



universität
wien

DISSERTATION / DOCTORAL THESIS

Titel der Dissertation /Title of the Doctoral Thesis

„Leben zwischen Sozialarbeit und Pflege“
“Life between social work and caring”

Evaluierung der Lebenslage ehemals obdachloser Menschen
in Sozial betreuten Wohnhäusern

verfasst von / submitted by

Mag.^a Silvia Hofmann

angestrebter akademischer Grad/in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Doktorin der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
(Dr.rer.soc.oec.)

Wien, Mai 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on the
student record sheet:

A 084 121

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt /
field of study as it appears on the student record
sheet:

Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Univ. Prof. Dr. Anton Amann/
degree(s) first name family name

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7
Ehrenwörtliche Erklärung	8
Exkurs: Otto Neurath und der Wiener Kreis	9
1 Einleitung und Zielsetzung	10
1.1 Persönliches Forschungsinteresse	12
1.2 Aufbau der Arbeit	13
1.3 Forschungsfragen	15
2 Theoretischer Bezugsrahmen	18
2.1 Ausgangslage und Problemstellung	18
2.2 Definition: Obdachlosigkeit - Wohnungslosigkeit	19
2.3 Sozialstruktur – Strukturanalyse	21
2.3.1 Historische Entwicklung von Armut	21
2.3.2 Entwicklung von Armut zu „sozialer Ungleichheit“	25
2.3.3 Armut heute oder die „Neue (soziale) Ungleichheit“	26
2.3.3.1 Partizipation und soziale Teilhabe	28
2.3.3.2 Wegweisende ForscherInnen und WissenschaftlerInnen	28
2.3.4 Beginn und Verortung der Wohnungslosenforschung	30
2.3.5 Soziale Ungleichheit und Wohnungslosigkeit	32
2.3.5.1 Gesundheitliche Ungleichheit oder die soziale Kategorie von Armut und Wohnungslosigkeit	32
2.3.5.2 Gender und Wohnungslosigkeit	34
2.3.5.3 Alter und Wohnungslosigkeit	34
2.3.6 Entwicklung von Armut und Obdachlosigkeit in Wien	35
2.3.7 Wohnversorgung obdachloser Menschen in Wien seit 1988 und erste „Betreut Wohnen“-Ansätze	37
2.3.7.1 Klassisches „Betreutes Wohnen“ (kurz: „BeWO“)	38
2.3.7.2 „Sozial betreutes Wohnen“ (kurz: „SobeWO“)	39
2.3.7.3 Pflegeorientiertes „Betreutes Wohnen“	40
2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen	40
2.4.1 Grundsätze der Vereinten Nationen	40
2.4.2 Europäische Sozialcharta	41
2.4.3 Grundsatzbeschluss der Stadt Wien 1993	41
2.4.4 Von Sozialhilfe zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) – Absicherung des Lebensbedarfes in Wien	41
2.4.4.1 Wiener bedarfsorientiertes Mindestsicherungsgesetz (WMG)	43
2.4.5 Pflegegeldgesetz	44
3 Alter und alt werden – Altersdiskurse	45
3.1 Der Altersbegriff	46
3.2 Gesellschaftspolitische Altersdiskurse	47

3.3	Sozialwissenschaftliche Alterstheorien	49
3.3.1	Defizit-Theorie	49
3.3.2	Disengagement-Theorie	50
3.3.3	Aktivitätstheorie	51
3.3.3.1	Disuse-Theorie	52
3.3.4	Kontinuitätstheorie des Alters – das erfolgreiche Altern	52
3.3.5	Kognitive Alterstheorie	53
3.3.6	Produktivitätstheorie	53
3.3.7	Kompetenz-Theorie	54
3.4	Ausgewählte Aspekte des Alters	54
3.4.1	Alter, Armut, Geschlecht und Solidarität	55
3.4.2	Alter und Mobilität	57
3.4.3	Alter und Gesundheit versus Alter und Krankheit	58
3.4.4	Alter und Krankheit	60
3.4.5	Alter, Hochaltrigkeit und Pflege	60
3.4.6	Alter und Schönheit	61
3.4.7	Alter und Sinnerfüllung	61
3.4.8	Alter und Lebensqualität	62
3.4.9	Alter und Familie	63
3.4.10	Alter und Armut / Reichtum	64
3.4.11	Alter, Lernen und Bildung	65
3.4.12	Alter und Religiosität	66
4	„Sozial betreutes Wohnen“ „SobeWO“: Leben im Sozial betreuten Wohnhaus	67
4.1	Historischer Abriss	69
4.2	Betreuungskonzept „SobeWO“	70
4.2.1	Differenzierung der Berufsbilder	72
4.2.2	Kooperationen mit Institutionen der Gesundheit	72
4.2.3	Grenzen von „SobeWO“	74
4.3	Lebenswelt und Alltag	75
4.3.1	Leben in Verbindung von Multiprofessionalität und Alter im häuslich - institutionellen Umfeld	75
4.3.2	Freizeitgestaltung und Integration statt Isolation	76
4.3.3	Eigenverantwortung und das Prinzip der Freiwilligkeit	77
5	Die Entwicklung des Lebenslagenansatzes	79
5.1	Otto Neurath	80
5.1.1	Otto Neurath - seine Zeit und sein Wirken	81
5.1.2	Otto Neurath und sein Konzept der Lebenslage	83
5.1.3	Otto Neurath und die Wiener Methode der Bildstatistik	87
5.2	Weiterführende Ansätze der Lebenslagenforschung -Diskurse und namhafte VertreterInnen	87
5.2.1	Das Konzept der Lebenslage bei Gerhard Weisser	87
5.2.2	Ingeborg Nahnsen	90
5.2.3	Gerhard Naegele	93

5.2.4	Anton Amann	94
6	Empirischer Bezugsrahmen	97
6.1	Forschungsansatz	97
6.2	Methodische Positionierung, Vorgehensweise und angewandte Instrumentarien	99
6.2.1	Das problemzentrierte Interview (kurz: PZI)	100
6.2.1.1	Kurzfragebogen und Beziehungslandkarte	102
6.2.1.2	Der Interviewleitfaden	103
6.2.1.3	Tonbandaufzeichnung	104
6.2.1.4	Postskripte (Memos)	105
6.2.2	Der prozessorientierte Weg - von der Gestaltung bis zur Durchführung eines problemzentrierten Interviews	105
6.2.2.1	Störungen und persönliche Interviewerfahrungen	108
6.3	Institutionen und Player – Zugang, Datenerhebung und Vorgangsweise	109
6.3.1	Aufbau und Struktur des Fonds Soziales Wien	109
6.3.1.1	Zugang zum FSW	111
6.3.2	Zugang zum neunerhaus und den Gesundheitsdaten	111
6.3.3	Zugang zu den privaten Trägern der Wohnungslosenhilfe	112
6.3.3.1	Konzeption und Alltag als Lebensrealität von „SobeWO“	113
7	Ergebnisse der Forschungsarbeit über die Lebenslage von Menschen im „SobeWO“	116
7.1	Auswertung der Daten des FSW	117
7.2	Auswertung der Daten des Vereines neunerhaus	123
7.2.1	Beschreibung der Daten und Ergebnisse	124
7.2.1.1	Anzahl der Konsultationen bei der neunerhaus Arztpraxis	124
7.2.1.2	Anzahl der Diagnosen	126
7.2.1.3	Anzahl der Behandlungen - Krankheitsgruppen und Multimorbidität	127
7.3	Transkription, Kategorienbildung und Auswertung der problemzentrierten Interviews	129
7.3.1	Theoriebildung anhand der Grounded Theory	132
7.3.2	Auswertung und Ergebnisse des Kurzfragebogens	134
7.3.2.1	Demographische Ergebnisse der BewohnerInnen von „SobeWO“	135
7.3.2.2	Subjektive, gesundheitliche Befindlichkeiten der BewohnerInnen von „SobeWO“	140
7.3.2.3	Freizeitverhalten der BewohnerInnen von „SobeWO“	145
7.3.2.4	Auswertung der Netzwerklankarte	148
7.3.3	Ergebnisse der verbal, subjektiven Perspektive - BewohnerInnen und ihre Merkmalsausprägungen als Grundlage von Typologien	153
7.3.3.1	Soziales Netzwerk/Beziehungen	154
7.3.3.2	Schule, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben	162
7.3.3.3	Gesundheit / Krankheit	163
7.3.3.4	Wohnen	170
7.3.3.5	Gelebte, subjektiv empfundene Lebensqualität	174
7.3.3.6	Alter	183

7.3.3.7	Nicht zugeordnete Gesellschaftsthemen	188
7.4	Verdichtungsprotokolle	191
7.4.1	Fallbeispiel 1 (001_weiblich_68)	191
7.4.2	Fallbeispiel 2 (003_männlich_63)	195
7.4.3	Fallbeispiel 3 (011_weiblich_69)	198
7.4.4	Fallbeispiel 4 (019_männlich_64)	201
7.4.5	Menschentypen im „SobeWO“	203
8	Versuch einer operationalen Annäherung der Lebenslage der BewohnerInnen von „SobeWO“ an den Lebenslagenansatz Otto Neuraths	207
8.1	Lebenslage der „SobeWO“ - BewohnerInnen nach der Konzeption Otto Neuraths	208
8.1.1	Versuch einer sich annähernden Operationalisierung	209
8.1.1.1	Lebensboden: Ursprungsfamilie, Kindheit, eigene Familie, soziale Beziehungen und Netzwerk im „SobeWO“	210
8.1.1.2	Lebensboden: Schule, Bildung, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben - Auswirkungen auf das Leben im „SobeWO“	214
8.1.1.3	Lebensboden: Einkommen, Schulden, SachwalterIn, und das Leben im „SobeWO“	218
8.1.1.4	Lebensboden: Wohnen, jetzige und künftige Wohnversorgung im „SobeWO“	220
8.1.1.5	Lebensboden: Gesundheit, Alkohol / Drogen, Beschwerden im „SobeWO“	224
8.1.1.6	Lebensboden: Krankheit, Spitalsaufenthalte, Ängste, Multimorbidität, und Soziale Dienste und „SobeWO“	227
8.1.1.7	Lebensboden: Alter und Tod, Älter werden, Umsiedelung von „SobeWO“ ins Heim?	230
8.1.1.8	Lebensboden: Moral und Gesellschaft bei „SobeWO“	232
8.2	Zusammenfassung der lebenslaufbedingten Problemlagen	233
8.3	Verortung von „Lebenslage und Lebensqualität“ im „SobeWO“	234
9	Diskussion der Ergebnisse, des methodischen Ansatzes und der Schlussfolgerungen	238
9.1	Methodenkritik	239
9.1.1	Methodenkritik zu den PZI-Interviews	239
9.1.2	Methodenkritik an den empirischen Daten des FSW und des Vereines neunerhaus	240
9.1.3	Methodenkritik zur Erhebung der Daten mittels PZI und ihre Anwendung hinsichtlich des Lebenslagenansatzes von Otto Neurath	241
9.2	Weiterer Forschungsbedarf	242
10	Literatur	243
11	Anhang	254
	Glossar	254
	Abbildungsverzeichnis	255
	Tabellenverzeichnis	256
	Internetseiten (themenbezogen)	258
	Deutsche Zusammenfassung: Leben zwischen Sozialarbeit und Pflege	259

English Abstrakt: SUMMARY: LIFE BETWEEN SOCIAL WORK AND CARING	260
Lebenslauf Silvia Hofmann	261
Anhang_1_Datenanfrage_FSW	263
Anhang_2_Vorstellung: Dissertationsvorhaben	268
Anhang_3_Leitfaden	269
Anhang_4_Kurzfragebogen	274
Anhang_5_defizitäre_Lebenslagen	279
Anhang_6_Aussagen über defizitäre Lebenslagen	280
Anhang_7_nh_2010-2013	281

Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die mich bei der vorliegenden Arbeit und während meiner Studienjahre begleitet und in Krisenzeiten auch motiviert haben. Dieser Dank gebührt vor allem meinem Mann, der mich liebevoll unterstützte, sowie meinen vier Kindern und fünf Enkelkindern, deren Verständnis für eine lernende Großmutter sehr oft strapaziert wurde.

Mein Dank gilt in ganz besonderer Weise Herrn Univ. Prof. Dr. Anton Amann, der mich mit seinem profunden Sachwissen, sehr großem Einfühlungsvermögen und viel Geduld begleitete, motivierte und hilfreich unterstützte. Herrn Univ. Prof. Dr. Franz Kolland danke ich für seine kritischen und hilfreichen Hinterfragungen, wodurch sich meist sehr anregende Reflexionen entwickelten.

Dank sagen möchte ich auch dem Fonds Soziales Wien (FSW) und hier besonders dem Geschäftsführer Herrn Peter Hacker, der sich auf diese Forschungsarbeit einließ, Herrn Dr. Markus Costazza, der mich mit seinem Team bei der Datensuche unterstützte und Herrn Abteilungsleiter DSA Kurt Gutleder, der den Kontakt zu „wieder wohnen“ wiederholt initiierte und vermittelnd agierte.

Bedanken möchte ich mich bei den (ehemaligen) LeiterInnen und Teams folgender, vom FSW geförderten Vereine, für ihre Mithilfe bei der Findung von geeigneten InterviewpartnerInnen.

- Herrn DSA Johannes Lorenz, Haus Jona der Caritas Wien
- Herrn Mag. Karl Gölles, Haus Allerheiligen der Caritas Wien
- Frau DSA Renate Peinbauer, Haus Bürgerspitalgasse und
- Herrn GF Helmut Lutz für das Haus Tivoligasse des Wiener Hilfswerks
- Frau Mag.^a Judith Voglsinger, Haus Kudlichgasse des Vereines „neunerHaus“ sowie
- Frau DSA Karin Grinberg, Haus Leo, („wieder wohnen“).

Weiters möchte ich mich beim Geschäftsführer Mag. Markus Reiter vom „neunerhaus“ und insbesondere bei Frau Mag.^a Sandra Stuber-Poirson für die tatkräftige Unterstützung bei der Suche nach relevanten Gesundheitsdaten im „neunerhaus“ bedanken.

Besonders herzlicher Dank gebührt schlussendlich vor allem jenen 25 InterviewpartnerInnen, die mich im Zuge unserer gemeinsamen Gespräche für eine kurze Zeit an ihrem Leben teilhaben ließen: „Danke“.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbst und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe. Wortwörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut aus fremden Quellen ist als solches gekennzeichnet. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, Mai 2017

(Unterschrift)

Exkurs: Otto Neurath und der Wiener Kreis

Diese Arbeit will nachträglich einen kleinen Beitrag zur Festveranstaltung der Universität Wien: „650 Jahre – und kein bisschen leise...“ leisten, um das Denken und Handeln des „Wiener Kreises“, einer kleinen, hoch philosophisch, teils auch politisch orientierten, Gruppe von engagierten Wissenschaftlern, in Erinnerung zu rufen. Einer dieser Vertreter des „Wiener Kreises“ war Otto Neurath, der den Begriff der „Lebenslage“ nicht nur systematisch und ergänzend zu seinen Arbeiten über die Planungspolitik geprägt, sondern ihn auch als Instrumentarium für soziologische Gesellschaftsanalysen vorgeschlagen hat. In der hier vorliegenden Arbeit, in der die Lebenslage von alten, ehemals obdachlosen Menschen, die nun in einem Sozial betreuten Wohnhaus leben, erforscht werden soll, wird die Verfasserin dieser Arbeit überprüfen, ob die Definition von Lebenslage, so wie Otto Neurath sie einst festgelegt hat, auch für diese Zielgruppe stimmig ist.

Eine Ausstellung zur Geschichte „des Wiener Kreises“ fand vom 20. Mai bis zum 31. Oktober 2015 im Hauptgebäude der Universität Wien statt. Der Philosoph Moritz Schlick, der Mathematiker Hans Hahn und der Sozialreformer Otto Neurath gründeten 1924 in Wien einen philosophischen Zirkel, um die wissenschaftliche Praxis der gängigen Forschung hinsichtlich ihrer philosophischen Legitimität zu hinterfragen. „Den Wiener Kreis würde man heute als einen international einflussreichen Think Tank der Forschung bezeichnen“, so Heinz W. Engl, Rektor der Universität Wien, zur Bedeutung des „Wiener Kreises“ (Engl 2015).

Als die wichtigsten Vertreter und Protagonisten des „Wiener Kreises“ sind neben den oben genannten auch der Mathematiker Karl Menger und der Logiker Kurt Gödel zu nennen, während Karl Popper und Christian Morgenstern in einem Naheverhältnis zu ihm standen. Der geistig elitäre Zirkel wurde rasch zu einer Hochburg von wissenschaftlich-logisch, geistigem Schaffen. Der Philosoph Ludwig Wittgenstein, der Physiker Ludwig Boltzmann und Albert Einstein ergänzten neben anderen den Zirkel und bereicherten ihn ihrerseits mit hitzigen Diskussionen und Debatten. Mit dem Physiker Ernst Mach wurde dem Verein nicht nur öffentliche Präsenz zuteil, sondern er erzielte auch die Aufmerksamkeit von Vertretern der antisemitischen und reaktionären Strömungen dieser Zeit. Der Alltag und das politische Umfeld der Mitglieder des „Wiener Kreises“ wurden nicht nur riskant, sondern lebensgefährlich. Hans Hahn verstarb 1934, Moritz Schlick wurde 1936 auf einer Stiege im Hauptgebäude der Universität Wien erschossen, Otto Neurath emigrierte. Während der „Wiener Kreis“ sich in Wien auflöste, wurde ihm international Anerkennung zuteil.

1 Einleitung und Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Lebenslage alter, ehemals wohnungsloser oder auch obdachloser Menschen, die nun schon seit fast 20 Jahren in Sozial betreuten Wohnhäusern¹ leben. Anlassgebend für die Konzeptionierung dieser Häuser war die Ottawa-Charter der WHO vom 26. November 1986, bei der die Themen Wohnen und Gesundheit als einander bedingend definiert wurden. Dies nahm die damalige Wiener Stadtregierung zum Anlass um die, bis dato geltende Praxis der Unterbringung wohnungs- und obdachloser Menschen neu zu überdenken, die Zusammenarbeit mit NGOs zu forcieren und neue Wege des sowohl konzeptionellen, als auch praktischen Miteinanders innerhalb der strukturell bedingten, organisatorisch unterschiedlichen Ebenen zu beschreiten.

Im Rahmen der Neustrukturierung der Wiener Wohnungslosenhilfe im Jahr 1988 wurde zuerst und vorrangig darauf geachtet, zielgruppenorientiertes betreutes Wohnen für jüngere, obdachlose Menschen zu initiieren². Die anschließend in diesem Sinne ausgearbeiteten Konzepte zu dieser Wohnform waren mit dem Anspruch auf Wiedereingliederung und der Erlangung der Fähigkeit des „wieder selbstständig-Wohnen-Könnens“, verbunden. Mittels professioneller Unterstützung durch Sozialarbeit wurde die Resozialisierung, sowohl in den Wohnungsmarkt als auch, wenn notwendig, in den Arbeitsmarkt begleitet.

Eine nicht unbedeutende Zahl von wohnungslosen Menschen war aber auch weiterhin von diesen Hilfsmöglichkeiten der Unterbringung in betreuten Wohnungen ausgeschlossen, da für sie eine Resozialisierung – eine Wiedereingliederung in die „Normalität“ (Seelmeyer 2008:302) der Gesellschaft – aus den verschiedensten Gründen als aussichtslos einzustufen war. Insbesondere das Alter, gepaart mit chronischem Alkoholismus und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgeschäden, waren eine fast unüberwindbare Barriere. Durch das System der bis dorthin gängigen Unterbringung in den Obdachlosenherbergen oder Asylheimen der Stadt Wien waren die Menschen zu AußenseiterInnen geworden.

Diese Menschen, die in den letzten Jahrzehnten immer häufiger auf öffentlichen Plätzen sichtbar wurden, waren in der Regel alt, ungepflegt und meist offensichtlich krank. Ergänzend dazu muss erwähnt werden, dass wohnungslose Menschen im Verhältnis zu Wohnversorgten gesehen, früher und vor allem sichtbarer altern (vgl. Trabert 1995:159

¹ Sozial betreutes Wohnen als Einrichtungsform unterscheidet sich von „Sozial betreutem/s Wohnen“ als Dienstleistung an Menschen.

² Vorrangig waren dies Konzepte zur Wohnversorgung für Frauen und Familien.

und 2003:03f). Mangels einer geregelten Tagesbetreuung und aufgrund fehlender Hygieneeinrichtungen in den Notschlafstätten und Herbergen der Stadt Wien waren sie, bedingt auch durch einen Lebensstil, der nicht dem der Mehrheitsgesellschaft entspricht, weiterhin als Außenseiter der Gesellschaft (vgl. Trabert 2003:03f) sichtbar und dadurch auch persönlich verletzbar. Vergessen werden darf dabei allerdings auch nicht jener Anteil unsichtbar wohnungsloser Menschen, die diesen provokativen, offensichtlich nach außen getragenen Lebensstil nicht mittragen wollen oder können, sich schämen und sich daher diesem „identitätsstiftenden Verhalten im öffentlichen Raum“ (Häußermann 2008:335) entziehen, sich verstecken und so in das verdeckte und schwer überschaubare Feld von Obdachlosigkeit gelangen, in dem Abhängigkeit, meist auch mittelbare und unmittelbare Gewalt, physisches und psychisches Elend vorherrschen. Provozierende und öffentlich ausgetragene Machtrituale innerhalb der Szene gehören zum Alltag von wohnungslosen Menschen. Bereits vorhandene „soziale Distanz“ wird so um die „räumliche Distanz“ (Häußermann 2008: In: Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:335) erweitert.

Daher begannen einige NGOs in den späten 1990er Jahren, die aus den Konzepten des betreuten Wohnens gewonnenen Erfahrungen zu analysieren und konzeptionell so weiterzuentwickeln, dass diese Wohnform auch für alte, obdachlose und nicht mehr in den freien Wohnungsmarkt zu integrierende Menschen annehmbar war. So wurde eine Vielzahl an zielgruppenorientierten Konzepten ausgearbeitet wie bspw. jenes für „Sozial betreutes Wohnen“³ kurz „SobeWO“. Dieses wurde in einem Wohnhaus aufgrund der hohen Anzahl älterer, obdachloser Frauen und Männer und dem gesellschaftspolitisch vorhandenem Druck, relativ zeitnah umgesetzt.

„Alternde Menschen sollten in ein soziales Gefüge, in dem sie als wertvolle Mitglieder anerkannt werden, integriert und mit diesem vernetzt sein. Ebenso muss allgemein anerkannt sein, dass der Mensch, gleichgültig was er in seinem Leben geleistet hat, ein würdig gestaltetes Lebensende verdient.“ (Rosenmayr, Böhmer 2003:127)

Alter und Wohnungslosigkeit im Zusammenhang betrachtet sind ein Thema, das bisher kaum näher analysiert und beschrieben wurde. Es ist aber auch in einem engen Zusammenhang zur Armut in unserer Gesellschaft zu sehen. Armut und Wohnungslosigkeit sind Geschwister (Hofmann 2012), ihre Verbindung zueinander ist offensichtlich.

„In der Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche sowie der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland wird der Verlust der eigenen Wohnung als eine der schlimmsten Auswirkungen von Armut bezeichnet. John (1988) sieht in der Wohnungslosigkeit den Extrempol eines Kontinuums materieller Armut.“ (vgl. John 1988 In: Trabert 2003:02)

³ Da „Betreut Wohnen-Einrichtungen“ als Wohnen mit 24 Stunden Pflege oder Betreuung verstanden wird, spricht man in der Wohnungslosenhilfe von „Sozial betreutem Wohnen“, kurz: „SobeWO“.

Ziel dieser Arbeit ist es, die aktuelle Lebenslage alter, ehemals wohnungsloser Menschen, die nun seit mehr als 15 Jahren in einem Sozial betreuten Wohnhaus leben, zu erforschen. Im Sinne eines breit gefächerten, gesamtheitlichen Ansatzes von Lebenslage stehen Fragen der Begründung nach dem „subjektiven Warum“ aus Sicht der Betroffenen ebenso im Mittelpunkt wie Fragen nach den unerfüllten Träumen und Wünschen, den vergeblich gesuchten Chancen, der derzeitigen Gesundheit oder auch dem Kampf gegen Krankheit und anderen, individuell prägenden Gegebenheiten des menschlichen Lebens am Rande der Gesellschaft⁴.

Diese Fülle an Erfahrungen und Erlebnissen in der Kindheit, im Elternhaus oder im frühen Wohnumfeld, die Schulbildung, Berufs- und Arbeitsverhältnisse, die Phase der eigenen Familiengründung und ihr mögliches Scheitern, die individuell unterschiedlich erlebte Zeit der Wohnungslosigkeit, erfüllte und unerfüllte persönliche Bedürfnisse unterschiedlichster Ausprägung, ja die gesamte Lebenskarriere prägt die nun professionell organisierte Lebenswelt der BewohnerInnen von Sozial betreuten Wohnhäusern.

Eine altersgerechte Wohnversorgung, eine soziale Betreuung unter Rücksichtnahme individueller Bedürfnisse und die Möglichkeit des Zukaufs von pflegerischen Betreuungsdiensten, welche gewissen Rahmenrichtlinien und einer damit verbundenen, gesetzlich festgelegten Standardisierung unterliegen, haben Einfluss auf das alltägliche Leben der BewohnerInnen, die nun in einem Miteinander der Unterschiedlichkeiten zusammenleben (müssen).

1.1 Persönliches Forschungsinteresse

Als ehemals selbst in diesem Berufsfeld Tätige weiß ich sowohl um die positiven Zugänge zu diesem Berufsumfeld, als auch um die Vorurteile gegenüber obdachlosen und wohnungslosen Menschen sowie der Arbeit mit ihnen Bescheid. Ich kenne die Bilder, die sich oftmals in den Köpfen der Menschen festgesetzt haben, wie beispielsweise: „Die sind ja selbst schuld an ihrer Lebenssituation“. Es gibt aber auch die beidseitige Enttäuschung und das Unverständnis von GeberIn und NehmerIn, wenn Hilfe nicht angenommen wird oder nicht angenommen werden kann.

Die Unkenntnis ist groß und Unsicherheit im Umgang miteinander allgegenwärtig. Bei der Arbeit mit (ehemals) Wohnungslosen geht es weder um Mitleid, noch um Arbeit aus Gründen der Barmherzigkeit. Den Bezug zu dieser Arbeit stellt die partizipative Mitver-

⁴ Menschen, die unter deprivierten Lebensbedingungen hausen, leben meist am Rande der Stadt, in Baracken, in Abbruchhäusern und Obdachlosenquartieren. Am Rande der Gesellschaft weist sowohl auf eine lokale Abgrenzung, als auch die physische und psychische Ausgrenzung von und durch die übrige Gesellschaft hin.

antwortung an gesellschaftspolitischen Prozessen und Produktionsformen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leben von Menschen, in allen von ihnen frei gewählten Daseinsformen, verbunden mit dem Ziel der individuellen Glücksmaximierung, dar.

Diese Arbeit über das Leben zwischen Sozialarbeit und Pflege möchte einerseits näher auf die reduzierten Möglichkeiten des nun älter oder alt gewordenen Individuums und seine jetzige Wohn- und Lebenssituation eingehen und andererseits den, nun um die Sorgen der steten Suche nach Schlaf- und Wohnmöglichkeit befreiten, Alltag aufzeigen. Wenn das oft als bunt und abenteuerlich, hart umkämpfte Leben der Straße (vgl. Girtler 1996) endet, wartet der organisierte Alltag einer institutionellen Betreuung. Damit sind jene sozialen, institutionellen, rechtlichen und pflegerischen Rahmenbedingungen gemeint, die miteinander jenen Bezugsrahmen menschenwürdigen Lebens und Altwerdens bilden, welche „ein Ankommen“ zulassen und ein „Dableiben“ ermöglichen sollen.

Alter steht mit dem Leben in einer unabdingbaren Beziehung. Verbunden mit Armut, Krankheit und Wohnungslosigkeit ist Alter eine „gesellschaftspolitisch bedungene Ausnahmesituation und zeugt von Willkür ebenso, wie von Ohnmacht“ (Hofmann 2013).

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, die Lebenslagen älterer, ehemals wohnungsloser Menschen darzustellen. Um die nur sehr lückenhaft vorhandene, offizielle Datenlage der bis dato verdeckten Lebensrealität der Untersuchungsgruppe anzupassen, wurde versucht, mittels ergänzender Daten aus dem Gesundheitsbereich und vor allem durch die problemzentrierten Interviews und anderen, unten näher beschriebenen Ergänzungserhebungen, zu jenen Zusatzinformationen zu gelangen, die eine lebensnahe und realitätsbezogene Sichtweise ermöglichen.

Da sich die theoretische Grundlage dieser Forschungsarbeit aus den soziologischen Bezugsdisziplinen Alterssoziologie, Armutsforschung und Wohnungslosenforschung ableitet, wurden diese Themen, gleich einem zeichnerischen Aufriss, allgemein einführend in den jeweiligen Kapiteln bearbeitet, um sie dann, im anschließenden Kapitel, dem Lebenslagenansatz Otto Neuraths und anderen, neueren Lebenslageansätzen, gegenüberzustellen. Auf Basis dieser theoretischen Triade soziologischer Bezugsmodelle wurde die vorliegende Studie ausgeführt.

Diese Forschungsarbeit gliedert sich in neun Abschnitte. Im **ersten Abschnitt** geht es um die Hintergründe des Forschungsvorhabens und eine allgemeine Einführung in das Thema. Im **zweiten Abschnitt** stehen jene Indikatoren von Obdachlosigkeit und/oder Wohnungslosigkeit im Mittelpunkt, die notwendig sind, um alle die Zielgruppe (alter,

ehemals obdachloser Menschen) betreffenden Themen ausreichend beleuchten zu können – demnach alle lebenslagenbestimmenden Indikatoren. Zusätzlich werden

- der historische Hintergrund von Armut und
- die Entwicklung der Wiener Obdachlosenhilfe bis hin zur
- Implementierung der Wiener Wohnungslosenhilfe per Landtagsbeschluss 1989

näher beschrieben. Überleitend in das nächste Kapitel wird an dieser Stelle auch auf die gesellschaftspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Wiener Sozialhilfe verwiesen, die zusammen mit der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (kurz: BMS) und weiteren Unterstützungsmaßnahmen jene Basis schaffen, die auch den von Armut bedrohten oder betroffenen Personen ein würdevolles Leben ermöglichen sollen.

Abschnitt drei konzentriert sich demgegenüber auf das Thema Alter und betrachtet es aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der Kategorien von Lebenslage. Im **Abschnitt vier** dieser Arbeit wird näher auf das Wohnen im Sozial betreuten Wohnhaus eingegangen. Neben den konzeptionellen Möglichkeiten werden aber auch die Grenzen des „Sozial betreuten Wohnens“ aufgezeigt. Die von allen Beteiligten zu beachtenden Rahmenbedingungen bilden einen weiteren Schwerpunkt dieses Kapitels. Der **fünfte Teil** der Arbeit setzt sich näher mit dem mehrdimensionalen Begriff der Lebenslage auseinander und bezieht – ausgehend von Otto Neuraths Ansatz – weiterführende Theorien wie die von Gerhard Weisser, Ingeborg Nahnsen, Gerhard Naegele und vor allem Anton Amann mit ein. Der Einbezug weiterer VertreterInnen der Lebenslagenforschung hat sich insofern als wichtig und notwendig erwiesen, als dass sich bei Otto Neurath die Kategorien Alter, Gesundheit/Krankheit und ihre Verortung in der Lebensqualität nicht eindeutig definiert zeigen (Neurath 1931:125). Der **sechste Abschnitt** beschäftigt sich ausführlich mit der Vorgangsweise und den unterschiedlichen Methoden und Erhebungsverfahren dieser Arbeit, die sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren umfasst. Im **siebenten Abschnitt** findet eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit unter folgenden Gesichtspunkten statt:

- Subjektiv empfundene Lebenslage der BewohnerInnen von Sozial betreuten Wohnhäusern: Hier wird nicht nur auf die aus den problemzentrierten Interviews gewonnenen Daten und Erkenntnisse, sondern auch auf Typenbildungen und ihre Ausprägungen eingegangen.
- Ergebnisse der empirischen Auswertungen der FSW-Daten und mögliche daraus zu ziehende Schlüsse.
- Auswertung der vom neunerhaus erhobenen Gesundheitsdaten.
- Die „Soziale Netzwerklandkarte“ gibt Aufschluss über das direkte, soziale Beziehungsumfeld der BewohnerInnen, gleichzeitig sollten sich aber auch Intentionen möglicher sozialer Isolation erkennen lassen.
- Die Sprechzeit wurde themenspezifisch ausgewertet, um so Rückschlüsse über die Prioritätensetzung zu erhalten.

Abschnitt acht beinhaltet eine Auseinandersetzung der Ergebnisse dieser Arbeit mit der Konzeption der Lebenslage Otto Neuraths und der damit verbundenen Frage der Anwendbarkeit an heutige Bedingtheiten des Lebens. Neuere, operationalisierbare Ergänzungen des Lebenslagenansatzes Neuraths durch Ingeborg Nahsen werden vor allem hinsichtlich der Zielgruppe, des Alters und des Gesundheitszustandes angedacht werden. **Abschnitt neun** enthält eine kurze, abschließende Diskussion und enthält Überlegungen zum weiteren Forschungsbedarf.

Zum Sprachbrauch sei einleitend noch Folgendes angemerkt: Die Definition „Soziale Arbeit“ umfasst alle Tätigkeiten Sozialer Arbeit, die in Sozial Betreuten Wohnhäusern ausgeführt werden.

Bezüglich der Schreibweise wurde auf eine geschlechtsneutrale Herangehensweise geachtet. Aufgrund historischer Gegebenheiten sowie fachlich definierter Begrifflichkeiten wurde darauf teilweise bewusst verzichtet.

1.3 Forschungsfragen

Ausgehend von der Konzeption des Lebenslagenansatzes Otto Neuraths soll erforscht werden, ob es älteren, ehemals wohnungslosen Menschen, welche nun in einem Sozial betreuten Wohnhaus wohnen, möglich ist, individuell betreut und dennoch weitestgehend selbstbestimmt, ihrem Lebensabend mit Zuversicht entgegenzusehen. Dazu zählt neben Vertrauen auch die Gewissheit, im Sozial betreuten Wohnhaus endlich ein oder aber auch jenes Zuhause gefunden zu haben, das der eigenen Vorstellung von einem „Altern in Würde“ entspricht. Konzeptionell besteht im Sozial betreuten Wohnhaus die Möglichkeit, ein Leben von und mit persönlichen Beziehungen, individuellen Netzwerken und ein Leben von Teilnahme und Partizipation so zu leben, wie es der allgemeinen Vorstellung von einem großteils selbstbestimmten und würdevollen Lebensabend entspricht. Nach Neurath könnte die Fragestellung auch lauten, dass zu überprüfen sei, ob das Wohnen in einem Sozial betreuten Wohnhaus „mit dem Ziel eines selbstbestimmten, sozialen und glücklichen, diesseitigen Lebens“ (Sandner 2014:10) mit den Anforderungen und Bedürfnissen eines multiprofessionellen sozialpflegerischen Umfeldes vereinbar sei.

In diesem Sinne stellen sich die Forschungsfragen wie folgt dar:

Soziales Netzwerk-Beziehungen und soziales Umfeld

Inwiefern sehen BewohnerInnen, die im Sozial betreuten Wohnhaus leben, ihre derzeitige Wohn- und Lebenssituation in Zusammenhang mit folgenden Aspekten?

- Leben in der Ursprungsfamilie (Pflegefamilie, Heim)
- Leben in der selbst gegründeten Familie
- Einfluss und Bedeutung der „Familie“ in dieser Situation
- Freunde und Netzwerke als Familienersatz

Schulzeit – Lehrzeit – Arbeit – Pension

Sehen die BewohnerInnen ihre eigene Lebens- und Berufskarriere in Zusammenhang mit ihrer Wohnungslosenkarriere?

Gesundheit / Krankheit

Was bedeutet und wie erleben ältere Wohnungslose im Sozial betreuten Wohnhaus Gesundheit und/oder Krankheit?

- Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheits- oder Krankheitsstatus
- Gesundheit und Veränderung im Alter
- Umgang mit Alkoholproblemen, Drogenproblemen oder mit anderer Süchten
- Krankheiten, Medikamente, Eingriffe, Operationen, Spitalsaufenthalte
- Kränkungen, Benachteiligungen, Schicksal, Schuldzuschreibungen
- Sexualität

Wohnen

Wie haben die BewohnerInnen von Sozial betreuten Wohnhäusern den Umstieg von der vermeintlichen „Freiheit der Wohnungslosigkeit“ in eine strukturierte Wohnumgebung persönlich wahrgenommen?

- Verlust der Wohnung, Obdachlosigkeit und Schuldzuschreibung
- Wohnen im Sozial betreuten Wohnhaus: Wie und Was hat sich wie verändert?
- Leben im Haus: Wie werden neue Beziehungen und Netzwerke er- und gelebt?
- Wird institutionell geregeltes Zusammenleben als Chance wahrgenommen?

Gelebte Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Können BewohnerInnen Sozial betreuter Wohnhäuser das Ziel eines „selbstbestimmten, sozialen und glücklichen, diesseitigen Lebens“ erreichen?

- Wie gehen die BewohnerInnen miteinander um? Wie ist die gegenseitige Akzeptanz?
- Gibt es das Gefühl, das Leben gut gelebt zu haben, oder fehlt etwas?
- Was fehlt? Hadern sie mit dem Schicksal? Haben sie ein Überlebenskonzept?
- Wie sehen sie sich selbst? Was sind ihre Stärken und Schwächen?
- Können persönliche Talente und Fähigkeiten eingebracht werden?
- Welche Möglichkeiten gibt es, „Neues“ zu erlernen und auszuprobieren?
- Gibt es Träume und Wünsche, die noch verwirklicht werden wollen?
- Sorgen sie vor?
- Was ist ihnen in Ihrem Leben besonders gut gelungen?

Älter werden, Lebenszufriedenheit

Stellen sie sich denselben Lebensfragen, denen sich, früher oder später, alle Menschen stellen?

- Gibt es vermehrt Gedanken über das eigene „Älter werden“?
- Wie gehen sie mit den Themen Alter und eingeschränkte Mobilität um?
- Wie sehen sie das Thema Behinderung und Abhängigkeit im Alter?
- Haben sie Ängste?
- Angst vor dem Tod?
- Angst vor dem Wechsel vom Sozial betreuten Wohnhaus in ein Pflegeheim?
- Zukauf sozialer Dienstleistungen?
- Schönheit und Körperlichkeit?

Gesellschaftspolitische Fragen

Welche gesellschaftspolitischen Fragen stehen im Fokus der BewohnerInnen?

- Moral, Gesellschaft, Politik, Migration, allgemeine Aussagen
- Religion
- Gewalt, Kriminalität
- Schweigen als Zeichen von Betroffenheit

Abschlussfrage: Was ist ihnen in Ihrem Leben besonders gut gelungen?

2 Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Ausgangslage und Problemstellung

„Am 10. Dezember 1948 haben die Vereinten Nationen in einer Resolution der Generalversammlung das Recht auf eine Wohnung in den Grundrechtskatalog aufgenommen und somit das „Wohnen“ als menschliches Grundbedürfnis anerkannt. Damit anerkennt die UNO die Tatsache, dass die eigene Wohnung für den größten Teil der Bevölkerung zu einem zentralen Lebensort geworden ist“ (UNO-Resolution 1948).

Die Bedingungen, unter denen die Möglichkeit des Wohnens stattfindet, beeinflussen nicht nur die physische und psychische Entwicklung des Menschen, sondern auch die individuelle Lebensqualität, das Ausmaß und die Intensität der gelebten, sozialen Interaktionen. Der Begriff „Obdachlosigkeit“ beschreibt, wie oben erwähnt, also nicht nur den Verlust einer sicheren oder ausreichenden Wohnversorgung, er schließt auch physische und psychosoziale Prozesse wie soziale Ausgrenzung, Verlust von Beziehung und Vereinsamung mit ein und geht daher weit über den Begriff der „Wohnungslosigkeit“ (BA-WO - Wohnungslosenhilfe, ETHOS 2006) hinaus.

Der Wohnungsverlust – als letzte Konsequenz zahlreicher vorhergegangener Veränderungen der Lebenslagen dieser vom sozialen Abstieg bedrohten und/oder betroffenen Personen – bedeutet in mehrfacher Hinsicht einen Verlust, wie in den von Siebel beschriebenen „4 Dimensionen des bürgerlichen Wohnens“ (Siebel 1989 In: Jetter 2004:79):

- Verlust des Ortes der Erholung von der Arbeit, von Freizeitaktivitäten oder des Konsums.
- Verlust einer Ware, die der Einzelne durch Kauf oder Miete auf einem Markt erworben hat.
- Verlust des Ortes von Familie und Gemeinschaft. Der Wohnungsverlust bedeutet und somit auch Verlust von Geborgenheit und des gegenseitigen Miteinanders.
- Verlust des Ortes der Intimität. Die Wohnung als Rückzugsbereich ist der Ort, wo sich Körperlichkeit, Emotionalität und privates Verhalten geschützt vor sozialen Kontrollen von Nachbarn, Öffentlichkeit, Staat und Polizei entfalten können.

Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit bedeutet daher „fehlende Privatheit bei der Nahrungsaufnahme, der Hygiene, bedeutet fehlenden Raum für Erotik und Sexualität, bedeutet aber auch gesundheitliche Beeinträchtigung, also soziale Diskriminierung“ (Jetter 2004:79).

2.2 Definition: Obdachlosigkeit - Wohnungslosigkeit

Der Verband der Wiener Wohnungslosenhilfe, als Vertreter der vom FSW anerkannten und geförderten Wohnungslosenhilfeeinrichtungen, orientiert sich an der Europäischen Definition von Obdachlosigkeit und unzureichender Wohnversorgung (ETHOS 2006).

Der Begriff „obdachlose Menschen“ bezeichnet zwei Personengruppen, die in Ermangelung einer Wohnung

- „tatsächlich auf der Straße, auf Parkbänken, unter Brücken, auf Bahnhöfen, in öffentlichen WC-Anlagen, in Eisenbahnwaggons oder in Abbruchhäusern leben. Teilweise pendeln diese Menschen zwischen den oben angeführten Orten und Krankenanstalten oder Pflegeeinrichtungen hin und her. Das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe wird von ihnen aus unterschiedlichsten Gründen nicht oder nur punktuell in Anspruch genommen.
- Die zweite Personengruppe umfasst Menschen, die in Notquartieren oder in Nachtquartieren übernachten“.

Obdachlose Menschen werden in der Öffentlichkeit stark wahrgenommen, da sie aufgrund ihrer vielfältigen Problemlagen (Alkoholmissbrauch, psychische Erkrankungen, Verwahrlosung) sehr auffällig und mangels einer Unterkunft, auch sichtbar sind. Für obdachlose Menschen wird in den letzten Jahren vermehrt der Begriff „akut wohnungslos“ verwendet.

„Mit ‚wohnungslosen Menschen‘ sind jene gemeint, die in den Einrichtungen für wohnungslose Menschen wohnen, inklusive Frauenhäuser und Unterbringungseinrichtungen für AsylwerberInnen und ImmigrantInnen in der Grundversorgung. Menschen, die in Sozial betreuten Wohnhäusern (betreute Wohnmöglichkeit auf Dauer) wohnen, werden als „ehemals wohnungslos“ bezeichnet“⁵ (Fonds Soziales Wien, kurz: FSW).

Menschen in prekären Wohnverhältnissen: „Unter diesem Begriff fallen Menschen, die in ungesicherten Wohnverhältnissen leben. Diese liegen vor, wenn sie übergangsweise bei FreundInnen, Verwandten oder Bekannten wohnen (müssen) und sich damit in Abhängigkeitsverhältnisse begeben oder kein legales bzw. kein geschütztes Mietverhältnis besteht. Diese, auch als „versteckt“ bezeichnete Wohnungslosigkeit betrifft in erster Linie Frauen und Jugendliche. Auch Menschen, denen der Wohnungsverlust droht (Delogierungsverfahren) oder die von häuslicher Gewalt bedroht sind, gehören zu dieser Personengruppe“⁶. Nach den Definitionen der Bundesarbeitsgemeinschaft gegen Wohnungslosigkeit in Österreich (BAWO) ist wohnungslos, „wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt“.

⁵ .Wohnen.fsw.at/wohnungslos/begriffe.html

⁶ Siehe ebenda.

Die BAWO unterscheidet auch zwischen:

- Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind (latente Wohnungslosigkeit) und
- Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind (manifeste oder offene Wohnungslosigkeit).

Allgemein gesprochen sind Obdachlose und/oder wohnungslose Menschen, die sich in besonders belastenden, sozialen Schwierigkeiten befinden und daher meist:

- wohnungslos und mit einer individuell unterschiedlichen Kombination von Problemlagen belastet sind,
- aufgrund ihrer multiplen Problemlage (z.B. mangelnder Compliance) nicht in der Lage sind, entsprechende andere Hilfen, auf die fachlicherseits zurückgegriffen werden könnte (Suchthilfe, psychiatrische Hilfe), anzunehmen,
- mit ihrer Selbstversorgung überfordert sind,
- mit den Anforderungen einer Wohnungserhaltung oder des Zusammenlebens in Haus- oder Wohngemeinschaften und/oder Nachbarschaften nicht klar kommen,
- die Fähigkeit, soziale Kontakte knüpfen und halten zu können, verloren haben und so auch das ursprünglich eigene soziale Netz nicht beleben können,
- den alltäglichen Erfordernissen und Konflikten hilflos gegenüberstehen und ihnen durch ständiges Wechseln des Aufenthaltsortes aus dem Weg gehen wollen bzw. mit sich selbst, dem „Ich“, im eigenen Rucksack, entfliehen
- Unterstützung und Anleitung in vielen Lebensbereichen durch professionelle Sozialarbeit benötigen wie Schuldenabbau, Ressourcenmanagement u.a.m.
- auf die Gewährung von Versorgungs- und/oder Transferleistungen angewiesen sind
- und auch Gewalterfahrungen haben.

Unmittelbares Ziel der Wohnversorgung in einem Sozial betreuten Wohnhaus ist es, obdachlosen Menschen Unterkunft zu bieten. In einem Anamnesegespräch werden ein individueller Betreuungsplan bzw. eine Zielvereinbarung mit dem/der künftigen BewohnerIn vertraglich vereinbart, um eine optimale Betreuung und Unterbringung zu gewährleisten. Die Leistungen, welche Menschen, die von Obdachlosigkeit bedroht oder betroffen sind, von der öffentlichen Hand erwarten können, sind im sogenannten §15a Abkommen des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) als Mindeststandards geregelt und obliegen in der Vollziehung der jeweiligen Landesregierung.

Da es zwar eine international empfohlene Richtlinie, aber bis dato noch keine international einheitliche, akzeptierte und operationalisierbare Definition von Wohnungslosigkeit gibt, werden in der vorliegenden Arbeit, obdachlose und wohnungslose Menschen als Synonyme verwendet, da einerseits die Übergänge fließend sind und andererseits für die

Betroffenen weder in der finanziellen Absicherung durch die bedarfsorientierte Mindestsicherung in Wien⁷ noch in der Wohnversorgung ein Unterschied besteht⁸.

2.3 Sozialstruktur – Strukturanalyse

Unter Sozialstruktur einer Gesellschaft versteht man die Bedingtheit durch die „demographische Gliederung der Bevölkerung, die Verteilung von Ressourcen wie Bildung, Einkommen und Beruf, die Gliederung nach Klassen, Sozialmilieus und Lebensstilen, aber auch die sozialen Prägungen des Lebenslaufs in der Abfolge der Generationen“ (Zapf 1989:101). „Der Begriff der (Sozial-) Struktur ist ein Schlüsselbegriff der Gesellschaftsanalyse und hat den Vorteil, unabhängig vom wissenschaftstheoretischen Standpunkt des Forschers als theoretisches Instrument einsetzbar zu sein“ (Amann 1983:17) um aufzuzeigen, dass es in der sozialen Wirklichkeit einen Zusammenhang zwischen Ziel und Ergebnis menschlichen Handelns gibt (vgl. Amann 1983:17). Dieses Kontinuum, das den jeweiligen Fähigkeiten des Individuums entsprechend von diesem beeinflussbar ist, bildet einerseits die Basis individueller Entfaltungs- und Gestaltungsmöglichkeit und andererseits jenen gesellschaftspolitischen Rahmen, der als Beschränkung oder individuelle Grenze erlebt und verstanden werden kann. Als theoretische Kategorien dieses Maßstabes fungieren Macht, Reichtum, Wissen und Ansehen (als gesellschaftlicher Faktor). Da sie räumlich, wirtschaftlich, demographisch, kohorten- und generationsübergreifend wirken, verorten sie die „lebensgeschichtlich erworbene Erlebnis- und Verarbeitungsfähigkeit äußerer Lebensbedingungen“ (Amann 1983:19).

2.3.1 Historische Entwicklung von Armut

Während der Begriff der Armut mit der historischen Entwicklung Europas und des christlichen Glaubens seit jeher fest verbunden ist, wurde die mit ihr verbundene Begrifflichkeit der sozialen Ausgrenzung erst mit Beginn der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts ergänzt. Armut und ihre jeweiligen Begleiter hängen von politisch veränderbaren Rahmenbedingungen ab und sind immer ein Produkt ihrer Zeit und somit ein Spiegelbild einer bewusst im eigenen Interesse agierenden Gesellschaft.

⁷ Bedarfsorientierte Mindestsicherung (kurz: BMS): Ab 2010 fand eine einheitliche bundesweite Regelung statt, die sich nur in der Höhe der Mietzuzahlungen unterschied. Seit Mitte des Jahres 2016 sind unterschiedliche gesetzliche Auslegungen im Prozedere der Auszahlung von Unterstützungsleistungen üblich.

⁸ Im Zusammenhang mit einer prekaristischen Unterbringung in einem Sozial betreuten Wohnhaus wird von Wohnungslosigkeit gesprochen.

Für die frühmittelalterliche Gesellschaft war Armut das „Ergebnis göttlicher Gnade, welche der Mensch in Demut hinnehmen musste“ (Dietz 1997:27). Später wurde Armut immer stärker durch öffentliche Kontrollen und restriktive Maßnahmen gelenkt. Seit dem frühen Mittelalter weist die Armut innerhalb der gesellschaftspolitischen Entwicklung Europas auf den Doppelcharakter ausdifferenzierter Strukturen spätkapitalistischer Systeme hin. Sie ist immer vom jeweiligen, gesellschaftspolitisch-opportunem Verständnis von Armut abhängig und dadurch auch eng mit dem gesellschaftlich vorherrschenden, ökonomischen und kulturellen Struktursystem verknüpft (vgl. Dietz 1997:26f). Armut hatte immer wieder auch eine Orientierungsfunktion für die gerade gültigen Werte und Normen einer sich stetig verändernden Gesellschaft, da diese aus Eigeninteresse zumindest um einen moralisch-ethisch, religiös motivierten Ausgleich bemüht war (vgl. Dietz 1997:28f).

Armut und ihr steter Werte- und Funktionswandel muss aber auch im Blickwinkel der Säkularisierung der Gesellschaft gesehen werden (Dietz 1997:29f). Das aufkommende Arbeitsethos⁹ kreuzte sich zeitlich und ideologisch mit den neuen, ökonomisch und kapitalistisch angelegten Produktionstechniken. Damit konnte Armut zu einem religiösen (Mehr-)Wert hochstilisiert werden, denn mittels eines meist mündlichen Vertrages entstand zusätzlich zur religiös motivierten, auch eine ökonomische, gleichrangige Beziehung zwischen „Geber und Nehmer“¹⁰. Die um diese Zeit aufkommenden Bettelorden sind bis heute sichtbare Zeitzeugen dieses Handels, in der sich die Gesellschaft „der Armut bediente und mit ihr der Armen“ (Dietz 1997:28).

Im späteren Mittelalter erfuhr der Begriff der Armut durch die Hinzufügung eines moralisch bewerteten Hintergrundes, einen weiteren Wandel. Nun wurde nicht mehr von einer unfreiwilligen und religiös motivierten Armut (vgl. Dietz 1997:37) gesprochen, sondern von einer Armut, die zwar weiterhin „gottgewollt“, aber zwischen Geber und Nehmer nicht mehr gleichrangig war (vgl. Dietz 1997:29). Aus einem Miteinander im Kontinuum zwischen Arm und Reich wurde ein, voneinander streng getrenntes, „Mein und Dein“. Der Wertewandel bewirkte, dass Armut nun nicht nur sichtbar, sondern mittels dieser sichtbaren Differenz auch definiert und bewertet werden konnte.

Die zunehmende „Professionalisierung des Bettlertums“ (Geremek 1991:59 In: Dietz 1997:33) bewirkte, dass die Bettler nun gegenüber ihren Wohltätern vertragliche Verpflichtungen eingehen mussten. Regler Tauschhandel für Güter des himmlischen Jenseits wie Gebete, Fürbitten, Ablässe als Anreiz für irdische Güter wie persönlichen Schutz, Unterkunft und Unterhalt waren die Folge. Damit verbunden war aber nun die

⁹ Es wurde vor allem durch Martin Luther und Johannes Calvin vertreten

¹⁰ Historisch bedingte Ausdrucksweise, daher nicht gegendert

Rechtfertigung des Einzelnen, die erlangte Unterstützung und deren begründete Notwendigkeit durch die „Zurschaustellung äußerlicher Zeichen von Schwäche“ (Geremek 1991:59 In: Dietz 1997:33) sichtbar zu machen.

Der auch heute noch übliche, gesellschaftspolitische Abtausch: „Überlebenssicherung für gesellschaftspolitische Notwendigkeiten“ findet hier seinen Ursprung:

„Der Arme darf, wenn er gesund ist, keine Almosen annehmen. Selbst wenn er arbeitsunfähig ist und ihm die Mittel zum Leben fehlen, muss er sich bemühen, nützliche und barmherzige Werke zu vollbringen wie die Toten zu begraben oder Kranken und Sterbenden beizustehen.“ (Geremek 1991:36 In: Dietz 1997:35)

Aufgrund einer Verfestigung der ständischen Gesellschaft im 15. Jahrhundert, waren innerständische Auf- oder Abstiege kaum mehr möglich, womit die Masse der Armen aus jeglicher gesellschaftlicher Strukturierung fiel und gezwungen war, sich nun ebenfalls als eigener Stand zu organisieren. Diese unterste Schicht bildeten nun Ungelernte, Tagelöhner und Kleinbauern, denen jeglicher soziale Status entzogen worden war. Aus einer „einst rollenkonformen Solidaritätsfunktion zwischen Gebern und Nehmern“ wurde so ein Stand von schutzlos Ausgegrenzten (Geremek 1991:81 In: Dietz 1997:34f). Mit Beginn des 16. Jahrhunderts mutierte das „Lob der Armut“ zum „Lob der Arbeit“. „Ora et labora“ als neuer Leitspruch mit einerseits heilsversprechendem (Dietz 1997:35) aber auch sanktionierendem Ansatz waren sakrosankt. In Folge wurden Arbeitshäuser und Besserungsanstalten errichtet und ab der Mitte des 17. Jahrhunderts zu Armenhospizen und Arbeitshäusern umgestaltet (vgl. Dietz 1997:37). Arme, Kranke und Bettler wurden nun zur Besserung weggesperrt¹¹.

Hinter all dem stand nicht nur die Absicht, Hunger und Elend unsichtbar zu machen, sondern auch die Idee, „mit der Beseitigung von Unproduktivität arbeitsloser Armer“ (Dietz 1997:38) billige Arbeitskräfte für die mittlerweile angestiegene Produktionstätigkeit zur Verfügung zu haben. Mit dem Beginn der industriellen Revolution in der Mitte des 18. Jahrhunderts und dem sich daraus ergebenden Arbeitskräftebedarf erfolgte erneut eine Umwertung. Diese ideologisch kapitalistische Umwertung der menschlichen Arbeitskraft wurde nun, durch die Abhängigkeit von technischen Arbeitsschritten, in seiner Funktion als jederzeit ein- und ersetzbare „Mensch-Maschine“ (Dietz 1997:41) gesehen.

Erst im Laufe des späteren 19. Jahrhunderts wird Armut auch als weiblich wahrnehmbar. Sehr klar lässt sich dieser Umschwung anhand von Märchen nachvollziehen. Erstmals hört und liest man von Mädchen, welche aufgrund ihrer Armut oder der ihrer Familie gezwungen sind, zu betteln. Während die Gebrüder Grimm von „Hänsel und Gretel“ fabulieren, kann man bei Hans Christian Andersen vom „Mädchen mit den Schwefelhöl-

¹¹ An dieser Stelle darf darauf hingewiesen werden, dass auch die ehemaligen Asylhäuser in Wien, in welchen bis zum Ende der 1990er Jahre Obdachlose untergebracht waren, dieselbe Absicht verfolgten, nämlich einerseits das Wegsperrn und die Unsichtbarmachung von Elend und andererseits die Disziplinierung und Kontrolle der Ausgegrenzten.

zern“ lesen. Im Deutschen Wörterbuch der Gebrüder Grimm aus dem Jahr 1889 kann man den Begriff „obdachlos“ folgendermaßen definiert finden:

„ohne obdach: obdachlose arme, ein asyl für obdachlose u. dgl.; und jetzt irrte er schlimmer als ein bettler, obdachlos, freudlos, hilflos in ferner fremde umher“ (Grimm 1889)

Der Begriff des „Obdachs“ wird hier mehrdimensional ausgedrückt, nämlich sowohl im Sinne eines räumlichen Schutzes als auch „Schutz bietend“, als Ort der Ruhe und des Heils für Körper und Seele. Auffallend ist in diesem Zusammenhang auch der Umstand, dass Märchen ab dieser Zeit meist zwei Themen behandeln: „Arbeit und Armut“, womit hier zwar indirekt, aber ganz bewusst das Arbeitsethos als „Ideal“ dargestellt wird. Armut zeigte also nicht nur ein neues Gesicht, sie wurde nun auch vermehrt weiblich, sichtbar und generationenübergreifend. ArbeiterIn zu sein bedeutete auch arm und abhängig zu sein. Der technische und wirtschaftliche Fortschritt der Produktionsstätten beschleunigte das proletarisierte Elend. Marx prägte den Begriff „Pauperismus“ (Marx 1969a:592 In: Dietz 1997:43) und sprach vom „toten Gewicht“, in welchem die/der Arbeitsfähige als Kapital kategorisiert und bewertet wird. Dieser zugeteilte Wert kann, der jeweiligen Konjunktur entsprechend, fallen oder steigen. „Waisen- und Pauperkinder“ nennt er KandidInnen der industriellen Reservearmee und als „Verkommene, Verlumpfte, Arbeitsunfähige“ sieht er „ehemalige Arbeitende und Opfer der Industrie“ (Marx 1969a:593 In: Dietz 1997:43).

Als nach dem zweiten Weltkrieg arbeitslose WanderarbeiterInnen „von Dorf zu Dorf zogen und auf den Bauernhöfen nach Arbeit fragten“ war es notwendig, „mobil bzw. nichtsesshaft zu sein, um Arbeit und Unterkunft zu bekommen“ (Jetter 2004:66). Später wurde den WanderarbeiterInnen dann oft von sesshaften BürgerInnen unterstellt, dass sie das freiwillig gemacht oder sich nicht in Arbeitsprozesse hätten eingliedern wollen. Der Begriff der „Nichtsesshaftigkeit“ wurde mit Stigmatisierungseffekten unterlegt (Jetter 2004:66). Nicht vergessen werden darf auch die Tatsache, dass die Gesetze des Nationalsozialismus fortwirkten, welche Menschen ohne festen Wohnsitz als psychisch krank definierten: „Wohnungslosigkeit wurde in den Zusammenhang eines Charakterzuges gestellt und zum Persönlichkeitsmerkmal umgedeutet“ (John 1988:33 In: Jetter 2004:66). Diese Vorurteile wirkten bis in die 1970er Jahre hinein und sind latent auch noch heute vorhanden, wenn Wohnungslosigkeit und Armut argumentativ mit Arbeits-scheu, großem Freiheitsdrang und einem Ansatz von Wandertrieb usw. gleichgesetzt wird (vgl. Jetter 2004:66).

Das Konzept von Karl Marx, das auf den Gegensatz zwischen Produktionsmittelbesitzern und dem Proletariat beruht, wurde spätestens in den frühen 1970er Jahren vor dem

Hintergrund zunehmenden Wohlstandes und dem Zugang zu höherer Bildung¹² für breite Bevölkerungsschichten, von diesen zumindest in Frage gestellt (vgl. Sperlich, Mielck 2000:30); wenn nicht gar abgelehnt. Daher musste eine Differenzierung der alten Klassenmodelle vorgenommen werden, um den nun neu auftretenden Ungleichheitsdimensionen der Lebenslage wie Wohn- und Freizeitbedingungen, unterschiedlich geschlechtsbezogener Zugang zu Recht und Finanzen¹³ und Ungleichheiten in der Gesundheits- und Krankheitsbehandlung beziehungsweise auf die Lebenslage, erfassen zu können. Diese Fragen wurden spätestens seit den 1980er Jahren aktuell, als vermehrt wissenschaftliche Arbeiten über Lebenslagen mit Begrifflichkeiten von „sozialer Ungleichheit“ oder aber auch der „gesundheitlichen Ungleichheit“, „der Teilhabe“ u.a.m. jegliches Schichtungsdenken früherer Zeiten ad absurdum führten.

Partiell ist das Arbeitsethos auch heute noch als zentraler Bestandteil unserer Gesellschaft und als Werteindikator zu erkennen. Mitverantwortlich für diese Entwicklung ist die derzeit weltweit politisch idealisierte, tendenziös liberale Gesellschafts- und Sozialpolitik mit ihren Ab- und Ausgrenzungstendenzen. Damit gelingt es, dem/der Einzelnen die Verantwortung für die eigene Armut und/oder auch Krankheit zuzusprechen. Nicht Ausbeutung und gesellschaftspolitische Verantwortung einer durch Massenarbeitslosigkeit sich verändernden Gesellschaft stehen im Diskurs, sondern die fehlende Eigenverantwortung des Individuums wird zum Sündenbock hochstilisiert (vgl. Mielck 2008:22), oder wie Schenk es so treffend formuliert: „Die Aufteilung der Armutsbevölkerung in die wahrhaft Bedürftigen und Verbesserungswürdigen.“ (Schenk 2004:23)

2.3.2 Entwicklung von Armut zu „sozialer Ungleichheit“

Armut ist ein soziales Problem und erfordert daher den Einbezug eines gesellschaftlichen Kontextes. „Das Armutsverständnis korreliert mit gesellschaftlichen Entwicklungen“ (Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:21) und darf nicht ohne den jeweiligen politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Kontext gesehen und beurteilt werden. Der folgende Abschnitt soll mittels eines kurzen, historischen Abrisses das Thema Armut in seinem kulturell europäisch bedingten Kontext beleuchten, um anschließend auf die Wohnungslosigkeit als eine Extremform von Armut näher einzugehen (vgl. Trabert 2003:03f). Als Armut werden „extreme Ausprägungen von sozialen Ungleichheiten bezeichnet, die unterhalb der Menschenwürde liegen und die weder gesellschaftlich erwünscht noch für die gesellschaftliche Integration und Demokratie effektiv sind“ (Leibfried 1995:210 In: Jetter 2004:27).

¹² In Österreich: Bruno Kreisky - Ära: 1970-1983.

¹³ Bei Förderungen und Finanzierungen und im Strafrecht (Familienrecht, Wohnbauförderung u.a.m.).

2.3.3 Armut heute oder die „Neue (soziale) Ungleichheit“

Auf die oft gestellte Frage, was denn Armut sei und wie man sie definieren oder gar sichtbar und verständlich machen könnte, gibt es keine Antwort, denn Armut unterliegt keiner objektiv gültigen Definition und wird sowohl emotional objektiv als auch objektiv unterschiedlich empfunden. Die Armutskonferenz¹⁴ definiert Armut als einen Mangel an Möglichkeiten. Sie spricht von manifester Armut bzw. erheblicher materieller Deprivation, wenn geringes Einkommen mit Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen verbunden ist. Als Einkommensarmutsgrenze werden in Österreich, wie in jedem Land der EU, 60% des mittleren Pro-Kopf-Haushaltseinkommens definiert, das sind in Österreich derzeit € 1.163,-- für einen Einpersonenhaushalt als 1/12 Jahresnetto-Einkommen (Stand 2016: EU-SILC 2015). Von Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen betroffen zu sein, bedeutet zum Beispiel abgetragene Kleidung nicht ersetzen, sich nicht gesund ernähren, die Wohnung nicht warm halten, und keine unerwarteten Ausgaben tätigen zu können. Wer in Armut lebt, erfährt oft auch Ausgrenzung, Einsamkeit und Isolation.

Als weitere, gängige Armutsdefinitionen gelten:

- absolute Armut, die die Lebenssituation am äußersten Rand der Existenz beschreibt,
- relative Armut, welche die Armut in Relation zum Volkseinkommen setzt,
- subjektive Armut, die die subjektive Sichtweise der Betroffenen definiert und
- bekämpfte Armut, die die Transferleistungen des Staates und deren Auswirkungen auf die Armut berücksichtigt.

Ein geläufiger Spruch in der Szene der ProfessionistInnen lautet: „Wer früher arm war, bekam Sozialhilfe – wer heute Sozialhilfe (BMS) bekommt, ist arm“.

Bei obgenannten Armutsdefinitionen handelt es sich also hauptsächlich um materielle Notlagen und/oder um den Mangel an Ressourcen. Wenn zu allgemein gefasster Armut noch weitere kritische Lebensereignisse wie Scheidung, Trennung, Krankheit und/oder der Verlust eines Einkommens durch den/die PartnerIn und dadurch bedingte Delogierung dazukommen und es weiter an Reserven und Ressourcen fehlt, so kann man einfach nicht mehr von Armut sprechen, sondern muss das gesamte Lebensumfeld in die Analyse miteinbeziehen, um die Lebenslage der Betroffenen verstehen zu können.

Das Problem der Armut ist auch deshalb sehr komplex, weil sie eine „Ursache von Lebensläufen“ (Jetter 2004:31) ist und die, stetig neu auftretenden, Lücken des gesell-

¹⁴ Die Armutskonferenz ist eine Dachorganisation von über 40 sozialen Organisationen und ist als Bildungs- und Forschungseinrichtungen, sowie als Netzwerk aktiv. Sie thematisiert Hintergründe und Ursachen, Daten und Fakten, Strategien und Maßnahmen gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Gemeinsam mit Armutsbetroffenen engagiert sie sich für eine Verbesserung ihrer Lebenssituation. Die in der Armutskonferenz zusammengeschlossenen sozialen Organisationen beraten, unterstützen und begleiten über 500.000 Menschen im Jahr.

schaftlichen Sicherungssystemen nicht immer schnell genug und adäquat abgedeckt werden können, um den neuen Anforderungen zu entsprechen. Als Armut werden „also extreme Ausprägungen von sozialen Ungleichheiten in multiplen Lebenslagen bezeichnet“ (Jetter 2004:27). Diese extremen Ausprägungen entsprechen nicht den Intentionen von Menschenwürde¹⁵ (vgl. Thielen 2000:857) und sind sowohl gesellschaftlich als auch demokratiepolitisch als bedenklich einzustufen. Zu den Armen zählen daher nicht nur Arbeits- und Wohnungslose, sondern auch alleinerziehende Mütter und Väter, MigrantenInnen und viele alte Menschen. Armut betrifft keine homogene, identifizierbare Gruppe.

„Neben den Gefahren von Vereinzelung und Isolation, die mit Armut oft einhergehen, steigt damit in der Regel die Neigung, Armut unmittelbar den einzelnen Betroffenen zuzurechnen, sie also selbst für ihre krummen oder gescheiterten Biographien verantwortlich zu machen, die sie in die Armut hineingeführt haben.“ (Berger 1994:26f In: Jetter 2004:29)

Aufgrund unterschiedlicher gesellschaftspolitischer Entwicklungen, Zugangsweisen und wissenschaftlicher Herangehensweise spricht man heute eher von sozialer Ungleichheit (Hradil 1983: 101) und (Hradil 2005:44). Soziale Ungleichheit als Definition erklärt mittels Schichtungsmodellen, wie es zur ungleichen Verteilung von Lebens- und Handlungschancen innerhalb einer Gesellschaft kommt. Als soziale Ungleichheit wird jene abweichende Differenz bezeichnet, welche die, von der Gesellschaft, Beteiligten¹⁶, als materielle Werte wie weniger oder mehr, schlechter oder besser wahrnehmen, oder als immaterielle Werte wie Chancen und Möglichkeiten der Teilhabe an Bildung und anderen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Mithilfe einer bereits vorhandenen Definition als Norm wird untersucht, ob die Verteilung der materiellen und immateriellen Güter einer Gesellschaft für alle Beteiligten gleich oder ungleich ist. Nach Hradil wird von sozialer Ungleichheit dann gesprochen, „wenn Menschen aufgrund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den wertvollen Gütern einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten“ (Hradil 2001:30).

Natürliche Ungleichheit und soziale Ungleichheit unterscheiden sich zwar, sind einander aber auch oft bedingend in ihrer Ungleichheit. Natürliche Ungleichheit ist in ihrer Heterogenität oft augenscheinlich und auch biologisch ableitbar. Ihre Merkmalsausprägungen bedingen meist soziale Ungleichheit. Nicole Burzan betont in ihrer wissenschaftlichen Arbeit zwar, „dass natürliche Ursachen sozialer Ungleichheit in modernen Gesellschaften kein Ausgangspunkt sein können“, doch jüngste Berichte unserer Zeitgeschichte beweisen, dass dies noch immer „state of the art“ ist und „augenzwinkernd“ akzeptiert wird (vgl. Burzan 2011: 08).

¹⁵ In der Form eines kategorischen revolutionären Imperativs, alle sozial strukturierten Verletzungen der Würde und Beschränkungen der Freiheit aufzulösen, spricht Marx von den zu verneinenden Verhältnissen, „in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist“ (In: MEW, Bd. 1, S. 385).

¹⁶ In Anlehnung an die Definitionen Rancier`es

2.3.3.1 Partizipation und soziale Teilhabe

Soziale Ungleichheit ist ein gesellschaftliches Konstrukt und unterliegt in ihrer Ausprägung zeitlicher Bedingtheit, denn wenn sich die Gesellschaft verändert, wandeln sich auch die von dieser zum Status erhobenen Werte. Soziale Ungleichheit meint also das Unvermögen des Einzelnen oder einer Gruppe, sich nicht auf den Besitz von gesellschaftlich wertvollen Gütern einlassen zu können. Der Besitz gesellschaftlich wertvoller und anerkannter Güter kommt immer einer gesellschaftspolitisch anerkannten Statusveränderung gleich. Der Begriff der sozialen Ungleichheit bezeichnet somit die ungleiche Verteilung von für die Gesellschaft als wertvoll anerkannten und daher begehrten Gütern. Diese Güter wie Einkommen und Besitz, Bildung, Beruf, Gesundheit und damit verbundener Status usw. sind in der Gesellschaft nicht gleich verteilt. Dies einerseits, weil sie ein jederzeit veränderbares, gallertartiges, gesellschaftliches Konstrukt von Zeit, Raum sowie gesellschaftlichen und individuellen Möglichkeiten sind und andererseits genau deshalb selbst diesen vorhin genannten Kriterien einer permanenten Umwandlung unterliegen.

2.3.3.2 Wegweisende ForscherInnen und WissenschaftlerInnen

Unter den vielen ForscherInnen und WissenschaftlerInnen, die sich der Erforschung der Themen der „neuen Armut“, Ausgrenzung, Partizipation und der „neuen Ungleichheit“ widmeten und noch immer widmen, sollen an dieser Stelle, die für diese Arbeit relevantesten etwas näher beleuchtet werden.

- **Hannah Arendt**

Partizipation und soziale Teilhabe-als zwei von mehreren Aspekten und zugleich auch als Kontinuum für die Spannweiten politischer Diskussionen sozialer Ungleichheit-fanden als neue, wegweisende Schlagwörter Eingang in den gesellschaftspolitischen Diskurs. Hannah Arendt spricht in der „Vita activa“ von der politischen Aktivität und Teilhabe als einem emotional wichtigen Bestandteil menschlicher Entwicklung und Selbstentfaltung und weist auf die gegenseitige Abhängigkeit des Menschen von seinem sozialen Umfeld hin. Denn „handelnd und sprechend offenbaren die Menschen jeweils, wer sie sind und zeigen aktiv die personale Einzigartigkeit ihres Wesens, treten gleichsam als Wesen auf die Bühne der Welt, auf der sie vorher nicht sichtbar waren“ (Arendt 1981:219).

- **Stephan Hradil**

Einer, der sich sehr intensiv mit der Sozialstrukturforschung beschäftigte und Arbeiten zu sozialer Schichtung und sozialer Lage verfasste, ist Stephan Hradil. 1985 prägte er erstmals den Begriff der „neuen, sozialen Ungleichheiten“.

Soziale Ungleichheit und ihre jeweiligen Ausprägungen sind auch immer ein Spiegelbild der vorherrschenden Kultur und Ordnung einer Gesellschaft. Da Menschen in einem differenziellen Miteinander und nicht isoliert voneinander leben, gehen sie Beziehungen unterschiedlicher Intensität und Funktionalität ein. Sie weisen im Umgang miteinander Gemeinsamkeiten und/oder auch Trennendes in Ausprägungen sozialer Kategorien wie Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand, Religion usw. auf (vgl. Hradil 2005:460ff). Diese Kategorien unterliegen zugeschriebenen Merkmalen und werden durch diese geprägt und ausdifferenziert. Durch die dadurch entstandene soziale Position mit ihren, idealerweise dazugehörigen, fast typischen Ausprägungen, gehen mit Lebens-, Schul- und Arbeitsbedingungen konform, die den Menschen dazu verhelfen, eine andere Art von Beziehung, einen anderen Status einzugehen. Dieser zeichnet sich als soziale Ungleichheit ab, ja er prägt sie.

Soziale Ungleichheiten und ihre divergierenden Erscheinungsformen sind also nicht nur für die/den Einzelnen prägend, sondern bilden ein gesellschaftlich gewolltes Abbild von struktureller Handlungskultur im Kampf um begehrte Güter. Die in den 1970er Jahren aufkommende Diskussion über soziale Ungleichheit und deren erhoffte Eindämmung oder gar Beseitigung fand nicht statt. Im Gegenteil: Die Schere ging und geht weiterhin auf, die Differenzen werden größer. Unmittelbar mit der Frage einer möglichen Spaltung der Gesellschaft zwischen „Öster-arm und Öster-reich“ stellt sich aber auch die Frage des subsidiären Zusammenhalts einer sich verändernden Gesellschaft und ihrer Sozialstruktur (derstandard: 15.01.2010).

- **Pierre Bourdieu**

Nach Pierre Bourdieu zählt eine differenzierte Betrachtung von ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital zu den wichtigsten Voraussetzungen, da eine Betrachtungsweise die andere bedingt. So betrachtet er beispielweise die Fähigkeit der Vermögensbildung als ökonomisches Kapital, das dazu bedingende Wissen oder Talent titulierte er als kulturelles Kapital, während er die für eine Umsetzung notwendige Beziehungsarbeit als soziales Kapital bezeichnet. Das Vorhandensein von sozialem Kapital setzt das grundsätzliche Vorhandensein von individuell unterschiedlich entwickeltem Sozialkapital eines jeden Menschen voraus. Diese individuell bedingte Differenziertheit für die Entwicklung von Sozialkapitalbeziehungen ist für ihn die Ursache und der Ausgangspunkt für soziale Ungleichheit. Die „bedingte Reduziertheit“ (vgl. Bourdieu 1997: 187f) ist dem Lebenslagenansatz Weissers nicht unähnlich, der zwar auf das Vorhandensein von objektiven Handlungsbedingungen eingeht, nicht aber auf die Fähigkeit des/der Handelnden, diesen (Handlungs-)Spielraum auch nutzen können. Bourdieu bezieht Lebensstil- und Milieuansätze in seine Betrachtungsweise ökonomischer Ungleichheiten mit ein und sieht „Armut als komplexe Lebenslage, in der kulturelle, soziale und wirtschaftliche Aus-

stattung (Kapital) unterschiedlich kombiniert sind“ (Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:16).

Im Zusammenhang ökonomischer, sozialer, politischer und kultureller Dimensionen sozialer Ungleichheit darf nicht übersehen werden, dass es sich dabei auch um „politische und ideologische Legitimationsmuster“ (Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:16) handeln kann, da Ungleichheitstheorien nach Kriterien wie Klassenlage, soziale Schichten, soziale Lagen und soziale Milieus differieren und genau diese Kriterien ins Zentrum des jeweiligen Handlungsansatzes stellen. Die Milieuforschung und das Lebenslagekonzept sehen hingegen in einem mehrdimensionalen Konzept - zwischen sozialstrukturellen und subjektiven Faktoren - vermehrte Handlungschancen (vgl. Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:16).

- **Anton Amann**

Die heute gängigen Theorien sozialer Ungleichheit haben sich erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt und nehmen im Wesentlichen Bezug auf zwei gesellschaftspolitische Gegebenheiten, nämlich die „Verortung von Individuen bzw. Gruppen in der sozialen Hierarchie und den ihnen eigenen Zugang zu Ressourcen und Lebenschancen“ (Amann 2000 In: Amann 2005:144). Die Verteilung von Gütern entspricht den ihnen von der Gesellschaft „hierarchisch zugeordneten Positionen“ (Amann, Majce; 2005: 144), welche für sie, ihren Ressourcenzugang und den damit verknüpften Lebenschancen ausschlaggebend sind.

2.3.4 Beginn und Verortung der Wohnungslosenforschung

„Im Feld des höheren Alters fehlt die angemessene Verknüpfung von Theorie und Empirie“ sagt Amann (Amann, Majce 2000) und meint damit sicherlich auch das Fehlen eines multidisziplinären Ansatzes in der Altersforschung. Auch in Studiengängen mit dem Sekundärfokus „Wohnungslose“ fehlt diese Verknüpfung über mehrere wissenschaftliche Disziplinen hinweg. Das Fehlen eines eigenen Forschungszweiges der Wohnungslosenhilfe mit ihrer multidisziplinären Vielfalt und ihren Ausprägungen wird von PraktikerrInnen schon seit Jahrzehnten bedauert. Bereits Leopold Rosenmayr hat in seinem großen Überblick über die Soziologie des Alters selber und zu Recht deren „theoretische Sterilität“ beklagt (Rosenmayr 1976:253). Über weite Strecken trifft diese Diagnose auch heute noch zu (vgl. Amann & Majce 2000).

So ist die Wohnungslosenforschung auch heute noch keine eigenständige, traditionelle Forschungsdisziplin, sondern wird als „nur“ als eine, am Rande der Sozialwissenschaften agierende Wissenschaft und in schwerpunktmäßiger Verbindung zu anderen Wissenschaften gesehen. Böse Zungen behaupten, dass es sich hier um eine „Bindestrich-

Soziologie“ (Clemens 1993:62 In: Schroeter: In: Backes, Clemens 2000:32) handelt. Obwohl, wie bereits erwähnt, Armut, Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit in ihrer Verknüpfung eine unmittelbare Bedingtheit aufweisen, gibt es keine unmittelbare, interdisziplinäre und offensichtliche Forschungszusammenarbeit zwischen der Armuts-, Wohnungslosen-, Gesundheits-, Migrations- und Randgruppenforschung.

Historisch lässt sich Obdachlosigkeit erst ab dem Ende des 2. Weltkrieges nachvollziehen, da erst die in den 1970er Jahren einsetzende Erforschung der Randgruppen (vgl. Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:14) klar aufzeigte, dass dieses offene und sichtbare Feld der Armut und der Obdachlosigkeit nun nicht mehr den Auswirkungen des zweiten Weltkrieges angelastet werden konnte, sondern ein gesellschaftlich produziertes und bis dahin auch ein von dieser akzeptiertes Ergebnis war. Nicht nur die politisch Verantwortlichen, sondern auch die Universitäten nahmen sich ab dieser Zeit der Klärung des strukturellen Problems zunehmender Armut und Obdachlosigkeit an (vgl. Abels, Keller 1974). Die gesellschaftspolitischen und wirtschaftlichen Veränderungen bedingten eine Sichtbarmachung der Probleme obdachloser Menschen, die man allein durch „Wegsperrern“ oder „Wegschauen“ weder verheimlichen noch verantworten, aber auch nicht lösen konnte.

Durch die Nichtexistenz der Wohnungslosenforschung gibt es weder eine kontinuierliche Datenerhebung, noch eine Erfassung von Gruppierungen hinsichtlich möglicher Veränderungen und Verschiebungen durch legislative und/oder gesellschaftspolitische Maßnahmen. Von ihrer Systematik her könnte Wohnungslosenforschung eine Querschnittsmaterie zwischen den Agenden einer Armutsforschung, einer soziologisch-sozialmedizinisch ausgerichteten Forschung, einer Migration- und/oder auch Randgruppenforschung sein. Die Deutsche Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (kurz: BAG–Wohnungslosenhilfe) fordert in ihrem Grundsatzprogramm (BAG 2001:47) eine „breit angelegte, kontinuierliche Forschung zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit“, wobei sinnvoller Weise auch obgenannte Themenbereiche miteinbezogen werden müssten, um den Gesamtzusammenhang sichtbar verifizieren zu können. In demselben Grundsatzprogramm fordert die BAG–Wohnungslosenhilfe auch, „das Forschungsdefizit in der Frage, wie sich die –.das Wohnen betreffenden gesetzlichen Bestimmungen und die daraus ableitenden – Maßnahmen auf Menschen in Wohnungsnot und sozialer Ausgrenzung auswirken, mittels einer breit angelegten Evaluierung zu erheben und anschließend die daraus resultierenden Hilfebedarfe“ (BAG 2001:48) in eine darauf folgende Sozialplanung miteinzubinden.

In Österreich rückte das Problem der Obdachlosigkeit erst mit Beginn der 1980er Jahre in den Blickpunkt der sozialwissenschaftlichen Forschung. Den Anfang setzte dabei der Soziologe Roland Girtler mit seiner Studie: „Vagabunden der Großstadt“ (Girtler 1980).

Randkulturen sind heute ein Teil jeder Großstadt, sie sind ein Teil der Urbanität und „gehören zur bunten Vielfalt menschlichen Lebens“ (Girtler 1996:02).

Im Jahr 1993 veröffentlichte das Interdisziplinäre Forschungszentrum für Sozialwissenschaften die Studie „Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien“ (Pohoryles 1993), welche von der Stadt Wien beauftragt worden war. 2012 erfolgte eine im Auftrag der Magistratsabteilung 24 (Gesundheits- und Sozialplanung) und der Wiener Wohnungslosenhilfe initiierte Evaluierung der Wiener Wohnungslosenhilfe (Riesenfelder 2012).

Aufgrund des Fehlens einer Wohnungslosenforschung auch auf europäischer Ebene initiierte und finanzierte die Europäische Gemeinschaft Armutsinitiativen in den Mitgliedsländern mit dem Ziel, Armut, soziale Ausgrenzung und das Fehlen von Teilhabemöglichkeiten aufzuzeigen und zu bekämpfen, ohne aber die Forderung nach einer verbindenden, interdisziplinär agierenden Wohnungslosenforschung zu erheben. Forschung, Politikberatung, Kirchengemeinschaften und vor allem NGOs haben sich dieses Themas angenommen und versuchen so, sich ihren, vermeintlich ursprünglich in die Wiege gelegten, christlich-jüdisch tradierten Werte zu besinnen.

In dieser Arbeit soll auf die unterschiedlichen theoretischen und strukturellen Armutstheorien dahingehend näher eingegangen werden, als deren VertreterInnen in ihren Argumentationen sehr wohl auf die interdisziplinären Zusammenhänge verweisen. Armut ist nicht gleich Armut, sondern „Armut ist ein soziales Phänomen, das zugleich an Einzelnen aufscheint“ (Huster, Boeckh, Mogge-Grotjahn 2008:16).

2.3.5 Soziale Ungleichheit und Wohnungslosigkeit

2.3.5.1 Gesundheitliche Ungleichheit oder die soziale Kategorie von Armut und Wohnungslosigkeit

Nicht erst seit der derzeit aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird immer wieder die Frage laut, ob und warum Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status meist auch einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen und was dagegen unternommen werden könnte (vgl. Hradil 1985). Als Schlagwort für diese Diskussion hat sich nun, neben der sozialen Ungleichheit, auch der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ (Mielck 2005:07) etabliert.

Durch die Theoriemodelle der Ungleichheitsforschung lassen sich zwar verschiedene makrostrukturelle Einflussgrößen beschreiben wie z.B. Bildungschancen, Einkommensentwicklung, Arbeitsmarktsituation, Erkrankungen, die den Entstehungsprozess von Obdachlosigkeit bedingen können, „umstritten bleibt jedoch noch immer, inwieweit individu-

ell-persönliche Faktoren und strukturelle Merkmale in diesem Prozess zusammenwirken“ (Pohoryles 1993:04).

Die Randgruppentheorie wiederum weist die Wohnungslosen einer Gruppe von Menschen zu, „deren Normen sich nicht mit den der herrschenden Mehrheitsgesellschaft decken und deren soziale Beziehungen zu ihr reduziert sind“ (Jetter 2004:107).

Wohnungslosigkeit als Form von einerseits differentieller Armut und andererseits struktureller, sozialer Ungleichheit, ist eine jener gesellschaftlich tolerierten Ausprägungen, wo individuelle Verantwortung an Betroffene zurückgespiegelt wird, ohne auf die, letztendlich auch gesellschaftspolitische Mitverantwortung näher einzugehen. Schon seit Jahren weisen sozialepidemiologische Untersuchungen auf die Zunahme von Armut im Allgemeinen und auf das erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für wohnungslose Menschen, Arbeitslose und MigrantInnen im Besonderen hin (vgl. Mielck 2005:07f), (Siegrist 1993), (Trabert 2003).

Eine der sichtbarsten Formen von Armut ist die Wohnungslosigkeit. Wissenschaftliche Studien zur Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen bestätigen „einen erhöhten Krankheitsstand (90 Prozent sind dringend behandlungsbedürftig) und eine unzureichende medizinische Versorgung“ (Brendler, Greene 2003:32; Trabert 1994 und 2003; Siegrist 1993). Anforderungen mit geringem Entscheidungsspielraum und Ungleichgewicht zwischen andauernder Verausgabung bei nicht angemessener Entlohnung werden als Distress auslösender Faktor angesehen (vgl. Siegrist 1995:179). Bei der Form der Entlohnung muss es sich nicht unbedingt nur um finanzielle, sondern auch um emotionale oder statusbezogene Anerkennungen handeln:

- Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand oder plakativ formuliert: „Armut macht krank“ und
- der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status: „Krankheit macht arm“ (Mielck 2005:49).

Als bekannt darf vorausgesetzt werden, dass gesundheitsschädigende Verhaltensweisen durch psychosoziale Faktoren der Verletzbarkeit beeinflusst werden, sie variieren nach sozialer Schichtzugehörigkeit und Geschlecht und tragen zur Ausformung eines bestimmten Lebensstiles bei (vgl. Siegrist 1995:57f); (vgl. Mielck 2005:81); (vgl. Wilkinson 1995 u.a.m).

Wie mit ungünstigen Bedingungen umgegangen, auf welche individuellen Bewältigungsstrategien zurückgegriffen werden kann, hängt von den Ressourcen ab über die ein Mensch verfügt. Aufgrund des Fehlens von Coping-Strategien können belastende Situationen, die nur ungenügend bewältigt werden können, entstehen. Stresssituationen und die Entstehung von Krankheit sind oft die Folge. Anders ausgedrückt: je erfolgreicher die

Stressbewältigung, desto gesundheitsförderlicher ist sie. Das Gefühl des „Nicht mehr gebraucht Werdens“ erzeugt Unsicherheit und das mache verständlich, „dass das Bedürfnis nach Sicherheit ein zentrales Element in der Sinnerfüllung von benachteiligten Älteren ist“ (Rosenmayr, Majce, Kolland 1996).

2.3.5.2 Gender und Wohnungslosigkeit

Die Gender-Perspektive besagt, dass Frauen und Männer in der realen Gesellschaft unterschiedliche Lebensbedingungen und Chancen vorfinden. Sie entwickeln aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisation unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse. Neben kulturellen Unterschieden sind es vor allem die ökonomisch unterschiedlichen Bedingungen, die den Rahmen der Beziehungswelt oder auch „Bedingungswelt“ von Betroffenen prägen.

Seit dem Beginn der Genderforschung wird versucht, Erklärungsansätze für den offensichtlichen Unterschied in der Mortalität und der Morbidität bei Männern und Frauen geschlechtsspezifisch zu begründen. Neben unterschiedlichen biologischen, genetischen Risiken, werden ernährungsbedingtes und gesundheitsbezogenes Verhalten (Rauchen, Alkohol, Drogen, Fehlernährung) und vor allem psychosoziale Risiken für eine unterschiedliche Gesundheit von Frauen und Männern angegeben (Siehe Ergebnisse des Vereines neunerhaus unter Punkt 7.2., Maschewsky-Schneider 2002:280, Trabert 2003:9).

Bezugnehmend auf den Gender-Aspekt soll an dieser Stelle auch festgehalten werden, dass das Geschlechterverhältnis bei den ehemals wohnungslosen Menschen, die nun in Sozial betreuten Wohnhäusern leben, bei rund 75% Männer und 25% Frauen liegt (vgl. Trabert 2000 In: BAG-Wohnungslosenhilfe 2001 und Enders-Drägässer 2000). Das entspricht analog auch etwa der Population, welches sich auf den Straßen Wiens wiederfindet (Magistratsabteilung der MA 24 (2012): Evaluierungsbericht der Wiener Wohnungslosenhilfe).

„Macht die Krankheit arm oder die Armut krank?“, ist zwar eine häufig gehörte Fragestellung, die Antworten allerdings bleiben aus.

2.3.5.3 Alter und Wohnungslosigkeit

Die Bedingungen, unter denen die Möglichkeit des Wohnens und Alterns stattfinden, beeinflussen nicht nur die physische und psychische Entwicklung jedes Einzelnen, sondern auch die Qualität und das Ausmaß der, sozialen Interaktionen. Der Begriff „Obdachlosigkeit“ bedeutet also nicht nur den Verlust einer sicheren oder ausreichenden Wohnversorgung, sondern bezieht auch physische und psychosoziale Prozesse, wie soziale Ausgrenzung, Verlust von Beziehung und Vereinsamung mit ein und geht daher

über den Begriff „Wohnungslosigkeit“ hinaus. Verschiedene Untersuchungen belegen, „dass die Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit nicht nur den Krankheitsverlauf, sondern indirekt auch die Krankheitseinsicht negativ beeinflussen“ (Kellinghaus, Eikelmann, Ohrmann u.a.m. 1999:47).

Ältere, wohnungslose Menschen gelten als besonders benachteiligt, da sich hier die „beeinträchtigenden Lebensbedingungen aus den Lebenslagen: Wohnungslosigkeit, Gesundheit und Alter“ (Gillich, 2003:103f), (Trabert 2000:64f) kreuzen. Wohnungslose Menschen altern schneller als Menschen, die nicht auf der Straße leben (vgl. Trabert 2000:64f). Krankheiten und Isolation erschweren ihre Situation. Wo Wohnungslosigkeit und Alter zusammentreffen und sich kreuzen, ist Kranksein oft nicht fern. Hinter dieser Kombination verbirgt sich nicht nur fehlender Wohnraum im Sinne von mietrechtlicher Absicherung oder in Form von Prekariatsverträgen, sondern ein meist schon jahrelang vorhergegangener Prozess von Obdachlosigkeit und einem Leben zwischen Übernachtungshäusern, Wohnheimen, Notunterkünften und in extremsten Fällen in Parkanlagen oder Abbruchhäusern. Unter diesen Lebensbedingungen altern Menschen durchschnittlich nicht nur zehn bis fünfzehn Jahre früher, sie sterben auch eher. (vgl. Caritas, Heft 16 aus 2008).

2.3.6 Entwicklung von Armut und Obdachlosigkeit in Wien

Aufgrund der Tatsache, dass sich im 17. und 18. Jahrhundert der Zuzug von Armen und Bettlern nach Wien sehr stark vermehrte, wurden vonseiten der Verwaltungsbehörde sehr strenge Polizeivorschriften erlassen, sodass sich die Armenpflege immer mehr zu einer „polizeilichen Armenverwaltung entwickelte, in der soziale Agenden keinen Platz hatten“ (Drapalik 1990:11). Eine gesellschaftspolitische Verantwortung für die in Armut Geratenen gab es nicht, da Armut als individuelles und unabwendbares Schicksal gesehen wurde.

Die Unterbringung und Wohnversorgung der Armen, der BettlerInnen, Kranker und Hilfsbedürftiger war Aufgabe der Kirche und der Klöster, die ihrerseits riesige Gebäude für die Unterbringung bereitstellten. Josef II. veranlasste, dass die staatliche „Organisation des Armenwesens“ den „Pfarrarmeninstitutionen als Armenpflege“ übertragen wurde (Drapalik 1990:12). Man unterschied zwischen offener und geschlossener Armenpflege. Die offene Armenhilfe sah die Gewährung von befristeten Unterstützungsleistungen vor, während die geschlossene Armenhilfe neben der Unterbringung alter, schwacher und gebrechlicher Personen auch die Aufnahme von Kindern „in das städtische Asyl- und Werkshaus für unterstandslose Personen“ vorsah (Drapalik 1990:13).

Nicht vergessen werden darf hier allerdings, dass die Menschen und Kinder, die in diese Werks- und Obdachlosenheime eingewiesen wurden, im ursprünglichen Sinn wohnungslos, aber nicht arbeitslos waren.



Abbildung 1: Asyl- und Werkhaus der Stadt Wien in der Meldemannstraße
(In: Drapalik 1990:13)

Institutionell (kirchlich) wohnversorgt waren sie aber einer gesellschaftlich willkürlich moralischen, sittlichen und sozialen Kontrolle ausgesetzt. Eine der Obdachlosenherbergen, die in früherer Zeit als Asyl- und Werkheime der Stadt Wien und später zur Wohnversorgung Obdachloser diente, erlangte eine größere historische Bekanntheit¹⁷: Die drei bekanntesten Wohnhäuser waren:

- Herberge für obdachlose Männer in Wien 20; Meldemannstraße
- Herberge für obdachlose Frauen und Familien in Wien 12; Kastanienallee
- Herberge für obdachlose Frauen und Männer in Wien 11; Gänsbachergasse

Die Zeit von 1918 bis 1934 war geprägt durch Prof. Dr. Julius Tandler, der als amtsführender Stadtrat das Fürsorgewesen modernisierte und für die Betroffenen „Hilfe als Leistungsanspruch und nicht Hilfe als Bittsteller“ (Drapalik 1990:13) erwirkte. Um diesen grundsätzlichen Gesinnungswandel der damaligen Sozialpolitik zu dokumentieren, wurde der Begriff der „Armenpflege“ durch den Begriff der „Fürsorge“ ersetzt.

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde das Phänomen der Obdachlosigkeit häufig als Kriegsfolgeproblem abgetan, da die Gesellschaft meinte, dass sich das Problem durch das aufkeimende Wirtschaftswachstum gleichsam von selber lösen würde. WissenschaftlerInnen prognostizierten „eine nivellierte Mittelstandsgesellschaft jenseits von Klasse und Schicht“ (Pohoryles 1993:01). Als weiteres Problem kam hinzu, dass die kommunale Verwaltungsbehörde und ihre politischen Vertreter das soziale Problem der

¹⁷ Adolf Hitler lebte von 1910-1913 im Asylheim der Stadt Wien in der Meldemannstraße.

Obdachlosen vorrangig als verwaltungsinternes sahen. Informationen über das Ausmaß der von Obdachlosigkeit betroffenen Personen, ihre sozialen Merkmale und ihre Problemlagen gab es nur unzureichend.

In den späten 1960er Jahren veränderte sich der Zugang zu Armut. Durch die prosperierende Wirtschaft in den Nachkriegsjahren und die Zeit des Arbeitskräftemangels wurden Werbekampagnen auf dem Balkan und in der Türkei geschaltet, um interessierte WanderarbeiterInnen nach Wien zu lotsen. „Es wurden Arbeiter gerufen, doch es kamen Menschen an“ (Frisch 1975). Auf den öffentlichen Plätzen vermengte sich die Gruppe der arbeitenden, jedoch oft wohnungslosen Gastarbeiter¹⁸ mit jenen der obdachlosen Menschen. So war z.B. der Wiener Südbahnhof in den 1960er Jahren ein beliebter Treffpunkt beider Gruppierungen, um der sozialen Isolation zu entgehen. Vermehrt wurden nun obdachlose Menschen sichtbar wahrgenommen. Rasch erkannte man, dass die Wohnungslosigkeit nicht das alleinige Problem dieser Menschen war, sondern eine Multikomplexität an Problematiken diese Ausgangslage begünstigte. Ausschlaggebend dafür waren nicht nur Armut und Arbeitslosigkeit, sondern auch der Mangel an persönlichen und familiären Ressourcen. Fehlende physische und psychische Gesundheit als mitverursachender Faktor und eine sich neu abzeichnende, auflösende Familienstruktur ergänzten diese „sozialen Tatsachen“ (Richter 1995:28).

1972 wurde der Bereich der Fürsorge geteilt. Wohnungslose Menschen wurden weiterhin in den Obdachlosenherbergen untergebracht, welche nun aber dem Bereich der Wohnhäuserverwaltung zugerechnet wurden, während die EmpfängerInnen von Sozialhilfe, die ein Obdach hatten, zum Bereich des Magistrates für Sozialhilfe und Pflege gezählt wurden. Ab dem Jahr 1986 setzen sich, bedingt durch die Ottawa-Charta der WHO, Reformbewegungen mit dem Ziel einer menschenwürdigen Wohnversorgung für wohnungslose Menschen durch. Bis zum Jahr 1989 wurden wohnungslose Menschen in den ehemaligen Besserungsanstalten, den sogenannten „Asylheimen der Stadt Wien“ (Drapalik 1990:13) beherbergt.

2.3.7 Wohnversorgung obdachloser Menschen in Wien seit 1988 und erste „Betret Wohnen“-Ansätze

Aufgrund von Wohnbauspekulationen (erhoffte Weltausstellung 1996 Budapest - Wien) und einem durch Zuwanderung gestiegenem Wohnbedarf wuchsen die Wohnkosten in den 1980er Jahren enorm an. Wohnungszusammenlegungen, Wohnungsanierungen und Standardverbesserungen wurden – da finanziell gefördert – für eine große Anzahl von Menschen ermöglicht. Für die Mehrheitsbevölkerung bedeutete dies eine Verbesse-

¹⁸ Hier ist bewusst von männlichen Wander- und Gastarbeitern die Rede, die meist in den von Firmen zur Verfügung gestellten Sammelunterkünften oder Containern wohnversorgt wurden.

rung der Wohnbauqualität hinsichtlich der Wohnungsgröße und der sanitären Ausstattung. „Schöner Wohnen“ wurde als Synonym für die „Wohnqualität“ jener Menschen gehandelt, die es sich leisten wollten und konnten, ihren Status durch die Wahl der Örtlichkeit, der Miet- oder Eigentumsverhältnisse und des Ausstattungsstandards zu demonstrieren. Gleichzeitig wurde es für sozial Benachteiligte immer schwieriger, sich adäquat mit Wohnraum zu versorgen. Als Folge wurden in den späten 1980er Jahren immer mehr Menschen an den sozialen Rand gedrückt, die Obdachlosigkeit wuchs sichtbar und die städtischen Herbergen waren überfüllt mit Menschen jeglichen Alters aus den unterschiedlichsten Regionen.

Bezugnehmend auf die Erklärungen der Ottawa Charter 1986 wurde in den späten 1980iger Jahren damit begonnen, die offen zutage getretene und sichtbar gewordene Zielgruppe der Obdachlosen mittels Wohn- und Betreuungsverträgen zu steuern. Vorerst waren es jüngere, wohnungslose Frauen und Familien die, in den von Vereinen angemieteten Präkariatswohnungen¹⁹, interimistisch wohnversorgt wurden, um sie anschließend, nach einer individuellen Resozialisierungsphase, in eine Finalwohnung anzusiedeln. Diese Konzeption entsprach den Richtlinien des damals geprägten Begriffes eines Stufenplans, welcher differenzierte Lösungsansätze zur Zielerreichung beinhaltete.

2.3.7.1 Klassisches „Betreutes Wohnen“ (kurz: „BeWO“)

Die Stadt Wien reagierte auf die plötzliche Zunahme von sichtbar mehr obdachlosen Menschen mit dem politischen Auftrag zum Zusammenschluss mehrerer Vereine (ARGE der Nichtsesshaften, Bewährungshilfe, Caritas, Heilsarmee, Hilfswerk, Volkshilfe usw.) zu einer Arbeitsgemeinschaft für „Bürger in Not“, um die Problemlage zu entschärfen²⁰. Somit wandelte sich die bisher größtenteils ehrenamtliche Tätigkeit der Vereine für wohnungslose Menschen in eine bezahlte, von ProfessionistInnen ausgeführte Auftragsarbeit mit den dazugehörigen und bedingenden Kontrollfunktionen. Als wichtiges Kriterium und um die Sinnhaftigkeit von sozialarbeiterischer Betreuung zu verstärken, wurden vonseiten der FördergeberInnen sowohl der Resozialisierungsgedanke als auch die Wiedereingliederung in den Wohnungsmarkt konzeptmäßig verankert. Die Definition „Betreut Wohnen“ wurde von der Schweizer Sozialarbeiterin Ruth Brack im Jahr 1967

¹⁹ Bittleihe gegen jederzeitigen Widerruf.

²⁰ OSR Friedrich Leitner, als damaliger Leiter der Magistratsabteilung 12, des Sozialamtes der Stadt Wien sagte in einem Interview für die Zeitung des Wiener Hilfswerks Folgendes: „Für obdachlose Menschen war der Beschluss eine – wenngleich späte – Einlösung der obersten Maxime des Wiener Sozialhilfegesetzes: der Sicherung eines menschenwürdigen Lebens. Die Unterbringung in den meisten Obdachloseneinrichtungen der Stadt Wien war bis dahin nicht menschenwürdig. Die Obdachlosenheime waren ein historischer Rest einer Betreuungsform, die in anderen Aufgabenbereichen der Sozialhilfe, wie z.B. der Pflege, schon früher problematisiert wurden. Die Einrichtungen hatten ein organisatorisches Eigenleben mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Ordnung ohne einen „Resozialisierungs- „ohne einen „Normalisierungsanspruch“. (Aus: Wiener Hilfswerk: Hand in Hand 04/09, S. 29).

als ein Begriff für Wohnen unter sozialarbeiterischer Betreuung geprägt. Diese Begrifflichkeit des betreuten Wohnens fand auch in der Pflegebetreuung Eingang. Mittlerweile wird er als Begriff für altersgerechte Bauvorhaben und das öffentliche Förderwesen verwendet und gehört „zu einem von sozial-und wohnbaupolitischer Konjunktur getragenen Entwicklungsfeld in der Altenhilfe“ (Klie 2002:389).

2.3.7.2 „Sozial betreutes Wohnen“ (kurz: „SobeWO“)

Die mit hohen Resozialisierungsansprüchen verbundene Wohnform des „Betreuten Wohnens“ war für eine Vielzahl von alten, kranken und obdachlosen Menschen als Wohnversorgung nicht geeignet, weswegen Ende der 1990er Jahre eine merkliche Zunahme von älteren, teils kranken und offensichtlich alleinstehenden Obdachlosen sichtbar wurde. Für diese Menschen konnte kein passendes Angebot gefunden werden, da die städtischen Herbergen (in der Bevölkerung noch immer „Obdachlosenherberge“ oder „Asylheim“ genannt) ihren Wohnbedürfnissen nicht entsprachen. Massenunterkünfte, welche keinerlei individuelle Spiel- und Gestaltungsräume zuließen, ungenügende, sanitäre Ausstattung und der Zwang, das Quartier tagsüber verlassen zu müssen, waren einem „Altern in Würde“ nicht zuträglich. Daher kamen diese älteren Menschen oftmals vorzeitig in eines der Wiener Pflegehäuser oder in andere städtische Einrichtungen. Die fehlenden Versorgungsmöglichkeiten in den Herbergen und die kräfteaubenden Lebensbedingungen auf der Straße führten dazu, dass sich die Lebensqualität und das subjektive Gesundheitsbewusstsein der Betroffenen meist derart verschlechterte, dass, nach einem Spitalbesuch, eine Entlassung in die häusliche Pflege, mangels Wohnmöglichkeit, nicht mehr in Erwägung gezogen werden konnte. Da aber auch eine „Entlassung auf die Straße“ von keinem Arzt befürwortet werden konnte, verblieben die Menschen in weiterer Folge oft als „DauerpatientInnen“ im Pflegesystem oder wurden zu teuren „DrehtürpatientInnen“, da sie weder auf der Straße, noch in den Herbergen der Stadt Wien in Würde alt werden konnten.

Basierend auf der WHO-Charter und einem nachweislich erhöhten Hygienebedarf älterer Personen (Stöckler 1987), konnte diesem Umstand mit einer Unterbringung in einer Obdachlosenherberge oder einem Asylheim gesellschaftspolitisch nicht mehr Rechnung getragen werden. Die Notwendigkeit einer Wohnversorgung nach den Richtlinien der WHO-Charter wurde klar erkennbar und so als politische Maßnahme umgesetzt. „Sozial betreutes Wohnen“ richtet sich also hauptsächlich an ältere, ehemals wohnungslose Menschen, die eigenständig wohnen wollen und können, aber aufgrund chronischer oder anderer Erkrankungen Betreuung und Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags benötigen.

2.3.7.3 Pflegeorientiertes „Betreutes Wohnen“

Hierunter verstehen wir das „Betreute Wohnen“ unter pflegerischer Aufsicht für jene Menschen, wo Sozialarbeit und Wiedereingliederung kein Thema mehr sind, sondern wo es schlichtweg, neben dem „Altern in Würde“, auch um jenen vermehrten Pflegebedarf geht, welcher nicht mehr allein durch den Zukauf von Sozialen Diensten gewährleistet werden kann. Weiters ist hier von einer „rund um die Uhr“ Betreuung und/oder zusätzlichen medizinischen Indikationen zu sprechen, bei welcher auch intravenöse Ernährung oder Schmerzmitteltherapie ein Thema sind. Im pflegeorientierten „Betreuten Wohnen“ bilden die altersgerechte Versorgung und Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase die Rahmenbedingungen für einen menschlichen Umgang im Miteinander am Ende eines langen Lebensweges.

2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das sehr differenzierte Betreuungsangebot unterliegt, wie bereits erwähnt, unterschiedlichen, ethisch moralischen, aber auch gesetzlichen Normen und Verpflichtungen hinsichtlich der geförderten Rahmenbedingungen.

Auf nachfolgende Gesetzestexte wird in den anschließenden Kapiteln noch mehrmals Bezug genommen werden. Die Inhalte des Wiener Sozialhilfegesetzes und des Bundes- und Landespflegegeldgesetzes sichern auch für die SeniorInnen die Finanzierung und die relative²¹ Wahlmöglichkeit der Betreuungsleistung ab. BewohnerInnen von sozial betreuten Wohnhäusern beziehen, aufgrund ihres Anspruchs auf Unterstützung aus Mitteln des Sozialhilfefonds des Landes Wien, eine Subjektförderung. Damit ist sowohl ihre Wohnversorgung als auch ihre soziale und pflegerische Betreuung abgesichert.

2.4.1 Grundsätze der Vereinten Nationen

Am 16. Dezember 1991 nahm die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Resolution 46/91 an, in der die Grundsätze für die älteren Menschen festgelegt sind, um die Jahre, die dem Leben hinzugefügt werden, mit Leben zu erfüllen. Die Regierungen wurden aufgefordert, diese Grundsätze, wo immer möglich, in ihre nationalen Programme aufzunehmen.²²

Als globale Ziele und Grundsätze wurde angeführt, dass ältere Menschen

²¹ Relative Wahlmöglichkeit bedeutet, dass der/die KundIn zwar frei entscheiden kann, von welcher Organisation er/sie die Betreuungsleistung erhalten will, jedoch keinen Rechtsanspruch auf Durchsetzung dieses Rechtes hat. Entscheidend ist die rasche Verfügbarkeit der zuerkannten Leistungen.

²² <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx>, abgerufen am 26.05.2017

- in der Lage sein sollten, in einem Umfeld zu leben, das sicher ist und ihren persönlichen Präferenzen und sich wandelnden Fähigkeiten angepasst werden kann, so wie möglichst lange im eigenen Haushalt zu leben,
- Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben, um ihnen zu helfen, ein Höchstmaß an körperlichem, geistigem und seelischem Wohlbefinden in einem humanen Umfeld beizubehalten oder wiederzuerlangen und um den Ausbruch von Krankheiten vorzubeugen oder hinauszuzögern und
- in der Lage sein sollten, ein geeignetes Maß an stationärer Pflege in Anspruch zu nehmen, die ihnen Schutz, Rehabilitation sowie gesellschaftliche und geistige Stimulation in einer humanen und sicheren Lebensumwelt bietet.

2.4.2 Europäische Sozialcharta

Die Europäische Sozialcharta weist im Paragraphen 30, der sich auf ein Anrecht auf Schutz vor Armut, Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit bezieht, dezidiert darauf hin, dass der Zugang zu Hilfe gegeben sein muss und „begründet mithin ein individuelles und einklagbares Recht auf den Zugang zu einer entsprechenden und bedarfsadäquaten Hilfe“. Damit wird klar zum Ausdruck gebracht, dass es Aufgabe der Gesellschaft ist, die Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen an die BezugnehmerInnen (flexibel) anzupassen. Da Österreich den §30 der Sozialcharta, Schutz vor Armut, Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit, dezidiert ausgeklammert und nicht ratifiziert hat, unterliegt dieser Teil der Charta nicht der Rechtswirklichkeit (vgl. Schoibl 2016). Dies führt zu einer „selektiven Praxis“ (Schoibl 2016) von Entscheidungen der BMS, sodass vergangen geglaubte Wanderarmut wieder ein Thema ist und praktiziert wird.

2.4.3 Grundsatzbeschluss der Stadt Wien 1993

Im Zusammenhang mit den Grundsätzen der Vereinten Nationen kann auch der Grundsatzbeschluss des Wiener Gemeinderates vom 29. April 1993 zum Maßnahmenpaket „Hilfe im hohen Alter“ verstanden werden, der in einem Zehnjahresplan unter anderem auch die Schaffung von 20 Gesundheits- und Sozialzentren, 30 Tageszentren und 30 Pflegewohngemeinschaften vorsieht (Protokoll der Wiener Gemeinderatssitzung vom 29. April 1993). Diesem Grundsatzbeschluss wurden in späterer Folge auch die Errichtung der zielgruppenorientierten, Sozial betreuten Wohnhäuser zugerechnet.

2.4.4 Von Sozialhilfe zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) – Absicherung des Lebensbedarfes in Wien

Die Sozialhilfe als Instrument der Sicherung des Lebensunterhaltes ist und war in Österreich seit den frühen 1950er Jahren die Grundlage für einen offenen Zugang zu Hilfe und Unterstützung. Gemäß Grundversorgungsvereinbarung Art. 15a B-VG (Bund-

Länder) obliegt der Vollzug des Bundesgesetzes dem jeweiligen Bundesland. Bezugnehmend auf die Ortsgebundenheit zwischen AntragstellerIn und vollziehenden BeamtenInnen und einer oft damit verbundenen Stigmatisierung der Hilfesuchenden, wurden Ansprüche meist aus Scham nicht wahrgenommen, was letztendlich zu sozialen Abwanderungen in die Anonymität der Städte führte. Mit dem Inkrafttreten der bundesweiten, bedarfsorientierten Mindestsicherung im September 2010, die aber weiterhin der Vollziehung und den Sonderbestimmungen des jeweiligen Bundeslands unterliegt, nahm man „Abschied von einer pathologisierenden Begrifflichkeit und rückte strukturelle Faktoren für die Genese von Wohnungslosigkeit in den Vordergrund“ (Schoibl 2016)²³. Der Zugang zu Leistungen der BMS ist im Rahmen einer Bund-Länder-Vereinbarung geregelt. Diese sind grundsätzlich unabhängig von lokalen Zuständigkeiten und Kriterien. Um Doppelbezüge zu vermeiden, achten die Sozialämter darauf, dass es nur einen aufrechten Hauptwohnsitz gibt, in dem die/der Betroffene gemeldet sein muss. Mit der bedarfsorientierten Mindestsicherung ist auch der Zugang zum Gesundheitssystem in Österreich gewährleistet und unabhängig von der lokalen Zuständigkeit geregelt. Seit der Reform der BMS haben alle ÖsterreicherInnen und diesen Gleichgestellte auch eine aufrechte Krankenversicherung und somit uneingeschränkten Zugang zu allen medizinischen Leistungen. Die bedarfsorientierte Mindestsicherung sichert sowohl die finanziellen Bedürfnisse zur Sicherung des Lebensunterhalts und des Wohnbedarfs ab, bietet aber auch intensive Förderung bei der Jobsuche sowie sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung an. Die Mindestsicherung wird zwölf Mal pro Jahr ausbezahlt, außer eine Person weist einen Dauerbezug²⁴ auf. In diesen Fällen erfolgt die Auszahlung 14 Mal im Jahr. BezieherInnen der Mindestsicherung erhalten auch automatisch den Mobilpass zuerkannt. Die „Soll-Ziele“ der Wiener Mindestsicherung sind demnach:

- Vermeidung und Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung
- Unterstützung beim Einstieg oder Wiedereinstieg ins Arbeitsleben.

Anspruch auf BMS haben Österreichische StaatsbürgerInnen oder gleichgestellte Personen mit rechtmäßigem Aufenthalt wenn sie:

- dauerhaft in Wien leben (Hauptwohnsitz oder ständiger Aufenthalt),
- ihr Einkommen unter dem jeweiligen Mindeststandard liegt und
- ein unterschriebener Antrag auf Mindestsicherung vorliegt.

Die Höhe des Mindeststandards liegen aktuell (Stand 2016) bei²⁵:

²³ Bezugnehmend auf die zur Zeit stattfindende Diskussion um die BMS und das gesellschaftspolitische „BMS-Bashing“ fand am 07.11.2016 um 15:30 ein telefonisches Beratungsgespräch zwischen Dr. Schoibl in seiner Funktion als Vertreter der Wohnungslosenhilfe Österreichs in der FEANTSA und mir statt, bei welchem er Obgenanntes zitierte.

²⁴ Dauerbezug bedeutet, dass der/die Betroffene als nicht mehr als arbeitsfähig eingestuft wird, krank ist oder aber auch kurz vor der Rente steht und nicht mehr umgeschult werden (kann).

²⁵ Bei volljährigen Personen ist darin ein Grundbetrag zur Deckung des Wohnbedarfs enthalten. Dieser betrug im Jahr 2016 für Alleinstehende 209,44 Euro.

- Alleinstehende/ AlleinerzieherInnen: 837,76 Euro
- Paare (pro Person): 628,32 Euro

Bei der Berechnung der Leistung wird derzeit (Stand 2016) das gesamte Einkommen und das verwertbare Vermögen aller anspruchsberechtigten Personen mitberücksichtigt. Übersteigt das vorhandene Vermögen den fünf-fachen Betrag des Mindestbezugs²⁶ (Stand 2016: € 4.188,80) so ist ein Bezug so lange hintanzuhalten, bis das Vermögen aufgebraucht ist. Allerdings gibt es länderinterne Sonderregelungen mittels § 15a-Abkommen.

2.4.4.1 Wiener bedarfsorientiertes Mindestsicherungsgesetz (WMG)

Das Wiener Sozialhilfegesetz, welches im Jahr 1973 beschlossen wurde und bis August 2010 gültig war, wurde mit September 2010 durch das Gesetz zur bedarfsorientierten Wiener Mindestsicherung ersetzt und regelt die Ziele und Grundsätze des Wiener bedarfsorientierten Mindestsicherungsgesetzes (WMG)²⁷. Die derzeitig gesellschaftlich und politisch laufenden Diskurse zeigen eine große Unzufriedenheit mit der Auslegung und Handhabung des Prozederes und zielen auf eine künftige Abänderung hin. Die bedarfsorientierte Wiener Mindestsicherung hat jenen Menschen die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen, die dazu die Hilfe der Gemeinschaft bedürfen. Die Mindestsicherung bietet neben der finanziellen Unterstützung zur Sicherung des Lebensunterhaltes und Wohnbedarfs auch intensive Förderung bei der Jobsuche sowie sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung. Die bedarfsorientierte Wiener Mindestsicherung sichert den Anspruch auf:

- Mindestsicherung des Lebensunterhalts und Wohnbedarfs,
- Mietbeihilfe,
- Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Entbindung,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen und
- die Zuerkennung der Inanspruchnahme sozialer Dienste.

Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung hat zum Ziel, Armut und soziale Ausschließung zu bekämpfen und zu vermeiden sowie die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben weitestgehend zu fördern. Die Maßnahmen der Sozialhilfe sind so zu wählen, dass sie die Hilfesuchenden so weit wie möglich befähigen, von der Hilfe unabhängig zu werden oder zumindest zur Beseitigung ihrer Notlage beizutragen.

²⁶ Z.B. wird hier der Besitz eines Autos bewertet, dessen Notwendigkeit von der Behörde überprüft wird – z.B. aufgrund eines Arbeitsplatzes, welcher nicht durch öffentliche Verkehrsmittel erreichbar ist.

²⁷ Da die bedarfsorientierte Mindestsicherung in der Gesetzgebung Bundessache ist, in den Ausführungsbestimmungen jedoch den Richtlinien der Bundesländer unterliegen, kommt es hier zu Differenzen.

2.4.5 Pflegegeldgesetz

Mit 1. Juli 1993 trat das Bundes- und Landespflegegeldgesetz in Kraft. Der Zweck des Pflegegeldes wird nach §1 wie folgt definiert²⁸.

„Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen, so weit wie möglich, die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie Möglichkeiten zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“.

Entgegen der oft gehegten Meinung der Betroffenen, die das Pflegegeld vielfach als ein dem Alter gebührendes Zusatzeinkommen sehen, ist dieses für die Abgeltung des tatsächlichen Pflegeaufwandes vorgesehen. Der gängigen Meinung von MitarbeiterInnen in Pflege anbietenden Organisationen, „dass das Pflegegeld oft Mofa fährt²⁹“, womit die Finanzierung von Motorfahrzeugen durch Großeltern angesprochen wird, muss hier entschieden widersprochen werden.

²⁸ Landesgesetzblatt für Wien, Landespflegegeldgesetz, Wien 1993.

²⁹ Ausspruch einer Mitarbeiterin einer Pflegeorganisation.

3 Alter und alt werden – Altersdiskurse

“Der Zuwachs des Lebens, den wir Alter nennen“

Joseph Joubert, In: Zapotoczky, Frischhof 1996:41

Die Themen „Alter, alt werden und altern“ waren schon in der Antike sowohl in sämtlichen Diskursen (Solon, Pythagoras In: Theunissen 2000:138) als auch z.B. in der Ver sinnbildlichung durch Lebensstufen allgegenwärtig³⁰. „Bilder vom Alter haben wir alle in unseren Köpfen“, (Amann 2004:15) sagt Amann und stellt fest, dass diese schon immer zeitlichen Wertvorstellungen unterlagen und auch weiterhin unterliegen werden.

Das Thema „Alter“ ist, so wie wir es heute verstehen, hinsichtlich seiner derzeit rechtlichen Definition zwar ein relativ junges Konstrukt und hängt in seiner Begründung unmittelbar mit der Arbeit und dem Ausscheiden von älteren Arbeitern³¹ aus dem Arbeitsleben gegen Ende des 19. Jahrhunderts zusammen. Aufgrund der großen Anzahl von Arbeitswilligen war man gezwungen, die Älteren aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Um diesen aber ein Einkommen ohne Arbeit zu sichern, war man bemüht, nach Lösungen für eine finanzielle Absicherung im Alter zu suchen. Fündig wurde man im öffentlichen Dienst, wo es eine sozialrechtliche Absicherung in der Art monatlicher Lohnfortzahlungen gab. Im Gegensatz dazu gab es für die Arbeiter im Falle des freiwilligen Ausscheidens oder des „Freisetzens“ durch den Arbeitgeber sowie auch durch das Erreichen einer bestimmten Altersgrenze keine soziale Absicherung. Sozial und finanziell abgesichert war man eben nur bei Entfall des Arbeitsentgeltes durch Unfall oder Invalidität. Diese Regelung der Entgeltfortzahlung des öffentlichen Dienstes wurde dahingehend ausgeweitet, dass sie nun auch für jene Menschen Anwendung fand, die ein gewisses Alter erreicht hatten und aus dem Arbeitsleben hinausgedrängt oder ausgeschieden worden waren.

Vom „Alter als Sonderfall der Invalidität“ (Amann 2000:35) spricht Amann und weist darauf hin, dass diese Konstruktion letztendlich dazu beitrug, das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess legitimistisch und sozialrechtlich abzusichern, wobei aber nicht vergessen werden darf, dass dadurch – quasi per Definition – Alter und das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben verknüpft wurden als eine „conditio sine qua non“. Insofern hängt die Alterssicherung direkt mit der „Institutionalisierung des Lebenslaufs“ (Backes, Clemens 2000:07) zusammen. Damit wurden erstmals rechtliche Bedingungen der Arbeitswelt – nämlich die des Ausscheidens aus derselben, mit sozialrechtlichen Belangen der Sozialpolitik (Rente als eine Art Lohnfortzahlung) verknüpft und dadurch strukturell ver-

³⁰ Hoerl, Josef (WS 2009/10): Alter und Lebenslauf am 11.10.2009. Vorlesung der Universität Wien.

³¹ Bewusst nur männliche Form, da ja fast ausschließlich Männer beschäftigt waren.

gesellschaftet. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es sich hier um die Problematik einer überbordenden Anzahl von jungen Arbeitswilligen contra alten StelleninhaberInnen handelte und kritisch darf hinzugefügt werden, dass es hier letztlich auch um „die Möglichkeit gesellschaftlicher Disziplinierung und sozialer Kontrolle“ (Backes 2000:08) ging.

Die Umschreibung jener Lebensphase, in der die Arbeiter in die Begünstigung dieser ausverhandelten Rahmenvereinbarung kamen, wurde quasi mit dem verbalen Schutzmantel des Altseins umhüllt sowie mit dem dazugehörigen, rechtlichen Terminus legitimiert und verfestigt. Wie schon oben angeführt, bezieht sich dieser mittlerweile auf die Phase der „Entberuflichung“ und den Eintritt in das Pensionsalter, welches derzeit regulativ mit dem 65. Lebensjahr beginnt und bis zum Lebensende – mit altersspezifischen Unterteilungen in Hochaltrigkeit und Greisenalter – andauert. Alter ist also ein „demographischer Index für einen bestimmten Lebensabschnitt“ (Rosenmayr 1988 In: Theunissen 2002:15).

Das Alter wurde somit mit dem altersbedingten Ausstieg aus dem Arbeitsleben und dem Einstieg in die Rentenzahlung festgelegt, wobei nicht vergessen werden darf, dass diese Verknüpfung zweier unterschiedlicher Systeme, nämlich dem des Arbeitsmarktes und der sozialen Absicherung des Alters mittels einer Pension, „oft mit einer erheblichen Verschlechterung für ältere Arbeitskräfte endete“ (Amann 2000:56).

3.1 Der Altersbegriff

Der Begriff „Alter“ ist vielseitig interpretierbar, meist subjektiv emotional hinterlegt, generationenübergreifend, kulturell geprägt und einer zeitlichen Bedingtheit unterworfen. Im Laufe der menschlichen Evolution unterzogen sich sowohl die objektive Begrifflichkeit von Alter als auch die subjektbezogene Auslegung des Altseins einer laufenden Veränderung. Während bei den alten Griechen das Alter und alte Menschen differenziert und schichtzugehörig betrachtet (teils mythenmäßig den „Heroen“ gleichgesetzt und als sozialideologische Größe gehandelt) wurden, durchlief diese Altersphase in anderen Teilen Europas abwechselnd alle Höhen und Tiefen menschlicher Daseinsberechtigung und sozialwirtschaftspolitischer Bedingtheit.

Allgemein wird Alter unterteilt in (Hurrelmann et al. 2004:84):

- das kalendarische Alter,
- das soziale Alter,
- das kognitiv-psychologische Alter und
- das biologische Alter.

3.2 Gesellschaftspolitische Altersdiskurse

Wenn Leopold Rosenmayr von der „altersbunten Gesellschaft“³² spricht, stellt sich die Frage, ob die Sichtweise der oft belächelten und zynisch gemeinten Zeit der „ergrauten Gesellschaft“ (Geiser 1996:15) schon vorbei ist, oder ob sie, wie dieselben ZynikerInnen meinen, nicht noch wie ein Damoklesschwert über unseren und vor allem den Köpfen der Jüngeren schweben wird? Wenn Alter und damit Ältere zur Kostenfrage einer Gesellschaft degradiert werden, wenn eine „Kosten-Nutzen-Rechnung“ Basis des sozialen Miteinanders der Generationen sein soll, dann klingt das eher nach einem intergenerativen Schlachtruf. Es ist nicht verwunderlich, dass angesichts der jahrelangen Diskussionen um die Pensionspolitik und den sich daraus resultierenden Verteilungskonflikten, ein Klima des Misstrauens, des Neides zwischen den Generationen entstanden ist. Der oft herbeigeredete „Kampf zwischen Jung und Alt“ wurde und wird nun nicht nur altersmäßig gesehen vertikal geführt, sondern findet mittlerweile auch in quergeschichteten sozialen Lagediskursen³³ statt.

Diese gesellschaftspolitischen Altersdiskurse haben wie jede Medaille, auch eine zweite Seite: Eine, die offen und strategisch nur die aus ihrer Sicht vermeintlich positiven Seiten des Alters zur Schau stellt, nämlich die der Werbeindustrie. Hier wird von den Werbemedien auf eine strategische Verzerrung des Altersbildes abgezielt, gilt es doch, den ZuseherInnen und LeserInnen, vor allem aber den kurz vor oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben stehenden Betroffenen zu suggerieren, dass die „neuen, jungen Alten“ alle sehr aktiv, glücklich und ausgeglichen seien und obendrein über jenes finanzielle Kapital verfügen, welches „den Anderen, den Jüngeren“ durch zu hohe Rentenzahlungen für die Alten entzogen würde. Nun obläge es dem Geschick der Werbegurus und der Aktiven, sich dieser Ressourcen der Alten zu bemächtigen, indem man ihnen Reisen, Schönheit, Luxus und damit Hoffnung auf eine schöne und sorgenfreie Zukunft verkaufe, denn zufolge einem alten Sprichwort „stirbt die Hoffnung zuletzt“. Der dabei gewonnene Profit dieser „Zukunftsmalerei“ geht in die Taschen der noch im Business Tätigen, womit zwar indirekt eine wirtschaftliche Umverteilung stattfindet, jedoch viele der älteren Menschen daran hindert, sich aktiv mit dem eigenen Altern und dessen Zukunftsszenario zu beschäftigen.

Die derzeit gängigen Altersbilder sind differenziert und zwiespältig: Einerseits gibt es die viel gepriesenen und umworbenen „jungen Alten“, die jetzt der neu gewonnen Freiheit

³² Rosenmayr (1999): Titel eines Symposiums der Österreichische Forschungsgemeinschaft und des Institutes für Wirtschaft und Politik: Die "altersbunte" Gesellschaft - Alt und Jung auf dem Weg in den Konflikt am 1. Juni 1999 im Hotel Inter-Continental, Fischer von Erlach-Saal.

³³ Gemeint sind verbale Polarisierungen und Antonyme wie: „jung und schön“ gegen „alt und schrecklich arm“, also Äußerungen, die mit einer intergenerativen Kostengegenüberstellung agierten.

fröhen können und allerorts eine begehrte Zielgruppe sind, da sie sowohl über viel Kompetenzwissen, als auch über soziales Engagement und vielfältige, begehrte Ressourcen verfügen. Ein weiteres, nicht so gerne gesehenes, gesellschaftspolitisches Altersbild ist jenes des „äußerst defizitorientierten Alters“ (Scholta 1994 In: Zapotoczky 1994:345), welches jenen Unmut zum Ausdruck bringt, dem Betroffene oft direkt oder auch indirekt ausgesetzt sind, nämlich dem des alten, hilflosen, kranken und pflegebedürftigen Menschen, der einen wesentlichen Kostenfaktor im Gesundheits- und Sozialsystem darstellt und auf Kosten der Jungen lebt. Es stellt sich sogleich die Frage, ob dem wirklich so ist oder ob nicht aufgrund der laufenden Diskussion dieser Eindruck als „erwünschter Nebeneffekt“ und daher als manipulativ zu werten ist.

Zwischen diesen beiden ob genannten Altersbildern liegt ein „Altersinterregnum“. Kolland spricht hier vom „dritten Lebensalter als kulturelle (r) Figuration“ (Kolland 2015) und meint damit die Zeit der „Nacherwerbsphase bzw. der Freizeitphase“, (Kohli 2003), „in der ein hohes Maß an Mobilität, wenige gesundheitliche Einschränkungen und eine vergleichsweise hohe Bildungsaktivität gegeben sind“ (Kolland 2015). Der erst kürzlich verstorbene Soziologe Rosenmayr sprach von dieser Zeit als die der „späten Freiheit“.

Diese Bandbreite an heute gängigen Diskursen, die zwischen der Antike und der Gegenwart angeordnet sind, schließt zugleich auch Fragen künftig zu führender Diskurse mit ein: Beruht der Wert eines alten Menschen, wenn man ihn schon nicht als Kosten- und Risikofaktor eines „high-tech Gesundheitssystems“ mit moderner IT-Technik und entsprechender Roboterpflege sehen will, wirklich nur auf jenen Werten, die sich in Zahlen ausdrücken, wiegen oder bemessen lassen, oder wie Gertrud M. Backes (2000:07) meint, die „das Lebensalter in konkreten Verwertungsmöglichkeiten und des Bedarfs an Arbeitskraft“ durch die von der Gesellschaft konstruierten Merkmale der Sozialstruktur, definiert sieht. Wenn das Alter als sozialer Tatbestand, der „gesellschaftlich strukturell und definitorisch bedingt, konstruiert, aufrechterhalten und kontrolliert wird“ (Schroeter In Backes 2000:35) begriffen wird, müssen da nicht auch die sie gesellschaftspolitisch bedingenden sozialen Strukturen und Ungleichheiten als Verursacher in die Analyse miteinfließen?

Eine weitere gesellschaftlich strukturierte Beeinflussung findet durch den derzeitigen Trend zur „Verjüngung, Entberuflichung, Feminisierung und Singularisierung des Alters, sowie der Hochaltrigkeit“ (Tews 1993 In: Backes 2000:9) statt. Dadurch verändern sich die bis dato gelebten Altersschichtungen und Altersstrukturen, die Lebensphase Alter wird unüberschaubarer und unberechenbarer, teilweise sogar zu einem Mysterium physischer und psychischer Bedingtheiten, denn das „wahre Alter“ ist uninteressant und kaum jemand will es wirklich wissen. In Diskussionen geht um das vermeintliche, geschätzte, kokettierende, das „umschmeichelte Alter“, das gut tut und das gut angenom-

men werden kann, aber mit dem wahren, dem reifen, ausdifferenzierten und oft auch schmerzlich empfundenen Alter nichts zu tun hat. „Altern ist ein individuelles Schicksal“ sagt Rosenmayr (1998:55) und stellt fest, dass sich die Menschen im Altersprozess voneinander wegbewegen und zunehmend zu Einzelfällen werden.

Andre Heller (2016:24) hingegen schreibt in seinem Buch „Das Buch vom Süden“ vom aufregenden und oft auch skurrilen Miterleben des Älterwerdens seines Vaters, wenn dieser, auf die Frage nach seiner Befindlichkeit, vom „metallinen Zeitalter“ sprach: „Die Haare Silber, die Zähne Gold, die Füße Blei.“

3.3 Sozialwissenschaftliche Alterstheorien

„Das Klagelied der Theoriearmut in der Alternssoziologie ist oft gesungen worden“ (Schroeter In: Backes, Clemens (2000:33). Die Themen „Alter“ und „Altern“ in einen theoriebezogenen Kontext zu bringen ist schon allein dadurch bedingend, weil sich die Gesellschaft und mit ihr auch die soziale Lage von Menschen rasend schnell und permanent verändert. Folgerichtig passen sich die Lebensstile von Menschen stets an die jeweils vorhandenen Ressourcen und Rahmenbedingungen an. Pointiert könnte man sagen, dass der Lebensstil der gesellschaftlichen Entwicklung immer hinkend hinterherläuft. So beklagte sich Rosenmayr- wie bereits erwähnt-schon in den 1970er Jahren über die „theoretische Sterilität auf dem Gebiet der sozialen Gerontologie“ (Rosenmayr 1976:253 In: Schroeter In: Backes, Clemens 2000:32). Ebenso beklagen auch Naegele und Tews ebenda, dass die „Soziologie bzw. deren Vertreter es bisher nicht vermocht haben, Altersentwicklung im Hinblick auf gesellschaftliche Entwicklungen überzeugend zu artikulieren und zu begründen“ (Schroeter 1993b:337 In: Backes, Clemens 2000:32). Die VertreterInnen der neueren Ansätze orientieren sich mittlerweile an gängigen Alterstheorien mit bestimmten, teils altersphasenbezogenen Themenschwerpunkten. Erfolgreiches Altern ist auch in der hier vorliegenden Arbeit ein wesentlicher Faktor für die Lebenszufriedenheit, weshalb in den nächsten Abschnitten kurz auf die wichtigsten Alterstheorien eingegangen wird.

3.3.1 Defizit-Theorie

Die ersten theoretischen Überlegungen zum Altersprozess sind von einer defizitären Grundvorstellung des Alterungsprozesses ausgegangen (Lehr 2003:47), da man basierend auf Untersuchungen festgestellt hatte, dass ältere Menschen gegenüber Jüngeren auffallende Defizite aufwiesen. Daher geht die Defizit-Theorie davon aus, dass sowohl Fähigkeiten als auch Fertigkeiten im Alter nachlassen und dies biologisch bedingt sei.

Begründet wird dies mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, da der Mensch hier in ein Altersstadium eintritt, welches durch einen physischen und psychischen Abbauprozess gekennzeichnet ist (mangelnde Beweglichkeit, Verlangsamung im Verhalten, Vergesslichkeit, Hilflosigkeit, Vereinsamung). Die anfangs sehr stark medizinisch ausgerichtete Altersforschung legte ihr Hauptaugenmerk auf die pathologischen Veränderungen des alten Menschen und assoziierte den Alterungsprozess gleich einem Krankheitsprozess³⁴ da man annahm, dass sich der physische und psychische Allgemeinzustand im Alter, unumkehrbar, und auf allen Ebenen verschlechtern würde. (vgl. Zehender 2006:91) In der Studie wurden defizitäre Erscheinungen, welche nur eine kleine Gruppe von älteren Menschen betrafen (wie z.B. schlechter Gesundheitszustand, niedriges Bildungsniveau) oder in der letzten Lebensphase auftreten, fälschlicherweise zur allgemeinen Beschreibung des Alters benutzt (vgl. Denk 2003:59). Die Defizit-Theorie gilt heute als weitgehend widerlegt.

3.3.2 Disengagement-Theorie

Im Gegensatz zur Aktivitätstheorie besagt die Disengagement-Theorie, dass sich ältere Menschen, wenn sie sich ihrer abnehmenden Fähig- und Fertigkeiten bewusst werden, allmählich von selbst zurückziehen, inaktiver werden und weniger soziale Kontakte pflegen. Der im Jahr 1961 von Cumming und Henry entwickelten Theorie (vgl. Denk 2003:60), (vgl. Lehr 2003:59-64), (vgl. Theunissen 2002:20-30) entsprechend, ist dieser soziale Rückzug von gesellschaftlichen und persönlichen Rollen mitsamt den dazugehörigen Verpflichtungen sowohl von den älteren Menschen als auch von der Gesellschaft bewusst gewollt.

Konzeptionell wird angenommen, dass dieser Rückzug Voraussetzung für Lebenszufriedenheit im Alter sei. Dieser individuelle Rückzug aus den bisherigen sozialen Rollen findet komplementär zur gesellschaftlichen Freisetzung in Pension oder Rente statt. Der damit verbundene Verlust an Rollen und Verantwortung wird positiv gewertet, da davon ausgegangen wird, dass er den Bedürfnissen der Älteren entspricht (vgl. Olbrich 1983: 127-135) und diese Ablösung von gesellschaftlichen Rollen sowohl für Betroffenen, als auch für die Gesellschaft funktional ist. Dieser These liegt eine strukturfunktionalistische Gesellschaftstheorie zugrunde, die das Funktionieren des sozialen Systems der Ablöse zugunsten Jüngerer ohne jeden gesellschaftlichen Druck nicht nur zum Ziel hat, sondern von den Älteren geradezu forciert wird, da sie Verantwortung und Belastung abgeben

³⁴ Schon Aristoteles geht davon aus, dass es als Folge der Altersschwäche der Organe zu Wahrnehmungsstörungen und Erinnerungslücken komme. In der „Problemata physika“, einer im 3. Jh.v.Chr. zusammengestellten Schriftensammlung, die neben Aristoteles auch an andere, ärztliche Schriften anknüpft heißt es: „dass es eine Parallele zwischen Alter und Krankheit gebe, ja chronisch Kranke sich in der gleichen Verfassung befänden wie alte Menschen („Problemata physika“.

wollen. Diese These wurde ob ihrer starren Verhaltensmuster vielfach kritisiert, weil sie nur bei einem wirklich freiwilligen und selbst gewollten Rückzug des älteren Menschen funktioniert. Theoriekonform ist, dass es nach dem Eintritt in den Ruhestand, meist zu einem kurzfristigen Rückzug aus sozialen Rollen und von Verantwortung kommt, da Zeit und Raum für die persönliche Neuorientierung benötigt werden. Nach dem Abklingen dieser Orientierungsphase wird dieser Rückzug aus den alten Rollen meist mit der Annahme neuer Rollen kompensiert und dadurch Verantwortung und soziale Partizipation wieder wahrgenommen und gelebt.

Wissenschaftlich belegt ist, dass es einen hohen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und sozialer Teilhabe gibt. Das widerlegt zwar die Annahme eines generellen Rückzugs von alten Menschen nicht, man kann aber davon ausgehen, dass diese Theorie nicht allgemein gültig ist, sondern nur auf jene Menschen zutrifft, „die aufgrund ihres reduzierten, häuslich zentrierten Lebensstiles diesen Rückzug im Alter wünschen“ (Thomae 1984:273 In: Theunissen 2002:29).

3.3.3 Aktivitätstheorie

Die von Havinghurst³⁵ (Wolf 2007) in den USA und Tartler in Deutschland aufgestellte Aktivitätstheorie besagt, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem sozialen Aktivitätsniveau und der Lebenszufriedenheit gibt. Diese auf empirischen Daten basierende Studie weist darauf hin, dass ältere Menschen, welche ihre Aktivitäten und sozialen Kontakte trotz Ausscheidens aus dem Berufsleben aufrecht erhalten, zufriedener und glücklicher sind als jene, die ihre berufsbezogenen Rollen zwar abgeben, aber keine neuen annehmen. Demnach führen Rollen- und Funktionsverluste zu Isolation und Rückzug, was sich negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. Nach der Definition von Havinghurst (1963 In: Lehr 2003:56) ist erfolgreiches Altern ein „innerer Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“. Das Gefühl, „noch etwas leisten zu können“, „noch gebraucht zu werden“ kann nur durch „Aktivsein“ entstehen und trägt entscheidend dazu bei, den individuellen Selbstwert zu stärken. Erfolgreiches Altern bedeutet nach dieser Theorie also ein weitgehendes Aufrechterhalten der Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters (vgl. Lehr 2003:57) und eine erfolgreiche Kompensation verloren gegangener Rollen durch die neu hinzugekommenen. Das sich im „dritten Lebensalter“ (Kolland 2016) befindliche Individuum lernt aufgrund vorgegebener Lebensbedingungen und mehr oder weniger erfolgreich getätigter Lebenserfahrungen, sich auf das eigene Altern durch Erlernen und Erkennen vorhandener Ressourcen vorzubereiten.

³⁵ Die ursprüngliche Fassung der Aktivitätstheorie stammt von Cavan, Burgess, Havighurst & Goldhamer (1949) und von Havighurst und Albrecht (1953). In den 1970er Jahren modifizierte die Aktivitätstheorie ihren Ansatz dahingehend, dass neben der Aktivität die soziale Involviertheit zu einer weiteren wichtigen Voraussetzung für Zufriedenheit im Alter wurde.

Bezugnehmend auf die Aktivitätstheorie gibt es auch kritische Anmerkungen, vor allem hinsichtlich der hohen Leistungsansprüche und Erwartungen, die an die älteren Menschen gestellt werden und denen sie entsprechen sollten. Zu hinterfragen ist, ob hier nicht die Werbung und deren Interessen hineinspielen. Es ist fraglich, ob und wie weit diesem Aktivitätsanspruch überhaupt Rechnung getragen werden soll und vor allem, ob der alte Mensch das auch wirklich für sich braucht. Anders gefragt: Steht hier wirklich der alternde Mensch im Mittelpunkt des Interesses?

3.3.3.1 Disuse-Theorie

Die Disuse-Theorie³⁶ steht in enger Verbindung mit der Aktivitätstheorie und geht davon aus, dass nur derjenige Mensch glücklich, gesund und zufrieden ist, der für Andere etwas leisten kann und das Gefühl des „gebraucht Werdens“ hat. Durch den Gebrauch und die Aktivierung von Funktionen älterer Menschen kann einem Abbau („Inaktivitäts-Atrophie“) (Denk 2003:60), (Fischer & Fischer 1983:10) entgegengewirkt werden. Damit findet eine Leistungsnormierung statt, die besagt, dass Ältere, bei gleichen Aktivitäten - dieselben Leistungen erbringen können wie Jüngere, da der Altersprozess als beeinflussbar gilt. Allerdings muss hier kritisch darauf hingewiesen werden, dass bei diesem Ansatz weder auf die tatsächlichen Lebensbedingungen (Bildung, Einkommen) und die konkreten Lebenssituationen (Gesundheit / Krankheit, Mobilität) noch auf die sozialen (familiären Verpflichtungen) und individuellen Ressourcen (eigenes Interesse) eingegangen wird.

3.3.4 Kontinuitätstheorie des Alters – das erfolgreiche Altern

Diese Theorie besagt, dass „Personen mittleren und höheren Erwachsenenalters im Prozess der Anpassung an das Alter versuchen sollen, bestehende innere und äußere Strukturen zu bewahren, um den Übergang vom mittleren ins spätere Erwachsenenalter zu meistern“ (Lehr 1991:64 In: Zehender 2006:141). Sie kann inhaltlich als Synthese aus Aktivitäts- und Disengagement-Theorie verstanden werden, weil sie davon ausgeht, dass weder nur Aktivität noch Rückzug für eine erfolgreiche Bewältigung des Älterwerdens ausschlaggebend sind, sondern dass es hilfreich sei, weiterhin die Aufrechterhaltung alter Gewohnheiten, Aufgaben und Interessen in den Lebensmittelpunkt zu stellen. Persönliche Einstellungen, Vorlieben und Fähigkeiten sollen weiterentwickelt oder zumindest aufrechterhalten werden, um weiterhin so weit wie möglich in die aktuellen Alltagshandlungen eingebunden werden zu können.

³⁶ Tartler und Havinghurst haben 1960 diese Theorie aufgestellt weil sie der Meinung waren, dass der Mensch durch das Fehlen von körperlicher und geistiger Tätigkeit, in ein atrophisches (durch Mangel an Anregungen) Siechtum verfällt.

Die in der Geschichte der modernen Gerontologie erst recht spät auftretende Kontinuitätstheorie, welcher der Kontinuitätsgedanke des Alters zugrunde liegt, ist in philosophischen Altersdiskursen schon weit früher zu finden, z.B: wenn Cicero ausführt, dass der Körper „durch Vergnügungssucht und ausschweifendes Leben in der Jugend entkräftet würde und damit darauf hinweist, dass er bereits entkräftet wäre, wenn das Alter begänne“ (Cicero 1993:39 In: Zehender 2006:141). Das entspricht heute jenem trendigen Zeitgedanken eines gesunden Lebenswandels mit entsprechender Ernährung, der zu einem verantwortungsvollem Lebensstil im Alter führen soll.

3.3.5 Kognitive Alterstheorie

Der kognitiven Alterstheorie liegt eine Persönlichkeitstheorie (Thomae 1968 In: Kolb 1999:95) zugrunde, die davon ausgeht, dass für das Erleben einer Situation weniger die objektiven Gegebenheiten entscheidend sind, sondern eher die individuelle kognitive Darstellung (vgl. Lehr 2003:69-70). Diese Theorie besagt, dass dem älteren Menschen ein Anpassen an das Alter dann gelingt, wenn ein ausbalanciertes System zwischen den Forderungen und Wünschen einerseits und dem Realisierbaren und Erreichbaren andererseits hergestellt werden kann. Kritisch darf hier angemerkt werden, dass diese Theorie eine große, kognitive Anpassungsleistung der Älteren erfordert, da es sich hier um ein rein auf psychischer Ebene agierendes Modell handelt.

3.3.6 Produktivitätstheorie

Hier geht es nicht um Produktivität im ökonomischen Sinn, sondern um individuelles Entwicklungspotential hinsichtlich der Auswahl und des Wachstums an vorhandenen Möglichkeiten (vgl. Baltes 1996:393-408). Diese Entwicklungen können sich auf unterschiedlichen Ebenen vollziehen (ichbezogen und daher egozentrisch, zwischenmenschlich, integrativ, gesellschaftlich) und diesbezüglich soll „produktiv“ hier für einen Wert stehen, der als fordernd oder auch fördernd, individuell und auch sozial und gesellschaftlich nützlich gelten kann. Zu einer so verstandenen Produktivität ist Jeder fähig, auch und vor allem der alternde und alte Mensch. Das Produktivitätsmodell unterscheidet sechs unterschiedliche Produktivitätsebenen (Theunissen, 2002:32-34):

- Ebene der selbständigen Lebensführung: Die auch als individuelle Produktivität bezeichnete Lebensphase entspricht dem Wunsch alter Menschen, ihr Leben so weit wie möglich selbst kontrollieren zu können.
- Ebene der selbstbestimmten Lebensführung: Der Unterschied zur Ebene der selbständigen Lebensführung besteht in der oft krankheitsbedingten Fremdbestimmung älterer Menschen. Hier ist es wichtig, dass deren Eigenverantwortung akzeptiert und weiterhin gefördert wird.

- Ebene der Selbstdarstellung und sinnerfüllten Lebensgestaltung: Selbstdarstellung zum Zwecke der Aufrechterhaltung und Unterstützung des „Ichs“. Im Zentrum dieser Ebene stehen Ausdruck- und Kommunikationsformen sowie auch Aktivitäten ohne bestimmten Zweck oder Absicht.
- Ebene der intergenerativen Produktivität: Darunter versteht man die typischen Hilfeleistungen von Älteren an die Jüngeren wie „Großelterndasein“ bei Berufstätigkeit der Mütter oder Väter, Betreuungsarbeit während der Schulferien, Hilfe im Haushalt der Kinder oder aber auch außerfamiliäre Tätigkeiten.
- Ebene der intragenerativen Produktivität: Auf dieser Ebene findet der gegenseitige Austausch zwischen annähernd gleichaltrigen Menschen statt. Aufgrund ungenügender oder unbefriedigender Altersversorgungssysteme, aber auch fehlender Wohn- und Dienstleistungsangebote sind Menschen häufig zu alternativen Solidarisierungsaktionen und lösungsorientierten Konzessionen bereit (Seniorenwohngemeinschaften, gemeinsame Versorgung etc.).
- Ebene der „Umfeld“-Produktivität: Darunter versteht man sowohl ehrenamtliches Engagement als auch Tätigkeiten für produktivitätsorientierte Projekte oder Initiativen, welche auf das Erfahrungswissen älterer Menschen zurückgreifen (vgl. Baltes 1996:404; Tews 1996:193-205).

3.3.7 Kompetenz-Theorie

Dieses Modell ist Ergebnis der oftmals kritisierten und einseitigen Betrachtung alter Menschen als hilfe- und pflegebedürftige Alte. Als Kompetenztheorie stellt sie das Gegenteil der Defizit-Theorie dar. Kompetenzen lassen sich als Fähigkeiten beschreiben, individuelle und soziale Ressourcen dahingehend zu nutzen, um Situationen alleine und effektiv zu meistern. Sie können auch entwickelt, erhalten und lösungsorientiert erweitert werden (vgl. Theunissen 2002:38-39). Ob diese Kompetenzen entwickelt und angewandt werden, hängt stark von der Motivation zur Umsetzung, der erkennbaren Sinnhaftigkeit des möglichen Vorhabens und den sozialen und räumlichen Rahmenbedingungen, in denen sich alte Menschen wiederfinden, ab.

Als Kompetenz definiert wird hier das Annehmen-Können von Unterstützungsleistungen wie z.B. von einer Heimhilfe oder die Annahme eines Rollstuhls. Das Ausnützen von Ressourcen korreliert hoch mit der Lebensqualität, da die Stärke des Kompetenzmodells in seinem positiven Menschenbild darauf beruht, dass das „Fordern und Unterstützen einer subjektiv wichtigen, bedürfnisorientierten und selbst gewählten Lebensgestaltung – auch bis ins hohe Alter – nie vernachlässigt werden darf“ (Denk 2003:64f).

3.4 Ausgewählte Aspekte des Alters

Das Thema Alter kann in dieser Arbeit nicht erfüllend aufgearbeitet werden, aber bedingt durch die politische Entwicklung der letzten Jahrzehnte, in der sich „die Lebenslage und

die gesellschaftliche Bedeutung älterer Menschen signifikant verändert hat“ (Backes 2000:09) wird nachfolgend auf einzelne, für die Zielgruppe dieser Arbeit wichtige Teilaspekte näher eingegangen.

3.4.1 Alter, Armut, Geschlecht und Solidarität

Die Lebensphase Alter ist, bedingt durch die jeweilige Festlegung gesellschaftlicher Determinanten, vor allem sozial bestimmt, was bedeutet, dass sowohl die Bandbreite menschlichen Handelns gegenüber Alten als auch die Einschätzung ihrer selbstverantwortlichen Fähigkeiten von „fürsorglicher Betulichkeit“ bis hin zu sportlichen Höchstleistungen ins höchste Alter geht³⁷. Der oft sehr nachhaltig propagierte gesellschaftliche Druck der Eigenverantwortlichkeit der Alten für ihre körperliche Fitness und ihre geistige Vitalität bis ins hohe Alter kann aber auch individuell belastend sein, denn wie schon oben in sämtlichen Alterstheorien angeführt, ist es meist ohnehin im Interesse des alternden Menschen, so lange wie möglich aktiv und selbstständig zu bleiben. Andererseits kann aber auch das „Nichtzulassen und Nichtakzeptieren von Schwäche“ das Erleben eines wichtigen Reifeprozesses verhindern, ohne den das individuelle Altern nicht erlernbar und daher auch nicht erlebbar ist. Wichtig für das Erleben und „Annehmen können“ des eigenen Alterns sind neben einer individuell, kulturbedingten Herangehensweise auch die eigene, physische und psychische Befindlichkeit und eine grundsätzlich positive Einstellung zum Thema Alter.

Der sozial abgesicherte und im zeitlichen Sinne „frei gestaltbare Ruhestand wird als institutionalisierte ‚Lebensphase Alter‘, auch in ihren Abweichungen zu einer sozial kontrollierbaren“ (Backes 2000:08) Aufgabe der Gesellschaft. Die oft gestellte Frage, wann man denn gedenke, in den Ruhestand zu gehen, ist so eine sozial kontrollierte Frage und suggeriert dem/der Befragten, dass er/sie – sozial verantwortlich – eigentlich schon jemand anderen den Arbeitsplatz überlassen könnte. Ältere ArbeitnehmerInnen stehen daher oft unter zusätzlichem, physischen und psychischen Druck und glauben, sich für den Umstand einer noch immer andauernden Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes rechtfertigen zu müssen.

Der „Lebenszeitraum“ Alter ist vielfältig geprägt von unterschiedlichen, aber auch zufälligen Indikatoren wie Geschlecht, Gesundheit, Örtlichkeit der Geburt und den lebenszeitlichen, biographischen Bedingungen einer speziellen Kohorte. Alter und die sie jeweils definierenden Kategorien haben sowohl biologische als auch psychische, soziale und zeitliche Bedingtheiten. Alter ist auch nicht unbedingt mit Armut, Krankheit, Schwäche, Abhängigkeit und Resignation gleichzusetzen, dennoch überwiegt, wie schon oben an-

³⁷ Marathonlauf einer 92-jährigen Frau in San Diego am 1. Juni 2015

geführt, die „defizitäre Sichtweise des Alters“ (Scholta 1994 In: Zapotoczky 1994:345). Das ist nicht nur durch die meist verminderten Einkommensbezüge begründet, sondern auch dadurch, dass die Wahrscheinlichkeit defizitärer und prekärer Lebenslagen mit zunehmendem Alter steigt. Hier spielt also nicht nur der verminderte Rentenbezug als reale Einkommensgröße eine entscheidende Rolle, sondern auch das Fehlen von Ressourcen, welche ja durch die Entberuflichung verloren gegangen sind. In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass vor allem Frauen von Armut im Alter betroffen sind, da sie, meist aufgrund von zeitbedingter Familienarbeit, eine verminderte Anrechnungszeit vorweisen oder auch gar nicht mehr ins Berufsleben zurückgekehrt sind. Die heute alten Menschen haben sowohl den letzten Krieg als auch die schwierigen und entbehrungsreichen Nachkriegsjahre er- und überlebt und dadurch auch gelernt, mit geringen materiellen und finanziellen Ressourcen auszukommen. Trotzdem verbrauchen sie für die Aufrechterhaltung ihrer Grundbedürfnisse wie Wohnen, Ernährung und Gesundheit einen Großteil ihres Einkommens, sodass für außerordentliche Aktivitäten und Bedürfnisse der Lebensqualität, seien es sportliche Aktivitäten, Partizipation an kulturellen oder sozialen Events oder gar die Erfüllung von Urlaubsträumen, wenig bis keine finanziellen Spielräume vorhanden sind.

Andererseits sind viele dieser alten und älteren Menschen, wie bereits erwähnt, unter eher ärmlichen Verhältnissen groß geworden und sind auf das, was sie im Leben erreicht haben, sehr stolz. In den, von Armutskonferenzen und anderen Institutionen, zugeschriebenen Begrifflichkeiten von Armut finden sie sich nicht wieder, obwohl die objektiven Bewertungskriterien auf sie zutreffen. Diese Betroffenen treffen einander im „Niemandland zwischen Armut und Reichtum“ wieder, wo einander „Öster-arm und Öster-reich nicht begegnen und wo persönliche Bedürfnisse dem Bedarfe (der Realität) weichen.

Sind die Solidaritätsideen des 19. und 20. Jahrhunderts überholt oder sind sie einfach nicht mehr „State of the Art“? Hat sich die Gesellschaft gespalten? Heute wird zwischen privater und staatlicher Solidarität unterschieden. Während die einen die Hoffnung auf die solidarische Verbindung zu einem privaten, sozialen und/oder demokratischen Unterstützungsnetz setzen, hoffen und vertrauen die anderen auf jene staatlichen, zeitlich und finanziell befristeten Unterstützungen einer vergesellschafteten, demokratischen Solidargemeinschaft. Solidarität im ursprünglichen Sinn, als eine der menschlich wichtigsten Ressourcen für ein Miteinander und Füreinander der Generationen, ist aus dem Vokabular verschwunden, Verteilungskämpfe sind „en vogue“, gesellschaftlich akzeptiert und fast möchte man sagen, zum Unwort der Generationen-Diversität erkoren worden. Doch: „Solidarität ist keine Einbahnstraße“ (Bartenstein In: Amann 2000:18), denn der Solidarität liegt ein in beide Richtungen bewegliches Kontinuum zugrunde und deutet

damit an, dass hier, neben der „Bring-Schuld-Kultur“ auch eine „Hol-Schuld-Kultur“ demokratisch verankert ist.³⁸

„Ist Alter ein soziales Schicksal?“ (Amann 2000:49) Nein, denn nicht alle alten Menschen sind arm, krank und hilfsbedürftig. Das Alter als defizitäre Lebenssituation wird durch den Bonner Pathologen Hugo Ribbert dahingehend beschrieben, dass „der Greis in seinem minderwertigen Zustande Gegenstand der Pflege und der Behandlung von Krankheiten sei“ (Amann 2004:15). Das Alter ist auch kein „bettelnder Greis“ (Hörl in einer Vorlesung im SS 2009). Das Alter, oder besser gesagt das Altern ist keine Krankheit, sondern ein Prozess, der mit der Geburt beginnt, sich dann unter individuell unterschiedlichen Rahmenbedingungen³⁹ entwickelt und in jenen Strukturen ausdifferenziert wird, die Amann „Dispositionsspielräume“ (Amann 2000:51) nennt. Die berechnete Frage ist nun, „ob Menschen diese Spielräume, Chancen oder Freiheiten auch nützen und unter welchen Bedingungen ihnen dies möglich ist“ (Amann 2000:52).

Der Frage Amanns, „ob Alter ein soziales Schicksal sei“, entgegnet Lehr, dass „Altern schon immer ein soziales Schicksal gewesen sei“ (Lehr 1972 In: Amann 2000:94) und meint damit nicht zuletzt die gesellschaftliche Mitverantwortung in der Ausprägung von angepasstem, traditionellem Rollenverhalten. Alter ist „keine Kumulation defizitärer Veränderungen, sondern als Wandel zu begreifen“ (Oesterreich 1975 und 1988 In: Amann 2000:90). Mit zunehmendem Alter zeichnet sich ein Wandel der Lebensverhältnisse ab. Lebensstile und soziale Lagen werden komplexer und dadurch bedingt verändern sich auch die Rahmenbedingungen des „Seins“. Sportlich gesehen könnte man vom Wandel der Kür zur Pflicht sprechen.

3.4.2 Alter und Mobilität

Mobilität im Alter ist einerseits für die Fortbewegung im öffentlichen und privatem Raum von hoher Bedeutung, sie wird aber auch mit den Begriffen fit, dynamisch, junggeblieben, unabhängig und selbstständig umschrieben und zeigt uns hier eine idealisierte Wunschvorstellung von Alter. Mobilität bedeutet zweierlei, nämlich nicht nur körperlich fit und mobil zu sein, sondern auch die geistige Fähigkeit zu haben, flexibel in den Belangen des eigenen Lebens agieren zu können. Flexibilität bedeutet im Alter auch: geistige und körperliche Flexibilität, die einander zwar nicht bedingen, aber idealerweise vereint wirken und im Alter jenen Dispositionsspielraum (Amann 2000:51) bieten, den wir womöglich die „späte Freiheit“ (Schroeter In: Backes 2000:31 beziehungsweise auf Rosenmayr 1983) nennen können.

³⁸ „Hol- und Bringschuld“ sind Begriffe aus dem Schuldrecht und im Sozialmanagement und in der MitarbeiterInnenführung begrifflich verankert.

³⁹ Otto Neurath würde hier vermutlich vom Lebensboden sprechen.

Die Angst, körperlich nicht mobil zu sein, also die ursprünglichste Begrifflichkeit von Mobilität zu verlieren, bedeutet – und das wird durch die Konjugation der Sprache noch verstärkt – abhängig, unselbstständig und hilfsbedürftig zu sein. Selbstständig zu sein, sich selbst helfen zu können, niemand anderem zur Last fallen wollen – das sind die Schlagworte, unter denen wir uns alle gut vorstellen können, alt zu werden. Allein in der Wortwendung, alt werden zu wollen, verbirgt sich die Hoffnung, noch Zukunft zu haben, noch nicht alt zu sein. Das eigene Alter annehmen zu können haben wir nicht erlernen, nicht erfahren können und stehen daher diesem Mysterium hilflos gegenüber, denn „alt sind immer die Anderen“⁴⁰. Insofern ist Altern auch ein persönliches Schicksal, weil es durch das eigene, gelebte Leben individuell geprägt ist, in das auch Erkenntnisse und Erfahrungen der eigenen Bewältigungsstrategien eingeflossen sind. Altern ist demnach die Summe aller gelebten Prozesse jedes einzelnen Individuums unter der jeweiligen Verarbeitung des Bewusstwerdens oder auch des Bewusstseins der eigenen Endlichkeit. Geistige, körperliche Mobilität oder Immobilität, als Ergänzung zu tradierten Altersbildern, ergeben jenes gesellschaftspolitische Konglomerat an Bewertungen, Einschätzungen, Diskussionen, sowie Beschreibungen des Alters, dem die betroffenen Alten mehr oder weniger hilflos gegenüberstehen.

3.4.3 Alter und Gesundheit versus Alter und Krankheit

Bezugnehmend auf die Thematik der Forschungsarbeit darf festgestellt werden, dass die Themen Gesundheit/Krankheit nicht nur für die Allgemeinheit, sondern auch ganz speziell für die untersuchte Zielgruppe ehemals wohnungsloser Menschen von großer Bedeutung ist, da diese Kategorien ein wesentlicher Aspekt von Lebensqualität und damit auch im engeren Sinn für die Lebenslage von Menschen sind. Fragen wie: „Macht die Armut krank oder die Krankheit arm?“ oder auch Feststellungen wie: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ sind sowohl in der sozialen Arbeit als auch in der Pflege gängige Praxis.

Da Gesundheit eben nicht nur die Abwesenheit von Krankheit bedeutet, darf festgehalten werden, dass das Alter kein eigener, vom Leben abgetrennter Bereich ist, wo sich der Mensch quasi unabhängig von der bereits gelebten Zeit im Ausgedinge des Lebens befindet. Wie schon erwähnt, stellt das Alter in unserer Gesellschaft ein wesentliches Differenzierungskriterium dar. Wenn wir das Alter mit dem Austritt aus dem Berufsleben festlegen, dann können wir durch die gestiegene Lebenserwartung (vgl. Rosenmayr 2007)⁴¹ damit rechnen, noch annähernd 25 bis 30 Jahre zu leben. Der Lebensabschnitt

⁴⁰ Statement im Interview von Nr. 009_weiblich_69.

⁴¹ Vortrag Leopold Rosenmayr: „Schöpferische Langlebigkeit. Genügt die christliche Lehre des Alterns?“ bei der Evangelischen Woche im Wiener Evangelischen Gymnasium am 6. März 2007.

des Alterungsprozesses läuft in unterschiedlichen Phasen physischer, psychischer aber auch sozialer Befindlichkeit ab und hängt letztlich nicht nur von genetischen Dispositionen, sondern auch von den das Leben kennzeichnenden Komponenten wie den bisher erlebten Lebensbedingungen, getätigte Ausbildung, dem gelebten Lebensstil, den erlernten Überlebensstrategien und der persönlichen Sozialisation in Familie, Beruf und in die soziale Umwelt ab.

Gesundheit und/oder Krankheit stellen im Alter eine wichtige Kategorie des jeweiligen Lebens und der Lebenslage dar, allerdings muss Gesundheit umfassend und multidimensional begriffen und müssen damit sowohl physische, psychische als auch soziale Veränderungen, neben Faktoren des sozialen Zusammenlebens, in den Alterungsprozess miteinbezogen werden. Die Lebensbedingungen älterer Menschen haben sich in unserem sozial- und gesellschaftspolitischen Umfeld zwar in den letzten Jahrzehnten verbessert, allerdings ist darauf Bedacht zu nehmen, dass mit zunehmendem Alter das Risiko für Morbidität, Multimorbidität und chronische Verläufe von Krankheiten zunimmt. Chronische körperliche Beschwerden und der Verlust von Mobilität verringern zunehmend die Selbstständigkeit der Betroffenen und erschweren die Bewältigung des Alltags. Daraus folgernd können Vereinsamung und soziale Isolation, Demenz und Suizidalität begünstigen.

Befragt man jüngere Menschen, was sie von alten Menschen wissen und wie sie sich deren Leben vorstellen, sagen sie oft, „dass es alte Menschen eigentlich gut haben, diese aber starrsinnig, resignierend und vergangenheitsorientiert seien, dass sie einem gewissen Disengagement frönen, meist krank und schlecht drauf“⁴² sind. Andererseits schätzen sie aber auch die „Güte, Weisheit und Großzügigkeit der Alten im Alter und den Witz“⁴³, den ihrer Meinung nach manche Alte verbreiten. Das sind Zuschreibungen eines verallgemeinernden sozialen Umfeldes, welches dies für „bare Münze“ hält, oder aber auch völlig konträr ausgelegt werden kann.

Korrelieren oder beeinflussen hier intergenerative Wunschvorstellungen die Realität? Oder ist Altern doch mehr als nur eine Ansammlung von Eigenschaften in der Lebensbiographie, die man als angenehm oder unangenehm miterleben darf, kann oder auch muss. Das eigene Altern ist ein von Verlusten und Gewinnen begleiteter Prozess mit Umbrüchen und Neubeginnen (vgl. Amann 2004:47) das, je nach Persönlichkeit, eine angemessene Zeitspanne benötigt, um vom Individuum der Betroffenheit in seiner Endlichkeit, akzeptiert werden zu können.

⁴² Zitat einer 45 jährigen Interviewpartnerin, die nicht in die Stichprobe aufgenommen werden konnte.

⁴³ Siehe ebenda.

3.4.4 Alter und Krankheit

Altern ist keine Krankheit, aber solche nehmen mit dem „Mehr an Jahren“ zu. Multimorbidität, also das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten, häuft sich zusehends, Krankheitsverläufe ziehen sich in die Länge, Spitalsaufenthalte nehmen zu, die persönliche Mobilität schränkt sich vermehrt ein, die Lebensbedingungen und mit ihr die bisherige Lebensplanung verändern sich. Reagieren statt agieren und vor allem die allmähliche Akzeptanz eines ungewollten und aufgezwungenen Zustandes sind nun zu bewerkstelligen. Therapien, ambulante Behandlungen, Fahrtendienste usw. verändern das eigene Leben und auch das der Angehörigen. Soziale Dienste müssen bestellt und koordiniert, Ansprechpersonen zugeteilt werden, kurzum: ein funktionsfähiges „Case- und Caremanagement“ muss installiert werden. Ob dieses nun als familieninternes System oder als professionell zugekauft agiert, ist individuell verschieden und ressourcenabhängig. Multimorbidität und chronische Verläufe von Krankheiten häufen sich mit zunehmendem Alter und können aufgrund von Rückzugstendenzen der Betroffenen nicht nur zu seelischen Belastungen und sozialer Isolation führen, sondern begünstigen auch die Entwicklung von Demenz und in weiterer Folge auch von suizidalem Gedankengut. Altern ist ein mehrdimensionaler, von individuellen Faktoren unterstützter und begleiteter Prozess. Zwischen „gesund sterben“ und „in langer, schwerer Krankheit leiden müssen und nicht sterben können“ liegt jenes Kontinuum von Freude bis Leid, von gesund bis todkrank, welchem die Gesellschaft ein ethisch menschenwürdiges „Ausklingen“ schuldet, das man „in Würde (aus)leben“ (Hofmann 2013) nennt.

3.4.5 Alter, Hochaltrigkeit und Pflege

Eines der derzeit wichtigsten, gesellschaftspolitischen Themen ist zweifellos das der Pflege und Betreuung alter und hochaltriger Menschen. Vermehrt ist die Tendenz: „Zu Hause alt werden, zu Hause sterben wollen“ spürbar und erfahrbar, obwohl alte Menschen erkennen, dass sie plötzlich niemanden mehr oder immer weniger Menschen kennen, weil Freunde bereits weggestorben oder selbst pflegebedürftig geworden sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Wohn- und Pflegevorsorge alter Menschen ist ein funktionierendes Entlassungsmanagement nach einem Spitalsaufenthalt. Dieses funktioniert leider noch immer nicht zufriedenstellend und vor allem dann nicht, wenn Familienmitglieder als „CasemanagerInnen“ fehlen und diese Leistung professionell abgerufen werden muss.

Ein stark unterschätztes Problem des Alters und der Pflege ist die sich zu einer Art Volkskrankheit entwickelnde Demenzerkrankung, auf die bereits die Hälfte aller Fälle von Pflegebedürftigkeit zurückgeht. Als logische Folge davon ist Demenz auch für (fast)

die Hälfte aller Pflegeheimweisungen verantwortlich (vgl. Rappold et al. 2009:24 In: Hörl, Kolland, Majce 2009:24). Nicht übersehen werden darf hier auch die belastende Situation, in der sich pflegende Angehörige befinden, denn hier geht es oft nicht nur um familieninterne, psychische, physische und finanzielle Ressourcen, sondern auch um die Organisation und Absicherung einer ergänzenden familieninternen oder einer zukaufbaren, professionellen „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“.

3.4.6 Alter und Schönheit

Jugendlichkeitswahn und das Leugnen von Altersmerkmalen prägen die Ideale und Wertvorstellungen des „Selbst“. In bestimmten Gesellschaftsschichten bekommt man auf die Frage, wie alt denn jemand sei, die Gegenfrage: „Von welchen Teilen meines Körpers sprechen wir?“ Dieses Verleugnen des Alters und das Nichtwahrhabenwollen hat viel mit Ängsten, Unsicherheit, fehlendem Selbstbewusstsein, abnehmender Beweglichkeit und schrumpfendem Aktionsradius zu tun. „Wer die Jugendlichkeitsvorstellungen nicht loslassen kann, kämpft gegen das Alter“ sagt Amann und nennt „Schönheit als eine flüchtige Ware“. Verstärkend fügt er hinzu, dass „hinter dem Kampf gegen das Alter der Tod steht“ (Amann 2004:42).

Meister Eckhart meint in diesem Zusammenhang, dass „je mehr die Seele über irdische Dinge erhaben ist, desto mehr Kraft hat sie“ (zitiert von Kruse 04/2016 im ÖPIA) und meint damit, dass Geist und Seele in ihrem Streben nach Höherem jung bleiben. Kruse⁴⁴ dagegen spricht von „geschenkter versus erworbener Schönheit“ und geht davon aus, dass mit

„geschenkter Schönheit Körper, Geist, Seele und ein erfülltes, mit positiven Emotionen ausgestattetes Leben, während in der erworbenen Schönheit eher die Verpflichtung des Menschen gegenüber dem menschlichen Körper und der Seele zu verstehen sind“.

Alter und Schönheit als ein Aspekt von Würde und Gelassenheit, erlebte Erfahrungen, ein erfülltes Leben in Zufriedenheit, erfahrene Liebe und/oder Traurigkeit, drücken sich oft in unbeschreiblicher Weise aus: in Faszination, Begeisterung und oft auch in den vielen Falten eines erfüllten Lebens.

3.4.7 Alter und Sinnerfüllung

Sich selbst gut zu kennen, eigene Stärken und Schwächen zu berücksichtigen, um gesteckte Ziele und/oder Wünsche zu erreichen, sind die besten Voraussetzungen für ein sinnerfülltes Leben. Das Erkennen von Grenzen und Möglichkeiten des eigenen „Ichs“ können als Wegweiser für die Restzeit des Lebens, das „Jetzt“ gelten und sind vor allem

⁴⁴ Kruse (04/2016): ÖPIA-Vortrag im Palais Harrach.

dann wichtig, wenn dieses zunehmend von Verlusten, Umbrüchen und Neubeginnen (vgl. Amann) geprägt wird. Die Einbringung des „Ich“ in das gesellschaftliche „Wir“, Partizipation statt Isolation, aber auch ein Annehmen des Ist-Zustandes von differentiellem Alter und Altern ergeben eine Symbiose der Sinnhaftigkeit und des Vertrauens in sich selbst, denn: „das Gefühl des Nicht-mehr-gebraucht-Werdens erzeugt Unsicherheit“ (Rosenmayr, Majce, Kolland 1996). Nicht unerwähnt bleiben soll hier auch die Tatsache, dass sich viele ältere Menschen in der ehrenamtlichen Arbeit engagieren und hier, gesellschaftspolitisch gesehen, systemunterstützend agieren. Motivationshintergründe werden meist umschrieben mit: „Dem Leben einen Sinn geben“, „sich nicht nutzlos fühlen“, und „etwas zurückgeben wollen“ oder aber auch Sinnerfüllung nicht durch sich selbst, sondern über den anderen zu erfahren (Siehe Ergebnisse PZI._ Interviews).

3.4.8 Alter und Lebensqualität

Lebensqualität in der methodisch klaren Begrifflichkeit, bezieht sich auf empirisch nachweisbare Ungleichheiten der sozialen Lage (vgl. Amann 1983:181ff), (vgl. Amann 2004:194ff). „Lebensqualität im Alter“ und „altern mit Lebensqualität“ entwickeln sich mit zunehmendem Alter zueinander, gehen sozusagen ineinander über, womit eine Verschmelzung von Pflege und sozialer Arbeit stattfindet. Wie schon erwähnt, ist Altern ein individuell unterschiedlich internalisierter Prozess und hängt von mehreren Faktoren ab. Lebensbilder oder besser gesagt Altersbilder (annähernd) Gleichaltriger sind erwartungsgemäß nicht homogen und differenzieren sich aus. Diese Diversität ist bedingt durch die gesellschaftlich unterschiedlichen Lebensvoraussetzungen der Individuen wie die individuellen Fähigkeiten, die örtlich und ressourcenbedingten Gegebenheiten gesellschaftlicher, familiärer und sozialer Strukturen.

Einer dieser Faktoren, der das Alter und die damit verbundene Lebensqualität positiv beeinflusst, ist eine zufriedenstellende Gesundheit. Ein zweiter, wesentlicher Parameter hängt vom Verhalten der Menschen in ihren Selbst- und Fremdbildern (Amann 2004:196) ab. Selbst- und Fremdbild meint hier die oft galant angesprochene oder auch vornehm verschwiegene Bandbreite im Kontinuum zwischen realem und geschätztem Alter. Hier geht es aber nicht um die optische Ausprägung, sondern um die physischen und psychischen Ausdrucksformen von Befindlichkeit, Hoffnung und auch Zukunft. Interessant ist hier auch die Erkenntnis, dass Menschen im höheren Lebensalter meist zursichtlicher ihrer zeitlich begrenzten „Restzukunft“ entgegensehen als jene, die „mitten im Leben stehen“ (Amann 2004:197). „Well-Being“ als Zusammenführung von objektiven Lagebedingungen und subjektivem Wohlbefinden beschreibt Amann als erstrebenswert und weist auf den verzerrenden Faktor subjektiver Bewertung hin (BMASK 2009:23). Gelebte Beziehungen unter Gleichaltrigen, aber auch das Kontakthalten zwischen den

Generationen als Austausch von Jung zu Alt oder umgekehrt, haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität alter Menschen und den in sie hineininterpretierten, intergenerativen Solidaritätsfaktor.

Das Verlieren von Beziehungen, erlebte und nicht verarbeitete Verluste durch Wohnungswechsel oder Umzug in ein Heim und das Bewusstsein des bevorstehendem Todes gelten zwar als wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität von Menschen, dadurch bedingte Isolation und Einsamkeit – als Folge dieser Verluste – gelten aber eher als ein Vorurteil (Hörl, Kolland, Majce 2009:35). Die Möglichkeit des Alleinseins, ein freiwilliger Rückzug in die Privatsphäre ist entgegen anderen Vorurteilen für alte Menschen wichtig und darf nicht mit Einsamkeit und sozialer Isolation verwechselt werden. Die Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte benötigt Ruhe, um mit dem eigenen Leben zurecht zu kommen, abschließen zu können, um den selbsteigenen Zugang zum „ergo“ zu finden.

Bei Hochaltrigen ist eine Einschränkung von Aktivitäten in Vereinen und in Organisationen bemerkbar, wobei nicht übersehen werden darf, dass durch die vermehrte Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel (Computer, Handy) Barrieren vorgegeben sind, die eine wesentliche Rolle in der Distanzierung vom ursprünglichen Engagement spielen. Die Welt hat sich verändert und mit ihr die bisherige Zugangsweise zu Kommunikation. Sehr deutlich erlebbar sind hier einerseits die Korrelation von technischem Fortschritt und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten für interessierte Junggebliebene sowie andererseits die Endlichkeit von erlebbarer Kommunikation für jene, denen dieser Zugang verwehrt bleibt. Einen weiteren wichtigen Aspekt im Erleben von Alter stellt die „biographische Entwicklung mit der Verzahnung der Lebenslage“ (Amann 2004:197) dar. Lebenslage als wechselseitige Beziehung von „individuellem Verhalten und gesellschaftspolitisch gegebenen Verhältnissen“ (Amann 2004:197) bildet jenen erkenntnis-schaffenden Lebensboden (vgl. Neurath), in den die Individuen eingebettet sind.

3.4.9 Alter und Familie

Obwohl der Begriff „Familie“⁴⁵ oft belächelt und als altmodisch dargestellt wird, wird er auch in Zeiten von „Alpha & Omega im Lebenszyklus“ als Ideal gehandelt. Im intergenerativen Miteinander der Pflege von Jung und Alt, oder auch jung für alt ist Familie meist als jenes „tragfähige, solidarische System“ vorhanden, das als „Sicherungssystem für Notlagen in Situationen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs“ (Amann 2004:87) gelten kann. In vielen Familien gibt es VertreterInnen mehrerer Generationen, die zwar nicht

⁴⁵. Familie und ihre unterschiedlichen Erscheinungsformen werden in dieser Arbeit als „Synonym“ für Beziehungen des Zusammenlebens von Menschen, über einen längeren Zeitraum hinweg, gehandelt.

alle in einem Familienverband leben, aber als intergeneratives Sicherungs- und Unterstützungssystem für haushaltstechnische Versorgungsleistungen in Anspruch genommen werden können. Diese innerfamiliäre Koordinationsarbeit ist oft sehr schwierig, da Töchter und Söhne der zu Pflegenden meist selbst noch im Arbeitsprozess stehen oder auch Betreuungspflichten für Enkel wahrnehmen möchten bzw. wahrnehmen müssen. Die Mehrheit der Pflegenden befindet sich im „dritten Alter“, von dem man auch sagt, dass es die „Krone des Lebens“ (Amrhein 2011:06) sei. Die schlussfolgernde Rangreihung zwischen Eltern- und Enkelpflege ist nicht leicht und für alle Beteiligten eine physische und psychische Belastung. Das Bild der Pflege ist weiterhin weiblich und hängt noch an alten Rollenbildern fest: etwa dem der umsorgenden Mutter, die ihre Kinder pflegt und dafür im Alter auf deren Hilfe und Unterstützung hoffen kann. Söhne bleiben aus diesem Reglement meist weiterhin ausgenommen. „Familie als Wunschkonzert spielt es nicht und sie ist auch keine jederzeit bespielbare Platte, die man sowohl in emotionalen Situationen, als auch in Notfällen samt Unterstützungsleistungen auflegen kann“⁴⁶. Familie als synonymes Konstrukt des Zusammenlebens erfordert ein konstruktives Miteinander in einem vertragsartigen Verhältnis, das getragen ist von jenen Emotionen, die in sie hineingelegt worden sind und das dennoch jederzeit kritisch hinterfragt werden darf. „Blut ist kein Himbeersaft“ sagen Obdachlose, wenn es um den Familienzusammenhalt geht.

3.4.10 Alter und Armut / Reichtum

Generalisierend gesprochen gibt es weder die armen noch die reichen Alten. Dies gilt auch für die Jungen. Diese Themen tauchen zwar immer wieder in den Diskussionen um Verteilungsgerechtigkeit und Solidaritätsbekundungen auf und dienen meist dazu, gewisse Stimmungen zu schüren und den Neidkomplex zu stimulieren. Vergessen wird dabei, dass jede Generation ihre Sichtweise einbringt und diese als „real“ (Amann 2004:91) empfunden wird, was heißt, dass die eigenen Erfahrungen mit dem Thema die weitere Sichtweise und den themenspezifischen Zugang prägen. Übersehen wird, dass es einerseits beides gibt und andererseits die Gruppe jener, die besonders gefährdet ist, im Ansteigen begriffen ist. PraktikerInnen wissen, dass dies vor allem alte und hochaltrige Frauen sind, die meist nur mittels einer Ausgleichszulagenergänzung⁴⁷ ihr Überleben sichern können. Ein wesentlicher Grund, warum hier vor allem Frauen benachteiligt sind, ist die von ihnen geleistete, „intergenerationelle und intragenerationelle Produktivität“ (Tews 1996 In: Amann 2004:112) in der Familienarbeit.

⁴⁶ Gekürzte Aussage der Bewohnerin 009_weiblich_69

⁴⁷ Der jeweilige Richtsatz stellt das vom Gesetzgeber garantierte Mindesteinkommen dar. Die Richtsätze betragen für Beziehender/innen einer im Jahr 2016 monatlich Alters-, vorz. Alters-, Korridor-, Schwerarbeits-Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension (=„Einzelrichtsatz“) EUR 882,78.

Dass dem auch heute noch so ist, bestätigt ein Bericht der Statistik Austria aus dem Jahr 2015. So betrug der Anteil der armutsgefährdeten, alleinlebenden Frauen mit Pensionsbezug und noch vor Sozialbezug 33% (aller Haushalte mit Pensionsbezug), während alleinlebende Männer mit Pensionsbezug nur mit einem Anteil von 11,7% als armutsgefährdet galten⁴⁸ (Siehe Abbildung 2). Bezugnehmend auf die genderbezogene Quote innerhalb der pensionsbeziehenden Frauen bedeutet dies einen Anteil von 22%, während die pensionsbeziehenden Männer 16% aufweisen⁴⁹.

Armutsgefährdung vor und nach sozialen Transfers nach soziodemographischen Merkmalen 2015											
Haushalte mit Pension											
	Gesamt (=100%) in 1.000	vor Pension u. Sozialleistung			vor Sozialleistung			nach Sozialleistung			Lücke
		in	Anteil	Quote	in	Anteil	Quote	in	Anteil	Quote	
		1000	in %		1000	in %		1000	in %		
Zusammen	1.551	1.484	100	96	206	100	13	180	100	12	17
Alleinlebende Männer	148	145	10	98	24	12	16	21	12	14	18
Alleinlebende Frauen	317	314	21	99	68	33	22	58	32	18	18
Mehrpersonenhaushalt	1.086	1.024	69	94	113	55	10	101	56	9	16

Abbildung 2: STATISTIK AUSTRIA: EU-SILK 2015: abgerufen am 14.04.2016

3.4.11 Alter, Lernen und Bildung

„Endlich sich selbst verwirklichen“, „endlich das tun können, was man schon immer tun wollte“, „Reisen und Versäumtes nachholen“ sind die verbalisierten Wunschvorstellungen von Menschen, die kurz vor der Pension oder aber auch noch mitten im Berufsleben stehen. Dass diese Synonyme aber im engen Zusammenhang mit dem oft zitierten „lebenslangem Lernen“ stehen, wird ausgeblendet. Gesellschaftspolitisch motivierte „Normen- und Positionszuweisungen“ (Amann 2004:167) sind all jenen nicht fremd, die versuchen, sich im Alter weiterzubilden. Die oft gestellten Fragen, warum man sich denn das antue oder ob man nicht wisse, wie alt man sei, sind hier noch freundlich gemeint. „Die Gesellschaft schlägt zu“, nannte ein Bekannter das empfundene Ohnmachtsgefühl, als er gefragt wurde, warum er jungen StudentInnen den Studienplatz wegnehme? Wenn alte Menschen nicht lernen sollen (dürfen), warum trommelt man dann gesellschafts- und gesundheitspolitisch das Lied vom verantwortungsvollen, lebenslangen Lernen und hofft doch insgeheim auf einen stillen Abgesang? „Altern heißt sich über sich selbst klar werden“ sagt Simone de Beauvoir und Marie von Ebner Eschenbach meint ebenda treffend: „Nicht Jene sind zu bedauern, deren Träume nicht in Erfüllung gehen, sondern Jene, die keine mehr haben“⁵⁰ (zitate. woxikon.de).

⁴⁸ Statistik Austria: EU-SILC 2015.

⁴⁹ Ebenda.

⁵⁰ Zulehner, Paul (2016): OPIA_Vortrag am 22. Juni 2016 im Pallais Harrach in Wien.

3.4.12 Alter und Religiosität

Dass es mehr alte Menschen in den Kirchen zu sehen gibt als Junge, hat an und für sich noch nichts mit vermehrter Religiosität im Alter zu tun. Dennoch lässt sich feststellen, dass „der Besuch des Gottesdienstes zu den beständigsten, außerfamiliären Aktivitäten im hohen Alter“ (Hörl, Kolland, Majce 2009:35) zählt. Der vermehrte Zugang zur Kirche und kirchlichen Einrichtungen ist eher der verstärkten Sinnfrage des Lebens zuzuschreiben, dem Menschen höheren Alters verstärkte Aufmerksamkeit schenken (Zulehner 2016). Die Fragen nach dem: „Wo komme ich her“? und „Wo gehe ich hin“? und „Was erwartet mich dann“? beschäftigt alte Menschen. Natürlich gibt es hier auch viel Tabuisierung, Themen werden verleugnet und ausgeklammert nach dem Motto: „Noch ist es ja nicht so weit und wenn ich einmal alt bin, dann werde ich mich schon damit beschäftigen“, oder aber auch: „Älter werde ich später“ (Amann 2004:17). Übersehen wird dabei, dass die Sinnfrage des Lebens nicht unmittelbar mit dem Tod zusammenhängt, den man auf diese Weise verdrängen will.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage nach dem Suizid, denn laut einer Untersuchung des Vereines Kriseninterventionszentrum (Stein, Till, Niederkrotenthaler 2015:96) „werden ein Drittel aller Suizide in Österreich von Menschen über 65 Jahre durchgeführt. Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr mehr als doppelt so hoch wie jenes der Durchschnittsbevölkerung und ab dem 85. Lebensjahr etwa dreimal so hoch“ (ebenda). Paul Zulehner⁵¹ meint zur, oft mit Religiosität verbundene Sinnfrage: „Ohne Vertrauen kein Glaube und keine Liebe“, dass der (Lebens)Raum, in dem sich alte Menschen bewegen, „geprägt sein müsse von Stabilität und Liebe“. So erwähnt er auch die Notwendigkeit der Stärkung von Lebenskompetenzen, um das eigene Leben auch im Alter, soweit wie möglich selbst in der Hand zu halten und zu gestalten, denn „die beste Voraussetzung für ein kreatives Altwerden ist ein intensives buntes Leben davor“⁵².

⁵¹ Zulehner, Paul: Ebenda, wo er – ohne Namensnennung - Rosenmayr zitierte.

⁵² Siehe ebenda.

4 „Sozial betreutes Wohnen“ „SobeWO“: Leben im Sozial betreuten Wohnhaus⁵³

Die Wohnungsversorgung alter, ehemals obdachloser Menschen im „Festkleid des Prekariats“⁵⁴ einer institutionellen Betreuung, ist nun seit fast 20 Jahren ein vertraglich fixiertes Angebot der Wiener Wohnungslosenhilfe im Auftrag des Fonds Soziales Wien (kurz: FSW) der Stadt Wien.

Bezugnehmend auf die in langjähriger Praxis erworbenen Erfahrungen von Betreut Wohnen und die Unzufriedenheit über die bis zu diesem Zeitpunkt gelebte Praxis der Wohnversorgung älterer Obdachloser, haben sich im Jahr 1996 mehrere gemeinnützige Vereine zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengetan (ARGE für Nichtsesshaftenhilfe, Caritas, Heilsarmee, Hilfswerk, Volkshilfe, Verein für Wohnraumbeschaffung – (kurz: WOBES), Verein Neustart), um für ältere, wohnungslose Menschen ein für ihre Bedürfnisse geeignetes Wohnversorgungskonzept, nämlich das „Sozial betreute Wohnen“ zu entwickeln. Innerhalb von wenigen Jahren wurden mehr als 800 Wohnplätze für diese Zielgruppe geschaffen.

Konzeptionell bewegt sich das „Sozial betreute Wohnen“ kurz: („SobeWO“) im interaktiven und kommunikativen Lebensbereich älterer, ehemals wohnungsloser Menschen, welche ihren Lebensalltag nicht mehr alleine bewältigen können und Hilfe sowie Unterstützung brauchen. Mittels professioneller Hilfe durch ein Team, welches der jeweiligen Zielgruppe entsprechend „alltagstaugliche und lebensweltausgerichtete Hilfen“ (Schmidt-Grunert 1999:12) anbietet, sollte ein soziales Wohnumfeld geschaffen werden, welches einer möglichen sozialen Isolation entgegenwirkt.

Ziel des „Sozial betreuten Wohnens“ ist es, mittels zielgruppenorientiertem Ansatz und teils auch betreuungsintensiven Angeboten jenes professionell unterstützte Wohnumfeld, individuell ergänzt durch gemeinwesenorientierte Angebote, zu schaffen, damit „Sozial betreutes Wohnen“ jenem von der WHO definierten Begriff des „Habitats“ so nahe wie möglich kommt.

„Sozial betreutes Wohnen“ in einem Sozial betreuten Wohnhaus ist demnach für ehemals wohnungslose Frauen und Männer konzipiert, die aufgrund ihres Alters, ihres Alkoholismus, ihrer psychischen Krankheitssymptome und/oder aufgrund anderer Probleme

⁵³ „Sozial betreutes Wohnen“ kurz „SOBEWO“ wird zur Unterscheidung von pflegerisch betreutem Wohnen mit Apostroph gekennzeichnet, während das Sozial betreute Wohnhaus kein Apostroph aufweist.

⁵⁴ Aussage einer Sozialarbeiterin im „SobeWO“.

matiken für andere Wohnformen nicht geeignet sind. Prinzipiell sind das wohnungslose Frauen und Männer, die geistig und körperlich fähig sind:

- ihre alltäglichen Bedürfnisse relativ selbständig und/oder mit Unterstützung durch WohnbetreuerInnen zu erfüllen und/oder
- die mit Hilfe des Zukaufs von ambulanten, sozialen Diensten das Auslangen in der Pflegeversorgung finden,
- die allein in einer Wohnung leben können,
- die sich an Hausordnungen halten wollen und können und
- die Betreuung nicht grundsätzlich ablehnen.

Im Sozial betreuten Wohnhaus leben auch Menschen, die nicht unbedingt dauerhaft die Form des „Sozial betreuten Wohnens“ als Lösung für sich sehen, sondern auch solche, die hier die Möglichkeit überprüfen können, ob sie den Übergang von der Straße in die Privatsphäre verkraften. Für viele Menschen ist es die einzige Chance, nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus, einem Aufenthalt im Gefängnis oder nach einer längeren Zeit unsteten Aufenthaltes wieder den Weg in eine eigene, kleine Wohneinheit zu finden.

„Sozial betreutes Wohnen“ findet in einem Sozial betreuten Wohnhaus statt und ist keine Großeinrichtung, sondern bietet wohnungslosen Frauen und Männern ab ca. 50 Jahren eine Unterkunft. Das Wohnhaus ist in betreuerischer Hinsicht und gemäß den Bedürfnissen der BewohnerInnen so gestaltet, dass die darin wohnenden Menschen sich wohl und angenommen fühlen können. Dazu ist es notwendig, dass sie unter anderem ihren selbstgewählten Lebensstil soweit beibehalten und weiterleben können, wie andere MitbewohnerInnen und die Hausordnung es tolerieren. Die Hausordnung ist auf ein für das Zusammenleben nötiges Mindestmaß beschränkt, jedoch endet die Freiheit des/der Einzelnen dort, wo die Grenzen anderer MitbewohnerInnen eingegrenzt oder überschritten werden. So wird z.B. in der hauseigenen Kantine auch Alkohol in einem vernünftigen Ausmaß ausgeschenkt, trotzdem thematisieren die BetreuerInnen den Umgang mit Alkohol.

In Wien gibt es derzeit ein Angebot von 20 Sozial betreuten Wohnhäusern mit 1.148 Wohnplätzen⁵⁵, die, je nach Zielgruppe, konzeptionell und finanziell differenziert gefördert werden.

Das Beratungszentrum der Wiener Wohnungslosenhilfe (kurz: bzWO) weist ältere, wohnungslose Menschen nach einem Beratungsgespräch und der Überprüfung der Förderbestimmungen, an eine für sie und ihre Bedürfnisse geeignete Trägerorganisationen weiter. Ähnlich dem Prinzip einer Bettenzentrale werden im bzWO alle geförderten Wohnplätze zentral verwaltet und mittels Assessments zielgruppen- und bedürfnisorientiert.

⁵⁵ Telefonische Abfrage und Übermittlung von Abteilungsleiter DSA Kurt Gutleder, Leiter der Wiener Wohnungslosenhilfe des FSW am 26. Juli 2016, um 13:37 Uhr

tiert an die privaten Trägervereine weitervermittelt. Ebenso werden freie Kapazitäten der Trägerorganisationen an das bzWO gemeldet.

4.1 Historischer Abriss

Trotz der Reform der Wiener Wohnungslosenhilfe im Jahr 1988 blieb eine nicht unbedeutende Zahl von Menschen auch weiterhin von den Hilfsmöglichkeiten der Unterbringung in Wohnungen ausgeschlossen, da für sie eine Resozialisierung, eine Wiedereingliederung in die „Normalität“ der Gesellschaft (vgl. Seelmeyer 2008:301)⁵⁶ als aussichtslos einzustufen war: Insbesondere das Alter – gepaart mit chronischem Alkoholismus und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgeschäden – machte diese Menschen für den freien Wohnungsmarkt, der ja die Fähigkeit des selbständigen und unbeetreuten „Wohnen-Könnens“ (Hofmann 2004) voraussetzt, nicht mehr integrierbar. Hannah Arendt spricht in der *Vita activa* „von der Wichtigkeit für den Menschen, sowohl am privaten, als auch am öffentlichen Raum teilhaben zu können“ (vgl. Arendt 1981:52-58). Doch welcher Raum steht zur Verfügung? Weder im räumlichen noch im partizipativen Sinn ist Raum, Platz, ein Zuhause, ein Daheim oder zumindest die Akzeptanz des Seins sichtbar oder erkennbar. Menschen, die keinen persönlichen Zugang zu sozialen Randgruppen haben, gehen eher angewidert zur Seite, machen einen großen Bogen um Wohnungslose und wollen in Ruhe gelassen werden: „Nur nicht anstreifen ist die Devise“ in mehrfacher Hinsicht und kann auch so vielfältig interpretiert werden. Abels und Keller (1974 In: Jetter 2004:107) würden hier von der „Abschreckungsfunktion“ sprechen, „welche als disziplinierendes Negativbild zur Einhaltung normativer Sinnsetzungen in der Gesellschaft dient“. Bedingt durch den meist jeglicher Kontrolle der Behörde entzogenem Lebensstil der Betroffenen, wurde bis dahin von einer mit Regeln bedingten, institutionellen Unterbringung Abstand genommen werden.

Was also nunmehr vor fast 20 Jahren⁵⁷ als ein Pilotprojekt für ältere, ehemals obdachlose Frauen und Männer begann, ist mittlerweile zu einem Standardangebot im „Betreut Wohnen“ mutiert, in dem nun die Themen Alter und ein sich täglich verändernder Bedarf an haushaltsähnlichen Zusatzleistungen und körperlicher Pflege vorherrschend sind, denn auch wohnungslose Menschen werden älter. Interessant ist hier die Beobachtung des „gesellschaftspolitischen Unterschiedes im Zugang und Annehmen von Alter: Während die Normgesellschaft (vgl. Seelmeyer 2008:302) das Alter tabuisiert („anti-aging“ Strategien in der Werbung und Kosmetik), findet das Altern dieser speziellen Untersu-

⁵⁶ Einen analytischen Zugang zu den damit verbundenen Implikationen eröffnet die *Differenzierung* zwischen normativitätsbasierter und verteilungsbasierter Normalität (vgl. Seelmeyer 2008:185).

⁵⁷ Konzeption und Umsetzung bedingen zeitliche Differenzen.

chungsgruppe v.a. durch Lebensbedingungen (Leben auf der Straße, schlechte, bis gar keine medizinische Versorgung, unzureichende Hygiene sowie schlechte Ernährung verbunden mit einem Überkonsum an Alkohol und/oder Tabletten) sichtbar und öffentlich, mit mehr oder weniger Empathie statt.

Wohnungslosigkeit, einerseits als Form von differentieller Armut (vgl. Trabert 2000) und andererseits struktureller, sozialer Ungleichheit ist eine jener gesellschaftlich tolerierten Ausprägungen, wo die oft gestellte Frage der individuellen Verantwortung an Betroffene zurückgespiegelt wird, ohne auf die letztendlich auch gesellschaftspolitische Mitverantwortung näher einzugehen. Bezugnehmend auf diesen Diskurs muss aber festgehalten werden, dass Wohnungslosigkeit, Krankheit und Armut Geschwister sind (Hofmann 2012), die in einem steten Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen.

4.2 Betreuungskonzept „SobeWO“

Beim „Sozial betreuten Wohnen“ handelt es sich um eine Betreuungsform mit multidisziplinärem Ansatz unter meist sozialarbeiterischer Leitung, da die Notwendigkeit der sozialen Integration, die Absicherung der Grundversorgung und eine dauerhafte Wohnversorgung die entscheidenden Kriterien für eine Wohnunterbringung sind. Erst danach wird mittels individueller Beratung und Betreuung versucht, auf individuelle Bedürfnisse und Problemlagen einzugehen, um den persönlichen Hilfebedarf fachlich-inhaltlich mittels einer Anamnese festzustellen. Dies beinhaltet vor allem:

- das Stabilisieren der Persönlichkeit,
- das Klären der finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten,
- gesundheitsfördernde Maßnahmen und Notwendigkeiten,
- medizinische, therapeutische und pflegerische Hilfe,
- Unterstützung bei Körper-, Wäsche- und Wohnraumhygiene und
- Strukturierung sowie Gestaltung des Tagesablaufes.

Mit dem Einzug in ein Sozial betreutes Wohnhaus sind weder das Selbstbestimmungsrecht noch die Freiheit zur eigenen Lebensgestaltung aufgehoben. Die wichtigste Aufgabe der BetreuerInnen liegt darin, die BewohnerInnen dahingehend zu motivieren, sich auf einen Betreuungs- und möglicherweise auch auf einen Veränderungsprozess (z.B. zur Krankheitsbewältigung) einzulassen. Erst wenn dieser entscheidende Schritt gelungen ist, kann gemeinsam eine Zukunftsperspektive entwickelt und ein geeigneter Hilfeplan erstellt werden. Bezugnehmend darauf, „dass die älteren Menschen nun in ihrem eigenen Zuhause leben, bedeutet nicht, dass sie sich nicht auch in einer Institution befinden: sie befinden sich an einer hauchdünnen Grenze zwischen dem System eines Zuhauses und jenem der Institution“ (Leichsenring 1998:16), (vgl. Amann 1983:136). „So-

zial betreutes Wohnen“ findet deshalb auch im Hausverband statt, was bedeutet, dass sowohl dem Gemeinschaftsleben als auch dem Rückzug in die Privatsphäre entsprechen werden kann.

Dem oft schlechten Gesundheitszustand der BewohnerInnen entsprechend, besteht ein subjektiv hoher Koordinierungsbedarf an zusätzlichen, meist aus dem Pflegegeld finanzierten, sozialen Dienstleistungen, welche den klassischen Haushaltsleistungen nicht unähnlich sind. Die individuelle, psychosoziale Betreuung schließt auch die Vermittlung und das Casemanagement einer pflegerischen Versorgung mit ein. Diese werden als „Zukaufsleistung“ direkt mit den BewohnerInnen oder deren SachwalterInnen vereinbart:

- Heimhilfe
- Essen auf Rädern
- Besuchsdienst (nur dann, wenn der Kontakt zur Besuchsperson schon vor Einzug bestanden hat)
- Hauskrankenpflege

Diese Leistungen aus dem Pflegegeld können dann zusätzlich beantragt werden, wenn die Versorgung der BewohnerInnen durch das sich im Haus befindliche Personal allein nicht mehr gewährleistet werden kann. Zusätzlich werden medizinisch-fachliche Betreuungsangebote auch durch Liaison-Dienste wie Psychosozialer Dienst, praktische ÄrztInnen u.a.m. geleistet. Für schwierige Krisensituationen und in Akutsituationen stellt die mobile, individuelle Krankenpflege (MIK) medizinisch geschulte Fachkräfte für individuelle Betreuung psychisch und psychiatrisch auffälliger BewohnerInnen zur Verfügung. Das Betreuungsangebot ist ein, für Sozial betreute Wohnhäuser, klassisches. „Die meisten dieser alten Menschen bewältigen ihr Leben und ihre körperlichen Beeinträchtigungen mit großem Erfolg und intensivem Bemühen alleine. Sie brauchen erst dann fremde Unterstützung, wenn sie ihren Alltag ohne Gefährdung alleine nicht mehr meistern können“ (Scholta 1994:344 In: Zapotoczky 1994 (Hrsg.).

Die Konstellation „wohnungslos – alt – krank - teilweise oder zeitweilig pflegebedürftig“ stellt ein häufig anzutreffendes Problembündel dar (Trabert 2003:03ff). Es handelt sich hierbei einerseits um jene Personen, die zumindest noch teilweise mobil sind und keiner ständigen Betreuung und Pflege bedürfen und die daher in einem Pflegeheim als klassischer „Fehlbelag“ oder als sogenannte „überbetreute PatientInnen“ eingestuft werden würden, und andererseits um jene, die nicht nur krank und hilfsbedürftig, sondern auch nicht mobil sind. Diese Menschen benötigen nicht nur Unterkunft und Nahrung, „sondern wollen auch Anteil am soziokulturellen Leben haben, um der sozialen Isolation zu entfliehen“ (Hofmann 2013:Vortrag in Kufstein).

BewohnerInnen des Sozial betreuten Wohnhauses haben die Möglichkeit, den Übergang sowohl von der Straße als auch von einer stationären Pflegeeinrichtung in eine

eigene Wohnung zu finden. Sie verbleiben teilweise bis ins hohe Alter im Haus oder auch nur kurzweilig, um die Wartezeit für eine pflegeorientierte, betreute Wohnung überbrücken zu können.

4.2.1 Differenzierung der Berufsbilder

Da in einem Sozial betreuten Wohnhaus persönlich individuelle Betreuungsleistungen unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen stattfinden, jedoch laienhaft unter demselben Berufstitel gehandelt werden, wird anschließend näher auf diese Begrifflichkeiten eingegangen.

Um die Abgrenzung der Termini Heimhilfe und WohnbetreuerIn in der vorliegenden Forschungsarbeit abzuklären, soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass der Begriff „Heimhilfe“ nur dann verwendet wird, wenn dieser in einem Zusammenhang mit einer Zukaufsleistung aus dem Pflegegeld und als Dienstleistung durch einen vom FSW geförderten Trägerverein erbracht wird.

Zum Begriff WohnbetreuerInnen ist zu sagen, dass diese von ihrer Ausbildung her meist ebenfalls ausgebildete HeimhelferInnen sind, aber aus Gründen der Dienstaufsicht durch SozialarbeiterInnen den Agenden der sozialen Arbeit zugerechnet werden.

Professionelle Sozialarbeit ist ein Qualitätsmerkmal von Sozial betreuten Wohnhäusern und wird als Dienstleistung personell meist durch den/die LeiterIn, der Einrichtung oder durch ein/e MitarbeiterIn abgedeckt. Der/die LeiterIn ist außerdem fachlich und arbeitsanleitend für das dem sozialen Bereich zugerechnete Personal zuständig. Nicht inkludiert in die Verantwortlichkeit eines/r HausleiterIn ist eine handlungsanleitende Tätigkeit im Bereich der Pflege. Hier agiert ein/e PflegedienstleiterIn als Verbindungsstelle mittels Casemanagement. Die Hausleitung ist für die Kooperation mit dem FSW und den KooperationspartnerInnen verantwortlich. Außerdem zählen der Bereich der Wohnungsverwaltung wie auch die Abstimmung der Standard- und Zusatzangebote für die BewohnerInnen zu den Agenden der Hausleitung.

4.2.2 Kooperationen mit Institutionen der Gesundheit

Ziel ist es, die Bedürfnisse/Bedarflagen jener älteren Menschen, die in ihrer gewohnten, sozial betreuten Wohnung älter werden wollen, zu erfassen und im System der regulären Versorgung so zu bearbeiten, dass zumindest mittel- bis langfristige Lösungsstrategien für eine altersgerechte Wohnversorgung gefunden werden können. Um den, dem Pflegebereich zugeordneten Berufen wie die Aufgaben der Erhaltung der Gesundheit, der Pflege und des pflegerischen Alltagsmanagement der BewohnerInnen zu entspre-

chen, ist die professionelle Zusammenarbeit mit privaten, vom FSW geförderten Trägervereinen von Pflegediensten unabdingbar.

Aufgrund einer verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsberatungen durch die MitarbeiterInnen und im Interesse der BewohnerInnen werden diese in den letzten Jahren vermehrt angeboten. Gesundheitsangebote waren in der Ursprungskonzeption nach dem Motto: „nice to have, but not a must“, aufgebaut und werden nun zielgruppenorientiert angeboten. Dazu gehören die Kooperation mit Frauen-, Eltern- und Mädchengesundheitszentren (F.E.M.) sowie Männergesundheitszentren (M.E.N.), wo persönliche Beratung und genderspezifische Informationen zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins angeboten werden. Regelmäßig stattfindende Gesundheitsvorträge im Haus stellen für jene eine Art anonymen Rahmen dar, die sich einer individuellen Beratung verweigern.

Der Verein neunerhaus bietet neben seinen eigenen „Betreut Wohnen“ Einrichtungen auch ärztliche und medizinische Unterstützung für obdachlose und wohnungslose Menschen anderer Trägerorganisationen an. In diesem Zusammenhang besteht ein Liaisonsvertrag zwischen der Wiener Gebietskrankenkassa, dem FSW und dem Verein neunerhaus, der darauf abzielt, niederschwellige medizinische Konsultationen mittels Liaisondiensten allen BewohnerInnen Sozial betreuter Wohnhäuser zugänglich zu machen. Vonseiten der jeweiligen Trägerorganisation wird ein Wartezimmer mitsamt einem Ordinationsraum zur Verfügung gestellt, sodass hier regelmäßig Sprechstunden und Ordinationszeiten stattfinden. Durch den/die ins Haus kommende/n Arzt/Ärztin wird eine ortsnahe und niederschwellige medizinische Versorgung angeboten, welche durch die Aufhebung der „Komm-Struktur“ (PatientIn kommt zum/zur Arzt/Ärztin) hin zur „Praktizierung einer Gehstruktur“ (Arzt/Ärztin geht zum/zur PatientIn) die Zugangsbarriere für die BewohnerInnen verringert. Das Angebot des Vereins neunerhaus umfasst die Bereiche der Allgemeinmedizin, Zahnarztpraxen und eine tierärztliche Versorgung für die Haustiere der BewohnerInnen auf ehrenamtlicher Basis.

Die Zusammenarbeit und Kooperation mit dem psychosozialen Dienst (PSD) und dessen Angebot einer aufsuchenden psychiatrischen Betreuung durch Liaisondienste ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise auf die gesundheitlichen Probleme der BewohnerInnen, da auch das gesamte soziale Wohnumfeld in die Anamnese miteinbezogen werden kann. Dort wo rechtliche Grenzen die Nahtstellen voneinander trennen oder sichtbar werden lassen, müssen, im Interesse der BewohnerInnen, Wege des Miteinanders, der Toleranz und des „Aufeinander Zugehens“ beschritten werden, um milieuspezifische Traditionen, Abhängigkeiten und Risiken zu minimieren.

Der Verein Mobile-Individuelle-Krankenpflege-OG (kurz: MIK-OG) bietet zusätzlich jenen BewohnerInnen, die psychiatrische Probleme haben, maßgeschneiderte Dienste wie Hauskrankenpflege, Besuchs-, Begleit- und Besorgungsdienste an.

Bezugnehmend darauf, dass die BewohnerInnen von „SobeWO“ DienstleistungsbezieherInnen des FSW und anderer, vom FSW geförderter Vereine und dadurch „Mehrfachgeförderte“ im Sinne von

- anerkannten SubjektnehmerInnen (Bescheid der MA 40),
- SubjektnehmerInnen als KundInnen von Beratungsstellen des FSW und
- SubjektnehmerInnen als KundInnen der dem FSW als GmbHs angehörigen Töchter oder anderer, vom FSW geförderten, privaten Träger

sind, bedarf es hier, aufgrund von Schnittstellenproblematiken, eines erhöhten Kooperationsaufwandes zwischen den unterschiedlichen DienstleisterInnen.

4.2.3 Grenzen von „SobeWO“

Das Betreuungspersonal des Sozial betreuten Wohnhauses nimmt auf die Vielfalt des Zusammenlebens und die Multiproblematiken der BewohnerInnen Rücksicht. Konzeptuell und als Lösungsansatz miteingebunden sind hier Ansätze im Zugehen auf Menschen mit den Pflegestufen 1 bis 3, die mithilfe der Möglichkeit des Zukaufs von sozialen Dienstleistungen so lange im Haus verbleiben können, wie es ihre Gesundheit und ihr Selbsthilfepotential gestatten. Bei einer längerfristigen, massiven Verschlechterung ihres körperlichen oder psychischen Gesundheitszustandes werden die BewohnerInnen an Krankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen oder an Pflegeheime überstellt. Grundsätzlich sind die Grenzen des „Sozial betreuten Wohnens“ dort, „wo das Bedürfnis nach Sicherheit und Unterstützung einem diagnostizierten Pflegebedarf weicht, der in etwa dem der Pflegestufe 4⁵⁸ entspricht“ (Hofmann 01/2007). Dahingehende Probleme, dass sich hier nicht nur unterschiedliche Fachbereiche und unterschiedliche DienstleisterInnen in einem professionell organisierten, sozialen Umfeld treffen, sondern dass es hier intern zu einem Rollentausch in der KundInnenbeziehung zwischen DienstleisterInnen, KlientInnen als KundInnen und WohnraumbereitstellerInnen kommt, werden in den seltensten Fällen verbalisiert. Da die MitarbeiterInnen eines Sozial betreuten Wohnhauses von der Ausbildung her eher dem Berufsbild der professionellen sozialen Arbeit entsprechen, können und dürfen sie den MitarbeiterInnen der Pflegedienste keine handlungsleitenden Empfehlungen geben. Allerdings sind sie, für die Magistratsabteilung 40 der Stadt Wien (Kontrolle laut Wiener Sozialhilfegesetz) und den Trägerverein, welcher den Förderrichtlinien des FSW unterliegt, für eine optimale Versorgung der BewohnerInnen - im gesamtheitlichen Sinne, verantwortlich. Hier in einem konstruktiven, jedoch fachlich abgegrenzten Miteinander ist Casemanagement gefragt, denn das Konzept sozialer und prophylaktischer pflegerischer Arbeit kann nur dann gelingen, „wenn die Versorgungs-

⁵⁸ Pflegestufe 4 bedeutet einen Betreuungsbedarf von 160 Stunden im Monat oder 40 Wochenstunden

kette aufeinander abgestufter Leistungsangebote vollständig geknüpft und vernetzt wird“ (Scholta 1994 In: Zapotoczky 1994:346).

4.3 Lebenswelt und Alltag

Neben den Kategorien Alter, Wohnversorgung, Einkommen, Soziales Umfeld/Freunde, Lebensqualität und Selbsterfahrung sind es mit zunehmendem Alter vor allem die Kategorien Krankheit/Gesundheit/Pflege, die die Lebenswelt der BewohnerInnen eines Sozial betreuten Wohnhauses prägen, denn „Gesundheitsförderung ist eine soziale Intervention“ (Grossmann, Scala 1994:29).

Der Begriff Lebenswelt kennzeichnet das alltägliche Umfeld, in dem Menschen einander treffen, kommunizieren und interagieren. Die Lebenswelt von BewohnerInnen Sozial betreuter Wohnhäuser ist ein durch BetreuerInnen, MitbewohnerInnen und teilweise auch durch SachwalterInnen in großen Teilen organisiertes Wohnumfeld.

Zusätzlich relevant für die Lebenswelt von BewohnerInnen ist auch die vom „Beratungszentrum für Wohnungslose“ (kurz: bzWO) ausgewählte, meist konzeptionell differenzierte Unterbringung bei einem, durch den Fonds Soziales Wien finanzierten, Trägerverein. „Sozial betreutes Wohnen“ ist zielgruppenorientiert und bietet differenziertes Wohnen in den unterschiedlichsten Formen an. Der/die BewohnerIn befindet sich also in einem sozialen Umfeld, das neben dem Selbstverständnis und dem Leitbild der Trägerorganisation auch von legislativen, sozialen und pflegerischen Maßnahmen geprägt ist, welche das Alltagshandeln des/der BewohnerIn stark beeinflussen.

Spielräume des Alltagshandelns relativieren sich aus der Lücke zwischen Sozialarbeit, Pflege und dem „gap“ des institutionellen Trägers, welcher entsprechend dem Leitbild der Organisation agiert. Die Frage nach der Lebenswelt der BewohnerInnen von Sozial betreuten Wohnhäusern ist eine subjektiv unterschiedlich empfundene und schließt Annahme und Ablehnung in gleicher Weise mit ein. Der Weg vom tolerant angebotenen Handlungsmuster zum Handlungszwang ist geprägt sowohl von individuell und subjektiv unterschiedlich empfundenen Maßnahmen des jeweiligen Trägers als auch durch die formalen Bedingungen des Fördergebers FSW.

4.3.1 Leben in Verbindung von Multiprofessionalität und Alter im häuslich - institutionellen Umfeld

„Alt“, im Zusammenhang mit menschlichem Altern, ist eine weder in Zahlen auszudrückende noch einzugrenzende Begrifflichkeit. Eindeutig „alt“ ist aber jemand, dessen Leben von Wohnungs- oder aber auch Obdachdachlosigkeit geprägt ist. Durchschnittlich,

so belegen Untersuchungen (Caritas 2008; Kunstmann 1996; Trabert 1994) sind diese Menschen körperlich 10-15 Jahre älter, als die Anzahl ihrer Lebensjahre es annehmen lassen würden. Dieser Erfahrung entsprechend, liegt in den Einrichtungen, die diese Menschen betreuen, also auch im Sozial betreuten Wohnhaus, die untere Altersgrenze bei der Aufnahme bei 50 Jahren.

Schnittstellenprobleme stellen sowohl im Sozialbereich, als auch in der Arbeit mit alten Menschen, dem Bereich der Gerontogenese, eine große Herausforderung dar. An diesen Schnittstellen, welche sich eher als Nahtstellen definieren lassen, kommt es auch bei „SobeWO“ vermehrt zu einem Wechsel oder besser gesagt zu einem Wendepunkt von Selbstständigkeit, Selbstversorgungsmöglichkeit und krankheitsbedingten Abhängigkeiten. Bedingt durch die meist extensive Lebensweise dieser Zielgruppe in früheren Zeiten, lässt sich eine verstärkte Tendenz zu Komplexität und Chronizität von Erkrankungen erkennen, die eine kontinuierliche Betreuung erfordern. Trotzdem wird hier mithilfe interdisziplinärer, multiprofessioneller Strategien und unter Berücksichtigung der jeweiligen, psychosozialen Situation versucht, die Lebenswelt der Betroffenen weitestgehend in den Alltag miteinzubeziehen. Die meisten der BewohnerInnen waren sehr lange ohne eigene Wohnung und sind nun sehr bemüht, den Anforderungen des „SobeWO“- Alltags zu entsprechen. Um also diesen alten, teils pflegebedürftigen Menschen nun nicht nur das Wohnen, sondern auch das „Altern in Würde“ in ihrer häuslichen Wohnumgebung so lange wie möglich gewährleisten zu können, müssen ihre jetzige Lebenswelt, ihre Lebensbedürfnisse, Wünsche, Freuden und Freunde, ihr soziales Umfeld, aber auch ihre Probleme, ihre traditionellen Zugänge, kurz: ihre Lebenslage erforscht und hinterfragt werden, damit das Ziel eines erfüllten Lebensabends zumindest ansatzweise erreicht werden kann.

4.3.2 Freizeitgestaltung und Integration statt Isolation

Die nicht allzu strengen Vorschriften werden ergänzt durch ein betreuungsintensives Freizeitangebot, welches unterstützend für die Strukturierung des Alltags ist, aber auch Komponenten von freiwilligem Engagement aufweist, um soziale Kontakte zu fordern und zu fördern. Damit soll die soziale Isolation weitestgehend vermieden werden. So kann die Betreuung zum Beispiel auch Vermittlung und Konfliktbearbeitung umfassen, kann aber in Einzelfällen auch integrierende Ziele verfolgen, etwa den Ausstieg aus selbstschädigenden Verhaltensmustern (Suchtverhalten usw.) unterstützen und zu einem Überdenken nachteiliger Lebensweisen und Sichtweisen motivieren. Sie behält aber in jedem Fall Angebotscharakter.

Um Einsamkeit bekämpfen zu können, bedarf es auch der Fähigkeit, auf zwischenmenschliche Beziehungen eingehen zu können. Um diese Erfahrung erschließbar zu

machen, wird zeitweiliges, projektbezogenes Zusammenleben und Zusammenarbeiten der BewohnerInnen mittels interessenbezogener Freizeitaktivitäten gefördert und so die Gelegenheit gegeben, sowohl voneinander zu lernen als auch soziale Isolation und Vereinsamung hintanzuhalten.

Die Privatsphäre in der eigenen Wohneinheit und die persönliche Freiheit werden ergänzt durch eine, als Angebot verstandene, freiwillige Tagesstruktur:

- Ordinationszeiten von ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen usw.
- Bastel- und Animationstage, Ausflüge, Kinobesuche
- Gelegentliche aktive und gemeinsame Freizeitgestaltung
- Hausinternes Kaffeehaus
- Geburtstags- und Jahreskreisfeste
- Unterstützung der Selbstorganisation von BewohnerInnen.

Diese „Interessens-Gemeinschaften des Alltags“ sind nicht unbedingt gleichzusetzen mit „künstlichen Gemeinschaften“ (im Gegensatz zu „traditionellen Gemeinschaften“), wo Zeit mit anderen verbracht wird, um diese „totzuschlagen“ (Bütow, Chasse, Hirt (Hrsg.) 2008:38), sondern wird als intensiver, zwischenmenschlicher Austausch gelebt, wo Erfahrung im Geben und Nehmen als ein Thema des täglichen Zusammenlebens (oft) neu erlebt wird. Die wichtigste Triebkraft für Menschen, welche im Sozial betreuten Wohnhaus wohnen, ist neben dem Erhalt der Wohnung auch die Aufrechterhaltung der emotionalen, sozialen Beziehungen zu den BetreuerInnenteams. Oft ist es schwierig, eine Basis für diese Art von Beziehungen zu finden und dennoch Grenzen zu ziehen. Sich mit den verschiedenen Rollen und Funktionen von MitbewohnerInnen und BetreuerInnen auseinanderzusetzen und ein Machtgleichgewicht zwischen den involvierten Personen aufrecht zu erhalten, um auf der Ebene einer gleichberechtigten Basis kommunizieren zu können, ist manchmal problematisch und erfordert große Sensibilität. Dies gilt für alle im Wohnumfeld agierenden Personen.

Die Frage der Unterscheidung zwischen „Anregung und Beschwerde“ ist immer wieder schwierig und muss sensibel behandelt werden. Da ein funktionierendes Beschwerdemanagement meist in Abhängigkeit von der KundInnenzufriedenheit zu sehen ist, werden beide Qualitätskriterien abgefragt und in regelmäßigen Abständen sowohl von der Trägerorganisation als auch vom FSW überprüft.

4.3.3 Eigenverantwortung und das Prinzip der Freiwilligkeit

Das Prinzip der Freiwilligkeit bedeutet, dass BewohnerInnen als KundInnen mit den Ausführenden der Pflegeberufe eine täglich wechselnde Vereinbarung treffen können, ob die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen nun durchgeführt werden oder nicht. Es liegt im Ermessen des/der BewohnerIn als KundIn einer Einrichtung für Pflegeleistungen

gen, seine/ihre Wünsche zu artikulieren und die Umsetzung einzufordern, andererseits liegt es auch in der Verantwortung des/der betreuenden HeimhilferIn, den jeweiligen Bedürfnissen des/der BewohnerIn zu entsprechen.

Um die BewohnerInnen für eine längere Zeitspanne im Sozial betreuten Wohnhaus betreuen und ihnen auch das „Altern in Würde“ ermöglichen zu können, ist es notwendig, jene Nahtstellen, welche unbedenklich eingegrenzt werden können, so zu definieren, dass für alle am Prozess Beteiligten sowohl eine verbesserte Abstimmung und Zusammenarbeit durch Kooperation als auch menschliche Lösungen erwartet werden können. Hier kommt es vermehrt zum „Wendepunkt von Selbstständigkeit und Selbstversorgungsmöglichkeit, denn die Tendenz zur Komplexität und Chronizität von Erkrankungen erfordert eine kontinuierliche Betreuung mithilfe interdisziplinärer, multiprofessioneller Strategien, unter Einbeziehung der psychosozialen Situation und der Lebenswelt der Betroffenen“ (Wechselberger, 2006: Bd.33).

Die Wohnform des „Sozial betreuten Wohnens“ in einem Sozial betreuten Wohnhaus stellt einen zielgruppenorientierten Betreuungsansatz für ehemals wohnungslose Menschen dar, welcher dieser Zielgruppe einen Aufenthalt in den eigenen vier Wänden, mit größtmöglicher Unterstützung durch Zukaufleistungen ermöglicht. Zusätzlich sind diese Unterstützungsmaßnahmen für die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Sicherheit der BewohnerInnen notwendig. Dem oft vorgebrachten Gegenargument, dass bei eintretender Pflegeabhängigkeit ja doch wieder ein Umzug erforderlich wird (vgl. Scholta 1994:344f In: Zapotoczky 1994 kann entgegengehalten werden, dass nur relativ Wenige langfristig pflegebedürftig werden, weil sich hier, bedingt durch die Wohnversorgung und die damit verbundene Aktivierung und Wiedergewinnung von Selbstständigkeit, der Alterungsprozess verändert⁵⁹.

⁵⁹ Siehe Ergebnisse der FSW - Statistik.

5 Die Entwicklung des Lebenslagenansatzes

Der Begriff der Lebenslage ist schon vor Otto Neuraths Zeiten lange tradiert und nicht unbedarft, denn bereits Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts fand er sich im marxistischen Vokabular, jedoch war er weder praktisch noch sinngemäß mit einem – als logische Folge von Erkenntnissen – analysierenden Ansatz verbunden. Der Begriff der Lebenslage wurde anfangs von Marx und Engels eindeutig politisch formuliert, um gewollte gesellschaftliche Veränderungsprozesse zu beschleunigen. Später bezog Marx „alles, was der Arbeiter erlebt, in den Begriff der Lebenslage mit ein“ (Marx In: Dietz 1969:481 In: Amann 1983:130). Neurath selbst nennt Friedrich Engels: Die Lage der arbeitenden Klassen in England als sein Vorbild in der Lebenslagenforschung, „weil die nach dem Zusammenhang der Lebenslagenverteilung und Lebenslagenhöhe mit der Wirtschaftsordnung fragt“ (Sandner 2014:215).

Ausschlaggebend dafür war, dass nach dem ersten Weltkrieg in vielen Ländern Europas eine, bis dato unbekannte Massenarmut sichtbar und als Phänomen sozialer Ungleichheit offenkundig wurde. Bedingt durch die Kriegsfolgen waren weite Teile der Bevölkerung betroffen. Das Bewusstsein, unverschuldet arm zu sein und der Fürsorge anheim zu fallen, nahm diskriminierende Formen an, denn eine kurativ versorgende Armutsbekämpfung war nicht auf Prävention von materieller Unterversorgung vorbereitet (vgl. Voges et al. 2003:25). Im Zusammenhang mit der „Vergesellschaftung der Produktionsmittel“ (Amann 1983:128) rückt nun das Konzept der „Lebenslage“ in den Mittelpunkt sämtlicher Betrachtungsweisen, da sich die Indikatoren und Begrifflichkeiten nicht nur um die Geldwirtschaft, sondern vor allem durch die Erweiterung des Ansatzes auf die Naturalwirtschaft, „um die quantitative und qualitative Ausstattung mit Lebensgütern und Lebenschancen, aber auch um alle hinderlichen Bedingungen“ (Amann 1983:129). erstreckten.

In Ergänzung zu den Ausführungen zur sozialen Ungleichheit wird hier der Begriff der Lebenslage insofern neu aufgegriffen und ausformuliert, als sich aufgrund obgenannter Problematiken nun erstmals konzeptionelle, planmäßige und strategische Maßnahmen zur Versorgungssicherheit der Bevölkerung als notwendig erwiesen. Mithilfe des Konzepts der Lebenslage und seinem mehrdimensionalen, analysierenden Ansatz konnte nun die soziale Ungleichheit gesellschaftspolitisch opportun, umfassend und vergleichend beschrieben werden.

Die ideologisch-politisch gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der sozialen Ungleichheit und der Armut mussten nun aber aus politisch-legistischen Zwängen hinter-

fragt und überprüft werden, um den Nutzen der gesetzten Maßnahmen rechtfertigen zu können. Daher bedurfte es neben einer steuernden Kontrolle des Produktionsprozesses auch einfacher Mittel einer transparenten Darstellung. Dies wurde Mithilfe von Piktogrammen⁶⁰ und Bildstatistiken der Wiener Schule geplant und umgesetzt.

Der Begriff der Lebenslage umschreibt eine zu analysierende Dimension utopischen Raumes, in dem gesellschaftlich tatsächlich vorgegebene Lebensbedingungen und Lebenszusammenhänge, gepaart mit der individuellen Fähigkeit, diesen für sich und die eigenen Bedürfnisse zu nutzen, jenen Lebensraum bilden, der sowohl für die eigene, als auch gesellschaftliche Entfaltung notwendig ist. Neben dem, bis dahin traditionell vertikalen Modell von Klassen und Schichten, Milieus bzw. Lebensstilen, wird nun versucht, mittels einer querliegenden, horizontalen Ebene, diese beiden Elemente zu verbinden. Diese Verbindung mittels alltagstauglicher, lebensnaher (vgl. Schmidt-Grunert 1999:12) und doch, individuell gesehen, subjektiver Aspekte ergeben Indikatoren wie Gesundheit/Krankheit, Glück usw. und bilden damit jenes dritte Standbein der Erhebung, welches es ermöglicht, subjektive Einstellungen, Wahrnehmungen und Wertvorstellungen der/des Einzelnen oder einer Gruppierung aufzuzeigen und lebenslagenbestimmende sowie zielgruppenspezifische Indikatoren in die Forschung miteinzubeziehen.

5.1 Otto Neurath

Otto Neurath, Nationalökonom, Philosoph, Politiker und „big locomotive“ des Wiener Kreises des Neopositivismus oder auch logischen Empirismus, hat den Begriff der Lebenslage erstmals systematisch und entsprechend seinen Arbeiten zur Planungspolitik konzeptionell geprägt verwendet. Neurath suchte nach einem Instrument für die Beschaffung und Sicherung der von ihm „angestrebten Planungspolitik“ und wollte so eine „am Utopischen orientierte, soziale Ordnung fördern“, (Amann 1983:128) in der nicht mehr kapitalistischer und privater Profit, sondern Lebenslage und Lebensglück von Menschen zu den wirtschaftlich wichtigsten Zielgrößen werden sollten (vgl. Sandner 2011:300f). Otto Neurath hatte „zweifelsfrei ein wissenschaftliches und ein politisches Programm“ (Sandner 2014:10) und wollte die wissenschaftliche Weltauffassung des Wiener Kreises mit der Politik der Arbeiterbewegung verknüpfen (Sandner 2014: 223). Sein Wirken in beiden Metiers war nach heutigen Begriffen von einem strukturell logischen, analysierenden und nachhaltigen Denkansatz geprägt, war er doch davon überzeugt, dass das von ihm propagierte glückliche Leben nicht in der „Gesellschaftsform, in

⁶⁰ Bildstatistik nach Wiener Methode in der Schule (1933) und bereits in der niederländischen Emigration von Neurath geschrieben als „International Picture Language“ (1936).

der er selbst lebte zu erreichen sei, sondern nur in einer erst zu findenden, neuen wirtschaftlichen und politischen Ordnung“ (Sandner 2014:301).

Otto Neurath war nicht nur bezüglich seiner philosophischen Ansätze ein wichtiger Repräsentant des Wiener Kreises, sondern auch ein politisch Denkender und Handelnder, der sich der vorerst unpolitisch, aber nicht immer legal agierenden Wiener Gartenstadt- und Siedlerbewegung anschloss, die das Ziel hatte, Unterkünfte und kleine Wohnhäuser für sich und die Familien ihrer MitgliederInnen zu errichten. Otto Neurath wurde 1921 Generalsekretär des Österreichischen Verbandes für Siedlungs- und Kleingartenwesen und verfolgte so sein ideologisches Ziel, mit und für die Allgemeinheit zu arbeiten und zu produzieren, um so „die Glückssumme der Menschheit zu vergrößern“ (Neurath/Nemeth 1994:56). „An dieser Utopie hielt er zeit seines Lebens fest“ (Sandner 2014:301).

5.1.1 Otto Neurath - seine Zeit und sein Wirken

Otto Neurath wird in wissenschaftlichen Werken (Hegselmann 1979; Amann 1983) oft als ein Universalgenie beschrieben. So wird er nicht nur in ökonomischen, soziologischen und philosophischen Belangen als Fachmann gehandelt, sondern auch, bedingt durch seine politische Positionierung, als ein auf vielen Gebieten universal agierender Querdenker. Sein Leben und Wirken durchlief einen Gefühlsbogen menschlicher Empfindungen von Euphorie bis hin zur Divergenz, jedoch nie den der Gleichgültigkeit und Unbetroffenheit (vgl. Sandner 2014:297f).

Bei Arbeiten zur Kriegswirtschaftslehre, welche er 1909 veröffentlichte, fielen ihm Ungeheimheiten in Bezug auf den Lebensstandard von im Kriegsgebiet lebenden Menschen auf, da der Krieg deren Versorgung anscheinend nicht negativ tangiert, sondern positiv beeinflusst hatte. Daraus folgerte Neurath, dass diese Erkenntnisse zu einer gelenkten, planwirtschaftlichen Produktion und deren Verteilung auch für eine „Friedenswirtschaft“ (Hegselmann 1979:22) gültig sein müssten. Die Friedensordnung, so merkte er an, „weist nicht nur eine ungleiche Verteilung der Vermögen auf, es wird in ihr auch weniger verbraucht, als verbraucht werden könnte“ (Neurath 1979 In: Hegselmann 1979:22). Sein politisches Ziel war es nun, den Weg hin zu einer „sozialisierenden Wirtschaft“⁶¹ zu lenken, welche diese Güter „zu Gunsten der Gesellschaft mittels planmäßiger Verwaltung“ (Neurath 1919^a, 3 In: Hegselmann 1979:25),(vgl. Sandner 2014:115) verteilte. Die sozialistische Wirtschaftsordnung solle feststellen,

„über wie viele Wälder, Sümpfe, Wasserkräfte, Steinbrüche, Maschinen, Werkzeuge, Rohstoffe, Arbeitskräfte usw. sie verfügt um Pläne auszuarbeiten, auf Grund deren diese Le-

⁶¹ Unter einer sozialisierenden Wirtschaft verstand Neurath „die Gesamtwirtschaft einer planmäßigen Verwaltung, die durch die Gesellschaft für die Gesellschaft unterworfen werden sollte“, wobei auffallend ist, dass er die Begriffe „Sozialisierung“ und „Sozialismus“ genauso synonym verwendet wie „sozialisiert“ und „sozialistisch“.

bensgrundlagen in Wohnung, Nahrung, Kleidung, Bildung, Vergnügungen, Gesundheitspflege verwandelt werden können, sei es unmittelbar, sei es mittelbar durch Erzeugung neuer Maschinen und anderer Werkzeuge.“ (Neurath 1922:23 In: Sandner 2014:117)

Neurath selbst, so Amann (1983:130), weist vorausblickend darauf hin, dass, wenn man den Marxismus als kollektiv geschlossene Betrachtungsweise versteht, hierin alle Arten der Lebensbetrachtung miteingeschlossen sind, also im weiteren Sinn auch die der Lebenslage. Gegensätzlich dazu sieht er die bürgerlich, kapitalistische Ordnung in der jeder für sich selbst und ohne Rücksicht auf gesellschaftspolitische Belange versucht, die jeweilig für sich selbst günstigste Lebenslage zu erlangen. Für Neurath ist daher eine sozialisierte Wirtschaft am ehesten eine Naturalwirtschaft, in der es keine Geldrechnung, sondern „nur eine Naturalrechnung“ (Hegselmann 1979:25) gibt. Diese Überlegungen berücksichtigend, ist der Begriff der Lebenslage für ihn vor allem deshalb von grundlegender Bedeutung, da die sozialistische Ordnung eine strukturell und ideologisch organisierte Gesellschaft vorsieht, in der die Lebenslagenverteilung nicht nur Wirkung, sondern auch das Ziel derselben ist (vgl. Amann 1983:130).

Bezugnehmend auf eben diese gesetzten Maßnahmen ergibt sich allerdings jenes auch heute noch gültige Paradoxon, das je mehr Einfluss durch politische Entscheidungen (Beschäftigungsgesetz, Steuergesetze, Handelsverträge etc.) am Produktionsprozess zugunsten Benachteiligter verändert wird, umso häufiger interveniert werden muss, um der ursprünglichen Intention gerecht werden zu können (vgl. Amann 1983:130). Neuraths Ansatz, „die Lehre der Ökonomie von den abstrakten Kategorien der wirtschaftlichen Kalkulation wegzubringen und den Fokus stattdessen auf die Lebensqualität der Menschen zu lenken“ (Sandner 2011 In: nzz: der Plan der Pläne) war begründet in seiner Überzeugung, dass das Wissen durch Zugang zu Bildung und Kultur verallgemeinert und demokratisiert werden müsse.

Seine wichtigsten Arbeiten, in welchen er den Begriff der Lebenslage analysierend und damit im historisch-politischen Zusammenhang verwendet, sind „Wirtschaftsplan und Naturalrechnung“ (1925) „Inventory of the Standard of Living“ (1937) und „Empirische Soziologie“ (1931) (Amann 1983:130).

5.1.2 Otto Neurath und sein Konzept der Lebenslage

„Die Lebenslage ist der Inbegriff aller Umstände, die verhältnismäßig unmittelbar die Verhaltensweisen eines Menschen, seinen Schmerz, seine Freude bedingen“.

(Neurath 1931:125)

Laut einer Anmerkung Amanns dürfte Neuraths Konzeption der Lebenslage aus dem Jahr 1917 stammen. Vorerst beschäftigt „sich Neurath in den Jahren 1911/1912 mit der Frage, wie sich Nutzen messen lässt und wie die interpersonale und intertemporale Vergleichbarkeit von Nutzen von seiner Messbarkeit abhängt“ (Leßmann 2006). Neurath erkennt die Notwendigkeit, die „Nutzendifferenz“ als Bedingung für Vergleichbarkeit einzuführen. Solange dieser Nutzen „aber nur ordinal messbar ist, lässt sich der Nutzen verschiedener Personen, ihr Wohlergehen aber nicht miteinander vergleichen“ (vgl. Leßmann 2006). Da Neurath dies, für sich selbst, unakzeptabel findet, greift er auf den Begriff der Lebenslage als Lösungsansatz zurück und definiert folgende Elemente als deren Inhalte:

„Wohnung, Nahrung, Kleidung, Arbeitszeit usw. (...)“ (Neurath, 1929:58 In: Leßmann 2006). Erst in den Jahren 1925 und 1931 fügt er dem Begriff der Lebenslage weitere Elemente zu wie: „freundliche, menschliche Umgebung“, die „Menge an Malariakeimen“, „Bücher, Theater, Vergnügen“, „Mußzeit“ und „Entfaltung der Persönlichkeit“ (Leßmann 2006)

Otto Neurath gilt nicht nur deshalb als der Urheber des Begriffes der Lebenslage, weil er ihn ab den frühen 1930iger Jahren selbst verwendete, sondern vor allem deshalb, weil er die Verwendung dieser Begrifflichkeit erstmals für eine soziologische Gesellschaftsanalyse vorschlug. Neurath betont die Mehrdimensionalität dieses Begriffes und definiert Lebenslage als „Inbegriff all der Umstände, die verhältnismäßig unmittelbar die Verhaltensweisen eines Menschen, seinen Schmerz, seine Freude bedingen“ (Neurath 1931:125).

Als „Umstände“ definiert Neurath beispielsweise die Versorgung mit Wohnung, Nahrung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege, Theater, Bücher, freundliche menschliche Umgebung usw. und meint damit, dass hier wesentliche Teilbereiche menschlichen Lebens nicht vom „epikurischen Ansatz“⁶² ausgespart bleiben dürfen.

Lebensboden, Lebensordnung und Lebenslage sind bei Neurath jene räumlich utopischen Schlüsselbegriffe menschlichen Daseins, in dem gesellschaftspolitische Zwänge und Gegebenheiten, basierend auf kulturell-historischen Erfahrungen, sich den individuellen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten bedingen. Diese „sozialen Tatsachen“⁶³

⁶² Epikur, griechischer Philosoph: Karl Marx beschäftigte sich in seiner Dissertation mit Epikur, Neurath brachte das Gedankengut des Epikur in den „Wiener Kreis“ ein.

⁶³ Im Sinne Emile Durkheim (1858-1917): fait social.

werden jedem, quasi als Geburtsgeschenk oder auch als Danaergeschenk⁶⁴ mit in die Wiege gelegt.

Neurath strukturiert die Lebenslage in drei Ebenen:

- den Lebensboden, den man auch als Infrastrukturebene bezeichnen könnte,
- die Lebensordnung als Soziale Struktur und
- die Lebenslage als verbindende, institutionelle Struktur.

Sandner (2014:215) beschreibt die Definition Neuraths folgendermaßen: „Das menschliche Gefüge ist in einen Lebensboden eingebettet, welcher das Klima, die Geographie und natürliche Grundlagen umfasst“. Plakativ zeichnet Neurath das Bild vom Lebensboden als einem „Stück Welt mit all seinen Bestandteilen“ (Amann 1983:132). Hierunter kann man eine strukturierte Gesellschaftsform, einen Staat mit seinen historisch entwickelten Formen von Arbeit, Einkommen, Gesundheit und Bildung, des politischen Bewusstseins, unterschiedliche Formen der Partizipation, der Inklusion, individuelle Bedürfnisse usw. verstehen (vgl. Amann 1983:132).

Lebensordnung nennt Neurath die Gesamtheit der Gewohnheiten und ihrer Verknüpfungen. Darunter versteht er alle Maßnahmen, Einrichtungen und Gebräuche eines Menschen oder einer Menschengruppe. „Da Lebenslagen immer von der Gesellschaft produziert werden und sich innerhalb einer Lebensordnung entwickeln, werden

- soziale Prozesse dauernd im Zentrum der Aufmerksamkeit gehalten und
- diachrone und synchrone Betrachtungsweisen“

erfordert (Amann 2016:09). Neurath selbst definiert das so: „Die Soziologie muss als ausgebildete Organisationslehre gerade der Lebensordnung ihr besonderes Augenmerk zuwenden, die Entstehung bestimmter Lebensordnungen untersuchen und nun zusehen, wie in ihnen der vorhandene Lebensboden benützt wird“ (Amann 2019:09).

Lebenslage ist die real erlebte Lebenssituation von Menschen. Lebenslage, Lebensboden und Lebensordnung hängen zusammen und voneinander ab. Lebenslagen sind daher laut Amann (1983:131) auch der „Inbegriff gesellschaftlicher Bedingtheit“. Die Versorgung der Menschen mit Nahrung, Wohnung, Kleidung, Gesundheitspflege, Büchern, Theater definiert – in Ergänzung zur Lebensordnung und zum Lebensboden – die Lebenslage. Die Begrifflichkeit von Lebenslage geht aber noch weit darüber hinaus. Neurath selbst geht z.B. vom physiologischen Vorgängen im Körper aus (Verdauung, Ernährung, Muskelzustand und Hauterwärmung) und vertritt die These, dass

die Lebenslage eines Menschen z.B. durch die Menge Brot, die er isst, durch die Kleidermenge, die er benützt, durch die Arbeit, die er leistet und die Krankheit, die er mitmacht, nach Menge, Anordnung usw. charakterisiert werden kann“ (Amann 2016:5f).

⁶⁴ Danaergeschenk ist ein Begriff aus der griechischen Mythologie und bedeutet „unheilvolles Geschenk.“

Innerhalb des Lebensbodens können individuell unterschiedliche Abschnitte ausgesondert und ummantelt werden, welche dann als Stimmungssubjekt⁶⁵ bezeichnet werden. Je nach Ummantelung nimmt dann dieses Stimmungssubjekt Einfluss auf die Lebensstimmung des einzelnen Menschen als sein Lebensstimmungssubjekt (vgl. Amann 1983: 132). Neurath formuliert dies, laut Amann so: Um zu wissen, wie es einem einzelnen Bauern

„stimmungsmäßig ergeht, brauchen wir nicht die Äcker, Sümpfe, Pferde usw. ins Auge fassen; es genügt, wenn wir wissen, wie es mit seiner Ernährung, seiner Bekleidung, seiner Behausung bestellt ist, wie es mit den Malariakeimen in seinem Blute, wie mit den Möglichkeiten, spazieren fahren, Bücher lesen, Radio hören, sein Persönlichkeitsbewusstsein entfalten, sich mächtig und tüchtig, erbaut und entrückt fühlen zu können“ (Amann 1983:132).

Der Mensch ist, als einziger Bezugspunkt, das Lebensstimmungssubjekt, die Lebensstimmung selbst, ist „die Erfreulichkeit oder Unerfreulichkeit des *Erlebens*“ (Amann 1983:132).⁶⁶

Amann meint an anderer Stelle (Amann 2016:05f), dass die „Lebensstimmung einfach der gemeine Ausdruck für Glück und Unglück“ sei, und vor allem auch mit dem „Erleben aller Art in Zusammenhang steht, wie Essen, Trinken, Lesen, künstlerischem Empfinden, religiösem Schauen, sittlichem Grübeln, Lieben, Hassen, heldenhaftem und feigem Verhalten“. Die Lebensstimmung kann Ursache, aber auch Wirkung sein und beide beeinflussen sich wechselseitig. Um die Datengrundlage für die Untersuchung der Lebenslage verbessern und anschaulich gestalten zu können, schlägt Neurath die Einführung eines „Lebenslagenkatasters“ (Neurath 1937 In: vgl. Leßmann 2006) vor. In diesem Lebenslagenkataster werden die gesammelten Angaben zur Lebenslage einer Person zusammengefasst und als „Lebenslagensilhouetten“ (vgl. Leßmann 2006) transparent und anschaulich dargestellt. So können zwar einzelne Dimensionen der Lebenslage miteinander verglichen werden, in ihrer Bezugnahme auf die gesellschaftliche Gesamtheit lässt sie sich aufgrund ihrer Mehrdimensionalität aber nur dann einschätzen und vergleichen, wenn die Unterschiede in eine Richtung (quantitativ mehr oder weniger) weisen.

Lebenslage wird also definiert als die reale Lebenssituation von Menschen und den sie bedingenden makro- und mikrotheoretischen Aspekten. Gegenstand einer empirischen Analyse müssen daher wirtschaftliche, politische und rechtliche Lebensbedingungen

⁶⁵ Plakativ vorstellbar ist das so, als wenn man mit einem Bohrer aus dem „Lebensboden“ ein Stück heraushebt und die Zusammensetzung der unterschiedlichen Erdschichten sieht, die sich über Jahrtausende durch Verschiebungen der Erde, durch Ablagerungen und durch von außen bedingte Wettereinflüsse gebildet haben. Beim Individuum und in der Gesellschaft verhält es sich ähnlich, denn auch sie sind geprägt durch Zeit, Raum, Geschichte und individuelle Eigenschaften und sind so, entweder als Individuum oder als Gruppe, als ein Abbild ihrer Lebenslage erkennbar.

⁶⁶ Zur Operationalisierung obgenannter Begrifflichkeit: Wenn also die „Lebensstimmung eines Stimmungssubjektes“ (sprich: Lebensstimmung eines Menschen) innerhalb einer gewissen Zeitspanne und innerhalb einer undefinierten Bandbreite an Erfreulichkeit oder Unerfreulichkeit (von-bis) erläutert und erklärt werden soll, fehlt jener vergleichbare Bezugspunkt der Bewertung, von dem eine Abweichung in die eine oder andere Richtung feststellbar ist oder nicht.

ebenso sein wie individuelle Bedürfnisse, Stimmungen, Bewusstsein, Absichten, Ernährung, Gesundheit, Sterblichkeit und Lebensplan (vgl. Amann 1983:132).

An einer anderen Stelle (Neurath 1937 In: Amann 1983:135) fordert Neurath, der sich selbst als „Gesellschaftstechniker“ (Amann 1983:129) verstand, dass der Begriff der Lebenslage die Ernährung, Wohnen, Kleidung, Theater, Krankheit, Berufszufriedenheit und auch die Freizeit umfassen soll, damit alle relevanten Lebensbereiche in Betracht gezogen werden können. Die Theorie der Lebenslage ermöglicht das Beschreiben gesellschaftlicher Verhältnisse.

In seinem Artikel: Inventory of the Standard of Living plädiert Neurath (Neurath 1937:150 In: Amann 1983:134f) dafür, dass die Lebenslage „als Begriffskonzept generell in die Sozialwissenschaften eingeführt werden“ soll. „Nicht nur Wohnung, Nahrung, Kleidung und andere Teile des Realeinkommens sollen damit erfasst werden, sondern auch Mortalität, Morbidität usw.“ (Amann, 1983:134). An anderer Stelle fordert Neurath dazu auf, in das Konzept der Lebenslage auch „alle durch Theorie als relevant bestimmten Bereiche“ in die Untersuchung „menschlicher Lebensverhältnisse“ (Amann, 1983: 135) mit einzubeziehen.

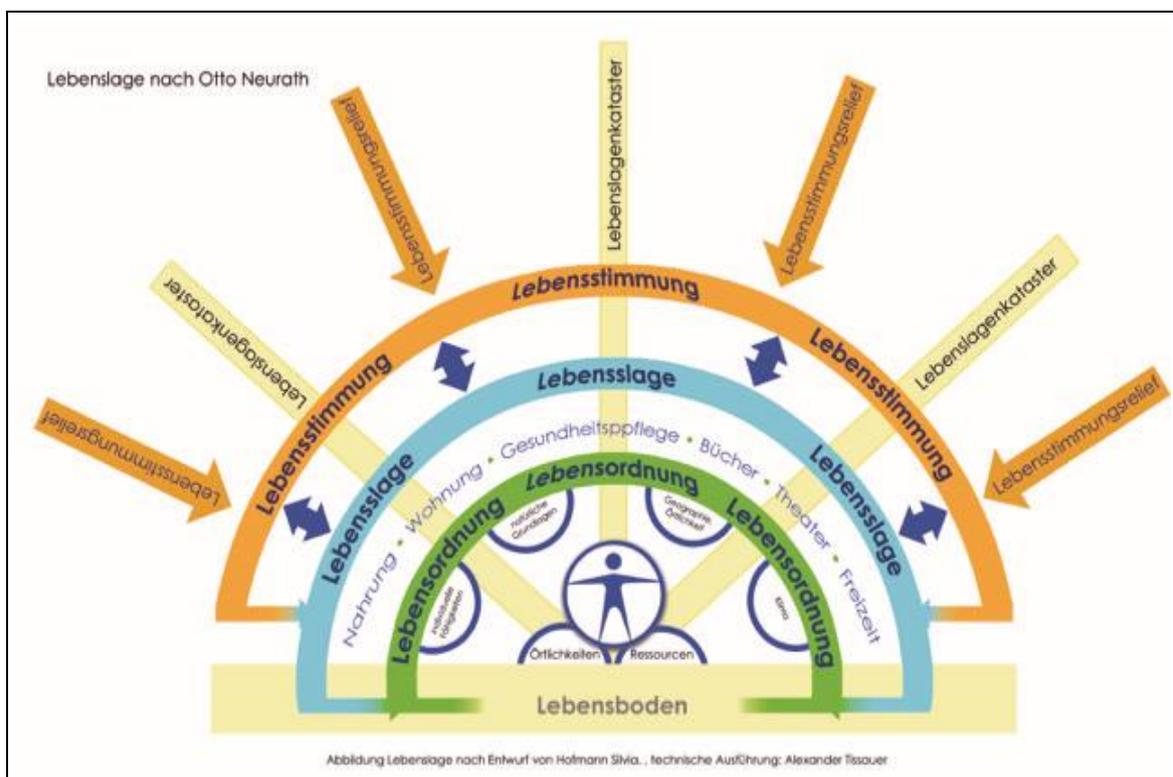


Abbildung 3: Darstellung von „schalenartig umgebenden Lebenslagenbedingungen“, Quelle: Eigentwurf

Amann spricht an einer anderen Stelle davon, dass der Kern der Lebenslage als ein von mehreren Schichten umgebener vorstellbar ist und dadurch eine Beziehung zwischen

„Verhältnissen und Verhalten“ herstellt, also eine „bedingte“ und eine „bedingende“ (vgl. Amann 1983 In: Backes/Clemens 2000:57).

5.1.3 Otto Neurath und die Wiener Methode der Bildstatistik

In seinem Bemühen um Verständlichkeit und Transparenz konstruierte Neurath die „Bildstatistik nach Wiener Methode in der Schule“ (1933) und aufgrund der in der niederländischen Emigration geschriebenen „International Picture Language“ (1936) entwickelte er sparten- und berufsbezogene Piktogramme, die der Veranschaulichung und besseren Verständlichkeit dienen sollten. Die Wiener Methode war kein abgeschlossenes System, sondern basierte auf wenigen Grundprinzipien, deren strikte Einhaltung die Wirksamkeit erhöht (vgl. Sandner 2014:189). Ihr Vorteil bestand in der Klarheit und Präzision ihrer Aussage. Neuraths Credo lautete: „Worte trennen – Bilder verbinden“ (Sandner 2014:192).

5.2 Weiterführende Ansätze der Lebenslagenforschung - Diskurse und namhafte VertreterInnen

Unter dem Begriff „Lebenslage“ werden die von der Gesellschaft tradierten und vorgegebenen Bedingungen des Lebens mitsamt den individuellen Fähigkeiten und gruppenspezifischen Gestaltungsmöglichkeiten als „Konstellationen von äußeren Lebensbedingungen, die Menschen im Ablauf ihres Lebens vorfinden, sowie die mit diesen äußeren Bedingungen in wechselseitiger Abhängigkeit sich entwickelnden kognitiven und emotionalen Deutungs- und Verarbeitungsmuster, die diese Menschen hervorbringen“ (Amann 1983:147) verstanden. Um einen kurzen Überblick über die von Neurath ausgelöste und dann, in weiterer Folge von anderen WissenschaftlerInnen weitergeführte Diskussion über die Definition von Lebenslage und der Festlegung jener Kategorien und Indikatoren, welche als ausdrucksstarke und vergleichbare Messgröße gewertet werden könnte zu erhalten, soll nachfolgend auf die für diese Forschungsarbeit wichtigsten ForscherInnen und deren Ansätze hingewiesen werden.

5.2.1 Das Konzept der Lebenslage bei Gerhard Weisser

Weissers Konzept der Lebenslage entspringt einer intensiven Auseinandersetzung und Beschäftigung mit Neuraths Konzeption, unterscheidet sich aber von diesem dahingehend, dass Weisser seinen wissenschaftlichen Bezugspunkt zum Lebenslagenansatz im Bekenntnis zu einer marktwirtschaftlichen Wirtschaftsordnung sieht. Während Neurath vom zentralistisch und planwirtschaftlich gelenkten, sozialistischen Ansatz ausgeht, ver-

tritt Weisser, als gelernter Sozialwissenschaftler, eher den sozialpolitischen Forschungsansatz. Er gilt als einer der „prononciertesten Vertreter dieses Konzepts der Lebenslage“ (Möller 1978:554 In: Schwenk 1999:33). Weisser veränderte die sprachliche Formulierung seines jeweiligen Verständnisses von Lebenslage immer wieder geringfügig, so dass der Soziologe und Erziehungswissenschaftler Kurt Möller bei seinen Recherchen über Weisser „nicht weniger als fünf Definitionen von Lebenslage“ (Möller 1978:554 In: Schwenk 1999:33) vorfand. Diese geringfügigen Veränderungen beruhten vor allem auf seinen zeitlich differentiellen Zugängen zum Termini „wichtige Interessen“. Diese Interessen formten sich bei ihm zu „Grundanliegen“ aus und so bezeichnete er diese steten Abänderungen als „säkular zeitbedingte Leitregeln“ (Schwenk 1999:35).

Ingeborg Nahnsen stellt fest, dass der wesentlichste Unterschied zwischen Neuraths und Weissers Konzept in der „Weisser’schen Abkehr vom Hintergrund einer zentralistischen Wirtschaftslenkung und -planung“ (vgl. Nahnsen 1992:102 In: Henkel/Merle 1992:102 und In: Schmidtke 2005:19) liegt.

Amann weist darauf hin, dass „der wissenschaftlich-politische Bezugsrahmen bei Neurath die zentral gelenkte Naturalwirtschaft einer sozialistischen Gesellschaft ist, bei Weisser ist es das Feld der Sozialpolitik im Rahmen einer Marktwirtschaft“ (Amann 1983:139). Darauf bezugnehmend ist es nicht verwunderlich, dass Weissers Arbeitsschwerpunkt mehr „vom normativen Anspruch von Sozialpolitik“ ausgeht, die er „eindeutig als Lebenslagenpolitik bestimmt“ (Schmidtke 2005:19).

Im Jahr 1959 definierte Weisser die Lebenslage: „als den Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die er bei ungehinderter und gründlicher Selbstbestimmung als bestimmend für den Sinn seines Lebens ansieht“ (Weisser 1978:386 In: Henkel/Merle 1992:103).

Hier deutet Weisser an, dass es im „gesellschaftlichen Verteilungsprozess“ nicht nur um die Verteilung von Einkommen und Vermögen geht, sondern darum, dass hier „Lebenslagen verteilt werden“ (Nahnsen In: Henkel/Merle 1992:103). Jede Änderung im gesellschaftspolitischen Verhältnis wirkt sich auch auf die Lebenslage und die soziale Position des Einzelnen aus. Die im jeweiligen System gesellschaftspolitisch verankerte Ordnung birgt ein in sich geschlossenes System von Lebenslagen mitsamt den ihnen eigenen Werten und richtet sich nach Befriedigung oder Nichtbefriedigung der Grundanliegen (wichtige Interessen) ihrer Individuen. Sozialpolitik im Sinne Weissers ist es, „die Lebenslage sozial Schwacher zu verbessern“ (Nahnsen, In: Henkel/Merle 1992: 103).

An dieser Stelle soll erneut die Problematik bezüglich der ungenauen Definitionsbreite angesprochen werden, weil Schwenk davon spricht, „dass jeder Halbsatz und sogar die meisten der gebrauchten einzelnen Begriffe nicht nur für Interpretationen offen, sie vielmehr interpretationsbedürftig“ seien (Schwenk 1999:36). Dies deshalb, weil der Lebens-

lagenansatz der vorliegenden Forschungsarbeit genau hier unklar zu werden scheint und neu überprüft werden muss. Klar und jeder Kritik entzogen ist, „dass die Lebenslage maßgeblich dafür ist, ob und inwieweit der Einzelne seine angestrebte Lebensgestaltung tatsächlich realisieren kann, unklar bleibt, ob die äußeren Umstände objektiver oder subjektiver Natur sind“ (Schwenk 1999:36). Weisser geht in seinem Lebenslagebegriff nicht unbedingt von der tatsächlichen Nutzung dieses Handlungsspielraumes durch die/den Handelnde/n aus. Er erkennt das Individuum zwar als handelndes Subjekt an, klammert es aber aus seiner Begrifflichkeit von Lebenslage aus, da er die Ergreifung und Nutzung der Spielräume abhängig von „vorhandenen Interessen und menschlichen Grundanliegen“ (vgl. Engels 2008:643-646) sieht. 1972 definierte Weisser die Lebenslage dann so:

„Als Lebenslage gilt der Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten oder bei möglichst freier und tiefer Selbstbestimmung und zu konsequentem Verhalten hinreichender Willensstärke leiten würden.“ (Weisser 1978: 275 In: Amann 1983:141)

Bezugnehmend auf die Operationalisierung sieht Weisser selbst hier zumindest zwei Elemente, die näher zu erläutern sind, da die Lebenslage eines Menschen weit subtiler als nur durch Einkommen und Vermögen bestimmt wird, denn verteilt wird nicht nur Geld und Kapital, „verteilt werden Lebenslagen“ (vgl. Amann 1983:142). Weissers Konzeption der Lebenslage weist hier „eine Reihe alter und neuer Probleme“ auf, „da die Definitionen mit Mängeln behaftet seien“ (Möller 1978: 563f In: Schwenk 1999:34). So bleibt unklar, von welchen „Grundanliegen“ hier ausgegangen wird und wie die Umsetzung bei „freier und tiefer Selbstbestimmung“ verwirklicht werden könne. Weiters sind z.B. die Begrifflichkeiten von „konsequentem Verhalten“ und „hinreichender Willensstärke“ zu hinterfragen und genau zu definieren, denn „konsequentes Verhalten“ hat mit Konsequenzen zu tun. Diese Medaille hat zwei Seiten und zwar für alle Beteiligten und kann zumindest für eine Seite fatal enden. Dasselbe gilt für die Definition von „hinreichender Willensstärke“.

Trotz der Berechtigung der Kritik am Weisser'schen Ansatz, darf darauf hingewiesen werden, dass „diese nicht auf ein Unvermögen des Wissenschaftlers zurückzuführen“ sind, sondern inhaltlich begründet, im Gegenstand selbst liegen“ (vgl. Schwenk 1999:35), denn Weisser gilt nach wie vor „als wichtigster Vertreter des Lebenslagenpostulats seiner Zeit“ (Schwenk 1999:35).

5.2.2 Ingeborg Nahnsen

Unter Lebenslage versteht Nahnsen, „in expliziter Anlehnung an Weisser, die Vielheit einer komplexen Lebenssituation“ (Nahnsen 1975:148 In: Schwenk 1999:42). Innerhalb dieser komplexen Lebenssituation sieht sie nicht nur die wirtschaftlich-materielle Lage, sondern vor allem auch immaterielle Interessen, wie z.B. die mit der Staatsbürgerschaft verbundenen, gesellschaftspolitischen Rechte von Menschen, die einer bestimmten Schicht zuordenbar und daher für eine Operationalisierung abgrenzbar sind. Diese Abgrenzung nimmt sie vorerst durch die Aufteilung in „objektive Merkmale bzw. subjektive Umstände und durch den Verweis auf die ähnlichen Lebenslagen größerer Bevölkerungsgruppen“ (Schwenk 1999:43) vor. Im Artikel zum Arbeitsschutz weist sie darauf hin,

„dass Sozialpolitik verstanden werden kann und hier verstanden wird als ein Inbegriff von Veranstaltungen zur Beeinflussung von Lebenslagen, und zwar zu ihrer planmäßigen Beeinflussung in dem Sinne, dass Modifikationen oder gar grundsätzliche Abweichungen von denjenigen Ergebnissen bewusst angestrebt werden, die sich unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen hinsichtlich der Lebenslagen sonst einstellen würden“. (Nahnsen 1975:148)

Für Nahnsen dient der Termini „Lebenslage“ der „Beschreibung der sozialen Strukturiertheit“ (Schwenk 1999:43/Osterland 1975:148) und bezeichnet damit die Vertretung jener Interessen, die bei Weisser mit „Grundanliegen“ titulierte werden, wodurch sich aber die Konzeption Nahnsens von Weissers Lebenslagenkonzept unterscheidet. Klar erkennbar wird dies darin, dass Weissers Konzeption, die ja bekanntlich sozialpolitisch begründet ist, eine unbegrenzte Anzahl von individuellen und unbekanntenen Grundanliegen aufweist, welche nur für und über Individuen erfahrbar gemacht werden können, während Nahnsen darauf hinweist, dass „dies weder ein gangbarer noch ein notwendiger Weg ist, da die Interessen der Individuen nicht nur durch die von Weisser unterstellte Selbstreflexivität, sondern auch durch ihre soziale Erfahrung bestimmt werde“ (Schwenk 1999:43).

Weiters geht Nahnsen davon aus, dass der Gegenstand der Sozialpolitik „niemals Einzelpersonen mit ihrem individuellen Schicksal, sondern gesellschaftliche Schichten sind“ (Nahnsen 1971:97ff In: Schwenk 1999:42). Sie vertritt die Meinung, dass sich die soziale Schichtung in den „Funktionszusammenhängen der Gesellschaftsordnung“ widerspiegeln, „deren Mitglieder durch die gleichen, objektiven Merkmale ihrer Lebenslagen miteinander verbunden sind“ (Nahnsen 1975 In: Schwenk 1999:42). Nahnsen folgt nicht dem Weg Weissers, die Grundanliegen des Einzelnen zu erforschen, sondern sie beginnt nach den Ausprägungen der Bedingungen zu fragen, „unter denen Interessen überhaupt ins Bewusstsein gehoben und befriedigt werden können“ (Nahnsen 1975:159 In: Schwenk 1999:43). Mitte der 1970er Jahre erkannte Nahnsen die Schwäche des

Weisser'schen Konzeptes der Lebenslage in der Definitionsungenauigkeit und ihre damit verbundene Auswirkung auf die Messgenauigkeit. Damit gelang es, Ungenauigkeiten hintanzuhalten und eine bessere Operationalisierung zu erzielen. Ingeborg Nahnsen formulierte eine Reihe von Bedingungen, bei denen zwar die Zielsetzung Weissers erhalten bleibt, die Schwächen der Operationalisierung des Konzepts beseitigt sie jedoch durch die Erweiterung um fünf fiktive Einzelspielräume und die Ausformulierung von Postulaten.

Fünf fiktive Einzelspielräume (Nahnsen 1975:148 In: Jetter 2004):

- Versorgungs- und Einkommensspielraum der den Umfang der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen sowie den Zugang zu Ressourcen beschreibt.
- Kontakt- und Kooperationsspielraum, welcher die Möglichkeiten der Kommunikation, Interaktion und die Teilhabe an sozialen Netzwerken (Pflege sozialer Beziehungen) definiert.
- Lern- und Erfahrungsspielraum umfasst die Chancen zur Entfaltung und Verwirklichung von Interessen schulischer und beruflicher Bildung, schließt aber auch die Erfahrungen der Arbeitswelt mit ein. Prägend für Form und Inhalt der Verinnerlichung sozialer Normen.
- Muße- und Regenerationsspielraum zeigt Ausgleichsmöglichkeiten von psychisch-physischen Belastungen durch Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen sowie Existenzunsicherheit auf.
- Dispositions- und Partizipationsspielraum umfasst die Möglichkeiten der aktiven Teilnahme sowie Mitbestimmung in verschiedenen Lebensbereichen.

In ihrem Bemühen, die von ihr geforderte, Operationalisierung voranzutreiben und trotzdem die eigentlich sozialwissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Implikationen Weissers beizubehalten, definierte Nahnsen Postulate, mit deren Hilfe sie begründete Hypothesen bilden konnte.

- **Betroffenheitspostulat**

Nahnsen ist der Meinung, dass eine Politik, die auf Verbesserung von Lebenslagen abzielt, danach trachten sollte, die Bedingungen für die Erfüllung von Grundanliegen (Interessen) der Betroffenen zu verbessern. Sie formuliert die von Weisser übernommene Definition Otto Neuraths der Interpretation von Lebenslage als nachhaltige Erfüllung von Grundanliegen dahingehend um, dass sie ausdrücklich die Grundanliegen erwähnt, die „der Einzelne als bestimmend für den Sinn seines Lebens ansieht“. Damit ist dem Individuum in seiner Selbstbestimmung Raum für den eigenen Entscheid und Wertigkeit gegeben. Nahnsen spricht auch von der Lebensgesamtchance und erkennt, dass es Gründe geben kann, die die Erfüllung dieser Grundanliegen verhindern oder zumindest die Entfaltung beeinträchtigen können (Nahnsen 1992:105 In: Henkel /Merle 1992:105).

- **Vollständigkeitspostulat**

Hiermit ist die Aufzählung und Kumulierung aller in Betracht kommenden, wichtigen Interessen gemeint, sie in ihrer Vollständigkeit zu erfassen, wobei hier allerdings kritisch hinterfragt werden muss, ob das überhaupt möglich ist, da diese Interessen zeitkonformer Veränderung unterliegen. Die zum Zwecke des Vergleichs angeführte Kumulierung von Interessen (Grundanliegen) bilden die Lebenslage in ihrer Gesamtheit und als Einheit ab, „sie bilden ein Ensemble, aus dem nicht Einzelnes herausgebrochen werden kann, ohne die Lebenslage im Ganzen zu verändern“ (Nahnsen 1992:108 In: Henkel /Merle 1992:108).

- **Sozialpostulat**

Wenn Weisser, so Nahnsen, von den „äußeren Umständen als Konstituanten des Spielraums spricht, der die Lebenslage begründet“ (Nahnsen 1992:108 In: Henkel /Merle 1992:108), so meint er wohl jene gesellschaftlich bedingten Umstände, die den Zusammenhang zwischen gesellschaftsbezogenem und individuellem, soziologisch-psychologischem Rollenverhalten widerspiegeln. Konkretisieren kann man das mit dem von Nahnsen angesprochenem Beispiel des Bezugs von Sozialhilfe, wo gesetzlich berechtigter Anspruch mit verletzbarem, moralischem Normverhalten gleichgesetzt wird und dadurch an eine Verbesserung der Lebenslage (im Sinne Weissers) nicht möglich ist.

- **Bewertbarkeits- und Vergleichbarkeitspostulat**

Lebenslage als Spielraum „eines Feldes von Möglichkeiten des Handelns und Verhaltens“ schließt mit ein, dass dieser Spielraum auch für die Chancen maßgeblich ist, erfolgreich die Perspektiven der Lebensgestaltung ändern zu können“ (Nahnsen 1992:114 In: Henkel/Merle 1992:114f). Die Möglichkeit des Veränderns von Lebenslage bedingt persönlich emotionale Eigenschaften wie Kraft und Ausdauer, verlangt aber auch den Einsatz materieller (ökonomischer) als auch immaterieller (Qualifikation, Haltung) Ressourcen. Beim Scheitern des Versuches von einer Lebenslage in eine andere Lebenslage zu wechseln, gehen die Sicherheiten der ursprünglichen Lebenslage ebenso verloren, wie die Chance, eine andere Lebenslage mit anderen Möglichkeiten zu erreichen. Bewertbarkeit setzt Vergleichbarkeit voraus und umgekehrt, „das Maß möglicher Entfaltung und Befriedigung von Grundanliegen bestimmt den Wert der Lebenslage“ (Nahnsen 1992:111 In: Henkel/Merle 1992:111), wobei es aber nicht darauf ankommt, ob das Individuum diese Möglichkeiten auch nutzt. Nahnsen meint an derselben Stelle auch, dass diese inhaltliche Problematik auch mit Umschreibungen wie „sozial Schwache“, „soziale Gefährdung“ oder „soziales Existenzminimum“ nicht gelöst werden kann und schlägt die Begrifflichkeit „Grenzniveau der Lebenslage“ hierfür vor.

- **Operationalitätspostulat**

Hier geht es darum aufzuzeigen, dass man Bedingungen definieren kann, „unter denen Interessen sowohl entfaltet, ins Bewusstsein gehoben, als auch erfüllt werden können“(Nahnsen 1992:117 In: Henkel/Merle 1992:117). Wichtig dabei ist die Struktur der Bedingungen, welche prinzipiell die Erfüllung wichtiger Interessen (bei Grad möglicher materieller Versorgung und Verfügbarkeit materieller Güter, welche bei Weisser als Grundanliegen definiert werden) zum Ziel haben. Das sind z. B (Nahnsen 1992:117 In: Henkel/Merle 1992/117):

- Grad möglicher materieller Versorgung und Verfügbarkeit materieller Güter,
- Maß möglicher sozialer Kontakte und der Kooperation,
- Maß möglicher formeller und informeller Bildung und Ausbildung, erwerbbarer Erfahrung sowie generell der Ausbildung interpersonaler Denk- und Entscheidungsmöglichkeiten, Vorstellung und Phantasie,
- Maß ständiger Regenerationsmöglichkeiten und möglicher Muße,
- Maß des möglichen eigenen Einflusses auf die relevanten gesellschaftlichen Prozesse.

Abschließend ist festzuhalten, dass es Nahnsen gelungen ist, die Problematik der empirischen und praktischen Umsetzung des Weisser'schen Konzepts mit seinem individuell subjektiv gelegten Schwerpunkt hin zum gesellschaftlich-schichtenorientierten, objektiven und abgrenzbaren Schwerpunkt zu verlegen und ihn damit einer Operationalisierung zuzuführen, wobei hier nicht übersehen werden darf, dass diese Operationalisierung keine im Sinne der Begrifflichkeit „Lebenslage“ von Weisser ist.

5.2.3 Gerhard Naegele

Gerhard Naegeles Verdienst ist es, Ingeborg Nahnsens Konzeption der Lebenslage, durch die Kategorie Alter zu erweitert zu haben. Er erwähnt speziell die Probleme und insbesondere die der „typischen sozialen Risiken des Alters“ (Naegele/Tews 1993) und bringt diese in die Armutsforschung mit ein. Wichtig sind ihm:

- die weitestgehende Verhinderung im Entstehen sozialer Risiken und Probleme,
- die Schaffung von Voraussetzungen, damit Menschen befähigt werden, ihre Probleme selbst zu bewältigen,
- das Gewähren öffentlicher Hilfe und Unterstützung bei sozialen Problemen und
- die Verbesserung der Lebenslage Einzelner und von Personengruppen.

Die Frage des sozialen Risikos und/oder sozialen Problems unterliegt einem nur politisch zu führenden Definitionsprozess, der wohl dem jeweiligen, sozialkulturellen Zeitgeist entspricht. Jedenfalls ist festzuhalten, dass soziale Risiken und Probleme sich dadurch von privaten Risiken unterscheiden, dass sie nicht ohne öffentliche Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen gelöst werden können, weil das eigene Selbsthilfepotential und die informelle Hilfestruktur darin überfordert sind. Naegele unterteilt die Lebenslage

bei älteren Menschen in folgende Ebenen (Naegerle 1998:110 In: Voß/Wehrich 2001:114):

- Der Vermögens- und Einkommensspielraum/materieller Versorgungsspielraum,
- der Kontakt und Kooperations- und Aktionsspielraum,
- der Lern- und Erfahrungsspielraum,
- der Disposition- und Partizipationsspielraum,
- der Muße- und Regenerationsspielraum und zusätzlich der
- Spielraum für die Existenz von Unterstützungsressourcen (bei alterstypischer Hilfe- und Pflegeabhängigkeit).

5.2.4 Anton Amann

Lebenslage und Sozialarbeit (Amann 1983) als wegweisende Forschungsliteratur ist nicht nur den sich in Ausbildung oder bereits im Beruf stehenden SozialarbeiterInnen ein Begriff, sondern wird auch heute noch als praktischer Theorie- und Wegbegleiter für Menschen in der Sozialszene gehandelt.

Anton Amann beschäftigte sich schon lange vor dem „Boom der Lebenslagenforschung“ mit den Schriften und dem Konzept der Lebenslage Otto Neuraths. Amann erkennt die Doppeldeutigkeit der „Lebenslage als Bedingung für das Handeln einerseits und als Zielgröße von Handlungen andererseits“ (Leßmann 2006:30). Die Lebenslage definiert er als (Markt)Beziehungen des Menschen, die dieser als handelndes Subjekt tätigt, sie setzt Verhaltensmaßstäbe auf struktureller Ebene und ist sowohl im intrakulturellen als auch im interkulturellen Bereich prägend. Änderungen der Ausgangsposition von Lebenslagen haben „lebenshistorische Wirkungen auf der Ebene subjektiver Befindlichkeit“ (Amann 1983:137).

Lebenslagen sind also nicht nur das Ergebnis sich stetig entwickelnder gesellschaftlich-historischer Prozesse, sondern auch gleichzeitig der durch Erleben und Handeln von Menschen individuell gestaltete Existenzraum (Amann 1983:13) der, je nachdem, sowohl Chance als auch Risiko und Niederlage bedeuten kann. „Regionalökonomische, infrastrukturelle, bildungspolitische, rechtliche und normativ-kulturelle Bedingungen sind entscheidend für die Lebenslage von Menschen und Gesellschaften“ (Amann 1983:13).

Hinsichtlich der Lebenslagenanalysen von alten Menschen bezieht Amann die psychische, physische, kognitive und emotionale Dimension mit ein und erweitert, ähnlich wie Naegele, den von Ingeborg Nahnsen definierten Muße- und Regenerationsspielraum um die Kategorie Alter. Alter muss als „soziale Dimension der Gesellschaftsstruktur, als normative und symbolische Dimension verstanden werden“ (vgl. Amann In: Backes / Clemens 2000:59).

Erlernte Dispositionsspielräume nennt Amann die Verknüpfung von Weissers utopischen Spielräumen mit externen Bedingungen und innerer Autonomie (vgl. Schmidtke 2005:40). Diese sogenannten „erlernten Dispositionsspielräume“ sollen „beide Seiten“ erfassen, denn „Erfahrungen sind Angelpunkte menschlicher Individualität und Sozialität zugleich“ (vgl. Amann In: Backes/Clemens 2000:59). Hier geht es um die Fähigkeit des Individuums, entsprechend vorgegebenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen, in kognitiver und selbstverantwortlicher Weise handeln zu können.

Den Ansätzen Gerhard Weissers und Ingeborg Nahnsens weiter folgend, entwickelte Amann seine eigene Definition von Lebenslage, die da lautet:

„Lebenslagen sind die historisch konkreten Konstellationen von äußeren Lebensbedingungen, die Menschen im Ablauf ihres Lebens vorfinden, sowie die mit den äußeren Bedingungen in wechselseitiger Abhängigkeit sich entwickelnden kognitiven und emotionalen Deutungs- und Verarbeitungsmuster, die diese Menschen hervorbringen. Lebenslage ist ein dynamischer Begriff, der die historischen, sozialen und kulturellen Wandel erzeugende Entwicklung dieser äußeren Bedingungen einerseits umfasst und andererseits die spezifischen Interaktionsformen zwischen dem sozialen Handeln der Menschen und diesen äußeren Bedingungen.“ (Amann 1983:147 In: Schmidtke 2005:29)

In seinem Buch über die vielen Gesichter des Alters, spricht Amann vermehrt von der „Balance-Arbeit“ und meint jene drei Lebenswelten, „in denen unterschiedliche gesellschaftliche Institutionen das Handeln des Einzelnen beeinflussen, steuern oder gar kontrollieren“ und daher neu definiert werden müssen⁶⁷ (Amann 1989:121):

- die Berufs- und Arbeitswelt mit seiner charakteristischen Prägung durch Produktion, Arbeitsorganisation, Leistungskontrolle und den dafür spezifischen Sozialbeziehungen,
- Ehe und Familie, die häufig als Gegenpol und Ausgleich zur straff organisierten Berufs- und Arbeitswelt gesehen wird und
- ‚freie‘, soziale Beziehungen, in welchen im Verhältnis zu den beiden anderen Punkten das geringste Maß an Institutionalisierung vorhanden ist.

Innerhalb dieser dreier „Beziehungsfelder“⁶⁸ findet je nach Priorität, schwerpunktmäßig gewichtete „Balance-Arbeit“ statt. Das Leben der Menschen ist gekennzeichnet durch einen permanenten Wechsel zwischen den sachlichen, zeitlichen, emotionalen Dimensionen dieser Welten, „angesichts derer geplant und verzichtet, zwischen denen gewählt, entschieden, aber auch vermittelt, kurz: Balance-Arbeit geleistet werden muss“ (Amann 1989:122). Daraus lässt sich schließen, dass „die Wahrnehmungs- und Handlungsweisen der Individuen untrennbar mit jenen Prioritäten und Spielräumen verbunden sind, die in den drei Bereichen institutionalisiert sind“ (Amann 1989:122). Grundlage jeder „Balance-Arbeit“ sind die sich laufend neu entwickelnden „Handlungsanforderungen und Handlungskompetenzen“ (Amann 1990:183), denn das handelnde Individuum bringt die

⁶⁷ In Anlehnung an die Definition von Amann (1989:121) gehalten.

⁶⁸ Beziehungsräume scheint hier deshalb nicht angebracht, weil diese erst durch das Handeln und die dadurch gesetzte Verbindung gebildet und konstruiert werden können.

laufend gewonnenen Erfahrungen und Kompetenzen in das weitere Handeln mit ein und lernt, sich selbst steuernd, zu agieren. Folgerichtig erweitert Amann den Lebenslagenansatz um „vier fundamentale Referenzkategorien“ (Schmidtke 2005:29) und nimmt an, dass sich „alle wesentlichen Begriffe und Dimensionen ableiten lassen müssen, mit deren Hilfe eine empirische Beschreibung gesellschaftlicher Verhältnisse möglich ist“ (Amann 2000:59 In: Schmidtke 2005:30). Diese Kategorien lauten Arbeit, Recht, Staat und Geschlecht.

In Bezug auf das Thema dieser Forschungsarbeit darf noch vermerkt werden, dass Amann in seinen Arbeiten immer wieder darauf verweist, dass durch den Einfluss von Organisationen die Lebenssituation von Einzelnen wesentlich mitbestimmt und geprägt wird. Schon in den 1970er Jahren wies E. Goffman auf die durch totale Institutionen bedingten „empirischen Ergebnisse über Hospitalisierungseffekte, Selektionsmechanismen der Wohlfahrtsinstitutionen, emotionale und kognitive Verlaufsmuster bei KlientInnen der Alten- und Pflegeheime“ (Amann 1983:136) hin. Bezugnehmend auf die hier vorliegende Forschungsarbeit und ihr Klientel ist feststellbar, dass Amanns These, „institutionelle Bedingungen werden durch soziales Handeln vermittelt“ (Amann 1983:88) stimmig ist, wie einzelne Aussagen (Siehe Kapitel 8) der Auswertungen bestätigen, denn „die überwiegend negative Beurteilung der Obdachlosen durch die Bevölkerung ist Bestandteil in deren Daseinsform“ (Amann 1983:88). Nicht unähnlich der Lebensrealität in Gefängnissen und dem Weltverlust der InsassInnen dieser totalen Institutionen ist dieser Effekt auch in Alten- und Pflegeheimen zu beobachten. Amann ist davon überzeugt, dass man, wenn man diese Zusammenhänge in einer Lebenslagenanalyse nicht miteinbeziehen würde, wichtige Prinzipien Otto Neuraths außer Acht lassen würde (vgl. Amann 1983:136).

6 Empirischer Bezugsrahmen

Dem Wohnen in einem Sozial betreuten Wohnhaus liegt ein mehrfacher Überbau von Sozialkonstrukten zugrundeliegend auf unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen zugrunde, der von PraktikerInnen meist mithilfe von Casemanagement individuell und praktikabel gelöst wird, doch: Wie geht es den ehemals wohnungslosen Frauen und Männern in diesem System, das für sie – zumindest beim Einzug – ein befremdliches war?

Nicht unähnlich einem Altenheim stellt das Sozial betreute Wohnhaus als institutionalisiertes Wohnangebot einen möglichen Lebensbereich für ehemals obdachlose Menschen dar, in dessen Setting „verschiedene Dimensionen auf das Leben und auf die gesundheitliche Verfassung der BewohnerInnen“ (Backes/Clemens 1998:221) einwirken.

Wohnungslosenforschung als eigener wissenschaftlicher Studienzweig existiert nicht, vielmehr stellt die derzeitige Forschung eher ein Konglomerat aus Themenbereichen der Armuts-, Wohnungslosigkeits-, Alters-, Gesundheits-, Migrations- und Randgruppenforschung dar. Da diese Themen zusammen mit dem Fachbereich der Sozialarbeit und Pflege aber auch immer mit Arbeit für Menschen zu tun haben, die sich „zwischen den Systemen“ befinden, sind rechtliche Zuständigkeiten aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen nicht immer klar und transparent durchschaubar. Daher soll an dieser Stelle ausführlich auf die einzelnen, unterschiedlich strukturierten Player und KooperationspartnerInnen von „Sozial betreutem Wohnen“ eingegangen werden.

6.1 Forschungsansatz

Die hier vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Lebenslage alter, ehemals obdachloser Menschen, die nun in einem Sozial betreuten Wohnhaus leben. Im Mittelpunkt der Erhebung stehen Frauen und Männer, die zumindest 50 Jahre alt sind und seit einem Jahr (oder mehreren) in dieser konzeptionell entwickelten und als dauerhaft angedachten Wohnversorgung leben. Ob sie vorher direkt auf der Straße, in einer Notschlafstelle oder in der Gruft gewohnt haben, wurde als nicht relevant betrachtet, da die Betroffenen zumindest untertags meist auf der Straße⁶⁹ lebten.

⁶⁹ Das klassische Stufen- bzw. Karrieremodell beschreibt eine Abfolge von Ereignissen, die darin kommunizieren, dass abweichendes Verhalten tendenziell an den Rand der Gesellschaft gedrängt wird, bzw. durch Ausschluss in totalen Institutionen, was wiederum zur Hospitalisierung führt (vgl. Goffman 1972),

Die Untersuchungen bezüglich der Lebenslage ob genannter Zielgruppe unternehmen explizit keinen Versuch, die subjektive Realität der Betroffenen an einer vermeintlich objektiven zu messen, „denn der Forscher muss die Welt aus dem Gesichtswinkel der Subjekte sehen, die er untersucht“ (Stryker 1976:259). Ziel ist es an keiner Stelle, den vermeintlich objektiven Wahrheitsgehalt – etwa bei der Schilderung der Gründe, die zur Wohnungslosigkeit, zur familiären Situation oder auch zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand geführt haben – zu rekonstruieren. Die von den Befragten geschilderten Umstände werden als ihre subjektive Realität konstruiert (Hofmann 2004:05).

Das Lebenslagenkonzept im Sinne eines breit gefächerten, gesamtheitlichen Ansatzes zielt darauf ab, die Mehrdimensionalität unterschiedlicher Lebensbereiche sowohl in ihrer Vielfalt und Wechselwirkung als auch in ihrer gesellschaftlichen Dimension und dadurch bedingenen Abhängigkeit aufzuzeigen. So stehen Fragen nach der Begründung der Wohnungslosigkeit, nach dem „subjektiven Warum“ aus der Sicht der Betroffenen ebenso im Mittelpunkt wie Fragen nach den unerfüllten Träumen und Wünschen, den vergeblich gesuchten Chancen, der derzeitigen Gesundheit oder auch nach dem Kampf gegen Krankheit und anderen, individuell prägenden Begebenheiten des menschlichen Lebens am Rande der Gesellschaft.

Diese Fülle an Erfahrungen und Erlebnissen in der Kindheit, im Elternhaus oder im frühen Wohnumfeld, Schulbildung, Berufs- und Arbeitsverhältnisse, die Phase der eigenen Familiengründung und ihr mögliches Scheitern, die individuell unterschiedlich erlebte Zeit der Wohnungslosigkeit, erfüllte und unerfüllte persönliche Bedürfnisse unterschiedlichster Ausprägung – die gesamte Lebenskarriere – prallen nun, auf ein in einem Gesamtbild gesehen, fremdes, professionell organisiertes Wohnumfeld und auf eine veränderte Lebensrealität.

Ihre altersgerechte Wohnversorgung, die soziale Betreuung unter Rücksichtnahme individueller Bedürfnisse und die Möglichkeit des Zukaufs von pflegerischen Betreuungsdiensten, welche gewissen Rahmenrichtlinien und einer damit verbundenen, gesetzlich festgelegten Standardisierung unterliegen, haben Einfluss auf das alltägliche Leben der BewohnerInnen von Sozial betreuten Wohnhäusern, die nun in einem Miteinander der Unterschiedlichkeiten zusammenleben (müssen).

Bezugnehmend auf die Differenziertheit des themenbezogenen Zuganges und die damit bedingte individuelle Sichtweise, wurden mehrere, methodisch unterschiedliche Vorgangsweisen gewählt, um die umfassende Thematik in ihrer Gesamtheit auch nur annähernd abbilden zu können. Daher bezieht sich diese Arbeit auf mehrere Teilbereichser-

Scheff. 1972). Im zugrundeliegenden Gesellschaftsmodell produziert und reproduziert die Gesellschaft ihre eigenen Abweichungen, die in einem kumulativen Prozess verstärkt werden. Zu einer Reformulierung des skizzierten Karrieremodells als Kritik am Labelingansatz unter Einbeziehung systemtheoretischer Bezüge (vgl. Mutz / Kühnlehn 1991).

hebungen, deren Zusammenschau jenes Bild ermöglichen soll, das im Forschungsinteresse steht, nämlich die Evaluierung der Lebenslage ehemals wohnungsloser Menschen, welche nun – in Lücke zwischen Sozialarbeit und Pflege – in einem Sozial betreuten Wohnhaus leben.

6.2 Methodische Positionierung, Vorgehensweise und angewandte Instrumentarien

Mittels der Methodologie und ihrer unterschiedlichen Instrumentarien werden die Verwendung und Begründung von wissenschaftlichen Methoden und ihr Bezug zur Forschungsarbeit festgelegt.

Als theoretische Grundlage der qualitativen Forschung wird die im symbolischen Interaktionismus begründete, subjektive Sichtweise gesehen. Diese wird in den Mittelpunkt des Forschungsprozesses gestellt und um diesen Kern werden die subjektiv als wahr empfundenen Befindlichkeiten, Zuschreibungen, Meinungen und Ideologien des „Selbst“⁷⁰ drapiert. Der symbolische Interaktionismus wurzelt in der Chicagoer Schule und vertritt eine philosophische Richtung in der es um die Frage geht, „wie sich die persönlichen Wahrnehmungen der Individuen in einer Gesellschaft zum kollektiven Handeln der Gesellschaft verhalten“ (Horvat/Kromer 2011:70).

Der methodische Teil der Arbeit gliedert sich aufgrund des unabdingbaren Zusammenhangs der Themenbereiche in mehrere große Abschnitte, wobei die Ergebnisse der Auswertung der problemzentrierten Interviews mittels der Grounded Theory als qualitativer Forschungsansatz, die Vergleichsbasis zum Lebenslagenansatz Otto Neuraths bilden.

Ergänzend dazu sind die statistischen Auswertungen der Daten des FSW und der Gesundheitsdaten des Vereines neunerhaus zu bewerten, die ebenso im Mittelpunkt stehen, um zusammen mit der sozialen Netzwerklandkarte nunmehr ein Gesamtbild der Lebenslage von ehemals wohnungslosen Menschen, die in einem Sozial betreuten Wohnhaus wohnen, zu ermöglichen.

Der erste methodische Teilbereich beinhaltet hauptsächlich die Planung und Durchführung der Interview-Sessions, die Erstellung des Leitfadens und den Zugang zum „Stakeholder“ FSW und die an ihn vertraglich gebundenen Trägerorganisationen. In weiterer Folge dieses methodischen Abschnittes wird der prozessuale Zugang zu den Trägern

⁷⁰ Im Sinne George, Herbert Meads (1863-1931): Mead teilt das Selbst in zwei Bestandteile auf. Er spricht von I und me. „Das [I] ist die Reaktion des Organismus auf die Haltungen anderer; das [me] ist die organisierte Gruppe von Haltungen anderer, die man selbst einnimmt. Die Haltungen der anderen bilden das organisierte [me], und man reagiert darauf als ein [I]“.

und den InterviewpartnerInnen beschrieben. Stellvertretend werden hier die Trägerorganisationen vorgestellt.

Der Teilbereich der Interviewführung sowie die unmittelbar danach verschriftlichten Memos, die Transkription mithilfe des Textverarbeitungsprogrammes f4-transkript und die anschließende Kode- und Kategorienbildung (f4 Dresing/Pehl 2015) wurde mithilfe des Textverarbeitungsprogrammes f4/f5 analyse durchgeführt. Vorerst wurden die Kodes erstellt, dann Kategorien gebildet, welche zu Oberkategorien verdichtet und mittels der traditionellen Auswertungsmethode der Grounded Theory nach Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser ausgewertet wurden.

Der zweite, methodische Teil widmet sich der Erhebung und Auswertung der Daten des FSW mittels der Statistikprogramme SPSS und Excel.

Der dritte Teil dieser Forschungsarbeit betrifft die Auswertung der themenspezifischen Zeitmessung und der Auswertung der Gesundheitsdaten des neunerhauses mit dem Excel-Programm.

Mithilfe der sogenannten „Triangulation“ (Flick 2011:27-59) – darunter versteht man die Kombination mehrerer Erhebungsverfahren zu ein und demselben Gegenstand – wird versucht werden, die Differenziertheit des Untersuchungsfeldes aufzuzeigen. Zur Erhebung der Lebenslage ehemals obdachloser Menschen, die nun in einem Sozial betreuten Wohnhaus leben, werden daher neben dem empirischen Auswertungsverfahren eines Kurzfragebogens mittels der Programme SPSS und Excel auch qualitative Verfahren (problemzentrierte Interviews und der Auswertung und Analyse mittels der Grounded Theory) angewandt.

6.2.1 Das problemzentrierte Interview (kurz: PZI)

Das problemzentrierte Interview, eine 1982 von Witzel (Witzel 2000) entwickelte, qualitative Erhebungsmethode, ist für den Bereich der sozialen Arbeit besonders gut geeignet, da die qualitative Sozialforschung den Menschen sowohl in seiner „subjektiven Einmaligkeit und Besonderheit, als auch seine kollektive Einbindung“ (vgl. Schmidt-Grunert 1999:13) in seinem mittelbaren und unmittelbaren Lebensumfeld erfasst. Ziel der Befragung ist es, „Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der Befragten zu einem ganz bestimmten Problem“ (Witzel 2000) zu erheben. Zunächst als Zugang zur Biografieforschung, vor allem auch in der Altenarbeit verwendet, findet das PZI mittlerweile in der gesamten Sozialforschung Anwendung (z.B. Schweppe 2006).

Das problemzentrierte Interview lehnt sich an das theoriegenerierende Verfahren der Grounded Theory (Glaser&Strauss 1998) an. Der Erkenntnisgewinn im problemzentrierten Interview ergibt sich sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess, da

durch das deduktiv-induktive Wechselverhältnis einerseits offene Fragen im Dialog auftreten und andererseits das Offenheitsprinzip durch Narrationen (Erzählaufforderungen) angeregt wird. Diese Prozessorientierung bezieht sich auf den gesamten Forschungsverlauf, da die Befragten die Möglichkeit haben sollten, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Durch das sich langsam aufbauende und während des Interviews entstehende Vertrauensverhältnis, fühlen sich die InterviewpartnerInnen ernst genommen, wodurch sowohl ihre Erinnerungsfähigkeit als auch ihre Selbstreflexion positiv beeinflusst wird. Das PZI ist auch für biographische Interviews geeignet, da durch die Erzählung von Lebensgeschichten oder „erlebten Begebenheiten“ (Witzel 2000) der ExpertInnenstatus als subjektive Sichtweise gewahrt bleibt. Ein weiterer Vorteil dieses Verfahrens ist, dass theoretisches Wissen laufend und auch während der Auswertungsphase entsteht und entwickelt werden kann, denn durch das Nutzen von „sensitizing concepts“ (Witzel 2000) kann die Analyse weiterentwickelt und eine prozesshaft entstehende Theorie so unterfüttert werden, dass die Möglichkeit einer Verzerrung zugunsten der Sichtweise des/der InterviewerIn auszuschließen ist.

Das problemzentrierte Interview zielt „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000) ab. Diese Methode wurde gewählt, um den vermeintlichen Gegensatz zwischen einem theoriegeleiteten Verfahren einerseits und dem Eingehen in die Offenheit des Interviewverlaufes andererseits aufheben und/oder auch verbinden zu können, da das PZI die Möglichkeit bietet, die Befragten als ExpertInnen ihrer Handlungen, Orientierungen und ihrer Lebensweise zu sehen. Die Möglichkeit des induktiv-deduktiven Wechselspiels und dem sich daraus folgernden Erkenntnisgewinn geben dem/der InterviewerIn die Chance, auf Aussagen des/der InterviewpartnerIn individuell und themen(problem-)bezogen einzugehen. So kann das Interview durch subjektbezogene Dialoge lebhaft gestaltet werden. Bei ausschweifenden und nicht zielführenden Monologen kann der/die InterviewerIn mithilfe des Leitfadens zur Ausgangsfrage zurückführen.

Witzels Theorie entsprechend, ergeben leitfadengestützte Nachfragen jenes Potential an Verknüpfung von Ergebnissen aus den Interviews und der Verknüpfung von theoretischem Wissen bezüglich der Auswertung und ihrer „elastischen Konzeptionierung“ (Witzel 2000), die dazu beitragen, den/die InterviewpartnerIn als ExpertIn seiner/ihrer jeweiligen Lebenslage zu sehen, sozusagen „in eigener Sache agierend“, annehmen zu können. So bietet sich die Möglichkeit, gegebene und gesellschaftsbedingte Handlungsräume verlassen, aber auch wieder betreten zu können. Selektionsmechanismen und die Ungleichheit der Ressourcenverteilung verschwinden hinter der Möglichkeit, „in Selbstreflexion zum Planungsbüro“ (Witzel 2000) des eigenen Lebenslaufs zu werden.

Witzel (1982:72) selbst erhebt drei wichtige Grundgedanken zu Prinzipien des PZI: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung.

Nachfolgend werden die verschiedenen und in dieser Arbeit verwendeten Instrumente des PZI etwas näher erläutert.

6.2.1.1 Kurzfragebogen und Beziehungslandkarte

Der **Kurzfragebogen** hat laut Witzel (1982) mehrere Hilfsfunktionen. Zum einen ist er eine ideale Einstiegshilfe zum Aufwärmen und Kennenlernen und andererseits dient er auch zur Erfassung der Sozialdaten. Um das für einen (Kurz)Fragebogen typische und weitgehend stereotype „Frage-Antwort-Schema“ hintanzuhalten, kann der/die InterviewerIn den vonseiten des/der InterviewpartnerIn gesetzten „Erzählimpuls“ als ideale Einstiegshilfe in das Interview nutzen. So wurde beispielweise bei der Frage nach der Kinderanzahl interessenshalber auch nach dem Geschlecht gefragt, ohne diesen Erkenntnisgewinn jedoch festzuhalten. Diese als vertrauensbildende Maßnahme angedachte Vorgangsweise erleichtert es, ausgehend von einem möglicherweise interessanten, anschlussfähigen Punkt (Familie, Kinder, Krankheit), „sanft“ in das Interview einzusteigen, wodurch ein „Kommunikationsbruch“ vermieden werden kann. Für diese Arbeit stellen die empirischen Daten auch eine Art „Kontrollgruppe“ für die vom FSW zur Verfügung gestellten Daten dar. Diese erhobenen Daten werden dann mit denen des FSW, quasi als Kontrolldaten, in einen Zusammenhang gestellt. Selbstverständlich handelt es sich hier allerdings um keine repräsentative Größe oder Stichprobe. Der Kurzfragebogen beinhaltet neben den statistisch biographisch interessierenden Daten, auch Fragen nach der subjektiven, stimmungsmäßigen Befindlichkeit, dem allgemeinen Gesundheitszustand und möglicher Beschwerden. Auch ein weiteres Kriterium der Lebenslage, nämlich die Frage von Lebensqualität durch Freizeitverhalten, schien von Interesse und so wurde eruiert, wieviel Zeit sowohl vor dem Computer als auch vor dem Fernseher verbracht wird.

Bei der **Beziehungslandkarte** wurde der innerste Kreis der Zeichnung als das „Ich“ des/der InterviewpartnerIn gekennzeichnet. Von diesem Mittelpunkt ausgehend wurden die InterviewpartnerInnen gebeten, Familienmitglieder, Freunde, BetreuerInnen und andere für sie wichtige Menschen in jener Nähe oder Entfernung mit Namen und Funktion einzutragen, die ihrem subjektiven Gefühl von Nähe und/oder Distanz entspricht.

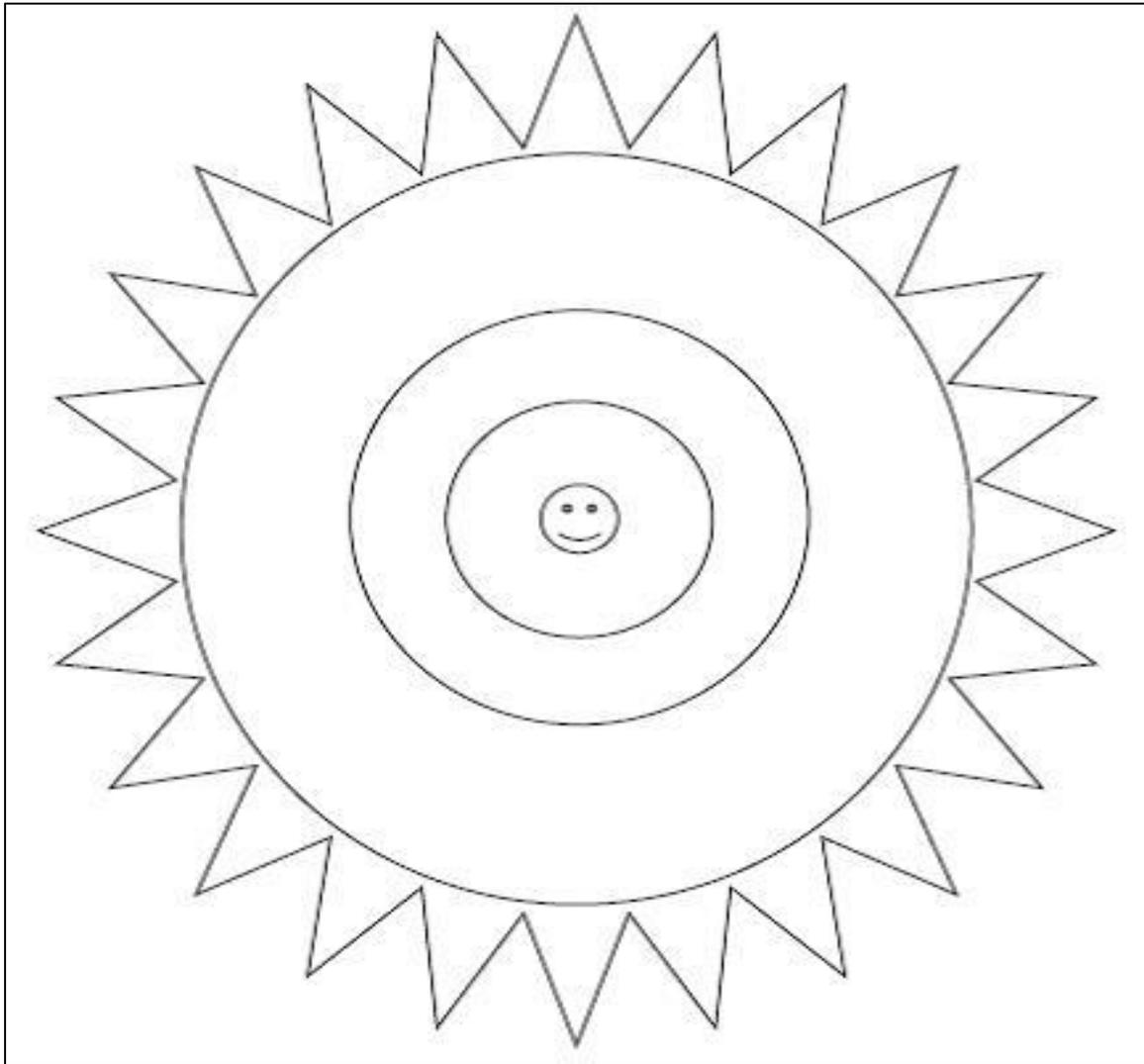


Abbildung 4: Beziehungslandkarte, Eigenentwurf

6.2.1.2 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden, der als eines von mehreren Instrumentarien des problemzentrierten Interviews das Hintergrundwissen des/der ForscherIn thematisch organisiert (Steiger 2010:51), dient als Orientierungshilfe für den Gesprächseinstieg, ist aber auch eine wertvolle Gedächtnisstütze in der Kontrollfunktion gestellter oder noch offener Fragen, um letztlich die Vergleichbarkeit des Gesagten gewährleisten zu können. Um die kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise an den Forschungsgegenstand garantieren zu können, bedient sich Witzels Methode durchaus aber auch des Informationsstandes des/der ForscherIn (vgl. Witzel 1982:90). Der Leitfaden funktioniert wie eine Art „Hintergrundfolie“ (Witzel 2000:3) oder wie ein „roter Faden“ und leitet so den/die InterviewerIn durch das Interview. Mithilfe des Interviewleitfadens wird sowohl ein kontrolliertes Vorgehen als auch ein „geistiges Abhaken“ der bereits besprochenen Themen ermöglicht. Sollte das Gespräch aus emotionalen oder anderen Gründen ins Stocken geraten, kann der Leitfaden dazu genutzt werden, sich inhaltlich zu orientieren. Prinzipiell werden le-

diglich „Fragerichtungen“ (vgl. Witzel 1982:91) vorgegeben, denn im Mittelpunkt des Gespräches steht der „Gesprächsfaden“ des/der Interviewten, an den der/die ForscherIn flexibel anknüpft, indem er/sie durch „materialgenerierende Fragen“ (vgl. Witzel 1982:98 In: Steiger 2010:47) Interesse für die Problemsicht der/des Befragten zeigt, und durch „verständnisgenerierende Fragen“ (vgl. Witzel 1982:100 In: Steiger 2010:47) versucht, das von dem/der GesprächspartnerIn Gesagte zu präzisieren und nachvollziehbar werden zu lassen.

Zusätzlich wurde ein Probeinterview durchgeführt, um Abklärung über das eigene „Interviewverhalten“ zu erlangen und dieses dann anschließend auch reflektieren zu können. Angesichts der Erfahrungen beim ersten Probeinterview wurde der Interviewleitfaden dahingehend verändert, dass in der Einleitung nicht nur über die wissenschaftliche Arbeit, sondern auch über die Autorin (die Interviewerin) selbst und ihr Interesse an dieser Forschungsarbeit gesprochen wurde. Dies vor allem deshalb, weil die BewohnerInnen von den BetreuerInnen wussten, dass eine Studentin kommen würde. Zwar war dem Vorstellungsschreiben: „Sie und Ihr Leben interessieren mich“ ein Foto der Interviewerin bzw. Autorin beigefügt, jedoch dürfte das Vorstellungsschreiben nicht bewusst betrachtet worden sein. Die BewohnerInnen erwarteten nun anscheinend eine typisch junge Studentin. Das Eintreten der Autorin verunsicherte sichtbar, weil für sie eine ältere Frau in der Rolle einer Studentin nicht kompatibel zu sein schien.

In weiterer Folge wurde der Interviewleitfaden dahingehend geändert, dass die Autorin seitlich einen Korrekturrand anlegte, um jederzeit und passend zur angesprochenen Passage Anmerkungen bezugnehmend auf Reaktionen, Störungen oder emotionale Befindlichkeiten machen zu können.

Um einerseits die Zufälligkeit und Willkürlichkeit von Erzählungen – oft bedingt durch die Betroffenheit, die sie auslösen – einzugrenzen und andererseits die anzustrebende Vergleichbarkeit zu optimieren, wurde ein Interviewleitfaden ausgearbeitet, welcher alle wichtigen und anzusprechenden Themen enthielt (für nähere Informationen hierzu siehe Anhang_003).

6.2.1.3 Tonbandaufzeichnung

Witzel empfiehlt, das Interview mittels Tonband aufzuzeichnen, da dieses nicht nur eine transparente und nachvollziehbare Interviewführung gewährleistet, sondern vor allem Einblick in den gesamten Kontext des Interviews gibt, einschließlich der Rolle des/der InterviewerIn. Ein weiterer Vorteil der Tonbandaufzeichnung ist die Kompatibilität mit dem f4 Transkriptionsprogramm, womit eine authentische und präzise Wiedergabe des Interviews gewährleistet werden kann.

Unmittelbar nach der Begrüßung und dem Vorstellungsprozedere zwischen InterviewerIn und zu Interviewenden bat daher die Autorin dieser Arbeit um Erlaubnis gebeten, das Gesprochene auf Tonband aufnehmen zu dürfen. Alle Aufnahmen wurden vollständig und mit allen Umlauten, Zwischenrufen und Pausen transkribiert, sodass sowohl die Gesprächsverläufe als auch die nachfolgenden Transkriptionen transparent und nachvollziehbar sind.

6.2.1.4 Postskripte (Memos)

Diese wurden ebenfalls unmittelbar nach dem oder den jeweilig geführten Interview(s) oder zumindest so zeitnah wie möglich verfasst und enthalten sowohl Anmerkungen, Ereignisse und Besonderheiten während der Zeit des Interviews als auch Unsicherheiten im Interviewverhalten. Nonverbale Äußerungen, auftretende Emotionen und Störungen wurden ebenso festgehalten wie Unklarheiten oder anschließende Fragen, um gegebenenfalls während einer späteren Phase der Auswertung auf diese zurückgreifen zu können. Alle Memos wurden in üblicher Weise⁷¹ kodiert.

6.2.2 Der prozessorientierte Weg - von der Gestaltung bis zur Durchführung eines problemzentrierten Interviews

Das Interview stellt einen vorläufigen Höhepunkt eines meist langwierigen Prozesses dar, der mit der Erstellung eines Leitfadens beginnt und sich in Form von mündlicher oder schriftlicher Kontaktaufnahme fortsetzt. Je nach Institutionalierungsgrad der in Erwägung gezogenen Einrichtung ist es wichtig, vorabgegebene Informationen zu konkretisieren und/oder zu ergänzen.

Grundsätzlich ist es wichtig, Vorhaben, Projekte und Forschungsarbeiten im gesamten Team unter Einbindung der Hausleitung vorzustellen, um so die Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit der Forschungsarbeit und aller daran Beteiligten zu argumentieren. Da der Zugang zu den BewohnerInnen Sozial betreuter Wohnhäuser fast nur über das Personal möglich ist, ist ihre Einbindung von Beginn an für eine gute Zusammenarbeit und das Ergebnis unerlässlich, denn „BetreuerInnen haben eine vermittelnde Position“ (Hofmann 2013). Wissend um diesen Zusammenhang, wurde die Forschungsarbeit und der damit verbundene Forschungsansatz vorab erklärt. Meist gab es rege Nachfragen ob der Art des Interviews, da der Termini „problemzentriertes Interview“ geradezu Diskussionen⁷² herausforderte.

⁷¹ Laufende Nummer des Interviews_ Geschlecht_ Alter; z. B: 010_männlich_63.

⁷² Bezugnehmend auf den Termini „problemzentriertes Interview“ herrschte die Vorstellung, dass es sich hier um ein „therapeutisches Setting“ handeln könnte.

Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten war es der Autorin ein Bedürfnis, sich als Gast akzeptiert zu sehen, der zu den BewohnerInnen, welche selbst als die ExpertInnen in eigener Sache angesehen werden, kommt. Daher war es vorteilhaft, das Interview in der jeweiligen Wohnung des/der BewohnerIn zu führen, wo der/die BewohnerIn die Rolle des/der GastgeberIn einnehmen und so eine gestärkte, persönliche Position einnehmen konnte. In den Fällen, wo das Führen des Interviews in der Wohnung des/der Interviewten vonseiten der BetreuerInnen als problematisch eingestuft wurde, wurde von der Hausleitung zugesagt, einen Raum (meist das ÄrztInnenzimmer) für die Zeit der Interviews zur Verfügung zu stellen.

Zur Akquise potentieller InterviewpartnerInnen wurde um die Anbringung des Informationsblattes „Sie und Ihr Leben interessieren mich“ (Siehe Anhang_002) an das „schwarze Brett“ und gleichzeitig auch um Verständnis dafür gebeten, dass das Forschungsinteresse an zu interviewenden BewohnerInnen bei der Kohorte 50+ liegt und der Genderaspekt wenn möglich berücksichtigt werden möge. Weiters wurde vereinbart, dass bei einer größeren Anzahl von InteressentInnen die Terminabstimmung telefonisch erfolgte. Die Dauer der Interviews wurde – je nach gesundheitlichem Zustand des/der zu Interviewenden – zwischen 50 Minuten und einer Stunde veranschlagt. Das Angebot bzw. die Bitten an die BewohnerInnen lauteten zusammenfassend:

- Bitte um eine Zeitspende für ein Interview von 00:45 – 01:00 Stunden
- Interview (wenn möglich) im geschützten Rahmen der eigenen Wohnung
- € 15,- Gutschein als Gegenleistung für die Zeitspende.

Insgesamt wurden elf Frauen und vierzehn Männer befragt, mit einem weiteren Bewohner wurde ein Probeinterview durchgeführt. Zwei durchgeführte Interviews konnten nicht verwendet werden, da der Sachwalter eines Bewohners Bedenken hatte und eine weitere Interviewpartnerin nicht in die Zielgruppendefinition (Alter 50+) passte.

Bei der Auswahl der Stichprobe wurden das Alter mit 50+ an Lebensjahren und das Geschlecht als Kriterien festgelegt. Dies auch deshalb, um die schwerpunktmäßige Betonung bestimmter Lebenslagen oder „Schieflagen“ (Alkoholproblematik, Gewaltbereitschaft u.a.m.) in der Befragung hintanzuhalten. Da rund 70% der älteren Wohnungslosen Männer sind (Wiener Sozialbericht 2015:179f), wurde darauf geachtet, dass das Geschlechterverhältnis der Lebensrealität der BewohnerInnen entsprach.

Weiters wurde Wert darauf geachtet, dass jeweils eine Gruppe von vier oder fünf BewohnerInnen eines speziellen, zielgruppenorientierten Wohn- und Betreuungsangebotes vertreten waren, um das Spektrum an Vielfalt von Menschentypen ersichtlich zu machen. Außerdem sollten die im Sample vertretenen BewohnerInnen altersmäßig durchmischt sein. Jedes Dezenium sollte mit zumindest drei - fünf BewohnerInnen vertreten sein. So waren in der Altersgruppe 50 - 59 Jahre drei Personen, in der Altersgruppe 60 -

64 Jahre neun Personen, in der Altersgruppe 65 - 69 Jahre fünf Personen, in der Altersgruppe 70 - 74 Jahre vier Personen und in der Altersgruppe 75 - 87 Jahre ebenfalls vier Personen vertreten.

Bis auf eine Interviewpartnerin waren alle Interviewten österreichische StaatsbürgerInnen. Leider ist es nicht gelungen, BewohnerInnen aus anderen osteuropäischen EU-Mitgliedsländern oder Menschen, die aufgrund der Genfer Konvention hier einen berechtigten Aufenthalt haben, für die Interviewsession zu gewinnen, was als eine Schwäche der Stichprobe ausgelegt werden kann.

Abbildung 5: Alter und Geschlecht der InterviewpartnerInnen

Altersgruppe	Geschlecht		
	Männlich	Weiblich	Gesamt
50-59 Jahre	2	1	3
60-64 Jahre	5	4	9
65-69 Jahre	3	2	5
70-74 Jahre	2	2	4
75-87 Jahre	2	2	4
Gesamt	14	11	25

Quelle: Kurzfragebogen

Eine weitere Bedingung war, dass die BewohnerInnen zumindest ein Jahr lang in einem Sozial betreutem Wohnhaus gelebt haben mussten⁷³, um an der Befragung teilnehmen zu können. Alle InterviewpartnerInnen hatten demnach auch schon eine gewisse „Obdachlosenkarriere“ hinter sich.

Um eine angenehme Atmosphäre für die InterviewpartnerInnen zu gewährleisten, wurde das Interview, wie bereits erwähnt, meist in den Wohnungen der InterviewpartnerInnen durchgeführt. Dies vor allem deshalb, um ein sichtbares Zeichen der Akzeptanz ihres ExpertInnenstatus zu vermitteln und andererseits Ihren Status als BewohnerIn zu stärken, während ich den Gaststatus einnahm. Selbstverständlich sicherte ich den InterviewpartnerInnen gleich am Beginn der Interviewsession die Anonymisierung der Gesprächsprotokolle und der Tonbandaufnahmen zu. Da das PZI ein „diskursiv-dialogisches Verfahren ist, in dem die Befragten als ExpertInnen ihrer Handlung und Orientierung begriffen werden“ (Witzel 2000:3f), ergibt sich für den/die InterviewerIn - mittels einer Kombination von aktivem Zuhören und sich ergebenden Nachfragen ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn.

Da allen Personen zu Beginn des Interviews völlige Anonymität zugesichert worden war, wurde auf jeglichen Hinweis, mit dem eine Person identifiziert werden könnte, verzichtet

⁷³ Interne Wechsel von einem Sozial betreutem Wohnhaus in ein anders Sozial betreutes Wohnhaus sind durchaus zulässig, da zielgruppenorientierte Unterbringung nicht immer sofort möglich ist.

und ein Kode gebildet, der sich aus einer dreistelligen, laufenden Nummer, dem Geschlecht und dem Alter (Stand 2016) zusammensetzt.

6.2.2.1 Störungen und persönliche Interviewerfahrungen

Nach dem Interview wurde dem/der InterviewpartnerIn Dank ausgesprochen. Immer wieder kam es zu Situationen, dass die Autorin, während einer Schweigedauer von einer Minute und mehr⁷⁴ gerne eingegriffen hätte, um das Gespräch flüssig zu halten. Wissend, dass dies nicht nur das Ergebnis beeinflussen, sondern vor allem auch zu Irritationen und Fehlinterpretationen führen würde, wurde die Taktik des verständnisvollen, freundlichen Zulächelns verwendet und die Erfahrung gemacht, dass dadurch der Redefluss der Befragten meist wieder von selbst in Gang kam. Andererseits gab es auch InterviewpartnerInnen, die ohne Unterbrechung redeten und denen es offensichtlich darum ging, viel zu erzählen. „Reden um des Redens Willen“ wurde durch gezielte Nachfragen und dem Hinführen zum Thema unterbrochen. Hier vorsichtig und lenkend einzugreifen, ohne zu manipulieren, stellte sich als eine große Herausforderung dar.

Ein einziges Mal kam es bei einer Interviewsession – bedingt durch das Erzählen einer, für die Interviewte schwierigen Lebensphase – zu einer Art „Coaching-Situation“, welche einem „therapeutischen Setting“ nicht unähnlich war. Hier suchte die Interviewte nach Erklärungen und Lösungsansätzen und meinte, diese ihre Erwartungshaltung übertragen zu können. Nach einer längeren Pause, die der Erholung der Interviewten diene und durch den wiederholten Hinweis auf die Funktion der Interviewerin als Studentin beruhigte sich die Situation und das Interview konnte fortgesetzt werden.

Für das Interview war, wie bereits erwähnt, ein Zeitrahmen von 45-60 Minuten vorgesehen, allerdings hatte der tatsächliche Zeitrahmen eine Spanne von 75-90 Minuten inklusive des Vorstellungszwischenraums, der Erhebung des Kurzfragebogens und eventuell weiterer Erläuterungen. Meist konnte der Zeitrahmen eingehalten werden, manchmal war es aber auch sehr schwierig, das gewonnene Vertrauen und den dadurch ausgelösten Redeschwall oder auch die angestrebten Verbindlichkeiten vonseiten des/der InterviewpartnerIn professionell zu beenden. und nachgefragt, ob er/sie gegebenenfalls bei Unklarheiten nochmals kontaktiert werden dürfte, was eigentlich immer bejaht wurde.

Anschließend wurde ein mit dem Anfangskode⁷⁵ des/der InterviewpartnerIn beschriftetes Kuvert übergeben, in dem sich der Gutschein und eine zu diesem Anlass extra gefertigte Visitenkarte der Interviewerin befanden. Die Visitenkarte sollte einerseits Vertrauen signalisieren und andererseits die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme des/der InterviewpartnerIn bei Nachfragen oder eventuell noch offener Fragen ermöglichen.

⁷⁴ Die längste „Schweigeminute“ betrug mehr als neun Minuten.

⁷⁵ Z.B: 001_weiblich_ (das fehlende Alter konnte erst nach dem Interview ergänzt werden).

6.3 Institutionen und Player – Zugang, Datenerhebung und Vorgangsweise

6.3.1 Aufbau und Struktur des Fonds Soziales Wien

Der Fonds Soziales Wien (kurz: FSW) ist das mit der Ausführung beauftragte, durchführende Organ des Wiener Magistrates für Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht (kurz MA 40). Diese für die Verwaltung zuständige und politisch verantwortliche Behörde erstellt die Bescheide und ist für die rechtlichen Agenden zuständig. So werden z.B. Bescheide über die Zuerkennung von Mindestsicherung von dieser Behörde ausgestellt, die Beratung über damit verbundene Sozialleistungen und die tatsächliche Erbringung dieser Leistung sind jedoch an den FSW „ausgelagert“ und werden über die jeweiligen Beratungszentren des FSW als Dienstleistung abgewickelt.

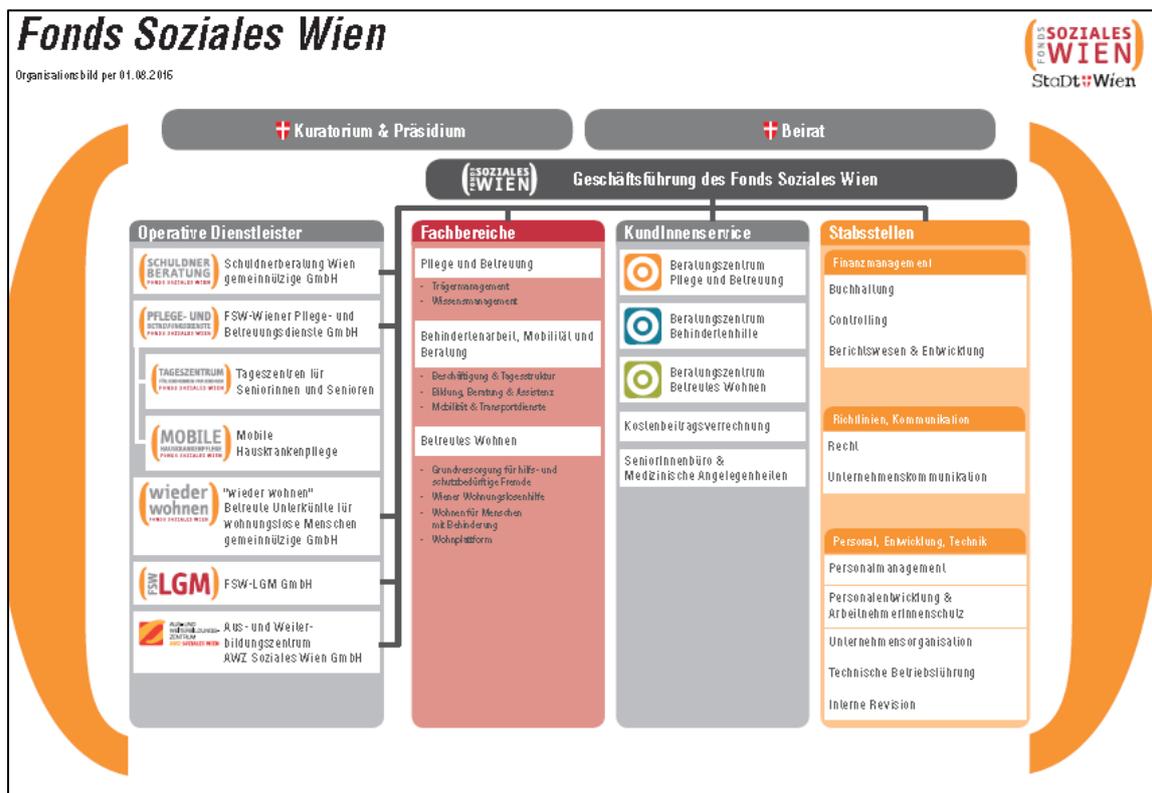


Abbildung 6: Organigramm FSW_Organisationsbild 2016, Quelle: FSW

Der FSW ist in folgenden Bereichen sowohl als Fördergeber als auch als Partner (Beratungszentren, bzWO) und operativer Dienstleister in Form von GmbH tätig:

- FSW - Pflege und Betreuungsdienste
- FSW - wieder wohnen analog zu: „Wiener Wohnen“
- FSW - Schuldner Beratung
- FSW - Schulungsmaßnahmen
- FSW –Flüchtlingshilfe

Der Fonds Soziales Wien⁷⁶ fordert sowohl von den, mit der Durchführung von Dienstleistungen an subjektgeförderte⁷⁷ Personen beauftragten Trägervereinen, als auch von den eigenen GmbH-Töchtern ausführliche Abrechnungsstatistiken ein, die als Grundlage für die Erstellung von aktuellen und differenzierten Statistiken verwendet werden.



Abbildung 7: Konstruktion des FSW_Quelle: FSW-GF-Bericht (2015:11) (Eigenveränderung)

Diese Abrechnungen durchlaufen ein per Computerprogramm gesteuertes, intern gesichertes Prozedere durch einen eigens für die Trägerorganisation aufbereiteten Sicherheitskode mitsamt einem dafür eigens eingerichteten Sicherheitstunnel. Für die Abwicklung dieser Modalitäten gibt es in jeder Trägerorganisation eine eigens für dieses Computerprogramm geschulte Fachkraft mit Zugangskode, um vor unberechtigten Zugriffen Dritter (betrifft Datenschutz) geschützt zu sein.

Wissend und davon ausgehend, dass Sozialarbeit immer auch persönliche Beziehungsarbeit ist und daher gegenseitiges Basisvertrauen vorausgesetzt werden kann und muss, werden „weiche lebenslagenspezifische Daten“⁷⁸ zwar in den Anamnesebögen und internen Aktenvermerken der Trägerorganisationen notiert, jedoch meist nicht, wie eigentlich vorgesehen, an den FSW weitergegeben⁷⁹.

⁷⁶ Die allgemeinen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien (FSW) stellen die grundsätzlichen Regelungen für die Inanspruchnahme von Fördermitteln dar. Sie wurden durch Beschluss des Kuratoriums des FSW mit Wirksamkeit 1. Jänner 2006 in Kraft gesetzt. Neben diesen allgemeinen Förderrichtlinien legen spezifische Förderrichtlinien zusätzliche, vor allem inhaltliche Regelungen, fest. Die einzelnen spezifischen und die allgemeinen Förderrichtlinien ergänzen einander und stellen verbindliche Kriterien für die Inanspruchnahme von Fördermitteln sowie für die Anerkennung von Einrichtungen dar. Die Förderrichtlinien können durch ergänzende Richtlinien (z.B. zu Fragen der Kalkulation, Abrechnung, Abläufe, Dokumentation) präzisiert werden.

⁷⁷ Unter Objektförderung wird die Basisförderung eines Projektes verstanden, das die von der Konzeption bis zur Durchführung angefallenen Kosten abdeckt

⁷⁸ Das sind persönliche Daten über nicht legale Partnerschaften, nicht offizielles Einkommen oder aber auch Zusatzeinkommen über Transferleistungen, Gesundheitsdaten und anderes mehr.

6.3.1.1 Zugang zum FSW

Unter Feldzugang versteht man ganz allgemein die prozesshafte und systematische Herangehensweise an das Forschungsfeld. Bezugnehmend auf die berufsmäßig vorhandenen Kenntnisse der Autorin ob des Zuganges zum Fachbereich der Wiener Wohnungslosenhilfe, wurde zur Kontaktherstellung jeweils ein Brief an den Geschäftsführer des FSW, Herrn Peter Hacker, den Verantwortlichen der Stabsstelle für Berichtswesen des FSW, Herrn Dr. Markus Costazza und an den Abteilungsleiter des FSW für die Wiener Wohnungslosenhilfe, Herrn DSA Kurt Gutleder gemailt (für nähere Informationen diesbezüglich siehe Anhang_001). Während die Bewilligung durch die Geschäftsführung prompt erfolgte, kam es bei der Stabsstelle für Statistik wegen eines Personalwechsels zu zeitlichen Verzögerungen, die jedoch behoben werden konnten. Die Datenlage war allerdings weit weniger ergiebig als erhofft.

Das angeforderte Datenmaterial⁸⁰ hätte neben den personenbezogenen Daten wie Geburtsjahr, Geschlecht, höchste abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, Einkommen, Familienstand und der Anzahl der Kinder auch weiterführende, lebenslagenbezogene Daten wie die des Beginns und der vermeintlichen Gründe bzw. Ursachen der Obdachlosenkarriere umfassen sollen. Diese lebensbezogenen und lebenslagenorientierten Daten wären als Basis für weitere Forschungen in diesem Bereich von großer Bedeutung gewesen. Dem konnte vonseiten des FSW leider nicht entsprochen werden.

Nach mehreren Anläufen konnte Datenmaterial aus den Jahren 2009, 2010, 2011, 2012 und 2013 erhalten werden, welches mittels SPSS ausgewertet wurde. Dieses Datenmaterial weist, ähnlich einer Langzeitstudie, Daten aus obgenannten Jahreskohorten auf, wodurch es möglich ist, sowohl das Ausmaß einer künftigen Weiterentwicklung des „Sozial betreuten Wohnens“ zu prognostizieren als auch demographische Daten von BewohnerInnen verfolgen und dokumentieren zu können. Bei den monatlichen Leistungsabrechnungen des Trägervereines fließen nun neben den als Subjektförderung mit dem FSW vereinbarten Betreuungsleistungen für die einzelnen BewohnerInnen auch die personenbezogenen Daten mit ein und ergeben so die theoretische Möglichkeit, „der dialektischen Vermittlung zwischen Verhältnissen und Verhalten“ (Amann 2000:57).

6.3.2 Zugang zum neunerhaus und den Gesundheitsdaten

Das neunerhaus ist ein Träger der Wiener Wohnungslosenhilfe, der obdachlosen Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben ermöglicht. Schwerpunkt

⁷⁹ Erkennbar auch an den mit „miss“ bezeichneten, fehlenden Werten in der FSW-Statistik.

⁸⁰ Der vom FSW übermittelte Datensatz weist eine Größe von 4.646 Einträgen auf, die sich auf 1.428 konkrete Personen beziehen. Dies deshalb, weil es innerhalb eines Jahres durchaus zu mehreren Ein- und auch Auszügen einer einzelnen Person kommen kann.

des Vereines neunerhaus ist neben der Unterbringung wohnungsloser Menschen auch eine niederschwellige medizinische Versorgung der BewohnerInnen in den Sozial betreuten Wohnhäusern. Diese Leistung findet im Auftrag der Wiener Gebietskrankenkassa und des FSW statt. Als ein Ergänzungsangebot hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung kann die zahnärztliche Versorgung wohnungsloser Menschen angesehen werden. Ehrenamtliche Arbeit leisten ÄrztInnen des Vereines neunerhaus durch die tierärztliche Versorgung der Tiere von Obdach- und Wohnungslosen.

So wie beim FSW und den anderen Trägern der Wiener Wohnungslosenhilfe wurde auch im Verein neunerhaus um einen Vorstellungstermin zur Präsentation der Forschungsarbeit angefragt. Bezugnehmend auf die medizinische Versorgung der im Sozial betreuten Wohnhaus lebenden Menschen durch das neunerhaus wurde um Einsichtnahme in die statistischen Aufzeichnungen gebeten und jener Fragekatalog mit der Bitte um Daten präsentiert, der ursprünglich dem FSW für die Beantwortung vorgelegt und dann von diesem mit der Bitte um Beantwortung an das neunerhaus weitergeleitet worden war. Zwischen dem Verein neunerhaus als Träger der niederschweligen, medizinischen Dienstleistungen, dem FSW und der Wiener Gebietskrankenkassa besteht, wie schon oben festgestellt, eine vertragliche Regelung zur medizinischen Versorgung der BewohnerInnen. Ebenso vertraglich geregelt ist der Datentransfer zwischen dem neunerhaus und der Wiener Gebietskrankenkassa sowie dem FSW zur Überlieferung statistischer Gesundheitsdaten.

Ähnlich der Abrechnung mit einem Trägerverein wird auch hier vonseiten des FSW und der Wiener Gebietskrankenkassa dafür Sorge getragen, dass ein regelmäßiger, allerdings quartalsmäßiger Datentransfer (bedingt durch quartalsmäßige Krankenscheinabrechnungen mit der Wiener Gebietskrankenkassa) stattfindet. Dieser Datensatz bezieht sich nicht nur auf die personenbezogenen Grunddaten und ihren Versicherungsträger, sondern weist auch auf die bei wohnungs- und obdachlosen Menschen häufig beobachteten oder festgestellten Krankheiten hin.

Die Übermittlung der Daten erwies sich als insofern schwierig, als die Daten ähnlich wie beim FSW aus dem vereinseigenen Datenverarbeitungsprogramm herausgefiltert und in Excel eingespielt werden mussten, um das Problem der Doppelnennungen bearbeiten zu können.

6.3.3 Zugang zu den privaten Trägern der Wohnungslosenhilfe

Jeder der vom FSW anerkannten, privaten Träger ist im „Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen“ organisiert und unterliegt bei Kontrollen durch den FSW jenen Qualitätskriterien, die im Fördervertrag festgelegt wurden. Diese können je nach Zielgruppe,

z.B. Betreuungskonzept und eventuell dringlichen Notwendigkeiten entsprechend, durchaus unterschiedlich sein, sodass hier eine breite Vielfalt an zielgruppenorientierten Betreuungsansätzen angeboten und gewährleistet wird. Um also die Bandbreite an zielgruppenspezifischer Wohnversorgung ehemals wohnungsloser Menschen abbilden zu können, wurden die Trägerorganisationen per eMail um einen Vorstellungstermin gebeten. Dem Ansuchen waren dieselben Unterlagen beigelegt, wie sie auch schon der FSW erhalten hatte. Zusätzlich wurde von der Einverständniserklärung des FSW berichtet.

In der vorliegenden Arbeit war der Weg, bedingt durch die Vielfalt der in Erwägung gezogenen, diversen Einrichtungen, ein langer und diskursreicher. Daher war die Wichtigkeit des Forschungsvorhabens auch dahingehend zu begründen, dass nicht der einzelne Träger, sondern eine Vielzahl der Trägervereine der Wiener Wohnungslosenhilfe im Sample vertreten sein sollten, um jenes Bild der Lebenslage von Menschen im Sozial betreuten Wohnhaus zeichnen zu können, das ihrer Lebensrealität entspricht.

Da nach einer Wartezeit von mehr als einem Monat nur sehr wenige positive Zusagen getätigt worden waren, wurde in einem zweiten eMail angeboten, eine Vorstellungspräsentation der geplanten Forschungsarbeit in einer der regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen abzuhalten, um so in einem strukturierten, dienstlich organisierten Rahmen dem Team und der Autorin die Gelegenheit eines näheren Kennenlernens zu geben. Erneut wurden anhand des beigelegten Exposés und des Vorstellungsblattes „Sie und Ihr Leben interessieren mich“ der Forschungsansatz und die Vorgehensweise dargelegt. Das Interesse an der Forschungsarbeit war geweckt und so bekundeten zehn der ursprünglich zwölf angeschriebenen „SobeWO“ - Einrichtungen ihre Unterstützung.

6.3.3.1 Konzeption und Alltag als Lebensrealität von „SobeWO“

Anschließend soll nun kurz auf jene „SobeWO“-Wohnhäuser eingegangen werden, die im Rahmen dieser Arbeit insofern von Bedeutung sind, als deren BewohnerInnen zwischen Jänner bis September des Jahres 2014 der Autorin als InterviewpartnerInnen zur Verfügung standen. Dadurch konnte ein Einblick in ihr Alltagsleben gewonnen werden und somit die „Erfreulichkeit oder Unerfreulichkeit (ihres) des Erlebens“ (Amann 1983:132) aufgezeigt werden. Bezugnehmend darauf, dass wohnungslose Menschen über das Casemanagement des bzWO in das für sie und ihre Bedürfnisse geeignetste Sozial betreute Wohnhaus kommen, bedingen und beeinflussen sich Lebensbedingungen und Wohnbedingungen gegenseitig. Dieser Bedingtheit wird soweit wie möglich durch selektive Betreuungskonzeption entsprochen.

- **Caritas in Wien 20: Zielgruppe: Menschen aus der Meldemannstraße**

Das Haus versteht sich als Dauerwohnform für wohnungslose Menschen im fortgeschrittenen Alter. Ziel ist es, den BewohnerInnen ein bestmöglich freigestaltbares Leben in

einem geschützten Rahmen zu ermöglichen. Waren es bei Bezug des Hauses hauptsächlich ältere Männer aus der Meldemannstraße, die in das Haus einzogen, sind es nun auch vermehrt Frauen, die die übersichtliche Atmosphäre des Hauses schätzen. Auf die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen wird nach Möglichkeit eingegangen, um so die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen für ein weitestgehend selbständiges Wohnen möglichst lange zu erhalten. Im Haus wird darauf geachtet, dass jenen BewohnerInnen, die hier ihren letzten Lebensabschnitt verbringen und hier auch sterben wollen, dies ermöglicht wird, sofern nicht eine unbewältigbare Multimorbidität oder eine bedrohliche Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes auftreten, die einen längerfristigen und intensiven Pflegeaufwand erfordern würden.

- **Caritas in Wien 14: Zielgruppe: PatientInnen aus der Geriatrie**

Das Haus Jona bietet ehemals wohnungslosen Menschen aus der Geriatrie (Geriatriezentrum am Wienerwald, Abteilung für Psychosoziale Rehabilitation, Pavillon XIV) dauerhaften Wohnraum, Hilfe und Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Hier wohnen Männer und Frauen, deren Genesung so weit fortgeschritten ist, dass sie keine ständige medizinische oder pflegerische Versorgung mehr benötigen, die jedoch aufgrund ihrer körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen weitere Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen. Hinzu kommt das Angebot an Menschen, die in anderen Einrichtungen leben und dort auf Grund eines zunehmenden Bedarfs nicht verbleiben können, jedoch keine umfassende Versorgung wie in einem Pflegehaus benötigen.

- **neunerhaus in Wien 10: Zielgruppe: alleinstehende Männer und Frauen**

Das Angebot des Sozial betreuten Wohnhauses Kudlichgasse richtet sich an Männer und Frauen in jeder Konstellation (Einzelpersonen, Paare), die, bei Einzug, zu einer völlig unabhängigen Führung ihres Lebens ohne unterstützende Maßnahmen nicht (mehr) in der Lage sind und sich die Kompetenzen, die für ein eigenständiges Wohnen notwendig sind, voraussichtlich auch nicht mehr aneignen können. Die Wohnungen sind daher als Dauerwohnmöglichkeit konzipiert und werden von Menschen in Anspruch genommen, die von direkter oder indirekter Wohnungslosigkeit betroffen sind, körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen aufweisen, aber mit geeigneten Hilfestellungen ein durchaus eigenständiges Leben führen können.

- **„wieder wohnen“ in Wien 16: Zielgruppe: alleinstehende Männer**

Im LEO leben volljährige Männer jeder Altersgruppe, die aufgrund ihrer Problematik in Bezug auf Wohnen aufsuchende Betreuung bzw. Aufsicht 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen pro Woche sichern. Gründe dafür können Verwahrlosung, psychiatrische Auffälligkeit, Suchterkrankung, lang andauernder Aufenthalt auf der Straße bzw. in besonders prekären Verhältnissen oder ein hohes Maß an Vereinsamung sein. Viele der

Männer haben schon ein mehrmaliges Scheitern am Wohnungsmarkt und in diversen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe hinter sich. Diese Menschen, die keine andere Wohnmöglichkeit mehr haben und die laut Sozialprognose auch nicht mehr allein und selbständig leben können und/oder aufgrund ihres Verhaltens auch in anderen Einrichtungen der WWH Aufenthaltsverbote haben, sind im Haus LEO willkommen.

- **Wiener Hilfswerk in Wien 12: Zielgruppe: ältere Frauen und Paare**

Das Haus war das erste sozial betreute Wohnhaus für ältere, ehemals wohnungslose Frauen und Paare und wurde 2001 eröffnet. Es bietet 60 Wohnplätze, wovon 54 für alleinlebende Frauen und drei Wohnungen für Paare gewidmet sind. Die Betreuung der Zielgruppe älterer, ehemals wohnungsloser Frauen bedingt das Vorhandensein eines multiprofessionellen Teams, das individuelle psychosoziale Betreuung und Unterstützung sowohl im Alltagsmanagement als auch beim selbständigen und teilselbständigen Wohnen anbietet. Das Betreuungskonzept des Wohnhauses Tivoligasse stellt grundsätzlich die physische und psychische Stärkung der Frauen in den Mittelpunkt. Ergänzend sei hier auch die Kombination von Alter und Gesundheit im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit erwähnt.

- **Wiener Hilfswerk in Wien 6: Zielgruppe: Frauen mit Mehrfachproblematiken**

Ziel ist die dauerhafte Wohnversorgung von Frauen mit Mehrfachproblematiken, die aufgrund ihres Alkoholismus, ihrer Krankheitssymptome und ihrer Arbeitsunfähigkeit für andere Wohnformen nicht geeignet sind. Ein multiprofessionelles Team unterstützt die Bewohnerinnen sowohl bei der Bewältigung von physischen und psychischen Krisen als auch durch Hilfestellungen im Alltagsmanagement und beim (wieder) selbständigen Wohnen (lernen). Aufgrund der Unterschiedlichkeit von Mehrfachproblematiken ist eine nähere Begrenzung der Zielgruppe weder möglich noch sinnvoll. Neben obgenannten Krankheitsbildern sind es vor allem auch Probleme mit legalen Süchten wie beispielsweise Trinken (Alkohol) und Tabletteneinnahme, für die Zeit, Raum, Gespräch und Beratung geboten wird. Oft ähnelt ihre Unterbringung dem „Drehtüreffekt“ der Psychiatrie vor ca. 30 Jahren. Ziel kann nur die Erlangung der Fähigkeit zum Wohnen und/oder die Fähigkeit zum selbständigen Wohnen sein, denn „wohnungslos zu sein, heißt, nicht zu existieren“ (Golden 1992:05 In: Enders-Drägässer 2000:96).

7 Ergebnisse der Forschungsarbeit über die Lebenslage von Menschen im „SobeWO“

Im folgenden Teil werden nun vor dem Hintergrund Alter, Armut, Wohnungslosigkeit, Gesundheit und/oder Krankheit in den verschiedenen Lebensbereichen und ihre Auswirkungen auf die im „SobeWO“ wohnenden Menschen und ihre situative Lebenslage aufgezeigt. Um dem Schwerpunkt dieser Arbeit gerecht zu werden, werden Bereiche aus der vertikalen Dimension (erwerbbarbare Merkmale) mit den objektiven Lebensbedingungen wie

- Kindheit,
- Schule, Bildung, Beruf (Erwerbstätigkeit),
- Eigene Familie, Beziehungen, Freunde und soziale Kontakte im und außer Haus,
- Wohnungsverlust, Wohnkarriere, derzeitige Wohnsituation,
- Allgemeiner Gesundheitszustand und/oder Krankheit,
- Gesellschaft und
- Alter, Erleben des Altwerdens, Pflegeheim und Tod

in Verbindung zur Lebenslage allgemein und speziell zum Leben in einem Sozial betreutem Wohnhaus gebracht. Als subjektiv vertikale Dimension wurden die Merkmale

- Zufriedenheit (Anerkennung, Respekt, Hobbys, Freizeit),
- Selbstverwirklichung und dadurch bedingtes Glücksempfinden (Wünsche, Freude und Muße, Freizeitverhalten, Helfersyndrom u.a.m.),
- Partizipation und Teilhabe,
- Gesundheitliche Befindlichkeit wie Gesundheitspflege, Stimmung, Beschwerden,
- Lebensqualität durch Mobilität, Selbstständigkeit, und das
- Vorhandensein von Unterstützung und Ressourcen

ausgewählt. Auf die Bereiche der horizontalen Dimension (zugeschriebene Merkmale) wird nicht explizit eingegangen. Sie fließen teilweise bei den einzelnen Bereichen der vertikalen Dimension und bei den subjektiven Lebensbedingungen mit ein, wie z.B. das Merkmal Geschlecht.

Vorerst werden die Ergebnisse der einzelnen Player dokumentiert, das heißt, dass den statistisch vorhandenen Aufzeichnungen in Form einer Auswertung Rechnung getragen wird. Dies wird sowohl für den Bereich der FSW-Daten als auch den Verein neunerhaus Gültigkeit haben. In weiterer Folge sollen – gleichsam als Kontrollgruppe – die in den Sozial betreuten Wohnhäusern erhobenen Daten der vertikalen Dimension ausgewertet sowie mögliche Differenzen aufgezeigt und hinterfragt werden.

Letztendlich sollen die in den problemzentrierten Interviews erlangten Erkenntnisse und sich anbahnende Typenbildungen und daraus folgende Theorien offen gelegt werden,

um zu einem späteren Zeitpunkt mit den sich abzeichnenden Merkmalen der vertikalen Dimension und den objektiv vorhandenen Lebensbedingungen in Zusammenhang gebracht zu werden.

7.1 Auswertung der Daten des FSW

Die Zugangsweise und der Erhalt der FSW-Daten wurde schon unter Punkt 6.3.1 ausführlich dargelegt. Der erhaltene und verarbeitete Datensatz umfasst 1.428 Personen, die im Zeitrahmen der Jahre 2009-2013 in einem Sozial betreuten Wohnhaus lebten. Angemerkt werden darf hier, dass der Datensatz wesentlich größer ist und daher auch aussagekräftiger sein könnte, allerdings werden von vielen Trägervereinen nur die Abrechnungsdaten geliefert, womit zielgruppenspezifische Informationen verlorengehen. Daher können sie weder für sozialpolitisch zielgerichtete Interventionen noch präventiv in der Vorsorge genützt werden.

Tabelle 1_FSW_Genderverhältnis

	Anzahl	Anteil
Männlich	1.045	73%
Weiblich	383	27%
Gesamt	1.428	100%

Quelle: 'FSW-Daten: AGG Personenbezogen', 2009-2013; n=1.428

Wie bereits erwähnt, leben in den Sozial betreuten Wohnhäusern rund 1/3 Frauen und rund 2/3 Männer (Siehe Tabelle 1). Diese Populationsgröße entspricht auch ungefähr den international üblichen Dimension (BAG-Wohnungslosenhilfe 2015:01). Ergänzend muss aber hinzugefügt werden, dass es schwerpunktmäßig genderspezifische Einrichtungen gibt, die konzeptionell auf die unterschiedlichen, der Diversität entsprechenden Bedürfnisse ihrer BewohnerInnen eingehen⁸¹.

Tabelle 2_FSW_Alter, in %

	Weiblich	Männlich
25-40 Jahre	7%	7%
40-50 Jahre	18%	15%
50-60 Jahre	35%	46%
60+	40%	31%
Gesamt	100%	100%

Quelle: Sozialbericht der Stadt Wien (2015:158 -159, Abb. 98 und Abb. 99, KlientInnen Wohnungslosenhilfe-Spalte: „Sozial betreutes Wohnen“)

In den Dauerwohneinrichtungen des „Sozial betreutes Wohnens“ finden sich im Jahr 2015 35% der KlientInnen in der Altersgruppe der 50- bis unter 60-Jährigen, 40% der KlientInnen sind 60 Jahre oder älter. Bei den Männern liegen die entsprechenden Anteile

⁸¹ „SobeWO“ für Frauen und „SobeWO“ für Männer

le bei 46% und bei 31%“ (Wiener Sozialbericht 2015:157f). Viele ältere, ehemals Wohnungslose leiden an körperlichen, seelischen und alkoholbedingten Beeinträchtigungen, wodurch sich auch frühzeitige Alterungsprozesse und eine niedrige Lebenserwartung erklären (Brem 2010:93). Die Intention des „SobeWO“-Konzeptes beruht auf den Erfahrungen im Umgang mit älteren, wohnungslosen Menschen und der Erkenntnis, dass diese nicht nur früher altern (vgl. Trabert 1995a:59) sondern auch früher die dem Alter entsprechenden Symptome wie soziale Isolation, Rückzugstendenzen und vermehrt physische und psychische Problematiken aufweisen (vgl. Gillich 2000:96). Daher wurde bei den „SobeWO“ Konzepten die untere Altersgrenze bei Einzug mit 50+ festgelegt. Ergänzend darf hinzugefügt werden, dass sich diese Erkenntnisse auch in den statistischen Aufzeichnungen des neunerhauses spiegeln (Siehe Punkt 7.2 f).

Tabelle 3_FSW_Wohnform vor Einzug, nach Geschlecht

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
vollbetreutes Wohnen	2	1%			2	0%
Pflegeheim	3	1%	3	2%	6	1%
Sonstiges	333	84%	119	78%	452	83%
Krankenhaus/ Klinik	57	14%	30	20%	87	16%
Gesamt	395	100%	152	100%	547	100%

Quelle: 'FSW-Daten: Falldaten', 2009-2013; n=4646, n miss=4.099

Tabelle 4_FSW_Wohnform vor Einzug, nach Alter gruppiert

	50 bis unter 60 Jährige		60 bis unter 70 Jährige		70 bis unter 80 Jährige		80 Jährige und Ältere		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
vollbetreutes Wohnen	2	1%							2	0%
Pflegeheim	2	1%	2	1%	2	3%			6	1%
Sonstiges	220	83%	181	85%	46	72%	5	100%	452	83%
Krankenhaus/Klinik	40	15%	31	14%	16	25%			87	16%
Gesamt	264	100%	214	100%	64	100%	5	100%	547	100%

Quelle: 'FSW-Daten: Falldaten', 2009-2013; n=4.646, n miss= 4.099

Die Mehrzahl der BewohnerInnen, nämlich 83%, kommen über Interventionen „Dritter“ aus dem Bereich „Sonstiges“ zum „SobeWO“ (Siehe Tabellen 3 und 4). Darunter wird die meist von SozialarbeiterInnen angeregte direkte Intervention verstanden. Der Bereich „Sonstiges“ ist sehr breit definiert und kann „von der Straße“ oder aus einer Not- schlafstelle kommend ebenso bedeuten wie aus dem Gefängnis entlassen u.a.m. Gender- und altersmäßig können hier keine Divergenzen ausgewiesen werden.

Nach einem Spitalsaufenthalt können Wohnungslose oft nicht entlassen werden, denn eine „Entlassung auf die Straße“ wird meist nicht verantwortet, weil das Klientel für ein „Leben auf der Straße“ oder in anderen Unterkünften (Donauinsel, Abbruchhäuser) vielfach zu schwach ist. Da sie meist aber auch nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, werden sie vom Case- und Caremanagement der Spitäler über das bzWO an

die „SobeWO“-Einrichtungen überwiesen. In den späten 1980er Jahren war es noch so, dass diese Menschen ihr Leben mangels anderer Möglichkeiten bis zum Lebensende im Geriatriezentrum am Wienerwald verbrachten, da sie dorthin „wohnversorgt“ wurden. Für PraktikerInnen feststellbar ist allerdings auch, dass nach wie vor jene Personen, die aus „totalitären Einrichtungen“ (vgl. Goffman) kommen, oft sehr verunsichert agieren und bemüht sind, nur ja nicht negativ aufzufallen oder auch die Bestätigung, „dass man kontrollieren könne“, stets auf den Lippen tragen (Siehe Auswertungen der PZI-Ergebnisse unter Punkt 7.3.3).

Tabelle 5_FSW_Herkunftsland nach Geschlecht

	Weiblich		Männlich		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Österreich	304	82%	911	91%	1.215	89%
anderes EU-Land	34	9%	48	5%	82	6%
nicht EU-Land	33	9%	38	4%	71	5%
Gesamt	371	100%	997	100%	1.368	100%

Quelle: 'FSW-Daten: AGG Personenbezogen', 2009-2013; n=1.428, n miss=60

Mehrheitlich kommen die BewohnerInnen eines Sozial betreuten Wohnhauses aus Österreich (Siehe Tabelle 5). Das trifft bei Frauen ebenso zu wie bei Männern. Weitere 9% bei den Frauen und 5% bei den Männern verteilen sich auf die übrigen EU-Länder. Diejenigen BewohnerInnen, die nicht aus einem EU-Mitgliedsland kommen, sind in der Regel Flüchtlinge nach der Genfer Konvention, subsidiär Schutzberechtigte oder haben den Status einer Duldung. Die Mehrzahl der BewohnerInnen kommt, wie schon oben erwähnt, aus dem „undefinierten Bereich des Sonstigen“, dem Krankenhaus oder dem Pflegeheim. Für die Straße oder die Notunterkunft zu alt, für ein klassisches Altenheim zu jung, ein Leben im „Nirgendwo“, wie die Erfahrungen der frühen 1980iger und 1990iger Jahren im damaligen Geriatriezentrum am Wienerwald zeigen⁸².

Tabelle 6_FSW_Höchste, abgeschlossene Schulbildung

	Weiblich		Männlich		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Universität, Akademien, Fachhochschule	1	3%	6	5%	7	5%
AHS, BHS, Kolleg,	6	18%	7	6%	13	8%
BMS	2	6%	3	3%	5	3%
Berufsschule/Lehre	12	35%	58	50%	70	47%
Hauptschule	2	6%	20	17%	22	15%
Sonderschule	3	9%	1	1%	4	3%
kein Abschluss	8	24%	20	17%	28	19%
Gesamt	34	100%	115	100%	149	100%

Quelle: 'FSW-Daten: AGG Personenbezogen', 2009-2013; n=1.428, n miss=1.279

⁸² Siehe Konzepte „Sozial betreutes Wohnen“ der Trägerorganisationen 1995-2005

Während Frauen im Bereich der „Schulbildung mit Maturaabschluss“⁸³ mit 27% vertreten sind, haben Männer in diesem Bereich nur einen Anteil von 14% (Siehe Tabelle 6). Im Bereich der „Lehre“ verzeichnen Frauen allerdings einen wesentlich geringeren Anteil an Bildungsabschlüssen als Männer. Im Bereich des „Pflichtschulabschlusses“ (Hauptschule und Sonderschule) sind die Unterschiede vernachlässigbar, allerdings ist der Bereich „kein Abschluss“ verstärkt von Frauen besetzt. Übersehen werden darf hier nicht, dass es sich dabei größtenteils um die Zeit der „baby-boomer“-Generation handelt.

Auf das Einkommen der BewohnerInnen von „SobeWO“ wird an dieser Stelle explizit nicht näher eingegangen, da die BewohnerInnen mehrheitlich BMS mit Richtsatzausgleich, zumeist auch Mietbeihilfe und bei Pflegebedarf auch Pflegegeld beziehen. In der Zuerkennung der Wiener bedarfsorientierten Mindestsicherung gibt es für Frauen und Männer keinen genderbedingten Unterschied, sie beträgt mit Stand 2016 generell € 837,76 pro Person. Zusätzlich können Mietzinsbeihilfe und bei anerkanntem Pflegebedarf auch Pflegegeldleistungen bezogen werden. Einige wenige beziehen ihr Einkommen aus Leistungen des AMS, da sie, zumindest theoretisch, als erwerbsfähig eingestuft sind oder eine Altersrente beziehen, meist mit Richtsatzausgleich, da ihnen Erwerbsjahre fehlen (Wiener Sozialbericht 2015:148ff).

Tabelle 7_FSW_Zugang zum Arbeitsmarkt nach Geschlecht

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ja	294	90%	115	97%	409	92%
Nein	32	10%	3	3%	35	8%
Gesamt	326	100%	118	100%	444	100%

Quelle: 'FSW-Daten: Falldaten', 2009-2013; n=4.646, n miss=4.202

Das in Tabelle 7 ersichtliche Ergebnis mag überraschen, da 90% aller männlichen Bewohner und 97% aller weiblichen Bewohnerinnen zumindest einen theoretischen Zugang zum Arbeitsmarkt haben und dennoch: Durch den Verlust der Wohnung und das mit langer Obdachlosigkeit verbundene Fehlen einer Tagesstruktur sind wohnungslose Menschen faktisch von der Arbeitswelt ausgeschlossen. Erschwerend kommen hier auch der niedrige Bildungsabschluss und die meist fehlende Qualifikation hinzu (Siehe Tabelle 6).

Tabelle 8_FSW_Anzahl der Tage zwischen Ein- und Auszug, nach Geschlecht (Mittelwert)

	Weiblich		Männlich		Gesamt	
	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert	Anzahl	Mittelwert
Tage	383	1.410,48	1.045	1.150,56	1.428	1.212,69

Quelle: 'FSW-Daten: AGG Personenbezogen', 2009-2013; n=1.428

⁸³ Umfasst die ersten drei Kategorien der Tabelle 6

Frauen verbleiben mit durchschnittlich 1.410 Tagen (3 Jahre, 10 Monate und 15 Tage) länger als Männer in den Sozial betreuten Wohnhäusern, die durchschnittlich 1.150 Tage (3 Jahre, 1 Monat und 25 Tage) verbleiben (Siehe Tabelle 8). Laut Wiener Sozialbericht 2015⁸⁴, der auf dieselbe Tendenz verweist, liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Sozial betreuten Wohnhaus ebenso bei mehr als drei Jahren. Sie ist in diesem Segment bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern (Wiener Sozialbericht 2015:158f). Die Begründung für den längeren Verbleib von Frauen in den Sozial betreuten Wohnhäusern ist meist emotional bedingt (Siehe PZI-Ergebnisse).

Tabelle 9_FSW_Wohnform nach Auszug, nach Geschlecht

	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Sonstiges	258	46%	97	54%	355	48%
Verstorben	200	35%	44	24%	244	33%
Krankenhaus/Pflege	106	19%	40	22%	146	20%
Gesamt	564	100%	181	100%	745	100%

Quelle: 'FSW-Daten: Falldaten', 2009-2013; n=4.646, n miss=3.901

Die Gründe, warum Menschen die Dauerwohnform des „Sozial betreuten Wohnens“ wieder verlassen, sind vielfältig. Aus der Genderperspektive betrachtet, wollen anscheinend Frauen eher wieder einen „Neustart“ versuchen (entspricht der Kategorie „Sonstiges“, Tabelle 9). Neue Bekanntschaften und die Möglichkeit, bei Familienmitgliedern (Kinder) Unterkunft zu finden, werden anfangs mit Begeisterung verfolgt und angenommen, führen aber erfahrungsgemäß in weiterer Folge oft zu einem erneuten Wiedereinzug. Erkennbar ist dies in den statistischen Unterlagen des FSW durch wiederholten Ein- und Auszug einer Person mit derselben Kennzahl.

Tabelle 10_FSW_Wohnform nach Auszug, nach Alter gruppiert

	50 bis unter 60 Jährige		60 bis unter 70 Jährige		70 bis unter 80 Jährige		80 Jährige und Ältere		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Sonstiges	203	62%	112	41%	32	29%	8	25%	355	48%
verstorben	93	28%	102	38%	42	38%	7	22%	244	33%
Krankenhaus/Pflege	34	10%	57	21%	38	34%	17	53%	146	20%
Gesamt	330	100%	271	100%	112	100%	32	100%	745	100%

Quelle: 'FSW-Daten: Falldaten', 2009-2013; n=4.646, n miss=3.901

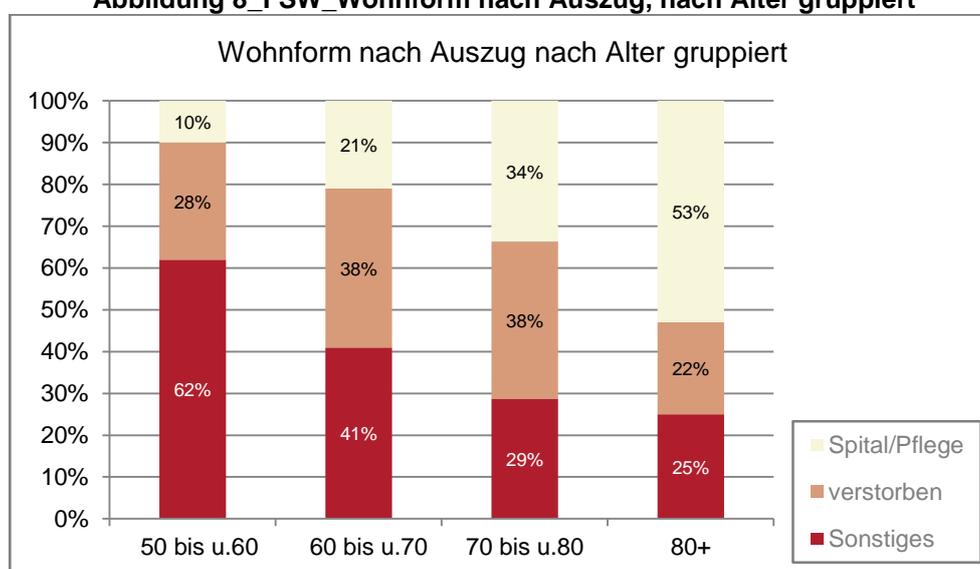
Konzeptionell sind die BewohnerInnen bei Einzug in das Sozial betreute Wohnhaus zumindest 50 Jahre alt, allerdings ist der körperliche Allgemeinzustand und nicht das biologische Alter ausschlaggebend. Während einige BewohnerInnen davon sprechen, dass sie nun die lang ersehnte „Heimat“ gefunden hätten, wollen andere nach einer gewissen

⁸⁴ Stadt Wien: Gesundheits- und Sozialplanung.

Zeit der physischen und psychischen Erholung wieder ausziehen (Siehe Interviewpartner 003_männlich_63 u.a.m.).

Tabelle 10 zeigt die weitere Wohnform der BewohnerInnen nach Auszug. Dabei ergeben sich signifikante Unterschiede nach Altersgruppen. Der Großteil der 50 bis unter 60 Jährigen zieht nach Auszug in „Sonstiges“ um, was sowohl eine private Wohnversorgung oder auch eine Unterkunft bei Freunden bedeuten kann (Anteil 62%). Personen im Alter zwischen 60 bis unter 70 Jahren ziehen mit einem Anteil von 41% zumeist ebenfalls in andere Wohnformen um, versterben jedoch mit einem Anteil von 38% bereits häufig. Auch in der nächsten Altersgruppe zwischen dem 70. und dem 80. Lebensjahr bleibt die Sterbewahrscheinlichkeit mit 38% konstant, allerdings verlassen zusätzlich weitere 34% die Einrichtung in Richtung Pflegeheim oder Krankenhaus. Nur Menschen ab 80 Jahren verlassen die Einrichtung noch häufiger in Richtung Krankenhaus oder Pflegeheim (Anteil 53%).

Abbildung 8_FSW_Wohnform nach Auszug, nach Alter gruppiert



Quelle: 'FSW-Daten: Falldaten', 2009-2013; n=4.646, n miss=3.901

Ein Wechsel in ein Alters- oder Pflegeheim findet sich gehäuft unter BewohnerInnen im Alter von 60 bis unter 70 Jahren (Anteil 39%, Siehe Tabelle 11). Wie schon oben angedeutet, beginnt dieser Wechsel in eine Pflegeeinrichtung deutlich früher als bei anderen Menschen. Dies dürfte neben dem vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand auch darin begründet sein, dass von „SobeWO“ keine längerfristige und ausreichende Pflege- und Betreuungsmöglichkeit für die von Multimorbidität Betroffenen gewährleistet werden kann.

Im Verhältnis dazu ist anzumerken, dass laut Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen das durchschnittliche Einzugsalter alter Menschen in ein Pflege-

heim bei über 80 Jahren⁸⁵ liegt. Hier liegt gegenüber den in privater Wohnversorgung lebenden Menschen die Vermutung nahe, dass bei den BewohnerInnen Sozial betreuter Wohnhäuser ein hoher Pflegebedarf schon im frühen Alter mit einem schlechten Gesundheitszustand korreliert.

Tabelle 11_FSW_Wohnform nach Auszug: Spital/Pflege nach Alter gruppiert

	Krankenhaus/Pflege	
	Anzahl	Anteil
50 bis unter 60 Jährige	34	23%
60 bis unter 70 Jährige	57	39%
70 bis unter 80 Jährige	38	26%
80 Jährige und Ältere	17	12%
Gesamt	146	100%

Quelle: 'FSW-Daten: Fallbezogene Daten', 2009-2013; n=146

Nach Auszug bedeutet hier, dass die Wohnform „Sozial betreutes Wohnen“ als nicht mehr ausreichend geeignet für den/die BewohnerIn angesehen wird und daher eine andere Form der Wohnversorgung⁸⁶, bedingt durch eine höhere Pflegeeinstufung oder aber auch, dass nach einem längerfristigen Spitalsaufenthalt, eine dauerhafte und pflegebezogene Einrichtung angestrebt wird.

7.2 Auswertung der Daten des Vereines neunerhaus

Aufgrund der derzeitigen gesellschaftspolitischen und demographischen Entwicklung ist anzunehmen, dass wohnungslose Menschen nicht nur älter, sondern in Zukunft auch vermehrt sichtbar und wahrnehmbar sein werden. Die Armut nimmt zu („Club of Rome“: 2052)⁸⁷ und mit ihr die Anzahl der Betroffenen. Gesundheit und Krankheit sind ausschlaggebende Kategorien für die Lebensqualität und damit auch für die Lebenslage von Menschen. Um den vom FSW und der Wiener Gebietskrankenkassa geforderten Agenden der Gesundheitsvorsorge für BewohnerInnen des „SobeWO“ zu entsprechen, wird regelmäßige ärztliche Versorgung angeboten und dokumentiert.

Das neunerhaus ist ein gemeinnütziger Verein, der für den FSW und die Trägerorganisationen die medizinische Versorgung der BewohnerInnen von Sozial betreuten Wohnhäusern gewährleistet. Der Bitte um Überlassung der Daten aus den Jahren 2009 bis 2013 konnte insofern nur bedingt Folge geleistet werden, da es eine ausführlichere und

⁸⁵ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Abgefragt am 20.03.2017 um 17:32 Uhr.

⁸⁶ Bei „SobeWO“ ist die Wohnversorgung im Vordergrund, weiterer Verbleib ab Pflegestufe 4 ist „good will“.

⁸⁷

https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi21Kvj5ZTUAhXIL8AKHUNECDYQFggnMAA&url=https%3A%2F%2Fde.wikipedia.org%2Fwiki%2F2052._Der_neue_Bericht_an_den_Club_of_Rome&usq=AFQjCNFJxBfJJWSfBmWvTiv1xz0eKVYqlw&sig2=A7S7KD7gg-1T-uA2D11Xw.

zu den Vorjahren vergleichbare Datenerfassung erst seit dem Jahr 2010 gibt. Für das Jahr 2009 liegt eine einfachere Form der Datenerhebung vor, die aber nur bedingt verwendet werden kann, da sie keine Rückschlüsse auf die Folgejahre leisten kann. Das Angebot vonseiten des Vereines, diese Daten um die Ergebnisse der Konsultationen aus dem Jahr 2014 zu erweitern, damit ein 5 Jahres Zyklus verglichen werden kann, wurde angenommen, um so zumindest eine bedingte Vergleichbarkeit der Gesundheitsdaten zu gewährleisten. Dies vor allem deshalb, da angenommen werden kann, dass die Daten ähnlich gelagert sind.

7.2.1 Beschreibung der Daten und Ergebnisse

Die der Autorin dieser Arbeit zur Verfügung stehenden Unterlagen umfassen die Dokumentation für die Abrechnungen mit dem FSW und der Wiener Gebietskrankenkassa, die aus dem vereinseigenen Programm zur Weiterverarbeitung zusammenkopiert wurden. Diese Statistiken sind in der Form von Tabellen in einer Excel Datei festgehalten und umfassen die quartalsmäßig kumulierten Auflistungen an KlientInnen-Konsultationen. Da die Daten erst ab dem Jahr 2014 für den Bereich des „Dauerwohnens“⁸⁸ gegendert verarbeitet wurden, kann die geschlechtsabhängige Perspektive nicht abgefragt werden. Für weitere, künftige Forschungsarbeiten wäre dies unabdingbar.

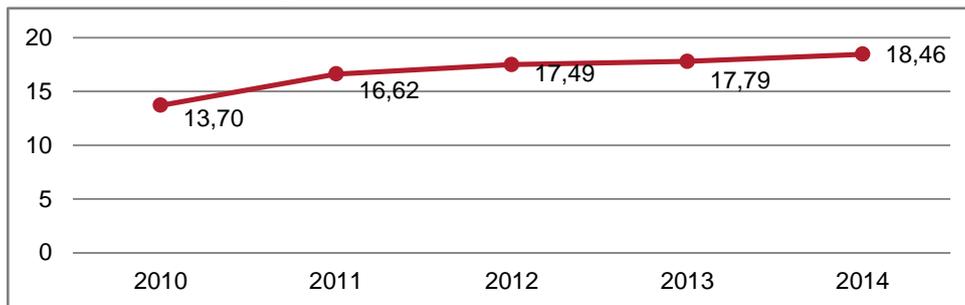
7.2.1.1 Anzahl der Konsultationen bei der neunerhaus Arztpraxis⁸⁹

Der Dokumentationstabelle der neunerhaus Arztpraxis (Siehe Anhang) von 2010-2013 ist zu entnehmen, dass die jährlich steigende Konsultation nicht nur ein Ergebnis eines wachsenden (Wohn- und Betreuungs-)Marktes und von Angeboten ist, sondern dass das Angebot, eine/n im Haus befindliche/n ÄrztIn, quasi als zusätzliche Ressource wahrzunehmen, vermehrt angenommen wird. Mit dem Wegfall des stressbedingten Suchens von Unterkünften steigt auch das Gesundheitsbewusstsein. Eine der Begründungen dafür ist nicht nur die Koordinationstätigkeit der Angestellten, sondern auch der Wegfall von Hemmschwellen, da man ja „unter sich“ ist.

⁸⁸ Der Verein neunerhaus benennt die Form des „Sozial betreuten Wohnens“ als Dauerwohnen.

⁸⁹ Logo wurde laut Auskunft vom Sommer 2016 von neunerHausarzt auf neunerhaus Arztpraxis geändert

Abbildung 9_nh_Durchschnittliche Konsultationen⁹⁰



n=zwischen 590 und 799 distinkte Personen der Jahre 2010-2014

Der Leistungsdokumentation des Vereines neunerhaus (Anhang 019_nh_2010-2013) ist zu entnehmen, dass im Jahr 2010 die medizinische Betreuung von 509 BewohnerInnen Sozial betreuter Wohnhäuser⁹¹ durch ÄrztInnen des Vereines neunerhaus gewährleistet werden konnte. Die Anzahl der Konsultationen von 6.972 entspricht einer durchschnittliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von 13,70 Besuchen pro BewohnerIn im Jahr 2010 (Siehe Abbildung 9).

Der steigenden Tendenz der Konsultationen folgend, sind es im Jahr 2011 bereits 592 Personen von „SobeWO“ Einrichtungen, die als sich in medizinischer Behandlung befindend ausgewiesen werden. Bei 9.838 Konsultationen entspricht das im Jahr 2011 einer Konsultationsgröße von 16,62.

2012 werden 645 BewohnerInnen durch die neunerhaus Arztpraxis medizinisch betreut. Die Höhe der gesamten Konsultationen von 11.284 entspricht einer Inanspruchnahme von 17,49 pro Person.

2013 sind es 799 BewohnerInnen von „SobeWO“, die sich medizinisch dem Team neunerhaus hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung anvertrauen. 14.212 Konsultationen ergeben eine Konsultationsrate von 17,79.

Ab dem Jahr 2014 werden die Daten gegendert. Da aber die gegenderten Vergleichszahlen aus den Vorjahren fehlen, muss diese nähere Betrachtungsweise vernachlässigt werden. 2014 nehmen somit 776 BewohnerInnen 14.325 Konsultationen in Anspruch, was einer Pro-Kopf-Konsultation von 18,46 Arztbesuchen pro BewohnerIn entspricht (Siehe Anhang_006_nh_2014 Konsultationen).

Laut einem Bericht der Statistik Austria aus dem Jahr 1999 liegt die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen bei Menschen, die privat und daher nicht in einem Sozial betreutem Wohnhaus wohnen, bei 3,54 (Statistik Austria 1999:50). Die Gründe für diese vermehrte Inanspruchnahme sind vielfältig und entsprechen einerseits anscheinend dem Wunsch der BewohnerInnen nach Aussprache und Beratung in medizinischen Belan-

⁹⁰ Unter distinkten Personen versteht das neunerhaus eine/n einzelne KlientIn, der/die, auch wenn er/sie mehrmals im Quartal in die Ordination kommt, nur einmal pro Quartal mit der Krankenkassa verrechnet wird.

⁹¹ Das neunerhaus spricht von Dauerwohnhäusern anstatt Sozial betreuter Wohnhäuser.

gen, verweisen aber andererseits auch auf die multiple Problematik des Gesundheitszustandes der BewohnerInnen.

7.2.1.2 Anzahl der Diagnosen

Menschen, die im Sozial betreuten Wohnhaus leben, können Geschichten, ja Lebensgeschichten erzählen. Neben Armut, Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit ist vor allem die Diagnosevielfalt eine ständige Lebensbegleiterin.

Tabelle 12_nh Diagnosen zusammengestellt aus Anhang_019_nh_2010-2013

Anzahl Diagnosen 2010:	absolut	relativ	Anzahl Diagnosen 2011:	absolut	relativ	Anzahl Diagnosen 2012:	absolut	relativ	Anzahl Diagnosen 2013:	absolut	relativ
1	164	18%	1	158	17%	1	145	14%	1	180	15%
2	134	15%	2	136	14%	2	129	13%	2	167	14%
3	87	9%	3	108	11%	3	132	13%	3	156	13%
4	62	7%	4	96	10%	4	97	10%	4	105	9%
5	52	6%	5	75	8%	5	95	9%	5	85	7%
6	42	5%	6	69	7%	6	56	6%	6	72	6%
7	29	3%	7	54	6%	7	44	4%	7	72	6%
8	37	4%	8	37	4%	8	44	4%	8	50	4%
9	29	3%	9	33	3%	9	43	4%	9	49	4%
10	29	3%	10	32	3%	10	29	3%	10	52	4%
über 10	13	1%	über 10	148	16%	über 10	188	19%	über 10	195	16%
Summe	678	100%	Summe	946	100%	Summe	1.002	100%	Summe	1.183	100%
Ø Diagnosen:	4,28		Ø Diagnosen:	7,28		Ø Diagnosen:	6,72		Ø Diagnosen:	6,56	

Quelle: neunerhaus, n=3.809 Diagnosen in den Jahren 2010-2013

Krankheit, Sucht und psychische Beeinträchtigungen sind sichtbare Merkmale, materielle und soziale Verelendung sind Folgeerscheinungen (vgl. Gillich 2000:96). Während im Jahr 2010 auf jede/n BewohnerIn durchschnittlich 4,28 Diagnosen fallen, steigt deren Anzahl 2011 bereits auf 7,28 Diagnosen pro Kopf an (Siehe Tabelle 12). Da im Jahr 2011 die statistischen Erhebungen des Vereines neunerhaus geändert wurden⁹², könnte hier ein Zusammenhang bestehen. 2012 fällt die Anzahl der Diagnosen erstmals auf 6,72 pro EinwohnerIn, um dann 2013 auf einen bisherigen Tiefpunkt von durchschnittlich 6,56 Diagnosen zu sinken. Der künftigen Entwicklung dieses Trends sollte man in einer der nächsten Untersuchungen Beachtung schenken, da hier anscheinend Möglichkeiten einer einheitlicheren diagnostischen Erhebung bestehen.

Untersuchungen aus Bayern belegen, dass ältere wohnungslose Männer in betreuten Wohnformen gehäuft unter vielfältigen Erkrankungen leiden und durchschnittlich 3,7 Krankheiten pro Person aufweisen (Brem, Seeberger 2010:214).

⁹² *Geänderte Diagnoseneinteilung, da 2010 noch kein Oberbegriff für psychische Erkrankungen festgelegt worden war

7.2.1.3 Anzahl der Behandlungen - Krankheitsgruppen und Multimorbidität

Bei der Multimorbidität wird ausgewertet, wie viele PatientInnen mehrere Krankheiten haben. Trabert (1995a:59 In: Gillich 2000:57) „stellt eine Beziehung zwischen der Dauer der Wohnungslosigkeit und dem damit verbundenen Gesundheitsstatus her und stellt fest, dass der Gesundheitszustand Wohnungsloser schon zu Beginn der Wohnungslosigkeit meist relativ schlecht ist“. Das kann objektiv gesehen, so auch für die BewohnerInnen von „SobeWO“ gelten. Aufgrund der Tatsache, dass sich die BewohnerInnen bei Zuweisung ins „SobeWO“ mehrheitlich in einem schlechten Gesundheitszustand befinden und oft noch in akuter Nachbehandlung in einem Spital oder einer anderen medizinischen Einrichtung, kommen sie erst spät in das Regelsystem der medizinischen Versorgung im Sozial betreuten Wohnhaus. Abgesehen von den psychiatrischen Erkrankungen werden auch hier wie in oben genannter Studie Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und der Verdauungsorgane diagnostiziert.

Tabelle 13_nh_Die häufigsten Erkrankungen

	2010	2011	2012	2013	2014
Infektionen	13%	21%	18%	21%	15%
Tumorerkrankungen	5%	7%	7%	9%	6%
Stoffwechselerkrankungen	20%	31%	30%	38%	28%
Neurologische Krankheiten	20%	29%	29%	35%	24%
Herz-Kreislaufsystem	20%	31%	34%	39%	29%
Gefäßkrankungen	10%	17%	19%	22%	13%
Erkrankung d. Verdauungsorgane	27%	36%	34%	38%	29%
Hautkrankheiten	19%	25%	23%	26%	20%
Krankheiten d. Muskel-Skelettsystems	23%	36%	32%	41%	28%
Psychische Erkrankungen	57%*	60%	64%	71%	52%

Quelle: neunerhaus_häufigste Erkrankungen in % der PatientInnen. Stand: 31.12.2014, n=776, Mehrfachnennung

Als häufigstes Krankheitsbild weist das neunerhaus über die Jahre 2010 bis 2014 den als Oberbegriff übergeordneten Termini „psychische Erkrankungen“ aus (Siehe Tabelle 13). Unter diesen Oberbegriff fallen auch Sucht und damit verbundenes differentielles Suchtverhalten und psychische Krankheitsbilder. Anzunehmen ist daher auch, dass Alkoholsucht und Alkoholmissbrauch ein wesentlicher Bestandteil dieses oben genannten Krankheitsbildes sind. Auch Trabert schätzt, dass „bei 25 % der Untersuchten der Verdacht auf gewohnheitsmäßigen Alkoholmissbrauch und bei 17,5% chronischer Alkoholismus besteht“ (vgl. Trabert 1995b:748 In: Gillich 2000:98). PraktikerInnen in der Betreuung sprechen davon, dass zumindest ein Drittel der Wohnungslosen als alkoholkrank und ein weiteres Drittel als alkoholgefährdet eingeschätzt werden kann (Hofmann 2012:125). Ein weiteres Drittel hatte nie oder hat nach einem Entzug derzeit keine akuten Alkoholprobleme.

Alkohol hat für fast alle Menschen und Kulturen eine mehr oder minder unterschiedlich ausgeprägte Funktion, die eine Spannbreite von „totaler Ablehnung“ bis zur „Zelebration von Alkohol-Hochfesten“ umfassen kann. Für wohnungslose oder ehemals wohnungslose Menschen ist er meist „Mittel zum Zweck“ und dient sowohl als „Mittel zur Bewältigungsstrategie“ (z.B. als Betäubungsmittel bei Schmerzen oder zur Linderung von Hungergefühl), wie auch als „subjektive Wärmeregulierung“ (vgl. Trabert und Locher In: Gillich 2000:99). „Damit es wenigstens die Seele warm hat“⁹³, sagen die Wohnungslosen selbst und sprechen damit die ihnen entgegengebrachte „soziale menschlicher Kälte“ als Metapher genauso an wie Kälte und Temperaturen im Winter.

Nicht vergessen werden darf die Dimension des „Alkohols als Fluchthelfer“. Wenn die Lebenswellen der Realität – trotz des „Kopf in den Sand steckens“ – über einen zusammenschlagen, muss eine „andere Balance“⁹⁴ zwischen sozialer und persönlicher Identität“ (Petry 1989:468 In: Gillich 2000:100) gefunden werden und die heißt meist: Flucht. „Wenn gehen leichter fällt als bleiben“ beginnt die Flucht nach „nirgendwo“ und „endet mit einem Gefühl der inneren Leere, des Ausgebranntseins“. Der sich zu drehen beginnende Teufelskreis – ein stetes perpetuum mobile – kann wiederum nur mit Alkohol betäubt werden. Der Alkohol als „Vermittler in einer Solidaritätsfunktion“ oder, wie vielleicht Norbert Elias sagen würde, als Fluchthelfer in eine scheinbare „Wir-Ich-Balance“ (Elias 1987), ist nur eine kurze.

Von den MedizinerInnen des Vereines neunerhaus werden zusätzlich häufig als Diagnosen die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Muskel- und Skelettsystems, der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels festgestellt (Siehe Tabelle 13). Hauterkrankungen und Allergien – als Folge oft unhygienischer Lebensbedingungen – runden das vielfach als „unerträglich“ eingestufte Erscheinungsbild wohnungsloser oder ehemals Wohnungsloser in den Augen des/der BetrachterIn ab.

Diese Ergebnisse des neunerhauses sind denen Traberts (1995a:59) nicht unähnlich, allerdings muss hinzugefügt werden, dass Trabert auch „akut Wohnungslose“ in seine Untersuchungen miteinbezogen hat, während das neunerhaus differenzierte Untersuchungen zu den unterschiedlichen Wohnformen durchführt und auswertet.

Ini der Anlage_006_nh_Verteilung nach Krankheitsgruppen ist auch zu erkennen, dass 42 Prozent der PatientInnen der neunerhaus Hausarztpraxis eine psychiatrische Erkrankung vorweisen, aber nur zwölf Prozent der Diagnosen stellen. Erklärbar ist dies für einen medizinischen Laien nur insofern, als die Krankheitsbilder der Multimorbidität verstärkt die Diagnose beeinflussen.

⁹³ Gängiger Spruch in der Wohnungslosenszene.

⁹⁴ Nicht im Sinne von Amanns Balance Arbeit, da Ressourcen nicht vorhanden und daher auch nicht verlagert werden können.

An dieser Stelle möge eine kurze Bemerkung für künftige und eher langfristig anzudehende Vergleichsmöglichkeiten jener Vereine und ihrer statistischen Gesundheitserhebungen gestattet sein, die mit den Gebietskrankenkassen zusammenarbeiten. Die Vereine neunerhaus, AmberMed⁹⁵ und andere sollten zusammen mit den Krankenkassen ein gemeinsames medizinisches Anamneseblatt erarbeiten, um korrekte Vergleiche mit nationalen und internationalen Zielgruppen anstellen zu können:

- Abgleichung der Daten und ihren Kriterien für Zuordnungen an jene der allgemeinen Krankenkassen
- Erfassung der Krankheiten getrennt nach Geschlecht
- Erfassung psychischer Erkrankungen nach Geschlecht (ohne Sucht)
- Erfassung der Suchterkrankungen nach Geschlecht

Inwieweit die Trennung der psychiatrischen Erkrankungen von jenen der Sucht möglich ist, lässt sich aus der laienhaften Sicht der Autorin nicht feststellen, jedoch wäre dies Vergleichszwecken dienlich.

7.3 Transkription, Kategorienbildung und Auswertung der problemzentrierten Interviews

Die mithilfe eines Tonbandes aufgenommenen Interviews wurden mit dem Transkriptions- und Textverarbeitungsprogramm f4transkript (Dresing/Pehl 2015) transkribiert. f4transkript ist ein Textverarbeitungsprogramm, welches mit einer Tonbandaufnahme und einem Fußschalter kombiniert wird, wodurch eine jederzeit regulierbare und geschwindigkeitsangemessene Wiedergabe des Interviews ermöglicht und die Transkription erleichtert wird. Dies war insofern auch von Vorteil, da das knapp 900 Seiten umfassende Datenmaterial sonst kaum bewältigbar gewesen wäre. Mittels Zeitmarken bei Gesprächsbeginn und Gesprächsende, Textbausteinen mit automatischem Sprecherwechsel sowie Vor- und Rückspulungen des mit dem Programm verbundenen Tonbandes per Fußschaltung kann die Transkription so gesteuert werden, dass eine laufende Überprüfung der Richtigkeit des wiedergegebenen Wortlautes stattfinden kann. Das Programm erstellt standardmäßig laufend automatische Sicherheitskopien (Siehe Abbildung 10).

⁹⁵ AmberMed ist ein Verein, der gratis medizinische Versorgung für Nichtversicherte anbietet.

Abbildung 10_PZI_Kode:010_männlich_63: Ausschnitt einer Transkription mit f4

I: Das ist ja eine schöne Art der Anerkennung, nicht? #01:27:58-9#

B: Ich mache es gerne (4) und da vergesse ich alles, da schalte ich ab. Da bin ich noch um ein "Deut" jünger und da kann ich abschalten. #01:28:13-0#

I: Aber das war schon schön, wenn die Frauen die Puzzles bringen, ist das nicht schön? Das ist ja eine Anerkennung für Sie, oder? #01:28:20-0#

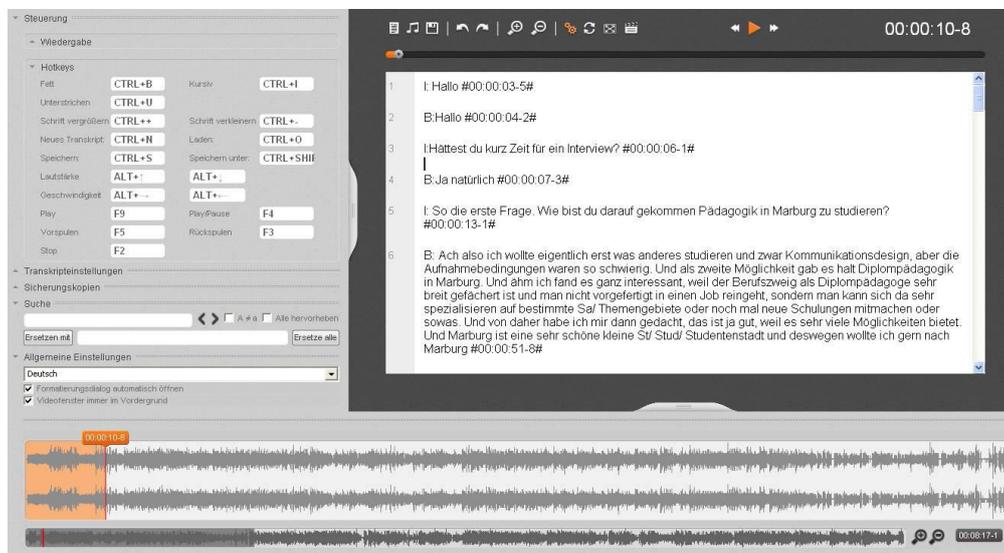
B: Na freilich ist das eine Anerkennung. War ohnehin sehr schön, aber ich habe die Frauen ja nie gesehen. Die haben sich bei mir nicht gemeldet, gar nichts. Ich weiß nicht, wie das gegangen ist, keine Ahnung. Ich habe geglaubt, der macht einen Scherz und habe ihn gefragt, ob er "narrisch" ist. Dann bin ich mit ihm selber hinuntergegangen, na akkurat. #01:28:41-9#

I: Was würden Sie denn noch gerne lernen, wenn Sie die Möglichkeit hätten? #01:28:48-2#

B: Lernen, überhaupt nichts mehr. Nichts mehr, überhaupt nichts mehr. #01:28:50-

f4transkript⁹⁶ erstellt automatisch Zeilenformate von 1-30 für jede Seite, sodass hier die Zuordnungen der Texte für die spätere Kodierung übersichtlich gestaltet oder aber auch gefunden werden kann. Ergänzend dazu werden Absatznummerierungen angezeigt. Zeitmarkierungen zu Beginn und am Ende eines Sprachabsatzes ermöglichen eine Zeitmessung zwischen „Sprech- aber auch Schweigezeiten“. Um dem von Witzel geforderten theoriegeleiteten Verfahren zu entsprechen, ermöglicht das Textverarbeitungsprogramm f4 eine auf den Leitfaden bezugnehmende, theoriegeleitete und themenspezifische Zuordnung mittels Farbkodes (Siehe Punkt: 7.3_PZI_Abbildung 9).

Abbildung 11_PZI_Wellendarstellung der Audiodatei



⁹⁶ f4transkript und f4analyse sind geschützte Eigennamen.

Um auch die während des Interviews auftretenden emotionalen Befindlichkeiten nachhaltig und transparent darstellen und in die Auswertung miteinbeziehen zu können, verfügt das Transkriptionsmodul f4 über eine Audiodatei, die mittels einer Wellendarstellung die Interviewsituation in all ihren Befindlichkeiten wiedergeben kann.

Im Anschluss an die Transkription und nach nochmaliger Kontrolle der theoriegeleiteten Farbkodierung wurden die Texte mit den angehefteten Memos, auf denen situationsbedingte Informationen vermerkt waren, in Zusammenhang gebracht, auf ihre Stimmigkeit überprüft sowie mit bunten Markierungen und theoriegeleiteten Stichworten (aus dem Leitfaden) versehen. Grundlage aller Auswertungsarbeit ist die Fallanalyse auf der Basis vollständig transkribierter Interviews. Dabei bezieht sich der erste Schritt konsequenterweise auf die bereits im Verlauf der Erhebung initiierten Vorinterpretationen, die der/die ForscherIn, Satz für Satz deutend, mittels des f4transkripts Moduls nachvollzogen hat und den Stichworten aus dem Leitfaden (theoriegeleitet) mit Begrifflichkeiten, die neue, thematische Aspekte aus den Darstellungen des/der InterviewpartnerIn kennzeichnen (induktiv) (Witzel 1996:19).

Eine weiterer Vorteil des f4 Textverarbeitungsprogrammes ist die Möglichkeit, mittels f4analyse Codes und Kategorien zu bilden. f4analyse arbeitet auf Basis von Projekten und enthält alle diesem Projekt zugeordneten Texte, Codes, Memos und Kommentare (Dresing/Pehl 2015). Nach dem Einspielen des transkribierten Textes in die Maske f4analyse werden, ähnlich wie in der Kodierphase bei der Grounded Theory, Zuordnungen getroffen. Das Programm erlaubt dem/der AnwenderIn, diese Zuordnungen und das sich daraus entwickelnde Codesystem laufend und theoriegeleitet zu ändern und Textinhalte so lange zu modifizieren, bis sich eine Sättigung einstellt. So konnten Codes entwickelt, verworfen, verdichtet oder aber auch abgeändert werden. Analog zum Textverarbeitungsmodul f4transkript, bietet auch f4analyse die Möglichkeit, die als Memos oder Kommentare hinterlegten Vermerke bestimmter, farblich unterlegter Textstellen zu codieren und den schon bestehenden, oder neu zu schaffenden Kategorien oder Oberkategorien⁹⁷ zuzuordnen. Diese Codes wurden den, sich schon im Interviewleitfaden abzeichnenden und sich entwickelnden Kategorien zugeordnet. Zur Kennzeichnung wurden sie mit farblich differenzierenden Farbkodes unterlegt, nummeriert und können, so gekennzeichnet, jederzeit wieder den ursprünglichen Textstellen zugeordnet werden.

Anschließend werden die Codes mithilfe von Aussagen und Phrasierungen verdichtet, sodass durch axiale Kodierungen die Nachvollziehbarkeit gegeben ist. „Ziel ist es, Kernkategorien“ (Strauss & Corbin 1990) in Form eines Typologiekonzeptes zu entwickeln, die dann in der nächsten Auswertungsstufe des selektiven Kodierens als Deutungshypo-

⁹⁷ Der Kode ist datennah, d.h. dass er an eine Textstelle angeknüpft ist, eine Kategorie ist Bestandteil der sich entwickelnden Theorie. Codes und Kategorien unterscheiden sich in ihrer Dimensionalität.

these genutzt und nunmehr theoriegeleitet oder deduktiv mit weiterem Material aufgefüllt werden kann (vgl. Witzel 2000:05).

Als weitere Möglichkeit von Kodes und deren Zuteilung erstellt das Programm eine automatisch errechnete Häufigkeitsanzahl. Die ist so gestaltet, dass je drei Wörter vor dem Kode und drei Wörter nach dem Kode als sinnverbindende Wörter mitgezählt und mitinterpretiert werden⁹⁸.

Wichtig ist hier zu beachten, dass in dieses Verdichtungsprotokoll noch keinerlei Interpretationen einfließen dürfen. Es dient einzig der Darstellung und Ordnung der Gesprächsinhalte um später – in der Auswertungsphase – Interpretationen zu vereinfachen oder aber auch zu überprüfen.

Anschließend wurde eine Zeit-Sequenzanalyse verfasst, die die Gewichtung und Rangreihung der Themenschwerpunkte des Interviews spiegelt. Diese Auswertung stellt im Rahmen des „Methoden-switches“, erste Ergebnisse eines theoriegenerierenden Verfahrens in der Vielfalt der Methodenlandschaft dar.

7.3.1 Theoriebildung anhand der Grounded Theory

Theoretische Grundlage der qualitativen Forschung ist die im symbolischen Interaktionismus begründete subjektive Sichtweise. Diesen Zusammenhang spiegelt die Kombination von problemzentrierten Interviews und ihre methodologische Verknüpfung mit der Grounded Theory wieder, da ansatzbedingt beide im symbolischen Interaktionismus der 1930er Jahre verwurzelt sind und sich auch „in der Vergangenheit vielfach bewährt“ (vgl. Badawia 2002, Tagmat 2003, von der Lippe 2003 In: Steiger 2010:54) haben. Witzel selbst sieht seine Vorgehensweise in dem von ihm entwickelten problemzentrierten Interview ähnlich der der Grounded Theory, weil auch er sich kritisch und vehement gegen eine „tabula rasa“ Datenauswertung ausspricht, die die Daten nur durch „ex ante“ festgelegte Operationalisierungsschritte erfassen und überprüfen will (vgl. Witzel 2000 In: Steiger 2010:54). Die Grounded Theory sieht ihren Erkenntnisgewinn im induktiv-deduktiven Wechselspiel, vorhandenes Vorwissen wird als unvermeidbar angesehen, muss aber offen gelegt werden. Wie schon in Punkt 6.1 näher beschrieben, wird dem Offenheitsprinzip dadurch Rechnung getragen, dass die Relevanzsetzungen⁹⁹ der InterviewpartnerInnen durch Narration angeregt werden und damit in die Auswertung eingehen (vgl. Witzel 2000 In: Steiger 2010:54).

⁹⁸ Dies vor allem deshalb, um gleiche und zufällig hintereinander gereichte Wörter, die in keinem Sinnzusammenhang eines Kodes stehen, von der Zählung auszuschließen.

⁹⁹ Hier verstanden als die persönliche Prioritätensetzung in der Wichtigkeit und Wertigkeit von Aussagen, Beziehungen u.a.m.

Grundlage aller Auswertungsarbeit ist die Fallanalyse auf der Basis vollständig transkribierter Interviews. Dabei bezieht sich der erste Schritt konsequenterweise auf die bereits im Verlauf der Erhebung initiierten Vorinterpretationen, die der/die ForscherIn Satz für Satz deutend, mittels des f4transkripts Moduls nachvollzogen hat und den Stichworten aus dem Leitfaden (theoriegeleitet) mit Begrifflichkeiten zuordnet. Neue thematische Aspekte aus den Darstellungen des/der InterviewpartnerIn werden (induktiv) gekennzeichnet (Witzel 1996:19).

Dieser Vorgang entspricht dem Vorgehen bei der Grounded Theory und wird hier als „offenes Kodieren“ bezeichnet (Strauss & Corbin 1996:39f). „Kodierung wird dabei verstanden als die Operationen, mit denen Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Weise wieder zusammengesetzt werden. Dies ist der zentrale Prozess, durch den Theorien aus Daten aufgebaut werden (Strauss & Corbin 1990:57 In: Flick 1999: 197). In einem Wechselspiel der Gefühle der Autorin wurden die Kodes immer wieder neu zusammengesetzt und wieder verworfen. Neue, sich aus der Theorie entwickelnde Aspekte, ergaben neue Kodes und so wurde dieser Prozess fast zu einer „never ending story“.

Hilfreich für die Autorin war hier die ständige Rückführung der Daten in den ursprünglichen Zusammenhang und das Wissen um die Tatsache, dass ein Kode nahe an den Daten ist, d.h. er ist an eine Textstelle angeknüpft. Beispielsweise wurden Interviewabschnitte, seien sie nun zu Beginn oder auch am Ende des Interviews, die das Thema Angst betrafen, vorläufig der Name „Ängste“ gegeben und dann laufend erweitert und verfeinert wie z. B:

- „Ich habe Angst vor dem Arzt, von dem ich nicht weiß, ob er mich versteht“
- „Ich fürchte mich vor Spritzen und den Medikamenten, die sie mir geben“
- „Ich fürchte die, die kontrollieren, weil die oft schlecht und brutal sind“
- „Ich habe Angst vor Menschen, denen ich ausgeliefert bin“
- „Ich habe Angst, dass ich mir nicht selbst helfen kann“ u.a.m.

In einem zweiten Schritt, der noch zum offenen Kodieren zählt, wurden die Phrasen und Phänomene kategorisiert, indem die Konzepte zu Gruppen zusammengefasst wurden, die dasselbe Phänomen zu enthalten schienen. Der Prozess des offenen Kodierens soll – ausgehend von den Daten – in einem Prozess der Abstraktion zur Entwicklung von Theorien führen. Dabei werden dem empirischen Material Begriffe bzw. Kodes zugeordnet, „die zunächst nahe am Text und später immer abstrakter formuliert sein sollen“ (Flick 1999:197). In den in dieser Arbeit angeführten Kodes könnte man auch von „in vivo Kodes“ sprechen, da sie aus dem Sprachgebrauch der InterviewpartnerInnen stammen und meist nur geringfügig abgeändert wurden. Verkürzt zu oben genannten Beispielen wären dies:

- „Angst vor Arzt und Krankheit“
- „erfahrungsbedingte Angst und Verleugnung des Hilfebedarfs“
- „Angst vor Erniedrigung und Gewalt“
- „Angst vor Abhängigkeit und Hilfslosigkeit“

Resümierend ist festzuhalten, dass unter Kategorisierung die Zusammenfassung von inhaltlich gemeinsamen Oberbegriffen und die Herausarbeitung von Beziehungen zwischen Begriffen und Oberbegriffen bzw. Kategorien und Oberkategorien verstanden (vgl. Flick 1999:197 und Strauss 1996:54f) wird. Aus einer Vielzahl von durch offenes Kodieren entstandenen Kategorien wurden diejenigen ausgewählt, „deren Ausarbeitung am vielversprechendsten“¹⁰⁰ (Flick 1996:201) schien.

Das nun folgende, axiale Kodieren erfolgte aber in der für die Grounded Theory klassischen Vorgangsweise. Die Codes wurden mithilfe von Aussagen und Phrasierungen verdichtet und angereichert und wie schon beim offenen Kodieren regelmäßig und wiederholt mit den sogenannten „W-Fragen“¹⁰¹ in Zusammenhang gebracht (Strauss & Corbin 1990:76; Böhm et al. 1992:28 In: Flick 1999:200) um Beziehungen zwischen diesen und/oder anderen Kategorien zu verdeutlichen oder ausfindig zu machen (Kodierparadigma)¹⁰².

Das Stellen von Fragen, die ständigen Vergleiche aber auch die Hinterfragungen haben das Ziel, „Kernkategorien“ (Strauss & Corbin 1990) in Form eines Typologiekonzeptes zu entwickeln, die dann in der nächsten Auswertungsstufe des „selektiven Kodierens“ als Deutungshypothese genutzt und nunmehr theoriegeleitete oder deduktiv mit weiterem Material aufgefüllt werden kann (Witzel 2000:5).

7.3.2 Auswertung und Ergebnisse des Kurzfragebogens

Der ursprünglichen Intention zufolge hätte der Kurzfragebogen nur als Einleitung und zur Abfrage der demographischen Daten dienen sollen, um das problemzentrierte Interview von einer möglicherweise auftretenden Befangenheit vonseiten des/der Interviewpartnern zu bewahren. Um einen fließenden Übergang von den statistischen Ergänzungsfragen zum Interview zu fördern und dieses nicht negativ zu tangieren, wurde der Kurzfragebogen auch mit Fragen nach dem allgemeinen Gesundheitszustand und der subjektivi-

¹⁰⁰ Hinsichtlich ihrer Aussagekraft

¹⁰¹ „Was“? Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen?

„Wer“? Welche Person, Akteure sind beteiligt? Welche Rollenspieler sind sie? Wie interagieren sie?

„Wie“? Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen, oder auch nicht?

„Wann“? Wie lange? Wo? Zeit, Verlauf, Ort?

„Wieviel“? Wie stark? Intensitätsaspekte

„Warum“? Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen?

„Wozu“? In welcher Absicht, zu welchem Zweck?

„Womit“? Mittel, Taktiken und Strategien zum Erreichen des Ziels“ (Flick 1999:200f)

¹⁰² A=Kausalbedingungen -> B=Phänomen -> C=Kontext -> D= Intervenierende Bedingungen -> E= Handlungs- und Interaktionsstrategien -> F= Konsequenzen

ven Befindlichkeit, den persönlichen Hobbies, der Stimmungslage und dem bevorzugten Freizeitverhalten bereichert. Daher wird dieser Teil der Arbeit, dem Ablauf der Erhebungen folgend, neben den Auswertungen des statistischen Teils auch die der ob genannten Fragen beinhalten. Zur statistischen Auswertung des Kurzfragebogens ist anzumerken, dass es sich eher zufällig – trotz der als klein zu bezeichnenden Anzahl von 25 Interviews – ergab, dass hier der Genderaspekt und die genderbedingten unterschiedlichen Zugangsweisen zu den Themen berücksichtigt werden konnte. Ergänzend darf auch darauf hingewiesen werden, dass sich die Autorin der Nichtrepräsentativität dieser Auswertungen bewusst ist. Was jedoch feststellbar ist, sind richtungsweisende Tendenzen hinsichtlich der subjektiven Befindlichkeit von BewohnerInnen und ihrer Lebenslage.

Nach den unten angeführten demographischen Daten werden jene Daten des Kurzfragebogens, der Redezeiten und der Netzwerklandkarte näher betrachtet werden, die sich vorerst nicht bewusst – aus dem theoriegeleiteten Verfahren entwickelt und ergeben haben.

Weiters darf vermerkt werden, dass es sich hier um die Auswertung der subjektiven Sichtweise der Lebenslage von BewohnerInnen geht, die, je nach Stimmungslage und Tagesverfassung, der Autorin von ihrer persönlichen Lebenssituation berichteten und ihr dadurch die Gelegenheit gaben, sie „ein Stückweit an ihrem Leben“ teilhaben zu lassen.

Die Auswertungen wurden mittels des SPSS-Programmes ausgewertet und mittels teilweiser Überführung in eine Excel-Datei zu Diagrammen verarbeitet.

7.3.2.1 Demographische Ergebnisse der BewohnerInnen von „SobeWO“

Tabelle 14_KFB_Staatsbürgerschaft

		Haus Allerheiligenplatz		Haus Bürgerspitalgasse		Haus Kudlichgasse		Haus Leo		Haus Jona		Haus Tivoli-gasse		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Staatsbürgerschaft	Österreich	5	100%	2	100%	5	100%	4	100%	5	100%	3	75%	24	96%
	anderer Staat											1	25%	1	4%
	Gesamt	5	100%	2	100%	5	100%	4	100%	5	100%	4	100%	25	100%

n=25

Von 25 GesprächspartnerInnen waren 96% ÖsterreicherInnen (Siehe Tabelle 14). Hier soll angemerkt werden, dass der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund und MigrantInnen verhältnismäßig gesehen, nicht sehr hoch ist¹⁰³. 2014 betrug der MigrantInnenanteil aller im „SobeWO“ Bereich wohnender Menschen¹⁰⁴ 9,4% und im Jahr 2015 10,5%.

¹⁰³ Siehe FSW- Statistik_Ergebnisse.

¹⁰⁴ laut telefonischer Auskunft von Abteilungsleiter DSA Kurt Gutleiderer am 06.03.2017 um 15:06 Uhr.

Tabelle 15_KFB_Geschlechterverhältnis

		Anzahl	Anteil
Ge- schlecht	männlich	14	56%
	weiblich	11	44%
	Gesamt	25	100%

n=25

Das Geschlechterverhältnis widerspiegelt nicht die gelebte Realität, da das reale Geschlechterverhältnis in einem Sozial betreuten Wohnhaus in etwa einem Anteil von 1/3 Frauen und 2/3 Männern entspricht (Siehe Kapitel 7.1). Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass es geschlechterspezifische Einrichtungen für Frauen und Männer gibt, um gesellschaftspolitische und/oder gesundheitspolitische Ziele und Tendenzen zu fordern und zu fördern, wodurch es aber zu Verzerrungen im Geschlechterverhältnis kommen kann. Ergänzend darf noch hinzugefügt werden, dass Frauen oft in der sogenannten „verdeckten oder versteckten Wohnungslosigkeit“ leben, wobei die Unterkunft bei wechselnden FreundInnen und Zweckgemeinschaften als Tausch- und Abhängigkeitsgemeinschaft verstanden wird.

Tabelle 16_KFB_Durchschnittsalter nach Geschlecht

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Alter	67	66	66

n=25

Das in Tabelle 16 ausgewiesene Durchschnittsalter der BewohnerInnen von „SobeWO“ ist für eine institutionelle Einrichtung sehr niedrig, allerdings muss hier erneut auf die geringe Fallzahl verwiesen werden. Ausschlaggebend für die frühzeitige Wohnversorgung in einem Sozial betreuten Wohnhaus ist der allgemein schlechte Gesundheitszustand der BewohnerInnen.

Tabelle 17_KFB_Familienstand, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Familien- stand	Ledig	7	50%	3	27%	10	40%
	geschieden	6	43%	5	46%	11	44%
	verwitwet			3	27%	3	12%
	geschieden m. Partner	1	7%			1	4%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100%

n=25

Der Familienstand divergiert zwischen Frauen und Männern: Während 27% der Frauen ledig, 46% geschieden und 27% verwitwet sind, sind 50% der Männer ledig und 43% geschieden (Siehe Tabelle 17).

Tabelle 18_KFB_Einkünfte, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einkünfte	Pension	11	79%	10	91%	21	84%
	Sozialhilfe/Mindestsicherung	8	57%	4	36%	12	48%
	privat			1	9%	1	4%
	Mietzinsbeihilfe	14	100%	10	91%	24	96%
	Pflegegeld	8	57%	6	55%	4	56%
	Gesamt	14	100%	11	100,0%	25	100%

n=25, Mehrfachnennung

Bis auf eine/n BewohnerIn beziehen alle Befragten eine Mietzinsbeihilfe (Siehe Tabelle 18), woraus anzunehmen ist, dass die eigene Pension oder das Einkommen so gering sind, dass Zuzahlungen aus dem Topf der Wiener BMS stattfinden, um dem bedarfsorientierten Mindesteinkommen zu entsprechen. Der Bezug des Pflegegeldes ist gendermäßig ausgewogen. Da die BewohnerInnen von „SobeWO“ auch Zugang zu den von der Wiener Tafel¹⁰⁵ organisierten Lebensmitteln und zu den Wiener Sozialmärkten haben, wird die Höhe des verfügbaren Einkommens nur in Randbemerkungen thematisiert. Zumindest ein Drittel der BewohnerInnen sind besachwaltet und haben daher „zwar wenig Geld zur freien Verfügung in der Hand, aber keine finanziellen Probleme oder Notlagen“. Die Möglichkeit einer Sachwalterschaft wird sowohl von den BewohnerInnen als auch allen anderen Beteiligten (Stakeholder, Organisationen) als wichtiges Instrument der Wohnungssicherung gesehen.

Tabelle 19_KFB_Höchster Bildungsabschluss, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Höchster Schulabschluss	Sonderschule	1	7%			1	4%
	Pflichtschule, Polytechnikum	2	14%	6	55%	8	32%
	abgeschl. Lehre, Fachschule	8	57%	4	36%	12	48%
	Handelsschule, Matura	2	14%	1	9%	3	12%
	universitäre Ausbildung	1	7%			1	4%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100%

n=25, Mehrfachnennung

Bezugnehmend auf den höchsten Bildungsabschluss spiegeln sich in dieser kleinen Vergleichsgruppe die vom FSW erhaltenen Daten wider. Der allgemein für diese Altersgruppe niedrigere Ausbildungsstand von Frauen ist auch hier deutlich erkennbar. Während mehr als 54% der Frauen die Pflichtschule als höchst abgeschlossene Ausbildung vorweisen, sind dies bei Männern nur etwas mehr als 14% (Siehe Tabelle 19). Ähnlich verhält es sich bei Ausbildungen an Fachschulen, höheren Bildungsanstalten und bei Lehrabschlüssen.

¹⁰⁵ Die Wiener Tafel ist ein Verein für sozialen Transfer u. sammelt täglich an die drei Tonnen Lebensmittel.

Tabelle 20_KFB_Anzahl der Kinder

		Anzahl	Anteil
Anzahl der Kinder	kein Kind	12	48%
	1 Kind	2	8%
	2 Kinder	4	16%
	3 Kinder	4	16%
	4 Kinder	3	12%
	Gesamt	25	100%

n=25

Von den elf Frauen haben neun Frauen im gebärfähigen Alter 23 Kinder geboren. Die Fertilitätsrate¹⁰⁶ beträgt damit zwei Kinder pro Bewohnerin und ist – verglichen mit der Fertilitätsrate der übrigen Bevölkerung in den 1960iger Jahren – niedriger als der Durchschnitt. Die Fertilitätsquote pro Frau im Jahr 1961 betrug 2,78 (Statistik Austria, 1961)¹⁰⁷. Angemerkt muss hier aber werden, dass bei dieser Befragung nur nach der Kinderanzahl gefragt wurde und die in den Interviews erwähnten, verstorbenen Kinder nicht mitgezählt wurden, da nicht nach ihnen gefragt worden war.

Tabelle 21_KFB_Wohndauer, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Wohndauer	6 Monate	1	7%			1	4%
	18 Monate	1	7%			1	4%
	2 Jahre	3	21%			3	12%
	3 Jahre und länger	9	64%	11	100%	20	80%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100%

n=25

Wie schon in den Daten des FSW ersichtlich, bestätigt sich auch hier, dass die durchschnittliche Verweildauer im Bereich des „Sozial betreuten Wohnens“ bei mehr als drei Jahren liegt (Siehe Tabelle 21). Sie ist in diesem Segment bei den Frauen signifikant höher als bei den Männern. Diese signifikant höhere Wohnzufriedenheit bei Frauen bestätigt den ursprünglichen Konzeptionsgedanken, dass das Leben auf der Straße keine frei gewählte Alternative eines selbst gewählten und unabhängigen Lebensstils, sondern wohl eher ein letzter Ausweg aus einer alternativlosen Notlage ist.

¹⁰⁶ Dem Alter der Interviewpartnerinnen entsprechend wurde das Jahr 1961 zum Vergleich ausgewählt.

¹⁰⁷ https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, abgefragt am 30.04.2017 um 13:48.

Tabelle 22_KFB_Pflegestufe, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Pflegegeld und Einstufung	kein Pflegegeld	6	43%	5	46%	11	44%
	Pflegestufe 1-2	5	36%	6	54%	11	44%
	Pflegestufe 3	3	21%			3	12%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100%

n=25

Wie in Tabelle 22 ersichtlich, beziehen mehr als 57 % der Männer Pflegegeldleistungen, bei Frauen beträgt der Anteil mehr als 54%. Das deutet auf eine relativ geschlechtsbezogene Ausgewogenheit hin. Dass der Anteil an Pflegegeld der Stufe 3 bei Frauen gleich null ist, könnte darauf hinweisen, dass Frauen weniger pflegerischer Betreuung bedürfen und das Pflegegeld eher für hauswirtschaftliche Leistungen benötigt wird.

Tabelle 23_KFB_Bezug sozialer Dienstleistungen, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Soziale DL	Essen auf Rädern	2	14%			2	8%
	Heimhilfe	7	50%	7	64%	14	56%
	PflegehelferIn	1	7%	1	9%	2	8%
	Besuchsdienst	3	21%	3	27%	6	24%
	Reinigungsdienst	2	14%	3	27%	5	20%
	Sonstiges	1	7%	2	18%	3	12%
	finanziell besachwaltet	5	36%	4	36%	9	36%
	keine soz. Dienstleistung	7	50%	2	18%	9	36%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100

n=25, Mehrfachnennung

Auffallend ist, dass Frauen, im Verhältnis gesehen, mehr hauswirtschaftliche Zukaufleistungen beziehen als Männer (Siehe Tabelle 23). Zwar sind diese Zahlen nicht repräsentativ, jedoch zeigen sie eine tendenzielle Richtung an. Heimhilfen und Reinigungskräfte werden vermehrt von Frauen zugekauft. Diese Tendenz spiegelt sich beim Reinigungsdienst wieder. 50% der Männer beziehen überhaupt keine soziale Dienstleistung, während das nur bei 18% der Frauen der Fall ist. Essen auf Rädern wiederum wird ausschließlich von Männern bezogen, was auf eine gewisse „Haushaltsbewirtschaftung“ der Frauen schließen lässt, die auch auf die Ressourcen der Wiener Tafel und ihrer Bereitstellung von Lebensmittel zurückzuführen sein dürfte. Laut Angaben der BewohnerInnen haben neun Personen, das sind 36% der Interviewten, eine Betreuung durch eine/n SachwalterIn.

Der theoretischen Konzeption entsprechend, sollte einer sozialen Isolation Einzelner durch die konzeptionell eingeplanten Zeit- und Räumlichkeitsressourcen, um Kommunikation leben zu können, hintangehalten werden können. Anders ist das bei nicht mobilen

Menschen, die ans Bett gefesselt sind und die Wohnung nicht verlassen können. Um diesen nicht mobilen BewohnerInnen Zugang zu Kommunikation und Aussprache - außerhalb des Personalangebotes zu ermöglichen, besteht die Möglichkeit des zusätzlichen Zukaufs an Besuchsdiensten aus dem Pflegegeldbezug.

7.3.2.2 Subjektive, gesundheitliche Befindlichkeiten der BewohnerInnen von „SobeWO“

Die persönliche Sichtweise von Betroffenen als Indikator zu einer Lebenslagenanalyse kann in dieser Arbeit nicht vollständig geleistet werden, jedoch ist es Ziel, die Lebenslagenbedingungen durch die „ExpertInnenbrille“ der Betroffenen zu ergänzen.

Tabelle 24_KFB_Überwiegende Stimmung, nach Geschlecht

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Stimmungslage	keine Angabe	1	7%			1	4%
	meistens glücklich	2	14%	5	46%	7	28%
	meistens zufrieden	11	79%	6	54%	17	68%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100%

n=25

Aufgrund der geringen Fallzahl kann lediglich eine Tendenz der überwiegend vorherrschende Stimmung aufgezeigt werden und zwar dahingehend, dass Frauen eher glücklicher sind als Männer und andererseits Männer eher zufriedener sind als Frauen (Siehe Tabelle 24). Wenn nun nach Otto Neurath, der Mensch, als sein einzelner Bezugspunkt zu sich selbst sein eigenes Lebensstimmungssubjekt ist und sich in seiner Stimmung seine Lebensstimmung ausdrückt, dann spätestens wäre hier an dieser Stelle eine nähere Erklärung, oder um mit Ingeborg Nahnsen zu sprechen, eine nähere Operationalisierung vonnöten.

Tabelle 25_KFB_Gesundheitszustand, nach Geschlecht

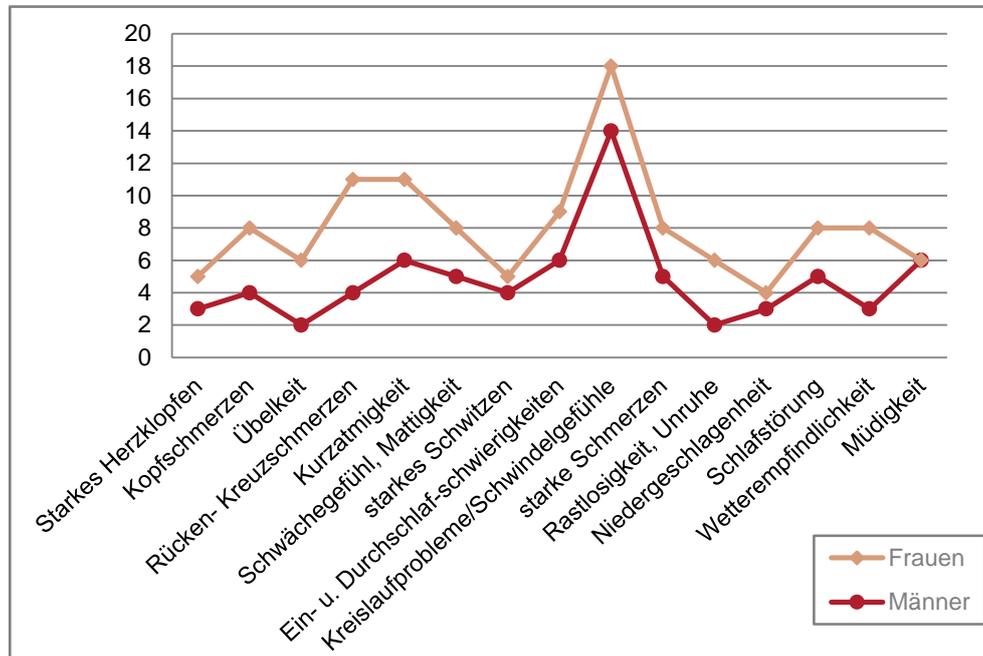
		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesundheitszustand	sehr gesund	2	15%			2	8%
	ziemlich gesund	6	46%	5	46%	11	46%
	nicht sehr gesund	2	15%	6	54%	8	33%
	Krank	3	23%			3	13%
	Gesamt	13	100%	11	100%	24	100%

n=25, miss=1

Während in Tabelle 25 der Termini „ziemlich gesund“ eine relative Ausgewogenheit zwischen den Geschlechtern ausweist, werden die Unterschiede beim Termini „nicht sehr gesund“ offensichtlich: Während sich 54% der Frauen als nicht sehr gesund einschät-

zen, trifft dies lediglich auf 15 % der Männer zu. Umgekehrt fühlen sich 23 % der Männer krank, während keine der Frauen sich als „krank“ empfindet. Bemerkenswert bei den Frauen ist hier die offensichtliche Tendenz „zur Mitte“.

Abbildung 12_KFB_Beschwerden, nach Geschlecht



n=25, Mehrfachnennung

Diese Beschwerden wurden zusammengefasst dargestellt, da sie selbsterklärend einen Einblick in die Problematiken des psycho-medizinischen Alltags von Menschen geben. Wie schon an anderer Stelle angeführt, sind Beschwerden auch ein „pendelndes Aufmerksamkeitsbarometer“, wie eine Bewohnerin es ausdrückte (005_weiblich_71).

„Frauen (er)leiden anders“ ist hier zu kurz und zu einfach gegriffen, jedoch könnte ein Erklärungsansatz darin liegen, dass Frauen, bedingt durch geschlechtsbezogene Kindererziehung, sensibler mit ihrem Körper umgehen und daher auch auf körperliche Befindlichkeiten schneller reagieren. Unterschiedlichkeiten zwischen den Geschlechtern ergeben sich hauptsächlich in den schwer zu diagnostizierenden und bewertenden Bereichen. Kurzatmigkeit, starkes Schwitzen und Kreislaufprobleme sind genderkonform verteilte Symptome (Siehe Abbildung 12).

Da Beschwerden ein für die Lebenszufriedenheit wichtiger Indikator sind, wurden die am häufigsten vorkommenden Beschwerden abgefragt, wobei den InterviewpartnerInnen die Trennlinie von Krankheit und/oder Beschwerde nicht immer klar war, da Beschwerden ja auch oft Folgewirkung einer Erkrankung sind. Daher wurde festgehalten, dass Beschwerden dann Beschwerden sind, wenn sie in keinem offensichtlichen Zusammenhang mit einer anderen, bereits diagnostizierten Erkrankung stehen. Beispiel ist hier die Übelkeit, welche dann als Beschwerde gelten soll, wenn sie nicht als Folge und in Zu-

sammenhang mit einer schweren Erkrankung steht. Bei den folgenden, unten angeführten Beschwerden handelt es sich nach Angaben der InterviewpartnerInnen also um Beschwerden im Sinne von „Einschränkung der Lebensqualität“ und nicht um Folgen einer diagnostizierten Krankheit.

Tabelle 26_KFB_Kopfschmerzen nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	18%	24%
Ständig	7%		4%
Oft	14%	18%	16%
Selten	7%	18%	12%
Nie	43%	46%	44%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

44% der BewohnerInnen sagen, dass sie nie Kopfschmerzen haben. Unter keine Angaben fallen auch jene BewohnerInnen, die ihre Kopfschmerzen als Folge anderer, diagnostizierter Krankheiten verbinden. Einige beklagen auch das „Nichtschlafenkönnen“ als Ursache ihrer Kopfschmerzen oder spätes Essen, Trinken u.a.m.

Tabelle 27_KFB_Übelkeit nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	18%	24%
Ständig			
Oft	7%	9%	8%
Selten	7%	27%	16%
Nie	57%	46%	52%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

Die Beschwerde der Übelkeit ist eine häufig genannte. Auffallend ist, dass die allgemeine Annahme, Frauen würden eher unter Migräne und Kopfschmerzen leiden, hier nicht bestätigt werden kann.

Tabelle 28_KFB_Rücken- und Kreuzschmerzen nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	18%	24%
ständig	7%	18%	12%
Oft	7%	9%	8%
selten	14%	36%	24%
Nie	43%	18%	32%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

Erkrankungen der Rückenmuskulatur und des Skelettsapparates zählen zu den am häufigsten genannten Erkrankungen. Frauen leiden eher an Kreuz- und Rückenschmerzen als Männer: Zählt man die Werteausprägungen von ständig bis selten zusammen, so ergibt sich bei Männern ein Wert von 28% und bei Frauen ein Wert von 63%. Auffallend

ist, dass in der Ausprägung „nie“ Männer mit 43% vertreten sind, während Frauen hier einen Wert von 18% aufweisen.

Tabelle 29_KFB_starke Schmerzen nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	27%	28%
ständig	7%	9%	8%
oft	14%	9%	12%
selten	14%	9%	12%
nie	36%	46%	40%
Gesamt	100%	100,0%	100%

n=25

Auf die bewusst „erzählenregend gestellte Frage“ wurde nicht näher eingegangen. Er-sichtlich in fast allen Tabellen ist, dass fast ein Drittel immer ohne Angaben bleibt, was die Vermutung nahe legt, dass es sich hier um Menschen mit schweren Erkrankungen handelt. So sagte ein Bewohner, „dass er keine Schmerzen spüre, weil er so viel Mor-phium bekomme“ (013_männlich_64).

Tabelle 30_KFB_Wetterfühligkeit nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	27%	28%
Ständig		18%	8%
Oft	21%	9%	16%
selten		18%	8%
Nie	50%	27%	40%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

Wetterfühligkeit ist tendenziell eher bei Frauen vorhanden.

Tabelle 31_KFB_Müdigkeit nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	36%	32%
ständig			
Oft	21%		12%
selten	21%		12%
Nie	29%	64%	44%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

Während Frauen anscheinend eher weniger bis nie müde sind, geben Männer zu, dass sie unter Müdigkeit leiden. Ob es hier einen Zusammenhang mit der Wetterfühligkeit gibt, kann nicht gesagt werden.

Tabelle 32_KFB_Schlafstörungen nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	29%	27%	28%
Ständig		18%	8%
Oft	21%	9%	16%
Selten	14%		8%
Nie	36%	46%	40%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

Den Schlafstörungen als meist subjektiv unterschiedlichen Folgeerscheinungen von psycho-sozialen Befindlichkeiten der BewohnerInnen sollte, ursachenbedingt vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dies besonders auch deshalb, weil Schlaftabletten in den Interviewsessions ein immer wiederkehrendes Thema waren, ohne dass danach gefragt worden war.

Tabelle 33_KFB_Gelenk- und Nervenschmerzen nach Geschlecht

	männlich	weiblich	Gesamt
keine Angabe	21%	27%	24%
ständig	14%	9%	12%
Oft	7%	18%	12%
selten	7%	9%	8%
nie	50%	36%	44%
Gesamt	100%	100%	100%

n=25

Diese Beschwerden wurden zusammengefasst dargestellt, da sie selbsterklärend einen Einblick in die Problematiken des medizinischen Alltags von Menschen geben, wobei die Gründe verschieden sein können. Wie schon an anderer Stelle angeführt, sind Beschwerden auch ein „pendelndes Aufmerksamkeitsbarometer“, wie eine Bewohnerin es ausdrückte (005_weiblich_71).

Tabelle 34_KFB_Einfluss der vorigen Wohnsituation auf den Gesundheitszustand

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Gesundheitszustand durch vorige Wohnsituation beeinflusst	Ja	3	25%	5	46%	8	35%
	Nein	9	75%	6	54%	15	65%
	Gesamt	12	100%	11	100%	23	100%

n=25, miss=2

Frauen glauben eher als Männer daran, dass die vorige Wohnsituation Einfluss auf ihren derzeitigen Gesundheitszustand hat (Siehe Tabelle 34). Auffallend ist hier, wie auch in den PZI zu erkennen sein wird, die Schuldzuweisung an „Dritte“. Einer der Gründe hierfür könnte sein, dass Männer der Meinung sind, „die Straße als ihr ehemaliges (Le-

bens)Revier verteidigen zu müssen, um so möglichen Schuldzuweisungen zuvor zu kommen“¹⁰⁸.

7.3.2.3 Freizeitverhalten der BewohnerInnen von „SobeWO“

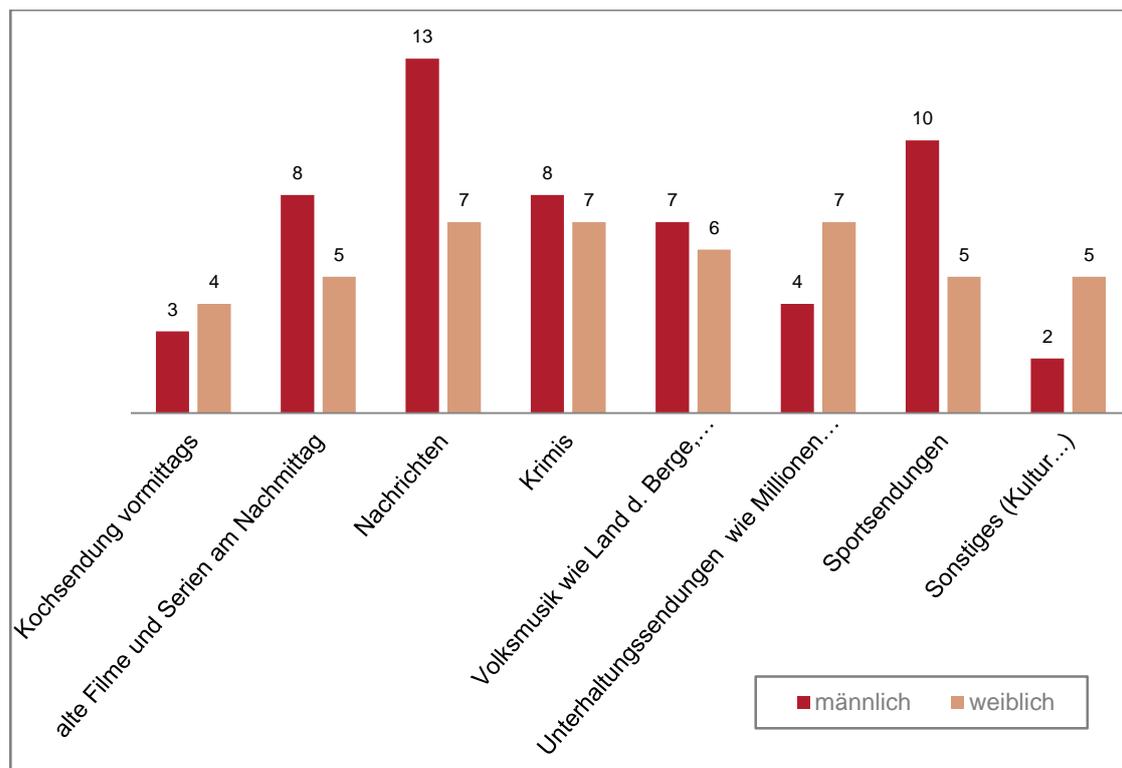
Tabelle 35_KFB_Zeit vor dem Computer/Fernseher, nach Geschlecht¹⁰⁹

		Geschlecht					
		männlich		weiblich		Gesamt	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zeit für Fernseher bzw. Com- puter	keine Angabe	2	14%	2	18%	4	16%
	1 Stunde	2	14%			2	8%
	ungefähr 2 bis 3 Stunden	2	14%	6	55%	8	32%
	mehr als 4 Stunden	8	57%	3	27%	11	44%
	Gesamt	14	100%	11	100%	25	100%

n=25

Die vor dem Fernseher verbrachte Freizeit unterscheidet sich einerseits dahingehend, dass Frauen laut ihren Angaben mehrheitlich zwischen zwei und drei Stunden fernsehen, während Männer sowohl kurzzeitig, als auch sehr lange (vier Stunden und mehr) vor dem Fernseher/Computer verbringen (Siehe Tabelle 35) als andererseits auch thematisch.

Abbildung 13_KFB_Zeit vor dem Fernseher, nach Geschlecht



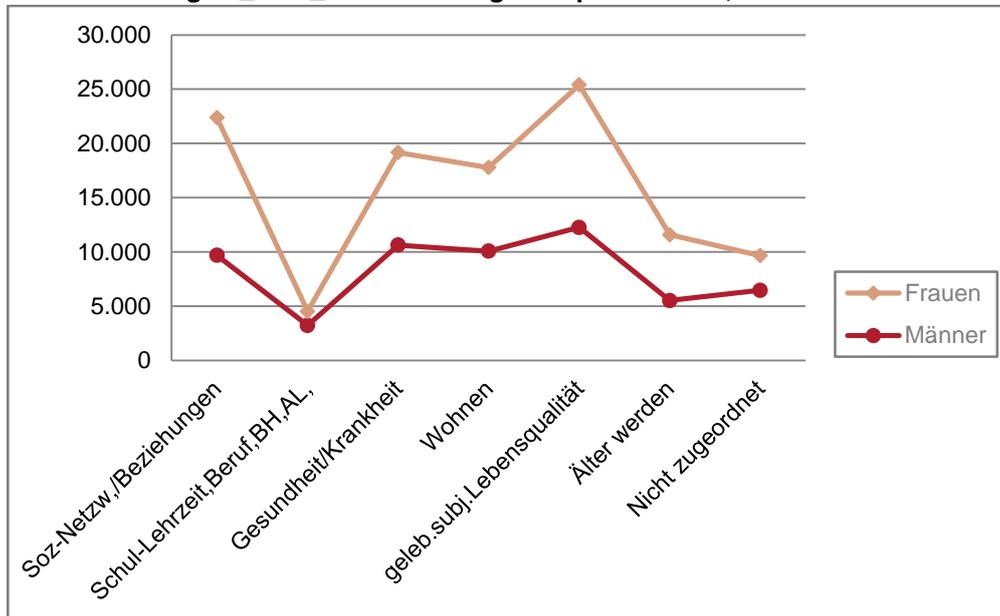
n=25, miss=3, Mehrfachnennungen

¹⁰⁸ Aussage einer BewohnerIn von „SobeWO“ in einem Diskussionsgespräch bei der Armutskonferenz 2005.

¹⁰⁹ Die Frage bezüglich des Computers ist vernachlässigbar, da der Hauscomputer fast nicht benützt wird und zum Zeitpunkt der Befragung nur ein Bewohner einen Computer hatte.

Männer sehen vermehrt Nachrichtensendungen und Sportübertragungen, alte Spielfilme und Volksmusiksendungen, während Frauen eher Unterhaltung, Kultur und Krimis bevorzugen (Siehe Abbildung 13). Auffallend bei der Interviewführung war, dass bei mehreren InterviewpartnerInnen der Fernsehapparat ohne Ton lief und erst auf meine Bitte hin ausgeschaltet wurde, wobei viele von ihnen meinten, „dass sie ohnehin nicht hinsehen und er nur laufe“.

Abbildung 14_KFB_Themenbezogene Sprechzeiten, nach Geschlecht



n=25, Mehrfachnennungen

Das Interesse an einer gegenderten Auswertung der themenbezogenen Sprechzeiten ergab sich aufgrund der Beobachtung der sich entwickelnden theoriegeleiteten Differenzen, die für die Autorin offensichtlich waren. Während Frauen eher offen über ihr jetziges Leben im „SobeWO“ berichten, sind es eher die Männer, die von „früher“ sprechen und einer Zeit, als sie noch aktiv waren und im Berufsleben standen und so ihrem Rollenbild entsprechen konnten.

Wie in Abbildung 14 ersichtlich, sprechen Frauen wesentlich mehr über ihre sozialen Beziehungen als Männer. Als weitere prägende Größe scheint nun ihre gelebte Lebensqualität von Bedeutung zu sein. Am wenigsten sprechen sie über ihre Schul- und Lehrzeit, sowie über die Zeiten ihrer aktiven Erwerbsarbeit.

Große Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich auch hinsichtlich folgender Themen:

Tabelle 36_KFB_Helfersyndrom, nach Geschlecht

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Helfersyndrom	6	73	36

n=25

Das Helfersyndrom ist für Frauen ein sehr ausgeprägtes (Siehe Anhang_05_KFB).
(Nähere Ergänzung unter Prunkt: 7.3.3_ PZI)

Tabelle 37_KFB_Essen und Kochen, nach Geschlecht

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Essen und Kochen	15	43	27

n=25

Kochen bedeutet vor allem für Frauen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Kochen ist nicht nur ein persönliches Hobby, kochen ist ein Ressourcenspielraum für sich und andere. Dies wird auch in den PZI_Interviews sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, denn: „Eigener Herd ist Goldes Wert“ (006_weiblich_74) (Siehe Anhang_05_KFB).

Tabelle 38_KFB_Freunde und enge Sozialkontakte im Haus, nach Geschlecht

Freunde u. enge Sozialkontakte im Haus	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
	19	134	70

n=25

Wohnungslose Menschen bleiben auch dann, wenn sie wohnversorgt sind, eher EinzelgängerInnen. Die unterschiedliche Zu- und Herangehensweise zu Kommunikation als Ressource ist signifikant (Siehe Anhang_05_KFB).

Tabelle 39_KFB_Gewalt und Kriminalität, nach Geschlecht

Gewalt und Kriminalität	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
	71	11	44

n=25

Menschen, die im Sozial betreuten Wohnhaus leben, haben meist – bedingt durch ihr Vorleben – Erfahrung mit Gewalt und Kriminalität.

Zusätzlich ergeben sich **geschlechtsspezifische Tendenzen** in folgenden Bereichen:

Tabelle 40_KFB_Keine Freunde – allein, nach Geschlecht

Keine Freunde allein	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
	19	3	12

n=25

Männer tendieren eher dazu, allein zu sein und keine Freunde zu haben (Siehe Anhang_05_KFB).

Tabelle 41_KFB_Krankheiten, nach Geschlecht

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Beschwerden	32	78	53

n=25

Frauen sprechen tendenziell eher über ihre Krankheiten und ihre gesundheitlichen Befindlichkeiten als Männer.

Tabelle 42_KFB_Finanzen, nach Geschlecht

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Schulden, Finanzielles, Vorsorge	90	109	98

n=25

Tabelle 43_KFB_Alkohol-/Drogenprobleme, nach Geschlecht

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Alkoholprobleme, Drogenprobleme	59	105	79

n=25

Frauen sprechen eher finanzielle Probleme, Alkohol- und Drogenprobleme an, als Männer.

7.3.2.4 Auswertung der Netzwerklandkarte

Die Netzwerklandkarte ist in der hier vorliegenden Arbeit Teil der prozessorientierten Vorgangsweise. Die Ausgangsfrage dahinter war, wie das soziale Leben wohl bildlich dargestellt werden könnte. Das der Autorin von der Familienaufstellung geläufige Bild der Darstellung von Nähe-Fern-Beziehungen wurde dann als Grundlage für die Darstellung und Vorgangsweise gewählt.

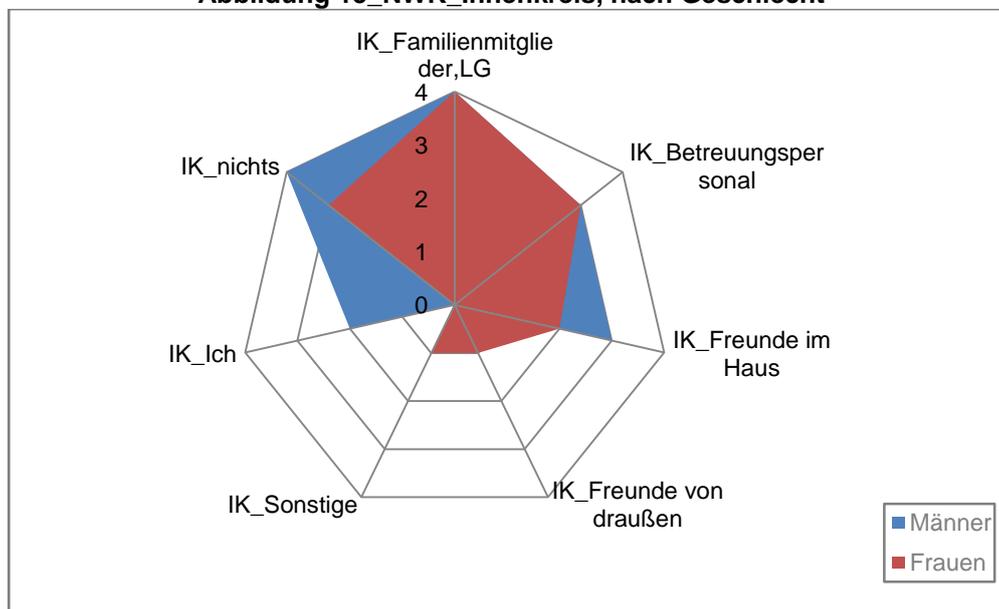
Der Autorin schien es anfangs nur interessant, mögliche genderbedingte Unterschiede im Bilden von „Netzwerken und deren Nutzung“ aufzuzeigen, jedoch haben sich hier in verstärktem Ausmaß auch – wie ja durch die prozesshafte Vorgangsweise erhofft – theoriegeleitete Erkenntnisse ergeben, wie z.B. die unterschiedliche Art des Netzwerkes, den Gebrauch und Nichtgebrauch desselben wie auch die Fähigkeit, Netzwerke zu nutzen. Diese Erkenntnis ist individuell unterschiedlich ausgeprägt und bedingt die Fähigkeit von Menschen, diese Ressource selbst zu erkennen und nutzen zu können. Um die Dimension und Wirksamkeit sozialer Netzwerke besser erkennen zu können,

werden Größe und Dichte, die Intensität und die reziproke Nutzung, sowie die Art und Weise der sozialen Beziehungen hinterfragt.

Ausgangsbasis dieser Netzwerklandkarte ist ein von der Autorin entworfenes Nähe-Ferne-Beziehungsdiagramm. Der zentrale Punkt des innersten Kreises „das Selbst“ oder „das Ich“¹¹⁰ dient als fixer Bezugspunkt zu Jenen, die „einem nahe“ oder auch „ferne“ stehen. Bei der Befragung der Beziehungen wurden die InterviewpartnerInnen gebeten, sich selbst im Zentrum zu positionieren und dann die Menschen, die für sie wichtig sind, in entsprechender Nähe oder Ferne mitsamt ihrer persönlichen Funktion einzutragen. Bis auf einen männlichen Interviewpartner folgten alle anderen dieser Aufforderung.

Erwartungsgemäß sind die Familienmitglieder großteils im Innenkreis positioniert. Die Beziehungen zu den Familienmitgliedern sind gendermäßig ausgewogen. Sowohl Frauen als auch Männer haben das Betreuungspersonal als einen wichtigen Bestandteil ihrer emotionalen Beziehungen bezeichnet, ohne dass an dieser Stelle konkret danach gefragt wurde.

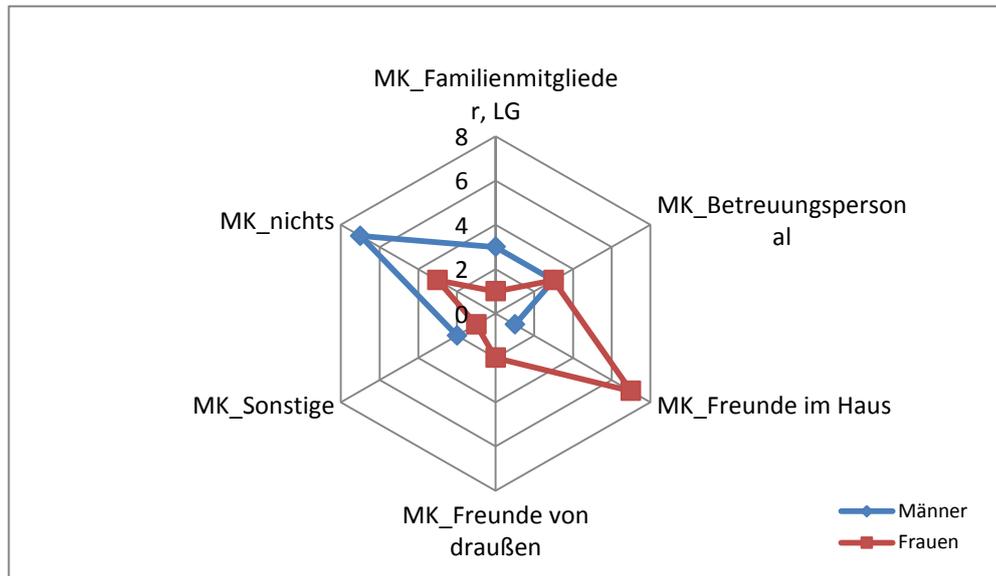
Abbildung 15_NWK_Innenkreis, nach Geschlecht



n=25, miss=1, Mehrfachnennung

¹¹⁰ Herbert Mead.

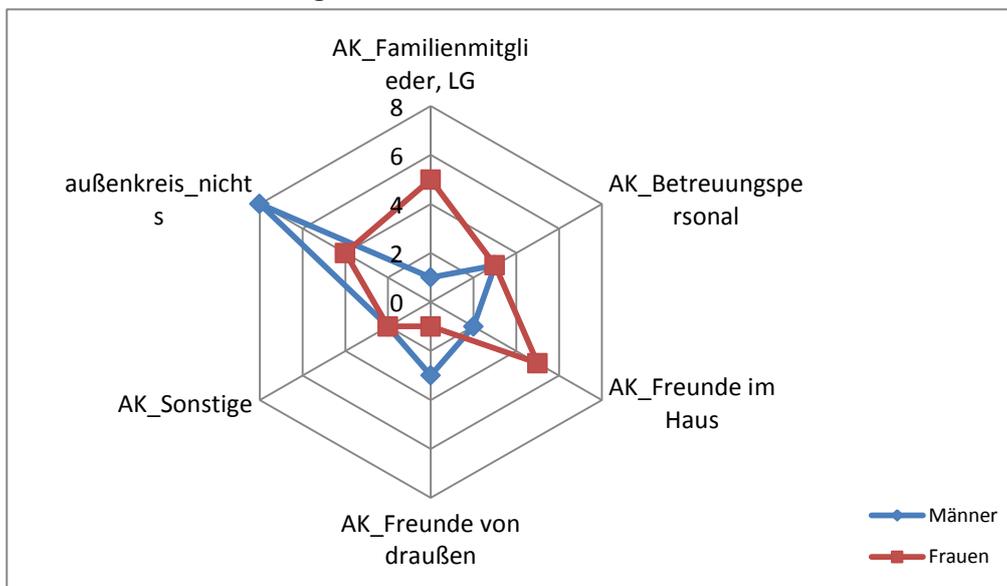
Abbildung 16_NWK_Mittelkreis, nach Geschlecht



n=25, miss=1, Mehrfachnennung

Im Mittelkreis divergieren die Ergebnisse dahingehend, dass Frauen vor allem FreundInnen im Haus diesem Netzwerk als Bezugspersonen zuordnen, während Männer diesem Bereich eher beziehungslos gegenüberstehen und ihn nur wenig in ihre Bezugsweltenrelation einordnen (Siehe Abbildung 16). Diese unterschiedlichen Zuordnungen sollten in einer weiteren, repräsentativen Untersuchung in den Mittelpunkt gestellt und hinterfragt werden, um mögliche kooperationsbedingte und/oder konzeptionelle Bedingungen wie Diversitäts- oder Genderproblematiken realitätsbezogen untersuchen zu können.

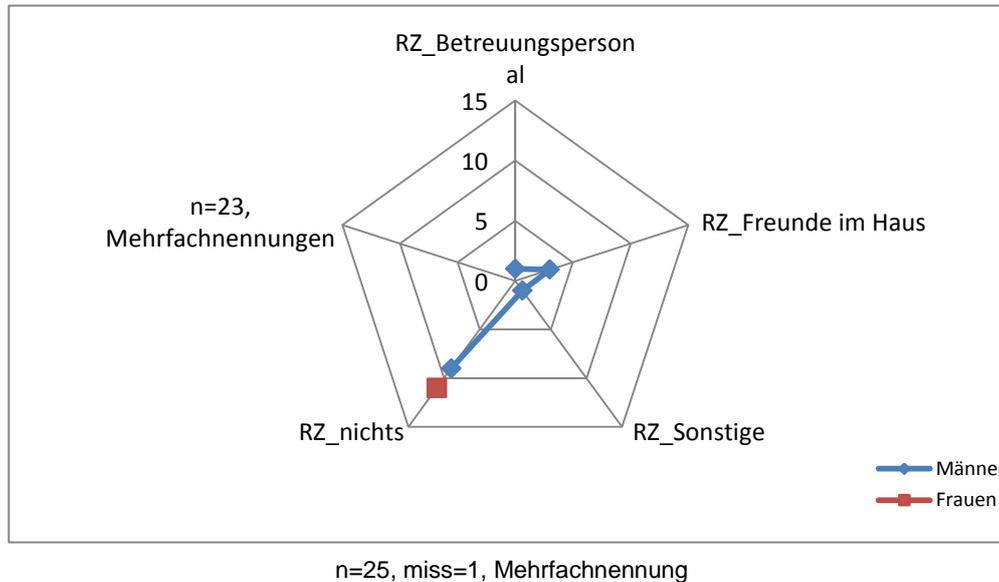
Abbildung 17_NWK_Außenkreis, nach Geschlecht



n=25, miss=1, Mehrfachnennung

Im Außenkreis gestaltet sich die Situation ähnlich zum Mittelkreis: So geben Frauen hier öfters FreundInnen im Haus an, während Männer zumeist niemanden haben (Siehe Abbildung 17). Zusätzlich werden von Frauen hier auch sehr oft Familienmitglieder verortet.

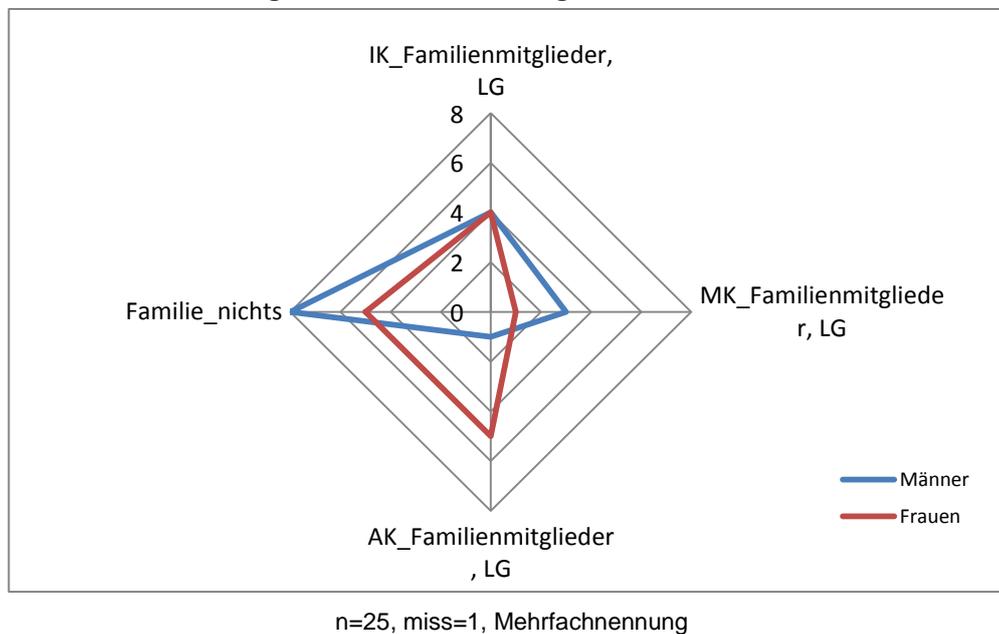
Abbildung 18_KFB_Randzone, nach Geschlecht



Spannend scheint nun vor allem aus Sicht der Männer, der Blick auf die Randzone: Während Frauen hier keinerlei Bezugspersonen mehr angeben, sind es bei Männern gehäuft FreundInnen im Haus, die auf dieser Ebene verortet werden.

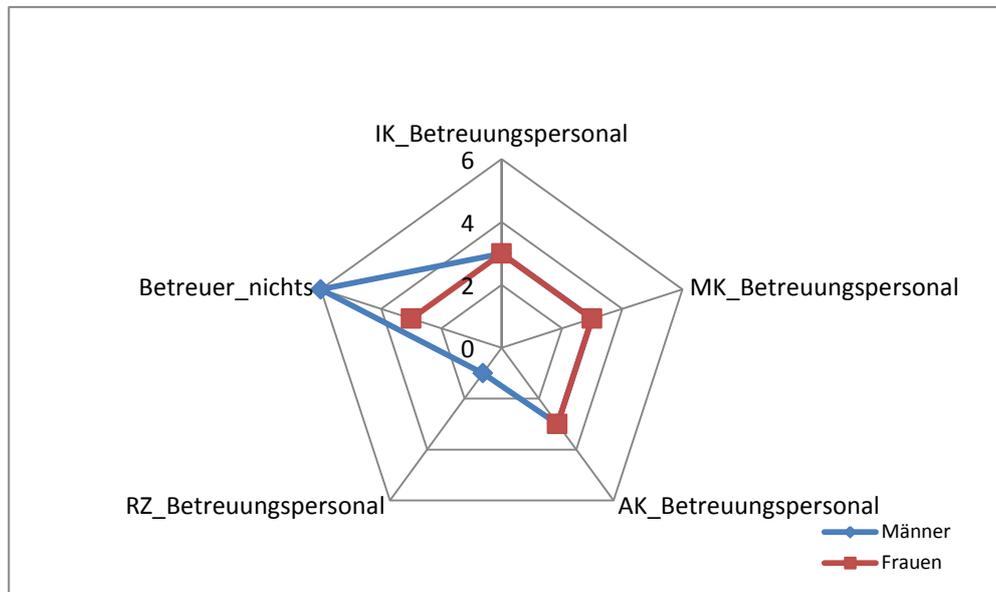
In den nun folgenden Auswertungen liegt das Hauptaugenmerk auf der Frage, wer sich in welchem Kreis befindet.

Abbildung 19_KFB_Familienmitglieder, nach Geschlecht



Frauen haben sichtlich eine weiter gefasste und differenzierte Form von Beziehung zu ihren Familienmitgliedern, da sie sowohl vermehrt im Innen- als auch im Außenkreis aufscheinen, während Männer die engere Form der „Begrifflichkeit von Familie“ eher im Mittelkreis sehen oder die Familie gar nicht angeben.

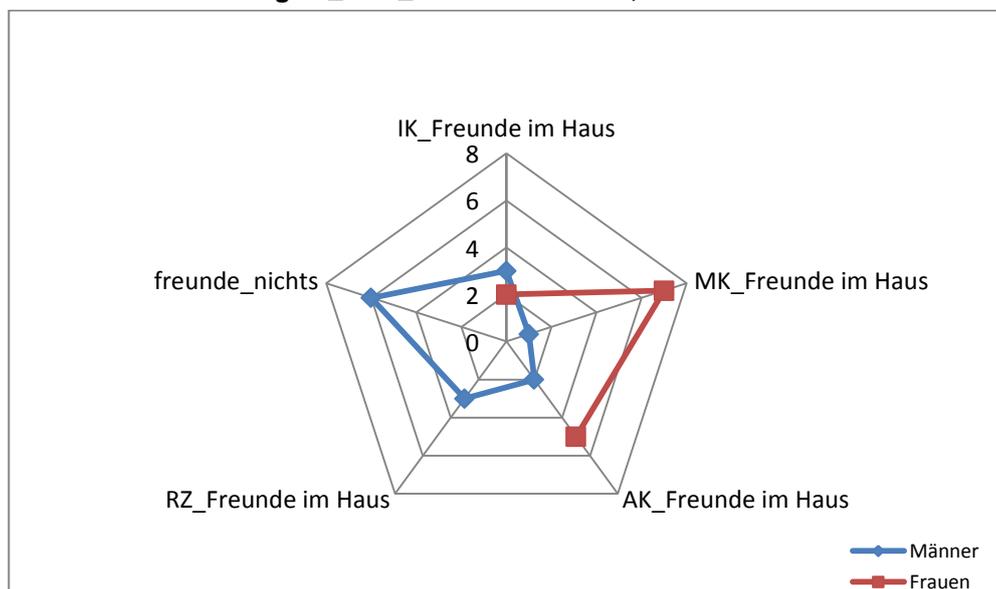
Abbildung 20_KFB_Betreuungspersonal, nach Geschlecht



n=25, miss=1, Mehrfachnennung

In Abbildung 20 fällt auf, dass sich Frauen, aus welchen Gründen auch immer, eher mit dem Betreuungspersonal solidarisieren oder/und arrangieren als Männer. Obwohl BetreuerInnen von beiden Geschlechtern auf den Ebenen des Innenkreises, des Mittelkreises und des Außenkreises verortet werden, haben Männer auch gehäuft keinen Bezug zum Betreuungspersonal.

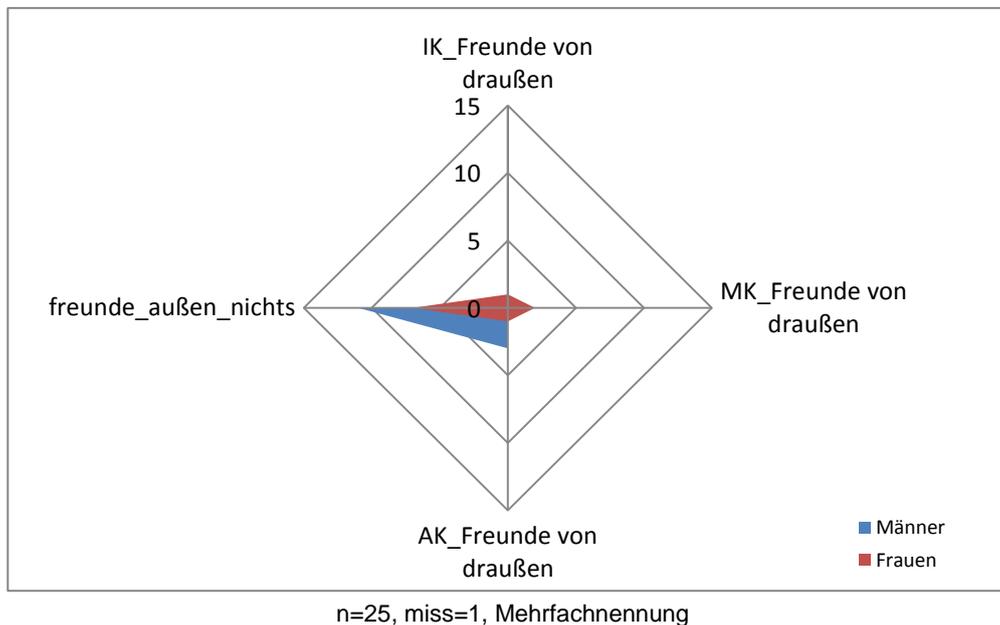
Abbildung 21_KFB_Freunde im Haus, nach Geschlecht



n=25, miss=1, Mehrfachnennung

Bezugnehmend auf Beziehungen zu FreundInnen im Haus finden sich Frauen mehr auf den emotionalen Zonen wie der des Mittel- und Außenkreises wieder, während Männer vermehrt keine FreundInnen im Haus angeben. Wenn Männer FreundInnen im Haus angeben, dann vordergründig auf Ebene des Innenkreises oder der Randzone.

Abbildung 22_KFB_Freunde von „draußen“



Freunde von außen sind bei beiden Geschlechtern eher die Ausnahme, allerdings noch etwas häufiger unter den Frauen zu finden als unter den männlichen Bewohnern (Siehe Abbildung 22). Tendenzmäßig sind es eher die Männer, die keine anderen oder keine neuen Kontakte, als den schon genannten anstreben und auch pflegen.

7.3.3 Ergebnisse der verbal, subjektiven Perspektive - BewohnerInnen und ihre Merkmalsausprägungen als Grundlage von Typologien

Da „soziale Ungleichheit und ihre jeweiligen Ausprägungen“ (vgl. Hradil 2005) sich in der Struktur und der Kultur einer Gesellschaft spiegeln, sind wohnungslose Menschen auch Teil dieser sie stigmatisierenden und ausgrenzenden Gesellschaft. In diesem Sinn haben sie auch Anteil an der Gesellschaft (vgl. Arendt 1981). Hinsichtlich dieser Definition von Teilhabe gehen Menschen Verbindungen ein, Beziehungen entstehen.

„Sie weisen im Umgang miteinander Gemeinsamkeiten und/oder auch Trennendes in Ausprägungen sozialer Kategorien wie Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand, Religion usw. auf. Diese Kategorien unterliegen zugeschriebenen Merkmalen und werden durch diese geprägt und ausdifferenziert.“ (vgl. Hradil 2005:44)

Im folgenden Abschnitt werden nun die Ergebnisse der Auswertungen der problemzentrierten Interviews in den Kontext der Lebenslage der BewohnerInnen und ihrer All-

tagswirklichkeit gestellt. Analog der in Punkt 1.3 genannten Fragestellungen wird versucht werden, die Antworten thematisch so aufzubereiten, dass die sehr differenzierte Lebensweltrealität von BewohnerInnen eines Sozial betreuten Wohnhauses wahrnehmbar wird. Den thematisch geordneten Teilaspekten und Kategorien von Lebenslage wird jeweils eine punktuelle Zusammenfassung mit den sich abzeichnenden Merkmalsausprägungen angefügt werden.

7.3.3.1 Soziales Netzwerk/Beziehungen

Ursprungsfamilie und Kindheit

Ihre Kindheit haben die BewohnerInnen von „SobeWO“ zwar mehrheitlich bei den Eltern verbracht, jedoch verbinden die Wenigsten damit eine glückliche und von Liebe und Verständnis geprägte Kindheit. Vermehrt sind sie in Folge nicht im Elternhaus, sondern bei Verwandten und/oder auch im Heim aufgewachsen, und/oder wurden als „lediges und/oder ungewolltes Kind“ zu Pflegeeltern am Land in Obsorge gegeben, wodurch die Erinnerungen an ihre Kindheit meist mit Arbeit und teilweise auch mit Entbehrungen verbunden sind.

Bei Jenen, die bei den Eltern aufgewachsen sind, treten desöfteren Erinnerungen und/oder Schuldgefühle mit dem Thema Familienleben zutage, da Bemerkungen wie: „Mein Vater hat die Mutter nur geheiratet, weil ich unterwegs war“ oder auch, „mein Vater musste die Mutter heiraten, dass das Kind einen Namen hat“ immer wieder von der heute noch vorhandenen Betroffenheit zeugen. Damit verbundene Schuld- und Verantwortungsgefühle wie: „ich bin schuld am Unglück meines Vaters“ (003_männlich_63) werden offen verbalisiert.

„Ich bin auf die Welt gekommen und mein Vater hat meine Mutter geheiratet und das habe ich bis zu seinem Tod jedes Mal gehört: (6) Ich habe ihm sein Leben verbaut und das habe ich immer gehört, nicht?“

003_männlich_63

„Die eigene Verwandtschaft hat mich verleugnet, da war ich ja, ah, ein Bastard, nicht? Weil mein Vater hat meine Mutter erst geheiratet, da war ich schon 2 Jahre alt und vorher war ich ein Bastard. Das ist am Land draußen, in A., das ist eine Katastrophe gewesen, ein uneheliches Kind, einen Bastard hat sie dahergebracht.“

„Ich habe nie gewusst, wo ich hingehöre.“

024_männlich_67

Von der Beziehung zu den Eltern wird sehr wenig berichtet. Die Rolle des Vaters wird mehrheitlich als eine „von dem Gewalt ausgeht“, „der die Mutter und die Kinder schlägt“, „vor dem man sich fürchtet“ und der meist „viel trinkt“, beschrieben. Selten, aber doch wird vereinzelt die Vaterbeziehung als eine positive auch ausdrücklich erwähnt.

Die Mutterrolle wird sehr differenziert gesehen. Während sie einerseits als „schwach und hilflos Leidende“, „viel Arbeitende“, aber die Kinder verstehende, liebende Mutter darge-

stellt wird, wird andererseits oft auf eine verständnislose Mutter hingewiesen, als diejenige, „die die Kinder hergibt, die die Kinder trennt, die die Kinder zu Verwandten oder ins Heim abschiebt“. Auffallend ist, dass die Satzstellung „die Mutter und ich“ meist in einem positiven Zusammenhang mit dem/der ErzählerIn genannt wird.

„Ich habe keine besondere Kindheit gehabt, ich habe zuschauen müssen, wenn der Vater die Mutter geschlagen hat. Wir waren sieben Kinder, die hat die Mutter allein aufziehen müssen.“

„Ich war immer der Blöde, ich und die Mutter haben immer alles gemacht und die andern haben gemacht, was sie wollen.“

010_männlich_63

An oben genanntem Beispiel ist nachvollziehbar, dass durch die Rivalität und gegenseitige Nichtakzeptanz der Geschwister der Übergang in die Opferrolle begünstigt wird, da derselbe Interviewpartner an anderer Stelle davon berichtet, „dass er immer der Draufzähler“ war. Hier wird, wie auch in weiter unten angeführten Sequenzen immer wieder das Thema: „Ich und die anderen, die an allem Schuld sind“, nachvollziehbar.

„Der Vater war fast nicht da, die Mutter hat hart arbeiten müssen, dass wir wenigstens den Zins und so weiter haben zahlen können.“

002_männlich_58

„Mit dem Vater war ich gut.“

007_weiblich_77

Die Themen „Leben im Heim“ und „Leben als Pflegekind“ kommen immer wieder vor und durchziehen, ähnlich einem Muster die Problematiken der InterviewpartnerInnen. Die Zeit bei den Pflegeeltern wird eher positiv gesehen. Hierzu darf angemerkt werden, dass es in den späten 1950er bis 1970er Jahren gängige Praxis war, Kinder aus armen Familien, von Alleinerzieherinnen und aus Wiener Kinderheimen bei Pflegeeltern in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und der Steiermark in Pflege zu geben (vgl. Raab-Steiner 2014). Fast hat es den Anschein, als ob sich jene Kohorte der Pflege- und Heimkinder der Nachkriegszeit nun in den Sozial betreuten Wohnhäusern wiederfände.

„Na, ja, ich habe ein schönes Zuhause gehabt bei den Pflegeeltern. Und dann bin ich halt davongerannt. Am Muttertag. Mit allem, was ich gehabt habe. Ich habe die Sparkassa ausgeräumt, alles und bin heimlich weg, gleich nach Wien herein. Und dann habe ich in so einem „Dings“, in einem Heim habe ich eine Zeitlang gewohnt. In der Lustkandlgasse habe ich eine Zeitlang gewohnt.“

011_weiblich_69

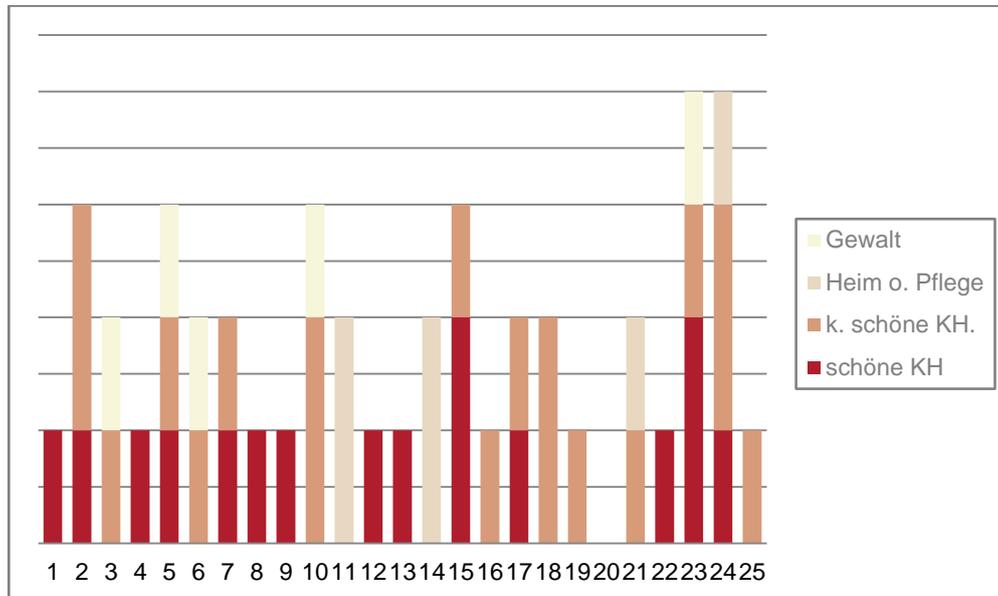
„Meine Mutter hat mich eigentlich ausgesetzt. Dann kam ich zu Pflegeeltern. Da kam ich mit 2 ½ Jahren in die Steiermark. Da war ich bis zu meinem 12. Lebensjahr. Das war eigentlich eine sehr unbeschwerte Kindheit, also, ich bin da eigentlich so wild und frei aufgewachsen und da ich auf Pflege war, hatte meine Mutter das Recht mich zurückzuholen, was sie leider auch gemacht hat. Dann kam ich in ein Lehrlingsheim. Das war eigentlich meine schönste Jugendzeit.“

021_weiblich_51

Die Aussage „Ich habe eine schöne Kindheit gehabt“, also ohne wenn und aber kommt sinngemäß nur einmal vor, jedoch wird mehrmals davon gesprochen, „dass es *auch*

eine schöne Kindheit“ gegeben habe, die in weiterer Folge des Interviews aber oft relativiert wird. Sehr deutlich kommt dies u.a.m. in den Balken von (Abbildung 23) in den Balken 4, 8, 9, 12, 13 und 22 zum Ausdruck.

Abbildung 23_KFB_Wie und wo die Kindheit erlebt (Mehrfachnennung)



n=25, Mehrfachnennung

Durch Abbildung 23 sind durch Wohnungswechsel entstandene Lebensumbrüche der InterviewpartnerInnen sichtbar. Das Thema der Unterbringung zuerst bei Pflegeeltern und dann im Heim ist an den Balken von Nummer 11 und Nummer 14 nachvollziehbar, ebenso wie eine glückliche Kindheit bis zur Übernahme in ein Heim aus familiären Gründen, wie aus Balken 7,15,17,23 und 24 ersichtlich ist. Partnerwechsel bei den Eltern und/oder familiäre Gewalt sind ebenfalls nachvollziehbar und als erweiterte Lebensrealität abgezeichnet. Mehrheitlich haben sie sowohl aktive und/oder passive, physische und/oder psychische Gewalterfahrung.

„Ich habe aber auch eine schöne Kindheit gehabt, das muss ich schon sagen.“
010_männlich_63

„Ja, meine Eltern. Ich habe eine sehr liebe Jugend gehabt, also behütet (2). Meine Ältesten haben eigentlich auf mich geschaut, also ich war das Nesthäkchen.“
001_weiblich_68

Verbalisiert werden auch die Orientierungslosigkeit in der Kindheit und Jugendzeit, „ich habe nie gewusst, wohin ich gehöre“ (024_männlich_67) ebenso wie die Idealisierung einer schwierigen, problematischen und dennoch schönen Kindheit.

Eigene Familie

Wer oder was ist Familie? Die „Begrifflichkeit von Familie“ ist in dieser Zielgruppe nur sehr schwer festzumachen. Die InterviewpartnerInnen sprechen von Familie im Kontext wie: „Unsere Familie“ und verbinden damit ein Verwandtschaftsgeflecht mit eher zufälli-

gen Treffen auf dem Friedhof, weil man jemandem die letzte Ehre gebe, genauso, wie das Feiern von Weihnachten im Kreise der BewohnerInnen als „Wir sind hier wie in einer Familie“, oder: „Das hier ist meine Familie“.

„Die biologische Familie kann man sich nicht aussuchen, heute habe ich die Caritasfamilie.“

006_weiblich_74

Familie als Begrifflichkeit für das Zusammenleben von Menschen, einem mehr oder weniger traditionellem Familienbild entsprechend, kommt nicht vor. Die Entscheidung einer PartnerInnenwahl ist eher eine zufällige und meist von der Tatsache begleitet, „dass man dem Kind, das bereits unterwegs ist, einen Namen geben wolle“. „Familie habe ich nie gelernt“ sagt eine Interviewpartnerin (009_weiblich_69) und bringt damit zum Ausdruck, dass es unterschiedliche Partnerschafts- und bürgerliche Gesellschaftskonstruktionen sind, die ein zeitweiliges Leben in einer Partnerschaft begünstigen oder nicht, aber „Familie ist das nicht“ (009_weiblich_69). Diese Aussage deutet aber auch darauf hin, dass die BewohnerInnen ein „genaues, individuell geprägtes Bild von Familie in ihrem Kopf haben“. Generell wird Familie auch als Örtlichkeit begriffen, als ein „Machtzentrum für Gefühle aller Art“ mit dem Anrecht auf uneingeschränkte Liebe, Beziehung, Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit. Familie bedeutet auch Sehnsucht nach Gemeinschaft, an der man Anteil hat und die Schutz gibt, sozusagen: Familie als zugeschriebene Himmelsmacht auf Erden.

Die Partnerschaften sind meist von kurzer Dauer und häufig wechselnd. Frauen und Männer, die in einem sozial betreuten Wohnhaus leben, sind mehrheitlich geschieden oder ledig (Siehe Tabelle 17). Der Anteil an ledigen Männern ist fast doppelt so hoch wie der der Frauen, während die Scheidungsrate bei beiden Geschlechtern relativ ausgeglichen ist. Der Familienstand „ledig“ und/oder „alleinstehend“ ist eines der stabilsten Merkmale von wohnungslosen Menschen (vgl. Gillich 2000:102).

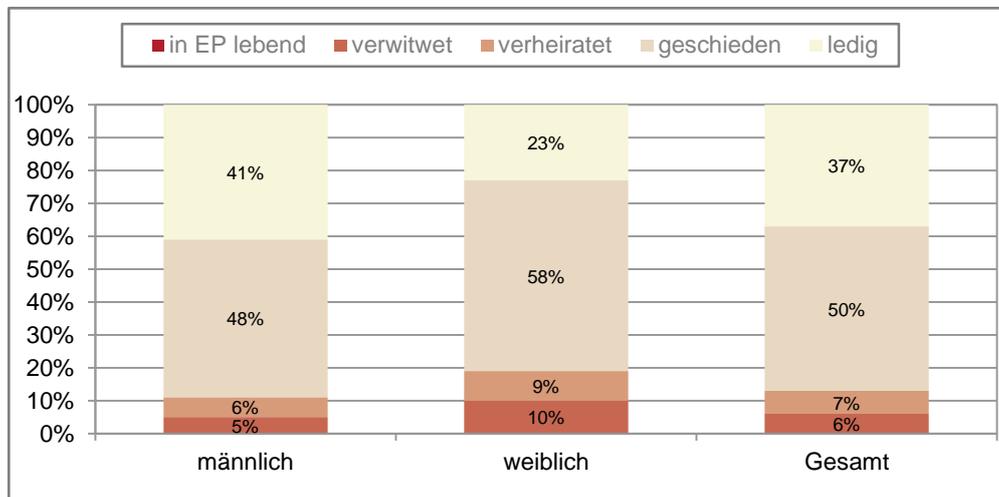
Darauf beziehend darf darauf hingewiesen werden, dass die InterviewpartnerInnen davon erzählen, wie schnell sie in den 1960iger und 1970iger Jahren als „baby-boomer“ und „Ungelernte“ einen Job erhielten, um die, nach dem 2. Weltkrieg fehlenden (männlichen) Arbeitskräfte¹¹¹ zu ersetzen. Diese Jobs waren und sind auch heute weder für eine Partnerschaft, noch für das gesellschaftliche Zusammenleben von Menschen förderlich. Die InterviewpartnerInnen haben genau in dieser Zeit die sie prägende und fordernde Arbeitswelt kennengelernt und fast „nebenbei“ die Zeit ihrer aktiven, oft durch Kleinkinder stressigen Familienphase durchlebt. Viele sind an diesen Rahmenbedingungen des Lebens gescheitert. An dieser Stelle gilt es zu hinterfragen, ob diese Äußerun-

¹¹¹ Hauptsächlich waren dies Jobs als Fernfahrer, Bauarbeiter, U-Bahn Bauarbeiter, GrünlandarbeiterIn, KellnerIn, Stubenmädchen und als ungelernete/r HilfsarbeiterIn. Typisch für diese Zeit war auch eine minderwertige Wohnraumbestellung vonseiten des/der DienstgeberIn in Baracken oder billigen, gemeinschaftlich genutzten Massenunterkünften, da viele der Jobs zeitlich und saisonal begrenzt waren.

gen mehrerer InterviewpartnerInnen als Selbstdiagnose oder als kollektive Schuldzuweisung verstanden werden soll?

Eine weitere Auswertung der Daten des FSW kommt zu einem ähnlichen Ergebnis und soll hier deshalb zur besseren Veranschaulichung und Verstärkung der Argumentation angeführt werden, da die Datengröße im Gegensatz zur hier vorliegenden empirischen Erhebung eine signifikante Aussage zulässt (Siehe Abbildung 24).

Abbildung 24_FSW_Familienstand nach Geschlecht



Quelle: 'FSW-Daten: AGG Personenbezogen', 2009-2013; n=1.428, n miss=440

Bezugnehmend auf die Förderpolitik darf darauf hingewiesen werden, dass meist Einzelwohnplätze gefördert werden, obwohl es auch langfristige Paarbeziehungen gibt. Dies vor allem deshalb, um mögliche Abhängigkeiten hintanzuhalten. Paarbeziehungen werden nur aufgrund gesetzlicher Grundlagen ausgewiesen.

„Seit 1986 (.) haben wir miteinander eine Lebensgemeinschaft aufgebaut (2). Jetzt sind wir getrennt, jeder von uns hat sein eigenes Zimmer.“

003_männlich_63

Die Beziehung zu den Kindern ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern unterschiedlich. Bei Frauen eher als bei Männern besteht zumindest gelegentlicher Kontakt zu den Kindern. In diesem Zusammenhang wird sowohl von Müttern als auch von Vätern mehrfach ihre Enttäuschung der eigenen Erwartungshaltung gegenüber ihren Kindern offen verbalisiert.

„Ich habe den Kontakt zu meiner Frau und zu den Kindern abgebrochen, also, mehr kann man dazu nicht sagen. Ich habe den Kontakt zu meinen Brüdern und zu meiner Schwester abgebrochen. Also, da ist kein Kontakt mehr.“

003_männlich_63

„Die sind schon alle erwachsen und haben selber schon Kinder. Ich habe also praktisch mit ihnen nichts mehr zu tun, praktisch.“

019_männlich_64

„Na, und dann bin ich halt Mutter geworden. Wo meine Tochter ist, das weiß ich auch nicht, also entweder ist sie in Manhattan, oder so.“

Über die Zeit der Kindererziehung und dem zumindest zeitweiligen Leben als Familie wird meist geschwiegen. Die Sprachlosigkeit ob dieser Zeit drückt sich unmittelbar in langem Schweigen und dem Ausstoß von undefinierbaren Lauten und/oder abwehrenden Handbewegungen aus. Der Begriff Familie wird meist auf die Kinder reduziert. Kinder sind Familie.

Teilweise verspürt man den Stolz der Mütter und Väter, dass ihre Kinder „es weiter“ als sie selbst geschafft haben, aber auch den erlittenen Schmerz bei Verlusten durch Tod oder der Unkenntnis ob des Aufenthalts. Vor allem Väter, die oft jahrelang keinen Kontakt zu ihren Kindern haben, fürchten eine Kontaktaufnahme und scheuen trotz Sehnsucht davor zurück, da sie eine Konfrontation oder eine direkte Zurückweisung befürchten. In den Gesprächen wird teilweise erwähnt, dass man bedauert, Gelegenheiten zur Aussöhnung versäumt zu haben und dass dies belastend wirke.

„An manchen Tagen „beutelt“ es mich speziell bei meinen Kindern, weil Geburtstag und Weihnachten zusammenfallen. Das ist doch irgendwie, aber wie gesagt, bei mir ist es schon egal (original: wurscht). Ich denke viel an sie (5) aber es ist so. Aber ich spare heute noch für meine Kinder, sie sind ja trotzdem meine Kinder.“

Es gibt, weil es mich interessiert hat, hier im 21. Bezirk die Gemeindewohnung, nein Eigentumswohnung meiner Schwiegereltern. Da bin ich schon einmal, als ich auf der Straße war, nächstens einmal da spazieren gegangen und habe dieses Haus heimgesucht. Also, von den Schwiegereltern steht der Name nicht mehr dort, aber es steht mein Name dort. Also weiß ich nicht, wohnt die erste Frau oder die Tochter drinnen. Wie gesagt, es gibt schon Zeiten wo ich denke, aber dann schaue ich, dass ich wieder von den Gedanken weg komme. Selber will ich nicht, weil selber habe ich vielleicht eine Angst, dass mir derjenige oder diejenige die Türe vor die Nase zuhaut, das will ich nicht, das tut mehr weh als jetzt“. „Hallo, was willst Du“? Türe zu und auf Wiedersehen“? Das ist mir schon einmal passiert, also das will ich kein zweites Mal.“

013_männlich_64

Freunde und Freundeskreis

Wohnungslose Menschen sind fast ausschließlich EinzelgängerInnen. Bedingt durch eine schwierige Kindheit und wechselnde Wohnverhältnisse ist das Vertrauen in andere Menschen nicht vorhanden oder negativ geprägt. Langfristige Partnerlosigkeit kann als ein typisches Merkmal gelten.

„Ich habe nur schlechte Erfahrungen gemacht bei den Männern, nur schlechte Erfahrungen.“

005_weiblich_71

„Ich bin in dieser Hinsicht ein Einzelgänger. Ich habe nur Bekannte, keine Freunde. Ob das jetzt Frauen sind oder Männer, das sind nur Bekannte.“

015_männlich_70

„Der hat mich nur gebraucht, bis ich draufgekommen bin, war es schon zu spät.“

008_weiblich_62

Freundschaften sind eher oberflächlich. Einige männliche Interviewpartner sprechen davon, dass sie regelmäßig Freunde von früher an Örtlichkeiten von früher treffen um „den Lebensstil von früher zu zelebrieren“ und „wiederaufflackern“ zu lassen.

„dann treffe ich die Freunde von früher, spiele dort mein Spiel und gehe wieder.“

024_männlich_67

Ein weiteres Merkmal ist die Tatsache, dass sie nicht nur meist allein sind, sondern auch keine oder kaum Freunde haben, denn Freunde im „Lebensraum Wohnungslosigkeit“ finden sich kaum. Zwar haben manche von ihnen eine gemeinsame und schicksalsverbindende Vergangenheit, jedoch für eine längerfristige, auf Zukunft orientierte Freundschaft reicht es nur selten. Zu verschieden und daher fast denkmöglich im handelnden Miteinander scheinen sich hier zwar die Wege im Individualismus des/der Einzelnen, die egozentrische Haltung des Pragmatismus und die vorherrschende Alltagsrealität tangential zu begegnen, doch eben nur tangential. Männerfreundschaften als kurzweilige „Solidaritäts- und Trinkgemeinschaften“ gibt es, allerdings haben sie meist nur die Dauer von „Rauschzeiten“. Zwar stehen auch wohnungslose Menschen zu solidarischen Zweckgemeinschaften, aber Erfahrung im Vertrauensverlust, Armut und auch erlebte Ausgrenzung verhindern die Bildung von Solidargemeinschaft.

„Wir haben nicht so intensiv Verbindung, wir haben auch keine Freunde, wir sind die meiste Zeit alleine, nicht?“

003_männlich_63

„Nein, nein. Ich habe draußen eigentlich gar keine Freunde oder irgendetwas.“

022_weiblich_62

„SobeWO“-Freunde und enge Sozialkontakte im Haus

Freundschaften und gute Nachbarschaftskontakte im Haus werden eher von Frauen initiiert als von Männern. Es kommt aber immer wieder vor, dass sich enge Freundschaften zwischen Menschen mit Betreuungsfunktion und BewohnerInnen bilden, denn der/die BetreuerInnen sind oft die einzigen Bezugspersonen.

„Da habe ich lange hin und her überlegt und mit meinem Freund, dem HM A. gesprochen, mit dem habe ich eine gute Freundschaft aufgebaut in den 10 Jahren.“

010_männlich_63

Neben Sympathie - Freundschaften bilden sich bei Frauen auch „zeitlich befristete Talente-Freundschaften“, die sich aus den einzelnen Hobbygruppen ergeben. Diese brachliegenden Ressourcen des Miteinanders werden zwar gezielt von den BetreuerInnen aktiviert, jedoch ist feststellbar, dass die BewohnerInnen außerhalb dieses organisierten Beisammenseins, privat und untereinander nicht auf diese niederschwellige Ressource zugreifen, da der Schutz, die Schutzzone, die „Budel“ (009_weiblich_69), wie eine BewohnerIn es ausdrückte, wegfällt.

„Da war/ist immer eine „Budel“ dazwischen, nur nicht zu nahe, kommt mir nur nicht zu nahe.“

009_weiblich_69

„Ich glaube, da im Haus habe ich auch schon Freunde gefunden.“

002_männlich_58

Haustiere

Haustiere erfreuen sich großer Beliebtheit. Einerseits sind sie Seelenröster, andererseits sind sie „Mittel zum Zweck“. BewohnerInnen kümmern sich im Allgemeinen gerne um jemanden, der/die auch schutzlos ist: „Nicht der/die Letzte in der Kette zu sein, ist wichtig“, sagt ein Interviewpartner (013_männlich_64). Etwas zum Schmusen, zum Herzeigen oder etwas, was anhängig und lieb ist. Mit dem Haustier sprechen die BewohnerInnen so, als wäre es ihr Kind. Möglicherweise sind Haustiere auch Kinderersatz, da sie nicht frech, nicht fordernd und meist auch berechenbar sind. Mit Haustieren ist man auch interessant und steht im Mittelpunkt, man hat etwas, um das man beneidet wird. Ein Haustier hat Status, ein Haustier ist der/die beste FreundIn (PartnerIn), ein Haustier ist oft besser als jede/r ÄrztIn und jede Therapie. Haustiere sind sinnerfüllender Lebensinhalt.

„Ich hänge mein Herz an die Tiere, vor allem an die Meerschweinchen. Die habe ich jetzt seit der Zeit, seit ich zum Trinken aufgehört habe.“

021_weiblich_58

„Ich habe gesagt: „Wo meine Tiere zu Hause sind, da bin auch ich zu Hause“ und vielleicht war das so ein Fingerzeig, dass ich wieder ins Leben zurückfinden sollte.“

023_weiblich_62

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die BewohnerInnen von „SobeWO“ ihre Kindheit mehrheitlich unter schwierigsten Bedingungen erlebt haben, trotzdem meinen einige, dass ihre Kindheit auch schön war. Dieses sich ergebende Zufriedenheitsparadoxon tritt meist in Zusammenhang mit Aufenthalt am Land oder auch bei Verwandten auf. Auffallend ist auch, dass sie wenig Bindungserfahrung haben und auf der steten Suche nach sich selbst und einer persönlichen Identifikation, die sie selbst verantworten und mit der sie auch selbst leben können, sind. Ob das mehrheitliche Scheitern von Beziehungen darauf zurückzuführen ist, kann nicht gesagt werden. Ablehnung und Stigmatisierung in der eigenen Ursprungsfamilie haben Spuren hinterlassen. Rivalität und gegenseitige Nichtachtung unter den Geschwistern begünstigen und beschleunigen den Übergang in eine „Opferrolle“, die sich in einer Art Distanzbeziehung äußert: „Ich war immer der Draufzähler“ oder „Ich und die Anderen, die an allem Schuld sind“.

Die Sprachlosigkeit des Elternhauses und situationsbedingt entwickelte Schutzmechanismen verhindern Kommunikation. „Familie habe ich nie gelernt“ (009_weiblich_69) mag hier als beispielhaft und typisch gelten. Familie als idealtypische Einrichtung für Beziehungsarbeit mit Sehnsucht nach Verbindlichkeit von Zeit und Raum wird den Aussagen der InterviewpartnerInnen zufolge, nie angestrebt: „Familie passiert“. Im System des Machtzentrums Familie spielen die Sehnsucht nach Gemeinschaft und das Wissen um einen partizipativen Anteil an dieser Familie eine große Rolle, weil man sich dadurch

Schutz, Halt und damit indirekt Anerkennung und Macht erhofft. Hat man diesen Schutzraum – aus welchen Gründen auch immer – einmal verlassen, gibt es kaum ein zurück.

Der fehlende Kontakt zu den Kindern und das „Nichtwissen um sie“ schmerzen zwar, werden jedoch resignierend zur Kenntnis genommen. Die Suche nach Anerkennung und Akzeptanz findet anderswo statt, nicht in der Familie, wo Schutzmechanismen und Fluchtverhalten eher als Lösungsstrategie wahrgenommen werden als Worte der Verbindlichkeit. „Wenn gehen leichter fällt als bleiben“ benannte ein Interviewpartner sinngemäß diese Situation. Partnerlosigkeit, nur wenige bis keine Freunde¹¹², meist nur ein Minimum an Sozialbeziehungen und kein ausreichendes, soziales Netzwerk bewirken eine negative, soziale Ressourcenbilanz, die auch nicht durch ein Haustier ersetzt werden kann.

7.3.3.2 Schule, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben

Mehrheitlich haben, wie auch schon in den Auswertungen der Daten des FSW und des Kurzfragebogens ersichtlich, die BewohnerInnen von „SobeWO“-Einrichtungen nur die Pflichtschule besucht. Dies trifft vor allem auf Frauen zu. Keine gute Bildungsgrundlage zu haben, ist eine der Merkmalsausprägungen.

Frauen und Männer berichten davon, dass sie gerne andere Berufe gelernt hätten, dies aber mangels Lehrstelle oder auch Desinteresse der Eltern nicht möglich war. Vereinzelt sagen Frauen auch, dass sie gerne Berufe gelernt hätten, die in der damaligen Zeit typisch für Männer waren, wie Maler oder Tischler. Viele Frauen sind nach der Familienphase aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und haben sich nebenbei mit „Schwarzarbeit“ ein Zubrot verdient. Nach der Familienphase gelang eigentlich niemandem der Wiedereinstieg. Zwei BewohnerInnen fanden eine kurzzeitige Anstellung am AMS-Sektor für Menschen mit besonderen Bedürfnissen.

Männer wiederum sind mehrheitlich aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Die Gründe dafür waren meist zugezogene Verletzungen am Bau, der einen Wiedereinstieg unmöglich machte, wie auch Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Lunge, Stoffwechselerkrankungen, Sucht und andere Erkrankungen.

Sowohl für Frauen als auch Männer gilt, dass diese mangels Eigeninitiative und anderer Alternativen, beruflich „ausgesteuert“ und so der Arbeitslosigkeit zugeführt werden. Als oft logische Folge reicht das Einkommen der Arbeitslosenabsicherung nicht aus, das Fallen des Einkommens bedingt Einkommens- und Statusverlust. Unter das Existenzniveau zu fallen heißt aber auch, dass man regelmäßig mit dem AMS in Kooperation stehen muss um zu signalisieren, dass man dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehe. Genau

¹¹² Freunde als Plural und als typischer Ausdruck der Wohnungslosenszene, daher nicht gegendert.

das wollen und können viele nicht mehr und weichen aus. Meist verlieren sie zuerst die Arbeit, dann die Wohnung und das Niemandsland Straße entwickelt sich mithilfe des gesellschaftlichen Drucks zum teuren Pflaster für Gesundheit und Alter.

„Eigentlich wollte ich ja Kindergärtnerin werden, aber die habe ich dann sowieso zu Hause gehabt, also ist mir auch nichts abgegangen (2) und, na ja, ich habe als Kind schon gerne, also gestrichen oder handwerkliche Sachen, ja, ich hätte gerne einen Beruf gehabt, den die Männer haben, ja, also das wäre schon interessant.“

001_weiblich_68

„Ach, mir ist nichts gelungen. Ich bin nur, bin nur ein Einzelhandelskaufmann mit Auszeichnung und den Beruf habe ich dann an den Nagel gehängt. Ich bin Lebensmittelhändler mit Auszeichnung, aber den Beruf habe ich an den Nagel gehängt und bei der Bewachung bin ich dann gekommen bis zum Oberkontroller, dann bin ich zusammengefallen, nervlich und dann war ich arbeitslos. 25 Jahre (2), weil ich als behinderter Mensch nicht eingestellt wurde. Mehr kann ich Ihnen dazu nicht sagen und irgendwann stumpft man ab.“

003_männlich_63

„Gelernt habe ich Maler und Anstreicher, dann habe ich dazugelernt, also ich habe mir das selber angelernt, nicht? In der Kellnerei, dann bin ich in der Kellnerei gewesen, etliche Jahre und dann war ich Möbelpacker. Ich habe in meinem Leben schon so viele Berufe gemacht.“

004_männlich_60

Zusammenfassend darf angemerkt werden, dass die BewohnerInnen von „SobeWO“ eine geringe Schul- und Berufsausbildung haben und nur wenige mit einem Abschluss zertifiziert sind. Viele der InterviewpartnerInnen erlernten ihre Beschäftigungstätigkeit als Anlernling¹¹³, nur ein Einziger hat eine universitäre Ausbildung. Diese schlechten Ausgangsbedingungen öffnen nur einen sehr kleinen und beschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt, der in diesem Sektor von Lohndumping und Fluktuation geprägt ist. Dazu kommen das Desinteresse an Fort- und Weiterbildung und die, durch die Wohnungslosigkeit bedingte, fehlende oder verlorengegangene Struktur eines Arbeits- und Alltagslebens. Wer einmal wohnungs- und arbeitslos ist, hat kaum reelle Chancen, wieder einen beruflichen Einstieg zu schaffen. Klar erkennbar wird dies auch darin, dass einige BewohnerInnen sich durchaus noch im Erwerbsalter befinden, jedoch aufgrund ihrer sichtlich gesundheitlichen Beeinträchtigung, ihrem Ausbildungsmangel und ihrer fehlenden Strukturaffinität am Arbeitsmarkt chancenlos sind. Von Gültigkeit ist weiterhin ein alter, in der Sozialszene gängiger Spruch: „Wer keine Arbeit hat, hat keine Wohnung und wer keine Wohnung hat, bekommt keine Arbeit“. Wenn es zur Hoffnungslosigkeit des Alltags keine alternative Zukunftschance gibt, ist Flucht oft der einzige Ausweg.

7.3.3.3 Gesundheit / Krankheit

Krankheit, Sucht und/oder psychische Beeinträchtigungen sind Alltag im Sozial betreuten Wohnhaus. Dies einerseits, weil die BewohnerInnen geprägt durch das Vorleben in der Wohnungslosigkeit, von Krankheit, „materieller und sozialer Verelendung“ (Gillich, Nieslony 2000:96) geprägt sind und andererseits sowohl privat isoliert, als auch gesell-

¹¹³ angelernter Beruf, ohne Ausbildung.

schaftlich ausgegrenzt sind. Wie schon in den Auswertungen des Vereines neunerhaus als auch denen des Kurzfragebogens ersichtlich, ist es nicht die eine oder andere Krankheit, die den Betroffenen zu schaffen macht, sondern die Multimorbidität und die Komplexität gesundheitlicher und gesellschaftspolitischer Problematiken, die sich hier am einzelnen Individuum auswirkt und damit sichtbar wird. Solange die Menschen auf der Straße oder in Notunterkünften sind, nehmen sie ihre gesundheitlichen Probleme nicht ernst, das „Überleben von Tag zu Tag“ ist wichtiger als eine vorsorgende, medizinische Diagnose. Hier darf auch offen von Fluchtverhalten, ausgelöst durch Angst vor dem „Unbekannten im Spital“, vor „Regeln und Hierarchie“ denen man ausgeliefert sein könnte und auch von der „Angst um das eigene Leben“ zu sprechen. Erst wenn sich der Gesundheitszustand so verschlechtert, dass ein Spitalsaufenthalt unabdingbar, wenn Gefahr in Verzug ist, wird und darf gehandelt werden. Dann fallen Barrieren und das niederschwellige, medizinische Versorgungsangebot kann angenommen werden.

„Ich war 4 1/2 Wochen im Hanusch - Krankenhaus (4) und bin herausgekommen, hatte keine Wohnung und war dann obdachlos.“

007_weiblich_77

„Am meisten fürchte ich mich immer vor einer Krankheit oder einer Operation, das ist immer meine größte Angst.“

011_weiblich_69

„weil doch meine Seele, oder wie das heißt, krank ist, die Psyche, (2) weil da schon so viel.“

023_weiblich_62

Gesundheit und vorige Wohn- und Lebenssituation

Untersuchungen haben ergeben, dass wohnungslose Menschen bereits zu Beginn der Wohnungslosigkeit einen relativ schlechten Gesundheitszustand aufweisen. Bei einer Dauer der Obdachlosigkeit „von ein bis fünf Jahren kommt es bei einem Teil zu einer Stagnation bzw. zu einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Beträgt die Zeitdauer der Wohnungslosigkeit zwischen fünf und neun Jahren, scheint es bei den Betroffenen zu einer gewissen gesundheitlichen Adaption an ihre Lebenssituation zu kommen. Bei mehr als neun Jahren hingegen verschlechtert sich der Gesundheitszustand zunehmend.“ (Trabert 1995a:59 und 480 In: Gillich, Nieslony 2000:97f)

Die BewohnerInnen von „SobeWO“ haben eine eher geschlechtsbezogene, differenzierte Sichtweise hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen ihrer vorigen Wohn- und Lebenssituation und ihrem derzeitigen Gesundheitszustand. So sind, wie in der Tabelle 34 ersichtlich, annähernd 2/3 der einst wohnungslosen Menschen davon überzeugt, dass ihnen das Leben in unsteten Verhältnissen auf der Straße nicht geschadet hat, während 1/3 die Meinung vertritt, dass dies sehr wohl Auswirkungen hat.

„Das kann schon möglich sein, dass da etwas mitgespielt hat, weil ich ja doch den ganzen Tag im Regen gestanden bin bei der Arbeit und in der Nacht oft im kalten, feuchten Heuschupfen geschlafen habe. Von da her habe ich auch eine nicht ausgeheilte Rückenfell-

entzündung und eine Herzmuskelentzündung und da war ich ja noch jung. Das kann schon möglich sein, dass da was mitgespielt hat.“

010_männlich_63

„Als ich ohne Wohnung war, ist das Ganze schlimmer geworden, weil ich habe ja im Sommer auf der Donauinsel geschlafen und im Winter in Garagen und da hat es sich verschlechtert, ja.“

021_weiblich_51

Der Verlust von Gesundheit wird dahingehend legitimiert, als dass man sagt, früher einfach keine Zeit gehabt zu haben, um zum/zur ÄrztIn zu gehen, die Eigenverantwortung wird an den Zeitfaktor abgeschoben. Dahingehende Selbstreflexion und Schuldzuweisung werden laut. Arztgläubigkeit und Angst sind eine Motivation für den „Umkehrschub“

„In der Gruft halt, da habe ich die Krankheit gehabt. Eine "offene", da wäre ich beinahe gestorben. Zufällig sind sie draufgekommen.“

„Lungenentzündung, das ist bei mir keine Krankheit, nicht so eine richtige Krankheit, weil Lungenentzündung kann ein jeder bekommen, die haben sogar kleine Kinder, eine Lungenentzündung, aber Operationen oder irgendetwas anderes, oder schwierige Krankheiten.“

019_männlich_64

Die Zeit der vorherigen Wohnversorgung in den Asylheimen der Stadt Wien wird teilweise glorifizierend dargestellt. So berichten mehrere InterviewpartnerInnen, dass sich anpassen und gewisse Gefälligkeiten gegenüber dem Personal für eine andere, bessere Wohnversorgung günstig gewesen seien:

„Da ich die Wohnung in der Haftzeit verloren habe ist mir nichts anderes übrig geblieben, wie in die Meldemannstraße ins Asyl. Ich will nichts reden, aber es war furchtbar. Ich habe ein Zimmer bekommen und zwar, ich habe für sie genäht, die hat mir ein Beamter gebracht und gesagt: "Horch, ich schenke Dir eine Nähmaschine von meiner Frau". Da habe ich dann für sie gearbeitet, für die Beamten. Mir ist es nicht schlecht gegangen, im Gegenteil.“

012_männlich_87

„Dann bin ich in die Gänsbachergasse gegangen, also, das war super, keine Frage. Sicher musst Du in der Früh hinaus und so, aber ich habe dort immer geputzt, genau so „deppert“ wie daheim, damit ich schneller eine Wohnung bekomme, wie alle anderen.“

008_weiblich_62

Gesundheit, Veränderung im Alter oder durch Krankheit

Gesundheit wird mehrheitlich von den InterviewpartnerInnen als ein hehres, mit ideellen Werten besetztes, kostbares Gut gesehen, auf das man achten müsse. Dem meist egozentrisch geführten Lebensstil in jungen und mittleren Jahren folgen im fortschreitenden Alter negative gesundheitliche Einschnitte und Erfahrungen, auf welche wieder eine Art „Umkehrschub aus eigenem Antrieb“ folgt. Diese Trendwende der persönlichen Gesundheitspolitik hält zwar meist nicht allzu lange an, jedoch werden Arztbesuche regelmäßiger eingehalten und eine gewisse „Obrigkeitsgläubigkeit“ ist feststellbar. Mit der Angst als Motivation und dem/der ÄrztIn als Institution und SicherheitsexpertIn für Gesundheit gelingt es anscheinend, regelmäßige Kontrollen zur Absicherung des Status Gesundheit zu vereinbaren und die Flucht vor der Eigenverantwortung hintanzuhalten.

„Manchmal denke ich nicht und bin unvorsichtig, ja, dann kommt schon der Hinweis: „Halt, bremse Dich ein, aber rauchen tue ich halt, nicht viel, aber trotzdem, da ich ja überhaupt nichts rauchen sollte.“

013_männlich_64

Es gibt aber weiterhin auch jene/n BewohnerIn, die den „wäre ich gesund Aktivitäten – Euphorismus“ als verbale Willensäußerung hegen, pflegen und ihn im „Bauchladen stolz vor sich herzutragen“, jedoch die so gemeinhin attestierte fehlende Gesundheit als Ausrede für die Nichtumsetzung verwenden. In den Interviews kommt es auch immer wieder zu Vergleichen mit angeblich Gleichaltrigen, denen es viel schlechter geht und der Rechtfertigung der eigenen, gesundheitlich besseren Befindlichkeit, weil man ja in früheren Jahren Sport betrieben habe und Dank der jetzigen, gesünderen Lebensweise.

„Gesundheit ist für mich, wenn ich meinen Job machen kann, (2) mein Geld verdienen kann, wenn man das Geld in der Hand hat, ja, was man selber verdient hat, ja? Das kann man nur, wenn man gesund ist. Gesundheit ist das Wichtigste.“

021_weiblich_51

„Gesundheit ist für mich so, dass ich mich bewegen kann, dass ich den Sport also, im gemäßigten Maße betreiben kann und dass ich keinen Arzt brauche und das Spital nur, ah, von der Weite sehe oder wenn ich auf Besuch gehen muss, (1) was ich auch nicht gerne habe. Ich sehe das Spital lieber von außen als von innen. Das ist für mich Gesundheit. Dass man ein bisschen was tut für sich (2), ein bisschen Ernährung (3), jeden Tag meine 2-3 Bier, weil die brauche ich für die Spülung.“

024_männlich_67

„Man sagt, wenn man älter wird, muss man auf sich schauen und muss einen gesunden Lebenswandel führen, viel schlafen und soll sich gut ernähren und das habe ich schleifen lassen und nun möchte ich wieder anfangen, weil ich glaube, dass es mir dann wieder besser geht.“

006_weiblich_74

Alkoholprobleme, Drogenprobleme und andere Süchte

Sehr offen wird über Alkohol- und andere Suchterkrankungen gesprochen. So sagt ein Mann, dass er hauptsächlich getrunken habe, um die ihn umgebende Gewalt, die Angst und vieles andere besser ertragen zu können. Eine Frau erzählt, dass sie zuerst mit ihrem Mann mitgetrunken hat, um zumindest „etwas Gemeinsames“ zu haben und nachher habe sie getrunken, damit sie ihn aushalte (018_weiblich_60). Eine andere Frau berichtet darüber, wie schwer für sie das Leben als „heimliche Trinkerin“ ist (023_weiblich_62). Bei allen Erzählungen gibt es ein Merkmal: die Schuldzuweisung an die Anderen, an den/die Dritten, an die Gründe, warum es so ist u.a.m.

Krankheit und Angst sind Motivation für einen angestrebten oder auch durchgezogenen Entzug. Mehrheitlich haben alle InterviewpartnerInnen zumindest schon einen, meist aber mehrere Entzüge hinter sich. Sie berichten in einer Art Selbstreflexion, „dass sie sich immer alles verhaut haben durch das Trinken und den Job und die Wohnung verloren hätten“ (beispielsweise 010_männlich_63), oder aber auch von der Angst der Kinder, wenn der Mann betrunken nach Hause gekommen ist. Zu spüren ist aber auch der Stolz der Betroffenen, die es geschafft haben, ihre Trinksucht zu besiegen. Sie berichten

vom „großen, schwarzen Loch“ in das sie gefallen seien ebenso, als von der nunmehr vermehrten Lebensqualität die sie genießen können, da jetzt mehr Geld übrig bleibt.

„Aber als Junger: Was kostet die Welt? Da denkt man nicht nach. Ich war halt ein Lebemensch, nicht? Ich war gerne draußen und auch gerne drinnen, ich habe sehr viel getrunken. Ich esse gerne Schokolade und trinke mein Bier – alkoholfrei natürlich – deswegen, denn seit 2 Jahren, seitdem ich krank bin, trinke ich keinen Tropfen Alkohol, weil das nicht gut ist, Pulverln und Alkohol, also, das hat keine Wirkung. Ich habe gar kein Verlangen nach Alkohol. Ich habe sofort aufhören können.“

004_männlich_60

„Der hat so viel getrunken, mein Mann, ja. Das war furchtbar. Meine Kinder, wenn mein Mann nach Hause gekommen ist und unsicher die Wohnungstür aufgesperrt hat, haben wir schon gewusst: Oje, der ist schon wieder betrunken, total“. Da sind meine Kinder gleich ins Zimmer verschwunden und sind gar nicht mehr herausgegangen. Deswegen mag ich keinen Alkohol.“

005_weiblich_71

„...weil wir Alkoholprobleme gehabt haben, haben wir auch die Gemeindewohnung verloren, nach 22 Jahren. Jetzt sind wir beide trocken, aber es hat eine Zeit gebraucht. Wir waren ja nicht jeden Tag trinken, sondern wir haben halt (.) hie und da einmal ein bisschen mehr gehabt und durch die Behinderungen, die wir beide haben, haben wir die Wohnung verloren, weil sich der Sachwalter und der Sozialarbeiter zu wenig um den Fall gekümmert haben.“

003_männlich_63

Beschwerden

Für die befragte Zielgruppe sind zwischen Beschwerden und Erkrankungen keine klaren Trennlinien vorhanden. Verbalisiert werden Frustration und Ungeduld im Kampf gegen die Beschwerden ebenso wie persönliche Identitätskrisen und Probleme mit der Akzeptanz von Krankheit und Beschwerden.

So werden als Beispiel immer wieder Krebsdiagnosen und die mit ihnen verbundenen Nebenwirkungen und Beschwerden der Behandlung als sehr belastend genannt. Mehrheitlich sind dies: Übelkeit und Kurzatmigkeit, starkes Schwitzen, Kreislaufprobleme und Schlafstörungen. Da die Aussicht auf Veränderung oder die baldige Genesung kaum besteht, wirken die Betroffenen resignativ bis verzweifelt, weil „immer der gleiche Trott müde macht“ (013_männlich_64).

Dem immer wieder aufflackernden Zynismus der betroffenen, hauptsächlich männlichen Bewohner entsprechend, kommen Argumente wie: „dass man hoffe, den schleichenden, geistigen und körperlichen Verfall durch eine Demenz nicht mitzubekommen“ (013_männlich_64), oder aber auch Suizidankündigungen wie: „wenn ich noch die Kraft habe, zum Fenster zu gehen, dann werfe ich mich hinunter“(012_männlich_87) und geben so ein Zeugnis über ihre physische und psychische Befindlichkeit.

Krankheiten, Medikamente, Operationen, Spital, Eingriffe

Obwohl die InterviewpartnerInnen viel von ihren Beschwerden berichten, sind die Diagnosen und Ursachen für sie nicht immer klar. Große Ängste und Furcht vor „der unbekannteren Krankheit“ sind spürbar. Der Spießrutenlauf durch die verschiedenen Abtei-

lungen wird immer wieder als sehr belastend berichtet: „es reißt nicht mehr ab, bei mir reißt es nicht mehr ab“ (010_männlich_63). Eine wesentliche Erleichterung in der Annahme ist dann gegeben, wenn die Diagnose bekannt ist: „Seit ich weiß, wer der Feind in meinem Körper ist, geht es mir besser“ (013_männlich_64).

Auch Angst vor Operationen und einem längeren Aufenthalt im Spital werden klar verbalisiert. Vor allem besachwaltete BewohnerInnen haben Angst vor einem Spitalsaufenthalt, da mit ihnen erfahrungsgemäß nicht offen kommuniziert wird.

„Ich habe mich benachteiligt gefühlt, als ich ins Spital musste und den MitarbeiterInnen vor Ort sagen musste, dass ich besachwaltet bin. Sachwalter ist immer wie ein „schwarzer Fleck am Buckl“. „Wenn jemand hört Sachwalter, dann bist Du ein Mensch zweiter Klasse.“
006_weiblich_74

„Am meisten fürchte ich mich immer vor einer Krankheit oder einer Operation, das ist immer meine größte Angst.“

011_weiblich_69

„Gesundheit ist für mich so, dass ich mich bewegen kann, dass ich den Sport also in gemäßigttem Maße betreiben kann und dass ich keinen Arzt brauche und das Spital nur von, ah, von der Weite sehe oder wenn ich auf Besuch gehen muss, was ich auch nicht gerne habe. Ich sehe das Spital lieber von außen, als von innen.“

024_männlich_67

Kränkungen, Benachteiligungen

Benachteiligungen kränken. Was kränkt, macht krank. Beginnend mit den Kränkungen und Schuldzuschreibungen der Ursprungsfamilie folgen Verletzungen und Kränkungen später auch in der eigenen Familie, die belastend sind und meist zum Abbruch jeglicher Familienbeziehung und auch sozialer Beziehungen führen.

„Von der Schwester als „A-Soziale“ beschimpft. Ich habe eine gute Bekannte, die ist jetzt im Spital. Also, ehrlich gesagt, wenn mit ihr was gewesen wäre, ehrlich gesagt, hätte mich das mehr getroffen als wenn etwas mit meiner Schwester wäre.“

006_weiblich_74

Als belastend werden aber auch hohe Erwartungshaltungen der Mütter, Väter und der Verwandtschaft gesehen, denen nicht entsprochen werden kann. Um mit diesen Ansprüchen nicht konfrontiert werden zu können, ziehen sie sich meist völlig aus dem Familienverband zurück.

Sexualität

Mehrheitlich wird von jenen, die auf die nur angedeutete Frage nach ihren Bedürfnissen nach Körperlichkeit eingehen, dahingehend reagiert, als sie sagen, dass Sexualität zwar grundsätzlich sehr wichtig sei, aber aufgrund des Alters nicht gelebt werde. Partnerschaften und Lebensgemeinschaften gibt es aber.

„Ich glaube, dass Sexualität aber auch sehr wichtig ist und das braucht der Mensch genauso wie essen und trinken, ich meine, man spürt ja selber, wie gut und wie wohl man sich dann fühlt. Das ist wie ein Jungbrunnen. Man wird noch begehrt, ja.“

009_weiblich_69

Zusammenfassend darf hier festgestellt werden, dass Zeitmangel anscheinend ein legitimer Faktor ist, die Wahrnehmung und Behandlung einer Krankheit zu verleugnen und das Verweigern eines Arztbesuches zu rechtfertigen. Bedingt durch den Stress um die täglich neue Schlafplatzsuche nehmen sich Wohnungslose nicht die notwendige Zeit für einen Arztbesuch, denn „first come, first sleep“. Diese Erfahrungen prägen und wirken auch noch im „SobeWO“ nach. Bedingt auch durch das Alter, sind Krankheit und Gesundheit aber auch ein „pendelndes Aufmerksamkeitsbarometer“, mit dem man sich abgrenzt und/oder sich auch ins Alltagsgeschehen einbringt. Betuliche Fürsorglichkeit vonseiten der BetreuerInnen wird mehrheitlich abgelehnt, gefragt sind Anerkennung des „heldenhaften Verhaltens“, Lob und Bewunderung ob der „Härte“ u.a.m.

Mehrheitlich leiden die BewohnerInnen unter physischen und psychischen Erkrankungen, meist als Folge von persönlich negativ erlebten Entwicklungen und/oder Abstiegsprozessen. Alkohol-, Tabletten- und Drogenkonsum als „Freund und Kumpel“, „Fluchthelfer“ und „Problemlöser“ sind zwar vielfach „best friends“, jedoch zeichnet sich hier eine – aus gesundheitlichen Gründen – rückläufige Tendenz ab. Bei gelungenem, oder auch nur zeitweilig gelungenem Alkoholzug steigt die Selbstzufriedenheit mit sich selbst stark an und die Menschen berichten voll Stolz darüber, wie es ihnen gelungen ist, „dieses schwarze Loch“ zu besiegen. Zugleich fällt meist auch das Toleranzniveau gegenüber Jenen, die es nicht geschafft haben, denn „das sind ja keine Harten“ nicht.

Was kränkt, macht krank. Die Beschwerden als Ventilator der Seele, werden meist nicht ernst genommen und den BewohnerInnen fällt es sichtlich schwer, eine Unterscheidung zwischen Symptomen einer Krankheit und allgemeinen Beschwerden zu treffen.

Stigmatisierung und Ausgrenzung begünstigen und verstärken die Außenseiterrolle jener BewohnerInnen, die sich selbst, zu ihrer eigenen Sicherheit ab- und ausgrenzen. Bezugnehmend auf die meist selbst gemachten Erfahrungen in „totalitären Einrichtungen“ haben sie ein „gestörtes Verhältnis“ zu Spitals- und/oder Pflegeeinrichtungen. Mit den totalitären Ritualen eines Spitals konfrontiert zu sein heißt auch, Stigmatisierung durch eine gesellschaftspolitische Macht, der man sich hilflos ausgeliefert fühlt und von der man abhängig ist: „Da hast einen schwarzen Fleck am Buckl“, „da wirst nicht ernst genommen“, „die sprechen ja gar nicht mit Dir“ (006_weiblich_74). Der vermeintlich als Freiheit empfundene und erlebte Alltag eines/einer ehemals Wohnungslosen ist zwar Selbstbetrug, erlebt aber in totalitären Institutionen seine heroische Wiederbelebung.

Die Schuldfrage scheint das gesamte Leben zu kennzeichnen. Besonders stark fällt sie hinsichtlich vermeintlicher Rechtfertigungsprozesse aus. Schuld sind immer „die anderen“, die, die nicht richtig beraten und nicht richtig betreuen, nicht richtig erziehen und nicht verstehen, die, die nicht gewarnt haben u.a.m. Schuld und Rechtfertigung als „Mö-

bel einer totalitären Institution“ begleiten, besser vielleicht verfolgen, diese Menschen ihr Leben lang.

7.3.3.4 Wohnen

Zum Verlust der Wohnung führen zuerst viele unterschiedliche Ursachen, Delogierung ist die letzte Konsequenz. Arbeitslosigkeit, Armut, Krankheit, Trennung und/oder Scheidung und das Fehlen von Ressourcen sind jene Boten, die einer Delogierung ebenso vorausgehen, wie ein Fluchtversuch, ein „Kopf in den Sand stecken“ und/oder die Schuldzuweisung „an den/die Dritten“.

„Ich habe 2 Wohnungen gehabt, die habe ich nicht bezahlt, bin ich delogiert worden. Darum bin ich auf der Straße gelandet, nicht?“

004_männlich_60

„Dann ist mein Lebenspartner krank geworden mit einem inoperablen Darmtumor und wir haben in einer Wohnung gewohnt, die einem Freund gehört hat, der hat aber keine Miete bezahlt“. Warum wir dort gelebt haben war so, dass wir auch in der anderen Wohnung Probleme gehabt haben und nicht bezahlt haben, da sich einer auf den anderen verlassen hat, dass er die Miete bezahlt. Es war nicht der Fall, worauf die Delogierung erfolgte.“

006_weiblich_74

„Durch die Scheidung bin ich dann in die Gruft hinunter gegangen und war dann 1 Jahr lang in der Gruft“. Und die Kraft habe ich auch nicht und durch die Scheidung habe ich die Wohnung verloren, da ist die Kraft hinuntergegangen, praktisch.“

19_männlich_64

Großteils bewerten die BewohnerInnen ihre derzeitige Wohnversorgung als Chance für einen Neubeginn: „SobeWO“ als persönlicher Meilenstein. Aussprüche wie: „Das ist meine 2. Heimat“ oder „hier bin ich wieder Mensch“ sind immer wieder vernehmbar. „SobeWO“ wird als Wohlfühlort bezeichnet, wo Schutz- und Angekommenheitsgefühl, Ruhe und Ordnung spürbar sind. Mehrheitlich bereitet die Vorstellung, die Wohnung aus Krankheits- oder Altersgründen verlassen zu müssen, innere Unruhe und persönliche Verunsicherung. Die Möglichkeit des Rückzugs in die eigenen 4 Wände bietet Abgrenzungsmöglichkeit und Schutz: „Die Türe hinter sich zu machen zu können“ gilt als Synonym für einen eigenen, kleinen, selbstbestimmten Machtbereich mit Schlüsselgewalt.

„Und vor allem da im Haus, ist eigentlich meine letzte Station, ja. Es ist richtig, ich bin angekommen.“

001_weiblich_68

„Aber ich bin froh, dass ich da irgendwie ein geschütztes Plätzchen habe und da geht es mir nicht schlecht. Ich habe einen schönen Grünblick, ich sehe den Wald, die Bauten, die Architektur und ja.“

002_männlich_58

„Na, am Anfang schauen sie, ob die Wohnung sauber ist, ob dies oder jenes ist, das ist ein Übergang, dass man wieder eine eigene Wohnung führen kann, weil es gibt Leute, die können das nicht und bei denen muss man öfters nachschauen. Bei mir schauen sie nicht viel nach, das heißt, dass sie bei mir wissen, dass die Wohnung sauber und alles in Ordnung ist. Am Anfang habe ich auch Kontrollen gehabt, aber jetzt (.) nicht mehr so viel, na?“

003_männlich_63

Wieder Ruhe, Ordnung und eine gewisse Regelmäßigkeit im Leben zu haben, empfinden einige als unbeschreibliches Gefühl, während andere davon sprechen, wieder in eine eigene Wohnung ohne Bevormundung ziehen zu wollen.

„...und ich möchte wieder hinaus hier, ich war immer draußen (2). Ich habe im Stiegenhaus geschlafen wie ich die Wohnungen verloren habe, dann habe ich in der Gruft unten geschlafen (1) im Siebenten, das ist ohnehin bekannt, in der Gruft habe ich geschlafen. Es ist ohnehin wie im Häf'n, auf gut deutsch gesagt, nur dass Du halt auf die Straße hinaus spazieren kannst.“

016_männlich_75

„Die meisten sind am Zimmer nicht und kommen nur herunter zum Essen und sind um $\frac{3}{4}$ Zwölf unten zum Essen und um $\frac{1}{4}$ Ein Uhr sind sie schon wieder oben. Die sind immer im Zimmer. Der Aufenthaltsraum ist immer leer. Da sitzen 1 oder 2 Personen unten, sonst ist er immer leer.“

004_männlich_60

„Ich fühle mich erst richtig wohl seit ich hier wohne, das ist für mich wirklich die zweite Heimat geworden (7). Ansonsten kann ich nicht viel sagen, oder will ich nicht viel sagen und, und...“

011_weiblich_69

Bemerkenswert ist die Äußerung eines Interviewpartners der meinte, „dass so mancher in der Freiheit weniger Möglichkeiten habe“ (019_männlich_64). Auffallend ist die immer wiederkehrende Phrase einer Rechtfertigung: „Sie können ruhig kontrollieren, ich habe kein Problem damit“ (019_männlich_64). Kein Problem zu haben, scheint sehr wichtig zu sein.

„Sie können ruhig unten nachfragen und sich erkundigen. Die können Ihnen sagen, dass ich keine Probleme habe.“

017_männlich_67

„Und als ich da hergekommen bin und dass ich allein war, das war natürlich dann super, nicht? Ich habe das sauberste Zimmer, ich schaue, dass das immer in Ordnung ist, dass immer alles geputzt ist und (2) dass es da kein Problem gibt.“

016_männlich_67

Die Frage des „Miteinanders unter den BewohnerInnen“ beantworten einige sehr distanziert, da sie kaum Kontakte zueinander pflegen und die jeweiligen Eigenschaften und Schwächen der/des anderen als störend und hinderlich empfinden. Auffallend ist hier, dass einige BewohnerInnen über andere sprechen, jedoch sich selbst und ihre eigenen Probleme meinen. Andere wiederum betrachten sich selbst als moralische Instanz und nehmen ihre persönliche Werteskala als Maßstab für die Beurteilung der Anderen.

„Und die meisten Leute hier herinnen sind halt nicht alle (3) wie gesagt, sie haben eine Not gehabt, sie sind von der Meldemannstrasse gekommen und von der Straße, na ja, sie haben es halt nie leicht gehabt. Die haben sich nie erfangen in ihrem Leben, die nie etwas gehabt haben.“

013_männlich_64

„Ja, es gibt ein paar Leute, die will man so nicht, na, dann weicht man halt aus, so ist das, es ist überall dasselbe.“

006_weiblich_74

„Viele Leute haben mit dem Geld Probleme, die anderen haben wieder das Trinken im Kopf, ja und somit kann man gar nichts machen. Nein, nein (1) ich möchte auch nicht,

muss ich ehrlich sagen, ich will auch nicht.“

017_männlich_67

Nicht bei allen BewohnerInnen geschätzt und Erwähnung finden die gemeinsamen Ausflüge, welche von den einen als „Highlights“ mit Kommunikationsmöglichkeit bezeichnet werden, während andere sich sehr negativ über das Verhalten der MitbewohnerInnen äußern: „Mit den Trotteln, nein, das ist nicht meins.“ Die eigene Betroffenheit wird meist nicht angesprochen: Das „Du“, „man“, „wir“ werden als „Ich-Ersatz“ verwendet.

„Wenn Du ein Problem hast, müssen wir schauen, wie man damit umgeht.“

001_weiblich_68

Auf die Frage, mit wem man denn am meisten kommuniziere, wurde meist das Personal als erste Kontaktadresse genannt. Diese Ergebnisse decken sich auch mit den Ergebnissen der Netzwerklandkarte.

„Ja, letztendlich das Personal von hier. Der Sozialarbeiter und auch die anderen Betreuer. Na, ja, das sind Ansprechpersonen. Mit denen kann man sich auch unterhalten.“

020_männlich_62

„Es sind die BetreuerInnen, mit denen ich Kontakt habe, aber sonst?“

016_männlich_75

„Ich habe ja keinen Kontakt, ich rede ja mit fast niemandem. Es sind die BetreuerInnen, mit denen ich Kontakt habe, aber sonst? Was soll ich mit denen reden? Ja, was soll ich reden mit denen, den Blödsinn höre ich mir gar nicht an.“

016_männlich_75

Grundsätzlich scheint es, dass die Betreuung von den BewohnerInnen angenommen werden kann. So werden die Kontrollen „als Sorge des Personals um das Wohlbefinden“ großteils als Privileg, in seltenen Fällen auch als Einschränkung angesehen. Nur ein Bewohner meinte, „dass sie halt schauen müssen, ob der noch warm oder ob er schon kalt sei“ (017_männlich_67).

Immer wieder betont wird die Wichtigkeit, nicht in der Rolle von BittstellerInnen zu sein, sondern Anspruch auf diese oder jene Leistung zu haben und dafür auch bezahlen zu können. Mehrheitlich waren sie in ihrem Vorleben von Hilfe abhängig, diese Zeit ist von persönlichen Verletzungen, Abhängigkeiten und teilweise auch Angst geprägt. Bezahlte Leistung, die man selbst bestimmen kann, ist Macht, allerdings stehen sich Rollenbewusstsein und Erwartungshaltung diesbezüglich oft konträr gegenüber.

Zukünftiges Wohnen? Hier alt werden wollen?

Mehrheitlich sprechen die BewohnerInnen davon, in ihrer Wohnung alt werden und hier auch sterben zu wollen. Großteils ist die Angst um den Verlust des Wohnplatzes aufgrund erhöhten Pflegebedarfs spürbar. In einigen Sozial betreuten Wohnhäusern gibt es auch Möglichkeiten des Zukaufs von Palliativ-Care-Leistungen, um den Wünschen der BewohnerInnen soweit wie möglich entgegenkommen zu können.

„Ja, solange ich da bleiben kann, bleibe ich da.“

025_männlich_58

„Hm, ja, möchte ich schon. Auf alle Fälle. Also ich gehe, von mir aus gesehen, ich glaube nicht, dass da irgendetwas sein könnte, dass ich von da ausziehen würde. Sicher nicht, weil das ist mein Heim und was auch immer kommen möge, oder was weiß ich was, aber von da ausziehen würde ich nicht. Selbstbestimmt alt werden bedeutet für mich so viel wie: Ich möchte da alt werden, ohne Komplikationen oder dass sonst was dazwischenkäme, wo ich von da weg müsste oder was, weil da würde ich natürlich nicht wissen, was ich wieder einmal tue, nicht?“

011_weiblich_69

Zusammenfassend darf hier darauf hingewiesen werden, dass die gemeinsamste aller Merkmalsausprägungen der BewohnerInnen die Wohnungslosigkeit ist. Ihre zeitweilig gemeinsamen Erlebnisse verbindet die BewohnerInnen nur situativ und kurzweilig, langfristig werden Abgrenzungen gesucht und gefunden, da sie durch die in der Obdachlosigkeit erlebte Abhängigkeit situativ geprägt sind. Nun wieder über das eigene Leben verfügen zu können, „die Schlüsselgewalt über sich und den nun angestammten (Schutz-)Raum“ zu haben, „Die Türe wieder hinter sich zu machen zu können“, sind logische Folge „des Handelns“ von verletzten und gekränkten Betroffenen, sozusagen ihre Überlebensstrategie.

Ein weiterer, theoriegeleiteter Aspekt einer „total institutionellen“ Schuld- und Rechtfertigungsstrategie ist der immer wiederkehrende Ausspruch, „dass dies kein Problem sei“, „dass man ja im Büro nachfragen könne, dass es kein Problem gäbe“ u.a.m. Kein Problem zu haben scheint also für die BewohnerInnen wichtig zu sein, vermeintlich um Anpassung und Akzeptanz zu signalisieren.

Mehrheitlich wollen die BewohnerInnen ihren Lebensabend im Sozial betreuten Wohnhaus verbringen, wollen hier alt werden und auch hier sterben. Den täglichen Durchgang erleben sie als akzeptierte Vorgangsweise zwischen Service und Kontrolle und meinen, dieses Haus nur im „Siebenkanter und Beine voraus“¹¹⁴ verlassen zu wollen.

Während einige davon sprechen, „dass so mancher in der Freiheit weniger Möglichkeiten als hier hätte“, sprechen andere davon, dass sie sich hier eingesperrt fühlen und nicht hier bleiben wollen: „Ich war immer draußen“ (004_männlich_60) möge hier stellvertretend angeführt sein. Es geht aber auch um das Gefühl der fehlenden Würde und Achtung wenn wenige BewohnerInnen meinen: „Hauptsache, man gibt eine Ruhe“ (017_männlich_67).

Den BewohnerInnen fällt es sichtlich schwer, über eine Zeit zu sprechen, von der sie hoffen, dass sie nie eintreten wird. So lange wie möglich selbstständig bleiben zu können und selbst nie ein Pflegefall sein wollen ist die mehrheitlich angestrebte Überlebensstrategie, ja die Zukunftshoffnung schlechthin. Die Angst vor Abhängigkeit und Mildtätigkeit ist stark ausgeprägt und wird abgelehnt. Sollte es nötig und möglich sein, planen die BewohnerInnen vermehrten Zukauf von Dienstleistungen aus dem Pflegegeld.

¹¹⁴ Sarg

7.3.3.5 Gelebte, subjektiv empfundene Lebensqualität

Helfersyndrom

Die/der Gute sein zu wollen, die/der gebraucht und geachtet wird, ist zwar zwischen den Geschlechtern differenziert ausgebildet, jedoch tendenziell eher bei Frauen vertreten. Während bei Frauen ein ausgeprägtes Helfersyndrom eher in Form des „Helfens und Agierens“ augenscheinlich ist, tritt es bei Männern eher in Form „des Kümmerers“ zutage, der oft auch seinen Status daraus bezieht.

„Und ich komme mir wie der Leiter vor, wenn irgendetwas ist, kommen sie alle zu mir. Natürlich komme ich mir schon vor wie ein Beichtstuhl, ein Jeder will mit mir reden. Mit mir kann ein jeder reden. Ich kann auch Ratschläge oder Tipps geben, mehr kann ich auch nicht machen. Ich wohne ja praktisch nur da. Ich bin ja nicht der Liebe Gott, nicht?“

019_männlich_64

„Mein Wunsch ist, dass wir das wirklich gut machen und ich möchte schauen, dass ich da mithelfen kann. Ich überlege mir schon Möglichkeiten wie wir das anders machen könnten und so, aber es wird schon gehen.“

006_weiblich_74

„Ich glaube, ich habe viel Herz, eben für Kranke auch, weil da habe ich immer sehr viel Mitleid und „Dings“ und da will ich auch immer helfen und alles, was nur geht.“

011_weiblich_69

Gebraucht und wichtig zu sein tut dem/der HelferIn gut, bringt Selbstbestätigung und hilft Statusdefizite auszugleichen. Die Frage wer wen braucht, ist eine gerechtfertigte, denn meist ist es ohnehin so, dass diejenigen, die sich in diesem „helfenden Abhängigkeitsraum“ treffen, einander auch brauchen. Zuneigung und Respekt sind weitere, wichtige Komponenten des Interessensausgleichs, mit dem idealerweise auch Barrieren sozialer Isolation und/oder Abhängigkeit durchbrochen werden können. Hilfe kann auch als Berechnungsfaktor der eigenen Selbstzufriedenheit gesehen werden. So kann es durchaus im Sinne des/der HelferIn sein, die Hilfe dahingehend auszurichten, nicht selbstredend selbst der/die Letzte in der Kette zu sein, denn Hilfe kann auch schmerzen. Idealerweise findet sich im Helfersyndrom „Ich“ ein „Du“ und vermittelt dadurch ein partizipatives „Wir-Gefühl“.

„Irgendwie sich wie ein Mensch fühlen. Irgendwie spüren, dass man nicht nutzlos ist.“

018_weiblich_60

„Jedes Mal wenn wir Theater gespielt haben, überhaupt die letzten Male, sind sie immer gekommen und haben gesagt :“Hörst, das war Spitze, das ist gut und es ist super.“

006_weiblich_74

Lebenszufriedenheit, Worauf sind Sie stolz?

Die Frage: „Was ist Ihnen in Ihrem Leben gut gelungen und worauf können Sie besonders stolz sein“? wurde von allen BewohnerInnen, die Kinder haben, eindeutig beantwortet. Hier gibt es gendermäßig keinen Unterschied.

„Was könnte ich sagen, was mir besonders gut gelungen ist? Stolz bin ich auf die Kinder, das ist einmal ganz klar und außerdem? Auf was könnte ich stolz sein? Ich weiß gar nicht auf was. Ich habe aus meinem Leben eigentlich nicht viel gemacht.“

011_weiblich_69

„Ja, meine Kinder. (lacht) Die sind mir gut gelungen. Nicht nur, dass es drei schöne Menschen sind, sie sind 3 gesunde und erfolgreiche Menschen. Also, muss ich alles richtig gemacht haben.“

009_weiblich_69

Weiters sind diejenigen, die einen Entzug geschafft haben, unheimlich stolz darauf, diesen „inneren Schweinehund“, wie sie selbst sagen, überwunden zu haben. Das betrifft sowohl Männer und Frauen die selbst erkannt haben, dass Alkohol weder im Fluchtverhalten, noch in der Bewältigungsstrategie und auch nicht im Finden von Solidarität und Freundschaften hilfreich ist.

„Erreicht habe ich eigentlich sehr wenig. Mein größter Erfolg war, dass ich mit dem Trinken aufgehört habe, das war mein größter Erfolg. Ich hätte nicht geglaubt, dass ich mir so leicht tue. Ohne Probleme. Ich habe keine Probleme gehabt. Keine Entzugserscheinungen, nichts. Man braucht nicht immer ein Anton Proksch Institut. Wenn einmal der Wille da ist, dann geht es von selber auch, wenn man will und das habe ich zusammengebracht. Ich habe gesagt, aus, Schluss, nichts mehr. Jetzt reicht's.“

010_männlich_63

Stolz auf sich und ihre Leistung sind auch jene BewohnerInnen, die eine gute Berufsausbildung und auch eine Berufskarriere hinter sich haben. Zwei Männer hatten eine eigene Firma und sind stolz darauf, diese Firmen nicht zulasten der damaligen MitarbeiterInnen aufgelöst zu haben. Durch ihre Erzählungen grenzen sie sich verbal stark ab und verhalten sich distanziert im Umgang mit den anderen BewohnerInnen.

„Ja, stolz, ich war stolz das ich sagen kann, ich habe immer alles in Bewegung gesetzt, dass die Arbeiter pünktlich ihr Geld bekommen. Wenn ich das nicht hätte machen können, wäre ich ohnehin nicht fähig gewesen, eine Firma zu haben.“

013_männlich_64

Dies trifft auch auf jene Männer zu, die zumindest eine Zeitlang Berufssportler wie Fußballer, Gewichtheber oder Boxer waren. So sind bei den männlichen Interviewpartnern zwei Fußballer, die in der Bundesliga gespielt haben und ein Fußballer, der in der Wiener Landesliga gespielt hat, vertreten. Sie berichten mit Stolz, dass Ältere sie noch erkennen, weshalb sie sich um gutes und sportliches Aussehen bemühen. Lebenslange Gratscheinträge ermöglichen ihnen am Fußballplatz jenen Status zu genießen, der ihnen im sonstigen Leben fehlt.

„Ich habe ja gesagt, ich war Berufssportler: Ich war Fußballer, Gewichtsheber und Boxer. Meine Idole waren damals der Pele und der George Best bei den Fußballern, bei den Gewichtshebern der Wassili Alexejew, und der Held, der Kühne war mein Gewichtsheber.“

004_männlich_60

„Ja, Fußball habe ich gespielt. Darum kennen sie mich von früher noch, vom Sportplatz. Der Parits kennt mich noch von früher, wir haben zusammen gespielt.“

019_männlich_64

Ein weitere typische Merkmalsausprägung für die Zielgruppe der ehemals beruflich Erfolgreichen und nunmehr im Sozial betreuten Wohnhaus lebenden Menschen ist, dass sie immer wieder davon berichten, dass sie früher immer schöne Frauen und tolle Autos gehabt haben, um die man sie beneidet hat. Erinnerungen daran erfüllen sie heute noch mit Stolz und einem Zufriedenheitsgefühl.

„Eines weiß ich, ich habe immer sehr schöne Frauen gehabt.“

025_männlich_58

„Ich bin Ferrari gefahren, ich bin die schönsten Autos gefahren, ich habe die schönsten Frauen gehabt, bilde ich mir halt ein.“

016_männlich_75

Frauen hingegen sind meist stolz auf ihre Kinder, ihre Hobbies und Talente und das Gefühl, es geschafft zu haben. Darunter verstehen sie neben der jetzigen Wohnversorgung auch ihre derzeit geordneten Lebensverhältnisse und eine regelmäßige, gesundheitliche Vorsorge. Wenn es jemand gelungen ist, Hilfe und Hilfeleistungen zu tätigen, bleiben diese eine lange Zeit und auch für das eigene Überlebenskonzept in positiver Erinnerung. So berichtet eine Frau, dass sie einem Mann mit Mund zu Mund-Beatmung das Leben gerettet hat, was sie noch heute mit besonderem Stolz erfüllt.

„Ja, dass ich eigentlich vielen Leuten Trost habe geben können, kranken Leuten bei der Hauskrankenpflege, dass ich vielen Leuten die Hand gehalten habe, die gestorben sind.“

021_weiblich_51

Die Freiheit, das zu tun, was man will und keine Rücksicht nehmen zu müssen macht innerlich zufrieden. So berichtet eine weibliche Bewohnerin ganz stolz von ihrer ersten, viertägigen Reise in eine Therme. Es ist ihr erster und selbst bezahlter Urlaub in ihrem Leben. Als weitere wichtige Erfahrung wird gesehen, dass man das eigene Leben wieder selbst in die Hand genommen hat.

Bei den Älteren unter den BewohnerInnen wird das Thema Leistungszukauf in der Pflege thematisiert. Der Punkt, dass man sich den Zukauf jetzt leisten kann, scheint als klare Abgrenzung zum „BittstellerInnen-Dasein“ des Vorlebens zu stehen.

„Bei der Heimhilfe oder bei Essen auf Rädern, verlange ich eine Leistung, auch wenn ich nur 5 € bezahle, ich will eine Leistung haben.“

017_männlich_67

Was fehlt im Leben? Hadern mit dem Schicksal? Überlebenskonzept?

Es fehlt an Allem und/oder an Nichts. Als schmerzhaft sehen die BewohnerInnen das Fehlen einer Familie als Rückzugsort ebenso, wie sie mehrheitlich auch froh sind im „SobeWO“ eine Ersatzfamilie gefunden zu haben. Diejenigen, die Kinder haben, würden gerne mehr von ihren Kindern und deren Leben wissen. Nicht das Fehlen der Kinder macht Sorge, sondern das „Nichtwissen“ um sie. Sie erkennen Fehler, resignieren teilweise, nützen aber selten bis nie ihre Chancen zur Kontaktaufnahme. Mehrheitlich trifft

das besonders auf Frauen zu. Gut nachvollziehbar ist die Überlebensstrategie der Verdrängung und/oder auch die des „Durchrutschens und nicht Auffallens“.

„Ich meine, ich weiche immer vor der höheren Gewalt zurück, dass ich irgendwie durchrutsche, durchschwimme.“

002_männlich_58

Männer hingegen sind mehrheitlich der Meinung, „dass sie alles wieder genau so machen würden“ und auch so leben würden, wie bisher. Die Frage: „Was hätte ich ändern sollen oder können“ wird immer wieder in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt und resignierend die bisherige Handlungsweise bestätigt.

Die Erkenntnis, aus dem eigenen Leben nicht viel gemacht zu haben, wirkt teilweise belastend. Das Leben ist ein „Ritual und kein Überlebenstraining“ (013_männlich_64), nennt ein Interviewpartner diese Erfahrung. Letztlich wirkt die Erkenntnis, dass man viele Fehler gemacht hat, oft den falschen Weg gegangen ist und auch Chancen nicht genutzt hat dahingehend befreiend, da diese Erkenntnis alle eint. Hier treffen einander BewohnerInnen, hier sind sie nicht allein, hier sind sie im gemeinschaftlichen „Solidaritätsraum - wir“.

Selbstbild, Selbstdarstellung, persönliche Stärken und Schwächen

Bei der Selbstdarstellung zeichnen sich zwei unterschiedliche Zugänge zum „Selbst“ ab. Einerseits sind dies die kritischen, teils gut reflektierten, sympathisch dargestellten Selbstbilder der Hilflosen, Armen und Schwachen, andererseits eher jene, der Starken und Selbstgerechten, deren Rechnung nicht aufgegangen ist, weil ihnen das Schicksal übel und ungerecht mitgespielt hat.

Frauen sehen sich eher dem Schicksal ohnmächtig gegenüberstehen, ja ausgeliefert und nehmen meist eine ergebene und passive Erwartungshaltung ein. Sie sind eher unzufrieden mit ihren eigenen und/oder den ihnen aufgezwungenen Entscheidungen, die sich letztendlich als falscher Weg oder auch als „Hemmschuh“ erwiesen haben. Sie reden eher „gerne schön“ und versuchen, durch Schuldzuweisung und Abgrenzungsverhalten eine für sie angenehmere und akzeptierbarere Ausgangslage zu erreichen.

Das häufig anzutreffende Helfersyndrom ist eine Variante des Be- und Verarbeitens von Problemen „am Anderen“, die man unwissentlich meist selbst hat.

„Das Bild, dass ich Eine von Ihnen war und dass ich für alle da war und für jeden – je nach meinen Möglichkeiten – mache und für jeden da bin. Das würde ich mir wünschen dass ein Jeder vielleicht sagt:“ Na, sie war doch kein schlechter Mensch“. Dass ich eine ganz kleine Lücke hinterlassen würde. Das wäre mein Wunsch.“

006_weiblich_74

„Ich habe ein ganzes Leben lang gekämpft. Ich habe im Heim gekämpft, ich habe im Kinderheim gekämpft, da muss man kämpfen, dass man nicht untergeht bei den Anderen, ich habe im Lehrlingsheim um mein Recht gekämpft.“

021_weiblich_51

„Ich bin ja kein Weicher“, „Ich bin ein ganz Harter“ oder „Ich war ein harter Hund“ zeugen von Menschen, die ständigen Rechtfertigungen ausgesetzt waren und/oder zumindest eine Zeitlang in Heimen und/oder Anstalten unter schwierigsten Bedingungen ihr Leben meistern mussten. Diese als Überlebensstrategie angewandte alltägliche Handlungsoption schließt gleichzeitig ein und aus, grenzt ab und zeigt auf der anderen Seite die uneingestandene Hilflosigkeit und/oder auch deren berechnende Strategie des Handelns auf.

„Ich habe noch nie eine Frau geschlagen, aber wenn mir meine Ex einmal unterkommt, hält mich nichts mehr zurück, dieses Gfrast“ (016_männlich_75).

„Frauen und Kindern würde ich nichts tun“ (010_männlich_63).

„Ich bin meiner Schwester in die Nadel gesprungen“ (003_männlich_63).

Abgrenzung findet hinsichtlich „guter Gewalt“, gegenüber Frauen, Kinder und Schwache statt, die verteidigt werden müssen und wo es um eine vermeintliche Sache der Ehre geht, gegenüber jener „bösen Gewalt“, wo es um die „Sache unter Männern“ geht und/oder wo auch Raub, Mord und andere Verbrechen involviert sind. Bei ersterem avanciert man intern zum Helden, bei letzterem, vor allem wenn es um Verbrechen an Kindern geht, ist man Abschaum. Die Verbrechen werden gebüßt, die internen Zuordnungen bleiben.

Neues Lernen

Neues, nicht erprobtes und bis dato Unbekanntes zu erlernen oder auszuprobieren ist die Sache der BewohnerInnen von „SobeWO“ nicht. Das dürfte auch darauf beruhen, dass man unsicher ist und Angst hat, sich eine Blöße zu geben. Versagen widerspricht dem bisher gepflegten Charisma, also setzt man dieses nicht aufs Spiel. Betont wird immer wieder, dass man sehr wohl bei organisierten Bastelrunden teilnehme, aber sich selbst nicht allzu sehr engagieren wolle. Intern vorhandenes Wissen ist nicht gefragt, der eigen vorhandene Wissensstand reicht.

„Was ich gerne mache ist Rätsel lösen. Aber was Neues lernen möchte ich eigentlich nicht.“

006_weiblich_74

„Nein, Computer nicht. Ich habe genug Bekannte, die würden ihn mir sogar schenken und da sage ich: „Ich habe keine Zeit, da, der Tisch ist mir zu klein“. Etwas Neues lernen, na, ja: nein. Ich habe ohnehin genug gelernt: In Latein und in Englisch mit Auszeichnung maturiert.“

014_männlich_78

„Ich bin froh dass ich soweit bin und den Computer einschalten kann, dass ich mir „Dings“ ein bisschen was machen kann, aber ich habe zum Lernen keine Geduld mehr und wenn es nicht gleich funktioniert, dann haue ich es ins Eck und denke mir: Hab` mich gerne.“

024_männlich_67

Wortmeldungen wie die oben genannte sind mehrheitlich unter Männern vertreten. Zum Zeitpunkt der Interviewsessions hatte nur ein Mann aus einer anderen Einrichtung einen eigenen Computer. Wichtig ist, das eigene Selbstbild zu erhalten und zu zeigen, „dass

man es ja könnte, wenn man wollte, aber man hat halt keine Geduld“. Da es den anderen BewohnerInnen auch so ergeht, wird dieses Verhalten ohne Statusverlust akzeptiert.

Freizeit, Interessen, Hobbies

Außer Kochen, Puzzle spielen, Karten spielen und Kreuzworträtsel lösen werden im Sozial betreuten Wohnhaus gemeinsam kaum Hobbies gepflegt. Jahreszeitlich orientierte Bastelrunden, Turnen, Ausflüge, Gedächtnistraining und Biographiearbeit werden strukturell angeboten und organisiert. Für einige BewohnerInnen sind „Tun und die Wirkung des Tuns“ oberste Priorität. Während die einen eher vom Helfen als Hobby fabulieren, sprechen die anderen vom Kochen, Einkaufen und Bummeln als Hobby und Freizeitgestaltung. Kochen als Hobby bringt eine gewisse Sonderstellung, möglicherweise auch Machtstellung und Wertschätzung, da sowohl die MitbewohnerInnen als auch das Personal bei Festlichkeiten gerne auf diese Ressource zurückgreifen. „Eigener Herd ist Goldes Wert“ sagt eine Bewohnerin (006_weiblich_74).

„Mein Hobby ist eigentlich, dass ich gerne einkaufen gehe. Das ist wirklich ein Hobby von mir. Ich schaue immer sie Aktionen überall, ich koche, denn kochen ist großes Hobby, muss ich sagen, einkaufen und kochen.“

006_weiblich_74

Die Sorge und die Beschäftigung mit dem eigenem und/oder dem allgemeinen Haustier spielt eine weitere wichtige Rolle.

„Ja, ich beschäftige mich da im Haus, das ist alles kein Problem, also wenn wir unten Jause haben räumen wir weg, wir lassen den Tisch nicht stehen oder was, ob das jetzt die Helferln von den anderen sind, oder nicht. Mit den Hasen habe ich auch jeden Tag meine Arbeit.“

001_weiblich_68

„Wo meine Tiere zu Hause sind, da bin auch ich zu Hause und vielleicht war das so ein Fingerzeig, dass ich wieder ins Leben zurückfinden soll.“

023_weiblich_62

Andere Freizeitaktivitäten sind mehrheitlich der Passiv-Sport im Fernsehen und auf dem Fußballplatz. Während Frauen mehrheitlich alte Filme a la Rosemarie Pilcher, Koch- und auch Kultursendungen sehen, liegt die Priorität von Männern bei den Sportsendungen und den Nachrichten. Mehrheitlich leben die BewohnerInnen in der Vergangenheit und den damit verbundenen Erinnerungen, seien es nun sportliche, berufliche Erfolge und/oder private Erlebnisse. Die individuelle Gegenwart lebt im „es war einmal“ immer wieder neu auf.

Glück und Wünsche

Das Glück wird meist als ein sehr persönlich verstandenes Zufriedenheitsgefühl gesehen, in das Wünsche für sich und die wenig bis nicht gekannten Kinder eingebettet sind.

„Gesundheit, Glück, Zufriedenheit, Geld, Bescheidenheit, mehr brauche ich nicht. Ich brauche nicht mehr, als die anderen haben.“

005_weiblich_71

„Glück ist für mich, wenn die R. glücklich ist. Sie sagt halt ihre Wünsche und ich versuche halt, diese so gut wie möglich zu erfüllen. Das ist so wie in einer Partnerschaft, na. Der eine Partner schaut auf den anderen und versucht, dass der halbwegs glücklich ist“. Es gibt da einen guten Spruch: Willst Du glücklich sein im Leben, trage bei zum anderer Glück, denn die Freude die wir geben, kehrt zu Deinem Herz zurück.“

003_männlich_63

Die Teilhabe als Partizipationsansatz und Glückskalkül (vgl. Ahrendt 1981:389) wird in den Aussagen der InterviewpartnerInnen nur einmal erwähnt.

„...ja, also eigentlich Gesundheit und dass es meinen Kindern gut geht, bis es(.) soweit ist und für mich, dass ich noch ein bisschen teilhaben darf.“

001_weiblich_68

„Ja, ich bin rund um die Uhr glücklich, eigentlich „Gott sei Dank“. Ich bin zufrieden und mache bei jedem Theater mit, also, da gibt es überhaupt nichts.“

008_weiblich_62

Die allgemeinen Wünsche sind die nach Gesundheit, Glück und Zufriedenheit für sich und die Kinder. Bei weiteren Nachfragen wird vereinzelt und eher nur bei Männern, der Wunsch nach einer eigenen Wohnung laut, wo man wieder ohne Kontrollen leben kann. Auf der „to do-list“ mancher BewohnerInnen stehen die Verwirklichung von bisher unerfüllten Träumen, wie einer Reise zum Meer: „Ich habe noch nie das Meer gesehen“, „ich bin noch nie mit dem Flugzeug geflogen“, sind die am häufigsten genannten und bis dato unerfüllten Wünsche.

„Ich bin momentan auch so zufrieden und aus. Ich will eigentlich nichts mehr. Ich schaue, dass ich noch das Beste daraus machen kann und hoffe, dass nicht irgendwann eine schlechtere Nachricht eintritt, bei den Kontrollen. Das wäre mein größter Wunsch. Dass meine Kinder gesund sind und gesund und glücklich sind und dass alles in Ordnung rennt, das ist ein ganz großer Wunsch und dass ich gesund bleibe, dass ich gesund bleibe.“

011_weiblich_69

„Ich wünsche mir, dass ich um 40 Jahre jünger wäre, dann wäre ich verheiratet, dann wäre ich nicht hier und wäre ein glücklicher Familienvater.“

014_männlich_78

„Ich bin in meinem Leben noch nie in einem Flugzeug gesessen, ich möchte das einmal erleben. Ich möchte auch einmal das Meer sehen, ich habe noch nie das Meer gesehen. Ich bin ja jetzt in der Pension und da bekomme ich 2x im Jahr das Doppelte und da möchte ich zumindest einmal bis Italien kommen, dass ich einmal das Meer erlebe oder an die Ostsee oder irgendwohin, wo es schön ist. Ich kenne das alles ja nicht, ich habe noch nie die Gelegenheit gehabt, dass ich so etwas einmal erlebe.“

021_weiblich_51

Einige Männer äußerten auch den Wunsch nach einer „Partnerin mit Häuschen am See und/oder mit Garten mitten im Wald“. Auffallend ist hier vor allem die Vorstellung der „rettenden Frau mit Haus und Garten im Wald“, mit der alle bisherigen Probleme verschwinden“ und ein neues Leben aufbauen kann.

„Der erste Wunsch ist Gesundheit, weil Schönheit brauche ich mir nicht zu wünschen, die habe ich ohnehin, weil die kommt von innen und die äußerliche zählt nicht. Ja, und vielleicht noch ein so liebes Weiberl mit einem kleinen Haus und einem Garten, wo man herumkrabbeln kann, ja das wäre schon das.“

024_männlich_67

Wie gesagt, die Gesundheit und vielleicht irgendwo ein schönes Häuserl am Waldrand, wo ein See dabei ist, das wäre das Schönste. Wo es ruhig ist. Im Wald kann man viel machen, immer eine gute, frische Luft, das wäre immer mein Ding gewesen, mein Traum. So eine Blockhütte an einem See, in der Nacht ein Lagerfeuer machen, fischen, das wäre das Schönste, ja, hat es leider nicht gespielt.“

010_männlich_63

Einkommen, Finanzen, Vorsorge

Armut, als eines der Merkmalsausprägungen von Lebenslage, hat für die Betroffenen zwei Ausprägungen: Einerseits ist sie ein von der Gesellschaft verursachtes und daher auch ein allgemein toleriertes Problem, von dem man nicht unmittelbar berührt wird und andererseits wird dann, wenn Armut am Einzelnen sichtbar und erlebbar wird, wird dieselbe Armut abgelehnt.

Mit der Mindestsicherung, der Wohnbeihilfe und teilweise auch dem Pflegegeld ist ein Auskommen für das Notwendigste zum Überleben gesichert. Mittels Lebensmittelspenden der Wiener Tafel und anderen Organisationen, Gutscheinen und Kulturpass-Freikarten haben interessierte BewohnerInnen Ressourcen und Möglichkeiten, ihren Lebensunterhalt kostengünstig und flexibel zu gestalten.

Die Einkommenshöhe ist aufgrund der mehrheitlich bezogenen BMS sowohl in der Bezugshöhe als auch gendermäßig relativ gleich verteilt¹¹⁵, jedoch ist die Problematik eine andere. Mehrheitlich haben nur wenige der BewohnerInnen eine Übersicht über ihre zu tätigenden, laufenden Zahlungen. Aufgrund schlechter Erfahrungen stehen sie den Banken sehr misstrauisch gegenüber und auch umgekehrt, was die Abwicklung der Alltagsgeschäfte erschwert. So kommt es immer wieder zu problematischen finanziellen Situationen und Engpässen.

Eine wesentliche Erleichterung dahingehend ist die Vertretung in finanziellen Angelegenheiten durch eine/n SachwalterIn und das Vorhandensein von Lebensmittelressourcen. Mehrheitlich betonen die BewohnerInnen ihr finanzielles Auskommen und dass sie so, wie es derzeit ist, zufrieden sind. Probleme bereiten die Finanzierung größerer Anschaffungen wie Fernseher, eigene Möbel u.a.m., die meist in Form von Ratenzahlungen getätigt werden.

„Aber jetzt schaffe ich mir ein neues Bett an. Dieses hier ist so nieder, ich brauche ein höheres Bett. Jetzt habe ich so ungefähr 1.000,- Euro und da wollte ich eigentlich eine neue Couch, einen Couchtisch und einen Flachbildfernseher, aber ich habe das dumpfe Gefühl, dass das Bett wichtiger sein wird. Das Krankbett, das es da gibt, das hohe, das man mit einer Fernbedienung verstellen kann, das kostet € 1.200,-. Ich werde schauen, ob ich es in Raten zahlen kann. Jedes Monat einen Hunderter, der tut mir nicht weh, weil ganz will ich das Geld auch nicht opfern.“

009_weiblich_69

„Ich habe ein schönes Packerl bei meinem Sachwalter. Wenn ich was brauche, rufe ich ihn an und er fragt mich nur, für was ich es brauche und ich bekomme es.“

006_weiblich_74

¹¹⁵ Siehe Mindestsicherung unter Punkt: 2.4.4 mitsamt der Möglichkeit von Mietbeihilfe und Pflegegeld

Sparen ist kein großes Thema sondern eher die Ausnahme. Wenn gespart wird, dann ist es für die Kinder oder für Reisen, die man noch machen möchte.

„Sparen auf jeden Fall nicht, auf was soll ich denn sparen? Geldmäßig, auf was soll ich denn sparen? Mitnehmen können wir es ohnehin nicht, wenn man stirbt (7). Dann nützen die Millionen oder die paar Cent, die wir haben, (4) es nützt ja nichts.“

004_männlich_60

„Schauen Sie, von dort nehme ich das Kleingeld und da drinnen habe ich das große Geld. Nicht, dass Sie glauben, ich bin ein armer Mann. Sehen Sie, ich habe immer ein paar Hunderter, irgendwo habe ich immer Geld. Armut gibt es bei mir nicht. Keine Not im Tod.“

012_männlich_87

„Jetzt schauen wir, dass wir eine Wohnung bekommen, nicht? Wir schauen, dass wir die € 5.000,-- Schulden bei der Gemeinde Wien abbauen und die muss man erst einmal abzahlen, kleinweise, nicht? Und so ein hohes Einkommen habe ich nicht, Pension habe ich nur die Mindestrente mit Ausgleichzulage und jetzt halt kleinweise die Schulden abzahlen, nicht?“

003_männlich_63

Zusammenfassend darf hier angemerkt werden, dass HelferIn und/oder KümmerIn zu sein, anderen, ärmeren und schwächeren Menschen helfen zu wollen für viele der BewohnerInnen wichtig ist. Die Erfahrung, dass Anerkennung durch andere das eigene Selbstbewusstsein des/ der HilfspenderIn stärkt, haben sie jahrelang selbst erfahren (müssen). Nun, da sie sich nicht mehr als das gesellschaftspolitische Endglied einer Kette fühlen, ist die, in ihrem Sinne geleistete Hilfe gegenüber einem „Du“ ein kleiner Triumphzug des „Ichs“.

Gesellschaftliche Armut ist nicht gelebte Armut, Abgrenzung durch und von Hilfeleistung ist für die BewohnerInnen wichtig. Niemand will arm sein, aber am wenigsten Menschen, die sich nun, da sie in einer Wohnung leben, in einer anderen Rolle wiederfinden. Nicht der oder die Einzelne bekommt Spenden oder Hilfe und ist als Arme/r identifizierbar, sondern das Haus. Durch diese Gleichrangigkeit innerhalb des Hauses können Spenden als nicht diskriminierend angenommen werden. Da die Einkommensstruktur durch die BMS für alle BezieherInnen in etwa gleich hoch ist, sind Unterschiede nur im Bereich der Mietbeihilfe und des Pflegegeldes gegeben. BewohnerInnen von „SobeWO“ fühlen sich selbst mehrheitlich nicht arm. „Keine Not im Tod“ möge hier als Beispiel gelten (012_männlich_87). Auch hier wirkt anscheinend das Zufriedenheitsparadoxon nach.

Das Selbstbild der BewohnerInnen ist ein sehr differenziertes. In ihrer Differenziertheit eint sie mehrheitlich die angenommene Opferrolle, bedingt durch Selbstmitleid, Wankelmur und persönlicher Unzufriedenheit in früheren Jahren, die sie nun selbst als „Hemmschuh“ diagnostizieren und teilweise „schönreden“. Ihre teilweise selbst verschuldete Überforderung, Erwartungshaltungen Dritter und ein Ihnen zugeschriebenes Statusgehabe verhindern, ja schützen vor direkter Auseinandersetzung und Selbstreflexion. Mehrheitlich ist daher Abgrenzung als Selbstschutz ein Thema des Alltagslebens und der persönlichen Überlebensstrategie.

Ein sehr ausgeprägtes Merkmal ist persönlicher Stolz. Stolz sind die BewohnerInnen vor allem auf jene Leistungen der persönlichen Selbstüberwindung, die sie jahrelang gepflegt haben und die auf einen zeitlich bedingten Status hinweist. Gendermäßig ausgeglichen berichten sowohl Frauen als auch Männer mit Stolz, dass sie ihre Rauch- und/oder Trinksucht besiegt hätten. Auch sind sie stolz auf ihre Kinder, obwohl sie sie kaum kennen und mehrheitlich wenig bis keinen Kontakt zu ihnen pflegen. Einige Männer berichten auch stolz davon, „dass sie immer schöne Frauen“ und /oder auch „schnelle Autos“ gehabt hätten.

Der durch andere zuerkannte Status ist wichtig für die Selbstidentifikation. Ob dieser zugeschriebene Status und die durchlebte Sozialisierung unter schwierigsten Lebensverhältnissen sich hier in der Wortwahl spiegeln, ist nicht Teil der Untersuchung, aber Alltag und gelebtes Ritual in eher männlich dominierten Einrichtungen. „Ich bin ja kein Weicher“, der „Starke“ und „kein Schwacher sein wollen“, „mich kennen alle“ und „alle wollen was von mir“ sind mehrheitlich eher rituelle Redewendungen.

Menschen, die im Sozial betreuten Wohnhaus wohnen, haben Träume und Wünsche, die in ihrem bisherigen Leben keinen Platz hatten und nun umgesetzt werden wollen. Eine Reise zum Meer, weil man das Meer noch nie gesehen hat oder einmal mit dem Flugzeug fliegen wurde sowohl von Frauen als auch von Männern verbalisiert.

Die Sehnsucht nach Partnerschaft wird in dieser Arbeit nur bei Männern laut, die mit dieser Sehnsucht auch eine Veränderung ihres bisherigen Lebens erhoffen. Die „Frau als Rettungsanker, die mit ihren Ressourcen womöglich auch sein Leben hin zu einem besseren Leben verändern könnte“ (024_männlich_67).

Sehnsucht und Hoffnung dienen als Überlebensstrategie für fehlende Gesundheit, fehlende Familie, fehlende/r Freunde/ Freundeskreis und vor allem für fehlende Zukunftsperspektiven.

7.3.3.6 Alter

Älter werden, Behinderung, Probleme und Ängste, Abhängigkeit, Pflegeheim

Die Menschen nehmen ihr „älter werden“ zwar wahr, sind aber mehrheitlich nicht bereit, es anzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen. Auffallend ist auch hier wieder die Trennung zwischen dem „Ich“ und dem „Anderen“. Auf die Frage nach einem möglichen Umzug in ein Altersheim wird sehr allgemein und positiv geantwortet, „dass dies sicherlich gut und notwendig für die Anderen, die Armen und die Schwachen sei“, aber für sie selbst, zumindest zum jetzigen Zeitpunkt, nicht in Frage komme.

„Dass ich dort nicht hinkommen will, wo die hinkommen, in ein Altersheim, nicht, weil da ist auch eine Pflege, denen geht es ja noch schlechter als mir, in einem Altersheim. Wie gesagt, die können sich nicht bewegen, sind bettlägrig, können überhaupt nichts machen, das ist nicht schön. Aber da, wenn man älter wird, muss man was machen, nicht? Wie ge-

sagt, da muss man was machen. Aber es gibt ein Altersheim (6), das ist klar, denn wo sollen denn die armen Menschen hin, nicht? Aber wie gesagt, ich möchte nicht hin, in ein Altersheim möchte ich nicht, nicht?“

004_männlich_60

„Niederlegen und nicht mehr aufstehen, ja, das wünsche ich mir. Nicht so, wie manche im Altersheim, wo ich war und die da 5 oder 6 Jahre liegen. Na, ja, da kann man sich ja gleich umbringen, soll ich mich aufhängen oder was? Da habe ich schon Angst, vor dem Sterben habe ich eine Zeitlang Angst gehabt. Aber jetzt, geh` bitte, nein. Früher habe ich mich schon vor dem Sterben gefürchtet, aber heute?“

008_weiblich_62

Es gibt nicht viele BewohnerInnen, die das eigene Alter und die eigene Endlichkeit gut annehmen können. Wer alt wird, wird unweigerlich krank und oft auch vergesslich und sie stellen fest, dass „alt werden nicht schön“ ist. „Alter bedeutet Falten wie ein Rollbalken“ sagt eine Frau (009_weiblich_69). Mehrheitlich beobachten sie das Altern an anderen MitbewohnerInnen, registrieren aber das eigene Altern nicht und/oder verdrängen es. Nur wenige InterviewpartnerInnen vertreten die Meinung, „dass altern auch schön sein kann und man nun im Alter die Zeit hat, mit sich selbst ins Reine zu kommen“ (006_weiblich_74).

„Der ist da gesessen in seinem Rollstuhl und rundherum lauter junge Schwestern, der hat gestrahlt wie ein frisch lackiertes Hutschpferd, dem ist es da wirklich gut gegangen und er ist dann dort auch verstorben. Dem ist es wirklich gut gegangen, aber das sind Ausnahmefälle.“

009_weiblich_69

„Mir gefällt es da und ich weiß, dass ich gerne da bin. Ich meine, wenn ich schwer gelähmt oder behindert wäre, Demenzkrank oder sonst irgendetwas, müsste ich weg und ich komme in ein Heim oder in ein Pflegeheim, da könnte ich nicht mehr zurückkommen. Wenn ich einmal hinausgekommen bin, darf ich nicht mehr zurückkommen.“

005_weiblich_71

„Pflegeheim gut und schön, aber für mich wäre das nichts. Wenn ich geistig vielleicht nicht mehr da wäre und ich nichts mehr mitbekomme, dann ja. Aber wenn ich mitbekomme, dass sie mich waschen müssen oder was machen, das kann ich mir nicht vorstellen.“

006_weiblich_74

Mehrheitlich tendieren der BewohnerInnen dazu, die Entscheidung ob und wann sie in ein Pflegeheim gehen wollen, nicht proaktiv für sich selbst zu entscheiden, sondern an andere, das Personal, zu delegieren und riskieren damit, dass über sie fremdbestimmt entschieden wird. Das ist allerdings genau konträr zu den von ihnen geäußerten Wünschen nach einem selbstbestimmten Leben.

„Ich denke so, wenn die Zeit kommt, muss sowieso eine Entscheidung getroffen werden. Brauche ich gar nicht lange zu überlegen. Über so etwas beschäftige ich mich nicht, über das eigene, das ist meine Meinung. Ändern kann man es nicht, wenn die Zeit kommt.“

007_weiblich_77

Mobilität

Die immer geringer werdende Mobilität bereitet Sorge. Vor allem Menschen, die im Rollstuhl sitzen oder mit dem Rollator unterwegs sind, fühlen sich ausgeschlossen und iso-

liert, da sie bei Ausflügen oft nicht mit dem Tempo mithalten können. So berichtet eine Frau, dass sie allein nicht nach Hause gefunden habe, weil sie verloren wurde. Die Angst vor der Abhängigkeit durch das Betreuungspersonal, das nicht Mitkönnen, wenn die Anderen das Tempo vorgeben, macht Kopfzerbrechen und isoliert. Aussprüche wie: „Mit dem Rolli tanzen, ist nicht gut, aus, vorbei“ oder aber auch „Ich will auf keinen anstehen“ sind Ausdruck von Abgrenzung, Ausgrenzung und Angst ob sozialer Isolation.

„Vor dem habe ich Angst, denn die Schwester (Betreuungspersonal) hat nicht immer Zeit und ich kann ohne Wagerl nicht so gehen, so, ich kann nicht frei herumgehen, da falle ich um. Ein Stadtbummel oder es braucht nur eine Erhöhung am Boden sein, da falle ich gleich. Früher haben wir immer so kleine Ausflüge gemacht, aber das war mir zu mühsam, weil die sind alle davongerannt und ich bin hinten gewesen und da finde ich nicht mehr nach Hause, wenn sie alle verschwunden sind. Überall, auch vom Schönbrunner Tiergarten musste ich schauen, dass ich wieder nach Hause kam, weil die mir alle davongerannt sind.“

005_weiblich_71

Das Thema Mobilität kennt zwar unterschiedliche Zugänge und Ausprägungen, wird aber hauptsächlich als ein mit Einschränkungen verbundenes und mit Risiko besetztes, verstanden. So schildern konkret drei BewohnerInnen die Unmöglichkeit auf Urlaub zu fahren, da sie niemanden haben, der ihnen helfen könnte:

„...versuche ich jetzt, dass ich zumindest solange ich noch lebe, einmal im Jahr auf Urlaub fahre. Ich muss aber schauen, dass ich irgendjemanden finde, der mit mir mitfährt, aus Sicherheitsgründen. Allein schon vom Gepäck tragen, das kann ich wahrscheinlich nicht, weil mit den Krücken kann ich zwar kurzfristig gehen, aber so, dass ich zwischendurch immer wieder rasten muss. Aber Krücken und Gepäck geht nicht. Darum muss ich schauen, dass ich jemand finde, der mit mir fährt, ich zahle das auch, der hat keine Unkosten, der braucht sich nicht einmal ein Päckchen Zigaretten kaufen oder irgendetwas. Da muss ich schauen, ob ich jemanden finde.“

013_männlich:64

„Früher, vor ein paar Jahren, bin ich mit einer Bekannten auch Tanzen gegangen. Ja, jetzt kann ich mit dem „Rolli“ tanzen, so rundum. Jetzt ist es aus, es war einmal.“

014_männlich_78

Sterben, Angst vor Tod

Nicht das Sterben am Ende eines Lebensweges wird gefürchtet, sondern eher der Prozess, das mehr oder minder lange Abschiedsprozedere des Leidens, des Verfalles und der körperlichen Schwäche. Der Hoffnung bis zum Lebensende im Haus und in der eigenen Wohnung verbringen zu dürfen und zu können ist jedoch in den einzelnen Sozial betreuten Wohnhäusern unterschiedlich geregelt.

„Das sind ganz, ganz wenige. Das sind, seitdem ich da bin, sind das 2 Fälle gewesen, weil sonst werden eigentlich alle bis zum Ende da betreut. Ich fürchte mich vor dem Sterben, das ist wahr. Ich fürchte mich vor dem, ich meine vor dem Sterben alleine nicht, sondern vor dem, dass ich keine Luft mehr bekomme.“

005_weiblich_71

„Sie können mir glauben, oft habe ich mir schon gewünscht, heute oder morgen die Augen zu machen zu können. Nichts wäre mir lieber als nichts mitzubekommen, das wäre am Schönsten.“

010_männlich_63

„Aber wenn ich einmal am Boden liege und ich kann nicht aufstehen, da kommen die Tränen herunter. Ich werde einmal unten liegen. Wenn es schnell geht, das ist das Beste, wenn es schnell geht, wenn ich schnell weg bin.“

017_männlich_67

Einige BewohnerInnen sehen den Tod eher als „Erlöser“, mit dem man nach einer letzten, mit Genuss gerauchten Zigarette mitgeht, ohne sich umzudrehen.

„Darum sage ich ja, wenn der „Quiqui“ kommt und mir auf die Schulter klopft und sagt: „Komm gehen wir“ sage ich: „Warte, lass` mich nur eine Zigarette rauchen und dann gehe ich mit“. Vor dem Sterben habe ich keine Angst, das gehört zum Leben.“

013_männlich_64

Schmerzfrei zu sterben ist ein Wunsch, der alle BewohnerInnen eint. Während Frauen auch das Thema Hospiz als Alternative erwähnen, ist es bei Männern eher der Suizid. Hier sind es vor allem der Kontrollverlust über sich selbst und die Aussichtslosigkeit und Sinnlosigkeit des Leidens, die sie diesen Schritt in Erwägung ziehen lässt.

„Ich habe auch hier schon immer laut und deutlich gesagt, dass ich nicht gefragt worden bin, ob ich auf die Welt kommen will, das haben andere für mich entschieden, aber wann ich gehen will, das möchte ich selber entscheiden. Wenn ich körperlich in der Lage bin, dann nehme ich mir das Recht heraus, mein Leben zu beenden, wenn es für mich nicht mehr lebenswert ist.“

009_weiblich_69

„Da mache ich Selbstmord. Also, wenn es bei mir einmal so weit ist und die Kraft habe ich, dass ich zum Fenster komme, die Kraft habe ich. Also, wenn ich nicht mehr durch das Alter kann, würde ich mir das Leben nehmen. Also, leiden würde ich nicht oder dass mich jemand pflegen muss, nein. Ich sage es Ihnen wie es ist und ich mache es.“

012_männlich_87

„Vor dem Sterben habe ich keine Angst. Was mir taugt ist, dass der Reiche genauso sterben muss, wie der Arme, weil er sich das Leben nicht kaufen kann. Das ist das einzige Gerechte, das ist das einzige Gerechte.“

025_männlich_58

Auffallend ist die Häufigkeit der Verschreibung des Leichnams an die Anatomie. Mögen die Gründe dafür in den Kosten der Grabpflege für die Nachwelt begründet sein, so ist es doch bemerkenswert, dass sich diese historisch traditionelle Form von Verschreibungen in dieser Zielgruppe erhalten hat.

„Im Haus sind mir-außer mir-noch 3 Leute bekannt, die sich der Anatomie verschrieben haben.“

012_männlich_87

Zukauf von Sozialen Dienstleistungen

Der Zukauf von sozialen Dienstleistungen wird sehr differenziert gesehen. Während Frauen mit der Annahme von Unterstützungsleistungen durch Heimhilfe und Reinigungsdienste kein Problem haben, bestehen einige Männer darauf, ihren Haushalt selbst und eigenverantwortlich zu führen. Sie bitten die Heimhilfe eher nur um Erledigung von Gefälligkeiten außer Haus, wie einkaufen zu gehen, Bankwege und anderes mehr zu erledigen, während sie selbst die Arbeiten in der Wohnung verrichten. Auch hier gibt es Abgrenzungstendenzen.

„Die Leute da herinnen, das ist etwas anderes, das sind fremde Leute für mich, die haben sich für das engagiert, die müssen das machen. Ich habe Heimhilfen, aber gewisse Dinge mache ich mir trotzdem selber. Ok, das Geschirr oder was, das kann stehen. Aber ich würde nie von einer Heimhilfe verlangen, dass sie mein Bett überziehen soll. Ich brauche nichts. Ich bin ein Mensch, ich mache mir alles selber und wenn ich auf allen Vieren herumrutsche, weil, wie gesagt, den Leuten im Haus ist es wurscht, Hauptsache, sie haben eine Bierdose oder eine Flasche in der Hand und „schießen auf das Daheim“, das sie hier haben. Ich bin halt ein anderer Mensch.“

013_männlich_64

„Ich kann mir das nicht vorstellen, ehrlich gesagt, dass ich mir selber nichts mehr kochen kann und wenn es nur eine Suppe ist. Sollte es aber so sein, dass ich vielleicht einen Rollator brauche, nun gut, dann kann ich mich auf den Rollator setzen und selber was machen, ja? Aber ich kann mir, ehrlich gesagt nicht vorstellen, dass Jemand kommen muss und mir das Frühstück machen oder das Mittagessen wärmen, also, das wäre für mich das Ärgste. Eigener Herd ist Goldes wert.“

006_weiblich_74

Schönheit und Körperlichkeit

Schönheit und Körperlichkeit als Synonym für Jugend, Attraktivität und Gesundheit wird von den BewohnerInnen des SobeWO als eine Phase ihres Lebens gesehen, an die sie gerne zurückdenken.

„Und was schön ist, ist die Jugend, das ist immer schön. Kinder sind immer schön für mich. Das ist Schönheit. Ein älterer Mensch, der mit sich selbst zufrieden ist, ist für mich auch schön.“

006_weiblich_74

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die BewohnerInnen selbst sagen, dass Alter und alt werden für sie mehrheitlich kein Problem darstellt, jedoch bedauern einige, dass sie nun für Neues, für lange Reisen per Flugzeug und/oder für neue Beziehungen zu alt sind.

Wichtig ist den BewohnerInnen, dass sie auf niemanden anstehen und nicht abhängig sein wollen. „Auf keinen anstehen, mobil und unabhängig bleiben wollen“ sind die Vorstellungen des eigenen „alt Werdens“. Dazu kommt, dass sie zwar das alt werden an anderen bemerken, nicht aber an sich selbst, denn „alt werden nur die anderen“.

Hinsichtlich der Mobilität im Alter haben die BewohnerInnen Angst, „vor dem nicht mehr mitkönnen, dem Zurückbleiben, dem Zurückgelassen werden“. Sie fürchten diese Hilflosigkeit und das Gefühl des „Ausgeliefertseins“ und des „Allein gelassen Werdens“ an einem fremdem Ort.

In ihrem Bestreben nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit überrascht doch, dass sie mehrheitlich die Entscheidung, ob und wann sie in ein Altersheim gehen, anderen, hauptsächlich dem Personal überlassen. Entgegen ihren eigenen, ursprünglichen Aussagen, dass Altersheime zwar für die Armen, Alten, Kranken und Schwachen gut seien, jedenfalls für die Anderen aber nicht für sie selbst, scheint hier Resignation im Spiel zu sein.

Ein weiteres, wichtiges Thema bezüglich des Altwerdens und des Altseins sind das Sterben und der Tod. Die Erkenntnis der Endlichkeit des Seins begünstigt eine Auseinandersetzung mit dem Thema und lässt zwei unterschiedliche Zugänge erkennen: den einen, eher männlich vertretenen Ansatz, „dass der Tod ein Kumpel sei, mit dem man mitgeht“ oder den eher von Frauen vertretenen, „dass man schmerzfrei sterben oder einfach einschlafen möge“. Bezugnehmend auf das Thema der Endlichkeit wird auch offen über den Suizid als Lösungsansatz gesprochen „denn Recht auf Leben heißt für einige auch Recht auf Tod“.

7.3.3.7 Nicht zugeordnete Gesellschaftsthemen

Gesellschaft, Politik, Migration, beeindruckende Persönlichkeit, Religion

Gesellschaft und Politik sind als Player die wichtigsten Gestalter der Lebensbedingungen für Menschen. Umso mehr gilt das für Menschen, die von der Ideologie des gesellschaftspolitischen Sozialsystems abhängig sind. Wenn eine Gesellschaft mithilfe der Politik ihre Regeln an neu entstandene Verhältnisse anpasst, fühlen sich jene, die aufgrund unterschiedlicher, individueller Ressourcen nicht so schnell in der Lage sind, sich anzupassen, ausgegrenzt und als Verlierer. Somit ist es nicht verwunderlich, dass von diesem gesellschaftspolitischen Gestaltungsfreiraum abhängige Menschen versuchen, sich rechtzeitig zu orientieren und auch ihre meist kritische Meinung kundzutun. Hinsichtlich der derzeit gesellschaftspolitischen Entwicklung herrscht Frust und Enttäuschung vor, Menschen fühlen sich unverstanden und mit ihren Problemen allein gelassen.

„Benachteiligt fühle ich mich immer, mein ganzes Leben lang. Nicht benachteiligt aber sagen wir so: missbraucht gefühlt von den Politikern, weil das, was sie aufführen, vom Vranitzky weg bis heute, der Mock und der Van der Bellen usw. Wenn einer hingehet, wenn ein Ausländer hingehet, der bekommt alles und ein Österreicher bekommt einen Tritt. Mir ist es so ergangen im 21. Bezirk, weil ich da eine Gemeindefwohnung gehabt habe, die ich tauschen wollte, weil da immer so viel Lärm war und so viel gestritten wurde und sie haben gesagt, dass ich ausziehen sollte, wenn mir etwas nicht passt. Ist das eine Gerechtigkeit? Ich wüsste, wo die hingehören, wenn es nach mir ginge. Es ist ohnehin klar, brauchst ja nur die Namen zu lesen, die kannst nicht einmal lesen als Österreicher.“

025_männlich_58

„Die Probleme sind heute auf der ganzen Welt, wir sind leider überbevölkert. Man soll ja nichts sagen, aber wenn Sie da über den Platz zum Einkaufen gehen, sind von 10 Leuten 8 keine Österreicher mehr.“

012_männlich_87

Politik

Aufgrund des Alters der InterviewpartnerInnen sind ihre Erinnerungen an die Politik meist an die der Nachkriegsjahre oder die Zeit der wirtschaftlichen Prosperität der 1970iger Jahre gebunden. Mehrmals werden BK Dipl. Ing. Leopold Figl und BK Dipl. Ing. Julius Raab und BK Dr. Bruno Kreisky als jene Politiker erwähnt, die auf die Bevölke-

rung verbindende und nicht trennende Wirkung hatten. Vergleiche zum Verhalten heutiger Politiker mit eher spaltender Tendenz werden gezogen.

„Alle beide haben gesoffen, das waren der Figl und der Raab, einer war der Rote und der andere der Schwarze. Gestritten haben sie im Parlament, aber wenn sie zum Heurigen gegangen sind, dann waren die zwei wieder die besten Freunde. Wenn die jetzt auferstehen würden, wären 99% der Minister arbeitslos. Die könnten dann hinunter in die Gruft essen gehen. Wenn die auferstehen würden, die würden das Parlament ausräumen und innerhalb von 5 Minuten wäre das Parlament leer. Wir haben ja keine Politiker.“

017_männlich_67

Bewunderung und große Empathie empfinden die Menschen dieser Generation aber vor allem für BK Dr. Bruno Kreisky. Die 1970iger Jahre waren prägend für diese Generation, waren sie doch Zeitzeugen einer sich verändernden Welt, mit der sie selbst ein Stück des Weges gegangen sind.

„Also, einen 100% Eindruck hat er nicht gemacht, aber er hat einen guten Eindruck gemacht. Das war der Kreisky. Er hat schon etwas gemacht. Kreisky hat viele Veränderungen gemacht. Vergessen Sie nicht die Urlaube, die Pensionen, was heute ist, war der Kreisky.“

012_männlich_87

„Also, der Kreisky hat mir gefallen, aber das ist schon wieder so lange her, weil er alles umgekrempelt hat. Und jetzt gefällt mir der Junge, der von der ÖVP, der Kurz, der imponiert mir. Aber sonst niemand, nicht einmal der Faymann, obwohl ich ein Roter bin.“

014_männlich78

Die heutige Politik hingegen wird sehr kritisch gesehen. Mehrheitlich fühlen sich die InterviewpartnerInnen von der Politik unbeachtet und nicht verstanden, sie fühlen sich in einer auseinander strebenden Politik als „Loser“ und ohne Hoffnung allein gelassen. Daher suchen sie Orientierung und Unterstützung, um den „Feind“, der das alles verursacht hat, der ihre bisherige, organisierte und überschauliche Welt verändert hat, ausfindig zu machen und zu bekämpfen.

„Seit wir den Euro haben ist das ganz A. Damit haben wir uns ohnehin einen Bock geschossen, dass wir zur EU gegangen sind, das habe ich ihnen ohnehin gesagt: Da habe ich schon mit vielen Leuten diskutiert und ihnen gesagt: „Na, jetzt habt ihr den Scheiß bei einander“. Zuerst sind sie ganz deppert und haben die EU gewählt und jetzt sagen sie, dass sie die EU nicht gewählt haben. Hättet ihr sie nicht gewählt, wären wir nicht dabei. Ich habe gesagt, wenn das die alten Politiker wüssten, die würden sich im Grab umdrehen, was die aufführen. Darum bin ich mein ganzes Leben noch nie wählen gegangen. Den Einzigen, den ich wählen würde, bin ich selber, weil da weiß ich wenigstens, wie ich dran bin.“

019_männlich_64

„Der neue Gesundheitsminister da im Parlament will das Rauchen in der Gastronomie komplett abschaffen. Ja, was wird denn dann als nächstes abgeschafft? Alkoholverbot? Tanzverbot? Sexverbot? Knutschverbot im Park?“

012_männlich_87

Religion

Religion ist für die Menschen, die im Sozial betreuten Wohnhaus wohnen hinsichtlich ihrer Ordnungsfunktion und ihrer Rituale, aber meist nicht aus religiösen Gründen wichtig. Sinnstiftende Gedankenlehre und als notwendigen Diskussionsansatz wichtig, weil

durch sie lebenslaufbedingte Prozesse in Gang kommen, die auch durch natürliche Lebensereignisse ausgelöst werden können, nennt eine Bewohnerin (009_weiblich_69) ihre Beziehung zur Religion. Seien es die jahreszeitlichen christlichen Festtage oder auch natürliche Bedingtheiten wie Geburt und Tod, das Thema Religion emotionalisiert.

„Ich bete immer sehr viel, meine Mutter Gottes habe ich da, meine zwei. Eine habe ich von unserem Haus bekommen und die andere habe ich von meinem Mann bekommen, die leuchtet, wenn es am Abend finster ist. Wenn ich das Lichtabdrehe, wenn es finster ist, leuchtet sie, die mit dem blauen Band. Nur mehr das Beten habe ich noch, das Einzige, was ich noch kann. Aber sonst habe ich nichts mehr.“

005_weiblich_71

„Ich bin gläubig, ich bin Katholikin. Ich renne zwar nicht jeden Sonntag in die Kirche, aber ich glaube an Gott. Das ist für mich eigentlich ziemlich wichtig, mein Glauben, ja und an dem halte ich mich fest, denn nichts kommt ohne Grund.“

021_weiblich_51

Gewalt, Kriminalität

BewohnerInnen von SobeWO haben mehrheitlich Erfahrungen mit passiver und auch aktiver Gewalt und Kriminalität. Meist durchleben sie bereits in ihrer Kindheit erste, prägende Gewalterfahrungen. So werden immer wieder Streitigkeiten mit Gewaltdelikten mit und zwischen dem Vater und den Geschwistern erwähnt. Über Auseinandersetzungen mit tödlichem Ausgang und/oder anderen strafbaren Delikten wird zum Teil mit Stolz und offen gesprochen, da der Umgang damit Teil der persönlichen Geschichte von Menschen in ihrem Alltag ist.

„Ich habe einen Streit mit dem Vater gehabt und dann bin ich von Wien weggegangen. Dann bin ich von der Polizei gesucht worden.“

003_männlich_63

„Der Zuhälter ist dann mit einem Leibwächter herausgekommen und der hat gesagt, dass ich ihm einen „blasen“ kann. Und wie er das gesagt hat, habe ich ihm schon eine Ohrfeige hinuntergehaut, also, dann hat sein Leibwächter nach dem Revolver gegriffen, der hat ihn auch mitgehaut und ich habe ihn schon abgeschossen. Da habe ich 80 Monate wegen Übertretung der Notwehr bekommen und 40 bin ich abgesessen.“

012_männlich_87

„Na, dann habe ich halt dann angefangen ein bisschen zum Herumlügen und zum „Dings“ und da und dort einmal einen Blödsinn zu machen, so dass sie schon in der Schule gesagt haben, dass aus mir nie etwas wird. Dann habe ich einmal „zapp-zarapp“ gemacht, ich habe die Kassa ausgeräumt und bin „bali“ gegangen und da haben sie mich irgendwo in Niederösterreich gefunden, weil sie mich gesucht haben. Dann „Dings“ bin ich nicht in die Schule, Berufsschule gegangen, sondern habe mich herumgetrieben, na ja, und dann habe ich mich auch einmal versteckt im Prater und lauter so Blödheiten.“

024_männlich_67

„Ich bin dann bei der Heilsarmee eingezogen, schön und gut und dann habe ich einen Blödsinn gemacht. Da ich nicht das Geld für ein Begräbnis hatte, habe ich bei einer Bekannten was gearbeitet und habe „was mitgehen lassen“. Nachdem ich das Begräbnis bezahlt habe, bin ich zur Polizei gegangen und habe Selbstanzeige gemacht.“

006_weiblich_74

Zusammenfassend darf hier über diesen thematisch breit gespannten Rahmen gesagt werden, dass die BewohnerInnen vielfach Erfahrung mit Gewalt, Kriminalität und auch institutionellen Einrichtungen wie die des Gefängnisses haben. Über die eigenen Gewalt-

und Kriminaldelikte wird kaum gesprochen und wenn, dann ist immer wieder eine Art Begründung und Verteidigungsstrategie dabei. Fast übereinstimmend sagen alle BewohnerInnen, die Strafen verbüßen mussten, dass die Zeit im Gefängnis auch durchaus positive Seiten habe und dass sich kooperatives Verhalten im Gefängnis lohnt.

Hinsichtlich von Gesellschaft und Politik fühlen sich die BewohnerInnen mehrheitlich von dieser im Stich gelassen. Sie sind meist „Kinder der 70iger Jahre“ und verherrlichen diese Zeit der damals neu gewonnenen Freiheiten. Als prägende Persönlichkeit wird vor allem Dr. Bruno Kreisky gesehen. Als für Österreich und seine Nachkriegspolitik wichtig werden Dr. Leopold Figl und Dr. Julius Raab gesehen. Heute agierende Politiker werden nur einmal positiv erwähnt. Allgemein gesprochen darf gesagt werden, dass die BewohnerInnen den derzeit agierenden Politikern sehr negativ und eher aggressiv gegenüberstehen, weil sie sich nicht ernst genommen und nicht verstanden und vor allem nicht von dieser vertreten fühlen. Hinsichtlich der heutigen Gesellschaftspolitik werden die EU im Allgemeinen und die MigrantInnen-Politik der EU, sowie vor allem die AsylwerberInnen im Besonderen als Schuldige für die derzeitige gesellschaftliche Entwicklung angesehen. Sie selbst fühlen sich politisch unverstanden und als „Looser“ einer Politik, die ihre Interessen nicht mehr vertritt.

7.4 Verdichtungsprotokolle

Um die Lebenslage und die Lebensrealität der BewohnerInnen von „SobeWO“ mit all ihren Problematiken in ihrer Gesamtheit aufzeigen zu können, wurden von den ursprünglich 25 transkribierten Interviews 4 Interviews¹¹⁶ ausgewählt, die man ganz allgemein als „typisch“ für BewohnerInnen von „SobeWO“ bezeichnen könnte, wobei ich darauf hinweisen möchte, dass damit nicht die soziologische Definition von Typologie oder bereits Typenbildungen¹¹⁷ gemeint sind.

Vier VertreterInnen von typischen Charakteren sollen im Folgenden näher dargestellt werden.

7.4.1 Fallbeispiel 1 (001_weiblich_68)

Typ: Die schwächelnd Spielende, dominant agierende „Eini-RaunzerIn“

Lebensgeschichte: Es handelt sich um eine kleine zierliche Frau, die unentwegt, oft auch nicht zusammenhängend, spricht. Sie hat Verkäuferin in einem Geschirrgeschäft

¹¹⁶ Jeweils 2 Frauen und 2 Männer im Sinne eines Genderausgleiches.

¹¹⁷ Hiermit meine ich die Typenbildung als Klassifikation des Materials.

gelernt, hat anschließend geheiratet und vier Buben das Leben geschenkt. Ihr Mann starb sehr früh, sodass sie diese allein großziehen musste. Sie spricht von einer harten und schwierigen Zeit, die von Verlusten (Vater, Mann, Mutter, Sohn) geprägt war und trotzdem seien sie und die Kinder glücklich gewesen. Sie hat nebenbei am Sonntag Zeitungen für den Morawa-Verlag ausgetragen und damit ein Zubrot verdient. Mit ihren Kindern, die sie anscheinend schon immer sehr stark kontrolliert hat, hatte sie so lange ein gutes Verhältnis, bis diese ihre Frauen kennenlernt haben. Ein Sohn starb aus ungeklärten Gründen, wofür sie ihre Schwiegertochter verantwortlich macht. Ein anderer Sohn ist körperlich behindert und besucht eine Abendschule. Ein weiterer Sohn lebt in Scheidung. Der jüngste Sohn kümmert sich vermehrt um seine Mutter. Sie hatte 2008 einen physischen und psychischen Kollaps und war, bevor sie ins „SobeWO“ einzog, im Pavillon 14 des (damaligen) Krankenhauses Lainz¹¹⁸. Ihr Leben sieht sie einerseits als ein erfülltes und gleichzeitig ein von Verlusten geprägtes.

Beziehung zur Ursprungsfamilie: Sie spricht von einer schönen Kindheit in einem wunderbaren Elternhaus, wo immer alle füreinander da waren, wo es sehr schön war und dass sie froh ist, diese Werte auch an ihre Kinder weitergegeben zu haben. Sie hat immer bei ihren Eltern gewohnt, auch, als sie schon verheiratet war. Ihr Vater und ihr Ehemann seien leider früh verstorben. Sie hat Verkäuferin gelernt und war nur kurze Zeit berufstätig.

„Ich bin in einer Familie aufgewachsen, wo ich der Mittelpunkt war, ja, weil (.) zwei große Söhne und Du bist die Jüngste. Das war eigentlich (.) doppelt Papa, die Mutti sowieso und wir sind eigentlich immer eine Familie gewesen, die das Miteinander und das war und habe ich mit meinen Kindern und mit meinem Mann eigentlich auch erlebt, ja.“

Beziehung zur eigenen Familie: Sie berichtet von einem körperlichen Zusammenbruch nach dem Tod eines Sohnes und den Problemen mit der Schwiegertochter, der sie auch die Schuld am Tod ihres Sohnes gibt

„also so, wie es mir mit meinem Buben passiert ist war schlimm, denn der war bei der Freundin, wie er verstorben ist (.). Wir haben fast 1 Jahr keinen Kontakt gehabt also das war schon schlimm. Wir haben nicht gewusst wie geht es ihm, was ist los, oder was? Und (.) wenn Du nicht vorbereitet bist, ja, also, machst Du Dir alle möglichen Sorgen: Warum war ich nicht da, wieso hat mich keiner verständigt oder was?“

„Ja, was macht der, nicht“? Ja, das war dann halt das Jahr, das war das Schlimmste, nicht (1) weil man es eigentlich von Niemandem gehört hat. Auf Andere kann ich nicht hören, weil die, ja, sie sehen es (.)und aber Du weißt nicht, was in der Wohnung passiert ist. Du kannst nicht nachdrücken, weil nichts da ist, nicht?“

Schulischer und beruflicher Werdegang: Sie hat die Volks- und die Hauptschule gemacht und anschließend eine Lehre als Verkäuferin.

„und ja Kindergärtnerin wollte ich werden, aber die habe dann sowieso zu Hause gehabt, also ist mir auch nichts abgegangen (2) und na, ja, ich habe als Kind schon gerne, also ge-“

¹¹⁸ Das Krankenhaus Lainz wurde nach dem Pflegeskandal in: Krankenhaus am Wienerwald umbenannt . und heißt seit dem Jahr 2000: Krankenhaus Hietzing.

strichen oder handwerkliche Sachen, ja ich hätte gerne einen Beruf gehabt, den die Männer haben, ja,(.) also das wäre schon interessant, damals war das noch nicht.“

Grund des Wohnungsverlustes: Durch den langen Spitalsaufenthalt in Lainz hat sie die Wohnung verloren und kam von dort ins „SobeWO“.

„Inzwischen sind es über 4 Jahre geworden, seit ich hier bin, wo ich eigentlich am Anfang mir gedacht habe: "Na ja, startest einmal durch, schaust was Du noch fähig bist und (.) wollte eigentlich zu meinen Kindern", weil der eine ist in der Lugner daheim, der andere ist in Kagran daheim und der andere im Dritten, also (.) ich hätte Chancen gehabt also irgendwas zu inszenieren.“

Derzeitige Wohnsituation: Sie fühlt sich mittlerweile im Haus sehr wohl und ist immer „mit von der Partie“.

„Na und so durftest leider von vorne wieder anfangen was Du eigentlich ich mein, na ja, ich will nicht sagen schwer, aber es war eigentlich wieder ein Neubeginn“.
„Also, es ist richtig lieb, ja? Und, na, ja, ich habe es nicht bereut und es ist eigentlich für mich immer wieder ein Ansporn, ja. Was ich ah (.) eigentlich da (.) meine Ruhe habe, kann ich einem anderen übertragen.“

Soziale Beziehungen/Netzwerk im und außer Haus: Sie hat eine Freundin im Haus, die sie schon im Lainzer Krankenhaus kennengelernt hat. Sie ist bemüht, immer alles genau zu wissen, hat aber - aufgrund ihrer „Eine-Raunzerei“¹¹⁹ - oft Schwierigkeiten mit MitbewohnerInnen.

„Na, und da sind auch recht liebe Leute, also kein Problem nicht, also wenn ich kann dann und der andere nicht, dann bin ich da, gel, also, man hilft sich gegenseitig. Das Team ist lieb, V. und alle, also. Man kann zu jeder Zeit kommen, wenn man was braucht, der Chef genauso, wie die anderen, also wie eine große Familie, na? (.)“.
„Also, na und von der Kirche aus, weil wir da ohnehin in der Caritasgemeinde sind, also, haben wir eigentlich in Meidling drüben, ja, den Pater T.¹²⁰, also, der kommt uns regelmäßig besuchen 1x im Monat, brauchen Sie was? Bei der Leichentour hat er mir geholfen, also habe ich mir das erspart, dass ich einem Fremden geben muss.“

Finanzielles und Ressourcen: Sprachlich auffallend ist hier, dass sie immer wieder in das kollektive „wir“ verfällt, wenn es um Teilhabe, Anteil an etwas haben oder auch Forderungen geht.

„und jetzt habe ich gesagt: "Jetzt sei nicht so dumm, wenn Du mit dem Freund zusammenwohnst, dann verlang auch das Zinsgeld, das er ihnen bis dato alleweil geschenkt hat". Jetzt hat er also eingereicht, sage ich, weil Dir stehen zumindest 150 - 160 Euro zu, weil Du lebst dort ja auch nicht gratis. Ja, das wusste ich nicht, sage ich: Ja, wir haben so viel nicht gewusst und wir haben so viel verschenkt, was sich andere holen und die es eigentlich nicht verdienen, nicht?“

Gesundheit/Krankheit: Fühlt sich schwach und muss viel Eiweiß essen.

„ja, würde ich eigentlich sagen, dass es eigentlich gar nicht so erschreckend, es war eigentlich nur damals (2) dass (.) dass ich (.) halt einmal einen "Teppscher" bekommen habe.“

¹¹⁹ Ausspruch einer Mitbewohnerin
¹²⁰ Seelsorger der Caritasgemeinde

Thematik Lebensabend, Pflege: Zwar sieht sie einem eventuellen Umzug in ein Pflegeheim relativ gelassen entgegen, möchte jedoch kein Pflegefall werden. Sie will das ihren Kindern nicht zumuten.

„Ich meine, (.) wenn ich ruhig einschlafen würde, wäre es mir lieber, ja, als. Wenn es wirklich zu Ende gehen sollte, oder, wenn, ich meine es haben viele von unserem Haus also Schicksale und alles, aber wenn Du jahrelang einmal in einem Bett liegst oder was und Du musst dann fragen: "Bitte schön, darf ich fortgehen oder was", also das möchte ich nicht erleben, ja, also da möchte ich den Herrgott schon bitten: "Lass` es so vorbeigehen" also, dass Du einschläfst und es ist vorbei aber nicht eine Belastung für meine Kinder, ja, (1) weil (1) weil sie sind ohnehin schon alleine in dem Sinne, ja. Und da sie sich alle miteinander etwas geschaffen haben, also, wie sollen sie das auch noch verkraften? Und da wir immer wieder einen hergegeben haben (.) dann soll es halt langsam gehen, also, es muss nicht (.) in der leidenden Form sein, weil ich habe den Namen (Maria) vielleicht hat der Herrgott ein bisschen ein Einsehen, ja, also.“

„Wir haben erlebt, dass Menschen, also, die nicht gerne im Spital sterben, die durften auch da bleiben. Da sind (3) Klosterschwestern gekommen und die haben ihnen (2) das extra gemacht, das kann man schon, ja, wenn es wirklich so schlimm ist, also, dass man sagt, man will nicht im Spital sterben und es ist möglich, ja, zu jeder Zeit, ja, also. In dem Sinne brauchen wir uns wirklich keine Sorgen machen, da verlässt uns da niemand, nein, auch nicht die V. und alle.“

Haustiere: Sie liebt Tiere, da, sie selbst jahrelang einen Hund hatte und sucht auch den Kontakt zu ihnen, versorgt und „vermenschlicht“ sie. Sie beurteilt ihre MitbewohnerInnen dahingehend, wie diese mit den Tieren umgehen.

„Ich habe ich die Vögel, also ich habe vor (1) 4 Jahren 3 Raben die tagtäglich kommen und jetzt sitzen sie sogar bei den Hasen, die seit dem Vorjahr da sind, also was soll ich mir mehr wünschen? Also wenn ich mit den Raben rede, der eine hat genau so einen Burlinamen wie der Hase, der hört mich nur und er kommt schon auf das Dach, also, dann schaut er und ich frage: "Hast einen Hunger?" Dann kommen die Anderen, schön langsam, aber sie warten, bis er gegessen hat, nicht, also alle dürfen da nicht dazu, nicht?“

Wünsche und Ziele: Diese werden nicht klar definiert und immer umschrieben. Ihre familienbetonten Aussagen nehmen letztlich immer wieder Bezug auf sie selbst.

„ja, also eigentlich Gesundheit und dass es meinen Kindern gut geht, bis es (.) soweit ist und für mich, dass ich noch ein bisschen teilhaben darf, ja (1) und vor allem da im Haus, also, ist eigentlich meine letzte Station, ja. Es ist richtig, ja, ich bin angekommen.“

Selbsteinschätzung und Helfersyndrom: Sie betont, dass ihr Lebenssinn darauf ausgerichtet sei, für andere da zu sein und zu helfen. Ob das die Familie, ihre Kinder oder ihre MitbewohnerInnen seien, mache für sie keinen Unterschied.

„aber vergiss nicht, wie schlecht es anderen geht. Das habe ich auch nicht vergessen und meine Kinder auch nicht, weil sie eigentlich (2) genug Leid gesehen haben in der Schule, also. Und das hat mir eigentlich viel Kraft gegeben wieder, weil ich mir denke: "Schau, Du kannst wieder aufstehen, also, sei froh, was machst Du draus"? Nicht nur sitzen und schauen also, also kümmere Dich um die, die es nicht können. Das ist immer das, was mich eigentlich immer mobilisiert. Wenn mich meine Kinder schon nicht jeden Tag brauchen, dann braucht mich der Andere, ja. Ob es im Gespräch ist oder ob ich soll springen oder sonst eine Hilfe, ja, und das bringt schon viel, ja, weil man sagt der Tag ist nicht ohne ausgegangen.“

Auffälligkeiten: Auffallend ist, dass sie immer wieder Phrasen wie „der oder die ist oder sind ja so lieb“, „alle sind so lieb“ und ähnliches einbringt. Auch die darauf regelmäßig folgende, fragende Selbstbestätigung „ist das nicht so?“ oder „nicht wahr?“ scheint beabsichtigt zu sein. Familie ist für sie der Inbegriff von Harmonie, Schutz, Geborgenheit, Vertrauen, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit für Außenstehende. Für sie selbst ist es wichtig, zu gefallen und zu helfen. Dahingehend übt sie auch Kontrolle und Macht aus.

7.4.2 Fallbeispiel 2 (003_männlich_63)

Typ: Der „Kümmerer“, der Schwächere braucht

Er wurde als ältester Sohn eines Glasbläfers geboren. Später folgen seine Schwester und ein Bruder. Die Ehe der Eltern war keine gute und daher war auch seine Kindheit schwer belastet. Er verlor durch einen tragischen Vorfall mit seiner Schwester ein Augenlicht und musste deshalb die Sonderschule besuchen. Seine nicht glückliche Kindheit führt er darauf zurück, dass sein Vater die Mutter heiraten musste, da er unterwegs war und das Fehlen von FreundInnen führt er darauf zurück, dass die Schule weit entfernt war und er so keine Zeit für Freundschaften hatte. Dem widerspricht, dass er - laut seinen Erzählungen - Anführer einer Jugendbande war, deren MitgliederInnen auch mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sein dürften.

Nach der Pflichtschule beginnt er eine Lehre als Einzelhandelskaufmann, die er mit Auszeichnung abschließt. Allerdings arbeitete er nach dem Abschluss nicht in seinem angelernten Beruf, sondern arbeitete sich in einer Bewachungsfirma hoch. Die einsamen Nächte als Bewachungsoffizier dürften seine Psyche schwer belastet haben. 1987 hatte er in der Firma einen Nervenzusammenbruch und ist seit dieser Zeit arbeitslos. In dieser Zeit hat er Beschäftigungstherapien gemacht und ist auch viel mit behinderten Menschen beisammen gewesen. In diesem Zusammenhang dürfte er auch seine Lebensgefährtin kennengelernt haben. Nach der Scheidung von seiner Frau, mit der er vier Kinder hat, zieht er zu seiner Freundin R. 2010 verlieren sie die Wohnung und beginnen ihre Wohnungslosenkarriere, aus der sie in den nächsten zwei Jahren aussteigen wollen.

Beziehung zur Ursprungsfamilie: Die Beziehung zu seinen Eltern war keine gute. Er war ein Schlüsselkind und fühlte sich immer verantwortlich für das unglückliche Leben seiner Eltern. Seine Schwester wurde ihm vorgezogen, er fühlte sich immer benachteiligt. Er war viel in Heimen und besuchte die Sonderschule, da er ja das Augenlicht verloren hatte. Er war schon als Kind auf sich selbst angewiesen, niemand kümmerte sich um ihn, was ihn kränkte.

„Das habe ich alles verdrängt. (3) An das erinnere ich mich nicht mehr. (3) Ich weiß auch nicht, wie ich das erklären soll. (2) Ich bin auf die Welt gekommen und mein Vater hat meine Mutter geheiratet und das habe ich bis zu seinem Tod jedesmal gehört. (6) Ich habe ihm

sein Leben verbaut und das habe ich gehört, nicht? Und mein Vater war sehr viel auswärts und wenn er zurückgekommen ist, habe ich das immer gehört, nicht? Ich bin meiner Schwester in die Nadel gesprungen, durch das habe ich ein Auge verloren und dann war ich halt (.) kein Mensch mehr, sondern nur mehr alles andere, nicht? Das habe ich alles verdrängt.“

Beziehung zu der eigenen Familie: Seit der Scheidung, wo er die Wohnung und das gesamte Vermögen seiner Exfrau und den vier Kindern überlassen hat, hat er weder mit ihr noch mit seinen Kindern Kontakt.

„Wenn eine Frau einen anderen Mann kennenlernt und dann die Ehe fallen lässt und die Schwiegermutter (.) mischt sich zu viel ein, das habe ich aber alles verdrängt.“

Schulischer und beruflicher Werdegang: Nach der Pflichtschule, die für ih eine Sonderschule – bedingt durch den Verlust eines Auges – war, beginnt er eine Lehre als Einzelhandelskaufmann, die er mit Auszeichnung abschließt. Allerdings arbeitete er nach dem Abschluss nicht in seinem angelernten Beruf, sondern arbeitete sich in einer Bewachungsfirma hoch. Die einsamen Nächte als Bewachungsoffizier dürften seine Psyche schwer belastet haben. 1987 hatte er in der Firma einen Nervenzusammenbruch und ist seit dieser Zeit arbeitslos.

Grund des Wohnungsverlustes: Nach seiner Scheidung zog er zu seiner jetzigen Lebensgefährtin, die besachwaltet ist. Sie haben diese Wohnung wegen eines Mietzinsrückstandes verloren. Er gibt dem Sachwalter seiner Lebensgefährtin die Schuld, weil dieser sich zu wenig um sie und den Erhalt ihrer Wohnung gekümmert hätte.

„ich hätte aus der Wohnung nicht ausziehen müssen, ich hätte ja noch die Gemeindewohnung und bin nur mit der Lebensgefährtin weggegangen, na und bin mit ihr von einem Wohnbereich in den nächsten gegangen, na.“

Nach der Delogierung kamen sie zuerst in die Herberge Gänsbachergasse, dann in das Sozial betreute Wohnhaus Liesing und anschließend ins „SobeWO“.

Derzeitige Wohnungssituation: Er sieht die Wohnung als Chance, sein Leben wieder selbstbestimmt in die eigene Hand zu nehmen. Ziel beider ist wieder eine gemeinsame, eigene Wohnung.

Soziale Beziehungen/Netzwerk im und außer Haus: Er lebt sehr isoliert. Sowohl er als auch seine Lebensgefährtin haben kaum Kontakt mit den anderen, sie nehmen auch an den Ausflügen, Veranstaltungen und Festen des Hauses nicht teil. Beide leben das Leben von EinzelgängerInnen und genießen ab und zu die Zweisamkeit. Er spielt sehr viel und sehr gerne mit sich alleine. Schach spielt er auf dem Computer, wo er gegen sich selbst spielt, wie er sagt. Freunde im Haus hat er nicht, er beteiligt sich an keinen Aktivitäten und verbringt die meiste Zeit mit seiner Lebensgefährtin, um die er sich liebevoll kümmert. Da es aber auch in dieser Beziehung immer wieder zu Problemen kommt, bleibt jeder in seiner Wohnung und sie besuchen sich gegenseitig.

„dadurch, dass wir keine Freunde haben, denn was man nicht in der Jugend aufbaut, hat man in der, also (.) älterer Mensch keine Bekannten, keine Verwandten, nicht (1) und das ist auch ein Problem für den einen und für den anderen ist es kein Problem, na. (2) Für uns beide ist es kein Problem, wir haben keine Leute, wir sind die meiste Zeit auf uns gegenseitig eingestellt. Durch das ist das auch so fest zusammengeschweißt, na, weil Freunde sind auch nicht die Wahren, na. (.) Dadurch, dass ich nie Freunde gehabt habe, weil ich in die Sonderschule gegangen bin. (1) Ich habe im 3. Bezirk gewohnt und im 15. Bezirk bin ich in die Schule gegangen, also (1), da kann man keine Freunde haben.“

„Ah (.) (atmet schwer) wir waren eine Jugend (3) gang, na, und ich war der Anführer davon (2) aus (3) und dann war es vorbei, na, weil sie einen geschnappt haben und war alles vorbei, na? Dann bin ich von Wien weg und dann ist alles abgebrochen, na? Die anderen sind halt in Wien geblieben und haben untereinander Kontakt gehalten. Ich habe die Kontakte alle abgebrochen, na?“

Finanzielles und Ressourcen: Er spart sehr fleißig, damit er die Schulden für die vorangegangene Wohnung und die Delogierung zahlen kann, da er so bald wie möglich wieder ausziehen will.

Gesundheit/Krankheit: Da er sehr viel raucht, hustet er auch sehr viel. Er hat eine chronische Bronchitis und nimmt Medikamente. Bedingt durch die Tiere im Raum ist die Raumluft nicht optimal.

„Ich bin 50% mit der Luft bedient, ich muss die Medikamente regelmäßig nehmen (3) sonst wird sie akut, die (2) Bronchitis. Die Kontrollen halte ich alle halbes Jahr ein, na (4) und ich hoffe, dass es besser wird, aber wenn es einmal chronisch ist, wird es nicht mehr besser, na? Und alle 3 Jahre zum Augenarzt, na, wegen der neuen Brille, na. Das wird auch nicht mehr besser. Ich habe einen grauen Star am linken Auge und am rechten sehe ich halt schlecht, na. Ich muss eine Starbrille tragen, na. Aus. Mehr gibt's zur Gesundheit nicht zum Sagen, na. (4)“

Thematik Lebensabend und Pflege: Das ist für ihn kein Thema, weil er in spätestens zwei Jahren wieder eine eigene Wohnung zusammen mit seiner Lebensgefährtin haben will.

„Die R, weil wir sehr viel darüber reden, na, (3) das heißt, ich bin für sie da, ohne Probleme (.) und sie ist für mich da, wenn ich Probleme habe, na. (2) Deswegen sage ich ja, das wird sehr schwer eines Tages sein, wenn ich nimmer bin, beziehungsweise, wenn sie vorher geht.(.) Das weiß man ja alles vorher nicht, nicht?“

Haustiere: Fast ein Viertel der Wohnung nimmt der Meerschweinchenstall mit zwei Meerschweinchen ein, der ca. 2m² umfasst und sehr ordentlich ist. Frisches Heu wurde anscheinend knapp davor ausgelegt. Viele Fliegen fliegen hin und her. Der eigenartige Geruch der Wohnung kommt vermutlich von der Kombination sehr starken Rauchens, Meerschweinchenstall, frisches Heu, ungenügend gelüftete Wohnung und zu wenig Körperpflege. Bei Unsicherheiten und wenn die Tiere einen Laut von sich geben, „zwitschern“ beide liebevoll zurück, plaudern mit ihnen wie etwa: „No, was ist denn?“, und geben den Tieren ihre volle Aufmerksamkeit.

Wünsche und Ziele: Erklärtes Ziel beider ist, sofort, nachdem sie alle Schulden bezahlt haben, wieder in eine eigene Wohnung zu ziehen.

„Wir arbeiten nur mehr auf das Ziel hin, dass wir wieder eine eigene Wohnung haben, weil wir haben 22 Jahre eine Gemeindewohnung gehabt. Durch Umstände haben wir die Wohnung verloren und jetzt schauen wir von einem Wohnbereich in den nächsten und jetzt hoffen wir, dass wir von da aus (.) die Wohnung bekommen. Entweder eine Startwohnung oder eine Übergangswohnung und dann wieder eine eigene Wohnung.“

Selbsteinschätzung und Helfersyndrom: Sein Hauptinteresse ist es, seine Lebensgefährtin glücklich zu machen.

„deswegen sage ich Ihnen ja (3) das ist das durch den Computer, na,(.) weil wenn man irgendetwas macht beziehungsweise wenn man Schach spielt, wird das Gehirn immer angeregt und ich lasse nicht nach, na, das heißt, ich habe viel, ein sehr gutes Zahlengedächtnis habe ich, da haben mich viele Leute schon darum bewundert, na, weil ich 60 bin u. das Gehirn lässt nicht nach.“

„es gibt einen guten Spruch: Willst Du glücklich sein im Leben, trage bei zum anderen Glück, denn die Freude die wir geben, kehrt zu Deinem Herz zurück. (.) Gut, mehr kann ich nicht dazu sagen, na.“

Auffälligkeiten: Er weicht offenen Antworten immer wieder geschickt aus, erzählt von seinem hohen IQ von 185 und stellt Fangfragen. Immer wieder verweist er darauf, dass er - bewusst - alles verdränge, er nicht an sich, sondern nur an seine Lebensgefährtin denke und er eigentlich nur wegen seiner Lebensgefährtin da sei. Er grenzt sich und auch seine Lebenspartnerin sehr stark ab und damit auch aus. Trotz hohen Reflexionsvermögen gegenüber Dritten, sucht auch er die Schuld an der jetzigen Lebenssituation beim „Sachwalter und den anderen, die sich zu wenig um den Fall gekümmert hätten“.

7.4.3 Fallbeispiel 3 (011_weiblich_69)

Typ: Die ängstlich Leidende, mit Hang zu starken Männern

Sie wuchs zuerst bei Pflegeeltern am Land auf, später kam sie nach Graz zu anderen Pflegeeltern. Der Pflegevater war ein Musiker und wollte, dass auch sie ein Musikinstrument erlernen sollte. Sie wollte aber nicht. Nach dem Besuch der Pflichtschule wollte sie gerne Schneiderin oder Tischlerin werden, was ihr aber von den Pflegeeltern nicht ermöglicht wurde, da diese, dem Wunsch der eigenen Mutter entsprechend, eine Krankenpflegeschule für sie vorsahen. Also floh sie nach Wien und kam hier in das Julius Tandler Heim in die Lustkandlgasse. Sie ist noch sehr jung beginnt mit ihrem Chef eine Liaison und mietet sich, zusammen mit ihrem Freund eine teure Wohnung.

„Meine erste Liebe war eine große Liebe. Den habe ich in einer großen Fabrik, wo ich gearbeitet habe, kennengelernt. Er war dort - heute sagt man das englisch - er hat dort alles über gehabt, die Leitung und alles, nicht?“

Als seine Geliebte kann sie nicht in derselben Firma wie ihr Freund arbeiten und kündigt ihren Job. Bald kommt es aber auch hier zu Problemen und ihr Freund verlässt sie. Da sie sich die teure Wohnung allein nicht leisten kann zieht sie zu L., der zwar ein gutmütiger Mann ist, aber nie Geld hat. Sie bekommt zwei Buben. Da nie Geld im Haus ist und

es daher immer zu Streitigkeiten kommt, trennt sie sich von ihm und zieht zu F., von dem sie eine Tochter bekommt. F. ist ein Kleinkrimineller und hat immer wieder Probleme mit Drogen. Er dealt und bewahrt den Stoff zuhause auf, sodass die Buben damit in Kontakt kommen. Sie geht arbeiten und merkt, dass auch die Buben bereits Probleme mit den Drogen haben. Aber F. dealt weiter und die Buben mit ihm. F. schlägt Frau und Kinder, L., ihr Ex hilft ihr und den Kindern. Wegen dauernder häuslicher Gewalt verlässt sie die gemeinsame Wohnung und zieht mit den zwei Kindern in eine Gemeindewohnung. Der kleinere Sohn bekommt einen Therapieplatz, der andere nicht. Später wird der ältere Sohn am WC in der Opernpassage tot aufgefunden. Schließlich verliert sie auch die Gemeindewohnung, da sie die Wohnung nicht mehr bezahlen kann. Mittlerweile wohnt sie schon einige Jahre im „SobeWO“ und hat einen neuen Freund gefunden. Er verwöhnt sie sehr und sie genießt es, umworben zu werden.

Beziehung zur Ursprungsfamilie: Nur in diesem Fall wird die eigene Mutter erwähnt, sonst spricht sie weder über sie noch von ihren Pflegeeltern.

„Zuerst war ich bei Pflegeeltern (1) am Land, dann bin ich zu Pflegeeltern in die Stadt gekommen nach Graz. Dort ist es mir eigentlich sehr gut gegangen und alles. Von dort bin ich dann weg und nach Wien gekommen und dann haben die Blödheiten angefangen, nicht? In Wien herinnen, praktisch.“ „Na, ja, ich habe ja ein schönes Daheim, ein schönes ZUHAUSE gehabt bei den Pflegeeltern und dann bin ich halt davongerannt, nicht? Am Muttertag. Mit allem was ich gehabt habe. Ich habe die Sparkassa ausgeräumt, alles und bin heimlich weg, gleich nach Wien.“

Beziehung zur eigenen Familie: Mit ihren Männern hatte sie nach eigener Aussage immer Pech. Zu ihren Kindern hat sie ein sehr gutes Verhältnis.

„Der Nächste hat L. geheißen, dann habe ich einen F. kennengelernt, einen Dings, mit dem ich eine Tochter gehabt habe und alles, na ja, das war halt die Hölle. Mit dem war das die Hölle, wirklich. Es war nie ein Geld da, er hat nur hingehaut auf mich (2) auf die Kinder hingeschlagen, auf die Buben (4).“

Schulischer und beruflicher Werdegang:

„Volks- und Hauptschule, das ist klar aber ansonsten habe ich keine Schule besucht. Ich habe begonnen mit der Ausbildung als Krankenschwester, das habe ich dann aufgegeben, na und dann bin ich in den 11. Bezirk in diese Fabrik arbeiten gegangen.“

„Eben Schneiderin, das hätte ich sehr, sehr gerne gehabt und eben Tischlerin, Kunsttischlerei, weil ich liebe Holz, das habe ich wahnsinnig gern, Holz, also alles wollte ich werden nur nicht Krankenschwester, aber das hat sich meine eigene Mutter eingebildet, also nicht die Pflegemutter, sondern meine Mutter hat sich das eingebildet.“

Berufliche Tätigkeit: Über ihre berufliche Tätigkeit will sie nicht sprechen, weil ihr das unangenehm ist.

„Über das rede ich nicht so gerne, das war (2) und das ist vergessen für mich. Auf das will ich gar nicht mehr denken und auch nicht mehr darüber reden, weil das ist wirklich total für mich.“

Grund des Wohnungsverlustes: Delogierung wegen Mietzinsrückstand. Von dort kam sie ins betreute Wohnen und anschließend in die „SobeWO“ Einrichtung.

Derzeitige Wohnsituation:

„Ich sage Ihnen ja, dass ich mich erst richtig wohl fühle, seit ich da wohne, das ist für mich wirklich eine zweite Heimat geworden. Wohlfühlen tue ich mich erst, seit ich da bin. Da habe ich wirklich meine Ruhe. Mit mir streitet keiner, da ist überhaupt nichts, da habe ich immer meine Ruhe, ich verstehe mich mit allen sehr gut und da gibt's überhaupt nichts. Und das ist für mich jetzt eine zweite Heimat geworden, nicht?“

Soziale Beziehungen/Netzwerk im und außer Haus: Sie ist eine sehr verträgliche Frau und versucht, mit allen im Haus gut auszukommen. Mit einigen Frauen ist sie enger befreundet. Außer Haus hat sie nur Kontakt zu ihren Kindern.

„Es gibt nichts, ich vertrage mich mit allen und die kommen auch alle gerne zu mir und die tratschen mit mir alle gerne und speziell die J. und die E. Aber die J. ist halt meine beste Freundin und die anderen habe ich eigentlich auch alle recht gerne. Ich finde da irgendwie keinen Unterschied, irgendetwas, dass ich über wen was keppeln müsste, gar nichts.“

Finanzielles und Ressourcen: Sie hat die Mindestpension, kommt aber ganz gut mit ihr aus, wie sie sagt.

„Aber wenn man zufrieden ist, ich bin zufrieden. (2) Ich meine, ich habe nicht wer weiß was, ich habe keinen Palast, aber ich bin zufrieden. Ich habe für mich meine Sachen und für meine Enkelin die Sachen und wenn die Kinder Geburtstag haben, ich habe das alles und somit bin ich eigentlich zufrieden.“

Gesundheit u. Krankheit: Sie laboriert an einer Krebserkrankung.

„Ich bin verfallen. mein erster Gedanke war: "Was soll ich machen"? Aber es war meine Tochter mit (2) und die hat mir dann gleich zugeredet und die Ärztin auch und die T. hat dann gesagt: "Mutter, lass` Dir das machen, lass` Dich operieren, schau, wir brauchen Dich ja noch alle". Und dann haben wir das halt operieren lassen, nicht?“

Thematik Lebensabend und Pflege:

„Ich bin ein Mensch, der sich überall sehr schnell eingewöhnen kann "Gott sei Dank". Ich bin ein Gewohnheitsmensch, natürlich, wenn ich von hier weg müsste, das wäre nicht schön, aber ich würde mich auch wo anders auch eingewöhnen. Sagen wir ich käme in ein Heim oder so irgendwas, ich könnte mich daran auch daran gewöhnen, müsste mich dann ja daran gewöhnen.“

„Das möchte ich nicht sehr gerne sein, hilflos, vor dem fürchte ich mich, das ist ein großes Manko, wo ich mich fürchte, dass ich einmal da liege und ich kann mir nichts mehr machen und ich muss gepflegt und gewaschen werden und das alles. Vor dem fürchte ich mich unheimlich. Oder dann habe ich auch Angst, wenn ich einmal älter werde, dass ich vielleicht grantig werde oder was oder nicht mehr so nett und lieb oder was weiß ich was bin, nicht. Das habe ich ja auch und viel, viel Angst vor dem Sterben. Vor dem Sterben habe ich wahnsinnige Angst.“

„Ich glaube, da kann man nichts machen, wenn es soweit ist, ist es soweit, da kann man gar nichts tun. (3) Natürlich hat man Angst vor dem Tod, weil man nicht weiß, was ist auf der anderen Seite oder was weiß ich was. Ich studiere halt so schon ein bisschen. Wenn ich in der Nacht allein liege und da geht mir allerhand durch den Kopf“.

Haustiere: Haustiere sind kein Thema.

Wünsche und Ziele:

„Natürlich, dass ich in der Wohnung bleiben kann, das ist klar, Gesundheit, denn wenn ich krank bin, muss ich weg, ja sicher, ja, also wenn ich sehr krank bin, wenn ich hilflos bin muss ich weg.“

„Aber zur Zeit bin ich glücklich.“

„Er ist sehr lieb zu mir, er ist sehr nett zu mir, sehr zuvorkommend zu mir und das habe ich halt nie gehabt. Was ich jetzt bei ihm habe und "Dings", das habe ich nie miterlebt und das weiß er ganz genau. Und daher ist er eben auch so nett und lieb zu mir.“

Selbsteinschätzung und/oder Helfersyndrom:

„Ich habe so viel falsch gemacht. (6) Sonst wäre das nie passiert. Ich bin froh, weil auf der anderen Seite ist er im Himmel oben.“

„Stolz bin ich auf die Kinder, das ist einmal ganz klar und außer die Kinder, auf was könnte ich stolz sein? Ich weiß gar nicht auf was. Ich habe aus meinem Leben ja eigentlich nicht viel gemacht gehabt, nicht? Ja, (5) das war mein schönes Leben.“

Auffälligkeiten: Es fällt auf, dass sie trotz aller schweren Schicksalsschläge immer gut gelaunt, zuversichtlich ist und sich auch nicht benachteiligt fühlt.

„Ich wäre so viel gerne Modellschneiderin oder so etwas geworden, (1) oder Tischlerin (1) also, nicht direkt Tischler aber so Kunsttischlerin oder so etwas, solche Sachen hätte ich immer gerne gemacht. Oje, ich hätte viel Dings gehabt, was ich gerne gemacht hätte.“

7.4.4 Fallbeispiel 4 (019_männlich_64)

Typ: Der, der ein „ganz Harter“ sein will

Er entstammt einer Familie mit insgesamt drei Kindern, von denen er der Älteste war. Grundsätzlich spricht er weder über seine Ursprungsfamilie viel noch von seiner eigenen Familie. Am meisten spricht er von seinem Hobby, dem Fußballspiel. Er scheint sehr talentiert gewesen zu sein und ist der Meinung, dass ihn halb Wien als Fußballer kennt:

„Fußball gespielt habe ich früher, viel Sport betrieben und daher kennen mich alle noch von früher, aber da waren die meisten noch gar nicht auf der Welt, als ich Sport betrieben habe von 1969 bis 1974, das waren fast 5 Jahre (7).“

Beziehung zur Ursprungsfamilie: Von seiner Ursprungsfamilie spricht er nicht, nur dass seine Mutter 1985 gestorben ist. Mit der Scheidung 2005 beginnt seine Obdachlosenkarriere.

Beziehung zur eigenen Familie: Er spricht davon, eine gewisse Zeit verheiratet gewesen zu sein und vier Kinder gehabt zu haben.

„Dann war ich verheiratet (4) genau weiß ich es auch nicht mehr, weil ich so viel mitgemacht habe, dass ich nicht mehr alles genau weiß, aber ungefähr weiß ich es halt.“

„Ja, wann war das denn, als ich geheiratet habe? Wann war das denn? (3) Wann habe ich geheiratet? (6) Kennengelernt habe ich meine Exfrau im 76iger Jahr und ein halbes Jahr später haben wir geheiratet, weil sie schwanger geworden ist. Da habe ich mir gedacht, ich heirate sie halt, dass das Kind einen Namen hat, sonst kommt es ja unehelich auf die Welt. Dann waren wir ein paar Jahre verheiratet und da sind es auf einmal 4 Kinder geworden, 2 Buben und 2 Mädchen.“

„Die sind schon alle erwachsen und haben schon selber Kinder. Ich habe also praktisch nichts mehr mit ihnen zu tun, praktisch. Mit den Enkelkindern habe ich auch nicht viel zu tun, wenn ich Zeit habe sowieso nicht, das ist mir alles zu stressig.“

Schulischer und beruflicher Werdegang: Er besuchte die Volks- und die Hauptschule, anschließend hat er die Bäckerlehre gemacht und hat sehr häufig den Arbeitsplatz gewechselt.

„Da habe ich meine Arbeit aufgeben können, ich habe dort und dort gearbeitet, beim Anker, beim Konsum, beim Liebermann, Samperl und dann habe ich in Kärnten gearbeitet als Saisonarbeiter. Meine letzte Arbeit war bei der Gemeinde (2). Da habe ich dann meine Arbeit aufgeben können (2) durch die Lungentuberkulose.“

An einer anderen Stelle spricht er davon, dass er nicht sehr gerne gearbeitet hat: „Die Hacke“ war kein Ansporn und so hat er das gearbeitet, was sich gerade ergeben hat.

Grund des Wohnungsverlustes: Durch die Scheidung 2005 hat er die Wohnung verloren und lebte in dieser Zeit seiner Obdachlosenkarriere zwischen Straße und Gruft.

Derzeitige Wohnsituation: Er wohnt nun seit 2010 im „SobeWO“.

Soziale Beziehungen/Netzwerk im und außer Haus

„Freunde habe ich keine, Bekannte. Freunde, Freunde.(00:20:28) Die Freunde, die ich gehabt habe, manchmal treffe ich sie ja, vielen Leuten habe ich auch geholfen (2) unten, ich habe sie von der Straße hineingebracht, sonst wären sie mir auf der Straße noch erfroren und so habe ich ihnen praktisch das Leben gerettet, (2) die meisten, nicht alle, die sind mir heute noch dankbar, dass ich ihnen geholfen habe. Das sind auch viele da, die bei uns //unverständlich// darum kennen sie mich auch alle.“

„Ja, da gehe ich fort und treffe wen von früher, rede mit ihm ein bisschen und wenn ich ihn nicht sehe, sehe ich ihn halt nicht, na, mein Gott, na, irgendwer wird mir schon über den Weg rennen, den ich kenne. Aber dass ich unbedingt jemanden sehen muss, nein, zufällig werden wir uns schon wieder einmal treffen. Wien ist ohnehin ein Dorf, man braucht nur um die Ecke zu gehen, auf einmal kennst Du welche von früher. Da brauche ich nur in die Fußgängerzone zu gehen, da treffe ich jeden Tag Leute, die mich kennen, aber sonst, ja (5)?“

„Ein Jeder will mich halt sehen und wenn ich dazukomme, lasse ich mich schon anschauen, nicht?“

Finanzielles und Ressourcen: Bezieht die Pension mit Ausgleichszulage.

Gesundheit / Krankheit

„Ich habe ja nachher aufhören müssen mit dem Fußballspielen, weil ich schwer bedient worden bin. Ich habe ja eine Nierenquetschung gehabt durch das Fußballspielen, da habe ich mir dem Fußballspielen aufhören müssen.“

Thematik Lebensabend, Pflege:

„Ich muss jetzt praktisch auf mich selber schauen. Wenn ich mich um andere Leute kümmern sollte, oder schauen, ich muss ja auf mich schauen, um das geht es ja. Ich kann nicht anderen Leuten helfen und auf mich schaue ich nicht. Was bringt mir das? Höchstens, dass ich noch den A. aufstelle, was habe ich davon, hh? Ich helfe demjenigen und ich stelle dabei den A. auf, nicht? Was habe ich davon? Das ist jetzt nicht böse gemeint, das ist aber so, nicht (3)? Das ist traurig, aber wahr, so ist das aber. Man muss auf sich selber schauen.“

Haustiere: Sind kein Thema.

Wünsche und Ziele:

„Ich wäre gerne ein Profifußballer geworden, das hat es aber nicht gespielt und sonst schon gar nichts. Sonst habe ich keine Wünsche mehr gehabt, aus. Profifußballer, aber das hat es nachher nicht gespielt und das andere hätte sich dann automatisch ergeben.“

Selbsteinschätzung und Helfersyndrom

„Fußball gespielt habe ich früher, viel Sport betrieben und daher kennen mich alle noch von früher, aber da waren die meisten noch gar nicht auf der Welt, als ich Sport betrieben habe von 1969 bis 1974, das waren fast 5 Jahre.“

„Ich war damals Linksverbinder, das hat damals so geheißen, beim FC-Wien mit dem Pötschel, Wallner, Klement, Hauswirth (8). Mit dem Theo Parits habe ich auch gespielt, mit dem Parits, gegen den Parits, darum kennt er mich von früher, ja (3) und die alten Rapidler, da war ich ein kleiner Bub, da war ich mit ihnen bei "Rot-Weiß-Rot". Da hat er auch Fußball gespielt und darum hat er die ganzen alten Rapidler gekannt: Grausam, Flögel, Ullmann und da hat er mich immer mitgenommen auf die (2) Fußballplätze und darum habe ich die ganzen, alten Rapidler kennengelernt (4). In St. Pölten, im Stadion haben wir gespielt, in (2) Deutschland haben wir gespielt, in Gelsenschachen gegen Schalke und so hat sich das halt ergeben. Darum kennen sie mich, von früher noch, vom Sportplatz. Der Parits kennt mich noch von früher und sonst (2) kenne ich alle.“

Auffälligkeiten: Da er gerne Fußballspieler geworden wäre, versucht er seinen Status als Fußballlegende so lange wie möglich aufrecht zu erhalten.

7.4.5 Menschentypen im „SobeWO“

Im „SobeWO“ leben Männer und Frauen, die in der Regel zumindest ein Alter von 50 Jahren erreicht haben und aufgrund diverser Gegebenheiten wohnungslos sind. Die einzelnen, charakteristischen Ausprägungen wurden zusammengefasst und auch Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt, die hier nur kurz erwähnt werden sollen, um einen Überblick über die Differenziertheit der im „SobeWO“ lebenden Menschentypen zu geben..

„Eini- Raunzer“-Typ:

eher: f

„alle sind so lieb“ –Typ

„wenn der „liebe Gott“ und die anderen es so wollen

„wenn die Kinder den Vater schon so früh hergeben mussten, so sollen sie wenigstens...“

Macht und Kontrolle durch Hilfeleistungen

Meist schwieriges Leben und meist Menschen die hoffen, dass sich ihr Leid irgendwann einmal rechnet oder sie dafür belohnt werden. Es gibt nur eine Gut-Böse-Einstellung und keine Reflektion des Selbst.

„Wie in einer Familie“ – Typ:

w/m

„wir sind hier eine kleine Familie“

„wir leben wie in einer Familie“

„Das hier ist meine Familie“

„Da habe ich meine Familie auf Zeit“

„Da ist eine komplette Familie da“

Meist schwierige Familienverhältnisse in Kindheit und in der eigenen Familiensituation, Menschen die von Eltern, PartnerInnen und Kindern enttäuscht wurden und/oder sich um diese Erlebnisse betrogen fühlen. Familie als ideale, aber verbale Scheinwelt für sich und die anderen, die man zwar selbst nicht erlebt hat, in die man aber hineingeflüchtet ist.

„Ich bin ein ganz Harter“-Typ: „Häfn – Bruder“ Typ

eher: m

„Ich bin ja kein Weicher nicht“

Meist schwierige Kindheit und Probleme im Elternhaus, Heimerfahrung; Sozialisierungserfahrungen im Gefängnis. Meist Männer, die stolz auf ihren Gefängnisaufenthalt sind und ein ausgeprägtes Statusverhalten zeigen. Haben meist ein sehr persönlich geprägtes Rechts- und Ungerechtigkeitsempfinden, das sie auf alle anderen umlegen.

„Frauen und Kindern tue ich nichts“-Typ: „Rauhe Schale – Weicher Kern“ - Typ

eher: m

ebenfalls meist Gefängniserfahrung, jedoch mit großer Empathie für Kinder und Schwache, will meist als „der Gute“ gelten, den man nicht reizen oder ärgern darf. „Kümmerer – Typ“, der für das eigene Ego immer andere braucht.

Weiß über seine eigenen Aggressionen Bescheid, allerdings weist er anderen die Schuld bei auftretenden Aggressionen zu, „da sie ihn gereizt hätten“.

„Ich- und die anderen“- Abgrenzungs -Typ, „Budel-Typ“

eher: f

moralisierender Typ und Abgrenzung durch das Betonen von Unterschieden wie: „denen, die es viel schlechter geht, als mir“. Rechtfertigung des Bessergehens: „bei mir ist es anders, ich bin nur zufällig da“. Ich bin froh, wenn eine „Budel“¹²¹ dazwischen ist, damit mir Menschen nicht zu nah` kommen. Nähe nicht zulassen können und auch nicht wollen – „Nähe muss kontrollierbar sein“.

„les misérables – Typ“:

eher: f

Im Sinne einer eigenen Gerechtigkeitsvorstellung.

Schwieriges Elternhaus, Armut als Thema, einen gewissen Status erreicht, Opferrollen-Syndrom. Will nach Haft oder Läuterung selbst „Gutes an Armen und Schwachen“ tun. Ähnlichkeiten mit dem „Kümmerer-Typ“ sind vorhanden.

¹²¹ „Budel“ ist eine Abgrenzung zwischen KundInnen und Bedienung in einem Geschäft

„Strizzi-Typ“- Angeber, Lebenskünstler

eher: m

„Was kostet die Welt?“ Ich habe immer schöne Frauen gehabt. „Ich habe viel Geld verdient und gut gelebt.“ „Ich habe Lebenserfahrung gesammelt und es dafür verbraucht.“

„Frau mit Haus und Teich und in der Nähe ein Wald“ sucht ihn und er würde sich finden lassen, sein Leben ändern und alles wäre gut.

„Trau` mich nicht“-Typ

f/m

meist als Kind von Großmüttern oder Verwandten erzogen, die an ihrer eigenen oder der Erwartungshaltung ihrer Eltern gescheitert sind.

Die „Alkoholiker“, die „Giftler“

f/m

BewohnerInneninterne Zuschreibungen als Abgrenzung gegenüber AlkoholikerInnen, als Zeichen dafür, selbst kein/e AlkoholikerIn zu sein. Andeuten von Distanz und teilweise auch Abscheu gegenüber den MitbewohnerInnen. Dem extrem ausgeprägten, kritischen Verhalten liegen oft schlechte Erfahrungen und auch Gewalterfahrungen mit AlkoholikerInnen in der eigenen oder in der Ursprungsfamilie zugrunde.

„Schwarzer Fleck am Buckl“ - Typ

f/m

Meistens intelligente, stolze Menschen, die eben an den Anforderungen des Lebens gescheitert oder durch eine Dummheit gestrauchelt sind. In sehr vielen Fällen teilbeschwaltet. Mit einem Sachwalter bist ein „Mensch zweiter Klasse“, sich nicht ernst genommen fühlen, vor allem im Spital bei Untersuchungen, wenn der/die Ärzte mit dem/der SachwalterIn und nicht mit dem/der KlientIn sprechen wollen und sie selbst keine Auskunft über ihren eigenen Gesundheitszustand erhalten.

„Helfersyndrom - Typ“

f/m

Ist vom „Kümmerer – Typ“ dahingehend zu unterscheiden, dass es diesem um Menschen und der „Gute sein Wollen“ geht, während es dem Helfersyndrom – Typ um das fast manische Agieren geht: Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich schlafe, weil ich da nichts Sinnvolles tue“. „Ich will immer etwas tun, immer helfen. „Suchen nach Anerkennung und Bestätigung im rastlosen Tun“. Selbst meist wenig

Liebe und Anerkennung erfahren. Anerkennung durch Leistung als Motivationsmotiv.

„Ich bin auf Pfiff gegangen“

f/m

Meine Eltern waren viel im Geschäft, sie waren nicht allzu herzlich, sie haben mich nicht gerufen, sondern haben „gepfiffen“. Später haben sie dann einen Hund gehabt.

„Tierfreunde – Typ“

eher: f

Mit Tieren ist man beliebt und im Mittelpunkt. Man wird um sie beneidet, da man etwas zum Schmusen und Kuscheln hat, jemanden, der abhängig von der gegebenen Zuneigung und auch dankbar ist. Tiere sind die besseren Menschen. Tiere zählen mehr als Menschen. Tiere haben mehr Herz und Gefühl, Tiere als Kinderersatz und als die besseren Lebenspartner.

„Der/die (politisch) Frustrierte – Typ“

f/m

„Ich habe nie Familie gelernt“. „Ich war immer allein“. Ich habe keine Freunde, nur Bekannte. Furcht vor dem „Fremden und dem Anderen“. „Ich bin mir gerade gut genug und das reicht mir“.

„Kumpel – Typ“ , „Die nun Angepassten aus totalitären Institutionen“:

eher: m

Die, die keine Probleme machen/haben. Stetes Angebot oder Aufforderung, dass man nachfragen oder kontrollieren könne. Anscheinend negative Erfahrungen in kontrollierenden Organisationen.

„Stockprinzessin“ „Weibchen-Typ“

eher: f

„Ich stehe unter seinem Schutz“. „Ich bin ja arm und schwach“. Ausspielen von bekanntem Musterverhalten, berechnend und kokettierend.

„Mich kennen ja alle“-Typ

eher:m

Trifft auf „Kinderstars“, Sportler im allgemeinen und „ehemalige Fußballer“ zu. „Ich bin sehr bekannt, alle kennen mich, alle wollen was von mir“. Ich bin beliebt und begehrt. Verkennen von Lebensrealitäten, lebt im gestern.

8 Versuch einer operationalen Annäherung der Lebenslage der BewohnerInnen von „SobeWO“ an den Lebenslagenansatz Otto Neuraths

Otto Neurath versuchte aufzuzeigen, „dass eine ungünstige Lebenslage nicht das Ergebnis von zufälligen Störungen, sondern ein notwendiges Ergebnis der kapitalistisch-bürgerlichen Ordnung“ (Neurath 1979a:266 In: Voges 2003:26) ist. Die Verbesserung der Lebenslagen einer Vielzahl von Menschen war für ihn als politischem Querdenker, vor allem ein gesellschaftstechnisches Problem (vgl. Hegselmann 1979:31 In: Voges 2003:26). Daher führt er den Begriff „der Lebenslage als Konzept zur Erfassung der Lebenssituation von Individuen“ (Leßmann 2006:30) ein.

Der Lebenslagenansatz kann aus heutiger Sicht – und das war ganz sicher nicht die ursprüngliche Intention Neuraths – als Verbindung zwischen den Konzepten der Deprivation und der Exklusion gesehen werden. Und hier beginnt es, um mit Leßmann (Leßmann 2006:30) zu sprechen, dahingehend schwierig zu werden. Neuraths Konzeption ist grundsätzlich nicht individualistisch, sondern in gesellschaftspolitischen Dimensionen konzipiert. Sein Konzept der Lebenslage fragt nicht nur – wie spätere VertreterInnen des Lebenslageansatzes – nach jenem Handlungsspielraum, den ein Individuum¹²² aufgrund seines Einkommens, seiner Bildung, seiner Erwerbstätigkeit, seiner Wohnverhältnisse, seiner kulturellen Teilhabe und Partizipation hinsichtlich öffentlicher Güter hat, sondern auch nach den von ihm geprägten, naturalwirtschaftlichen Ansätze der gesellschaftlich zur Verfügung gestellten Teilhabemöglichkeiten.

Ausgehend von der theoretischen Konzeption Neuraths möchte die Autorin nun dazu übergehen, die Lebenslage der ehemals wohnungslosen BewohnerInnen, die nun im „SobeWO“ wohnen, nach den oben angeführten Kategorien, näher zu beschreiben. Festgestellt werden muss an dieser Stelle, dass es hier weder um Vergleiche mit anderen Gruppen, noch um eine Wertung geht.

¹²² Mit Individuum ist hier nicht der Einzelne, sondern eine gesellschaftliche Gruppierung gemeint

8.1 Lebenslage der „SobeWO“ - BewohnerInnen nach der Konzeption Otto Neuraths

Um die Lebenslage besser operationalisieren zu können, führt er unterschiedliche Begrifflichkeiten wie den des Lebensbodens, der Lebensordnung und die Lebenslage als verbindendes Element ein. Mithilfe dieser Elemente und den, diesen erweiternden Dimensionen wie den der Lebensstimmung und der Lebenslagensilhouette, gelingt es ihm, Lebenslagenvergleiche in der Form von „mehr oder weniger“ anzustellen. Sein erklärtes Ziel ist die Abkehr vom volkswirtschaftlichen Profitdenken zulasten der Menschen, hin zu dem philosophisch geprägten Ansinnen Epikurs, „die Glückssumme der Menschheit zu vergrößern“ (Neurath, P./Nemeth, E. 1994:56). „Wie wirken gesellschaftspolitische Maßnahmen auf die Lebenslagen der Menschen und dadurch auf ihr Glück und Unglück ein?“ (Neurath In: Amann 1983:131).

Neuraths Ansatz, dass zur Lebenslage die quantitative und qualitative Ausstattung mit Lebensgütern und Lebenschancen, aber auch alle hinderlichen Bedingungen gehören (Amann 1983:129), muss hier mehrfach und dahingehend hinterfragt werden:

- Welche individuellen Chancen haben Menschen, diesen Handlungsspielraum - den Neurath vielleicht gemeint haben könnte, aber nie so definiert hat - zu nützen, wenn sie nie gelehrt wurden, ihn zu erkennen und zu nutzen?
- Wie erkennen sie gesellschaftliche Chancen, Risiken aber auch Ressourcen?
- Wer lehrt und wer trägt Verantwortung?

Wenn **Lebenslage** definiert wird als die reale Lebenssituation von Menschen unter den sie bedingenden makro- und mikrotheoretischen Aspekten, so sollen neben einer empirischen Analyse auch wirtschaftliche, politische und rechtliche Lebensbedingungen mit eingeschlossen sein, wie individuelle Bedürfnisse, Stimmungen, Bewusstsein, Absichten, Ernährung, Gesundheit, Sterblichkeit und Lebensplan (vgl. Amann 1983:132). An einer anderen Stelle (Neurath 1937 In: Amann 1983:135) fordert Neurath, dass der Begriff der Lebenslage ebenso die Ernährung, Wohnen, Kleidung, Theater, Krankheit, Berufszufriedenheit und auch die Freizeit umfassen soll, damit alle relevanten Lebensbereiche in Betracht gezogen werden können (vgl. Amann 1983:135).

Im folgenden Teil werden nun, vor dem Hintergrund der objektiv vorhandenen Lebensbedingungen ehemals wohnungsloser Menschen, diese mit der subjektiv vertikalen Dimension **Lebensqualität** als Überprüfungsmerkmal in Verbindung gesetzt. Ausgehend von den 3 Strukturebenen Neuraths wird versucht werden, die Dimension Lebensqualität - als eine von mehreren Ausprägungen der Lebenslage - in den Zusammenhang des Lebensalltags von Menschen, die in „SobeWO“ Einrichtungen wohnen, zu bringen.

Lebensboden nennt Neurath jene Grundbedingtheiten an materieller Ausstattung einer Gesellschaft, die ihr - zu ihrer eigenen Wohlstandsproduktion - zur Verfügung stehen. Darunter verstehen wir die gesellschaftliche Teilhabe an Gütern wie Bildung, Arbeit, Einkommen, Partizipation, Gesundheit, Krankheit, politisches Bewusstsein u.a.m.

Ausgehend von der Auffassung Neuraths, dass die **Lebensordnung** „die Gesamtheit der Maßnahmen, Einrichtung, Gebräuche eines Menschen oder einer Menschengruppe ist“ (Amann 1983:131), wobei hier an dieser Stelle wieder darauf verwiesen werden muss, dass es sich dabei nicht um sozialpolitisch gesetzte Einzelmaßnahmen, sondern um gesellschaftspolitische Maßnahmen einer sozialisierenden Wirtschaft handelt, sind Lebensordnungen die „jeweils abgrenzbaren historischen Verhältnisse, die die Lebensbedingungen der Menschen generell strukturieren“ (Amann 1983:131). Wenn Amann hier Neurath zitiert, der von einem Stück Welt mit all seinen Bestandteilen spricht (vgl. Amann 1983:132), so sind hier jene objektiv vorhandenen Lebensbedingtheiten miteingeschlossen, die in einem - als anteilig betrachteten - Aspekt des Ganzen vorhanden ist, nämlich die **Lebensstimmung**.

8.1.1 Versuch einer sich annähernden Operationalisierung

Die subjektive Sichtweise der objektiven Lebensbedingungen in den „SobeWO“ Einrichtungen werden anhand der, durch die Auswertung der Interviews gewonnenen Merkmalsausprägungen thematisch operationalisiert, wobei jedoch festgehalten werden muss, dass es für diese Vorgehensweise weder eine Empfehlung noch einen Richtungshinweis gibt. Auf die Bereiche der horizontalen Dimension (zugeschriebene Merkmale) wird nicht explizit eingegangen, sie fließen aber teilweise bei den einzelnen Bereichen der vertikalen Dimension und bei den subjektiven Lebensbedingungen mit ein, wie z.B. das Merkmal Geschlecht.

Als Lebensboden im Sinne Neuraths mögen nun jene Dimensionen an Kategorien gelten, die sowohl vom FSW als auch bei Recherchen des Vereines neunerhaus und den problemzentrierten Interviews erhoben und ausgewertet werden konnten.

Nun folgend sollen obgenannte Ergebnisse mit den Ansätzen Otto Neuraths in Verbindung gebracht und so versucht werden, Neuraths Ansatz der „Glücksmaximierung“ (vgl. (Neurath, P./Nemeth, E. 1994:56) hinsichtlich der Merkmalsausprägung **Lebensqualität** ob deren Relevanz oder Nichtrelevanz zu überprüfen. Hierbei soll der epikurische Ansatz der Glückssumme insofern Ausgangsbasis sein, als das hier Otto Neuraths Begrifflichkeit von Lebensstimmung gelten möge:

„Diese Bestimmungsstücke, welche wir möglichst nahe` an das Lebensstimmungssubjekt heranrücken, wollen wir als Lebenslage dieses Lebensstimmungsobjektes (?)¹²³ bezeichnen und von einer höheren Lebenslage sprechen, wenn sie eine höhere Lebensstimmung bedingt, entsprechend von einer niedrigeren Lebenslage“ (Neurath In: Amann 1983:132, Amann 2016:07).

Als subjektiv vertikale Dimension, sozusagen als Bezugspunkt zum Lebensstimmungssubjekt, werden für die Lebensqualität unten angeführte Merkmalsausprägungen näher betrachtet und bewertet werden.

Mangels konkret vorgegebener Operationalisierungsbedingtheiten möge als Bewertungskriterium die Nutzengröße „mehr oder weniger“ gelten, so wie sie Neurath einst selbst definiert hat, als er den Vergleich mit dem Bauern anstellte und meinte, dass er aufgrund der Tatsache zu wissen, wie viel Brot dieser zu essen habe und wie viel Acker er habe, für ihn feststellbar sei, wie es dem Bauern gehe (vgl Amann 2016:07). Die Dimension Lebenslage ist in ihrer Bezugnahme auf die gesellschaftliche Gesamtheit und aufgrund ihrer Mehrdimensionalität nur dann vergleichbar, wenn die Unterschiede in eine Richtung (quantitativ mehr oder weniger) weisen.

Als die, hinsichtlich ihrer Relevanz oder Nichtrelevanz zu betrachtenden Dimensionen der Lebenslage mögen nun die, sich aus den PZIs entwickelnden Kategorien mitsamt ihren Merkmalsausprägungen und die Hinterlegung derselben mit den der Lebensordnung zugeordneten gelten. Anhand der quergeschichteten und der Lebensordnung zugeordneten Kategorien Zufriedenheit, Selbstverwirklichung, Partizipation und Muße soll nun versucht werden, die Lebensqualität als eine Ausprägung von Lebenslage zu beschreiben. Dies vor allem deshalb, da die Lebensqualität zu den Grundbedingtheiten menschlicher Wohn- und Lebenskultur sowohl in ökonomischer, kultureller als auch sozialer Hinsicht zählt.

8.1.1.1 Lebensboden: Ursprungsfamilie, Kindheit, eigene Familie, soziale Beziehungen und Netzwerk im „SobeWO“

- Kindheit meist unter schwierigsten Lebensbedingungen erlebt
- mehrheitliches Scheitern der eigenen Beziehungen
- wenn gehen leichter fällt als bleiben
- mehrheitlich kein Bezug zu den eigenen Kindern
- Partnerlosigkeit, keine Freunde und/oder kaum/keine Beziehungen
- Sehnsucht Hoffnung als Überlebensstrategie für fehlende Zukunftsperspektiven

¹²³ müsste laut Amann und stimmigerweise „subjektiv“ heißen

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Freizeitverhalten, Helfersyndrom, Hobbies, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen,
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Zufriedenheit hinsichtlich der Ursprungsfamilie, Kindheit, der eigenen Familie, soziale Beziehungen und Netzwerk im „SobeWO“

Die BewohnerInnen von „SobeWO“ haben ihre Kindheit meist unter schwierigsten Lebensbedingungen verbracht und als Kind oft keinen respekt- und würdevollen Umgang erfahren. Weitgehend sehen sie sich daher auch selbst nicht in der Lage, diesen respekt- und würdevollen Umgang auf den unterschiedlichen Ebenen des Miteinanders zu leben. Trotz ihrer schwierigen Kindheit kommt es bei den Erzählungen immer wieder zu einem verbalisierten Zufriedenheitsparadoxon, wenn sie über ihre Kindheit berichten.

„Wirklich, wir haben eine schöne Kindheit gehabt, wir waren 12 Kinder. „Gott sei Dank“ sind wir noch 12 Kinder, also da hat es überhaupt nichts gegeben, der Papa hätte sich nicht zum Tisch gesetzt, ohne dass wir nicht schon gegessen hätten. Also, bevor er sich etwas gekauft hätte, hat er uns Schokolade gebracht. Nie, (3) nein, nie, das...(3)“ (008_weiblich_62)

„Zuerst war ich bei Pflegeeltern (1) am Land, dann bin ich zu Pflegeeltern in die Stadt gekommen nach Graz. Dort ist es mir eigentlich sehr gut gegangen und alles.“ (011_weiblich_69)

Stolz sind die BewohnerInnen von „SobeWO“ auf ihre Kinder, auch wenn sie kaum etwas über sie und ihren Aufenthalt wissen. So sagt eine Bewohnerin, dass ihre Tochter in New York oder in Manhattan ist, sie wisse es nicht genau und daher sei sie beunruhigt (023_weiblich_62). Diese Ungewissheit ob ihrer Kinder belastet die BewohnerInnen. Mehrheitlich haben sie nicht den Mut und die Kraft, Kontakt mit ihnen aufzunehmen. Die Angst über das zugesprochene¹²⁴ Versagen in der Mutter- oder Vaterrolle ist noch immer latent vorhanden (023_weiblich_62). Bezüglich schwieriger Familienkonstellationen kommt es immer wieder zu Äußerungen über Furcht und Angst, jemandem von der Familie unerwartet zu begegnen und sich dabei womöglich einer Rechtfertigung oder Zurechtweisung stellen zu müssen. So erzählen zwei Interviewpartner (013_männlich_64), (019_männlich_64) von ihren wiederholten Versuchen, etwas über ihre Kinder zu erfahren oder sie zu sehen, allerdings wollen sie dabei keine Konfrontation mit ihnen einge-

¹²⁴ vonseiten des Jugendamtes

hen. Einer von ihnen erzählt davon, wie sehr es ihn schmerzt, die Kinder nicht zu sehen und meint, „dass es ihn an manchen Tagen ganz schön rüttelt“.

Wohnungslose Menschen haben keine (022_weiblich_62) oder kaum Freunde (Siehe Tabelle 40), nur wenig Sozialkontakte und kein soziales Netz, das sie als Ressourcen nutzen können (Siehe Abbildung 23 und Abbildung 24). Die verminderte oder auch völlige Kontaktlosigkeit zu Verwandten wird von den BewohnerInnen auch als Prototyp der innerfamiliären Schuldzuweisung an Dritte verwendet.

„Ich habe den Kontakt abgebrochen mit der Frau und mit den Kindern (1) ist der Kontakt abgebrochen (2) also (1) mehr kann man dazu nicht sagen, na? (1) Zu meinen Brüdern ist der Kontakt abgebrochen, mit der Schwester, und ich habe keinen Kontakt mehr. Die Renate hat auch keinen Kontakt mehr zu ihren Leuten, da ist auch alles abgebrochen.“ (003_männlich_63)

„Dadurch dass ich nie Freunde gehabt habe, weil ich in die Sonderschule gegangen bin (1) ich habe im 3. Bezirk gewohnt und im 15. Bezirk bin ich in die Schule gegangen, also (1) da kann man keine Freunde haben. Und die Renate ist auch in eine Sonderschule gegangen, da kann man auch keine Freundschaften aufbauen, na?“ (003_männlich_63)

Selbstverwirklichung hinsichtlich der Ursprungsfamilie, Kindheit, der eigenen Familie, soziale Beziehungen und Netzwerk im „SobeWO“

Aufgrund der sozialen Bedingtheiten ist die persönliche Identifikation meist nicht ausreichend entwickelt oder es kommt entwicklungsbedingt zum Verlust derselben, „da soziale Beziehungen das Milieu der Wohnungslosen sind“ (Gillich, Nieslony, 2000:104). Bezugnehmend auf das Freizeitverhalten pflegen die älteren BewohnerInnen mehrheitlich eine eher defizitäre Sichtweise (Scholta 1994 In: Zapotoczky 1994:345). Die Annahme der Altersrolle scheint für die ehemals wohnungslosen Menschen problemlos zu sein. Gendermäßig lässt sich dahingehend ein Unterschied feststellen, als dass sich Frauen eher an Freizeitaktionen, Ausflügen und an Aktivitäten im Haus beteiligen, während Männer sich hier eher zurückziehen. Bei Frauen ist das Hobby Kochen sehr ausgeprägt (Siehe Tabelle 37). Die Fähigkeit des Kochens ist hinsichtlich ihrer Relevanz sowohl für den Einzelnen, als auch für die Gruppe und das Haus bedeutsam. Männer hingegen sehen gerne fern, vor allem Sport und Nachrichten (Siehe Tabelle 35).

Neues Lernen ist mehrheitlich nicht im Interesse der BewohnerInnen. Oberflächliche Schutzbehauptungen, warum sie nichts Neues lernen wollen, sind die ihnen von sich selbst attestierte Ungeduld technischen Dingen gegenüber, oder dass sie ohnehin schon so viel gelernt hätten und dies nicht mehr wollen, weil sie es nicht brauchen. Versagensängste könnten, tendenzmäßig - ein Argument für diese Schutzbehauptung sein.

Das HelferInnensyndrom ist bei Frauen sehr stark ausgeprägt als „TuerIn“, also Menschen, die permanent etwas Gutes tun wollen. Um die Wichtigkeit des „Seins“ geht es eher bei Männern, die sich eher als „Kümmerer und Helfer“, als der „Stärkere“ profilieren

wollen (Siehe Tabelle 36). Nicht das letzte Glied in der Kette sein wollen, trifft sich hier mit dem Bemühen um „aktives Tun“.

Partizipation hinsichtlich der Ursprungsfamilie, Kindheit, der eigenen Familie, soziale Beziehungen und Netzwerk im „SobeWO“

Partizipation, sowohl als Anrecht als auch als Teilhabe wird kaum oder nicht genutzt. Ressourcen, wie die Möglichkeit des Erlangens von zusätzlichen Kenntnissen, das Knüpfen von Netzwerken, das Kontakthalten mit FreundInnen und Bekannten, werden mehrheitlich nicht als solche erkannt und daher die sich ergebenden Chancen nicht wahrgenommen.

Einzig im Bereich des Machtzentrums Familie spielen die Sehnsucht nach Gemeinschaft und das Wissen um einen partizipativen Anteil an dieser Rolle, weil Familie Schutz, Halt und damit indirekt Anerkennung und Macht gibt (001_weiblich_68). Hat man diesen Schutzraum – aus welchen Gründen auch immer – einmal verlassen, gibt es kaum ein Zurück. Auffallend ist in diesem Zusammenhang auch, dass das einzelne „Ich“ in emotionalen oder Konfliktsituationen meist ins Familiensystem „wir“ hineingehoben wird: „Ich bin wir“. So sagte eine der Bewohnerinnen in diesem Zusammenhang, „wenn du das Problem hast, müssen wir was tun“ (001_weiblich_68).

Partnerlosigkeit, nur wenige bis keine FreundInnen, meist nur ein Minimum an Sozialbeziehungen und kein ausreichendes, soziales Netzwerk bewirken eine negative Ressourcenbilanz, die auch durch ein geliebtes Haustier nicht ersetzt werden kann (003_männlich_63).

Muße hinsichtlich der Ursprungsfamilie, Kindheit, der eigenen Familie, soziale Beziehungen und Netzwerk im Haus

Die BewohnerInnen von „SobeWO“ fühlen sich mehrheitlich zufrieden (Siehe Tabelle 24). Hinsichtlich der Wünsche ist es hauptsächlich jener nach Gesundheit für sich und die Kinder (001_weiblich_68, 011_weiblich_69, 013_männlich_64 u.a.m.). Der Wunsch Versäumtes nachzuholen, ist stark ausgeprägt. Bei jenen, die keinen oder nur seltenen Kontakt zu ihren Kindern haben ist der Wunsch, sie irgendwann zu sehen, latent vorhanden.

8.1.1.2 Lebensboden: Schule, Bildung, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben - Auswirkungen auf das Leben im „SobeWO“

- mehrheitlich geringe Schulausbildung, meist nur Pflichtschule
- abgeschlossene Berufsausbildung ist selten, meist als Anlernling¹²⁵
- häufige Fluktuation und hohe Arbeitslosigkeit
- kein Interesse an Fort- und Weiterbildung
- Schwangerschaft beendet Lehr-, Schul- und Berufsausbildung
- bei Frauen mehrheitlich Aufgabe des Erwerbslebens nach der Familienphase
- Selbstaussbeutung, „burn out“ als Gründe für Abgabe der Eigenverantwortung
- durch Krankheit (Alkohol, Drogen) bedingter Verlust einer Alltagsstruktur

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und dem öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Zufriedenheit hinsichtlich Schule, Bildung, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben und die Auswirkungen auf das Leben im „SobeWO“

Bezugnehmend auf die Lebensqualität der BewohnerInnen und ihre Zufriedenheit mit ihrer Schulbildung bestätigen die InterviewpartnerInnen mehrheitlich, dass nicht die Schule oder der Schulbesuch das Problem war, sondern die Unmöglichkeit, nachher im Bereich des Wunschberufes eine Lehrstelle zu finden. Unter den InterviewpartnerInnen gibt es nur wenige, die eine weiterführende Schule besucht oder eine höher qualifizierte Ausbildung gemacht haben (Siehe Tabelle 19).

Diese schlechten Ausgangsbedingungen öffnen nur einen sehr kleinen und beschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt, der in diesem Sektor von Lohndumping und Fluktuation geprägt ist. Bei Frauen ist meist die Tatsache einer frühen Mutterschaft ausschlaggebend für die frühzeitige Unterbrechung der Ausbildung (011_weiblich_69 u.a.m.).

Von Würde, Stolz und Respekt in der Begegnung gegenüber diesen jungen, werdenden Müttern kann aber nicht gesprochen werden, da die damalige gesellschaftliche Einstellung betreffend dieses Themas eine negative war, die an jeder einzelnen, schwangeren Frau sichtbar und persönlich ausgetragen wurde. Diese gesellschaftliche Ablehnung hat sich eingepreßt.

„Das war ja damals ein Unding, im 1964 Jahr schwanger und nicht verheiratet und noch

¹²⁵ angelernter Beruf, ohne Ausbildung

dazu das Geschäft von meinen Eltern, da wäre auch die Kundschaft weggeblieben.“ (009_weiblich_69)

Stolz empfindet niemand unter den InterviewpartnerInnen hinsichtlich einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung, noch wird ihnen deswegen gesellschaftliche Anerkennung zuteil. Ein Mann (003_männlich_63) meint, dass „er ja nur ein Einzelhandelskaufmann mit Auszeichnung“ sei. Eine Frau (011_weiblich_69) meint, „dass sie nicht wisse, auf was sie in ihrem Leben stolz sein könne“.

Von Angst und Abhängigkeit sprechen vor allem Männer hinsichtlich ihrer attestierten gesundheitlichen Unfähigkeit, einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Die Abhängigkeit vom AMS und deren „good will“ ob der Entgeltfortzahlung, die laufenden Kurse und zwecklosen Vorstellungsgespräche werden als mühsam und teils auch erniedrigend erlebt (024_männlich_64, 019_männlich_64). Mehrheitlich sehnen sie ihr offizielles Pensionsalter herbei, um diesem Prozedere ein Ende setzen zu können.

Selbstverwirklichung hinsichtlich Schule, Bildung, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben und die Auswirkungen auf das Leben im „SobeWO“

Neues zu lernen ist bei den BewohnerInnen von „SobeWO“ nicht gefragt. Ob die Gründe, die zur Verweigerung des Annehmens von Neuem führen, Versagensängste sind, kann nicht gesagt werden.

„Ich habe ich auf die Schule gepfeifen.“ (009_weiblich_69)

„Meine Schwiegermutter hat ein Geschäft, ein Posamentriegeschäft gehabt, Posamentrie und Kunstgewerbe. #00:04:16-0# Da habe ich dann gelernt und mit 17 Jahren habe ich dann geheiratet, weil ich schwanger geworden bin.“ (009_weiblich_69)

„Ja, wenn. "Wenn das Wörtchen wenn nicht wäre", richtig, richtig, dann hätte ich schon gelernt.“ (011_weiblich_69)

Mehrheitlich sind die BewohnerInnen der Meinung, dass sie ohnehin schon ihr ganzes Leben lang gelernt haben und nun keine Geduld mehr hätten, um Neues zu lernen. Schutzbehauptungen treten offen zutage. Frauen und Männer berichten ebenso mehrheitlich, dass sie eigentlich gerne einen anderen Beruf gelernt hätten (011_weiblich_69, 004_männlich_60), diesen aber mangels eines Ausbildungsplatzes oder wegen einer Schwangerschaft nicht hätten verwirklichen können. Beruflich haben vor allem Frauen als Anlernling eine Arbeitsstelle bekommen und dadurch die Erlernung eines Berufes hinten angestellt.

Erschwerend kommen das Desinteresse an Fort- und Weiterbildung der BewohnerInnen und die, durch die Wohnungslosigkeit bedingte, fehlende oder verlorengegangene Struktur eines Arbeits- und Alltagslebens hinzu. Weiters ist hier anzumerken, dass ein Großteil der BewohnerInnen von „SobeWO“ sich eigentlich noch im Erwerbsalter (Siehe Ta-

belle 7) befindet, jedoch meist aufgrund ihrer sichtlich gesundheitlichen Beeinträchtigung, ihrem Ausbildungsmangel und ihrer fehlenden Strukturaffinität chancenlos am Arbeitsmarkt sind (001_weiblich_68, 003_männlich_63). Wenn es zur Hoffnungslosigkeit des Alltags keine Alternative gibt, ist „Flucht“ der letzte Ausweg (004_männlich_60).

Als Hobbies werden gerne jene Tätigkeiten gemacht, die man eigentlich gerne hätte erlernen wollen. So erzählt eine Frau (001_weiblich_68), dass sie immer schon gerne Kindergärtnerin hätte werden wollen, „aber die Kinder habe ich dann ohnehin selbst gehabt“ oder auch, dass sie gerne etwas gemacht hätte, was früher nur Männer machen durften, wie Maler und Anstreicher. Kochen als Hobby und als Selbstbestätigung unterliegen ganz allgemein einem gesellschaftlichen Trend¹²⁶. Insofern findet hier eine Annäherung an die Normbevölkerung (vgl. Seelmeyer 2008:302) statt.

Partizipation hinsichtlich Schule, Bildung, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben und die Auswirkungen auf das Leben im „SobeWO“

Partizipation an Bildungs- und Arbeitsprozessen sind nicht gefragt. Mehrheitlich wird die Meinung vertreten, dass man schon genug gelernt und gearbeitet habe (014_männlich_78).

„Nein, Computer nicht. Ich habe genug Bekannte, die würden ihn mir schenken und da sage ich“ Ich habe keine Zeit und da, der Tisch ist ja zu klein. Nein, ja, nein, lernen nein.“(014_männlich_78)

Bezüglich einer Möglichkeit sich an Arbeitsprozessen zu beteiligen, berichtet ein Mann (024_männlich_64) von „früheren, besseren Zeiten, als es noch Geld gab“ und die BewohnerInnen gegen ein „therapeutisches Taschengeld“ Leistungen wie Ausmal- oder Putzarbeiten tätigen konnten. Heute gäbe es eben kein Geld mehr dafür und deshalb sei dieser ehemalige interessante Job nicht mehr interessant.

Die in „SobeWO“ zur Verfügung gestellten Bücher, Zeitungen und Computer samt WLAN werden nur selten benützt, Schulungen finden vereinzelt statt. Das Interesse ist jedoch relativ gering. Mangels positiver Erfahrungen hinsichtlich der Bereiche Schule und Lernen und in Unkenntnis ob deren Wichtigkeit für den alternden Menschen, grenzen sich die BewohnerInnen mehrheitlich selbst aus.

An dieser Stelle sei ein Einwurf gestattet: Der erst viel später von Otto Neuraths Schüler Gerhard Weisser definierte Spielraum, der den Menschen als ein, auf mehreren Ebenen handelndes und agierendes Wesen in einer sozialisierenden Gesellschaftsordnung begriff, definierte diesen im Zusammenhang mit der Lebenslage folgendermaßen:

¹²⁶ ...Kochsendungen im Fernsehen, Schaukochen u.a.m. liegen im Trend

„als Lebenslage gilt der Spielraum, den die äußeren Umstände dem Menschen für die Erfüllung der Grundanliegen bieten, die ihn bei der Gestaltung seines Lebens leiten oder bei möglichst freier und tiefer Selbstbesinnung zu konsequentem Handeln hinreichender Willensstärke leiten würden“ (Weisser 1978:275 In: Amann 1983:141).

Der Autorin geht es hier um zwei wichtige Ergänzungen hinsichtlich oben genannter und künftiger Bemerkungen, da sehr wohl Chancen und Ressourcen vorhanden sind, diese aber weder von den einzelnen Individuen noch gesellschaftlich wirtschaftlich, im sozialistischen Sinn Neuraths, von diesen genützt werden können. Der Mensch, als in „die äußeren Umstände“ bedingt handelndes Wesen braucht gesellschaftlich vorhandene Ressourcen und Pouvoir`s, um „bei möglichst freier und tiefer Selbstbesinnung zu konsequentem Handeln“ (vgl. Amann 1983:131ff) fähig zu sein. Wenn also die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen für ein solches Handeln nicht gegeben sind, da die dafür notwendigen Dimensionen wie Bildung, Förderung, Einkommen nicht im Lebensboden dieser Menschen verankert sind, so darf und kann eine gesellschaftliche Mitverantwortung für das Fehlen dieser Voraussetzungen nicht abgelehnt werden, da der dafür notwendige, erkennbare Freiraum (Weisser und Nahsen würden hier vom Erfahrungsspielraum sprechen) an Lern- und Erfahrungsprozessen nicht gelernt und erfahren werden konnte. „Um zu der notwendigen Trennung oder Kombination zeitlicher, fachlicher und sozialer Anforderungen in der Lage zu sein, müssen Menschen entsprechend sozialisiert werden“ (Amann 2016:16).

Muße hinsichtlich Schule, Bildung, Ausbildung, Beruf und Erwerbsleben und die Auswirkungen auf das Leben im „SobeWO“

Muße und Freude können eher in den Hobbies gelebt und verwirklicht werden. Dazu gehören vereinzelt das Erlernen eines Musikinstrumentes (025_männlich_58) und einzeln gesetzte Eigeninitiativen wie Theater- oder Museumsbesuche (006_weiblich_69). Mehrheitlich besuchen Frauen unterschiedliche Hobbygruppen oder Talente Workshops. Ein Bewohner (003_männlich_63) nannte es als sein Hobby am Computer - mit sich selbst als Gegner - Schach und andere Spiele zu spielen.

Bezugnehmend auf den geringen Schul- und Ausbildungsstand der BewohnerInnen, ihre meist gescheiterten beruflichen Karrieren, ihrem Desinteresse an Fort- und Weiterbildungen, ihrem gesundheitlichen Zustand und dem Fehlen der Fähigkeit, einen strukturierten Alltag bewältigen zu können, sind die Chancen einer Wiedereingliederung und damit einer Teilhabe an einer Arbeitswelt der Normgesellschaft (vgl. Seelmeyer 2008:302f) zumindest reduziert, wenn nicht denkunmöglich.

8.1.1.3 Lebensboden: Einkommen, Schulden, SachwalterIn, und das Leben im „SobeWO“

Bezugnehmend auf das Einkommen wurden keine Merkmalsausprägungen ausgearbeitet, da alle BewohnerInnen, bedingt durch den, das Einkommen erhöhenden Richtsatz, die Mindestsicherung und die Mietzinsbeihilfe in etwa ein gleich hohes Einkommen haben. Da die BewohnerInnen mehrheitlich entschuldet sind, ist das Einkommen nur für jene ein Thema, die wieder in eine Wiener Wohnen Wohnung ziehen wollen.

Lebensordnung	Lebenslage
Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Helfersyndrom, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Zufriedenheit hinsichtlich Einkommen, Schulden, SachwalterIn und das Leben im „SobeWO“

Die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit ihrem Einkommen bzw. dem Auskommen und der Aufrechterhaltung ihrer Lebensqualität ist unterschiedlich. Da die Höhe des Einkommens der BewohnerInnen von „SobeWO“ relativ gleich verteilt ist, ist eher das persönliche Ressourcenmanagement von Bedeutung, denn dieses bildet das oft notwendige finanzielle Polster für Anschaffungen und Investitionen. Hier darf die Autorin Bezug auf Otto Neurath und sein Konzept des Lebenslagenansatzes nehmen, wenn dieser, allerdings in einem anderen, gesellschaftspolitischen Zusammenhang gesehen, zitiert: „Geld spielt keine zentrale Rolle: Eine sozialisierte Wirtschaft ist daher im Wesentlichen eine Naturalwirtschaft; es gibt in ihr keine Geld-, sondern nur eine Naturalrechnung“ (Hegselmann In: Amann 1983:128). Bezüglich Naturalwirtschaft könnte man heute von Spenden- und Ressourcenmanagement sprechen, welches für die BewohnerInnen insofern wichtig ist, weil sie von anderen Organisationen oder Privatleuten zur Verfügung gestellt werden und es hier keinen (verpflichtenden) „SpenderIn-EmpfängerIn-Diskurs“ gibt.

Selbstverwirklichung hinsichtlich Einkommen, Schulden, SachwalterIn und das Leben im „SobeWO“

Hinsichtlich der Selbstverwirklichung darf auf die lang gehegten Träume und Wünsche der BewohnerInnen verwiesen werden, die der Verwirklichung harren. Hier gibt es zwischen Frauen und Männern keinen Unterschied. Ein Mann (013_männlich_63) und eine Frau (011_weiblich_69) möchten für ihre Kinder sparen.

„Dann hätte ich natürlich gerne für meine Kinder ein bisschen mehr "Dings" übrig gehabt, ein bisschen mehr übrig gehabt, ein bisschen mehr Geld. Ich mein nicht, dass ich sagen will ich bin "Dings", aber dass ich meinen Kindern ein bisschen mehr hätte bieten können und "Dings", das wäre auch immer ein Wunsch von mir gewesen.“ (011_weiblich_69)

Mehrheitlich sparen die BewohnerInnen für die Verwirklichung von verabsäumten Reisen wie z.B. eine Reise ans Meer (008_weiblich_62), oder für Flüge in ferne Länder (009_weiblich_69). Eine andere Frau (001_weiblich_68) meint, dass sie wieder gerne nach Schreibersdorf, einem Erholungsort fahren würde, während eine weitere Frau von der bevorstehenden Kur in Salzburg spricht, wo sie auch ihren Sohn wiedersehen möchte, den sie schon sehr lange nicht gesehen hat (008_weiblich_62).

Im höheren Alter kommt zum Wunsch nach einer lang ersehnten Reise auch die Realität einer benötigten Reisebegleitung hinzu, weil vielfach die Mobilität bereits eingeschränkt ist. So sucht ein Mann noch eine/n ReisepartnerIn, da er aufgrund von eingeschränkter Mobilität durch Krücken nicht alleine verreisen kann. Ein Mann (015_männlich_70) möchte wieder einmal nach Sachsen fahren, wo er aufgewachsen ist, ein weiterer Mann möchte sein Heimatshaus in Salzburg gerne noch einmal sehen (010_männlich_63).

Die Erkenntnis, dass man zum Reisen zu alt ist, oder dafür - aus gesundheitlichen Gründen - eine Reisebegleitung brauchen würde, relativiert diese Ansätze von Euphorie (durchaus auch als epikurisches Glücks- oder Unglücksgefühl im Sinne Neuraths).

Partizipation hinsichtlich Einkommen, Schulden, SachwalterIn und das Leben im „SobeWO“

Partizipation hinsichtlich des Einkommens ist kein Thema. Als Thema angesprochen werden allerdings die zur Verfügung stehenden Lebensmittelressourcen, mit denen man „sich etwas ersparen könne“ (008_weiblich_62) und Aktionen in Fachgeschäften und Kaufhäusern. Weiters kommt hier das Thema Feste und Feiern zur Sprache, da man sich hier ebenfalls Geld sparen könne (025_männlich_58, 023_weiblich_62 u.a.m.). Als Beispiel mögen hier das Bekochen der BewohnerInnen durch Andi und Alex¹²⁷ oder auch durch die Angestellten einer Bank gelten.

¹²⁷ Andi und Alex sind TV-Köche, die 1x im Jahr gratis für die BewohnerInnen eines Hauses kochen

Partizipationsmöglichkeiten hinsichtlich der Mitbestimmung im Haus und / oder als BewohnerInnenvertretung sind sowohl konzeptionell als auch zeitlich vorgesehen. Inwieweit Partizipation diesbezüglich auch gelebt wird, kann nicht gesagt werden.

Ein weiteres, wichtiges Thema für die BewohnerInnen ist die Sachwalterschaft. Mehrheitlich empfinden jene, die eine solche haben, diese als angenehm, weil sie sich um ihre eigenen finanziellen Belastungen keine Sorgen machen müssen und der/die SachwalterIn für die Zurverfügungstellung des Wohnraumes verantwortlich ist, was größtenteils als eine „Blanco-Vollmacht“ angesehen wird, da sich der/die SachwalterIn um alle finanziellen Belange kümmert. Mehrheitlich bekommen die Besachwalteten wöchentlich Geld für den Unterhalt, welches von der Heimhilfe, zusammen mit dem Taschengeld für die persönlichen Belange des Lebens wie Zigaretten, Alkohol u.a.m. verwaltet wird.

„Ich bekomme jeden Tag von der Sachwalterin 20 Euro und nun hat sie auf 150 Euro in der Woche erhöht, na ja und wir gehen am Dienstag um 40,-- Euro einkaufen, das geht sich aus für Dienstag, Mittwoch und Donnerstag. Am Freitag gehen wir wieder, das sind dann 50,-- Euro, da bleibt auch meist etwas übrig. Und das andere muss ich jeden Tag unterschreiben, das ist als Sicherheit für die Heimhilfe, aber das Geld ist da.“ (017_männlich_67)

Muße hinsichtlich Einkommen, Schulden, SachwalterIn und das Leben im „SobeWO“

Einkommen als mögliches Macht- und Statussymbol wird in den PZIs nur einmal in dem Zusammenhang erwähnt, als ein Interviewpartner sehr vergnügt und schelmisch von seinem „geheimen Geldvermögen“ spricht (016_männlich_75). Ein anderer Interviewpartner spricht von seinen Schulden, die er kleinweise zurückzahlt, weil er und seine Lebensgefährtin wieder selbstständig in einer eigenen Wohnung wohnen möchten. Grundvoraussetzung dafür ist aber die Schuldenfreiheit bei Wiener Wohnen.

„Schulden haben wir halt nur von der Ehe noch, was übergeblieben sind, die zahlen wir halt kleinweise weg.“ (003-F4_Analyse_HP, Absatz 2)

„Das Leben ist nicht schön, wenn man kein oder nur wenig Geld hat.“ (011_weiblich_69)

Zusammenfassend kann hier ein Bewohner zitiert werden, der bezüglich des Einkommens sinngemäß folgendes sagte: „Zum Leben zu wenig, zum Sterben zu viel“ (019_männlich_64) und damit der Perspektivenlosigkeit in der Deprivation Ausdruck verleiht.

8.1.1.4 Lebensboden: Wohnen, jetzige und künftige Wohnversorgung im „SobeWO“

- Wohnungslosigkeit als gemeinsames, verbindendes Merkmal aller BewohnerInnen
- Hier ist meine 2. Heimat, hier bin ich zuhause

- „SobeWO“ als Wohlfühlort mit Schutz- und Angekommenheitsgefühl
- Ruhe und Ordnung, eine gewisse Regelmäßigkeit im Leben
- Eigene vier Wände und eine Tür zum Zumachen sind wichtig
- Individuelle Rückzugs- und Abgrenzungsmöglichkeiten bieten Schutz
- Angst durch unliebsames Verhalten die Wohnung zu verlieren
- Kein Problem zu haben, scheint wichtig zu sein
- Lebensabend im „SobeWO“ verbringen wollen
- Personal als Kommunikations- und Familienersatz
- „SobeWO“ ist Wohnversorgung mit Mehrwert

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Helfersyndrom, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Zufriedenheit hinsichtlich des Wohnens, jetzige und künftige Wohnversorgung im „SobeWO“

Zufriedenheit und Lebensqualität sind hinsichtlich des Wohnens unabdingbar. Wohnungslosigkeit als die verbindendste Merkmalsausprägung der BewohnerInnen ist situativ und kurzweilig interessant, langfristig werden aber Abgrenzungen gesucht und gefunden. Nun wieder über das eigene Leben verfügen zu können, mit Würde und Respekt behandelt zu werden, „die Schlüsselgewalt über sich und den nun angestammten (Schutz-)Raum“ zu haben, „die Türe wieder hinter sich zu machen zu können“, sind logische Folge von Verletzungen und Missachtung des Individuums in seinem/ihrem wohnungslosen Vorleben. Bezugnehmend auf die Zufriedenheit, die ja im Sinne Neuraths auch die Unzufriedenheit inkludiert (wie des Menschen Glück oder Unglück) (vgl. Amann 2016:05ff) ist festzustellen, dass es immer wieder um Schuldzuweisungen geht. Es handelt sich um Schuldzuweisungen an „Dritte“, an die, die sich nicht gekümmert haben (003_männlich_63). Ob damit auch die gesellschaftspolitisch Verantwortlichen gemeint sind, kann nicht gesagt werden, allerdings ist die Tendenz des sich „Unverstanden-fühlens“ latent vorhanden (Siehe Gesellschaft und Moral unter 8.1.8).

*„und durch die Behinderungen, die wir beide haben, haben wir die Wohnung verloren.“
(003_männlich_63)*

Andererseits geht es aber ebenso um das Gefühl von fehlender Würde und Achtung, wenn BewohnerInnen meinen:

Selbstverwirklichung hinsichtlich des Wohnens, jetzige und künftige Wohnversorgung im „SobeWO“

Die Möglichkeit, sich selbst wieder wahrnehmen und annehmen zu können, lässt Hoffnung auf eine Zukunft entstehen. Oft ist es so, dass Menschen erst nach mehreren Versuchen in die für sie passende „SobeWO“ Einrichtung kommen. Das Erlebnis auch scheitern zu dürfen, ist wichtig.

„Nein, des, wir haben extra// angesucht damals, wie wir die Gemeindewohnung verloren haben, dass wir "Betreutes Wohnen" haben, nicht? (.) Nur durch die Umstände haben wir (1)=jetzt haben wir (1) wart einmal, Gänsbachergasse, Haus Liesing, Haus Noah, haben wir 3x gewechselt die Häuser, bis wir das richtige Haus und die richtige Betreuung gefunden haben, na. Da ist jetzt die richtige Betreuung.“ (003_männlich_63)

Partizipation hinsichtlich des Wohnens, jetzige und künftige Wohnversorgung im „SobeWO“

Partizipation und Wohnen als Zeichen von Zugang und Anteil haben an öffentlich gefördertem Wohnraum ist ein starker und symbolisch wichtiger, wechselseitiger Akt der Akzeptanz von Normgesellschaft (vgl. Seelmeyer 2008:302f) und ehemals wohnungslosen Menschen.

„Ich bin heute froh, dass es solche Häuser gegeben hat, dass wir nicht auf der Straße gelandet sind, na?“ (003_männlich_63)

Die BewohnerInnen äußern sich auch dahingehend, dass sie nun, nach langer Zeit der Wohnungslosigkeit, hier eine „zweite Heimat“ gefunden hätten.

„Der einzige Vorteil ist eben, so wie jetzt, wo ich nicht aufstehen kann, dass jemand da ist, der sich wirklich um einen kümmert, jemand, der was zum Trinken bringt oder in die Kantine geht und was zum Essen holt. Es ist natürlich auch eine Einschränkung, weil, was mir auch auf die Nerven geht, dass jeden Tag am Vormittag, jemand klopft, so auf die Art, ob Du schon tot bist oder ob Du noch lebst. Aber so, wie es jetzt ist, wo ich krank bin, ist es mir recht, wenn jemand kommt. Also werde ich mich auch nie wieder beschweren darüber, wenn ich gesund bin. Aber das habe ich ja auch nie gehabt, vorher.“ (009_weiblich_69)

Dass die BewohnerInnen von „SobeWO“ sowohl von einer sozialpolitischen Wohnversorgung als auch weltpolitischen Bedingtheit der UNO-Resolution 1948 profitieren, die Wohnen mittels „habit“ definiert, weist auf die gesellschaftspolitische Mitverantwortung für diese Randgruppe hin.

Muße hinsichtlich des Wohnens, jetzige und künftige Wohnversorgung im „SobeWO“

Muße als Ausdruck des „Angekommen seins“ ist ebenso vertreten als der Wunsch nach raschem Auszug. Dieses sozial kontrollierte Umfeld zu verlassen, ist für manche Hoffnung auf ein eigenes, wieder selbstständiges Wohnen und für andere ein mit Angst, Furcht und von Abhängigkeit geprägter Alptraum (018_Bergermayer_60)

„Wohlfühlen tue ich mich erst, seit ich da bin. Da habe ich wirklich meine Ruhe. Mit mir streitet keiner, da ist überhaupt nichts, da habe ich immer meine Ruhe und ich verstehe mich mit allen sehr gut und da gibt es überhaupt nichts. Und das ist für mich jetzt eine zweite Heimat geworden, nicht? Ich sage Ihnen ja, dass ich mich erst richtig wohl fühle, seit ich da wohne, das ist für mich wirklich eine zweite Heimat geworden. (7) Ansonsten kann ich nicht viel sagen, oder will ich nicht viel sagen, und, und...“ (011_weiblich_69)

Ein weiterer, theoriegeleiteter Aspekt einer „total institutionellen“ Schuld- und Rechtfertigungsstrategie ist der immer wiederkehrende Ausspruch, „dass dies kein Problem sei“, „dass man ja im Büro nachfragen könne, dass es kein Problem gäbe“ u.a.m. Kein Problem zu haben, scheint also für die BewohnerInnen wichtig zu sein, um Anpassung und Akzeptanz zu signalisieren.

Auffallend ist die ungefragte Äußerung mancher BewohnerInnen, dass sie sich, seit sie in der „SobeWO“ Einrichtung leben, auch mit Spielen und Lesen beschäftigen.

„Also, mein Leben ist eigentlich ausgelastet, ich könnte nicht sagen, dass ich mich fadisier oder sagen wir, ich lasse es gar nicht zu, dass ich mich fadisier.“ (009_weiblich_69)

„Ich habe mehrere Interessen, also ich spiele gern.“ (003_männlich_63)

„Gesellschaftsspiele, dann "Mensch ärgere Dich nicht", Schach, und Brettspiele hauptsächlich, beziehungsweise Rollenspiele (4) Kartenspiele (2) was noch?“ (003_männlich_63)

Wohnungslosigkeit als das verbindendste Merkmal aller „SobeWO“ BewohnerInnen hat mehrheitlich eine zweite Ausprägung, nämlich die Angst, die Wohnung, diese zweite Heimat wieder zu verlieren. Die Verlustängste sind stark ausgeprägt (018_weiblich_60). Infolgedessen sind „pro forma Schuldzuweisungen an Dritte“ genauso vertreten wie das „Anpassungsangebot“, das jenen in totalitären Systemen nicht unähnlich ist: „Sie können hinuntergehen und im Büro nachfragen, Sie können alles kontrollieren“ (017_männlich_67, 003_männlich_63).

Die kulturellen Belange der Maße - als eine der Ausprägungen menschlichen Daseins - kommen in den Interviews so nicht vor. Die BewohnerInnen beiderlei Geschlechts eint, dass sie gerne fernsehen. Obwohl in allen „SobeWOs“ ein großer Fernseher im Aufenthaltsraum platziert ist und man auch dort essen und trinken kann, sehen die BewohnerInnen jede/r für sich allein und im eigenen Zimmer fern. Ausnahmen gibt es hier nur bei

kleinen Gruppen, die zusammen das Silvesterprogramm sehen oder ähnlich verbindende Veranstaltungen wie z.B. ein Fußball Länderspiel bzw. Weltmeisterschaft, Skifahrweltmeisterschaft oder eine Olympiade. Hier bilden sich kleine Gruppen, mehrheitlich Männer, die sich bei Sportagenden solidarisch zeigen.

8.1.1.5 Lebensboden: Gesundheit, Alkohol / Drogen, Beschwerden im „SobeWO“

- Zeitmangel als legitimer Faktor für Krankheit und Verweigern von ÄrztInnen
- Regelmäßige Kontrollen als Legitimation und Absicherung
- Krankheit und Gesundheit als ein „pendelndes Aufmerksamkeitsbarometer“
- Verdrängung und Flucht vor Eigenverantwortung
- „wäre ich gesund Aktivitäten“ als verbale Willensäußerung
- physische und psychische Erkrankungen als Folge von Abstiegsprozessen
- Alkohol-, Tabletten- und Drogenkonsum als „Fluchthelfer“ und „Problemlöser“
- was kränkt macht krank - Beschwerden als Ventilator der Seele
- Stigmatisierung und Ausgrenzung begünstigen Außenseiterrolle
- Angst vor dem Spital und seinen totalitären Ritualen
- Schuld sind immer „die anderen“
- Haustiere sind die beste Medizin

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Helfersyndrom, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Zufriedenheit hinsichtlich Gesundheit, Alkohol/Drogen, Beschwerden, Benachteiligungen im „SobeWO“

Die BewohnerInnen von „SobeWO“ Einrichtungen sind bis zum Zeitpunkt ihres Einzuges hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung massiv unterversorgt. Das Nichtvorhandensein von öffentlichen Hygieneräumen und Zeitmangel werden als legitimer Faktor für die Nichtbekämpfung von Krankheit und das Verweigern des Arztbesuches angesehen. Nun fühlen sie sich durch den/die im Haus ordinierende/n HausarztIn und seine/ihre niederschwellige Betreuung mehrheitlich gut betreut. Das Angebot wird angenommen, wie man der steigenden Anzahl an Konsultationen pro Person entnehmen kann (Tabelle 12). Die „Komm-Struktur“ des medizinischen Versorgungsangebotes (ArztIn kommt ins Haus) kommt den Gewohnheiten der BewohnerInnen entgegen, weil sie in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können.

Physische und psychische Erkrankungen sind Folge von Abstiegsprozessen, soziale Ausgrenzung beschleunigt diesen Prozess. Alkohol-, Tabletten- und Drogenkonsum sind als „Fluchthelfer“ eine willkommene Abwechslung, sie sind SeelenwärmerIn, TrösterIn, HelferIn und UnterstützerIn bei Ängsten und helfen, die soziale Isolation für kurze Zeit durch „Rauschfreundschaften“ zu vergessen.

Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse wirken sich fatal auf die physische und psychische Konstellation des Individuums aus. Wohnungslose Menschen grenzen sich (Selbstschutz) im öffentlichen Raum ab und gleichzeitig werden sie von der Öffentlichkeit (Gesellschaft) ausgegrenzt, denn auf Abgrenzung folgt Ausgrenzung.

Schuldzuweisungen an alle und für alles, was nicht gut im Leben gelaufen ist, sind ebenso eine typische Merkmalsausprägung von im „SobeWO“ wohnenden Menschen.

„Ich sage ja, bis dato (original: daweil) bin ich noch sehr zufrieden und ich bin gesund und da denke ich an das "Alter" noch gar nicht so.“ (011_weiblich_69)

„Ich will nichts mehr. Ich will nur mehr meine Ruhe haben, eigene Wohnung haben und dann nur noch meine Ruhe, nicht, weil ich weiß nicht, wie lange ich noch lebe, das weiß keiner, einer früher einer später: Ich bin schwer bedient (.) mit der Luft.“ (003_männlich_63)

„Und dabei habe ich auf die Gesundheit wenig geachtet, na und deswegen bin ich heute bedient. (3) Es war halt mit der ersten Frau nicht das Wahre, na und wie ich die Renate kennengelernt habe, da war ich schon bedient, na.“ (003_männlich_63)

Schuldzuweisungen an „Dritte“ treten auch hier wieder zutage. So sagte ein männlicher Bewohner (003_männlich_63), dass er krank sei und verbindet damit indirekt, dass seine geschiedene Frau daran schuld sei.

Selbstverwirklichung hinsichtlich Gesundheit, Alkohol/Drogen, Beschwerden, Benachteiligungen im „SobeWO“

Die für die Selbstverwirklichung notwendigen Motivationsansätze hinsichtlich der Gesundheit erhalten die BewohnerInnen nicht nur über die im Haus ordinierenden ÄrztInnen, sondern auch über das BetreuerInnenteam. Im Haus stattfindende Kochkurse, Diätberatungen und diverse Vorträge, Gymnastikstunden und Wanderungen unterstützen jene BewohnerInnen in ihrem Bemühen, die sich vermehrt um ihre Gesundheit sorgen.

„Ich könnte keine Sackeln hinauftragen, weil sicher, wenn da der Lift kaputt ist, wirst ja schon narrisch dabei, weil 4. Stock ohne Lift (simuliert Atemnot) und überhaupt, wenn jemand so viel raucht wie ich, dann noch dazu, weil jetzt rauche ich seit 53 Jahren und jetzt höre auch nicht mehr auf.“ (009_weiblich_69)

Große Freude, Stolz und Empathie ist vor allem bei jenen zu spüren, die einen erfolgreichen Entzug hinter sich gebracht haben. Interessant ist hier die Tatsache, dass genau dann, wenn niemand die Einstellung des Suchtverhaltens einfordert, dieser Entzug -

meist ohne Kenntnis der BetreuerInnen - gemacht wird. Eine Bewohnerin (008_weiblich_62) nannte es das „pendelnde Aufmerksamkeitsbarometer“, welches sie dazu veranlasste, einen neuerlichen Versuch der Entziehung zu starten.

„Ich habe mir gedacht, so kann es nicht weitergehen, nein, so geht es nicht weiter (4). Und da bin ich zum Herrn Doktor gegangen und habe ihm gesagt, dass ich so nicht weitermachen könne und rede mit ihm normal. Da sagt er: „Das war vielleicht der Entzug, weil momentan, nichts mehr. Dann fragte er mich, wo ich auf Entzug gewesen sei und ich sage: „nirgends“. Da sagt er: „das war es, dass Sie das zu Hause allein durchgezogen haben und das war das schwarze Loch“. Das war das schwarze Loch, hundertprozentig.“ (008_weiblich_62)

Vielfach wird dieser Entzug spontan und ohne ärztliche Hilfe und Unterstützung durchgezogen, was aber zur Folge hat, dass sie gegenüber jenen, die es nicht geschafft haben, eher intolerant sind. „Das sind ja lauter Weicheier“ (016_männlich_75) und ähnliche Ausdrücke sind die Norm. Toleranz, Respekt und würdevoller Umgang miteinander gehören nicht unbedingt zu den Stärken der BewohnerInnen. Ob dem so ist, weil sie es selbst nie anders erfahren haben, kann nicht gesagt werden.

Mehrheitlich leiden die BewohnerInnen unter physischen und psychischen Erkrankungen, meist als Folge von persönlich negativ erlebten Entwicklungen und/oder Abstiegsprozessen. Alkohol-, Tabletten- und Drogenkonsum als „Freund und Kumpel“, „Fluchthelfer“ und „Problemlöser“ sind zwar vielfach „best friends“, jedoch zeichnet sich hier mit zunehmendem Alter eine – aus gesundheitlichen Gründen – rückläufige Tendenz ab.

Beschwerden sind der „Ventilator der Seele“ (009_weiblich_69) und als solche werden sie wohl eher von Frauen als von Männern akzeptiert.

Partizipation hinsichtlich Gesundheit, Alkohol/Drogen, Beschwerden, Benachteiligungen im „SobeWO“

Partizipation hinsichtlich des Gesundheitsbemühens im Allgemeinen gibt es nicht, allerdings reagieren die MitbewohnerInnen teils sensibilisiert auf jene, die sich einem Entzug stellen (008_weiblich_62), (013_männlich_64).

„Ich war Bewachungsorgan, weil nichts mehr anderes war (1) und bin dann zusammengefallen und bin psychisch, ich bin psychisch krank. Also, nicht nur die Behinderung, sondern ich bin psychisch krank.“ (003_männlich_63)

Sehr wohl partizipieren die BewohnerInnen an den vom Verein neunerhaus bereitgestellten medizinischen Versorgungsleistungen durch den FSW und die Wiener Gebietskrankenkassa. Diese werden regelmäßig konsultiert. Ebenso werden die Sozialen Versorgungsdienste mit zunehmendem Alter vermehrt angenommen, da eine vertragliche pflegerische Versorgung einen längerfristigen Verbleib im Haus gewährleistet.

Muße hinsichtlich Gesundheit, Alkohol/Drogen, Beschwerden, Benachteiligungen im „SobeWO“

Bezugnehmend auf die meist eigenen Erfahrungen in „totalitären Einrichtungen“ haben BewohnerInnen von „SobeWO“ mehrheitlich ein „gestörtes Verhältnis“ zu Spitals- und/oder Pflegeeinrichtungen. Mit den totalitären Ritualen eines Spitals zu leben, heißt auch Stigmatisierung durch eine gesellschaftliche Macht, der man hilflos ausgeliefert und von der man abhängig ist: „Da hast einen schwarzen Fleck am Buckl“ (006_weiblich_74), „da wirst nicht ernst genommen“ (006_weiblich_74), „die sprechen ja gar nicht mit Dir“ (006_weiblich_74). Abhängig zu sein bedeutet, die Macht der anderen anzuerkennen, heißt Folge zu leisten, heißt abhängig zu sein. Der vermeintlich als Freiheit empfundene, erlebte und oft auch verherrlichte Alltag eines/einer ehemals Wohnungslosen ist zwar Selbstbetrug, erlebt aber in totalitären Institutionen seine erfolgreiche, heroische Wiederbelebung.

Die Schuldfrage scheint das gesamte Leben zu kennzeichnen. Besonders stark fällt sie hinsichtlich vermeintlicher Rechtfertigungsprozesse auf, die so gar nicht vorhanden waren. Schuld sind immer „die anderen“, die, die nicht richtig beraten und nicht richtig betreut, nicht richtig erzogen, nicht richtig verstanden, nicht gewarnt haben u.a.m. Schuld und Rechtfertigung als „Möbel einer totalitären Institution“ begleiten, besser vielleicht verfolgen, diese Menschen ihr Leben lang.

8.1.1.6 Lebensboden: Krankheit, Spitalsaufenthalte, Ängste, Multimorbidität, und Soziale Dienste und „SobeWO“

- Arztgläubigkeit, Rat der ÄrztInnen und BetreuerInnen als Motivation
- Stolz auf Lebens- und Krankheitsgeschichte, „der Tapfere, Tüchtige, der Mann ohne Schmerzen“ sein wollen, um Aufmerksamkeitsdefizite ausgleichen zu können: „ich bin ein ganz Harter“
- Absicherung der Diagnose durch Hinterfragung
- Schuldzuschreibungen und Umgang (Erbkrankheit) mit der Krankheit
- Befund und Diagnose schaffen Erleichterung, Akzeptanz des Prozederes
- Selbstdiagnose als Bestätigung und Abgeben von Eigenverantwortung
- Frustration und Ungeduld im Kampf gegen die Krankheit, persönliche Identitätskrise und „Akzeptanz der Krankheit“
- Aussichtslosigkeit auf Veränderung macht müde und resignativ
- Demenz als Hoffnung

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Helfersyndrom, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Angst und Abhängigkeit belasten die BewohnerInnen sehr. Es sind dies mehrheitlich Verlustängste wie z.B. die Angst vor dem Verlust der Wohnung im „SobeWO“, aber auch die Angst vor Abhängigkeit und vor dem Sterben.

Zufriedenheit hinsichtlich der Problematik von Krankheit, Spital, Multimorbidität und Sozialen Diensten im SobeWO“

Die Lebenssituation von kranken Menschen ist immer schwierig. Das trifft auch auf die Menschen zu, die im „SobeWO“ wohnen. Mehrheitlich sind ihr schlechter Gesundheitszustand oder eine akute Erkrankung der Grund für eine Aufnahme.

Zufrieden sind die BewohnerInnen mit den Leistungen der ärztlichen Liaison Dienste, sie fühlen sich angenommen und sind froh, dass es hier auch die Möglichkeit des Zukaufs von Pflege gibt. Es gibt auch jene Kranken, die sich, als „wandelndes Aufmerksamkeitsbarometer“ zwischen Spital und „SobeWO“ bewegen und dann von sich behaupten, „dass sie eben ganz Starke“ (012_männlich_87) sind.

„Im Spital habe ich 3 neue Stents, 2 Hinterwand- und einen Vorderwandstent bekommen. Na und am nächsten Montag kommt eine Heimhilfe, die Margarethe und fragt: „Von wo kommst denn Du her mit dem Taxi“? und da habe ich gesagt: Vom Spital, ich habe gerade wieder einen Herzinfarkt gehabt“. Sagt sie: „Das ist ein Harter“. Dann habe ich zur Gaby hinaufgerufen, dass ich schon wieder da bin und sie hat gesagt: „Das darf nicht wahr sein“. Dann bin ich zu meinem Arzt gegangen und habe ihm gesagt, dass ich schon wieder da bin. Ich bin unter 8 Tagen wieder heimgegangen, vom 7. Herzinfarkt.“ (012_männlich_87)

Der Umgang mit der Angst vor den unbekanntem Ritualen eines totalitären Systems ist offensichtlich. Selbstverwirklichung wird als Selbsthilfe oft zur Überlebensstrategie. Andererseits gibt es mehrere BewohnerInnen, die durch ihre Krankheit sozial isoliert sind. Das trifft vor allem auf Menschen zu, die nicht mobil sind.

Partizipation hinsichtlich der Problematik von Krankheit, Spital, Multimorbidität und Sozialen Diensten im SobeWO“

Der Zukauf von Sozialen Diensten ist die Grundvoraussetzung zum Verbleib im „SobeWO“, wenn die Unterstützung durch Alltagshilfe nicht mehr ausreicht. Diese Zukaufsmöglichkeit wird von den BewohnerInnen durchaus positiv gesehen.

„Und daher bin ich eben froh, dass ich zweimal in der Woche eine Heimhilfe habe, mit der ich entweder einkaufen gehen kann. Ich kann ja gehen, es ist nur so, dass, wenn jemand mit mir geht, ich eine Sicherheit habe.“ (009_F4_Analyse_FK, Absatz 5)

„Bei uns ist das so, dass am Donnerstag die Ärztin ins Haus kommt, was sehr, sehr praktisch ist, weil das ist einen Stock oberhalb und die kennt Dich dann auch schon jahrelang und wenn Du irgendwas brauchst, kannst Dir Deine Medikamente holen und was Du brauchst und wenn Du wirklich schlecht zu Fuß bist, dann geht einer von den Zivildienern, der die ganzen Rezepte sammelt, in die Apotheke und bringt die Medikamente.“ (009_F4_Analyse_FK, Absatz 90)

Die BewohnerInnen partizipieren wesentlich von den Leistungen der jungen Menschen, die freiwilligen Sozial- oder Zivildienst für die Gesellschaft leisten. Diese jungen, meist sehr motivierten Menschen sind eine gesellschaftspolitische Ressourcenleistung an alte Menschen. Hier könnte man abgeändert, aber im Sinne Otto Neuraths – wenn dieser von der Mehrdimensionalität des Begriffes der Lebenslage als „Inbegriff all der Umstände, die verhältnismäßig unmittelbar die Verhaltensweisen eines Menschen, seinen Schmerz, seine Freude bedingen“ (Neurath 1931:125) – sagen, dass dieser Mehrwert ein für beide Seiten produktiver ist.

Muße hinsichtlich der Problematik von Krankheit, Spital, Multimorbidität und Sozialen Diensten im SobeWO“

Bezugnehmend auf Krankheiten von Muße zu sprechen, ist hier in jenem Zusammenhang zu sehen, den Otto Neurath auch im Zusammenhang mit „Glück oder Unglück des Menschen“ beschrieben hat (vgl. Neurath In: Amann 1983: 131f, Amann 2016:02).

„Nein, ich mache gar nichts, die Gesundheit (.) ich lebe so dahin (.) solange es geht (.) wenn es nimmer geht, ist es vorbei.“ (003_männlich_63)

„Rauchen zum Beispiel. Ich habe sofort zum Rauchen aufgehört. Und sonst - geprägt hat mich eigentlich gar nichts, weil ich bin immer gleich.“ (011_weiblich_69)

„Ich will nur mehr meine Ruhe haben, eigene Wohnung haben und dann nur noch meine Ruhe, nicht, weil ich weiß nicht, wie lange ich noch lebe, das weiß keiner, einer früher einer später: Ich bin schwer bedient (.) mit der Luft.“ (003_männlich_63)

Bezüglich des Themas Krankheit wäre es vermutlich angebrachter, auf Ingeborg Nahn- sen oder auch Gerhard Naegerle zurückzugreifen, um hier vor allem auf die durch das

Alter bedingten Risiken von Altersarmut, der sozialen Isolation, der Pflege, vor allem aber auf die fehlende Ressource der Familienpflege, näher einzugehen (Siehe Punkt 9). Dahingehend wäre aber der Anteil an hauswirtschaftlichen Leistungen, der durch die Heimhilfe und Reinigungsdienste geleistet wird, wieder in Abzug zu bringen.

Bei den Themen Gesundheit/Krankheit wird die gesellschaftlich und professionell bedingte Bruchstelle zwischen Sozial- und Pflegesystem sichtbar. Da die BewohnerInnen des „SobeWO“ meist nicht bis zur Hochaltrigkeit im „SobeWO“ verbleiben können, ist es Ziel, die Koordination zwischen sozialer und pflegerischer Versorgung möglichst lange aufrecht zu erhalten.

8.1.1.7 Lebensboden: Alter und Tod, Älter werden, Umsiedelung von „SobeWO“ ins Heim?

- Lebensabend hier verbringen wollen
- Angst vor Verlust des Wohnplatzes wegen erhöhtem Pflegebedarf
- Resignation und Passivität, Abgabe von Eigeninitiative
- Vereinzelte Möglichkeiten, mittels Zukaufleistungen hier auch sterben zu können
- Unterschiedliche Annahme f. Unterstützungsmaßnahmen v. Frauen und Männer
- Tägliche Kontrolle als akzeptierte Vorgangsweise f. persönliche Befindlichkeiten

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Helfersyndrom, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude,

Zufriedenheit hinsichtlich der Problematik von Alter und Tod, Älter werden, Umsiedelung von „SobeWO“ ins Heim

Mehrheitlich wollen die BewohnerInnen ihren Lebensabend im „SobeWO“ verbringen. Die Tatsache, dass dies in Ausnahmefällen und bei Zukauf von Sozialen Dienstleistungen möglich ist, wirkt befreiend. Ängste können zwar dadurch nicht komplett beseitigt werden, jedoch ist die Selbstmotivation durch diese Zukunftsperspektive größer, etwas für sich und die eigene Gesundheit zu tun. Die Befürchtung, das „SobeWO“ in Richtung Pflegeheim verlassen zu müssen, ist jedoch latent vorhanden.

Selbstverwirklichung hinsichtlich der Problematik von Alter und Tod, Älter werden, Umsiedelung von „SobeWO“ ins Heim

Selbstverwirklichung, Neues Lernen und Hobbies werden im Alter, bedingt auch durch den eher defizitären Lebensstil weniger und kaum noch gelebt. Dazu tragen nicht nur die körperlichen Bedingtheiten, sondern auch das Fehlen von Lebensperspektiven und Selbstmotivation bei.

Partizipation hinsichtlich der Problematik von Alter und Tod, Älter werden, Umsiedelung von „SobeWO“ ins Heim

Partizipieren können die BewohnerInnen im hohen Alter vor allem durch die ins Haus kommenden Sozialen Dienste, der Organisation des Alltagslebens durch die BetreuerInnen im Haus, durch die Ressourcen an Ehrenamtlichen und ZivildienstlerInnen und durch die ins Haus kommenden Liaisondienste.

Alter und Krankheit vermindern die ohnehin schon geringen Lebensperspektiven im „SobeWO“. Die Verdrängung der Lebensrealität verbunden mit der Problematik, dass die BewohnerInnen die Entscheidung in ein Pflegeheim zu gehen meist nicht selbst treffen, sondern anderen überlassen, ist dahingehend unverständlich, da sie in ihrem steten Bemühen um Unabhängigkeit diesbezüglich resignative Akzeptanzbereitschaft signalisieren. Andererseits ist die Annahme einer durch andere getroffene Entscheidung, einer Umsiedelungsnotwendigkeit noch schwieriger und entwurzelnder.

„Eigentlich nicht, macht mir eigentlich nichts. Früher war das für mich schon beängstigend, aber heute ist es, aber nein, entweder schiebe ich es noch weg, dass ich die Angst noch nicht zulasse, ich weiß es nicht, dass ich es noch nicht so sehr verspüre, nicht an mich rankommen lasse, dass ich einmal ins Pflegeheim muss. Es ist mir nicht fremd, aber ich lasse es noch nicht zu, sagen wir so.“ (022_weiblich_62)

„Ins Altersheim, nein, da will ich nicht hingehen.“ (025_männlich_58)

„Die einen kommen in ein Pflegeheim, die anderen werden sterben, na ja, da sagt man halt: Mein Gott.“ (017_männlich_67)

„Pflegeheim? Das ist ohnehin fast so wie ein Pflegeheim. Ich weiß nicht, an das denke ich noch gar nicht.“ (025_männlich_58)

Bei allem Wunsch nach Unabhängigkeit fällt auf, dass die BewohnerInnen mehrheitlich nicht selbst entscheiden, ob und vor allem wann sie ihren Wohnsitz in ein Altersheim verlegen wollen. Diese Entscheidung schieben sie in weite Ferne und lassen dadurch andere über sich und den Zeitpunkt der Umsiedelung bestimmen. Entgegengesetzt allen anderen Intentionen um Selbstständigkeit und Unabhängigkeit wird hier die Abhängigkeit von Entscheidungen durch „Andere“ in Kauf genommen. Einer der Gründe könnte

darin liegen, dass man für die eigene Entscheidung niemandem die Schuld zuteilen könnte.

Die des Öfteren angesprochene „Selbstspende an die Anatomie“ als letztes gutes Werk wird wohl eher aus Kostengründen als aus Gründen der Wissenschaft in Erwägung gezogen.

8.1.1.8 Lebensboden: Moral und Gesellschaft bei „SobeWO“

- Politik wird als ungerecht und ohne Lösungsansätze empfunden
- Jugendliche und Arbeitslosigkeit
- Dankbarkeit zwischen Ideal und Kritik.
- Große Ängste und teils Fremdenhass gegen AusländerInnen, Migration und
- Überbevölkerung

Lebensordnung

Lebenslage

Zufriedenheit	Anerkennung, Würde, Respekt, Stolz, Abhängigkeit und Angst
Selbstverwirklichung	Neues Lernen, Hobbies, Helfersyndrom, Überlebensstrategie
Partizipation	Anteil und Zugang zu begehrten Gütern und am öffentlichen Leben, Ressourcen
Muße	Glück, Wünsche, Freude, Theater, Bücher lesen, Konzerte u.a.m.

Zufrieden zeigen sich die BewohnerInnen über die Tatsache, dass es in den „SobeWO“ Einrichtungen, aufgrund der Förderpolitik „keine AusländerInnen“ und nur wenige „MigrantInnen“ gibt. Der Fremdenhass ist sehr stark ausgeprägt. Die Fremden werden als „SchmarotzerInnen des hiesigen Sozialsystems“ gesehen. Sie sind Konkurrenz, aber noch mehr sind sie Gefahr, weil sie jung und meist gesund sind. Hier verspürt man einen weiteren Konflikt, nämlich nicht nur „jung und alt“ und „AusländerInnen gegen InländerInnen“, sondern auch „unsere Jungen gegen die anderen Jungen“. Partizipieren will man hauptsächlich am Zugang zum öffentlichen Gesundheits- und Sozialsystem. Aufgrund der Tatsache, dass sich die BewohnerInnen von der Politik und der Gesellschaft mehrheitlich unverstanden fühlen, wurde hier von einer weiteren ausführlichen Beschreibung abgesehen.

8.2 Zusammenfassung der lebenslaufbedingten Problemlagen

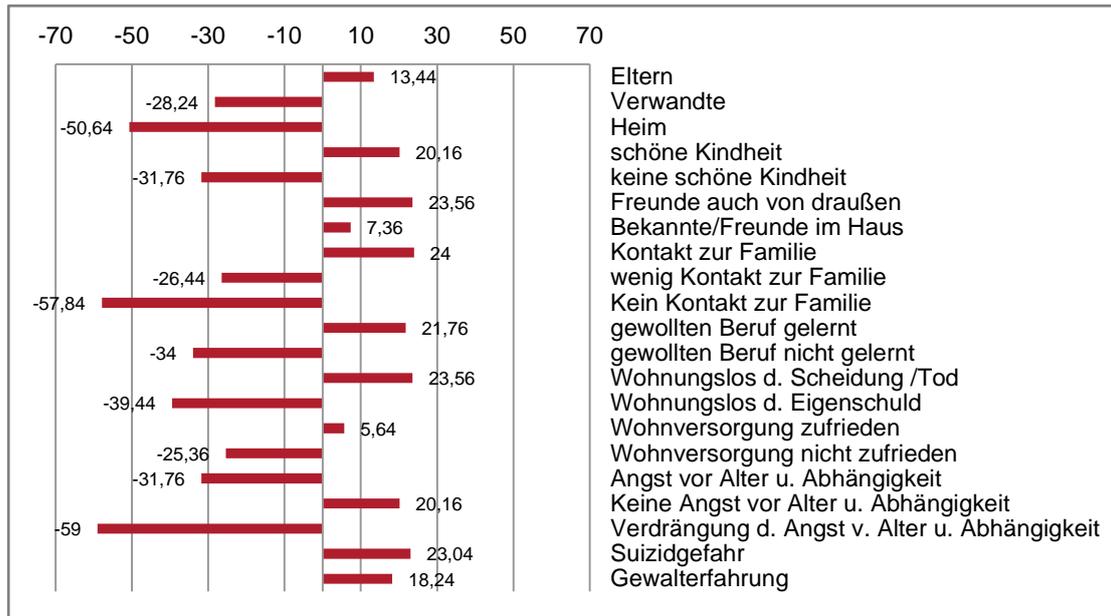
Wie schon in den vorangegangenen, differenzierten Teiluntersuchungen gezeigt, ist die Lebenslage mehrheitlich eine eher deprivierte. Neuraths Ansatz der „Glücksmaximierung“ (vgl. (Neurath, P./Nemeth, E. 1994:56) hinsichtlich der Merkmalsausprägung von Glück oder auch Unglück, sozusagen Glück in all seinen Bedingtheiten, soll hier nochmals, ob deren Relevanz oder Nichtrelevanz, überprüft werden. Hierbei soll der epikurische Ansatz der Glückssumme insofern Ausgangsbasis sein, als dass hier Otto Neuraths Begrifflichkeit von Lebensstimmung gelten möge:

Abbildung 25_Vision einer Annäherung an Operationalisierung

Freiräume	Eher weniger	Eher mehr	Zufriedenheit
Einkommen	eher wenig	nein	eher ja
Bildung	eher niedrig	nein	ja
Erwerbsarbeit	nein	nein	ja
Wohnen	nein	meist nein	meist ja
Familie	kein oder nur wenig	meist nein	meist ja
Gesundheit	keine gute Gesundheit	meist nein	meist ja
Freizeit, Muße	eher wenig	meist nein	meist ja
Zukunftsperspektiven	keine	nein	nein
Glücksempfinden	eher nein	nein	eher ja

Wie schon aus den vorangegangenen Untersuchungen ersichtlich, kommt es trotz schlechter Ausgangsbedingungen immer wieder zu einem „Aufflackern“ eines Zufriedenheitsparadoxons (Siehe Abbildung 25), das Mut und Hoffnung auf die Chance einer Realisierung von Zukunftsperspektiven bietet. Ob dieses zarte Pflänzchen „Hoffnung“ auch eine Überlebensstrategie sein könnte, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden. Um die Problemlagen der BewohnerInnen von „SobeWOs“ klar und übersichtlich darstellen zu können, hat sich die Autorin der Konzeption Amanns und seiner Darstellung der Lebensstimmung (Amann 2016:03) bedient. In der unten angeführten Abbildung 26 werden die, aus den PZIs-gewonnenen Daten der lebenslauforientierten Problemlagen, rechnerisch ausgewiesen (Siehe Anhang 5).

Abbildung 26_KFB_Lebenslaufbezogene Problemlagen



n=25, Mehrfachnennung

8.3 Verortung von „Lebenslage und Lebensqualität“ im „SobeWO“

„Der Begriff Lebensqualität will das Wertvollste bezeichnen, das der Mensch in seinem Leben realisieren kann.“ (Amann & Majce 2005: 212)

Wie aus der bisherigen Arbeit hervorgeht, haben die Themen Wohnungslosigkeit, Armut und Gesundheit immer mit Menschen zu tun, die an den Rändern der Gesellschaft leben und in gewollter oder ungewollter Abhängigkeit und Distanz zu dieser stehen. Bezugnehmend auf diese „Triologie des typologischen Zusammenhangs“ (vgl. Rancie`re 2002) darf angemerkt werden, dass ältere, ehemals wohnungslose Menschen, die im „SobeWO“ leben, sich selbst dadurch vermehrt als VerliererInnen dieser heutigen Gesellschaft erleben, weil sie innerhalb ihrer Randgruppenposition auch noch die einer defizitären Altersrolle einnehmen. Damit erleben sie die gesellschaftspolitische Zuordnung als:

- Ärmste unter den Armen
- kaum/keine FreundInnen, kaum/keine sozialen Beziehungen
- interne Konkurrenz: ältere gegen jüngere ehemals Wohnungslose
- inländische, ehemals Wohnungslose gegen MigrantInnen und EU-Wohnungslose
- interne Konkurrenz der Geschlechter
- Randgruppe unter Kranken und zu Pflegenden im Spital und in Heimen

und allgemein überstülpnd, in jeder der obgenannten Kategorien als von anderen Menschen und Mächten abhängig. Die Erkenntnis der Macht, der eigenen Ohnmacht ausgesetzt zu sein, ist oft der einzig mögliche und realistische Bezug zur Wirklichkeit. Die

Bandbreite des Handlungsansatzes liegt im Kontinuum zwischen Macht und Ohnmacht, liegt zeitlich zwischen Aggression, Resignation und Depression.

BewohnerInnen von „SobeWO“ Einrichtungen sehen und bewerten sich im Kontinuum der Distanz zur Mehrheitsbevölkerung und deren Werten. Dieser individuell verschieden groß empfundene Abstand ist jenes Maß der Unterschiedlichkeit, welches das Selbstwertgefühl und die Selbsteinschätzung des Einzelnen, aber auch das von Gruppen und Gesellschaften beeinflusst. Dieses Maß ist eine Standortbestimmung welches, persönlich differenziert durch unterschiedliche Betroffenheit, für jeden gilt: dem/der einen BewohnerIn oder Gruppe zeigt es, wie reich er/sie hinsichtlich von Lebensqualität z.B. Gesundheit, Integration, pflegerische Versorgung) ist und dem/der anderen BewohnerIn oder der Gruppe wird klar, dass er/sie nicht dazugehört, weil er/sie oder die betroffene Gruppe krank ist (fehlende Gesundheit, fehlende Integration, nicht ausreichende Möglichkeit zur pflegerischen Versorgung u.a.m.).

Diese Bandbreite (von Spielräumen sprechen ja erst Gerhard Weisser und Ingeborg Nahnsen), dieses Maß ist ein sich laufend veränderndes und richtet sich nach den jeweils gerade vorherrschenden, gesellschaftlichen Werten. Diese Bandbreite, wie die Autorin es hier in diesem Zusammenhang vorerst noch nennen will, ist ökonomisch, sozial und kulturell bedingt und sieht den Menschen als handelndes Wesen, wobei die Definition „handelndes Wesen“ hier ebenso hinterfragt werden muss, wie die Festlegung von ökonomischer, sozialer und kultureller Bedingtheit.

Die Autorin spricht in diesem Zusammenhang bewusst nicht von Spielräumen, obwohl die Versuchung groß ist, da Otto Neurath selbst nie diesen „Lebens- und Gestaltungsraum“ direkt ansprach. Dies blieb, wie schon oben angeführt, Gerhard Weisser und Ingeborg Nahnsen u.a.m. vorenthalten. Ingeborg Nahnsen formuliert die von Weisser ursprünglich übernommene Formulierung von Otto Neuraths Definition der Lebenslage als nachhaltige Erfüllung von Grundanliegen dahingehend um, als dass sie ausdrücklich die Grundanliegen erwähnt, die „der Einzelne als bestimmend für den Sinn seines Lebens ansieht“ (Nahnsen 1992:105 In: Henkel /Merle 1992:105).

Damit wäre zwar der für die untersuchte Zielgruppe bestimmende Freiraum als einer definiert, der dem Individuum in seiner/ihrer Selbstbestimmung Raum für die eigenen Entscheidungen und Wertigkeiten gibt, jedoch darf nicht übersehen werden, dass es auch Gründe geben kann, warum Menschen diesen nicht erkennen und nutzen können und dadurch an der Erfüllung dieser Grundanliegen verhindert oder zumindest beeinträchtigt sind, weil sie Lebenschancen nicht erkennen und daher auch nicht benützen können (vgl. Nahnsen 1992:105f In: Henkel /Merle 1992:105).

Anton Amann erkennt die Doppeldeutigkeit der „Lebenslage als Bedingung für das Handeln einerseits und als Zielgröße von Handlungen andererseits“ (Leßmann 2006:30) und

geht davon aus, dass Änderungen der Ausgangsposition von Lebenslagen lebenshistorische Wirkungen auf der Ebene der subjektiven Befindlichkeit (vgl. Amann 1983:137) auslösen. Lebenslagen sind also nicht nur sich dynamisch entwickelnde, gesellschaftlich-historische Prozesse, sondern auch „der durch Erleben und Handeln von Menschen individuell gestaltete Existenzraum (Amann 1983:13), der je nachdem, sowohl Chance als auch Risiko und Niederlage bedeuten kann. Diesen Zusammenhang möchte mit einem Ausspruch einer InterviewpartnerIn unterlegen, die folgendes sagte (Siehe Anhang 6):

„Ich existiere, aber ich lebe nicht. Im „Warteraum des Lebens“ lebt man nicht, man existiert“ (021_weiblich_51).

Hinsichtlich der Lebenslagenanalysen von alten Menschen zieht Amann die psychische, physische, kognitive und emotionale Dimension mit ein und erweitert, ähnlich wie Naegele, den von Ingeborg Nahnsen definierten Muße- und Regenerationsspielraum um die Kategorie Alter. Alter muss als „soziale Dimension der Gesellschaftsstruktur, als normative und symbolische Dimension verstanden werden“ (vgl. Amann In: Backes / Clemens 2000:59).

In seinem Buch, die vielen Gesichter des Alters, spricht Amann vermehrt von der „Balance-Arbeit“ (Amann 1989:121) und meint jene drei Lebenswelten, „in denen unterschiedliche gesellschaftliche Institutionen das Handeln des Einzelnen beeinflussen, steuern oder gar kontrollieren“ und daher neu definiert werden müssen¹²⁸:

- Die Berufs- und Arbeitswelt,
- Ehe und Familie und
- freie, soziale Beziehungen, mit dem geringsten Maß an Institutionalisierung.

Gleich vorweg, wie obgenannte Untersuchung zeigte, ist keine dieser drei genannten, ausgleichenden, Balance-Welten in der Lebenswelt der BewohnerInnen von „SobeWO“ realistisch vorhanden.

Wie schon oben mittels unterschiedlicher methodischer Ansätzen dargelegt, ist die Lebenslage der BewohnerInnen von „SobeWO“ in ihren Ausgangsbedingungen zwar durchaus unterschiedlich bedungen, gleicht sich aber während einer langen, karriereartigen Entwicklung¹²⁹ von Wohnungslosigkeit und Wohnversorgung im „SobeWO“ einander an.

Der Verlust sozialer Beziehungen - als logische Folge obgenannter Bedingtheiten - führt langfristig zum Verlust von sozialen Kompetenzen und dadurch auch zum Verlust jeglicher, an die eigene Persönlichkeit gebundener Existenzgrundlagen. Trennungen und

¹²⁸ In Anlehnung an die Definition von Amann, (1989:121) gehalten

¹²⁹ E. Goffman

Scheidung führen dann in weiterer Folge nicht nur zum Verlust familiärer Bindungen, sondern auch zu Verletzungen und einem Werteverlust des „Ichs und des Selbst“. Ohne Schutzhülle an Beziehungen zu Familie, Nachbarn, FreundInnen beginnt sich die Spirale der Isolation zu drehen, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen beginnen zu greifen und ihre Wirkung zu entfalten. Wenn individuelle Schutzräume wie Wohnung, Familie, FreundInnen, Erwerbsleben und damit verbundenes Einkommen als Lebensboden und als Lebenordnung wegfallen, wird es für das Stimmungssubjekt schwierig, positiven Lebensstimmungen gegenüber marktkonform und handelnd (vgl. Amann 1983:137) begegnen zu können. Schutzräume können aber das Fehlen von wie auch immer gearteten „Spielräumen“ nach Gerhard Weisser (Amann 1983:141) und Ingrid Nahnsen nicht kompensieren, denn das „handelnde Subjekt“ benötigt keine Schutzräume, sondern Spielräume.

„Worüber man nicht sprechen kann, muss man schweigen“

Ludwig Wittgenstein

9 Diskussion der Ergebnisse, des methodischen Ansatzes und der Schlussfolgerungen

Der Auswertung der statistischen Daten des FSW sowie der Gesundheitsdaten des Vereines neunerhaus und unterfüttert mit den, aus den PZIs gewonnenen Daten der subjektiven Sichtweise von BewohnerInnen ist zu entnehmen, dass die Lebenslage hinsichtlich der Ausprägung Lebensqualität eine teils differenzierte, von Deprivation, sozialer Isolation, Alter, Krankheit und unterschiedlichen Karriereverläufen eher negativ geprägte ist, obwohl die Höhe des Zufriedenheitsparadoxons überrascht.

- **Die thematisch lebenslaufbezogenen Problematiken weisen vermehrt negative Merkmalsausprägungen aus, obwohl Zufriedenheitsparadoxons auftreten.**

Obwohl das Alter und die Perspektivenlosigkeit die verbleibende Restzeit des Lebens prägend beeinflussen, treffen die BewohnerInnen die Entscheidung, wo und wie sie ihren Lebensabend verbringen wollen nicht selbst, sondern überlassen diese Entscheidung dem/der SachwalterIn, dem Personal oder auch einfach dem Faktor Zufall. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass die Kategorie Abhängigkeit die am meisten gefürchtetste ist. Ob dies der eher defizitären Sichtweise des Alters und der Annahme der Altersrolle zugeschrieben werden kann oder doch eher einer resignativen Haltung gegenüber Eigenentscheidungen, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden.

Feststellbar ist dass sich hier mehrheitlich zwei Alterstheorien kreuzen, nämlich die der defizitären Sichtweise mitsamt der Annahme der entsprechenden Altersrolle mit der der Produktivitätstheorie - unter der Ausgrenzung der intergenerativen Produktivität, die eine differenzierte, individuelle Auslegung der Altersrolle ermöglicht (vgl. Theunissen 2002: 32f). Bezüglich der allgemein vorhandenen und sich im Alter verstärkenden Perspektivenlosigkeit kann gesagt werden, dass es mehrheitlich zu einer Verweigerung der Lebens-, Wohn- und Versorgungsrealität kommt.

- **Bezugnehmend auf eine weitere, womöglich pflegerische Wohnversorgung, kommt es mehrheitlich zu einer Abgabe von Eigenverantwortung. Diese wird nun an den/die SachwalterIn oder an das Personal delegiert.**

Als weitere Ergebnisse können die lange Wohndauer und die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit der Wohnsituation und der dadurch bedingten Lebensqualität gesehen werden, wobei ein „Bias“, eine statistische Verzerrung, hier nicht ausgeschlossen werden kann.

- **Aufenthaltsdauer und Aussagen verweisen mehrheitlich auf eine Zufriedenheit hinsichtlich der Wohnversorgung und Wohnqualität.**

Klar herausgearbeitet werden konnte aber auch, dass die Wohnform „Sozial betreutes Wohnen“ aufgrund ihres multidisziplinären Ansatzes und unter Miteinbindung von Pflege mittels Case- und Caremanagement und deren Instrumentarien, als parallel geschaltete Versorgungsstruktur in der Lage ist, objektive Benachteiligungen und subjektive Beeinträchtigungen der BewohnerInnen zu kompensieren.

- **Die Wohnform des „SobeWO“ ist geeignet, Benachteiligungen und subjektive Beeinträchtigungen der BewohnerInnen sowie das Fehlen von Familienbeziehungen mehrheitlich zu kompensieren.**

Als unerwartetes Ergebnis - zumindest vonseiten der Autorin - zu werten, ist die Feststellung, dass viele der ehemaligen Kinder, die als Pflege - oder Heimkinder in den 1950iger – 1970iger Jahren zu Pflegeeltern in die Bundesländer oder in andere Heime kamen, sich nun als Erwachsene im „SobeWO“ wieder begegnen.

- **ehemalige Pflege- und Heimkinder vermehrt im „SobeWO“ zu finden.**
- **Sehnsucht und Hoffnung dienen als Überlebensstrategie** für fehlende Gesundheit, fehlende Familie, fehlende/r FreundInnen/ Freundeskreis und vor allem für fehlende Zukunftsperspektiven.

9.1 Methodenkritik

9.1.1 Methodenkritik zu den PZI-Interviews

Das problemzentrierte Interview, als eine von Witzel 1982 (Witzel 2000) entwickelte, qualitative Erhebungsmethode, schien der Autorin für diese Arbeit besonders prädestiniert zu sein, da dieser Zugang zur qualitativen Sozialforschung den Menschen sowohl in seiner/ihrer „subjektiven Einmaligkeit und Besonderheit, als auch seine/ihre kollektive Einbindung“ (vgl. Schmidt-Grunert 1999:13) in sein/ihr mittelbares und unmittelbares Lebensumfeld erfasst. Durch das theoriegenerierende Verfahren der Grounded Theory (Glaser & Strauss 1998) konnten im deduktiv-induktiven Wechselspiel Erkenntnisgewinne sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess gewonnen werden.

Aufgrund der eingeplanten Testinterviews wurden Lücken im Leitfaden ersichtlich, die so nicht beachtet worden waren. Als Beispiel darf hier der Genderaspekt angeführt werden,

der zwar ob der kleinen Anzahl nicht als signifikant bewertet werden kann, aber tendenzielle Entwicklungen in die eine oder in die andere Richtung aufzeigt. Aufgrund einzelner, auffallend genderdiverser Aussagen zu bestimmten Themen wurden dann die Netzwerklandkarte und die Redezeiten in den Leitfaden aufgenommen.

Problematisch in diesem Zusammenhang war zeitweilig die Interviewsituation, weil die BewohnerInnen mehrheitlich eine/n jüngere/n StudentIn erwarteten und eine Seniorstudentin diesen Part ausführte, die entweder gleichaltrig oder meist älter als die zu Interviewenden war. Für diese Situation mussten erklärende Worte des „warum“ gefunden werden.

Im weiteren Verlauf musste auch festgestellt werden, dass die Verbindung des Faktors Zeit mit dem Faktor einer Institution für eine sensible Interviewführung problematisch sein kann. Dies insbesondere dahingehend, als die Menschen im „SobeWO“ eine individuell unterschiedliche Tagesstruktur leben. So konnten Termine meist erst um den späten Vormittag vereinbart werden, was zur Folge hatte, dass einige InterviewpartnerInnen gedanklich schon beim Kochen waren oder aber auch zum Mittagstisch in den Gemeinschaftssaal gerufen wurden, da die ZivildienerrInnen um diese Zeit das Essen zubereiteten. Aufgrund dieser anfänglich gemachten Erfahrungen wurde meinerseits eine ausgiebige Jause mitgebracht, sodass das Mittagessen später eingenommen werden konnte.

9.1.2 Methodenkritik an den empirischen Daten des FSW und des Vereines neunerhaus

Die Bearbeitung der Daten beider Institutionen erwies sich insofern als aufwendig, da vonseiten des FSW nur jene abrechnungsrelevanten Daten vorhanden waren, die die Trägervereine des FSW in den monatlichen Abrechnungen ausweisen. Personenbezogene, weiche Daten, welche für das Aufzeigen von Karriereverläufen in der Wohnungslosenhilfe von Interesse gewesen wären, konnten nicht bereitgestellt werden.

Beim Verein neunerhaus ist die Datenlage dahingehend aussagekräftiger, als dass es nunmehr auch möglich ist, gegenderte Daten zu erfassen und dann geschlechtsbezogen auszuwerten. Leider waren für den vorliegenden Zeitraum nur wenige Daten gegendert verfügbar, eine neuerliche Überarbeitung der Daten würde notwendig erscheinen. Um die sozialen Aspekte von Krankheit und Gesundheit besser herausarbeiten zu können, würde es auch einer Überarbeitung der Einteilung von einheitlich erfassten Krankheitskategorien bedürfen, die in Zusammenarbeit auch mit anderen niederschweligen, medizinischen Trägerorganisationen koordiniert werden sollten, sodass hier Unklarheiten in der Diagnose hintangehalten werden könnten. Sowohl die Daten des FSW als

auch die Daten des Vereins neuerhaus mussten in einem zeitaufwendigen Verfahren so bearbeitet werden, dass sie als Einzelnennung, als stringenter Fall, wie es das neuerhaus nennt, statistisch bearbeitet werden konnten.

9.1.3 Methodenkritik zur Erhebung der Daten mittels PZI und ihre Anwendung hinsichtlich des Lebenslagenansatzes von Otto Neurath

Grundsätzlich war die Methodenwahl des Konzepts der Lebenslage von Otto Neurath für die Evaluierung der Lebenslage der BewohnerInnen von „SobeWO“ dahingehend eine richtige, als dass hier dem multidimensionalen Ansatz der Evaluierung entsprochen werden konnte. Alter, Armut und Wohnungslosigkeit mit den in diesem Zusammenhang quergeschichteten Themen von Gesundheit und Krankheit, von Lebenszufriedenheit und Lebensqualität ergaben eine Themenvielfalt, die durch die Aufarbeitung der lebenslaufbezogenen Problematiken in ihrer Aussagekraft noch vertieft werden konnten.

Allerdings ergaben sich dahingehend Probleme, als dass das PZI, dem ja eine dynamische, sich entwickelnde Theorie als Konzeption zugrunde liegt, für diese Zielgruppe und diese Themenstellung ungeeignet ist. Dies vor allem deshalb, da mehrere InterviewpartnerInnen durch diese offene Interviewführung verunsichert waren. Die einen meinten, die Zeit nun dafür verwenden zu müssen, zu Reden um des Redens willen, während andere die Zeit dazu benützten, schweigend ihr Leben zu rekapitulieren. So kam es immer wieder zu Situationen, in denen die Autorin gerne in das Geschehen eingegriffen hätte, entweder um das Gespräch flüssig zu halten oder einfach zu stoppen. „Reden um des Redens Willen“ wurde durch gezielte Nachfragen und dem Hinführen zum Thema unterbrochen. Hier vorsichtig und lenkend einzugreifen ohne zu manipulieren, stellte sich als eine große und nicht immer positiv verstandene Herausforderung dar.

Bedingt durch oft traumatische Erlebnisse arteten Erzählungen zeitweilig zu einer Art „Coaching-Situation“ aus, sodass die Autorin versuchte, so sensibel wie möglich zum nächsten Thema überzuleiten.

Für das Interview direkt war, wie bereits erwähnt, ein Zeitrahmen von 45 -60 Minuten vorgesehen, allerdings hatte der tatsächliche Zeitrahmen eine Spanne von 75 - 90 Minuten inklusive des Vorstellungsprozederes, der Erhebung des Kurzfragebogens und eventuell weiterer Erläuterungen. Meist konnte der Zeitrahmen eingehalten werden, manche der InterviewpartnerInnen ermüdeten sehr rasch. Dem Ermüdungszustand der InterviewpartnerInnen entsprechend, hätte der Zeitrahmen der intensiven Interviewphase mit 30 Minuten beschränkt sein müssen.

Der dem Interview zugrunde liegende Leitfaden hätte aus heutiger Sicht und heutiger Erfahrung anders konzipiert werden müssen, da die offene Leitkultur des PZI einer Operationalisierung zu Vergleichszwecken widerspricht. Die dem Lebenslagenkonzept zugrunde liegenden Operationalisierungen konnten so nicht durchgeführt werden, weshalb die Autorin weder auf Ingeborg Nahnsen noch auf nachfolgende allnamhafte VertreterInnen des Lebenslageansatzes Bezug nehmen konnte.

Aufgrund des Fehlens von vergleichenden Studien konnte die Begrifflichkeit von Lebenslage nicht um die Begrifflichkeit eines differenzierten Spielraumes (Weisser, Nahnsen) erweitert werden. So wurden in der Darstellung die Begrifflichkeiten von „mehrheitlich“ oder auch „wenige“ gewählt um dem Ansatz Neuraths zu entsprechen.

9.2 Weiterer Forschungsbedarf

Wie schon oben ausgeführt, besteht sowohl hinsichtlich einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Themenbereichen von Wohnungslosigkeit, Armut und Alter ein Forschungsbedarf, als auch hinsichtlich der statistischen Datenlage, da zwar viele Daten erhoben werden, diese aber aus ethischen und Datenschutzgründen nicht weiter gegeben werden dürfen. Zudem würde es eines eigenen Studienzweiges für Randgruppenforschung bedürfen, um Querschnittsmaterien, die alle obgenannten Thematiken betreffen, im interdisziplinären Überblick zu behalten.

Weiters würde es hinsichtlich der Datenlage eines gemeinsamen Vorgehens von Verein neunerhaus, der Ambermed, dem Luisebus-ÄrztInnenteams der Caritas und der Wiener Gebietskrankenkassa bedürfen, um Krankheitsgruppen und Einteilungskategorien für Anamnesebögen gemeinsam so zu gestalten, dass die Gleichwertigkeit der Daten zur statistischen Verwertung gegeben ist. Diese könnten dann in Zusammenarbeit mit den anderen niederschweligen, medizinischen Trägerorganisationen koordiniert werden, sodass hier Unklarheiten in der Diagnose hintangehalten werden könnten. Als Beispiel möge hier die Oberkategorie „Psychische Erkrankungen“ gelten, die Suchtverhalten ebenso inkludiert wie psychosomatische Krankheitsbilder. Differenzierungen und Abgrenzungen würden einer Klarheit in der Auswertung dienlich sein.

Allgemein muss festgestellt werden, dass die Datenlage für Wohnungslosenforschung in Wien eine sehr gute ist, allerdings ist es in den Bundesländern darum eher schlecht bestellt. Interessant und sicherlich notwendig wäre diesbezüglich eine gesamtheitliche österreichweite Studie ob der Lebenslage ehemals wohnungsloser Menschen hinsichtlich einer bundesweit einheitlichen Regelung der Mindestsicherung.

10 Literatur

Abels, Heinz; Keller, Berndt (1974): Obdachlose – Zur gesellschaftlichen Definition und Lage einer sozialen Randgruppe. Opladen: Westdeutscher Verlag In: Pohoryles, Roland (1993:4): Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien, Studie des Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften.

Amann, Anton (1983): Lebenslage und Sozialarbeit. Sozialwissenschaftliche Schriften, Heft 7. Berlin: Duncker & Humblot.

Amann, Anton (1989): Die vielen Gesichter des Alters. Tatsachen – Fragen – Kritiken. Wien: Österreichische Staatsdruckerei.

Amann, Anton, Hg. (2000): Kurswechsel für das Alter. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Amann, Anton (2004): Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse? Wien: Böhlau.

Amann, Anton; Majce, Gerhard (2005): Beitrag zum Symposium anlässlich des 75. Geburtstages von Leopold Rosenmayr in Wien, 26./27. November 2000. In: Amann, Anton (2005): Soziologie in interdisziplinären Netzwerken. Soziologische Theoriebildung und empirische Altersforschung, 203-210, Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Amann, Anton; Kolland, Franz, Hg. (2008): Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie. Altern und Gesellschaft, Band 14. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Amann: Positionspapier von Lebensqualität und Generationenpolitik.

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/2/3/CH2227/CMS1314963502633/lebensqualitaetundgenerationenpolitik_kurzfassung_referat_amann.pdf; abgefragt am 26.11.2016 um 17:45 Uhr.

Amann, Anton (2016): Geschichte und Systematik des Konzepts Lebenslage. Unveröffentlichtes Manuskript. Wien.

Amrhein, Ludwig (2011): Vortrag zu: „Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens“. Zentrum Altern und Gesellschaft der Universität Vechta, Frühjahrstagung der DGS-Sektion Alter(n) und Gesellschaft in Berlin am 20./21. Mai 2011.

APA: Fast jede zweite Frau in Österreich arbeitet mittlerweile Teilzeit. Der Standard, 16. Juni 2016.

Arendt, Hannah (1981): Vita Activa oder Vom tätigen Leben. 2. Auflage München: Piper.

Armutskonferenz:

<http://www.armutskonferenz.at/armut-in-oesterreich/faqs-zum-thema-armut.html>; abgefragt am 23.9.2016 um 17:23 Uhr.

Armutdefinitionen:

https://de.wikipedia.org/wiki/Relative_Armut#Absolute_Armut_im_Vergleich_zur_Relativen_Armut ; und: <http://www.bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de/homepage/material/armutsdefinition.pdf>;

<http://www.trend.at/wirtschaft/oesterreich/einkommen-schere-5387661>; abgefragt am 24.9.2016 um 17:12 Uhr.

[derstandard.at > Inland > Sachpolitik > Sozialpolitik & Armut 15.01.2010](#); abgefragt am 24.9.2016 um 17:40 Uhr.

Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2000): Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske+Budrich.

Barkholdt, Corinna (2001): Das Lebensführungskonzept – Analytisches Potential für eine Weiterentwicklung des sozialpolitikwissenschaftlichen Lebenslagenkonzeptes? In: tagaus – tagein. Neue Beiträge zur Soziologie Alltäglicher Lebensführung. Arbeit und Leben im Umbruch, Band 1. München: Hampp. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ss0ar-324310>; abgefragt am 20.2.2017 um 21:59 Uhr.

BAG: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe.

http://www.bagw.de/de/der-verein/grundsatz_1.html; abgefragt am 11.1.2017 um 16:36 Uhr.

<http://www.bawo.at/de/content/wohnungslosigkeit/definitionen.html>; abgefragt am 20.4.2016 um 10:37 Uhr.

<http://www.bawo.at/de/content/bundesarbeitsgemeinschaft-wohnungslosenhilfe-startseite.html>; abgefragt am 21.02.2017 um 16:53 Uhr.

http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Fotos/Newsletter/NL_11_04/BAG_W-PA-Zahl-der-Wohnungslosen-steigt.pdf; abgefragt am 20.4.2016 um 22.04 Uhr.

https://www.google.at/?gws_rd=ssl#q=bundesarbeitsgemeinschaft+wohnungslosenhilfe+2001+forschung; abgefragt am 5.12.2016 um 18:00 Uhr.

https://www.google.at/?gws_rd=ssl#q=Deutsche+Bundesarbeitsgemeinschaft+wohnungslosenhilfe+2001; abgefragt am 5.12.2016 um 18:22 Uhr.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung (2010): Vormals Sozialhilfe:

<https://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtsvorschriften/html/s0051200.htm>; abgefragt am 10.11.2016 um 15:19 Uhr.

Berger, Peter (1994): Individualisierung und Armut In: Zwick, Michael (Hg.): Einmal arm, immer arm? – Neue Befunde zur Armut in Deutschland. Frankfurt am Main: Campus, 21-46.

Bourdieu, Pierre (1997): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 9. Auflage Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Brack, Ruth; Geiser, Kaspar (1967): Aktenführung in der Sozialarbeit; nähere Daten konnten nicht mehr recherchiert werden.

Brack, Ruth; (1995a): Evaluation als Voraussetzung für die Qualitätssicherung in der Sozialarbeit. In: Sozialarbeit, Fachschrift des Schweizerischen Berufsverbandes diplomierter SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen. Nr. 21/95, Bern, 2-19.

Brack, Ruth (1995b): Qualitätssicherung in der Sozialarbeit. In: Bardelt, Christoph (1995) 5-39.

Brem, Detlef; Seeberger, Bernd (2010): Alt und wohnungslos in Bayern. In: Sozialer Fortschritt: Unabhängige Zeitschrift für die Sozialpolitik, Band 59. Köln, 209-219.

Brem, Detlef (2010): Alt und wohnungslos in Deutschland. In: Sozialer Fortschritt: Unabhängige Zeitschrift für die Sozialpolitik, Band 58. Köln, 226-234.

Brendler, Claudia; Geene, Raimund (2003): Armut und Gesundheit. Themenheft 4. Berlin.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Hochaltrigkeit in Österreich – Eine Bestandsaufnahme.

Burzan Nicole (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. 4. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Caritas (2008): Zeitschrift der Caritas Deutschland, Ausgabe 16. <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2008/artikel2008/wohnungslos-und-alt-heisst-oft-krank>; abgefragt am 21.2.2017 um 22:03 Uhr.

Celikates, Robin: Politik und Polizei:

<http://www.textezurkunst.de//55/politik-und-polizei>; abgefragt am 10.11.2013 um 22:19 Uhr.

derstandard (2010): Artikel über Armut im Rahmen der Armutskonferenz vom 15.01.2010.

<http://derstandard.at/1262209556004/Aus-Oester-reich-wird-Oester-arm>; abgefragt am 22.2.2017 um 17:37 Uhr.

Denk, Heinz (2003): Individuelle Aspekte des Alterssports. In: Denk, Heinz; Pache, Dieter; Schaller, Hans-Jürgen (Hg.): Handbuch Alterssport. Grundlagen – Analysen – Perspektiven. Schorn-dorf: Hofmann, 55-85.

Dietz, Berthold (1997): Soziologie der Armut. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Drapalik, Herbert (1990): Geschichte der Wiener Sozialverwaltung von 1945-1985: Wien: Sozial-amt der Stadt Wien.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2015): f4 Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. An-leitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

www.audiotranskription.de/praxisbuch. abgerufen am 28.12.2016 um 17:24 Uhr.

Enders-Drägässer, Uta; Sellach, Brigitte (2002): Weibliche "Lebenslagen" und Armut am Beispiel von alleinerziehenden Frauen. In: Hammer, Veronika; Lutz, Ronald (Hg): Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt am Main: Campus.

Elias, Norbert (1987): Die Gesellschaft der Individuen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Enders-Drägässer, Uta, Brigitte Sellbach, Antje Feig u.a.m. (2000): Frauen ohne Wohnung. Handbuch für die ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen. Schriftenreihe des Bundesministe-riums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 186. Stuttgart: Kohlhammer.

Engl, Heinz (2015): Festschrift 650 Jahre Universität Wien.

www.univie.ac.at/en/650/the-highlights-in-retrospect/history-tradition/-86k; abgefragt am 24.1.2016 um 17:24 Uhr.

Engels, Friedrich (1845): Die Lage der arbeitenden Klassen in England: In: Geisen, Thomas (2011): Arbeit und Subjektwerdung in der Moderne: Ein dialogue imaginaire zwischen Karl Marx und Hannah Arendt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

ETHOS (2006):

<http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>; abgefragt am 21.2.2017 um 17.34 Uhr.

Europäische Sozial Charta:

<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007377&FassungVom=2016-04-18&Artikel=30&Paragraf=&Anlage=&Uebergangsrecht>; abge-fragt am 24.7.2016 um 17.30 Uhr.

f4 (2015): Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analy-se. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

www.audiotranskription.de/praxisbuch. abgerufen am 28.12.2016 um 17:24 Uhr.

Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3. aktualisierte Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fonds Soziales Wien: Begrifflichkeiten: wohnungslos-obdachlos:

<http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/begriffe.html>; abgefragt am 21.2.2017 um 18:00 Uhr.

FSW-Organisation: <http://www.fsw.at/downloads/broschueren/fsw/organisationsbild.pdf>

Fokus ÖGGG-Kongress vom 26.-28.3. 2015 in Wien: Suizidrisiko steigt mit dem Alter stark an. In: Ärzte Krone 9/15 In: Stein, Claudius; Till, Benedikt; Niederkrotenthaler, Thomas (2015): Tätigkeitsbericht des Kriseninterventionszentrums 2015.

Frisch, Max (1975) aus: <http://www.spiegel.de/fotostrecke/gastarbeiter-wir-riefen-arbeitskraefte-und-es-kamen-menschen-fotostrecke-74565-2.html>; abgerufen am 21.2.2017 um 21:45 Uhr.
<http://migrazine.at/artikel/und-es-kamen-menschen>; abgerufen am 11.5.2016 um 10:35 Uhr.

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2009): Interpretative Sozialforschung: Der Prozess. Wien: Facultas.

Geiser, Matthias (1996): Alterssozialpolitik: Fragmentierung überwinden – Lebenslagen verbessern. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie; Bd. 5. Hannover: Vincent.

Geene, Raimund, Gold, Carola (2000): Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 4, Verlag b_books, Berlin.

Geremek, Bonislaw (1991): Geschichte der Armut. Elend und Barmherzigkeit in Europa; München In: Dietz, Berthold (1997): Soziologie der Armut. Eine Einführung. Campus Verlag, Frankfurt/New York.

Gillich, Stefan (2003): Alt und ohne Wohnung. In: Seeberger, Bernd; Braun, Anagelika (Hrsg.): Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Mabuse.

Gillich, Stefan; Nieslony, Frank (2000): Armut und Wohnungslosigkeit. Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen. Reihe Soziale Arbeit. Fortis Verlag in Verlagsgemeinschaft mit Bohmann Buchverlag – MANZ – Bildung Sauerländer Köln – Wien – Aarau.

Girtler, Roland (1980): Vagabunden in der Großstadt. Teilnehmende Beobachtung in der Lebenswelt der „Sandler“ Wiens. Stuttgart: Enke.

Girtler, Roland (1996): Randkulturen: Theorie der Unanständigkeit. Wien: Böhlau.

Golden (1992): In: Enders-Drägässer, Uta (2000): Frauen ohne Wohnung. Handbuch für die ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 186. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Goffman, Erving (1973): Asyl: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Grimm, Jacob; Grimm Wilhelm (1889): Deutsches Wörterbuch. 16 Bände. Band 13. Leipzig, (1889:1066) In: Ofner, Michael (2010:24): Diplomarbeit: Am Rand der Gesellschaft. Obdachlosigkeit im historischen Kontext und eine Analyse der Gegenwart.

Grossmann: unter Scala.

Haller: unter Neurath.

Häußermann, Hartmut (2008): Wohnen und Quartier: Ursachen sozialräumlicher Segregation. In: Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 335-349.

Hegselmann, Rainer, Hg. (1979): Otto Neurath: Wissenschaftliche Weltauffassung, Sozialismus und logischer Empirismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hegselmann, Rainer (1979): Grenzen der wissenschaftlichen Weltauffassung des Wiener Kreises. <http://www.analyse-und-kritik.net/index.php>; abgefragt am 24.2.2017 um 17:48 Uhr.

Hofmann, Silvia (2004): Gesundheitszustand ehemals obdachloser Frauen. Diplomarbeit Universität Wien.

Hofmann, Silvia (2007): WHW-Konzept 01/07. In: WHW-Zeitung 02/07.

Hofmann, Silvia (2012): Wohnungslosigkeit und Pflegebedürftigkeit sind Geschwister der Armut. In: Österreichische Zeitschrift für Pflerecht, 2012, Heft 4. Wien: Manz, 124-127.

Hofmann, Silvia (2013): Vortrag beim Tag der Pflege: Pflege morgen: Gesundheitsförderung, Prävention und gesundes Altern am 19.4.2013 in WKO Kufstein:

<https://www.meinbezirk.at/kufstein/lokales/pflege-morgen-d551742.html>; und <https://www.meinbezirk.at/kufstein/lokales/univ-prof-dr-bernhard-j-quentert-mha-gesundheitsoekonom-mag-sylvia-hofmann-soziologin-werner-salzbürger-obmann-der-tgkk-prim-univ-do-z-dr-carl-miller-aerztl-direktor-leiter-der-psychiatrischen-abt-im-bkh-kufstein-und-dgks-edith-burmester-pdl-marienheim-schwaz-m4139590,551742.html>; abgefragt am 22.2.2017 um 18:10 Uhr.

Hörl, Josef; Kolland, Franz; Majce, Gerhard (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Hg. vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.

Horvat, Gudrun; Kromer, Ingrid (2011): „Arm dran sein & arm drauf sein“: Eine qualitative Studie zu Armutserfahrungen von Mädchen und Buben in Österreich aus Kindersicht. Dissertation Universität Wien.

Hradil, Stefan (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Auflage Opladen: Leske + Budrich.

Hradil, Stefan (2005): Warum werden die meisten entwickelten Gesellschaften wieder ungleicher? In: Windolf, Paul (Hg.): Finanzmarkt-Kapitalismus: Analysen zum Wandel von Produktionsregimen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 45, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 460-483.

Hradil, Stefan (2006): Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich. 2. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Huster, Ernst Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard, Hg. (2008): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Ein multidisziplinäres Forschungsfeld. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13-38.

Jetter, Frank (2004): Nachhaltige Sozialpolitik gegen Armut in Lebenslagen. Münster: LIT Verlag.

John, Wolfgang (1988): ...ohne festen Wohnsitz... -Ursachen und Geschichte der Nichtsesshaftigkeit und die Möglichkeiten der Hilfe, Bielefeld.

Kellinghaus, Christoph; Eikelmann, Bernd; Ohrmann, Patricia u.a.m. (1999): Wohnungslos und psychisch krank. Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 43. München und:

https://books.google.at/books?id=bNfgpRvTA7cC&pg=PA37&lpg=PA37&dq=Kellinghaus+Christoph:+wohnunglos+und+psychisch+krank,+1999&source=bl&ots=SMwqJLi_Rk&sig=6u1obLawrYjV2ZCZxf1-fO59TgU&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwj_9sHZpZfUAhVHRhQKHXSQU6AEIKTAB#v=onepage&q=Kellinghaus%20Christoph%3A%20wohnunglos%20und%20psychisch%20krank%2C%201999&f=false

Klie, Thomas (Hrsg) (2002): Für(s) Alte(r) planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung, Forschungs- und Projektbericht Band 18. Freiburg.

Kohli, Martin (2003): Sozialpolitik des Lebenslaufs. Opladen: Leske+Budrich.

Kolb, Michael (1999): Bewegtes Altern: Grundlagen und Perspektiven einer Sportgeragogik. Schorndorf: Hofmann.

Kolland, Franz; Wanka, Anna (2014): Die neue Lebensphase Alter. In: Wahl, Hans Werner; Kruse, Andreas (Hg.): Lebensläufe im Wandel: Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen. Stuttgart: Kohlhammer, 185-200.

Kolland, Franz; Wanka, Anna; Gallistl, Vera (2016): Ifs Working Paper, Wien: <https://www.soz.univie.ac.at/forschung/working-papers>; abgerufen am 6.11.2016 um 15:10 Uhr.

Kruse, Andreas (2016): Vortrag im Rahmen der ÖPIA am 14. April 2016 im Palais Harrach.

Lamnek, Siegfried (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken, 2. Auflage Weinheim. Beltz.

Lang, Gert (2017): Zur Akzeptanz sozialer Ungleichheit. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur gesellschaftlichen Kohärenz. Wiesbaden: Springer VS.

Lehr, Ursula (2003): Psychologie des Alterns. 10. Auflage Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

Leibfried, Stephan (1995): Armutrisiken in Deutschland, Frankfurt am Main.

Leichsenring, Kai; Strümpel, Charlotte (1998): Der Nutzen kleiner Wohneinheiten für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Eurosocial Report Series, Band 64. Liverpool, Paris, Wien.

Leithäuser, Thomas; Volmerg, Birgit (1979): Anleitung zur empirischen Hermeneutik. Psychoanalytische Textinterpretation als sozialwissenschaftliches Verfahren. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lenninger, Peter Franz (2014): Bedarfslagen im Wandel – theoretische und strukturelle Bedingungen der Wohnungslosenhilfe für jung und alt. Vortrag auf der Tagung stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfen nach §§ 67 ff und §§ 53ff, SGB 12, 28. April 2014 Kloster Seeon.

Leßmann, Ortrud (2006): Lebenslagen und Verwirklichungschancen. (capability) – Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 75, Heft 1, 30-42. <https://www.wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/dosearch?dbShortcut=VJH&q=0340-1707.IS.+AND+2006.YR.+AND+1.HN.+AND+30.SE.&explicitSearch=true>; abgefragt am 20.2.2017 um 21.20 Uhr.

Marx, Karl (1844/1976): Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. In: Marx, Karl; Engels, Friedrich: Werke. Band 1. Berlin: Dietz, 203-333. In: Amann (1983:130): Lebenslage und Sozialarbeit, Heft 7, Duncker & Humblot Verlag, Berlin. http://www.mlwerke.de/me/me01/me01_378.htm

Marx, Karl (1842/1976): Debatten über Preißfreiheit und Publikation der Landständischen Verhandlungen. In: Marx, Karl; Engels, Friedrich: Werke. Band 1. Berlin: Dietz, 28-77. In: Amann (1983:130): Lebenslage und Sozialarbeit, Heft 7, Duncker & Humblot Verlag, Berlin. https://de.wikipedia.org/wiki/Opium_des_Volkes#cite_note-2

Männerwohnheim (ehemaliges) in der Meldemannstraße. https://de.wikipedia.org/wiki/M%C3%A4nnerwohnheim_Meldemannstra%C3%9Fe; abgefragt am 21.2.2017 um 21.59 Uhr.

Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997): Frauen sind anders krank: Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Juventa Verlag Weinheim und München.

Maschewsky-Schneider, Ulrike (2002): Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? Ergebnisse einer Literaturreview. In: Das Gesundheitswesen 6(5):284-291.

Mead, Herbert (1968: 218): Aus: https://de.wikipedia.org/wiki/George_Herbert_Mead

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

Mielck, Andreas (2008): Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In Tiesmeyer, Karin; Brause, Michaela; Lierse, Meike u.a.m. (Hg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber, 21-38.

Möller R. (1978): Lebenslage als Ziel der Politik. In: Schwenk, Otto G. (1999): Soziale Lagen in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske+Budrich.

Naegele, Gerhard; Tews, Hans Peter, Hg. (1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Nahnsen, Ingrid (1971): Der systematische Ort der Sozialpolitik in den Sozialwissenschaften. In: Külp, Bernhard; Schreiber, Wilfried (Hg.). Soziale Sicherheit. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch, 94-109.

Nahnsen, Ingeborg (1975): Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes, In: Osterland, Martin (Hg.): Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktbereitschaft. Frankfurt am Main, Köln: Europäische Verlagsanstalt, 145-166.

Neurath Otto (1917/1981): Das Begriffsgebäude der Wirtschaftslehre und seine Grundlagen. In: Neurath, Otto: Gesammelte philosophische und methodologische Schriften. Band 1. Hg. von Haller, Rudolf; Rutte, Heiner. Wien: Hölder-Pichler-Tempsky, 103-129.

Neurath, Otto (1931): Empirische Soziologie: Der wissenschaftliche Gehalt der Geschichte und Nationalökonomie. Wien: Springer.

Neurath, Otto (1931:125 In: Amann, Anton 1983:139): Lebenslage und Sozialarbeit. Sozialwissenschaftliche Schriften, Heft 7, Berlin, Duncker & Humblot Verlag.

Neurath, Otto (1937): Inventory of the Standard of Living, In: Zeitschrift für Sozialforschung 6. Hg. im Auftrag des Instituts für Sozialforschung, 140-151.

Neurath, Otto (1998): Gesammelte ökonomische, soziologische und sozialpolitische Schriften. 2 Bände. Hg. von Haller, Rudolf; Höfer, Ulf. Wien: Hölder-Pichler-Tempsky.

Otto Neurath (2002): Gesammelte bildpädagogische Schriften. Hg. Von Haller, Rudolf; Kinross, Robin, Wien: WUV. [

Neurath, Paul; Nemeth, Elisabeth, Hg. (1994): Otto Neurath oder Die Einheit von Wissenschaft und Gesellschaft. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Neurath In: Haller, Rudolf Rutte, Heiner (Hg.) In: Amann, Anton (2016) Geschichte und Systematik der Lebenslage. Unveröff. Manuskript. Seite 5f

Olbrich, Erhard (1983): Altern – Soziale Aspekte. In: Lehr, Ursula (Hg.): Altern – Tatsachen und Perspektiven, Bonn: Bouvier, 123-145.

Ottawa Charter for Health Promotion (1986):

http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion_1986; abgefragt am 20.2.2017 um 21:14 Uhr.

Petzold, Hilarion; Stöckler, Magdalena, Hg. (1987): Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen . Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers. Integrative Therapie, Beiheft 13. Paderborn: Junfermann 1988.

Pohoryles, Ronald (1993): Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien. Studie des Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften der Universität Wien. Wien.

Raab-Steiner, Elisabeth; Wolfgruber, Gudrun (2014): Wiener Pflegekinder in der Nachkriegszeit 1955-1970. Wien: Facultas.

Rancièrè, Jacques (2002): Das Unvernehmen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Richter, Rudolf (1995): Grundlagen der verstehenden Soziologie. Soziologische Theorien zur interpretativen Sozialforschung. Wien: WUV.

Riesenfelder, Andreas; Schelepa, Susanne; Wetzel, Petra (2012): Evaluierung Wiener Wohnungslosenhilfe. Zusammenfassung des Endberichts. Wiener Sozialpolitische Schriften, Band 4. Hg. von der Magistratsabteilung 24. Wien.

Roesch, Konstantin (1946): Das Neue Testament. Paderborn: Schöningh.

Rosenmayr, Leopold (1978): Grundlagen eines soziologischen Studiums des Alterns. In: Rosenmayr, Leopold; Rosenmayr, Hilde: Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek: Rowohlt, 21-45.

Rosenmayr, Leopold (1996): Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rosenmayr, Leopold (1976): Scherpunkte der Soziologie des Alters (Gerosoziologie). In: König, René (Hg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 7. 2. Auflage Stuttgart, München: Enke, dtv, 218-406.

Rosenmayr, Leopold; Böhmer, Franz (2003): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. Wien: WUV.

Rosenmayr, Leopold (1983): Die späte Freiheit: Das Alter – ein Stück bewußt gelebten Lebens. Berlin: Severin und Siedler.

Rosenmayr, Leopold (1998): Von der Freiheit im Alter. In: Conturen. Zeitschrift für Wirtschaft, Gesellschaft und Kultur., vip Nr. 8, II / 1998. Wien: Signum.55-70.

Sandner, Günther (2011): Der Plan der Pläne. Der Philosoph Otto Neurath und die Münchner Räterepublik. Artikel in der NZZOnline am 13.August 2011:
http://www.nzz.ch/nachrichten/kultur/literatur_und_kunst/der_plan_der_plaene; abgefragt am 8.12.2016 um 22:54 Uhr.

Sandner, Günther (2014): Otto Neurath. Eine politische Biographie. Wien: Zsolnay.

Saurer, Edith; Lebensstile (2008). In: Jaeger, Friedrich (Hg.): Enzyklopädie der Neuzeit. Band 7. Stuttgart/Weimar, Spalte 714-731.

Scala, Klaus; Grossmann, Ralph (1994): Gesundheit durch Projekte fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Wien: Juventa.

Schenk, Liane Alexandra (2004): Auf dem Weg zum ewigen Wanderer? Wohnungslose und ihre Institutionen. Dissertation FU Berlin.
[http://www.diss.fu-berlin.de/2004/146/index.html;](http://www.diss.fu-berlin.de/2004/146/index.html) abgefragt am 8.12.2016 um 22:06 Uhr.

Schmidt-Grunert, Marianne, Hg. (1999): Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Schmidtke, Kerstin (2005): Konzepte und Methode zur Abbildung von Lebenslagen – Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik. Hg. von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Berlin.

Schoibl, Heinz (2016): Bedarfsorientierte Mindestsicherung quo vadis? Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslose. Wien
<http://www.bawo.at/de/content/bundesarbeitsgemeinschaft-wohnungslosenhilfe-startseite.html>

Scholta, Margit (1994): Flächendeckende Altenbetreuung – Altenbetreuerausbildung in Oberösterreich. In: Zapotoczky, Klaus; Grausgruber, Alfred; Mechtler, Reli (Hg.): Gesundheit im Brennpunkt. Anforderungen und Leistungen. Linz: Veritas.

Schwenk, Otto G. (1999): Soziale Lagen in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske+Budrich.

Schweppe, Cornelia (2006): Biographieforschung und Altersforschung. In: Krüger, Heinz-Hermann; Marotzki, Winfried (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. 2. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 341-361.

Seelmeyer, Udo (2008): Normativität und Normalität. Bezugspunkte sozialer Arbeit im Strudel wohlfahrtsstaatlicher Transformation. In: Bielefelder Arbeitsgruppe 8 (Hg.): Soziale Arbeit in Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 299-305.

Siebel, Walter (1989): Wandlungen im Wohnverhalten, In: Brech, J. (1989): Neue Wohnformen in Europa, Darmstadt In: Jetter, Frank (2004): Nachhaltige Sozialpolitik gegen Armut in Lebenslagen, LIT Verlag Münster.

Siegrist, Johannes (1993): Soziale Ungleichheit und Krankheit. In: Sozial- und Präventivmedizin 38, Heft 3, 109.

Siegrist, Johannes (1995): Medizinische Soziologie. 5. Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit.: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Verlag Hans Huber, Bern.

Sperlich, Stefanie; Mielck, Andreas (2000): Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialepidemiologischer Erklärungsansätze. In: Helmert Uwe; Bammann Karin; Voges Wolfgang u.a.m. (Hg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa, 27-42.

Sozialministerium: Tabellenband_eu-silc_2015.pdf.

https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/News_Veranstaltungen/News/Stoeger_praesentiert_aktuelle_EU_Statistik_ueber_Einkommen_und_Lebensbedingungen_EU_SILC; abgefragt am 7.2.2017 um 19:09 Uhr.

Steiger, Ignaz (2010): Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. Dissertation der medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin.

http://search.obvsg.at/primo_library/libweb/action/search.do?jsessionid=84A3CFAD84E1BAFE61BD85DFC38A8AE3?fn=search&ct=search&initialSearch=true&mode=Basic&tab=default_tab&indx=1&dum=true&srt=rank&vid=UWI&frbg=&tb=t&vl%28freeText0%29=steiger+Ignaz+&scp.scps=s

derstandard: http://derstandard.at/1262209556004/Aus-Oester-reich-wird-Oester-arm_abgefragt_am_30.05.2017 um 09:16 Uhr.

Statistik Austria (1999): Gesundheitszustand & Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September.

http://www.statistik-austria.at/web_de/nomenu/suchergebnisse/index.html

abgefragt am 15.04.2017 um 21:13 Uhr.

Stein, Claudius; Till, Benedikt; Niederkrotenthaler, Thomas (2015): Tätigkeitsbericht des Kriseninterventionszentrums 2015 In: Ärzte Krone 9/15 . Fokus ÖGGG-Kongress vom 26.-28.3. 2015 in Wien: Suizidrisiko steigt mit dem Alter stark an.

Stöckler Magdalena – siehe unter Petzold.

Stryker, Sheldon (1976:259) In: Flick, Uwe (2003:30): Qualitative Forschung.: Rowohlt Taschenbuch-Verlag, 2. Auflage Reinbek bei Hamburg.

Theunissen, Georg (2002): Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Theunissen, Michael (2000): Pindar: Menschenlos und Wende der Zeit. München: Beck.

Thielen, Helmut (2000): Menschenwürde, Armut und Befreiung. In: Utopie kreativ, Heft 119, 853-864.

Trabert, Gerhard (1994): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen in Deutschland. Sozialmedizin, Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg.
<https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheitsamt/dokumente/gh/wohnungslos.pdf>; abgefragt am 22.2.2017 um 11:39 Uhr.

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

Trabert, Gerhard (2000): Alter und Wohnungslosigkeit – ein spezielles Problem von Armut im Alter. Gedankensplitter zu einem besonderen Problem des Altseins. In: wohnungslos, Band 42, Heft 64, 64-67.

Trabert, Gerhard (2003): In: Gedankensplitter zu einem besonderen Problem des Altseins. Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Mainz. Sozialmedizin, Georg-Simon-Ohm Fachhochschule, Nürnberg.

UN-Organisation-Generalversammlung (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte:
<http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>; abgefragt am 20.2.2017 um 22:29 Uhr.

Unterlagen der Vereinten Nationen (1991): Resolution 46/91; ÜB.-Nr. 229/97:
www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf; abgefragt am 20.2.2017 um 23:03 Uhr.

Verband der Wiener Wohnungslosenhilfe:
<http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/begriffe.html>; abgefragt am 20.04.2016 um 17:00 Uhr.

Voges, Wolfgang; Jürgens, Olaf; Mauer, Andreas; Meyer, Eike (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Zentrum für Sozialpolitik. Universität Bremen.

Voß, Günter, Wehrich, Margit (2001): tagaus – tagein. Neue Beiträge zur Soziologie alltäglicher Lebensführung. Arbeit und Leben im Umbruch, Band 1. München : Hampp.
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-324310>; abgefragt am 20.2.2017 um 21:39 Uhr.

Wechselberger, Artur (2006): Positionspapier. Kongress für Allgemeinmedizin und Integrierte Gesundheits-Vorsorge. In: Lehner, Markus; Mayr, Margit: Zwischen mobiler Pflege und Krankenhaus. Eine prekäre Schnittstelle der Versorgung im Alter. Gesundheitswissenschaften, Band: 33. Linz.

Weisser, Gerhard (1978): Grundsätze der Verteilungspolitik. In: Weisser, Gerhard (1978): Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Hg. von Siegfried Katterle. Göttingen: Schwartz,

Wiener Bedarfsorientierte Mindestsicherung:
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/leistungen/mindestsicherung/>; abgefragt am 22.2.2017 um 11:53 Uhr.
<https://www.wien.gv.at>; abgefragt am 7.11.2016 um 18:30 Uhr.

Wiener Sozialbericht 2015. Wiener Sozialpolitische Schriften, Band 8. Hg. von der Stadt Wien, Magistratsabteilung 24. Wien.

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

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus Forschung, Band 322. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research 1, Heft 1, 3-7.

<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> und
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519.%5D>; abgefragt am
5.12.2016 um 10:31 Uhr.

Wolf, Jürgen (2007): Sozialgerontologie. Wintersemester 2008/2009. Folie 17:

http://www.jurgenwolf.de/docs/MS01_04-05.pdf; abgefragt am 23.2.2017 um 13:30 Uhr.

[http://www.diss.fu-](http://www.diss.fu-ber-)

[ber-](http://www.diss.fu-ber-)

[lin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000000904/05_Theorie.pdf?hosts](http://www.diss.fu-ber-lin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000000904/05_Theorie.pdf?hosts)

abgefragt am 10.12.2014 um 18:25 Uhr

Zapf, Wolfgang (1989): Sozialstruktur und gesellschaftlicher Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. In: Weidenfeld, Werner; Zimmermann, Hartmut (Hg.): Deutschland-Handbuch. Eine doppelte Bilanz 1949-1989. Bonn, S. 99-124.

Zehender, Leo (2006): Alter und Emanzipation. Eine sozialphilosophische Spurensuche im gerontologischen und pflegewissenschaftlichen Kontext. Pflegewissenschaft, Band 1. Wien: Facultas.

Zapotoczky, Klaus; Grausgruber, Alfred; Mechtler, Reli (Hg.): Gesundheit im Brennpunkt. Anforderungen und Leistungen. Linz: Veritas.

11 Anhang

Glossar

Immer wiederkehrende Abkürzungen in dieser Arbeit sind:

API	Anton Proksch Institut
(B-VG)	Bundes-Verfassungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Deutschland
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
bzWO	Beratungszentrum Wohnungslose
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BAWO	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Österreich
F.E.M.	Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen
M.E.N.	Gesundheitszentrum für Burschen und Männer
FSW	Fonds Soziales Wien
Hrsg.	HerausgeberIn
MIK	Mobile Individuelle Krankenpflege
nh	neunerhaus
„SobeWO“	„Sozial betreutes Wohnen“
WMS	Wiener bedarfsorientierte Mindestsicherung
WWH	Wiener Wohnungslosenhilfe

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Asyl- und Werkshaus der Stadt Wien in der Meldemannstraße	36
Abbildung 2: STATISTIK AUSTRIA: EU-SILK 2015: abgerufen am 14.04.2016	65
Abbildung 3: Darstellung von „schalenartig umgebenden Lebenslagenbedingungen“, Quelle: Eigenentwurf	86
Abbildung 4: Beziehungslandkarte, Eigenentwurf	103
Abbildung 5: Alter und Geschlecht der InterviewpartnerInnen	107
Abbildung 6: Organigramm FSW_Organisationsbild 2016, Quelle: FSW	109
Abbildung 7: Konstruktion des FSW_Quelle: FSW-GF-Bericht (2015:11) (Eigenveränderung)	110
Abbildung 8_FSW_Wohnform nach Auszug, nach Alter gruppiert	122
Abbildung 9_nh_Durchschnittliche Konsultationen	125
Abbildung 10_PZI_Kode:010_männlich_63: Ausschnitt einer Transkription mit f4	130
Abbildung 11_PZI_Wellendarstellung der Audiodatei	130
Abbildung 12_KFB_Beschwerden, nach Geschlecht	141
Abbildung 13_KFB_Zeit vor dem Fernseher, nach Geschlecht	145
Abbildung 14_KFB_Themenbezogene Sprechzeiten, nach Geschlecht	146
Abbildung 15_NWK_Innenkreis, nach Geschlecht	149
Abbildung 16_NWK_Mittelkreis, nach Geschlecht	150
Abbildung 17_NWK_Außenkreis, nach Geschlecht	150
Abbildung 18_KFB_Randzone, nach Geschlecht	151
Abbildung 19_KFB_Familienmitglieder, nach Geschlecht	151
Abbildung 20_KFB_Betreuungspersonal, nach Geschlecht	152
Abbildung 21_KFB_Freunde im Haus, nach Geschlecht	152
Abbildung 22_KFB_Freunde von „draußen“	153
Abbildung 23_KFB_Wie und wo die Kindheit erlebt (Mehrfachnennung)	156
Abbildung 24_FSW_Familienstand nach Geschlecht	158
Abbildung 25_Vision einer Annäherung an Operationalisierung	233
Abbildung 26_KFB_Lebenslaufbezogene Problemlagen	234

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1_FSW_Genderverhältnis	117
Tabelle 2_FSW_Alter, in %	117
Tabelle 3_FSW_Wohnform vor Einzug, nach Geschlecht	118
Tabelle 4_FSW_Wohnform vor Einzug, nach Alter gruppiert	118
Tabelle 5_FSW_Herkunftsland nach Geschlecht	119
Tabelle 6_FSW_Höchste, abgeschlossene Schulbildung	119
Tabelle 7_FSW_Zugang zum Arbeitsmarkt nach Geschlecht	120
Tabelle 8_FSW_Anzahl der Tage zwischen Ein- und Auszug, nach Geschlecht (Mittelwert)	120
Tabelle 9_FSW_Wohnform nach Auszug, nach Geschlecht	121
Tabelle 10_FSW_Wohnform nach Auszug, nach Alter gruppiert	121
Tabelle 11_FSW_Wohnform nach Auszug: Spital/Pflege nach Alter gruppiert	123
Tabelle 12_nh_Diagnosen_zusammengestellt aus Anhang_019_nh_2010-2013	126
Tabelle 13_nh_Die häufigsten Erkrankungen	127
Tabelle 14_KFB_Staatsbürgerschaft	135
Tabelle 15_KFB_Geschlechterverhältnis	136
Tabelle 16_KFB_Durchschnittsalter nach Geschlecht	136
Tabelle 17_KFB_Familienstand, nach Geschlecht	136
Tabelle 18_KFB_Einkünfte, nach Geschlecht	137
Tabelle 19_KFB_Höchster Bildungsabschluss, nach Geschlecht	137
Tabelle 20_KFB_Anzahl der Kinder	138
Tabelle 21_KFB_Wohndauer, nach Geschlecht	138
Tabelle 22_KFB_Pflegestufe, nach Geschlecht	139
Tabelle 23_KFB_Bezug sozialer Dienstleistungen, nach Geschlecht	139
Tabelle 24_KFB_Überwiegende Stimmung, nach Geschlecht	140
Tabelle 25_KFB_Gesundheitszustand, nach Geschlecht	140
Tabelle 26_KFB_Kopfschmerzen nach Geschlecht	142
Tabelle 27_KFB_Übelkeit nach Geschlecht	142
Tabelle 28_KFB_Rücken- und Kreuzschmerzen nach Geschlecht	142
Tabelle 29_KFB_starke Schmerzen nach Geschlecht	143
Tabelle 30_KFB_Wetterfühligkeit nach Geschlecht	143
Tabelle 31_KFB_Müdigkeit nach Geschlecht	143
Tabelle 32_KFB_Schlafstörungen nach Geschlecht	144
Tabelle 33_KFB_Gelenk- und Nervenschmerzen nach Geschlecht	144
Tabelle 34_KFB_Einfluss der vorigen Wohnsituation auf den Gesundheitszustand	144
Tabelle 35_KFB_Zeit vor dem Computer/Fernseher, nach Geschlecht	145
Tabelle 36_KFB_Helfersyndrom, nach Geschlecht	147
Tabelle 37_KFB_Essen und Kochen, nach Geschlecht	147
Tabelle 38_KFB_Freunde und enge Sozialkontakte im Haus, nach Geschlecht	147

Tabelle 39_KFB_Gewalt und Kriminalität, nach Geschlecht	147
Tabelle 40_KFB_Keine Freunde – allein, nach Geschlecht	147
Tabelle 41_KFB_Krankheiten, nach Geschlecht	148
Tabelle 42_KFB_Finanzen, nach Geschlecht	148
Tabelle 43_KFB_Alkohol-/Drogenprobleme, nach Geschlecht	148

Internetseiten (themenbezogen)

Allgemein

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/seniorenheim>

Marathonlauf einer 92-jährigen Frau in San Diego am 1. Juni 2015;

<http://www.msn.com/de-de/sport/sport-mix/92-j%C3%A4hrige-stellt-rekord-mit-marathonlauf-auf/ar-BBktlDY>; abgefragt am 23. 12. 2016 um 12:37 Uhr

<https://evang.at/gesteigerte-lebenserwartung-fordert-neue-beschaeftigung-mit-dem-koerper/>;
abgefragt am 22. 12.2016 um 23:01 Uhr

Vortrag Leopold Rosenmayr: „Schöpferische Langlebigkeit. Genügt die christliche Lehre des Alterns?“ bei der Evangelischen Woche im Wiener Evangelischen Gymnasium am 6. März 2007

<https://evang.at/gesteigerte-lebenserwartung-fordert-neue-beschaeftigung-mit-dem-koerper/>;
abgefragt am 23.02.2017 um 20:26 Uhr

<http://zitate.woxikon.de/autoren/simone-de-beauvoir>; abgefragt am 16.Juni 2016 um 18:50 Uhr

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html; abgefragt am 28.02.2017 um 13:15 Uhr

http://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u_Region/3.Themen_und_Forschungsbereiche/1.Szenarien_der_Raumentwicklung/Zukunftsworkshop_III/3_FB_Bevoelkerung.pdf; abgefragt am 28. 02.2017 um 13:23Uhr

Armut

http://www.armutskonferenz.at/files/ak5_doku_low01.pdf; abgefragt am 07.03.2017 um 19:13 Uhr

Der jeweilige Richtsatz stellt das vom Gesetzgeber garantierte Mindesteinkommen dar. Die Richtsätze betragen für Bezieher/innen einer im Jahr 2016 monatlich Alters-, vorz. Alters-, Korridor-, Schwerarbeits-, Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension („Einzelrichtsatz“)

<http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?contentid=10008.577822&action=b&cacheability=PAGE>; abgerufen am 15.06.2016 um 20:51

„Club of Rome“ 2052: Die Armut nimmt zu:

<https://kurier.at/wirtschaft/2052-zukunft-bringt-industriestaaten-mehr-armut/786.637>
abgefragt am 26.03.2017 um 18:39

Wohnungslosenhilfe

„Habitat“: https://www.google.at/?gws_rd=ssl#q=uno+habitat, abgerufen am 24.08.16 um 17:29
<http://www.bagw.de/de/presse/index~81.html>; abgefragt am 07.03.2017 um 20:07 Uhr

Sozial betreute Wohnhäuser

http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/dauerwohnhaeuser/caritas_haus-allerheiligen.html; abgefragt am 01.12.16 um 10:30 Uhr

http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/dauerwohnhaeuser/caritas_haus-jona.html; abgefragt am 01.12.16 um 10:45 Uhr

http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/dauerwohnhaeuser/neunerhaus_neunerhaus-kudlichgasse.html; abgefragt am 01.12.2016 um 11:06 Uhr

http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/dauerwohnhaeuser/wieder-wohnen_haus-leo.html;
abgefragt am 01.12.2016 um 11:34 Uhr

<http://www.neunerhaus.at/wer-sind-wir/wer-sind-wir/>; abgefragt am 26.12.2016 um 13:40 Uhr

Deutsche Zusammenfassung: Leben zwischen Sozialarbeit und Pflege

Evaluierung der Lebenslage ehemals wohnungsloser Menschen in Sozial betreuten Wohnhäusern

Hintergrund: „Sozial betreutes Wohnen“, kurz „SobeWo“ ist ein Konzept zur Wohnversorgung älterer, ehemals wohnungsloser Menschen. Mithilfe eines professionellen Teams und „alltagstauglichen und lebensweltausgerichteten Hilfen“ (Schmidt-Grunert, (1999:12) wird ein soziales Lebensumfeld angeboten, das den ehemals obdachlosen BewohnerInnen ein Altern in Würde in den „eigenen 4 Wänden“ ermöglicht.

Ziel der Untersuchungen: Die Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, die nunmehrige Lebenslage älterer, ehemals wohnungsloser Menschen, die nun bei „SobeWO“ leben, zu erforschen oder auch zu hinterfragen. Menschen, die von den Themen Wohnungslosigkeit, Armut und Gesundheit betroffen sind, leben an den Rändern der Gesellschaft und stehen zu dieser in „gewollter oder ungewollter Abhängigkeit und Distanz“. Bezugnehmend darauf darf angemerkt werden, dass ältere Wohnungslose sich selbst vielfach als „Verlierer dieser heutigen Gesellschaft“ erleben. Die gesellschaftliche Zuordnung „Loser“ ist aber oft auch Legitimation für das „Anderssein“.

Theorie: Der theoretischen Grundlage der Forschungsarbeit über die Lebenslage älterer Wohnungsloser liegt – mangels einer eigenen Disziplin für Wohnungslosenforschung – ein Abriss aus den soziologischen Disziplinen Alterssoziologie und Altersforschung, Armutsforschung und Ungleichheitsforschung und der Randgruppenforschung zugrunde.

Methode: Methodisch liegt der Erforschung der Lebenslage älterer, ehemals obdachloser Menschen die Konzeption des Lebenslagenansatzes von Otto Neurath zugrunde. Basis dieser Forschungsarbeit sind 25 „problemzentrierte Interviews“, die mittels f4, einem Transkriptions- und Analyseprogramm transkribiert und codiert und letztlich mittels der „Grounded Theory“ ausgewertet wurden. Der klassische Kurzfragebogen wurde mittels der Programme SPSS und Excel statistisch verarbeitet. Ergänzend wurden Längsschnittdaten des FSW und des Vereines neunerhaus dem triologischen Auswertungsansatz hinzugefügt.

Ergebnisse: Anhand von 25 Problemzentrierten Interviews konnten mithilfe differenzierter Merkmalsausprägungen in Bezug auf Bildung, Einkommen, Wohnsituation, Gesundheit/Krankheit, Alter und Gesellschaft objektiv und subjektiv empfundene Beeinträchtigungen der Lebenslage für diese Zielgruppe nachgewiesen werden, die mit einer meist glücklosen Kindheit beginnen und sich, lebensphasenspezifisch differenziert, bis ins hohe Alter fortsetzen.

Schlussfolgerungen: Da die Zielgruppe des Forschungsansatzes eine sehr „gefilterte“ ist, sollten in einer künftigen, repräsentativ angelegten Untersuchung weitere Teilbereiche des Sektors „Betreutes Wohnen“ (teilbetreutes Wohnen, Pflegeorientiertes betreutes Wohnen, Seniorenwohngemeinschaften) erforscht werden. Dies vor allem deshalb, um dem Thema der Lebenslage unter der Bedingung einer institutionellen Unterbringung dahingehend vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken, um mögliche Abweichungen sowohl hinsichtlich einer sozialen Ungleichheit im Zugang, während der Betreuungsphase und im Abgang überprüfen zu können.

Schlüsselwörter: Armut, Alter, Ausgrenzung, Gender, Gesundheit, Krankheit, „Sozial betreutes Wohnen“, Wohnungslosigkeit

English Abstrakt: SUMMARY: LIFE BETWEEN SOCIAL WORK AND CARING

Background: Assisted living is a concept for providing older, previously homeless people with accommodation. With the help of a professional case- and caremanagement team and the innovative daily help, a social environment is provided that should enable previously homeless inhabitants to age with dignity within “their own four walls”.

Aim of this research: This research thesis aims to investigate as well as question the living situation of older, previously homeless people currently living in assisted care. People who are afflicted by homelessness, poverty or sickness/ill health live at the margins of society and are in opposition to it in a state of “desired or undesired dependence or distance”. It should be noted that older homeless people often experience themselves as “losers of today’s society”¹³⁰. The societal classification of “loser” is, however, often used to legitimize the status of “being different”.

Theoretical background: The theoretical framework for this thesis / research paper about the living situation of older homeless people is, due to the lack of a specialized discipline of research into homelessness, a summary from the disciplines sociology of aging and research into gerontology, poverty, inequality and marginalized groups.

Research method: The concept of Otto Neurath’s “Inventory of the Standard of living” is the theoretical foundation for the research into the living situation of older, previously homeless people. This research paper is based on 25 “problem-centered interviews”, which were transcribed, analyzed and coded using f4, a programme for transcribing and analyzing, and subsequently analyzed with the help of “grounded theory”. The classical short questionnaire was processed statistically using SPSS and Excel programmes. Longitudinal data of the FSW and neunerhaus associations were added to the triological analysis.

Findings: Based on 25 problem-centered interviews, it was possible, with the help of differentiated criteria relating to level of education, income, housing situation, health/illness, age and society, to identify objectively and subjectively experienced factors that impact negatively on the living situation of this target group. These begin usually with an unhappy childhood and continue, with specific distinctions according to the stages in life, into old age.

Conclusions: As the target group of this research is a very “filtered/limited” one, further segments of the sector of “assisted living” (partly-assisted living, care-oriented assisted living, senior citizens living together) should be investigated in a further, representative study. This is especially necessary in order to strengthen the focus on the topic of living situation in institutional housing so that possible differences can be studied with regard to social inequality concerning access to, during the care phase as well as the discharge phases.

Key words: poverty, age, marginalization, gender, health, illness, “assisted living”, homelessness

¹³⁰ Statement by an interviewee with whom a trial interview was conducted

Lebenslauf Silvia Hofmann

Ausbildung:

1957 - 1965	8 Klassen Volksschule in Mogersdorf im Burgenland
1965 - 1967	Vorschule für Familie und Beruf der Caritas Socialis
1967	Ablegung der Hauptschul-Externistenprüfung
1967 - 1971	Bildungsanstalt für Arbeitslehrerinnen
1979 - 1989	Familienarbeit
1983	Externistenmatura
1987 - 2004	Inskription an der Soziologischen Fakultät
1994 - 1996	MDI: Führungsakademie der I. Ebene, Ausbildung Sozialmanagement
2004	Abschluss des Studiums der Soziologie
2007 - 2009	Ausbildung zur „akademischen Organisationsentwicklerin für Casemanagement“ am IFF (Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung Klagenfurt – Graz – Wien)
2004 - laufend	Beginn des Doktorats Studiums der Sozial- u. Wirtschaftswissenschaften

Berufliche Tätigkeiten:

1971 - 1978	Arbeitslehrerin (Stadtschulrat für Wien)
1978 - 1989	Familienarbeit
1989 - 2012	Leiterin von „Bürger in Not“ und als Projektmanagerin des Wiener Hilfswerks mit der Konzeption und der Durchführung folgender Projekte beauftragt:
1989 - 2012	„Betreut Wohnen“, einem Wohnprojekt für obdachlose Frauen und Familien mit dem Ziel, wieder selbstständig wohnfähig zu werden.
1989 - 2005	Rumänienaktion: 3600 Kinder und junge Erwachsene wurden zu 4 wöchigen Erholungsferien und med. Versorgung nach Österreich gebracht. Diese Aktion wurde bis zum Jahr 2005 jährlich durchgeführt. Daneben wurden noch 7 weitere Projekte der Rumänienhilfe des Wiener Hilfswerks betreut und geleitet z.B: <ul style="list-style-type: none">• Unterstützung des Waisenhauses in Slobozia• Finanzierung des Umbau`s des Waisenhauses Sf. Andrae in Bukarest• Finanzierung des medizinischen Versorgungsbootes Sf. Mariae im Donaudelta u.a.m.• Unterstützung des Aufbau`s von Essen auf Rädern in Sibiu• Medizinische Versorgung von – während der Revolution - verletzten Kindern und Erwachsenen• Organisation eines Symposiums in Bukarest zum Thema Randgruppen und Menschen mit psychischen Problematiken
1990 - 1993	„Ferien in Frieden“ ; Bosnienhilfe, Polenhilfe u.a.m.
1999 - 2001	Planung, Konzeptionierung, Errichtung und Eröffnung eines „Sozial betreuten Seniorenwohnhauses“ für alte, ehemals obdachlose Frauen in Wien; Tivoligasse mit 60 Wohnplätzen
2005 - 2006	Planung, Konzeptionierung, Errichtung und Eröffnung eines „Sozial betreuten Wohnhauses für Frauen mit Mehrfachproblematiken“ in Wien; Bürgerspitalgasse mit 36 Wohnplätzen

2005 - 2007 Konzeption, Planung und Errichtung und Eröffnung eines weiteren Sozial betreuten Wohnhauses für Männer und Frauen in Wien; Hausergasse mit 44 Wohnplätzen

07-11 _ 2012 Vorsitz der Wiener Wohnungslosenhilfe

ab 03 2012 Eintritt in den Ruhestand

Referate und Vorträge:

20. 21. 03. 2003 Salzburger Armutskonferenz: Referat: Gesundheitszustand ehemals wohnungsloser Frauen

19. 04. 2013 Pflege morgen: Ein Vortrag über die Arbeit mit Wohnungslosen: Wohnungslosigkeit und Pflegebedürftigkeit sind Geschwister der Armut

Internationale Vertretungen:

2000 - 2011 Vertretung des Wiener Hilfswerks bei der jährlich stattfindenden europäischen Sozialkonferenz

04_2009 Teilnahme und Referat über die Situation der Wohnungslosen in Wien am CHRA – Kongress (Canadian Housing and Renewal Association)

Anhang_1_Datenanfrage_FSW

Wien; 04.10.2013

Betrifft: Bitte um Mithilfe bei der Zurverfügungstellung statistischer Daten für die Dissertation

Sehr geehrter Herr Dr. Costazza.

Sehr geehrte Damen und Herren der Statistik-Abteilung.

Wie schon im Vorjahr mit Ihnen, sehr geehrter Herr Dr. Costazza besprochen und in einem Brief meines Betreuers, Univ. Prof. Mag. Dr. Anton Amann bestätigt, darf ich Sie und Ihre Abteilung nun – nachdem ich sämtliche Voraussetzungen erledigt und notwendige Seminare besucht habe – bitten, mir für meine Dissertation mit dem Thema: „Leben zwischen Sozialarbeit und Pflege“ den Zugang zu folgenden statistischen Daten zu gewähren oder mir diese – in einer Ihnen beliebigen Form - zur Verfügung zu stellen.

Bei dieser Dissertation geht es um die Lebenszufriedenheit von ehemals wohnungslosen Menschen, die in Sozial betreuten Wohnhäusern leben und das Alter 50+ erreicht haben. Da die BewohnerInnen in dieser Unterbringungsform auf Dauer wohnversorgt sind (so sie sich an die Hausordnung halten) können sie - im Gegensatz zu früheren prekären und sich stets ändernden Wohnsituationen – nun einem neuen Lebensabschnitt entgegengehen. Neben Fragen über die derzeitige Lebenszufriedenheit stehen auch die künftigen Erwartungen und Hoffnungen der Befragten als auch die mit dem Altern verbundenen Veränderungen des sozialen Umfeldes im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses.

Otto Neurath, dessen Konzept des Lebenslagenansatzes ich als theoretischen Hintergrund für meine Forschungsarbeit gewählt habe, sah den Menschen ganzheitlich. Wichtig war für ihn, die Menschen nicht nur auf ihre Defizite hin zu sehen, sondern auch

- ihre Fähigkeiten
- ihre Begabungen
- ihre gelebten Werte
- ihre Verwirklichungschancen
- ihre Teilhabemöglichkeiten
- ihr subjektiv erlebter Gesundheitszustand
- ihre Ressourcen und ihre Potentiale

in Analysen miteinzubeziehen. Otto Neurath versteht unter dem Konzept der Lebenslage die „Erfassung der Lebenssituation von Individuen“ (Lessmann, Orttrud: Lebenslagen und Verwirklichungschancen, 2006).

Ziel der Dissertation ist es, die Chancengleichheit ehemals wohnungsloser Menschen hinsichtlich der Möglichkeit auf Verwirklichung ihrer Lebenszufriedenheit zu untersuchen und mit dem Lebenslagenkonzept Otto Neurath's in Verbindung zu bringen.

Das Expose habe ich Ihnen im Vorjahr ja bereits übermittelt. Die Arbeit ist methodisch nun so konzipiert, dass durch die 3 unterschiedlichen Zugangsweisen zur Datengewinnung jene Basis an Grunddaten gewonnen werden könnte, die eine Anlehnung an einen Vergleich zum Lebenslagenkonzept Otto Neurath erlauben würde.

Für meine Forschungsarbeit benötige ich daher alle (oder: so viele wie möglich) anonym erfassten statistischen Daten der in Sozial betreuten Wohnhäuser lebenden Menschen in der Kohorte 50+.

1. **BOSNET- Datensätze** (aus den Jahren 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 (wenn möglich)
2. **allgemeine und anonymisierte Gesundheitsstatistik des neuerhauses** (wenn möglich aus derselben Zeitspanne als die BOSNET-Datensätze)
3. **15 - 20 leitfadenunterstützte Interviews von BewohnerInnen unterschiedlicher Träger**

ad 1)

1.1. **Alter** (50. abgeschlossenes Lebensjahr mit 31.12.2012)

1.2. **Geschlecht** weiblich und männlich

1.3. **Kinder** (Anzahl und Alter)

1.4. **Familienstand**

- allein lebend
- ledig, aber in Partnerschaft lebend
- verheiratet
- verheiratet, aber in anderer Partnerschaft lebend
- geschieden
- geschieden aber in anderer Partnerschaft lebend
- getrennt lebend und in neuer Partnerschaft

1.5. **Geburtsort**

- Bundesland/EU Land/ nicht EU-Land

1.6. **Einkommen**

- Höhe und Art des Einkommens - ohne Transferleistungen
- Einkommen aus Arbeit

- Einkommen aus Versicherungsleistung wie Arbeitslosengeld, Krankengeld, Invaliditätsrente u.a.m.
- Einkommen aus Mindestsicherung
- Pensionsbezug
- Transferleistungen wie: Mietbeihilfe u.a.m.
- Pflegegeld: Pflegestufe

1.7. Schulden

- Welche Art von Schulden?
- Höhe der Schulden?

1.8. Einzug

- Wann und mit wem eingezogen? (Weibliche und männliche Kinder bis 18 und ev. erwachsene Kinder ab 18 ohne eigenes Einkommen)

1.9. Auszug

- Verweildauer und wohin gezogen?
- Art des Abganges (in welche Betreuungsform gezogen?)

1.10. Karriereverlauf

- Woher zugezogen?
- Dauer der Wohnversorgung durch die Wohnungslosenhilfe?

1.11. Bildung höchst abgeschlossene Ausbildung:

- Volksschule
- Hauptschule
- Lehre / Beruf
- Mittelschule
- Berufsschule
- Berufsbildende mittlere Schule
- Berufsbildende höhere Schule
- Fachhochschule
- Universität

1.12. Arbeitsverhältnis Derzeit bestehendes Arbeitsverhältnis? Ja/nein

1.13. Dauer der Arbeitslosigkeit

- weniger als ein Jahr
- mehr als 1 Jahr
- mehr als 2 Jahre
- mehr als 5 Jahre

2. Gesundheit (hier wahrscheinlich aus „Neunerhausstatistik“ abzurufen.)

- 2.1. Letzter Spitalsaufenthalt** (wann und wie lange war die Dauer des Aufenthaltes)
- 2.2. Letzter Hausarztbesuch** (wann war der letzte Besuch und wie regelmäßig findet er statt)?
- 2.3. Letzter Facharztbesuch** (wann war der letzte Besuch und wie regelmäßig findet er statt)?
- 2.4. Art der häufigsten Erkrankungen** (getrennt nach Geschlechtern)
- 2.5. Art der häufigsten Beschwerde** (getrennt nach Geschlechtern)
- 2.6. Physische und / oder psychische Erkrankung** (getrennt nach Geschlechtern)
- 2.7. Suchtproblematiken** (Drogen, Tabletten, Alkohol, Spielsucht, Messie u.a.m. getrennt nach Geschlechtern)
- 2.8. Ernährung:** Wie viele Menschen der Kohorte 50+, die in Sozial betreuten Wohnhäusern leben, kochen noch selbst oder beziehen diese Leistung von „Essen auf Rädern“? (getrennt nach Geschlechtern)
- 2.9. Wohnen:** Wie viele Menschen der Kohorte 50+, die in Sozial betreuten Wohnhäusern leben, versorgen sich und ihre Wohnung selbst – ohne Zukauf von extramuralen Versorgungsleistungen (getrennt nach Geschlechtern)
- 2.10. Pflegegeld:** Wie viele Menschen der Kohorte 50+ beziehen Pflegegeld in welcher Stufenhöhe? (getrennt nach Geschlechtern)
- 2.11. Pflegeheimübersiedlung:** Wie viele BewohnerInnen der Kohorte 50+ wurden in den vergangenen Jahren in ein Pflegeheim übersiedelt? Bitte getrennt nach:
- Geschlecht
 - Alter
 - Höhe der Pflegestufe im Sozial betreuten Wohnhaus
 - Verweildauer im Sozial Betreuten Wohnhaus bis zur Übersiedlung
- 2.12. Soziales Umfeld:**
- Kontakte zu Kindern
 - Verwandten
 - Kontakte innerhalb des Sozial betreuten Wohnhauses
 - Kontakte außerhalb des Wohnhauses

3. Leitfadengestützte Interviews

Weiters darf ich Sie, wie ebenfalls im Vorjahr besprochen bitten, die LeiterInnen der Sozial betreuten Wohnhäuser von meinem Vorhaben zu unterrichten und sie um Unterstützung für meine Interviewtätigkeit zu bitten.

Ich werde mit Ende Oktober 2013 die LeiterInnen der unten angeführten Sozial betreuten Wohnhäuser kontaktieren und einen Gesprächstermin fixieren, an dem ich Ihnen mein Vorhaben erläutere und um Unterstützung für mein Vorhaben unter den BewohnerInnen bitten werde. Pro Interview werde ich – als kleine Gegenleistung einen Lebensmittelgutschein von € 15,- anbieten. Dazu werde ich auch eine Einladung, welche an einem öffentlichen Platz sichtbar gemacht werden soll, entwerfen.

Bei einem weiteren Termin sollten dann die Interviews gemacht werden. Bezugnehmend auf das Alter und die Konzentrationsfähigkeit der Interviewten ist mit einer max. Interviewdauer von einer Stunde zu rechnen, notfalls wird ein weiterer Termin vereinbart werden.

Entsprechend der Zielgruppe der BewohnerInnen des „Sozial betreuten Wohnens“ würde ich folgende Standorte zur Befragung vorschlagen:

- Haus Jona (Träger: Caritas Wien) 3-5 Interviews
- Haus Tivoligasse (Träger: Wiener Hilfswerk) 3-5 Interviews
- Haus Noah (Träger: Caritas Wien) 3-5 Interviews
- Haus Allerheiligen (Träger: Caritas Wien) 2-3 Interviews
- Haus Sama (Träger: ASBÖ) 2-3 Interviews
- Haus Liesing (Träger: Volkshilfe Wien) 2-3 Interviews
- neunerHAUSKudlichgasse (Träger: neunerHaus) 2-3 Interviews
- Haus Leo („wieder wohnen“ GmbH) 3-5 Interviews

Ideal wäre es, wenn - je Haus - zumindest 2 bis 3 BewohnerInnen der möglichen Kohorten 50+ Interesse zeigen und für ein Interview zur Verfügung stehen würden. Diese Interviews werden per Tonband aufgezeichnet, transkribiert und voraussichtlich im Frühjahr 2014 ausgewertet werden.

Gerne stehe ich auch nach der Auswertung und dem Abschluss der Dissertation für Fragen und Antworten zur Verfügung.

Mit der Bitte um Ihre Mithilfe und der Mitteilung, ob Sie mit diesem „procedere“ einverstanden sind, oder ob es Ihrerseits noch zu regelnde Dinge gibt

verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Ihre

Silvia Hofmann

Anhang_2_Vorstellung: Dissertationsvorhaben



Sie

und Ihr Leben

interessieren mich.

Sehr geehrte Damen und Herren.

Mein Name ist Silvia Hofmann und ich mache derzeit meine Dissertation. In dieser beschäftige mich mit der Lebenslage und der Lebenszufriedenheit von älteren, ehemals wohnungslosen Menschen. Für meine Forschungsarbeit benötige ich Frauen und Männer, die zumindest 50 Jahre alt sind und mir von ihrem derzeitigen und künftigen Leben erzählen wollen.

Habe ich Ihr Interesse wecken können? Wenn ja, würde ich Sie gerne auf Kaffee und Kuchen einladen, um einander kennenzulernen, Vertrauen zu gewinnen und eventuell gleich anschließend oder auch zu einem anderen Zeitpunkt das Gespräch führen könnten. Das Gespräch wird ca. 1e Stunde dauern. Als kleines „Dankeschön“ für Ihre Mühe würde ich Ihnen gerne einen Lebensmittelgutschein überreichen.

Bitte melden Sie sich bei Ihrem/r BetreuerIn, die/der Ihnen einen genaueren Termin geben wird. Ich werde am in derauf Sie warten und freue mich schon auf Sie.

Bis dahin mit freundlichen Grüßen

Silvia Hofmann

Anhang_3_Leitfaden

Einleitung: Ich mache derzeit meine Dissertation und beschäftige mich mit der Lebenslage und der Lebenszufriedenheit von älteren, ehemals wohnungslosen Menschen.

Sie selbst wohnen nun seit geraumer Zeit in diesem Haus und da stellt sich für mich die Frage, ob Sie sich - als immer älter werdende BewohnerIn - mit den Fragen des „älter werdens“ beschäftigen und wie es Ihnen in Ihrem Lebensumfeld, das ja von Sozialarbeit und Pflege geprägt ist, geht.

Neben Fragen über Ihre derzeitige Lebenszufriedenheit interessieren mich auch Ihre künftigen Lebenspläne, Erwartungen, Hoffnungen aber auch Ihre Ängste und Befürchtungen.

Wie schon vorher besprochen, sind Sie damit einverstanden, dass ich das Interview auf **Tonband** aufnehme. Wenn Sie wollen, können wir jetzt mit dem Interview beginnen. Bitte nehmen Sie sich jede Zeit, die Sie brauchen, denn Sie und Ihr Leben sind jetzt für uns beide das wichtigste.

1.Themenblock: derzeitiges Wohnen und soziales Umfeld

Erinnern Sie sich doch bitte einmal zurück, wie Sie sich gefühlt haben, als Sie hier eingezogen sind?

- Erzählen Sie mir bitte, was sich seither verändert hat?
- Erzählen Sie mir doch, wie Ihr Kontakt zu den anderen BewohnerInnen im Haus ist und wie viel Zeit Sie gemeinsam verbringen?
- Erzählen Sie mir von Ihren neuen Freunden unter den BewohnerInnen?
- Erinnern Sie sich auch an gegenseitige Besuche oder Einladungen in den anderen Wohnungen?
- Erzählen Sie mir auch von gemeinsamen Aktivitäten wie zusammen kochen, backen oder auch füreinander Sorge tragen und gegenseitig Verantwortung übernehmen?
- Gehen Sie auch zusammen aus und/oder besuchen Sie mit Ihren MitbewohnerInnen auch andere Veranstaltungen außer Haus?

- Besuchen Sie die Veranstaltungen, welche von der Hausleitung für alle BewohnerInnen geplant und organisiert werden, oder gehen Sie auch – außer Haus - zu spontanen Veranstaltungen, die Sie sich selbst aussuchen?

Netzwerklandkarte: Sie sind der Mittelpunkt in der Karte. Bitte zeichnen Sie Ihre Familie, Ihre Verwandten und Ihre Freunde ein und geben Sie ihnen einen Namen und eine Funktion (z.B. Tochter Gaby....).

2.Themenblock: Selbstbild – Fremdbild

Erzählen Sie mir bitte etwas von Ihren Talenten und Hobbies, also was Sie besonders gut können?

Erzählen Sie mir bitte, wie Sie Ihre Fähigkeiten und Ihre Begabungen im Zusammenleben mit den

- BewohnerInnen und/oder den BetreuerInnen

einbringen können?

- Haben Sie Chancen und Möglichkeiten, Ihr „Können“ auch außer Haus zu verwirklichen?
- Erzählen Sie mir wie andere Menschen, die nicht im Haus wohnen, von Ihren Talenten und Fähigkeiten erfahren?
- Haben Sie auch die Möglichkeit, etwas (Neues) zu erlernen (Computer, Werken, Sport, Sprachen) und auszuprobieren?
- Verraten Sie mir bitte, was Sie alles noch gerne lernen und ausprobieren wollen, wenn sie die Möglichkeit dazu haben?

Erzählen Sie mir bitte, wie Sie sich gefühlt haben, als Sie sich zuletzt benachteiligt gefühlt haben?

- Erinnern Sie sich an Zeiten, in denen Sie sich benachteiligt gefühlt haben?
- Erinnern Sie sich an diese Situation(en) und wollen Sie mir das erzählen?
- Erinnern Sie sich bitte noch einmal zurück und wollen Sie mir erzählen, wie Sie mit dieser Kränkung umgegangen sind?

3.Themenkreis: Lebenslage, Lebenszufriedenheit, Selbstbild

Wir werden alle älter und stellen uns denselben Lebensfragen, denen sich - früher oder später - alle Menschen stellen. Erzählen Sie mir, welche Fragen das für Sie sind, die Sie an sich selbst stellen?

- Erzählen Sie mir bitte, was „Lebenszufriedenheit“ für Sie persönlich bedeutet?
- Was ist Ihnen in Ihrem (derzeitigen, künftigen) Leben wichtig?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen in Ihrem Leben etwas fehlt?
- Erinnern Sie sich zurück und überlegen Sie, ob Sie sich vom Leben benachteiligt gefühlt haben oder noch immer fühlen?
- Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, wie würden diese lauten?

4. Themenkreis: Altern und Überlebensstrategie

Erzählen Sie mir bitte, ob Sie an Ihr eigenes „älter werden“ denken?

- Was bedeutet Alter für Sie persönlich?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie durch Ihre frühere Lebenssituation – bedingt durch die Wohnungslosigkeit - vorzeitig gealtert sind?
- Erzählen Sie mir bitte, woran Sie das zu erkennen glauben?
- Sie haben ein sehr ereignisreiches, ja teils auch aufregendes und schwieriges Leben geführt. Erzählen Sie mir bitte etwas von Ihrer persönlichen Lebensstrategie, ja Überlebensstrategie?
- Erzählen Sie mir, ob Sie so etwas wie ein persönliches „Überlebenskonzept“ hatten und wie schaut das heute aus?

5. Themenkreis: Gesundheit und gesunde (kranke) Persönlichkeit

Erzählen Sie mir bitte, was Gesundheit für Sie bedeutet?

- Beschreiben Sie mir bitte, wie Sie sich einen gesunden Menschen vorstellen?
- Beschreiben Sie sich bitte selbst:
- Empfinden Sie sich als gesunden oder als kranken Menschen?

- Was verstehen Sie unter geistiger Gesundheit?
- Was verstehen Sie unter körperlicher Gesundheit?

Erzählen Sie mir, was für Sie persönlich unangenehme Beschwerden / oder Beeinträchtigungen sind?

- Was sind für Sie die unangenehmsten Beschwerden oder Leiden?
- Unter welchen dieser Beschwerden und Beeinträchtigungen leiden Sie am meisten?

Junge und gesunde Menschen werden sowohl im Fernsehen als auch allgemein als „schön“ bezeichnet. Erzählen Sie mir, wie Sie das sehen und wie Sie sich selbst empfinden?

- Beschreiben Sie mir bitte, wie Sie sich einen schönen oder hässlichen Menschen vorstellen?
- Wie sehen Sie Ihre eigene Schönheit und Ihre Körperlichkeit und wie gehen Sie damit um?
- Empfinden Sie sich selbst als schön?

Erzählen Sie mir bitte von einer Persönlichkeit, an die Sie sich erinnern können.

- Erzählen Sie mir bitte etwas von Ihrer eigenen Persönlichkeit?
- Erzählen Sie mir, ob Ihr „gelebtes Leben“ Sie in eine bestimmte Richtung geprägt hat?
- Wie sorgen Sie für Ihre Gesundheit und Ihr „gesundes Altwerden“ vor?
- Können Sie für „Ihre alten Tage“ auch finanziell etwas auf die Seite zu legen?

Themenkreis 6: Wohnen und alt werden im Sozial betreuten Wohnhaus

Erzählen Sie mir, ob und warum Sie in diesem Haus alt werden wollen?

Immer wieder ziehen BewohnerInnen aus, um selbstbestimmt („eigener Herd ist Goldes wert“) leben zu können. Wie sehen Sie das?

- Glauben Sie, dass Sie hier selbstbestimmt alt werden können?

- Wie geht es Ihnen damit wenn Sie sehen, dass BewohnerInnen altersbedingt in ein Pflegeheim umsiedeln müssen, weil sie mit einer höheren Pflegestufe nicht mehr im Haus verbleiben können?
- Wie merken Sie, wenn Jemand in ein SeniorInnenheim umgesiedelt wurde?
- Besuchen Sie ehemalige BewohnerInnen im Altersheim?
- Wie geht es Ihnen, wenn Sie daran denken, dass Sie wahrscheinlich nicht selbst entscheiden können, wann und in welches Pflegeheim Sie ziehen wollen?
- Wer hilft Ihnen jetzt, wenn Sie Hilfe und Unterstützung brauchen?
- Welche zusätzlichen Hilfen/Unterstützungen im Haushalt würden Sie im Sozial betreuten Wohnhaus noch brauchen, um so lange wie möglich hier verbleiben zu können?
- Was bedeutet so lange wie möglich für Sie?
 - Was müsste Ihrer Meinung nach noch gemacht werden, damit Sie hier in Ruhe und Gelassenheit alt werden und zufrieden und glücklich Ihren Lebensabend verbringen könnten?

Themenkreis 7: Abschluss

Gibt es noch etwas, wovor Sie Angst haben und wollen Sie es mir erzählen?

- Was würden Sie gerne Ihren nächsten Verwandten und Bekannten beim nächsten Treffen erzählen, sagen oder geben?
- Woran sollen sich diese einmal erinnern, wenn sie von Ihnen erzählen?
- Wenn Sie so zurückdenken, was ist Ihnen in Ihrem Leben besonders gut gelungen?
- Welche Ihrer Wünsche oder Träume blieben unerfüllt ?
- Welche können oder wollen Sie noch verwirklichen?

DANKE für das Gespräch

Anhang_4_Kurzfragebogen

Kurzfragebogen "Leben zwischen Sozialarbeit und Pflege" Evaluierung der Lebenslage ehemals obdachloser Menschen in Sozial betreuten Wohnhäusern

Haus:

Personenkode (dreistellig): _____

Geburtsjahr _____

Geburtsjahr/e der Kinder:

1. Allgemein statistische Fragen

Geschlecht	
männlich	1 <input type="checkbox"/>
weiblich	2 <input type="checkbox"/>

Staatsbürgerschaft:	
Österreich	1 <input type="checkbox"/>
EU - Staat	2 <input type="checkbox"/>
anderer Staat	3 <input type="checkbox"/>
Konventionsflüchtling	4 <input type="checkbox"/>
Staatenlos	5 <input type="checkbox"/>

Familienstand:	
Ledig	1 <input type="checkbox"/>
ledig – in Partnerschaft	2 <input type="checkbox"/>
verheiratet	3 <input type="checkbox"/>
geschieden	4 <input type="checkbox"/>
verwitwet	5 <input type="checkbox"/>
geschieden m. Partner	6 <input type="checkbox"/>
getr.lebend-ander.Part.	7 <input type="checkbox"/>
allein lebend	8 <input type="checkbox"/>

Einkünfte - Arbeitsverhältnis	
Arbeitsentgelt	1 <input type="checkbox"/>
Pension	2 <input type="checkbox"/>
Karenzgeld	3 <input type="checkbox"/>
Mietzinsbeihilfe	4 <input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld	5 <input type="checkbox"/>
Notstandshilfe-Richtsatzergänzung	6 <input type="checkbox"/>
Sozialhilfe-Mindestsicherung	7 <input type="checkbox"/>
Privat	8 <input type="checkbox"/>

Höchster Schulabschluss:	
kein Abschluss	1 <input type="checkbox"/>
Sonderschule	2 <input type="checkbox"/>
Pflichtschule: Volks-Hauptschule, Polytechnikum	3 <input type="checkbox"/>
abgeschl. Lehre; Fachschule	4 <input type="checkbox"/>
Handelsschule; Matura	5 <input type="checkbox"/>
universitäre Ausbildung	6 <input type="checkbox"/>
Sonstiges	7 <input type="checkbox"/>

Anzahl der Kinder:	
kein Kind	1 <input type="checkbox"/>
1 Kind	2 <input type="checkbox"/>
2 Kinder	3 <input type="checkbox"/>
3 Kinder	4 <input type="checkbox"/>
4 Kinder	5 <input type="checkbox"/>
5 oder mehr Kinder	6 <input type="checkbox"/>

Wie lange wohnen Sie hier?	
6 Monate	1 <input type="checkbox"/>
12 Monate	2 <input type="checkbox"/>
18 Monate	3 <input type="checkbox"/>
2 Jahre	4 <input type="checkbox"/>
3 Jahre oder länger	5 <input type="checkbox"/>

Welche Sozialen Dienstleistungen beziehen Sie?:	
Essen auf Rädern	1 <input type="checkbox"/>
Heimhilfe	2 <input type="checkbox"/>
Pflegehelferin	3 <input type="checkbox"/>
DGKS	4 <input type="checkbox"/>
Besuchsdienst	5 <input type="checkbox"/>
Reinigungsdienst	6 <input type="checkbox"/>
Sonstiges	7 <input type="checkbox"/>

Pflegegeld	
Kein Pflegegeld	1 <input type="checkbox"/>
Pflegestufe 1-2	2 <input type="checkbox"/>
Pflegestufe 3	3 <input type="checkbox"/>

Pflegestufe 4	4 <input type="checkbox"/>
Pflegestufe 5	5 <input type="checkbox"/>
Höhere Pflegestufe	6 <input type="checkbox"/>

Wie lange wohnen Sie schon hier?

In welcher Stimmung sind Sie am meisten?

meistens glücklich	1 <input type="checkbox"/>
meistens zufrieden	2 <input type="checkbox"/>
oft unglücklich	3 <input type="checkbox"/>
fast immer unglücklich	4 <input type="checkbox"/>

Wie beurteilen Sie persönlich Ihren Gesundheitszustand?

Sehr gesund	1 <input type="checkbox"/>
ziemlich gesund	2 <input type="checkbox"/>
nicht sehr gesund	3 <input type="checkbox"/>
Krank	4 <input type="checkbox"/>

Unter welchen Beschwerden leiden Sie am meisten?

	ständig	oft	Selten	nie
starkes Herzklopfen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Übelkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rücken- und Kreuzschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwächegefühl - Mattigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
starkes Schwitzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ein- und Durchschlafschwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
starke Schmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit, Unruhe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit - Unglücklichsein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Wetterempfindlichkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Müdigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Kreislaufstörungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Unterleibsschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Gelenks-, Nerven- Muskelschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Auffällige Gewichtsabnahme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Auffällige Gewichtszunahme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sonstige Beschwerden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Glauben Sie, dass Ihr derzeitiger Gesundheitszustand durch Ihre gegenwärtige Wohnsituation beeinflusst ist?

Ja	1 <input type="checkbox"/>
teilweise	2 <input type="checkbox"/>
Nein	3 <input type="checkbox"/>

Was verstehen Sie unter: „geistiger Gesundheit“?

Was verstehen Sie unter: „körperlicher Gesundheit“?

Wie viel Zeit verbringen Sie gewöhnlich pro Tag vor dem Fernseher oder vor dem Computer?

gar keine	1 <input type="checkbox"/>
1 Stunde	2 <input type="checkbox"/>
ungefähr 2 bis 3 Stunden	3 <input type="checkbox"/>
mehr als 4 Stunden	4 <input type="checkbox"/>

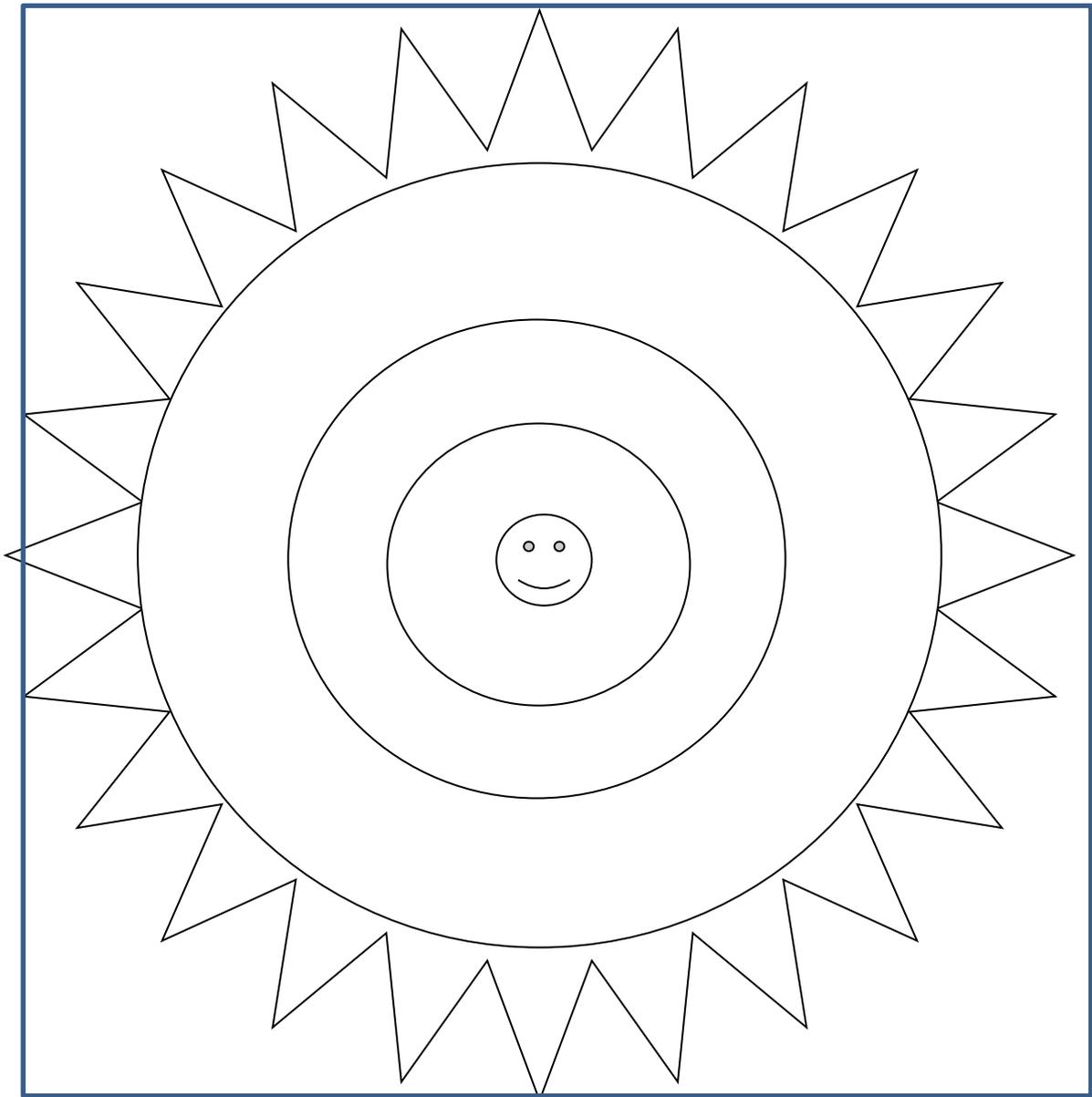
Welche sind Ihre Lieblingssendungen im Fernsehen?

Kochsendungen vormittags	1 <input type="checkbox"/>
alte Filme am Nachmittag	2 <input type="checkbox"/>
Serien am Nachmittag	3 <input type="checkbox"/>
Nachrichten	4 <input type="checkbox"/>
Soapfilms (Seifenoper u.a.m.)	5 <input type="checkbox"/>
Krimis	6 <input type="checkbox"/>
Millionenquiz	7 <input type="checkbox"/>
Land der Berge	8 <input type="checkbox"/>
klingendes Österreich	9 <input type="checkbox"/>
Volksmusikkonzerte	10 <input type="checkbox"/>
Dancing stars	11 <input type="checkbox"/>
Unterhaltung wie: Wer gewinnt?	12 <input type="checkbox"/>
Sportsendungen	13 <input type="checkbox"/>
Sonstiges (Kultur....)	14 <input type="checkbox"/>

Welche Sendungen vermissen Sie oder sollten vermehrt gespielt werden?

Welche Menschen sind Ihnen in Ihrem Umfeld wichtig?

Netzwerkkarte: Sie sind der Mittelpunkt in der Karte. Bitte zeichnen Sie Ihre Freunde, Ihre BetreuerInnen und wichtige, Ihnen nahestehenden Menschen ein. Geben Sie ihnen einen Namen.



Anhang_5_defizitäre_Lebenslagen

Defizitäre Lebenslagen einmal anders abgebildet

In unten angeführten Tabellen werden, die aus den PZI-gewonnenen Daten der lebenslauforientierten Problemlagen, rechnerisch ausgewiesen. Dabei wurden folgende Berechnungen angestellt:

1=ja und gut, optimal, 1= nicht gut, 2= gar nicht gut, schlecht

Grundsätzlich wurde davon ausgegangen, dass „1“ die Ausgangsbasis für optimale Bedingungen ist, „-1“ keine gute Ausgangsposition und „-2“ für die die schlechteste Variante steht.

In der Spalte 1 befindet sich die Anzahl der Personen, aus obgenanntem Diagramm.

In der Spalte 2 wurde der Durchschnitt berechnet (Anzahl 25).

In der Spalte 3 ist die jeweilige berechnete Ausgangsbasis zu finden.

In der Spalte 4 ist der Multiplizierte Wert – Ausgangsbasis berechnet.

In der Spalte 5 ist die Differenz ersichtlich und zu meinem Erstaunen weisen sich genau die vermuteten Indikatoren der Merkmalsausprägungen negativ aus.

	Durchschnitt	opt. Ausgangsbasis	BxC	Differenz	
Eltern	17	0,68	25	11	13,44
Verwandte	9	0,36	-25	3,24	-28,24
Heim	4	0,16	-50	0,64	-50,64
schöne Kindheit	11	0,44	25	4,84	20,16
keine schöne Kindheit	13	0,52	-25	6,76	-31,76
Freunde auch von draußen	6	0,24	25	1,44	23,56
Bekannte/Freunde im Haus	21	0,84	25	17,64	7,36
Kontakt zur Familie	5	0,2	25	1	24
wenig Kontakt zur Familie	6	0,24	-25	1,44	-26,44
Kein Kontakt zur Familie	14	0,56	-50	7,84	-57,84
gewollten Beruf gelernt	9	0,36	25	3,24	21,76
gewollten Beruf nicht gelernt	15	0,6	-25	9	-34
Wohnungslos d. Scheidung /Tod	6	0,24	25	1,44	23,56
Wohnungslos d. Eigenschuld	19	0,76	-25	14,44	-39,44
Wohnversorgung zufrieden	22	0,88	25	19,36	21,76
Wohnversorgung nicht zufrieden	3	0,12	-25	0,36	5,64
Angst vor Alter u. Abhängigkeit	13	0,52	-25	6,76	-31,76
Keine Angst vor Alter u. Abhängigkeit	11	0,44	25	4,84	20,16
Verdrängung d. Angst v. Alter u. Abhängigkeit	15	0,6	-50	9	-59
Suizidgefahr	7	0,28	25	1,96	23,04
Gewalterfahrung	13	0,52	25	6,76	18,24

n=25; Mehrfachnennungen

Anhang_6_Aussagen über defizitäre Lebenslagen

Enge - räumlich

Während der Interviews kamen, in dem offen strukturierten Gespräch, wenn die Menschen über ihre Lebenssituation berichteten, immer wieder Bemerkungen zutage, die inhaltlich das Thema von Spielräumen als Lebenslagen beinhalteten, ohne dass je danach gefragt worden war.

So sprach eine Frau, die zu dieser Zeit gehbehindert wegen eines Gipsverbandes am Fuß war, ihre räumliche Situation folgendermaßen an:

„In meinem Zimmer ist derzeit Bewegung ist nur in einem gewissen Rahmen möglich, da man muss sehr koordiniert seinen Körper bewegen, damit noch Platz ist.“ (009_weiblich_69)

Desweiteren folgten Sätze wie:

„Da kann man nicht weit hüpfen“, da kann man nicht weit springen.“ (009_weiblich_69)

Dieses Synonym wird auch für finanzielle Engpässe verwendet. Weiters beschrieb die Frau ihre zeitlich bedingte Lebenssituation folgendermaßen:

„Derzeit fühle mich wie in einem Käfig, ich fühle mich eingegrenzt.“ (009_weiblich_69)

Enge - psychisch

Eine andere Bewohnerin sprach von ihren Ängsten folgendermaßen:

„vor Angst platzen“, „keinen Platz (Raum) haben“, ich fühle mich beengt, nein eingegengt.“ (023_weiblich_62)

Enge - finanziell

Finanzielle Probleme wurden meist folgendermaßen synonym beschrieben:

„da kann man nicht weit hüpfen“, da kann man nicht weit springen.“ (019_männlich_64)

Eine Bewohnerin meinte auf die Einstiegsfrage, wie es ihr denn hier im „SobeWO“ gehe, folgendes:

„Ich existiere, aber ich lebe nicht. Im „Warteraum des Lebens“ lebt man nicht, man existiert.“ (021_weiblich_51)

Allgemein sagen Menschen oft, „dass das Leben hart, aber nicht hoffnungslos sei“. Im „existenziellen Warteraum“ ist das Leben anscheinend nur hoffnungslos. Im Warteraum ist man passiv und wartet und weiß auch nicht worauf. Eine BewohnerIn drückte es so aus: „so viele Züge gehen, wer weiß wohin“ (021_weiblich_51).

Anhang_7_nh_2010-2013

Verteilung nach Krankheitsgruppen 31.12.2011					Multimorbidität		kumuliert
Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:	absolut	in Prozent		Anzahl Diagnosen:	absolut	relativ	
		der Patienten	der Diagnosen				
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	0	0%	0%	1	158	17%	
1. Infektionserkrankungen	285	21%	4%	2	136	14%	
2. Tumorerkrankungen	84	7%	1%	3	108	11%	
3. Stoffwechselerkrankungen	537	31%	8%	4	96	10%	
4. Neurologische Erkrankungen	436	29%	6%	5	75	8%	
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	136	11%	2%	6	69	7%	
6. HNO-Erkrankungen	65	6%	1%	7	54	6%	
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	519	31%	8%	8	37	4%	
8. Gefäßerkrankungen	223	17%	3%	9	33	3%	
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	703	40%	10%	10	32	3%	
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	33	3%	0%	über 10	148	16%	
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	646	36%	9%	Summe	946		
12. Hautkrankheiten	438	25%	6%	Ø Diagnosen:	7,28		
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	774	36%	11%				
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	206	13%	3%				
15. Schwangerschaftbegleitumstände	2	0%	0%				
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	294	20%	4%				
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	330	27%	5%				
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	1179	60%	17%				
19. Sucht	607	43%	9%				

20. Schizophrenie	89	9%	1%			
21. Depressionen	266	23%	4%			
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	54	5%	1%			
23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	20	1%	0%			
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	47	5%	1%			
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	96	8%	1%			
Summe Diagnosen	6 890		100%			

Einrichtungsspezifische Daten						
Anzahl der Behandlungen nach Krankheitsgruppen & Multimorbidität						
Verteilung nach Krankheitsgruppen 31.12.2011				Multimorbidität		kumuliert
Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:	absolut	in Prozent		Anzahl Diagnosen:	absolut	relativ
		der Patienten	der Diagnosen			
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	0	0%	0%	1	158	17%
1. Infektionserkrankungen	285	21%	4%	2	136	14%
2. Tumorerkrankungen	84	7%	1%	3	108	11%
3. Stoffwechselerkrankungen	537	31%	8%	4	96	10%
4. Neurologische Erkrankungen	436	29%	6%	5	75	8%
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	136	11%	2%	6	69	7%
6. HNO-Erkrankungen	65	6%	1%	7	54	6%
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	519	31%	8%	8	37	4%
8. Gefäßerkrankungen	223	17%	3%	9	33	3%
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	703	40%	10%	10	32	3%
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	33	3%	0%	über 10	148	16%
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	646	36%	9%	Summe	946	
12. Hautkrankheiten	438	25%	6%	Ø Diagnosen:	7,28	

13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	774	36%	11%				
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	206	13%	3%				
15. Schwangerschaftbegleitumstände	2	0%	0%				
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	294	20%	4%				
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	330	27%	5%				
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	1179	60%	17%				
19. Sucht	607	43%	9%				
20. Schizophrenie	89	9%	1%				
21. Depressionen	266	23%	4%				
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	54	5%	1%				
23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	20	1%	0%				
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	47	5%	1%				
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	96	8%	1%				
Summe Diagnosen	6 890		100%				

Einrichtungsspezifische Daten

Anzahl der Behandlungen nach Krankheitsgruppen & Multimorbidität

**Verteilung nach Krankheitsgruppen
31.12.2012**

Multimorbidität kumuliert

Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:	absolut	in Prozent	
		der Patienten	der Diagnosen
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	10	1%	0%
1. Infektionserkrankungen	243	18%	4%
2. Tumorerkrankungen	93	7%	1%
3. Stoffwechselerkrankungen	523	30%	8%
4. Neurologische Erkrankungen	443	29%	7%
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	123	9%	2%
6. HNO-Erkrankungen	60	5%	1%
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	549	34%	8%
8. Gefäßerkrankungen	247	19%	4%
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	604	37%	9%
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	38	4%	1%
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	609	34%	9%
12. Hautkrankheiten	357	23%	5%
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	670	32%	10%
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	198	13%	3%
15. Schwangerschaftbegleitumstände	4	0%	0%
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	319	20%	5%
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	302	24%	4%
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	1339	64%	20%
19. Sucht	628	43%	9%
20. Schizophrenie	101	10%	2%
21. Depressionen	343	25%	5%
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	68	6%	1%
23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	18	2%	0%
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	64	6%	1%
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	117	8%	2%

Anzahl Diagnosen:	absolut	relativ
1	145	14%
2	129	13%
3	132	13%
4	97	10%
5	95	9%
6	56	6%
7	44	4%
8	44	4%
9	43	4%
10	29	3%
über 10	188	19%

Summe 1002

Ø Diagnosen: 6,72

Summe Diagnosen	6 731	100%
-----------------	-------	------

inrichtungsspezifische Daten

Anzahl der Behandlungen nach Krankheitsgruppen & Multimorbidität

**Verteilung nach Krankheitsgruppen
31.12.2011**

Multimorbidität kumuliert

Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:	absolut	in Prozent	
		der Patienten	der Diagnosen
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	0	0%	0%
1. Infektionserkrankungen	285	21%	4%
2. Tumorerkrankungen	84	7%	1%
3. Stoffwechselerkrankungen	537	31%	8%
4. Neurologische Erkrankungen	436	29%	6%
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	136	11%	2%
6. HNO-Erkrankungen	65	6%	1%
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	519	31%	8%
8. Gefäßerkrankungen	223	17%	3%
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	703	40%	10%
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	33	3%	0%
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	646	36%	9%
12. Hautkrankheiten	438	25%	6%
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	774	36%	11%
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	206	13%	3%
15. Schwangerschaftbegleitumstände	2	0%	0%
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	294	20%	4%
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	330	27%	5%
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	1179	60%	17%
19. Sucht	607	43%	9%
20. Schizophrenie	89	9%	1%
21. Depressionen	266	23%	4%
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	54	5%	1%

Anzahl Diagnosen:	absolut	relativ
1	158	17%
2	136	14%
3	108	11%
4	96	10%
5	75	8%
6	69	7%
7	54	6%
8	37	4%
9	33	3%
10	32	3%
über 10	148	16%

Summe 946

Ø Diagnosen: 7,28

23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	20	1%	0%
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	47	5%	1%
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	96	8%	1%
Summe Diagnosen	6 890		100%

Einrichtungsspezifische Daten

Anzahl der Behandlungen nach Krankheitsgruppen & Multimorbidität

Verteilung nach Krankheitsgruppen

31.12.2013

Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:	PatientInnen mit Diagnose in Prozent			
	Gesamt	Dauerwohnen	ÜW	AP
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	0%	0%	0%	0%
1. Infektionserkrankungen	16%	21%	11%	11%
2. Tumorerkrankungen	6%	9%	3%	2%
3. Stoffwechselerkrankungen	27%	38%	17%	10%
4. Neurologische Erkrankungen	25%	35%	14%	9%
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	7%	11%	4%	2%
6. HNO-Erkrankungen	5%	7%	4%	6%
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	28%	39%	18%	14%
8. Gefäßerkrankungen	15%	22%	8%	6%
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	36%	39%	36%	28%
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	4%	4%	3%	6%
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	29%	38%	20%	18%
12. Hautkrankheiten	21%	26%	17%	13%
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	30%	41%	17%	20%
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	13%	19%	6%	6%
15. Schwangerschaftbegleitumstände	0%	0%	1%	2%
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	17%	22%	13%	10%
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	21%	29%	16%	6%
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	56%	71%	54%	17%
19. Sucht	35%	45%	35%	9%
20. Schizophrenie	8%	14%	3%	2%
21. Depressionen	22%	31%	16%	5%
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	6%	7%	8%	3%
23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1%	2%	1%	1%
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5%	6%	5%	1%

Anzahl PatientInnen		
Gesamt	Dauerwohnen	ÜW
0		
236	168	41
91	75	13
396	303	67
359	280	55
109	90	15
80	53	14
416	310	70
220	177	30
528	315	137
55	28	13
425	300	76
307	208	65
444	324	67
194	155	24
6		3
247	175	48
307	231	61
822	564	209
517	360	134
123	108	13
318	245	61
87	52	29
14	12	3
71	50	21

25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	8%	12%	3%	2%
Summe Diagnosen	100%	100%	100%	100%

111	99	10
1 465	799	384

Einrichtungsspezifische Daten

Anzahl der Behandlungen nach Krankheitsgruppen & Multimorbidität

Verteilung nach Krankheitsgruppen

31.12.2013

Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:	PatientInnen mit Diagnose		
	Gesamt	Männlich	Weiblich
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	3%	3%	3%
1. Infektionserkrankungen	16%	18%	12%
2. Tumorerkrankungen	6%	7%	5%
3. Stoffwechselerkrankungen	27%	26%	30%
4. Neurologische Erkrankungen	25%	26%	19%
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	7%	8%	6%
6. HNO-Erkrankungen	5%	6%	5%
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	28%	28%	28%
8. Gefäßerkrankungen	15%	16%	13%
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	36%	35%	38%
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	4%	4%	4%
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	29%	29%	27%
12. Hautkrankheiten	21%	23%	16%
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	30%	29%	32%
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	13%	12%	17%
15. Schwangerschaftbegleitumstände	0%	0%	2%
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	17%	17%	16%
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	21%	21%	20%
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	56%	56%	54%
19. Sucht	35%	40%	22%
20. Schizophrenie	8%	7%	13%
21. Depressionen	22%	19%	27%
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	6%	4%	12%

Gesamt	Männlich	Weiblich
46	35	11
236	190	48
91	74	19
396	275	123
359	285	76
109	85	26
80	62	20
416	303	115
220	171	51
528	376	154
55	41	16
425	316	111
307	243	66
444	316	130
194	126	70
6		7
247	185	64
307	226	83
822	602	219
517	431	88
123	73	52
318	209	111
87	42	47

23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1%	1%	1%	
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5%	4%	7%	
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	8%	8%	7%	
Summe Diagnosen	101%	100%	100%	

14
71
111
1 484

11	5
43	30
83	30
1078	406

Auswertung 2013 Pat. ges. nach Geschlecht Ü50									
PatientInnen Gesamt	M	M	M	W	W	W	Gesamtergebnis		
	Dauerwohnen	ÜW	Ergebnis	Dauerwohnen	ÜW	Ergebnis			
Anzahl PatientInnen	600	286	884	191	110	299	1 183		
Konsultationen	10 489	1 515	12 004	3 723	562	4 285	16 289		
Durchschnitt	17,5	5,3	13,5	19,5	5,1	14,2	13,7		
PatientInnen über 50 Jahre	M	M	M	W	W	W	Gesamtergebnis		
	Dauerwohnen	ÜW	Ergebnis	Dauerwohnen	ÜW	Ergebnis			
Anzahl PatientInnen	453	115	568	140	33	173	741		
Konsultationen	8 392	757	9 149	2 977	220	3 197	12 346		
Durchschnitt	18,5	6,6	16,1	21,3	6,7	18,5	16,7		

Anzahl Diagnosen 2010:	absolut	relativ	Anzahl Diagnosen 2011:	absolut	relativ	Anzahl Diagnosen 2012:	absolut	relativ	Anzahl Diagnosen 2013:	absolut	relativ
1	164	18%	1	158	17%	1	145	14%	1	180	15%
2	134	15%	2	136	14%	2	129	13%	2	167	14%
3	87	9%	3	108	11%	3	132	13%	3	156	13%
4	62	7%	4	96	10%	4	97	10%	4	105	9%
5	52	6%	5	75	8%	5	95	9%	5	85	7%
6	42	5%	6	69	7%	6	56	6%	6	72	6%
7	29	3%	7	54	6%	7	44	4%	7	72	6%
8	37	4%	8	37	4%	8	44	4%	8	50	4%
9	29	3%	9	33	3%	9	43	4%	9	49	4%
10	29	3%	10	32	3%	10	29	3%	10	52	4%
über 10	13	1%	über 10	148	16%	über 10	188	19%	über 10	195	16%
	678		Summe	946		Summe	1002		Summe	1183	
Ø Diagnosen:	4,28		Ø Diagnosen:	7,28		Ø Diagnosen:	6,72		Ø Diagnosen:	6,56	

Zusammenkopierte Anzahl aus derselben Datei: erstellt von Silvia Hofmann

Verteilung nach Krankheitsgruppen			
31.12.2010			
Anmerkung: vorläufige Auswertung, Krankheitsbilder müssen teilweise noch klassifiziert werden, technisch dzt. nicht möglich			
	absolut	in Prozent	
		der Patienten	der Diagnosen
Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach System Dr. Löffler:			
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	178	15%	5%
1. Infektionserkrankungen	129	13%	3%
2. Tumorerkrankungen	44	5%	1%
3. Stoffwechselerkrankungen	329	20%	8%
4. Neurologische Erkrankungen	255	20%	6%
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	60	6%	2%
6. HNO-Erkrankungen	64	5%	2%
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	240	20%	6%
8. Gefäßerkrankungen	122	10%	3%
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	408	27%	10%
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	32	3%	1%
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	405	27%	10%
12. Hautkrankheiten	278	19%	7%
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	387	23%	10%
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	104	9%	3%
15. Schwangerschaftbegleitumstände	2	0%	0%
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	193	14%	5%
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	209	20%	5%
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	694	0%	18%
19. Sucht	336	25%	8%
20. Schizophrenie	61	6%	2%
21. Depressionen	164	14%	4%
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	34	3%	1%
23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	17	1%	0%
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	40	4%	1%
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	42	4%	1%
Multimorbidität			
Anzahl Diagnosen:		absolut	relativ
	1	164	18%
	2	134	15%
	3	87	9%
	4	62	7%
	5	52	6%
	6	42	5%
	7	29	3%
	8	37	4%
	9	29	3%
	10	29	3%
	11	13	1%
	12	10	1%
	13	20	2%

	14	7	1%	
	15	6	1%	
	über 15	46	5%	
Ø Diagnosen:		4,28030303		

Verteilung nach Krankheitsgruppen	31.12.2013			
Gruppenweise Häufigkeit gemäß Einteilung nach Dr. Löffler:	absolut	in Prozent der Patienten	der Diagnosen	
				Bei der Häufigkeit der Krankheitsbilder werden alle im gegebenen Zeitraum gestellten und alle Dauerdiagnosen berücksichtigt.
0. Noch nicht klassifizierte Krankheitsbilder	0	0%	0%	Wird die gleiche Diagnose als Dauerdiagnose (d) und Akutdiagnose (a) angeführt, wird diese als Duplikat ausgeschieden.
1. Infektionserkrankungen	293	17%	4%	Es werden aber alle Akutdiagnosen gezählt, auch wenn diese die gleiche Erkrankung diagnostizieren und eigentlich auch
2. Tumorerkrankungen	130	7%	2%	Duplikate wären, da es keine Differenzierungsmöglichkeit zu einer echten zweiten gleichen Erkrankung gibt.
3. Stoffwechselerkrankungen	641	31%	8%	
4. Neurologische Erkrankungen	517	28%	7%	
5. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	129	9%	2%	Die Häufigkeit nach Patienten gibt an, wie viele Patienten mit einer Krankheit aus der jeweiligen Gruppe diagnostiziert wurden.
6. HNO-Erkrankungen	82	5%	1%	Hier wird pro Patient nur eine Diagnose pro Gruppe gezählt. Hat ein Patient z.B. mehrere verschiedene Infektionskrankheiten
7. Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	629	32%	8%	im Zeitraum gehabt, wird dieser Patient nur einmal gezählt. Der Prozentwert zeigt also an, wieviel Prozent der Patienten eine
8. Gefäßerkrankungen	279	17%	4%	(oder mehrere) Erkrankungen der Gruppe hatten.
9. Erkrankungen der Atmungsorgane	697	38%	9%	
10. Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates	44	3%	1%	In der Spalte Prozent der Diagnosen wird errechnet, welchen Anteil die Krankheitsgruppe an den Gesamtdiagnosen hat.
11. Erkrankungen der Verdauungsorgane	630	31%	8%	
12. Hautkrankheiten	424	23%	5%	Vergleicht man z.B. die Spalte % der Patient bei den psychischen Erkrankungen insgesamt so zeigt sich, dass 42% aller
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	778	33%	10%	Patienten eine solche vorweisen, aber nur 12% der gestellten Diagnosen darstellen.
14. Krankheiten des Urogenitalsystems	250	15%	3%	
15. Schwangerschaftbegleitumstände	2	1%	0%	in % der Patientinnen
16. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Umstände	331	19%	4%	
17. Sonstiges (Todesfeststellung, Übelkeit, Befindlichkeitsstörungen etc.)	380	24%	5%	
18. Psychische Erkrankungen insgesamt (Obergruppe für Nr. 19 - 25)	1526	65%	20%	Hier wird pro Patient nur eine Diagnose in der Gruppe 19-25 gezählt.
19. Sucht	713	41%	9%	
20. Schizophrenie	130	10%	2%	
21. Depressionen	376	26%	5%	
22. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen	91	7%	1%	
23. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	14	1%	0%	
24. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	76	6%	1%	
25. Sonstige psychiatrische Erkrankungen	126	9%	2%	

Summe Diagnosen	7762	1	1	
Multimorbidität		kumuliert		
Anzahl Diagnosen:	absolut	relativ		Bei der Multimorbidität wird ausgewertet, wieviele Patienten mehrere Erkrankungen haben. Dabei wird wieder nach der Gruppe vorgegangen. Nur die Dauerdiagnosen werden immer gezählt.
	1	180	15%	
	2	167	14%	
	3	156	13%	
	4	105	9%	
	5	85	7%	
	6	72	6%	
	7	72	6%	
	8	50	4%	
	9	49	4%	
	10	52	4%	
über 10		195	16%	
Summe		1183		
Ø Diagnosen:		6,56		

	Dokumentation Team neunerHAUSARZT 2010FSW Stand 31.12.2010	Dokumentation Team neunerHAUSARZT 2011FSW Stand 31.12.2011				Dokumentation Team neunerHAUSARZT 2012FSW Stand 31.12.2012				Dokumentation Team neunerHAUSARZT 2013FSW Stand 31.12.2013			
		Berichtszeitraum 2011				Berichtszeitraum 2012				Berichtszeitraum 2013			
	2010	Q1	Q1-2	Q1-3	Q1-4	Q1	Q1-2	Q1-3	Q1-4	Q1	Q1-2	Q1-3	Q1-4
PatientInnenanzahl (distinkte Personen)	PatientInnenanzahl 924 (distinkte Personen)	515	681	809	PatientInnenanzahl 946 (distinkte Personen)	593	727	868	PatientInnenanzahl 1002 (distinkte Personen)	752	911	1056	1183
Männlich	689 Männlich	374	500	595	705 Männlich	469	580	684	782 Männlich	563	686	792	883
Weiblich	235 Weiblich	141	181	214	241 Weiblich	124	147	184	220 Weiblich	189	225	264	300
In Dauerwohnen	509 In Dauerwohnen	334	443	510	592 In Dauerwohnen	431	484	563	645 In Dauerwohnen	561	645	716	799
In Übergangswohnen	343 In Übergangswohnen	171	233	293	350 In Übergangswohnen	159	237	299	351 In Übergangswohnen	190	265	340	384
Sonstige	72 Sonstige	10	5	6	4 Sonstige	3	6	6	6 Sonstige	1	1	0	0
Durchschnittsalter in Jahren (Median)	Durchschnittsalter 50 in Jahren (Median)	52	52	52	Durchschnittsalter 52 in Jahren (Median)	54	53	53	Durchschnittsalter 53 in Jahren (Median)	54	54	53	53
Anzahl der Konsultationen	Anzahl der 9128 Konsultationen	2999	5901	8724	Anzahl der 11921 Konsultationen	3356	6524	9765	Anzahl der 13247 Konsultationen	4190	8234	12256	16289
In Dauerwohnen	6972 In Dauerwohnen	2373	4816	7114	9838 In Dauerwohnen	2807	5498	8244	11284 In Dauerwohnen	3564	7195	10645	14212
In Übergangswohnen	1699 In Übergangswohnen	595	1070	1594	2069 In Übergangswohnen	540	1004	1497	1962 In Übergangswohnen	624	1037	1611	2077
Sonstige	457 Sonstige	30	15	16	14 Sonstige	9	22	24	1 Sonstige	2	2	0	0