

Jung, krank und wohnungslos?

Wie gestaltet sich der Zusammenhang zwischen Jugendwohnungslosigkeit und der eigenen Gesundheitssituation?

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Social Sciences (BA)

der Fachhochschule FH Campus Wien

Bachelorstudiengang: Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Cilia Holzer

Veronika Kovar

Marlene Preiser

Oliver Spiegel

Personenkennzeichen

c1210533052

c1210533058

c1210533083

c1210533107

Erstbegutachter:

FH-Prof. Dipl.-Soz.-Wiss. Dr. Marc Diebäcker

Zweitbegutachterin:

MMag. DSA Hannah Swoboda-Grafschafter

Eingereicht am:

28.01.2014

Erklärung:

Wir erklären, dass die vorliegende Bachelorarbeit von uns selbst verfasst wurde und wir keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. uns auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient haben.

Wir versichern, dass wir diese Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt haben.

Weiters versichern wir, dass die von uns eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift:

Kurzfassung

Das Thema Jugend und Wohnungslosigkeit ist in den letzten Jahren aufgrund der wachsenden Herausforderung für Jugendwohlfahrt und Wohnungslosenhilfe wieder vermehrt in den Fokus sozialarbeiterischer Diskussion gerückt. Diese steigende Anzahl von Jugendlichen wird tagtäglich mit zahlreichen gesundheitlichen Risiken konfrontiert. In dieser Arbeit setzen wir uns mit bereits vorhandenen wissenschaftlichen Ergebnissen zu dieser Thematik auseinander und ergründen im empirischen Teil die Ursachen von Jugendwohnungslosigkeit.

Im Fokus unserer qualitativen Forschung stehen des Weiteren die Inhalte und die Relevanz von Gesundheitsvorstellungen und Erfahrungen im Umgang mit psychischen und physischen Erkrankungen, sowie die Zugangsbarrieren zur Inanspruchnahme medizinischen und psychosozialer Dienstleistungen. Während des Forschungsprozesses erwiesen sich die geschlechterspezifischen Unterschiede als besonders bedeutsam, weswegen wir genauer auf diese eingehen. Vervollständigt wird die Ergebnisdarstellung durch ein innovatives Projekt, welches auf Basis der qualitativen Ergebnisse entwickelt wurde und einen Beitrag zur Deckung des Betreuungsbedarfs von wohnungslosen Jugendlichen mit speziellen Bedürfnissen leisten soll.

Abstract

Due to the growing challenge for the child welfare and the Assistance to the Homeless the issue of youth homelessness has moved into the focus of social work discussion in recent years. This increasing number of young people is daily confronted with numerous health risks. In this work, we deal with existing scientific results on this topic and explore in the empirical part of our work the causes of youth homelessness. Furthermore we focus on the content and relevance of health beliefs and experiences in dealing with mental and physical illnesses, as well as the barriers to use medical and psychosocial services. During the research process the gender differences turned out to be significant, that is why we go into detail on that. The presentation of results is completed by an innovative project which was developed based on the qualitative results and should make a contribution to meet the special needs of homeless young people.

Schlüsselbegriffe

Soziale Arbeit

Wohnungslosigkeit

Jugendwohnungslosigkeit

Gesundheit

Wien

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	i
Abstract	ii
Schlüsselbegriffe	iii
1. Einleitung.....	1
2. Jugendwohnungslosigkeit.....	4
2.1. Situation in Wien.....	5
2.2. Ursachen und Auswirkungen von Jugendwohnungslosigkeit	5
3. Gesundheitssituation von jungen wohnungslosen Menschen.....	9
3.1. Physische Krankheiten	11
3.2. Psychische Krankheiten	14
4. Gesundheitsversorgung in Wien	16
4.1. Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem	17
4.2. Gesundheitliche Versorgungsangebote für Menschen ohne Krankenversicherung	19
5. Qualitativer Forschungszugang	22
6. Ursachen von Jugendwohnungslosigkeit	27
6.1. Faktor Familie.....	27
6.2. Quantitative, nicht repräsentative Ergebnisse	31
6.3. Fazit: Instabile Familienverhältnisse als Ursache für Jugendwohnungslosigkeit	32
7. Substanzabhängigkeit	33
7.1. Ursache oder Folge von Wohnungslosigkeit?	34
7.2. Gründe für die Suchtentstehung.....	35
7.3. Einstiegsalter und dessen Auswirkungen	35

7.4.	Konsumverhalten (Verstärkung, Gleichgültigkeit und Reduktion)	37
7.5.	Fazit: Multifaktorielle Ursachen der Substanzabhängigkeit	38
8.	Gesundheitsvorstellungen junger wohnungsloser Menschen	39
8.1.	Gesundheit als Arbeitsfähigkeit	39
8.2.	Gesundheit als Beschwerdefreiheit	40
8.3.	Gesundheit als umfassendes Wohlbefinden.....	40
8.4.	Gesundheit trotz Drogenabhängigkeit	41
8.5.	Fazit: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheitssymptomen	44
9.	Subjektives Gesundheitsempfinden junger wohnungsloser Menschen	44
9.1.	Gesundheitsempfinden bei Frauen.....	44
9.2.	Gesundheitsempfinden bei Männern.....	46
9.3.	Fazit: (Un)realistisches Selbstbild!?.....	48
10.	Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem	49
10.1.	Gesundheitskompetenz und -vorstellungen als Zugangsbarriere	49
10.2.	Negative Erfahrungen im Gesundheitswesen als Zugangsbarriere	52
10.3.	Drogenkonsum als Zugangsbarriere.....	53
10.4.	Angst und Scham als Zugangsbarriere.....	54
10.5.	Fehlende Krankenversicherung als Zugangsbarriere	54
10.6.	Fazit: Bedarf an niederschwelliger, aufsuchender Sozialarbeit.....	55
11.	Schlusswort	56
12.	WG für wohnungslose Jugendliche von 14-21 Jahren mit psychiatrischer Auffälligkeit	57
12.1.	Ausgangslage	57
12.2.	Zielgruppendefinition.....	58
12.3.	Gender Mainstreaming	58

12.4. Partizipation	59
12.5. Ziele unseres Pilotprojektes.....	59
12.5.1. Stabilisierung der Wohnsituation.....	59
12.5.2. Stabilisierung des Gesundheitszustandes	59
12.5.3. (Bei-)Konsumreduktion durch Vernetzung und Zusammenarbeit mit therapeutischen Einrichtungen der Suchthilfe Wien	59
12.5.4. Entwicklung und Stabilisierung von Tagesstrukturen.....	60
12.5.5. Vorbereitung auf ein eigenständiges Leben.....	60
12.5.6. Erreichen von angestrebten Zielen	60
12.6. Aufbauorganisation	60
12.6.1. Auftraggeber	60
12.6.2. Projekt-Leitung.....	60
12.6.3. Projekt-Team	61
12.7. Therapiemöglichkeiten.....	62
12.7.1. Psychotherapie	62
12.7.2. Erlebnistherapie	62
12.7.3. Ergotherapie/Musiktherapie	62
12.8. Qualitätsmanagement.....	62
12.8.1. Teamsitzungen	62
12.8.2. Supervision	62
12.8.3. Weiterbildungen	63
12.8.4. Sicherheit.....	63
12.8.5. Dokumentation.....	63
12.9. Personaleinsatz.....	63
Literatur	65
Internetquellen.....	68
Anhang.....	69

1. Einleitung

Aus dem aktuellen Wiener Sozialbericht (2012, 62ff) geht deutlich hervor, dass die Wiener Bevölkerung immer ärmer wird. Die Anzahl der Menschen, die auf Unterstützungen des zweiten sozialen Netzes, wie die der Bedarfsorientierten Mindestsicherung angewiesen sind, ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Die am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen bilden hier Familien mit drei oder mehr Kindern, sowie AlleinerzieherInnen. Die Einkommensunterschiede der WienerInnen gehen immer weiter auseinander. Die besserverdienenden Menschen verdienen immer mehr, der Mittelstand vergleichsweise immer weniger. Aus den Zahlen des Wiener Sozialberichts (2012, 64) geht ebenfalls hervor, dass es zu einer Verschiebung innerhalb der Einkommensklassen gekommen ist und dass sich der klassische Mittelstand der Wiener Bevölkerung in den letzten Jahren um 6% verringert hat. Trotzdem wird von der Allgemeinbevölkerung Armut und eine ihrer schlimmsten Erscheinungsformen, die Wohnungslosigkeit, immer noch nicht als ein strukturelles, sondern als ein individuelles Problem wahrgenommen. Das Bild vom faulen, arbeitsscheuen und alkoholkranken jungen Wohnungslosen, der seine Lebensform freiwillig gewählt hat und an seiner Situation selbst Schuld trägt, scheint immer noch in den Köpfen der Menschen zu sein. (vgl. Wallner 2010, 1)¹ Hierzu schrieb bereits 1988 das Europäische Parlament in einer Entschließung zur Unterbringung von Obdachlosen in der Europäischen Gemeinschaft: „Zuallererst und vor allem muß die noch immer sehr populäre Vorstellung beseitigt werden, daß Wohnungslosigkeit ein schuldhafter oder freiwillig gewählter Zustand ist.“ (Europäisches Parlament 1988, 324, zit. in: Stark 2012, 3)²

Die Verknappung von leistbarem Wohnraum, höher werdende Lebenserhaltungs- und stetig steigende Wohnkosten, in Kombination mit Einkommensarmut oder Arbeitslosigkeit stellen für einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes finanzielles Risiko dar. Die daraus resultierenden Mietschulden führen oft zum Wohnungsverlust und gelten als die Hauptursache für Wohnungslosigkeit bei Erwachsenen. Die Auslöser derselben Problematik bei jungen Menschen liegen woanders, da der Großteil der jungen wohnungslosen Personen noch nie in einer eigenen Wohnung gelebt hat. (vgl. BAWO 1999, 28f; Paegelow 2009, 33; Bodenmüller/Piepel 2003, 11, Bodenmüller 2010, 35-41)

¹ vgl. <http://www.claudia-wallner.de/vortraege/Wohnungslosigkeit%20als%20Bewaeltigungsstrategie.pdf> [15.08.13]

² vgl. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/233/382> [16.08.13]

Trotz unterschiedlichen Ursachen, die in die Wohnungslosigkeit führen, ist eine Gemeinsamkeit bei erwachsenen und jungen wohnungslosen Menschen zu erkennen. Diese besteht im Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und Gesundheit, zu welchem es aktuell nur sehr wenige Studien (Flick/Röhnsch, 2008; Hackauf/Ohlbrecht, 2010) gibt. Das liegt zum einen daran, dass die Jugend allgemein als krankheitsfreie Lebensphase angesehen wird und zum anderen daran, dass Wohnungslosigkeit von jungen Menschen in der Vergangenheit nicht erkannt wurde und erst jetzt in den Fokus der Wissenschaft rückt. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, diese Problematik zum Gegenstand unserer Arbeit zu machen. Ziel dieser Arbeit ist es die Ursachen für Jugendwohnungslosigkeit in Wien zu erforschen, den Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Gesundheit darzustellen, Zugangsbarrieren und Lücken in den medizinischen sowie in den öffentlichen Hilfesystemen aufzuzeigen. Basierend auf unseren Forschungsergebnissen entwickeln wir ein Projekt, um der steigenden Zahl an jungen wohnungslosen Menschen entgegenzuwirken.

Zu Beginn unserer Arbeit ergaben sich im Laufe der Literaturrecherche neben unserer Hauptforschungsfrage "Wie gestaltet sich der Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und der eigenen Gesundheitssituation?" weitere Unterforschungsfragen, die mit der vorhandenen Literatur nur unzureichend beantwortet werden konnten. Um diese offenen Fragen beantworten zu können, entwickelten wir ein spezifisches Forschungskonzept. Um die Authentizität der subjektiven Sichtweisen und persönlichen Hintergründe, welche in die Wohnungslosigkeit geführt haben zu wahren, haben wir uns für einen qualitativen Forschungszugang mit Hilfe von acht narrativen Interviews entschieden. Da das Thema Gesundheit eine sehr große Bandbreite an verschiedenen Aspekten aufweist, haben wir einen Interviewleitfaden entwickelt, um vergleichbare Daten zu erhalten. In weiterer Folge haben wir die daraus gewonnenen Daten ausgewertet, um sie dem/der LeserIn im empirischen Teil unserer Arbeit zugänglich zu machen.

Um den Einstieg in dieses Themenfeld zu erleichtern, wird in Kapitel 2 der Begriff „Jugendwohnungslosigkeit“ näher erklärt und auf die unterschiedlichen Formen von Obdachlosigkeit eingegangen. Anschließend wird ein kurzer Überblick über die aktuelle Situation in Wien gegeben und die Ursachen und Auswirkungen von Wohnungslosigkeit bei jungen Menschen dargestellt. Um den Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Gesundheit zu veranschaulichen, werden in Kapitel 3 die Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit eingehend beschrieben. Kapitel 4 gibt zuerst

einen Überblick über die allgemeine Gesundheitsversorgung in Wien, bevor auf die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem eingegangen werden kann. Als abschließenden Punkt werden gesundheitliche Versorgungsangebote für Menschen ohne Krankenversicherung vorgestellt. In Kapitel 5 begründen wir unser methodisches Vorgehen, um unsere Erkenntnisschritte nachvollziehbar zu machen.

Mit Kapitel 6 beginnt die Darstellung der empirischen Ergebnisse unserer Arbeit, in welchem auf die Ursachen von Jugendwohnungslosigkeit eingegangen wird. Hierbei kristallisierte sich die Familie als ausschlaggebender Faktor für die Entstehung beziehungsweise Verfestigung von Wohnungslosigkeit junger Menschen heraus. Unter anderem wird in Kapitel 7 die Ambivalenz zwischen Ursache beziehungsweise Folge von Substanzabhängigkeit und Wohnungslosigkeit bei jungen Menschen vorgestellt. Da die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei vorhandenen Erkrankungen wesentlich von den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem subjektiven Gesundheitsempfinden der Betroffenen abhängig ist, sind diesen Themen Kapitel 8 und 9 gewidmet. In Kapitel 10 gehen wir auf weitere Zugangsbarrieren ein, um Zusammenhänge und Wechselwirkungen verstehen zu können

Abschließend präsentieren wir unsere innovative Projektidee, welche auf Basis unserer Forschungsergebnisse entwickelt wurde, um die vorhandenen Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe zu optimieren und so einen präventiven Beitrag gegen die Manifestierung von Jugendwohnungslosigkeit zu leisten.

2. Jugendwohnungslosigkeit

Wohnungslosigkeit ist schon lange kein Phänomen mehr, das ausschließlich bei Erwachsenen auftritt. Vor allem bei Minderjährigen ist die Zahl der wohnungslosen Menschen in den letzten Jahren gestiegen. (vgl. BAWO 2009,12f) Laut Gesetz dürfte es minderjährige wohnungslose Menschen jedoch überhaupt nicht geben, da bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der/die Obsorgeberechtigte über den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen hat. Diese, sich illegal aufhaltenden Jugendlichen, können daher jederzeit von der Polizei angehalten und zu ihren gesetzlichen Vertretern rückgeführt werden. (vgl. ABGB § 162, Abs. 1)³ Auch bei den jungen erwachsenen Menschen konnte ein Anstieg in Bezug auf Wohnungslosigkeit vermerkt werden. (vgl. Arbeitsgemeinschaft Junge Wohnungslose 2012, 1) Doch was genau versteht man unter Wohnungslosigkeit? Gerade bei jungen Menschen bedeutet wohnungslos nicht gleich ohne Wohnung zu sein. Die Lebenssituationen sind hier sehr unterschiedlich. Zum einen gibt es Betroffene, die auf der Straße leben und trotzdem noch gelegentlich bei ihren Eltern übernachten oder bei verschiedenen Freunden unterkommen. Zum anderen gibt es Jugendliche und junge Erwachsene, die zur Gänze auf der Straße leben und auch hauptsächlich Freunde aus diesem Milieu aufweisen. (vgl. Bodenmüller/Piepel 2003, 12) Um einen Überblick über die verschiedenen Formen zu geben, werden wir nun auf die europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung eingehen, da diese europaweit anerkannt ist, von vielen Organisationen wie beispielsweise der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) als Grundlage verwendet wird und sich von uns verwendete Daten auch darauf beziehen.

Die FEANTSA (Europäischer Dachverband der Wohnungslosenhilfe) hat eine Typologie, genannt Ethos, bezüglich Wohnungslosigkeit entwickelt. Diese geht von 3 Pfeilern, welche wohnen ausmachen, aus:

- 1) *„physischer Bereich: der Besitz eines Gebäudes (Raumes), über das die Person und ihre Familie die ausschließlichen Besitzrechte ausüben kann*
- 2) *sozialer Bereich: in dem sie Privatheit aufrecht erhalten und Beziehungen pflegen kann*
- 3) *rechtlicher Bereich: über die es einen legalen Rechtstitel gibt“* (FEANTSA 2005, 1)

³ ABGB § 162, Abs. 1: “Soweit die Pflege und Erziehung es erfordern, hat der hierzu berechtigte Elternteil auch das Recht, den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen. Hält sich das Kind woanders auf, so haben die Behörden und Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes auf Ersuchen eines berechtigten Elternteils bei der Ermittlung des Aufenthalts, notfalls auch bei der Zurückholung des Kindes mitzuwirken.”

Das Ethos selbst besteht aus 13 verschiedenen Kategorien, die aufgeteilt sind auf die 4 Haupteinteilungen – Obdachlos, Wohnungslos, ungesichertes Wohnen und ungenügendes Wohnen.⁴

2.1. Situation in Wien

Bisher gibt es keine bundesweite Erhebung zum Thema Jugendwohnungslosigkeit in Österreich. Mitgliedsvereine der BAWO führen jedoch seit 1995 regionale Untersuchungen zur Thematik durch. Ziel ist es, neben der Eruiierung der Anzahl von wohnungslosen Jugendlichen und ihren Problemlagen, auch Versorgungslücken im System aufzudecken und entsprechende Vorschläge zur Verbesserung und Erweiterung der Angebotsstruktur zu entwickeln. Zu berücksichtigen gilt, dass die Datenerhebung von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durchgeführt wird und Personen, die nicht von den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe betreut oder beraten werden nicht systematisch erfasst werden, was somit keinen umfassenden Überblick über die tatsächliche Situation junger wohnungsloser Menschen bietet. (vgl. BAWO 2009, Vff) Der beträchtliche Teil der verdeckten Wohnungslosigkeit konnte im Rahmen dieser Studie bislang nicht erfasst werden. (vgl. BAWO 2009, 59) Über die Dunkelziffer kann aufgrund fehlender Daten nur spekuliert werden.

Neben der Erkenntnis, dass die Zahl der betroffenen Jugendlichen deutlich höher liegt als angenommen, zeigt sich speziell in Wien eine auffallend steigende Anzahl von jungen wohnungslosen Menschen. Laut Zahlen aus Statistiken der Wiener Wohnungslosenhilfe ist allerdings nur eine geringe Steigerung von wohnungslosen Jugendlichen zu vermerken. Im Jahre 2006 waren 16% der KlientInnen des gesamten Jahres der Altersgruppe 18 bis 29 zuzuschreiben. Bis 2010 stieg der Anteil auf 20%, das sind rund 1359 Personen unter 30 Jahren. (vgl. WWH 2012, 75) Dem gegenüber stehen allerdings nur 73 Wohnplätze für Personen dieser Altersgruppe, was auf einen akuten Mangel an spezifischen Einrichtungen schließen lässt, in denen die Betroffenen adäquate Hilfe und Unterstützung erfahren.

2.2. Ursachen und Auswirkungen von Jugendwohnungslosigkeit

Zu den Ursachen, die junge Menschen in die Wohnungslosigkeit führen, gibt es verschiedene Thesen, von denen bisher aber nur sehr wenige empirisch belegt worden

⁴ siehe Anhang

sind. Die Gründe für ein wohnungsloses Leben, sowie die Lebensbedingungen und Lebensweisen der Betroffenen sind individuell und regional sehr unterschiedlich. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 38; Permien/Zink 1998, 98)

Bei genauerer Betrachtung der Problematik lassen sich jedoch sehr wohl gemeinsame Faktoren erkennen, die die Entstehung von Wohnungslosigkeit bei jungen Menschen begünstigen. Hier ist zu erwähnen, dass Wohnungslosigkeit nicht den Beginn einer Problemlage darstellt, sondern viel eher am Ende einer langen Kette von problematischen und für die Betroffenen nicht bewältigbaren Lebenssituationen zu finden ist. Wohnungslosigkeit ist kein plötzlich auftretendes Phänomen, sondern das Ergebnis einer längerfristigen Entwicklung mit multikausalen Einflussfaktoren. (vgl. Wallner 2010, 2, Permien/Zink 1998, 25) Für eine genauere Beschreibung der Ursachen scheint eine Einteilung in zwei Kategorien sehr sinnvoll. Zum einen sind das Ausstoßungsprozesse, sogenannte „Push-Faktoren“ und zum anderen die Anziehungskraft der Straße, als „Pull-Faktor“ bezeichnet. (Deutsches Jugendinstitut e.V., Projektgruppe „Straßenkarrieren von Kinder und Jugendlichen“ 1995, 70, zit. in: Romahn 2000, 47) Teilweise kommt es zu einer Überlagerung und Verstärkung dieser beiden Faktoren.

Der Entscheidung ihre „Sozialisationsinstanzen (Familie/Heim/Schule/Ausbildung)“ (Permien/Zink 1998, 24) zu verlassen, liegen bei den meisten jungen Menschen gravierende Probleme in den Herkunftsfamilien zu Grunde (vgl. Bodenmüller/Piepel 2003, 16f, Romahn 2000, 47ff, Sand 2001, 38) und kann somit nicht als ein freiwillig gefasster Entschluss betrachtet werden (Push-Faktor). Gerade in der Adoleszenz spielt die Identitätsfindung eine sehr wichtige Rolle in der Entwicklung des Menschen. Neben biologischen Veränderungen, müssen sich die Jugendlichen auch mit zahlreichen sozialen Veränderungen auseinandersetzen. Hierzu zählen gesellschaftliche Erwartungen an die eigene Person, das Planen der beruflichen Zukunft oder das Eingehen von Partnerschaften. Für eine erfolgreiche Entwicklung sind bestehende, sichere soziale Beziehungen unabdingbar. (vgl. Rothgang 2009, 92f) Im Idealfall übernimmt diese wichtige Aufgabe die Familie und/oder die Schule. Verschiedene Faktoren tragen dazu bei, dass die Familie als wesentliche Sozialisationsinstanz immer mehr an Bedeutung verliert. Zum einen wäre hier eine Scheidungsrate von 42,5% (vgl. Statistik Austria 2012)⁵ zu nennen, die eine erhöhte Anzahl von AlleinerzieherInnen, Patchwork- oder Stieffamilien zur Folge hat, zum anderen können ökonomische Mangelsituationen, wie weiter oben beschrieben, Konflikte in Familien verschärfen und

⁵ vgl. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html [16.08.13]

einen wesentlichen Teil zur Familienflucht beitragen. Die meisten jungen wohnungslosen Menschen kommen aus instabilen und zerrütteten Familienverhältnissen und wurden Opfer von psychischer, physischer oder sexueller Gewalt. Des Weiteren berichten viele Jugendliche von massiven Alkohol- oder Suchtproblemen der Eltern. Vernachlässigung oder direkte Ausstoßung als Resultat von Überforderung mit der eigenen Lebenssituation und der Erziehung kann als weiterer Push-Faktor angesehen werden. (vgl. Bodenmüller/Piepel 2003, 17, Sand 2001, 38, Romahn 2000, 48) Das Problem der Jugendwohnungslosigkeit beschränkt sich jedoch nicht nur auf die einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen, sondern ist auch bei besserverdienenden Familien zu finden. Arbeit und Erhaltung des Lebensstandards genießen hier oberste Priorität, wobei die Bedürfnisse der Kinder völlig vergessen werden. Oft erfahren die Kinder nur eine materielle Versorgung, werden aber seelisch und emotional stark vernachlässigt. Etwaige Gewaltanwendungen und Missbrauch finden hier sehr verdeckt statt. Sehr häufig flüchten die Betroffenen zu extremen Randgruppen wie beispielsweise Punks oder Skinheads (Push-Faktor), da sie hier die fehlende Zuwendung und Geborgenheit finden die sie brauchen und sie gleichzeitig noch gegen das bürgerliche Gesellschaftsmodell, das sie bereits kennengelernt haben, protestieren können (Pull-Faktor). (vgl. Bodenmüller/Piepel 2003, 19, Romahn 2000, 49) Teilweise bestimmt in diesen Familien ein sehr autoritäres Verhalten der (Stief-)Eltern ihren Kindern gegenüber, was die Einhaltung von „bürgerlichen (Leistungs-)Normen“ (Permien/Zink 1998, 100) betrifft. Wird gegen die elterlichen Vorgaben verstoßen, kommt es oft zu wenig sinnvollen Bestrafungen, was häufig in „einem Teufelskreis von Auflehnung, Bestrafung, erneuter Auflehnung und massiver Bestrafung“ (Hansbauer et al. 2001, 135) mündet und in Familienflucht enden kann. (vgl. Sand 2001, 38, Permien/Zink 1998, 100f)

Schulversagen und/oder Schulausschluss tragen nicht nur erheblich zu familiären Konflikten bei, sondern können sogar als eigenständiger (Push-)Faktor betrachtet werden, der Jugendwohnungslosigkeit entstehen lassen kann. Dies passiert vor allem dann, wenn ein Leistungsabfall der Jugendlichen, deren auffälliges oder aggressives Verhalten oder überhaupt das Fernbleiben des Unterrichts, nicht als ein Indikator für persönliche Probleme erkannt wird, sondern lediglich als Störung empfunden wird. (vgl. Braun 2001, 39, Sand 2001, 39) In einer Studie von Hanna Permien und Gabriela Zink (1998, 130) berichten betroffene Jugendliche, dass in ihren Fällen die Reaktion der Schule darin bestand, sie in eine Schule für lernbehinderte oder verhaltensauffällige Kinder zu überstellen. Es scheint, dass viele Schulen nicht bereit oder fähig sind, die

Jugendlichen auch unter Einsatz von schulinternen oder ordnungsstaatlichen Bestrafungen in der Schule zu halten. Verschiedene Studien von Hansbauer et al. und Von Dücker (vgl. Sand 2001, 39) deuten darauf hin, dass die Anzahl der "nichtbeschulbaren" Kinder stetig steigt und ein Trend darin besteht, dass „bei vielen Schulen inzwischen eher Erleichterung vorherrscht, wenn andauernde Störenfriede und schwierige Jugendliche außen vor bleiben und das Lehrpersonal mit dem Lehrstoff ungehindert fortsetzen kann.“ (Hansbauer et al. 1997, 400 zit. in: Sand 2001, 39) Die Schule als weitere wichtige Stütze für verhaltensauffällige junge Menschen verliert somit auch zunehmend an Bedeutung und sie kann sogar kanalisierend wirken, denn ohne Schulabschluss entwickelt sich eine berufliche Zukunftslosigkeit, welche wiederum die Chancen auf materielle, soziale und kulturelle Teilhabe drastisch reduziert. (vgl. Münchmeier 2001, 161f, Romahn 2000, 53)

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Tatsache, dass die Phasen der Wohnungslosigkeit nicht in einer konstanten Abwärtsspirale verlaufen, sondern von einem ständigen Auf und Ab sowie wiederholten Versuchen geprägt sind, wieder in einer eigenständigen Wohnform zu leben. (vgl. Bodenmüller 2010, 86f) So berichtet ein Großteil der Jugendlichen, dass sie vor ihrer Wohnungslosigkeit mehrere Stationen zwischen Familie, Jugendhilfe und Psychiatrie durchleben. Die Erfahrungen mit professionellen Hilfeinstitutionen werden von den Betroffenen mehrheitlich als negativ beschrieben. Sie fühlen sich oft missverstanden, nicht ernst genommen, negativ etikettiert und ausgegrenzt und haben das Gefühl, dass keine Rücksicht auf ihre Wünsche und Bedürfnisse genommen wird. Ein weiteres Problem sehen die jungen Menschen in den regionalen Zuständigkeiten der Jugendhilfe. Oftmals werden sie an die Jugendhilfe ihres Heimatortes verwiesen, aus dem sie eigentlich geflohen sind. Jugendliche die über einen längeren Zeitraum professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, erleben den häufigen BetreuerInnenwechsel und den Kontakt zu zahlreichen AnsprechpartnerInnen und SachbearbeiterInnen eher als Belastung, denn als Hilfe. (vgl. Permien/Zink 1998, 103,136ff, Romahn 2000, 54f, Flick/Röhnsch 2008, 42, Bodenmüller/Piepel 2003, 37-42) Bezüglich Etikettierung ist hier noch die „Psychiatisierung der Jugendlichen“ (Höllmüller 2012, 1)⁶ zu nennen. Sehr oft werden die Betroffenen als behandlungsbedürftig etikettiert und an ihnen eine Störung festgemacht, ohne ihr soziales Umfeld oder die Bezugspersonen im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise einzubeziehen. (vgl. Permien/Zink 1998, 134f, Bodenmüller/Piepel 2003, 230ff) Würde dies geschehen,

⁶ vgl. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/244/384> [16.08.13]

könnte die Anzahl der Einweisungen eventuell gesenkt werden, da diese Maßnahme gelegentlich dann ergriffen wird, wenn die Erziehungsberechtigten oder die Bezugspersonen mit der Gesamtsituation überfordert sind. (vgl. Edler/Migosa 2001, 37, 166ff, Bodenmüller/Piepel 2003, 36) Diese negativen Erfahrungen und Erlebnisse (Push-Faktoren) bringen viele junge Menschen dazu, auch der Jugendhilfe den Rücken zuzukehren.

Den oben angeführten Ausstoßungsprozessen steht die Anziehungskraft der Straße (Pull-Faktor) gegenüber. Hier bekommen die Betroffenen das, was in ihren Herkunftsmilieus fehlt. Hierzu zählen vor allem Verständnis, Gehör und Akzeptanz für ihre Problemlagen. Außerdem bieten ihnen die verschiedenen Bahnhofs- und Cityszenen „die Möglichkeiten einer Identitätsfindung und sozialen Zugehörigkeit“, (Hansbauer et al. 2001, 152) sowie die Möglichkeit einer gesellschaftlichen Teilhabe ohne Berufsausbildung und Schulabschluss.

Die Folgen und Auswirkungen von Wohnungslosigkeit können wie die Ursachen sehr vielfältig sein. Es kommt zu Stigmatisierungsprozessen und in weiterer Folge zu Diskriminierungen durch die Gesellschaft. (vgl. Höhmann 1976, 14) Hierzu zählt, dass den Betroffenen der Zugang zu Bildung, Arbeits- und Wohnungsmarkt erschwert wird, was ihre ohnehin problematischen Lebenslagen zusätzlich verschärfen kann. (vgl. Wallner 2010, 4f)⁷ Der Großteil der Jugendlichen verfügt über kein legales Einkommen, was sie dazu zwingt ihr Überleben durch Betteln, Diebstahl oder Prostitution zu sichern. Diese Faktoren und diverse Ordnungsstrafen, wie beispielsweise Bahnhofs- oder Platzverweise, führen zu einer Kriminalisierung der Betroffenen (vgl. Bodenmüller/Piepel 2003, 25) und setzen einen Kreislauf in Gang, der zu einer Verfestigung von Wohnungslosigkeit führen und sogar auf die nächste Generation „vererbt“ (BAWO 2011, 241) werden kann. Je länger die Menschen wohnungslos sind, desto schwerwiegender werden die Belastungen für die Betroffenen. (vgl. BAWO 2011, 19) Im folgenden Kapitel wird auf die Zusammenhänge von Wohnungslosigkeit und Gesundheit eingegangen.

3. Gesundheitssituation von jungen wohnungslosen Menschen

Laut der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948 zählt zu Gesundheit nicht nur das Fernbleiben von Krankheiten, also physisches Wohlergehen, sondern auch psychische und soziale Gesundheit. Auf diesen komplexen Gesundheitszustand haben alle

⁷ vgl. <http://www.claudia-wallner.de/vortraege/Wohnungslosigkeit%20als%20Bewaeltigungsstrategie.pdf> [17.08.13]

Menschen ein Recht, egal welcher Herkunft, Religion, politischen Überzeugung, sozioökonomischen Schicht oder welchem Geschlecht sie angehören. Um den Zustand Gesundheit jedoch voraussetzen zu können, müssen laut der Ottawa-Charta von 1986 bestimmte Bedingungen gegeben sein. Diese beinhalten neben Frieden und dem gewissenhaften Umgang mit verfügbaren natürlichen Ressourcen auch Ernährung, Einkommen, Bildung und geeignete Wohnbedingungen. (vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986, 1f) Gesundheit ist somit kein Gut, das man einmal erhält beziehungsweise erreicht und dann für immer beibehält, sondern es muss aufrechterhalten werden, denn Gesundheit verändert sich täglich und ist von vielen individuellen und allgemeinen Faktoren abhängig⁸.

Junge wohnungslose Menschen, denen es an einem angemessenen Wohnraum fehlt, und aus dieser Folge oft auch an Einkommen beziehungsweise an Nahrung und Bildung, haben häufiger Probleme mit der Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und oftmals auch andere Vorstellungen und Einschätzungen über ihre eigene Gesundheit. Gesundheit ist somit stark von den subjektiven Vorstellungen abhängig, da jede Person ihre eigenen Ansichten bezüglich Gesundheit und Krankheit hat. Zusätzlich werden die Gesundheitsvorstellungen noch von den unterschiedlichen Lebensbedingungen, wie zum Beispiel vom Alter oder Geschlecht und von den sozialen, kulturellen und ökonomischen Voraussetzungen und Gegebenheiten beeinflusst. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 14f)

Laut dem Bericht "Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem" (Zechmeister-Koss/Reichel 2012), welcher im Auftrag des Vereins neunerhaus erstellt wurde, zeigt sich, dass Menschen in prekären Wohnverhältnissen, wohnungslose beziehungsweise obdachlose Menschen ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen. Dies liegt vor allem an deren Lebensbedingungen und dem sich daraus ergebendem, oft riskantem, Verhalten und Lebensstil, aber auch an der ungenügenden medizinischen Versorgung aufgrund vieler bürokratischer Zugangsbarrieren. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 5f) Wie jedoch auch schon Uwe Flick und Gundula Röhnsch (2008, 46) erkannt haben, gibt es zum Thema jugendliche wohnungslose Menschen und deren Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand wenige Daten. Angaben und Zahlen beziehen sich primär auf Erwachsene. Viele Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten und/oder erst später erkennbar werden, lassen sich jedoch "bis ins Jugendalter zurückverfolgen" (Flick/Röhnsch 2008, 46), deshalb werden wir uns in weiterer Folge auf jene Daten berufen. Wohnungslose

⁸ vgl. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [07.06.2013]

beziehungsweise obdachlose Menschen weisen nicht völlig andere Erkrankungen auf als die Allgemeinheit der Bevölkerung, jedoch gibt es Krankheiten, die aufgrund des Lebensstils auf der Straße öfter auftreten. (vgl. Kunstmann/Ostermann 2002, 150) Denn wie auch Flick und Röhnsch (2008, 53) erwähnen, erweist sich das Leben und Überleben auf der Straße als hart und um dem seelisch und auch körperlich Stand zu halten, greifen viele Betroffene zu Alkohol und Drogen. Gerade Frauen, welche häufig von verdeckter Wohnungslosigkeit betroffen sind und dadurch oft von anderen Personen abhängig sind, haben schon Gewalterfahrungen gemacht. Dies bedeutet einen erhöhten, dauerhaften seelischen und körperlichen Stress, was wiederum zu psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken führen kann. Aber auch die schlechte Ernährung auf der Straße und eingeschränkte Möglichkeiten bezüglich Hygiene und Körperpflege können für Krankheiten verantwortlich gemacht werden. Hinzu kommt, dass diese Personen meist nicht nur an einer Erkrankung leiden, denn durch das geschwächte Immunsystem kommt es häufig zur Multimorbidität. (vgl. FEM 2009, 3)

Es gibt einige empirisch belegte physische wie psychische Krankheiten, die bei wohnungslosen Menschen gehäuft auftreten, auf die nun genauer eingegangen wird.

3.1. Physische Krankheiten

Obwohl der Gesundheitszustand in modernen Wohlfahrtsstaaten so gut wie nie zuvor ist, wird immer mehr deutlich, dass nur ein bestimmter Teil der Gesellschaft einen Vorteil daraus ziehen kann und sozialökonomisch benachteiligte Menschen nur sehr bedingt von diesem gesundheitsbezogenen Fortschritt profitieren. Personen mit einer niedrigen Bildung, beruflichen Stellung oder einem niedrigen Einkommen erkranken häufiger und zeigen generell ein gesundheitsriskanteres Verhalten als Personen, die in besseren Umständen leben und aufwachsen. Dies erklärt auch die höhere Morbiditätsrate bei Menschen aus sozial schwächeren Schichten. (vgl. Marmot 2005, 1099ff) Lange Zeit wurde der Adoleszenz im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten nur sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da sie, verglichen mit anderen Altersstapen, als die „gesündeste“ Phase im menschlichen Leben gilt. Erst durch den signifikanten Anstieg an chronischen und somatischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter wurde das Thema zum Forschungsgegenstand. Mittlerweile steht fest, dass keine Altersgruppe stärker von Armut und sozialer Ungleichheit betroffen ist als Kinder und Jugendliche und dass gerade frühe soziale und gesundheitliche Benachteiligungen dauerhafte Schäden verursachen

können. (vgl. Hackauf/Ohlbrecht 2010, 18, 143f) Gerade wohnungslose Menschen und insbesondere junge wohnungslose Personen sind einer Vielzahl von Belastungen und Risiken ausgesetzt – die gesundheitlichen Folgen sind nach den Ergebnissen einer Studie zur Gesundheit von Straßenkindern offensichtlich: 78% der Befragten leiden unter gesundheitlichen Problemen, 43% der StudienteilnehmerInnen sogar unter anhaltenden beziehungsweise schweren Beeinträchtigungen, die sich meist bis ins Erwachsenenalter ziehen und den Grundstock für Erkrankungen im späteren Leben legen. (Kerfoot et al. 2007 zit. in: Flick/Röhnsch 2008, 46)

Erst vor Kurzem wurde die Diagnose „Homelessness“ in die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz ICD-10, aufgenommen⁹. Die ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und ist das wichtigste weltweit anerkannte Krankheitsklassifikationssystem. In Österreich wird Obdachlosigkeit jedoch immer noch nicht als offizielle Krankheit anerkannt, weshalb die Diagnose Z59, für Obdachlosigkeit, nicht in der österreichischen Version angegeben wird. (vgl. BMG 2013, 661) Bei den nach ICD-10 klassifizierten Vorerkrankungen der Obdachlosen rangieren Erkrankungen des Atmungssystems ganz oben. Gleich danach folgen Infektionskrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Nerven- und Verdauungssystems, wie Petra Mayer im Deutschen Ärzteblatt berichtet. (vgl. Mayer 2009, A400)

Eine 2006 veröffentlichte österreichische Untersuchung unter 44 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe kam zum selben Ergebnis. Unter allen Befragten gaben 30% an unter chronisch somatischen Krankheiten, also dauerhaft anhaltenden Problemen, die den Körper betreffen, zu leiden. Chronisch somatische Probleme war somit die am häufigsten vorkommende gesundheitliche Beschwernekategorie. Unter diese Kategorie fallen „Lungen- und Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufferkrankungen, ernährungsbedingte Erkrankungen (ohne nähere Definition), Hautkrankheiten, Geschwüre und Entzündungen, sowie Epilepsie“. (Schoibl 2006 zit. in: Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 20) An dieser Stelle ist anzumerken, dass in dieser Studie auf die regionale Verteilung dieser Krankheiten sowie auf Einzelheiten über das Krankheitsspektrum nicht genauer eingegangen wurde.

Eine in Wien unter BewohnerInnen von Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe durchgeführte Studie unterstreicht die Ergebnisse der oben genannten Untersuchung zusätzlich. Sie ermittelten neben psychischen Erkrankungen, Lungenerkrankungen als

⁹ <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Z00-Z99/Z55-Z65/Z59-Z59.0> [28.08.2013]

die am häufigsten vorkommende Diagnose. Außerdem wurde ein beträchtlich höherer Anteil an chronischen Erkrankungen als in einer Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung festgestellt. Auffallend waren zudem der überdurchschnittlich hohe Tabakkonsum und die mangelnde Zahngesundheit, die sich durch vermehrtes Auftreten unbehandelter Karies und reduzierter „mundgesundheitsbezogener“ (Wagner 2012 zit in: Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 20) Lebensqualität äußert. Obwohl Straßenjugendliche in entwickelten Ländern nicht grundsätzlich draußen übernachten, erweist sich die ständige Suche nach einer Unterschlupfmöglichkeit in Notschlafstellen oder bei Szeneangehörigen, die mittlerweile wieder über ein Quartier verfügen, als sehr belastend. Solche Unterkünfte sind insofern notdürftig, als dass der/die Betroffene aus Platzgründen oft nur für eine begrenzte Zeit aufgenommen werden kann und früher oder später wieder auf die Straße entlassen wird. Eine solch instabile Lebensweise gekoppelt mit einer meist unausgewogenen Ernährung machen die Betroffenen anfällig für Krankheiten wie Lungenentzündung oder Influenza. Hinzu kommt die oft unzureichende sanitäre Ausstattung der Notquartiere, die es für die Heranwachsenden äußerst schwierig macht auf eine alltägliche Körperpflege zu achten, was folglich zu infektiösen Hauterkrankungen oder zum Befall mit Ungeziefer, wie zum Beispiel Läusen führt. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 48f) Notdürftig sind die Unterkünfte außerdem in Hinblick auf ihren hygienischen Zustand und ihrer materiellen Ausstattung, was zum Beispiel eine angemessene Lagerung von Lebensmitteln unmöglich macht.

„Der Müll hat sich draußen auf'm Balkon gestapelt (...) 'n paar Zentimeter daneben stand unser Essen dann, wir hatten keinen Kühlschrank.“ (Flick/Röhnsch 2008, 83)

Häufiges Übernachten im Freien führt aufgrund der Witterungsbedingungen zu einer höheren Anfälligkeit für Infekte und zu einem höheren Risiko chronische Atemwegs- und andere Erkrankungen zu bekommen. Diese Wahrscheinlichkeit steigt durch das Zusammenleben auf engstem Raum und die damit verbundene Ansteckungsgefahr noch zusätzlich. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 48f) Nicht nur das Auftreten, sondern auch der Verlauf bestimmter Krankheiten ist durch das Leben auf der Straße bedingt. Oft können vermeintlich harmlose gesundheitliche Einschränkungen zu verheerenden Komplikationen führen, weil die Voraussetzungen für eine schnelle Heilung, wie Schonung oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, nicht gegeben sind. (vgl. Schwarzenau 2002, 1)

3.2. Psychische Krankheiten

Jugendliche, die akut von Wohnungslosigkeit betroffen sind, haben nicht nur ein höheres Risiko sich eine physische Krankheit zuzuziehen, gemäß epidemiologischen Studien sind sie auch anfälliger an einer psychischen Störung zu erkranken. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 49) Dies verdeutlicht ein Evaluationsbericht des Liaisondienstes des psychosozialen Dienstes (PSD), einer Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, aus dem Jahr 2006: 52% der innerhalb eines Jahres untersuchten wohnungslosen Menschen wiesen psychiatrische Symptome auf. 32% waren von einer Suchtproblematik betroffen und 3 % von Suizidalität. Die Leistungsfähigkeit war bei rund 68% der Begutachteten mittel bis schwer beeinträchtigt, was bedeutet, dass sie deutlich, schwer beziehungsweise extrem schwer erkrankt sind. (vgl. PSD 2006)

Im Literaturbericht „Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem“ (Zechmeister-Koss/Reichel 2012), der oben bereits zitiert wurde, untersuchten drei Studien die Situation bei Kindern und Jugendlichen (Aichhorn 2008/Craig 2000/Gewirtz 2008 zit. In: Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 26), wobei sich zwei davon auf wohnungslose Jugendliche in Notunterkünften konzentrierten. (Aichhorn 2008/Craig 2000 zit. in: Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 26) Dabei wurden Substanzabhängigkeiten am häufigsten diagnostiziert. Bei 50% bis 80% wurde zumindest eine psychiatrische Störung festgestellt, die bei einem Großteil der ProbandInnen auch nach einem Jahr noch bestand. 10% bis 15% der Befragten gaben Suizidversuche an. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 25) Eine Studie, die 2008 in den USA durchgeführt wurde (Gewirtz, 2008, zit. in: Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 26) ermittelte den psychosozialen Status von Kindern, deren Eltern in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wohnten. Nach Angaben der Betreuungspersonen lagen bei jedem vierten Kind Verhaltensauffälligkeiten oder Depressionen vor. Weiters konnte ein Zusammenhang zwischen einem schlechten psychosozialen Status älterer Kinder und psychiatrischen Erkrankungen der Eltern festgestellt werden. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 25) Zum Vergleich stellte die BELLA-Studie („Befragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“)¹⁰, ein vertiefendes Studienmodul der KiGGS-Studie¹¹, eine Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts, die sich mit der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland befasst, bei 22% der 2.800 untersuchten Kindern und Jugendlichen zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten fest. Bei etwa 10% lagen sehr wahrscheinliche psychische Auffälligkeiten

¹⁰ vgl. <http://www.bella-study.org/> [30.08.13]

¹¹ vgl. <http://www.kiggs-studie.de/> [30.08.13]

vor. Die Studie zeigt sehr deutlich, dass der sozioökonomische Status und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen miteinander korrelieren, denn sozialökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche haben im Vergleich zu Gleichaltrigen aus höheren sozialen Schichten ein bis zu viermal höheres Risiko einer psychischen Auffälligkeit. (vgl. Hackauf/Ohlbrecht 2010, 100) Wohnungslose Jugendliche leiden nicht nur deutlich häufiger unter psychischen Störungen als Gleichaltrige der Allgemeinbevölkerung, sie weisen auch öfter eine psychiatrische Komorbidität auf, wobei sich diese meist auf eine mentale Krankheit und eine Abhängigkeitserkrankung bezieht. Dabei bleibt der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung meist ungeklärt, da psychische Störungen eine Folge des vorhergehenden Substanzmissbrauchs sein können oder der Alkohol- und Drogenkonsum dafür verwendet wird, um bestehende psychische Probleme ertragen zu können. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 50) Der Konsum von Tabak, Alkohol und (illegalen) Drogen gehören für wohnungslose Jugendliche oft zum täglichen Leben. Er trägt dazu bei, den belastenden Alltag kurzzeitig vergessen beziehungsweise besser ertragen und sich von Erwachsenen abgrenzen zu können. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 18) Die Bezugsgruppe erfüllt dabei eine sozialisierende Funktion, die dazu dient, Konsummuster zu vereinheitlichen und eine kollektive Identität herauszubilden. Die Empfänglichkeit gegenüber dem damit verbundenen Druck zu übereinstimmendem Verhalten ist von der Anzahl der sozialen Unterstützungsquellen abhängig. Stellt die Straßenszene den einzig vorkommenden Ursprung sozialen Rückhalts dar, kann das insoweit dazu führen, dass der Substanzkonsum intensiviert wird und die Jugendlichen angesichts der subjektiv belastenden Lebensbedingungen von sich aus Bewältigungserwartungen an die Substanz stellen. Erschwerte Entwicklungsbedingungen, wie Alltagsstress, schwierige soziale Verhältnisse oder ein subjektiv schlechtes Wohlbefinden – also Faktoren mit denen insbesondere Wohnungslose konfrontiert sind - tragen zu einer besonderen Disposition für diesen Gruppendruck bei. (vgl. Flick/Röhnsch 2008, 20)

Alle diese Studien zur psychischen Gesundheit sind sich in einem Punkt einig: An oberster Stelle steht eine möglichst rasche soziale und psychiatrische Intervention im Rahmen einer medizinischen Versorgung mit unterstützendem Wohnangebot, um eine Verstetigung psychischer Krankheiten zu verhindern und der alarmierenden Jugendsuizidalität entgegenzuwirken. Leider sind die Standards der bisher angebotenen psychiatrischen Versorgung für wohnungslose Menschen, wenn überhaupt vorhanden, überwiegend unzureichend. (vgl. Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 25) Im Folgenden wird

ein Überblick über die derzeitige Gesundheitsversorgung obdachloser Menschen in Wien gegeben und eventuelle Versorgungslücken thematisiert.

4. Gesundheitsversorgung in Wien

Laut Esping-Andersens Typologie der drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus gehört Österreich zu jener der konservativen. Dies bedeutet einerseits, dass die Familie zentral für die Wohlfahrtsproduktion ist und der Staat nur subsidiär einspringt, andererseits heißt das auch, dass der Staat durch Sozialversicherungen und diverse Fürsorgeleistungen einen bestimmten Rahmen setzt, um der Bevölkerung eine gewisse Sicherheit zu bieten. Diese Annahmen treffen auch auf das österreichische Gesundheitssystem zu. (vgl. Homfeldt/Sting 2006, 27f) Die Gesundheitsversorgung wird als eine öffentliche Aufgabe angesehen und ist „somit ein geteilter Aufgabenbereich von Bund, Ländern und Gemeinden“ (Bundesministerium für Gesundheit 2010, 6) und den Sozialversicherungsträgern als selbstverwaltete Körperschaften. Der bedeutendste Grundsatz des österreichischen Gesundheitssystems, dass alle BürgerInnen, „unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2010, 10) den gleichen Anspruch auf die Gesundheitsleistungen garantiert haben, wird durch die vorherrschende Sozialversicherung sichergestellt. Diese ist prinzipiell an ein aufrechtes Arbeitsverhältnis geknüpft, wobei auch Kinder und EhegattInnen beziehungsweise LebenspartnerInnen mitversichert sein können. Außerdem gibt es Bestimmungen für Personen in Pension und/oder ohne Beschäftigung und in besonderen Fällen die Möglichkeit der Selbstversicherung.¹² Durch diese Pflichtversicherung sind in Österreich 99% der Einwohner krankenversichert. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010, 10) Um die Leistungen der Versicherung nutzen zu können, muss bei jeder ärztlichen Behandlung die E-Card vorgelegt werden, die die Versicherten automatisch zugeschickt bekommen. Ohne diese ist es grundsätzlich nicht möglich das öffentliche Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen.¹³ Demnach müssen nichtversicherte Personen sämtliche Kosten bei medizinischen Leistungen selbst übernehmen, außer es handelt sich um Erste-Hilfe-

¹² vgl. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html [22.7.13]

¹³ vgl. http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=51906&p_tabid=4 [30.07.13]

Leistungen.¹⁴ Dies stellt selbstverständlich eine Barriere zum vorherrschenden Gesundheitssystem in Österreich dar und erschwert folglich den Zugang zu medizinischen Leistungen. Es gibt jedoch vielzählige Gründe, warum junge wohnungslose Menschen, auch bei aufrechtem Versicherungsstatus, nicht die angebotenen ärztlichen Dienste, egal ob staatlich geregelte oder bei verschiedenen Organisationen, nutzen. Diese werden im folgenden Kapitel erläutert.

4.1. Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

In der internationalen Literatur werden verschiedene Barrieren, die den Zugang zu medizinischen Behandlungen verhindern, diskutiert.

Eine Barriere, die unabhängig des Herkunftslandes der wohnungslosen Menschen auftritt, ist die soziale Barriere. Damit ist gemeint, dass Menschen, auch wenn sie prinzipiell einen Leistungsanspruch hätten, diesen aus persönlichen Beweggründen nicht nutzen, da sie einerseits oftmals Scham oder Angst empfinden, andererseits berichten viele, dass sie schon früher auf negative Reaktionen seitens des Personals in gesundheitsbezogenen Einrichtungen gestoßen sind, da diese ihnen, unter anderem, das Gefühl gegeben haben, dass sie die Leistungen nicht verdient hätten, was viele wohnungslose Menschen auch selber glauben. Dieser fehlende Respekt und das Gefühl der Stigmatisierung führen dazu, dass die Menschen immer weniger Vertrauen in die Gesundheitsversorgung haben, was natürlich eine negative Auswirkung auf ihr Gesundheitsverhalten haben kann. Überdies schätzen viele wohnungslose Menschen ihre Gesundheit viel besser ein als sie es tatsächlich ist, was vermutlich als eine Art Selbstschutz dient, da diese Menschen sowieso unter stark erschwerten Bedingungen leben und sie in dieser Zeit wichtigere Prioritäten haben wie einen Schlafplatz zu finden oder Essen zu besorgen. Die Tendenz, die eigene Gesundheit innerhalb der sozialen Gruppe zu vergleichen und sich an dieser als Messwerte zu orientieren und die zum Teil fehlende Gesundheitskompetenz können als weitere Erschwernisse gesehen werden. Außerdem werden medizinische Behandlungen eher als eine Art Reparaturmedizin angesehen, das bedeutet oftmals eine erst sehr späte Nutzung der angebotenen Leistungen. Neben den auf subjektivem Wahrnehmen basierenden Barrieren gibt es in Wien aufgrund der vorherrschenden Multikulturalität außerdem sprachliche und kulturelle Barrieren. Für wohnungslose Menschen ist somit nicht nur die Kommunikation während

¹⁴ vgl. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html [22.7.13]

der Behandlung durch den Arzt beziehungsweise die Ärztin erschwert, auch ist durch die andere Sprache und das teilweise unterschiedliche Sprachverständnis der Zugang zu Informationen bezüglich der Gesundheitsversorgung problematischer. Es berichten jedoch auch Menschen der gleichen Muttersprache, Schwierigkeiten zu haben, die gesagten Inhalte des Personals in Gesundheitseinrichtungen zu verstehen, da sich diese zumeist in der Fachsprache ausdrücken. (vgl. Zechmeister-Koss/ Reichel 2012, 47ff; Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2012, 39ff)

Die nächste große Barriere stellt die finanzielle Situation dar. Obwohl in Österreich eine Pflichtversicherung existiert, ist 1% der Bevölkerung nicht versichert und muss somit sämtliche Kosten selber bezahlen. Für diese Menschen ist die einzige Möglichkeit das staatliche Gesundheitssystem kostenfrei zu nutzen, wenn sich das medizinische Personal „auf einem Auge blind stellen“, „einer breiteren Definition von Notfall zustimmen [...] oder falsche Identitäten akzeptieren“ (Zechmeister-Koss/ Reichel 2012, 51) würde. Für viele versicherte wohnungslose Menschen ist außerdem ein Problem, dass die Versicherung zwar die Kosten für den Großteil der Leistungen deckt, jedoch bei speziellen Behandlungen oftmals Selbstbehalte anfallen, die wohnungslose Menschen nicht bezahlen können. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2012, 39ff)

Abschließend sind auch noch die organisatorischen Barrieren zu erwähnen. Durch die auf verschiedene „Kostenträger und Gebietskörperschaften aufgeteilte Versorgungsstruktur [ist, Anm. d. Verf.] eine integrierte Versorgung“ (Zechmeister-Koss/ Reichel 2012, 51) schwer möglich. Speziell „bei chronischen Erkrankungen, die einer kontinuierliche Betreuung und Versorgung auf verschiedenen Versorgungsstufen [...] bedürfen,“ (Zechmeister-Koss/ Reichel 2012, 51f) erweist sich dies als überaus kompliziert, da wohnungslose Personen ohnehin Probleme hinsichtlich der Organisation und Einhaltung von Terminen haben. Auch die zwar üblichen, aber doch sehr langen Wartezeiten während eines Arztbesuches stellen eine Herausforderung dar, denn „damit sind hohe Anforderungen an die Motivation und an die mittelfristige Planung verbunden.“ (Zechmeister-Koss/ Reichel 2012, 46f) Nicht zuletzt ist auch eine zumeist nicht vorhandene Wohnadresse beziehungsweise Zustelladresse ein Erschwernis, da Befunde, weitere Informationen et cetera oftmals an eine genannte Adresse zugeschickt werden. (vgl. Zechmeister-Koss/ Reichel 2012, 51f)

Aufgrund und trotz der oben benannten zahlreichen Barrieren, die junge wohnungslose Menschen daran hindern, eine adäquate gesundheitliche Versorgung durch das staatliche Gesundheitssystem zu bekommen, werden im nachstehenden Kapitel einige

Organisationen vorgestellt, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, eben diese Menschen zu betreuen und ihnen medizinische Leistungen anbieten.

4.2. Gesundheitliche Versorgungsangebote für Menschen ohne Krankenversicherung

In Österreich gibt es trotz eigentlich flächendeckender Pflichtversicherung Menschen, die durch dieses System durchfallen und somit aus verschiedenen Gründen nicht krankenversichert sind und Leistungen des Gesundheitssystems somit zur Gänze selbst bezahlen müssen. Dies trifft unter anderem auch auf einen Teil der wohnungslosen jungen Menschen in Wien zu.¹⁵ Damit auch diese Menschen medizinische Leistungen ohne hohe finanzielle Ausgaben zur Verfügung haben, bieten einige Organisationen in Wien kostenfreie und zumeist niederschwellige Gesundheitsuntersuchungen an. Somit wird eine „Brücke zwischen Sozial- und Gesundheitswesen“¹⁶ gebaut. Diese Organisationen betreuen entweder spezielle Zielgruppen wie Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Sucherkrankungen oder stellen allgemeine Gesundheitsleistungen bereit. Im Folgenden werden einige Organisationen exemplarisch vorgestellt, die diese medizinischen Leistungen im Speziellen auch für junge beziehungsweise wohnungslose Menschen anbieten.

PSD - Psychosoziale Dienste in Wien

Der PSD verfügt über acht Sozialpsychiatrische Ambulatorien in Wien, welche für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowohl für Langzeitbetreuung als auch bei Krisensituationen geeignet sind. Dort werden neben medizinischen Leistungen auch rehabilitative Maßnahmen gesetzt, wie die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung oder bei anderen organisatorischen Schwierigkeiten. Abgesehen von den Ambulatorien bietet der PSD des Weiteren die Psychiatrische Soforthilfe an, welche an verschiedenen Standorten in Wien, sowie mobil rund um die Uhr bei akuten Krisen Unterstützung bietet. Außerdem verfügt der PSD über eine Kinder- und Jugendpsychiatrie und stellt einige Plätze für Psychotherapie bereit. Besonders interessant für junge Wohnungslose Menschen ist der psychiatrische Liaisondienst des PSD, welcher derzeit in 27 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angeboten wird und durch welchen es erleichtert

¹⁵ vgl. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html [13.8.2013]

¹⁶ <http://www.neunerhaus.at/medizinische-versorgung/> [13.8.2013]

werden soll, medizinische Leistungen zu suchen und anzunehmen.¹⁷ „Alle Behandlungs- und Unterstützungsangebote können ohne E-Card in Anspruch genommen werden, sind kostenlos und auf Wunsch selbstverständlich anonym.“¹⁸

Suchthilfe des Vereins Dialog

Das Ziel der Suchthilfe ist es, den eigenen „Suchtmittelkonsum zu überdenken und zu verändern.“¹⁹ Der Verein bietet eine individuelle und kostenlose Beratung und Betreuung an, um so gemeinsam mit den KlientInnen passende Maßnahmen zu setzen. Zum Angebot gehören unter anderem Substitutionsbehandlungen und andere suchtmedizinische Leistungen, Psychotherapie um Ursachen der Suchterkrankung herauszufinden, psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlungen. Weitere Leistungen wie Akupunktur und Schulden- oder Rechtsberatung können von den KlientInnen zusätzlich in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus bietet der Dialog Beratung und Betreuung für spezielle Zielgruppen wie Jugendliche, Männer, Frauen oder auch zu speziellen Drogen wie aktuell die Drogenberatung- und -behandlung. Einen besonderen Schwerpunkt auf die Arbeit mit Jugendlichen legt zum Beispiel die Integrative Suchtberatung der Gudrunstraße, wobei sich Jugendliche auch an das Haus in der Wassermannsgasse wenden können. In der Außer für Konsumierende bietet die Suchthilfe auch Unterstützung für Angehörige und Präventionsprogramme in Betrieben, Schulen und Organisationen. Es gibt in Wien fünf Standorte, wobei jeder spezielle Angebote und Schwerpunkte hat.²⁰

Konnex

Konnex bietet als Liaisondienst MitarbeiterInnen, die mit KonsumentInnen illegaler Substanzen arbeiten, Beratung und Unterstützung durch SuchtexpertInnen an. Das Angebot umfasst unter anderem Vorträge und Fortbildungen, Unterstützung in der Fallarbeit, Teilnahme an Teambesprechungen, suchtspezifische Beratung der MitarbeiterInnen aber auch suchtspezifische Unterstützung bei konzeptionellen Überlegungen in den Einrichtungen. Die Beratungen finden entweder vor Ort oder telefonisch statt.²¹

¹⁷ vgl. <http://www.psd-wien.at/psd/94.html> [13.08.2013]

¹⁸ <http://www.psd-wien.at/psd/94.html> [13.08.2013]

¹⁹ <http://www.dialog-on.at/konsumierende/hauptleistungen> [13.8.2013]

²⁰ vgl. <http://www.dialog-on.at/konsumierende/hauptleistungen> [13.8.2013]

²¹ vgl. <http://drogenhilfe.at/ueber-uns/beratung-behandlung-und-betreuung/liaisondienste/konnex/> [13.8.2013]

Drogenberatung für Jugendliche – Kolping.

Die Drogenberatung von Kolping ist, wie es der Name schon verrät, speziell für Jugendliche bis 22 Jahre konzipiert. Neben einer allgemeinen Beratung die Informationen zu den Themen Entzug und Therapie als auch individuelle Wünsche zur Veränderung beinhaltet, stellt die Drogenberatung ärztliche Beratung bei gesundheitlichen Beschwerden als auch Behandlung, welche unter anderem den Schwerpunkt Akupunktur als Therapiemethode hat, bereit. Weiters bietet die Einrichtung sowohl Psychotherapie als auch psychosoziale Begleitung und Freizeitgestaltung an. Zusätzlich gibt es auch Angebote für Angehörige. Die Leistungen können auch von Menschen ohne Krankenversicherung in Anspruch genommen werden.²²

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder ist „das älteste Ordensspital in Wien“, welches „nicht nur zu den größten Spitälern der Bundeshauptstadt sondern auch zu den modernsten“ zählt. Es verfügt über „neun Fachabteilungen, zwei Institute sowie eine öffentlich angeschlossene Apotheke“. Wichtig sind hier neben medizinischer Behandlung und Pflege auch Werte wie „menschliche Zuwendung und christliche Nächstenliebe“.²³ Die ärztliche Behandlung ist für Menschen ohne Versicherung kostenfrei.

das neunerhaus

Das neunerhaus bietet neben der eigentlichen Hauptleistung, der Unterbringung wohnungsloser Menschen, auch einen niederschweligen Zugang zu ärztlichen Leistungen im Medizinischen Zentrum des neunerhauses an. Die neunerhaus Arztpraxis hat an mehreren Tagen die Woche geöffnet und stellt nicht nur allgemeinmedizinische Betreuung, sondern auch sozialarbeiterische Beratung an. Um so viele Menschen wie möglich zu erreichen, sucht das Team neunerhausarzt ihre KlientInnen direkt in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWH) auf und versorgt sie vor Ort. Des Weiteren bietet das neunerhaus die neunerhaus Zahnarztpraxis an, die genauso wie eine gewöhnliche Zahnarztpraxis fungiert. Das Angebot richtet sich sowohl an akut wohnungslose Menschen, als auch an Menschen, die zurzeit in Einrichtungen der WWH wohnen oder in Notunterkünften untergebracht sind.²⁴

²² <http://www.kolping.at/drogenberatung/start.html> [13.8.2013]

²³ <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/ueberuns> [13.08.2013]

²⁴ vgl. <http://www.neunerhaus.at/> [13.08.2013]

Louisebus der Caritas der Erzdiözese Wien

Der Louisebus bietet einen niederschweligen und kostenlosen Zugang zu ärztlichen Leistungen. Das Angebot richtet sich an akut wohnungslose Menschen. Diese können den Louisebus an fünf Tagen die Woche an einem der fix ausgeschriebenen Plätze bei denen der Bus anhält, aufsuchen.²⁵ Da der Louisebus „mit Krankenhäusern, Fachärzten und Labors“²⁶ kooperiert, können KlientInnen wenn notwendig auch an diese weitervermittelt werden, um ihnen auch eine intensivere Behandlung zu ermöglichen.

AmberMed

Das Projekt AmberMed – eine Kooperation des Österreichischen Roten Kreuzes und dem Diakonie Flüchtlingsdienst - bietet speziell für obdachlose und/oder nicht-krankenversicherte MigrantInnen und Asylsuchende, jedoch auch für nicht-krankenversicherte ÖsterreicherInnen kostenlose soziale Beratung, medizinische Versorgung und Medikamentenhilfe an. Neben ÄrztInnen und TherapeutInnen sind hier auch DolmetscherInnen angestellt und es gibt die Möglichkeit KlientInnen an externe fachliche Einrichtungen weiterzuvermitteln, falls erforderlich. An drei Tagen die Woche sind bei AmberMed ÄrztInnen und DolmetscherInnen anwesend, die die KlientInnen medizinisch betreuen als auch Medikamente bereitstellen. Die Behandlung kann auf Wunsch auch anonym durchgeführt werden. Zusätzlich bietet AmberMed weitere Gruppen mit verschiedenen gesundheitsfördernden Schwerpunkten an, um so gegenseitigen Austausch von Erfahrungen zu ermöglichen.²⁷

5. Qualitativer Forschungszugang

Die Statistik Austria berechnet seit 2003 jährlich auf Basis der EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) Indikatoren zu Armut und sozialer Eingliederung. Zentrale Themen sind Einkommen, Beschäftigung und Wohnen sowie subjektive Fragen zu Gesundheit und finanzieller Lage, die es erlauben, die Lebenssituation von Menschen in Privathaushalten abzubilden. Im Jahr 2012 waren demnach 1,5 Millionen Menschen in Österreich armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Das sind 18,5% der Bevölkerung. Diese Personen sind von mindestens einer der drei

²⁵ vgl. <http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/mobile-angebote/louisebus/> [13.8.2013]

²⁶ http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/caritas_louise-bus.html [13.8.2013]

²⁷ vgl. <http://www.amber-med.at/> [13.08.2013]

definierten Gefährdungslagen betroffen, die auch in Kombination auftreten können: 2012 waren in Österreich 14,4% der Bevölkerung armutsgefährdet (1.201.000 Personen), 4,0% waren erheblich materiell depriviert (335.000 Personen) und 7,6% der Personen unter 60 Jahren lebten in Haushalten mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität (490.000 Personen). Erwähnenswert ist hierbei, dass diese Erhebung mittels persönlichen Interviews (CAPI oder CATI) durchgeführt wird, Personen in Anstaltshaushalten und Personen ohne festen Wohnsitz jedoch nicht Teil der Stichprobe sind und somit keine Beachtung in der repräsentativen Studie finden.²⁸ Folglich kommt es zu einem Mangel an Daten hinsichtlich der Lebenssituation dieser Personengruppe, zu der auch immer mehr junge Erwachsene zählen, wie die Arbeitsgemeinschaft Junge Wohnungslose feststellt. (vgl. Arbeitsgemeinschaft Junge Wohnungslose 2012, 1) Auch wenn noch zu wenige Erkenntnisse vorliegen, besteht wenig Zweifel daran, dass die Zielgruppe „obdachlose beziehungsweise wohnungslose Jugendliche“ einer besonderen Vulnerabilität ausgesetzt sind. Besonders bezüglich der Thematiken Gesundheit/Krankheit auf der Straße und mögliche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem gibt es wenig verlässliche Informationen und Studien. Umso wichtiger erscheint es herauszufinden wie Jugendliche in der Hauptstadt Wien Gesundheit, Gesundheitsrisiken und die vorhandenen Versorgungsangebote (er-)leben und interpretieren, womit die Thematik unserer vorliegenden Arbeit grob umrissen werden kann.

Zum einen geht es uns um den Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und der eigenen Gesundheit/Krankheit. Folglich müssen wir die eigenen Gesundheitsvorstellungen und das subjektive Gesundheitsempfinden der jungen wohnungslosen Menschen in Erfahrung bringen. Weiters geht es uns um die Erkrankungen, mit denen junge wohnungslose Menschen konfrontiert sind, und die Faktoren, welche zum Gesundheitszustand beitragen. Abschließend wollen wir noch die Erfahrungen, die junge wohnungslose Menschen mit dem öffentlichen Hilfesystem gemacht haben erforschen und darstellen, was sie als hilfreich empfinden beziehungsweise welche Barrieren beim Zugang zum Hilfesystem für diese Menschen hervorgehen. Finales Ziel unserer Arbeit ist es Versorgungslücken im Hilfesystem aufzudecken und aus den gewonnenen Daten ein Projekt zu entwickeln, welches auf die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen wohnungsloser Jugendlicher zugeschnitten ist.

Daraus ergibt sich folgende Hauptfrage:

²⁸ vgl. [methodenbericht eu-silk 2012_074631.pdf](#) [25.12.2013]

“Wie gestaltet sich der Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und der eigenen Gesundheitssituation?”

Im Rahmen dessen fokussieren wir auf folgende Unterfragestellungen:

“Welche Vorstellungen beziehungsweise Wahrnehmungen der eigenen Gesundheit haben junge wohnungslose Menschen?”

“Welche Aspekte/Faktoren beeinflussen den Gesundheitszustand von jungen wohnungslosen Menschen und wie gehen sie damit um?”

“Mit welchen Erkrankungen sind junge wohnungslose Menschen konfrontiert?”

“Wie nehmen junge wohnungslose Menschen den Zugang zum öffentlichen Hilfesystem wahr und welche Erfahrungen haben sie damit gemacht?”

Wir haben uns für die qualitative Forschung entschieden, da wir Interviews direkt mit den Betroffenen führen wollten, um so die individuellen Erfahrungen junger wohnungsloser Menschen kennen zu lernen und dadurch Zusammenhänge zwischen der Wohnungslosigkeit und der Gesundheitssituation zu erfahren. Um aus den einzelnen Ergebnissen generelle Hypothesen entwickeln zu können, haben wir die Interviews in den nächsten Schritten analysiert und miteinander verglichen. In weiterer Folge planen wir anhand der erworbenen Daten ein Projekt, welches zum Ziel hat eine oder mehrere unserer Erkenntnisse aufzugreifen und umzusetzen.

Für unsere Forschungsarbeit haben wir als leitendes Erhebungsinstrument das narrative Interview gewählt. Dies ist eine offene, lebensgeschichtlich orientierte Form des Interviews, die von Schütz (1977) entwickelt wurde. Grundelement des narrativen Interviews ist die von den Befragten frei entwickelte Stegreiferzählung, die durch eine Eingangsfrage - als “erzählgenerierende Frage” bezeichnet - angeregt wird. (vgl. Hopf 1991, S.179; Lamnek 1989, S.70-73) Diese Art des Interviews besteht aus fünf Phasen, die wir in Kürze Erläutern wollen. Den Anfang bildet die Erklärungsphase, in welcher dem/r InterviewpartnerIn Formalitäten und die Absicht des narrativen Interviews erläutert werden. Anschließend wird dem/r Interviewten erklärt, welche inhaltlichen Aspekte besonders berücksichtigt werden sollen. Danach folgt die eigentliche Erzählphase. Obwohl unser Ausgangspunkt grundsätzlich das narrative Interview ist, haben wir des Weiteren im Sinne einer problemzentrierten Interviewführung gearbeitet und einen Interviewleitfaden erstellt, um so zu gewährleisten, dass alle Interviews gleiche Themeninhalte abdecken und die Ergebnisse somit aussagekräftig sind. Die Fragen des Interviewleitfadens orientieren sich selbstverständlich an unseren Forschungsfragen. Wichtig sind uns hier besonders “Fragen nach dem Erleben / Empfinden, Fragen nach

den subjektiven Bedeutungen [Anm. d. Verf.; und] Fragen nach Tiefenstrukturen, zugrunde liegenden Mechanismen". (Bacher/Horwath 2011, 7) Diesen Interviewleitfaden haben wir wenn es passte und es den Redefluss des/r Interviewten nicht unterbrochen hat auch in die Erzählphase eingebaut. Hauptsächlich hat er als Stütze bei der Nachfragephase gedient, falls Themenbereiche noch nicht gefallen sind und für unsere Forschung relevant sind. In dieser Phase werden auch alle unklaren oder andere offene Fragen gestellt. Den Abschluss bildet die Bilanzierungsphase, in der wichtige Inhalte zusammengefasst werden und das Interview rekapituliert wird. (vgl. Zamneck 2005, 358f)

Um die jungen Erwachsenen finden zu können, die bereit waren ein Interview mit uns zu führen, kontaktierten wir im Vorfeld unserer Forschungstätigkeit zielgruppenspezifische Anlauf- und Betreuungsstellen in Wien. In einer schriftlichen Anfrage erläuterten wir unser Forschungsvorhaben und baten die jeweiligen Stellen um Mithilfe bei unserer Suche nach gesprächsbereiten jungen wohnungslosen Menschen. Durch die Unterstützung einiger Einrichtungen, welche wir hier zur Wahrung der Anonymität nicht namentlich nennen wollen, gelang es uns acht GesprächspartnerInnen zu finden. Fünf davon waren männlichen und drei davon weiblichen Geschlechts. Die Terminvereinbarungen zwischen unseren InterviewpartnerInnen und uns erfolgte über unsere AnsprechpartnerInnen der jeweiligen Institutionen. Eine weitere wichtige Unterstützung erhielten wir von unseren Ansprechpersonen indem uns die Benutzung von Besprechungszimmern ermöglicht wurde. Auf diese Weise konnten wir in einem ruhigen und ungestörten Setting unsere Interviews führen. Für die Bereitschaft der jungen Erwachsenen uns über ihre Sichtweisen, Erfahrungen und Probleme zu erzählen, erhielten sie von uns als kleines Dankeschön Lebensmittelgutscheine, welche uns von der FH Campus Wien zur Verfügung gestellt worden waren.

Zur Aufbereitung der Daten wurden alle acht Interviews von uns persönlich in Schriftdeutsch transkribiert. Wir haben die Standardorthografie gewählt und somit Laute ausgelassen, beziehungsweise an die Norm angeglichen und die gesprochene Sprache vernachlässigt. Wenn jedoch der Sinn der Aussage dadurch verloren gegangen wäre oder dieser sich komplett verändert hätte, haben wir kurz auf literarische Umschrift beziehungsweise auf eye dialect gewechselt um so die Authentizität zu erhalten. Unverständliche Textstellen wurden von uns mit (???) gekennzeichnet und nonverbale, dennoch wichtige, Elemente wurden in Klammer hinzugefügt (zum Beispiel: Pause, Lachen).

Alle Namen wurden natürlich verändert, um eine Identifizierung unmöglich zu machen und die Anonymität der InterviewpartnerInnen zu wahren. Für die spätere Auswertung der von uns geführten Interviews, kodierten wir die acht Interviews mit InterviewpartnerIn eins bis InterviewpartnerIn acht (IP1-IP8).

Die Auswertung und Analyse unserer Daten erfolgte in einer für uns modifizierten und leicht abgeänderten Form der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2004).

Nach der Transkription der acht Interviews, wurden diese von jedem Mitglied unserer Gruppe gegengelesen. Beim Lesen der Interviews wurden diejenigen Textpassagen markiert, die die lesende Person für forschungsrelevant hielt. Bei mehreren darauffolgenden Treffen, wurde die Relevanz der markierten Textstellen untereinander diskutiert. Hier war zu beobachten, dass von jedem Mitglied unserer Gruppe dieselben Stellen als forschungsrelevant angesehen wurden.

Im Anschluss teilten wir unsere Gruppe in zweier Teams und begannen die für uns relevanten Interviewpassagen auszuwerten. Hierzu wurde von uns eine Matrix in Form einer Excel-Tabelle erstellt, in welche wir die forschungsrelevanten Textstellen einfügten und uns dafür passende Schlagworte überlegten. Diese Schlagworte halfen uns, bei der beachtlichen Menge an Daten die Übersicht zu behalten und betreffende Interviewstellen rasch zu finden.

In einer weiteren Spalte der Tabelle wurden die ausgewählten Textstellen von uns gedeutet und teilweise auf ein abstrakteres Niveau gehoben. Unklarheiten, oder neuentstehende Fragen wurden in einer eigenen Spalte der Tabelle eingetragen.

Der nächste Schritt bestand darin, dass wir, wieder in der Vierergruppe, unsere gefundenen Schlagworte diskutierten und aufeinander abstimmten. In diesen sehr spannenden Diskussionen entwickelten wir auch verschiedene Kategorien. Diese Kategorienbildung erfüllte für uns den Zweck, die bisher ausgewerteten Daten auf ein höheres Abstraktionsniveau zu bringen und Zusammenhänge besser erkennen zu können. Um hier die Übersicht zu bewahren, bedienten wir uns der Mindmap-Technik.

Indem wir, die von uns entwickelten Kategorien in Bezug zu unseren Forschungsfragen setzten, konnten wir aus der Fülle an Daten und Informationen, die für unsere Forschung relevanten Themen präzisieren und daraus verallgemeinerbare Aussagen entwickeln. So blieben am Ende unserer Auswertung sieben Kategorien übrig. Als letzten Schritt der Auswertung wurden die Textstellen den entsprechenden Kategorien zugeordnet. In den folgenden Kapiteln werden unsere Forschungsergebnisse präsentiert.

6. Ursachen von Jugendwohnungslosigkeit

Jugendwohnungslosigkeit wird von Hanna Permien und Gabriela Zink (1998) als das Ergebnis einer längerfristigen Entwicklung mit multikausalen Einflussfaktoren beschrieben. Diese Aussage kann durch unsere Forschungsergebnisse bestätigt werden. Das Zusammenwirken von mehreren Faktoren führte bei allen acht von uns befragten jungen Erwachsenen in die Wohnungslosigkeit. Frühere Studien (Bodenmüller/Piepel 2003, Romahn 2000, Sand 2001) kamen zu dem Schluss, dass bei einem Großteil der jungen wohnungslosen Menschen, gravierende Probleme in den Herkunftsfamilien als eine Hauptursache von Jugendwohnungslosigkeit angesehen werden kann. Diese Annahme wird auch durch unsere Forschungsergebnisse bestätigt. Sieben der acht von uns interviewten jungen Erwachsenen lebten in instabilen Familienverhältnissen, weshalb auf den Faktor Familie und deren Rolle für die Kinder und Jugendlichen im Anschluss ausführlicher eingegangen wird. Da bei sechs von acht unserer GesprächspartnerInnen Drogenkonsum beziehungsweise Drogenabhängigkeit ebenfalls ein wesentlicher Faktor für die Entstehung oder Verfestigung von Wohnungslosigkeit darstellt, wird diese Thematik in weiterer Folge in einem eigenen Unterkapitel genauer dargestellt.

6.1. Faktor Familie

Das menschliche Grundbedürfnis nach Geborgenheit, Stabilität und einer intakten Familie ist auch bei wohnungslosen Jugendlichen zu finden. Ein von uns befragter junger wohnungsloser Mensch erzählt uns von seiner damaligen Freundin und deren Familie. Zu diesem Zeitpunkt war er bereits wohnungslos. Bei seinen Besuchen wurde er sehr freundlich behandelt und wurde von den Eltern seiner damaligen Freundin auch unterstützt. Die Beziehung zu seiner Freundin dauerte sechs Jahre und gab ihm einen wesentlichen Rückhalt. Einen Rückhalt den er bei seiner Herkunftsfamilie nicht gefunden hatte. Bei Besuchen in anderen Familien konnte er, ihm bis dahin unbekannte Gepflogenheiten entdecken, welche ihn so positiv überraschten, dass er nach jedem Besuch motiviert war, sein Leben wieder in geregelte Bahnen zu bringen. (IP1: 42-45, 59-60)

Die Bedeutung einer stabilen Familie für heranwachsende Menschen zeigt sich bei einem anderen unserer Gesprächspartner. Dieser ist der einzige, der in stabilen Familienverhältnissen aufgewachsen ist. Er erzählt uns, dass es in seiner Familie keinerlei nennenswerte Probleme gab. Für ihn begann der Weg in die Wohnungslosigkeit mit dem Beziehungsende zu seiner damaligen Freundin und dem damit einhergehenden

Wohnungsverlust, sowie seiner bereits vorhandenen Substanzabhängigkeit. (IP2: 11-15) Dieser von uns befragte junge Mann befindet sich zwar in einer problematischen Lebenslage und lebt nach wie vor in keiner eigenständigen Wohnform, was ihn aber von anderen unterscheidet ist, dass er eine abgeschlossene Lehre hat. Allgemeine Beobachtungen am Arbeitsmarkt zeigen, dass ein Ausbildungsabschluss, in diesem Fall ein Lehrabschluss, ein wesentlicher unterstützender Faktor ist, wieder in ein geregeltes Arbeitsverhältnis zu gelangen. Ein geregeltes Arbeitsverhältnis wiederum, kann die Möglichkeit einer sozialen Teilhabe begünstigen. Ein Zusammenhang der stabilen Familienverhältnisse und dem Lehrabschluss, könnte in diesem Fall durchaus erkennbar sein. Der Wunsch nach Geborgenheit, Stabilität und einer intakten Familie ist bei manchen wohnungslosen Jugendlichen so groß, dass sie gerne wieder zu Hause wohnen würden. Dieser eventuellen Rückkehr in die Herkunftsfamilie steht aber die Problem- oder Konfliktvermeidung mit (einzelnen) Mitgliedern der Familie gegenüber. Dieses ambivalente Verhältnis wird von einem unserer interviewten jungen Erwachsenen mit diesen Worten beschrieben:

„[...] jetzt wollten sie sich scheiden lassen vor einem Jahr und gestern haben sie beschlossen, dass sie doch zusammen bleiben und meine Mutter hat die Wohnung, die andere wieder aufgegeben. Und ich habe mich schon ur gefreut, dass sie jetzt alleine eine Wohnung hat, dass ich ihn jetzt nicht dauernd sehen muss... obwohl ich ihn eigentlich auch lieb habe, aber ein bisschen ein Problem gibt es mit ihm halt immer. [...] Ja, die Mama ist super. Sie ist wie eine Freundin, ... mit ihr kann ich über alles reden und so und das kann ich mit ihm nicht... mit ihm geht das einfach nicht“ (IP4: 187-189)

In diesem Beispiel wird ein ambivalentes Verhältnis zu einer Person, dem Stiefvater aufgezeigt. In unseren Forschungsergebnissen zeigte sich aber auch, dass sich bezüglich einer Rückkehr in die Herkunftsfamilie, Ambivalenzen auf das Familiensystem entwickeln können. Dies zeigt sich daran, dass die Familie von den Betroffenen als schlecht angesehen, gleichzeitig aber wieder in Schutz genommen wird. Diese ambivalente Sichtweise entsteht meist mit der Trennung der Eltern und dem Eingehen einer neuen Partnerschaft eines Elternteils. Die auf diese Weise entstehende neue Rollen- und Aufgabenverteilung im Familiensystem, kann zu Konflikten und in weiterer Folge zu innerfamiliären Spaltungen führen. Bei unseren Ergebnissen zeigten sich auch die verschiedensten Formen der Konfliktführung, welche im Folgenden kurz skizziert werden. Ein Interviewpartner berichtet uns, dass die Konfliktführung eigentlich nur darin bestand von seinem Vater verprügelt zu werden. Seine Stiefmutter versuchte ihn vergeblich zu schützen und wurde dann selbst Opfer von den Prügelattacken seines

Vaters. In den darauffolgenden Streitgesprächen zwischen Vater und Stiefmutter wurde dann die Schuld an der Eskalation dem Jugendlichen zugeschoben. Diese psychische Gewalt gipfelte in zwei Morddrohungen des Vaters seinem Sohn gegenüber. (IP5: 117-122, 132-134) Ein anderer Betroffener erzählt uns ebenfalls, dass die Spannungen die in der Familie herrschten, an ihm in Form von Prügel entladen wurden. Aus seiner Sicht hat er einerseits die Familie verlassen, andererseits wurde er von der Familie vertrieben. Nachdem er wieder versuchte mit seiner Familie in Kontakt zu treten, wurde er nicht nur gefühllos abgewiesen, sondern auch noch Opfer psychischer Angriffe. Eine davon beschreibt er uns so:

„[...] im Dezember habe ich es gewagt, dass ich sie anrufe ob sie mir eine Pizza [...] spendieren und vielleicht eine Schachtel Zigaretten. Bekommen habe ich aber nur eine Einladung nach Wien, "da kannst dich leichter umbringen" [...]" (IP1: 60-63)

Ein weiteres Beispiel für die Gewaltanwendungen an Kindern oder Jugendlichen handelt von einer jungen Frau. Sie berichtet uns in einem Interview, dass auch sie und ihr Halbbruder, Opfer häuslicher Gewalt wurden. In ihrem Fall wurde sie von ihrem Stiefvater, welcher auch der leibliche Vater ihres Halbbruders ist, geschlagen und psychisch massiv unter Druck gesetzt. Den zahlreichen physischen und psychischen Attacken folgten sexuelle Übergriffe. Das schlimmste für sie daran war, dass, als sie sich ihrer Mutter anvertraute, diese die Tatsache nicht wahr haben wollte und versuchte die Sache zu verharmlosen. In diesem Fall führte die fehlende Unterstützung der Mutter zur innerfamiliären Spaltung und sie beschloss die Familie im Alter von fünfzehn Jahren zu verlassen. (IP7: 15-27)

Eine fehlende psychische, aber auch materielle Unterstützung durch die Familie, waren auch für andere unserer InterviewpartnerInnen sehr belastende Faktoren, die sie schlussendlich dazu brachten der Herkunftsfamilie den Rücken zuzukehren (müssen). Einen sehr tragischen Verlauf fehlender Unterstützung schildert uns ein junger Mann. Er fühlte sich sehr wohl in seiner Familie und hatte ein sehr gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen. Leider kam es auch in dieser Familie zur Trennung der Eltern als er noch ein Kind im Alter von fünf Jahren war und er musste mit seiner Mutter alleine leben. Der Kontakt zum Vater bestand aus Wochenendbesuchen, welche mit der Zeit aber immer weniger wurden. Zudem wurden die Versprechen des Vaters, ihn am Wochenende abzuholen immer öfter gebrochen, da der Vater mittlerweile eine Suchtkrankheit entwickelt hatte. Diese Zeit und die Enttäuschungen durch die gebrochenen

Versprechungen, waren für den Jugendlichen sehr belastend. Im Alter von fünfzehn Jahren war der Junge bereits suchtkrank und im Methadon-Programm. Als er seinem Vater von seiner Abhängigkeit erzählte, bekam er nicht die Unterstützung die er sich erhofft hätte. Im Gegenteil, sein Vater schob die Verantwortung von sich und erklärte ihm, dass er nichts machen könne, da er ja selber suchtkrank sei. (IP4: 110-124)

Zu dieser nicht vorhandenen Unterstützung, kam noch eine fehlende Vorbildfunktion hinzu. Inwieweit dieser Vertrauensbruch und die damit verbundene Bindungsstörung, sowie die fehlende Vorbildfunktion (Stichwort Sozialisation) die Fähigkeit des Burschen zwischenmenschliche Beziehungen eingehen und aufbauen zu können, negativ beeinflusst haben könnte, lässt sich nur vermuten. Im weiteren Verlauf des Interviews stellte sich aber heraus, dass es dem Jugendlichen sehr schwer fiel, Vertrauen zu seinen Mitmenschen aufzubauen. Auf die Frage ob er damals von irgendjemand außerhalb der Familie unterstützt worden war, gibt er an, dass seine Freunde ihm geholfen hätten. Diese Aussage wird von ihm aber umgehend relativiert, indem er erklärt, dass es nicht wirkliche Freunde für ihn waren, da er ihnen nicht vertrauen konnte. (IP4: 201-210)

Auch in unseren anderen Interviews finden sich ähnliche Aussagen in denen Menschen zuerst als Freunde definiert, dann aber umgehend als „falsche“ Freunde bezeichnet werden. Ein Beispiel, indem einer der Interviewten auf die Frage ob man auf der Straße Freunde finden kann mit den Worten antwortet:

„Ja findet man schon aber ich sag einmal [...] Leute die ich kennen gelernt habe, für die würde ich nicht die Hand ins Feuer legen. Weil es sind einfach Falsche und stehlen und verkaufen dann das ganze Klumpert was sie gestohlen haben [...] Irgendwas liegen lassen solltest du nicht wirklich. Sonst sind sie eh ok, aber wirklich Freunde findest du sicher keine gescheiten, also da musst du ein Glück haben wahrscheinlich, dass du wirklich einen gescheiten Freund findest.“ (IP2: 104-109)

In unseren Interviews stellte sich heraus, dass der Wunsch und das Bedürfnis nach Geborgenheit, Anerkennung und Unterstützung bei vielen Jugendlichen so groß sind, dass sie Zweckgemeinschaften eingehen und diese zuerst als Freundschaft oder gar als Familienersatz wahrnehmen. Durch Vertrauensbrüche, welche des Öfteren durch gegenseitige Diebstähle und Verleumdungen entstehen, werden die Ansichten bezüglich Freundschaft, von den Jugendlichen auf die oben beschriebene Weise relativiert beziehungsweise zerstört.

Im Gegensatz dazu finden sich in unserer Studie aber auch Beispiele, in denen das Bedürfnis der jungen Menschen nach Geborgenheit, Anerkennung und Unterstützung

gestillt werden konnte. Einem unserer Gesprächspartner gelang es, seinen Platz in einer bestehenden Gruppe von wohnungslosen Menschen zu finden. Er erzählt uns, dass er sich in dieser Gruppe sehr wohl fühle, da sich die einzelnen Mitglieder gegenseitig unterstützen. Für diese Unterstützung ist er sehr dankbar und beschreibt die Gruppe als seine kleine „Family“. (IP5: 356-358, 391-394) Eine andere Geschichte mit ähnlichem Verlauf erzählt uns ein junger Mann, der in einer ländlichen Gegend in Oberösterreich aufwuchs. Sein Modestil, insbesondere sein buntgefärbter Irokesenhaarschnitt und sein Cannabiskonsum sind laut seinen Angaben die Gründe dafür, dass er von zu Hause im Alter von etwa sechzehn Jahren ausziehen musste. Er hatte ebenfalls Glück und fand Anschluss bei einer Gruppe älterer Punks. Die Unterstützung die er von den Punks erhielt und deren ehrliche Umgangsart, ließen sie für ihn zu einer Art Ersatzfamilie werden, mit welcher er bis heute in Kontakt steht. (IP4: 61-65, 145, 492-501,522) Der Rauswurf aus dem Elternhaus war für unseren Interviewpartner weniger belastend, als die zwei, von seinen Eltern angeregten Zwangseinweisungen in die Psychiatrie. Die Aufenthalte in der psychiatrischen Abteilung selbst, waren für den Betroffenen eher nebensächlich. Zum einen hatte er Gefallen an der Medikation die ihm verabreicht worden war, zum anderen waren beide Aufenthalte mit jeweils zehn Tagen von relativ kurzer Dauer. Die Tatsache, dass er von zu Hause ausziehen musste und seine Eltern dann noch die Möglichkeit hatten ihn unfreiwillig in der Psychiatrie unterzubringen, war und ist ihm bis heute unverständlich. Durch die Hilflosigkeit die er damals empfand, entwickelte sich eine starke Abneigung gegen seine Eltern. (IP4: 68-76) Hier wäre anzumerken, dass die beiden Zwangseinweisungen als mögliche Anzeichen für eine Überforderung der Eltern mit der Erziehung ihres Sohnes, gedeutet werden könnten. Die Theorie, dass Zwangseinweisungen von Jugendlichen oft die Folge einer schlichten Überforderung der Eltern sind, wird unter anderem von Edler und Migosa (2001) vertreten.

6.2. Quantitative, nicht repräsentative Ergebnisse

Die Studien von Martina Bodenmüller und Georg Piepel (2003), Jürgen Sand (2001) und Angela Romahn (2000) belegen, dass ein Großteil der jungen wohnungslosen Menschen Opfer von verschiedenen Formen von Gewalt wurden. Auch bei unseren Forschungsergebnissen finden sich junge Erwachsene, die Opfer von Gewalt wurden. Zwei der Befragten erlebten psychische Gewalt (IP5: 117-122, 123-126, IP3:121-126) und drei davon wurden Opfer physischer Gewalt (IP5: 117-122, 123-126, 132-134, 506-510; IP3: 121-126; IP4: 48-59). Zudem wurden zwei unserer GesprächspartnerInnen

sexuell missbraucht (IP7: 18-27; IP8:66-69). Somit decken sich leider auch unsere Ergebnisse mit denen, der weiter oben erwähnten Studien.

Braun (2001) und Sand (2001) sehen den Schul- oder Ausbildungsabbruch, als einen weiteren, Jugendwohnungslosigkeit oder deren Verfestigung begünstigenden, Faktor an. Auch bei unseren Ergebnissen weisen vier von acht Befragten einen Schul- oder Ausbildungsabbruch auf (IP1: 6-8; IP8: 39-41, IP3: 32-38, 47-51; IP4: 422-429).

In einer von Martina Bodenmüller (2010) veröffentlichten Studie, berichtet ein Großteil der betroffenen jungen wohnungslosen Menschen, dass sie bereits mehrere Stationen zwischen Familie, Jugendhilfe und Psychiatrie durchleben mussten. Auch in unsere Studie wurden vier der acht Betroffenen schon einmal in ihrer Kindheit beziehungsweise Jugend fremduntergebracht, bevor sie wohnungslos geworden sind (IP5: 480-484; IP3: 68-76; IP8: 116-121).

Unsere Untersuchungen zeigten, dass die Betroffenen mehrmals versuchten wieder in einer eigenständigen Wohnform zu leben. Bei zwei der befragten Personen, waren diese Versuche durch ein Zusammenziehen mit PartnerInnen geprägt. Bei beiden war mit dem Beziehungsende auch das prekäre Wohnverhältnis beendet und mündete in der Wohnungslosigkeit (IP1: 139-141; IP2: 1-4, 11-15). Bei einem unserer InterviewpartnerInnen wurde der Versuch wieder in der Herkunftsfamilie zu leben, von der Mutter mit einer Einzugsverweigerung abgelehnt. (IP6: 4-6, 72-73, 159-161) Zwei unsere GesprächspartnerInnen gaben an, dass sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung von zu Hause ausziehen mussten. Bei einer war es eine Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline, welche sich unter anderem durch aggressives Verhalten zeigte, bei dem anderen Interviewpartner handelte es sich um eine Suchterkrankung (IP4: 71-77, 220-226; IP8: 17-20, 83-85).

6.3. Fazit: Instabile Familienverhältnisse als Ursache für Jugendwohnungslosigkeit

Forschungsergebnisse aus der Entwicklungspsychologie, insbesondere Ergebnisse der Resilienzforschung belegen, dass für die Entwicklung einer Widerstandskraft gegen Probleme, Störungen und Risiken, sowie das Entwickeln von Bewältigungsstrategien dieser Probleme, einige Faktoren unabdingbar sind. Hierzu zählen unter anderem eine sichere und beständige emotionale Bindung an eine Bezugsperson, ein warmherziges Familien- oder Erziehungsklima, sowie soziale Unterstützung innerhalb der Familie. (vgl. Rothgang 2009, 92, 168) Die Familie sollte für Kinder und Jugendliche ein Rückzugsort

sein, der es ihnen ermöglicht, sich selbst und Bewältigungsstrategien für Probleme entwickeln zu können. Im Idealfall bietet eine funktionierende Familie den Kindern und Jugendlichen eine Stabilität, die für eine erfolgreiche Entwicklung und ein selbstständiges Leben sehr wichtig ist. Diese Form der Sozialisierung durch die Familie scheint immer mehr an Bedeutung zu verlieren, was sich unter anderem an einer Scheidungsrate von 42,5% (vgl. Statistik Austria 2012)²⁹ und deren Folge die Patchwork- oder Stieffamilie veranschaulichen lässt. Zu behaupten, dass eine Stieffamilie nicht fähig ist ihre Kinder zu erziehen oder zu sozialisieren, wäre natürlich überzogen und zudem völlig haltlos, dennoch lassen die Ergebnisse unserer Forschung den Schluss zu, dass das Aufwachsen in Stieffamilien, die Entstehung und Verfestigung von Wohnungslosigkeit begünstigen kann. Für den Großteil der von uns Befragten war das Aufwachsen in ihrer Stieffamilie sehr konfliktbehaftet und die Art und Weise, wie die Konflikte geführt wurden, führten zu instabilen Familienverhältnissen. Die Folgen dieser Instabilität waren der „freiwillige“ Auszug oder der Rausschmiss durch die Familie, ein Ausbildungsabbruch und die Wohnungslosigkeit. (IP1: 3-8, 39-41; IP3: 47-51, 68-76; IP4: 11-23, 27-38, 422-429; IP5: 4-8, 40-44, 117-126; IP6: 4-6, 45-50, 67-68; IP7: 11-19, 58-61; IP8: 17-20, 66-69, 87-91)

Die These, dass die Entstehung und Verfestigung von Jugendwohnungslosigkeit ein Ergebnis von mehreren Einflussfaktoren ist, kann durch unsere Forschungsergebnisse gestützt werden. Bei den, von uns geführten und analysierten Interviews zeigten sich als Einflussfaktoren Gewalterfahrungen seitens der betroffenen Jugendlichen, Fremdunterbringungen, eine Zwangseinweisung, psychische Erkrankungen, prekäre Wohnverhältnisse und eine Einzugsverweigerung seitens der Familie. Als die Hauptursache von Jugendwohnungslosigkeit zeigt sich aber bei unseren Ergebnissen, das Aufwachsen in instabilen Familienverhältnissen.

7. Substanzabhängigkeit

Wohnungslose Menschen und die dazugehörige Drogen- beziehungsweise Substanzabhängigkeit sind noch immer ein eng verknüpftes Gedankenbild vieler Menschen. Grundsätzlich ist es jedoch nicht gerechtfertigt alle wohnungslosen und vor allem jungen wohnungslosen Menschen als drogensüchtig beziehungsweise substanzabhängig zu bezeichnen. Unsere Forschungsergebnisse zeigen, dass eine

²⁹ vgl. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html [16.08.13]

Abhängigkeit, von legalen und illegalen Substanzen, bei jungen wohnungslosen Menschen weit verbreitet, jedoch nicht immer anzutreffen ist. (IP1: 6-8; IP2: 1-4; IP3: 61-65; IP4: 27-38; IP5: 217-221; IP6: 202-204; IP8: 185, 190) Da eine Abhängigkeit in jedem Fall eine gesundheitliche Beeinträchtigung darstellt und ein maßgeblicher Faktor ist, der zur Entstehung und/oder Verfestigung von Wohnungslosigkeit beitragen kann, weil aufgrund dieser viele zusätzliche Barrieren und Problematiken für die Betroffenen entstehen, haben wir diesem Thema ein eigenes Kapitel gewidmet.

7.1. Ursache oder Folge von Wohnungslosigkeit?

Eine sehr oft gestellte und zu beantworten versuchte Frage ist, ob Drogenabhängigkeit eine Ursache oder eine Folge der Wohnungslosigkeit darstellt. Die von uns befragten jungen wohnungslosen Menschen berichten einerseits, dass sie aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit von zu Hause ausziehen mussten und infolge dessen wohnungslos geworden sind. Der erzwungene Auszug kann jedoch nicht alleine auf den Konsum von Drogen rückgeführt werden, denn es zeigen sich insgesamt in fast allen Familien sehr instabile Verhältnisse, welche vor allem zum Auszug beitragen. Andererseits schildern unsere InterviewpartnerInnen, dass sie aufgrund einer beendeten Beziehung die Wohnung verloren haben und eine Substanzabhängigkeit schon während der partnerschaftlichen Beziehung vorhanden war, jedoch der Beziehungsabbruch und die dadurch entstandene Wohnungslosigkeit nicht ausschließlich auf den Drogenkonsum zurückgeführt werden kann. Bei anderen wiederum entstand die Abhängigkeit nach dem Hinauswurf von zu Hause, in einer fremduntergebrachten Einrichtung beziehungsweise auf der Straße, wobei zum Teil auch schon vor dem unfreiwilligen Auszug ein Probierbeziehungsweise Experimentierkonsum vorhanden war. (IP3: 61-65; IP4: 27-38; IP1: 111-114, 139-141; IP2: 11-15, 48, 49; IP5: 480-484; 487, 488; 506; IP6: 167-168, 202-204, 207-209)

Es stellt sich somit heraus, dass Substanz- beziehungsweise Drogenabhängigkeit nicht eine alleinige Ursache oder eine eindeutige Folge von Wohnungslosigkeit darstellt, sondern immer mehrere Faktoren zusammenspielen. Klar zu erkennen ist auch, dass bei vielen schon vor der Wohnungslosigkeit zumindest ein Probier- und Experimentierkonsum besteht, der sich aufgrund der Wohnungslosigkeit verstärkt.

7.2. Gründe für die Suchtentstehung

Auch hier lässt sich erkennen, dass es keine einheitlichen jedoch vermehrt auftretende Gründe für die Suchtentstehung gibt. So berichten InterviewpartnerInnen von schwerer Substanzabhängigkeit von zumindest einem Elternteil. Die Eltern sind mit ihrer eigenen Sucht überfordert und dies führt zu einer fehlenden Unterstützung und Vernachlässigung der Kinder. Auch bekommen unsere InterviewpartnerInnen Problembewältigungsstrategien der Eltern vorgelebt, welche von Verdrängung und Resignation geprägt sind. Diese werden in unseren Fällen den Kindern „weitervererbt“ und das Problembewältigungsverständnis wird übernommen. (IP3: 118-120, IP4: 110-124, IP5: 117-122, 123-126) Gründe für die Suchtentstehung vor der Wohnungslosigkeit bieten hier vor allem die instabilen Familienverhältnisse und die, durch das zum Teil selbst substanzabhängige familiäre Netz, vorgelebten und übermittelten Bewältigungsstrategien. Die Suchtentstehung beziehungsweise -verfestigung kann jedoch auch eine Folge von Wohnungslosigkeit darstellen. Bei unseren InterviewpartnerInnen zeigt sich hier eine klare Tendenz zu legalen und/oder illegalen Drogen zu greifen um den Alltag auf der Straße besser ertragen zu können. (IP5: 58-60, 207, 208, 210-213; IP6: 202-204). Wie schon in Kapitel 3 erwähnt, erkennen auch Flick und Röhsch (2008, 53), dass sich das Leben und Überleben auf der Straße als hart erweist und um dem seelisch aber auch körperlich Stand zu halten, greifen viele Betroffene zu Alkohol und Drogen. Der Drogenkonsum stellt somit eine Bewältigungsstrategie dar, egal ob er schon vor der Wohnungslosigkeit vorhanden war oder aufgrund dieser entsteht und/oder sich verfestigt. Zur bestehenden Literatur können wir jedoch laut unseren Ergebnissen noch hinzufügen, dass bei fast allen weiblichen Interviewpartnerinnen Drogen kein Thema sind, beziehungsweise Drogen sogar strikt abgelehnt werden, obwohl auch von Alkoholabhängigkeit seitens der Elternteile berichtet wird. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass junge Frauen vermehrt auf andere Bewältigungsstrategien zurückgreifen können und nicht immer die vorgelebten übernehmen. (IP8: 185, 190; IP7: 11-15, 376-384)

7.3. Einstiegsalter und dessen Auswirkungen

Bei mehr als der Hälfte der InterviewpartnerInnen kommt es bereits vor dem 18. Lebensjahr zu ersten Drogenerfahrungen. Es wird meist von einem Zigaretten-, Alkohol- sowie Cannabiskonsum zu Beginn berichtet. Darauf folgt oft eine sehr schnelle Steigerung, einerseits bezüglich der Dosis und andererseits bezüglich der Substanzart.

Dies führt auch zu riskanteren Konsumformen. Einige Befragte berichten noch vor dem 14. Lebensjahr beziehungsweise ab dem 16. Lebensjahr erste Erfahrungen mit Drogen gemacht zu haben und bereits vor dem 18. Lebensjahr intravenös konsumiert zu haben. (IP1: 28-29, IP3: 56-59, IP4: 110-124, 27-38, 317-321, 332-344, IP5: 480-484; 487, 488; 506, 713-715, 721-723) Zu erwähnen ist wieder, dass es sich hier fast ausschließlich um männliche Interviewpartner handelt. Bei der einzigen drogenkonsumierenden Interviewpartnerin besteht kein intravenöser Konsum. Sie gibt an verschiedene Drogen ausprobiert zu haben, jedoch nur regelmäßig Cannabis zu konsumieren. Jedoch führte bei ihr eine anfänglich ärztliche Medikation zu einer unkontrollierten Selbstmedikation und diese endete in einer Medikamentenabhängigkeit. (IP6: 176-182, 191-194, 202-204)

Alle Jugendliche, welche bereits in der Schul- und Ausbildungszeit mit Drogen experimentiert haben und es in weiterer Folge noch vor der Volljährigkeit zu einer Abhängigkeit kam, mussten aufgrund des Drogenkonsums ihre Lehre abbrechen beziehungsweise konnten in Folge dessen keine Ausbildung beginnen. (IP1: 6-8; IP3: 47-51; IP4: 422-429; IP5: 64-69) Die Auswirkungen, die eine frühe Abhängigkeit mit sich bringt, sind somit beim Großteil klar zu erkennen und stellen negative Folgen und Barrieren für das weitere Leben dar. Es zeigt sich klar ein Zusammenhang zwischen instabilen Familienverhältnissen, den vorgelebten, negativen Bewältigungsstrategien und einer in jungen Jahren entstandenen Drogenabhängigkeit was wiederum zum Lehr - beziehungsweise Ausbildungsabbruch führen kann. An einem anderen Beispiel lässt sich erkennen, dass der einzige substanzabhängige Interviewpartner von stabilen Familienverhältnissen, einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung und ersten Drogenerfahrungen erst mit 18 Jahren berichtet. (IP2: 11-15, 18-30) Somit lässt sich klar erkennen, je früher Jugendliche mit Drogen in Kontakt kommen und vor allem eine Abhängigkeit entwickeln, desto problematischer und schwerwiegender gestalten sich auch die Folgen und Auswirkungen auf ihr späteres Leben. Als weitere Problematiken, die aufgrund der Abhängigkeit entstehen, wurden zum Beispiel die Arbeitsunfähigkeit, Schwierigkeiten bei finanziellen Angelegenheiten (wie Geldeinteilung und -verwaltung) und Schwierigkeiten bei der Termineinhaltung zum Beispiel bei Behörden, Ämtern oder beim AMS (woraus sich eine fehlende Versicherung ergibt), genannt. (IP2: 48-49, 57-59; IP5: 94-97)

7.4. Konsumverhalten (Verstärkung, Gleichgültigkeit und Reduktion)

Das Konsumverhalten stellt keine ständige Abwärtsspirale beziehungsweise Gleichförmigkeit dar, sondern ist geprägt von Zeiten der Konsumverstärkung, der Konsumgleichgültigkeit aber auch von Zeiten der Konsumreduktion. Wie es zu den einzelnen Phasen kommt, was als Motivation beziehungsweise Resignation angesehen und erlebt wird, ist Thema dieses Unterkapitels.

Wie auch schon im obigen Kapitel berichtet, kann es aufgrund der Abhängigkeit zum Lehrabbruch kommen beziehungsweise kann aufgrund dessen keine Ausbildung begonnen werden, was in weiterer Folge Auswirkungen auf das Konsumverhalten hat. Einige, von uns interviewte junge wohnungslose Menschen berichten, dass sie aufgrund der Kündigung des Arbeitsverhältnisses verstärkt Drogen konsumiert haben und es auch zu einer Konsumgleichgültigkeit kam. Dadurch wurden zum Beispiel Rechnungen und Mietzahlungen vernachlässigt, was zum Wohnungsverlust führte. Die Konsumgleichgültigkeit geht so weit, dass nicht nur egal ist welche Substanz genommen wird, sondern auch die Qualität nebensächlich ist, dies führt oft zu einer Polytoxikomanie und hat natürlich Auswirkungen auf die Gesundheit. Die erlangte Wohnungslosigkeit selbst wird als einer der größten konsumverstärkenden Gründe angegeben. Hier geht es vor allem darum, mit Hilfe von legalen und illegalen Drogen den harten Alltag auf der Straße aber auch Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit besser ertragen zu können. Die Konsumverstärkung dient somit der Realitätsbewältigung. Weiters wird die Beendigung von Beziehungen als ein Faktor genannt, der ausschlaggebend für die Verstärkung des Konsums ist. (IP1: 18-20, 23-24, 111-114; IP2: 48-49; IP3: 163, 164; IP5: 197-202, 206-208, 210-213; IP6: 202-204, 207-209)

Eine aufrechte und intakte Beziehung mit einer abstinenten Person wird hingegen als Grund für eine Konsumreduktion genannt. Einerseits weil die Freundin/der Freund Stärkung und Rückhalt bietet und dazu ermutigt den Konsum einzuschränken oder diesen komplett aufzugeben, andererseits wollen sich die befragten Personen auch für den Partner/die Partnerin ändern. Auch der Druck von FreundInnen zur Konsumeinschränkung wird als hilfreich erlebt. Zu erkennen ist auch, dass das Konsumverhalten stark vom sozialen Umfeld und der Verfügbarkeit der Substanz abhängt. So berichten zum Beispiel zwei junge Erwachsene von einer Konsumverstärkung während ihrer Beziehung mit einer ebenfalls substanzabhängigen Person und von einer Konsumeinschränkung während ihres Singlelebens. Es kommt auch oft zu einem dynamischen Gruppenverhalten. Von einigen werden die "falschen Freunde" und der dadurch entstandene Gruppenzwang für eine Konsumverstärkung

verantwortlich gemacht. Umso weniger Kontakte außerhalb der Szene vorliegen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen Drogen konsumieren. Der Kontakt zur Szene bedeutet wiederum Kontakt zur Droge und somit eine ständige und einfache Verfügbarkeit. (IP1: 31-34, 42-45; IP2: 36-44; IP5: 270-277, 724-726; 730, 731; IP6: 257-259)

Es lässt sich klar erkennen, dass es vor allem durch Verlusterfahrungen (Jobverlust, Beziehungsverlust, Wohnungsverlust und den dadurch entstandenen Verlust der Tagesstruktur) zu einer Konsumverstärkung und -gleichgültigkeit bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt. Eine Konsumreduktion findet meist nur aufgrund von äußerem Druck beziehungsweise aufgrund einer Kontrolle Dritter statt. Wichtig sind hier die Kontakte zu stabilen und wichtigen Bezugspersonen die keine Drogen nehmen, denn das soziale Umfeld, die immer wiederkehrende Konfrontation mit der Substanz und die Verfügbarkeit bestimmen sehr stark das Konsumverhalten.

7.5. Fazit: Multifaktorielle Ursachen der Substanzabhängigkeit

Laut unseren Forschungsergebnissen ist erkennbar, dass Substanz- beziehungsweise Drogenabhängigkeit nicht eine alleinige Ursache oder eine eindeutige Folge von Wohnungslosigkeit darstellt, sondern immer mehrere Faktoren zusammenspielen. Klar zu erkennen ist auch, dass bei vielen schon vor der Wohnungslosigkeit zumindest ein Probier- und Experimentierkonsum vorhanden ist, der sich aufgrund der Wohnungslosigkeit verstärkt beziehungsweise verfestigt.

Gründe für die Suchtentstehung, welche jedoch immer multifaktoriell bedingt sind, sind vor allem vorgelebte Bewältigungsstrategien von selbst substanzabhängigen beziehungsweise überforderten Eltern. Herausgestellt hat sich allerdings, dass Frauen eher auf andere Bewältigungsstrategien zurückgreifen können und nicht immer die vorgelebten übernehmen. Wenn sich eine Abhängigkeit nach dem Verlust der Wohnung beziehungsweise während der Wohnungslosigkeit entwickelt oder verfestigt, dann vor allem um dem harten Leben auf der Straße stand halten zu können.

Weiters konnte herausgearbeitet werden, je früher Jugendliche mit Drogen in Kontakt kommen und vor allem eine Abhängigkeit entwickeln, desto problematischer und schwerwiegender gestalten sich auch die Folgen und Auswirkungen auf ihr späteres Leben. Als weitere Problematiken, die aufgrund der Abhängigkeit entstehen, werden zum Beispiel die Arbeitsunfähigkeit, die Unfähigkeit Mieten zu bezahlen und der fehlende Ansporn Termine bei Behörden, Ämtern oder beim AMS einzuhalten (woraus sich eine

fehlende Versicherung ergibt), genannt. Erkennbar ist auch, dass es vor allem durch Verlusterfahrungen zu einer Konsumverstärkung und -gleichgültigkeit bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt. Eine Konsumreduktion findet meist nur aufgrund von äußerem Druck beziehungsweise aufgrund einer Kontrolle Dritter statt. Als äußerst wichtig erweisen sich Kontakte zu stabilen und wichtigen Bezugspersonen die abstinent leben, denn das soziale Umfeld, die immer wiederkehrende Konfrontation mit der Substanz und die Verfügbarkeit bestimmen sehr stark das Konsumverhalten.

8. Gesundheitsvorstellungen junger wohnungsloser Menschen

Im folgenden Kapitel werden die Gesundheitsvorstellungen junger wohnungsloser Menschen beleuchtet. Die Gegenüberstellung von subjektivem Gesundheitsempfinden und den persönlichen Gesundheitsvorstellungen, sowie die Frage wie wichtig es für die jungen Erwachsenen ist gesund zu sein, erschien uns von besonderer Relevanz.

8.1. Gesundheit als Arbeitsfähigkeit

Das Gesundheitsverständnis unserer InterviewpartnerInnen ist sehr individuell und komplex. Zum einen setzt ein Großteil Gesundheit im Wesentlichen damit gleich, keine körperlichen Beschwerden zu haben und leistungsfähig zu sein. Beschwerdefrei zu sein, äußert sich für manche vorrangig darin, dass ihrer Arbeitsfähigkeit nichts entgegensteht. Ein Befragter betont beispielsweise, dass er seine mundgesundheitsbezogenen Beschwerden nicht als Krankheit ansieht, da ihn diese nicht davon abhalten arbeiten zu können und zudem sowieso jeder daran leide. (IP2: 134-142) Er vergleicht also seine eigene Gesundheit innerhalb der sozialen Gruppe, in der er sich aufhält und nimmt diese dann als Messwert. Ob die Arbeitsfähigkeit durch tatsächliche Beschwerdefreiheit oder durch medikamentöse Symptomunterdrückung erreicht wird, scheint dabei irrelevant. Die Abwesenheit einer psychiatrischen Erkrankung, um in weiterer Folge arbeitsfähig zu sein, wird von einem jungen Erwachsenen ebenfalls erwähnt. (IP1: 136-138) Auch hier erscheint es wieder unbedeutend, ob die psychische Erkrankung durch Medikamente unterdrückt wird, oder faktisch nicht vorliegt.

Die Aussagen einiger Befragten verdeutlichen auch, dass ihrer Ansicht nach Gesundheit trotz gravierender Drogenproblematik vorhanden sein kann, die keinen Krankheitswert hat, wenn zumindest die Arbeitsfähigkeit und alltägliche Aktivitäten gewahrt bleiben. Ob dies nun durch den weiteren Substanzkonsum oder durch Substitutionsmittel erreicht

wird, spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle. (IP2: 132-152; IP1: 136-138; IP4: 373-386) Ein junger Mann mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung beschreibt dies mit folgenden Worten:

„Ja krank sind wir alle, sonst wären wir nicht hier. Irgendwie hat ja jeder einen Knacks, sonst würde er sein Leben in die Reihe bekommen. [...] Gesund? (Pause), die was keinen geistigen Schaden haben. Ich kann trotzdem seit ich im Programm bin arbeiten, ich brauche halt nur das Mittel, dass es mir gut geht, aber sonst ist arbeiten kein Problem, überhaupt nicht.“ (IP1: 130-131, 136-138)

8.2. Gesundheit als Beschwerdefreiheit

Andere setzen Gesundheit zwar mit der Abwesenheit von körperlichen Beschwerden gleich, stellen diese aber nicht in Zusammenhang mit ihrer Arbeitsfähigkeit. Gesund ist demnach, wessen Alltag nicht wesentlich durch Krankheiten negativ beeinflusst wird. Sehr häufig werden jedoch Atemwegserkrankungen, wie Bronchitis, Angina und Lungenentzündung genannt, die besonders im Winter zu erheblichen Einschränkungen ihrer Handlungsfähigkeit führen können. (IP8: 229-231; IP7: 229-230; IP3: 252-255) Eine Befragte klagt auch über anhaltende Schmerzen im Bereich der Harnwege. (IP6: 248-250) Interessanterweise zeigt sich bei einigen unserer GesprächspartnerInnen das Phänomen der Verdrängung beziehungsweise Verharmlosung, wenn es um vorhandene Beschwerden geht. So antwortet ein junger Mann auf die Frage ob er sich gesund fühle mit einem Ja, es gehe ihm wunderbar, er habe überhaupt keine Beschwerden. (IP4: 373-386) Zu diesem Zeitpunkt hatte er jedoch eine akute Schnittverletzung in der Fußsohle, eine chronische Hauterkrankung (Schuppenflechte) und eine stark ausgeprägte Suchtproblematik. Zudem gab er an, seit dem Tod seines Vaters an massiven Schlafstörungen zu leiden. (IP4: 373-386) Vorhandene Erkrankungen werden von den Befragten also verdrängt, verharmlost, verallgemeinert oder schlichtweg ignoriert und erweisen sich daher nicht unbedingt als Gründe um sich krank zu fühlen. (IP5: 1017-1022, IP1:136-138; IP3: 252-255;)

8.3. Gesundheit als umfassendes Wohlbefinden

Von dieser Gruppe von jungen Erwachsenen wird Gesundheit wiederum durch umfassendes körperliches und psychisches Wohlbefinden definiert. Dazu gehört für sie, neben dem Fehlen von den oben beschriebenen körperlichen und psychosomatischen Beschwerden, auch das Gefühl psychisch stabil und sorglos zu sein. Einige Befragte

zählen auch den Befall mit Ungeziefer, wie Läuse oder Skabies zu den physischen Beschwerden. (IP3: 257-268; IP8: 214-223) Die erwähnte psychische Stabilität zeichnet sich vorrangig durch die (subjektive) Abwesenheit von psychischen Erkrankungen aus, die, wenn erforderlich durch eine gute medikamentöse Einstellung erreicht werden kann, wie eine junge Borderlinepatientin betont. (IP8: 233-241) Finanzielle und familiäre Probleme stellen außerdem ebenfalls große Hindernisse für ein sorgloses Leben und somit für die Gesundheit dar. Eine junge Erwachsene leidet sehr unter dem fehlenden familiären Kontakt, der ihr von ihrer Mutter versagt wird und verknüpft dies mit ihren andauernden Kopfschmerzen. (IP7: 47-50; 241-245, 279-283, 590-593) Eine andere sieht die familiären Probleme als Ursache für ihre Persönlichkeitsstörung und empfindet ihre Schulden, die aus Mietrückständen entstanden sind, als sehr belastend und ungünstig für den Verlauf ihrer Erkrankung. (IP8: 17-20, 418-425) Gastritis wird ebenfalls als Folge familiärer Probleme erwähnt. (IP6: 114-118) Psychische und physische Beschwerden stehen in den Augen der jungen Erwachsenen in dieser Gruppe also in einem Zusammenhang. Für eine Befragte hat umfassendes Wohlbefinden außerdem eine ausgewogene Ernährung, sowie eine geschützte, saubere Umgebung, ohne Abgase und Bakterien zur Bedingung. Obdachlosigkeit bietet für sie somit keine Grundlage für die Erhaltung beziehungsweise Wiedererlangung der Gesundheit. (IP8: 192-223) Unter diese Kategorie fällt für manche wenige auch die Substanzabhängigkeit. So fühlt sich ein Interviewpartner beispielsweise aufgrund der Folgen seiner Drogensucht krank:

„[...] Gesund fühle ich mich nicht [...] jetzt einfach durch die Drogensucht und jetzt muss ich noch schauen, weil jetzt bin ich Kokainabhängig auch noch.“ (IP3: 234-238)

Sehr viel häufiger kommt es jedoch bei der Frage, ob die jungen Erwachsenen Sucht und insbesondere ihre eigene Sucht als eine Krankheit ansehen, zu widersprüchlichen Aussagen.

8.4. Gesundheit trotz Drogenabhängigkeit

Die Sucht wird oft nicht als Krankheit angesehen oder es besteht das Wissen, dass es sich um eine Suchterkrankung handelt, jedoch wird die eigene Abhängigkeit nicht als Suchterkrankung gedeutet. So berichtet zum Beispiel ein substanzabhängiger Interviewpartner davon keine Krankheiten zu haben und sich auch gesund zu fühlen. Weitere erwähnen sich nicht gesund zu fühlen, bei den Gründen weshalb, werden jedoch

nur physische Beschwerden genannt, die zum „sich krank fühlen“ beitragen, nicht jedoch ihre Suchterkrankung. Auch wird von den meisten GesprächspartnerInnen, bei der Frage „mit welchen Krankheiten man auf der Straße konfrontiert wird“, Substanzabhängigkeit außen vor gelassen. Es kommt auch zu einer ambivalenten Haltung gegenüber der eigenen Suchterkrankung. Beispielsweise berichtet ein junger Erwachsener davon, dass Substanzabhängigkeit für ihn eine Krankheit darstellt, er es aber auf sich selbst bezogen nicht so sieht. Hier kommt es zu einer Diskrepanz zwischen dem Wissen und dem subjektivem Gefühl bezüglich der eigenen Suchterkrankung. Ein anderer berichtet zum Beispiel:

„Ja krank im Sinne von ich bin im Substitutionsprogramm aber ich sehe das nicht mehr als Krankheit sondern ich sehe es als notwendiges Übel, dass es mir gut geht.“ (IP1: 154-155)

Einerseits weiß die Person, dass sie krank ist, andererseits sieht sie die Krankheit jedoch nicht als Krankheit an, da sie aufgrund der Medikation symptomfrei ist und keine Entzugerscheinungen hat. Die meisten ziehen zwischen Drogenkonsum und gesundheitsschädigenden Auswirkungen keine Zusammenhänge. Dies liegt zum Teil daran, dass Sucht eben nicht als Krankheit angesehen wird und physische Beschwerden nicht dem Konsum zugeschrieben werden. Zum anderen Teil werden Erkrankungen und die psychische Verfassung durch die beeinträchtigende Wirkung der Drogen vermindert bis gar nicht wahrgenommen oder mehr oder weniger absichtlich unterdrückt.

(IP1: 152-155; IP3: 234-238; IP4: 263-276; 287, 373; IP5: 207, 208, 210-213, 217-221, 593-595; IP6: 248-250, 264-267; IP8: 192-194)

Eine Erklärung, weshalb viele Menschen ihre Substanzabhängigkeit nicht als Krankheit ansehen, versuchte auch schon Helmut Kuntz (2002, 103) aufzustellen. Er definiert Sucht als „keine Krankheit wie jede andere. Sucht ist vor allem ein Symptom, hinter dem sich etwas Tieferes verbirgt. Die eigentliche Krankheit ist also primär die tiefere seelische Verletzung oder Störung.“ Diese Definition lässt sich auch auf den Großteil unserer interviewten substanzabhängigen jungen wohnungslosen Menschen übertragen. Demnach stellt die Abhängigkeit eine Bewältigungsstrategie dar um psychische Verletzungen und Krankheiten ertragen zu können. Bei einem anderen Teil unserer Befragten ist der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung von psychischen Krankheiten und Substanzabhängigkeit jedoch nicht deutlich erkennbar, da psychische Störungen eine Folge des vorhergehenden Substanzmissbrauchs sein können oder der

Alkohol- und Drogenkonsum dafür verwendet wird, um bestehende psychische Probleme ertragen zu können. (IP5: 197-202; 206, 953-956)

Interessant ist auch, dass nicht nur eine ambivalente Einstellung bezüglich der Abhängigkeit in Zusammenhang mit der Gesundheit besteht, sondern auch eine paradoxe Meinung in Bezug auf Mischkonsum, Risikokonsum und Konsumgleichgültigkeit und der eigenen Gesundheit vorhanden ist. Keiner der InterviewpartnerInnen benennt die Zeit, in der eine Konsumverstärkung und in Folge dessen auch eine Konsumgleichgültigkeit stattfand, als gesundheitsschädigender. Es wird auch nicht auf die möglichen gesundheitlichen Folgen beziehungsweise Risiken, welche ein oft unkontrollierter Misch- und Beikonsum mit sich bringen kann, geachtet. Im Gegensatz dazu zeigen jedoch alle intravenös konsumierenden jungen Erwachsenen ein ausgeprägtes Wissen und Interesse bezüglich der Safer-Use-Praktiken. Sie erwähnen, dass es selbstverständlich sei, zum Beispiel in den Einrichtungen von der Suchthilfe Wien GmbH, regelmäßig ihre Spritzen zu tauschen. (IP2: 268–269; IP3: 458–460, 466–467; IP4: 48-59) Als möglicher Grund dafür kann das vorhandene Bewusstsein über HIV-Infektionen genannt werden, welches durch langjährige Aufklärung erreicht wurde und somit auch der Spritzentausch nicht mehr tabuisiert, sondern als selbstverständlich angesehen wird.

Ein weiterer Punkt, welcher von den jungen Erwachsenen zum Thema gemacht wurde, besteht in der Abgrenzung zu anderen DrogenkonsumentInnen beziehungsweise zu anderen Drogen. So wird zum Beispiel von einem Gesprächspartner, welcher selbst nicht intravenös konsumiert, sein nasaler Konsum verharmlost indem er intravenösen Konsum als sozusagen letzte Stufe der Abhängigkeit beschreibt. Unsere intravenös konsumierenden Interviewpartner grenzen sich auch von ebenfalls intravenös konsumierenden Personen ab indem sie andere beschuldigen ihr Spritzbesteck nicht wegzuräumen, beziehungsweise zu tauschen und sich somit selbst als verantwortungsbewusst darstellen. Interessant ist, dass selbst untereinander abwertende Begriffe wie "Giftler" benutzt werden. Diese Personen werden von unseren InterviewpartnerInnen auch dafür verantwortlich gemacht, dass alle suchtkranken Menschen "in einen Topf geworfen werden". (IP2: 206 - 209; IP5: 223-225; IP4: 201 - 210) Diese Abgrenzung kann wieder auf das Phänomen des Selbstschutzes zurückgeführt werden. Das Konsumverhalten anderer Personen wird problematischer und negativer bewertet als das eigene. Somit können sie ihr eigenes Handeln aufwerten und positiver erscheinen lassen.

8.5. Fazit: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheitssymptomen

Gesundheit wird von den Befragten also durch die zumindest kurzzeitige Abwesenheit von Beschwerden definiert, um einerseits ihrer Arbeit nachgehen zu können, andererseits den Alltag uneingeschränkt bewältigen zu können. Nur eine relativ kleine Gruppe setzt Gesundheit neben den physischen Aspekten auch mit dem psychischen Wohlbefinden gleich. Letzteres wird vor allem von pekuniären und zwischenmenschlichen Faktoren beeinflusst. Interessanterweise setzten alle befragten jungen Erwachsenen Gesundheit nicht mit der Abwesenheit von psychischen beziehungsweise physischen Krankheiten, sondern mit der Abwesenheit von Krankheitssymptomen gleich. Es macht für sie demzufolge keinen Unterschied, ob eine Erkrankung beziehungsweise Abhängigkeit real nicht vorhanden ist, oder sie durch diverse Unterdrückungsmechanismen nur nicht spürbar ist. Auf dieses Phänomen verweisen auch Uwe Flick und Gundula Röhnsch (2008, 98), wobei sie dies vor allem auf chronisch Kranke beziehen, wir diese Einstellung aber bei allen unseren StudienteilnehmerInnen beobachten konnten.

9. Subjektives Gesundheitsempfinden junger wohnungsloser Menschen

Vor dem Hintergrund dessen, was für die jungen Erwachsenen Gesundheit bedeutet, erscheint es naheliegend sich mit der Frage auseinanderzusetzen, ob sie als gesund zu betrachten sind beziehungsweise sie sich selbst als gesund ansehen. Erwähnenswert ist hierbei, dass es bezüglich der Gesundheitsvorstellungen und dem subjektiven Gesundheitsempfinden einen auffälligen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt.

9.1. Gesundheitsempfinden bei Frauen

Alle unsere teilnehmenden Interviewpartnerinnen zeigen ein ausgeprägtes Verständnis sowie persönliches Interesse an Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten. Bei zwei Drittel der befragten Frauen geht einer Medikamenteneinnahme, teilweise aufgrund ihrer negativen Erfahrungen, immer eine gründliche Überprüfung der möglichen Nebenwirkung sowie ein ausführliches Gespräch mit einem Arzt voraus. Die Erhaltung ihrer Gesundheit ist ihnen also trotz stark erschwelter Bedingungen ein großes Anliegen. (IP6: 278-283; IP7: Zeile 464-469, IP8: Zeile 334-339) Außerdem sind sie in der Lage ihre Empfindungen bewusst wahrzunehmen und realistisch einzuschätzen. Eine junge wohnungslose Interviewpartnerin kann beispielsweise in Zeiten, in denen sie einen

verstärkten Drang verspürt eine bestimmte Droge zu konsumieren sehr genau abschätzen wie dringlich die Erfüllung ihrer Lust ist und wie lange diese anhalten wird. Ihre Erfahrung und vor allem das Bewusstsein über ihren Körper ermächtigen sie dazu sich nicht gleich dem Verlangen hinzugeben. (IP6: 207-209) Bei einer Borderlinepatientin zeigt sich das Bewusstsein über ihren eigenen Körper darin, dass ihr bei einer Medikamentenumstellung sehr wohl auffällt, wie sich ihr Verhalten verändert beziehungsweise was das Medikament mit ihr macht. Psychiatrische Diagnosen, die bei Frauen häufiger erstellt werden als bei Männern, werden zwar auch von den weiblichen Befragten eher verharmlost oder als Teil der Persönlichkeit angesehen, der Unterschied zu den jungen Männern besteht jedoch darin, dass sie sich sehr wohl in ärztliche Behandlung begeben. Sie tendieren zudem dazu ursächliche Zusammenhänge zwischen ihrer Erkrankung und traumatischen Erfahrungen herzustellen und in Folge auch häufiger Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. (IP8:78-83, 138-144; IP6: 98, 323-325)

“[...] natürlich haben mein Bruder und ich darunter gelitten, an der Scheidung und dann bin ich halt psychisch krank geworden [...] (IP8: 17-20)

Laut den Aussagen einer jungen Frau, die psychotherapeutisch betreut wird, sind die Ursachen für ihre anhaltenden Kopfschmerzen in der Unterdrückung von negativen Gefühlen und der von ihr empfundenen Einsamkeit zu finden. Die Verharmlosung der Erkrankung zeigt sich bei ihr mit einem Abfinden und einer Integration der Kopfschmerzen in ihren Alltag. (IP7: 474-476, 590-593)

In einem weiteren Interview lässt sich diese Verdrängung einer psychischen Erkrankung ebenfalls sehr deutlich erkennen. Die junge Frau musste in ihrem Leben schon etliches durchmachen, so berichtet sie von einer Vergewaltigung, die eine Abtreibung zur Folge hatte. Dieses schreckliche Erlebnis wiederfuhr ihr im Alter von vierzehn Jahren. Zudem wurde sie in ihrer Kindheit und frühen Jugend regelmäßig Opfer von physischer Gewalt. (IP8: 3-4) Irgendwann später zeigte sie aggressives Verhalten, bekam Haarausfall und Hautkrankheiten. Nachdem ihre Symptome trotz gründlicher ärztlicher Untersuchung auf keine körperliche Erkrankung zurückgeführt werden konnten, wurde sie von einer Psychologin begutachtet, welche eine Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline diagnostizierte. Erstaunlicherweise antwortet auch sie auf die Frage nach ihrem Gesundheitsempfinden, dass sie sich gesund fühle und höchstens einmal im Jahr an einer Angina erkrankte. (IP8: 78-83, 138-144, 229-231)

Erwähnenswert ist auch, dass die weiblichen Interviewpartnerinnen von einer gewissen Wechselwirkung von psychischen und physischen Befindlichkeiten ausgehen und in Zeiten, in denen sie eine stabile Wohnmöglichkeit haben, in der sie sich wohlfühlen, eine deutliche Verbesserung ihrer Beschwerden verspüren, was sie damit begründen, dass der erhöhte, dauerhafte seelische und körperliche Stress, dem sie sonst ausgesetzt sind, wegfällt. (IP8: 150-152, 198-223; IP7: 587-593; IP6: 114-118) Eine Interviewte spürt eine deutliche Verbesserung ihres psychischen Empfindens, seit sie in einer Einrichtung der Wiener Wohnungslosen Hilfe untergebracht ist. (IP8: 150-152) Auch eine Gewichtszunahme wird von einer jungen Erwachsenen, seit sie eine dauerhafte Bleibe hat, verzeichnet und als sehr positiv bewertet. (IP7: 587-590)

Einen weiteren geschlechterspezifischen Unterschied sehen wir in den Strategien zur Bewältigung von Problemen. Frauen suchen sich dazu eher unschädliche Handlungsweisen wie zum Beispiel Tanzen und Musik (IP7: 381-384) und grenzen sich damit stark vom männlichen Geschlecht ab.

9.2. Gesundheitsempfinden bei Männern

Bei den Männern zeigt sich im Gegensatz zu den weiblichen Befragten ein ganz anderes Bild. Auffallend dabei ist, dass während bei den befragten Frauen bei zwei Drittel eine psychiatrische Diagnose erstellt wurde, niemand von den Männern eine solche hat beziehungsweise sie es nicht erwähnen, obwohl teilweise sehr eindeutige Anzeichen für eine psychische Erkrankung vorliegen. Ein Interviewter berichtet immer wieder durchzudrehen und zeitweise "Paranoia" zu haben. Zudem gab er an schon zwei Suizidversuche hinter sich zu haben. (IP5: 15-20, 51-54, 265-268, 953-956) Trotz dieser auch ihm bewussten psychischen Störung, definiert er den Gesundheitsbegriff schlicht mit dem Fehlen von körperlichen Erkrankungen. So gab er an, sich komplett gesund zu fühlen, ein psychiatrischer Befund liegt also folglich nicht vor. (IP5: 1017-1022) Wesentlich ist auch, dass ausnahmslos alle männlichen Studienteilnehmer an einer Suchterkrankung leiden. (IP1:6-8; IP2: 1-4; IP3: 32-38; IP4: 27-38; IP5: 58-60) Die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vermutet, dass Männer versuchen seelische Probleme mit anderen Mitteln als einer professionellen Therapie zu bekämpfen und das Bild, dass Männer wesentlich seltener psychisch erkranken als Frauen, somit nicht ganz stimmt.³⁰ Eine weiterer Grund, warum bei Männern

³⁰ <http://www.maennergesundheitsportal.de/themen/psychische-erkrankungen/maenner-leiden-unbemerkt/>
[11.12.2013]

grundsätzlich eher seltener Diagnosen vorliegen, könnte die Geschlechterrolle des Mannes sein. Trotz Zeiten des Gendermainstreams, sind es immer noch die typischen Geschlechterrollen, die das Denken und Handeln der Mitglieder einer Gesellschaft beeinflussen. Das stereotype Bild des starken, unabhängigen Mannes beeinflusst vermutlich auch das Verhalten des männlichen Individuums in medizinischen Belangen. Männer gehen im Gegensatz zu Frauen tendenziell seltener zum Arzt und verhalten sich insbesondere bezüglich ihrer psychischen Befindlichkeit eher zurückhaltend. Psychische Erkrankungen werden mehr dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben und in der Männerwelt eher tabuisiert, was eine weitere Barriere für eine Diagnostik darstellt. Neben dem gesellschaftlichen Einfluss des männlichen Rollenbildes stellt oft das fehlende Wissen hinsichtlich der Gendermedizin ein weiteres Problem dar. Während der Depression beispielweise Niedergeschlagenheit, Hoffnungs- und Kraftlosigkeit zugeschrieben werden, zeigt sich bei Männern hingegen eher eine Tendenz zu aggressivem und risikobereitem Verhalten, welche oft missinterpretiert oder gänzlich unbeachtet bleibt.

Bedeutsam ist außerdem, dass Männer bei vorliegenden Beschwerden weniger die Ursachenfindung, als eher die Symptombekämpfung im Vordergrund steht. Alternative Behandlungsmethoden, Neben- und Wechselwirkungen bei der Einnahme von Medikamenten wird, entgegen dem weiblichen Geschlecht, keine Aufmerksamkeit geschenkt. Ein junger Erwachsener verdeutlicht dies besonders anschaulich, in dem er seine Krankheitssymptome ohne ärztliche Abklärung einfach immer selbstständig mit den zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt. (IP5:75-78, 320-323, 671-672)

Die Unterdrückung der eigenen Empfindungen durch Substanzmissbrauch ist neben der eigentlichen Substanzwirkung ein Nebeneffekt, welcher besonders von unseren männlichen interviewten Personen zur Alltagsbewältigung- beziehungsweise Erleichterung angestrebt wird. (IP5: 207-213; 217-221; 593-595; IP4: 263-276) Ein junger Erwachsener erzählte uns in Hinblick dessen, aufgrund der Überforderung mit seiner derzeitigen Lebenssituation, zu Drogen zu greifen

“[...] teilweise habe ich mir auch gedacht ich packe es nicht mehr [...] dann hab ich halt in den acht Monaten wieder zu den Drogen gegriffen [...]” (IP5: 197-202, 206)

9.3. Fazit: (Un)realistisches Selbstbild!?

Es ist deutlich erkennbar, dass das Thema Gesundheit im Leben der weiblichen Befragten wesentlich präsenter ist als bei den männlichen Interviewten. Diese setzen sich eher kleinere Ziele, die in unmittelbarer Reichweite liegen und haben keine Zukunftsperspektive, die sie zu verwirklichen versuchen. Diese Abwesenheit an Zukunftsvorstellungen veranlasst sie viel mehr dazu im Hier und Jetzt zu leben und riskantere Verhaltensweisen einzugehen. Während beim männlichen Geschlecht eine große Diskrepanz zwischen der von ihnen wahrgenommenen und der tatsächlichen Gesundheit vorliegt, haben Frauen ein realistischeres und ganzheitlicheres Bild ihrer gesundheitlichen Verfassung. Generell kann jedoch gesagt werden, dass die jungen Erwachsenen ihre Gesundheit, unabhängig von ihrem Gesundheitsverständnis viel besser einschätzen, als sie es tatsächlich ist. Dies kann einerseits daran liegen, dass gesundheitliche Beschwerden aufgrund des Drogenmissbrauchs schlicht nicht wahrgenommen werden oder die falsche Beurteilung des persönlichen Wohlergehens als Selbstschutz dient, da sie unter den erschwerten Lebensbedingungen wichtigere Prioritäten haben, wie Essen zu besorgen oder einen Schlafplatz zu finden.

Wenn das allgemeine Gesundheitsverständnis der Befragten in Bezug gesetzt wird zu ihrem persönlichen Befinden, zeigt sich jedenfalls, dass niemand von ihnen als gesund anzusehen ist. Sie leiden sehr häufig unter akuten physischen Beschwerden oder unter chronischen beziehungsweise chronifizierten Erkrankungen, die jedoch heruntergespielt und nicht als ernsthafte Erkrankung wahrgenommen werden. (IP4: 373-386).

Die psychische Gesundheit wurde bei der Frage nach dem eigenen Gesundheitsempfinden vom Großteil der von uns befragten jungen Erwachsenen komplett außer Acht gelassen. Das persönliche Wohlergehen wurde ausschließlich auf die körperlichen Empfindungen bezogen, obwohl Gesundheit ganz allgemein von ihnen teilweise sehr wohl als ganzheitlichen beschwerdefreien

Zustand definiert wird. Die eigene psychische Erkrankung wurde nicht als Krankheit wahrgenommen, sondern verharmlost, negiert oder als ein Teil der Persönlichkeit akzeptiert. (IP1: 152-155; IP2: 132-142, 174-186; IP4: 263-276, 287; IP7: 474-476, IP5: 51-54, 308-315; IP6: 264-267) Der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit ist sehr uneinheitlich. So kann die psychische Störung erst als Folge der Wohnungslosigkeit entstanden sein (IP7: 411, 421-425) oder die Erkrankung ein zentraler Aspekt sein, der in die Wohnungslosigkeit geführt hat. (IP8: 78-85; IP1: 130-131)

10. Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

Als ein zentrales Thema bei der Nutzung der medizinischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zeigen sich sowohl persönliche, stark subjektive Problemlagen, als auch strukturelle, institutionsabhängige Barrieren, die es den wohnungslosen Menschen erschweren, einen für sie geeigneten Zugang zu den Leistungen zu finden. Wesentlich ist hier die Kombination mehrerer Faktoren, die zueinander in Wechselwirkung stehen und dazu führen, dass das Gesundheitssystem wenig oder gar nicht genutzt wird. Speziell im Fall junger wohnungsloser Menschen gibt es besondere Alltagsanforderungen die dazu führen, dass die Gesundheit teilweise vernachlässigt wird, weil andere Bedürfnisse in dem Moment vorrangiger sind. (IP5: 179-182, 320-322; IP1: 89-92)

10.1. Gesundheitskompetenz und -vorstellungen als Zugangsbarriere

Als eine wesentliche Barriere zur Gesundheitsversorgung ist als Erstes zu nennen, dass medizinische Leistungen von den meisten wohnungslosen Menschen erst sehr spät in Anspruch genommen werden und somit teilweise, wie bereits beschrieben, nur als „Reparaturmedizin“ dienen. Diesem Phänomen liegen verschiedenste Motive zugrunde, wobei der deutliche Unterschied bezüglich der allgemeinen Gesundheitskompetenz zwischen den weiblichen und den männlichen Interviewpartnern ausschlaggebend ist. Dies beginnt bereits bei dem sehr heterogenen Gesundheitsverständnis. (IP2: 132-142; IP5: 1017-1022; IP8: 198-208) Außerdem ist auch zu erwähnen, dass während Männer eher zur Symptombekämpfung neigen, sich Frauen zusätzlich zur medizinischen Behandlung eine psychosoziale Beratung wünschen, die ihnen zumeist nicht ausreichend geboten wird. (IP2: 192-195; IP5: 75-78, 85-88; IP8: 285-94, 334-339; IP6: 217-220, 323-325) Hierbei ist auch relevant, dass besonders wenn es um das Thema Medikamente geht, Frauen sehr kritisch sind. Auf jeden Fall möchten sie genau informiert werden, was das Medikament bewirkt und wieso sie genau dieses nehmen sollen. Eine Aufklärung fehlt ihnen jedoch größtenteils, was dazu führt, dass sie lieber gar keine Medikamente nehmen und somit auch keinen Arzt aufsuchen. (IP8: 334-339; IP6: 278-283) Ein zusätzliches Hindernis birgt auch die vereinzelt aufgetretene Überzeugung, dass die Krankheit sowieso wieder vorbei gehen muss, was auch immer der Fall ist. Dass die Krankheit jedoch nach kürzester Zeit aufgrund der fehlenden Behandlung wiederkehrt, wird allerdings nicht beachtet. (IP6: 121, 122, 132, 127-130) Auch das Fehlen einer tatsächlichen Untersuchung und die oftmals nur erfolgte Verschreibung beziehungsweise Ausgabe von Tabletten, vermindert den Wunsch medizinische Leistungen in Anspruch zu

nehmen. (IP6: 323-325) Dem oben erwähnten Anliegen einer psychosozialen Betreuung wird dies somit nicht gerecht.

Männer tendieren eher zur Selbstmedikation, indem sie sich, sobald bestimmte Symptome einer Krankheit erkennbar sind, Medikamente besorgen und so die Symptome lindern. Besonders wenn aktuell keine Krankenversicherung vorhanden ist, werden Medikamente über Freunde oder auf dem Schwarzmarkt organisiert. Diese Verfügbarkeit von Arzneimitteln bewirkt, dass keine adäquate ärztliche Beratung gesucht wird, da die Personen genau das bekommen, was sie meinen, dass zur Krankheitsbekämpfung notwendig ist. Dies lindert die Schmerzen jedoch bloß vorübergehend und verzögert die Krankheit nur. (IP5: 75-78, 320-322; IP1: 183-186) Es ist außerdem auch erkennbar, dass Männer eher dazu neigen eine Krankheit einfach überstehen zu wollen, da sie ihrer Meinung nach sowieso wieder vergeht. Oft ist dies gepaart mit einem starken Drogenkonsum, sodass die Krankheit so übergangen wird. Wie auch schon beim Beispiel davor führt dies nur zu einem rezidivierenden Krankheitsverlauf und nicht zu einer tatsächlichen Heilung. Da Krankheiten jedoch nicht selten verharmlost werden, ist auch ein erneutes Auftreten der Krankheit meist kein ausreichender Grund zum Arzt zu gehen. Ärztliche Leistungen werden zumeist erst bei schweren Verläufen einer Krankheit oder in Notfällen in Anspruch genommen. (IP5: 671, 672)

Eine weitere Barriere kann die eigene Gesundheitskompetenz sein. Wenn man sich gesund fühlt, aber etliche Verletzungen oder Erkrankungen hat und diese aber nicht als solche wahrnimmt und so eine unrealistische Gesundheitseinschätzung entsteht, geht die Person nicht zum Arzt, da sie keine gesundheitlichen Beschwerden erkennen kann und somit keinen Grund für sich sieht zum Arzt zu gehen. Teilweise spielt dies auch mit dem Faktor der Verharmlosung zusammen. (IP4: 373-386)

Obwohl nicht nur von Frauen sondern auch von Männern psychische Probleme, die entweder schon vor der Wohnungslosigkeit bestanden oder sich im Laufe dieser entwickelt haben, als ein Thema angesprochen wurden, sind nur relativ wenige näher darauf eingegangen, wie sie diese bewältigen. (IP1: 130,131, 136; IP6: 953-956) Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu den körperlichen Beschwerden, wo doch ganz klar besprochen wird, welche Lösungen dafür gefunden werden. Markant ist, dass zwei Drittel der interviewten jungen Frauen derzeit eine psychologische Unterstützung haben und diese auch als sehr hilfreich empfinden. Trotzdem würden sie sich gezielte psychosoziale Beratung wünschen, wie zum Beispiel Anlaufstellen für Opfer von häuslicher Gewalt. (IP8: 333-334, 432; IP7: 335, 336) Da es solche Einrichtungen schon gibt, ist es eindeutig, dass die Mädchen viel zu wenig informiert werden und diese

Unwissenheit als eine klare Barriere anzusehen ist, wieso diese Leistungen nicht genutzt werden (können). Eine weitere Problematik dafür könnte auch sein, dass die aktuellen Angebote zu hochschwellig sind und somit für diese Zielgruppe nicht ansprechend sind. Prinzipiell ist auch bei der Interviewpartnerin, die keine psychologische Hilfe in Anspruch nimmt ein Wunsch zu einer umfangreicheren psychosozialen Betreuung zu merken, doch aus der Befürchtung heraus, sie würde sowieso nur Medikamente bekommen, geht sie erst gar nicht zu den zuständigen Organisationen. (IP6: 323-325) Von den jungen Männern nutzt zum Zeitpunkt des Interviews nur einer die Möglichkeit einer ambulanten therapeutischen Unterstützung. (IP4: 414-417) Ein anderer Interviewpartner berichtet wiederum, dass er zu drei verschiedenen Psychologen gegangen ist, jedoch mit keinem von diesen zufrieden war, woraus man unter anderem schließen könnte, dass es keinem der Psychologen gelungen war eine tragbare Beziehung zu ihm aufzubauen. (IP1: 160,161) Hier ist klar ersichtlich, dass wohnungslose Männer sehr wohl auch eine psychosoziale Beratung bräuchten, diese jedoch nicht immer annehmen können. Aber auch das Aufsuchen eines Arztes aufgrund physischer Beschwerden fällt den Männern in der Regel schwerer als Frauen.

Aufgrund der besonderen Schwierigkeit, dass Männer gesundheitsbezogene Leistungen, besonders die, wie oben besprochen, im psychosozialen Bereich, weniger in Anspruch nehmen als Frauen, möchten wir hier kurz genauer darauf eingehen. Die Faktoren wieso junge wohnungslose Männer Leistungen des Gesundheitswesens weniger nutzen, sind vielseitig. Zentral ist bei allen Männern die schon zuvor angeführte Tendenz zur Verharmlosung, die laut dem Soziologen und Gendertrainer Stefan Beier (2007) eventuell auch dadurch begründet werden kann, dass Männer allgemein, eher ein geringes Selbstwertgefühl haben, „das es rechtfertigt, sich um sich selbst zu kümmern“ (Beier 2007, 76). Trotz fortschreitender gesellschaftlicher Wandlungen wird das Sorgen weiterhin weiblichen Attributen zugeschrieben, was als Erschwernis zur Identifikation mit dieser Rolle zu betrachten ist. Männer sind außerdem häufig „gepolt auf Funktion und Leistung, zumindest an der Oberfläche“ (Beier 2007, 76f), was dazu führen kann, dass gesundheitsbezogene Probleme zwar erkannt werden, aber besonders wenn es um psychische Belastungen geht, diese nicht gezeigt werden (können), da dies nicht den persönlichen beziehungsweise gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen würde. Deshalb werden psychische Belastungen oft nicht angesprochen. (IP5: 367-376) Außerdem beschreibt Beier weiter, dass Männer umso mehr für ihre Gesundheit machen, je mehr Verantwortung sie gegenüber anderen tragen, da dies als ein eher annehmbarer Rechtfertigungsgrund gesehen wird. (vgl. Beier 2007, 76f) Dies ist auch bei den von uns

interviewten jungen wohnungslosen Männern erkennbar. Solange diese in einer Beziehung waren, einer Beschäftigung nachgegangen sind oder Unterstützung seitens der Familie hatten, das heißt vermehrt Verpflichtungen gegenüber anderen Personen hatten, war zum Beispiel ihr Drogenkonsum eingeschränkt und die Personen haben (auch unter dem Einfluss von den Bezugspersonen) mehr auf sich geachtet. Dieses Umfeld kann jedoch nur als Unterstützung beim Beibehalten einer gesundheitsbewussten, in den Fällen der jungen wohnungslosen Menschen zumeist drogenfreien oder Drogenkonsum reduzierten, Lebensweise dienen. (IP1: 31-34, 111-114; IP2: 397 – 402; IP3: 393 – 407; IP5: 724-726; 730, 731)

10.2. Negative Erfahrungen im Gesundheitswesen als Zugangsbarriere

Eine oft erwähnte Barriere bei so gut wie allen jungen wohnungslosen Menschen sind schlechte Erfahrungen im Gesundheitswesen. Diese sind zum Teil sehr individuell, zum Teil sind diese aber auch strukturell bedingt. Einerseits finden sich schlechte Erfahrungen mit dem Personal bei der psychologischen Unterstützung wieder, genauso wie in sämtlichen medizinischen Bereichen wie in Arztpraxen, Krankenhäusern oder auch sozialen Einrichtungen. Alle haben eines gemeinsam: Aufgrund der zu knappen zeitlichen Ressourcen für die Untersuchung haben viele Interviewte das Gefühl nicht ausreichend und gut beraten zu werden. Besonders in den sozialen Diensten ist für den Andrang an PatientInnen zu wenig Zeit für eine umfangreiche Betreuung, somit werden hauptsächlich Medikamente verteilt, was besonders bei den Frauen eher negativ bewertet wird. (IP6: 217-220) Wie schon erwähnt wird auch die fehlende Aufklärung über die Medikamente aber auch über die Diagnosen und ihre Folgen zu wenig thematisiert, was dazu führt, dass ÄrztInnen nicht weiter aufgesucht werden, da die Personen ihrer Meinung nach sowieso keinen Nutzen ziehen. Allgemein ist ein Aufklärungsbedarf zu merken, da viele junge wohnungslose Menschen erst durch Zufall oder nach längerer Zeit auf der Straße die diversen Einrichtungen und Angebote kennen lernen. Genauso wussten einige nicht, dass sie nicht krankenversichert sind, was zu diversen Unannehmlichkeiten in Krankenhäusern führt. Es ist auch erkennbar, dass die weitergegebenen Informationen eher einseitig sind, da viele Interviewten die gleichen Organisationen beziehungsweise Einrichtungen kennen und somit viele (nützliche) Angebote unbekannt bleiben. (IP2: 219-220; IP5: 972-974; IP6: 210-212) Ein weiteres wichtiges Thema ist das Gefühl der Stigmatisierung durch die ÄrztInnen. Hier berichteten uns beispielsweise einige der Betroffenen, dass sie sich gegenüber anderen PatientInnen

benachteiligt fühlten, was die Verschreibung, beziehungsweise die Verabreichung der Medikamente betraf. Besonders betroffen schienen hier die substanzabhängigen Menschen zu sein. Auch werden eher weniger Ausnahmen gemacht. Bei gepflegt wirkenden Menschen ist es oftmals kein Problem ohne E-Card eine Behandlung zu bekommen, wenn man sagt, dass man sie das nächste Mal (zum Beispiel bei einer Nachuntersuchung) mitbringt. Von einigen Interviewten wird jedoch geschildert, dass sobald eine Person durch ihr Aussehen wie etwa die Kleidung auffälliger ist, werden diese Ausnahmen eher nicht geleistet. (IP4: 279-285, IP5: 287, 288) Auf individueller Ebene können Zwangseinweisungen in die Psychiatrie oder langjährige Einnahme von Medikamenten aufgrund psychischer Erkrankungen genannt werden, die dazu führen, dass Leistungen im Gesundheitswesen eher weniger genutzt werden. (IP3: 68-76)

10.3. Drogenkonsum als Zugangsbarriere

Da Drogen, aber auch die übermäßige Einnahme von Medikamenten (auch im Sinne der Selbstmedikation) größtenteils von den männlichen Befragten als absichtliche Maßnahme gesetzt werden, um Schmerzen, aber auch psychische Belastungen zu unterdrücken und so der Realität zu entfliehen, möchten wir diesem Thema folgendes Kapitel widmen. (IP5: 593-595, 711, 712) Drogenkonsum bewirkt wie schon erwähnt, dass die Betroffenen über lange Zeiträume nicht merken, dass es zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes gekommen ist, was wiederum häufig dazu führt, dass ein/e Arzt/Ärztin erst in späteren Stadien der Erkrankung aufgesucht werden und dass sie durch den ständigen Konsum ihren Körper und ihre Bedürfnisse nicht wirklich spüren und wahrnehmen können. (IP5: 94-97, 217-222,)

„[...] als Drogensüchtiger merkst du das ja gar nicht, wenn du krank bist, weil das Morph alles übertaucht eigentlich (Pause) und daher habe ich so gut wie nie gemerkt, wenn ich krank war. Es war nur einmal so, dass ich das nicht mitbekommen habe und als mir irgendwann alles so weh getan hat, also das Atmen und alles dass ich ins Krankenhaus gegangen bin und die haben mich dann gefragt, wie ich das nicht bemerken habe können, ich habe eine Lungenentzündung vom feinsten ja.“ (IP4: 236-268)

Durch die Tatsache, dass die von uns interviewten Frauen dem Konsum von Drogen vollkommen abgeneigt sind, beziehungsweise Drogen konsumieren, aber nicht in dem Umfang wie die Männer und versuchen den Konsum zu reduzieren, liegt auch die damit in Zusammenhang liegende Beeinträchtigung nicht vor, die als Konsequenz eine Verzögerung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen hat. (IP8: 185, 190;

IP6: 167, 168, 191-194) Trotz unterschiedlicher Ausgangslagen versuchen wohnungslosen Menschen in beiden Fällen die Behandlung so lang wie möglich hinauszuzögern und somit wird diese quasi nur als letztmögliche Lösung genutzt.

10.4. Angst und Scham als Zugangsbarriere

Nur ein einziger Betroffener erzählt, dass einer der Gründe, wieso er keinen Arzt aufsucht, der ist, dass er die Befürchtung hat sich rechtfertigen zu müssen, wieso er bestimmte Verletzungen hat und dies scheint ihm unangenehm zu sein. (IP5: 664-667) Eben diese Person gibt auch an, dass sie Angst davor hat, was der Arzt alles finden würde, wenn sie wieder einmal dorthin gehen würde. Hier ist jedoch eine Ambivalenz spürbar, denn trotz der verschiedenen Faktoren, wieso der Interviewte medizinische Leistungen nicht in Anspruch nimmt, möchte er unbedingt eine ärztliche Beratung bekommen, um zu erfahren wie es um seine Gesundheit steht. (IP5: 581-585) Es wirkt fast so, als würden diverse Gründe gesucht werden als eine Art Selbstschutz, um nach Außen weiterhin zu zeigen, dass alles in Ordnung ist. Dies bestätigt wiederum die Aussage von Beier (2007), dass Männer eher auf Funktion und Leistung gepolt werden und weniger auf sich selbst achten.

10.5. Fehlende Krankenversicherung als Zugangsbarriere

Als eine weitere Barriere zum Gesundheitssystem ist eine fehlende Krankenversicherung zu nennen. Die Hälfte der Interviewten hatte zeitweise keine Versicherung, einer von ihnen ist auch zum Zeitpunkt des Interviews nicht versichert. Als besonders problematisch ist der Umstand zu erachten, dass über die fehlende Versicherung nicht informiert wird und somit in einem Fall sogar erhebliche Schulden aufgetreten sind, da die Person von der fehlenden Versicherung erst nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus informiert wurde. (IP6: 234-236, 238,239) Als Hauptursache für die fehlende Versicherung ist das Sperren des Arbeitslosengeldes entweder durch das Nichtnachkommen der Verpflichtungen gegenüber dem AMS, wie zum Beispiel das Absolvieren von Kursen, oder aufgrund allgemeiner Unklarheiten seitens des AMS, maßgeblich. (IP2: 292-294; IP1: 71-73, IP5: 51-54, 64-69, 997-1000; 1081-1083; IP6: 238, 239) Wie lange die Betroffenen gesperrt und wie lange sie davor versichert waren, wurde nicht erwähnt. Demnach ist es unklar ob möglicherweise trotzdem eine Leistung

aufgrund §122 ASVG Absatz 2 Satz 2³¹ zugestanden hätte und sie aber nicht von der Krankenkasse darüber informiert wurden und deshalb die Annahme bestand, dass sie in dem Zeitraum nicht versichert sind. Explizit bei dem einen jungen Erwachsenen, der zur Zeit des Interviews keinen aufrechten Versicherungsschutz hatte, ist die eigentliche Grundproblematik, die zur Nichteinhaltung der AMS-Termine führt, seine starke Drogenabhängigkeit. (IP5: 532-536) Diese Schwierigkeit Termine zeitgerecht wahrzunehmen und tatsächlich hinzugehen, beeinflusst sämtliche Lebenslagen und ist somit auch im Gesundheitsbereich anzutreffen, was wiederum dazu führt, dass weder das öffentliche Gesundheitssystem genutzt werden kann, noch niederschwellige Angebote in Anspruch genommen werden können. (IP5: 972-975) Grundsätzlich kann gesagt werden, dass wenn es um die Krankenversicherung geht und die Personen einmal informiert werden, dass sie nicht versichert sind, abgesehen von einem Fall, immer versucht wird diese weiter zu behalten, das heißt, dass auch die vorgegebenen Termine eingehalten werden müssen. Wenn es jedoch um die Gesundheit selbst geht, gibt es immer wieder Schwierigkeiten Termine zu vereinbaren und dann auch einzuhalten. Deshalb kann diese, unter anderem im Bericht von Zechmeister-Koss und Reichel (2012) beschriebene, Barriere nur teilweise bestätigt werden. Es ist erkennbar, dass diese stark an den Schweregrad der von ihnen zu erwartenden Folgen gekoppelt ist und individuell abgewogen wird, ob es ein Termin es wert ist zu kommen oder eben nicht.

10.6. Fazit: Bedarf an niederschwelliger, aufsuchender Sozialarbeit

Eine Vielzahl der in Zechmeister-Koss und Reichel (2012) Berichts erwähnten Zugangsbarrieren konnten durch unsere Interviews bestätigt werden, jedoch ist eindeutig, dass hierbei nicht genügend individuelle Aspekte berücksichtigt wurden. Jeder Mensch hat unterschiedliche Erfahrungen gemacht, die zu unterschiedlichen Gesundheitsvorstellungen und -wahrnehmungen führen, welche bedingt durch strukturelle und situative Faktoren dazu führen, dass Leistungen der Gesundheitsversorgung mehr oder weniger genutzt werden. Aufgrund der hohen Anzahl

³¹ §122 ASVG Abs. 2 Satz2: Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren: an Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine Beschäftigung (ein Lehr- oder Ausbildungsverhältnis) begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eintritt. War der Versicherte im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung infolge Krankheit arbeitsunfähig oder bestand zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wochengeld, so beginnt die Frist von sechs Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) bzw. Wochengeld zu laufen.

diverser Zugangsbarrieren ist in diesem Bereich eindeutig Handlungsbedarf erkennbar. Bei den individuellen Ursachen ist es relativ schwierig anzuknüpfen, da jede Person anders mit dem Thema der eigenen Gesundheit umgeht. Um jungen wohnungslosen Menschen den Zugang zu den verschiedenen Angeboten jedoch zu erleichtern, ist es notwendig sie ausreichend über diese zu informieren und eventuell auch stärker vernetzend tätig zu sein. Ein nächster Schritt könnte beispielsweise eine Ausweitung der ärztlichen Liaisondienste sein, da diese nicht in jeder Einrichtung der Wiener Wohnungslosenhilfe etabliert sind. Dadurch wäre der Zugang zu medizinischen Leistungen um Einiges vereinfacht und auch für KlientInnen die Schwierigkeiten mit der Termineinhaltung haben, könnte dies eine Erleichterung darstellen. Besonders bei den Männern ist niederschwellige und aufsuchende Arbeit von Bedeutung, damit diese überhaupt auf die verschiedenen Angebote aufmerksam werden. Auch die fehlende Information über den Verlust der Krankenversicherung seitens der Krankenkasse ist sehr problematisch, da die Personen somit gar nicht wissen, dass sie nicht versichert sind und dies erst erfahren, wenn sie bei der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung darauf hingewiesen werden. Wichtig wäre hier also eine zeitgerechte Benachrichtigung, welche die Personen informiert, dass sie bald nicht mehr krankenversichert sind und welche Möglichkeiten sie haben, um weiterhin versichert zu bleiben. Als eine weitere Aufgabe ist die präventive Arbeit schon im Jugendalter anzusehen. Dies bezieht sich sowohl auf den Bereich der Gesundheit als auch bei der Vermeidung der Entstehung von Wohnungslosigkeit. Wesentlich ist hier, dass die Jugendlichen schon im Vorfeld über die für sie relevanten Bereiche ausreichend informiert werden und vor allem intensive und spezifische Betreuung und Unterstützung geboten wird.

11. Schlusswort

Ausgehend von unseren Forschungsfragen lässt sich zusammenfassend sagen, dass Gesundheit von unseren InterviewpartnerInnen hauptsächlich als Abwesenheit von Beschwerden und Krankheitssymptomen definiert wird und nicht als Abwesenheit von physischen und psychischen Krankheiten. Häufig steht auch nur das physische Wohlergehen für Gesundheit wobei das psychische Befinden außer Acht gelassen wird und psychische Erkrankungen nur selten als Krankheit wahrgenommen werden. Auch beim Thema Substanzabhängigkeit lässt sich erkennen, dass diese oft nicht als Krankheit angesehen wird beziehungsweise das Wissen besteht, dass es sich um eine Krankheit handelt, die eigene Abhängigkeit jedoch nicht als solche gesehen wird. Der Großteil der

befragten jungen wohnungslosen Menschen sieht auch keinen Zusammenhang zwischen dem eigenen Drogenkonsum und den gesundheitsschädlichen Auswirkungen. Diese Diskrepanz zwischen der subjektiven Meinung über die eigenen Substanzabhängigkeit und dem Wissen bezüglich der Substanzabhängigkeit als Krankheit kann als Bewältigungsstrategie gedeutet werden. Deutlich ist auch, dass vor allem unsere männlichen Befragten dazu neigen, vorgelebte Bewältigungsstrategien, zu übernehmen und unsere weiblichen Befragten auf andere, als die ihnen vorgelebten, zurückgreifen können. Warum dies so erscheint und welche Bewältigungsstrategien eher von Frauen bevorzugt werden, bleibt an dieser Stelle noch offen, wäre aber eine interessante neue Forschungsfrage. Weiters zeigt sich bei den befragten Frauen, im Gegensatz zu den Männern, ein ausgeprägteres Gesundheitsverständnis und ein realistischeres Bild bezüglich ihrer eigenen Gesundheit. Zu erwähnen ist auch, dass alle InterviewpartnerInnen ihre Gesundheit weitaus besser einschätzen als diese wirklich ist, obwohl zumeist physische Beschwerden und/oder chronische Erkrankungen vorliegen. Beim Thema Zugang zum öffentlichen Hilfesystem stellte sich heraus, dass dieser durch viele individuelle Zugangsbarrieren erschwert beziehungsweise verhindert wird, welche aufgrund von Erfahrungen und der eigenen Gesundheitsvorstellung und -wahrnehmung entstehen können. Um diese individuellen Zugangsbarrieren minimieren zu können, wäre vor allem eine präventive Arbeit, welche schon im Jugendalter ansetzt, sehr hilfreich. Aufgrund unserer Forschungsergebnisse und dieser Erkenntnis entwickelten wir eine Projektskizze, welche wir im nächsten Kapitel vorstellen.

12. WG für wohnungslose Jugendliche von 14-21 Jahren mit psychiatrischer Auffälligkeit

12.1. Ausgangslage

Durch unsere Recherche im Rahmen der Forschungsarbeit stellte sich heraus, dass es trotz dringlicher Notwendigkeit nur ein einseitiges Wohn- und Betreuungsangebot für wohnungslose Jugendliche mit psychiatrischer Erkrankung im Alter von 14-21 Jahren gibt. Diese Einseitigkeit besteht darin, dass minderjährige Personen mit psychiatrischen Diagnosen in Einrichtungen meist nur medikamentös behandelt werden. So wird den Symptomen zwar effektiv entgegengewirkt, die Ursachen der Erkrankung bleiben dadurch jedoch weitgehend bestehen. Besonders bedeutend ist dies mit Eintreten des

18. Lebensjahres, da die jungen Erwachsenen ab diesem Zeitpunkt selbständig über die weiteren Behandlungsformen entscheiden. Des Weiteren ist durch den stetigen Anstieg von psychiatrischen Diagnosen bei minderjährigen Personen³² die bestehende Anzahl an Unterbringungsmöglichkeiten nicht bedarfsgerecht.

Da sich die vorhandenen Angebote nur an Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr richten, ergibt sich für diese Personengruppe ein zusätzliches Problem, da bis heute keine ausreichende Vernetzung zwischen der Jugendwohlfahrt und der Wiener Wohnungslosenhilfe besteht, um Jugendwohnungslosigkeit infolge der Entlassung aus der vollen Erziehung zu verhindern. Aus diesem Grund ist es uns ein besonderes Anliegen eine Betreuung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres anzubieten.

12.2. Zielgruppendefinition

Unsere Angebote richten sich an minderjährige Personen beider Geschlechter von 14 bis 21 Jahren mit psychiatrischer Erkrankung. Da psychiatrische Erkrankungen häufig mit Substanzmissbrauch einhergehen, wird dies im individuellen Betreuungsplan berücksichtigt und stellt somit keinen Ausschlussgrund dar.

12.3. Gender Mainstreaming

Unter Gender Mainstreaming verstehen wir in unserer Einrichtung die möglichst weitgehende Berücksichtigung von unterschiedlichsten Interessen und Lebenssituationen von Männern und Frauen und Mädchen und Jungen. Die Umsetzung des Gender Mainstreaming soll dazu beitragen die pädagogische Arbeit zu qualifizieren und die Potenziale der Einrichtung zu öffnen. Darunter verstehen wir die Öffnung möglichst vieler und breiter Angebote für alle Geschlechter. Gender Mainstreaming zielt also auf die gleiche Beteiligung aller Geschlechter ab und soll geschlechterbezogener Ausgrenzung und Einengung entgegenwirken, damit unsere KlientInnen ihre Potenziale frei entfalten und leben können. Dieser Gender-Grundsatz reicht von einem gemischt geschlechtlichen Team, über ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Klienten und Klientinnen bis zum sensiblen Gebrauch einer gendergerechten Sprache in Wort und Schrift.

³² http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm?s_cid=su6202a1_w [26.01.2014]

12.4. Partizipation

Die Meinung unserer KlientInnen hat im Bereich des alltäglichen Lebens sowie in der persönlichen Zielsetzung des Betreuungsplanes eine ausschlaggebende Gewichtung. Dies reicht von der Gestaltung der Räumlichkeiten über die Auswahl der Freizeitaktivitäten bis hin zum Mitspracherecht bezüglich der Behandlungsformen ihrer Erkrankungen.

12.5. Ziele unseres Pilotprojektes

12.5.1. Stabilisierung der Wohnsituation

Da unsere KlientInnengruppe aus diversen Gründen oft nicht in ihre Herkunftsfamilie zurückkehren kann und in gewöhnlichen Einrichtungen der vollen Erziehung nicht gehalten werden kann, bieten wir ihnen eine stabile und bis zum 21. Lebensjahr unbefristete Unterbringungsmöglichkeit mit intensiver Betreuung.

12.5.2. Stabilisierung des Gesundheitszustandes

Aufgrund unseres multiprofessionellen Teams, welches ein medizinisches Fachpersonal beinhaltet, um den individuellen Bedürfnissen unserer KlientInnen gerecht zu werden, soll eine Verbesserung und Festigung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes erreicht werden. Es wird großer Wert auf eine erweiterte Psychoedukation gelegt, um Coping-Strategien für das weitere Leben zu erlernen. Um eine Stabilisierung des psychosozialen Zustandes zu erreichen wird spezifisches Fachpersonal (Psychotherapeuten, Psychiater,...) auch außerhalb der Einrichtung in Anspruch genommen.

12.5.3. (Bei-)Konsumreduktion durch Vernetzung und Zusammenarbeit mit therapeutischen Einrichtungen der Suchthilfe Wien

Da psychische Erkrankungen häufig eine Multikomorbidität mit Substanzmissbrauch aufweisen ist eine Vernetzung und/oder Zusammenarbeit mit niederschweligen, therapeutischen Einrichtungen der Suchthilfe Wien essentiell. Ziel ist nicht eine vollständige Abstinenz, jedoch wird eine (Bei-)Konsumreduktion angestrebt. Bei gewünschtem Entzug beziehungsweise Substitutionsbehandlung wird eine umfassende Unterstützung geboten.

12.5.4. Entwicklung und Stabilisierung von Tagesstrukturen

In unseren Interviews wurde mehrfach erwähnt, dass eine vorhandene Tagesstruktur für die Jugendlichen von großer Bedeutung ist, um eine psychische Gesundheit zu gewährleisten. Aus diesem Grund werden interne Workshops sowie eine Vernetzung mit bereits vorhandenen arbeitsmarktpolitischen Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten.

12.5.5. Vorbereitung auf ein eigenständiges Leben

Die Jugendlichen sollen intensiv auf ein angestrebtes selbstbestimmtes Leben vorbereitet werden. Dies erfolgt durch das Erlernen von Alltagstätigkeiten, wie dem Umgang mit Geld, Kochen, Wäsche waschen, Putzen (z. B. „Putzradl“: die Jugendlichen können auf freiwilliger Basis Reinigungsaufgaben gegen ein zusätzliches Taschengeld übernehmen), usw..

12.5.6. Erreichen von angestrebten Zielen

Von dem/von der KlientIn individuell angestrebte Schul- Aus- und Weiterbildungen sollen mit unserer Hilfe erreicht werden. Unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten soll eine Qualifizierung erreicht werden, um so den Einstieg ins Erwerbsleben zu erleichtern, was wiederum ein selbstbestimmtes Leben fördert.

12.6. Aufbauorganisation

12.6.1. Auftraggeber

Prinzipiell sind wir ein privater, unabhängiger Verein, der jedoch in Kooperation mit der MAG 11 und der Wiener Wohnungslosenhilfe steht. Weitere Geldgeber sind zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar.

12.6.2. Projekt-Leitung

Zur Projektleitung bedarf es einer Sozialarbeiterin mit langjähriger Erfahrung, die 40 Stunden pro Woche in der Einrichtung tätig ist. Neben der Einzelfallhilfe sollen 50% der Arbeitszeit für Leitungstätigkeiten aufgebracht werden. Vernetzungstreffen mit leitenden Angestellten anderer, für uns relevante Institutionen sollen ebenfalls regelmäßig organisiert werden.

12.6.3. Projekt-Team

Ziel unseres Projektes soll es sein, unsere KlientInnen dazu zu befähigen ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen. Um dies zu ermöglichen arbeiten wir in einem multi-professionellen Team. Die Mitglieder sollen sich in ihren Fähigkeiten ergänzen und gemeinsam Verantwortung für die Arbeit innerhalb der Einrichtung übernehmen. Auf diese Weise soll die Qualität der Arbeit bei gleichzeitiger Entlastung für den Einzelnen gesteigert werden. Die professionelle Soziale Arbeit arbeitet schwerpunktmäßig ressourcenorientiert auf Problemlösungen und Veränderungen hin. Im Blickfeld steht nicht nur der/die KlientIn, sondern auch das Umfeld, das e Team, sowie alle anderen involvierten Parteien. Dieser systemtheoretische Ansatz fördert die Findung von Problemlösungen, welche für alle Beteiligten gleichermaßen tragbar sind. Die Soziale Arbeit ist somit eine essentielle Profession in der Arbeit mit unserer KlientInnengruppe. Die Sozialpädagogik versucht, wie auch die Ergotherapie, die Eigenverantwortung eines Menschen und damit seinen selbstständigen Umgang mit allgemeinen Lebenslagen in der Gesellschaft zu stärken und gleichzeitig gesellschaftliche Benachteiligungen abzubauen. Sie erweisen sich somit ebenfalls als von besonderer Wichtigkeit.

Die Erlebnispädagogik gilt als integrativer Bestandteil ganzheitlicher Behandlung und versucht durch erlebnispädagogisches methodisches Handeln die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen zu fördern. Die Stärkung von Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, sowie die Förderung sozialer Kompetenzen durch Kooperation und Kommunikation sind zentrale Aspekte dieser Therapieform. Die Erlebnispädagogik ist somit ein wichtiger Bestandteil unseres Konzeptes. Da wir in der Arbeit mit unseren KlientInnen mit vielfältigen Krankheitsbildern konfrontiert werden und wir einen relativ offenen Umgang mit deren Behandlung pflegen, ist es notwendig psychiatrisches Krankenpflegepersonal mit fundiertem medizinischen Fachwissen in unsere Team zu integrieren.

Des weiteren ist eine Wirtschaftshelferin vorgesehen, welche das Team und die Jugendlichen in Angelegenheiten des alltäglichen Lebens unterstützt.

12.7. Therapiemöglichkeiten

12.7.1. Psychotherapie

Aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen und zum Teil traumatischer Erlebnisse, möchten wir unseren KlientInnen die Möglichkeit einer Psychotherapie bieten. Das Fachpersonal wird sorgfältig nach den gewünschten Kompetenzen ausgewählt. Um eine Trennung von Therapie und der gewohnten Umgebung zu gewährleisten, finden die Therapiesitzungen in externen Räumlichkeiten statt.

12.7.2. Erlebnistherapie

Neben den bei uns üblichen erlebnispädagogischen Angeboten, findet ein bis zwei Mal jährlich ein erlebnistherapeutisches Großprojekt über mehrere Tage und außerhalb der Einrichtung statt.

12.7.3. Ergotherapie/Musiktherapie

Da wir unseren KlientInnen eine ganzheitliche Behandlung ermöglichen möchten, bieten wir Ergotherapie und Musiktherapie an.

12.8. Qualitätsmanagement

12.8.1. Teamsitzungen

Um die Professionalität in der Arbeit mit den Jugendlichen aufrecht zu erhalten, findet ein Mal wöchentlich eine Teamsitzung innerhalb des Kernteams statt, bei Bedarf werden die PsychotherapeutInnen hinzugezogen. Quartalsmäßig werden Großteamsitzungen mit allen involvierten Professionen abgehalten.

12.8.2. Supervision

Um eine Psychohygiene der MitarbeiterInnen sicherzustellen, ist ein Mal im Monat eine Teamsupervision verpflichtend. Bei Bedarf kann zusätzliche Supervision für einzelne MitarbeiterInnen in Anspruch genommen werden.

12.8.3. Weiterbildungen

Damit alle MitarbeiterInnen sowie auch die KlientInnen von den neuesten Erkenntnissen sowohl in psychiatrisch-medizinischen, therapeutischen, rechtlichen als auch in sozialarbeiterischen Bereichen profitieren können, nehmen die MitarbeiterInnen regelmäßig an Weiterbildungen teil.

12.8.4. Sicherheit

Aufgrund des relativ offenen Umgangs mit der Behandlung der psychischen Erkrankungen, sind besondere Sicherheitsmaßnahmen notwendig. Dies beinhaltet Krisenmanagement, Sicherheitsmanagement sowie Schulungen in Selbstverteidigung und Gesprächsführung.

Durch die regelmäßig erstellten Berichte und eigene Beobachtungen soll systematisch das Gefahrenpotenzial abgeschätzt werden, um eine Fremd- und Selbstgefährdung auszuschließen.

12.8.5. Dokumentation

Wichtige Vorkommnisse des Tages werden vom diensthabenden Personal im Diensttagebuch elektronisch dokumentiert.

Außergewöhnliche Ereignisse werden detaillierter beschrieben und an die/den EinrichtungsleiterIn weitergegeben. Quartalsmäßig wird ein Bericht verfasst, der den bio-psycho-sozialen Entwicklungsstand der Jugendlichen festhält und als Indikator für den weiteren Behandlungsplan dient. Bei Dienstübernahmen werden zusätzlich alle relevanten Informationen mündlich weitergegeben.

12.9. Personaleinsatz

Leitgedanke unseres Projektes ist es, dass durch eine möglichst intensive Betreuung der Jugendlichen eine gute Basis für die Befähigung für ein eigenständiges Leben gegeben wird. Um dies zu gewährleisten ist zu jeder Tageszeit eine Doppelbesetzung während der Betreuung notwendig. Solange die Jugendlichen alle minderjährig sind, werden die SozialpädagogInnen beziehungsweise SozialarbeiterInnen wie üblich jeweils 24 Stunden arbeiten, wobei im Nachtdienst eine Personen einen wachenden und die andere einen schlafenden Nachtdienst hat. Da es bei der Arbeit mit Erwachsenen nicht möglich ist solche Dienstzeiten zu vereinbaren, müsste man, sobald auch junge Erwachsenen bei

uns wohnen würden, Früh-, Spät- und Nachtdienste einführen. Neben der Einrichtungsleitung wären bei einer Doppelbesetzung und einer Wochenstundenarbeitszeit von 38 Stunden insgesamt zehn SozialpädagogInnen beziehungsweise SozialarbeiterInnen angestellt. Außerdem beschäftigt wären ein/e WirtschaftshelferIn (Vollzeit), ein/e (psychiatrische/r) Krankenschwester/Krankenpfleger (Teilzeit) und ein/e ErlebnispädagogIn (Teilzeit). Weitere Leistungen werden von externen Einrichtungen geleistet.

Literatur

- ABGB (2013): Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch. [geltende Fassung: 14.08.2013]
- Arbeitsgemeinschaft Junge Wohnungslose (2008): Junge Wohnungslose in Wien. Wien
- Arbeitsgemeinschaft Junge Wohnungslose (2012): Woher – Wohin? Wohnungslosigkeit im Übergang vom Jugendlichen- zum Erwachsenenalter. Im Rahmen des ExpertInnengesprächs: endlich 18! – wohin jetzt? Wien
- Beier, Stefan (2007): Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In: Stiehler, Matthias; Klotz, Theodor (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit: Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim und München.
- Bodenmüller, Martina/ Piepel, Georg (2003): Streetwork und Überlebenshilfen. Entwicklungsprozesse von Jugendlichen aus Straßenszenen. Weinheim
- Bodenmüller, Martina (2010): Auf der Straße leben. Mädchen und junge Frauen ohne Wohnung. Münster
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (1999): Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich. Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Familien und Jugendlichen. Wien
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2009): Wohnungslosenhilfe und Wohnungslosigkeit in Österreich. Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2011): Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Das Österreichische Gesundheitssystem, Zahlen-Daten-Fakten. Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – BMG-Version 2013. Wien
- Dücker, Uwe von (Hrsg.) (2001): Straßenkids. Neu lernen in der "Freiburger StrassenSchule". Freiburg im Breisgau
- Elder, Christine/Migosa, Margit (2001): Dann hau ich eben ab. Verlassene Eltern - Verlorene Kinder. Berlin

- FEANTSA (2005): ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion. Online: <http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en> [10.06.2013]
- Flick, Uwe/Röhnsch, Gundula (2008): Gesundheit auf der Straße : Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheiten im Kontext von Jugendobdachlosigkeit. Weinheim und München
- Frauengesundheitszentrum FEM (2009): GWF - Gesundheit für wohnungslose Frauen in Wien. Ein Handbuch. Wien
- Horst, Hackauf/ Heike Ohlbrecht (Hrsg.) (2010): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München.
- Höhm, Peter (1979): Wie Obdachlosigkeit gemacht wird. Die Entstehung und Entwicklung eines sozialen Problems. Neuwied und Darmstadt
- Homfeldt, Hans Günther/ Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München
- Kunstmann, Wilfried/Ostermann,Thomas (2002): Medizinische Versorgung Wohnungsloser - Möglichkeiten und Ergebnisse einer gesundheitsbezogenen Datendokumentation. Die Gesundheit Wohnungsloser: Mehr Fragen als Antworten. In: Wohnunglos 44 (4), 150-153
- Kuntz, Helmut (2000): Der rote Faden in der Sucht. Weinheim und Basel
- Ludwig Boltzmann Institut (Hg.) (2012): Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. Wien
- Magistratsabteilung 24 (Hrsg.) (2012): Wiener Sozialbericht 2012. Wien
- Marmot Michael (2005): Social determinants of health inequalities. Oxford
- Mayer, Petra (2009): „Diagnose Obdachlosigkeit“. In: Deutsches Ärzteblatt, 9/2009, A400
- Paegelow, Claus (2009): Handbuch Wohnungsnot und Obdachlosigkeit. Einführung zur Wohnungslosen- und Obdachlosenhilfe. Bremen
- Permien, Hanna/Zink, Gabriela (1998): Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen. München
- Romahn, Angela (2000): Strassenkinder in der Bundesrepublik Deutschland. „Beweggründe-Strassenkarrieren-Jugendhilfe“. Frankfurt am Main/London
- Rothgang, Georg-Wilhelm (2009): Entwicklungspsychologie. Stuttgart
- Sand, Jürgen (2001): Soziale Arbeit mit „Straßenkindern“. Frankfurt am Main/London
- Schwarzenau, Markus 2002: Medizinische Versorgung Wohnungsloser in Deutschland – Wo stehen wir? In: Wohnunglos, 44/1-6

- Von Dücker, Uwe (Hrsg.) (2001): Straßenkids. Neu lernen in der "Freiburger StrassenSchule". Freiburg im Breisgau
- Wallner, Claudia (2010): Wohnungslosigkeit als Bewältigungsstrategie junger Menschen zwischen den Stühlen. Online:
<http://www.claudia-wallner.de/vortraege/Wohnungslosigkeit%20als%20Bewaeltigungsstrategie.pdf>
[17.08.2013]
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa, Kanada. Online:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
[07.06.2013]
- Zamneck, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim und Basel
- Zechmeister-Koss I., Reichel M. (2012): Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. HTA Projektbericht Nr. 63. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Internetquellen

<http://www.amber-med.at/> [13.08.2013]

<http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/ueberuns> [13.08.2013]

<http://www.bella-study.org/> [30.08.2013]

[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit und Gesundheitsfoerderung](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung) [07.06.2013]

<http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/mobile-angebote/louisebus/> [13.8.2013]

http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm?s_cid=su6202a1_w [26.01.2014]

http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=51906&p_tabid=4 [30.07.13]

<http://www.dialog-on.at/konsumierende/hauptleistungen> [13.8.2013]

<http://drogenhilfe.at/ueber-uns/beratung-behandlung-und-betreuung/liaisondienste/konnex/> [13.8.2013]

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblick.html_LN.html [13.8.2013]

<http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Z00-Z99/Z55-Z65/Z59-/Z59.0> [28.08.2013]

<http://www.kiggs-studie.de/> [30.08.2013]

<http://www.kolping.at/drogenberatung/start.html> [13.8.2013]

<http://www.maennergesundheitsportal.de/themen/psychische-erkrankungen/maenner-leiden-unausgesprochen/> [11.12.2013]

<http://www.neunerhaus.at/> [13.08.2013]

<http://www.psd-wien.at/psd/94.html> [13.08.2013]

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html [16.08.2013]

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/244/384> [16.08.2013]

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/233/382> [16.08.2013]

<http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/gesundheitsrecht/sozialhilfe/krankenhilfe.html> [30.08.2013]

http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/caritas_louisebus.html [13.8.2013]

Anhang

Interviewleitfaden

1. Erklärungsphase:

Hallo, ich bin.., schön dass du/Sie da bist/sind. Gleich vorweg, wäre es okay wenn wir uns duzen würden? Ich studiere Soziale Arbeit an der FH Campus Wien und bin Mitglied einer Forschungsgruppe die sich mit dem Thema junge wohnungslose Menschen mit Fokus auf deren Gesundheit befasst. Wir schreiben eine Arbeit über diese Thematik, eventuell entwickelt sich ein Projekt daraus und darum bitten wir dich offen und ehrlich zu antworten. Das, was du erzählst ist mir sehr wichtig und damit ich das Gesagte nicht aus dem Gedächtnis verliere werde ich das Interview aufnehmen.

Dein Name wird selbstverständlich anonymisiert, du kannst dir entweder selbst einen aussuchen oder wir übernehmen das. Ziel des Interviews ist es mehr über deinen Alltag, dein Leben und natürlich auch über deine Meinung zu erfahren

2. Einleitungsphase:

Darum bitte ich dich einfach mal anzufangen, wo bist du geboren/aufgewachsen und was ist alles in deinem Leben passiert bis heute?

3. Erzählphase;

Aktives Zuhören, offene Fragen, Unterstützung bei Rede-/Denkpausen

4. Nachfragephase:

Unklarheiten klären und spezifische Fragen stellen:

Persönliche Erfahrungen/Empfindungen

- Wie ist es dazu gekommen, dass du obdachlos geworden bist?
- Wie lange bist du schon obdachlos?
- Wie empfindest du die Obdachlosigkeit?
- Was für positive und negative Erfahrungen hast du auf der Straße gemacht?
- Gibt es Personen, die dich in schwierigen Situationen unterstützen?
- Gab es Veränderungen bezüglich der Bezugspersonen seit du obdachlos bist?

Gesundheitliche Aspekte

- Wie definierst du Gesundheit? Wie Krankheit?

- Mit was für gesundheitlichen Problemen wird man auf der Straße konfrontiert?
- Warst du schon mal krank seit du obdachlos bist? Was hast du dann gemacht?
- Was für Angebote im Gesundheitsbereich kennst du und wie wurdest du auf sie aufmerksam?
 - Warum hast du diese (nicht) in Anspruch genommen? Wie war das für dich? Positives, Negatives?
 - Was fehlt? Hast du Verbesserungsvorschläge?
- Krankheitsverlauf: vor und während Obdachlosigkeit?
- Bist du zurzeit krankenversichert. Gab es Zeiten in denen du es nicht warst? Wenn ja, wieso und was für Folgen hatte das?

5. Bilanzierungsphase:

Zusammenfassen; spezifische Fragen ergeben sich aus vorhergehendem Interview

6. Datennachfrage:

- Wie alt bist du?
- Wo bist du aufgewachsen?
- Wie und wieso bist du nach Wien gekommen?

	operative Kategorie		Wohnsituation		Definition
OBDACHLOS	1	Obdachlose Menschen	1.1	im öffentlichen Raum, in Verschlägen, unter Brücken etc.	Auf der Straße lebend, an öffentlichen Plätzen wohnend, ohne eine Unterkunft, die als solche bezeichnet werden kann
	2	Menschen in Notunterkünften	2.1	Notschlafstellen, Wärmestuben	Menschen ohne festen Wohnsitz, die in Notschlafstellen und niederschweligen Einrichtungen übernachten
WOHNUNGSLOS	3	Menschen, die in Wohnungsloseneinrichtungen wohnen	3.1 3.2 3.3	Übergangswohnheime Asyle und Herbergen Übergangswohnungen	Menschen die in Einrichtungen wohnen, in denen die Aufenthaltsdauer begrenzt ist und keine Dauerwohnplätze zur Verfügung stehen
	4	Menschen, die in Frauenhäusern wohnen	4.1	Frauenhäuser	Frauen und ihre Kinder, die wegen häuslicher Gewalt ihre Wohnung verlassen haben und kurz- bis mittelfristig in einer Schutz Einrichtung beherbergt sind
	5	Menschen, die in Einrichtungen für MigrantInnen/ AsylwerberInnen wohnen	5.1	Befristete Herbergen, Auffangstellen	MigrantInnen und AsylwerberInnen in Auffangstellen, bis ihr Aufenthaltsstatus geklärt ist
			5.2	Quartiere für ArbeitsmigrantInnen	Quartiere für nichtösterreichische StaatsbürgerInnen mit befristeter Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis
	6	Menschen, die von Institutionen entlassen werden	6.1	Gefängnisse, Strafanstalten	Nach Haftentlassung kein ordentlicher Wohnsitz vorhanden
6.2			Spitälern, Heilanstalten	Blieben weiter hospitalisiert weil kein Wohnplatz zur Verfügung steht	
6.3			Jugendheime	Fallen nicht mehr unter die Jugendwohlfahrt, bleiben aber weiterhin im Heim, weil keine andere Wohnmöglichkeit zur Verfügung steht	
7	Menschen, die in Dauereinrichtungen für Wohnungslose wohnen	7.1	Langzeitwohnheime für ältere Wohnungslose	Dauerwohneinrichtungen mit Betreuungsangeboten für ältere und ehemals obdachlose Menschen	
		7.2	ambulante Wohnbetreuung in Einzelwohnungen		
UNGESICHERTES WOHNEN	8	Menschen, die in ungesicherten Wohnverhältnissen wohnen	8.1	Temporäre Unterkunft bei Freunden / Bekannten / Verwandten	Wohnen ohne einen Hauptwohnsitz zu begründen und vom guten Willen anderer Menschen abhängig
			8.2	Wohnen ohne bestandsrechtliche Absicherung	Wohnen ohne Rechtsmittel
			8.3	illegale Land/Hausbesetzung	Wohnen unter Verletzung von Eigentumsrechten anderer Menschen
	9	Menschen, die von Delogierung bedroht sind	9.1	Gerichtliches Verfahren zur Auflösung des Wohnverhältnisses ist eingeleitet	Wohnen in einer Wohnung, für die ein Verfahren zur gerichtlichen Auflösung des Wohnverhältnisses eingeleitet ist
9.2			mit Delogierungsbeschluss	Wohnen in einer Wohnung, für die bereits ein Gerichtsbeschluss zur Delogierung vorliegt	
9.3			mit Enteignungsbeschluss	Wohnen in Eigenheimen für die bereits ein Räumungsbefehl an die Exekutionsabteilung ergangen ist	
10	Menschen, die in ihrer Wohnung von Gewalt bedroht sind	10.1	mit Strafanzeige gegen Täter, trotz Wegweisungsbeschluss	Wohnen in Wohnungen, in denen man trotz Polizeischutz nicht vor Gewalt sicher ist	
UNGENÜGENDES	11	Menschen, die in Wohnprovisorien hausen	11.1	Wohnwägen	Wohnen in Behausungen, die für konventionelles Wohnen nicht gedacht sind, die notdürftig zusammengebaut oder als Wohnwägen und Zelte gedacht sind
			11.2	Garagen, Keller, Dachböden, Abbruchhäuser etc.	
			11.3	Zelte	

	12	Menschen, die in ungeeigneten Räumen wohnen	12.1	Hausbesetzung von Abbruchgebäuden	Wohnen in Gebäuden, die für Wohnzwecke gesperrt oder ungeeignet sind, die kurz vor einem Abbruch stehen oder die durch die Bauordnung als ungeeignet klassifiziert sind
	13	Menschen die in überfüllten Räumen wohnen	13.1	Unterschreitung der zulässigen Mindestquadratmeter pro Person	Wohnen in Räumen, die entgegen den Mindestanforderungen völlig überbelegt sind und von mehr Menschen als zulässig bewohnt werden