ein?

Hauptteil

Status quo

1. Wie würden Sie den Gesundheitszustand der Obdachlosen, welche Ihre Einrichtung aufsuchen, beschreiben?
2. Wie häufig stellen Sie medizinische Hilfe im Durchschnitt bereit?
3. Gibt es bei Ihnen spezielle Anlaufstellen/Angebote für Obdachlose mit Gesundheitsproblemen?
4. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Palliativ- und Hospizversorgung gemacht?
5. Welche Hospiz- und Palliativangebote kennen Sie?

Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen

6. Gibt es aktuell Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Umfeld?
 - o Wie gestaltet sich diese?
 - o Welche Kooperationsformen gibt es bereits?
 - o Welche Art der Zusammenarbeit würden Sie sich wünschen?
7. Welche Rolle könnten standardisierte Abläufe oder gemeinsame Leitlinien zwischen Ihnen und Hospizeinrichtungen spielen?
8. Wie oft ist es in Ihrer Einrichtung bereits vorgekommen, dass obdachlose Menschen Hospiz- und Palliativversorgung benötigen haben?
 - o Wie oft sind betroffene Personen an Hospiz-/Palliativeinrichtungen weitervermittelt worden?
 - o Wie verläuft eine typische Vermittlung in eine Hospiz-/Palliativeinrichtung aus Ihrer Sicht?
 - o Falls es noch keine Vermittlung/Zusammenarbeit gab: Woran liegt das Ihrer Meinung nach?
 - o Welche Schritte sind erforderlich? Und welche Akteur*innen sind beteiligt?
 - o Was sind die bürokratischen Erfordernisse, um jemanden an eine Hospiz-/Palliativeinrichtung zu vermitteln?
 - o Woran scheitert die Vermittlung in der Praxis am häufigsten?
9. Gibt es Möglichkeiten obdachlose Menschen, bei welchen Verdacht besteht, eine schwere/palliative Krankheit zu haben, zeitnah ärztlich untersuchen zu lassen?
 - o Wie sieht die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen zurzeit aus?
 - o Welche Ärzt*innen (Fachrichtungen) stehen zur Verfügung?
10. In welchen Situationen fühlen Sie sich gut unterstützt, und wo fehlen Ihnen klare Ansprechpartner*innen?
 - o Wissen Sie, von welchen Organisationen Sie im Ernstfall Unterstützung erhalten? (Ernstfall beispielsweise: Zeit ist der Faktor für das Überleben; Patient ist dringend auf Hilfe angewiesen; etc.)

Erfahrungen mit Betroffenen

11. Wie erleben Sie die Haltung wohnungsloser Menschen zu Themen wie Krankheit, Sterben und Unterstützung?
 - Welche Gründe führen dazu, dass Angebote abgelehnt werden?
 - Welche Bedürfnisse und Ängste äußern Betroffene, bzw. haben sie Ihrer Vermutung nach?
 - Wie wird mit Betroffenen umgegangen, die das Angebot zunächst ablehnen oder ihm gegenüber misstrauisch sind?
12. Welche Rolle spielen Sprachbarrieren bei der Vermittlung von Obdachlosen an Hospiz-/Palliativeinrichtungen?
 - Inwiefern erschweren diese den Prozess?
 - Wie würde eine passende Lösung aus Ihrer Sicht aussehen?

Strukturen, Ressourcen, Schulung – innerhalb Ihrer Einrichtung

13. Welche infrastrukturellen oder organisatorischen Voraussetzungen fehlen in Ihrer Einrichtung, um sterbenskranke Menschen gut zu begleiten?
 - (z. B. Ruheräume, medizinische Ausstattung, Personal)
14. Wie gut ist das Fachwissen Ihrer Kolleg*innen im Bereich der palliativen Versorgung und im Erkennen von Betroffenen?
 - Welche Art von Schulungen oder Trainings wären hilfreich?
15. Wie erleben Sie die emotionale Belastung und Belastbarkeit des Teams bei palliativen Situationen?
 - Welche Unterstützungssysteme (z. B. Supervision, Psycholog*innen) gibt es/ fehlen?
16. Welche Fähigkeiten & Kompetenzen müssten die Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativversorgung besitzen, um eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Obdachlosen sicherzustellen?
 - Welche Schulungen könnten Sie bereitstellen oder könnten bei der Bereitstellung behilflich sein?

Zukunft & Weiterentwicklung

17. Welche Ansätze wären aus Ihrer Sicht in Österreich sinnvoll, um die Versorgung sterbenskranker obdachloser Menschen zu verbessern?
 - Beispiele: mobile Palliativteams, Kooperation mit Straßenmedizin, etc.
18. Welche Akteur*innen müssten aus Ihrer Sicht Teil der Kette sein, dass die Versorgung bedarfsgerecht stattfinden kann?

Ausstiegsfrage

Gibt es aus Ihrer Sicht noch Aspekte, die in diesem Gespräch noch nicht angesprochen wurden, die Sie aber für wichtig halten?

Einverständniserklärung

- Sind Sie mit der freiwilligen Teilnahme am Interview einverstanden?
- Stimmen Sie der anonymisierten Verwendung Ihrer Aussagen im Rahmen der Forschungsarbeit zu?
- Wenn ja, dann unterschreiben Sie bitte die Einverständniserklärung. Vielen Dank!

Abschluss & Dank

Vielen Dank für Ihre Offenheit und die Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben. Ihre Perspektive liefert wertvolle Informationen für die Forschung und die Weiterentwicklung der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen.

Interviewleitfaden – Himmelshafen

Einstiegsinformation

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, Erfahrungen, Bedarfe und Herausforderungen in der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen zu erheben.

Im Rahmen eines Kooperationsprojekts der Wirtschaftsuniversität Wien mit dem Dachverband Hospiz Österreich sind wir beauftragt, Informationen zu erheben und den aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung obdachloser Menschen in Österreich zu ermitteln.

Das Interview wird voraussichtlich 60-90 Minuten dauern, und das Gespräch wird für interne Zwecke aufgezeichnet. Nur das Team hat Zugriff auf die Aufzeichnung. Diese dient ausschließlich dem Zweck der Transkription. Sind Sie damit einverstanden?

Das Gespräch wird vertraulich behandelt, Ihre Angaben werden anonymisiert. Die Teilnahme ist freiwillig und Sie können das Gespräch jederzeit abbrechen. (Hinweis auf Einverständniserklärung, diese aber erst nach Abschluss des Interviews vorlegen.)

Haben Sie vor Beginn des Interviews noch Fragen?

Wenn nein, dann starte ich mit der ersten Frage und der Aufnahme.

Einstiegsfragen

- Können Sie kurz die Einrichtung, in welcher Sie arbeiten, beschreiben?
- Können Sie kurz Ihre Rolle in der Einrichtung beschreiben?
- Was stellen Sie sich unter Hospiz- & Palliative Care vor?
- Wie schätzen Sie ihren Wissensstand zu Hospiz- & Palliative Care ein?

Hauptteil

Zugang und Aufnahmeprozess für die 1-2 Palliativbetten

1. Wie gestaltet sich der gesamte Prozess von der ersten Anfrage bis zur tatsächlichen Aufnahme eines Menschen für die 1-2 Palliativbetten im Himmelshafen?
 - a. Wer initiiert diesen Prozess typischerweise (z. B. Sozialarbeit, Kliniken, Einrichtungen)?
 - b. Welche Unterlagen oder Kriterien spielen dabei eine Rolle?
 - c. Welche bürokratischen Herausforderungen treten im Aufnahmeprozess häufig auf?
2. Welche Erfahrungen haben Sie mit der Vermittlung von obdachlosen Menschen durch externe Stellen gemacht?
 - a. Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit dabei?
 - b. In welchen Fällen kommt es zu Verzögerungen und warum?
3. In welchem Umfang greifen umliegende Obdachloseneinrichtungen auf Ihr Angebot zurück?
 - a. Wie häufig werden Personen vermittelt?
 - b. Welche Faktoren fördern oder hindern die Zusammenarbeit?
4. Müssen Sie manchmal priorisieren?
 - a. Wenn ja, nach welchen Kriterien priorisieren Sie?
5. Auf welche Weise nehmen wohnungslose Menschen selbstständig Kontakt mit dem Himmelshafen auf?
 - a. Welche Erfahrungen haben Sie mit Selbstzuweisungen oder direkter Kontaktaufnahme gemacht?
 - b. Wie wird mit Personen umgegangen, die spontan Hilfe suchen?

Finanzierung & Versicherung

6. Wie ist die Finanzierung des Himmelshafens aufgebaut?
 - a. Welche Rolle spielen Spenden, Fördermittel oder staatliche Unterstützung?
 - b. Mit welchen finanziellen Herausforderungen sind Sie konfrontiert?
7. Wie gehen Sie mit Menschen ohne Krankenversicherung um?
 - a. Welche Lösungen gibt es für deren medizinische Versorgung?
 - b. Wer übernimmt die Kosten in solchen Fällen?

Bedarfe und Barrieren Betroffener

8. Welche Hürden erleben Sie in der Kommunikation mit den Betroffenen?
 - a. Wie zeigen sich zum Beispiel Scham, Angst oder Misstrauen?
 - b. Welche Rolle spielt das Selbstbild („ich brauche keine Hilfe“)?
 - c. Wie wird mit Sprachbarrieren umgegangen? (Mit welchen Hilfsmitteln könnte man Sprachbarrieren auflösen?)
9. Unter welchen Umständen lehnen Betroffene einen Platz bei Ihnen ab?
 - a. Welche Gründe werden dafür am häufigsten genannt?
 - b. Was brauchen Menschen, damit sie ein solches Angebot eher annehmen?
10. Wie unterstützen Sie Menschen, die sich nicht dauerhaft stationär aufhalten möchten?
 - a. Bieten Sie alternativen zum stationären Aufenthalt an?
 - b. Welche zusätzlichen Angebote wären aus Ihrer Sicht notwendig?

Erfahrungen und Herausforderungen

11. Welche Strukturen, Prozesse oder Arbeitsweisen haben sich in Ihrer Einrichtung besonders bewährt?
12. In welchen Bereichen sehen Sie aktuell die größten Schwierigkeiten?
 - a. Welche Ressourcen oder Rahmenbedingungen fehlen, um diese Herausforderungen zu meistern?
 - b. Wie schätzen Sie das Verhältnis zwischen Bedarf und effektiv verfügbaren Hospizplätzen für Wohnungslose ein?
 - c. Wie schätzen Sie diesbezüglich die zukünftige Entwicklung ein?

Entwicklung & Zukunft

13. Welche strukturellen Verbesserungen im System der Palliativ- und Hospizversorgung wären für Ihre Arbeit besonders hilfreich?
 - a. (z. B. Aufnahmeverfahren, Kommunikation, Netzwerke)
 - b. Zusammenarbeit mit Obdachloseneinrichtungen
14. Welche Visionen oder Pläne haben Sie für die Weiterentwicklung Ihrer Einrichtung?

Ausstiegsfrage

Gibt es aus Ihrer Sicht noch Aspekte, die in diesem Gespräch noch nicht angesprochen wurden, die Sie aber für wichtig halten?

Einverständniserklärung

- Sind Sie mit der freiwilligen Teilnahme am Interview einverstanden?
- Stimmen Sie der anonymisierten Verwendung Ihrer Aussagen im Rahmen der Forschungsarbeit zu?
- Wenn ja, dann unterschreiben Sie bitte die Einverständniserklärung. Vielen Dank!

Abschluss / Dank

Vielen Dank für Ihre Offenheit und die Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben. Ihre Perspektive liefert wertvolle Informationen für die Forschung und die Weiterentwicklung der palliativen Versorgung von obdachlosen Menschen.