

# **Obdachlosigkeit bei KonsumentInnen illegaler Drogen**

**Eine Analyse der Lebenswelt und der Hilfsressourcen von  
obdachlosen DrogenkonsumentInnen in Wien**

**DSA Margit Putre**

Diplomarbeit  
eingereicht zur Erlangung des Grades  
Magistra (FH) der Sozialwissenschaften  
an der Fachhochschule St. Pölten  
im Mai 2006

Erstbegutachterin:  
DSA Karin Goger

Zweitbegutachter:  
DSA Mag. Christian Tuma

## **Zusammenfassung**

Mit dieser Arbeit beleuchte ich den Problembereich der Obdachlosigkeit bei aktiven DrogenkonsumentInnen, vor dem Hintergrund, dass Wohnen ein Grundbedürfnis darstellt, und Wohnungslosigkeit einen Hauptfaktor für soziale Desintegration darstellt. Aufgrund langjähriger Praxiserfahrungen gehe ich von der Beobachtung aus, dass es für obdachlos gewordene DrogenkonsumentInnen sehr schwierig ist wieder eine stabile Wohnsituation herzustellen.

Ausgehend von einer Darstellung der spezifischen Lebenswirklichkeit von DrogenkonsumentInnen leite ich über zu den folgeschweren Wechselwirkungen zwischen Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum, der den Betroffenen als Bewältigungsstrategie von Krisensituationen dient, und als solche verstanden werden muss.

Bei der Analyse der relevanten institutionellen Wohnungslosenhilfeeinrichtungen leitet mich die Frage, welche Angebote als Ressource für DrogenkonsumentInnen zugänglich sind. Dass die hauptsächlich verfügbaren Not- und NächtigerInnenquartiere nur einen temporären Schlafplatz ohne die Möglichkeit zur ganztägigen Nutzung bieten, erweist sich als zentraler Belastungsfaktor für die Betroffenen. Eine dauerhafte Unterbringung und Stabilisierung der Lebenssituation scheidet meist an der Unvereinbarkeit der Lebensrealitäten von DrogenkonsumentInnen mit den ausgrenzenden Anforderungen der Wohneinrichtungen.

Im empirischen Teil werden die Ergebnisse der theoretischen Auseinandersetzung durch die Darstellung der Betroffenenansicht mittels problemzentrierter Interviews bestätigt und akzentuiert, wobei noch einmal die Folgen von gesellschaftlicher und sozialer Ausgrenzung von KonsumentInnen illegaler Drogen und die Unterversorgung dieser Gruppe mangels bedarfsgerechter Hilfsressourcen sichtbar werden.

In der Schlussfolgerung betone ich die Forderung nach lebensweltorientierten und somit bedarfsgerechten Konzepten für obdachlose DrogenkonsumentInnen, die sinnvollerweise in verbesserter Kooperation zwischen Wohnungslosenhilfe und Drogenhilfe unter Einbeziehung der Betroffenen erstellt werden sollten. Eine akzeptierende Haltung gegenüber KonsumentInnen illegaler Drogen und die Stabilisierung der Lebenssituation durch Bereitstellung eines dauerhaften Wohnplatzes sollten als Hauptzielsetzung angestrebt werden.

## Summary

This thesis focuses on the problem of homelessness of people who are addicted to illegal drugs. Having one's own housing space is a basic need, therefore homelessness is a main factor for social marginalisation. Based on my applied research I learned that it is very difficult for homeless drug consumers to find an adequate accommodation.

In the thesis I first describe the specific circumstances and life sphere aspects of drug consuming people and refer to the dramatic interaction between the dynamics of homelessness and drug use behaviour. The people concerned often consume drugs as a coping strategy when in crisis.

Then I analyse the relevant facilities for the homeless to show which resources are available and adequate for drug consuming people. Mostly they have access to crisis shelters, which offer short term sleeping accommodation and no possibility to stay during the day. This is a main problem for the concerned people. A long term accommodation and stabilisation of the life circumstances must fail because their drug related life is not compatible with the efforts of the institutions for homeless people.

The problem centred interviews with concerned drug consumers in the research chapter of the thesis sustain and emphasise the results of the theoretical analysis. The consequences of social marginalisation and the lack of adequate offers for this group are pointed out again.

Finally the paper includes the demand for concepts that are oriented toward the life sphere and the specific needs of the concerned group. The paper emphasises the need for an improved cooperation between facilities for homeless and drug help facilities and the development of concepts from both fields including the concerned people.

Further I point to the need of acceptance of drug consumers and their current situation, and in addition to focus on the stabilisation of the life situation through long term accommodation facilities.

# INHALT

<b>I. THEORETISCHER TEIL.....</b>	<b>4</b>
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>2 WOHNUNGSLOSIGKEIT – OBdachLOSIGKEIT.....</b>	<b>7</b>
2.1 BEGRIFFSKLÄRUNG WOHNUNGSLOSIGKEIT/OBDACHLOSIGKEIT .....	7
2.2 URSACHEN FÜR WOHNUNGSLOSIGKEIT .....	8
2.3 FOLGEN U. AUSWIRKUNGEN VON WOHNUNGSLOSIGKEIT .....	9
2.4 WOHNUNGSLOSIGKEIT IN ÖSTERREICH.....	11
2.5 RECHT AUF WOHNEN .....	11
<b>3 DROGENKONSUM .....</b>	<b>12</b>
3.1 THEORIEN ÜBER DIE ENTSTEHUNG VON SUCHT.....	12
3.2 SUCHT/ABHÄNGIGKEIT ALS KRANKHEIT.....	13
3.3 BEGRIFFSDEFINITIONEN .....	14
3.3.1 <i>Drogen</i> .....	14
3.3.2 <i>Illegale Drogen</i> .....	14
3.3.3 <i>Problematischer, chronischer Drogenkonsum</i> .....	15
3.3.4 <i>Polytoxikomanes Konsummuster</i> .....	15
3.3.5 <i>KonsumentInnen illegaler Drogen</i> .....	15
3.3.6 <i>Drogenstraßenszene</i> .....	16
3.4 DROGENKONSUM IN ÖSTERREICH .....	16
3.5 SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KONSUMENTINNEN ILLEGALER DROGEN .....	17
3.5.1 <i>Soziale Situation</i> .....	17
3.5.1.1 <i>Wohnungslosigkeit</i> .....	17
3.5.1.2 <i>Arbeitslosigkeit/Einkommenssituation</i> .....	18
3.5.1.3 <i>Bildungsstand</i> .....	18
3.5.1.4 <i>Gesellschaftliche Ausgrenzung</i> .....	19
3.5.2 <i>Gesundheitliche Situation</i> .....	21
3.5.2.1 <i>Infektionskrankheiten</i> .....	21
3.5.2.2 <i>Psychiatrische Komorbidität</i> .....	21
3.5.2.3 <i>Exkurs: Substitutionsbehandlung</i> .....	22
3.6 LEBENSWELTEN VON KONSUMENTINNEN ILLEGALER DROGEN .....	23
3.6.1 <i>Die Wiener Drogenstraßenszene</i> .....	23
3.6.1.1 <i>Gewalt</i> .....	24
3.6.1.2 <i>Kriminalisierung/Illegalität</i> .....	24
3.6.1.3 <i>Beschaffungskriminalität</i> .....	24
3.6.1.4 <i>Beschaffungsprostitution - Straßenstrich</i> .....	25
3.6.1.5 <i>Haft</i> .....	25
3.6.2 <i>Lebenswelt institutionelle Hilfseinrichtungen</i> .....	26

<b>4</b>	<b>WECHSELWIRKUNGEN WOHNUNGSLOSIGKEIT UND DROGENKONSUM</b> .....	<b>27</b>
4.1	CHARAKTERISIERUNG OBdachlose DrogenkonsumentInnen .....	27
4.2	SUCHT ALS RISIKOFAKTOR FÜR OBdachlosigkeit .....	28
4.3	WOHNUNGSLOSIGKEIT BEI DrogenkonsumtInnen IN ZAHLEN .....	29
4.4	AUSWIRKUNGEN AUF DIE BETROFFENEN .....	30
<b>5</b>	<b>DAS HILFESYSTEM – DIE HILFESYSTEME IN WIEN</b> .....	<b>34</b>
5.1	DIE WIENER WOHNUNGSLOSENHILFE.....	34
5.1.1	<i>Die Reform der Wiener Wohnungslosenhilfe</i> .....	34
5.1.2	<i>Entwicklungen im Hilffsystem für obdachlose DrogenkonsumentInnen</i> .....	36
5.1.3	<i>Die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe</i> .....	37
5.1.3.1	P 7 – Wiener Service für Wohnungslose .....	38
5.1.3.2	Notbetten/NächtigerInnenquartiere .....	40
5.1.3.3	Tageszentren für Obdachlose.....	41
5.1.3.4	Häuser für Wohnungslose „Übergangswohnhäuser“ des FSW .....	41
5.1.3.5	Zielgruppenorientierte Häuser für Wohnungslose .....	41
5.2	WOHNUNGSLOSENHILFSANGEOTE DES DrogenhilfEBEREICHES .....	42
5.2.1	<i>Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle Ganslwirt</i> .....	42
5.2.2	<i>Betreutes Wohnen</i> .....	43
5.3	ZUSAMMENFASSENDER BENENNUNG VON PROBLEMBEREICHEN .....	43
5.3.1	<i>Kontingentregelung</i> .....	43
5.3.2	<i>Unterversorgung der aktiv drogenkonsumierenden Wohnungslosen</i> .....	44
5.3.3	<i>Grundsätzliche Problempunkte</i> .....	45
<b>II. TEIL:</b>	<b>UNTERSUCHUNGSgegenSTAND</b> .....	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>NOTSCHLAFSTELLE GANSLWIRT</b> .....	<b>47</b>
6.1	KURZBESCHREIBUNG NOTSCHLAFSTELLE GANSLWIRT .....	47
6.2	ERGEBNISSE DER EVALUATIONEN DER NOTSCHLAFSTELLE GANSLWIRT .....	48
6.2.1	<i>„Die VielschläferInnen“</i> .....	49
6.2.2	<i>„Ideale Unterkunft“</i> .....	50
6.2.3	<i>Aktualität der Ergebnisse</i> .....	50
<b>III. EMPIRISCHER TEIL</b>	.....	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>DOKUMENTATION DES FORSCHUNGSPROZESSES</b> .....	<b>52</b>
7.1	DAS FORSCHUNGSANLIEGEN UND FRAGESTELLUNGEN .....	52
7.2	WAHL DER FORSCHUNGSMETHODE.....	53
7.2.1	<i>Das problemzentrierte Interview als Erhebungsinstrument</i> .....	54
7.2.1.1	Instrumente der Datenerhebung .....	55
7.2.1.2	Der Interviewleitfaden.....	55
7.2.1.3	Auswahl der Stichprobe .....	57
7.2.1.4	Zugang zu den InterviewpartnerInnen .....	57
7.2.1.5	Durchführung der Interviews .....	58
7.3	AUSWERTUNG DER INTERVIEWS.....	59

7.3.1	<i>Transkription</i> .....	59
7.3.2	<i>Schritte der Datenauswertung</i> .....	59
7.3.3	<i>Analyse der einzelnen Interviews</i> .....	59
7.3.4	<i>Vergleichende Analyse der Interviews</i> .....	60
<b>8</b>	<b>DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>61</b>
8.1	BESCHREIBUNG DER INTERVIEWPARTNERINNEN .....	61
8.2	GRÜNDE FÜR OBDACHLOSIGKEIT .....	61
8.2.1	<i>Biographische Hintergründe</i> .....	62
8.2.2	<i>Konflikte mit der Herkunftsfamilie/ Bezugspersonen als Auslöser</i> .....	63
8.2.3	<i>Drogenkonsum als Ursache</i> .....	65
8.3	ZUSAMMENHANG DROGENKONSUM UND OBDACHLOSIGKEIT .....	65
8.3.1	<i>Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie von Krisensituationen</i> .....	65
8.4	AUSWIRKUNGEN VON OBDACHLOSIGKEIT AUF DEN ALLTAG DER BETROFFENEN ...	68
8.4.1	<i>Beschreibung des Alltags</i> .....	68
8.4.2	<i>Abhängigkeit/Anpassung/Ausgrenzung</i> .....	69
8.4.3	<i>Konflikte zwischen DrogenkonsumentInnen und AlkoholikerInnen</i> .....	70
8.5	DIE BENUTZTEN INSTITUTIONELLEN HILFSRESSOURCEN .....	71
8.5.1	<i>Ressource Ganslwirt</i> .....	72
8.5.1.1	<i>Freiwillige Betreuung</i> .....	74
8.5.1.2	<i>Höhere Standards bzgl. Versorgung und Hygiene</i> .....	74
8.5.1.3	<i>Beschränkte Kapazitäten Ganslwirt</i> .....	74
8.5.2	<i>Hilfseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe</i> .....	75
8.6	DAUERHAFTE WOHNMÖGLICHKEITEN - GRÜNDE FÜRS SCHEITERN? .....	77
8.7	GEWÜNSCHTE WOHNFORM .....	79
8.7.1	<i>Eigene Wohnung/Einzelzimmer</i> .....	79
8.7.1.1	<i>Eigenständigkeit/Unabhängigkeit/Selbstbestimmung</i> .....	80
8.7.1.2	<i>Perspektiven auf Veränderung durch eine fixe Wohnform</i> .....	81
8.7.2	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i> .....	82
<b>9</b>	<b>ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND AUSBLICK.....</b>	<b>86</b>
	<b>IV. LITERATUR.....</b>	<b>90</b>
	<b>V. ANHANG.....</b>	<b>I</b>

# **I. Theoretischer Teil**

## **1 Einleitung**

Im Rahmen dieser Diplomarbeit setze ich mich auf theoretisch – wissenschaftlicher Basis mit einem Problembereich auseinander, der mich schon seit Jahren in meiner beruflichen Praxis, im Rahmen der sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle Ganslwirt, beschäftigt: Obdachlosigkeit bei KonsumentInnen illegaler Drogen. Der Ganslwirt bietet diverse Hilfsangebote für KonsumentInnen illegaler Drogen der Wiener Drogenstraßenszene und betreibt neben einem Tageszentrum und einer Ambulanz auch eine Notschlafstelle. Obdachlosigkeit stellt für einen überwiegenden Teil der NutzerInnen der Angebote neben dem Drogenproblem eines der größten Probleme dar. In der Betreuungsarbeit dieser KlientInnengruppe fällt auf, dass es für obdachlos gewordene DrogenkonsumentInnen sehr schwierig ist wieder eine stabile Wohnsituation herzustellen. Diese Realität hat weitreichende Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen.

Mein Forschungsanliegen entsteht vor dem Hintergrund, dass Wohnen ein Grundbedürfnis ist, dessen adäquate Abdeckung eine Voraussetzung für die Stabilisierung der gesamten Lebenssituation darstellt. Fehlt diese Voraussetzung, so fehlt auch eine wichtige Basis für die Bearbeitung anderer Problembereiche.

Im Zentrum meines Forschungsinteresses steht die Frage, warum es für diese Gruppe von drogenkonsumierenden Wohnungslosen so schwierig ist zu einer dauerhaften Wohnmöglichkeit zu kommen und welche Faktoren dafür ausschlaggebend sind.

Folgende Fragestellungen leiten sich daraus ab: Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Problemkreis Drogenkonsum und dem Problemkreis Wohnungslosigkeit? Welche Hilfsangebote bieten die Wohnungslosenhilfe und die Drogenhilfe für die betroffenen DrogenkonsumentInnen? Sind diese Hilfsangebote aus Sicht der betroffenen Personen adäquat?

Ausgehend von meinen Erfahrungen mit häufigen NutzerInnen der Notschlafstelle Ganslwirt möchte ich im Rahmen dieser Arbeit die Auswirkungen von Obdachlosigkeit auf DrogenkonsumentInnen darstellen und das verfügbare Hilfesystem beschreiben. Das Ziel dieser Arbeit ist somit einerseits eine Darstellung der Lebenswelt der Betroffenen zu erarbeiten und vor diesem Hintergrund einen eventuellen Bedarf in Bezug auf sinnvolle Ressourcen im Wohnungslosen- und Drogenhilfesystem abzuleiten.

Im theoretischen Teil erfolgt eine Einführung in das Thema Wohnungslosigkeit. Im Kapitel Drogenkonsum biete ich Begriffsdefinitionen sowie einen Überblick über grundsätzliche Theorien zur Sucht. Ich versuche die (schwierige) quantitative Eingrenzung von DrogenkonsumentInnen in Wien. Anschließend stelle ich die komplexen Dynamiken eines drogenbezogenen Lebensstils und deren soziale und gesundheitliche Folgen dar.

Im 4. Kapitel zeige ich die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum mit einer nochmaligen Spezifizierung der in dieser Arbeit beschriebenen Betroffenen.

Das 5. Kapitel soll einen Überblick über das aktuelle Hilfesystem im Unterbringungsbereich verschaffen. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Status quo und die Benennung aktueller Problembereiche bilden den Abschluss des theoretischen Teils.

Im zweiten Teil werden Erfahrungen aus der Praxis der Notschlafstelle Ganslwirt vorgestellt, die einen wichtigen Ausgangspunkt für die empirische Untersuchung darstellen.

Der dritte Teil beinhaltet die empirische Untersuchung. Neben den theoretischen und praktischen Erkenntnissen aus ExperInnensicht ist es ein besonderes Anliegen dieser Arbeit die Erfahrungen und Sichtweisen von Betroffenen zur Beantwortung der vorgestellten Forschungsfragen heranzuziehen. Anhand von konkreten Fallgeschichten soll ein umfassenderes Wissen und Verständnis dafür entstehen, welche Maßnahmen und Ressourcen für eine Verbesserung der aktuellen Lebenssituation notwendig sind. Nachdem es mir um die Erfassung der subjektiven Betroffenheit von obdachlosen DrogenkonsumentInnen geht, kommt eine qualitative Forschungsmethode zur Anwendung. Es wurden problemzentrierte Interviews nach Witzel durchgeführt und mit einer adaptierten qualitativen Methode ausgewertet.

Im 7. Kapitel erfolgt eine ausführliche Darstellung des Forschungsprozesses und meiner methodischen Vorgangsweise. Die Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse bilden im Kapitel 8 den Abschluss der Untersuchung.

Abschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse konkretisiert und diskutiert.

Nachdem ich bereits viele Jahre in der Drogenhilfe tätig bin, verfüge ich über ein sehr umfassendes Kontextwissen aus der Praxis. Diese Vorerfahrungen stellen den Ausgangspunkt für meine spezifische Fragestellung dar und begründen auch mein methodisches Vorgehen (problemzentriertes Interview).



Für die Strukturierung dieser Arbeit war es notwendig Abgrenzungen zwischen den sich permanent überschneidenden Themenbereichen Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum und deren Wechselwirkungen vorzunehmen. Diese Abgrenzungen festzulegen war manchmal sehr schwierig, im Sinne der inneren Logik meiner Arbeit aber unabdingbar.

Um beide Geschlechter sprachlich gleichwertig in dieser Arbeit zu berücksichtigen entschied ich mich für die Schreibweise des „I“.

Inhaltlich war es mir im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf meine Fragestellungen spezifisch herauszuarbeiten.

## 2 Wohnungslosigkeit – Obdachlosigkeit

Seit Beginn der 80iger Jahre steigt die Zahl der von Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen. Immer stärker rückt ins Blickfeld, dass es sich nicht nur um alleinstehende Männer handelt, sondern zunehmend auch um Frauen, Jugendliche und ganze Familien. Auch suchtmittelkonsumierende und psychisch kranke Personen machen einen erheblichen Anteil der Wohnungslosen aus (vgl. Nouvertné/Wessel/Zechert 2002:8).

Scharinger (1993:9) führt die allgemeine Entwicklung des Anstieges auf folgende Faktoren zurück:

- „die als „neue Armut“ diskutierte Verschlechterung der sozialen Situation für breite Gesellschaftsschichten
- die verschärfte Lage auf dem Wohnungsmarkt, die sich für einen Teil der Bevölkerung als „neue Wohnungsnot“ darstellt.“

### 2.1 Begriffsklärung Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit

Die Begriffe Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit werden umgangssprachlich meist synonym gebraucht. Auf Ebene der Fachsprache gibt es seit längerem Bestrebungen, eine weltweit gültige Definition der Begriffe festzulegen. Die UN empfiehlt statt des Vorurteile fördernden Wortes „obdachlos“ den neutraleren Begriff „wohnungslos“ zu verwenden.

In dieser Arbeit werde ich weiterhin beide Begriffe in Anlehnung an die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) beschriebene Differenzierung der Formen von Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit verwenden (vgl. BAWO 2003):

- akute Wohnungslosigkeit/Obdachlosigkeit (Straße, Parks, öffentliche Toiletten, Abbruchhäuser, Waggonie etc.)
- Wohnungslosigkeit im Sinne der temporären/befristeten Unterbringung in Sozialeinrichtungen (Notschlafstellen, NächtigerInnenquartieren, Übergangwohnheimen, Dauerwohnheimen, Betreutes Wohnen)
- versteckte Wohnungslosigkeit (z. B. vorübergehende Unterbringung bei FreundInnen, Verwandten)
- bevorstehende Wohnungslosigkeit (Verlust der Wohnung, Delogierung droht)
- potentielle Wohnungslosigkeit
- unzumutbare gesundheitsschädliche Wohnsituation ( z. B. feuchte, nicht beheizbare Wohnung, Überbelag)

## 2.2 Ursachen für Wohnungslosigkeit

In den 70er Jahren entstanden erste theoretische Erklärungsmodelle über Hintergründe des Problems Obdachlosigkeit, die zu Beginn sehr stark von der Armutforschung und der Erforschung von sozialer Ungleichheit geprägt waren (vgl. Scharinger 1993:5).

Weber versteht Wohnungslosigkeit als Produkt eines sozialen Abstiegsprozesses von Arbeitslosigkeit, Armut und Lebenskrisen. „(...) an dessen Ende fast nur noch Angehörige der unteren Schicht zu finden sind mit der zusätzlichen negativen Merkmalauslese gestörter Familienverhältnisse, dem Sonderschulbesuch, der abgebrochenen Lehre, der Arbeitslosigkeit, körperlicher oder seelischer Behinderung und dem Fehlen der eigenen Familien.“ (Weber 1984:672, zit. n.: Knecht 2004:30).

Girtler (1980) geht von Initialereignissen aus, die zur Desintegration aus der ursprünglichen Primärgruppe führen. Daraus folgt der Verlust der sozialen Identität, begleitet von einem sich mit der Wohnungslosigkeit manifestierenden Stigmatisierungsprozess durch die Gesellschaft (vgl. Knecht 2004:31).

Andere Theorien sehen fehlgesteuerte Wohnbaupolitik als auslösenden Moment für Wohnungslosigkeit. Die BAWO (1999:32) problematisiert in diesem Zusammenhang das überproportionale Ansteigen von Wohnkosten im Verhältnis zum Einkommen.

Scharinger (1993:5 ff) beschreibt vier verschiedene Modelle der neueren Obdachlosenforschung:

- Das Problemfamilienmodell konzentriert sich vorwiegend auf die familiären Begleitumstände von Verarmung und daraus resultierender Obdachlosigkeit.
- Das klassenanalytische Modell rückt die materielle Verelendung innerhalb kapitalistischer Produktionssysteme in den Vordergrund.
- Das sozialökologische Modell geht von der Entstehung von Obdachlosigkeit aufgrund von räumlichen Segregationsprozessen aus.
- Das Konzept der Lebenslage verwendet den Begriff der Lebenslage zur Kennzeichnung von individuellen Handlungsspielräumen, die von gesellschaftlichen und soziokulturellen Bedingungen begrenzt sind. Die Lebenslage von Obdachlosen wird von drei Einflussgrößen bestimmt: strukturellen Lebensbedingungen, milieuspezifischen Wertvorstellungen und familiären Ressourcen. In diesen Bereichen setzt dieses Modell an.

Heute vertreten die meisten AutorInnen für die Ursachenbeschreibung von Wohnungslosigkeit ein mehrdimensionales Konzept, bei dem „individuelle biografische Risikofaktoren, die psychische Vulnerabilität sowie soziale Bedingungen (allgemeine und besondere Wohnungsnot, bestimmte Formen der Sozialpolitik und Besonderheiten der [institutionellen] Versorgung) zusammen wirken (Grohall 1987, Jencks 1994, Rosenheck 2000 zit. in Eikelmann/Reker/Zacharias 2002:43).

Obwohl laut Eikelmann/Reker/Zacharias (2002:43) nicht einmal im Einzelfall die Rückführung der Ursachen für Wohnungslosigkeit auf bestimmte individuelle Vorbedingungen, Situationen und Strukturen möglich ist, erscheinen mir die folgenden häufig genannten Ursachen für Wohnungslosigkeit plausibel: Armut, persönliche oder familiäre Beziehungskonflikte, Scheidung/Trennung, Tod der EhepartnerIn/LebensgefährteIn oder naher Angehöriger, schwere Krankheit, psychische Probleme, Verlust des Arbeitsplatzes/Einkommensverlust, Haft bzw. Anstaltsaufenthalte, Schulden/Mietschulden/Delogierung, Alkohol- und Suchtmittelabhängigkeit.

### **2.3 Folgen u. Auswirkungen von Wohnungslosigkeit**

Sowohl die momentanen Folgen des Verlustes der Wohnung, als auch die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Lebensperspektiven sind weitreichend. In jedem Fall ist der Verlust des privaten Wohnplatzes ein einschneidendes Ereignis und hat häufig traumatische und sehr schwer auszugleichende psychische, soziale und auch wirtschaftliche Folgen (vgl. Graber et al. 2004:16).

Der Verlust der Wohnung wird sogar als ein psychisches Trauma beschrieben, dessen Schlüsselfaktor die reale und erlebte gesellschaftliche Ausgrenzung ist: „Die neue Situation stellt erhebliche Anforderungen an die Bewältigungsmechanismen der Betroffenen, die bei länger andauernder Wohnungslosigkeit überfordert werden und einen Kontrollverlust über die Lebenssituation entstehen lassen.“ (Reker 1999:3, zit. n.: Wessel/Zechert/Kämpfer 2002:161).

Eine der gravierendsten Folgen von Wohnungslosigkeit ist meiner Einschätzung nach der Verlust der Möglichkeit zu einem menschenwürdigen und selbst bestimmten Leben, verbunden mit einer massiven Vorverurteilung, Stigmatisierung und sozialen Ausgrenzung.

Diesem Ausgrenzungsprozess sind die Betroffenen schutzlos ausgeliefert, da sich ein Großteil ihres Lebens im öffentlichen Raum oder in Institutionen stattfindet: Privatsphäre und damit Rückzugsmöglichkeiten gibt es nicht mehr, selbst gewählte soziale Kontakte sind kaum mehr lebbar. Frühere soziale Kontakte brechen fast immer ab, neue entstehen in der Subkultur der „Obdachlosen“. Die neuen Lebensbedingungen dieser Menschen, die meist als beschämend und entwürdigend empfunden werden, müssen in aller Öffentlichkeit zur Schau gestellt werden.

Wenn es erst einmal zum Verlust der Wohnung gekommen ist, gelingt es kaum, trotz anfänglicher intensiver Versuche der Betroffenen, ohne institutionelle Hilfe auszukommen.

„...es setzt ein Kreislauf zwischen den einzelnen Institutionen des Hilfesystems ein, der nur in den seltensten Fällen durchbrochen werden kann, ... sie leben entweder in stationären Einrichtungen, in Asylen oder auf der Straße.“ (Ruhstrat u .a. 1991:265).

Krankheiten, psychische wie physische, werden als Ursache von Wohnungslosigkeit häufig genannt. Dass sich umgekehrt Obdachlosigkeit auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen schädigend auswirkt, ist nahe liegend. Verschlimmert wird diese Tatsache durch den erschwerten Zugang zu medizinischer Behandlung. Zahlreiche Studien belegen, dass körperliche Krankheiten bei Wohnungslosen deutlich häufiger vorkommen als in der Normalbevölkerung.

„Es überwiegen Krankheiten, die durch die Lebensbedingungen in Wohnungslosigkeit gefördert werden, wie Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen und alkoholbedingte Lebererkrankungen. Dazu kommt eine vergleichsweise hohe Prävalenz an Infektionskrankheiten, insbesondere Tuberkulose und HIV.“ (Eikermann/Reker/Zacharias 2002:46).

Psychische Störungen treten bei Wohnungslosen überdurchschnittlich oft auf, dies belegen mittlerweile ebenfalls zahlreiche Studien, wobei es für diese Gruppe vergleichsweise wenig Datenmaterial gibt. So weist Fichter u. a. (1996) in einer repräsentativen Studie für 30% der Wohnungslosen zumindest einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung aus (Eikermann/Reker/Zacharias 2002:49).

Drogenkonsum wird im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit ebenfalls häufig als Ursache aber auch als Bewältigungsstrategie angeführt. Genauere Ausführungen zur Situation der Gruppe der drogenkonsumierenden Wohnungslosen erfolgt in Kapitel 4.

Weitere negative Folgen von Wohnungslosigkeit stehen im Zusammenhang mit der exponierten Lebenssituation der Betroffenen. Wohnungslosigkeit verursacht Stress bei den

Betroffenen: Die tägliche Sorge um den Schlafplatz und um Nahrung sowie der eingeschränkte Zugang zu Hygienemöglichkeiten führt häufig zu Verwahrlosungserscheinungen und zu einem unzureichenden Ernährungszustand. Obdachlose sind sowohl gewalttätigen als auch sexuellen Übergriffen (Opfer von Raub, Diebstahl, Vergewaltigung, körperlicher Gewalt) vermehrt ausgesetzt. Das Fehlen einer Meldeadresse und die damit meist einhergehende Unerreichbarkeit, führen häufig zu einer Kumulation von behördlichen, verwaltungs- und strafrechtlichen Problemen.

## **2.4 Wohnungslosigkeit in Österreich**

Im Rahmen einer Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich im Jahr 1999 wurde auf eine Gesamtzahl von ca. 12.000 Personen geschlossen, die pro Jahr eine stationäre Unterbringungseinrichtung nutzen. Nicht inkludiert sind in dieser Zahl wohnungslose MigrantInnen, Wohnungslose, die in Gasthöfen und Pensionen untergebracht sind und jene, die ausschließlich auf der „Straße“ leben. Eine Hochrechnung ergibt ca. 21.000 Menschen, die innerhalb eines Jahres von Wohnungslosigkeit betroffen sind, wobei von ca. 2.000 Menschen ausgegangen wird, die österreichweit auf der „Straße“ leben (vgl. Eitel/ Schoibl 1999:15).

In Wien gab es laut Bericht der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWH) von 2004 im gesamten Jahr insgesamt 4.286 Unterbringungen, die sich auf 3.790 unterschiedliche Personen beziehen, d.h. 88% haben nur eine Einrichtung und 12% mehrere Einrichtungen in Anspruch genommen. Auch hier fehlen die Zahlen derjenigen, die keine Institutionen in Anspruch nehmen und auf der Straße leben (vgl. Graber 2004:60).

## **2.5 Recht auf Wohnen**

Wohnen bzw. über einen eigenen Wohnraum zu verfügen, stellt ein zentrales menschliches Grundbedürfnis dar. Eigener, leistbarer und dauerhaft gesicherter Wohnraum ist eine wesentliche Voraussetzung für eine menschenwürdige Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Durch Österreichs Ratifizierung der allgemeinen Menschenrechtskonvention lässt sich über den Artikel 25 grundsätzlich ein Recht auf Wohnen ableiten. Dieses Recht ist aber weder in

Verfassungsrang gesetzt, noch in irgendeiner Form einklagbar (vgl. Eitel/Schoibel, 1999:26).

Die Wiener Wohnungslosenhilfe legt fest, dass im Einklang mit der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Artikel 25/1) sowie der Europäischen Sozialcharta (Artikel 31) auf Grundlage des Wiener Sozialhilfegesetzes (WHSG) ein bedarfsgerechtes Angebot für obdachlose/wohnungslose Menschen sicherzustellen ist (vgl. Graber 2004: 20).

Die Untersuchung, inwieweit diese Willenserklärung der Gemeinde Wien speziell für obdachlose KonsumentInnen illegaler Drogen gültig ist, stellt einen zentralen Aspekt dieser Arbeit dar, auf den ich im Kapitel 5 ausführlicher eingehe.

## **3 Drogenkonsum**

### **3.1 Theorien über die Entstehung von Sucht**

Prinzipiell wird zwischen stoffgebundenen und stoffunabhängigen Süchten unterschieden.

Ich beziehe mich in meiner Arbeit auf Sucht bzw. Abhängigkeit von illegalen Drogen.

Zur Entstehung von Sucht und Abhängigkeit gibt es unzählige Theorien. Von eher biologistischen Theorien (pharmakologisch, genetisch) über psychologische Theorien (Persönlichkeitstheorie, Verhaltenstheorie, psychoanalytische Theorie...) bis zu soziologischen und soziokulturellen Theorien (Rollentheorie, Theorie der Subkultur, ökonomische Theorien...) reicht die Palette der Erklärungsansätze.

Zumindest in Fachkreisen ist es heute State of the Art die Komplexität der verschiedenen Einflussfaktoren für die Entstehung von Sucht anzuerkennen. Man versteht Sucht als komplexen Prozess, der sich innerhalb des Spannungsfeldes Individuum (Körper, Psyche, Seele) – Droge – Gesellschaft entwickelt. Es gibt nicht eine Ursache, sondern ein Bündel von Risikofaktoren, die individuell sehr unterschiedlich gewichtet sind. D.h. es sind sowohl soziokulturelle Bedingungen, psychische Komponenten, psychiatrische und genetische Prädispositionen aber auch die Wirkung der einzelnen Substanzen und deren Suchtpotential sehr wesentlich, aber individuell in unterschiedlichem Ausmaß relevant.

Es ist mittlerweile wissenschaftlich erwiesen, dass es die Suchtpersönlichkeit per se nicht gibt, sondern Menschen, die aufgrund ihrer individuellen Lebensgeschichte, in der es häufig

mehrere Risikofaktoren und zu wenig Schutzfaktoren gab, („Überlebens“-) Strategien entwickeln, die in eine Abhängigkeit führen können.

„Die Suchtpersönlichkeit gibt es nicht. Ein süchtiger Mensch hat immer eine ganz individuelle Lebensgeschichte, die seinen Weg in die Sucht erklären mag. (...) Es gibt zahlreiche Theorien und Erklärungsansätze für die Psychogenese von Sucht.“ (Kuntz 2000:17).

Diese Entwicklungen sind wie oben beschrieben immer multifaktoriell und nicht monokausal. Viele Wege können in eine Abhängigkeit führen, aber es gibt auch viele Möglichkeiten wieder herauszuwachsen, oder mit einer Abhängigkeit zu leben (vgl. Kuntz 2000:17).

### **3.2 Sucht/Abhängigkeit als Krankheit**

Sucht wird heute zwar allgemein als „Störung“ oder „Krankheit“ gesehen, es kommt aber auch immer eine „moralisierende und psychische Komponente („schwacher oder fehlender Wille einer Person““ und eine „als abweichendes Verhalten (antisoziales, teilweise kriminelles Verhalten)“ bezeichnete Deutung hinzu (Degkwitz 2002:20).

Kuntz (2000:103) bezeichnet Sucht als „die Krankheit, die sowohl keine, wie eine besondere, wie eine mehrfache ist“. Er benennt das Verständnis von Sucht als Krankheit als großen Fortschritt, zumal die Stigmatisierung von süchtiger Abhängigkeit den süchtigen Menschen noch immer als „willens- und charakterschwaches Subjekt“ brandmarkt. Für ihn ist Sucht „keine Krankheit wie jede andere. Sucht ist vor allem ein Symptom, hinter dem sich etwas Tieferes verbirgt. Die eigentliche Krankheit ist also primär die tiefere seelische Verletzung oder Störung.“ (Kuntz 2000:104).

Seit Mitte der 60iger Jahre ist Sucht als Krankheit anerkannt. Die WHO empfiehlt seither den unwissenschaftlicheren Begriff Sucht aufzugeben und stattdessen den Begriff „Abhängigkeit“ zu verwenden.

Für die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung existieren nach der International Classification of Diseases (ICD 10) anerkannte Kriterien. Demnach liegt eine Suchterkrankung vor wenn mindestens 3 der nachstehenden Kriterien erfüllt sind:

- 1) „ein starker Wunsch oder eine Art innerer Zwang, psychoaktive Substanzen zu konsumieren,
- 2) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums,



- 3) Substanzgebrauch mit dem Ziel, seelische Entzugssymptome zu vermeiden oder zu mildern,
- 4) Körperliches Entzugssyndrom bei der Beendigung oder Einschränkung des Konsums,
- 5) Toleranzentwicklung, d. h. Gewöhnung an höhere Dosen eines Suchtmittels, um die gleiche Wirkung zu erzielen,
- 6) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie erhöhter Zeitaufwand, um sich von den Folgen des Konsums zu erholen
- 7) Anhaltender Suchtmittelkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen
- 8) Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz.“ (vgl. Dilling et al 1993; zit. n. Kuntz 2000:170).

Es wird zwischen verschiedenen Ebenen von Abhängigkeit unterschieden:

- Psychische Abhängigkeit: Die Droge erzeugt einen Zustand der Zufriedenheit und das seelische Verlangen, die Einnahme der Droge fortzusetzen, mit dem Bedürfnis, sie um jeden Preis zu beschaffen.
- Physische Abhängigkeit: Anpassungszustand mit Toleranzsteigerung, Zwang zur Dosissteigerung für dieselbe Wirkung und mit Abstinenzerscheinungen bei Absetzen oder Verminderung der Dosis.
- Soziale Abhängigkeit: Abhängigkeit von den Ritualen, die mit dem Drogenkonsum verbunden sind, und eine starke Bindung daran. (Bieda, Koini & Potscher 1991, zit. n. Strobel 1996: 26).

### **3.3 Begriffsdefinitionen**

#### **3.3.1 Drogen**

„Drogen nennen wir alle psychoaktiven Wirkstoffe pflanzlicher und synthetischer Herkunft, die durch ihre Wirkung auf das Zentralnervensystem das Befinden und die Erlebnisweisen der Benutzer, ihre Sinnesempfindungen, ihre Stimmungen, ihr Bewusstsein beeinflussen.“ (Lovisach 1996:17, zit. n. Zündel 2001:9).

#### **3.3.2 Illegale Drogen**

Dies sind Drogen, die vom Gesetzgeber verboten sind. Welche Drogen aktuell illegal sind wird im Suchtmittelgesetz festgelegt. Gängige in Wien konsumierte illegale Drogen sind Morphin, Heroin, Kokain, Amphetamin, Marihuana, LSD, Ecstasy.

Der Erwerb, die Erzeugung, die Ein- und Ausfuhr, die Überlassung (Weitergabe) und der Handel mit diesen Drogen sind verboten und werden strafrechtlich verfolgt.

Folglich bewegen sich DrogenkonsumentInnen bereits durch den Kauf der Drogen im illegalen Bereich. Der Drogenmarkt unterliegt den Gesetzen eines Schwarzmarktes.

In der Wiener Drogenstraßenszene spielen Opiate (Morphin, Heroin), Kokain, Amphetamine eine vorherrschende Rolle.

Abgesehen davon haben in Wien auch legale Drogen wie Alkohol und Benzodiazepine im Zusammenhang mit dem polytoxikomanen Konsummuster eine hohe Bedeutung.

### **3.3.3 Problematischer, chronischer Drogenkonsum**

Unter problematischem Drogenkonsum verstehe ich den regelmäßigen Konsum illegaler (vorwiegend Opiate, Kokain) und legaler Drogen (Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel), der mit Abhängigkeit und in weiterer Folge mit gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen einhergeht.

In der Wiener Drogenstraßenszene spielt der intravenöse polytoxikomane Drogenkonsum eine zentrale Rolle (vgl. ÖBIG 2005:22).

### **3.3.4 Polytoxikomanes Konsummuster**

Als Polytoxikomanie wird eine Mehrfachabhängigkeit oder der Mehrfachkonsum von verschiedenen Drogen abwechselnd oder gleichzeitig verstanden (z. B. Opiaten und Kokain bzw. Opiate, Benzodiazepine und Alkohol). Diese Konsumform ist in Wien üblicher als der Konsum nur einer Substanz. Die wahllose und gemischte Einnahme führt häufig zu völliger Betäubung und zu akut lebensbedrohlichen Intoxikationen (vgl. Brosch/Juhnke 1993:136).

### **3.3.5 KonsumentInnen illegaler Drogen**

Die Gruppe der DrogenkonsumentInnen ist eine sehr inhomogene. In der Beschreibung der unterschiedlichen Gruppen wird nach Konsummustern bzw. Konsummotivationen unterschieden. In der Literatur findet man Unterscheidungen wie: ExperimentiererInnen, EinsteigerInnen, WochenendkonsumentInnen, KonsumentInnen mit einem mäßigen bzw. kontrollierten Drogenkonsum, KonsumentInnen mit einem aktiven, chronifizierten, süchtigen, problematischen, instabilen und phasenweise sehr exzessiven Drogenkonsum u. v. m.

Im Zentrum dieser Arbeit stehen KonsumentInnen illegaler Drogen, die bereits einen chronischen, in jedem Fall süchtigen und phasenweise sehr instabilen und unkontrollierten

meist intravenösen Drogenkonsum praktizieren und sich schwerpunktmäßig in der Wiener Drogenstraßenszene aufhalten. Die folgenden Ausführungen und Problemdarstellungen konzentrieren sich weitgehend auf diese Personengruppe. Für die von mir fokussierte Kerngruppe werde ich vorwiegend die Begriffe DrogenkonsumentInnen bzw. KonsumentInnen illegaler Drogen verwenden.

### **3.3.6 Drogenstraßenszene**

Im Glossar des Leitbildes der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle Ganslwirt wird diese Szene folgendermaßen beschrieben: „Summe all jener Personen, die Drogen konsumieren und sich regelmäßig an Straßen und Plätzen (inkl. der dort vorhandenen Infrastruktur) aufhalten, an denen mit Drogenverkauf, -erwerb und -konsum zusammenhängende Aktivitäten stattfinden.“ Für einen Teil dieser Personen sind diese Plätze wesentliche Lebensweltbereiche, sie suchen sie auf um Kontakte zu Bekannten zu pflegen. Für einen anderen Teil werden sie nur zum Erwerb, Verkauf oder Konsum von Drogen aufgesucht (Leitbild Ganslwirt 2004:8).

## **3.4 Drogenkonsum in Österreich**

Zuverlässige Zahlenangaben über abhängige DrogenkonsumentInnen für Österreich und Wien zu finden ist sehr schwierig. Der Faktor Illegalität verschärft dieses Problem und führt zu einer schwer einschätzbaren Dunkelziffer. Aus der Literaturrecherche lässt sich erkennen, dass sich die Autoren nicht genau festlegen können und angeführte Zahlen mit dem Hinweis „bitte mit Vorsicht behandeln“ versehen. Ich versuche hier eine gewisse Annäherung, die aus eben diesen Gründen mit „Vorsicht“ behandelt werden muss.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2005:22) weist in seinem Bericht zur Drogensituation eine Prävalenzrate von 20.000 bis 30.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum für ganz Österreich aus, wobei von einem polytoxikomanen Konsummuster ausgegangen wird.

Bezogen auf die Personengruppe, die der Wiener Drogenstraßenszene angehört, wage ich folgende Annäherungen:

Der Verein Wiener Sozialprojekte beziffert in einem Bericht zur Situation „Kokain in der Wiener Drogenstraßenszene“ (Schinnerl 2003:8) die Größenordnung der Wiener

Drogenstraßenszene mit ca. 750 bis 1000 Personen ausgehend von einer geschätzten Zahl von 7.500 bis 10.000 problematischen OpiatkonsumentInnen in Wien.

Diese Zahlen lassen sich nach meiner Einschätzung durch statistisches Material zur Inanspruchnahme der niedrighschwelligigen Drogenberatungsstelle Ganslwirt untermauern, unter der berechtigten Annahme, dass ein großer Teil der problematischen OpiatkonsumentInnen (aufgrund ihrer marginalisierten Lebenssituation, mangelnder privater Ressourcen und mangels anderer institutioneller Ressourcen) diese Einrichtung in Anspruch nimmt. Im Jahr 2004 wurden die psychosozialen Betreuungsangebote des Ganslwirt von ca. 620 verschiedenen Personen in Anspruch genommen.

### **3.5 Soziale und gesundheitliche Situation von KonsumentInnen illegaler Drogen**

Im folgenden Kapitel sind die Berichte über die Drogensituation in Österreich des Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus den Jahren 2003 und 2005 und der Bericht der Wiener Basisdokumentation 2005 (BADO) erstellt durch das Institut für empirische Sozialforschung (IFES), vor allem wenn es um österreich- bzw. wienspezifische Angaben geht, wesentliche Datenquellen.

Die Zahlen aus dem BADO Bericht stammen aus der Auswertung des einheitlichen Dokumentationssystems der Einrichtungen des Wiener Drogenhilfesystems. Daran sind insgesamt 26 ambulante und stationäre Einrichtungen beteiligt.

#### **3.5.1 Soziale Situation**

Der ÖBIG Bericht (2005:43) fasst als wesentlichste soziale Probleme bei „schwer Drogenabhängigen der Straßenszene“ die Bereiche Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden zusammen. Die Ausgrenzung und Stigmatisierung der Betroffenen hat zusätzlich maßgebliche Auswirkungen auf deren Lebensbedingungen und die soziale Desintegration.

##### **3.5.1.1 Wohnungslosigkeit**

Wohnungslosigkeit ist bei einem großen Teil der DrogenkonsumentInnen mit einem problematischen Konsumverhalten ein zentrales und schwer zu lösendes Problem mit weitreichenden Auswirkungen auf die Betroffenen. Nachdem der Aspekt der

Wohnungslosigkeit das Kernthema dieser Arbeit ist, möchte ich an dieser Stelle auf die genaue Ausführung dazu im Kapitel 4.4 verweisen.

### **3.5.1.2 Arbeitslosigkeit/Einkommenssituation**

LangzeitdrogenkonsumentInnen der Drogenstraßenszene befinden sich nur in den seltensten Fällen in einem aufrechten Arbeitsverhältnis. Die meisten KlientInnen beziehen Transferleistungen.

Im Rahmen der Auswertung der Wiener BADO wurde eine sehr hohe Erwerbslosigkeitsquote ausgewiesen. 67 % der KlientInnen waren nicht erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen unter dieser Klientel fällt mit 10% (n = 1907) niedrig aus (ÖBIG 2005:43).

Aus der Betreuungsdokumentation des Ganslwirt 2004 ergeben sich folgende Daten:

- 47% der Männer und 37% der Frauen beziehen Notstandshilfe,
- 19% der Männer und nur 5% der Frauen beziehen Arbeitslosengeld,
- 13% der Männer und 31% der Frauen leben von Sozialhilfe,
- 3% der Männer und 5% der Frauen erhalten eine Pension,
- jeweils 1% der Männer bezieht ein Vollzeit Einkommen, Kursbeihilfe und Lehrlingsentschädigung,
- 2% der Männer beziehen Krankengeld,
- 11% der Männer und 18% der Frauen haben keinen gesicherten Unterhalt und somit auch keine Sozialversicherung.

Für letztere Gruppe ist dies im Zusammenhang mit der oftmals dringend notwendigen Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen sehr problematisch.

Verschuldung und finanzielle Unterstützung durch den Partner tragen bei manchen zum Unterhalt bei. Als weitere Einkommensquellen gelten noch die Vermittlung von Drogen, Dealen, Prostitution und andere Aktivitäten der Beschaffungskriminalität (siehe Kapitel 3.6.1).

Diese Zahlen sind auch im Zusammenhang mit den wesentlichsten Ursachen für Wohnungslosigkeit relevant. Wie im Kapitel 2 aufgezeigt wird, ist Einkommensarmut einer der wichtigsten Gründe für Wohnungslosigkeit.

### **3.5.1.3 Bildungsstand**

Die Schwierigkeiten einen Arbeitsplatz zu finden hängen bei der Gruppe der aktiven DrogenkonsumentInnen einerseits mit ihrer aktuellen Lebenssituation zusammen, aber auch damit, dass ihr Bildungsstand deutlich unter dem der allgemeinen Bevölkerung liegt. Zahlen aus dem BADO Bericht (IFES 2005:40) belegen, dass ca. 56% der betreuten Personen (n =

1951) maximal über einen Hauptschulabschluss bzw. über einen Abschluss des Polytechnischen Lehrgangs verfügt.

#### **3.5.1.4 Gesellschaftliche Ausgrenzung**

Die in diesem und im nächsten Kapitel beschriebenen Folgen und Begleitumstände des illegalen Drogenkonsums nähren das Phänomen der gesellschaftlichen und sozialen Ausgrenzung.

Diese Form der Ausgrenzung äußert sich für DrogenkonsumentInnen darin, dass sie von der Allgemeinbevölkerung und von Behörden ablehnend oder feindselig behandelt werden. Es gibt kaum öffentliche Plätze, wo sich nicht vertrieben werden. Sie sollen sich einerseits nicht im öffentlichen Raum aufhalten, andererseits stößt die Schaffung von Drogenhilfseinrichtungen ebenfalls immer wieder auf massive Widerstände durch die Bevölkerung (vgl. ÖBIG 2002:82).

Die aus sozialarbeiterischer Sicht verhängnisvollste Auswirkung dieser Ausgrenzung besteht darin, dass gerade jene Menschen, die einen einfachen Zugang zu Hilfseinrichtungen benötigten, diesen viel schwerer finden als „normale Wohnungslose“. Auch wenn sie Hilfe beanspruchen, lässt ihre Lebenssituation ihnen viele Angebote als von kaum überwindbaren Hürden umstellt erscheinen.

Das Thema der Auswirkung von Stigmatisierung ist nicht der eigentliche Inhalt dieser Arbeit, stellt aber doch einen zentralen Faktor mit wesentlichen Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen dar.

#### **Soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung**

Bei KonsumentInnen illegaler Drogen kumulieren sehr viele Faktoren, die zu Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung führen: Sie sind Drogenabhängige und Kriminelle und Prostituierte und HIV-Positive und Obdachlose und Arbeitslose und Verschuldete und psychisch Kranke - oftmals in einer Person. Sie stehen im gesellschaftlichen Ranking auf der untersten Stufe. Jede dieser Zuschreibungen stellt für sich einen Faktor für Stigmatisierung dar.

Häufig tritt in der Beurteilung dieser Menschen, trotz der Errungenschaft der Anerkennung von Drogensucht als Krankheit, das Schuldhaftige zutage. Die Tatsache, dass aktuell geltende Normen und Tabus gebrochen werden, bleibt nicht ohne Konsequenzen. Degwitz (2002:28) bezeichnet Sucht als „Verfehlung der gesellschaftlichen Norm der Selbstkontrolle in

Verbindung mit psychotropen Substanzen.“ Sucht ist in diesem Zusammenhang einer bestimmten Person zuzurechnen, die diese Verfehlung des Kontrollverlusts begeht.

„Stigmatisierung ist ein Interaktionsprozess welcher aufzeigt, wie sich das Handeln einer Regeln brechenden Person und die soziale Reaktion darauf gegenseitig bis hin zur Ausgrenzung verstärken können. Dieser Prozess kann dazu führen, dass die negativ bewertete Auffälligkeit, das Stigma, nach und nach die ganze Person des Regelbrechers dominiert. Im gleichen Zuge steigert sich die soziale Reaktion bzw. Kontrolle bis hin zur völligen Ausgrenzung bzw. zur Behandlung in totalen Institutionen, wie z. B. Gefängnissen.“ (Loviscach 1996:54, zit. n. Zündel 2001:13).

Die beschriebenen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen von DrogenkonsumentInnen (Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, hohe Schulden, niedriger Bildungsstand, schlechter Zugang zu medizinischer Versorgung und sozialstaatlicher Leistungen, Straffälligkeit) sind sowohl Ursachen als auch Folgen sozialer Ausgrenzung.

Soziale Ausgrenzung ist wiederum ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung eines problematischen Drogenkonsums bzw. für die Verstärkungen eines bestehenden Konsummusters.

In Österreich wird von ExpertInnen der Drogenhilfeeinrichtungen die soziale Ausgrenzung als Folge des Drogenkonsums beobachtet und bestätigt (vgl. ÖBIG 2002:78).

Soziale Ausgrenzung dieser „Randgruppe“ findet nicht nur außerhalb des Bereiches der sozialen Arbeit statt. DrogenkonsumentInnen mit all diesen Problemlagen werden auch in vielen sozialarbeiterischen und medizinischen Bereichen außerhalb der Drogenhilfe nicht mit offenen Armen betreut und behandelt.

Von ExpertInnen der Drogenhilfe wird berichtet, dass es im Ressourcenumfeld in den letzten Jahren langsam zu positiven Veränderungen kommt. „Es ist gelungen, andere Bereiche des sozialen Hilffsystems für die Problemlagen der DrogenkonsumentInnen zu sensibilisieren und teilweise die kategorischen Abgrenzungen gegenüber dieser Problemgruppe aufzuheben. Dennoch finden auch von Seiten des sozialen Hilffsystems immer noch Diskriminierung und Ausgrenzung nur aufgrund des Drogenkonsums bzw. der Drogenabhängigkeit statt.“ (Schinnerl 2001:7).

Wie weit diese Veränderungen auch im Bereich der Wohnungslosenhilfe tragend werden, bzw. wie in diesem Bereich der Stand der Entwicklung der Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von wohnungslosen aktiven DrogenkonsumentInnen ist, wird im Kapitel 5 behandelt.

## **3.5.2 Gesundheitliche Situation**

KonsumentInnen illegaler Drogen der Drogenstraßenszene befinden sich häufig in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand.

### **3.5.2.1 Infektionskrankheiten**

Im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum kommt es zu einer weiten Verbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV, Hep B, Hep C. Aktuelle Daten aus dem niedrighwelligen Bereich weisen eine Hepatitis C (HCV)-Rate von 53 % eine Hepatitis B (HBV)-Rate von 37% und eine HIV-Rate von 6% auf (ÖBIG 2005:36).

### **3.5.2.2 Psychiatrische Komorbidität**

Psychiatrische Komorbidität bei DrogenkonsumentInnen ist in der Drogenhilfe international und auch in Österreich ein immer wichtiger werdendes Thema. Laut ÖBIG (2003:74) berichten diverse Einrichtungen der Drogenhilfe über eine zunehmende Anzahl von DrogenkonsumentInnen mit psychiatrischer Komorbidität. Die BADO Daten für 2003 weisen folgende Zahlen aus: 20 % der erhobenen KlientInnen haben sich in den letzten 12 Monaten in einer psychiatrischen Behandlung befunden.

„Unter Doppeldiagnosen wird im Allgemeinen die Komorbidität oder das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung (z. B. Angststörung, Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung) und einer Substanzstörung (Störung durch Abhängigkeit von psychotropen Substanzen) bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum verstanden.“ (Moggi 2002:15).

Krausz/Verthein (2002:38) geben an, dass nach wissenschaftlichen Studien (Stieglitz/Freyberger 1996) und der medizinisch-psychiatrischen Praxis Komorbidität überwiegend im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen oder Drogen- bzw. Alkoholabhängigkeit in Erscheinung tritt.

„So zeigen viele vor allem internationale Studien – seien es größere epidemiologische (repräsentative) Untersuchungen oder Befragungen von Betroffenen eine Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen unter Drogenabhängigen um 50 % (Überblick bei Krausz et al. 1998). Diese Rate ist etwa zwei bis dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.“ (Krausz/Verthein 2002:39).

Die beiden Autoren (2002:40) haben im Rahmen einer aufwendigen wissenschaftlichen Komorbiditätsstudie unter Opiatabhängigen in Hamburg unter anderem festgestellt, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von psychischen Symptomen und der Entwicklung der sozialen Lebenssituation besteht. DrogenkonsumentInnen, die stärker



von Angstzuständen und Depressionen betroffen sind, befanden sich in einer schlechteren sozialen Situation und es gelang ihnen schlechter sich vom illegalen Drogenkontext zu lösen.

Aus Österreich gibt es leider nur wenige Studien, die sich mit dem Thema Komorbidität auseinandersetzen und auch keine Routinedaten zu diesem Thema. Das ÖBIG (2003:74 ff) bezieht sich bei ihren Angaben auf Berichte aus Jahresberichten und diversen Fachpublikationen aber auch auf ExpertInneneinschätzungen zu diesem Thema.

Die genauen Zusammenhänge zwischen Abhängigkeitserkrankungen und psychiatrischen Symptomatiken sind noch wenig erforscht. Die Bandbreite der Krankheitsbilder reicht von überwiegenden Suchterkrankungen mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen bis zu schweren Psychosen bei gleichzeitigem problematischem Drogenkonsum.

Bei KlientInnen mit einer psychiatrischen Grunderkrankung kann der Drogenkonsum ein Versuch einer Selbstbehandlung sein (z. B. Morphin als Schmerzmittel gegen psychischen Schmerz, zum Abbau von inneren Spannungen) um die psychiatrischen Symptome zu lindern. Bei anderen DrogenkonsumentInnen sind die psychiatrischen Symptome drogeninduziert (ÖBIG2003:74).

Unabhängig davon, welches Erklärungsmodell für die Entstehung von Komorbidität und Abhängigkeit verwendet wird – fest steht: Abhängigkeit führt u psychischen Symptomen, und psychische Symptome stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitsentwicklung dar (Krausz/Verthein 2002:43). Weiters ist die Kombination dieser beiden Symptome ein zusätzlicher Risikofaktor für soziale Desintegration, die häufig geradewegs in die Wohnungslosigkeit führt (siehe Kapitel 4.4).

### **3.5.2.3 Exkurs: Substitutionsbehandlung**

Eine Substitutionsbehandlung ist für DrogenkonsumentInnen aktuell die einzige Möglichkeit der konsumbezogenen Kriminalisierung zu entkommen. Die Zugänglichkeit zu dieser Behandlungsform wurde in den letzten Jahren zusehends niedrigschwelliger und durch die Differenzierung der Substitutionsmittel auch attraktiver. In Wien befinden sich laut ÖBIG (2005:114) aktuell ca. 3.500 PatientInnen in einer Substitutionsbehandlung.

Der Ganslwirt weist in seiner Betreuungsdokumentation 2004 bei den betreuten KlientInnen einen Anteil von 70% Substituierten aus. Diese Behandlungsform stellt für Drogenkonsumierende einen wesentlichen Beitrag zur Entkriminalisierung und in weiterer Folge eine Perspektive auf verbesserte Lebensbedingungen dar.

## 3.6 Lebenswelten von KonsumentInnen illegaler Drogen

Im folgenden Abschnitt beschreibe ich wichtige Lebensweltbereiche von DrogenkonsumentInnen, mit dem Ziel einen Einblick in deren Alltagsrealitäten zu ermöglichen.

### 3.6.1 Die Wiener Drogenstraßenszene

Für obdachlose DrogenkonsumentInnen in Wien ist die Straße an sich ein wesentlicher Lebensraum und ein wichtiger Teil ihrer Lebenswelt. Die Wiener Drogenstraßenszene wird wie von Uhl/Springer (1997:27) in einer Untersuchung beschrieben im wesentlichen von zwei Personenkreisen frequentiert:

- „Psychisch und oder sozial auffällige Personen, die in der Szene Sozialkontakte und eine Identität am Rande der Gesellschaft suchen (B: „Der Karlsplatz ist vor allem ein Anziehungspunkt für Jugendliche. Sie haben oft keine funktionierende Familie und suchen dort eine Ersatzfamilie. Sie kennen niemanden und kommen dort schnell hinein!“)
- Drogenabhängige, deren Drogenbedarf so groß geworden ist, dass sie sich die Aufrechterhaltung ihrer Sucht nur leisten können, wenn sie als Vermittler oder kleine Dealer selbst aktiv am Drogenhandel teilnehmen. (B: „Die Szene gibt es nur, weil es Giftler gibt, die kein Geld mehr haben!“).

Die Szeneplätze haben für KonsumentInnen illegaler Drogen auch die Funktion Kontakte zu „Ihresgleichen“ zu suchen, zu wirklich tragfähigen Freundschaften kommt es allerdings sehr selten. Das Misstrauen ist sehr groß, es handelt sich meist um Zweckgemeinschaften. Als weitere Gründe, die das Entstehen von Freundschaften verhindern, führen Uhl/Springer (1997:28) das sehr hohe Ausmaß an psychischer und sozialer Auffälligkeiten, den Beschaffungsdruck und die Präsenz der Polizei an.

Als aktuelle Szeneplätze in Wien werden von den Streetworkern (VWS 2005:15) folgende angegeben: Karlsplatz (U-Bahn Passage), Resselpark, Westbahnhof, Urban-Loritz Platz (Hauptbibliothek) und diverse U-Bahn Linien.

Die jeweils verschiedenen Szeneplätze werden teilweise von unterschiedlichen Substanzen dominiert. In Wien wird im wesentlichen zwischen einer Heroin-, Kokain-, und Medikamentenszene unterschieden. Es gibt innerhalb der Szene auch einen Schwarzmarkt für Substitutionsmittel, der in den letzten Jahren von Morphin dominiert wird.

### **3.6.1.1 Gewalt**

Wer in der Drogenstraßenszene unterwegs ist, bewegt sich auf einem Terrain, das sehr stark von der Sprache der Gewalt geprägt ist. Wer noch dazu obdachlos ist, kann sich dieser harten Wirklichkeit auch nicht durch Rückzug in seine eigenen „vier Wände“ entziehen. In der Studie von Springer/Uhl (1997:51ff) geben Befragte an, dass das Ausmaß der Gewalt in der Drogenszene kontinuierlich zunimmt. Häufig stehen die Gewaltvorfälle im Zusammenhang mit dem Kauf- und Verkauf von Drogen bzw. bestehenden Schulden. Es wurde aber auch von 41 % der Befragten auf die gewalttätige Beschaffungskriminalität (Raub) hingewiesen, d. h. Gewalt wird sowohl als Opfer, als auch als Täter zu einer prägenden Lebenserfahrung.

Eine besondere Gefahr betrifft in erster Linie Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen. Sie sind häufig sexueller Gewalt in Form von Vergewaltigungen durch Freier oder im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit in Form von sexueller Nötigung als Gegenleistung für einen Schlafplatz, ausgesetzt.

### **3.6.1.2 Kriminalisierung/Illegalität**

Eine zentrale Lebensrealität für DrogenkonsumentInnen ist die hohe Verfolgungsintensität von Suchtmitteldelikten. Nicht nur der Verkauf, sondern auch der Erwerb von Suchtmitteln wird strafrechtlich verfolgt.

Die Anzahl der Verurteilungen nach Suchtmittelgesetz (SMG) ist laut ÖBIG (2005:45, 110f) in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Gleichzeitig ist auch die Anzahl der Inhaftierungen gestiegen. In beiden Bereichen wurden 2004 neue Höchststände erreicht. In diesem Jahr ist es laut ÖBIG (Quelle: BMI: Bundeskriminalamt) wegen der Substanzen Heroin, Opiate, Kokain und Crack zu 10.135 Anzeigen gekommen.

Daraus resultierten 4055 Verurteilungen mit Freiheitsstrafen, davon 33% unbedingt, 20% teilbedingt und 41% bedingt. Der Anteil der Verurteilungen nach Suchtmittelgesetz an den Gesamtverurteilungen steigt jährlich und betrug 2004 12,6% (Quelle: Statistik Austria Gerichtliche Kriminalstatistik).

Diese verschärfte Repression hat unmittelbare soziale Folgen und wirkt sich nachteilig auf die Lebensbedingungen der DrogenkonsumentInnen aus.

### **3.6.1.3 Beschaffungskriminalität**

Der Konsum von illegalen Drogen führt aufgrund des enorm hohen Geldbedarfes, der damit verbunden ist (Springer/Uhl 1997:54 errechnen 2.200 – 4.400 € pro Monat) fast

„zwangsläufig“ in die Kriminalität. Auf Dauer ist es mit einem Durchschnittseinkommen unmöglich die Sucht mit legalen Mitteln zu finanzieren. Dies führt zu illegalen Wegen der Geldbeschaffung.

Springer/Uhl (1997:55) haben als häufigste illegale Aktivität zur Drogenfinanzierung sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Vermittlung und den Handel mit Drogen erhoben. Während Frauen als zweitwesentlichste Geldquelle die Beschaffungsprostitution angeben, begeben sich Männer mit Aktivitäten wie Diebstahl, Einbruch, Raub u. ä. auch sehr rasch in die Gefahr der strafrechtlichen Verfolgung.

#### **3.6.1.4 Beschaffungsprostitution - Straßenstrich**

Eine sehr „nahe liegende“ Einnahmequelle für weibliche DrogenkonsumentInnen ist die Beschaffungsprostitution. Aus wissenschaftlichen Studien geht hervor, dass nach dem Drogenverkauf bzw. der Drogenvermittlung die Beschaffungsprostitution die zweitwichtigste Einnahmequelle zur Finanzierung des Drogenkonsums darstellt. Häufig werden vorhandene Partner mitversorgt (vgl. Zurhold 2002:105).

Dies wird auch im Rahmen der Szeneforschung von Springer/Uhl (1997:55) bestätigt: „Bei Frauen ist die wesentlichste illegale Haupteinnahmequelle neben dem Drogenhandel die Geheimprostitution, bei Männern kleinere Einbrüche und Diebstähle, wobei aber natürlich auch homosexuelle Prostitution bei Männern und Eigentumskriminalität bei Frauen einen relevanten Stellenwert aufweist.“

Aufgrund meiner langjährigen Praxiserfahrung in der niedrigschwelligen Drogenarbeit zeigt sich im Bezug auf die Drogenfinanzierung von Frauen ein anderes Bild. Nach meiner Wahrnehmung dient Beschaffungsprostitution eindeutig als primäre Einnahmequelle bei Konsumentinnen der Drogenstraßenszene. Beschaffungsprostitution stellt allerdings ein Tabuthema dar und wird von den Frauen nicht sehr offen angesprochen.

Wie bereits erwähnt setzen sich drogenkonsumierende Frauen in diesem Bereich häufig einem hohen Risiko von gewalttätigen Übergriffen und sexueller Gewalt durch Freier aus. Aufgrund des enormen Beschaffungsdrucks und der aktuellen Beeinträchtigung durch Drogen werden Vorsichtsmaßnahmen immer wieder vernachlässigt.

#### **3.6.1.5 Haft**

Einen gewissen Teil der Lebenszeit in Haft zu verbringen gehört aus oben angeführten Gründen zur Lebensrealität von DrogenkonsumentInnen.

In der 1989 in Deutschland durchgeführten „Amsel Studie“ wird ein signifikant hoher Zusammenhang zwischen der Gesamthaftzeit und der Dauer der Drogenabhängigkeit beschrieben. „In der Entwicklung eines Drogenabhängigen drängt das Gefängnis nach und nach ... die in privaten Lebensbezügen verbrachte Zeit zurück – das Gefängnis wird tendenziell zur dominierenden Lebenswelt des Abhängigen.“ (Kindermann/Sickinger 1989:190).

Die schon angeführten Zahlen der steigenden Verurteilungen nach SMG weisen darauf hin, dass die Drogenpolitik in Österreich in den letzten Jahren immer repressiver wird, wobei diese Entwicklung von ExpertInnen der Drogenhilfe als kontraproduktiv bewertet wird.

Schinnerl (2001:8) meint, dass durch eine Inhaftierung von DrogenkonsumentInnen die Einbettung in ein kriminelles Milieu unterstützt wird. Dadurch wird die soziale Ausgrenzung der Betroffenen gefördert und ihre Möglichkeiten und Zukunftsperspektiven verschlechtert.

### **3.6.2 Lebenswelt institutionelle Hilfseinrichtungen**

Neben dem öffentlichen Raum stellen soziale Hilfseinrichtungen, vor allem für obdachlose DrogenkonsumentInnen, einen sehr wesentlichen und bestimmenden Lebensweltfaktor dar. Tageszentren und NächtigerInnenquartiere sind oft die einzigen Alternativen zum Leben auf der Straße. Vor allem im Winter ist die Abhängigkeit von diesen Institutionen besonders groß.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Lebenswelt von (obdachlosen) DrogenkonsumentInnen zum größten Teil im öffentlichen Raum findet (Drogenstraßenszene und Straßenstrich) und von der zentralen Notwendigkeit der Geld- und Drogenbeschaffung determiniert wird.

Diese an sich schon belastende Situation wird durch die gesellschaftliche Stigmatisierung und Kriminalisierung noch verschärft.

## **4 Wechselwirkungen Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum**

Im Folgenden möchte ich versuchen anhand der, bezüglich Wohnungslosigkeit besonders gefährdeten Gruppe von DrogenkonsumentInnen, die enge Verzahnung zwischen den Folgen von Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum aufzuzeigen.

Nach den allgemeinen Einführungen zu den beiden Themenbereichen Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum geht es im folgenden Kapitel um eine Darstellung von Zusammenhängen und Wechselwirkungen beim Auftreten beider Problemstellungen.

Aus diesem Grund möchte ich nochmals eine Abgrenzung und zusammenfassende Beschreibung jener Gruppe vornehmen, die im Rahmen meiner spezifischen Forschungsfragen fokussiert wird.

### **4.1 Charakterisierung obdachlose DrogenkonsumentInnen**

Die Betroffenen sind meist von mehreren psychotropen Substanzen abhängig (Polytoxikomanie). Sie weisen ein sehr ausgeprägtes Risikoverhalten beim Konsum von Drogen auf, der phasenweise sehr unkontrollierte und exzessive Ausmaße annimmt.

Die soziale Situation ist geprägt von Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Armut und Verschuldung mit der Folge von Vereinsamung aufgrund des Verlustes eines tragfähigen sozialen Netzes außerhalb der Drogenszene.

Durch die Kriminalisierung des illegalen Drogenkonsums und den Folgen im Zusammenhang mit Beschaffungsprostitution und Beschaffungskriminalität entstehen bei einem überwiegenden Teil der Betroffenen strafrechtliche Probleme, die in vielen Fällen zu Haftaufenthalten führen.

Die Lebensbiographien der Betroffenen sind von Traumatisierungen und Gewalterfahrungen geprägt, die sich in den aktuellen Lebenssituationen wiederholen, wodurch es zu Retraumatisierungen kommt. Diese psychischen und physischen Belastungen führen zur Entwicklung von schwerwiegenden Erkrankungen.

Die Kumulation dieser schwerwiegenden Mehrfachproblematiken führt häufig zu Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen.

Die Komplexität der Probleme spielt eine wesentliche Rolle sowohl für die (Über)Lebensstrategien der Betroffenen als auch für den Umgang des Hilfesystems mit dieser Gruppe.

## 4.2 Sucht als Risikofaktor für Obdachlosigkeit

Der Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Sucht- bzw. Drogenabhängigkeit ist evident. In zahlreichen Erhebungen, Studien, Berichten wird Sucht und Drogenkonsum sowohl bei den Ursachen als auch bei den Folgen von Wohnungslosigkeit genannt.

Der Anteil der Drogenabhängigen unter den Obdachlosen wird vom Drogenhilfeverein Indro in Deutschland auf 15 – 27 % geschätzt (vgl. Schneider 2004:6).

Eine Erhebung in einer psychiatrischen Klinik in Bielefeld ergab im Rahmen einer 12 Monatserhebung in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankung (n=1509) sogar einen Anteil von 38,4% obdachlosen PatientInnen (Alkohol- und Drogen). In der Allgemeinen Psychiatrieabteilung lag der Anteil der Obdachlosen bei 31,4% und in der Gerontopsychiatrieabteilung bei 3,9% (vgl. Wessel/Zechert 2002:60 f).

Weiters finden sich in verschiedenen Studien Angaben darüber, dass Wohnungslose mit psychiatrischer Komorbidität als besonders beeinträchtigte und gefährdete Subgruppe gelten, die schwierig zu behandeln sei (vgl. Eikelmann/Reker/Zacharias 2002:49).

Bezugnehmend auf bisher vorliegende Untersuchungen führen Eikelmann/Reker/Zacharias (2002: 42 ff) an, dass in den Industrieländern 30 – 60% der Wohnungslosen an schweren psychischen Störungen leiden. Überwiegend handelt es sich um Suchterkrankungen gefolgt von zu selten diagnostizierten affektiven Störungen. Dies wird als Hinweis darauf interpretiert, dass DrogenkonsumentInnen „anfällig“ sind für den Verlust ihrer Wohnung, aber auch auf die großen psychischen Belastungen durch die extremen Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit.

Die Autoren verweisen auf repräsentative Studien (Koegel u.a. 1988, Hermann u. a. 1989, Vazquez u. a. 1997, Fichter u. a. 1996) mit mehr als 100 untersuchten Obdachlosen. Die Ergebnisse zeigten Störungen durch Drogen mit Lebenszeitprävalenzen zwischen 13 und 31%.

In einer Erhebung zur sozialen Situation von akut obdachlosen Personen in Wien (Scharinger 1993:17) gaben 25% der Befragten (n = 235) an regelmäßig Medikamente oder Drogen zu konsumieren.

„Wohnungslosigkeit wird als „psychologisches Trauma“ erlebt (Goodman u. a. 1991), das im Kern die reale und subjektiv empfundene Ausgrenzung und Entwurzelung ist. Bei länger dauernder Wohnungslosigkeit werden oft die Bewältigungsmechanismen überfordert. Alkohol- und Drogenkonsum fördern zwar die Integration ins neue Lebensumfeld, zerstören aber gleichzeitig die körperlichen und psychischen Ressourcen der Betroffenen.“ (Eikelmann/Reker/Zacharias 2002:50).

Wie auch im empirischen Teil beschrieben, stellt der Konsum von Drogen eine Strategie dar, die Lebenssituation der Obdachlosigkeit auszuhalten und zu überleben. In diesem Sinne ist er als Ressource zur Bewältigung einer Krisensituation zu sehen, die sich längerfristig freilich als kontraproduktive Strategie erweist. Drogenkonsum führt wie bereits oben beschrieben zu weitreichenden negativen Begleitumständen, die einen negativen Kreislauf aktivieren, aus dem ein Ausstieg zunehmend schwieriger wird.

### **4.3 Wohnungslosigkeit bei DrogenkonsumentInnen in Zahlen**

Die Datenlage bzgl. Wohnungslosigkeit bei KonsumentInnen illegaler Drogen für Österreich bzw. Wien ist noch dürftiger als für den Drogenkonsum an sich. Es gibt keine wissenschaftlichen oder empirisch abgesicherten Daten zur Größenordnung dieser Gruppe in Österreich. Im Folgenden versuche ich eine Annäherung an eine Größenordnung für aktive DrogenkonsumentInnen in Wien, die nicht empirisch bestätigt ist, die aber eine Orientierung für diese Arbeit bieten soll.

Für diese Annäherung beziehe ich mich auf Daten aus der BADO. Weiters ziehe ich Daten der niedrighschwelligigen Drogenberatungsstelle Ganslwirt heran. Letztlich versuche ich mich über Angaben (nur teilweise statistisch erfasst, teilweise Schätzungen der MitarbeiterInnen) von relevanten Drogenhilfeeinrichtungen einer Größenordnung anzunähern.

In der Wiener BADO (2005:36) finden sich zur Wohnsituation von KlientInnen folgende Daten: Laut diesem Bericht (n = 1792) geben 77% an in einer eigenen Wohnung oder einem fixen Zimmer zu wohnen, 10% waren in einer Institution untergebracht, 10% lebten auf der Straße und 4% gaben an in wechselnden Wohnungen zu leben. In Summe sind also 430 Personen als wohnungslos zu bezeichnen.

Die Daten der Drogenberatungsstelle Ganslwirt (Klivedaten 2004) zur Wohnsituation der betreuten KlientInnen spiegeln die dramatische Wohnsituation der Kernzielgruppe einer niedrighschwelligigen Einrichtung wieder (n=349):

- 52% der Männer und 39% der Frauen haben keine Unterkunft,
- 16% der Männer und 29% der Frauen wohnen bei Freunden, Verwandten oder Bekannten,
- 7% der Männer und 9% der Frauen wohnen in einem Wohnheim oder Betreutes Wohnen,
- 10% der Männer und 15% der Frauen verfügten über eine eigene Wohnung,
- in absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies dass 233 Männer und 76 Frauen wohnungslos sind.



Die Tatsache, dass bei DrogenkonsumentInnen der Straßenszene Wohnungslosigkeit ein häufiges und dringendes Problem darstellt, bestätigt auch die Auswertung der Themen der Beratungs- und Betreuungsgespräche der Drogenberatungsstelle Ganslwirt. Im Tätigkeitsbericht (VWS 2005:20) wird ausgewiesen, dass bei  $n = 2.282$  Beratungsgesprächen Probleme im Zusammenhang mit Wohnen mit 63% am häufigsten bearbeitet werden.

In Übergangswohnhäusern, NächtigerInnenquartieren und Notschlafstellen, die in Wien für diese Gruppe zur Verfügung stehen, sind ca. 300 - 350 Plätze von DrogenkonsumentInnen frequentiert (Angaben aus dem Protokoll AG Fachbereich Betreut Wohnen 29.11.2005).

Demzufolge gehe ich für diese Arbeit in Wien von ca. 200 akut Obdachlosen (auf der Straße oder in Notquartieren nächtigend) und von ca. 200 Wohnungslosen (in Übergangswohnheimen und bei Freunden, Verwandten) aus. Diese Schätzung bezieht sich allerdings nur auf Menschen die vom Hilfesystem erfasst werden. Selbstverständlich gibt es eine Dunkelziffer in diesem Bereich, deren Größenordnung nicht zu benennen ist.

#### **4.4 Auswirkungen auf die Betroffenen**

Viele wohnungslose DrogenkonsumentInnen verbringen ihren Lebensalltag zwischen Drogenstraßenszene und Straßenstrich - also im öffentlichen Raum, diversen Tageszentren für Obdachlose bzw. DrogenkonsumentInnen und NächtigerInnenquartieren, Hotels u. ä.. Da sich ein großer Teil der DrogenkonsumentInnen in Wien in einer Substitutionsbehandlung befindet, ist der tägliche Gang zur Apotheke für die meisten ebenfalls ein Fixpunkt. Dies wird im empirischen Teil von allen Befragten bestätigt (siehe Kapitel 8.4.1).

Einer der wesentlichsten Problempunkte dieser KlientInnengruppe scheint mir aufgrund meiner Praxiserfahrung die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung zu sein. Wie aus den Kapiteln 3.5 und 3.6 hervorgeht, gibt es bei DrogenkonsumentInnen zahlreiche „Faktoren“ die zu Stigmatisierung führen.

Verlieren DrogenkonsumentInnen aufgrund ihrer Lebenssituation oder ihres Lebensstils ihre Wohnung, so ist es für die Betroffenen außerordentlich schwierig aus dieser Situation wieder herauszukommen.

Eine Erklärung dafür liefert die Ausgrenzung dieser Zielgruppe durch das Ressourcensystem (siehe auch Kapitel 5.3).

Viele Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe grenzen KonsumentInnen illegaler Drogen aus. Die Gründe dafür sind vermutlich vielfältig und unterliegen in einigen Bereichen auch gewissen Tabus.

In der Wiener Wohnungslosenhilfe ist das Vorliegen einer aktiven Drogensucht häufig per se ein Ausschlusskriterium. Abgesehen davon sind das pädagogische Konzept und die Zielsetzungen der Einrichtung meist nicht mit dem Bedarf von aktiven DrogenkonsumentInnen kompatibel. Zwei Szenarien prägen die Praxiserfahrungen: entweder die Betroffenen bekommen keinen Zugang oder sie fliegen aufgrund von Regelbrüchen u. ä. schnell wieder hinaus.

Sowohl meine Praxiserfahrung als auch die Literatur bestätigen folgende Erklärungen:

Der Bereich der Illegalität im Zusammenhang mit Drogenkonsum ist vielen herkömmlichen Obdachloseneinrichtungen suspekt. Drogenassoziierte Verhaltensweisen haben, für das mit dieser Klientel unerfahrene Personal, etwas Unberechenbares.

Es fehlt an Erfahrungen mit aktiven DrogenkonsumentInnen hinsichtlich der Wirkung der Substanzen, die sie konsumieren. Der Zustand (Überdosierung ja/nein) der DrogenkonsumentInnen ist für das nicht medizinische Personal schwieriger einschätzbar als bei den üblichen, meist Alkohol konsumierenden, BewohnerInnen. Das Personal möchte die medizinische Verantwortung im Falle einer tödlichen Intoxikation nicht übernehmen. Vermutlich bestehen auch große Berührungängste mit den vielen ansteckenden Krankheiten und die Tatsache eines i.v. Drogenkonsums wirkt für viele ebenfalls sehr abschreckend. Weiters besteht die Befürchtung, dass in den Einrichtungen unkontrolliert gedealt wird oder andere kriminelle Handlungen stattfinden.

Aus verschiedenen Bereichen der Wohnungslosenhilfe sind auch vorverurteilende Zuschreibungen zu vernehmen wie: DrogenkonsumentInnen sind unzuverlässig, können keine Vereinbarungen einhalten, sind somit nicht paktfähig, sie sind extrem mühsam und fordernd, stehlen, lügen und sind nicht wohnfähig. Vielfach wird dieser Gruppe die Wohn- und Integrationswilligkeit abgesprochen.

Werden DrogenkonsumentInnen in Obdachloseneinrichtungen aufgenommen, so ist ihr Drogenkonsum im Haus häufig ein Entlassungsgrund.

Die Ausgrenzung dieses Klientels von der „klassischen“ Wohnungslosenhilfe nimmt den DrogenkonsumentInnen Möglichkeiten und dringend notwendige Ressourcen um diesen

Negativkreislauf zu unterbrechen (siehe Kapitel 5). Die Perspektivlosigkeit führt zu Resignation und bei DrogenkonsumentInnen auch häufig zu einer Erhöhung des Drogenkonsums.

Drogenkonsum kann als eine Bewältigungsstrategie von Problemen gesehen werden. Geraten DrogenkonsumentInnen nun auch noch in die Notlage von Wohnungslosigkeit, so ist es in vielen Fällen nahe liegend, dass auf bekannte Bewältigungsmuster zurückgegriffen wird. Dies hat zur Folge, dass es zu einer Steigerung des Drogenkonsums, zu riskanteren Konsumformen und somit zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Gefährdung von DrogenkonsumentInnen kommt. Dieser Effekt wird im empirischen Teil von den Betroffenen bestätigt (siehe Kapitel 8.3).

In solchen Krisensituationen kommt es häufig zu Intoxikationen. Aufgrund der Obdachlosigkeit muss der i.v. Konsum im öffentlichen Raum erfolgen, sprich in Parks, auf WC – Anlagen, in U-Bahn Passagen u. ä. Er findet unter unsterilen Bedingungen und unter großem Stress statt. Für die Betroffenen besteht die Gefahr von PassantInnen gestört oder von der Polizei aufgegriffen zu werden. Dieser Stress führt zu Unvorsichtigkeit bei der Applikation und in weiterer Folge zu Krankheitsbildern wie Phlegmonen<sup>1</sup>, Abszessen<sup>2</sup>, Endokartitiden<sup>3</sup> oder auch zu einer Sepsis<sup>4</sup>.

Abgesehen davon erhöht der verstärkte Aufenthalt auf Szeneplätzen oder im öffentlichen Raum die Wahrscheinlichkeit von der Polizei mit illegalen Drogen aufgegriffen und kriminalisiert zu werden. Doch selbst wenn weitere Sanktionierungen ausbleiben, so ist bereits die Beschlagnahmung der mitgeführten Substanzen eine Belastung für die KonsumentInnen.

Der Aufenthalt bzw. das Leben im öffentlichen Raum beeinträchtigt die sozialen Beziehungen von DrogenkonsumentInnen. Durch das Fehlen eines Rückzugsraumes ist es den Betroffenen kaum möglich sich von der Drogenszene zu distanzieren. Soziale Beziehungen finden wenn, dann im öffentlichen Räumen, sprich auf der Szene, oder in sozialen Institutionen (Tageszentren, Notquartieren u. ä.) statt. An einen Ausstieg aus der Drogenszene ist in dieser Lebenssituation nicht zu denken. Die Verfestigung in der

---

<sup>1</sup> Diffuse eitrige Entzündung, entsteht häufig durch unsterile Injektionstechniken.

<sup>2</sup> Abgegrenzte eitrige Entzündung.

<sup>3</sup> Entzündung der Herzklappen.

<sup>4</sup> Blutvergiftung.

Subkultur der Drogenszene ist u. a. auch durch das Fehlen eines Rückzugsraumes und somit eines eigenen Gestaltungsbereiches vorprogrammiert.

Fehlende Wohnversorgung nach einer Haftentlassung bzw. nach einem Therapieabbruch führt häufig zu Rückfällen in eine sehr instabile Drogenkonsumphase.

Auszeiten von dem Leben auf der Straße wie Therapie, aber auch Haft sind für die Betroffenen sehr stark mit Veränderungsplänen verbunden. In diesen Zeiten sind sie mehr denn je auf sich selbst zurückgeworfen und viele kommen dadurch zum ersten Mal seit langem wieder einmal zur Ruhe: Das Leben und die „Fehler“ werden reflektiert und häufig entstehen große Vorhaben bezüglich der Verbesserung des zukünftigen Lebens.

Geht ein Therapieabbruch mit einer folgenden Wohnungslosigkeit einher, ist die Enttäuschung über das Versagen in der Therapie verbunden mit dem Vorfinden der gleichen aussichtslosen Lage: Drogenbeschaffung, Geldbeschaffung, Straßenszene, Obdachlosigkeit. Für manche ein Grund sich noch mehr zu betäuben als vorher.

Ähnliches gilt nach Haftentlassungen ohne Übergang in einen fixen Wohnplatz. Die Freude über die wiedererlangte Freiheit wird sehr bald durch die Realität ernüchtert.

„Wohnungslosigkeit bedingt frühes Sterben“ behaupten Eikermann und Reker (2002:127). Sie führen eine Studie von Ishorst-Witte (2001) an bei der 388 Todesfälle von Wohnungslosen in Hamburg untersucht wurden. Die Autoren fanden viele Hinweise auf einen vor dem Todesfall bestehenden schlechten Gesundheitszustand. Die Toten waren im Durchschnitt 44 Jahre alt geworden. Auffällig häufig war es durch Infektionen zum Tod gekommen. 63% der Fälle sind an Intoxikationen verstorben.

Bei vielen Betroffenen gelingt eine Anpassung an die Obdachlosigkeit nur mit Hilfe von Alkohol und Drogenkonsum, letztendlich kommen die Autoren zu dem Ergebnis: „Je besser angepasst [an die Obdachlosigkeit], desto größer die Pathologie und desto wahrscheinlicher Krankheit und Tod“ (Eikermann/Reker 2002:128).

Die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich lag lt. ÖBIG im Jahr 2003 bei 189 Personen.

Abschließend lässt sich für die Gruppe der „Instabilen“ obdachlosen DrogenkonsumentInnen etwa folgendes Resümee ziehen. Sie weist von allem ein bisschen „mehr“ auf (Risikofaktoren, Infektionsgefahren, Illegalität, Gewalt, Komorbidität ..... ) nur beim Zugang zu einer für die Veränderung der Lebenssituation unerlässlichen Ressource

wie Wohnplatz gibt es ein „weniger“ als für andere von sozialen Hilfsmaßnahmen erfassten Gruppen.

Auf Basis dieser Erkenntnis erfolgt nun im nächsten Kapitel eine genauere Betrachtung und Beschreibung des institutionellen Hilfesystems der Wohnungslosenhilfe in Wien.

## **5 Das Hilfesystem – die Hilfesysteme in Wien**

Institutionelle Ressourcen für wohnungslose DrogenkonsumentInnen werden in Wien im wesentlichen aus zwei Bereichen angeboten: aus dem Wiener Wohnungslosenhilfebereich (WWH) und aus dem Drogenhilfebereich. Die Finanzierung erfolgt für beide Bereiche aus Mitteln des FSW.

Abgesehen davon gibt es auch noch einige kleine private Vereine, auf die ich in dieser Arbeit nicht näher eingehen werde.

Die Angebotspalette der WWH bietet insgesamt 2.611 Plätze in 33 Einrichtungen wie NächtigerInnenquartieren, Übergangswohnhäusern, Häusern mit zielgruppenorientierter Betreuung, Betreuten Wohnungen und in Dauerunterbringungshäusern. Im Folgenden finden sich ein Überblick und eine Kurzbeschreibung der für aktive DrogenkonsumentInnen relevanten bzw. zugänglichen Einrichtungen.

Die Angebotspalette der Drogenhilfe ist weniger breit. Der Verein Wiener Sozialprojekte betreibt eine niedrigschwellige Notschlafstelle mit einer Kapazität von 14 Plätzen und Betreutes Wohnen mit 15 Plätzen. Eine genauere Kurzbeschreibung der Notschlafstelle folgt in Kapitel 6.1.

### **5.1 Die Wiener Wohnungslosenhilfe**

#### **5.1.1 Die Reform der Wiener Wohnungslosenhilfe**

Bis Mitte der 80er Jahre bestand das Unterbringungsangebot für Wohnungslose in Wien aus den städtischen Herbergen und einigen privaten Heimen. In den bestehenden Häusern gab es keine professionelle sozialarbeiterische Betreuung und es gab keine planmäßige Unterstützung der dort lebenden Personen in Hinblick auf eine Integration in den regulären

Wohnungsmarkt. Darüber hinaus fehlten Angebote für Aufenthalte während des Tages zur Gänze. Auf die zunehmende Wohnungslosigkeit reagierte man in Wien zunächst durch die Errichtung von vorübergehenden Notquartieren (vor allem für die Wintermonate), die nach einiger Zeit aufgrund des Bedarfes in Dauerquartiere umgewandelt wurden. Die Erkenntnis, dass diese Maßnahmen zu keiner dauerhaften Verbesserung der Situation der Betroffenen beitragen, führte zu dem Ergebnis des so genannten Wiener Stufenplanes zur Reintegration von wohnungslosen Menschen (vgl. Graber 2004:23).

Dieser Stufenplan der Stadt Wien wird nun seit 1989 Schritt für Schritt realisiert und soll ein planmäßiges und aufeinander abgestimmtes Hilfsangebot gewährleisten. Ziel ist die Vermeidung von Wohnungslosigkeit sowie die Reintegration der betroffenen Menschen in den normalen Wohnungsmarkt innerhalb der kürzest möglichen Zeit.

In Wien soll erreicht werden, dass

- „Obdachlosigkeit vermieden wird
- ein breites Hilfsangebot alle Betroffenen erreicht und von diesen akzeptiert wird
- die Umwandlung von unbetreuten Schlafplätzen durchgeführt ist
- ausreichend betreute Wohnplätze für alle Problemgruppen zur Verfügung stehen
- eine rasche Übersiedlung in adäquate Dauerwohnformen gewährleistet ist
- die Kooperation aller involvierten Einrichtungen funktioniert
- eine permanente Evaluierung der geleisteten Arbeit stattfindet.“ (Eitel/Schoibl 1999: 46).

Die Angebote bzw. Leistungen der Wiener Wohnungslosenhilfe werden von zwei umfassenden Zielsetzungen bestimmt (vgl. Graber 2004:23):

- Die soziale und gesundheitliche Stabilisierung der Betroffenen bei gleichzeitiger Heranführung an die Leistungen des Sozialstaates, zur Verhinderung von (weiterer) Verelendung.
- Die soziale und gesundheitliche Rehabilitation der Betroffenen mit dem Ziel der Reintegration innerhalb des regulären Wohnungsmarktes bzw. einer speziellen Dauerunterbringungsmöglichkeit.

Im Jahr 2000 wurde eine Reform der MA 12, die damals noch für die WWH zuständig war, begonnen in deren Folge neue Qualitätsstandards erstellt wurden. Seit 1.7.2004 wurde dem Fonds Soziales Wien (FSW) der Bereich der WWH übertragen. Dieser hat seither die Aufgabe in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Vereinen die Reformvorhaben im Sinne einer qualitätsverbessernden Weiterentwicklung der Leistungen des Wiener Sozialsystems umzusetzen. Der FSW ist nach den gesetzlichen Bestimmungen des Wiener

Sozialhilfegesetzes (WSHG) im Hinblick auf die Gewährung von Unterkunft für Wohnungslose Sozialhilfeträger (vgl. Graber 2004:23). Im Anhang befindet sich ein Auszug der relevanten Regelungen des WSHG.

### **5.1.2 Entwicklungen im Hilffssystem für obdachlose DrogenkonsumentInnen**

Bis vor ca. 5-6 Jahren gab es für instabile DrogenkonsumentInnen in Wien außerhalb der Drogenhilfe (abgesehen von einigen privaten Einrichtungen) kaum Zugang zu Ressourcen der WWH. Der Fachbereich Wiener Wohnen fühlte sich für die Wohnversorgung dieser Gruppe bis dahin nicht zuständig. Aktiver und instabiler Drogenkonsum war bis zum Jahr 2000 ein Ausschlussgrund für die fixe Aufnahme in ein Übergangwohnheim. DrogenkonsumentInnen konnten bis dahin nur aufgenommen werden wenn sie stabil substituiert waren, keinen Beikonsum hatten und eine „Perspektive“ vorweisen konnten. Für die Aufnahme für eine Nacht im NächtigerInnenbereich durften die DrogenkonsumentInnen keine offensichtliche Beeinträchtigung durch aktuellen Drogenkonsum aufweisen.

Nachdem die geringen Ressourcen der Drogenhilfe den langfristigen Bedarf nicht abdecken konnten, die Nachfrage in den letzten Jahren aber stetig gestiegen ist, wurde diese Situation vor allem für die Betroffenen und für die BetreuerInnen aus den niedrigschwelligen Einrichtungen (Tageszentren, Notschlafstelle Ganslwirt) immer weniger tragbar.

Der Verein Wiener Sozialprojekte weist seit seiner ersten Evaluation der Notschlafstelle Ganslwirt im Jahr 1999 wiederholt auf die Versorgungslücken im Bereich der Unterbringung dieser Zielgruppe hin und entwickelte alternative Lösungskonzepte (siehe Kapitel 6).

Die Entscheidungsträger der Drogenhilfe waren der Meinung die Versorgung mit Wohnraum sei Aufgabe der Wohnungslosenhilfe und es brauche keine zusätzlichen Spezialeinrichtungen für diese Zielgruppe, die Wohnungslosenhilfe fühlte sich im Rahmen ihrer Einrichtungen und (pädagogischen) Konzepte und Zielsetzungen außerstande diese „schwierige“ Klientel zu integrieren.

In der Zwischenzeit hat die WWH einige wichtige Entwicklungsschritte gemacht, die eine teilweise Öffnung für KonsumentInnen illegaler Drogen nach sich zog.

Im Rahmen von großen Umstrukturierungen im WWH Bereich wurde sozialarbeiterisches Betreuungspersonal in den großen Übergangswohnhäusern eingesetzt.

DrogenkonsumentInnen wurden vorerst in den NächtigerInnenquartieren und nach positiven Erfahrungen auch in den Fixplatzbereich allerdings mit einer Anfangsquote von 10% (Anteil von DrogenkonsumentInnen an den Gesamtbewohnern) aufgenommen. In den 3 großen Übergangwohnheimen wurde eine Spritzentauschmöglichkeit installiert. Dieses Angebot kann abgesehen vom Aspekt der Schadenminimierung für die DrogenkonsumentInnen und fürs Personal auch als integrative Maßnahme interpretiert werden.

VertreterInnen der niedrigschwelligen Drogenhilfe und der im Jahr 2000 installierten Clearingstelle für Wohnungslose erreichten mittels zahlreicher Vernetzungsgespräche sukzessive eine Gleichbehandlung von drogenkonsumierenden Obdachlosen und „normalen“ Obdachlosen zumindest im Notbettenbereich. Die noch immer problematische Quote für die Aufnahme von DrogenkonsumentInnen in ein Fixzimmer eines Übergangwohnheimes liegt mittlerweile immerhin bei 15%. Es gibt in der Zwischenzeit, allerdings nur im NächtigerInnenbereich (seit 11/05), ausreichende quantitative Kapazitäten. Im Dezember 2005 eröffnete ein niedrigschwelliges Wohnheim für Frauen, das u. a. Plätze für instabile drogenkonsumierende Frauen zur Verfügung stellt. Dadurch ist zumindest für weibliche Betroffene eine wichtige Ressource geschaffen.

### **5.1.3 Die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe**

Die Angebotsstruktur der WWH umfasst verschiedene aufeinander abgestimmte Segmente. Anliegen der WWH ist es, die Angebote an die aktuelle Bedürfnislage der Wohnungslosen zu orientieren und planmäßig abgestimmte Angebote zu setzen. Letztendlich gilt als Zielsetzung die Reintegration in den „normalen“ Wohnungsmarkt.

Folgende Angebotsbereiche sind zu differenzieren (vgl. Knecht 2004:69):

- 1.) Wohnungssicherung
- 2.) P7 – Wiener Service für Wohnungslose
- 3.) Tageszentrum und Streetwork
- 4.) Notbetten/ NächtigerInnenquartiere
- 5.) Übergangswohnhäuser „wieder wohnen“ GmbH (FSW)
- 6.) Zielgruppenorientierte Häuser
- 7.) Betreutes Wohnen
- 8.) Dauerwohnplätze
- 9.) Eigenständiges Wohnen



Eine Darstellung im Anhang gibt einen Überblick über die gesamte Angebotspalette der WWH. Im Rahmen dieser Arbeit beschränke ich meine Ausführungen auf jene Unterbringungsressourcen, die obdachlosen DrogenkonsumentInnen in Wien aktuell zur Verfügung stehen.

Diese Gruppe hat derzeit vorwiegend zu den Angebotsbereichen der Notbetten und NächtigerInnenquartiere und nur teilweise zu Übergangswohnhäusern Zugang. Ein wesentliches Service für diese Gruppe stellt P7 als Clearingsstelle und zuweisende Stelle dar.

Für ganz stabile und sozial weitgehend unauffällige DrogenkonsumentInnen sind auch die Bereiche Betreutes Wohnen und vereinzelt zielgruppenspezifische Angebote zugänglich jedoch nur, falls sie sich in einer Substitutionsbehandlung befinden und keinen Beikonsum aufweisen.

#### **5.1.3.1 P 7 – Wiener Service für Wohnungslose**

Im Rahmen der Wohnungslosenhilfe für akut wohnungslose Menschen kommt P7 eine wesentliche Rolle zu. P7 ist als Clearingstelle konzipiert und verfügt über eine täglich aktuelle Bettenübersicht aller in Wien zur Verfügung stehenden Schlaf- und Wohnplätze. Nach einer Erstabklärung besteht die Kernaufgabe darin, eine sofortige Zuweisung in eine Notunterkunft und bei Bedarf eine Vermittlung zu einem Fixplatz in einem Wohnheim zu veranlassen, und zwar, „(...)in eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende Einrichtung bzw. die Notunterbringung bis zu dieser Vermittlung nach Maßgabe des Angebotes.“ (Graber et al. 2004:25).

Das Team von P7 betreibt abgesehen davon ein Nächtigerquartier mit 100 Plätzen. Nach Schätzung von MitarbeiterInnen sind ca. 30% davon wohnungslose Menschen mit einem Drogenkonsum.

Nachdem P7 eine sehr wesentliche Rolle im Alltag von obdachlosen DrogenkonsumentInnen spielt möchte ich den Ablauf und auch die Problempunkte für die Betroffenen an dieser Stelle genauer beschreiben:

Wohnungslose mit Unterbringungsbedarf werden in einem Erstgespräch bzgl. ihrer vorhandenen Dokumente und ihrer Einkommenssituation abgeklärt, im Rahmen der

Anamnese werden die bisherige Wohnsituation und der Drogenkonsum abgefragt. Die Frage nach dem aktuellen Drogenkonsum ist in weiterer Folge im Hinblick auf die Weitervermittlung auf einen Fixplatz in einem der drei Übergangswohnhäuser des FSW relevant. Im Rahmen von weiteren Betreuungskontakten wird Unterstützung für die eventuell notwendige Beschaffung von Dokumenten und die Klärung der finanziellen Bezüge angeboten. Ist dies erledigt, erfolgt eine so genannte Aufnahmezuweisung zu einem Fixplatz in einem Übergangwohnheim. In der aktuellen Realität bedeutet dies, dass die wohnungslose Person auf eine Warteliste kommt und in der Zwischenzeit in einem der NächtigerInnenquartiere schlafen kann (muss). Die betreffende Person muss sich regelmäßig um eine neuerliche Zuweisung kümmern. Die Wartezeit für einen Fixplatz dauert laut Angaben eines Mitarbeiters von P7 auf Basis der Dokumentation über die Wartelisten für „nicht drogenkonsumierende“ Wohnungslose ca. 3 Monate, für drogenkonsumierende Wohnungslose ca. 9 – 10 Monate. Grund dafür ist die „Kontingentregelung“ der Übergangswohnhäuser.

### **Kontingentregelung**

Die Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen Fixplatz liegt an der so genannten Kontingentregelung für wohnungslose DrogenkonsumentInnen, die für die 3 großen Übergangswohnheime (Gesamtkapazität 766 Plätze) des FSW gilt.

Eine interne Regelung gibt vor, dass der Anteil der DrogenkonsumentInnen an der gesamten Hausbewohnerschaft nicht höher als maximal 15% sein darf. Dadurch ergibt sich bei den Wohnungslosen mit Drogenproblematik ein ziemlicher „Rückstau“ in den NächtigerInnenquartieren, ihr Anteil wird in diesen Einrichtungen deshalb auf 30 – 50% geschätzt.

Diese Regelung ist eine nur sehr bedingt nachvollziehbare Ungleichbehandlung von Obdachlosen und eine Schlechterstellung jener Gruppe, die als besonders „schwer integrierbar bzw. reintegrierbar“ gilt. Argumentationsgrundlage dafür sind Probleme in der Führung eines so großen Hauses mit einem höheren Anteil von DrogenkonsumentInnen (Dealern, Kontrollverlust über die Dynamik im Haus, Konflikte zwischen den beiden Gruppen „Alkis“ und „Giftler“, Überlastung des Personals mit zu schwierigem Klientel, Problematik der Übernahme der medizinischen Verantwortung) beim aktuellen (qualitativen und quantitativen) Personalstand.

Diese Abgrenzung legt die Vermutung nahe, dass die Schwierigkeiten dieser Menschen wieder Stabilität und Perspektiven in ihr Leben zu bringen zu einem nicht unwesentlichen Teil systembedingt sind.

### **5.1.3.2 Notbetten/NächtigerInnenquartiere**

In diesen Einrichtungen finden akut wohnungslose Menschen Platz, die kurzfristig von Wohnungslosigkeit betroffen sind und „für die unmittelbar keine andere Unterbringungsmöglichkeit vorhanden ist.“ (Graber et al. 2004:30). Das Angebot steht den Betroffenen kostenlos zur Verfügung.

„Das unbürokratische Angebot von Schlaf-, Wasch- und Kochmöglichkeit soll eine erste Stabilisierung in einer Krisensituation sicherstellen. Gleichzeitig dient diese Form der kurzfristigen Unterbringung als Übergangslösung bis zur endgültigen Abklärung der Situation und einer anschließenden Fixzuweisung in eine Einrichtung der Wiener Wohnungslosenhilfe.“ (Graber et al. 2004:30).

In Wien gibt es aktuell 257 Notbetten (Stand Jänner 2006 lt. Übersicht Angebotsstruktur WWH), die für akut Wohnungslose zur Verfügung stehen. Mit dieser Bettenanzahl stehen seit Herbst 2005 quantitative ausreichende Kapazitäten in diesem Bereich zur Verfügung. Nachdem es sich aufgrund der Kontingentregelung für DrogenkonsumentInnen jedoch nicht wie oben beschrieben um eine kurzfristige Übergangslösung handelt, sondern um einen Zeitraum von ca. 10 Monaten gibt, es zwei große Problembereiche:

- a) es ist nur ein Schlafplatz ohne Tagesaufenthalt und
- b) es handelt sich ausschließlich um Gemeinschaftsunterbringungen.

ad a) Die Notbetten stellen keine Wohnmöglichkeit dar, sondern ein Bett für eine Nacht von ca. 18-8h morgens. Während des Tages gibt es keine Schutz- und Aufenthaltsmöglichkeiten vor Ort. Die Betroffenen überbrücken den Tag wie bereits beschrieben zwischen öffentlichen Plätzen und den diversen Tageszentren.

ad b) Aufgrund der Gemeinschaftsunterbringung gibt es über einen sehr langen Zeitraum keine Möglichkeiten einer Intim- oder Privatsphäre.

Mit diesem Angebot werden die Betroffenen in eine Lebenssituation gebracht, die sie sehr weit von „normalen“ Lebensbedingungen entfernt.

Eine Chronifizierung der Problematik ist in diesem langen Zeitraum wahrscheinlich.

### **5.1.3.3 Tageszentren für Obdachlose**

Diese Zentren bieten obdachlosen Menschen die Möglichkeit eines anonymen und geschützten Tagesaufenthaltes im Rahmen der Öffnungszeiten der Einrichtungen. Neben der Aufenthaltsmöglichkeit gibt es Angebote zur Abdeckung von Grundbedürfnissen wie Nahrung, Getränke, Zugang zu Hygienemöglichkeiten, Kleidung u. ä. Alle Tageszentren machen sozialarbeiterische Beratungs- und Betreuungsangebote, die von KlientInnen auf freiwilliger Basis angenommen werden. Die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen stellt für einen Grossteil der DrogenkonsumentInnen, die in NächtigerInnenquartieren untergebracht sind, einen fixen Bestandteil ihres Tagesablaufes dar. Sie stellen vor allem im Winter eine unerlässliche Ressource dar.

### **5.1.3.4 Häuser für Wohnungslose „Übergangswohnhäuser“ des FSW**

Übergangswohnhäuser bieten Wohnplätze „mit einer niedrighschwelligen allgemeinen Zugangsmöglichkeit“, also die bereits erwähnten Fixplätze (Graber et al. 2004:30). In diesen Häusern werden Wohnungslose längerfristig aufgenommen und meist in einem Zweibettzimmer, manchmal in einem Einzelzimmer, untergebracht. Sie können sich hier amtlich anmelden und wohnen, auch tagsüber. Auf Dauer sollen sie allerdings nicht in diesen Übergangswohnhäusern bleiben. Zielsetzung ist die „Förderung der Eigenkompetenz zur Erlangung einer selbständigen Wohnform“ (Graber et al. 2004:31) und wenn eine ausreichende „Wohnfähigkeit“ erreicht ist, soll eine Vermittlung in den regulären Wohnungsmarkt (meist Gemeindewohnung) erfolgen.

Aus der Sicht von wohnungslosen DrogenkonsumentInnen kann aufgrund der Kontingentregelung nicht von einer niedrighschwelligen und allgemeinen Zugangsmöglichkeit gesprochen werden. Diese Regelung erschwert den Zugang einer vielfach belasteten so genannten „multimorbiden“ Gruppe von Wohnungslosen zu einem Hilfsangebot, das für die Verbesserung der Lebenssituation unerlässlichen ist.

Die aktuelle Kontingentregelung scheint mir ein gutes Beispiel für eine im Hilfesystem immanente partielle Ausgrenzung durch Ungleichbehandlung zu sein.

### **5.1.3.5 Zielgruppenorientierte Häuser für Wohnungslose**

In dieser Kategorie könnte man meinen eventuell ein Angebot für die Zielgruppe der DrogenkonsumentInnen zu finden. Aktuell gibt es in Wien leider nur Angebote für

alkoholranke Menschen, psychisch ranke Menschen, Jugendliche, Frauen in Krisensituationen und wohnungslose Menschen im fortgeschrittenen Alter. In allen diesen Häusern (abgesehen in dem für Jugendliche) ist der aktive Konsum von illegalen Drogen ein Ausschlussgrund, wobei in manchen Häusern vereinzelt ganz stabil substituierte Menschen aufgenommen werden. In dem Haus für Jugendliche ist Drogenkonsum kein prinzipieller Ausschlussgrund, der Konsum im Haus allerdings absolut verboten und eine dauerhafte Unterbringung an eine Veränderungsmotivation in Richtung Abstinenz gebunden.

## **5.2 Wohnungslosenhilfsangebote des Drogenhilfebereiches**

Das Tageszentrum und die Notschlafstelle der sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle Ganslwirt und die Einrichtung Betreutes Wohnen werden vom Verein Wiener Sozialprojekte betrieben. Es sind die beiden einzigen Unterbringungseinrichtungen in Wien wo der Konsum von illegalen Drogen eine Zugangsvoraussetzung ist. Die Kapazität ist mit insgesamt 29 Plätzen im Vergleich zu den Ressourcen der WWH sehr beschränkt.

### **5.2.1 Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle Ganslwirt**

Im Rahmen der Hilfsressourcen für obdachlose DrogenkonsumentInnen spielt das Tageszentrum des Ganslwirt eine wichtige Rolle. Die Angebotspalette ist prinzipiell ident mit jenem der bereits beschriebenen Tageszentren, im Beratungs- und Betreuungsbereich liegt der Schwerpunkt auf zielgruppenspezifischen Themen im Zusammenhang mit der Drogenproblematik.

Die Notschlafstelle bietet laut der Ursprungskonzeption einen tageweisen Schlafplatz für wohnungslose DrogenkonsumentInnen in einer Krisensituation. Hauptzielgruppe sind DrogenkonsumentInnen der Straßenszene. Ein Schwerpunkt liegt bei der Vermittlung einer mittel- und längerfristigen Unterkunft für jene, die nach einer Stabilisierung einer akuten Krisensituation einen dauerhaften Wohnbedarf haben. Ein Teil der 14 Schlafplätze wird täglich vergeben. Scheint es aus medizinischen oder psychosozialen Gründen sinnvoll, dann werden auch so genannte „mittelfristige Betten“ für ca. eine Woche mit der Option auf Verlängerung“ zugesagt.

Eine Besonderheit dieser Einrichtung ist das Vorhandensein von sozialarbeiterischem und medizinischem Personal in der Nacht. Dies ermöglicht auch eine Aufnahme besonders hoch dosierter KonsumentInnen.

Für die MitarbeiterInnen der Notschlafstelle und in weiterer Folge für die KlientInnen besteht im Zusammenhang mit der Vermittlung in weiterführende Einrichtungen das gleiche Problem wie bei den anderen NächtigerInnenquartieren. Es gibt zu wenig adäquate Ressourcen und somit gelingt die Vermittlung in die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht. Es gibt auch hier einen „Rückstau“ und eine Belegung von Betten einer Kriseneinrichtung mit Menschen, die einen chronischen Wohnbedarf haben.

### **5.2.2 Betreutes Wohnen**

Aktuell bietet diese Einrichtung 15 Wohnplätze in Zweipersonen- oder Einzelwohnungen. „Hauptziel der Wohnbetreuung ist die Integration und Verselbständigung des Klientels. Das Projekt versteht sich als nicht abstinentorientiert und legt dementsprechend seine betreuenden Schwerpunkte auf Stabilisierung, Wohnbefähigung und kontrollierten Umgang mit Sucht“ (Grömmer 1997:5). Ziel der Betreuung ist die Vermittlung in eine eigene (Gemeinde)Wohnung. Als Zielgruppe gelten akut Drogenabhängige mit gemäßigttem Drogenkonsum, Substituierte und ehemalige Drogenabhängige.

Diese Einrichtung ist aufgrund ihres Konzeptes, ihrer Prinzipien für die Arbeit und der Zielgruppenausrichtung eine wichtige Ressource für wohnungslose DrogenkonsumentInnen. Allerdings sind die Kapazitäten unterdimensioniert und die Warteliste ist meist so lange, dass sie häufig sogar geschlossen werden muss.

## **5.3 Zusammenfassende Benennung von Problembereichen**

Aus dem Kapitel Überblick über das Hilffssystem leiten sich für mich folgende Problembereiche ab:

### **5.3.1 Kontingentregelung**

Die Auswirkungen der aktuellen Kontingentregelung in den 3 großen Übergangswohnhäusern auf DrogenkonsumentInnen zeigen sich im überproportionalen Anteil dieser Gruppe in den NächtigerInnenquartieren, wodurch die Versorgungslücke für DrogenkonsumentInnen im Bereich von langfristigen Wohnplätzen offensichtlich wird.

Die aktuelle Angebotsstruktur ist gerade im Bereich dieser besonders schwierigen Zielgruppe noch sehr lückenhaft und zu wenig durchdacht. Eine quantitative Ausgrenzung einer besonders bedürftigen Zielgruppe kann keine dauerhafte und für die Betroffenen sinnvolle Lösung darstellen.

Die zuständigen Bereiche der Wohnungslosenhilfe und der Drogenhilfe sind aus meiner Sicht umgehend gefordert für diese Zielgruppe adäquate Angebote in Abstimmung mit dem Wiener Stufenplan zur Reintegration von Wohnungslosen zu entwickeln und umzusetzen.

### **5.3.2 Unterversorgung der aktiv drogenkonsumierenden Wohnungslosen**

Wie bereits oben erwähnt weist der Verein Wiener Sozialprojekte (VWS) schon seit Jahren auf die unzureichende Wohnversorgung dieser Zielgruppe hin. Eine interne Evaluation der Notschlafstelle bestätigte die institutionelle Unterversorgung mit mittel- und längerfristigen Ressourcen für DrogenkonsumentInnen. Neubauer (2002:3) meint in seiner Analyse, dass vor allem die langfristige Unterbringung von DrogenkonsumentInnen mit einem instabilen Konsumverhalten ungelöst sei. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen in diesen Phasen kaum in der Lage seien herkömmliche Verbindlichkeiten und Vereinbarungen zu erfüllen und dadurch sehr schnell aus dem Rahmen des Versorgungsnetzes fallen. Durch ihre Szenegebundenheit und den im Vordergrund stehenden Drogenkonsum vernachlässigen sie Abläufe und Verpflichtungen, die für die Erlangung einer langfristigen Unterbringung notwendig wären. Letztlich reklamiert Neubauer ein spezielles Unterbringungsangebot für diese Personengruppe. Aus diesem Grund wurde für die Verbesserung der Angebotssituation vom VWS 2002 ein Grobkonzept erarbeitet.

Im Herbst 05 wurde von der WWH erstmals eine über den Fachbereich WWH hinausreichende Arbeitsgruppe zum Thema „Unterbringung von Wohnungslosen DrogenkonsumentInnen“ installiert. In dieser Arbeitsgruppe wurde eine Unterversorgung für „instabile“ aktive KonsumentInnen und eine Unterversorgung für „ältere“ LangzeitdrogenkonsumentInnen (ca. ab 35 Jahren) festgestellt. Die AG wurde mit der Erarbeitung von Konzepten beauftragt (Ergebnisprotokolle Fachbereich Wiener Wohnen vom 19.10. + 25.11.05).

### 5.3.3 Grundsätzliche Problempunkte

Im Verlauf der Auseinandersetzung mit dem Thema ist mir immer deutlicher bewusst geworden, dass ein zentrales Problem in der zu großen „Distanz“ bzw. unzureichenden Kooperation zwischen den Hilfesystemen Wohnungslosenhilfe und Drogenhilfe besteht.

An der „Basis“, in der alltäglichen Arbeit funktioniert die Kooperation durchaus, die Zuständigkeits- bzw. Strukturprobleme finden sich eher auf Systemebene.

Eikermann/Reker/Zacharias (2002:51) beschreiben für eine andere Randgruppe der Wohnungslosenhilfe (psychisch Kranke) die Problematik wie folgt: „Das größte Problem auf institutioneller Ebene scheint jedoch die Abhängigkeit [drogenkonsumierender] Wohnungsloser von zwei unterschiedlich gewachsenen Hilfesystemen zu sein, die nur über wenige Berührungspunkte verfügen.“

Diese gewachsenen Hilfesysteme arbeiten teilweise mit sehr unterschiedlichen Konzepten und Haltungen.

Im Bereich der Drogenhilfe sind akzeptierende, suchtbegleitende Hilfsangebote zu einem nicht mehr wegzudenkenden Teil des Angebotes geworden. Das Prinzip, gerade jenen Hilfe anzubieten, die über keine Ressourcen und Perspektiven verfügen und dabei keine bestimmte Ideallösung zum Ziel zu haben, ist essentiell geworden und hat sich bewährt.

Die Wohnungslosenhilfe scheint mir noch immer sehr stark von pädagogischen und auch normierenden Prinzipien dominiert. Im Zusammenhang mit DrogenkonsumentInnen sind immer wieder Zuschreibungen wie - keine Vertragsfähigkeit, keine Wohnfähigkeit, keine Integrationsfähigkeit – zu vernehmen, die sehr stark auf das Vorhandensein einer ganz bestimmten Vorstellung davon hindeuten, was diese Fähigkeiten auszeichnet und was nicht. Das Vorhandensein dieser Fähigkeiten ist an den Zugang bzw. den Erhalt eines Wohnplatzes geknüpft.

Das Angebot und das Konzept einer Wohneinrichtung für diese Zielgruppe sollte an deren Bedarfs- und Problemlage orientiert sein und nicht umgekehrt.

In der Realität ergibt sich folgende Dynamik: Die Wohnungslosenhilfe, die zumindest theoretisch Ressourcen hätte, grenzt sich ab, weil sie sich nicht zuständig fühlt und auch ohne dieses schwierige Klientel gut ausgelastet und beschäftigt ist. Die vor allem niedrigschwellige Drogenhilfe ist überfordert und fühlt sich ohnmächtig, weil sie permanent mit dem dringenden Bedarf an Wohnplatz konfrontiert ist und für eine sinnvolle Betreuung



auf diese Ressourcen angewiesen ist. Die KlientInnen selbst bleiben auf der Strecke, weil ohne Wohnplatz keine Stabilisierung der Lebenssituation möglich ist.

Mit der Installierung einer Arbeitsgruppe zum Thema der Unterbringung von drogenkonsumierenden Wohnungslosen im Herbst 05 durch den Fachbereich Betreut Wohnen scheint mir ein positives Zeichen gesetzt, dass es im Bereich Wohnungslosenhilfe zu wichtigen Weiterentwicklungen kommen wird.

## **II. Teil: Untersuchungsgegenstand**

### **6 Notschlafstelle Ganslwirt**

Meine beruflichen Erfahrungen mit der Unterbringung von KonsumentInnen illegaler Drogen beziehen sich, wie bereits in der Einleitung beschrieben auf NutzerInnen der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle Ganslwirt. Obdachlose KonsumentInnen illegaler Drogen beanspruchen sowohl die Angebote des Tageszentrums, der Ambulanz, und insbesondere jenes der Notschlafstelle des Ganslwirt. Somit stellen die gemachten Erfahrungen im Rahmen des Betriebes der Notschlafstelle einen wesentlichen Ausgangspunkt für meine Diplomarbeit, sowohl für den theoretischen als auch für den empirischen Teil dar.

Im Zentrum meiner Überlegungen stehen jene DrogenkonsumentInnen, die aufgrund ihrer (chronischen) Obdachlosigkeit die Notschlafstelle sehr häufig in Anspruch nehmen und bei denen es nicht gelingt eine langfristige, dauerhafte Wohnsituation herzustellen.

Diese Gruppe wird vom Ganslwirt schon seit Jahren als „Problemgruppe“ wahrgenommen, was die Einrichtung zu einer internen Evaluation des Angebotes der Notschlafstelle veranlasste. Dabei wurden die Situation und der Bedarf dieser Gruppe beschrieben und Lösungsansätze entwickelt.

Ich möchte nun in der Folge zuerst eine Kurzbeschreibung der Notschlafstelle Ganslwirt vornehmen und dann Ergebnisse der 1999/2001 durchgeführten Evaluationen der Inanspruchnahme dieser Einrichtung darstellen (Quellen: Interne Abschlussberichte der Evaluation der Notschlafstelle Ganslwirt).

#### **6.1 Kurzbeschreibung Notschlafstelle Ganslwirt**

Die Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle Ganslwirt betreibt ein Tageszentrum, eine Notschlafstelle und eine Ambulanz mit unterschiedlichen Angeboten für die Zielgruppe der KonsumentInnen illegaler Drogen der Wiener Straßenszene. Die Notschlafstelle ist in einen 24 h Betrieb eingebettet und von 20:30 h bis 8 h für die Zielgruppe zugänglich. Sie hat eine Kapazität von 14 Betten und bietet laut Konzept eine tageweise Unterbringung für

DrogenkonsumentInnen in akuten körperlichen oder psychischen Krisen. Die NächtigerInnen werden sowohl psychosozial als auch medizinisch betreut. Wenn es aufgrund der aktuellen Betreuungssituation geboten ist, können auch so genannte mittelfristige Betten für eine Woche, mit der Option auf Verlängerung, vergeben werden.

Das Angebot umfasst somit Krisenbetten für eine Nacht aber auch mittelfristige Betten, jeweils mit dem Ziel einer Vermittlung in eine längerfristige Unterkunft nach erfolgter Stabilisierung der akuten Krise.

Die langjährige Erfahrung der Notschlafstelle Ganslwirt zeigt aber, dass es bei einem Teil der NutzerInnen – den VielschläferInnen - nicht gelingt, sie in eine dauerhafte Unterbringung zu vermitteln obwohl ein „chronischer“ Bedarf aufgrund „chronischer“ Obdachlosigkeit besteht.

## **6.2 Ergebnisse der Evaluationen der Notschlafstelle Ganslwirt**

Die Datenanalysen 1999 und 2001 haben gezeigt, dass eine verhältnismäßig kleine Gruppe von KlientInnen einen großen Teil der Kapazitäten der Einrichtung in Anspruch nimmt, d. h. dass diese Gruppe besonders häufig in der Notschlafstelle nächtigt. Die aktuelle Datenauswertung aus 2005 bestätigt diese Tatsache wieder: Bei N = 359 unterschiedlichen NächtigerInnen wurden von 11% (41) der Personen 53% der Bettenkapazitäten in Anspruch genommen. Diese so genannten „VielschläferInnen“ wurden 1998 und 2001 im Rahmen einer internen Evaluation mittels einer quantitativen Datenanalyse genauer beschrieben und im Hinblick auf ihre Wohnperspektiven analysiert.

Diese Gruppe wurde als eine mit einer eigenen Charakteristik und einem speziellen Bedarf an Wohnangeboten beschrieben. Im Rahmen der Evaluation 1999 wurde in Zusammenarbeit mit betreuenden SozialarbeiterInnen bei 33 VielschläferInnen eine genaue Fallanalyse erstellt und ausgewertet. Eine Einschätzung bezüglich der idealen Unterkunft für die betroffenen KlientInnen erfolgte ebenfalls durch die SozialarbeiterInnen. Ich stelle im folgenden die Zusammenfassung der Ergebnisse der Fallanalysen und der Einschätzung der „idealen Unterkunft“ dar.

### 6.2.1 „Die VielschläferInnen“

- Das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre (nur 3 Personen waren zwischen 18 und 21 Jahre).
- Da die meisten KlientInnen bereits in ihrer Jugend eine Drogenabhängigkeit herausgebildet hatten (Altersschnitt beim Problemkonsum: 17 Jahre) wiesen sie bereits eine lange Drogenkarriere auf.
- Sie haben es mehrere Jahre geschafft, sich trotz ihrer Abhängigkeit durchzuschlagen ohne niedrigschwellige Angebote in Anspruch nehmen zu müssen (Erstkontakt mit dem Ganslwirt erfolgte im Schnitt 7 Jahre nach der ersten Problemkonsumphase).
- Sie verkehren in der offenen Drogenszene mangels anderer Ressourcen und schaffen in ihrer Lebenssituation keinen Ausstieg.
- Der körperliche und psychische Zustand ist entsprechend beeinträchtigt. Langfristige Zielentwicklung wird als schwierig eingeschätzt. Die wenigsten hatten jemals eine eigene Wohnung, viele nächtigen abwechselnd bei Bekannten, Verwandten in Herbergen oder auf der Straße.
- Am Beginn der Kontaktaufnahme mit dem Ganslwirt stand meist ein krisenhafter Zustand im Zusammenhang mit dem Verlust der bisherigen Unterkunft, die häufig keine dauerhafte war (sie wohnten bei Freunden, Herbergen bzw. hatten einen Therapie-, Krankenhaus-, oder Haftaufenthalt hinter sich).
- Unter den gegebenen Bedingungen muss angenommen werden, dass sich der Lebensstil dieser Personen nicht grundsätzlich ändern wird und der Konsum von Drogen noch längere Zeit andauern wird.
- Die Lebenssituation wurde insgesamt als krisenhaft eingestuft (das Leben als eine Folge von mehr oder weniger stabilen und instabilen Phasen, inklusive Therapie- und Haftaufenthalten).
- Das Erfordernis von medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung in der Nacht wird nur in seltenen Fällen für notwendig erachtet.
- Wohnen in einem ambulanten Betreuungssetting wurde als sinnvoll und umsetzbar eingeschätzt.
- Als Zielsetzung wird eine Stabilisierung der Lebenssituation durch eine fixe Wohnmöglichkeit für sinnvoll erachtet.

### **6.2.2 „Ideale Unterkunft“**

- Bis zu einem Drittel der Personen wird das Führen eines Haushaltes in einer eigenen Wohnung mit ambulanter Betreuung zugetraut.
- Bis zu 40 % der Personen wird das Halten eines eigenen Zimmers in einer WG bei ambulanter Betreuung zugetraut.
- Bei bis zu 17 % wird ein Heim als sinnvolle Unterbringungsform genannt.
- Meist wird eine ambulante sozialarbeiterische Betreuung als ausreichend erachtet. Nur bei ca. 20 % der Fälle schätzen die SozialarbeiterInnen eine stationäre sozialarbeiterische Betreuung als notwendiges Setting ein. Für bis zu 7 % wird eine stationäre medizinische Betreuung empfohlen.
- Bei 90 % wird die Möglichkeit eines Tagesaufenthaltes auch ohne durchgehende Anwesenheit von Betreuungspersonal für sinnvoll erachtet. Das heißt es geht nicht nur um Schlafplätze, sondern um Wohnmöglichkeiten.
- Nachdem davon ausgegangen werden muss, dass ein Grossteil der Betroffenen auch zukünftig Drogen konsumieren wird, müsste in den Unterkünften ein kontrollierter Drogenkonsum erlaubt sein.
- Bei 75 % wird von einer Wohndauer ab einem Jahr bzw. von einer unbegrenzten Wohndauer ausgegangen. Als Zielsetzung wird eine langfristige Stabilisierung auf individuellem Niveau angestrebt.

### **6.2.3 Aktualität der Ergebnisse**

Wie im Kapitel 5.1.2 beschrieben hat es mittlerweile Veränderungen im Ressourcensystem gegeben. Diese Ergebnisse sind aber nichts desto trotz relevant, da sich die Zugangsmöglichkeiten zu den fixen und dauerhaften Wohnplätzen nicht ausreichend verändert haben. Wesentliche Verbesserungen betreffen hauptsächlich die Zugänglichkeit und die Ausweitung der Kapazitäten im Bereich der NächtigerInnenquartiere. Aktuell gibt es ausreichend Betten in NächtigerInnenquartieren, aber eine Wartezeit von ca. 10 Monaten auf einen fixen Wohnplatz (siehe Kontingentregelung). Die Datenauswertung der Notschlafstelle 2005 weist somit nach wie vor die Gruppe der VielschläferInnen mit all den oben beschriebenen Charakteristika und Problemen aus.

Diese Ergebnisse decken sich in vielen Bereichen mit den Aussagen, die ich den Interviews mit den Betroffenen entnehmen konnte und die im folgenden Kapitel ausführlich dargestellt werden.

### **III. empirischer Teil**

#### **7 Dokumentation des Forschungsprozesses**

In diesem Kapitel erläutere ich mein Forschungsanliegen, begründe die Wahl der Forschungsmethode und stelle die konkrete Durchführung der problemzentrierten Interviews dar.

##### **7.1 Das Forschungsanliegen und Fragestellungen**

Das Anliegen zu dieser Untersuchung entstand aus meiner Praxiserfahrung mit KlientInnen der Notschlafstelle Ganslwirt. In der alltäglichen Betreuungsarbeit mit obdachlosen KonsumentInnen illegaler Drogen zeigte sich, dass es über sehr lange Zeiträume nicht möglich ist, wohnungslosen DrogenkonsumentInnen zu einer stabilen Wohnsituation zu verhelfen, obwohl die Betroffenen sehr stark unter den Folgen der Wohnungslosigkeit leiden und die meisten sich einen dauerhaften Wohnplatz wünschen. Die MitarbeiterInnen des Ganslwirt sind mit Menschen konfrontiert, die sich in einer sehr prekären Lebenssituation befinden: viele haben einen instabilen und riskanten Drogenkonsum, gesundheitliche Probleme, keine bzw. nur sehr basale soziale Absicherung, keine sozialen Netzwerke außerhalb der Drogenszene, keine Beschäftigung und keinen fixen Wohnplatz. Um eine Stabilisierung in dieser Situation zu erreichen, stellt sich die Frage nach den verfügbaren Ressourcen für eine adäquate und dauerhafte Unterbringung.

Im Zentrum des empirischen Teiles soll die Sichtweise der Betroffenen stehen. Die oben beschriebene Situation besteht für die meisten schon seit vielen Jahren. Ziel des empirischen Teiles ist es, anhand von konkreten Fallgeschichten ein vollständigeres Bild und ein umfassenderes Verständnis dafür zu entwickeln, was notwendig ist, um die Situation der Betroffenen aktiven DrogenkonsumentInnen und die notwendigen Hilfsressourcen zu verbessern.

Ziel der Befragung von Betroffenen ist, einen subjektiven Einblick in die Lebenswelt von obdachlosen DrogenkonsumentInnen zu ermöglichen und anhand der Ergebnisse Ableitungen bezüglich des Bedarfes für diese Zielgruppe im Wohnungslosenhilfesystem zu machen.

Um die Hintergründe der Lebenssituation der Betroffenen zu beleuchten sind für mich folgende Fragestellungen relevant:

- Welche Gründe haben aus Sicht der Betroffenen in die Obdachlosigkeit geführt?
- Wie wirkt sich die Obdachlosigkeit auf die konkrete Lebenssituation der Betroffenen aus? Was bedeutet dies für ihren Alltag? Welche Dynamiken, Strategien und Abläufe ergeben sich aufgrund dieser Situation?
- Besteht aus Sicht der Betroffenen ein Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und der Obdachlosigkeit? Führt Obdachlosigkeit zu einer Destabilisierung des Drogenkonsums? Welche Faktoren von Seiten der Betroffenen unterstützen das Problem Obdachlosigkeit und verhindern eine Veränderung. Welche Rolle spielt der drogenbezogene Lebensstil?
- Warum ist es für die Betroffenen so schwierig aus der Situation der Obdachlosigkeit wieder raus zu kommen?
- Sind die Hilfsressourcen im Unterbringungsbereich bekannt, zugänglich und wann werden sie von den Betroffenen genutzt? Welche werden nicht genutzt und warum?
- Welche Erfahrungen gibt es mit dem bestehenden Hilfesystem? Was wurde probiert? Was funktioniert, was scheitert? Warum?
- Bestehen für die Betroffenen Unterschiede zwischen der Notschlafstelle Ganslwirt und anderen Unterbringungseinrichtungen?
- Ist eine dauerhafte Unterbringung gewünscht?
- Welche Wohnform wünschen sich die Betroffenen? Welche Rahmenbedingungen brauchen die Betroffenen in diesen Wohnformen?

## **7.2 Wahl der Forschungsmethode**

Im theoretischen Teil habe ich einen Überblick über die Lebenswelten der Betroffenen aus der vorhandenen Literatur gegeben und eine Darstellung des aktuellen Ressourcensystems. Nachdem aus dem ExpertInnenbereich bereits viele Alltagserfahrungen und Ergebnisse von Evaluationen der Notschlafstelle Ganslwirt vorliegen, war es mir wichtig die Erfahrungen aus der Lebenswelt der Betroffenen in dieses Forschungsvorhaben zu integrieren.

Die Sichtweise von Schmidt-Grunert (2004:15) trifft sich mit meiner, die auch im Rahmen der Auswertung des empirischen Teiles bestätigt wurde:

„ Die Klientel sozialer Arbeit sind Subjekte, die ihr Leben aktiv gestalten und in normative Strukturen eingebunden sind, die für sie objektiv in Form von Gesetzen gültig



sind. An den gesetzlichen Vorgaben relativieren sich die vermeintlich ausschließlich subjektiven Spielräume der Alltagsgestaltung.“

Wichtig ist mir in dem empirischen Teil die lebensweltlichen Sichtweisen der Betroffenen als wesentlichen Aspekt zu berücksichtigen, vor allem weil es auch um die Frage nach den sinnvollen Hilfsressourcen geht. Auch Schmidt-Grunert beschreibt die Wichtigkeit der Einbeziehung von KlientInnen bei der Erstellung von lebensweltorientierten Hilfeplänen. Sozialarbeitsforschung „respektiert die subjektiven Lebensentwürfe der hilfsbedürftigen Menschen und entdeckt gemeinsam mit diesen individuelle Betroffenheit und auf das Lebensumfeld bezogene Besonderheiten.“ (Schmidt-Grunert:2004:17).

Da es mir um die Erfassung der subjektiven Lebenswirklichkeit geht und diese sich in einem von äußerlichen Normen besonders stark beeinflussten Lebensumfeld (Illegalität, Kriminalisierung...) entwickelt, erscheint mir der qualitative Forschungsansatz als sinnvoll.

### **7.2.1 Das problemzentrierte Interview als Erhebungsinstrument**

Wie oben bereits beschrieben geht es in der vorliegenden Arbeit darum, ein breiteres Wissen darüber zu erlangen warum die Stabilisierung der Wohnsituation einer spezifischen Gruppe von aktiven DrogenkonsumentInnen nicht gelingt.

Im problemzentrierten Interview stehen Aspekte der Problemanalyse im Vordergrund. Bei dieser von Witzel entwickelten Methodenkombination geht es „weder um Sondierungen von Persönlichkeitsmerkmalen noch um klinische Zielsetzungen, sondern um individuelle und kollektive Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmuster gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 1982:67). Das problemzentrierte Interview kann also überall dort, wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist und wo spezifischere Fragestellungen wesentlich sind, eingesetzt werden. Es bezieht sich auf „eine relevante gesellschaftliche Problemstellung und deren theoretische Ausformulierung als elastisch zu handhabendes Vorwissen des Forschers“ (Witzel 1982:69). Meiner Forschungsfrage liegen die gesellschaftlich relevanten Probleme des Drogenkonsums und der Obdachlosigkeit zugrunde. Es geht um eine Vertiefung des Wissens über Wechselwirkungen zwischen diesen beiden Problematiken und deren Auswirkungen auf die Betroffenen. Insofern erscheint das problemzentrierte Interview als geeignetes Erhebungsinstrument.

Es ermöglicht eine Art des Erzählens einer Geschichte, die auf eine eingegrenzte Lebenspassage bezogen ist und fängt „biographisches Bewusstsein in der Sichtweise des betroffenen Erzählenden ein, das typische Verlaufsmuster der Alltagbewältigung enthält

und sozioökonomische Lebenszusammenhänge in möglichen Schnittstellen zu biographisch psychosozial entwickelten Verarbeitungsformen durch die Betroffenen selbst aufdeckt.“ (Schmidt-Grunert 2004:41).

Die Interviews werden als offene, halbstrukturierte Befragung durchgeführt, die auf eine bestimmte Problemstellung zentriert sind, die vom Interviewer bereits vorher analysiert wurde. Aus der vorhergehenden Analyse werden die zentralen Aspekte für den Interviewleitfaden zusammengestellt (vgl. Mayring 2002:67 f). Diese Methode schließt mein vorhandenes Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand nicht aus, sondern baut darauf auf und zwingt mich, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren, zu kontrollieren und offen zu legen.

Durch die teilweise Standardisierung des Fragebogens werden die Auswertung und die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews erleichtert.

#### **7.2.1.1 Instrumente der Datenerhebung**

Als Instrumente für die Datenerhebung schlägt Witzel den Kurzfragebogen, den Gesprächsleitfaden, die Tonbandaufzeichnung und das Postskriptum vor, die ich, mit geringfügigen Adaptierungen an meine Erhebungssituation, auch angewendet habe.

Aufgrund der Auswahl der Stichprobe und meinem Zugang zu biographischen Daten der Befragten aufgrund meiner Tätigkeit im Ganslwirt war es nicht notwendig, mit einem Kurzfragebogen diese Daten abzufragen. Ich stellte allerdings zu Beginn jeden Interviews so genannte Sondierungsfragen um sicherzugehen, dass meine Fragestellungen für die befragte Person auch noch von aktueller Relevanz sind (Kurzfragebogen siehe Anhang). Dies stellte eine Vorbereitung bzw. einen Einstieg in die Thematik dar.

#### **7.2.1.2 Der Interviewleitfaden**

Die Ausgangsbasis für die Erstellung des Interviewleitfadens (siehe Anhang) stellten die im Kapitel 6 beschriebenen Erfahrungen aus der Praxis dar, dass das Zusammentreffen der Problematiken aktiver illegaler Drogenkonsum und Obdachlosigkeit eine dauerhafte Integration in eine stabile Wohnsituation beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund ergab sich für die Erstellung des Fragebogens die Herausforderung, trotz der hohen Komplexität der Dynamiken in den beiden Problemfeldern Drogenabhängigkeit und Wohnungslosigkeit

jene Aspekte zu fokussieren, die für eine ganz spezifische Gruppe von obdachlosen DrogenkonsumentInnen maßgeblich sind und deren Sichtweisen zu den relevanten Fragestellungen zugänglich zu machen. Das Zentrum der Interviews sollte aber nicht der Themenbereich der Drogenabhängigkeit bilden, sondern jener der Obdachlosigkeit, mit ständiger Bezugnahme auf die Lebenswirklichkeit von DrogenkonsumentInnen.

Um ein Verständnis für die individuelle Situation zu bekommen, wollte ich mich im Interview nicht nur auf die aktuelle Lebenssituation beschränken. Für ein vollständiges Bild waren die Gründe, die aus Sicht der Betroffenen in die Obdachlosigkeit geführt haben, ein wesentlicher Themenbereich. Abgesehen davon interessierte mich inwieweit die Betroffenen selber einen Zusammenhang zwischen ihrer Drogenabhängigkeit und der bestehenden Obdachlosigkeit herstellen. Wie reflektieren die Betroffenen selbst ihre Situation? Die Auswirkungen auf ihren Alltag waren ein weiteres Themenfeld, das mir relevant erschien. Von Interesse war für mich, wie sich die Lebenssituation auf ihre Gestaltungsmöglichkeiten, Tagesabläufe und psychische Befindlichkeit auswirkt.

Aus den Erfahrungen der MitarbeiterInnen im Ganslwirt und der Evaluation des Ganslwirt geht hervor, dass einige NutzerInnen den Ganslwirt gegenüber anderen Einrichtungen präferieren, insofern sollte überprüft werden, ob dies auch für die Befragten zutrifft und welche Faktoren dafür ausschlaggebend sind.

Nachdem es um die Frage nach den Gründen für ein Nichtzustandekommen einer dauerhaften Unterkunft geht, wollte ich in Erfahrung bringen, inwieweit den Betroffenen die Ressourcen in der Wiener Wohnungslosenhilfe bekannt und zugänglich sind und welche Erfahrungen sie damit gemacht haben. Es geht darum, ein genaueres Bild darüber zu bekommen, ob die Wohnungsloseneinrichtungen genutzt werden, wie bzw. wann sie genutzt werden und ob sie für die Befragten eine adäquate Hilfe darstellen.

Eine relevante Fragestellung ist auch, ob die Betroffenen selber eine längerfristige Wohnmöglichkeit überhaupt anstreben und wie aus ihrer Sicht eine „ideale“ Wohnform aussehen sollte.

In diesem Themenbereich geht es mir darum herauszufinden, inwieweit die Bedürfnisse der Betroffenen mit den zur Verfügung gestellten Hilfen korrespondieren.

### **7.2.1.3 Auswahl der Stichprobe**

Aufgrund der Evaluationen der Notschlafstelle Ganslwirt und der Auswertung der Daten von 2005 wusste ich, dass die Gruppe der so genannten „VielschläferInnen“ quantitativ nicht sehr groß ist. Im Jahr 2005 handelte es sich um 41 verschiedene Personen, die die Notschlafstelle Ganslwirt besonders häufig in Anspruch nahmen. Aus dieser Personengruppe wollte ich mit 4 Personen problemzentrierte Interviews durchführen, um anhand dieser Einzelfälle nach relevanten Einflussfaktoren und Zusammenhängen zu suchen. Die Beschränkung auf 4 Interviews entspricht zum einem dem Rahmen einer Diplomarbeit, zum anderen erlaubt sie es aber anhand von Einzelfallanalysen Besonderheiten von typischen Verläufen und Problemstellungen herauszuarbeiten.

Das Hauptkriterium bei der Auswahl war die häufige Inanspruchnahme der Notschlafstelle Ganslwirt. Damit ist evident, dass die Person aktiv drogenkonsumierend und akut obdachlos ist. Desweiteren wollte ich auf jeden Fall mit InterviewpartnerInnen beider Geschlechter sprechen, wobei eine von mir gewünschte 50:50 Aufteilung nicht gelungen ist. 3 Männer und 1 Frau standen mir für meine Interviews zur Verfügung (was der gängigen Geschlechterverteilung in Einrichtungen der Drogenhilfe entspricht). Weiters war mir eine altersmäßige Streuung wichtig, um eventuelle unterschiedliche Bedürfnisse aufgrund des Alters in Erfahrung zu bringen. Die Streuung liegt zwischen 22 und 38 Jahren. Die Dauer der Wohnungslosigkeit war ebenfalls wichtig. Ich wollte sowohl Betroffene interviewen, die bereits viele Jahre obdachlos sind, als auch solche, die erst kürzer davon betroffen sind. Die Streuung in der Stichprobe liegt zwischen 6 Monaten und ca. 20 Jahren. Bezüglich der Drogenabhängigkeit war das Kriterium dass bereits ein mehrjähriger manifester und aktueller Drogenkonsum vorliegt.

### **7.2.1.4 Zugang zu den InterviewpartnerInnen**

Anhand der Namensliste der VielschläferInnen, die mir aus der Analyse der Daten des Ganslwirt von 2005 zur Verfügung stand, habe ich mithilfe von betreuenden SozialarbeiterInnen und anhand meiner Kriterien geeignete KandidatInnen ausgewählt und mich bei den MitarbeiterInnen informiert welche Personen aktuell den Ganslwirt frequentieren. Im Rahmen einer Teamsitzung informierte ich die SozialarbeiterInnen über mein Vorhaben und über die in Frage kommenden KlientInnen und bat um Unterstützung bei der Herstellung des Kontaktes zu den KlientInnen. Die Erstkontaktherstellung erfolgte teilweise durch mich selbst und teilweise durch die SozialarbeiterInnen im Tageszentrum

der Beratungsstelle Ganslwirt. Für die Interviewdurchführung habe ich ca. ein Monat eingeplant. Ich informierte die MitarbeiterInnen darüber, wann ich für ein Interview Zeit hatte und bat sie mich darüber zu informieren, wenn eine von mir ausgewählte Person den Ganslwirt aufsuchte. Mein Arbeitsplatz befindet sich einen Stock über den Ganslwirträumen, somit konnte ich rasch im Tageszentrum sein um Kontakt herzustellen. Nachdem ich weiß, dass Terminvereinbarungen mit dieser Personengruppe sehr schwierig sind, war meinerseits zeitliche Flexibilität gefordert. Bei der konkreten Kontaktaufnahme informierte ich die angefragte Person über mein Forschungsvorhaben und erfragte das Interesse für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Alle angefragten Personen zeigten sofort Interesse, fanden aber häufig nicht gleich Zeit. Terminvereinbarungen sind wie gesagt bei dieser Klientel problematisch, und so ist keines der Interviews zum tatsächlich vereinbarten Termin zustande gekommen, dafür aber doch in 3 Fällen zu einem anderen Zeitpunkt. Eine weitere Hürde bei den Interviews stellt der Faktor der aktuellen Beeinträchtigung durch Drogen dar. Die Interviewsituation spielt sich ja mitten in einem Teil der Lebenswelt der Befragten ab, sie konsumieren natürlich auch wie gewohnt ihre Drogen. Eines der Gespräche musste aufgrund einer zu hohen Dosierung verschoben werden.

#### **7.2.1.5 Durchführung der Interviews**

Nach der Durchführung eines Probeinterviews und darauf folgenden geringfügigen Adaptierungen des Fragebogens, führte ich mit 4 betroffenen DrogenkonsumentInnen die Interviews durch. Die Interviews fanden im Fernsehraum der Notschlafstelle Ganslwirt statt, ein Raum, der allen Befragten vertraut ist und einen Teil ihrer Lebenswelt darstellt.

Zu Beginn des Gesprächs informierte ich die einzelnen InterviewpartnerInnen nochmals über die Inhalte und Hintergründe meines Forschungsinteresses und räumte die Möglichkeit von Rückfragen ein. Ich erklärte mein Interesse an den Erfahrungen der Befragten und führte in die Thematik ein. Ich sah kein Hindernis darin, als Mitarbeiterin der Einrichtung die Interviews selber durchzuführen, da die Betroffenen in keinem direkten Betreuungskontakt zu mir stehen und keine persönliche Arbeitsbeziehung besteht.

Weiters klärte ich sie über den Verwendungszweck der Informationen auf, holte das Einverständnis für eine Tonbandaufzeichnung ein und sicherte die Anonymisierung der Daten zu. Alle Befragten stimmten der anonymisierten Verwendung der Daten und der Aufzeichnung zu.

Die Interviews fanden innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen statt und dauerten zwischen 60 und 85 Minuten.

Im Anschluss an jedes Interview fertigte ich ein Postskriptum an um zusätzliche relevante Eindrücke und Besonderheiten des Interviews unmittelbar festzuhalten und dieses Material bei der Auswertung als ergänzende Informationen verwenden zu können.

## **7.3 Auswertung der Interviews**

### **7.3.1 Transkription**

Das gesamte Interview wurde vollständig transkribiert, wobei ich auf paralinguistische Kennzeichnungen verzichtete. In der Analyse und Interpretation des Materials geht es mir im Wesentlichen um die Inhalte der Äußerungen.

### **7.3.2 Schritte der Datenauswertung**

Nachdem es keine universell einsetzbare Auswertungsmethode gibt, versuchte ich eine für mein Projekt passende Methode zu entwickeln. Dabei orientierte ich mich in einzelnen Auswertungsschritten an den Auswertungsmethoden des problemzentrierten Interviews nach Witzel, an Mayrings qualitativer Inhaltsanalyse und am Kodierparadigma nach Strauss.

### **7.3.3 Analyse der einzelnen Interviews**

Bei der Strukturierung der Auswertung der einzelnen Interviews orientierte ich mich an den Themen des Leitfadens. Jedes Interview wurde Satz für Satz von mir durchgelesen und nach den Leitfadenthemenblöcken geordnet. Anhand der Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Interviews streng methodisch analysiert, mit dem Ziel, jedes Interview systematisch zusammenzufassen. Ich habe mich in diesem Schritt an der Zusammenfassung nach Mayring orientiert: „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring 2002:115).

Nach den Themen geordnet paraphrasierte ich die wörtlichen Textstellen und generalisierte die Inhalte. In einem weiteren Schritt habe ich den Text durch Bündelung, Konstruktion, Selektion, Integration und Streichung reduziert. Diese zusammenfassende Analyse der Inhalte ergab ein grobes vorläufiges Kategoriensystem. Nachdem mir leider kein

Forschungsteam zur Verfügung stand ließ ich dieses Kategoriensystem vor dem Hintergrund des Transkriptes von einer außen stehenden Person dahingehend überprüfen, wie weit die Abstraktion die ursprünglichen Inhalte des Interviews repräsentiert.

#### **7.3.4 Vergleichende Analyse der Interviews**

Von der Analyse und Zusammenfassung der einzelnen Interviews ausgehend erfolgte als nächster Schritt eine vergleichende Analyse und Interpretation des Materials. Ich orientierte mich an den Auswertungsschritten problemzentrierter Interviews nach Witzel (1996:49 ff) und an dem Kodierparadigma nach Strauss.

Die Themenbereiche, die in der vergleichenden Auswertung weiterhin und nun vergleichend berücksichtigt werden sollten, waren: Gründe für die Obdachlosigkeit, Auswirkungen der Obdachlosigkeit auf den Alltag, Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und Drogenkonsum, der Ganslwirt als Hilfsressource, andere institutionelle Hilfsressourcen und die gewünschte ideale Wohnform.

Vor diesem Hintergrund erfolgten eine vergleichende Durchsicht der zusammengefassten Interviews und eine Erarbeitung von zentralen gemeinsamen Themen. Diese Suche nach zentralen Themen entspricht der ersten Stufe der offenen Kodierung im Sinne von Strauss. Die zentralen Themen wurden von mir auf einer verallgemeinernden Ebene auf Zusammenhänge mit Kontextbedingungen hin überprüft und in einem Zwischenschritt in Form von kleinen Dossiers festgehalten. Danach erfolgte eine Formulierung von theoretischen Aussagen anhand einer verallgemeinernden Benennung von zentralen Themen und der Zuordnung von einzelnen Textstellen zu diesen Kategorien. Die Validierung am Text diente mir zur Überprüfung der formulierten Deutungsinhalte. Während des Interpretationsprozesses habe ich demzufolge immer wieder auf das ursprüngliche Datenmaterial zurückgegriffen.

In einem letzten Schritt formulierte ich eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse um zu einer nochmaligen Verallgemeinerung unabhängig von Einzelaussagen zu kommen.

## 8 Darstellung der Ergebnisse

### 8.1 Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Name	Alter	Obdachlosigkeit	Drogenkonsum	Erstkontakt Ganslwirt	Krankheiten u. ä.
Hr. R.	38 J.	Seit 1988 unterbrochen durch Haft- und Krankenhausaufenthalte	Alkohol mit 9 J., Cannabis, Alkohol und Medikamente mit 16 J., i.v. Heroin/Morphin mit 20 J., aktuell in Substitutionsbehandlung mit hohem Beikonsum;	Seit 06/93	HIV bzw. Aids, Hep B, Hep C, Leberzirrhose, Depressionen, Angststörung.
Fr. K.	24 J.	Seit 04/2002	Ecstasy, LSD, Speed und Kokain ab 16 J., i.v. Morphin mit 20 J., aktuell in Substitutionsbehandlung mit mäßigem Beikonsum von Benzodiazepinen;	Seit 06/02	HIV positiv, Angststörung
Hr. S.	26 J.	Seit 03/03	Heroin/Morphinkonsum ab 17 J., cleane Phase bis 2003, danach Morphin i.v., aktuell in Substitutionsbehandlung mit hohem Beikonsum;	Seit 03/04	Keine bekannt
Hr. B.	22 J.	Seit 05/05	Morphinkonsum ab 18 J., aktuell in Substitutionsbehandlung mit mäßigem Beikonsum von Alkohol und Benzodiazepinen,;	Seit 07/05	Keine bekannt

### 8.2 Gründe für Obdachlosigkeit

In diesem Kapitel werden im Interview vorkommende Gründe für die Obdachlosigkeit dargestellt. Die Gespräche mit den Betroffenen zeigten belastende biographische Hintergründe, Konflikte mit Familienmitgliedern aber auch den aktuellen Drogenkonsum als zentrale Themen.



## 8.2.1 Biographische Hintergründe

Die Schwerpunktsetzung der Interviewten im Hinblick auf ihren biographischen Hintergrund war unterschiedlich. Auffällig war, dass von den 4 Befragten die männlichen Interviewpartner ein größeres Bedürfnis hatten über ihre Familiensituation, die sich als sehr belastet darstellte zu erzählen. In allen Interviews gab es jedoch eindeutige Hinweise auf sehr belastende biographische Hintergründe.

In einem Fall geht die Belastung vom dominanten gewalttätigen Vater und der unangenehmen Stiefmutter aus, im zweiten von der Vernachlässigung durch die alkohol- und medikamentenabhängige Mutter und im dritten Fall durch die Heimunterbringung, da ein Leben bei der psychisch kranken Mutter und dem gewalttätigen alkoholabhängigen Vater nicht mehr möglich ist.

Herr R. schildert seine Kindheitserfahrungen folgendermaßen:

„Mein Vater hat mich so viel geschlagen, dass ich grün und blau war, dass ich manchmal nicht in die Schule gehen dürfen, weil die hätten das dann gesehen.“ „Ich hab ja nicht einmal mit einem Dreier heimkommen dürfen, ...nur Einser und Zweier sonst hab ich schon Schläg kriegt.“ „... das war, wenn ich das jetzt so sage ist meine ganze Jugend unter Zwang passiert. Das hat alles immer nur mein Vater bestimmt, das war nicht mein Leben, meine Jugend oder was bis zum 16. Lebensjahr, sondern seine, es war hat sehr unter Drill.“

Herr R. war ein hyperaktives Kind und wurde ab dem 10. Lebensjahr mit einem vom Arzt verordneten Beruhigungsmittel behandelt. Vom 10. bis zum 15. Lebensjahr wurde er in einem Heim untergebracht.

Hr.B. wächst mit 4 weiteren Geschwistern von 3 verschiedenen Vätern bei seiner Mutter auf. Diese ist seit ihrem 20. Lebensjahr Alkohol und Medikamentenabhängig. Die Kinder sind ohne klare Strukturen und Grenzen aufgewachsen:

„Sie kocht schon seit 3 Jahren nicht mehr, putzt nicht, hat seit 3 Jahren nichts mehr angefasst, gar nichts gemacht, ist nie zu Hause.“ „Wir sind fast nie in die Schule gegangen, immer schwänzen...“ „Meine Mutter war immer bsoffen, is immer bsoffen heimkommen, da war ich glaub ich 4 Jahre alt, mein Bruder hat immer aufpassen müssen, wenn er irgendwas falsch gemacht hat is er gschlagen worden“. „Wir haben uns immer nur gehen lassen.“ „...jetzt nimmt sie immer mehr Pulverl, und wird immer rabiater.“

Hr. B. erklärt sich die Abhängigkeit der Mutter mit deren schwierigen Kindheit in einem gewalttätigen Elternhaus und den Sorgen, die sie durch die jetzt drogenabhängigen (der

größere Bruder ist ebenfalls drogenabhängig) und arbeitslosen (4 Kinder sind arbeitslos) Kinder hat. Er nimmt die Schuld dafür auf sich:

„Die nimmt am Tag so viel Medikamente....das sie das durchdruckt mit uns beiden. Sie weiß wir spritzen jeden Tag, und ich glaub deswegen pulvert sie,...sonst druckts es nimmer durch. Ohne Pulver glaub i stirbts.“

Die Umstände einer psychischen Erkrankung der Mutter und eines alkoholkranken schlagenden Vaters führten dazu, dass Hr. S. ab seinem 10. Lebensjahr in einem Heim untergebracht war.

Die weibliche Befragte Fr. K. hat sich bei ihren Erzählungen nicht auf die Vergangenheit bezogen, ihr angeführter Grund für die Obdachlosigkeit weist jedoch ebenfalls auf konflikthafte Familienstrukturen hin.

Sowohl bei den Erklärungsmodellen für Obdachlosigkeit als auch für Drogenabhängigkeit finden sich Theorien zum Themenbereich Problemfamilien. Wobei es mir hier nicht, wie ich im bereits im theoretischen Teil ausgeführt habe, um verkürzte monokausale Erklärungen geht. Massive Belastungen und Traumatisierungen in der Biographie stellen wie in vorhergehenden Kapiteln dargestellt einen Risikofaktor sowohl für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit als auch für Wohnungslosigkeit dar.

## **8.2.2 Konflikte mit der Herkunftsfamilie/ Bezugspersonen als Auslöser**

Bei allen Befragten führten Konflikte innerhalb der Herkunftsfamilie bzw. mit der Lebensgefährtin und ein folgender Rauswurf aus dem bisherigen Wohnumfeld zur erstmaligen Obdachlosigkeit. Gleichzeitig erfolgte ein massiver Bruch mit dem bisherigen sozialen Umfeld.

Im Falle des Hr. R. eskalierte ein Streit zwischen ihm und dem Vater im Alter von 16 Jahren. Der Jugendliche wehrte sich erstmals gegen seinen gewalttätigen Vater. Die Gegengewalt führte in der Folge zum Rauswurf aus dem elterlichen Haushalt.

„Ja das war mit 16,...da habe ich eben meinen letzten so richtigen Streit mit meinem Vater gehabt, wo er mich geschlagen hat, ....und das habe ich mir nicht mehr gefallen lassen und habe zurückgeschlagen, ganz einfach also...und dann bin ich weggegangen, wie ich zurückgekommen bin war das Schloss ausgetauscht und die Koffer sind halt vor

der Tür gestanden,...und dazwischen ist immer gestanden die Stiefmutter. So kann man sagen mit 16 hat es das erste Mal begonnen.“

Bei Hr. B. ist der kontinuierlich steigende Drogenkonsum in Kombination mit der lange andauernden Arbeitslosigkeit und seiner Inaktivität Auslöser dafür, dass es zu vermehrten Konflikten mit der Mutter kommt. Als sie bemerkt, dass er sein ärztlich verschriebenes Substitutionsmittel i.v. konsumiert eskaliert die Situation, und sie wirft ihn aus der Wohnung.

„Seit einem halben Jahr bin ich jetzt obdachlos. Da hat mich meine Mutter rausgeschmissen, eben. Da hab ich zu hause gespritzt, und sie hat eben eine Spritze gefunden im Mist. Und meine Mutter nimmt selber so viele Pulverl, sie ist depressiv, ... seits gehört hat, dass ich wieder spritz, dann hats durchdreht,..ja und da hats mich dann rausgeschmissen,...von einem Tag auf den anderen, ...Polizei grufen und alles....vor einem halben Jahr war das ca.“

Die Trennung von der Lebensgefährtin, mit der es auch ein gemeinsames Kind gibt, führt Hr. S als Auslöser für seine Obdachlosigkeit an. Zeitgleich mit der Trennung von der Frau kam es auch zur Abnahme des Kindes durch das Jugendamt. Seine psychisch kranke Mutter verliert ebenfalls zu diesem Zeitpunkt die Wohnung und wird in einem Obdachlosenheim untergebracht, somit steht sie als alternative Wohnressource nicht mehr zur Verfügung.

„Eigentlich die Trennung von meiner Frau...am 3. August 03 hats mich von der Wohnung halt rausgehaut, sie hat die Wohnung verloren und is in a Frauenhaus kommen. Mei Mutter hat schon am 17. Juli 03 die Wohnung verloren, die war psychisch krank,...da hab ich nicht mehr bei meiner Mutter wohnen können...“

Auch Frau K. nennt innerfamiliäre Konflikte als Auslöser für die erste Obdachlosigkeit. Das Bestehlen der Großeltern hatte einen endgültigen Rauswurf aus dem elterlichen Haushalt und die Abnahme des damals 4-monatigen Sohnes zur Folge.

„Ich wurde von meiner Familie rausgeschmissen,...meine Familie hat mir meinen Sohn weggenommen, ich wurde rausgeschmissen – mit guten Gründen, weil ich hab meine Familie bestohlen ....meine Familie hat mich im Stich gelassen, ausgesetzt und hat gesagt „ du bist nicht mehr, du gehörst nicht mehr zur Familie“.“

Auch wenn die einzelnen Hintergrundgeschichten sehr unterschiedlich sind, der Auslöser für die Obdachlosigkeit ist in allen Fällen ein Bruch mit dem Herkunftssystem bzw. mit wichtigen Bezugspersonen.

Dieser Bruch führt zu Haltlosigkeit und Orientierungslosigkeit. Das bisherige vertraute Netzwerk und die Bezugsgruppe ist nicht mehr verfügbar.

In Krisensituationen stellen soziale Netzwerke und besonders familiäre Netzwerke normalerweise eine sehr wichtige Ressource für eine konstruktive Bewältigung der Krise dar. In den hier vorgestellten Fällen löst sich dieses Netzwerk auf bzw. ist sehr belastet und somit keine stützende Ressource mehr.

Alle Interviewten führen sehr schmerzhaft erlebte Erlebnisse an, die mit Traumatisierungen, Verlust, Schmerz, Kränkungen, Vertrauensbruch, Schuldhaftigkeit und letztendlich mit Scheitern verbunden sind. Die Situation der Wohnungslosigkeit verweist auf eine zusätzliche massive Belastung und Überforderung.

### **8.2.3 Drogenkonsum als Ursache**

Drogenkonsum bzw. die immer tragender werdenden Folgen des kontinuierlichen Drogenkonsums wurden nur von einem Befragten als unmittelbarer Auslöser für den Rauswurf genannt.

Die Ergebnisse der Interviews weisen darauf hin, dass es sich um unterschiedliche Entwicklungen und Prozesse handelt, die schleichen und parallel ablaufen. Es ist bei den Befragten eine stetige Verdichtung der problematischen Entwicklungen zu beobachten. Nähere Ausführungen dazu werden im folgenden Kapitel gemacht.

## **8.3 Zusammenhang Drogenkonsum und Obdachlosigkeit**

### **8.3.1 Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie von Krisensituationen**

Bei den männlichen Befragten bestand die Drogenabhängigkeit bereits vor der Obdachlosigkeit. Bei der weiblichen Befragten entwickelte sich die manifeste Drogenabhängigkeit erst nach dem traumatischen Verlust der Familie und des Wohnplatzes.

Alle Befragten weisen eine Entwicklung des Drogenkonsums als Bewältigungsstrategie für belastende Lebenssituationen, inneren Spannungen und unangenehmen Gefühlen (Ängsten, Trauer ...) auf.

Der unmittelbare Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und der Belastungen durch die Obdachlosigkeit wird teilweise sehr bewusst wahrgenommen, wobei es bei den Befragten eine große Bandbreite bzgl. der Dauer der Wohnungslosigkeit und der Drogenabhängigkeit und den relevanten Begleitfolgen gibt. Das Problem der Wohnungslosigkeit ist bei manchen

durch andere Probleme phasenweise überlagert, bzw. bestehen vielfältige Probleme gleichzeitig.

Wohnungslosigkeit wird von allen Befragten als große Belastung beschrieben und Drogenkonsum ist eine erlernte und vordergründig erfolgreiche Strategie der Betroffenen mit ihren Belastungen umzugehen.

Bei Hr. R beginnt der Lernprozess der Bewältigung von z. B. Angst vor dem gewalttätigen Vater mit Drogen bereits im Alter von 9 Jahren; abgesehen davon wird bei ihm auch vom Gesundheitssystem, sprich Hausarzt, auf unangenehme Symptome (Hyperaktivität) mit der Verschreibung eines Beruhigungsmittels reagiert.

„Da hat mir der Alkohol schon geholfen auch, vor der Angst vor dem Vater eben.“ „Ich war ein hyperaktives Kind,...ich hab gekriegt diese,...auf alle Fälle waren es Langsame, ...die hab ich schon gekriegt mit 10 Jahren. Und seitdem nehme ich Benzos, dass das Kind ja ruhig ist.“

Im Verlauf des weiteren Lebens wird diese Form der Bewältigungsstrategie bei Hr. R. verfestigt. Der Suizid der Lebensgefährtin und die lebensbedrohlichen Diagnosen HIV und Hep. B, C verursachen 1993 eine massive Krise, die der Betroffene mithilfe einer intensiven Drogenkonsumphase überlebt:

„Der Tod von meiner damaligen Verlobten hat mich schon sehr mitgenommen. Und da habe ich es mir richtig besorgt und seit dem Punkt ... ist es ein dauerndes auf und ab“

Seit dieser Zeit ist Hr. R ständig obdachlos, unterbrochen von Haftaufenthalten und Krankenhausaufenthalten. Den Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und der Obdachlosigkeit beschreibt er wie folgt:

„Da stelle ich schon einen Zusammenhang her, weil die Drogen haben mich ja das vergessen lassen. Da habe ich mir einen Hacker hineingehaut und ja somit war das Problem für diese Zeit was ich zu war nicht da. ...dann ist halt wieder das Aufstellen gegangen und dann ist oft die Haft gekommen, was unvermeidlich ist, ich kenne nicht viele,...die noch nicht im Gefängnis waren,...da ist man schon in eine Spirale gedrängt wo man schwer rauskommt.“

Bei Hr. R. ist eine sehr starke Chronifizierung des Problems festzustellen, er wurde erstmals mit 16 obdachlos und ist nun 38 Jahre:

„Die Obdachlosigkeit, dadurch dass es schon so lange ist, habe ich mich schon irgendwie daran gewöhnt.“

Für Hr. B stehen Wohnungslosigkeit und hoher Drogenkonsum in einem ursächlichen Zusammenhang. Ohne Wohnmöglichkeit sieht er keine Perspektive auf eine Veränderung der Lebenssituation. Er schafft es nicht Schritte zu setzen um aus dieser Situation wieder herauszukommen. Für ihn entsteht der Kreislauf: Keine Wohnung, keine Arbeit, erhöhter Drogenkonsum „zu machen“. Er kann sich dem Umgang mit den Freunden und dieser Dynamik nicht entziehen und macht sich deshalb Vorwürfe:

„Jeden Tag Substitol holen, gspritzt, verkauft, jeden Tag was getrunken, Benzo und Somnubene gnommen, jeden Tag zua,...jetzt reiß ich mich eh schon a bisserl zsamm, jetzt nehm i eh schon ab bisserl weniger,...aber es is halt ich hab keine Wohnung und solange ich keine Wohnung hab kann ich nicht arbeiten gehen,...wenn ich jetzt mit die Freund unterwegs bin, bin ich eben den ganzen Tag nur am Karlsplatz, statt dass ich a Wohnung such, oder mich um irgendwas kümmer. Das mach ich ja nicht,...weil ich einfach mit denen mitzieh, ja und einfach nur zua machen jeden Tag.....Solang ich ka Wohnung hab bin ich den ganzen Tag auf der Straße,...die ganzen Leute da, das ist ein Wahnsinn, immer die gleichen Leute, immer so zua alle.“

Hr. S sieht keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und der Obdachlosigkeit. Die Drogenabhängigkeit hat bereits vor der Wohnungslosigkeit bestanden. Der Drogenkonsum stellt aber ebenfalls eine Bewältigungsstrategie für belastende Situationen dar und somit auch für die Belastung durch die Obdachlosigkeit.

Einen massiven Rückfall hatte er nach der Trennung von der Lebensgefährtin, die gleichzeitig in die Obdachlosigkeit geführt hat:

„3 Tage nach der Trennung hab ich mir das erste Kapanol reingehaut, einen Monat später das erste Kompensan, zwei Monate später das erst Substitol....seit März 04 bin ich substituiert.“

Die lange Dauer der Obdachlosigkeit wird von ihm als zunehmende Belastung beschrieben, die durchaus im Zusammenhang mit dem hohen Drogenkonsum zu sehen ist:

„Ich möchte was eigenes haben, weil ich pack des nimmer. Deswegen nehm ich vielleicht auch jetzt so viel, vielleicht konsumier ich auch so viel, das es nur aus is, das ich sag, ja, ich will mich einfach zumachen weil mei Mutter gestorben ist, aber auch weil ich endlich was eigenes haben will.“

Frau K. stellt einen individuellen Zusammenhang zwischen der Entwicklung und Verstärkung des Drogenkonsums und den Belastungsfaktoren in ihrem Leben her. Für sie stellt der Drogenkonsum eine Überlebensstrategie für traumatische Lebensereignisse dar:

„Ich hab mit die Drogen angefangen aus folgenden Gründen: Der 1. Grund war weil mir mein Sohn weggenommen worden ist. Der 2. Grund war weil mich meine Familie im Stich gelassen hat und ausgesetzt hat,... Und der 3. Grund war ...weil ich auf der Straße war und nicht mehr gewusst habe aus und ein, und die Drogen mir geholfen haben das

alles leichter zu verarbeiten. ...weil ich war schon immer psychisch labil und sehr emotional und sensibel,...durch die Drogen bin ich irgendwie ein bisschen stärker geworden, von den Gefühlen her. Die Drogen haben mir die Kraft gegeben das alles zu überstehen. Sie haben mir die Kraft gegeben, dass ich mich nicht vor die U-Bahn hau.“

Diese erlernte Bewältigungsstrategie verweist auf psychologische Modelle des klassischen Konditionierungsprozesses. Das Suchtmittel dient zur Reduktion von unangenehmen Befindlichkeiten und Spannungszuständen des Organismus. „Die Reduktion der Spannung wirkt dann als Verstärkung und ist Grundlage für das Erlernen süchtiger Verhaltensweisen.“ (Degkwitz:2002:50). Die Erfahrung der gewünschten Wirkung durch das Suchtmittel hat zur Folge, dass nicht nur ursprünglich problematische Situationen, sondern auch andere folgende Probleme mit dieser Strategie gelöst werden.

Warum diese Bewältigungsstrategie so wirksam ist, wird durch eine Beschreibung von Freud sehr nachvollziehbar (Freud 1967:436, zit. n.: Degkwitz:2002:52):

„Man dankt [dem Rauschmittel] nicht nur den unmittelbaren Lustgewinn, sondern auch ein heiß ersehntes Stück Unabhängigkeit von der Außenwelt. Man weiß doch, dass man mit Hilfe des - Sorgenbrechers – sich jederzeit dem Druck der Realität entziehen und in einer eigenen Welt mit besseren Empfindungsbedingungen Zuflucht finden kann.“

## **8.4 Auswirkungen von Obdachlosigkeit auf den Alltag der Betroffenen**

### **8.4.1 Beschreibung des Alltags**

Der konkrete Tagesablauf wird von den Betroffenen einhellig als eintönig und langweilig beschrieben. Diese Beschreibungen stehen sehr im Gegensatz zu den landläufigen Vorstellungen über das „wilde Leben“ von DrogenkonsumentInnen. Im Wesentlichen gleicht jeder Tag dem anderen. Die Tagesabläufe sind von der Struktur und den Öffnungszeiten der Hilfseinrichtungen bestimmt. Die Abhängigkeit von den Angeboten der Tageszentren für Drogenabhängige und Obdachlose determiniert einen wesentlichen Teil des Tagesablaufes. Dadurch ist das Leben der Betroffenen sehr fremdbestimmt, es gibt wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Das gesamte Leben spielt sich entweder in Institutionen ab, in denen es Zwangskontakte mit anderen Obdachlosen und DrogenkonsumentInnen gibt, oder im öffentlichen Raum, der häufig den Zweck als Warteraum bis zur Öffnung einer Hilfseinrichtung erfüllt. Im Winter ist diese Institutionsabhängigkeit noch stärker ausgeprägt als im Sommer. Privatsphäre, Rückzugsmöglichkeiten, alleine sein – diese Möglichkeiten gibt es für die Betroffenen nicht.

Ein ganz normaler Tag wird von den Betroffenen wie folgt beschrieben:

Hr. S.: „Ich schlafe hier beim Ganslwirt, ich stehe früh auf, fahre in die Apotheke, hole mir meine Substitution, gehe dort gleich aufs nächstgelegene WC, setze mir meinen ersten Hacker, fahre dann weiter Josefstädterstraße Tageszentrum, esse dort Frühstück, bleibe dort bis der Ganslwirt aufsperrt, komme hier her. Das ist mein Tagesablauf. ... Am Wochenende, gehe ich um 8 h in die Gruft, bis sie zusperre, dann meistens warte ich in der U-Bahnstation bis die Gruft wieder aufsperrt, oder fahre derweil auf den Karlsplatz, dann gehe ich in die Gruft, bis der Ganslwirt aufsperrt.....wenn ich keine Termine habe ist das sonst immer so mein Tagesablauf.“

Hr. B.: „Der Tag ist immer jeden Tag gleich, ...ich stehe auf, schieße mir mein Substitol, verkaufe eins am Platz, ...hole mir meine Somnubene, kaufe ein bisschen Alkohol, esse jeden Tag das gleiche, komme wieder her zum Ganslwirt. Jeden Tag das gleiche. ....sitze mal da rum, trinke, einfach nur zusein und das jeden Tag. Und das ist ein Wahnsinn. Lang halte ich das nicht aus.“

Der Alltag spielt sich hauptsächlich zwischen den NächtigerInnenquartieren, den Tageszentren (Ganslwirt, Gruft, Josefstädterstraße) und einigen öffentlichen Plätzen ab, die für Kommunikationszwecke oder für den Verkauf und /oder Konsum von Drogen aufgesucht werden, oder um Wartezeiten zu überbrücken.

Die Eintönigkeit und Fremdbestimmtheit wird als sehr belastend erlebt und der Wunsch diesen Ablauf zu durchbrechen wird von den Betroffenen sehr deutlich formuliert.

Die Frage, wie dieser Ablauf für sie ist wird von der Befragten Fr. K. sehr eindeutig beantwortet:

„Eintönig. Es ist ein Kreis, der sich immer wieder dreht, der sich, immer wieder alles wiederholt, jeder Tag. ...meine Pläne sind eben diesen Kreis zu durchbrechen.“

#### **8.4.2 Abhängigkeit/Anpassung/Ausgrenzung**

Einerseits besteht die Abhängigkeit von den Drogen und den damit zwingend einhergehenden Abläufen und Begleiterscheinungen und andererseits entwickelt sich eine Abhängigkeit von existenziell wichtigen Hilfseinrichtungen und infolgedessen von deren Strukturen, Vorgaben und Regeln.

Von Seiten der Betroffenen sind in diesem Zusammenhang sehr hohe Anpassungsleistungen erforderlich, der Raum für individuelle Entwicklung und persönliche Bedürfnisse ist sehr eingeschränkt und in dieser Lebenssituation für die Betroffenen vielfach nur mehr über das Suchtmittel möglich (siehe Kapitel 8.3.1).



Im Alltag äußert sich dieses Spannungsverhältnis zwischen Anpassung und Ausgrenzung anhand von konkreten Einrichtungen. Probleme für die Betroffenen gibt es sowohl im Hinblick auf die Einhaltung der Hausregeln als auch im Zusammenhang mit der Inhomogenität der NutzerInnen der Einrichtung (siehe nächstes Kapitel).

Hr. S. erzählt von seinen Erfahrungen in der Gruft, wo nicht nachvollziehbare Hausregeln bzw. Grenzziehungen zu unangenehmen Dynamiken führen:

„Vor 2 Wochen, da hab ich Schnupfen ghabt, da war ich schon zu, aber ich war nicht zu dass ich trickert hab, sondern ich war verkühlt, ...die Nase hat mir gronnen, die Augen waren gschwollen und ich hab nur a Buch gelesen, plötzlich kommt die schwarzhaarige Betreuerin [von der Gruft] her, die hat mich schon öfters rausghaut,...“ Hr. S. Sie müssen gehen, Sie trickern weg“ „Ich tricker nicht weg, ich bin verkühlt.“ Beginnt sie: „Ich hab Sie 20 Minuten beobachtet und hab gsehn, dass Sie dauernd das Buch näher zum Gesicht halten, Sie trickern,...es ist 18 h abends, kommens später wieder.“ Hr. S.: „Was heißt später, was mach ich bis um 22 h?“ „Das ist Ihr Problem.“ Bin ich halt runter gangen zum Ganslwirt von 18:15 bis 20:15 h bis der Ganslwirt zusperrt, bin ich um viertel gangen, bin ich dann noch gute 2 h unten gessen bei der U-Bahnstation Pilgramgasse in der Kälte.“

„Am Abend geh ich halt rauf zur Gruft, setz mich in a Eckerl, eh ganz brav, ganz die Augen aufreißen, dann schaut so zum Fernseher, nicht dass sie glauben dass ich trickern tu, weil wenn ich a Büchl lies heisst gleich wieder ich tricker,...also sitz ich immer so vor Fernseher [reißt die Augen auf] interessant, aha der Sport, ah leiwand der Sport is. Dann red ich mit a paar Leut. Dann sehen die Betreuer aha der Hr. S. ist eh net zua, der kann heut dableiben, den hau ma net ausse.“

### **8.4.3 Konflikte zwischen DrogenkonsumentInnen und AlkoholikerInnen**

Es ist auch unter den Mitgliedern unterschiedlicher sozialer Randgruppen üblich auf die jeweils andere Gruppe herabzuschauen und so sein eigenes bedrohtes Selbstbild ein wenig aufzupolieren.

Die Rivalität bzw. Konflikte zwischen den DrogenkonsumentInnen und den „normalen Obdachlosen = Alkoholikern“ wird von den Befragten mehrmals thematisiert. Häufig kommt dieses Thema im Zusammenhang mit der Nutzung von Einrichtungen vor, die von beiden Zielgruppen genutzt werden. Es wird von Konflikten und Streitereien mit den Alkoholikern und gegenseitigen Abwertungen berichtet. Eine Folge dieser Erfahrungen ist, dass bestimmte Angebote, die von beiden Gruppen genutzt werden können nur sehr ungerne bzw. nur wenn es keine Alternative gibt genutzt werden. Die Angebotspalette erfordert aber eine gemeinsame Nutzung der Tageszentren und NächtigerInnenquartieren und dies führt zu unangenehmen Dynamiken für die Befragten. Der Ganslwirt ist die einzige Einrichtung, die ausschließlich für DrogenkonsumentInnen zugänglich ist – dies ist einer der Gründe, warum

sie von den Befragten auch bevorzugt wird. Die Verfügbarkeit und die Kapazitäten reichen jedoch nicht aus und die Betroffenen sind auch von der Nutzung von anderen Einrichtungen abhängig.

Hr. R. berichtet von unangenehmen Situationen in der Gruft, einer großen Obdachloseneinrichtung, in der obdachlose DrogenkonsumentInnen Zugang finden, wenn deren Beeinträchtigung durch Drogen nicht zu stark ist.

„I will net mit jemandem Streit haben, weil mir reicht schon wenn ich sitz in der Gruft,...und ich hör schon die in der Gruft immer reden die Alkoholiker, ja die scheiß Junkies,...die sollen sich schleichen zum Ganslwirt und am Karlsplatz schlafen oder so,...sie meinen net mich, weil ich mich immer ordentlich benimm und nicht trickern tu, aber die Scheiß Junkies... wir sagen ja a net die Scheiß Alkoholiker sollen sich schleichen vom Karlsplatz.“

„Die Gruft, das ist auch so ein Thema, wo, die Alkoholiker, die wirklich nur Alkoholiker sind, die können mit den Giftlern nicht, da heißt es, die Scheiß Giftler, was macht der Scheiß Giftler da und da ist auch eine Rivalität eine richtige da.“

Ein weiteres Abgrenzungsmerkmal von Seiten der DrogenkonsumentInnen ist der Hygienefaktor. Es herrscht das Vorurteil, dass die Alkoholiker weniger auf Hygiene und Sauberkeit Wert legen als die drogenkonsumierenden Obdachlosen:

Hr. R. beurteilt die Situation folgendermaßen:

„Es gibt solche Obdachlose und solche Obdachlose. Obdachlose die noch eben auf sich halten und Obdachlose die sich schon ganz aufgegeben haben,...in die Gruft will ich mich nicht legen, weil eben dort die Sandler sind, die eben Läuse oder Flöhe oder Scabies oder was es da alles gibt eben dort mehr auftritt als, - ich möchte nur sagen dass ein Giftler reinlicher ist als ein Alkoholiker.“

## **8.5 Die benutzten institutionellen Hilfsressourcen**

Am Beginn der Obdachlosigkeit wird von den Betroffenen versucht die Situation mit Hilfe privater Ressourcen zu überbrücken, wenn dies nicht mehr möglich ist, schlafen manche zumindest in der wärmeren Jahreszeit in Parks, Waggonie, Abbruchhäusern u. ä., d. h. auf der Straße. In diesem Stadium werden die Betroffenen noch von der Hoffnung geleitet, dass es sich um eine vorübergehende Situation handelt. Über kurz oder lang (spätestens in der kalten Jahreszeit) kommen die Befragten jedoch nicht mehr ohne institutionelle Hilfe aus.

Hr. S. erzählt über seinen anfänglichen Umgang mit der Situation:

„Seit ich obdachlos bin hab ich ab und zu bei meiner Mutter geschlafen [hineingeschmuggelt ins Obdachlosenzimmer der Mutter], oder bei Freund, oder auf der

Straßen, auf einer Parkbank am Karlsplatz, ...von September bis Oktober wieder auf der Parkbank geschlafen, was schon ein bisschen kälter war, ...und dann hab ich das erste mal von der Gruft erfahren [und vom Ganslwirt] und jetzt pendle ich halt hin und her zwischen Gruft und Ganslwirt. Dann war ich halt in ein paar Notquartieren, aber das hab ich mir leider selbst verhaut.“

Die Betroffenen bekommen sehr bald einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Unterbringungseinrichtungen. Aus den Gesprächen geht hervor, dass je länger die Obdachlosigkeit andauert umso mehr Erfahrungen mit dem Hilfesystem vorhanden sind. Es werden im Lauf der Zeit sehr viele Erfahrungen gesammelt, Schwerpunktmäßig mit Notschlafstellen und NächtigerInnenquartieren, aber auch mit Übergangwohnheimen. In der Folge werden zuerst die Erfahrungen und Aussagen zur Notschlafstelle Ganslwirt und danach jene mit anderen Unterbringungseinrichtungen dargestellt.

### **8.5.1 Ressource Ganslwirt**

Die Drogenberatungsstelle Ganslwirt ist unter den Notschlafstellen/NächtigerInnenquartieren die bevorzugte Einrichtung. Die Gründe dafür stelle ich im Folgenden dar.

Der Ganslwirt stellt für die Befragten die Hilfseinrichtung der 1. Wahl dar. Im Ganslwirt fühlen sie sich zugehörig, akzeptiert und so angenommen wie sie sind. Im Unterschied zu anderen Einrichtungen müssen sie sich weder vor anderen BenutzerInnen noch vor dem Personal verstellen. In gemischten Einrichtungen gibt es vielfach Erfahrungen von Stigmatisierung, Abwertung und Ausgrenzung im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum. Dies führt zu hoher Ambivalenz und Stress: einerseits fühlen sie sich dort nicht wohl und willkommen und es besteht die Gefahr von Konflikten und andererseits sind sie auf das Angebot angewiesen. Die Nutzung ist mit persönlichen Einschränkungen verbunden, das Risiko des Rauswurfes verursacht Stress.

Im Ganslwirt stellen sich diese Probleme nicht. Die Einrichtung ist nur für DrogenkonsumentInnen zugänglich und die Beeinträchtigung durch Drogen ist kein Zugangshindernis. Den NutzerInnen wird von den MitarbeiterInnen mit einer akzeptierenden Haltung begegnet.

Im Interview wird die Funktion des Ganslwirt von Fr. K. folgendermaßen beschrieben:

Im Ganslwirt sind „...gleiche Leute mit gleichen Problemen, das sind Leute vor denen ich mich nicht verstecken muss. Wo ich mich nicht verstellen muss. Wo ich jetzt nicht aufpassen muss, dass der nicht meine Einstiche sieht, oder nicht aufpassen muss, dass der mitkriegt dass ich krank bin oder was. ...die haben dieselben Probleme, dieselben Sorgen, ....ich hab auch einige Freunde hier.“

Wichtig ist für aktiv Drogenkonsumierende Menschen auch einen Aufenthaltsort zu haben, den sie trotz ihrer Drogenbeeinträchtigung nutzen können. Dies ist nur im Ganslwirt stressfrei möglich.

Für Hr. S. ist der Ganslwirt unter anderem auch deswegen eine wichtige Ressource.

„Na im Ganslwirt da kann ich wenigstens was für mich, ich mein gehen lassen, kann mich ein bisschen hinlegen, ein bisserl trickern,...meistens tricker ich eh bis um 7 und dann weckt mi wer auf, wenn ich da schlafen kann freu ich mich, dann tricker ich halt weiter bis um achte, damit die Zeit vergeht,...Ja der Ganslwirt, da kriegst halt das Gefühl, irgendwie unter Leuten zu denen ich auch gehör irgendwie, die was genauso drauf sind wie ich, aber bei der Gruft, da hab ich das Gefühl irgendwie a Fremder zu sein, weil die meisten Alkohol konsumieren,...und da hab ich net das Gefühl dazuzugehören.“

Auch für Frau K. hat das Angenommenwerden in einem beeinträchtigten Zustand einen wichtigen Stellenwert und wirkt sich auf das Gefühl der Zugehörigkeit, des Erwünschtseins und des Wohlbefindens aus.

„Am besten von allen Institutionen, was ich kennengelernt habe, hat mir der Gawi gefallen; also hier hab ich mich am wohlsten gefühlt, weil ich gewusst hab, ...nur hier beim Ganslwirt sind auch Drogensüchtige und deswegen, bei der Gruft musst dich mehr so verstecken – wennst jetzt zum Beispiel Lust hast dich waach zu machen, musst es unterdrücken, weil sobald die merken das du waach bist wirst rausghaut – und das ist hier nicht der Fall, und deswegen fühl ich mich hier sehr wohl.“

Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit äußert sich bei allen auch im Zusammenhang mit der Abgrenzung gegenüber den „AlkoholikerInnen“ (siehe Kapitel 8.4.3).

Nach dem Verlust der Zugehörigkeit zur Herkunftsfamilie bzw. wichtigen Bezugspersonen scheint dieses Bedürfnis sehr groß zu sein. Der Ganslwirt hat in diesem Zusammenhang die Funktion eines Substitutes für die verlorene Familie. Er wird als Ersatzwohnzimmer genutzt, das Sicherheit, Orientierung, Halt, Struktur, Überschaubarkeit, und auch Versorgung und Fürsorge und Unterstützung bieten soll.

Wichtig für das Wohlbefinden der Befragten ist wie bereits beschrieben worden das Zusammen sein mit Gleichgesinnten, aber auch der freiwillige Zugang zu Betreuungspersonen und sozialarbeiterischer Unterstützung.

#### **8.5.1.1 Freiwillige Betreuung:**

Die Möglichkeit sozialarbeiterische Betreuung in Anspruch nehmen zu können wird als wichtige Ressource benannt. Wesentlich dabei ist für manche dass es die Möglichkeit gibt, auch wenn sie nur zeitweise genutzt wird. Freiwilligkeit wird als Wesentlich benannt.

„Der Ganslwirt ist die einzige Rettung, ...weil ich mit die Betreuer reden kann, weil ich hab jetzt a feste [Betreuerin], ...Ohne Ganslwirt würde ich gar nicht wissen was ich machen würde. Tät ich sonst vielleicht in der Josi hocken bis sechse am Abend, dann in die Gruft gehen, aber ich hätt ka Betreuung. Weil in der Gruft da sollten sie die Alkoholiker betreuen, wenn du sagst Substitutionsprogramm, ja auf wieder sehen.“

Hr. B. nutzt zwar die Betreuung seiner Meinung nach zu wenig, ist aber trotzdem froh über die Möglichkeit:

„Ich find das schon super, weil da gibt's so viele Sozialarbeiter, die was mir helfen wollen, ....aber i hol mir die a net, weiß selber net warum, ...aber von alleine komm ich einfach nicht, .... schüchtern oder so,... ich kann nicht so reden, so mein Herz ausschütten, und so das kann ich nicht so. Aber es kommen eh manchmal die X oder die Y und sprechen mich an, dann erzähl ich eh alles. Die helfen mir was halt nur geht.“

#### **8.5.1.2 Höhere Standards bzgl. Versorgung und Hygiene**

Hygienestandards sind den Befragten ein großes Anliegen. Diese werden auch als ein Grund angegeben warum Sie sich im Ganslwirt wohler fühlen als in machen anderen Einrichtungen, speziell im Vergleich zu den großen NächtigerInnenquartieren.

Für Hr. B. sprechen u. a. auch folgende Standards für den Ganslwirt:

„ Ja da wird jeden Tag, wie sagt man, die Decke desinfiziert und alles, das wird beim R2 nicht gmacht, da wird alle 10 Tage einfach gewechselt. Und gestern war ich im R 2 eben, da hat er mir eine Decke vom Lager, die war so staubig – und – ich weiß nicht, wie ich die dann so gschüttelt hab, da war das ganze Zimmer voller Staub. Und beim Ganslwirt, da kriegt man ein Frühstück schon um 7, das find ich schon super.“

#### **8.5.1.3 Beschränkte Kapazitäten Ganslwirt**

Die Befragten fühlen sich aufgrund ihrer Erfahrungen im Ganslwirt am wohlsten und bedauern es demzufolge im Ganslwirt nicht längerfristig wohnen zu können. Über kurz oder

lang sehen sie sich gezwungen in andere Hilfseinrichtungen auszuweichen bzw. beginnt ein Pendeln zwischen den verschiedenen Ressourcen.

Hr. B. und Hr. R. bedauern es nicht regelmäßig im Ganslwirt nächtigen zu können:

„Aber ich kann nicht auf Dauer da schlafen, das is ja das Problem, das würd ich eh gern machen.“

„Wenn ich von den Notschlafstellen ausgehe, dann ist der Ganslwirt die Beste, das einzige ist, dass man nicht öfters da schlafen kann.“

Die tägliche Aufnahme wird von Hr. R. als belastend erlebt:

„wenn man schon öfters dort geschlafen hat, dann zittert man so richtig, mah, hoffentlich komme ich dran, hoffentlich kann ich da schlafen.“

Hr. S. berichtet über seine Situation:

„Hab ich 3 Tage da schlafen dürfen, aber nach 3 Tagen, is ja klar, andere Leute wollen auch da schlafen, hab ich nicht mehr da schlafen können, hab ich nicht mehr weitergusst, hab wieder ein Monat auf der Parkbank geschlafen, dann hab ich in der Gruft geschlafen und jetzt pendle ich halt hin und her zwischen Ganslwirt und Gruft und anderen Notquartieren.“

### **8.5.2 Hilfseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe**

Die Nächtigung in Notschlafstellen, NächtigerInnenquartieren und Übergangsheimen ist für die Befragten mit sehr viel Einschränkungen und „Zwangskontakten“ mit anderen Menschen verbunden. Die großen NächtigerInnenquartiere mit teilweise mangelnden hygienischen Bedingungen und Gemeinschaftsunterbringungen werden von den Betroffenen als inhuman erlebt. Eine Normalisierung ihrer Lebenslage sehen sie weder durch ein Leben auf der Straße noch durch die NächtigerInnenquartiere unterstützt.

So lange und so oft als möglich werden Alternativen zu diesen Einrichtungen gesucht und in der wärmeren Jahreszeit entscheiden sich die Betroffenen auch manchmal für die Straße.

Ein Befragter bringt dies im Zusammenhang mit den Jahreszeiten zum Ausdruck. Hr. R. hat aufgrund seiner fast 20jährigen Obdachlosigkeit sehr viele Erfahrungen mit Institutionen und seine chronische Obdachlosigkeit, die mit viel Versuchen und Scheitern verbunden ist führt zu folgender Sichtweise:

„Dadurch, dass es schon so lange ist, habe ich mich schon irgendwie daran gewöhnt, es ist nur im Winter härter, im Sommer wäre es mir egal, ...da ist es nicht kalt, da stell ich mir eben irgendwo ein Zelt auf und ja Schlafsack,...ich kenne genug Leute, die auf der Donauinsel schlafen, ...mir ist [die Obdachlosigkeit] auch egal im Sommer, weil mich

stört ja nichts, oder was. ...ich habe ein bisschen Gwand und so, ...du musst nicht verhungern, du musst nicht schmutzig sein, inloedessen ist es im Sommer kein Problem.“

Dies verweist auf die hohe Belastung, die durch die Abhängigkeit von Hilfseinrichtungen entsteht. Die notwendigen Anpassungen an institutionelle Abläufe und Vorgaben und die Einschränkung des persönlichen Freiraumes führen bei manchen Befragten dazu andere Unannehmlichkeiten wie z. B. das Leben auf der Straße in Kauf zu nehmen, das zumindest im Sommer ein Stück Individualität und Intimität ermöglicht.

Auch wenn Hr. R. mehrmals betont, dass er im Sommer kein Problem mit der Obdachlosigkeit hat wird an einer anderen Stelle seine chronische Belastung und die Verzweiflung und Resignation deutlich:

„Ja es hört sich vielleicht dumm an wenn ich das sage, aber es ist oft so dass ich manchmal schon daran denke, das es im Gefängnis besser ist als obdachlos zu sein, weil da bekomme ich mein Essen, da bekomme ich meine Ersatzdroge, ja das kriege ich alles eben, ...Drogen hat man auch genug drinnen, ...das einzige was man nicht hat ist die Freiheit.“

In Bezug auf die Einrichtungen, in denen DrogenkonsumentInnen und „andere Obdachlose“ gemeinsam untergebracht werden, wird, wie oben bereits beschrieben, das Thema der Zugehörigkeit bzw. Ausgrenzung relevant. Sich zugehörig und willkommen zu fühlen ist wesentlich für ein gewisses Wohlbefinden. Ist dies nicht gegeben bzw. gibt es diesbezüglich negative Erfahrungen, so werden diese Einrichtungen abgelehnt und die verfügbaren Ressourcen werden enger bzw. wird die Abhängigkeit von den verbleibenden Einrichtungen größer.

Als unbeliebt werden jene Einrichtungen beschrieben, in denen eine gemischte Unterbringung von DrogenkonsumentInnen und AlkoholikerInnen in größeren Mehrbettzimmern erfolgt. Es besteht die Gefahr von Konflikten zwischen den rivalisierenden und sich gegenseitig abwertenden Subgruppen. Diese Konflikte bergen u. a. auch das Risiko eines Hausverbotes.

Hr. S. lehnt gewisse Einrichtungen aufgrund solcher Vorbehalte ab:

„I will net afe auf die Baumgartner Höhe, wie i hab ghört da sind die meisten Alkoholiker, ... ich will net mit jemanden Streit haben...“

Weiters werden von manchen Befragten die Hygienebedingungen aber auch die räumlichen Bedingungen als abschreckend erlebt.

Hr. B., der erst seit einem halben Jahr obdachlos ist und sich noch nicht an die Obdachlosigkeit gewöhnt hat, bringt diese Problematiken zum Ausdruck:

„Bis jetzt kenn ich das R2 und die Baumgartner Höhe,...im R2 is noch ärger, da sind 8 Betten, 10 Betten, da gibt's ein einziges Zimmer mit 2 Betten. Sonst sind 6 Betten, 8 Betten ... das ist schon ein Wahnsinn. Ich krieg nicht einmal Luft drinnen, wenn die alle atmen, schwere Luft, ...so ein Männerhaus mit so viele Betten, und ja, die stinken alle so, am Anfang wars schlimm für mich, weil die ganzen Leute, die Drogensüchtigen und die ganzen Obdachlosen...;“

Hr. R. äußert sich über gewisse Bedingungen mit Verwunderung:

„...ich weiß nicht wie man so ein Haus offen halten kann, dass das von den Hygienebedingungen her erlaubt ist...“

Der überwiegende Teil der Erfahrungen der Befragten bezieht sich auf den Bereich der niedrighschwelligten Schlafmöglichkeiten, es handelt sich um Schlafplätze für eine Nacht ohne Tagesaufenthalt.

Abgesehen davon gibt es bei den Befragten auch zahlreiche Versuche eine längerfristige und dauerhafte Unterbringung zu erlangen.

In der Folge geht es um diesbezügliche Erfahrungen.

## **8.6 dauerhafte Wohnmöglichkeiten - Gründe fürs Scheitern?**

Alle Befragten wünschen sich eine dauerhafte Wohnmöglichkeit. Jene Befragten, deren Obdachlosigkeit schon länger besteht, haben auch schon zahlreiche Erfahrungen mit den diversesten Unterbringungseinrichtungen gemacht. Obwohl die Gründe dafür, dass trotz erfolgter Bemühungen gar kein Einzug stattfindet oder kein langfristiger Aufenthalt zustande kommt sehr unterschiedlich sind, machen alle Betroffenen in den meisten Fällen sich selbst für das Scheitern verantwortlich. Die Aufenthaltsdauer der Befragten in den Wohnheimen ging nie über 2-3 Monate hinaus.

Die wesentlichsten Gründe für die Beendigung des Aufenthaltes in einem Wohnheim sind:

Unfreiwilliger Auszug aufgrund von:

- Verstößen gegen die Hausregeln
- Nichteinhaltung von Terminen, Fristen und Vereinbarungen
- Haftaufenthalte



Freiwilliger Auszug aufgrund von:

- Ablehnung durch andere HausbewohnerInnen
- Konflikten mit anderen HausbewohnerInnen
- Unpassendes Setting aufgrund persönlicher Bedürfnisse (Angststörung, Zwangsbetreuung, ambivalente Liebesbeziehungen)

Die Frage, woran eine fixe Unterkunft gescheitert ist wird von Hr. R. wie folgt beantwortet:

„Ja eben Alkohol, oder die Hausordnung war keine Drogen und da zählt halt alles dazu, die ganzen Drogen und ja dadurch ich Polytoxikoman bin eben, Mehrfachdrogen nehme, ja wenn sie meine Bierdose gefunden haben, das haben sie toleriert, die andere Einrichtung hat es nicht toleriert, oder eben eine Spritze oder was auch immer, an dem ist es dann meistens gescheitert. Das ich rausgeflogen bin, oder eben dann durch das Aufstellen, wo einsteigen, einbrechen damit man Geld hat, das ist dann wieder die Haft gewesen, das hat dann auch wieder das Zimmer gekostet, ... wobei ich sagen muss, verloren habe ich alle durch meine eigene Schuld.“

Auch Hr. S. macht sich selbst für seine Situation verantwortlich und schildert seine Erfahrungen sehr umfassend und anschaulich:

„In der Vinzirast hab ich mir einen Hacker reingehaut am Klo, das geb ich ehrlich zu – das war der halbe Grund – wir dürfen nicht rauchen im Bett, .... und ich wollt grad die tschick noch rauchen, habens mich erwischt, ...so hab ich's mir in der Vinzirast verhaut, dass ich Verbot hab. ...In der Gänsbachergasse weil ich [illegal] bei meiner Mutter geschlafen hab, ...dann war ich in der Siemensstraße, das erste mal bin ich freiwillig gegangen, weil ich einen Zimmerkollegen ghabt hab und der war wirklich a Drecksau, ich hab ghabt auf die ganzen Hände so Eiterwunden, ...Also bin ich freiwillig raus, hab gsagt na ich packs nimmer in der Siemensstraße. ...dann war ich noch einmal in der Siemensstraße, hab ich mei Ex-Frau wieder getroffen, haben wirs noch einmal probiert, für 3 Tage, das hat net passt, aber ich Trottel hab net anrufen in der Siemensstraße die 3 Tage, hab das Zimmer noch mal verloren. Dann hats gheißen ok. bekomm noch mal eine Chance von P7, war ich in der Lazarettgasse für 2 Monate, hat alles passt, hab einen leiwandten Zimmerkollegen ghabt,...nur dann hab ich wieder mei Ex getroffen, ich Depp, war ich wieder 3 Wochen bei ihr, nach 3 Wochen wollt ich wieder zurück, ....Zimmer verloren, ...dann war ich wieder in der Siemensstraße für 3 Monate, trifft ich mei Ex-Frau, geh wieder mit ihr zusammen für 4 Wochen in einem Hotel, und ... Chance vorbei. Also Siemensstraße verhaut, Lazarettgasse verhaut, Vinzirast verhaut, Gänsbachergasse verhaut, also die ganzen Hauptwohnquartiere hab i net, hab i leider verhaut.“

Wesentlich ist auch das Nichtzustandekommen des Einzuges weil die Bemühungen aufgrund einer Destabilisierung durch eine Krisensituation o. ä scheitern. In diesen Phasen stellt es für den Betroffenen eine Überforderung dar sich an die Vereinbarungen zu halten und es kommt in der Folge zu Verzögerungen oder zum Scheitern des Einzuges, wie z. B. im Falle von Hr. S.:

„...Jetzt in der Wurlitzergasse hätte ich bald ein Fixzimmer ghabt, das war genau in der Zeit wo meine Mutter gestorben ist, unds mir psychisch schlecht gangen is, i hab schon Selbstmordgedanken gehabt und alles, da habe ich eine Woche im Ganslwirt schlafen können. Dann bin ich von Nummer 1 auf die Nummer 20 zurückgreiht worden.“

Die weibliche Befragte Frau K. ist im letzten Jahr zwei mal freiwillig aus einem Fixzimmer in einem Wohnheim ausgezogen. Im Unterschied zu den anderen Befragten lehnt sie die Unterbringung in einem Einzelzimmer aufgrund einer Angststörung ab, dies war ein Grund für den Auszug. Ein weiterer Grund waren Probleme mit anderen Bewohnerinnen im Zusammenhang mit Abwertungen und Stigmatisierungen bezüglich ihrer HIV-Erkrankung.

„In der Gänsbachergasse bin ich deswegen rausgegangen, weil die Damen auf meinem Stock haben mitbekommen, dass ich HIV-positiv bin und haben mich mehr oder weniger rausgeekelt. ...Und in dem Frauenwohncentrum bin ich auch deswegen gegangen – das wär dort ursuper gewesen alles, nur – ich hab ein kleines Problem, und zwar ich kann nicht alleine sein, ...ich kann einfach nicht alleine sein, ich brauch Menschen um mich, auch auf d`nacht, auch wenn ich schlafe. Alleine nur das Wissen, da is noch jemand da, das ist das was ich brauche. ...die erste Woche is gut gegangen, aber dann habe ich diese Angstzustände bekommen und diese Paranoia und Verfolgungswahn und alles, ... ich wär mit jeder Einrichtung einverstanden, wo ich ein Doppelzimmer hätt.“

Wie bereits oben erwähnt übernehmen die Befragten die Verantwortung dafür, dass sie sich in dieser Situation befinden und dass es ihnen nicht gelingt zu einer langfristigen Wohnmöglichkeit zu kommen obwohl dies von allen als wichtiges Ziel formuliert wird bzw. auch als Voraussetzung für eine Verbesserung ihrer Lebenssituation (siehe Kapitel 8.7.1.2).

Die große Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität ist bei allen Befragten offensichtlich. Keiner der Befragten kritisiert die Rahmenbedingungen der bestehenden Ressourcen prinzipiell oder macht diese für ihr Scheitern verantwortlich.

## **8.7 Gewünschte Wohnform**

### **8.7.1 Eigene Wohnung/Einzelzimmer**

Bei der Frage nach der persönlich gewünschten Wohnform gab es trotz unterschiedlicher Bedürfnisse eine eindeutig bevorzugte Wohnform: eine eigene kleine Wohnung, oder zumindest ein fixes eigenes Einzelzimmer.

Für Hr. S. dauert die Zeit der akuten Obdachlosigkeit schon sehr lange, er hat schon viel versucht und sein Wunsch nach „was Eigenem“ wird immer dringlicher:

„Ich will endlich was eigenes haben, a eigene, ...von mir aus a klane Wohnung, also a Zimmer, wenn's nur so ein Zimmer wie da, mit einem Bett, einem Kasten, ....aber was eigenes für mich, wo ich meinen eigenen Schlüssel hab. Aufsperrn und kommen und gehen kann, wann ich will, ich will so was erreichen ... und ich wart jetzt wirklich schon seit 2003 drauf, ...ich war immer in Doppelzimmern und jetzt will ich endlich mal was eigenes, ... Weil ich pack das nimmer auf der Straße, jetzt wirklich, Ganslwirt, Gruft, das ist das einzige was ich noch kenn als Schlafplatz derzeit.“

Frau K. wünscht sich ebenfalls eine eigene Gemeindewohnung. Aufgrund ihrer Angststörung ist sie allerdings davon abhängig, dass andere Menschen bei ihr schlafen. Ihre konkreten Pläne schildert sie wie folgt:

„Ich möchte mir über die Aidshilfe eine Gemeindewohnung checken, und wenn das klappt, das werd ich mit denen dort besprechen, das ich mir eine Person zu mir holen kann,...ich hab jetzt einen Freund, dass jetzt zum Beispiel er auch bei mir übernachten kann, es geht nur ums übernachten, dass auf Nacht auch wer bei mir ist.“

Nur einer der Befragten meint, dass er keine Wohnung mehr braucht, sondern ein Einzelzimmer genügt. In diesem konkreten Fall weist diese Aussage auf die Resignation aufgrund der vielen gescheiterten Versuche der letzten Jahre in Kombination mit einer fortschreitenden Aids-erkrankung hin. Die Frage auf den Wunsch nach einer dauerhaften Wohnform beantwortet Hr. R. wie folgt:

„Ich habe mich heute bei der Gänsbachergasse angemeldet für einen fixen Wohnplatz. Also das reicht mir, ein Zimmer, ich brauche keine Wohnung. Ein Zimmer hätte ich schon gern, das hätte ich schon lieber als jeden Tag um 8 h raus und um 18 h darf ich wieder hinein. ...ein Zimmer mit einem Nachtkastl,...meine Bücher, einen Radio, ...mehr brauche ich nicht. ...ich will aber allein sein.“

Der Wunsch nach einer dauerhaften Unterbringung in einem Einzelzimmer weist auf die zahlreichen schlechten Erfahrungen und die damit verbundene Belastung der Betroffenen durch Gemeinschaftsunterbringungen hin.

Hr. S.: „...Ich will nicht mit anderen Leuten zsammwohnen, ...nicht mit einem zweiten zsammwohnen, ich pack des nimmer, ...Ich will eben mein eigenes Reich haben, wo ich machen kann was ich will, ... das Licht so lange brennen lassen können wie ich will, den Fernseher so lange rennen lassen, ohne dass vielleicht ein Zimmerkollege aufwacht, ...aufstehen kann wann ich will.“

### **8.7.1.1 Eigenständigkeit/Unabhängigkeit/Selbstbestimmung**

Institutionelle Unterbringung vor allem in den Notschlafstellen und NächtigerInnenquartieren bedeutet für die Betroffenen Fremdbestimmtheit. Der Wunsch nach einer eigenen Wohnung oder zumindest einem Einzelzimmer bringt das dringende

Bedürfnis nach mehr Eigenständigkeit, nach Selbstbestimmung und nach individuellem Gestaltungsspielraum zum Ausdruck. Die Betroffenen wollen unabhängig von institutionellen Abläufen und Öffnungszeiten ihren Tagesablauf gestalten und ihre Bedürfnisse nach Rückzug und Intimität in einem selbst gestalteten Umfeld leben.

### **8.7.1.2 Perspektiven auf Veränderung durch eine fixe Wohnform**

Von einer eigenen Wohnung erwarten sich die Befragten eine Stabilisierung ihrer gesamten Lebensform. Sie wird als Vorbedingung gesehen, weitere Maßnahmen für eine Stabilisierung treffen zu können. Häufig wird die Hoffnung auf eine Reduktion des Drogenkonsums im Zusammenhang mit dem Vorhandensein einer fixen Unterkunft genannt. Generell sind Veränderungsperspektiven für die Befragten von einer gesicherten Wohnform abhängig bzw. fühlen sie sich nicht im Stande, unter ihren derzeitigen Lebensbedingungen etwas zu verändern:

Hr. B. wünscht sich eine eigene Wohnung und sieht die Obdachlosigkeit als Hauptproblem in seinem aktuellen Leben:

„Wenn ich a Wohnung hab, will ich aufhören mit dem Junken, dann fang ich mit dem Schlucken an, dann geh ich wieder arbeiten, ...dass ich mein Leben wieder ein bisschen in den Griff krieg, ...es geht bei mir eigentlich nur um die Wohnung, wenn ich a Wohnung hätt, dann täts bei mir wieder aufwärts gehen,...solang ich ka Wohnung hab bin ich jeden Tag auf der Straße, ...hab mir fest vorgenommen mit dem nächsten Geld kauf ich mir alles (Dokumente) dann endlich einen Termin bei Wiener Wohnen, jetzt mal durchziehen, ...wenn ich a Wohnung hätt, würd ich nie am Platz bleiben und könnt mich ausschlafen.“

Auch Hr. R. sieht das Fixzimmer als Möglichkeit seinen Drogenkonsum zu stabilisieren:

„Ich würde mein Methadon und die Benzos runterdosieren, mich nicht mehr so zu machen.“

Diese Aussagen verweisen auf die Ausführungen im Kapitel 8.3.1. In der belastenden Lebenssituation der Obdachlosigkeit sind für die Befragten wie oben dargestellt die Drogen eine Krücke um mit dieser Situation halbwegs zurecht zu kommen. Eine Reduzierung des Konsums ist erst unter anderen Lebensbedingungen eine realistische Möglichkeit.

Der starke Wunsch nach einer eigenen Wohnung verweist auch darauf, dass eine Wohnung mit Normalität verbunden wird und damit, das Leben wieder selber gestalten zu können und

unter Kontrolle zu bringen. Aussagen der Befragten verweisen auf die Bedürfnisse nach Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, und Gestaltungsmöglichkeiten.

Die große Diskrepanz zwischen den bestehenden Wünschen und den Möglichkeiten der Umsetzung dieser Wünsche ist auch in diesem Zusammenhang auffällig.

### **8.7.2 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Für KonsumentInnen illegaler Drogen ist Wohnungslosigkeit eines von zahlreichen anderen Problemen. Neben dem Faktor des Drogenkonsums entwickelt sie allerdings das größte Problempotential mit sehr weitreichenden Konsequenzen für alle Lebensbereiche. Je länger die Wohnungslosigkeit andauert, umso gravierender werden die negativen Begleiterscheinungen, die in Kombination mit dem Drogenkonsum eine schwer zu durchbrechende negative Dynamik entwickeln.

Die Ergebnisse der Interviews haben trotz der individuell unterschiedlichen Lebensgeschichten und aktuellen Lebenssituationen gezeigt, dass es in vielen Bereichen gemeinsame Themen, Belastungen, Probleme, Bewältigungsmuster und Bedürfnisse gibt.

Die Interviews bestätigen, dass ein belasteter Familienhintergrund sowohl ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit und in weiterer Folge für die Entstehung von Wohnungslosigkeit sein kann. Relevant sind diese Ergebnisse im Hinblick auf die Bewältigung der Situation der Wohnungslosigkeit. Der Bruch mit der Herkunftsfamilie bedeutet auch den Verlust einer möglichen stützenden Ressource. Mit der Dauer der Wohnungslosigkeit verlieren die Betroffenen den Kontakt zu ihren ursprünglichen sozialen Netzwerken. Abgesehen davon, dass dies häufig mit sehr ambivalenten Gefühlen und Schmerz für die Betroffenen verbunden ist, muss der Verlust der alten Identität durch eine neue ausgeglichen werden. Häufig erfolgt, nicht immer freiwillig, eine Integration in die Gruppe der wohnungslosen DrogenkonsumentInnen und somit eine gewisse Verfestigung in dieser Lebenssituation.

Abgesehen von einer Befragten hat bei allen Interviewten zum Zeitpunkt der ersten Wohnungslosigkeit bereits eine manifeste Drogenabhängigkeit bestanden. Aus den Gesprächen wird bestätigt, dass die gelernte und bewährte Bewältigungsstrategie von

Problemen, nämlich der Konsum von Drogen, auch auf die Wohnungslosigkeit angewendet wird. Die Erhöhung des Drogenkonsums um die hohen Belastungen der Obdachlosigkeit zu überstehen, erweist sich als große Hürde und ist auf vielen Ebenen kontraproduktiv. Massiver Drogenkonsum verringert im bestehenden Wohnungslosenhilfesystem die Chancen auf Unterstützung für eine Veränderung der Lebenssituation enorm.

KonsumentInnen mit einem aktiven und instabilen Drogenkonsum stehen in dieser Lebenssituation hauptsächlich Notschlafstellen und NächtigerInnenquartiere zur Verfügung, bzw. schaffen sie es in der Realität nicht, dauerhaft einen fixen Wohnplatz zu halten. Aus den Interviews geht hervor, dass diese Art der Hilfseinrichtungen in vielen Bereichen nicht den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht. Die Unterbringung in diesen Einrichtungen bringt durch das zur Verfügung stellen eines Bettes für eine Nacht nur eine vergleichsweise marginale Entlastung für die Betroffenen. Diese Form der Unterbringung scheint, abgesehen von dem positiven Effekt nicht auf der Straße nächtigen zu müssen, zusätzliche psychische Belastungen und negative Begleiterscheinungen für die Betroffenen mit sich zu bringen.

Folgende Problempunkte wurden benannt:

- Es handelt sich nur um Schlafplätze für eine Nacht und nicht um Wohnmöglichkeiten. In der Früh müssen sie verlassen werden, ein Aufenthalt während des Tages ist nicht möglich, dies führt zu institutionsbestimmten Tagesabläufen, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten des Tages sind nicht möglich. Es führt in weiterer Folge zu gleichgeschalteten Tagesabläufen der Betroffenen und zu einem Pendeln von einem Tageszentrum zum nächsten, bis man abends wieder ins Quartier eingelassen wird.
- Die Unterbringung in Gemeinschaftsquartieren (DrogenkonsumentInnen und AlkoholikerInnen) führt häufig zu Konflikten und damit zum Verlust des Schlafplatzes. Es besteht das Bedürfnis nach getrennter Unterbringung von DrogenkonsumentInnen und AlkoholikerInnen von Seiten der Befragten. Die negativen Erfahrungen mit den Rivalitäten und Abwertungen zwischen den beiden Gruppen werden als zusätzlicher Belastungsfaktor beschrieben.
- In diesem Zusammenhang geht es auch um Zugehörigkeit und Akzeptanz. Die Befragten fühlen sich in den Einrichtungen mit den gemischten Zielgruppen nicht wohl. In dieser Lebenssituation mit wenigen Sicherheiten ist das Bedürfnis unter „Gleichgesinnten“ zu sein, wo es mehr gegenseitiges Verständnis und gemeinsame Interessen gibt, sehr stark.

- Auch atmosphärisch macht es einen Unterschied ob eine Einrichtung samt Abläufen und Personal auf die Zielgruppe der DrogenkonsumentInnen ausgerichtet ist.
- Die Unterbringung in diesen Quartieren der WWH erfordert von den Betroffenen sehr hohe Anpassungsleistungen. Im Zusammenhang mit einem drogenbezogenen Lebensstil sind die Anforderungen für manche zu hoch und belastend.
- Fremdbestimmung und die Anpassung an Vorgaben und Bedingungen von Institutionen schränken die Selbstbestimmung enorm ein und stellen einen wesentlichen Belastungsfaktor dar. Im Alltag bedeutet dies: Nicht nach Hause gehen können, wann man will, sondern nur zu den Öffnungszeiten. Keine Räumlichkeiten nur für sich zu haben, keine Intimität und kaum persönliche Freiräume. Rücksichtnahme bzw. Abstimmung mit anderen im Hinblick auf Alltäglichkeiten wie Licht ein- und ausschalten, Fernsehprogramm, Lesen, Essen usw. Inadäquat ist dieses Angebot vor allem auch deshalb, weil sich die Betroffenen nicht nur vorübergehend in diesen Einrichtungen aufhalten müssen, sondern über sehr lange Zeiträume in denen die psychische Belastung zunehmend steigt.
- Mit der psychischen Belastung steigt auch häufig der Drogenkonsum, dies führt wiederum zu Instabilitäten und Unzuverlässigkeiten von Seiten der Betroffenen. Die Einhaltung der Hausregeln und Vereinbarungen wird immer schwieriger – der oben erwähnte negative Kreislauf wird wirksam. Der Zugang zu den gewünschten fixen Wohnplätzen wird noch unrealistischer.

Die reale Lebenssituation der Befragten und die Wünsche, die sie bezüglich ihrer angestrebten Wohnform äußerten klaffen weit auseinander. Die Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Betroffenen und der Hilfe, die von Institutionen zur Verfügung gestellt wird ist eklatant. Eine eigenständige Wohnform (eigene Wohnung oder Einzelzimmer) stellt für fast alle das Ideal dar. Eine eigene Wohnung symbolisiert Normalität und eröffnet Möglichkeiten für Veränderungen und Perspektivenentwicklung bis hin zur Veränderung des aktuellen Drogenkonsumverhaltens. Im Hinblick auf den Drogenkonsum ist Abstinenz kein Thema für die Befragten. Der Drogenkonsum an sich wird nicht problematisiert, es besteht allerdings das Bedürfnis den Konsum zu stabilisieren und besser unter Kontrolle zu bringen.

Auffallend ist, dass alle Befragten die Schuld für ihre Lebenssituation und dafür, dass eine Änderung der Wohnsituation bisher nicht dauerhaft gelungen ist, auf sich nehmen. Es gibt keine Anklagen und Vorwürfe bezüglich des Hilfesystems, es gibt auch keine Forderungen oder Ansprüche, die gestellt werden. Es gibt nur den einen oder anderen zarten Wunsch. Für mich verweist dies auf eine Verinnerlichung des gesellschaftlichen Phänomens der Stigmatisierung von DrogenkonsumentInnen. Drogenkonsum wird nicht als Krankheit gesehen, sondern als Versagen, als etwas Schuldhaftes. So wird von den Betroffenen ihr Scheitern im Hilfesystem ebenfalls als persönliches Versagen gewertet z. B. „Hätte ich mich an die Hausregeln oder Abläufe gehalten, dann wäre ich nicht rausgeflogen.“ Die Möglichkeit, dass die Hausregeln oder Abläufe für die spezielle Zielgruppe inadäquat sein könnten wird gar nicht erwogen.

Abschließend komme ich zu dem Ergebnis, dass ein sehr enger Zusammenhang zwischen der bestehenden Drogenproblematik und der Obdachlosigkeit besteht. Die Betroffenen verwenden Drogen als Bewältigungsstrategie ihrer Problemlage und verschärfen durch diese „Intervention“ ihre prekäre Situation. Aktiver Drogenkonsum stellt eine Zugangshürde zu stabilen Wohnformen dar und das Fehlen von stabilen Wohnformen stellt einen Faktor für einen instabilen Drogenkonsum dar, mit all seinen negativen Begleiterscheinungen.

Die Drogenhilfe und die Wohnungslosenhilfe sind gefordert Hilfsangebote so zu planen und zu strukturieren, dass sie eine tatsächliche Hilfe und Entlastung für die Betroffenen darstellen und nicht zusätzliche Probleme produzieren. Bei der Ausrichtung dieser Hilfe müssen einerseits die Lebensweltbedingungen der Betroffenen stärkere Berücksichtigung finden und andererseits Bereiche für Selbstbestimmung und persönliche Gestaltungsspielräume erhalten bleiben. Um den Betroffenen Hilfe bei der Verbesserung ihrer Lebenssituation zu geben müssen adäquatere Zugänge zu dauerhaften Wohnplätzen geschaffen werden, die drogenbezogene Lebensbedingungen besser integrieren und den negativen Kreislauf unterbrechen.



## 9 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses für diese Diplomarbeit stand der Problembereich der Obdachlosigkeit bei aktiven DrogenkonsumentInnen. Ziel war die genauere Erforschung des Phänomens, das es für obdachlose DrogenkonsumentInnen sehr schwierig ist eine stabile Wohnsituation wieder herzustellen.

Im ersten Teil der Arbeit wurden relevante Aspekte der Problembereiche Wohnungslosigkeit und Drogenabhängigkeit theoretisch aufbereitet und Wechselwirkungen zwischen den beiden Bereichen mit Blick auf die Auswirkungen auf die Betroffenen dargestellt. Die Komplexität der Wechselwirkungen konnte dadurch deutlich gemacht werden.

Die Darstellung des Hilfesystems und des aktuellen Standes der Entwicklungen machte die bisherige Ausgrenzung von DrogenkonsumentInnen und deren Status im Hilfesystem sichtbar.

Im empirischen Teil, der den Zweck hatte die Lebensrealität von Betroffenen im Hinblick auf die Forschungsfragen zugänglich zu machen, ergänzten lebensweltliche Aspekte den Gegenstandsbereich.

Erst durch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik wurde für mich das Ausmaß der Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten der unterschiedlichen Lebens- und Systemwelten sichtbar.

In der Folge möchte ich die zentralen Erkenntnisse meiner Arbeit zusammenfassen:

- Es besteht ein sehr enger Zusammenhang zwischen einer bestehenden Drogenabhängigkeit und einer bestehenden Obdachlosigkeit. Drogenkonsum ist ein Risikofaktor für Wohnungslosigkeit und Wohnungslosigkeit ist ein Risikofaktor für Drogenkonsum bzw. für eine Erhöhung des Drogenkonsums als Anpassungsstrategie an die Wohnungslosigkeit. Dieser Zusammenhang wird sowohl im theoretischen Teil als auch im empirischen Teil dieser Arbeit bestätigt. Die Wechselwirkungen dieser beiden Probleme potenzieren sich und je länger die Obdachlosigkeit andauert umso schwieriger wird die Integration mit Hilfe des vorhandenen institutionellen

Ressourcensystems. Hoher Drogenkonsum verunmöglicht den Zugang zu stabilen Wohnformen, fehlende stabile Wohnformen verunmöglichen für die Betroffenen die Reduktion des Drogenkonsums und somit eine Stabilisierung der gesamten Lebenssituation. Das Hilfesystem ist demzufolge gefordert sinnvolle Konzepte zu erarbeiten, die dieser Erkenntnis Rechnung tragen.

- Für die Problemlage und Problembewältigung der obdachlosen DrogenkonsumentInnen bieten die aktuellen Hilfseinrichtungen derzeit zu wenig adäquate Angebote.
- Diese Arbeit macht deutlich, dass der benannten Zielgruppe als Ressource hauptsächlich Notschlafstellen und NächtigerInnenquartiere und somit nur ein Bett für eine Nacht zur Verfügung stehen. Für eine Verbesserung ihrer Lebenssituation werden dauerhafte Wohnplätze benötigt. Die Unterversorgung dieser Gruppe resultiert aus der aktuell praktizierten Kontingentregelung (siehe Kapitel 5.3.1) in den großen Übergangswohnhäusern und fehlenden spezifischen Angeboten für diese Zielgruppe. Die derzeitige Wartezeit von bis zu 10 Monaten in einem NächtigerInnenquartier für die Aufnahme in eine Dauerwohneinrichtung bestätigt die Notlage der Betroffenen.
- Die Wartezeit in Gemeinschaftsquartieren bringt für die Betroffenen hohe psychische Belastungen mit sich. Sie leiden unter der enormen Fremdbestimmung durch die Abhängigkeit von institutionellen Abläufen und unter dem Mangel an Privatheit und Selbstbestimmung. Obwohl diese Belastungen aus diversen Untersuchungen unter Obdachlosen hinlänglich bekannt sind, betrafen die kürzlich erfolgten Kapazitätserweiterungen für diese Zielgruppe wieder dieses Angebotssegment.
- Es besteht eine große Diskrepanz zwischen dem von den Betroffenen klar formulierten Bedarf nach einer dauerhaften Wohnform mit der Möglichkeit nach Selbstbestimmung und dem real zugänglichen Hilfsangebot. Diese Realität steht auch in Widerspruch zur grundsätzlichen Zielsetzung der Wohnungslosenhilfe nach

einer möglichst raschen Reintegration von Wohnungslosen in den normalen Wohnungsmarkt.

- Die aktuelle Angebotssituation scheint das Ergebnis von jahrelanger Ausgrenzung und Abgrenzung des Wohnungslosenhilfesystems gegenüber DrogenkonsumentInnen zu sein. Die sukzessive Öffnung des Zugangs zu den Angeboten ist zwar von der Tendenz her wünschenswert, es fehlen jedoch noch sinnvolle und qualitätsvolle und vor allem aufeinander abgestimmte Angebote.
- Die von den bestehenden Einrichtungen aufgestellten Zugangshürden sind: Die prinzipielle Ablehnung des Drogenkonsums, zu hochschwellige Zugangsbedingungen, Hausregeln, die bei dieser Zielgruppe zu raschem Verlust des Wohnplatzes führen, aber auch die grundsätzlichen pädagogischen Prinzipien mancher Einrichtungen (z. B. Betreuungsziel Abstinenz, Substitutionsbehandlung ohne Beikonsum, Betreuungsverpflichtung ...).
- Sinnvolle Angebote für diese Zielgruppe sollten von den Prinzipien der Akzeptanz, der Suchtbegleitung und vom Gedanken der Schadensminimierung getragen werden. Ein pragmatischer und nicht normierender oder moralisierender Zugang zum Thema Drogenabhängigkeit erscheint als eine essentielle Voraussetzung für eine Integration von DrogenkonsumentInnen ins Hilfesystem.

Empfohlen werden kann die Berücksichtigung folgender Aspekte in bedarfsorientierten Konzepten für obdachlose DrogenkonsumentInnen:

- stärkere Berücksichtigung der Dynamiken und Lebensweltaspekte eines drogenbezogenen Lebens.
- Keine Ausschlussbedingungen aufgrund von Drogenkonsum sowohl bei den Zugangs- als auch bei den Benutzungsbedingungen.
- Akzeptierende Haltung gegenüber obdachlosen DrogenkonsumentInnen: Drogenkonsum wird als bestehendes Faktum akzeptiert und stellt keinen Ausschlussgrund dar. Drogenkonsum wird als momentan sinnvolle Bewältigungsstrategie für die Betroffenen akzeptiert und dementsprechend in den Betreuungskonzepten berücksichtigt.

- Stabilisierung der Lebenssituation durch das Bereitstellen eines dauerhaften Wohnplatzes stellt die Hauptzielsetzung dar.
- Die Rechte auf einen Wohnplatz und auf Selbstbestimmung müssen im Vordergrund stehen.
- Keine Verknüpfung des Anspruches auf einen Wohnplatz mit einer Betreuungsverpflichtung, um kontraproduktive Abhängigkeiten zu verhindern.
- Sinnvolle Abläufe und Zugänge für Aufenthaltsunterbrechungen durch Haft-, Therapie oder Krankenhausaufenthalte sind zu entwickeln.
- Dauerhafte Einzelwohnplätze anstatt Gemeinschaftsschlafstätten.
- Vermischung von unterschiedlichen Zielgruppen ist nur sinnvoll, wenn keine Minderheitengruppen entstehen.
- Berücksichtigung von geschlechts- und altersspezifischen unterschiedlichen Bedürfnissen.

Eine sinnvolle Optimierung der Angebotsstruktur erfordert darüber hinaus eine verbesserte Zusammenarbeit des Drogenhilfebereiches und der Wohnungslosenhilfe auf allen Ebenen (von den Entscheidungsträgern bis zu den BasismitarbeiterInnen) unter Einbeziehung der Bedürfnisse und Sichtweisen der Betroffenen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen eine Basis für die Vertiefung von weiterführenden Fragestellungen zum Themenbereich Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum dar. Abgesehen davon, enthält sie hilfreiche Erkenntnisse, die für die Planung von bedarfsgerechten Hilfsangeboten Berücksichtigung finden sollten.

## IV. Literatur

Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5. Auflage. Frankfurt am Main.

Böttger, Andreas/ Strobl, Rainer (Hrsg.) (1996): Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung. Band 2. 1. Auflage. Baden-Baden.

Bohnsack, Ralf/ Marotzki, Winfried/ Meuser, Michael (Hrsg.) (2003): Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen.

Brosch, Renate/Juhnke, Günther (1993): Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer. Wien.

Degkwitz, Peter (2002): Drogenkonsum/-abhängigkeit als Lebensstil und/oder Krankheit, in: Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5. Auflage. Frankfurt am Main, 20-38.

Eco, Umberto (1991): Wie man eine wissenschaftliche Abschlussarbeit schreibt. Doktor-, Diplom- und Magisterarbeiten in den Geistes- und Sozialwissenschaften. 4. Auflage. Heidelberg.

Eikermann, Bernd/Reker, Thomas/ Zacharias, Barbara (2002): Wohnungslose psychisch Kranke - Zahlen und Fakten, in: Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/Zechert, Christian, (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn, 42-56.

Eikermann, Bernd/Reker, Thomas (2002): Je besser „angepasst“, desto schneller tot? Wohnungslose Männer – Gesundheitszustand und Inanspruchnahme medizinischer Dienste, in: Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/Zechert, Christian, (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn, 126-132.

Eitel, Gerhard/Schoibl, Heinz (1999): Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich, Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Familien und Jugendlichen, Wien.

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (1992): Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme. Wien.

Graber, Doris et al. (2005): Wiener Wohnungslosenhilfe 2004. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen, Wien.

Grimm, Andrea (Hrsg.) (2003): Die offenen Szenen der Großstädte. Drogenabhängigkeit, Obdachlosigkeit und Prostitution an den Zentralorten der Städte. 1. Auflage. Rehbürg-Loccum.

Grömmer, Waltraud (1997): Lebensweltorientierte Projektanalyse. Vergleiche zwischen den Lebenswelten drogenabhängiger Klienten und den Rahmenbedingungen des Konzepts „Betreutes Wohnen“ im Verein Wiener Sozialprojekte, Diplomarbeit für den Fortbildungslehrgang Methodik und Theorie Lebensweltorientierter Sozialarbeit an der Bundesakademie für Sozialarbeit St. Pölten.

IFES (2005): BADO – Basisdokumentation KlientInnenjahrgang 2004. Wien.

Karmasin, Matthias/Ribing, Rainer (2002): Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten. 3. Auflage. Wien.

Kindermann, Walter/Sickinger, Richard (1989): Strafe oder Therapie? in: Kindermann, Walter u. a. (1989): Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau, 139-192.

Knecht, Ulrike (2004): Wohnungslosigkeit im Spannungsfeld zwischen Armut und Abweichendem Verhalten – Konsequenzen für die pädagogische Praxis am Beispiel der Wiener Wohnungslosenhilfe, Diplomarbeit an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien.

Kuntz, Helmut (2000): Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis. Weinheim und Basel.

Kurz-Lund, Georg/ Stöver, Heino (Hrsg.) (1995): Wohnprojekte für DrogengebraucherInnen in Bremen. Bestandsaufnahme und Leitfaden. Bremen.

Krausz, Michael/Verthein, Uwe (2002): Komorbidität – Drogenabhängigkeit und psychische Störungen, in: Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5. Auflage. Frankfurt am Main, 38-44.

Längle, Alfried/Probst, Christian (Hrsg.) (1997): Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien.

Leitbild Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte, 2004, Wien.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel.

Moggi, Franz (Hrsg.) (2002): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 1. Auflage. Bern.

Neubauer, Paul (2002): Ganslwirt - Situation der Krisenübernachtung und Unterbringung 2002.

Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/ Zechert, Christian (Hrsg.) (2002): Obdachlos und psychisch krank. Bonn.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG (2005): Bericht zur Drogensituation 2005, Wien.

Ruhstrat, Ekke-Ulf u. a. (1991): Ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung keine Arbeit! Entstehung und Verlauf von Wohnungslosigkeit. Bielefeld.

Scharinger, Christian (1993): Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien, „Du wüsst wissen, wo i schlof?“, Eine Studie des Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften (IFS), Wien.

Schinnerl, Gerhard (2001): 10 Jahre niedrigschwellige Drogenarbeit in Wien, was tut Not? in: Perspektiven der Drogenarbeit und Drogenpolitik. Ein Lesebuch anlässlich des 10 jährigen Bestehens des Vereins Wiener Sozialprojekte, 6-9.

Schinnerl, Gerhard (Hrsg.) (2003): Kokain in der Wiener Drogen-Straßenszene. Eine Situationsbeschreibung. Verein Wiener Sozialprojekte, Wien.

Schmidt-Grunert, Marianne (Hrsg.) (2004): Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau.

Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. München.

Strobel, Sigrid (1996): HIV und Aids in der Drogenarbeit. Eine vergleichende Untersuchung der Auswirkungen der AIDS – Thematik auf die MitarbeiterInnen in medizinischen, beratenden- und Strafvollzugs-Einrichtungen, Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie an der Grund- und Integriertwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Uhl, Alfred/ Springer, Alfred (1997): Die Wiener Drogenszene. Wien.

VWS (2005): Jahresbericht 2004. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien.

Wessel, Theo/Zechert (2002): Wohnungslose Patienten in der psychiatrischen Klinik. Ergebnisse einer 12 Monaterhebung anhand der Wohnungskriterien des Deutschen Städtetages, in: Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/Zechert, Christian, (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn, 56-67.

Wessel, Theo/ Zechert, Christian/ Kämpfer, Andreas (2002): Kommunale Wohnungspolitik für psychisch kranke und suchtkranke Menschen, in: Nouvertné, Klaus/Wessel, Theo/Zechert, Christian, (Hrsg.): Obdachlos und psychisch krank. Bonn, 158-167.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren qualitativer Sozialforschung. Frankfurt/New York.

Witzel, Andreas (1996): Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen, in: Böttger, Andreas/ Strobl, Rainer (Hrsg.): Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung. Band 2. 1. Auflage. Baden-Baden, 49-76.

Zündel, Annette (2001): Sicher Junken! Safer use als Arbeitsgrundlage in der Akzeptierenden Drogenarbeit unter Berücksichtigung der Situation in Deutschland, der

Schweiz und den Niederlanden, Diplomarbeit an der Bundesakademie für Sozialarbeit in Wien.

Zurhold, Heike (2002): Interaktion in der Sexarbeit – Gesundheitsförderung und Empowerment für Beschaffungsprostituierte, in: Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5. Auflage. Frankfurt am Main, 104-119.

### **Internetquellen**

Bawo (2003): Nationaler Aktionsplan der Österreichischen Bundesregierung gegen Armut und soziale Ausgrenzung.

[http://www.bawo.at/TCgi/Images/bawo/20040706131335\\_BAWO\\_Beitrag\\_NAP\\_Armut\\_und\\_soziale\\_Ausgrenzung\\_2003\\_1.pdf](http://www.bawo.at/TCgi/Images/bawo/20040706131335_BAWO_Beitrag_NAP_Armut_und_soziale_Ausgrenzung_2003_1.pdf) (22.04.2006).

Schneider, Wolfgang (2004): Ambulant betreutes Wohnen für substituierte und drogenabhängige Wohnungslose, Drogenhilfeverein Indro e. V., 22.04.06. [www.indro-online.de/konzeptbewo.htm](http://www.indro-online.de/konzeptbewo.htm).



## **V. Anhang**

**1 Abkürzungsverzeichnis**

**2 Das Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG)**

**3 Interviewleitfäden**

**4 Angebotsstruktur der Wiener Wohnungslosenhilfe**

## 1 Abkürzungsverzeichnis

<b>BADO:</b>	(Wiener) Basisdokumentation
<b>BAWO:</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
<b>BMI:</b>	Bundesministerium für Inneres
<b>FSW:</b>	Fonds Soziales Wien
<b>HBV:</b>	Hepatitis B Virus
<b>HCV:</b>	Hepatitis C Virus
<b>HIV:</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>ICD 10:</b>	International Classification of Disease
<b>IFES:</b>	Institut für empirische Sozialforschung
<b>i. v.:</b>	intravenös
<b>ÖBIG:</b>	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
<b>P7:</b>	Pazmanitengasse 7 – Wiener Service für Wohnungslose
<b>SMG:</b>	Suchtmittelgesetz
<b>UN:</b>	United Nations
<b>WWH:</b>	Wiener Wohnungslosenhilfe
<b>WSHG:</b>	Wiener Sozialhilfegesetz
<b>WHO:</b>	World Health Organisation
<b>VWS:</b>	Verein Wiener Sozialprojekte

## 2 Das Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG)

Das Wiener Sozialhilfegesetz bietet die rechtliche Grundlage für finanzielle Hilfeleistungen für Wohnungslose und auch für den Zugang zu den Unterbringungseinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe.

Ein großer Teil der wohnungslosen Personen ist auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Die Aufgaben und Leistungen sind im Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG) festgelegt. Wesentlich für den Zugang von wohnungslosen Menschen zu finanzieller Hilfe und Hilfeeinrichtungen sind die § 7 Rechtsanspruch, § 7a Personenkreis, § 8 Anspruch, § 11 Lebensbedarf und § 12 Lebensunterhalt.

§ 7. Auf die Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes hat der Hilfesuchende einen Rechtsanspruch. Die Zuerkennung hat durch Bescheid zu erfolgen.

Zur Sicherung des Lebensbedarfes zählen Lebensunterhalt, Pflege, Krankenhilfe, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, Hilfe zur Erziehung und Erwerbsbefähigung. Die Sicherung des Lebensbedarfes kann in Form von Geldleistungen, Sachleistungen oder persönlicher Hilfe gesichert werden (§ 11).

Der Lebensunterhalt umfasst im wesentlichen Unterkunft, Nahrung, Bekleidung, Körperpflege, Hausrat, Beheizung, Beleuchtung, Kochfeuerung und andere persönliche Bedürfnisse wie Pflege der Beziehungen zur Umwelt und die Teilnahme am kulturellen Leben (§ 12).

Die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe gelten für den Personenkreis lt. § 7a WSHG.

§ 7a. (1) Leistungen nach diesem Gesetz stehen grundsätzlich nur Staatsbürgern zu.

(2) Den Staatsbürgern sind folgende Personen gleichgestellt, wenn sie sich erlaubter Weise im Inland aufhalten:

- a) Fremde, insoweit sich eine Gleichstellung aus Staatsverträgen ergibt, oder
- b) Fremde, wenn mit ihrem Heimatstaat auf Grund tatsächlicher Übung Gegenseitigkeit besteht, insoweit sie dadurch nicht besser gestellt sind als Staatsbürger in dem betreffenden Staat, oder
- c) Fremde, denen nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Gewährung von Asyl, BGBl. I Nr. 76/1997, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 105/2003, Asyl gewährt wurde, nach Ablauf von vier Monaten ab Asylgewährung, oder
- d) durch das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum Begünstigte.

(3) Fremden, die nicht nach Abs. 2 den Staatsbürgern gleichgestellt sind und sich für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten erlaubter Weise in Österreich aufhalten, kann der Sozialhilfeträger nach § 34 Abs. 1 als Träger von Privatrechten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, Pflege, Krankenhilfe, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen und soziale Dienste gewähren, wenn das auf Grund ihrer persönlichen, familiären oder wirtschaftlichen Verhältnisse zur Vermeidung einer sozialen Härte geboten erscheint und der Bedarf nicht durch Leistungen nach dem Wiener Grundversorgungsgesetz gedeckt werden kann.

(4) Fremde, die nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Gewährung von Asyl einen Asylantrag gestellt haben, haben bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens keinen Anspruch auf Sozialhilfe.

### 3 Interviewleitfäden

#### a) Kurzfragebogen:

- **Alter:**
- **Obdachlosigkeit:**  
Seit wann sind Sie bereits obdachlos?  
Waren Sie schon öfters obdachlos?  
Hatten Sie schon mal eine eigene Wohnung, wann zuletzt?
- **Drogenkonsum:**  
Wann haben Sie mit dem Konsum von Drogen begonnen?  
Welche Drogen konsumieren Sie aktuell? Wie?

#### b) Leitfaden problemzentriertes Interview:

- Welche Gründe haben aus Ihrer Sicht zur Obdachlosigkeit geführt?
- Stellen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Obdachlosigkeit und dem Drogenkonsum her, wenn ja welchen?
- Was bedeutet es für Sie obdachlos zu sein, erzählen Sie was das für Sie im Alltag heißt?
- Warum nächtigen Sie im Ganslwirt/oder haben im Ganslwirt genächtigt? Was ist daran gut, was nicht?
- Welche Alternativen zum Ganslwirt sind bekannt und werden genutzt? Wo nächtigen Sie sonst noch?
- Ist eine längerfristige Wohnmöglichkeit gewünscht?  
Was wurde bereits versucht? Was hat funktioniert? Was nicht? Woran ist es gescheitert?
- Welche Wohnform wäre für Sie sinnvoll/gewünscht?
- Wie sollte sie organisiert/strukturiert sein? (Zugang, Schwelligkeit, Betreuung ja, nein, Wohnheim, betreutes Wohnen, eigene Wohnung, Kosten)?

# Die Angebotsstruktur der Wiener Wohnungslosenhilfe

Stand Jänner 2006

Gesamtangebot  
412  
Dauerwohn-  
plätze

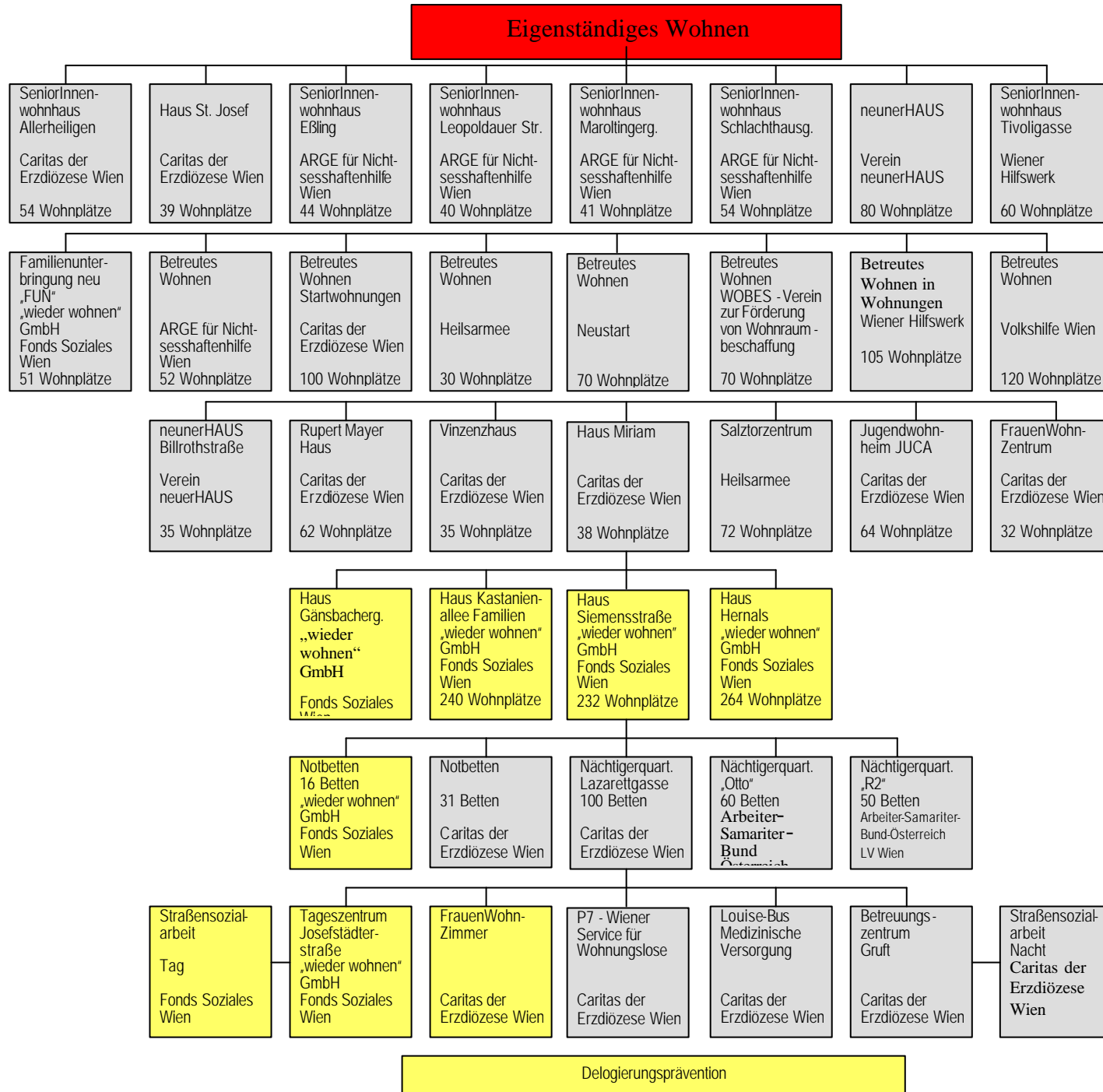
Gesamtangebot  
**Betreutes  
Wohnen in  
Wohnungen**  
598  
Wohnplätze

Gesamtangebot  
Zielgruppen  
338  
Wohnplätze

Gesamtangebot  
Übergangswoh-  
nhäuser  
„wieder  
wohnen“  
GmbH 1006  
Wohnplätze

Gesamtangebot  
257  
Notbetten

Summe  
insgesamt  
2611



## Zusätzliche Angebote

SAMBAS  
Beratung für  
arbeitssuchende  
Wohnungslose  
Volkshilfe Wien

Wohndreh-  
scheibe  
Volkshilfe  
Österreich



## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Margit Putre, geboren am 06.06.1967 in Krems a. d. Donau, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, am 30.04.06

Unterschrift