



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige Frauen und deren Gesundheit“

Verfasserin

Gisela Lehto

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Monika Linhart

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere

- Dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.
- Dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- Dass diese Arbeit mit der vom Begutachter/Betreuer beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Diese Diplomarbeit hätte nicht geschrieben werden können, wenn es eine große Anzahl von Menschen mit ihrer besonderen Unterstützung nicht gegeben hätte. Zuerst möchte ich mich bei allen Frauen bedanken, die mir so großes, oftmals überwältigendes Vertrauen für diese wissenschaftliche Arbeit entgegengebracht haben. Mit viel Enthusiasmus und Neugier sowie Wut und Zorn über Erlebtes haben sie mir sehr detailreich ihre ganz persönlichen Lebensgeschichten näher gebracht.

Mein Dank gilt ebenso Frau Professor Dr. Monika Linhart, die von Anfang an an diese Themenstellung geglaubt hat. Ein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Frau Dr. Eveline Werkstetter, welche mich großartig in der Schlussphase der Arbeit unterstützt hat und mir ihr umfassendes Wissen bezüglich wissenschaftlichen Arbeitens zur Verfügung gestellt hat.

Mein ganz besonderer Dank gilt auch der Studiengangsleiterin Frau Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, für ihr persönliches Engagement.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Frau Ulrike Kaes, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) am Anton Proksch Institut bedanken, die mir aus ihrer Sicht über die Pflege von wohnungslosen Frauen ein Interview gegeben hat, und bei Frau Dr. Dagmar Ohl von der Berliner Stadtverwaltung für die rasche Zusendung des Aktionsplanes „Hilfe für wohnungslose Frauen“.

Ein herzlicher Dank gilt Frau Doris Schröder und Frau Ina Ratzlaff, Diplomsozialarbeiterin (DSA) der Hamburger Krankenstube für den freundlichen Empfang, das Expertinneninterview und die Literaturtipps.

Des Weiteren möchte ich mich bei meinem Arbeitgeber, dem Arbeiter Samariter Bund (ASB) Wien, Herrn Dr. Rinnerbauer, Herrn Mag. Oliver Löhlein und Frau DSA Ettenauer für die Möglichkeit der Bildungskarenz bedanken. Ein Danke ergeht ebenso an Frau Laura Reiter und Frau Theresia Kares, die bei der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen sehr hilfreich und kompetent waren.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, meinem kürzlich verstorbenen Vater Kauko Kalervo Lehto in Gedenken; wie gerne hätte ich Dir diese große

Freude des Studienabschlusses zu Teil werden lassen. Diese Arbeit ist Dir aus ganzem Herzen gewidmet, ich weiß, dass Du alles von oben mit großer Freude verfolgst. Mein großer Dank gilt auch in ganz besonderem Maße meiner Mutter Margarete Lehto, die in dieser schwierigen Zeit mich mit allen ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen immer unterstützt und stets an mich geglaubt hat.

Diese Arbeit möchte ich auch aus ganzem Herzen meinem verstorbenen Großvater Friedrich Jörg widmen, der mir die ganz besondere Gabe weitergegeben hat, mit Menschen zu kommunizieren, ohne Rücksicht auf ethische Herkunft und gesellschaftlichen Stand.

Ein spezieller Dank gilt Katharina Lukesch die mich besonders in der Schlussphase emotional sehr unterstützt und mir viel Kraft gegeben hat. Ohne ihre großartige von Herzen kommende Unterstützung, wäre das Durchhalten um einiges schwieriger gewesen. Meinen herzlichsten Dank möchte ich an dieser Stelle Gitti und Walter Lukesch aussprechen, sie waren mir ebenfalls eine große Stütze im gesamten Prozess. Danke für Eure Gastfreundschaft.

Meiner langjährigen Studienkollegin und Freundin, Claudia Jaros möchte ich für ihre Hilfsbereitschaft, sowie für ihr Einwirken als Ruhepol in stressigen Situationen, Danke sagen.

Ein herzliches Dankeschön ergeht an Menschen, die seit vielen Jahren an meinen Weg geglaubt haben; dazu gehören vor allem Frau Dr. Martina Gredler, Frau Mag. Maria-Luise Janota und Herr Mag. Thomas Barmüller, sowie Frau Dr. Ehrentraud Strohmaier.

Diese Diplomarbeit widme ich abschließend – in Gedenken – Frau Bundesministerin a. D. Johanna Dohnal mit aufrichtigem Dank für ihr persönliches Engagement und ihre gelebte Solidarität und Menschlichkeit.

Vorwort

Wohnungslose Frauen mit illegalem Substanzkonsum stellen unter dem Aspekt der Gesundheit in Österreich einen noch wenig erforschten Bereich dar. Der Wunsch, die Lebenswelten von wohnungslosen Frauen – mit deren Anliegen und Erfahrungen – zu erforschen, bildet die Grundlage zu dieser Diplomarbeit.

Mit dieser Arbeit wurde angestrebt, wohnungslose Frauen als Expertinnen ihrer Lebenssituation zu Wort kommen zu lassen, um damit unter Einbeziehung verschiedener Faktoren einen Prozess aufzuzeigen, der sich in folgenden Fragestellungen widerspiegelt:

Wie wirken sich negative und positive Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Frauen aus, welche präventiven Maßnahmen ergreifen sie selbst?

Wie reagiert das Gesundheitssystem auf wohnungslose Frauen und ihre ganz speziellen Bedürfnisse, welche Haltung dazu nehmen Pflegepersonen und medizinisches Personal ein?

Welche Hürden gilt es bei Amtswegen zu bewältigen, mit welchen Vorurteilen werden diese Frauen konfrontiert?

Welche Einflussfaktoren bewegen sie zum Weiterleben, wie sehen ihre Problemlösungen aus, wie ihr soziales Gefüge zwischen Ursprungsfamilie, Zweckbeziehungen und Kindern?

Auf alle diese Fragen versucht diese Arbeit Antworten zu geben; sie gilt als ein Beitrag, wohnungslose Frauen aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und Vorurteilen entgegen zu wirken.

Inhaltsverzeichnis

<i>Eidesstaatliche Erklärung</i>	I
<i>Danksagung</i>	II-III
<i>Vorwort</i>	IV
Inhaltsverzeichnis	V
Kurzzusammenfassung	1
Abstract	3
1 Einleitung	5
1.1 Problemstellung	9
1.2 Fragestellung der Arbeit – Forschungsfragen	11
1.3 Ziele der Arbeit.....	12
1.4 Struktur und Aufbau der Arbeit.....	12
2 Theoretischer Hintergrund	14
2.1 Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit.....	14
2.1.1 Definition von Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit ...	14
2.1.2 Weibliche Wohnungslosigkeit Definitionen und Ursachen	14
2.1.3 Ausgangslage und Gründe weiblicher Wohnungslosigkeit	15
2.1.4 Gesundheit und Krankheit von wohnungslosen Frauen ...	16
2.1.5 Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen	18
2.2 Genderunterschied.....	19
2.3 Aktuelle Versorgung in Wien	20
2.4 Frauen in der Wiener Wohnungslosenhilfe	21
2.4.1 Niederschwellige gesundheitspezifische Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe	22
2.4.2 Niederschwellige Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen.....	23

2.4.3	Spezifische Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen.....	23
2.4.4	Generelle Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen 24	
2.5	WWH – Wiener Wohnungslosenhilfe	26
2.6	BAWO – Frauenarbeitskreis	26
2.7	Pflege von suchtkranken wohnungslosen Frauen.....	27
2.7.1	Definition von Sucht	28
2.7.2	Sucht und die verschiedenen Dimensionen	28
2.7.3	Genderfaktoren der Sucht	32
2.7.4	Illegale Substanzabhängigkeit.....	32
2.7.5	Umgang mit Suchtkranken in der Suchtkranken Pflege ...	33
2.7.6	Expertinneninterview mit DGKP Ulrike Kaes, Anton Proksch Institut Wien	35
2.7.7	Pflegespezifische Einrichtung: „Hamburger Krankenstube“ 42	
2.7.8	Expertinneninterview mit Frau Ina Ratzlaff (2012), Sozialarbeiterin der Hamburger Krankenstube.	44
3	Methode und Vorgehensweise	45
3.1	Qualitativer Forschungsansatz.....	46
3.2	Grounded Theory	47
3.2.1	Stichprobengrundlage	49
3.2.2	Einschlusskriterien und Rekrutierung	49
3.2.3	Beschreibung der Teilnehmerinnen.....	50
3.2.4	Ethik und Informed Consent.....	50
3.3	Datenerhebung	51
3.4	Datenanalyse	52
3.5	Gütekriterien	53
3.5.1	Glaubwürdigkeit.....	53
3.5.2	Folgerichtigkeit	53

3.5.3	Angemessenheit.....	53
3.5.4	Übereinstimmung	54
4	Erkenntnisse	54
4.1	Persönlichkeit.....	55
4.2	Vielfalt an Persönlichkeiten	55
4.3	Zugänge zur Herkunftsfamilie	57
4.4	Familie	58
4.5	Frage nach dem Suchtgen und eigener Tendenzen	58
4.6	(Religiöse) Werte und Normen in der Familie	59
4.7	Prägung durch innerfamiliäre Suchtgewohnheiten und Gewalt... 60	
4.8	Auswirkungen von Sucht auf die Familie	62
4.9	Wohnungslosigkeit und Drogenlaufbahn im Bezug zur Familie .. 62	
4.10	Bildungsniveau.....	65
4.11	Schulausbildung.....	66
4.12	Ausbildung und Arbeit.....	67
4.13	Beziehung und Freundschaft	72
4.14	Kinder.....	76
4.15	Wohnungslosigkeit.....	77
4.15.1	Gründe für den Wohnungsverlust.....	77
4.15.2	In Anspruch genommene Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe.....	79
4.15.3	Erfahrungen in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe.....	81
4.16	Krankheiten.....	82
4.17	Selbstfürsorge – Selbstpflege	85
4.18	Ernährung	85
4.19	Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem	87
4.20	Der Hausarzt.....	88
4.21	Ordinationshilfe	90
4.22	Fachärzte	91

4.22.1	Neurologin	91
4.22.2	Amtsärztin	91
4.22.3	Psychiater.....	91
4.22.4	Frauenarzt	92
4.22.5	Zahnarzt	92
4.23	Spitalsaufenthalte.....	93
4.24	Stationäre Aufenthalte.....	93
4.25	Ambulanz	95
4.26	Ämter und Behörden	96
4.26.1	Sozialamt.....	97
4.26.2	Arbeitsmarktservice	98
4.26.3	Drogenberatungsstelle	99
4.27	Ein Blick in die Zukunft.....	100
5	Abschließende Erklärung	102
6	Diskussion und Schlussfolgerung.....	106
7	Stärken und Schwächen der Arbeit	109
8	Implikationen	111
8.1	Implikationen für die Pflege.....	111
8.2	Implikationen für die Pflegeforschung	112
	Literaturverzeichnis	114
	Abbildungsverzeichnis.....	120
	Abkürzungsverzeichnis.....	121

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Welche Auswirkungen Wohnungslosigkeit auf Frauen hat wird in einigen Studien beschrieben, der Zusammenhang zu illegaler Substanzabhängigkeit und den Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen aber eher selten oder gar nicht. Jedoch ist die Abhängigkeit von Suchtmitteln, seien es legale Suchtmittel oder – wie in der vorliegenden Studie beschrieben – illegale Suchtmittel, bei wohnungslosen Frauen stark verbreitet. Wie sich diese Abhängigkeit auf deren Gesundheit, auf das soziale Umfeld, das Gesundheitssystem, die Ämtern oder den Wohnplatz auswirkt soll mit dieser Arbeit dargestellt werden.

Ziel: Das Ziel der Studie besteht darin, wesentliche Faktoren zu identifizieren, welche die Gesundheit von wohnungslosen und illegal substanzabhängigen Frauen maßgeblich beeinflussen. Die Ergebnisse der Studie sollen außerdem Aufschluss darüber geben, wie das Gesundheitssystem mit ihren verschiedenen Institutionen und dem medizinischen und pflegerischen Personal, suchtkranke und wohnungslose Frauen in Zukunft unterstützen könnte.

Methode: Als Methode wurde die Durchführung halbstandardisierter Interviews gewählt; dazu wurden zehn Interviews mit wohnungslosen und illegal substanzabhängigen Frauen im Alter zwischen 25 und 48 Jahren geführt. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen beschränkte sich ausschließlich auf Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Als Forschungsmethode, welche die Vorgehensweise bei der Datensammlung und der Datenauswertung bestimmte, wurde die „Grounded Theory“ eingesetzt. Diese ermöglichte einen umfassenden Einblick in die Thematik aus Sicht der Betroffenen als „Spezialistinnen“ ihrer individuellen Situation. Aufgrund der begrenzten Rahmenbedingungen (mangelnde Zeitressourcen und zu kleine Stichprobe) konnte keine Datensättigung erzielt werden.

Ergebnisse: Im Zuge der Datenanalyse zeichneten sich zusammenhängende Kategorien ab, und es konnten Aussagen darüber getroffen werden, welche Bedeutung diese Kategorien für die Gesundheit wohnungsloser und illegal

substanzabhängiger Frauen spielen. Als ein sehr wichtiger Faktor erwies sich dabei das soziale Umfeld, einschließlich der Ursprungsfamilie, der Beziehungspartner, der leiblichen Kinder und der Freunde. Daraus ergaben sich wiederum weitere Zusammenhänge wie Wohnplatzverlust, Drogenkonsum oder die Unterbringung der leiblichen Kinder bei Pflegeeltern. Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem waren abermals sehr eng mit der Suchterkrankung verbunden, diese Suchterkrankung wiederum bildete oftmals eine Brücke zu finanziellen Unterstützungen durch das Sozialsystem und zu den individuellen Erfahrungen damit.

Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen die Notwendigkeit zukünftiger Veränderungen im Gesundheitssystem und bei anderen offiziellen Stellen in der Behandlung suchtkranker und wohnungsloser Frauen auf. Für die Pflege dieser Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit bedeutet dies, bisherige Pflegeinterventionen zu überdenken, diese besser an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und sie einer regelmäßigen Evaluation zu unterziehen.

Abstract

Background: Several studies describe the impact of homelessness on women's lives but connection to illegal substances and its effects on women's health is hardly or never mentioned. Addiction to substances however, no matter whether legal or illegal substances – as described in presented study – is widespread amongst women. The way in which this addiction affects their health and social environment, the health care system, institutions and/or place of living is shown in this study.

Aim: The aim of the study is to identify key factors that influence significantly the health of homeless and illegal substance-dependent women. The results of the study should also provide insight into how the health system could support addicted and homeless women in future with support through various institutions and medical and nursing staff.

Method: The chosen method in order to conduct the study were semi-standardized interviews; therefore ten interviews with homeless and illegal substance-addicted women between 25 and 48 years were carried out. The recruitment of participants was limited exclusively to facilities of the "Wiener Wohnungslosenhilfe". The "grounded theory" was used as the chosen research method which determined the procedure for data collection and data analysis. This method enabled a comprehensive insight into the issues from a perspective of those affected as "the specialists" of their individual circumstances. Due to limiting conditions (lack of time resources and a too small sample size) data saturation could not be achieved.

Knowledges: During data analysis related categories appeared and a statement could be made about the significance of these categories for the health of homeless and illegal substance-addicted women. A very important factor proved to be the social environment, including the family of origin, the partnership, the biological children and friends. This yielded in turn further correlations, such as the loss of place of residence, drug use, or placement of biological children into foster care. Experiences with the health system were again closely linked to the addiction, on the other hand this addiction often

formed a bridge to financial support by social services bringing individual experiences alongside with it.

Conclusions: The findings obtained show a need for future changes in the health system and other official services connected to the treatment of addicted and homeless women. Care for these women with illegal substance addiction therefore means to rethink current nursing interventions, to tailor them to the needs of those affected and to subject them to regular evaluation.

1 Einleitung

Wohnungslosigkeit von illegal substanzabhängigen Frauen und die damit verbundenen Auswirkungen auf deren Gesundheit stellen in Österreich einen wissenschaftlich noch wenig erforschten Bereich dar.

In diesem Kapitel wird zu Beginn über den problematischen Zugang zum Hilffsystem von wohnungs- und obdachlosen Frauen berichtet; es folgt die Darstellung der spezifischen Problematik, wie verdeckte Wohnungslosigkeit und die damit einhergehende schwierige Datenerfassung sowie die Ausführung der genauen Entstehungsbedingungen dieser sehr inhomogenen Zielgruppe. Danach werden die Fragestellungen und die Forschungsfragen zur Diskussion gestellt; diese münden in einem möglichen Ziel der Arbeit.

Eine generelle Angebotsstruktur für beide Geschlechter unterstreicht die Unsichtbarkeit weiblicher Wohnungslosigkeit. Deshalb gibt es auch nur wenige spezifische Hilfsangebote für Frauen, für Männer hingegen ein breites Spektrum, welches seit über 20 Jahren die Wiener Wohnungslosenhilfe geprägt hat. Die genaue Angebotsstruktur ist unter Obdachlos in Wien/Wohnen/Fonds Soziales Wien#angebote (2012)“ dargestellt.

Der gesundheitliche Zustand ist bei wohnungslosen Menschen meist schlecht, und viele der Krankheiten haben sich chronifiziert; das „Team neuerHausarzt“ meint dazu: *„...90 % aller wohnungslosen Menschen sind multimorbid, etliche weisen sogar 15 oder mehr Krankheitsbilder gleichzeitig auf. Sehr häufig treten Stoffwechsel- und Herz-Kreislaufkrankungen, sowie schwere Lungenfunktionsstörungen und Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats auf einschließlich Haut und Zähnen, die von wohnungslosen Menschen durch einen besonders schlechten Zustand gekennzeichnet sind. Zusätzlich leiden mindestens 45 % der PatientInnen an psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen, Suchtproblemen oder Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, wobei die Dunkelziffer sicher höher liegt.“* (Team neuerHausarzt, Löffler, W. & Mutsch, L. Mai 2006 – Mai 2009, unter WWH, Wiener Wohnungslosenhilfe 2008, S.12)

Wohnungslose Frauen neigen im speziellen dazu, das Hilffssystem sehr lange nicht in Anspruch zu nehmen, da sie – wie Ohl (1998) im Aktionsplan Hilfe für wohnungslose Frauen der Landeskommision Berlin gegen Gewalt aufzeigt – vorerst eigene Problemlösungsstrategien anwenden, bevor sie institutionelle Hilfe beanspruchen oder einfordern. Dies verzögert den Eintritt ins Hilffssystem sehr, soweit dies überhaupt bedarfsgerecht vorhanden ist, so Ohl. Besonders Frauen mit Psychiatrieerfahrung sind sehr vorsichtig oder abweisend gegenüber konkreten Hilfsangeboten. Nachdem sich Rückschläge immer wiederholen und damit die eigenen Lösungsstrategien einbrechen, entwickeln sich Angst, Scham und Resignation, die die jeweiligen Krankheitszustände noch verschlimmern. Laut Expertenaussagen sind die Zugänge zu den Hilfsformen der Psychiatrie und des Sucht-Hilffsystems nicht bedürfnisgerecht und zu hochschwellig angelegt, wie aufgezeigt wurde (Ohl, 1998)

Dazu ein Auszug aus dem Berliner Aktionsplan für wohnungslose Frauen:

„Um Frauen ihre große Distanz zum herkömmlichen Hilffssystem zu nehmen, bedarf es neben Beratungsangeboten, Straßensozialarbeit und den unmittelbaren Hilfeleistungen wie Essensausgabe, Wärmestuben, medizinische Notversorgung differenzierter Angebote. In diesen sollen sie Schutz bekommen, wenn sie diesen möchten und dadurch Vertrauen in das Hilffssystem wieder erlangen, damit sie aus ihren schlechten Lebenssituationen wieder aussteigen können.“ (Ohl, 1998, S.1)

Neben dem großen Schwerpunkt „gesundheitliche Probleme“ ist Gewalt und Gewalterfahrungen bei wohnungslosen Frauen ein zentraler Punkt, welcher mittel- oder unmittelbar Auswirkungen auf deren Gesundheit hat.

Aus einer repräsentativen Untersuchung über Gewalt gegen Frauen (Stichprobe von 10.000 Frauen) in Deutschland mit dem Titel „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ im Zeitraum 2002 – 2004 nennt Schröttle folgende Ergebnisse:

- 37 % der Frauen haben seit dem 16. Lebensjahr körperliche Übergriffe erlebt, Körperverletzungen ohne Verletzungsfolgen, und zwei Drittel mittlere bis schwere Formen körperlicher Gewalt, darin enthalten ernsthafte oder lebensgefährliche Verletzungen, dazu Waffengewalt.

- 13 % der Frauen mussten seit ihrem 16. Lebensjahr sexuelle Gewalt (strafrechtlich relevante Formen, erzwungene sexuelle Gewalt, Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) erdulden. Darin nicht einbezogen ist das hohe Maß an sexueller Belästigung, hier würde laut Schröttle ein Prozentsatz von 34 % möglich sein.
- Unterschiedliche Formen sexueller Belästigung gaben 58 % der Frauen an.
- Psychische Gewalt, das Eingeschüchtert und aggressiv Angeschrien werden, bis hin zu Verleumdungen, Drohungen, Demütigungen und Psychoterror wurden von 42 % der Frauen genannt.
- Bei 25 % der Frauen kamen körperliche oder sexuelle Übergriffe (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner vor. Diese Ergebnisse wurden von Schröttle(2004) in ihrem Vortrag, „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ vorgestellt.(Schröttle, 2004, S.2)

Daher ist die bedürfnisorientierte Unterstützung und Unterbringung von wohnungslosen Frauen unter Einbeziehung der multifaktoriellen Problemlage besonders zu berücksichtigen. Frauenspezifische Betreuungskonzepte sind von größter Wichtigkeit, um diese sensible Gruppe adäquat unterstützen zu können.

Folgende zentrale Punkte für frauengerechte Qualitätsstandards, wurden von Enders-Drägässer und Sellach in „Frauen ohne Wohnung“, Handbuch genannt (Enders-Drägässer et al. 2000, S.189-190):

- Frauen haben im Besonderen Bedarf an Schutz vor psychischen, körperlichen und sexuellen Übergriffen; dieser muss in den Einrichtungen für wohnungslose Frauen speziell durch räumliche und personelle Ausstattung gewährleistet sein.
- Umfassende Kompetenzen seitens der Mitarbeiterinnen bezüglich der Erfahrungen mit männlicher Gewalt. In gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen muss es die Wahl zwischen einem Berater und einer Beraterin geben.
- Eigene Räume zur Wiedererlangung der körperlichen Integrität, Möglichkeiten zur Körperpflege, zu Ritualen für Schönheitspflege, zu Intimpflege und sanitäre Einrichtungen den weiblichen Bedürfnissen entsprechend, müssen bereitgestellt werden.
- Raum zum Austausch mit anderen, Förderung des Selbstwertes in der Gemeinschaft, um sich neu orientieren zu können.
- Ein eigener Wohnraum, um das normale soziale Leben mit Hausarbeit, Alltag und Selbstversorgung inklusive Wäsche wieder erleben zu können.

- Frauenspezifische Sozialarbeit, die sich an den besonderen Bedürfnissen, der Frauen betreffend Armut, Gewalt und Gesundheit, in all ihrer Professionalität orientiert. (Enders-Drägässer, et al. 2000)

Da wohnungslose Frauen wie die übrige Normalbevölkerung auch früher oder später Pflegebedarf haben werden, braucht es auch zukünftig mehr Einrichtungen mit pflegerischer Versorgung.

Zur Problematik von Süchtigen und zukünftigen Pflegebedarf äußern sich Loth et al. (2002):

„Da die mittlere Lebenserwartung von Süchtigen in den letzten Jahren zugenommen hat, kommen in naher Zukunft immer mehr ältere Süchtige auf die Gesundheitspflege zu. Die Gesundheit eines Süchtigen wird langsam aber sicher schlechter, zumindest dann, wenn er auf der Straße lebt und Drogen missbraucht.“ (Loth et al. 2002, S.63)

Pflegerische Versorgung ist in den diversen Wohneinrichtungen überwiegend durch zugekaufte soziale Dienste gewährleistet, wie z. B. unterstützende Betreuung von Heimhilfen für Haushaltsführung, Körperpflege, sowie Hauskrankenpflege in medizinischen Belangen (Verband Wiener Wohnungslosenhilfe, 2010). Eine spezifische Versorgung durch eine Pflegekraft innerhalb einer Einrichtung ist nur in wenigen Einrichtungen mit spezieller Schwerpunktsetzung wie dem „FrauenWohnZentrum“ gegeben. Wenn wir jedoch mehr über die spezielle Problematik von gesundheitlichen Defiziten und den persönlichen Lebenswelten wohnungsloser Frauen wüssten, könnte die Pflege mit ihrem Anspruch, Wohlbefinden zu fördern oder wiederzuerlangen, ein wichtiger Schlüsselfaktor im Kontext zur Gesundheit der Frauen werden.

Eine multiprofessionelle Unterstützung aus Sozialarbeit, Psychologie und Medizin unter Einbeziehung der Pflege [Einbeziehung der Pflege, d. Verf.] könnte für wohnungslose Frauen neben der Möglichkeit einer effizienten Behandlung im niedergelassenen Bereich und der Kosteneinsparung im Gesundheitssystem zu mehr Wohlbefinden und Lebensqualität beitragen und Gesundheit aktiv fördern. (FEM Tätigkeitsbericht, 2011)

1.1 Problemstellung

Das unzureichende Wissen über spezifische gesundheitliche Aspekte von obdach- und wohnungslosen Frauen und ihre anzunehmende zukünftige Pflegebedürftigkeit scheint neben einem anderen Umgang der Frauen mit ihrer Gesunderhaltung auch zum Teil in der Unsichtbarkeit der „weiblichen Wohnungslosigkeit“, der sog. „verdeckten Wohnungslosigkeit“ von Frauen zu liegen. Kitzmann versteht darunter, private „*Lösungen des Wohnens finden, Zweckbeziehungen eingehen, dies macht es schwierig, diese Personengruppe wissenschaftlich zu erfassen*“. (Kitzman, 2007, S.7) Ein Hin- und Herpendeln zwischen den verschiedenen Einrichtungen und dem „zurück zur Straße“ beschreibt oft den Lebenslauf vieler wohnungs- und obdachloser Frauen. Zahlen zur weiblichen Wohnungslosigkeit sind bundesländerübergreifend nicht vorhanden, jedoch ist eine hohe Dunkelziffer zu vermuten. Aus dem Bericht der BAWO (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) von 2009 heißt es dazu:

„Die Tatsache, dass weibliche Klientinnen in den Einrichtungen der WLH deutlich unterrepräsentiert sind, legt die Vermutung nahe, dass diese vermehrt informelle Bewältigungsstrategien wählen und gewissermaßen in verdeckter Wohnungslosigkeit verweilen.“ (BAWO Bericht, 2009, S.10)

Zu den genderspezifischen Daten heißt es in diesem Bericht:

„Die Wohnungslosenerhebung für den Zeitraum 2006 – 2007 weist auf große Probleme der WLH hin, die Zielgruppe von weiblichen Wohnungslosen mit ihren Hilfeangeboten zu erreichen. Der Frauenanteil liegt im Bereich der ambulanten Wohnungslosenhilfe bei 21 Prozent. In den betreuten Wohnformen liegt der Frauenanteil bei einem Durchschnittswert von 31 Prozent.“ (BAWO Bericht, 2009, S.82)

Eine exaktere Kenntnis der Zahlen und damit verbunden der Bedürfnisse der Frauen würde es wesentlich erleichtern, auf deren Problemlage eingehen zu können. Weibliche Wohnungslosigkeit ist zudem ein multifaktorielles Geschehen, weshalb mit dem generell bekannten Begriff „wohnungslos“ nur peripher das tatsächliche Ausmaß beschrieben werden kann; umso spezifischer müssten daher die Angebote im Hilffsystem sein.

Besonders illegal substanzabhängige wohnungslose Frauen sind schwerer unterzubringen, als jene mit einer anderen Suchterkrankung. Was diese Frauen jedoch bräuchten und wie eine Hilfestellung aussehen könnte, um die negativen Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf deren Gesundheit zu verringern, soll in dieser Arbeit herausgearbeitet werden. Die bisherigen Erkenntnisse darüber wurden – wie unten angeführt – im Tätigkeitsbericht Gesundheitszentrum für Frauen F.E.M 2010 teilweise beschrieben.

Als Hauptgrund dafür, reguläre ambulante und stationäre Versorgungsangebote nicht zu nutzen, führen wohnungslose Menschen Scham und Angst vor Abweisung, schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Personal oder mangelndes Vertrauen zu ÄrztInnen an. Dies führt wiederum zu Ablehnung von Standardangeboten. Der schlechte Gesundheitszustand wird ignoriert, und ein Besuch beim Arzt, bei der Ärztin als nicht notwendig erachtet. (F.E.M, Tätigkeitsbericht, 2010)

Die Angebotsstrukturen der WWH (Wiener Wohnungslosenhilfe) der letzten Jahrzehnte sind sehr allgemein für beide Geschlechter organisiert, genauso wie die Personalstrukturen, in denen SozialarbeiterInnen und SozialbetreuerInnen die Betreuung übernehmen und Konsiliare der Allgemeinmedizin oder Psychiatrie temporär mitarbeiten. (Frauenarbeitskreis der BAWO Wien, 2011, S.10-50)

Pflegende sind generell nicht vorgesehen, ganz wenige Einrichtungen auf die noch näher eingegangen wird, bilden hier eine Ausnahme. Eine unspezifische Einrichtung ohne Pflegepersonen kann daher oftmals den besonderen Bedürfnissen wohnungsloser Menschen nicht gerecht werden.

Auf der Grundlage von umfangreicheren Erkenntnissen über die spezielle Zielgruppe der wohnungslosen Frauen und deren gesundheitlichen und pflegerischen Bedürfnisse, könnten Pflegende zukünftig eine adäquatere Unterstützung anbieten und bestehenden Vorurteilen professionell besser begegnet werden.

1.2 Fragestellung der Arbeit – Forschungsfragen

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden: Welche Auswirkungen hat Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige Frauen und deren Gesundheit?

Mittels Expertinneninterviews von den wohnungslosen Frauen wurde versucht die oben genannte Thematik wissenschaftlich zu erarbeiten. Dabei wurde eingangs eine generelle Frage nach dem Befinden gestellt, welche meist schon eine Anknüpfung zum Thema mit sich brachte; eine anschließend aufgelockerte Gesprächsbasis machte dann eine fundierte Befragung folgenden Themenbereichen Themenbereichen möglich: Wohnungslosigkeit und illegale Substanzabhängigkeit, Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, soziales Umfeld, Gesundheit und Gesundheitssystem, Ämter und Finanzen.

Die folgenden Angaben wie Vor- und Zuname, Alter, Interviewort, Familienstand, Kinder, Schulausbildung und berufliche Laufbahn gaben einen kurzen Überblick zur Person.

Als nächstes ging es zum eigentlichen Themenblock, den Fragen zur Wohnungslosigkeit und wie es dazu kam. Weiter ging es mit dem Verlauf: dem derzeitigen Wohnplatz, den persönlichen Erfahrungen in der Wohnungslosigkeit, den Erfahrungen mit dem Hilfssystem und der Wiener Wohnungslosenhilfe, der finanziellen Unterstützungen, den frauenspezifischen Einrichtungen, den Unterbrechungen der Wohnungslosigkeit, der persönlichen Beziehungen, den Hilfsangebote von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, den Kontakten zu anderen Betroffenen und den Erfahrungen mit administrativen Einrichtungen wie Ämtern.

Es folgte der Themenblock mit den Fragen zur Gesundheit: Hemmende Faktoren wie Sucht, spezielle Erfahrungen im Gesundheitssystem, aktuelle und chronische Erkrankungen; stationäre und ambulante KH-Aufenthalte; Entzüge und Langzeittherapien; diverse Erfahrungen mit Ärzten, Hausarzt, Zahnarzt, Gynäkologe, Psychiater; Erfahrungen mit dem Pflegepersonal; pflegerische Unterstützung nach KH-Aufhalten; Verschreibep Praxis bei Medikamenten; Bedeutung von Gesundheit Gesunderhaltung und Selbstpflege;

Beim Thema Sucht zeichnete sich ein sehr sensibler Bereich ab, eher selten war ein genauer Zeitpunkt der Suchtlaufbahn nachzuvollziehen; genauere Fragen nach dem Suchtauslöser wurden als unangenehm erlebt und dadurch oft fallengelassen. Sehr oft kam es dann innerhalb des Interviews doch zur Benennung von Auslösern und einer genaueren Schilderung des Suchtverlaufs sowie des Alltags mit der Sucht.

Am Schluss folgten Fragen zu unterstützenden Faktoren in dieser schwierigen Lebenssituation. Stichworte dazu waren: mögliche Bezugspersonen, familiäre Kontakte, Kinder und deren (Fremd)Unterbringung, Interessen, Hobbies, sowie Wünsche für die Zukunft.

Im Schnitt dauerten die Gespräche zumeist über eine Dreiviertelstunde bis hin zu nahezu zwei Stunden, das Interesse der Betroffenen oft zum ersten Mal über sehr bewegende Erlebnisse mit jemandem zu sprechen, war sehr deutlich spürbar, ebenso wie großes Vertrauen in meine Person und eine oft ungebremste Neugierde und Motivation an einem wissenschaftlichen Projekt teilzunehmen. Fast alle Frauen, die sich für das jeweilige Interview gemeldet hatten, hielten ihren erhaltenen Termin schon beim ersten Mal ein und kamen pünktlich zur Befragung. Eher selten musste ein zweiter Termin vereinbart werden.

1.3 Ziele der Arbeit

Das Hauptziel dieser Arbeit auf der Grundlage eines qualitativen Forschungsansatzes ist, neues Wissen über wohnungslose illegal substanzabhängige Frauen im Bezug zu ihrer Gesundheit und zur Suchtkrankenpflege zu generieren. In der Folge kann diese Untersuchung einen Beitrag dazu leisten, Vorurteile abzubauen und eine andere Einstellung im medizinischen Bereich und in Pflegeberufen zu fördern oder anzuregen.

1.4 Struktur und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen Teil (Kapitel 2) und einen empirischen Teil (Kapitel 3 bis Kapitel 4).

Nach der Einleitung mit Problem- und Zieldarstellung werden in Kapitel 2 der Begriff Wohnungslosigkeit und andere thematisch relevante Begriffe erläutert. Im Anschluss wird auf das Thema Gesundheit und Erkrankungen von wohnungslosen Frauen näher eingegangen, danach die aktuelle Versorgung der WWH (Wiener Wohnungslosenhilfe), einschließlich spezifischer und genereller Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, vorgestellt. In diesem Kapitel erfolgt auch ein Einblick in die Suchtkrankenpflege im Kontext wohnungsloser Frauen und die Definition genereller Begriffe zur Pflege wie Sucht und Suchtkrankenpflege. Ein Expertinneninterview mit DGKP Ulrike Kaes von der Station 4.1 (Aufnahmestation) des Anton Proksch Instituts und der aktuelle wissenschaftliche Stand zur Thematik beenden dieses Kapitel.

Im Kapitel 3 werden die gewonnenen Ergebnisse dargestellt. Es beginnt mit der Darlegung der erhobenen Sozialdaten der interviewten Frauen, darauf folgt die Beschreibung der identifizierten Kategorien und der gebildeten Hauptkategorien. Das Kapitel endet mit einer Zusammenfassung dieser Ergebnisse.

Im Kapitel 6 erfolgt die Diskussion der dargestellten Ergebnisse durch ihre Interpretation und der Beantwortung der Forschungsfragen, verbunden mit einer kritischen Auseinandersetzung mit der aktuell vorhandenen Literatur zu diesem Thema. Schlussfolgerungen, welche sich aus den Ergebnissen der Diskussion ableiten, sowie ein Ausblick beenden dieses Kapitel.

Im Literaturverzeichnis schließlich wird die verwendete Literatur aufgeführt.

Im Anhang beigefügt sind, der Interviewleitfaden, ein Informationsblatt für die Interviewpartnerin der Informed Consent und die Einwilligungserklärung.

2 Theoretischer Hintergrund

Der zweite Teil dieser Diplomarbeit widmet sich zu Beginn der Begriffsdefinition von Wohnungs- und Obdachlosigkeit, insbesondere der weiblichen Wohnungslosigkeit und ihren vielfältigen Entstehungsbedingungen. Danach folgt ein kurzer Überblick über die aktuelle Versorgung der WWH (Wiener Wohnungslosenhilfe) und über ausgewählte Einrichtungen.

2.1 Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit

2.1.1 Definition von Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit

Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit sind in ihrer Bedeutung strikt zu trennen, da beide zumeist eine andere Angebotsstruktur für betroffene Menschen nach sich ziehen.

Die Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung wird unter European Federation of National Associations Working with the Homeless (FEANTSA, 2005) umfangreich definiert und in einer Typologie mit dem Namen ETHOS festgelegt.

ETHOS definiert obdachlose Menschen als Personen, die auf der Straße leben oder an öffentlichen Plätzen wohnen, ohne eine Unterkunft, die als solche bezeichnet werden kann, zu haben. Wohnungslose Personen werden als Menschen definiert, die in Einrichtungen wohnen, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist und keine Dauerwohnplätze zur Verfügung stehen, wie z. B. in Übergangseinrichtungen, Asylen und Herbergen und Übergangswohnungen.

2.1.2 Weibliche Wohnungslosigkeit Definitionen und Ursachen

Weibliche Wohnungslosigkeit wird wegen ihrer Vielfältigkeit und Individualität von Ute Enders-Drägässer (2000) im Modellprojekt „Hilfen für alleinstehende wohnungslose Frauen“ in drei Gruppen eingeteilt, diese werden in „Frauen ohne Wohnung“, dem Handbuch für ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen

(2000) dargestellt. Um eine mögliche Beschreibung dieser zumeist sehr inhomogenen und statistisch weitgehend nicht erfassten Gruppe zu versuchen.

1. *„Zur ersten Gruppe gehören, die Frauen die offen wohnungslos sind und sichtbar auf der Straße leben. Sie gelten als typisch wohnungslos. Von ihrem Erscheinungsbild her sind gesellschaftliche Wahrnehmung und Wertung bestimmt.“* (Enders-Dragässer, 2000, S.209)
2. *„Der zweiten, weitaus größeren Gruppe gehören die Frauen an, die ihre Wohnungslosigkeit verdeckt leben. Das bedeutet, dass sie zwar tatsächlich wohnungslos sind, aber bei Freunden/Freundinnen/Partnern/Partnerinnen, seltener auch bei Angehörigen untergekommen sind. Sie sind nicht nur ohne Mietvertrag, sondern sie sind in der „Gastwohnung“ auch nur begrenzt geduldet. Soweit sie auf der Straße leben, wenden sie viel Kraft dafür auf, unauffällig zu bleiben.“* (Enders-Dragässer, 2000, S.210)
3. *„Die dritte Gruppe umfasst latent wohnungslos lebende Frauen, d. h. Frauen die kurzfristig wohnungslos werden können aufgrund von Beziehungskonflikten, oder der Trennung aus gewaltgeprägten Lebensverhältnissen.“* (Enders-Dragässer, 2000, S.210)

Ein weiterer zutreffender Begriff zitiert nach Enders-Dragässer (2004) ist der der „Wohnungsnotfallproblematik“; dieser soll anhand der bereits bekannten Begriffe „Wohnungslosigkeit“ oder „Obdachlosigkeit“ die Komplexität von Ursachen und Erscheinungsformen der Wohnungsnot von Frauen hervorheben. (Uta Enders-Dragässer et al. Sellach/Huber/Enders-Dragässer, 2004) Da diese wissenschaftliche Arbeit auf die Wiener Situation bezogen ist, wird der hier gebräuchliche Begriff der „Wohnungslosigkeit“ verwendet, im klaren Wissen um dessen Unzulänglichkeit.

2.1.3 Ausgangslage und Gründe weiblicher Wohnungslosigkeit

Typische geschlechtsspezifische Gründe für Wohnungslosigkeit sind nach Rowhani-Ennemoser (1997) spezifische Armuts- und Lebensrisiken wie schlechtbezahlte Arbeitsverhältnisse, informelle Erwerbsarbeit, Werk- und Provisionsverträge, Angehörigen-Mitarbeit oder geringfügige Anstellungen.

Enders-Dragässer/Sellach/Libuda-Köster (2004) stellten fest, dass die wirtschaftliche Lage dieser Frauen gekennzeichnet ist von ihrer Abhängigkeit

vom Einkommen des Ehemannes oder Partners, solange sie in einer Beziehung leben und Anspruch auf Unterhalt oder Transfereinkommen des Partners haben. Auch das Recht auf Rente ist somit eng mit dem Ehepartner verbunden. Enders-Drägässer/Sellach/Libuda-Köster folgern darüber hinaus, dass unbezahlte Versorgungsleistungen in der Haus- und Familienarbeit im Sinne des Generationenvertrages erfüllt werden, jedoch in der Absicherung der Frauen keinen Niederschlag finden.

Ein weiterer zentraler Grund für Wohnungslosigkeit und Verarmung, so Schröttle (2004), ist das Gewaltpotenzial in der jeweiligen Beziehung, sowie den Folgen von Gewaltbedrohung und Gewalterfahrung. Schröttle (2004) stellt fest, dass wohnungslose Frauen in hohem Ausmaß vielfältige Form von Gewalt erleben, nicht nur in gewaltgeprägten Beziehungen, sondern bereits sehr oft in ihrer frühen Kindheit. Sie wurden durch Gewaltausübung aus ihren Wohnungen vertrieben und erleiden oft erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Als weitere Ursachen für weibliche Wohnungslosigkeit werden von Heins (1993) angeführt: Sexueller Missbrauch durch ein Familienmitglied, Aussetzung gegenüber seelischer oder körperlicher Gewalt im eigenen sozialen Umfeld, das Scheitern an der tradierten Rolle als Ehefrau und Mutter, das Verlorengehen des Intimbereiches durch zu enge Wohnverhältnisse, Entlassung aus der Haft oder Klinik für psychisch Kranke – ein Großteil von Frauen findet nach der Entlassung keinen Anschluss an die Gesellschaft mehr – und die Kompensation existierender Probleme mit Alkohol und Drogen.

2.1.4 Gesundheit und Krankheit von wohnungslosen Frauen

Die bekannteste Definition von Gesundheit, ist jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1949: „*Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.*“ (Universität Augsburg, 2011, S.1) Wie trifft diese generelle Definition auf wohnungslose Frauen zu? Was bedeutet sie für deren Gesundheit? Welche Handicaps haben diese Frauen? Welche Erfahrungen machen sie mit dem Hilffssystem? Welche Hilfeleistungen nehmen sie an? Diesen Fragen soll im folgenden Abschnitt nachgegangen werden.

„In verschiedenen Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe leben ca. 500 Frauen. Zur spezifischen Gesundheitssituation von wohnungslosen Frauen gibt es derzeit kaum konkrete wissenschaftliche Daten. Eine Untersuchung aus München (Greiffenhagen, 1998) zeigt, dass ca. 1/5 der befragten Frauen angeben, sich für Unterkunft und Essen zu prostituieren. 69 % der untersuchten wohnungslosen Frauen berichten über Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt. Die Frauen leben in ständiger Anspannung. 97 % der interviewten Frauen der Münchner Studie klagen über körperliche Beschwerden.“ (diesie Projekte, Wiener Projekt für Frauengesundheit, Gesundheitsförderung für wohnungslose Frauen, S.1, 2005 – 2008)

Zwei Sozialforscherinnen aus Deutschland, Ute Enders-Dragässer und Brigitte Sellach haben sich in einigen Studien in Bezug auf wohnungslose Frauen in Deutschland mit dieser Thematik bereits sehr detailliert auseinandergesetzt;

Wohnungslose Frauen sind laut der Studie „Lebenslagen-Ansatz“ von Ute Enders-Dragässer und Brigitte Sellach (vgl. Enders-Dragässer et al. 2000; 2002; S.6) sehr oft psychisch krank, alkohol- oder drogenabhängig, bzw. behindert und somit eingeschränkt im gesundheitlichen sowie im wirtschaftlichen und sozialen Handlungsspielraum.

Auch das Fehlen von bedarfsgerechten Hilfsangeboten für diese Frauen wird in dieser Studie angeführt, ebenso wie die dramatische Zuspitzung in Notlagen ohne spezifische Betreuung. Die Frauen berichteten über den eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung, oder fanden keine, ihren Lebensverhältnissen und individuellem Bedarf angemessene Behandlungsangebote. Therapieangebote wie Alkohol- oder Drogentherapie, wurde als wenig hilfreich angesehen. Auswirkungen von Gewalt und von krisenhaften und traumatisierenden Erfahrungen auf ihre gesundheitliche Situation wurden von den Frauen in den Interviews wahrgenommen. Sie berichteten über Suizidgedanken und –versuche. Die Frauen in der Studie waren psychisch krank oder hatten eine Suchtproblematik, und sie waren krankheitseinsichtig.

Zusammenfassend besagt diese Studie, dass wohnungslose Frauen gesundheitlich belasteter und wesentlich schlechter versorgt werden als nicht wohnungslose Frauen, und daher Hilfsangebote an Frauen, die deren besonderen Bedürfnissen gerecht werden, bereitgestellt werden müssen.

2.1.5 Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen

„Schwerpunktmäßig ist die häufige psychische Erkrankung neben anderen typischen Krankheiten wie Tuberkulose, Hauterkrankungen, Zahnverfall und Ernährungskrankheiten von wohnungslosen Frauen hervorzuheben.“ (Specht, 1987, S.16) In Deutschland geht Macke von 20 % - 40 % der wohnungslosen Frauen aus, die psychisch erkrankt sind. Der Aufenthalt in der Psychiatrie wird zur normalen Station in einem Leben ohne Wohnung. (Macke, 2000, S.107)

Für Wien beschreibt Eleonore Miller-Reiter (2011) ihre Erfahrungen mit psychiatrisch auffälligen Frauen im Rahmen ihrer Tätigkeit des Liaison-Dienstes des Psychosozialen Dienstes (PSD) im FrauenWohnZentrum der Wiener Caritas aus Sicht der Psychiaterin: *“Frauen scheinen Hilfsangebote eher wahr zu nehmen (wie in der sogenannten Normalbevölkerung auch) und solche zu bevorzugen, die mehr Zeit und Aufmerksamkeit und eventuell Eigenengagement benötigen..., während Männer lieber „repariert“ werden würden.“* (Miller-Reiter, 2011, S.5)

Miller-Reiter (2011) beschreibt schwer kranke Frauen vom Frauenwohnzimmer Wien als oft sehr misstrauisch, die lange Zeit brauchen, um sich mit dem Behandlungsangebot anzufreunden. Viele Frauen haben traumatisierende stationäre Aufenthalte und nicht mehr zeitgemäße medikamentöse Behandlungen in Erinnerung. Diese Frauen müssen erst Vertrauen gewinnen, bevor sie irgendetwas akzeptieren können. Sie haben jede Behandlung verweigert oder abgebrochen und sind deswegen in die Wohnungslosigkeit geraten. Eleonore Miller-Reiter (2011)

Dieses Problem, das Hilffssystem nicht oder zu spät anzunehmen, beschreibt Ohl (1998) wie folgt:

„Das Verhältnis von wohnungslosen Frauen zum Hilffssystem ist durch eine späte Inanspruchnahme als resignativ bis ablehnend zu bezeichnen. Insofern werden, wenn überhaupt, am ehesten niederschwellige Versorgungs- und Hilfsangebote in Anspruch genommen.“ (Ohl, 1998, S.9)

Ströhle (2007) von der Wohnungslosenhilfe Feldkirch spricht sich dafür aus, die Frauen dort abzuholen wo sie stehen, ihre Wünsche ernst zu nehmen, einen gemeinsamen Weg zu finden. Erst wenn diese Wünsche im Hilffssystem

berücksichtigt sind, werden die Frauen nicht mehr in die verdeckte Wohnungslosigkeit zurückgehen. Diese verdeckte Wohnungslosigkeit beschreibt die typische Situation von den Frauen, so Ströhle, aber auch die Defizite des Hilffsystems bezüglich dieser Frauen. (Ströhle, 2007)

Wohnungslosigkeit ist ein Auftrag an Länder und Kommunen ihrer sozialen Verantwortung nachzukommen und dementsprechende Angebote bereitzustellen; hierzu ein Auszug aus dem Grundsatzprogramm der Wohnungslosenhilfe Niedersachsens bezüglich des Unterversorgungsansatzes:

„Die sozialmedizinischen Zusammenhänge von Krankheit und sozialer Lage, die psychischen und somatischen Auswirkungen von gesellschaftlicher Isolation, der Abbau der Lebensperspektiven und perspektivischen Verhalten bei fehlenden sozialen und materieller Ressourcen, diese Zusammenhänge und Auswirkungen, die mit der Wohnungslosigkeit konstituiert werden, finden in der Praxis der Gesundheitsversorgung und Sozialhilfe zu wenig Beachtung und Berücksichtigung.“ (Macke, 2000, S.80)

2.2 Genderunterschied

Obdachlosigkeit von Männern versus Frauen

Männliche Obdachlosigkeit ist im Vergleich zur Weiblichen früher sichtbar, Wohnungsverlust erfolgt zumeist durch Scheidung, Beziehungskonflikte, Haftaufenthalte, Arbeitsverlust, Erkrankungen, Tod der Elternteil etc. Die vielen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind in ihrem Betreuungsangebot der letzten zwei Jahrzehnte darauf ausgerichtet, Männer zu betreuen. Daten über den Eintritt in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe sind daher schon viel früher verfügbar, und ein gewisser Verlauf ist in Folge leichter nachvollziehbar als bei Frauen. (Corazza & Loibl, 2003)

Zahlen zur Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit von Frauen in Österreich sind hingegen sehr vage, da die verdeckte Obdachlosigkeit (Corazza & Loibl, 2003, S.4-5) bei Frauen sehr hoch und eine Datenerhebung den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend schwierig ist. Studien und Erhebungen zur österreichischen Wohnungslosigkeit von Frauen werden wesentlich von den empirischen Erfahrungen und Aufzeichnungen der einzelnen

Wohnungslosenhilfeträger und Einrichtungen durchgeführt. Demzufolge ist es völlig unmöglich, auch nur annäherungsweise das Ausmaß der versteckten Wohnungslosigkeit abzuschätzen. (Novak & Schoibl, 2000, S.2)

Die Definition von Corozza und Loibl beschreibt die *verdeckte Wohnungslosigkeit* als das „*Wohnen bei FreundInnen oder das Schließen von Zweckbeziehungen mit Männern, sehr oft*“ damit verbunden „*der neuerliche Beginn von Gewalttätigkeit, Prostitution und Missbrauch gegen Frauen und Beginn oder verstärkter Substanzkonsum*“. (Corozza & Loibl, 2003, S.4f.) Erst im Anschluss werden von den meisten Frauen Einrichtungen der Obdach- und Wohnungslosenhilfe in Anspruch genommen und eine Datenerhebung im Rahmen der BAWO (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) möglich.

2.3 Aktuelle Versorgung in Wien

„*Im Jahr 2010 beträgt der Frauenanteil in den Übergangs- und Zielgruppenwohneinrichtungen und sozial betreuten Wohnhäusern zwischen 16 % und 31 %. Nur 16 % der Nachtquartiere stehen wohnungslosen Frauen zur Verfügung.*“ (FSW, 2010, S.146-158). In den niederschweligen, gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen – davon gehen Corozza und Loibl anhand von Erfahrungsberichten ihrer täglichen beruflichen Praxis aus – ist der Frauenanteil mit 12 % und 16 % noch geringer. (BAWO, Festschrift, 2011, S.93)

„*In Wien leben aktuell etwa 500 – 1.000 alleinstehende Menschen auf der Straße, unter ihnen zwischen 20 und 25 % Frauen. In Einrichtungen sind mehr als 2500 betroffene Menschen untergebracht. Die Betroffenheit, obdach- oder wohnungslos zu sein, wird auf rund 4500 – 5000 Menschen geschätzt.*“ (dieses projekt, Wiener Projekt für Frauengesundheit, Gesundheitsförderung für wohnungslose Frauen, 2005 – 2008, S.1)

2.4 Frauen in der Wiener Wohnungslosenhilfe

Der Frauenarbeitskreis der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe BAWO (2001, 2011, S.87) schreibt zur vorwiegend an den Männern orientierten Angebotsstruktur:

„An der Jahrtausendwende ist die Wohnungslosenhilfe in Österreich weitgehend „geschlechtsneutral“. Geschlechterunterschiede werden ignoriert und nach versteckten Diskriminierungen wird nicht gefragt. Es wird von einem „Gleichsein“ der Geschlechter ausgegangen, aber das Hilfssystem ist an den männlichen Bedürfnissen der vorwiegend männlichen Klientel orientiert. 2001 stecken Frauenthemen in der Wohnungslosenhilfe sprichwörtlich in den Kinderschuhen.“ (BAWO Frauenarbeitskreis, 2001, 2011, S.87)

Spezifische Einrichtungen für wohnungslose Frauen und ihrer speziellen Bedürfnislage entstanden in Wien erst ab 2005. Pionierarbeit für eine den wohnungslosen Frauen gerecht werdende Einrichtung und mit frauengerechten Qualitätsstandards [durch den BAWO Frauenarbeitskreis ab 2001 erarbeitet, d. Verf.] fand durch Elvira Loibl und Elisabeth Corazza im Frauentageszentrum, dem „FrauenWohnzimmer“ der Wiener Caritas statt. Es folgte das Nachfolgeprojekt „FrauenWohnzentrum“, in dem vorwiegend die Zielgruppe langjähriger wohnungsloser Frauen mit psychischen Problemen und suchtabhängiger Frauen einen Übergangs- oder Dauerwohnplatz (32 Wohnplätze, drei Notbetten und das Tageszentrum „FrauenWohnzimmer“) findet. (Corazza & Loibl, 2011, S.88) Neben psychosozialer und medizinischer Betreuung ist das Angebot psychiatrischer Pflege durch eine weibliche Pflegeperson besonders zu erwähnen. Das „FrauenWohnzentrum“ ist eine jener wenigen Einrichtungen, in denen Pflege ein fester Bestandteil in der Versorgung von wohnungslosen Frauen ist.

Eine weitere Einrichtung für wohnungslose Frauen mit der Problematik psychischer Auffälligkeiten und Mehrfachproblematiken folgte 2006, nämlich das sozial betreute Wohnhaus des Wiener Hilfswerks mit 34 Wohnplätzen. (zitiert nach BAWO, Festschrift 2011, S.88)

Als dritte frauenspezifische Einrichtung ist das Haus Tivoligasse anzuführen. Mit im Angebot dieses Hauses sind aufsuchende medizinische Dienste:

praktischer Arzt, psychiatrische Betreuung durch PSD (Psychosozialer Dienst Wien), Versorgung bis Pflegestufe 4 und nicht zu intensiver Betreuungsbedarf bei psychischen Erkrankungen. Ausgeschlossen hingegen ist akuter Drogenkonsum. (fsw, 2012)

In vielen Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe ist allerdings akuter Alkoholkonsum, akute Abhängigkeit von illegalen Substanzen, psychische Auffälligkeit oder Pflegebedürftigkeit ein Ausschlussgrund für einen betreuten Wohnplatz. Die bereits angeführten Einrichtungen kommen dem bestehenden Bedürfnissen wohnungsloser Frauen in gerechter und qualifizierter Weise nach.

Wohnungslose Frauen mit Suchtproblematik sind sehr benachteiligt, insbesondere Frauen mit dem Konsum illegaler Drogen oder einer anderen Suchtkrankheit. Die Unterbringung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ist fast nicht möglich, da meist eine Entzugsbehandlung gefordert wird. Drogensüchtige Frauen begeben sich in fragwürdige Beziehungen, um ein „Dach über dem Kopf zu haben“, sie finanzieren ihre Sucht mit illegaler Prostitution und begeben sich so in die nächste Abhängigkeit, oftmals erfahren sie abermals Gewalt. Darüber hinaus sind sie einem erhöhten Risiko an HIV und Hepatitis zu erkranken, ausgesetzt. Für suchtkranke Frauen bedarf es spezifischer Einrichtungen mit frauengerechten Konzepten. Corazza (2003)

2.4.1 Niederschwellige gesundheitsspezifische Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe

Die österreichische Angebotsstruktur im Gesundheitssystem ist vor allem hochschwellig organisiert. Obdachlose Menschen scheuen sich sehr oft aus Scham und Angst vor Ärzten, Ambulanzen oder Krankenhäuser aufzusuchen. Dazu schreibt Schoibl (2006):

„Das österreichische Gesundheitswesen begegnet diesem Bedarf [an niederschwelligen Gesundheitsangeboten für obdachlose Menschen, d. Verf.] jedoch nur unzureichend. Es ist nach wie vor durch eine hochschwellige Angebotsstruktur gekennzeichnet (öffentliche Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärzte etc.) und setzt die aktive Beteiligung der Betroffenen am Behandlungsverlauf voraus. Doch genau das ist – wie bereits dargestellt – vielen obdach- und wohnungslosen Menschen nicht mehr möglich.“ (Schoibl,

„Gesundheit ein Thema für die Wohnungslosenhilfe – Österreichbericht 2006“
unter „Wiener Wohnungslosenhilfe“, 2008, S.13)

2.4.2 Niederschwellige Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen

Die WWH (Wiener Wohnungslosenhilfe) bietet mehrere niederschwellige Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen an, die hier nun kurz vorgestellt werden sollen. Spezielle Angebote für wohnungslose Frauen unterbreitet das diesie Projekt oder die FEM (Gesundheitsberatung für Frauen), generelle Gesundheitsangebote unterbreiten PSD (Psychiatrischer Liasondienst), Notquartier Plus, Louisebus, Ganslwirt, neunerHausarzt und neunerHausZahnarzt.

2.4.3 Spezifische Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen

2.4.3.1 diesie Projekt

Das diesie Projekt setzt sich aus einem multiprofessionellen Team zusammen, welches mit dem Teams der jeweiligen Einrichtung aufsuchende Gesundheitsarbeit für wohnungslose Frauen anbietet. Zu diesem Team gehören Psychologinnen, Ärztinnen (Allgemeinmedizinerinnen, Gynäkologinnen), eine Lebens- und Sozialberaterin sowie eine Shiatsu Praktikerin an (Stand: 2009). Dieses Angebot richtet sich mittlerweile an 14 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe; angeboten werden: Psychologische Beratung und Krisenintervention, Hausapotheke, gynäkologische Sprechstunde, Workshop Frauengesundheit, Einzelberatung, psychologische Beratung und Krisenintervention für Kinder und Jugendliche, Tanz und Entspannung sowie eine Gesundheitsrunde und Shiatsu.

Im Jahr 2009 fanden über diese aufsuchenden Gesundheitsangebote 1.498 Kontakte mit 340 Personen statt. Eine Zusammenarbeit erfolgt mit der FEM (Gesundheitsberatung für Frauen in der Semmelweis Frauenklinik) dem MEN (Männergesundheitszentrum im Kaiser Franz Josefspital) und dem neunerHaus Team. (FEM Tätigkeitsbericht, 2010, S.12-14)

2.4.3.2 FEM – Gesundheitsberatung für Frauen

Die Gesundheitsberatung FEM bietet in einigen Häusern der Wiener Wohnungslosenhilfe aufsuchende Gesundheitsförderung an, d. h. persönliche Beratung und themenspezifische Information zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Bewohnerinnen. Die Zielgruppe stellen Bewohnerinnen in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe dar. (fsw, 2012)

2.4.4 Generelle Gesundheitsangebote für wohnungslose Frauen

2.4.4.1 PSD – Psychiatrischer Liasondienst

Der PSD bietet eine sozialpsychiatrische Versorgung für Menschen in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Das Angebot besteht in der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung. Es gilt für BewohnerInnen in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und BesucherInnen des Tageszentrums. "JOSI" (fsw, 2012)

2.4.4.2 Notquartier Plus – Caritas Wien

Das Notquartier Plus im Rupert Mayer Haus ermöglicht erkrankten obdachlosen Frauen und Männern ganztägig ärztliche Behandlung und Verpflegung, bis sich deren Gesundheitszustand verbessert. Fünf Männer- und zwei Frauenplätze stehen zur Verfügung. (caritas-wien, 2012)

2.4.4.3 Louisebus – Caritas Wien

Der Louisebus bietet kostenlose medizinische Betreuung für all jene, die diese im übrigen Hilffsystem des Gesundheitssystems nicht mehr annehmen.

Zehn ÄrztInnen und mehr als 40 ehrenamtliche MitarbeiterInnen betreuen an fünf Tagen in der Woche an unterschiedlichen festen Plätzen in Wien Kranke, die den Weg in eine Ordination oder Ambulanz aus unterschiedlichen Gründen nicht schaffen. Menschen ohne Krankenschein erhalten hier kostenlos professionelle medizinische Betreuung. (caritas-wien, 2012)

2.4.4.4 jedmayer, vormals Ganslwirt

Eine Einrichtung wie der „Ganslwirt“ (2012 in „jedmayer“ umbenannt) in Wien ist eine Anlaufstelle vorwiegend für DrogenklientInnen und wird, da niedrighschwellig, ohne große Hemmschwelle besucht oder in Anspruch genommen. Niedrighschwellige Einrichtungen sollen diejenigen erreichen, die reguläre hochschwellige Angebote aus Angst oder Scham nicht nutzen. Sie vermitteln häufig (auf Wunsch des Klienten) an konventionelle Angebote und geben aus denen auch Rückzugsmöglichkeiten. (vgl. Wikipedia, 2011)

„Es muss ein umfassendes und dauerndes Hilfskonzept für von Wohnungslosigkeit betroffenen Frauen auf kommunaler Ebene erarbeitet werden. Damit sind offene Angebote wie Frauenberatungszentren und Frauentageszentren gemeint, aber auch betreute und niederschwellige Wohnformen nur für Frauen und Einrichtungen, die sich mit weiblicher Gesundheitsvorsorge und Suchtmittelkonsum befassen. Es erscheint sinnvoll und notwendig, Angebote nur für Frauen zu konzipieren, damit sie als Frauen-Orte angenommen werden können und als Schutz vor männlicher Belästigung genützt werden.“ (BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe, 2003, S.11)

2.4.4.5 neunerHausarzt

Das Team neunerHAUSARZT bietet allgemeinmedizinische Versorgung in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe an. Es arbeitet niederschwellig, aufsuchend, bedarfsorientiert und interdisziplinär. Die ÄrztInnen halten regelmäßig am selben Ort Sprechstunden ab, damit die Betroffenen das medizinische Angebot in einer Zeit kennenlernen, die für sie annehmbar ist. Es wird genug Zeit für Beratungsgespräche zur Verfügung gestellt, falls die Betroffenen die Angebote nicht annehmen oder ignorieren sollten. Dies schafft Kontinuität und Vertrauen für die Betroffenen. Das Team arbeitet interdisziplinär und vor Ort mit SozialarbeiterInnen zusammen, um die Lebenssituationen kennenzulernen und die Wohnungslosen bedarfsgerecht behandeln zu können. Das Team neunerHausarzt vernetzt sich regelmäßig, um sich über die aktuellen Entwicklungen der Wiener Wohnungslosenhilfe zu informieren. (neunerHausarzt, 2012)

2.4.4.6 neunerHaus Zahnarztpraxis

Die neunerHaus Zahnarztpraxis bietet einen niederschweligen Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung für obdachlose und wohnungslose Menschen in Wien. Das Angebot gliedert sich in zahnärztlicher Behandlung, leistbare zahnärztliche Versorgung, ausreichend Zeit für Beratung und Behandlung und Wiederherstellung der Zahngesundheit und damit Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. (fsw, 2012)

2.5 WWH – Wiener Wohnungslosenhilfe

Die WWH bietet an rund 400 Standorten in Wien ca. 4.500 Wohnplätze in Einrichtungen und Einzelwohnungen an. Rund 7.100 Menschen nehmen das Angebot pro Jahr in Anspruch. Sie sorgt für Beratung und Betreuung wohnungsloser Menschen und stellt passende Schlaf- und Wohnmöglichkeiten zur Verfügung. Das Gesamtangebot der Wiener Wohnungslosenhilfe dient der sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung der Betroffenen. Mittel- und langfristiges Ziel ist es, dass die wohnungslosen Menschen wieder in einer eigenen Wohnung oder, wenn dies nicht (mehr) möglich ist, an einempassenden betreuten Dauerwohnplatz (sozial betreutes Wohnen) leben können. (zitiert nach FSW, fonds soziales wien, 2011)

2.6 BAWO – Frauenarbeitskreis

Der BAWO-Frauenarbeitskreis setzt sich aus 20 Sozialarbeiterinnen der Wiener Wohnungslosenhilfe zusammen.

„Seit dem Jahr 2001 beschäftigen wir uns intensiv und regelmäßig mit dem Thema, weibliche Armut und Wohnungslosigkeit‘ . . . „Unser Ziel ist es, die Hilfsangebote der Wiener Wohnungslosenhilfe frauengerechter zu gestalten. Wir setzen uns dafür ein, dass frauenspezifische Konzepte in jeder Einrichtung, aber auch in der sozialpolitischen Planung, integriert werden.“ . . . „Hilfsangebote müssen an die Bedürfnisse und Lebensgeschichten der Frauen angepasst sein. Durch Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit wollen wir, weibliche Wohnungslosigkeit‘ enttabuisieren und sichtbar machen.“ (BAWO, Wo schläft die Marie, 2011, S.9.)

2.7 Pflege von suchtkranken wohnungslosen Frauen

Was Pflege in der Pflegepraxis als Berufsbeschreibung bedeutet, beschreiben Loth und Huson-Anbeek (2002) in Anlehnung an den Nationalen Rat für Volksgesundheit (1988) wie folgt:

„Berufsmäßige Pflege ist das Erkennen und Analysieren sowie die Beratung und Hilfeleistung in Bezug auf tatsächliche oder drohende Folgen körperlicher und/oder geistiger Krankheitsprozesse, Behinderungen, Entwicklungsstörungen und deren Behandlung mit dem Ziel, die fundamentalen Lebensfunktionen des Individuums aufrechtzuerhalten. Teil des pflegerischen Handelns ist auch das Beeinflussen von Menschen, und zwar so, dass ihre Ressourcen genutzt werden, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern.“ (Loth und Huson-Anbeek, 2002, S.95)

Diese Definition wird in der Arbeit mit Suchtkranken angepasst und konkretisiert:

„Berufsmäßige Suchtkrankenpflege ist das Erkennen und Analysieren sowie die Beratung und Hilfeleistung in Bezug auf tatsächliche oder drohende Folgen einer Sucht oder eines Suchtverhaltens sowie die Behandlung und Begleitung der fundamentalen Lebensfunktion des Süchtigen und seines Umfeldes. Teil des pflegerischen Handelns im Bereich Suchtkrankenpflege ist auch das Beeinflussen von Menschen, und zwar so, dass ihre Ressourcen genutzt werden, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern.“ (Loth und Huson-Anbeek, ebd.)

Zusammenfassend sind – so der Nationale Rat für Volksgesundheit, NRV (1989) zitiert durch Loth (2002) – folgende Aspekte im Umgang und bei der Betreuung von Suchtkranken wichtig:

- Förderung der Gesundheit
- Behandlung
- Begleitung
- Versorgung und Schutz

2.7.1 Definition von Sucht

Sehr umfassend beschreibt der deutsche Suchtexperte, Prof.Dr.med.Dr.phil.Dr.rer.pol.Felix Tretter (2008) das Phänomen Sucht in folgender Definition.

Sucht ist eine extrem intensive Bindung einer Person gegenüber einem Objekt oder einem Verhalten, wobei bereits dadurch bedingte Störungen in anderen Bereichen des Verhaltens bzw. des Lebens der Person vorliegen, das betreffende Verhalten aber trotzdem weiter besteht.

2.7.2 Sucht und die verschiedenen Dimensionen

Sucht ist ein multifaktorielles Geschehen, sie betrifft die physische und psychische Gesundheit gleichsam. Loth et al. (2002) differenzieren sie hinsichtlich ihrer genetischen, körperlichen, psychiatrischen, psychologischen, sozialpsychologischen und sozialen Dimension.

2.7.2.1 Die genetische Dimension

Die Gene als Träger der Erbmerkmale bestimmen nicht nur die vererbten Merkmale, sondern wirken auch auf die Rezeptoren durch verschiedene Substanzen im Gehirn, so Rutten und Loth (2002). Eine genetische Variante liegt demnach nicht nur bei Alkoholikern vor, sondern auch bei Rauchern, Menschen mit Essstörungen, Drogen oder Spielsucht etc.; bei diesen Personen werden weniger Dopamin Rezeptoren angelegt als bei anderen, wodurch es bei Menschen mit einer Suchtneigung, aber auch bei erblichen Störungen, anhaltendem Stress oder langfristigem Konsum von psychotropen Substanzen zum Dopamin Mangel kommt. Dieser Dopamin Mangel führt zu starkem Verlangen nach Substanzen, die den Dopamin Spiegel heben. Je nach Drogenart werden verschiedene Wirkungen mit ihren verschiedenen Angriffspunkten im Gehirn in Gang gesetzt, gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie die Dopamin Produktion anregen. Rutten und Loth (2002)

2.7.2.2 Die körperliche Dimension:

Die Grenze zwischen der genetischen und körperlichen Dimension der Sucht verläuft fließend, viele Aspekte der genetischen Dimension könnten genauso

bei der körperlichen Dimension angesiedelt werden, so Rutten und Loth (2002). Entzugerscheinungen entstehen, da sich der Körper auf immer größere Mengen der Substanzen eingestellt hat, und sobald der Süchtige mit dem Drogenkonsum aufhört kommt es zu überschießenden Reaktionen, wie Rutten und Loth (2002) dies beschreiben; diese Reaktionen kennen wir als Entzugssymptome. Am effizientesten lassen sich diese durch Einnahme eines Mittels wettmachen, welches die psychotrope Droge ersetzt. Auch die körperliche Dimension spielt nach Rutten und Loth (2002) bei der Entstehung der Sucht eine Rolle. Sie führen aus, dass auch eine physische Krankheit die Quelle der Sucht sein kann, bekannte Zusammenhänge gibt es etwa bei Heroin, Alkohol und Schmerzmittel.

2.7.2.3 Die psychiatrische Dimension

Nach Rutten und Loth (2002) besteht eine komplexe Verbindung zwischen Sucht und anderen psychiatrischen Störungen:

Zum einen kann eine psychiatrische Störung zur Sucht führen. Der Substanzmissbrauch ist hierbei eine Selbstmedikation, als Beispiel die Autoren melancholischen Menschen, die ihre Stimmung mit Alkohol heben möchten. Umgekehrt kann aber auch Sucht eine psychiatrische Störung hervorrufen, so z. B. wenn *„eine Entgiftung nach langwierigem Substanzmissbrauch Müdigkeit oder gar Benommenheit auslöst. Die depressiven Gefühle, sind dann die Folge der langwierigen Sucht“*. (Rutten und Loth, 2002, S.39)

Drittens kann es sein, dass die psychiatrischen Störungen und die Sucht relativ unabhängig voneinander sind und etwa auf eine genetische Disposition zurückgehen.

Schließlich besteht eine vierte Variante darin, dass sich Sucht und psychiatrische Störungen gegenseitig beeinflussen, ohne klare und relevante primäre Ursache.

2.7.2.4 Die psychologische Dimension

Nach Rutten und Loth (2002) erfüllt Sucht für den Süchtigen eine breite Palette von psychologischen Funktionen; bei Jugendlichen bedeutet dies z. B. dem Umgang mit Gefühlen und kurzfristiger Problemlösung durch Alkohol oder dem

Konsum von Cannabis. Diese Problemlösung bringt den Jugendlichen das Wohlgefühl, sich besser zu fühlen, weniger nervös zu sein und mit anderen besser auskommen zu können. Drogen zu nehmen impliziert für sie auch Ziele vermeintlich besser zu erreichen. Der Mangel an sozialen Fähigkeiten, das Unvermögen Probleme zu lösen wird durch den Substanzmissbrauch kompensiert.

Ein besonders wichtiger Aspekt ist nach Rutten und Loth (2002) das negative Selbstbild der Süchtigen:

„Wenn sie merken, dass sie abhängig sind, und versuchen, von der Droge loszukommen, aber immer wieder Rückschläge erleiden, wird das negative Selbstbild noch verstärkt. Diese Demoralisierung, als Folge der Sucht, ist dann ihrerseits ein neuer Grund, Drogen zu nehmen. Der Drogenrausch ist, kurzfristig gesehen, ein gute Mittel gegen negative Gefühle.“ (Rutten und Loth, 2002, S.41)

2.7.2.5 Die sozialpsychologische Dimension:

Oftmals können keine genauen Gründe für den Substanzkonsum oder das Substanzmittel abgegeben werden; bei Jugendlichen und deren Jugendsubkulturen, so Rutten und Loth (2002), wird mit dem Substanzkonsum der Wunsch, in der Gruppe den Erwartungen zu entsprechen, erfüllt, was wiederum zu einer starken Beeinflussung des Verhaltens führen kann.

Eine große Rolle spielt nach Rutten und Loth (2002) auch die Familie, wenn Suchtverhalten des Vaters oder der Mutter erlebt wird. Sie nennen die Familie sowie den Freundeskreis als Faktoren dafür, eine Sucht zu entwickeln oder eben nicht. Auch sei es wichtig, die Frage zu betrachten, ob *„ein gesellschaftlich üblicher Konsum vorliegt, eingebettet in allerlei Rituale, an denen der junge Mensch beteiligt wird, oder ob die soziale Steuerung fehlt und sich eine Sucht entwickelt“*. (Rutten und Loth, 2002, S.41)

2.7.2.6 Die soziale Dimension

Es bestehen Verbindungen zwischen Sucht und gesellschaftlicher Situation, wie Rutten und Loth (2002) dies mit folgenden Beispielen aufzeigen: Das Bild des arbeitslosen alleinstehenden Mannes etwa, mit einem ernsten Alkoholproblem. Die Jugendkulturen und ihre Substanzen aus den verschiedenen Jahrzehnten, die sechziger Jahre mit psychedelischen Drogen, die Siebziger mit Heroin, in

den Achtziger die Amphetamine oder Kokain mit Zunahme der Spielsucht und in den neunziger Jahren wieder psychedelische Drogen und Kombinationsdrogen.

Auch ökonomische Faktoren – wie und welche Menge, wo und an wem darf verkauft werden, Verfügbarkeit und Verteilung –, haben nach Rutten und Loth (2002) einen großen Einfluss auf die konsumierte Menge sowie auf die Anzahl der Süchtigen.

2.7.2.7 Gesundheitliche Folgen der Sucht

„Jeder Süchtige muss sich früher oder später mit den Folgen seiner Sucht auseinandersetzen, zunächst natürlich mit den unmittelbaren Wirkungen der gesundheitsschädlichen Suchtmittel.“ (Loth et al. 2002, S.47)

Die wichtigsten Risiken sind laut Loth et al. (2002):

- HIV-Infektionen
- Lungenkrankheiten
- Abszesse
- Sepsis
- Stichwunden
- Infektionen der Leber (starker Anstieg der Hepatitisfälle, vor allem Hepatitis C; es wird angenommen, dass 70 % des Konsums der Süchtigen intravenös injiziert wird)
- einige Formen von Krebs (im Bereich Kopf und Hals sowie Leberkrebs)
- Lebererkrankungen (z. B. Zirrhose)
- Psychosen und Korsakow-Syndrom
- koronare Herzkrankheiten
- Überdosen und Vergiftungen
- Selbstmorde
- Geburten von Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom oder von Kindern, die im Krankenhaus bleiben müssen, um von harten Drogen entgiftet zu werden – eine lebensbedrohliche Maßnahme
- Unfälle als Folge des Drogenkonsums
- Beziehungsprobleme als Folge des Drogenkonsums.

2.7.2.8 Sucht und zunehmender Pflegebedarf

„Im Laufe der Jahre wird sich die Gesundheit jener Süchtigen, die mit HIV infiziert sind, zunehmend verschlechtern, so dass ihr Bedarf an fachkundiger Hilfe steigt.“ . . . „In den kommenden Jahren wird sich zeigen, welche Pflegeprobleme die Designerdrogen und die Orte, an denen sie konsumiert werden, noch hervorrufen werden. Dabei geht es hauptsächlich um Ecstasy und verwandte Drogen, die auf der Liste 1 (Drogen mit unannehmbaren Gesundheitsrisiken) des Opiumgesetzes stehen.“ . . . „Wir wissen heute schon, dass die Konsumenten dieser Drogen im Vergleich mit anderen Süchtigen jung sind. Die Pflege muss sich daher um die Probleme dieser jungen Süchtigen kümmern.“ (Loth. C. et al. 2002, S.63)

2.7.3 Genderfaktoren der Sucht

Wie wichtig die Unterscheidung geschlechtsspezifischer Unterschiede in Bezug auf Suchterkrankungen ist, stellten Fischer und Böhm (2004) fest. Da in der Vergangenheit ausschließlich männliche Patienten in klinischen Studien untersucht wurden, gibt es – so Fischer und Böhm – nur limitierte Forschungsergebnisse bezüglich Prävalenz, Therapie und Verlauf bei suchtkranken Frauen. Auffallend bei Frauen ist eine höhere psychiatrische und somatische Komorbidität als bei männlichen Substanzabhängigen, eine erhöhte Empfindlichkeit bei Alkohol (z. B. Leberzirrhose) oder Kokain und vermehrte hepatitische, kardiale, zerebrale und muskuläre Veränderungen etc. bei weiblichen Suchtkranken.

2.7.4 Illegale Substanzabhängigkeit

Tretter (2008) unterscheidet im suchtmmedizinischen Bereich zwischen illegalen Substanzabhängigkeiten von „Drogen“ wie Cannabis, Kokain oder Heroin und „legalen“ Drogen wie Alkohol, Nikotin und psychoaktiven Medikamenten, beispielsweise Amphetaminen. Illegale Substanzabhängigkeit geht meist mit einer Kombination anderer Suchtmittel einher, darum ist es wichtig, legale wie illegale Suchtmittel einzubeziehen.

2.7.5 Umgang mit Suchtkranken in der Suchtkranken Pflege

Nach Prattke (2001) bedeutet Suchtkrankenpflege für die Pflegekraft, zuständig für die Sicherstellung des therapeutischen Milieus auf der Station zu sein. Neben der Anwendung der somatischen Krankenpflege obliegt ihr auch der sichere Umgang mit den Entzugssyndromen, die therapeutische Beziehungsgestaltung und die Zusammenarbeit mit einem multiprofessionellen Team.

„In der Arbeit mit Drogenabhängigen spielt die Akzeptanz des Drogenabhängigen zur jeweiligen Maßnahme eine entscheidende Rolle. Mit Akzeptanz wird vorzeitiger Abbruch reduziert und die Erfolgchance erhöht.“
(Prattke, 2001, S.31)

Für die allgemeine Pflege im stationären Bereich bedeutet dies nach Prattke (2001):

- Die Möglichkeit der Entwicklung eigener Bedürfnisse des Patienten
- Vermeidung von Rollendiffusion, die Rollen Pflegekraft und Patient müssen klar getrennt sein
- Vermeidung von Überforderungssituationen, dadurch, dass dem Patienten nicht zu viele Entscheidungen überlassen werden
- Zielfindung in folgenden Bereichen: im Allgemeinen, im beruflichen und sozialem Umfeld, sowie die eigene Persönlichkeit betreffend
- Symptomatische Pflege: der Entzug von verschiedenen Substanzen bedeutet eine individuelle Pflegeanforderung, die je nach Substanz spezifisch ist.
- Motivationsarbeit und Förderung von Akzeptanz des Stationskonzepts, Erklärungen und Informationsweitergabe, Wertschätzung des Patienten, Gespräche unter Beachtung der Veränderungsmotivation des Patienten führen
- Unterstützung bei der Findung von Copingstrategien (Problemlösungsstrategien), Leben lernen ohne Suchtmittel und Aufnahme tragfähiger Bindungen aus eigener Kraft
- Kontaktsituationen im Alltag intensivieren oder vermehrte Teilnahme an therapeutischen Gruppen, Einzelgesprächen oder Gesprächen mit PsychologInnen
- Das Erleben von themenzentrierten Gruppensitzungen, bedeutet oft eine Verhaltensänderung, bei Drogenabhängigen Aufrechterhaltung der

Identifikation mit ihrer peer group, dadurch Offenlegung gruppendynamischer Verhaltensweisen und Problembewältigungsstrategien

- Informationsgruppen mit Themen wie Hausordnung, Drogen, ihre Folgen und Gefahren, Rückfall, Ziele und ihre Bedeutung im Leben
- Stationsgespräche zur Verhaltensreflexion und Übernahme von Ämtern als Steigerung von Selbstbewusstsein und Verantwortung
- Pflegeplanung
- Pädagogische Vorgehensweise im stationären Alltag; diese verliert bei zunehmenden Selbstverantwortung und Nachreifung der Person ihre Bedeutung
- Soziales Fertigkeitstraining; Üben von Haushaltsfertigkeiten wie z. B. das Bedienen der Waschmaschine und anderer Haushaltsgeräte sowie eigenständiges Kochen von Mahlzeiten, Instandhaltung des eigenen Wohnbereichs
- Unterstützung bei Arbeitssuche und Schulungsmaßnahmen (Prattke, 2001, S.31-35)

Grundprinzipien im Umgang mit Suchtkranken während der Entgiftungsphase:

Thomas Mörth (2011), Vortragender der Weiterbildungsakademie am Anton Proksch Institut (API), gibt in einem Seminar zum Thema Pflege bei Suchterkrankungen des API in Anlehnung an Loth et al. (2002) und Prattke (2001) folgende wichtigen Grundprinzipien für den Umgang mit Suchtkranken an:

- Pflegende sollen kein Mitleid, sondern Empathie zeigen, also „für eine Zeitlang in den Schuhen des anderen gehen“.
- Der Umgang sollte nicht verniedlichend oder herabsetzend sein. Wichtig erscheint daher ein freundlicher, ruhiger oder geduldiger Umgang, sowie Wertschätzung ohne Bedingungen.
- Auch die Vermittlung von Sicherheit und Kompetenz von Seiten der Pflegenden sind wichtige Voraussetzung im Umgang mit suchtkranken Patienten.
- Um eine Entgiftungsakzeptanz herzustellen ist eine klare, offene und konsequente Kommunikation vonnöten. (Mörth, 2011, S.8f.)

Häufig vorkommende Pflegediagnosen bei Suchtproblemen sind nach Loth und Huson-Anbeek (2002):

- Verletzungsgefahr

- Gefahr, gewalttätig gegenüber sich selbst zu werden
- Flüssigkeitsdefizit und Mangelernährung
- Unwirksames Coping
- Störung des Selbstwertgefühls
- Wissensdefizit
- Wahrnehmungsstörungen
- Gefühl der Machtlosigkeit
- Gefahr von Hautschädigung

2.7.6 Expertinneninterview mit DGKP Ulrike Kaes, Anton Proksch Institut Wien

Anton Proksch Institut (API)

Das API ist die größte europäische Suchtklinik. Neben Alkohol und Drogen und Medikamenten Abhängigkeit, werden auch nicht stoffgebundene Abhängigkeiten, wie Spielsucht, Computersucht (Chatsucht, Onlinespielsucht, Internetsucht, etc.) oder Kaufsucht behandelt. (Wikipedia, 2012)

Zur Person: DGKP Ulrike Kaes ist Stationsschwester der Aufnahmeabteilung 4.1 am API Standort Wien 23; neben ihrer Ausbildung als diplomierte Krankenschwester studierte sie Psychologie.

2.7.6.1 Suchtkranke Frauen als Randgruppe

Aus Expertinnensicht beschreibt DGKP Ulrike Kaes vom Anton Proksch Institut (2012) die besonderen Herausforderungen in der Suchtkrankenpflege und speziell die Pflege von suchtkranken Frauen.

„Als Beschäftigung mit einer gesellschaftlichen Randgruppe, die dies auch selbst thematisiert. Diese Gruppe begreift sich im normalen Leben als Randgruppe und werde auch so behandelt. Das Selbstwertgefühl und das Erleben werden massiv negativ beeinflusst“.

2.7.6.2 Haltung als Pflegeperson

Die eigene Haltung in der Rolle der Pflegeperson sei zu hinterfragen, so Kaes (2012).

„Wie stehe ich dazu, wenn die Person als Patientin da ist, wenn ich einfach eine Betrunkene auf der Straße erlebe, oder in meinem Bekanntenkreis, du merkst du hast unterschiedliche Haltungen, eigentlich. Also betrunkenen Bekannte und betrunkenen Patientin sind zwei verschiedene Dinge, wo ich zumindest unterschiedlich reagiere. In der Arbeit mit Frauen ist es ja so, dass die sich noch einmal als sehr oft unterlegen und sich einer untergeordneten Rolle erleben, auch für sich selber oft weniger Ressourcen sehen als Männer das oft tun, sich auch selber passiver erleben, dies tun wir schon auch.“

2.7.6.3 Weibliche Opferrolle

Die Patientinnen am API erleben sich oft in einer Opferrolle, sie selbst beschreiben ihr Leben laut Kaes wie folgt:

„Viele Dinge, kann man auch gut nachvollziehen, dass das tatsächlich aus einer ganz schlechten Lebenssituation kommt, wo sie sehr viel auch an körperlicher Gewalt an sexueller Gewalt und psychischer Gewalt erlebt haben und es ist ganz schwer sie zu motivieren, offensiver zu werden. Und nicht in dieser Opferrolle zu bleiben, das ist eine relativ große Herausforderung, weil man ja selber im demselben Gesellschaftssystem drinnen steckt.“

Das Erleben der Frauen als Opfer sei nicht anders, als wir alle es auch erleben, so Kaes (2012).

„Also, die erleben ja in der Hinsicht nichts, was wir ja nicht auch alle erleben . . . und dann äh . . . darf man sie nicht überfordern oder kränken, indem man so tut, als wär` ihnen eh nie was passiert. Also, sie spielen ein Opfer und sind gar keines.“

„Das ist aber nicht gemeint . . . und . . . was die Arbeit so im täglichen Alltag mühsam macht ist, dass du halt wirklich immer dasselbe tust und es hat oft wenig Effekt.“

Suchtkrankenpflege sei eine spezielle Herausforderung, so Kaes (2012):

„Und (lacht) das ist äh, eine spezielle Herausforderung, glaube ich, weil viele auch sagen, das würden sie nicht packen. Das würden sie nicht aushalten, da arbeiten. Das ist was typisches und was typisches ist schon auch, dass Suchtkranke insgesamt, auch wenn sie depressiv sind oder sehr zurückgenommen sind . . . schon auch was sehr Forderndes haben und du merkst auch, das verbraucht Energie.“

„Ja . . ., die sind sehr bedürftig, die brauchen viel und dann musst du auch immer genau schauen, was stellt man ihnen zur Verfügung und was hilft ihnen . . . Was schadet ihnen eigentlich, weil das das Muster verstärkt . . ., und wie wir heute in der Früh besprochen haben, was ganz schlecht ist, du bietest ihnen was an, was du aber nicht durchhalten kannst und musst es dann wieder wegnehmen . . . und das ist unmöglich.“

Was Suchtkranken schadet, sei deren Muster zu verstärken; Kaes sagte dazu:

„Suchtkranke halten alles fest, was sie kriegen, denen kann man ganz schwer was wegnehmen, ohne dass das eine massive Kränkung ist.“

2.7.6.4 Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Pflege von Suchtkranken

Abgesehen von der Fachkompetenz und der medizinisch pflegerischen Aspekte sei, so Kaes, folgendes für die Pflege wichtig:

„Aber was ich glaub´, was ganz wichtig ist . . ., dass man sich in vielen Dingen vielleicht auch prägnanter ausdrücken muss, als in der Praxis mit einer anderen Patientengruppe.“

„Also, du brauchst sehr viel Verständnis und sehr viel Emphatie . . ., das müssen die Patientinnen auch spüren . . ., aber in dieser Emphatie muss man eine sehr eindeutige Haltung haben.“

Stationsschwester Kaes äußerte sich über den Begriff Emphatie und das gemeinsame Austragen von Konflikten zwischen Suchtkranken und Pflegepersonen:

„Weil viele Patientinnen wirklich auch verwechseln, ahm . . . Emphatie . . . heißt eh ich kann machen was ich will . . . Und wenn dann wer sagt, des geht nicht, dann ist der böse, also eine ganz einfache Schematisierung.“

„Da musst du immer dahinter sein, dass, das und das nicht geht. Ja, dass ich das auch wirklich verstehen will, warum die so sind, wie sie sind und so tun. Aber ich kann das trotzdem nicht gut finden . . ., oder ich seh´s anders, genau über das will ich, dass wir reden . . ., oder uns damit beschäftigen. Das ist schwierig, und ich glaub wirklich, dass man da viel mehr dahinter sein muss . . ., als mit anderen Patientengruppen.“

2.7.6.5 Unterschied in der Pflege von PatientInnen mit legaler und illeg. Suchtproblematik

Es gäbe auf jeden Fall einen Unterschied zwischen Personen, die illegale Drogen konsumieren und jenen mit Alkohol oder Medikamentenabhängigkeit; letztere seien von ihrer in Bezug auf ihre Persönlichkeit und ihr Suchtverhalten strukturierter, so Kaes:

„Das sind Patienten ähm, die Drogen konsumieren, in der Regel nicht indem Ausmaß. Das heißt, die brauchen sehr viel an strukturierenden Angeboten von außen bis sie . . . selber wieder was drinnen installieren . . . Und da muss man wesentlich, also wesentlich straffer oder vielleicht auch geordneter arbeiten . . ., weil eben je größer der Freiraum ist, indem sie sich wiederfinden, umso mehr sind sie verloren.“

2.7.6.6 Bedeutung von Freiraum in der Suchtkrankenpflege

Der Freiraum für Patientinnen könne nur darin bestehen, so Kaes, dass diese sich gut aufgehoben und nicht verloren fühlen; im illegalen Drogenbereich habe man dabei viel weniger Spielraum, als bei Alkohol oder Medikamenten, da wäre der Spielraum größer, das Umfeld weniger gefährlich:

„Da ist der Spielraum größer, ist auch, ja . . . ihr Umfeld weniger gefährlich. Sie bewegen sich in einem weniger gefährlichen Umfeld, als ah . . . Menschen, die illegale Drogen konsumieren, und das musst du dir immer wieder klarmachen, bis dahin geht's, aber dann, ist es zu viel, weil, weil's ganz einfach auch schädlich . . ., also der Gesundheit schadet . . . dem Leben wirklich auch sehr schadet.“

„Da sind sie aber nicht sehr kompromissbereit und vom, also vom täglichen Arbeitsablauf ist es so, dass auf der Drogenstation wesentlich mehr Kontrollmechanismen eingebaut sind als bei anderen, die haben viel striktere Möglichkeiten nach außen. Da wird genau kontrolliert, was sie mitbringen auf die Station, die haben kaum Telefonkontakt, in der ersten Zeit . . . Was da bei uns [Station 4.1, Alkohol, Medikamentenentzug, d. Verf.] überhaupt nicht kontrolliert wird.“

Die Patienten könnten ihr Handy behalten, so Kaes, außer in der Nacht oder in der Gruppe, wo sie andere stören; es gebe wesentlich mehr Spielräume in

Bezug auf Kontakte; bei Drogenpatienten müsse man noch genauer aufpassen, was sie sagen:

„Kann man sich wirklich drauf verlassen oder trauen, muss man noch mehr nachfragen, noch mehr dahinter schauen, bis man endlich weiß, um was es geht?“

„Da sind, glaube ich, Alkohol oder Medikamentenabhängige schon früher auch zuverlässig, oh ja, das kann ich mir jetzt auch vorstellen . . ., was die jetzt erzählt. Dann wird das passen . . . also Drogenpatienten sind vielleicht noch amal . . . um . . . einen Teil kreativer, was das anbelangt.“

2.7.6.7 Wohnungslose Patientinnen am API

Als Fallbeispiel nennt DGKP Kaes eine wohnungslose Frau, die von einem früheren Aufenthalt bekannt war. Wohnungslosigkeit war ein Thema beim letzten Aufenthalt, sie sei nach einem Krankenhausaufenthalt mit einer Colostomie (künstlicher Darmausgang, d. Verf.) nach einer Vergewaltigung körperlich in schlechter Verfassung zu ihnen gekommen:

„Da ist der Darm so verletzt worden, dass man einen künstlichen Darmausgang anlegen musste . . . Die Patientin insgesamt wirkt relativ ungepflegt, wenn du sie siehst, ahm . . . hat aber z. B. diese Colostomie selber korrekt versorgt. Wir haben das, wie sie zur Aufnahme gekommen ist, gecheckt . . ., sie hat sich um das Material gekümmert, hat die Bestellungen selbst erledigt und hat wirklich das, so wie man es auch tatsächlich machen soll, korrekt versorgt, den ganzen Aufenthalt.“

„Weil sie hat schon gesagt, ich kenn´ mich aus damit, sie hat das im Krankenhaus schon allein gemacht. . . .Und ahm . . . du dann schnell das Gefühl kriegst, das ist eine totale Beleidigung für sie jetzt . . ., wenn ich ihr das jetzt nicht zutrau . . . nur weil sie halt nicht so ausschaut, die Haare immer fettig halt, die Kleider schmutzig . . . äh, auch nicht die . . . z. B. kaputt und abgerissen sind.“

2.7.6.8 Wäschewaschen – Körperhygiene

Hierbei werde sehr vorsichtig vorgegangen, so Kaes, und immer dann thematisiert, wenn andere Patienten schon etwas sagen, oder wenn es dem

Pflegepersonal wirklich extrem auffällt, dass jemand seine Körperpflege sehr vernachlässigt oder wenn die Kleider extrem schmutzig sind.

„Aber wirklich sehr vorsichtig, weil das sind immer so Dinge, die die Leute irrsinnig leicht beleidigen . . . Na und da ist es auch so, wenn das eine Patientin betrifft . . ., ah bleibt das auf jeden Fall einer weiblichen Pflegeperson über. Und vorzugsweise dann auch der Stationschwester (lacht).“

„Aber das sind . . . das sind oft schwierige Sachen und das Gefühl, das geht so in diesen persönlichen Bereich, Intimbereich auch, und du dann so ihre persönliche Kompetenz für einfache Sachen so in Frage stellst . . ., dass wir sehr vorsichtig sind.“

Dies betreffe auch junge Frauen, die obdachlos seien, die ihr Leben gemanagt haben, sonst würden sie nicht auf der Straße überleben. Diese Frauen haben Kompetenzen, die in eine andere Richtung gingen, als wir es uns vorstellen können.

„Und da komm ich daher, und will der erklären, dass sie jetzt duschen soll, na, das ist ganz schwierig, weil ich kann mich vielleicht gar nicht ernst nehmen dabei. Ich sag's dann nur, weil es da bei uns wichtig ist, für die ist tatsächlich eine andere Kompetenz wesentlich wertvoller, als dass man sich jeden Tag einmal duscht.“

2.7.6.9 Wohnungslose Patientinnen am API

Ulrike Kaes äußerte über wohnungslose Patientinnen nach dem Aufenthalt am API:

„Ich glaub´ einmal hatten wir eine Junge, die obwohl sie einen fixen Wohnplatz hatte, doch wieder zurückgegangen ist, in ihr Straßenquartier . . . Aber die, die meisten äh, schau´n dass sie einen fixen Wohnplatz haben . . ., aber, aber es ist ihnen oft nicht so viel wert, dass sie dafür ihren Lebensstil, den sie sich da zurechtgelegt haben aufgeben.“

„Und die Überraschung ist dann immer für uns, die haben einen Lebensstil na . . ., halt ist der wirklich so ganz anders, von dem was wir glauben . . ., das ist nicht so, dass die sich nix denken oder die denken sich schon was und haben für manche Sachen ihren Plan . . . sehr, sehr fremd halt.“

Zu den Zahlen von wohnungslosen Frauen am API sagte Ulrike Kaes:

„Ähm, es sind jetzt von diesen 63 Patientinnen eine, die wirklich obdachlos ist. Es ist schon so, dass immer wieder . . . zwei, drei Patientinnen da sind, für die wir akut einen Wohnplatz suchen. Das passiert schon oft, die aber nicht in der Zwischenzeit auf der Straße . . ., also die finden irgendwas, aber wo . . . und aktuell keine Wohnung haben und die eine Lösung brauchen, eine schnelle.“

„Es sind zwei Patientinnen, die wir regelmäßig betreuen, die über . . ., die kommen über eine Obdachloseneinrichtung. Und von der kommen die aber viele Jahre nicht weg . . ., obwohl sie es immer wieder versuchen. Es reicht ihre, ihre Sozialkompetenz . . . nicht. Und dann gibt's . . ., der größte Teil sind eigentlich, die wo das eigentlich sehr dramatisch davorsteht, dass sie wirklich auf der Straße leben, und das ist ähm, schon eher selten und ich glaub, die entweichen dem System auch.“

2.7.6.10 Zukünftige Pflege von suchtkranken Frauen

Über die zukünftige Pflege von suchtkranken Frauen meinte Kaes:

„Also, ah, die Vorstellung ist immer da, nachdem ja wirklich ein beträchtlicher Teil der Frauen ähm, schwer traumatisiert ist, dass wirklich äh, für den Teil eine, eine bessere und auch durchgängige . . . psychosoziale Betreuung gibt, jetzt nicht nur für jetzt, sondern für danach . . . ah und dass es auch klar ist, dass du solche Dinge nicht in . . . zwei Monaten auch nicht in sechs Monaten und wahrscheinlich auch nicht in einem Jahr . . . stabilisieren kannst, dass man da wirklich Zeit dafür braucht.“

„Und was das zweite was, was glaub ich viele Frauen und für Familien eine Erleichterung wär', wenn's eben so was wie Mutter Kind Einrichtungen gibt. Wo suchtkranke Mütter mit ihrem Kind betreut werden können, das unsere ist, existiert nicht mehr, und das gibt's in Österreich so nicht. Und das ist . . . schade einfach, weil das ist eine Chance für eine ganze Personengruppe.“

Zum Abschluss des Kapitels „Pflege von wohnungslosen und suchtkranken Frauen“, soll die „Hamburger Krankenstube“ mit ihrem pflegerischen Angebot vorgestellt werden. In Anschluss daran folgt ein Expertinneninterview mit Frau Ina Ratzlaff, Sozialarbeiterin in der Hamburger Krankenstube.

2.7.7 Pflegespezifische Einrichtung: „Hamburger Krankenstube“

Wie zukünftig eine niederschwellige Einrichtung für pflegebedürftige wohnungslose Frauen und Männer aussehen könnte, zeigt die „Hamburger Krankenstube“.

„In der Krankenstube für Obdachlose bietet der Caritasverband für Hamburg seit 1999 kranken obdachlosen Menschen stationäre häusliche Pflege zur gesundheitlichen Stabilisierung und soziale Hilfen zur gesellschaftlichen Wiedereingliederung an. Die Einrichtung befindet sich im Gesundheitszentrum St. Pauli . . . Im Jahr 2011 wurden insgesamt 154 obdachlose Frauen und Männer in der Krankenstube behandelt und durch die Sozialarbeiterin unterstützt. 95 Personen konnten in weitergehende Hilfen vermittelt werden. Die Krankenstube, die über 14 Betten verfügt, hatte eine Auslastung von 108,5 Prozent.“ (Hamburger Krankenstube, 2011, S.1)

„Aufgenommen werden obdachlose Menschen direkt von der Straße und nach einem Krankenhausaufenthalt zur Nachbehandlung. Menschen, die einen akuten stationären Behandlungsbedarf in einem Krankenhaus haben, kann die Krankenstube nicht aufnehmen. Bei einem unklaren Behandlungsbedarf kann ein Aufenthalt in der Krankenstube zur Abklärung und dann gegebenenfalls zu einer Vermittlung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung dienen.“ (Hamburger Krankenstube, 2011, S.1)

Zielgruppe

„Das Angebot der Krankenstube richtet sich an kranke obdachlose Frauen und Männer, die medizinisch-pflegerisch versorgt werden müssen und deren Erkrankungen nicht ambulant (etwa durch das Caritas-Krankenmobil oder einen niedergelassenen Arzt) behandelt werden können.“ (Hamburger Krankenstube, 2011, S.1)

Klientenzahlen

„2011 erhielten 154 Patienten stationäre Hilfen in der Krankenstube für Obdachlose und verbrachten dort 5544 Pflēgetage. Somit ergibt sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient von 36,0 Tagen. Der Anteil der Frauen liegt bei 8,4 Prozent (13 Frauen). Von den 154 Patienten konnten 95 weitervermittelt werden, zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus kamen 38 Patienten.“ (Hamburger Krankenstube, 2011, S.3f.)

- Einrichtungen für Wohnungslose: 24 Patienten
- eigene Wohnung: 13 Patienten
- Aufnahme in Familien/bei Bekannten: 11 Patienten
- Pflegeeinrichtungen: 9 Patienten

Zum Altersschnitt und die Herkunft der Patienten der Hamburger Krankenstube: 56,5 Prozent der Patienten waren älter als 50 Jahre, und 28,6 Prozent hatten einen Migrationshintergrund. (Hamburger Krankenstube, 2011, S.4)

Pflegedienst

„Die pflegerische Versorgung wird von Krankenpflegekräften in Zusammenarbeit und nach Absprachen mit niedergelassenen Ärzten aus dem Stadtteil und aus dem Gesundheitszentrum St. Pauli geleistet. Es besteht eine feste Kooperation mit einer Arztpraxis auf St. Pauli, deren Ärzte einmal wöchentlich eine Visite für die Patienten in der Krankenstube durchführen. Die Patienten erhalten je nach Behandlungsbedarf Überweisungen zu Fachärzten.“
(Hamburger Krankenstube, 2011, S.f)

Die in der Krankenstube erbrachten Leistungen umfassen die Grundpflege sowie die im Einzelfall ärztlich verordneten pflegerischen Maßnahmen; dazu aus dem Jahresbericht, Tätigkeitsbereich der Hamburger Krankentube (2011):

- Wundversorgung und Verbandswechsel
- Medikamentengabe und Verabreichung von Injektionen
- Kontrolle der Vitalfunktionen
- Einleitung von Maßnahmen in Notfallsituationen
- Anleitung zur Körperhygiene und Körperpflege
- medizinische Bäder
- Behandlungen von Parasitenbefall

„Bei den Erkrankungen handelt es sich in erster Linie um Hauterkrankungen, offene Wunden, Erkrankungen der oberen Atemwege, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, aber auch um Krebserkrankungen. Diese Erkrankungen sind bei den Patienten der Krankenstube überwiegend mit chronischen Suchterkrankungen

verbunden . . . In den vergangenen Jahren ist festzustellen, dass die Zahl der Patienten mit unbehandelten psychischen Erkrankungen und einem entsprechenden Behandlungsbedarf deutlich zugenommen hat.“ (Hamburger Krankenstube, 2011, S.2)

Kostenbeteiligung der Krankenkassen

„Nach langwierigen Verhandlungen konnte eine Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten für die Behandlung der Patienten in der Krankenstube erreicht werden. Mit der AOK Rheinland/Hamburg und den Ersatzkassen wurde eine Verfahrensregelung getroffen. Auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung kann seit Ende 2008 für die dort versicherten Patienten eine Tagespauschale für die häusliche Krankenpflege für max. 6 Wochen abgerechnet werden. Die Beteiligung der Krankenkassen führt vor allem zu einer Kostenentlastung bei der Sozialbehörde.“ (Hamburger Krankenstube, 2011, S.4)

2.7.8 Expertinneninterview mit Frau Ina Ratzlaff (2012), Sozialarbeiterin der Hamburger Krankenstube.

Es folgen nun Auszüge aus dem Interview mit Ina Ratzlaff zum Thema wohnungslose Frauen und Gesundheit:

Über die geringen Zahlen und geringe Nutzung von Frauen der Hamburger Krankenstube meinte Ratzlaff:

„Weil Frauen, einfach andere Ressourcen haben . . . , Frauen verwahrlosen ,in Anführungsstrichen, weniger so sehr auf der Strasse wie die Männer . . . Es sei denn, Frauen haben das gleiche starke Suchtproblem oder illegale Drogen, würde ich sagen, sind da auch noch Frauen anders . . . aber vergleichbarer . . . wenn Frauen nicht diesen Süchten unterliegen . . . oder so extrem diesen Süchten . . . , haben sie, was ich vorhin schon sagte, durch ihre Weiblichkeit einfach ganz andere Vorteile . . . Was nicht immer zum Guten ihrer selbst ist . . . , es gibt ja die sogenannte Unterbringungsprostitution.“

Die Krankenstube hat zwei Krankenzimmer für Frauen:

„Also mit unseren zwei Einzelzimmer, für Frauen, das hab´n Sie wahrscheinlich schon gehört . . . , die natürlich auch von Männern genutzt werden, solange wir keine Frauen haben . . . , ist das schon Mal ein guter Anfang, wir hab´n halt auch nich´ mehr Bedarf . . . ähm, es is ja auch gut so, weil wir einfach davon

ausgeh´n, dass Frauen . . . da schließlich aber auch krankenversichert sind und zu anderen offiziellen Stellen geh´n, grundweg supra. In Bezug auf Frauen, ja was könne man machen, wir krieg´n nich´ mehr . . . das ist meine Hoffnung.“

Frau Ratzlaff äußerte über die Wichtigkeit von niedrighschwelligigen Hilfen für Frauen am Beispiel des Hamburger Wohnungslosensystems, worüber sie eine wissenschaftliche Arbeit geschrieben hat:

„Na, es macht total Sinn also, ich hab mich ja da auf Frau`n spezialisiert, und für Frauenarbeit, dass is natürlich eine Treppe auch auf die Männer, ganz klar. Das is natürlich total Sinn, man braucht ´nen Einstieg, der . . . so niedrighschwellig wie möglich ist, der für jeden zugänglich, wir erleb´n es ja jetzt g´rad . . . wir hab´n g´rad viele Menschen, die gar nicht lange wohnungslos sind, die aus´m Krisengeschehen in diese Notlage rutsch´n . . . mit imma weniger Instanzen, die diese Leute auffangen. G´rade für die is es wichtig . . . niedrighschwelligem Eingang zu finden, dass sie sofort aufgefangen werden.“

3 Methode und Vorgehensweise

Die Entscheidung, eine qualitative Methode zu wählen, war aufgrund der Fragestellung, nämlich die „Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige Frauen und ihre Gesundheit“ erfassen zu wollen, klar.

Da es darum geht, bei den betreffenden Frauen einen Prozess von verschiedenen Einflussfaktoren aufzuzeigen, wurde die Methode der Grounded Theory gewählt, da wir noch nicht viel über diese Thematik wissen, und dieser Theorieansatz ermöglicht, das prozesshafte Geschehen dieses Gegenstandes aufzuzeigen.

Die Grounded Theory als Forschungsmethode bietet im Rahmen der qualitativen Forschung den Rahmen, menschliches Verhalten innerhalb eines sozialen Prozesses darzustellen und nach Ursachen und Gründen für dieses Verhalten zu suchen. Corbin & Strauss (1996)

Bevor auf die Datenerhebung und Darstellung der Ergebnisse näher eingegangen wird, folgt noch eine genauere Vorstellung des Forschungsansatzes und dessen Richtung.

3.1 Qualitativer Forschungsansatz

Mayer (2002) stellt in seiner „Einführung in die Pflegeforschung“ die Notwendigkeit dar, den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu betrachten. Die Menschen seien komplexe Wesen und unterschieden sich durch den persönlichen Ausdruck voneinander. Die Wahrheit sei nichts Objektives, wie es die Naturwissenschaft postuliert, sondern Subjektiv. Qualitative Forschung definiert Mayer (2002) wie folgt:

„Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus („subjektiv“) erfahren und verstehen. Man bedient sich dabei offener, nicht standardisierter Erhebungsverfahren und wertet die Daten mithilfe interpretativer Methoden aus. Auf diese Weise erhält man keine numerische Daten, sondern Beschreibungen. Eine Verallgemeinerung der Daten wird nicht angestrebt. Ziel ist es, Theorien zu entwickeln.“ (Mayer, 2002, S.73)

Folgende Grundprinzipien charakterisieren einen qualitativen Forschungsansatz: Mayer (2002)

- Induktiv
- Theoriebildend
- Ideographisch (das Einmalige, Einzigartige beschreibend)
- Interpretativ
- Holistisch
- Subjektiv
- Offen und Flexibel

Innerhalb des qualitativen Forschungsansatzes haben sich verschiedene Richtungen entwickelt, so Mayer (2002):

- Phänomenologie
- Grounded Theorie
- Ethnografie
- Objektive Hermeneutik

3.2 Grounded Theory

Grounded Theory, so Mayer (2002), ist eine gegenstandsbezogene Theorie, die in den 60er Jahren von Glaser und Strauss im Rahmen der Sozialforschung entwickelt wurde; sie basiert auf der Theorie der symbolischen Interaktion und eignet sich besonders dazu, gesellschaftliche Prozesse aus der Perspektive menschlicher Interaktionen aufzuzeigen. Das Ziel ist es, so Mayer (2002), klärende Theorien für menschliches Verhalten und soziale Prozesse zu entwickeln, mit der Besonderheit, dies aus der Situation (dem Gegenstand) der Wirklichkeit des jeweiligen Menschen zu tun.

„Das Besondere der Grounded Theorie als Methode der qualitativen Forschung, liegt in der Vorgangsweise, da Datensammlung und Datenauswertung nicht nacheinander vor sich gehen, sondern einander abwechseln.“ (Mayer, 2002, S.75)

Um dieses Ziel der Theorieentwicklung zu erreichen, ist es erforderlich, die Forschungsfrage möglichst offen zu formulieren. Corbin und Strauss bezeichneten dies als eine Art *„Wegweiser, der den Forscher unmittelbar dazu anhält, einen ganz bestimmten Gegenstandsbereich, den Ort oder Platz, an dem Ereignisse stattfinden, Dokumente und das Handeln der Menschen zu untersuchen oder Informanten zu interviewen“*. (Corbin & Strauss, 1996, S.24).

Spezifisches Merkmal der Grounded Theory ist es also, die Forschungsfrage möglichst offen zu halten und sukzessive während des Forschungsverlaufs ständig zu erweitern und zu modifizieren, um die Sichtweisen der Befragten möglichst umfangreich und holistisch (ganzheitlich) erfassen zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt der Methode ist die theoretische Sensibilität, gemeint ist damit eine besondere persönliche Fähigkeit des Forschenden. Dazu Corbin und Strauss:

„Theoretische Sensibilität bezieht sich auf eine persönliche Fähigkeit des Forschers. Gemeint ist ein Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten... Erst die theoretische Sensibilität erlaubt es, eine gegenstandsverankerte, konzeptuell dichte und gut integrierte Theorie zu entwickeln – und zwar schneller, als wenn diese Sensibilität fehlt.“ (Corbin & Strauss, 1996, S.25)

Die Sensibilität des Forschers wird von einer Vielzahl von Quellen trainiert und entwickelt. Corbin und Strauss nennen dazu die Literatur sowie die berufliche und persönliche Erfahrung. Auch stellen sie dar, dass durch die ständige Auseinandersetzung mit Daten und der Literatur eine theoretische Sensibilität erworben wird. Neben der Fachliteratur spielt, im Gegensatz zu anderen Forschungsmethoden, auch der Einsatz von nichtfachlicher Literatur, wie z. B. Briefe und Tagebücher, eine große Rolle. Diese Literatur dient auch als wichtige Datenquellen und wirkt meist ergänzend mit. Corbin & Strauss (1996)

Die wesentlichen Bestandteile, wie bei anderen qualitativen Ansätzen auch, sind bei der Grounded Theory Beobachtung und Befragung. Im Anschluss werden diese Beobachtungen und Befragungen geordnet und klassifiziert. Im Unterschied zu anderen qualitativen Forschungsmethoden verläuft der Forschungsprozess zyklisch, d. h. Datenerhebung und Datenanalyse wechseln einander ab. Die Analyse erfolgt in drei Schritten, Corbin und Strauss bezeichnen diese Schritte auch als „offenes kodieren“, „axiales kodieren“ und „selektives kodieren“:

„Das offene Kodieren, stellt in der Grounded Theory den analytischen Prozess dar, durch den Konzepte identifiziert und Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt werden. Dies wird vor allem durch das Stellen von Fragen an die Daten, und das Vergleichen hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen jedem Ereignis, Vorfall und anderen Beispielen für Phänomene erreicht.“ (Corbin & Strauss, 1996, S.55)

Beim Axialen kodieren steht der Prozess des *„in Beziehung setzen der Subkategorien zu einer Kategorie . . . nach dem paradigmatischen Modell im Vordergrund. Es geht darum, eine Kategorie zu entwickeln, die in Bezug auf die ursächlichen Bedingungen, die zu dem Phänomen führen, und in Bezug auf die spezifischen dimensional Ausprägungen dieses Phänomens hinsichtlich seiner Eigenschaften zu entwickeln.“ (Corbin & Strauss, 1996, S.93)*

Der letzte Schritt ist das „Selektive Kodieren“.

„Das Selektive Kodieren ist der Prozeß des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Auffüllens von

Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen.“ (Corbin & Strauss, 1996, S.94)

In der vorliegenden Arbeit konnte aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und der beschränkten Zeitressourcen keine Datensättigung erreicht und damit nicht bis zu diesem letzten Schritt vorgedrungen werden. Abschließend sei noch erwähnt, dass Feldnotizen, theoretische sowie methodische Memos und Diagramme weitere wichtige Bestandteile der Grounded Theory bilden. Diese Hilfsmittel dienen vor allem einem besseren Verständnis der Daten und der wesentlichen Zusammenhänge. Neben der Beobachtung sind diese „Werkzeuge“ wesentliche Bausteine in der Entwicklung einer Theorie. Corbin & Strauss (1996)

3.2.1 Stichprobengrundlage

3.2.2 Einschlusskriterien und Rekrutierung

Die Datenerhebung wurde im ersten Halbjahr 2012 in verschiedenen Übergangwohnheimen und Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe vorgenommen. Ausdrückliche Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie erübrigten sich, da ich Zugang zur Wiener Wohnungslosenhilfe hatte und die Interviews in zwei ausgewählten Einrichtungen unter genauer Kenntnis der Zielgruppe führen konnte.

Zuerst wurde ein Interviewleitfaden ausgearbeitet, der anschließend in einem Probeinterview getestet wurde. Das Probeinterview wurde im Übergangwohnheim R3 des Arbeiter Samariterbund mit einer Klientin geführt.

Im Anschluss an das Probeinterview wurde dieses mit Frau Professor Linhart gemeinsam reflektiert, um den Leitfaden zu optimieren und notwendige Änderungen vorzunehmen.

Begonnen wurde mit der Durchführung der Datensammlung Anfang Februar 2011, Ende März 2011 konnte das letzte Interview geführt werden.

3.2.3 Beschreibung der Teilnehmerinnen

Es wurden zehn zumeist sehr umfassende Interviews mit wohnungslosen Frauen mit illegaler Substanzproblematik im Alter von 25 – 48 Jahren geführt, das Durchschnittsalter betrug 32 Jahre; die Frauen kamen aus verschiedenen sozialen Schichten und Berufen; vier Frauen sind Mütter, deren Kinder fremd untergebracht sind. Diese Problematik nimmt zumeist großen Einfluss auf das Leben und die Gesundheit dieser Frauen, wie sich aus den Interviews ergab.

Die Auswahl dieser Stichprobe von zehn Interviewpartnerinnen wurde von den jeweiligen Kolleginnen in den vorab ausgewählten Einrichtungen getroffen. Die erforderlichen Hauptkriterien wohnungslose Frau, illegale Substanzabhängigkeit und dazugehörige Komorbidität stellten keinerlei Schwierigkeiten für die Rekrutierung dar.

Eine Altersbeschränkung gab es nicht, jedoch ergab sich aus den Rückmeldungen eine Altersgruppe zwischen 25 und 48 Jahre.

Die Rückmeldungen von den Kolleginnen bezüglich interessierter Frauen erfolgten in der Regel rasch, und Terminvereinbarungen konnten ebenso schnell getroffen werden. Ende März 2011 konnte somit das letzte Interview geführt werden.

Anzumerken ist, dass die Bereitschaft der Interviewpartnerinnen über die sehr spezielle Thematik – wohnungslose Frauen und illegale Substanzabhängigkeit sowie die Auswirkungen auf deren Gesundheit – zu sprechen, sehr groß war; das längste Interview dauerte beinahe zwei Stunden.

Parallel dazu verlief das Transkribieren der Interviews sowie das anschließende Codieren der erhobenen Daten und das Überarbeiten des Interviewleitfadens. Diese Rotation von aufeinander folgenden Abläufen wurde für alle zehn Interviews beibehalten.

3.2.4 Ethik und Informed Consent

Um die ethisch wissenschaftlichen Richtlinien einzuhalten konnte sich jede Frau den Zeitpunkt und Ort des Interviews frei aussuchen; kam es zu Terminausfällen, konnte meist sehr rasch ein neuer Termin mit der jeweiligen

Interviewpartnerin vereinbart werden, was den befragten Frauen sehr wichtig war. Jeder Frau wurde zu Beginn des Interviews eine Einverständniserklärung (Informed Consent) erläutert und anschließend zur Unterschrift vorgelegt.

Wichtige ethische Punkte, wie die Anonymität, Vertraulichkeit der Daten, das genaue Vorgehen und die Möglichkeit, jederzeit das Interview abbrechen und beenden zu können, wurde im Vorfeld des Interviews nochmal sehr genau besprochen. Eine der Frauen kannte diese Vorgehensweise bereits, da sie sich schon einmal für eine wissenschaftliche Arbeit zur Verfügung gestellt hatte. Die Interviewpartnerinnen und ich als Forscherin erhielten im Anschluss je ein persönliches Exemplar.

3.3 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte durch folgende Methoden:

- Problemzentrierte Interviews und ein flexibler Interviewleitfaden
- Teilnehmende unstrukturierte Feldbeobachtung
- Memos und Feldnotizen

Die geführten Interviews wurden alle persönlich geführt und via Tonband aufgezeichnet, was keine Interviewpartnerin ablehnte; anschließend wurden die Interviews in ihrer Gesamtheit transkribiert. Es wurde versucht, jede Betonung und jedes Wort möglichst genau festzuhalten, um ein detailliertes Gesamtbild der Frauen zu erhalten.

Der Ort der Befragung wurde mit der jeweiligen Interviewpartnerin vereinbart; einmal war es ein ruhiger, bunt gestalteter Aufenthaltsraum, wo Kaffee und Kekse bereitstanden und für eine angenehme Atmosphäre sorgten, ein andermal eine Teamküche mit selbst gebackenen Kuchen und Kaffee. Ein einziges Mal bat mich eine Interviewpartnerin in ihre Wohneinheit, die sie extra für das Interview frisch geputzt hatte. Ihr kleiner schwarzer Kater leistete uns dabei Gesellschaft und sorgte für eine entspannte Stimmung. In allen Gesprächen konnte eine angenehme und offene Atmosphäre für sehr gute, oft lange und sehr inhaltsreiche Interviews beitragen, der Redefluss stellte sich dadurch ganz von selbst ein.

Vor der Befragung wurde der Informed Consent genau besprochen und erklärt, im Anschluss folgte eine kurze Einstiegsfrage nach dem Befinden, um das Gespräch in Fluss zu bringen; zumeist ergaben sich dabei schon wichtige Informationen zur Situation der jeweiligen Frau. Weiter ging es mit den soziodemografischen Daten, dazu gehörten Alter, Familienstand, Kinder, Schulausbildung, Beruf. Erst dann folgten die Hauptfragen zu Wohnungslosigkeit, Gesundheit/Gesunderhaltung, Erkrankungen/Sucht, Gesundheitssystem, Erfahrung mit Ämter und Institutionen, soziales Umfeld/Familie, Interessen und Wünsche.

Das problemzentrierte Interview wurde mit einem flexiblen Leitfaden durchgeführt, der offene Fragen zu oben genannten Themen enthielt. Zumeist kam es während des jeweiligen Interviews zu Adaptionen und Modifikationen des Leitfadens. Aufgrund des zyklischen Vorgehens der Grounded Theory wurde nach jeder Analyse eines Interviews der Leitfaden durch Feldnotizen und Memos angepasst oder abgeändert.

3.4 Datenanalyse

Die Analyse mittels Grounded Theory erfolgte bereits nach dem ersten Interview. Wort für Wort wurde jedes Interview mehrmals durchgelesen und in einem ersten Schritt, wie Strauss und Glaser (1996) dies beschreiben, „offen“ (Level 1 Coding), im Schritt zwei „axial“ (Level 2 Coding) kodiert; In Schritt 2 wurden Cluster gebildet und in einer „Landkarte“ als Themengruppe um den Namen der befragten Frau gruppiert, um etwaige Zusammenhänge sichtbar zu machen.

So wurde mit jedem Interview verfahren, und Ähnlichkeiten oder Gemeinsamkeiten extra notiert, um Zusammenhänge für eine spätere Datenzusammenfassung zu vermerken und Gedankengänge zu skizzieren.

3.5 Gütekriterien

Grundsätzlich finden laut Mayer (2002) bei einer auf die Grounded Theory basierende Studie die allgemein gültigen Gütekriterien einer qualitativen Forschung Anwendung. Diese lauten:

- Glaubwürdigkeit
- Folgerichtigkeit
- Angemessenheit
- Übereinstimmung

3.5.1 Glaubwürdigkeit

„Unter Glaubwürdigkeit versteht man die Korrektheit der Befunde aus der Sicht der Teilnehmerinnen und anderer Mitglieder der Disziplin.“ (Mayer, 2002, S.81)

Auf den Forscher/die Forscherin bezogen beinhaltet dies die Frage, ob dieser/diese mit seiner/ihrer Interpretation den Inhalt der Aussagen des Befragten/der Befragten getroffen hat, also das, was die TeilnehmerInnen gemeint haben. Mayer (2002)

3.5.2 Folgerichtigkeit

Mit der Folgerichtigkeit einer Arbeit ist eine Nachvollziehbarkeit von der Forschungsfrage bis zur Auswertung gemeint, diese ist durch genaue Verfahrensdokumentation erreichbar. Mayer (2002)

3.5.3 Angemessenheit

„Angemessenheit bezieht sich hier auf die Genauigkeit, mit der die Wirklichkeit der Teilnehmerinnen wiedergegeben wird.“ (Mayer, 2002, S.81)

Mayer (2002) beschreibt diese Wirklichkeit der Teilnehmerinnen wie folgt:

„Diese Wirklichkeit muss so ausführlich beschrieben werden, dass die Leserinnen beurteilen können, wie wichtig das Gelesene für ihre praktische Arbeit ist.“ (Mayer, 2002, S.81)

3.5.4 Übereinstimmung

Mit Übereinstimmung ist gemeint, dass Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit und Angemessenheit als Kriterien beachtet wurden. Mayer (2002)

In der vorliegenden Arbeit ist versucht worden, die oben genannten Kriterien in aller Genauigkeit zu erfüllen. Das Gütekriterium der Glaubwürdigkeit dadurch, dass jedes Interview mit großer Akribie transkribiert und bearbeitet wurde, Stimmungen und Betonungen festgehalten und direkte Zitate wörtlich niedergeschrieben wurden und dadurch, dass eine sorgfältige, langsame und bedachte Ausarbeitung der Datenanalyse Wort für Wort erfolgt ist, umso ein möglichst vollständiges Gesamtbild jeder Frau zu erhalten.

Das Gütekriterium der Folgerichtigkeit und der Angemessenheit wurde erfüllt durch die Schlüssigkeit der Arbeit in sich und durch die Unterstreichung der Ergebnisse der Studie durch direkte Zitat (in vivo).

Dem Gütekriterium der Reflexivität konnte dadurch Rechnung getragen werden, dass die Interviewpartnerinnen von meinen Kolleginnen ausgewählt wurden, wobei die klare Voraussetzung galt, keine dieser Frauen als Betreuerin zu betreuen; zugute kam auch eine achtmonatige Bildungskarenz, die den notwendigen Abstand zur Arbeitsstelle und den Klientinnen ermöglichte.

4 Erkenntnisse

Die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie verbindet Wohnungslosigkeit, illegale Substanzabhängigkeit und Komorbidität sowie die sehr unterschiedlichen intrapersonellen und interpersonellen Einflussfaktoren, welche auf die Gesundheit dieser Frauen wirken.

Zu den prägenden Einflussfaktoren zählen z. B. Herkunftsfamilie, verschiedene Beziehungsformen, leibliche Kinder, die zumeist fremduntergebracht sind, beruflicher Werdegang sowie Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und mit sozialen Einrichtungen und Ämtern; erst die Berücksichtigung dieser Faktoren erlaubt eine ganzheitliche Sichtweise der Thematik.

Im Folgenden werden die wesentlichen Erkenntnisse zusammengefasst und mit sehr beeindruckenden, persönlichen Zitaten belegt.

4.1 Persönlichkeit

Wie sich deutlich in dieser Studie zeigt, ist Suchtabhängigkeit ein Problem, das sich durch alle Schichten unserer Gesellschaft zieht.

So finden sich Interviewpartnerinnen mit Matura, angefangenem Studium, begonnenen, aber nicht abgeschlossenen Ausbildungen und Herkunftsfamilien aus dem Mittelstand und anderen sozialen Schichten wieder.

4.2 Vielfalt an Persönlichkeiten

Es ist nahezu unmöglich, diese Vielfalt an Persönlichkeiten im Zusammenhang mit illegaler Substanzabhängigkeit und Weiblichkeit zu erfassen. Viele Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden.

Die große Vielfalt der Charaktere mit ihren unterschiedlichen Erfahrungen zeigt, dass es nicht „die“ Suchtpersönlichkeit gibt, sondern viele Individuen mit Suchterkrankungen.

Wie verschieden die Lebenserfahrungen der Interviewpartnerinnen sind, soll eine Auswahl an Zitaten zum Ausdruck bringen.

Über ihre durchaus schöne Kindheit berichtete diese Interviewpartnerin:

„Es hot vü wahrscheinlich zum tun ah . . . mit meiner wunderschönen Kindheit . . ., dass i net g'schlagen woarn bin vo die Eltern, oder wos.“

„I woar imma . . . also total frei . . . also im großen Garten, bei die Großeltern und so, am Kirschbaum oben, hob i imma mei Platzerl g'hobt . . . jo scho von klan auf da Oma beim Blumen setzen g'holfen.“

Eine andere Frau hingegen berichtete über den frühen Missbrauch in ihrer Kindheit und den anschließenden Heimaufenthalt:

„Des Problem woar, i bin . . . ahm von mein fünften bis zehnten Lebensjahr vergewaltigt worden . . . zwa Nachbarn, wo i nix sog´n hob derf´n, und mei Bruada und i san wirklich . . . san sehr, sehr, sehr nahe, mit mein Bruada und erklärn´s des amoi an Fünfjährigen . . . wann´s stimmt . . . und daham Schläg kriegst und ollas Mögliche.“

„Zehn Joahr, woar i do, do bin i glei noch Pögstall komman, . . . hob ma docht, wos is mit mein Bruada . . . Der is mia daraufhin bald gefolgt.“

„Aba trotzdem, des is imma, des is a furchtbare Bürde . . . mit´n Alkohol abgefüllt.“ „Des zu ertragen, des is schwer.“

„Wir hob´n ka Beziehung aufbau´n kennen, wie ma per Sie woarn mit die Erzieher . . ., i man des kann ma irgendwie net moch´n als Kind . . . Als Erwachsener is des wos anderes . . .“ „Oba mit Kinda per Sie sein, fünf Joahr, des is schwierig vorallem, wann ma klan is.“

„So bin i eigentlich donn ins Millieu obg´rutscht, wirklich . . . wirklich, als Prostituierte, donn hob i ma denkt, guat . . ., Gift, Göd, jo . . . na so unhübsch woar i a net, ah, . . . des is donn vier Joahr so gangen . . . und do hob i donn a so einiges mitg´mocht . . ., i hob imma a Glück g´hobt, i hob Stammkunden g´hobt.“

Über den Aufenthalt in einem Wüstenprojekt als Kind sprach eine andere Interviewpartnerin:

„Also, i muaß kurz sog´n, i bin jo eigentlich aus G. . . . und i bin damals, wie . . . mit 13 in so a Schwererziehbarenheim kumma . . . und do haben´s mi in die Wüste g´schickt, ‚Wüstenprojekt‘. Do gehst so dreieinhalb Monat´ mit an Kamö durch die Wüste mit Beduinen, . . . man hört sie zwa lässig an, und so . . . im Prinzip haast nix anders, außer geh´n . . ., dann muaßt auf offenen Feuer hoit koch´n . . . und do haben´s uns G´schirr mit Plastikhenkel mit geb´n . . . Schlofsäck´ woarn hin, i bin aufg´wocht, i bin am ganzen Körper blau . . . haben´s die Beduinen. Lammfell auf mi drauf g´legt . . ., dass i wieda aufwärm´.“

„Und jo, dann sama durt ab´grissn . . . und die Betreuer woarn so bled und hab´n uns unser Geld und unsere Reisepässe ausg´händigd . . . und dann sama o´grissn in die nächste Stadt noch Dahab . . . und i hob den Weg ausse g´wusst.“

„Dann habn´s mi hoit ausse´gschmissn als unerziehbar . . . des woar insgesamt dann ein Jahr, dass i durt woar.“

Einschneidende Erlebnisse wie der Verlust einer wichtigen Bezugsperson können zu massiven Veränderungen führen, ein Akzeptieren dieser Veränderung ist nahezu unmöglich; darüber sprach eine Interviewpartnerin:

„Dann ist auch die Oma gestorben, und das war a Bezugsperson . . . für mich, ah a Mama eigentlich . . . Ja, die ist gestorben . . . und da ist alles bergab gegangen . . . schon vorher, aber ah . . . eben das war das Ausschlaggebende.“

Welche Einflüsse und Erfahrungen nun genau zu einer „Suchtlaufbahn“ dieser zehn befragten Frauen führen konnten, war in dieser kurzen Zeit nicht zu klären.

Jedoch kam eine große Vielfalt an ganz persönlichen Erlebnissen und Erfahrungsberichten zum Vorschein, welche die betreffende Lebensgeschichte stark beeinflussten.

4.3 Zugänge zur Herkunftsfamilie

Die Beziehungen zu Mutter und Vater spielen eine wichtige Rolle und haben auf das weitere Leben einen großen Einfluss. Funktionierende familiäre Kontakte stellen eher eine Seltenheit dar, dennoch sind sie bei einigen der Interviewpartnerinnen vorhanden. Im Anschluss hierzu einige Zitate.

Hier das Beispiel einer Interviewpartnerin, die zwar eine gute Vaterbeziehung, dafür aber keine Beziehung zur Mutter hatte:

„Wei i bin ohne Mama groß woarn . . ., und da Papa is holt für mi wie mei Mama-Papa, zum Muttertag hot er die Geschenke kriagt von da Mama . . ., zum Vatertag sowieso.“

Eine andere Interviewpartnerin schildert ihre durchaus gute Beziehung zur Mutter:

„Do bin i froh, daß i . . . meine Mutter hab´ . . .“ „Na also, meine Mutter, die liest da irrsinnig viele Bücher . . . und is irrsinnig viel belesen, oiso . . . die schaut da überall, wo´s irgendwas finden kann, was ma eh . . . irgendwie helfen könnte.“

Funktionierende Beziehungen zur ganzen Familie finden sich nur ganz selten, ein Beispiel dazu:

„I bin da totale Familienmensch, oiso zu Weihnachten . . . mmm, wird imma bei da Familie g´feiert, dofahr´n ma . . . zerst zu meiner Family . . . dann zu seiner Mama . . .“, auch die Geburtstage würden in der Familie gefeiert werden.

Schöne Erinnerungen hat diese Interviewpartnerin bezüglich ihrer Großeltern:

„Also die Großeltern a . . . san wie meine Eltern, früher mei Mutta hot jo vü gearbeitet . . ., die hot im Hörbehinderteninstitut in Graz vü Nachtschicht´n mocht´n müsst´n . . . und dann woar i eben vü bei die Großeltern, so noch da Schul´ imma und so.“

4.4 Familie

Der Einfluss auf die frühkindliche Prägungsphase durch die Ursprungsfamilie mit ihren Werten und Normen und die Erfahrungen mit Suchtgewohnheiten und Gewalt innerhalb der Familie spielen in den Lebensläufen der interviewten Frauen für deren (Sucht)laufbahn eine große Rolle.

Welche Probleme ergeben sich aufgrund einer Suchterkrankung, wie reagiert die Familie darauf? Wie sehen die Beziehungen zu den Eltern aus? Welche Auswirkungen haben diese? Die Frage, ob es das „Suchtgen“ gibt, tauchte in den Gesprächen ebenso auf wie die Frage, wie es zur Drogenabhängigkeit und Wohnungslosigkeit trotz einer wohlbehüteten Kindheit mit viel Harmonie und Liebe kommen konnte.

4.5 Frage nach dem Suchtgen und eigener Tendenzen

Nach längerem Reflektieren einer Interviewpartnerin stellte diese für sich die Frage nach dem „Suchtgen“; da sowohl die Großmutter als auch die Mutter ein Suchtverhalten aufwiesen, stellte sie diesen Bezug her.

Der eigene Zugang zur Sucht begann schon sehr früh als Schulkind mit dem Essen von Klebstoff und der unkontrollierten Selbsteinnahme von Medikamenten im Heim:

„Fazit eben . . . wie g´sogt no amoi, wie i so z´rückdocht hob eigentlich, UHU, UHU irrsinnig g´schmeckt hot und es is imma scho an Hang zur Sucht g´hobt hob . . ., und i glaub an die Theorie, also . . ., es gibt des Suchtgen, mei Großmutta.“

Über die Wirkungen von Paracodein und Hustensaft im Heim durch Selbstdosierung berichtet eine Interviewpartnerin:

„Und . . . do hob i Paracodein, Hustensaft, oba Paracodein is eh bekannt, . . . Codein [wird als süchtig machender Stoff beschrieben, d. Verf.] is drinnen . . . ja, und i hob des selbs dosieren miass´n . . . Und hob amoi z´vü dawischt . . ., g´merkt aha, mir geht´s guat . . ., komisch und Nos´ntropfen des söbe, machen süchtig, gefährlich.“

4.6 (Religiöse) Werte und Normen in der Familie

Religiöse Werte und kulturelle Normen nehmen maßgeblich Einfluss auf unser Leben, so auch besonders auf das Leben einer Interviewpartnerin, die durch ihre Eltern auf der Grundlage der strengen Regeln der Zeugen Jehovas erzogen wurde:

„I man, bei mir is des auch noch immer, dass des in mir drin is . . . also, ich brauch zum Einschlafen . . . entweder was zum Lesen oda fernschaun oder so . . . weil, wenn ich so im Bett im Dunkeln lieg und nachdenk´ es kommt auf jeden Fall der Schluss dann raus, dass ich bei Amagedon sterb´ . . ., also dass eben Gott einschreitet und den bösen Menschen vernichtet . . . und weil ich eben ausgetreten bin.“

Drogenmissbrauch und Homosexualität sind Themen, die bei den Zeugen Jehovas als Todsünde angesehen werden. Diese Glaubenssätze beeinflussten die Tochter-Mutter-Beziehung der nächsten Interviewpartnerin erheblich:

„Und ah, meine Eltern hab´n ihr [der leiblichen Tochter, d. Verf.] . . . jetzt indem letzten Jahr . . . alles erzählt eben . . ., dass ich Drogen . . . und im

Entzugsprogramm bin, und i fast bei der Geburt gestorben wär, was so ein Blödsinn ist.“

Die Reaktion der Eltern auf ihre Homosexualität schilderte eine Interviewpartnerin:

„Ah, eben meine Eltern hab´n meine Tochter, im Februar war´s, vor fünf Jahren, weg´genommen . . . Weil meine Eltern san Zeugen Jehova . . . und da sind´s halt draufkommen, daß ich eben auf Frauen steh´ . . . und . . . das ist bei ihnen eine Todsünde.“

Bildung als Wert scheint durch die eigene Erfahrung des Vaters mit der Abendschule an eine Interviewpartnerin nachhaltig weitergegeben worden zu sein:

„Ich hab zu Hause erklärt, i wü nimma . . . mein Vater hat mi überredet, bis in die 7. halt . . . Weil . . ., er hat des g´macht selber . . ., hat dann die Matura in da Abendschule nach g´macht . . . und er hat mich ebenso dazu überredet, dass ich´s fertig mach und deswegen hab ich´s dann auch g´macht.“

Wenn die Eltern Bescheid über die Sucht des Kindes wissen und Rückhalt gegeben wird, wird dies im Interview hervorgehoben:

„Meine Eltern steh´n immer hinter mia, egal um was geht . . . sie wissen eh, dass i substituiert bin und dass eben, also wegen spritzen und so, des wissen´s a.“

Familie wurde in wenigen Interviews als starker Rückhalt in der betreffenden Notsituation angegeben:

„Um Gottes Will´n! . . . sonst waas i net, was passiert war.“

„Also, mia steh´n imma die Tür´n off´n . . ., wenn jetzt irgendwas wär´ . . ., also kann imma auf da Couch schlof´n.“

4.7 Prägung durch innerfamiliäre Suchtgewohnheiten und Gewalt

Erinnerungen an häusliche Gewalt im frühen Kindesalter sind im folgenden Interview noch sehr präsent gewesen:

„Kann mi nu sehr guat erinnern an Sach´n . . . , do woar i söba zwei Joahr . . . , oba . . . von mein richtigen Vater, wie der mei Mutta g´schlogen hot . . . , und mei Bruada scho gangen is, mit´n Kochlöffel auf ihn losgangen is, und dann mei Stiefvater . . . , hot´s Schläge geb´n . . . ohne Grund, wos.“

Eine andere Interviewpartnerin berichtete über ihre Pubertät, in der sie den Schlägen ihrer Mutter ausgeliefert war, weil sich diese in der Erziehung ihrer Tochter nicht anders zu helfen wusste:

„Äh, weil ich´s zu Hause nicht mehr ausgehalten hab´, ich wollt´ nicht mehr in die Schule gehen . . . , ich hab´ die Schule geschwänzt, hab´ Alkohol getrunken . . . , mhmm, meine Mutter hat mich geschlagen . . . , da wollt ich einfach nicht mehr zu Haus bleiben . . . äh . . . und, und ja dann, und da . . . ich bin wieder heim und wieder ins Heim.“

Miterlebtes Suchtverhalten in der Familie, ob Tablettenabhängigkeit oder der Missbrauch von Cannabis und anderen (illegale) Stoffen, finden sich in den unten angeführten Zitaten der verschiedenen Interviewpartnerinnen wieder:

„Naja, oba meine Mutter war eben auf die Tabs abhängig . . . , sie hat dann die ganzen Vitamine g´nommen, Vitaminpulver.“

Es wurden auch Entschuldigungen für das Suchtverhalten gesucht:

„Also . . . mei Mutta, oiso in der Weise . . . , guat sie raucht [Cannabis, d. Verf.], oba sie hot so Migräne Attacken g´hobt.“

Das Rauchen von Cannabis mit dem eigenen Vater wurde nicht als problematisch gesehen:

„Jo. Und mit mein Papa, ah, der is . . . früher sowieso . . . Althippie, mit dem hob i scho öfters g´raucht und so.“

Auch die Abhängigkeit der Großmutter wurde offen angesprochen:

„Mei Großmutta, woar schwer Tablett´n abhängig . . . z.B. damals hot´s nu andere Tablett´n geb´n . . . , Schloftablett´n.“

Offen wurde auch über die Abhängigkeit und Experimentierfreudigkeit des Bruders berichtet:

„Mei Bruada . . . der is leida auf LSD hängen blieb´n.“ „Engelstrompeten hätte mich nicht getraut.“

4.8 Auswirkungen von Sucht auf die Familie

Sucht wirkt sich auf das gesamte Familien- und Beziehungsleben aus, Anlässe wie Weihnachten, das Fest der Familie, bringen Trennendes zum Vorschein und ein bislang nicht ausgesprochenes Problem mit dem Schwiegersohn/Beziehungspartner wird offensichtlich:

„Jo . . . waas net, momentan . . . i waas net, wie i sog´n soll . . . , i vermiss mei Familie, weil olle . . . in Graz san, und i bin mit meiner Mama und meiner Schwester zerstritten, wegen mein Freund . . . , zerst warn´s imma nett zu earm und oll´s und jetzt auf amoi haben´s so Probleme mit eam.“

Sucht wird oft selbst als peinlich empfunden, ein Reden innerhalb der Familie fällt eher schwer, auch schämt man sich vor den jüngeren Geschwistern, wie dieses Zitat belegt:

„Do kann i mit eana net so offen reden, weils . . . mit meine Eltern, und des is ma hoit irgendwie peinlich vor meiner Familie, mei kleinere Schwester, die is jetzt 14 . . . im August wird´s 15.“

Das Suchtverhalten zieht oft weite Kreise und kann auch zu einem von der Mutter angestifteten Schulabbruch führen, wie diese Interviewpartnerin erzählte:

„Die Schule . . . , die hab ich ab´geschlossn . . . ; ich war zwar nachher noch in da Längenfeldgass . . . , nua, das hat ma meine Mama kaputt g´macht, dass ich dort nimma hin´gangen bin . . . Nachdem´s mich raus´ghaut hat, hat´s dort ang´rufen dauernd . . . Giftlerin, bla, bla, bla, obwohl ich nicht amal auf Gift war.“

4.9 Wohnungslosigkeit und Drogenlaufbahn im Bezug zur Familie

Eine genaue Chronologie und die exakten Zusammenhänge zwischen Wohnungslosigkeit und die Drogenlaufbahn konnten trotz aller Anstrengungen nicht auf den Punkt gebracht werden.

Viel zu individuell sind die Lebenswege, kein Interview gleicht dem anderen. Meist sind es schwierige Lebenssituationen, sog. „life-events“, wie der Verlust von geliebten Menschen oder Kindesabnahmen, die zum „sich völlig fallen lassen“ führten. Haftaufenthalte hatten ebenso Wohnungsverluste oder verstärkten Drogenkonsum zur Folge, wie unüberwindbare zwischenmenschliche Zerwürfnisse. Die Bildung einer genauen Reihenfolge der auslösenden Ereignisse ist demnach nicht möglich. Die verschiedenen Interviewzitate können daher nur einen Einblick in diese Zusammenhänge geben.

Wohnungslosigkeit steht bei Frauen oft im Zusammenhang mit problematischen (Zweck)Beziehungen:

„Ah . . . und jo guat, mia is nimma guat gangen, des woar eh Zweckbeziehungen im Endeffekt . . ., ja weil irgendwo muaß ma bleib´n.“ „Des wos . . . es woar so . . . ähm, i hob imma g´schaut, dass i wo wohn´, hob mi obdachlos g´meldet.“

Die Zugkraft der Drogen und das Übertragen von Verantwortung auf andere, in diesem Fall auf den Großvater, bei dem die Kinder untergebracht werden konnten, zeigen einen weiteren Aspekt der Sucht auf.

„Und do hot mia mein Papa g´sogt, also wenn i will . . . do kann i noch Wien, weil er hat g´wusst, mi ziagt´s noch Wien . . . Dann kann i noch Wien und kann die Kinder draußen lossn [Niederösterreich, d. Verf.], er passt ma auf . . . und bin i reingeschlittert in die Drogen.“

Wien als Bundeshauptstadt übt eine magische Anziehungskraft auf Menschen aus anderen Bundesländern mit Suchtproblematik aus, auch wegen der moderaten Preisen für Drogen. Umso schwieriger ist es, eine bezahlbare Wohnung in kurzer Zeit zu finden, und so kommt es oftmals zu Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit.

„Am Anfang hob i . . ., hot mi Wien so magisch anzog´n . . . und es woar a wegen die, wegen die Drogen und so, weil natürlich ois, äh, des zehnfache billiger is wie . . . überall anders . . ., es is eigentlich in Wien, in Wien so, und deswegen kummt a jeder her . . .“ „Ich bin aus S. und hob zwar durt a Wohnung

*g´hobt, bin noch Wien kumma und . . . do is hoit mit´n Wohnung finden sowieso
schwar, waar i eben a zeitlang obdachlos.“*

Eine Wohnung wurde vom Vermieter gekündigt und das Inventar bei den Eltern zu Hause untergestellt:

*„I hob scho a in Wien g´wohnt, do woar i a an g´meldet, oba . . . diesmal hob i a
poar Monat g´wort und so oba i hob . . ., die Wohnung is donn eh kündigt und
meine Eltern hob´n die Wohnung ausg´räumt . . ., sonst hätt´ da Vermieter ollas
wegg´schmissn und so.“*

Haftaufenthalte und polizeibekanntete Angelegenheiten bringen oftmals Wohnungsverlust mit sich, Hilfestellungen von Seiten der Familie halten die betroffenen Frauen nur für einen gewissen Zeitraum über Wasser:

*„Und jo, de Wohnung hab´n ma dann aba verlor´n weil i . . . Polizei Soch´n
woarn, durchs Gift und so . . . und zu meine Eltern hob i ah net z´ruck kennan,
weil i do an klan Bruda g´hobt hob . . . und des geht net.“ „Dann hob i an
Sommer long, wir hob´n an Luxus Wohnwagen und so . . . Und dann hob i an
Somma im Bad . . ., im Wohnwagen g´wohnt . . . urlässig.“*

Eine Interviewpartnerin erzählte, wie sie nach dem ersten Haftaufenthalt wohnungslos geworden ist; bis dahin wurde ihr immer von Eltern, entweder von der Mutter oder dem Vater, mit Wohnmöglichkeiten geholfen:

*„Also, i bin des erste Mal wirklich wohnungslos g´wesen . . ., wie i jetzt vom
Häf´n ham´ gangen bin.“ „Sonst hab´n ma imma meine Eltern irgendwos
aufg´stellt . . ., oda i bin zu da Mama gangen hoit, oda so irgendwie.“*

Der Verlust des langjährigen Partners kann ebenso zum Wohnungsverlust führen, und die Spirale in die Wohnungslosigkeit beginnt, wie eine Interviewpartnerin erzählte:

*„Und . . . dann hab´ ich endlich a Antwort kriegt . . ., und hab erfahren, dass er
schon tot war in der Wohnung . . ., neben mia . . . wie ich eam aufwecken wollt.“
„Und dann . . . hab ich mir dacht, na, in die Wohnung kann ich nicht mehr, kann
ich nicht mehr, da . . . allein leben . . . So, is das g´wesen . . . ich hab das gar
nicht g´wusst, dass das gibt so a Haus . . ., also betreutes Wohnen schon . . .,
aber ich hab da keine genauen Vorstellungen g´habt.“*

Der Verlust der eigenen Kinder durch Kindesabnahme scheint zu viel für diese Mutter, ein verstärkter Drogenkonsum und Wohnungsverlust führt zum Verlust der Existenzgrundlage:

„Und . . . da is alles hinter meinem Rücken . . ., da hab ich gearbeitet, wollt die J. . . . vom Kindergarten abholen . . ., hat´s geheißen, ja, die is scho . . ., ah die Oma war schon zu Mittag da, die J. holen . . . Und dann . . . bin ich zur Gerichtsverhandlung . . . einklagen, dann hab ich den Brief kriegt . . . ja, hab nicht mehr das Sorgerecht für die J. . . . Ja, da eben also . . . hab ich mich vollkommen fallen lassen . . ., i hob Fehler gemacht, in dem ich da so reingekippt bin . . . in die Drogen, dass i die Wohnung verloren hab´.“

4.10 Bildungsniveau

Eine Interviewpartnerin erzählte über ihre Schullaufbahn und die verschiedenen Stationen:

„Ja, ich hab´Matura gemacht . . ., über Umwege . . . übern Roland [Maturaschule Dr. Roland, d. Verf.] in der Neustiftgasse, bei der Externistenkommission.“ „Davor woar i schon im Gymnasium, in der Hegelgasse . . . ein Jahr . . . und vorher in einer Klosterschule, da woll´t ich aber nicht mehr sein, da . . . mit Schuluniform, und nur Mädchen . . . und so, und da hab ich so lang geschwänzt . . . na.“

Eine andere Interviewpartnerin gab ebenfalls einen kurzen Überblick über ihre Schullaufbahn:

„Mhm . . . Volksschule äh, . . . dann . . . Hauptschule . . ., aber abgebrochen . . . leider . . ., aber ich mag, ich möchte gern . . . den Abschluss machen.“

Oft prägt ein Heimaufenthalt die schulische Laufbahn, eine Interviewpartnerin meinte dazu:

„Wir hob´n a öffentliche Schule g´hobt und P. [Ort des Heims, d. Verf.] is eh berühmt für die Klassn, also wie g´sogt, in a öffentliche Schul gangen.“ „Und dann, wia i 5 Joahr durt woar, wia i wollt noch´n ersten Joahr ham . . . Jugendamtl [Vorgabe des Jugendamts, im Heim weiter zu verbleiben, d. Verf.], ka Chance versteh´i heute sehr gut, . . . noch 5 Joahr wollt mi da Direktor, da L., der wollt mi behalten, unbedingt,

weil i ein so gutes Zeugnis g´hobt hob.“ „Hätten ma de HAK [Handelsakademie, d. Verf.] zahl.“

4.11 Schulausbildung

Die Art der Schulausbildung scheint im Leben dieser Frauen von nicht unerheblicher Bedeutung. Wie sich jemand sprachlich ausdrücken kann, welche sozialen Fähigkeiten vorhanden sind und welche Umgangsformen jemand hat, diese Faktoren beeinflussen manche Situation. Diese vorhandenen oder nicht vorhandenen schulischen und sozialen Fähigkeiten kommen bei Amstwegen und bürokratischen Anliegen in späterer Betrachtung gut zum Ausdruck.

In dieser Studie befinden sich Interviewpartnerinnen ohne und mit Pflichtschulabschluss, wie Hauptschule oder Allgemeinbildende höhere Schule, mit abgebrochenen und abgeschlossenen berufsbildenden höheren Schulen mit sozialem Schwerpunkt, mit Abschlüssen in Fachschulen und landwirtschaftlichen Schulen, aber auch mit abgebrochenen Hochschulstudien.

Der Wille, die abgebrochenen Ausbildungen irgendwann fertig zu stellen, ist vielerorts vorhanden. Die Einsicht, dass ein Schulabschluss andere Perspektiven eröffnet, ist durchwegs vorhanden. Im Weg standen mehrheitlich die eigene Suchtabhängigkeit und Substitutionsprogramme.

Manchmal unterbrach eine Schwangerschaft die Bildungslaufbahn:

„Dann hab ich die . . . Handelsakademie . . . bis ich halt schwanger worden bin, zweieinhalb Jahre.“

Auch mehrere verschiedene Schulen und Ausbildungen wurden in Angriff genommen:

„Wei i kum jo aus Graz, und dann war i im Gymnasium Stift Rhein . . ., do war i drei Joahr, donn war da Umzug noch Wien. Dann war i des ane Joahr . . . in ahm mehrsprachlichen Gymnasium ah . . ., do am Matzleinsdorferplatz . . . Dann hob i scho die bakip10 [Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, d. Verf.] g´mocht . . . also die Anstalt für Kindergarten Pädagogik . . . Mit Matura abgeschlossen. Und dann hob i´s Kolleg ah nu g´mocht, äh für Sozialpädagogik . . ., des hob i leida net fertig g´mocht.“

Sehr auffallend ist auch das große Interesse für das soziale Berufsfeld und eine eventuelle Ausbildung in diesem Bereich. Eine Interviewpartnerin, die über ihre schulische Laufbahn berichtete, äußerte dazu:

„Dann hob i ang´fangen mit da privaten Sozialberufsschul´ . . . Caritas, also Behindertenpädagogik, Schwererziehbare und so.“

Der Wunsch mit Menschen zu arbeiten findet sich auch bei einer dritten und vierten Gesprächspartnerin wieder:

„Oiso Ausbildung, damit i ah, irgendwo i zumindest mit Menschen arbeiten kann. Also damit i amoi die Matura hob und ah so in die Richtung soziale G´schichten.“

„Das letzte Abgeschlossene, ahm . . . des is, das heißt ah, weiß nicht, kennen´s vielleicht, St.Christiana, heißt die Schul im 23 . . . , Fachschule für wirtschaftliche Berufe mit Schwerpunkt, Gesundheit/Soziales.“

Auch findet sich für das weibliche Rollenbild ein entsprechender schulischer Werdegang, eine Interviewpartnerin meinte dazu:

„Schulausbildung, hob i Volksschule, Hauptschule . . . und . . . des Poly hob i ab´brochen und hab dafür a Haushaltsschul g´mocht . . . die nur a Joahr, weil da gibt´s ein Jahr, drei Jahr, fünf Jahr . . . , i hob die einjährige g´mocht.“

Die meisten der befragten Frauen verfügen über einen Pflichtschulabschluss. Eine Interviewpartnerin ohne Abschluss möchte diesen auf jeden Fall nachholen. Auffallend ist das breite Spektrum der verschiedenen Schulrichtungen und das große Interesse für den Sozialbereich.

4.12 Ausbildung und Arbeit

Folgende verschiedene Tätigkeiten und Ausbildungen geben einen Überblick über den breiten beruflichen Hintergrund der Interviewpartnerinnen der Studie: Kellnerin, Restaurantleitung, Arbeiten in einem Kleiderlager, Erledigen von Botendienste, Reinigungsarbeiten bei einer Reinigungsfirma, Buchhändlerin, Übernahme diverser Aufgaben in einem Hotel, Telefonistin, Arbeiten über eine Leihfirma in einer Anwaltskanzlei, Kindergärtnerin und Horterzieherin und Tätigkeit in einem Piercing Studio.

Auch Beschäftigungsprojekte wie „Fix und Fertig“ wurden genannt. Ausbildungen, die sehr häufig nicht abgeschlossen wurden, wurden ebenfalls in mehreren Interviews angegeben.

Eine Interviewpartnerin erzählt über das Arbeiten in der Gastronomie als Restaurantleiterin:

„Ja . . . also es war Gastgewerbe, eigentlich Restaurant, hab ich g'führt.“

Eine andere Interviewpartnerin hatte ebenfalls gekellnert und berichtete über das Arbeiten im Kleiderlager sowie über Gelegenheitsjobs:

„Jo von der Arbeit her, also kellnert hob i a scho, was si hoit ergeb'n hot . . . a zeitlang, beim in an Lager, das G'wand ordnen, beim V., des muaß i sog'n, des woar eigentlich ane von die Schwersten, oba . . ., weil i imma scho um 6 ang'fangen hob.“

In einem anderen Interview wurde über eine Arbeit als Botenfahrerin berichtet:

„Und dann war ich, 2000 bis 2008 glaub ich war's, Botenfahrerin . . . im Auto halt.“

Da diese Interviewpartnerin im Substitutionsprogramm ist, hatte sie auch solange keinen Führerschein, auf die Frage, ob sie noch einen Führerschein habe, antwortete sie daher:

„Na, jetzt nicht mehr.“

Niedrig qualifizierte Arbeiten wie das Arbeiten in einer Reinigungsfirma kamen auch vor, eine Frau sagte dazu:

„Und da hab ich beim ISS gearbeitet, eine Reinigungsfirma . . . Ja und . . . dann nach zwei Monaten, äh, hab ich irgendwie drauf gepiffen auf die Arbeit . . ., eben wegen dem Alkohol.“

Sehr oft kommt es auch zu Arbeiten bei einer Leihfirma, mit niedriger Bezahlung; eine Interviewpartnerin meinte dazu:

„Die . . . hat mich verschickt und da hab i dann g'sehen, was die für Honorarnoten stellen für mich, und was ich von denen kassier' . . ., da is ma vergangen.“

Sie erzählte weiter über ihre Tätigkeit als Buchhändlerin und der Büroarbeit bei Rechtsanwälten:

„Als Buchhändlerin . . . hab ich gearbeitet, aber ich . . . an richtigen Beruf g'lernt, aus'glernt . . . hob i eigentlich net . . . So . . . meistens als Buchhändlerin gearbeitet, wenn auch . . . sonst in Büros, da war ich bei Rechtsanwälten ein Jahr.“

Eine Frau, die man als Allrounderin bezeichnen könnte, sagte über ihre berufliche Laufbahn:

„Jo, hob für die Landwirtschaftsschul' kan Abschluss, dann hob i Landschaftsgärtner g'mocht . . . ah, hob a kan Abschluss, oba . . . i hob's imma fast fertig g'mocht.“

Sie berichtete in weiterer Folge über die Tätigkeit in einem vier Sterne Hotel und der Arbeit in einer Fabrik:

„Hob i im 4 Sterne Hotel gearbeitet, im Sch. Hof . . . 4 Sterne Hotel, des woar supa . . . ähm, soll i wos sogn, i hob's . . . Arbeiten g'mocht, i waas net.“

„Fabrik . . . Plastik, so san die Vöslauer Plastikflaschen herg'stellt worden, wei is so schnö [beim Arbeiten, d. Verf.] woar, hobn's mi von de Frauen weg und zu die Männer tan.“

„In derer Weise . . ., vorallem, i hob ah, ah . . . die Arbeit g'sucht, die wos mia g'fällt.“

Drei Interviewpartnerinnen berichteten über ihre begonnenen und abgebrochenen Lehren:

„A Friseurlehre . . . und aus.“

Auf die gestellte Frage, ob diese abgeschlossen wurde:

„Na, leider net, i hob zweieinhalb Jahre g'mocht, und dann an Autounfall g'hobt.“

Auch eine andere der befragten Frauen hat eine Friseurlehre und eine Kellnerlehre begonnen und nicht abgeschlossen:

„Ah . . . ja . . . ang´fangen schon, oba nicht fertig g´lernt . . . ja das war Kellnerlehrling und . . . Friseurlehrling.“

Eine Interviewpartnerin berichtete über eine sexuelle Belästigung durch einen Chef und den anschließenden Abbruch ihrer Möbeltapeziererlehre:

„Des hot ma eh taugt, oba i hob dann noch an dreiviertel Joahr, ah . . . leider kündigt, a kündigen müssn, weils woar a klane Firma, und do hot vorher da Chef und sei Frau hot eam hoit g´holfn . . . und wie i durt woar, hot sei Frau nimma mitgearbeitet, weil . . . zu Dritt, woar hoit . . .“

„Oba dann, der hot a bissl an . . . i waas net, . . . ahm an Vogl g´hobt, also . . . ahm, wie soll i sog´n jetzt´n . . . jo, sog ma sexuelle Belästigung.“

In den meisten Fällen liegt durch die Sucht und deren Nebenwirkungen Arbeitsunfähigkeit vor, die sich oftmals schon über mehrere Jahre dahinzieht.

Auch kommt es immer wieder zu befristeten und unbefristeten Frühpensionierungen aufgrund einer Erwerbsunfähigkeitspension, aufgrund schwerer Erkrankungen wie HIV oder anderen körperlichen Schädigungen.

Wie diese Situation, in einem Alter von nur 27 Jahren erwerbsunfähig zu sein, eine betroffene Interviewpartnerin mit HIV Erkrankung empfindet, soll folgendes Zitat zeigen:

„Is a Problem, eben äh . . . äh, ich bin arbeitsunfähig, ich war beim Arbeitsmarktservice und der hat mein äh, äh Zettel geb´n und an Stempel rauf . . . und ich hab gefragt, wann ich wieder kommen soll, hat er g´sagt, ich soll überhaupt nicht mehr kommen, weil ich arbeitsunfähig bin.“

„Und eben da hat er mir vorgeschlagen, wegen der Frühpension, wenn ich in Frühpension geh´ . . . ja . . . und da muss ich mich auch erkundigen, da kenn ich mich auch nicht so aus.“

Auf die Frage, ob sie denn das überhaupt wolle, meinte sie:

„Irgendwie nicht . . . mit 27 . . . mhm in Frühpension . . . Aber wenn ich arbeitsunfähig bin, wenn ich nicht´s machen kann, dann ist es blöd.“

Über ihren Vorschlag einen Computerkurs oder den (Pflichtschul)Abschluss machen zu wollen, sagte sie:

„Ich hab ja vorgeschlagen, beim AMS und meinem Betreuer, dass ich einen Computerkurs mach´, nein, nein, Abschluss, nein, nein . . ., das geht nicht.“

Die Mehrheit dieser befragten Frauen wollen arbeiten, auch wenn es nur wenige Stunden in einem sozialen Projekt wären, aber auch das ist manchmal nicht so einfach.

Eine Interviewpartnerin, die schon einige Jahre nicht gearbeitet hat, erzählte, wie sie sich den Berufseinstieg vorstellt:

„Jo, i hob g´sogt, beim AMS, dass ma moi geringfügig anfangen, dass i eini kumm in des.“ „Und des aufsteh´n und des zeitlich durt hinfahr´n und so.“

„I hob a g´sogt, mi stört´s a net . . . wann i putzen gehen soll, des is ma egal, i wü nur . . . wenigstens a bissl.“

Über den Weg zu einem Beschäftigungsprojekt, erzählte eine Interviewpartnerin Folgendes:

„Die bei step2job [Beschäftigungsprojekt, d. Verf.] überhaupt, die hat z´erst zu mia g´ sagt, sie will gar nicht, dass ich komm . . ., weil ich bin vom AMS dorthin g´schickt word´n.“

Bei vielen Arbeitgebern ist es nicht möglich, mit einer Suchterkrankung und/oder einer infektiösen Erkrankungen zu arbeiten. Hierzu eine sehr persönliche Erfahrung zu einer vermuteten Hepatitis:

„Ja . . . ich hab eine leiwande Arbeit g´habt, des war . . . Piercing C., aba . . . dann wollt ich einen Tag frei hab´n, und hab dann unabsichtlich erwähnt, ja . . . ich glaub i krieg die Gelbsucht, . . . sie haben´s . . . dumm von mir aba, es da . . . hab i gredt und dann dacht . . . und hob den Job verlor´n.“

Auch kam es vor, dass bei Bekanntwerden der Drogenabhängigkeit beim Arbeitgeber, die Suchtkranke aus Schamgefühl, nicht mehr zur Arbeit erschien:

„Also Telefonistin bei der Telekom . . ., des woar da geilste Job, wirklich und i hob auf´ghört, also des san drauf´kummen, wegen dem Gift, und mir woar des so peinlich, i bin weg.“

Der tägliche Weg zur Apotheke, um die Drogensubstitution zu holen, ist oftmals mit normalen Arbeitszeiten nicht zu vereinbaren, die Akzeptanz gegenüber Suchtkranken am Arbeitsmarkt ist eher gering.

Eine Interviewpartnerin erzählte über ihren Willen trotz Substitution eine normale Arbeit zu finden und über die Gründe, warum dies zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht geklappt hat:

„Des haast, i hab ah . . . , kann um 7 h von da wegfahr´n, bin um 8 h in da Apotheke, um 09:40 dort . . . und wenn ich um . . . Supermarkt z. B. . . um 6 h dort sein muss . . . , was soll ich denen jetzt sagen?“ „Du Tschuldigung, ich muss die Kassa jetzt um 8:00 zu s´perrn . . . , wie ich bin erst um 9:00 wieda da, ich bin jetzt in da Apotheke.“

Über das anscheinende Unwissen über diese Situation beim AMS und step2job meinte sie:

„Oda sonst was . . . und dass das verstehn, aba nicht amal die Referenten vom AMS und step2job . . . das verstehn´s nicht, irgendwie.“

4.13 Beziehung und Freundschaft

Wechselhafte Beziehungen zumeist innerhalb der (Drogen)szene, verbunden mit Wohnmöglichkeiten, die sich immer auf einen Zeitraum begrenzen, kennzeichnen die weibliche Wohnungslosigkeit, die sog. „verdeckte Wohnungslosigkeit“ bei Frauen. Auch in dieser Studie wurde über diese eigene Wohnform im Verbund mit diversen Zweckbeziehungen berichtet.

Es kam zu Gewaltausübung an den Frauen, die von Schlägen bis zur Freiheitsberaubung in einem Keller reichten. Die betroffene Frau wurde zur Prostitution angehalten und gelangte letztendlich durch geschickte Überlegungen in eine „neue“ Freiheit, die keine war.

Über die Erfahrung mit „zwei blauen Augen“, die ihr Freund ihr zugefügt hatte, sagte sie:

„Aba g´sehn hab ich nix zu der Zeit zwei blaue Augen g´habt, sonst hab i imma nur eins g´habt . . . , aba da hab ich zwei g´habt und nix g´sehn und durch die Tränenflüssigkeit . . . das is so zu pickt g´wesen, na.“

Eine Interviewpartnerin berichtete über die Erfahrungen im „Gefängnis“ Keller, eingesperrt von einem „Bekanntem“ und den Beginn ihrer Prostitution:

„Donn bin i . . . mit jemanden furt´gfahrn, K. haast der, hot mi g´froggt, ob i mitfahr´. Warum net? Gern. Moch ma sie an scheenen Abend . . . hob i ma gedacht, 80 Tog eingesperrt im Keller . . . in da K. Gasse in da Mariahilferstrasse.“

„Ah, . . . der hot ma donn an noch´n ander´n brocht [der Freier, d. Verf.], und donn hot a g´sogt, i hob mi g´wehrt . . . und donn hob i überlegt . . . , wann i brav bin und . . . mich benehm, . . . ja, stellt a mi im 2. Bezirk auf die Stross´ . . . sog i ok. . . . , i hob donn so docht, guat schau ma moi, woart ma moi o. . . . guat. Mei erst beste Freiheit, wos kumman is.“

Zwei der Frauen machten mit Stalking und Drohungen durch ihre Ex-Partner Erfahrungen; ihre Kinder wurden ebenfalls als weitere Opfer dieser gescheiterten Beziehungen und gekränkter Ehre hineingezogen.

Aus einem der beiden Interviews, ein Auszug über Stalking vor dem Kindergarten:

„Die hab´n im Kindergarten jo a Bescheid g´wusst, ollas und dann hob i ma docht, aus, i pfeif´ drauf . . . , schnapp meine Kinder und ziag zu meinem Papa nach Niederösterreich.“

Funktionierende Beziehungen sind bei mindestens drei Interviewpartnerinnen festzuhalten. Eine befragte Frau ist über lange Jahre verheiratet.

Andere leben seit vielen Jahren, wie sie angegeben haben, glücklich mit einem Partner zusammen und planen auch eine gemeinsame Zukunft mit eigener Wohnung und Kindern.

„Wir hab´n uns afoch g´funden und er is . . . der Mann für´s Leben.“

„Jo und des is eben so . . . , das große Ding (seufzt) auf des i mi g´frei, gemeinsam, wir zwa a Wohnung und dann vielleicht nu an Hund, a Katzerl und

dann . . . irgendwann amoi die Kinder a z´ruck und er . . . wü a, wünscht sie a so sehr a eigenes Kind.“

Auch ein gleichgeschlechtliches Paar stellte sich der Befragung und berichtete über den gemeinsamen Alltag mit einer Behinderung und das Zusammenleben, das als unterstützender Faktor im Leben wahrgenommen wird.

„Ahm, ja . . . des, also d´ Frau A., is . . . a Faktor in mein Leben, der . . . ah Gaudi, mit der kann i üba ois red´n.“

Die Partnerin von Frau A. berichtete über den Verlust der rechten Vorhand durch Drogenabusus:

„Jo, auf amoi . . . als Rechtshänderin, die Hand verliert . . . nu dazu a die Rechte . . . , is scho schwa (seufzt).“ „Jo, i denk ma imma wieda, wann mia des passiert war´ . . . , i wissat net . . . , wos i tan hätt´ . . . eigentlich.“

Frau A. sagte über die große Unterstützung ihrer Partnerin nach der Amputation:

„Die erste Zeit hat die I. alles für mich machen müssen, also ich hab fast nix g´konnt, also Hose anziehen, die Schuhe muss sie mir imma noch zubinden . . . , aba die meisten Schuhe sind eh . . . so Snicker, wo ich nur reinschlupf´.“

Eine Frau hat ihren langjährigen Partner durch Drogen verloren. Dieser lag tagelang tot neben ihr in der Wohnung. Sie konnte ein Jahr nicht darüber reden und fasste nur langsam wieder Vertrauen in das Leben.

„Ja . . . ich hab mir gedacht, der schläft tief . . . , ich hab manchmal eine halbe Stunde gebraucht, bis ich ihn aufwecken konnte.“

„Und bin dann aufg´wacht . . . im . . . Otto Wagner Spital . . . , dann hab ich nach drei Tagen erst herausgefunden, . . . ein g´fallen . . . ,Was ist denn mit´n Herrn G.? Wo is´ der Herr G.?“

Frau L. berichtete im Interview weiter über ihre Trauerphase und wie sie damit umgegangen ist:

„Und da hab ich das dann irgendwie so . . . verschlossen . . . , durch eigentlich . . . dass ich . . . irgendwie durchstehe . . . die kurze Zeit nachher . . . ja.“

Freundschaften werden oft schnell geschlossen und auch schnell wieder verworfen, sind sie doch zumeist im Kontext der Drogen eingegangen worden:

„Mein früherer Freundeskreis hob i . . . den aus Wien jetzt´n . . . den Freundeskreis, do hob i mit fost kann zum toan. Weil ähm, i nur mehr des nimm, was i von da Apothek´n kriag . . . von mein Arzt verschrieb´n kriag.“

„Und wann i mit die anderen Leit´wieda was tuan hob, dann kummt wieda des Koks dazu, was i jetztn seit zwa Joahr nimma angriff´n hob.“

Manchmal bleibt man lieber unter sich mit dem Beziehungspartner:

„Naja . . . sag´n ma soo, ahm, . . . entweder . . . unternehm ich was mit Meinem, Wege mit meinem Mann, und mach die Wege . . . und ah, komm i dann heim.“

„Und . . . ja und leg mi dann für a paar Stunden nieda, weil . . . i dann kaputt bin und . . . wenn ich dann aufwach´, dann ruf i meistens Meinen an und . . . schau ma meistens, dass ma Poker spiel´n oder was.“

Für manche Interviewpartnerin scheint der Besitz eines Haustieres und die Beziehungen dazu eine sehr wichtige Rolle zu spielen. Diese Art von Beziehung, mit einer Katze oder einem Hund zusammen in einer Einrichtung leben zu können, scheint sehr bereichernd zu sein, und der Wohnplatz wurde entsprechend ausgewählt. Auch längere Wartezeiten auf einen festen Wohnplatz werden deshalb in Kauf genommen.

Eine Interviewpartnerin äußerte über das Zusammenleben mit Kater „Romeo“ und auf die Frage, was ihr besonders viel Positives gibt in dieser Situation:

Ja, dass ich mein Tier haben kann [Kater Romeo, d. Verf.], dass ich meine Raubkatze haben kann (lacht).“

Eine andere Interviewpartnerin berichtete, dass ihr Rottweiler meist Selbstgekochtes bekommt:

„Wei i hob jo an Hund a waast.“ „Kriegt halt . . . meistens a was Kochtes.“

Wie wichtig es ist, ein Haustier zu haben, kam auch bei dieser Interviewpartnerin in der Frage nach der kommenden festen Wohnlösung zum Ausdruck:

„Und ich hab´ ja gehört, man kann dann ein Haustier auch haben und die eigenen Sachen.“

4.14 Kinder

Die Hälfte der befragten Frauen hat ein bis zwei Kinder, die fremd untergebracht wurden. Diverse Auflagen des Jugendamtes sind zu erfüllen und die Mutterrolle kann nur sehr eingeschränkt wahrgenommen werden. In den Gesprächen war eine merkliche Wehmut zu spüren. Der Schmerz, die Kinder nicht regelmäßig zu sehen/sehen zu können oder das Schamgefühl wegen der Suchtabhängigkeit und das Gefühl, diese noch nicht „besiegt“ zu haben, um ein normales Leben mit den Kindern führen zu können, war spürbar.

Eine Frau berichtete über die Wegnahme der Tochter durch die eigenen Eltern:

„Ah, eben meine Eltern, hab´n meine Tochter, im Februar war´s vor 5 Jahren, weg´genommen . . . Weil meine Eltern san Zeugen Jehovas . . . und da sind´s halt draufkommen, daß ich eben auf Frauen steh´ . . . und . . . das ist bei ihnen eine Todsünde . . . und meine Jugendamtsbetreuerin ist auch eine Zeugin Jehova.“

Eine andere Aussage, wegen der Sucht die Kinder allein gelassen zu haben, dieses schlechte Gewissen mit sich tragen zu müssen und die Freude über die Kontaktaufnahme des älteren Sohnes, lautete:

„Da Bua hot söba, da Große, mein Kontakt gesucht . . ., weil i woar jo fast zehn Jahre ohne Obhut in Wien.“

In weiterer Folge erzählte sie über die erfolgreiche Reduktion ihrer Substitution und den Kontakt zum älteren Sohn:

„Weil do hob i mit mein Sohn wieda Kontakt g´habt . . . und des woar so a richtiger Ansporn.“

Über das schlechte Gewissen, den wahren Grund für das Weggehen den Kindern verschwiegen zu haben, sagte eine Interviewpartnerin:

„Und da Klane, der war, oiso, i hob eana g´sogt, warum i weggangen bin, weil i hoit die Herzoperation g´hobt hob.“

Die wahren Gründe kennt nur der ältere Sohn:

„Oba . . . i bin weg´gangen wegen die Drogen und des is immer in mein Hinterkopf . . . und der Klane, für den bin i hoit die kranke Mama . . . und dem größeren, dem hob i die Wahrheit g´sogt. Oiso, der, der waas über ollas Bescheid und mit dem red i a über fost ollas.“

Eine andere Interviewpartnerin erzählte, wie sie die Kinder und das gemietete Haus durch den Alkoholkonsum ihres Ex-Partners verloren hat:

„Des Haus donn leida verloren durch mein Ex, ah, ah zum Saufen ah ang´fangen hot usw. und so fort, und . . . durch des san donn leida a die Kinder weg . . . Und do bin i donn eigentlich so richtig ab´stürzt, weil des woar . . . des woar absolut z´vü wahrscheinlich.“

Auch das mühevollen Kämpfen mit dem Jugendamt wurde in einem Interview beschrieben. Die betreffende Interviewpartnerin hatte erfolgreich einen Entzug hinter sich gebracht und wollte das Kind zurück haben:

„Keine Chance . . . nix mehr g´hobt . . . keine Chance . . . , noch an Joahr bin i donn wieda . . . rückfällig worden, noch an Joahr . . . noch kämpfen, kämpfen, kämpfen.“

Diese Frau beschrieb auch einen Besuch bei den Pflegeeltern ihres Sohnes, der ihr sehr rasch entzogen wurde:

„Dann erzählt mir de Frau B., da Klane versteckt si, kräult in die Eck´n, na sog i, tat mi net wundern . . . wann´s von an Tog am anderen, von da Mutta weg´grissn wird.“

4.15 Wohnungslosigkeit

4.15.1 Gründe für den Wohnungsverlust

Wie kam es bei den zehn befragten Frauen zur Wohnungslosigkeit? Diese Frage, wurde allen gestellt, und es waren zehn ausdrucksstarke Erzählungen über den subjektiven Werdegang zur Wohnungslosigkeit.

Genannt wurden die typischen, bekannten Muster: gescheiterte Beziehungen und anschließender Wohnplatzverlust oder Wohnungsverlust, das Ausreißen

von zu Hause als Jugendliche, die magische Anziehung der Großstadt im Zusammenhang mit illegalen Drogen, der Wohnungsverlust durch Haftaufenthalte und der Todesfall des langjährigen Beziehungspartners.

Oft kommt es vor, dass die betreffende Person aus diversen Gründen nicht im Mietvertrag steht, dies führt ebenfalls zum Wohnungsverlust, wie eine Interviewpartnerin angab:

„Ja, ja . . . ja, ich war nicht im Mietvertrag drinnen . . ., wir hab´n g´schaut, dass ma nicht als Lebensgemeinschaft gelten, weil wegen . . . der Finanzen.“

„Somit . . . hat seine Mutter des ollas . . . geräumt.“

Eine andere Interviewpartnerin berichtete über das Wohnen bei ihrem Onkel nach dem Auszug bei der Mutter:

„Und wie g´ sagt, der hat ma dann, bevor ich bei ihm ein´zogn bin . . . schon ein g´reicht g´habt, wegen einer kleineren Wohnung.“

„Und er hat ma´s auch rechtzeitig g´ sagt, dass . . . am Anfang wollt´er mia´s gar nicht sag´n und . . . er hat die erste Wohnung dann eh abg´lehnt und . . . is jetzt noch in da Wohnung . . ., aba davor g´ sagt, ja er nimmt die Wohnung...“

Wohnungen wurden auch dadurch verloren, dass man andere darin wohnen ließ, wie diese Interviewpartnerin erzählte:

„Jo, und . . . die Wohnung im 10. Bezirk hob i verlorn, weil i afoch, jo also . . . woar afoch imma . . . bin afoch imma zu gutherzig, imma g´wes´n . . . und i woar dann a mit die Punk´s und so unterwegs vü und hob hoit dann relativ vü Leit´ imma bei mia schlof´n lossn.“

Wie vielschichtig das Beziehungsleben ist und welche Hintergründe es in Bezug zu einem Wohnplatz gibt, wurde von dieser Interviewpartnerin angegeben:

„Ja jetzt hab ich eben den Herrn H. kennengelernt . . . und da hab ich, ich drei Jahre eben bei ihm gelebt . . .“ „Und er hat mir eben die Drogen finanziert . . . ja, weil er eben nicht wollte, dass ich am Strich geh´ . . . im 2. [Bezirk, d. Verf.] . . . a so war er immer da für mich, so, so schlecht kann ich nicht reden . . . über ihn.“

Drogenkonsum, einem fremden Paar Unterschlupf bieten und sich nicht um wichtige Amtstermine kümmern, sowie der Haftaufenthalt des Partners, führten zum Wohnungsverlust, wie er von einer Interviewpartnerin beschrieben wurde:

„Und . . . ah, da hab´n ma zwei Leute also ein Pärchen, bei uns wohnen g´habt . . . und . . . ahm . . ., die hab´n mich dann wieda ins Cola [Kokain, d. Verf.] rein´zaht . . . Und draufhin . . . und das Sozi verschlof´n . . . hab das Geld nicht abholen können . . . und hab . . . die Zahlungen nicht zahlen können . . . draufhin is imma mehr worden . . . und . . . wo Meiner dann rauskommen is [aus dem Gefängnis, d. Verf.] . . ., is dann eigentlich schon eine große Menge g´wesen . . . an Schulden.“

Diese Auswahl an Zitaten zeigt einen Querschnitt über verschiedene Gründe für weibliche Wohnungslosigkeit auf.

4.15.2 In Anspruch genommene Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe

In den meisten Interviews wurde bei den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe Anlaufstellen wie das „jedmayer“ vormals „Ganslwirt“ frequentiert. Diese Servicestelle ist vor allem bei Drogenabhängigen meist die erste Anlaufstelle, die medizinische Grundversorgung, soziale Beratung, das Tageszentrum und die Möglichkeit zu schlafen, werden als Angebote oftmals genützt.

Viel wurde auch über die diversen gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen und Nächtigungsangebote gesprochen. Frauenspezifische Einrichtungen wurden entweder wegen des Beziehungspartners oder der geringen Auswahl wegen nicht in Anspruch genommen.

Eine Interviewpartnerin, die lange in Privatwohnungen gewohnt hatte bis dies nicht mehr möglich war, sagte dazu:

„Von Einrichtungen kenn ich fast nix.“ „Ich hab einmal zwei Nächte beim ‚Ganslwirt‘ g´schlaf´n.“

Über weitere in Anspruch genommene Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe erzählte eine andere Interviewpartnerin:

„Und also, do woar i donn die ganze Zeit a scho beim ‚Ganslwirt‘, ah oiso, Postadresse eben.“

„Und jo, und donn hob´n ma eh schon g´wusst, wo und wie ma hin´gehen müss´n . . . und do san ma donn wieda auf´s Betreuungszentrum Wohnungslosenhilfe (BZWO). . . des woar kurz a vor Weihnachten, hat´s g´hassn, ob ma ins´s R3 [Übergangwohnheim, d. Verf.] wieda woll´n tät´n, do is wos frei, und do hab´n ma g´sogt, jo sicha . . ., besser als . . . a zeitlang woarn ma jo in die ganzen Notschlafstell´n, i kenn olle Notschlafstell´n von Wien.“

Mehrere Frauen über das Notschlafstellenangebot:

„Im . . . ja äh, da hab ich geschlafen . . . und hab´ich immer wieder raus müssen . . . aus der ‚Vinzi Rast‘ . . . ‚Vinzi Bett‘ war ich.“

„. . . oder ‚Ganslwirt‘ . . . hab ich geschlafen g´habt . . ., oder in der ‚Grufft““

„Na dann hab ich am Parkbankerl geschlafen und, und am WC . . . und dann bin ich eben wieder zum ‚Ganslwirt‘ . . . des is immer ah, ah . . . ah, immer wieder, ah, ah im Kreis.“

Auch eine andere Frau erzählte über ihre längere Verweildauer in mehreren Notquartieren:

„Na und dann hab ich beim ‚Ganslwirt‘ g´schlaf´n, eben die ganze Zeit war ich Dauergast . . . Und dann war ich 3 Monate in da ‚Hermine‘, da is . . . da gleiche Fall wieda g´wesen . . ., warum ich raus gflog´n bin, von dort, weil da . . . ich wieda die Frau W. hab heimlich wohnen lassen . . . Und . . . dann war ich halt . . . kurz wieda beim ‚Ganslwirt‘ . . . und dann bin ich in die ‚Hermine‘ g´kommen . . . Jetzt eineinhalb Jahre in der Notschlafstelle.“

Auch kann man, sofern man darüber Bescheid weiß, in eine Übergangswohneinrichtung. Zwei Interviewpartnerinnen erzählten dazu:

„Dann hab ich erfahren, dass so was gibt wie das R3.“

„So ist das g´wesen . . ., ich hab das ja gar nicht g´wusst, ich hab´ da keine genauen Vorstellungen g´habt.“

„I hob des goar net kennt, dass sowas gibt.“

„Und dann muaßt da wos neiches suchen . . . da hob i dann des [Haus ‚SAMA‘, d. Verf.] g´funden . . . des is . . . auf Dauer, do kannst bleiben, bist stirbst.“

Auf die Frage, wie lange die Interviewpartnerin schon im jeweiligen Haus verweilt, antwortete diese:

„Seit 11.11.2010, des woar mei genauer Entlassungstag [aus der Haft, d. Verf.]“

„Faschingsscherz, i hob g´sogt, hoffentlich geh ´i wirklich ham.“

4.15.3 Erfahrungen in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe

Über Erfahrungen in den verschiedenen Einrichtungen gab es aus Sicht der Frauen Interessantes zu berichten.

Die „Grufft“ als eine der ältesten Einrichtungen und der „Ganslwirt“ wurden in mehreren Interviews genannt, hierzu einige Zitate:

„Äh, äh . . . die, die ‚Grufft‘ äh, hat sehr viel hergegeben . . . und äh der ‚Ganslwirt‘ man hat reden können . . ., die Betreuer . . . ja so reden . . . mit die Betreuer . . . ist schon viel wert.“

„In da ‚Grufft‘ g´schlafen . . ., nur dort war´s wiede net so leiwand, weil erstens einmal muß da am Boden schlafen. Zweitens . . ., da hunderttausend Leit´ . . . neben dir . . . die was Leis hab´n, oda etwas. Dann tun´s di betatschen . . . und dann tun´s da was parln [stehlen, d. Verf.] . . . Also damals haben´s ma die Winterjacke part.“

Über frauenspezifische Einrichtungen wie das „Frauenwohncentrum“ oder die „Hermine“ äußerten manche Interviewpartnerinnen:

„Do hob i a guate Freindinnen g´hobt durt [im ‚Frauenwohncentrum‘, d. Verf.] . . . jo, do wollt i a, a zeitlang a Zimmer . . ., nur a für Frau´n, des is net so meins . . . in mein Freundeskreis muaß i sog´n, san ah 80 % männlich.“

„Des woar des [‚Hermine‘, d. Verf.], wo i vorher g´sogt hob, wo´s kane Türn gibt . . ., wo ma jeda . . . nur Leintücha pickt hot . . . Des woar eigentlich früher a Kindertagesstätte, waren eigentlich lauter große Räume, do haben´s . . . mit

Pressspannplatten einfach so, so, so klane Zimma draus g´mocht, don, Betten eini, Käst´n g´stellt.“

(Anmerkung: Das Haus „Hermine“ wurde am 1. Mai 2012 geschlossen.)

Eine Interviewpartnerin erzählte über das Wohnen im Übergangwohnheim „R3“:

„Donn bin i so scho froh, dass i wenigstens, ahm . . . von da Notschlafstell´ . . . wieda so, so, so Art eigene Wohnung hob´ . . . So wie´s die meisten . . . do hob´n, es is eben vü, wie wenn ma a WG hätten, so auf die Art . . . a klane . . . und über des bin i scho amoi voi froh, dass i des sog´n kann, i bleib eben moi daham.“

Über ein sozial betreutes Wohnheim erzählte eine Interviewpartnerin:

„Ich hab´s gut getroffen, ich hab ma das imma vorgestellt, dass ich . . . das betreute Wohnen . . . nicht immer so, dass ma halt gegängelt wird . . . und mehr Gespräche hat und so.“

„Aba so ist es nicht . . ., wenn man jemand braucht, dann kann ich reden . . . mit da K. sowie im Leben, da kann ma per Du sein.“

„Ich bin . . . gleich sehr nett begrüsst worden, wie ich da eingezogen bin . . ., eben da . . . eine, ob ich a G´schirr hab oda a an Fernseher . . ., wenn ich was brauch.“

Diese Auswahl an Zitaten soll verdeutlichen, wie verschieden die Erfahrungen der Frauen mit manchen Einrichtungen sind und wie diese von den Befragten gesehen wurden.

4.16 Krankheiten

Die genannten Krankheiten der zehn befragten Interviewpartnerinnen waren vor allem durch die Sucht induzierte Krankheitsbilder und Krankheitsformen, wie Hepatitis C, HIV Infektionen und chronische Lungenentzündungen. Im Laufe der Suchterkrankung entwickelten sich in manchen Fällen Formen von Depression oder andere psychische Störungen, z.B. Angststörungen.

Die Krankheit „Sucht“ zu besiegen, ist für alle Befragten eine Herausforderung. Eine Interviewpartnerin, die schon lange im Substitutionsprogramm ist, meinte dazu:

„I siech´s bei mir, bei mir dauert´s jetzt scho das 10. Jahr . . . und ma sogt, doppelt so lang, wie du . . . so indem Ring drinnen bist, in dem Drogenring, solange brauchst dann, bist . . . doppelt so lang.“

„Also, i bin 10 Joahr long auf Gift gewesen, und . . . stell da vor über 20 Joahr dauert es davon wegzukommen.“

„I glaub´ heue, werd i´s schaffen, dass i entweder nur mehr auf ana gewissen, ganz niedrigen Menge bin, oder ganz weg . . ., i mechat´s halt scho.“

„Vorm 40. mechat´s i schoff´n.“

„I hob, i bin scho z´alt für solche Spompanadeln [Leichtsinnigkeiten, d. Verf.] und jeden Tog in die Apotheken rennen, na des is . . . des is so erniedrigend . . . ja. Do gibt´s a wieda so Leut, do wirst super behandelt . . . jo, do host, der schmeisst dir die Tabletten über´n Tisch.“

Eine andere Interviewpartnerin möchte gerne einen Entzug machen, jedoch steht ihr noch eine Interferontherapie wegen ihrer Hepatitis C Infektion bevor:

„Und i geh´ jetzt do in a anderes Krankenhaus, und fang durt´n von vorn an . . . ahm, ein´gestellt bleiben, wei i mechat scho, an Entzug moch´n, oba . . . da i die Interferontherapie moch´n muaß . . ., damit i wieda x´sund werd´ . . . ahm, beides auf amoi, hot mei Arzt g´mant, is, is z´steil für mein Körper, wenn ma an Entzug mocht, während ma a Interferontherapie mocht.“

„Des haast . . ., i moch amoi die Interferontherapie . . ., bleib daweil eing´stellt, schau scho, dass i . . ., i hob scho, dass i, i hob oiso mit die Somnubene [Medikamentengruppe, Benzodiazepine, welche beruhigend, schlaffördernd und angstlösend wirken, d. Verf.] z.B. weil die, do wird i olle zwei Monat´ owi g´stuf.“

Eine Interviewpartnerin erzählte über ihre Erkrankungen, HIV, Hepatits C, Depressionen und Angstzuständen, und über die Nebenwirkungen von HIV Medikamenten:

„Und da hab ich schon von meinem Arzt ausdrucken lassen, eben dass ich HIV . . . Hepatitis . . . hab.“

„Wo ich angefangen hab´ mit die Tabletten zum Nehmen . . ., da ist ma äh . . . eine Woche so schlecht gegangen . . . und ich bin nur im Bett gelegen . . . hab brochen [erbrochen, d. Verf.] und da ist es mir nicht gut gegangen.“

„Stark auch . . . und da hab ich mich dran gewöhnt und dann hab ich´s nicht mehr genommen.“

„Ich hab zeitweise Angst . . ., die kann ma keiner nehmen.“

„Ich sag ja . . ., dass er [der Hausarzt, d. Verf.] mir hilft, dass ich eben die Angstzustände, die Depressionen, dass ich die in den Griff krieg, aber er gibt ma ja gar nix.“

Wie sich Depressionen und der Konsum von Heroin auswirken, darüber berichtete eine andere Interviewpartnerin:

„Warum geht´s ma so schlecht? I hob net auf´stehn kennan, in da Fruah, ois is ma schweer g´falln, ah, und i hob net g´wusst, wo´s is des? . . . Jo, gut, mit´n Heroin is besser worden . . ., immer, i hob g´laubt, i kann Bam ausreiß´n und ois . . ., wirklich, wirklich.“

In manchen Fällen ist das Immunsystem schon so geschwächt, dass eine chronische Lungenentzündung als völlig normal angesehen wird, eine Interviewpartnerin erzählte dazu:

„Und soo mit da Lunge . . ., Lungenentzündung hab´ ich halt wieda, di hab ich chronisch . . ., also das ist nichts Tragisches, ja.“

„Ja, des hab ich seit der Interferontherapie, seitdem ich 19 Jahre bin.“

„Also, der ‚Ganslwirt‘ verschreibt ma ab und zu . . . Antibiotika, weil ich scho so viele kriegt hab, die dann die Umkehrwirkung . . . dann auswirken könnte und des . . . tun´s halt nur ab und zu, wenn´s wirklich schlimm is . . . Antibiotika.“

4.17 Selbstfürsorge – Selbstpflege

Was mit den Begriffen Selbstfürsorge und Selbstpflege gemeint ist und wie sie von den befragten Frauen verstanden und umgesetzt werden, zeigt sich im völlig unterschiedlichen Zugang der Befragten zu diesem Thema.

„Ich schau, dass ich meine Pulver immer nimm . . . also . . . nein, ich hab a zeitlang . . . gar nix gessen, weil ich ma zu dick vorkommen bin, punkto Bauch.“

„I pack´ des net, wenn i zum Beispiel a paar Tag´ net duscht hab, des is eigentlich . . . des is für mich total . . . ungewohnt . . . Also i muß heut´ a unbedingt duschen gehen, weil sonst . . .“

„Und mit´n Gwand . . ., i schau imma, dass das G´wand rein is und . . . wenn net, tu ich´s wasch´n.“

„Oiso, i brauch auf jeden Fall, ah . . . jeden Tog mei, mei Frischluft, also de is nu, i hob jo 13 Joahr an Hund g´hobt . . . und brauch jeden Tog mei Gassigehn´n (lacht), des sog i imma . . . Also, wenn i net an der Luft bin, dann, dann kann i net schlof´n, des is eh verständlich, normal.“

„Des is schwer. Wo´s tu ich für mich selba? Ich schau, dass ich koch.“

„Und auf da Stross´n überleb´n, ma kann überleb´n, und es geht . . . wann ma wü, ma muaß sie net . . . HIV holen oda sonst wos, es is net notwendig, oda dreckig umeinander rennen . . ., des is des, wos mi ärgert.“

„Also für mi fangt´s amoi durd on, dass i net in ana dreckigen Wohnung leb´ . . ., dass i mi regelmäßig duschen geh´, wenn i z. B. am Sonntag faul bin und i net geh, i fühl mi am Montag, wenn i in´s G´wand schlupf´, richtig dreckig. Des brauch´ i a´foch, des gibt ma irrsinnig vü, vielleicht klingt des bled.“

4.18 Ernährung

Wie wichtig Ernährung bei suchtkranken Personen ist und wie diese individuell aussieht, wurde als eigener Themenpunkt abgefragt. Sehr oft werden Süßigkeiten oder Mehlspeisen gegessen, kalte Speisen den warmen Mahlzeiten vorgezogen. Von einer ausgewogenen Ernährung kann daher in den meisten Fällen nicht gesprochen werden.

Dennoch gibt es einige befragte Frauen, die regelmäßig im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten selbst warmes Essen kochen. Vereinzelt wird auch Obst und Gemüse gegessen. Jedoch ist es schwierig, sich mit den geringen finanziellen Mitteln gesund und ausgewogen zu ernähren. Warenspenden mit gesunden Lebensmitteln in den diversen Einrichtungen sind eher selten, aber wenn, werden diese sehr gerne von den Frauen angenommen.

Wie verschieden die Ernährungsgewohnheiten der einzelnen Frauen sind oder für wie wichtig sie es erachten, gesund und regelmäßig zu essen, wird in den folgenden Zitaten zum Ausdruck gebracht.

Einige Interviewpartnerinnen äußerten über das Selberkochen von Mahlzeiten:

„Meistens selbstkochen, wei i hob jo an Hund a, waast.“

„Wir san z. B. am Wochenende so . . . vier, fünf Leit, kummt d´rauf an, wieviel´ dabei san jed´s Wochenende fost . . ., do kocht ana.“

„Und . . . für mich alleine, muß ich ehrlich sag´n, auch nicht . . ., wenn die A. daheim is, dass sie mitisst. Mm, alles . . ., Schnitzeln . . . gestern hot´s geb´n Haschee Hörnchen . . . also i mach des mit Spiralen . . . nicht mit Hörnchen, mag ich nicht . . ., ah Gulasch oda . . . alles.“

„Pudding mach ich schon auch, den mach ich selba.“

„Wenn´s Pudding gibt, gibt´s Pürree auch . . ., da brauch ich an viertel Liter und da brauch ich an viertel Liter . . ., somit is da Halbe weg und net kaputt.“

„So Steaks mit Gemüse, Reis und Solot. Jo. Und donn, Kaiserschmarrn, meine Palatschinken sowieso. I hob a a Sofffleisch ob´kocht und aiso is, is natürlich problematisch mit de zwa Dinga [Kochplatten, d. Verf.]. I hob so an klanen Ofen, den hot ma mei Stiefmama mitgeb´n und do kann i so Weckerl aufbacken, oda so.“

„Ja, oiso . . . jetzt ama I . . . haben ma ahm . . . Mohnnudeln gegess´n . . . oda . . . a Spaghetti.“

„Und dann mocht sa sie, sie a Eierspeis´ . . ., do hülft i ihr die Eier aufschlagen . . . z. B., oba das wenigstens den Rest allane mocht, weil . . . weil´s hoit scho g´mant hot, sie kummt sie scho bled vor, wonn i ois mocht und so . . . jo.“

Andere Interviewpartnerinnen ernähren sich gern von Broten und/oder süßen Lebensmittel:

„Hmm, naja . . . mit´n Essen? Ich esse eigentlich total unterschiedlich . . ., viel auf so Cornflakesbasis und . . . dann mach i auch so zwischendurch . . ., mach´ma viel Tee.“

„Ja, wenn unten [Lebensmittelspenden im Eingangsbereich der Einrichtung, d. Verf.] was is, a Obst oder so.“

„Mia essn, so wie heite, kauf´ma vier Semmeln, oba normalerweise, essen wir Schwarzbrot . . . und wir hob´n a imma, wie g´sogt, a Obst daham, Äpfel, Mango und Kiwis . . . Des letzte Moi woars hoit Bananen und Erdbeeren, also irgendwos hob´n ma immer daham . . . und so Joghurt und sowos. Oft moch ma uns söba mit an Naturjoghurt, schneid´ma uns des Obst eini, geben so Flüssigkandisin a bissi eini.“

„Beim Essen schau i imma . . ., oiso, ahm Frühstück is imma . . . wichtig bei mia . . . eben, wie sonst krieg i mit´n Kreislauf Probleme . . . ja, weil i an niedrigen Blutdruck hob . . . A süße Soch´n am Liebsten . . ., also in da Fruah a Kaffee und Kuch´n . . . oda irgend so Weckerl a . . . a anfoch a guats Vollkornbrot mit Butta, des reicht ma a scho. Oda mit Marmelade, Honig oda Nutella, was . . ., wos hoit do is . . . da schau i imma.“

„Jo, . . . wir hab´n hoit also so, hab´n wir, Wurst und Käse . . ., hab´n ma sowieso imma daham, wie´d Frau A. gern Wurst und Käsebrot isst . . ., oba wie ma vor kurzem, i hob . . . koch hoit meistens.“

4.19 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem lassen sich in mehrere Bereiche einteilen; der Hausarzt steht dabei als verschreibende Stelle für Substitution und andere Medikamente an erster Stelle.

Andere Fachärzte, wie Neurologe, Psychiater oder Frauenarzt, kommen in den geführten Interviews mit den unterschiedlichen Erfahrungen, die gemacht wurden, ebenfalls vor. Langanhaltender Drogenkonsum hat oft gravierende Zahnprobleme zur Folge, auch hier gibt es deshalb interessante Aspekte in der Behandlung Suchtkranker.

In den meisten Fällen ist es bereits zu mehreren Krankenhausaufenthalten gekommen. Welche Erfahrungen mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal gemacht wurden, soll nun durch Zitate der Interviewpartnerinnen belegt werden.

4.20 Der Hausarzt

Welche Erfahrungen in Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung haben die Interviewpartnerinnen beim zuständigen Hausarzt gemacht? Wie zufrieden sind sie mit ihrer Behandlung? Welche Probleme gibt es? Als ein wichtiger Faktor in der Arzt-Patienten-Beziehung wird die Art der Kommunikation, das sich Zeit nehmen für das Gespräch oft genannt. Das Vertrauen der Frauen zum Hausarzt und umgekehrt scheint ebenfalls sehr unterschiedlich zu sein und wird in manchen Zitaten angesprochen.

Eine Interviewpartnerin stellte eine subjektive Veränderung in der Kommunikation zu ihrem Arzt, der sich früher immer sehr viel Zeit für das Gespräch genommen hat, fest und überlegt sogar deshalb zu einem anderen Arzt zu wechseln:

„Und do hab´n ma an Hausarzt, der woar früha´ . . . ein Bussibär . . . also wirklich, der is auf die ein´gangen, hot mit dir gredt 20 Minuten, Viertelstund´ . . . und jetzt auf einmal . . . der hot sie von A noch C gewechselt . . . des is wahrscheinlich, a is wos vorgefall´n do mit Leit´ . . . und deswegen, hot er jetzt total, also er redt mit mir fost nix mehr, er frogt mi net, wie geht´s Ihnen, oder so, so wie a es früher g´mocht hot . . . Jetzt bin i scho am Überleg´n, ob i net wechseln tua.“

Über die Art und Weise, wie in manchen Fällen beim Hausarzt auf Probleme und Bedürfnisse von suchtkranken Patienten eingegangen wird, erzählte eine Interviewpartnerin folgendes:

„Mit meinem Arzt bin ich überhaupt nicht zufrieden . . . überhaupt nicht . . . äh, nicht äh . . . Wie ich ihm äh, gesagt äh, mit dem Substitol . . . äh und so, ich hab Probleme mit die Zähne . . ., ich hab Löcher . . . und das bleibt eben, äh, äh, äh . . ., die Kugeln die bleiben und er sagt, dann nicht, ja, wann ich beim Zahnarzt bin und in Behandlung, dass ich das derweil zukrieg oder so. Nein. Oder, dass

ich äh, äh gegen Depressionen krieg, nein, krieg ich, äh ich äh, was zum Schlafen.“

„N´anderen Arzt . . ., der was auf mich eingeht, der was mich versteht . . . Des is ah, . . . äh, äh, a Gruppenpraxis, des ist der Herr Dr. M. und der Herr Dr. M. Ich bin beim Herrn Dr. M. . . . des is a junger Arzt . . ., aber er geht nicht auf mich ein . . . also, dem is des egal, was mit mir is.“

Sehr oft gibt es das Problem, dass die betroffenen Frauen die Substitutionsmedikamente nicht für mehrere Tage mitbekommen, da vom verschreibenden Arzt ein Medikamentenmissbrauch vermutet wird. Ein Wegfahren über mehrere Tage wird für eine Interviewpartnerin damit zum Problem, und auch das mangelnde Vertrauen ihres Arztes missfällt ihr sehr:

„Ich wollt zu Weihnachten, eben, äh, äh wegfahren und äh, da hat er Angst, äh, dass die Substitution, will er mir nicht mitgeb´n . . . eben ja . . ., weil´s ma reinhauen tu . . . vielleicht schießen tu . . . und, und . . . ja ich kann nicht mal wegfahren . . . Da gibt er mir nicht mal a Chance, äh, dass ich auch zum Amtsarzt geh´, um einen Stempel, mir . . . gar nichts . . . Ich kann nicht amal für fünf oder sechs Tage wegfahren.“

Manches Mal werden für die adäquate medizinische Behandlung auch lange Wartezeiten in Kauf genommen, wie es bei Ärzten wegen des großen Patientenandrangs, den Bewohnern des „Ganslwirts“, passieren kann. Eine Interviewpartnerin, die dort auch genächtigt hat, konnte deshalb die lange Wartezeit besser hinnehmen, erzählte:

„Und mia woar voll koit, brennend haßes G´sicht und hob voi long warten miaß´n, bis i zum Arzt kumman hob kennan . . . und da ich dort [‘Ganslwirt‘, d. Verf.] g’schlofn hob, woar des erst um halber neune auf´d Nocht . . ., den ganzen Tag, hob i warten müss´n.“

Positive Erfahrungen mit dem Hausarzt/der Hausärztin erlebten die folgenden Interviewpartnerinnen. Von entscheidener Bedeutung scheint es zu sein, ob man gut miteinander kommunizieren kann und der Mediziner ein merkbares Interesse für die gesundheitlichen Probleme aufbringt:

„Der Hausarzt is recht a liaba, jo . . . jo mit dem hob i hoit meist nix zum tuan [da die Rezepte von der Ordinationshilfe ausgegeben werden, d. Verf.], oiso

wann i meine, wann i meine, ah . . . meine Rezepte abhol'n amoi in da Woch'n.“

„Jo eh, überhaupt mit der einen Ärztin, mit da M., mit der redt . . . über alles, über mich also, wenn ich nur so beim ‚Ganswirt‘ bin, und sie kommt raus, kommt's gleich zu mir: ‚S., wie geht's da denn so‘, und . . . die is wirklich supa . . . und . . . da is auch das Vertrauen einfach da . . ., also die war mich eben auch im Spital, wie ich im Spital war mit da Hand, sind's mich im Spital besuchen kommen.“

„Dass i scho vorm Hausarzt . . . beim ‚Ganswirt‘ war, is des eigentlich imma scho so g'wesen, dass ma am Wochenende hingehen kann, der . . . der ‚Ganswirt‘ jetzt hat er . . . von 9 – 18h offen, und da is auch da Arzt da, außer zur Mittagszeit halt . . . aba . . . man kann eben hingehen, wann ma will und da Arzt, der is doch imma zu die dümmsten Zeiten da, da tut ma . . . halt am Vortag einfach das Rezept am Telefon drauf sprechen . . . er soll die Rezepte herrichten . . . ma geht hin und holt die Rezepte und geht.“

Eine Interviewpartnerin erzählte auch über das unterschiedliche Verschreiben von Medikamenten und die nächtlichen Ordinationszeiten ihres Hausarztes:

4.21 Ordinationshilfe

Mehrere Interviewpartnerinnen haben die Begegnung mit Ordinationshilfen in schlechter Erinnerung, wie folgende Zitate zeigen.

„Seine Sekretärin [Ordinationshilfe, d. Verf.] glaubt, sie ist die Größte . . . und schreibt mia vor, wenn ich sag, ich will zum Arzt . . ., was ich sagen darf und was nicht . . . Ja, wirklich, die is so . . ., die is furchtbar, die Frau.“

„Sie hat mich ja g'fragt, des is die Vorgeschichte, da war da Dr. K. noch da . . . die Vur'gschicht is so . . ., hätt ich 2012 den Entzug nicht gemacht . . ., hätten sie mich raus geschmiss'n . . ., die hab'n alle Patienten raus geschmiss'n, die nicht auf Benzo Entzug gegangen sind . . . Außer sie wären noch . . . im selben Bezirk gemeldet, wie da Arzt. So ist des.“

„Dann kummt ma jo nur zu de, zu de . . . Sprechstundenhilfen, aso do sitz'n imma zwa . . . herausen, und de san . . . also Substituierten gegenüber relativ unfreundlich.“

„Da Amtsarzt a . . . de Sekretärin durt´n, die hauen da die Tür vor da Nas´n zua und lauter solche Soch´n.“

4.22 Fachärzte

4.22.1 Neurologin

Über die positiven Erfahrungen bei der Neurologin nach einem Todesfall erzählte eine Interviewpartnerin:

„Ja . . . und wie ich zum ersten Mal wieda zu meiner Ärztin gekommen bin, so nach dem . . . wie ich im Spital war, eben . . . mit meiner Neurologin . . ., die mich substituiert hat . . ., die hat auch sich längere Zeit für mich genommen . . . wie´s ma geht und . . . so.“

4.22.2 Amtsärztin

Gute Erfahrungen machte die Interviewpartnerin auch mit der dem Wohnbezirk zugeordneten Amtsärztin:

„Und die Amtsärztin . . . seit dem Vorfall . . ., die hat das ja auch erfahren.“

„Wie . . . was da ja vorgefallen is, dass wer g´storben is, und . . . halt, wie das war . . ., hat mich rein´gerufen, was normalerweise Rezept abholen und man wartet draußen, . . . und da hat sie mich rein g´rufen und hat mit mir g´redet, total nett.“

4.22.3 Psychiater

Desöfteren war eine Interviewpartnerin schon auf Entzug, sie erzählte über die Erfahrungen beim 3. Entzug, die sie mit einem ihr bereits bekannten und sie behandelnden Psychiater gemacht hatte:

„Beim 3. Mal war er sauer auf mich . . . Kompletzentzug, und dann komm ich mit einer höheren Dosis noch wie ich . . . entzog´n war, zehn Monate vorher . . ., er war echt sauer . . ., dann hab ich eben am 4. Tag so an starken Epi g´habt, weil a ma nicht die Medikation geb´n hat, die ich braucht´ hätt.“

Über ihren Psychiater und Psychologen berichtete eine Interviewpartnerin Folgendes:

„Und nochher die Behandlung beim Dr. G., des is a Psychiater, Psychologe ollas . . . sehr Guter . . ., a sehr Guter, oba Choleriker . . ., hot ma an schlechten Punkt dawischt, is a auszuckt . . . bis i dann amoi g´hört hob, aah, dass er als Nackerter am Bam g´hockt is, wie er scho in Pension woar (lacht).“

4.22.4 Frauenarzt

Nach einer sehr problematischen Entbindung suchte die folgende Interviewpartnerin ihren Frauenarzt auf, um zu erfahren, was im Krankenhaus schief gelaufen ist und warum ihr Sohn sofort in ein anderes Krankenhaus notverlegt wurde. Sie berichtete auch darüber, mit welcher großer Verzögerung sie ihr Baby sehen konnte:

„Bin dann zu mein Frauenarzt gangen danach, i bin 6 Woch´n im Spitoi g´leg´n statt normal noch ana, anahalb Woch´n jo . . . Noch zwa Woch´n wollt i mei Kind amoi seh´n, bin g´fahr´n mit die ganzen Toschn mit die ganzen Sackl´n, wos i ang´hängt woar . . ., a Wahnsinn, donn hob i mei Kind g´sehn´n, jo.“

„Mei Frauenarzt hot zu mia g´sogt, i hob a Blutgerinsel g´hobt, und naja, da Endeffekt woar, da Klane hot viermal die Nabelschnur übern Hols g´hobt.“

4.22.5 Zahnarzt

Bei Zahnärzten kommt es meist vor, dass Patientinnen mit einer Hepatitis C Infektion erst gegen Ende der Ordinationszeiten einen Termin bekommen, da eine erhöhte Hygiene vonnöten ist, wie eine Interviewpartnerin von ihrem Zahnarztbesuch erzählte:

„Beim Zahnarzt a, . . . i hob . . . jetzt Gott sei Dank meine Dritten kriegt. I hob a halb´s Joahr, hob braucht, dass sie mir Termine aufschreibt, nach 17:00 Uhr . . ., also bis um 17:00 Uhr derfs´t net hingehen zum Zahnarzt, und weil i Hepatitis C g´habt hab . . . I hob die Interferontherapie g´mocht.“

„Jetzt hob i die Antikörper in mia, oba es scheint überall auf, oiso . . ., dass i Hepatitis C g´hobt ho . . . Und deswegen schreibt hoit sie mi immer noch 17:00 Uhr . . ., weil´s

noch mia eigentlich kan behandeln mehr dürfte . . ., sie muss des ganze Zimmer desinfizieren . . . Wos is jetzt, wonn ana hinkummt und hot und sogt nix?“

4.23 Spitalsaufenthalte

Die meisten der Interviewpartnerinnen können durch ihre Suchterkrankung auf zahlreiche Spitalsaufenthalte verweisen. Welche Erfahrungen mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal gemacht wurden, soll durch ausgewählte Zitate über die Aufenthalte dokumentiert werden. Noch immer gibt es diverse Vorurteile und Berührungsängste von Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals suchterkrankten Patientinnen gegenüber.

4.24 Stationäre Aufenthalte

Eine Interviewpartnerin berichtete über ihren Krankenhausaufenthalt, über Schwestern, Pfleger und Vorurteilen gegenüber ihr als suchtkranker Patientin:

„Is a ganz verschieden g´wesen . . . do hot´s . . . wirklich Leit . . . Schwestern geb´n oder Pfleger . . ., die hab´n di behandelt, ja . . . wenns´t g´sogt host beim Frühstück: ‚Könnt i vielleicht no an Butter hob´n?‘, oda irgendwos jetzt da, . . . ja . . . hob i eh grad ausse g´legt‘, irgend so a komische Antwort . . . halt.“

„Und . . . bei andere Leit host wirklich g´merkt, die . . . tragn´s fost auf Händ´.“

„I sog jo, des is rein nur mei Vur´gschicht . . . na. Amoi Drogen . . . und du bist scho o´gstempelt . . ., steht jo überall, i muaß des überall angeb´n.“

Über den Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung nach dem Tod des Lebenspartners erzählte eine Interviewpartnerin folgendes:

„Ja, und im Spital, das war auch . . . ja, alle irrsinnig . . . wie mich in einem . . . bin ich behandelt worden, wie weiß ich . . ., halt ganz vorsichtig, und . . . ja, rücksichtnehmend halt auf mein . . . die Situation . . . Die hab´n mich richtig . . . aufgefangen, ja.“

Ja, . . . und die haben auch, wie ich in da Notschlafstelle war, wie ich noch so lang . . ., wie ich in da Notschlafstelle war, hab ich halbtags . . . war ich

ambulant, dass ich nicht den ganzen Tag auf da Straße sein muss . . . , weil wenn . . . medizinisch gesehen, wär's nicht mehr notwendig gewesen.“

Stationäre Aufenthalte werden ablehnd gesehen und aus Angst nicht gerne angenommen. Sehr oft erfolgt auch eine Entlassung gegen ärztlichen Rat. Wenn es dann zu unrichtigen Auskünften bezüglich der Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus kommt, wird das Vertrauen nochmals erschüttert; darüber erzählte eine Interviewpartnerin:

„Und die haben mir gesagt, ich kann sicher wieda raus . . . und . . . das ist dann eben nicht so gewesen . . . Da haben's mir gesagt, eben wegen der Lungenentzündung, ja . . . da war ich einmal baff.“

„A Schwester war das, ja. Die hat mich am ‚Kicker‘ schon am Anfang . . . g'habt, wo ich gekommen bin . . . Ich wollt' ja nicht drinnen bleiben . . . im Spital, ich wollte ja . . . äh eigentlich wieder retour.“

Eine substituierte Frau lag aus Platzgründen auf einer anderen Station; wie sich die Oberschwester ihr gegenüber verhielt und welche durchaus positiven Erfahrungen sie mit den diensthabenden Schwestern machte, darüber berichtete sie im Interview:

„Die Schwestern, olle bis auf ane, waren eigentlich olle recht nett . . . Die hob'n mi imma, sie hob'n mi scho g'frogt, ob's mi duzen derf'n, oba sie hob'n mi hoit imma mit'n Vornamen ang'redt . . . Und am letzten Tog haben's ma sogor ahm, ahm a . . . so a Schachterl Keks hoit geb'n, als Abschiedsgeschenk so zu sagen.“

„Die woarn voi liab, ausser ane, die woar hoit recht streng, i glaub, des woar die Oberschwester . . . , die woar recht streng und hot, ah, ahm gern amoi . . . gern amoi niederg'feut wegen jeder Klanigkeit, des hot oba eben auch mit dem z'tan g'habt, weil auf ihrer Station normalerweise kane Substitutionspatienten und so lieg'n.“

„Jo, die hot hoit a Problem mi mia g'hobt anscheinend, die ander'n net und jo Substitution, hob i durt ah ganz normal kriagt . . . Nur, wie's a's hoit moch'n miaß'n, sie, dass . . . owi' schlucken, dass kurz einischaun.“

Über den Krankenhausaufenthalt bei einer anstehenden Handoperation und wie sich dabei die Krankenschwestern verhielten, sprach eine Interviewpartnerin:

„Und die Gefäßchirurgin, also die war die Einzige . . ., die da wirklich liab war, aba die Schwestern haben g´wußt, weil die Hand war ja schwarz, ich konnt´ sie nicht bewegen . . ., nichts, die hab´n die Semmeln alles einfach hin g´stellt . . . und ich hab irgendwie so mit´n Arm auf die Semmel . . ., hab versucht, des irgendwie aufzuschneiden . . . und olles . . . oder einfach aufgerissen und die Marmelade irgendwie rein g´schüttet . . . und alles und so war . . ., is des im Akt drinnen g´standen, dass die I. [Freundin, d. Verf.] meine Pflegerin war . . . also, dass die I. mich g´pflegt hat . . ., die I. beim Duschen mir g´holfen hat, beim Anziehen, beim Essen und alles.“

4.25 Ambulanz

Über die Art und Weise, wie die Diagnose auf der zuständigen HIV Ambulanz durch die behandelnden Ärzte einer Interviewpartnerin mitgeteilt wurde, berichtete diese:

„Im AKH, da hab ich äh, da haben´s ma . . . eh, die haben mich reingeholt und sagn´s: ‚Setzen Sie sich nieder Frau R.‘ und da haben´s mir ‚hingeklatscht‘, na ‚Sie haben HIV‘ . . . hab ich mal zum Weinen angefangen . . . können´s das nicht irgendwie normaler, hätten´s das ma sagen können . . . irgendwie feinfühlicher?“

„Sie haben HIV; Sie, es tut mir leid‘, oder so . . . abar na, ‚Sie haben HIV . . ., Sie . . . ja, Sie müssen Tabletten nehmen‘, . . . und da hab ich dann Tabletten genommen.“

Über einen ambulanten Aufenthalt in einem Krankenhaus berichtete eine andere Interviewpartnerin, die seit Tagen nichts mehr gegessen hatte und auf Entzug war.

„Also, do woar i donn, also wir san im Kreis g´fahr´n hin und her g´fahrn und mia woar eh scho voi schlecht a. Und i hob eigentlich nur an Hunga g´hobt, wollt nur wos essen. Hab i g´frot, wie des mit´n Ess´n . . . ah, nur wie i nur ambulant aufg´nommen bin, ah, krieg i ka Ess´n . . . und do bin i donn, wo olle einikumman, in da Aufnahmestation is mei Bett g´standen, do is . . . i hob mi donn imma wieda übergeb´n, donn hob i hoit zwischendurch a Spritz´n kriegt . . . und dann eh wieda ausse . . ., i hätt´ nur an Hunga g´hobt und jo.“

In Spitälern ist Diebstahl oft ein Problem; wie einer Interviewpartnerin im Winter sogar ihre Winterschuhe gestohlen wurden und dann nur mehr auf Filzpantoffeln zurückgegriffen werden konnte, darüber erzählte diese:

„Do hob i so leiwande Schuach g´hobt, die hob i eh von mein Schatz kriagt . . . , 200 €, i waas jetzt net, wos vür a Mark´n, aba guate Schuach hoit, und do woar´s Winta und wie i entloss´n woarn bin, woar´n meine Schuach weg. Und donn haben´s g´sogt, i kann jo die Filzpatsch´n hob´n . . . , kann jo zwa Poar übereinander anzieh.“

4.26 Ämter und Behörden

Auf Ämtern und Behörden werden sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Erschwerend kommt das oft auffallende und laute Verhalten suchtkranker Personen zum Tragen. Wie sich jemand artikulieren und benehmen kann, scheint einen starken Einfluss auf die Ergebnisse und auf die positive Bearbeitung von Anträgen sowie auf andere behördliche Belange zu haben.

Selbstverständlich kommt auch die zwischenmenschliche Komponente zwischen Amtspersonen und suchtkranken Menschen zum Tragen. Wie gut kann eine Amtsperson mit dieser speziellen Kundengruppe umgehen? Welche Erfahrungen wurden bisher gemacht? Wie ist die eigene Einstellung zu Menschen mit einer Suchtproblematik? Suchtkranke Personen möchten oft uneingeschränkte Aufmerksamkeit, wenn diese nicht zugestanden wird, versuchen sie es mit den erlernten Schlüsselfertigkeiten für Problemlösungen.

Manches Mal wurden Interviewpartnerinnen der Amträumlichkeiten verwiesen, oder einfach ignoriert, eine Beschwerde und ein Referentenwechsel führte dann zum gewünschten Ergebnis. Sich wehren können bei Ungerechtigkeiten und Vorurteilen, dies haben die meisten der befragten Frauen als wichtige soziale Fertigkeiten im Laufe des Interviews angegeben. Eigene verursachte Fehler und Säumigkeiten bei amtlichen Belangen wurden in so manchem Interview eingeräumt und zugegeben.

4.26.1 Sozialamt

Termine am Sozialamt dienen meist dazu, sich die finanzielle Grundlage (weiter) zu sichern. Werden Anträge nicht fristgerecht abgegeben oder gehen in der Bearbeitung unter, kommt es zu größeren finanziellen Problemen bei den betroffenen Frauen: Mieten oder Nutzungsentgelte können ebenso wie Rezepte für Medikamente nicht bezahlt und Lebensmitteleinkäufe nicht getätigt werden.

Eine Interviewpartnerin berichtete über ihre negativen Erfahrungen beim zuständigen Sozialamt nach ihrer Haftentlassung und darüber, warum sie über die unfreundliche Behandlung der Referentin nichts sagen wollte:

„Wenn i scho Ämter hör´ . . . Also seitdem i jetzt herausen bin, hab´n wir nur Schwierigkeiten mit´n Sozialamt, des is a Wahnsinn, jetzt hab´n ma a neue Betruerin, die sitzt do drinnen, mit ihre anpickten Fingernägel . . ., die ganze Zeit so richtig genervt schaut´s beim Fenster ausse . . . so tippt sie [zeigt das Tippen mit nur einem Finger, d. Verf.], des is sowieso des Beste.“

„Jo, de is a Wahnsinn . . . wirklich, de is so unhöflich und so unguat . . . und i geh´ goar net eini zu ihr, i . . . den Antrag geb´ i vurn ob . . ., i wirklich, und wenn irgendwos is, i geh´ bei der net mehr eini . . ., de is a Wahnsinn, die hot mi so zur Sau g´mocht wirklich, und z´ruck sog´n kannst a nix, wei dann host glei a Hackl im Kreuz, die bewilligt dann nix mehr.“

Bei der Fülle an Anträgen, die am zuständigen Sozialamt abgegeben werden, kommt es manchmal auch vor, dass Anträge verloren gehen. Leider kam es bei einer Interviewpartnerin zum wiederholten Verlust ihrer Unterlagen. Was sie dagegen unternahm und wie sie trotzdem zur Auszahlung ihres Bezuges kam, davon erzählte sie sehr offen und detailreich:

„Es wäre ja schon geklärt . . ., nur haben die [Mitarbeiter des Sozialamtes, d. Verf.], mein Antrag wieda verschlampt g´habt.“

„Und da bin ich dann zu einer Vertretung, weil meine gar nicht da war . . ., diesmal haben´s ma ja auch g´ sagt, ich kann erst am 20. Jänner kommen . . ., die Referentin is nicht da, ich hab g´ sagt, na . . . i wart´ jetzt a Weil . . . wie stell´n Sie sich das vor?“

„Und, hot´s g´sogt, na gut ok, sie schaut, schaut, dass mich zu irgendwem geben kann . . . , genau dasselbe hat´s voriges Jahr auch gemacht . . . Und der hat ma dann nua an Wisch hin´ghalten und i hab unterschrieben.“

„Wenn ich an´gruf´n hab und so weita, hat´s imma g´heißn, wen das Geld noch nicht da ist . . . da 3. Werktag des Folgemonats, wenn´s dann noch nicht da ist dann kann ich mich aufregen.“

„Bin dann am Freitag in da Früh hin g´fahren, war um acht dort . . . , dann hat´s g´heißn, ich soll am 20. kommen, meine Referentin nicht da, bla, bla, bla. Dann bin ich zu einer Vertretung rein . . . und die hat ma nua irgendwas hin g´halten . . . hat das eben geändert, vom März 2011 auf März 2012 . . . das nur unterschrieben. Und am Mittwoch drauf hab ich mein Geld g´habt, eine Nachzahlung . . . plus aah, mein Jänner Geld.“

Eine Interviewpartnerin fasst eher generell und kurz gehalten ihre positiven Erfahrungen am Amt zusammen:

„Na eigentlich . . . hob i eigentlich keine so schlechten Erfahrungen g´macht.“

4.26.2 Arbeitsmarktservice

Zumeist liegt es am Krankheitsstatus, ob eine Weitervermittlung in den Arbeitsmarkt stattfindet oder etwa eine Frühpensionierung vom zuständigen Referenten vorgeschlagen wird. Speziell bei jüngeren Menschen führt dies zu Unverständnis und dem Gefühl, dass die Erkrankung alle Wege versperrt und oft voreilig als Beurteilungskriterium herangezogen wird.

Eine Interviewpartnerin im Alter von 27 Jahren mit HIV Erkrankung äußerte sich über den Vorschlag ihres Referenten, in Frühpension zu gehen statt einen Kurs zu besuchen:

„Is a Problem eben wegen äh . . . äh, ich bin arbeitsunfähig, ich war beim AMS und er hat mein äh, äh Zettel geb´n und an Stempel rauf . . . und ich hab gefragt, wann ich wieder kommen soll, hat er g´sagt, ich soll überhaupt nicht mehr kommen, weil ich arbeitsunfähig bin . . . und eben, da hat er mir vorgeschlagen, wegen der Frühpension.“

„Ich hab ja vorgeschlagen beim AMS und meinem Betreuer, dass ich einen Computerkurs mach´, nein, nein . . . das geht nicht.“

„Und er hat gesagt, gesundheitlich schau ich nicht gut aus . . . und wegen dem HIV eben . . . ist da auch ein Problem . . . Das hör´ ich oft genug . . . und das tut schon weh . . . äh, wenn man das hört.“

„Schon wieder so ane . . . , die was Hepatitis und HIV hat, scho wieda so ane.“

„Na, der is Arzt in G. Und mei Arzt da Dr. D. woar ganz a hocher Arzt . . . bei dem host Termine kriegt um halba zwölfe in da Nocht und so.“

„Jo . . . aba des Beste is der Arzt, hot aussen die Leit ois verschrieb´n wos wolln hob´n ohne zum Überleg´n . . . jo, jetzt hot a a Anzeige, derf im Häf´n nimma schöpf´n . . . nix.“

Es kommt tatsächlich vor, dass jemand seinen Hausarzt schon über ein Jahr nicht gesehen hat und dennoch mit ihm zufrieden ist, wie dieses Zitat zeigt:

„Mein Hausarzt . . . , der is wirklich, der is eigentlich supa . . . seit einem Jahr hab ich ihn schon nimma g´sehn . . . Weil er dauernt weg ist, und der hat nua Vertretungen.“

4.26.3 Drogenberatungsstelle

Über die sehr distanzierte Behandlung durch eine Mitarbeiterin in einer Drogenberatungsstelle berichtete eine Interviewpartnerin, die mit Cannabis von der Polizei erwischt wurde und daraufhin diese Beratungsstelle aufsuchen musste:

„Mi hobn´s dawischt, i rauch´ seit mein 14. Cannabis . . . is ma liaba, ois jede Tablett´n . . . muaß i da ehrlich sog´n.“

„Die hot ma net amoi die Hand geb´n . . . Die hot mi glei abgestempelt wie. . . ,weils. . . hoit, donn derf´s hoit bei so ana Institution oda . . . nicht arbeiten, na. Sie hot ja nur mit solche Leit zu tun.“

„Durt hob i a zweistunden Gespräch mit ana Dame geführt, na grad daß mi net g´frot hot, wann i meine Regeln hob . . . Und do . . . is g´standen Polizei na, wenn des net do g´standen warat, hätt´i der ka anzige Frog beantwortet.“

4.27 Ein Blick in die Zukunft

Abschließend wurden die Interviewpartnerinnen über ihre Wünsche für die Zukunft befragt, da es neben meist negativen Faktoren, die die Suchterkrankung mit sich bringt, auch positive Elemente gibt.

Für die zehn befragten Frauen war diese Frage oftmals gar nicht so einfach zu beantworten, da ihnen diese noch nicht so oft gestellt wurde und eine Auseinandersetzung mit eigenen Wünschen selten erfolgte.

Dennoch kam es bei kürzerer oder längerer Überlegung zu durchaus interessanten Aussagen; ein Überblick über diese Wünsche für die Zukunft sollen den Abschluss zu der Datenzusammenfassung bilden und nochmal einen interessanten Einblick in das Leben von wohnungslosen und illegal substanzabhängigen Frauen geben.

Eine Interviewpartnerin wünscht sich am aller meisten, keine Gerichtsverhandlungen mehr wegen ihrer früheren starken Benzodiazepin Abhängigkeit zu haben:

„Mmmm, daß meine ganzen Fehler, aus meiner Benzo-Zeit endlich . . . vorbei sind. Is so, weil jetzt in letzter Zeit, es kommen immer mehr . . . wie ich auf Benzos war, war ich in da Esterhazygasse [Ganslwirt Postadresse, d. Verf.] g'meldet . . . war. Is fast nie irgendwas kommen und jetzt trudeln lauter Sachen ein, jetzt . . ., das war vor ein paar Jahren, . . . i weiß, dann geh´ ich vor Gericht . . . Verhandlung, sag zur Richterin, ich weiß nicht, um was es geht.“

Vor einem 12 monatigen Haftantritt gibt eine Interviewpartnerin folgende Wünsche für das Leben nach dem Haftaufenthalt bekannt:

„Phuu, . . . wos mi am meisten bewegt . . . man, am Liabsten tät i a Wohnung haben . . . donn a Familie, oba . . . des mit da Familie, des muaß ma sie jetzt amal anschau´n, wos do nu rauskummt . . . Und, ah . . . ja dann, schau, dass ma . . . weiterhin ein relativ normales Leben führen . . . oiso, . . . des auf alle Fälle.“

Den Wunsch, dass die intravenöse Verabreichung von Substanzen aufhört oder zumindest besser in den Griff zu kriegen ist, äußerte diese Interviewpartnerin:

„Also, wos i ma wirklich wünschen tät, des wa, dass i mit meine Junk-Rückfälle . . . , es geht dann wieda guat a Woch´n, dann geht´s wieda ganz schlimm . . . Momentan is wieda ganz schlimm, wie ma siecht [aufgestochene Arme, d. Verf.].“

Die Frage nach dem persönlichen Wunsch für die Zukunft war für die folgende Interviewpartnerin eine kleine Herausforderung, bis dann schließlich der Wunsch aufkam, mit den Freunden in Frankreich mittels Laptop zu kommunizieren:

„Weiß nicht . . . , ich weiß eigentlich nicht was . . . , weil ich . . . , na im Moment bin ich eben . . . zufrieden und ich . . . einmal eine zeitlang sicher da bleiben.“

„Was ich mir wirklich wünsch´, ja einen Laptop, um mit meinen Freunden in Frankreich kommunizieren zu können.“

Über den Wunsch eine Interferontherapie und einen Entzug zu schaffen, erzählte diese Interviewpartnerin:

„Jo, oiso wie g´sogt, die zwa Soch´n, Interferontherapie und Entzug . . . , des haast in zwei Joahr kann i vielleicht schau'n, dass i vielleicht a Arbeitsstell´ kriag oda so.“

Eine Abschiedsfeier wünschte sich eine andere Interviewpartnerin, die zum Zeitpunkt der Befragung wenige Monate später in eine andere Einrichtung wechseln sollte:

„Abschied . . . Abschiedsfeier vielleicht . . . ebenso Art ‚Frauentreff‘ so . . . wenn dies a Freitag wär´, wär´s schon schön, so verabschieden.“

„Und . . . irgendwie, dass ich mich bedank´n tu . . . Ich bin jetzt schon sehr dankbar . . . , so viel g´macht worden . . . , da bin ich sehr dankbar.“

5 Abschließende Erklärung

Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht die Frage, welche Auswirkungen Wohnungslosigkeit auf das Phänomen Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit und deren Gesundheit hat. Die wichtigste Erkenntnis aus der Datenanalyse, nämlich das multifaktorielle Zusammenwirken der verschiedenen Einflussfaktoren bei wohnungslosen Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit, wird durch das nachfolgende Erklärungsmodell veranschaulicht:

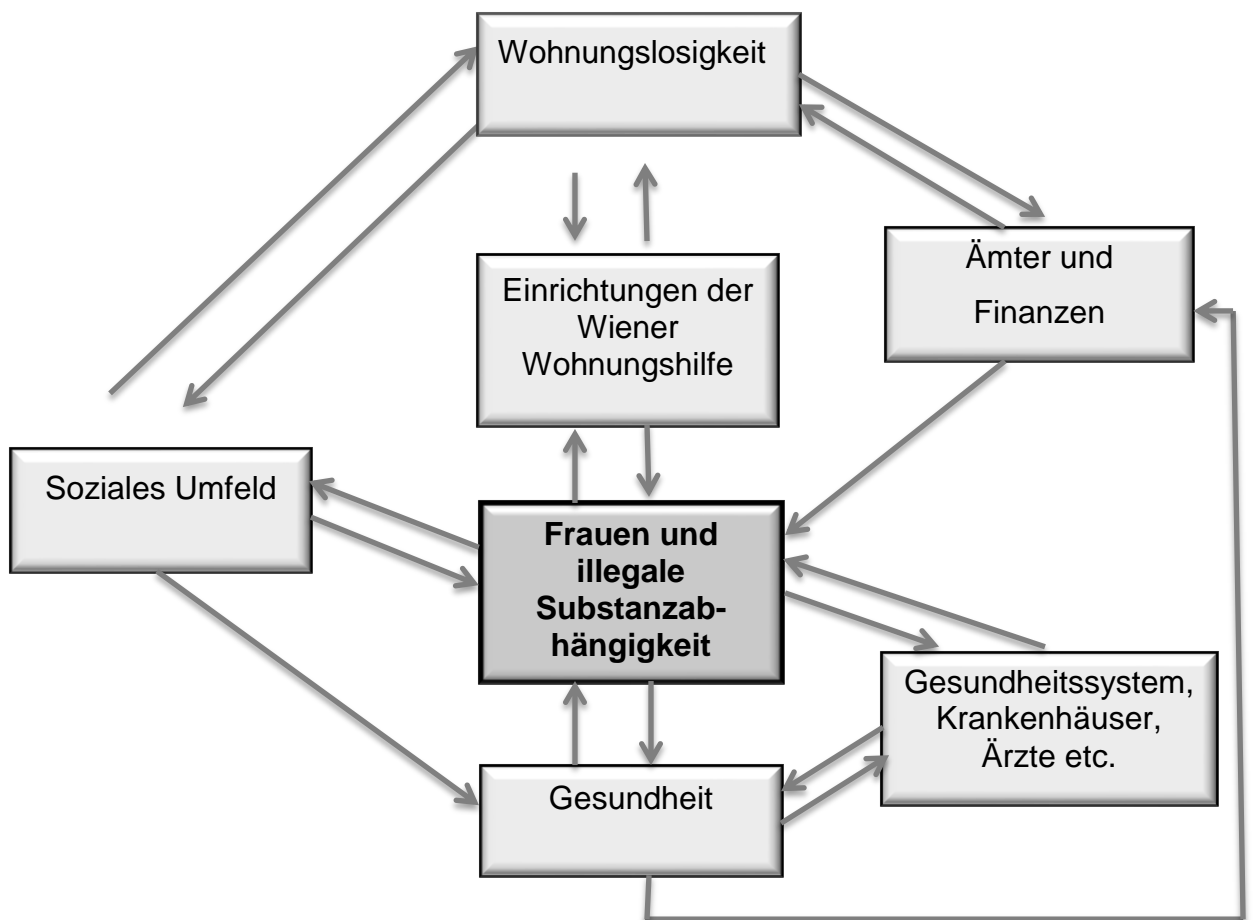


Abbildung 1: Erklärungsmodell zu den Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige Frauen und deren Gesundheit. Eigene Darstellung.

Aufgrund der Vielschichtigkeit von weiblicher Wohnungslosigkeit mit illegaler Substanzabhängigkeit können nur die wichtigsten Oberbegriffe wie Wohnungslosigkeit, Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, soziales

Umfeld, Gesundheit, Gesundheitssystem und Ämter, anhand des Modells in Beziehung gesetzt werden. Eine ausführlichere Betrachtung war wegen der eingeschränkten Rahmenbedingungen und der zeitlichen Ressourcen nicht möglich.

Weibliche Wohnungslosigkeit steht in sehr engem Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld, d. h. vorwiegend mit verschiedenen Formen von (Zweck)Partnerschaften. Wohnungen werden auf Zeit mitgenutzt und wegen der fehlenden gesetzlichen Meldung des Wohnsitzes und der fehlenden Eintragung im Mietvertrag der PartnerInnen bei Beendigung der Beziehungen auch schnell wieder verloren. Sehr oft führt die wohnungslose Frau ein Dasein als „U-Boot“ in einer fremden Wohnung und ist zumeist auf das Wohlwollen des Beziehungspartners angewiesen; auch entfallen auf diese Weise finanzielle Zuwendungen von Seiten des Sozialsystems, da das „Mitwohnen“ keinen offiziellen Charakter hat. Um sich den Konsum von Drogen zu ermöglichen, kommt es zu Prostitution, wodurch sich manchmal die nächste Wohnmöglichkeit ergibt. Scheitert diese Wohnmöglichkeit, folgt der Wechsel zu Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, dann wieder zu privaten Wohnmöglichkeiten und schließlich erneut zur Wiener Wohnungslosenhilfe. Diese Abfolge kann sich über viele Jahre hinziehen, wodurch eine Erfassung des tatsächlichen Ausmaßes weiblicher Wohnungslosigkeit sehr erschwert wird.

Das soziale Umfeld in Form der Ursprungsfamilie übt häufig seit der Kindheit einen negativen Einfluss auf die befragten Frauen aus; so gehören oft Erfahrungen mit Süchten innerhalb der Familie oder Erfahrungen mit häuslicher Gewalt zur frühkindlichen Prägung. In einem Fall wurde über nachbarschaftlichen Missbrauch berichtet, über den in der Familie geschwiegen und der mit Zucht und Ordnung belegt wurde. Gute Kontakte innerhalb der Familie sind eher selten, dem Fehlen familiärer Unterstützung stehen wenige gute familiäre Beziehungen gegenüber. Ein Schamgefühl gegenüber den Eltern oder Geschwistern bezüglich der Suchterkrankung wurde öfters genannt. Wegen aufgestochener Arme z. B. könne man nicht zur Familie fahren, da man angegeben habe, nicht mehr intravenös zu konsumieren. Ein suchtkranker Beziehungspartner stellte bei der Familie plötzlich ebenso ein Problem dar, welches zuvor nie kommuniziert wurde.

Das soziale Umfeld in Form des Freundeskreises findet zumeist in Zusammenhang von illegalen Substanzen und gemeinsamer Konsumation seinen Niederschlag, über in üblicher Form bekannte Freundschaften wurde nicht berichtet. Der Begriff der Freundschaft wird nur im Kontext der „Drogenszene“ gesehen und bei Veränderungen der Konsumgewohnheiten werden diese beendet. Viel lieber verbringt man seine Freizeit mit dem jeweiligen Lebenspartner oder der Lebenspartnerin, da ist man lieber unter sich.

Das soziale Umfeld in Form leiblicher Kinder ist ein gravierendes Problem wohnungsloser Mütter mit illegaler Substanzabhängigkeit; deren leibliche Kinder werden fast immer durch das Jugendamt bei einer Pflegefamilie fremd untergebracht. Fünf von den zehn der befragten Frauen sind Mütter, die darunter leiden von den Kindern getrennt zu sein und zu wissen, dass sie ihre Rolle als Mutter ohne Erfüllung der gesetzlichen Auflagen nicht wahrnehmen können. Gewissenskonflikte darüber wegen der Suchterkrankung die leiblichen Kinder allein gelassen und ihnen nicht die Wahrheit über die Suchterkrankung gesagt zu haben, belasten das Gewissen umso mehr. Besuche bei der Pflegefamilie und dem Kind sind schmerzlich, und manchmal werden auch aus diesem Grund Kontakte abgebrochen und erst zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen. Oder aber die Frauen versuchen aus eigenem Antrieb die Substitution zu reduzieren, umso wieder Kontakt zu den Kindern bekommen zu können.

Der Zusammenhang von Gesundheit und Gesundheitssystem zu wohnungslosen Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit ist eng mit der Suchterkrankung verbunden. Erfahrungen mit medizinischen Personal und Pflegepersonal bei Krankenaufenthalten sowie Erfahrungen mit anderen Ärzten, wie Hausarzt oder diverse Fachärzte, prägen den Zugang zum Gesundheitssystem nachhaltig. Schlechte Erfahrungen mit Pflegekräften oder Ärzten führen zu verspäteter Behandlung oder starker Abneigung gegenüber Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Chronische Erkrankungen, HIV Infektionen und andere Krankheitsbilder, die der Suchterkrankung zuzuordnen sind, führen manchmal zu Veränderung von finanziellen Bezügen, es kommt so z. B. zu Frühpensionierungen oder den Fortbestand von Arbeitsunfähigkeit. Daraus ergibt sich auch der

Zusammenhang zu den Ämtern, z. B. durch zumeist finanzielle Unterstützungen von den zuständigen Sozialämtern und Arbeitsmarkt Servicestellen, die so die Existenzgrundlage sichern.

6 Diskussion und Schlussfolgerung

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Diplomarbeit mit den bereits vorhandenen Kenntnissen aus der Literatur, die als theoretischer Hintergrund dienten, verglichen. Der Fokus wird dabei auf das vorrangig interessierende Thema, nämlich wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit und Komorbidität im Zusammenhang zu deren Gesundheit gelegt.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde das Ziel verfolgt, Erkenntnisse über die Faktoren, die auf die Gesundheit von wohnungslosen und illegal substanzabhängigen Frauen wirken, zu generieren. Dieses konkrete Wissen über die speziellen Einflussfaktoren sollte in Hinblick auf die zukünftige Behandlung durch das Gesundheitssystem und deren Berufsgruppen sowie anderer offizieller Stellen, wie Ämter und Behörden, ihren Niederschlag finden und in deren (Zusammen)Arbeit einfließen.

Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe von zehn Interviews konnte eine Datensättigung nicht erreicht werden. Jedoch war es möglich, die zu Beginn der Arbeit gestellten Forschungsfragen ausreichend beantworten zu können. Wenngleich die Thematik wohnungsloser Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit ein sehr vielschichtiges Phänomen darstellt, kann das erarbeitete Erklärungsmodell in Bezug auf die Auswirkungen auf die Gesundheit nur die wichtigsten Aspekte in diesem Zusammenhang darstellen.

Die Erkenntnisse aus den Interviews mit den betroffenen Frauen haben gezeigt, dass es wichtig wäre, wie Loibl und Corraza (2003) aufgezeigt haben, am niederschweligen Ansatz der gesundheits- und betreuungsspezifischen Einrichtungen für suchtkranke Frauen festzuhalten. Gerade niederschwellige Einrichtungen wie das „jedmayer“, vormals Ganslwirt, wurden mit großer Mehrheit von den wohnungslosen Frauen mit Suchtproblematik genannt und bei gesundheitlichen Problemen frequentiert. Speziell im „jedmayer“ scheint eine respektvolle Arzt-Patient-Beziehung gegeben zu sein, wie in Aussagen der Interviewpartnerinnen mehrmals angegeben wurde; auch das Vertrauen zu den MedizinerInnen wurde besonders erwähnt, ebenso, dass es günstigere Öffnungszeiten als beim Hausarzt gäbe. Wie der neunerHausarzt (2006 – 2009)

in seiner Studie zeigte, sind wohnungslose Menschen in einem schlechten Gesundheitszustand und leiden unter Mehrfacherkrankungen; alle Frauen der Studie leiden an mehreren Erkrankungen, die mit der Suchterkrankung eng in Bezug stehen. Aufgrund von Schamgefühlen und Angst werden Einrichtungen des Gesundheitssystems abgelehnt oder erst später aufgesucht, da es oftmals zu schlechten Erfahrungen mit ärztlichen und pflegerischen Personal gekommen ist, wie zahlreiche Zitate der Interviewpartnerinnen und der FEM Tätigkeitsbericht (2010) belegen.

Welche Auswirkungen das soziale Umfeld auf wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit hat, ist in der Studie „Lebenslagen-Ansatz“ durch Enders-Drägässer (2005) dokumentiert. Wie auch dort beschrieben, wurden von den Frauen in den Interviews von Zweck(Beziehungen) und das Wohnen in Privatwohnungen ohne im Mietvertrag vermerkt zu sein erzählt. Enders-Drägässer (2000) bezeichnet dies auch als „verdeckte Wohnungslosigkeit“. Auch wurde sehr oft über die Problematik fremduntergebrachter leiblicher Kinder gesprochen, ebenso über das offizielle Hilffsystem und den damit gemachten Erfahrungen.

Über Gewalterfahrung und Missbrauch, hauptsächlich von Familienmitgliedern oder Partnern ausgeübt, wurde in einigen Interviews gesprochen. Schröttle (2004) bestätigt diese Aussagen auch in Zusammenhang mit der anschließenden Vertreibung aus der gemeinsamen Wohnung, die schließlich zu Wohnungslosigkeit führt.

Dass das generelle Einrichtungskonzept der Wiener Wohnungslosenhilfe zu kurz greift, dass es mehr frauenspezifische Konzepte in den Einrichtungen geben muss, wie durch den BAWO Frauenarbeitskreis (2003) bemängelt wird, zeigen auch Aussagen von Frauen, die in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen unangenehme Erfahrungen gemacht haben oder die sich in den gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen unterordnen, da die Auswahl an Wohnplätzen in frauenspezifischen Wohneinrichtungen gering ist.

Wie es mit dem Pflegebedarf von suchtkranken wohnungslosen Frauen bestellt ist, konnte leider in dieser kleinen Studie durch die befragten Frauen nicht belegt werden. Loth et al. (2002) beschäftigten sich in ihrer Studie mit

suchtkranken jungen Patienten, und dem angenommenen zukünftigem Pflegebedarf, der auf den Konsum von verschiedenen Drogen und ihren Auswirkungen zurückzuführen ist. Pflegebedarf bestand meist kurz nach Spitalsaufenthalt nach operativen Eingriffen wegen Phlegmonen an den Armen und Händen: hier hielten sich die Interviewpartnerinnen meist in Notquartieren auf und besuchten etwa die Einrichtung „jedmayer“, vormals „Ganslwirt“ zu Nachbetreuung. Dort wurden Verbände gewechselt oder Medikamente verschrieben; das Aufsuchen der betreffenden Spitalsambulanz des vormals behandelnden Krankenhauses wurde aus diversen Gründen vermieden, da es oftmals Unzufriedenheit und schlechte Erfahrungen mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal gab.

Wie speziell die Pflege für suchtkranke wohnungslose Frauen sein sollte, hat Käse (2012) in ihrem Expertinneninterview beschrieben; ein hohes Maß an Empathie, die in der Pflege von suchtkranken Personen notwendig ist, wird auch von den befragten Frauen eingefordert und gewünscht.

Zusammenfassend betrachtet konnte eine große Übereinstimmung zwischen dieser Studie und deren Erkenntnissen und den wenigen österreichischen Studien und jenen aus Deutschland festgestellt werden. Jedoch besteht noch ein großer Bedarf an neuem Wissen bezüglich wohnungslosen Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit in Zusammenhang mit deren Gesundheit, besonders auch deshalb, weil wohnungslose Frauen andere Ressourcen bezüglich ihrer Gesundheit haben und nützen. Diese Frauen halten sich trotz widriger Umstände länger gesund als dies wohnungslose Männer tun.

Fakt ist, dass wohnungslose Frauen für die Sozialforschung durch ihre „verdeckte Wohnungslosigkeit“ länger unsichtbar sind und es weit weniger Erkenntnisse als bei wohnungslosen Männern gibt.

Wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit verfügen über wenig Aufmerksamkeit in der öffentlichen Diskussion, daher ist es notwendig ihnen durch Studien wie es diese Arbeit, Gehör zu verschaffen, um ihren ganz individuellen Bedürfnissen gerecht werden zu können.

7 Stärken und Schwächen der Arbeit

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Diplomarbeit handelt, konnten aus Zeitgründen lediglich zehn Interviews geführt werden. In weiterer Folge konnte daher die Methode der Grounded Theory nicht im kompletten Umfang durchgeführt, eine Datensättigung nicht erreicht und das selektive Kodieren nicht ausgeführt werden, weshalb die Kernvariable unbekannt blieb.

Das Phänomen „wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit“ ließ sich in Zusammenhang mit einem beschreibbaren Prozess nicht erklären, da die Problemlage viel zu komplex und vielschichtig ist. Es konnten lediglich mehrere stark beeinflussende Faktoren anhand der geführten Interviews bestätigt werden; diese Faktoren wurden durch das Erklärungsmodell veranschaulicht, endgültige theoretischen Aussagen konnten jedoch nicht erarbeitet werden.

Im Rahmen einer Theorieentwicklung müssten mehr eindeutige Einschlusskriterien formuliert werden, was für eine zukünftige Theorieentwicklung erstrebenswert wäre. Insbesondere die Erweiterung von Einflussfaktoren auf wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit und den Auswirkungen auf deren Gesundheit sowie eine erhöhte Anzahl an Interviews könnten in weiterer Folge zu einer Datensättigung führen.

Positiv in dieser Arbeit hervorzuheben ist, dass die Forschungsfragen größtenteils beantwortet werden konnten. Die Offenheit, mit der die Interviewpartnerinnen an die Befragung des oft heiklen Themas gingen, soll an dieser Stelle hervorgehoben werden. Sehr vertrauliche und traumatisierende Inhalte wurden mit aller Offenheit zum Ausdruck gebracht. Dies ergab im Sinne der Arbeit eine große Datenvielfalt, die ihren Niederschlag in zahlreichen Erkenntnissen fand.

Ein weiterer sehr wichtiger Punkt war die Sichtweise der Betroffenen auf das Gesundheitssystem mit Ärzten und Pflegepersonal. Hier wurde ganz spezifisch über persönliche Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und der Suchterkrankung berichtet. Diese Einblicke über Krankenhausaufenthalte oder niedergelassene Ärzte zeugen davon, wie suchtkranken Patienten noch immer

mit vielen Vorurteilen in Bezug auf ihre Sucht begegnet wird. Diese Erkenntnisse können zu einer zukünftig verbesserten Kommunikation zwischen suchtkranken Personen, Ärzten und Pflegepersonen beitragen, zu einer geänderten Sichtweise und zum Abbau von Vorurteilen führen und damit wieder Vertrauen gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem auf Seiten der Betroffenen schaffen.

8 Implikationen

8.1 Implikationen für die Pflege

Die Pflege von wohnungslosen und suchtkranken Frauen stellt ganz spezifische Anforderungen an das Pflegepersonal. Daher ist es wichtig, einen professionellen Umgang mit suchtkranken Patienten zu pflegen. Der eigene Zugang zu Suchtverhalten ist zu hinterfragen und zu reflektieren, um professionell agieren zu können.

Wie in dieser Studie angeführt wird, sind bereits viele junge suchtkranke Frauen schwer erkrankt, was in Folge Pflegebedarf bedeuten könnte. Leider gibt es für diese spezielle Patientengruppe außer (stationären) Einrichtungen wie Spitäler oder öffentliche Pflegeheime keine geeigneten Pflegeeinrichtungen für substanzabhängige Menschen, um sie bis ans Lebensende adäquat medizinisch, pflegerisch und in einer menschlich warmen Umgebung unterstützen zu können.

Sehr oft kommen wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit nach einem Spitalsaufenthalt wieder auf die Straße zurück, eine Ausheilung von Krankheiten oder das Überbrücken der Rekonvaleszenz ist nicht gegeben. Das Auffangen in Notquartieren ist nicht zielführend, da ein Verbleib in Einrichtungen ohne medizinischer und pflegerischer Betreuung zu keinerlei Verbesserung der gesundheitlichen Lage führen kann. Denn die kranken Frauen müssen am Morgen die Einrichtung verlassen und können erst wieder am Abend in die jeweilige Einrichtung zurückkommen, tagsüber halten sie sich im öffentlichen Raum oder diversen Tageszentren auf. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands oder die Chronifizierung von Erkrankungen beginnt und setzt sich immer weiter fort und führt schließlich zu irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen.

Ein niederschwelliges Angebot mit geringem bürokratischem Aufwand für wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit wäre daher dringend notwendig, einhergehend mit pflegerischer und auch medizinischer Versorgung, die für diese spezielle Patientengruppe unabdingbar ist.

Eine Einrichtung, wie die „Hamburger Krankenstube“ [S.49-53, d. Verf.] mit niederschwelligem Zugang ist längst überfällig.

Pflege als Profession hat einen klaren ganzheitlichen Auftrag, den es auch bei suchtkranken wohnungslosen Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit umzusetzen gilt. Veränderungen durch spezielle Weiterbildungen in der Pflege von suchtkranken Patienten können unter Einbeziehung der Erkenntnisse dieser Studie zu positiven Veränderungen im Umgang mit dieser sehr speziellen Patientengruppe führen.

Die fundierte Auseinandersetzung mit Suchtkranken müsste zusätzlich in den zuständigen politischen Ressorts stattfinden und Mut zu Investitionen in spezialisierte Einrichtungen gefasst werden. Es genügt leider nicht zu wissen, dass es viele suchtkranke Menschen mit einer großen Anzahl gesundheitlicher Probleme gibt und diese den üblichen Einrichtungen zuzuteilen – meist ohne die Möglichkeit des Personals, in diesen Einrichtungen auf die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse eingehen zu können, da die dafür benötigten Ausbildungen fehlen und im Betreuungsauftrag auch nicht vorgesehen sind. Das pflegerische Personal und die medizinische Versorgung fehlen und sind auch in der einrichtungsspezifischen Personalstruktur nicht vorgesehen. Die meisten Einrichtungen sind auf den Erwerb von Wohnfähigkeit der wohnungslosen Menschen ausgerichtet, was bedeutet, an einer festen Wohnlösung nach der Übergangswohnlösung zu arbeiten.

In Zukunft ist es daher notwendig, Pflegeeinrichtungen für suchtkranke Frauen und Männer zu errichten, um dem Bedarf an zu erwarteten pflegebedürftigen Suchtkranken professionell begegnen zu können.

8.2 Implikationen für die Pflegeforschung

Für die weitere Pflegeforschung kann das nur heißen, weitere Untersuchungen zum Thema „wohnungslose Frauen mit illegaler Substanzabhängigkeit und den Auswirkungen auf deren Gesundheit“ unbedingt durchzuführen. Noch gibt es viel zu wenige Erkenntnisse über diese ganz spezielle Thematik wohnungsloser Frauen im Zusammenhang mit illegaler Substanzabhängigkeit, weshalb dieses Thema auch in Österreich weiterverfolgt werden sollte. Außerdem müsste

umfangreicheres Datenmaterial erhoben werden, um eine Saturierung der Daten zu erreichen und damit signifikante Ergebnisse hinsichtlich dieses Prozesses gewinnen zu können.

Literaturverzeichnis

ANTON PROKSCH INSTITUT (2012). Zugriff am 19.01.2012, unter <http://www.api.or.at/typo3/klinikum-beratung-und-behandlung/abteilungen-fuer-abhaengige-von-alkohol-medikamenten-nikotin-und-nicht-stoffgebundenen-suechten.html>

BAWO (2009). Zugriff am 08.02.2012, unter http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Grundlagen/BAWO-Studie_zur_Wohnungslosigkeit_2009.pdf

CARITAS-WIEN (2012). Zugriff am 10.01.2012 unter <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/mobile-angebote/louisebus/>
<http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/notunterkuenfte/notschlafstellen-fuer-maenner/>

CORAZZA, E. & LOIBL, E. (2003). Frauengerechte Qualitätsstandards, Zugriff am 10.01.2012 unter http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Berichte_Studien/Frauen/20061103173331_Frauengerechte_Standards_1.pdf

CORBIN, A. & STRAUSS, J. (1996). Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Peltz, Psychologie Verlag Union.

ENDERS-DRAGÄSSER, U., SELLACH, B., FEIG, A., JUNG, M. L. & ROSCHER, S. (2000). Frauen ohne Wohnung; Handbuch für ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen, Stuttgart. W. Kohlhammer.

ENDERS-DRAGÄSSER U. & SELLACH, B. (2005). Frauen in dunklen Zeiten, Persönliche Berichte vom Wohnungsnotfall: Ursachen-Handlungsspielräume-Bewältigung. Eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei Wohnungsnotfällen von Frauen. Zielgruppen- und Bedarfsforschung für eine integrative Wohnungs- und Sozialpolitik im Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in

Wohnungsnotfällen. Frankfurt am Main. Zugriff am 10.02.2013 unter http://www.gsfev.de/pdf/Frauen_in_dunklen_Zeiten.pdf

ENDERS-DRAGÄSSER, U., SELLACH, B. & LIBUDA-KÖSTER, A. (2004). Zeitverwendung für Hausaufgabenbetreuung. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung. Beiträge zur Ergebniskonferenz der Zeitbudgeterhebung 2001/02 am 16./17. Februar 2004 in Wiesbaden. (= Forum der Bundesstatistik, Bd. 43). Wiesbaden.

FEANTSA, Zugriff am 10.02.2013 unter <http://www.feantsa.org/spip.php?rubrique44&lang=en>

LOIBL, E. & CORAZZA, E., FESTSCHRIFT 20 JAHRE BAWO (2011). Wohnungslosenhilfe von A bis Z, Beitrag: Frauenspezifische Versorgung in der Wohnungslosenhilfe.

FISCHER, G. & BÖHM, ST. (2004). Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit. Grundlagen der Therapie. In Kopeinig-Kreissl, M., Löffler-Staska, H., & Springer-Kremser, M. (Hrsg.), Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit. Grundlagen der Therapie. S.191-192. Wien: Facultas.

FRAUENARBEITSKREIS DER BAWO WIEN (2011). Serviceangebote. Zugriff am 20. Juni 2011 unter http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Berichte_Studien/Frauen/11_03_03_Marie-Broschuere_Letztausdruck_3.3.2011.pdf

FRAUENARBEITSKREIS DER BAWO WIEN (2003). Frauengerechte Qualitätsstandards, Loibl E. & Corazza E., S.11.

FONDS SOZIALES WIEN (2010). Wiener Programm für Frauengesundheit. Gesundheitsförderung für wohnungslose Frauen. Zugriff am, 09.09.2010 unter http://www.diesie.at/projekte/aktuelle_projekte/nach_zielgruppen/sozial_benachteiligte/gf_wohnungslose_frauen.html

- FONDS SOZIALES WIEN (2012).** Haus Tivoligasse, Zugriff am, 09.01.2012 unter <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/dauerwohnhaeuser/tivolig.html>
- FONDS SOZIALES WIEN (2012).** Medizinische Versorgung für Obdachlose, Zugriff am 10.01.2012 unter <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/>
- FONDS SOZIALES WIEN (2012).** Geschäftsbericht 2010, Zugriff am, 10.01.2012 unter <http://www.fsw.at/downloads/broschueren/fsw/GB10.pdf>
- FONDS SOZIALES WIEN (2012).** Wohnen, Wohnungslos, Zugriff am 26.01.2012 unter <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/angebote>
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (1967).** The discovery of grounded theory. New York: Aldine de Gruyer.
- GWF (2009).** Gesundheit für wohnungslose Frauen in Wien, Tätigkeitsbericht 2009 erstellt im März 2010.
- HAMBURGER KRANKENSTUBE (2011).** Zugriff am 09.02.2013, unter http://www.caritas-hamburg.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=346879&form_typ=115&acid=137A5D66C49648C9A977A69404EC652DE2C1B&ag_id=11851
- HEINS RÜDIGER (1993).** Obdachlosenreport. Warum immer mehr Menschen ins soziale Elend abrutschen, Düsseldorf: Zebulon Verlag.
- KAES, U. (2012).** Expertinnen Interview, wohnungslose Frauen und illegale Substanzabhängigkeit im Kontext zur Suchtkrankenpflege. DGKP Ulrike Kaes ist Stationsschwester der Aufnahme Station 4.1 am Anton Proksch Institut. Interviewort, Anton Proksch Institut, 11.01.2012.
- LOIBL, E. & CORAZZA, E. (2003).** Frauengerechte Qualitäts-Standards. BAWO Frauenarbeitskreis der Wiener Wohnungslosenhilfe.
- LOTH, C., RUTTEN, R., HUSON-ANBEEK, D. & LINDE, L. (HRSG.) (2002).** Professionelle Suchtkrankenpflege. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Hans Huber.
- LÖFFLER, W. & MUTSCH, L. (2008).** Medizinische Perspektive. In Wiener Wohnungslosenhilfe 2008, Bericht über die soziale Situation von

wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleiteten Hilfemaßnahmen.

MACKE, K. (2000). Frauen ohne Wohnung. Spezifische Sozialisationsbedingungen, subkulturelle Strukturen und Interventionsansätze des Hilffsystems, Marburg.

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

MILLER-REITER, E. (2011). Zugriff am 05.01.2012 unter http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Berichte_Studien/Frauen/Veranstaltungen/11_03_03_Eleonore_Miller_Reiter_Referat_spinnt_die_Marie.pdf

MÖRTH, T. (2011). Pflege bei Suchterkrankungen, Vortrag, Modul 1, SE Pflege bei Suchterkrankungen. Februar 2011. Antn Proksch Institut Wien.

NEUNERHAUSARZT, (2012). Zugriff, am 19.01.2012 unter <http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung/team-neunerhausarzt/>

NOVAK, K. & SCHOIBL, H. (1999). Armut, soziale Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit von Frauen in Österreich. Zugriff am 20.Juni 2011 unter http://www.helixaustria.com/uploads/media/Armut__Ausgrenzung_und_Wohnungslosigkeit_von_Frauen_-_OEsterreichbericht_1999.pdf

OHL, D., PEATOW, S. & VOSS DE MARIN, H. (1998). Landeskommission Berlin gegen Gewalt, Aktionsplan Hilfen für Wohnungslose Frauen, Eine zuständigkeitsübergreifende Initiative der Landeskommission Berlin gegen Gewalt unter Beteiligung von Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Ausländerbeauftragte des Senats von Berlin.

PRATTKE, A. (2001). Sucht, Formen-Probleme-Aufgaben der Pflege. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

- RATZLAFF, I. (2012).** Expertinnen Interview, wohnungslose Frauen und Hamburger Krankenstube. Frau Ina Ratzlaff, ist Sozialarbeiterin der Hamburger Krankenstube. Interviewort, Hamburger Krankenstube, 30.03.2012.
- ROWHANI-ENNEMOSER, I. (1997).** Die Folgen sind für die Frauen katastrophal und existenzbedrohend. Frankfurter Rundschau vom 07.04.1997.
- SELLACH, B., HUBER, H. & ENDERS-DRAGÄSSER, U. (2004).** Frauen in Wohnungsnot. Hilfen und Bedarfslage und neue Wege in NRW. Untersuchungsbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein Westfalen. Frankfurt am Main. (www.gsfev.de).
- SPECHT, T. (1987).** Bürger ohne Wohnung, Bielefeld: Verlag Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.
- SOZIALES WIEN (2010).** Broschüren, Wiener Wohnungslosenhilfe. Die Einrichtungen. S.11-13 Zugriff, am 09.09.2010 unter <http://fsw.at/downloads/broschueren/wohnungslos/WWHEinrichtungen.pdf>
- STRÖHLE, E. (2007).** Bericht auf der Fachenquete der Armutskonferenz mit dem Titel „...schläft die Marie?“, am 6.März 2007.
- SCHOIBL, H. (2006).** „Gesundheit ein Thema für die Wohnungslosenhilfe – Österreichbericht 2006“, Zugriff am 02.10.2010, unter <http://www.helixaustria.com/index.php?id=26>
http://wohnen.fsw.at/downloads/dokumente/wr_wohnungslosenhilfe_2008.pdf
- SCHRÖTTLE, M. (2004).** „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland „, Ergebnisse der ersten Repräsentativuntersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Vortrag, Köln 13.01.2004.
- TRETTNER, F. (2008).** Suchtmedizin kompakt, Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer.

UNIVERSITÄT AUGSBURG (2011). Zugriff am 26.Juni 2011 unter http://www.uni-augsburg.de/projekte/gesundheitsmanagement/gesundheit_krankheit/

VERBAND WIENER WOHNUNGSLOSENHILFE (2010). Obdach Fertig Los, Jahresbericht 2010 Verband Wiener Wohnungslosenhilfe.

WWH (2011). Zugriff am 26.Juni 2011 unter <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/>

WIKIPEDIA (2011). Zugriff am 25.Juni 2011 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Niedrigschwellig>

WIKIPEDIA (2012). Zugriff am 19.01.2012 unter, <http://de.wikipedia.org/wiki/Anton-Proksch-Institut>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell zu den Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige Frauen und deren Gesundheit. Eigene Darstellung.	102
--	-----

Abkürzungsverzeichnis

API	Anton Proksch Institut
ASB	Arbeiter Samariter Bund
BAWO	Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungslose
BZWO	Betreuungszentrum Wohnungslosenhilfe
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
DSA	DiplomsozialarbeiterIn
PSD	Psychosozialer Dienst
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WWH	Wiener Wohnungslosenhilfe

A Anhang

A.1 Interviewleitfaden

1. Begrüßung

2. Einstiegsfrage: Wie geht es Ihnen!

Angaben zur Person:

- Name: Vor und Zuname
- Wie alt sind Sie?
- Interviewort:
- Welchen Familienstand haben Sie?
- Haben Sie Kinder?
- Welche Schulausbildung haben Sie?
- Welchen Beruf üben Sie aus/haben Sie ausgeübt?

Fragen zur Wohnungslosigkeit:

- Bitte erzählen Sie, seit wann Sie wohnungslos sind und wie es zur Wohnungslosigkeit gekommen ist?
- Wo wohnen Sie derzeit?
- Wie sichern Sie den Lebensunterhalt?
- Welche persönlichen Beziehungen gibt es?
- Wie sieht Ihre körperliche Verfassung aus?

Erfahrungen in der Wohnungslosigkeit:

- Wie zufrieden sind Sie mit dem Hilffssystem der Wohnungslosenhilfe?
- Wann haben Sie es angenommen?
- In welchen (frauenspezifischen) Einrichtungen waren Sie untergebracht?

- Erfahrungen mit spezifischen Hilfeangeboten für wohnungslose Frauen?
- Gab es Unterbrechungen der Wohnungslosigkeit?
- Gibt es Hilfsangebote von Familienmitgliedern?
- Gibt es Hilfsangebote von Freunden/Bekanntem?
- Haben Sie Kontakte zu anderen Betroffenen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit administrativen Institutionen/Ämtern?

Fragen zur Gesundheit und dem Gesundheitssystem:

- An welchen Erkrankungen leiden Sie?
- Welche Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems haben Sie bereits in Anspruch genommen?
- Wie war der Umgang des pflegerischen/medizinischen Personals?
- Hatten Sie Probleme behandelt/untersucht zu werden?
- Was erwarten Sie sich von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen?
- Haben Sie ein Problem diese aufzusuchen?
- Wie sollen die Fähigkeiten/Fertigkeiten des pflegerischen/medizinischen Personals bezüglich wohnungsloser Frauen aussehen?
- Gibt es einen (stationären) Krankenhausaufenthalt über den Sie erzählen möchten?
- Hatten Sie nach diesem stationären Aufenthalt einen Wohnplatz?
- Haben Sie pflegerische Unterstützung gebraucht?
- Haben Sie diese erhalten?
- Konnten Sie Medikamente und Heilbehelfe selbst organisieren?
- Wie konnten Sie diese organisieren?
- Wie sieht es mit Selbstpflege aus?
- Was bedeutet für Sie Gesundheit?
- Wie achten Sie auf ihre Gesundheit?

Fragen zur Suchterkrankung (hemmende Faktoren):

- Wie lange sind Sie suchtkrank?

- Wie kommen Sie mit Ihrer Sucht zurecht?
- Welche Erfahrungen haben Sie bei stationären Aufenthalten/Therapieaufenthalten gemacht?
- Wie waren die Erfahrungen mit dem pflegerischen/medizinischen Personal?
- Sind Sie Gewalt ausgesetzt?
- Wie gehen Sie damit um?
- Haben Sie ein regelmäßiges Einkommen?
- Ist es Ihnen finanziell möglich, die notwendigen Medikamente/Heilbehelfe zu kaufen?
- Ist Ihnen regelmäßige Körperpflege möglich?
- Haben Sie die Möglichkeit für warme Malzeiten?
- Ist es Ihnen möglich, saisonale Kleidung zu tragen?
- Welche persönlichen Änderungswünsche gibt es?

Fragen zu unterstützenden Faktoren:

- Gibt es Bezugspersonen?
- Haben Sie familiäre Kontakte?
- Haben Sie Kontakte zu Ihren Kindern?
- Gibt es Interessen/Hobbies, denen Sie nachgehen?
- Welche Einrichtungen finden Sie in Ihrer Situation unterstützend?
- Was schätzen Sie in diesen Einrichtungen?
- Nehmen Sie Therapie in Anspruch?
- Was unternehmen Sie, um mit der Situation der Wohnungslosigkeit umzugehen?
- Was würden Sie ihrer Meinung nach benötigen, um Ihre Situation zu verändern?

Sonstiges:

A.2 Informed Consent

**UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE**

mit dem Titel:

**„Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige
Frauen und ihre Gesundheit“**

Untersucher/in

Gisela Margarete Lehto
A0407525

Betreuer

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Frau Gisela Margarete Lehto führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf illegal substanzabhängige Frauen und deren Gesundheit durch. Sie sind gefragt worden an dieser Studie teilzunehmen, da Sie als Expertin in Ihrer besonders schwierigen Situation im Vordergrund meiner Arbeit stehen.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort mit Frau Lehto treffen und sich mit ihr zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Frau Lehto wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen

betreffend Wohnungslosigkeit und den Auswirkungen auf ihre Gesundheit stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko/Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen. Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Lehto jederzeit darum bitten, das Tonband für die Zeit der Beantwortung dieser Frage auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz)

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin und Frau Lehto werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben.

Frau Lehto wird das Interview transkribieren, das heißt, sie wird alles was Sie ihr erzählt haben in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnten, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden.

Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte

Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die Erfahrungen und die Probleme von anderen wohnungslosen Frauen und den Auswirkungen auf deren Gesundheit in Zukunft noch besser verstehen und so die betroffenen Frauen auch durch eine effiziente Versorgung und Behandlung bei deren Bewältigung unterstützen können.

Kosten/Kostenerstattung

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zu teil.

Fragen

Die Studie wurde Ihnen von Frau Lehto erklärt und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Lehto oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Haus R3 z.Hdn.Frau Gisela Lehto
Reizenpfeninggasse 3
1140 Wien
gisela.lehto@gmx.at

Dr. Monika Linhart
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien
0049 - 170 - 2892217

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum	Unterschrift	der Teilnehmerin
-------	--------------	------------------

Datum	Unterschrift	der Untersucherin
-------	--------------	-------------------

A.3 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Gisela Margarete Lehto
Geburtsdatum: 22.08.1972
Geburtsort: Wien
Familienstand: ledig



Ausbildung

Seit 2004 Universität Wien, IDS Pflegewissenschaft
2003 Externistenmatura, ORG Hegelgasse 12, 1010 Wien
1991 – 1995 Schubertkonservatorium, Musikstudium Jazz Diplom
Saxophon
1988 – 1991 Fa. Victor Schmidt und Söhne, Kaufmännische Lehre
1983 – 1987 Hauptschule

Berufspraxis

06/12 – laufend Arbeiter Samariterbund, ÜWH Haus R3, Sozialbetreuung
10/11 – 06/12 Bildungskarenz (Diplomarbeit)
07/05 – 10/11 Arbeiter Samariterbund: ÜWH Haus R3, Haus Otto;
Sozialbetreuung, sozialarbeiterische Tätigkeit, Leitung
Betreuungsteam
11/04 – 07/05 Firma KIKA, Abteilungsleitung
07/02 – 08/04 Österreichische Gartenbaugenossenschaft, Assistentin
Einkauf
03/00 – 06/02 Firma KIKA Verkaufsberatung, Filialleitung Stv.
08/1999 Parlamentarische Mitarbeiterin, Urlaubsvertretung Büro
Abg.z.NR Mag. Thomas Barmüller
10/1997 Parlamentarische Mitarbeiterin, Urlaubsvertretung Büro
Abg.z.NR Dr. Martina Gredler
1997 – 1999 Firma Coming Home, Verkaufsberatung

1994 – 1996	Liberales Forum NÖ, Backoffice
1993 – 1994	Kunst Haus Wien, Exponatsbetreun

Weiterbildung & Sonstiges

2012	Burnout-Ursachen und Folgen, Anton Proksch Institut
2011 – 2012	Lehrgang Pflege bei Suchterkrankungen, Anton Proksch Institut
2011	Krisenintervention 1
2012	Krisenintervention 2
2010	Krise und Deeskalation
2009 – 2011	Berufsbegleitende Supervision
2009	Fortbildungsseminar Sucht

Seit 2005 – laufend diverse innerbetriebliche Weiterbildungen:

Erste Hilfe, Suchtmittel, Psychiatrische Erkrankungen/Psychopharmaka

Brandschutzwartin , Aufzugs-/Hebeanlagenwärterin

Englischkenntnisse: verhandlungssicher

Führerschein B