

Altersarmut und Sucht: Die Grenzen der Gesundheit am Rande der Gesellschaft

Beforscht am Beispiel der Nutzer*innen der
Suchtberatungseinrichtung *dialog* in Wien

Hanna Buchner 52119621

Bachelorarbeit

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 20. April 2024

Version: 1

Begutachter*innen:

Dr. Lukas Richter MSc. BSc., Dr.ⁱⁿ Sabine Lehner, BA MA
und FH-Hon.Prof. Mag. (FH) Peter Eigersreiter

Abstract Deutsch

Die vorgelegte Bachelorarbeit untersucht am Beispiel der Nutzer*innen des *dialogs*, einer Suchtberatungseinrichtung in Wien, inwiefern Altersarmut, Suchterkrankung und Gesundheit korrelieren. Die Analyse fokussiert die Auswirkung der aktuellen Inflation auf die Gesundheit und den Einfluss sozialer Netzwerke auf Sucht und Altersarmut Betroffener. Mittels modifiziertem problemzentrierten Interview nach Witzel (2000) wurden drei altersarme suchterkrankte Personen befragt und das Datenmaterial wurde mithilfe der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) ausgewertet. Die Analyse ergibt einen primär negativen Effekt der Inflation auf die psychische Gesundheit Betroffener. Weiters erweisen sich Sozialkontakte als förderlich für die Milderung von Altersarmut, jedoch nicht für deren Beseitigung. In Hinblick auf Sucht sind soziale Netzwerke weder eindeutig protektiv noch konsumfördernd.

Abstract English

This bachelor's thesis examines the correlation between old-age poverty, addiction and health, using the example of clients from *dialog*, an addiction counseling center in Vienna. The analysis focuses on the impact of the current inflation on health and the influence of social networks on addiction and old-age poverty among those affected. Using the modified problem-centered Interview according to Witzel (2000), three elderly people suffering from addiction and risk of poverty were interviewed and the data was analyzed using the Grounded Theory according to Strauss and Corbin (1996). The analysis shows that the current inflation has a primarily negative effect on the mental health of addicted elderly people. Furthermore, social contacts prove to be beneficial to the alleviation of old-age poverty, but not to its elimination. Regarding addiction, social networks are neither evidently protective nor harming.

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Theoretische Grundlagen	6
2.1	Stand der Forschung und relevante Begriffsdefinitionen	6
2.2	Forschungsfragen	8
3	Forschungsdesign	9
3.1	Feldzugang und Erhebungsplan	9
3.2	Erhebungsmethode	10
3.3	Analysemethode	10
4	Ergebnisdarstellung	11
4.1	Portraits der Befragten	11
4.1.1	Herr T1	11
4.1.2	Frau T2	12
4.1.3	Frau T3	12
4.2	Inflation und Gesundheit	13
4.2.1	Gesundheitsdienstleistungen im Versicherungskontext	13
4.2.2	Psychisches Wohlbefinden	15
4.3	Soziale Netzwerke von armutsbetroffenen älteren Menschen mit Suchterkrankung	16
4.3.1	Soziale Netzwerke und Altersarmut	17
4.3.2	Soziale Netzwerke und Suchterkrankung	21
4.4	Zusammenspiel Altersarmut und Sucht	24
4.4.1	Fortgesetzter Drogenkonsum als Ursache für Altersarmut	24
4.4.2	Beikonsum als finanzielle Belastung	25
4.4.3	Sucht als Kompensation für Armutserfahrungen	25
5	Resümee	27
6	Limitationen und Ausblick	29
6.1	Limitationen	29
6.2	Forschungsausblick	29
	Literatur	31
	Daten	33
	Abkürzungen	33
	Tabellenverzeichnis	33
	Anhang	34
	Eidesstattliche Erklärung	39

1 Einleitung

Nach Angaben der National Survey on Drug Use and Health, welche 2013 von der Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) veröffentlicht wurde, stellt Substanzmissbrauch im Alter das am schnellsten wachsende Problem für die Gesundheit der Zielgruppe dar (SAMHSA 2023 zit. in Clapp et al. 2014:2862). Das Alter der Konsument*innen spielt zwar nicht zwingend eine Rolle hinsichtlich der medizinischen und psychiatrischen Herausforderungen, jedoch sind betagte Menschen per se eher gefährdet, physische, psychische oder soziale Schwierigkeiten aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters zu entwickeln. Hinzu kommt, dass die Morbiditätsrate von Suchtmittelkonsument*innen insgesamt 12- bis 22-mal höher ist als die der Allgemeinbevölkerung, wobei ältere Menschen mit Suchterkrankung nochmals ein zwei- bis sechsmal höheres Sterberisiko tragen als junge Konsument*innen. Dazu tragen mitunter Lebererkrankungen und Herz-Kreislauf-Probleme bei (vgl. Crome et al. 2009:141). Weiters erhöhen Faktoren wie ein geringes Einkommen, fehlende soziale Sicherheit oder unzufriedenstellende berufliche Stellung ebenso das Risiko, gebrechlich zu werden (vgl. Kolland / Aner 2019:113).

Die Relevanz an Wissen über Komorbiditäten im Zusammenhang mit Suchterkrankungen im Alter steigt mit dem voranschreitenden Alter der Baby-Boomer-Generation zudem seit Anfang der 2000er erheblich, denn mit steigendem Alter wächst auch die Zahl der älteren Personen, die eine suchtspezifische Behandlung oder Betreuung brauchen (vgl. Lin et al. 2011:1913).

Auf Basis dieser Erkenntnisse ist anzunehmen, dass altersarme Menschen mit Suchterkrankungen ein multiples Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand tragen. Zudem ist nach Clapp et al. (2014:2862) die Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit von älteren Menschen mit Suchterkrankung bisher nur wenig erforscht. Als Folge dessen widmet sich die vorgelegte Bachelorarbeit der bisher nur wenig untersuchten Schnittstelle zwischen Armut, Suchterkrankung und Gesundheit bei älteren Menschen. Aus Gründen der besseren Eingrenzbarkeit beschäftigt sich diese gegenständliche Arbeit lediglich mit substanzgebundenen Süchten bei Personen ab einem Alter von 60 Jahren.

Die Bearbeitung des Aspekts Altersarmut in der vorgelegten Arbeit erfolgt unter anderem im Lichte der aktuellen Inflation, welche am Verbraucherpreisindex (VPI) 2020 gemessen wird und zum Zeitpunkt der Befragung der Betroffenen, im Jänner 2024, bei 22,4% im Vergleich zum Basisjahr 2020 liegt (vgl. Statistik Austria 2024). Die Bearbeitung des Gesichtspunkts Armut in Anbetracht der enormen Teuerung, welche mit der COVID-19-Pandemie einhergegangen ist, erweist sich als maßgeblich, da demzufolge die Bestreitung des Alltags vor allem für Personen mit geringem Einkommen eine noch größere Herausforderung darstellt.

In erster Linie ist es Ziel dieser Arbeit, Wissen über die Lebensrealität altersarmer suchterkrankter Menschen zu erlangen sowie die Schutz- und Risikofaktoren für die Gesundheit von altersarmen Menschen mit Suchterkrankung zu explorieren. Dies soll gelingen, in dem durch die Bearbeitung der Schnittstelle Altersarmut, Gesundheit und Sucht in dieser Arbeit vermehrt Fokus auf diese bisher nur wenig erforschte Personengruppe gelegt wird. Da es sich bei einer Suchterkrankung um eine jahrelange Begleiterin handeln kann, gilt

es hier auch vermehrt Präventions- und Früherkennungsangebote für den Erhalt und die Optimierung der Gesundheit Betroffener zu etablieren. Somit kann die Behandlung früher angesetzt werden und zielgenauer erfolgen, wodurch aus wirtschaftlicher Sicht finanzielle Ausgaben im Gesundheitssystem für die Therapie von Erkrankungen Betroffener in der Zukunft eingespart werden können. Darüber hinaus würde sich der Informationsgewinn bezüglich den Lebensrealitäten altersarmer Personen mit Suchterkrankung als besonderer Mehrwert für die Soziale Arbeit herausstellen. Durch die Exploration und Analyse der Daten Betroffener können spezifische Bedürfnisse erhoben werden, welche konkret im Zusammenhang mit den Armutserfahrungen und Suchterkrankungen älterer Menschen stehen. Infolgedessen wird es möglich, sozialarbeiterische Interventionen präzise an die Zielgruppe anzupassen und somit Beratungs- und Betreuungsverhältnisse zu Gunsten der Klient*innen zu verbessern.

Die vorgelegte Arbeit legt zunächst ein Fundament mit dem aktuellen Stand der Forschung, in welchem Erkenntnisse und Perspektiven zu den Themen Altersarmut und Sucht im Alter dargelegt sowie relevante Begriffsdefinitionen und die Forschungsfragen dieser Arbeit präsentiert werden. Weiters wird das Forschungsdesign dargeboten, indem Feldzugang, Erhebungs- und Analysemethoden vorgestellt werden. Darauf folgt als Hauptteil dieser Bachelorarbeit die Ergebnisdarstellung, welche sich in vier Abschnitte gliedert. Im ersten werden die befragten Personen porträtiert und ausschlaggebende Informationen zu ihrer Biografie geschildert. Danach wird der Einfluss der aktuellen Inflation auf die Gesundheit altersarmer suchterkrankter Menschen bearbeitet, woraufhin im dritten Abschnitt die sozialen Netzwerke und deren Auswirkungen auf die Armutserfahrungen und Suchterkrankung der Befragten untersucht werden. Im letzten Teil der Ergebnisdarstellung werden Zusammenhänge zwischen Altersarmut und Suchterkrankung aufgezeigt. Anschließend wird eine pointierte Zusammenschau der gewonnenen Erkenntnisse dargelegt. Zuletzt werden die Limitationen der vorgelegten Arbeit thematisiert und ein Forschungsausblick gegeben.

2 Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit aufbereitet, indem zuerst der aktuelle Stand der Forschung dargelegt wird und für die Bearbeitung relevante Begriffe definiert werden. Zudem werden die Forschungsfragen, welchen sich diese Arbeit widmet, präsentiert.

2.1 Stand der Forschung und relevante Begriffsdefinitionen

Die Recherche nach wissenschaftlichen Beiträgen zu der Schnittstelle Altersarmut, Sucht und Gesundheit gestaltet sich sowohl im deutschen als auch im englischsprachigen Raum nur wenig erfolgreich. Für die Suche nach passender Literatur oder Fachartikeln wurden folgende Begriffe in verschiedenen Kombinationen und Reihenfolgen verwendet: Altersarmut, old-age poverty, age poverty, older people, elderly people, Sucht, addiction, addicts, Drogen, drugs, drug users, Gesundheit, health, healthcare.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Rosen et al. (2013:377) in ihrer Untersuchung, in der jeweils die zehn einflussreichsten Gerontologie- und Sucht-Fachzeitschriften auf *PubMed* im Zeitraum von 2000 bis 2010 auf die Publikationshäufigkeit all jener Artikel, die sich mit Sucht im Alter beschäftigen, überprüft wurden. Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass weniger als 1% aller publizierten Artikel in dem untersuchten Zeitraum sich mit Substanzmissbrauch im Alter beschäftigen (vgl. ebd.). Aus dieser unzureichenden Faktenlage ergibt sich ein Mangel an Wissen für Professionist*innen über suchtspezifische Komorbiditäten bei älteren Menschen, wodurch folglich die Behandlung von körperlichen und psychischen Problemen erschwert wird.

Aus diesem Grund wurden die Schnittstellen „Altersarmut und Gesundheit“ und „Sucht im Alter“ für die Recherche herangezogen, wodurch folgende Erkenntnisse gewonnen wurden:

Die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung umfasst nach der Definition der Europäische Union drei Faktoren, nämlich „erhebliche materielle und soziale Deprivation, Armutsgefährdung und Personen in Haushalten mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität“ (Statistik Austria 2022:2). Als erheblich materiell und sozial depriviert gelten Personen, welche mindestens sieben von 13 Merkmale, welche einen europäischen Mindestlebensstandard definieren, nicht erfüllen können. Dazu gehören beispielsweise die eigene Wohnung angemessen warm zu halten, Miete und Betriebskosten rechtzeitig bezahlen zu können oder einmal im Jahr auf Urlaub fahren zu können (vgl. ebd.). Die Armutsgefährdungsschwelle in Österreich liegt bei 60% des Median-Pro-Kopf-Haushaltsnettoeinkommens und beträgt 2023 für einen Einpersonenhaushalt 1.392 Euro, wobei der Betrag für jede weitere erwachsene Person im Haushalt um 696 Euro und für jedes weitere Kind um 418 Euro angehoben wird (vgl. Volkshilfe o.A.). Somit handelt es sich bei der Armutsgefährdungsquote um ein relatives Maß, da diese an den Einkommen der Bevölkerung in einem Staat gemessen wird (vgl. Statistik Austria 2022:2). 2022 sind 235.000 Österreicher*innen über 65 armutsgefährdet, davon sind 80.000

männlich und 155.000 weiblich. Das entspricht insgesamt 12% aller Männer und 18% aller Frauen über 65 (vgl. Statistik Austria 2023:72).

Ältere Menschen, die von Armut betroffen sind, verfügen häufiger über einen prekäreren Gesundheitszustand als Personen mit Einkommen, die über der Armutsgrenze liegen – nämlich um 5% (vgl. SV 2019:345). Hinzu kommt, dass nicht nur zu den Komorbiditäten, die mit einer Suchterkrankung im Alter einhergehen, bisher wenig geforscht wurde (vgl. Lin et al. 2011:1913), sondern dass in Bezug auf Suchterkrankung im Alter die Personengruppe über 65 Jahren generell nicht so gut erforscht ist, als die Lage jüngerer Personen (vgl. Holzbach 2021:198).

Als Suchterkrankung definiert man den wiederholten Konsum von einer oder mehreren (psychoaktiven) Substanzen, welcher die konsumierende Person chronisch oder periodisch in einen berauschten Zustand versetzt (vgl. WHO 1994:6). Substanzabhängigkeit ist durch körperliche, verhaltensbezogene und kognitive Symptome charakterisiert, welche durch den wiederholten Konsum von Substanzen oder das wiederholte Ausführen von bestimmten Handlungen über einen längeren Zeitraum, wie beispielsweise Spiel- oder Kaufsucht, entstehen (vgl. Suchthilfe Wien o.A.). Eine Suchterkrankung äußert sich dadurch, dass die betroffene Person einen Zwang zur Einnahme der Substanz verspürt und große Schwierigkeiten hat, die Einnahme freiwillig zu verändern oder zu unterbinden. Zudem führt das starke Verlangen nach der Substanz dazu, dass die Person fast alle verfügbaren Mittel einsetzen würde, um die Substanz zu erhalten (vgl. WHO 1994:6).

Sucht im Alter ist oftmals schwer zu erkennen, da Familie und Freund*innen den Konsum Betroffener oftmals stillschweigend akzeptieren, vor allem wenn es sich um „early onset“-Konsum handelt, dieser also seit jeher gegeben war (vgl. Holzbach 2021:198). Außerdem unterscheiden sich bei älteren Menschen die Substanzverträglichkeit und die Auswirkungen des Konsums von jüngeren Erwachsenen, wodurch die Detektion der Erkrankung aufgrund des fehlenden Wissens über Sucht im Alter erschwert wird. Weiters stellt der missbräuchliche Konsum von Medikamenten bei älteren Menschen eine zusätzliche Herausforderung dar (vgl. Lin et al. 2011:1920).

Vor allem Faktoren wie der Verlust der Tagesstruktur bei Eintritt des Pensionsalters oder der Tod von Partner*innen oder Freund*innen können zu einem erhöhten Suchtmittelkonsum bei älteren Menschen führen. Auch die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, wenn beispielsweise Kinder ausziehen, kann alte Menschen anfälliger für den Konsum von Suchtmitteln machen (vgl. Bruhn 2011:27).

Das gleichzeitige Auftreten von Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen wird häufig beobachtet. Es zeigt sich, dass fast die Hälfte aller Personen, die entweder eine Sucht- oder psychische Erkrankung aufweisen, jeweils auch die andere Erkrankung zumindest einmal im Leben entwickeln. Personen mit psychischen Krankheiten erfahren oftmals eine schlechtere Versorgungsqualität, halten sich nicht genau an die verschriebene Behandlung und haben generell höhere Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu tätigen. Hinzu kommt, dass die genannten Bedingungen mit einer komorbiden Suchterkrankung zusätzlich komplexer werden (vgl. Lin et al. 2011:1913-1914). Diese Erkenntnisse sind für die untersuchte Zielgruppe vor allem von Bedeutung, da beispielsweise ältere Menschen, die

einen starken Alkoholkonsum aufweisen, generell ein größeres Risiko haben an Depressionen oder anderen psychiatrischen Störungen zu erkranken (vgl. Merrick et al. 2008 zit. in Clapp et al. 2014:2862).

Zusammenfassend zeigt sich, dass Studien, die sich explizit mit Suchterfahrungen älterer von Armut betroffener Menschen befassen, nur unzureichend vorhanden sind. Auf Basis der eben dargelegten Erkenntnisse muss jedoch davon ausgegangen werden, dass jene Gruppe an sich mit einem schlechteren Gesundheitszustand konfrontiert ist. Aus diesem Grund befasst sich die vorgelegte Arbeit mit den nachstehenden Forschungsfragen.

2.2 Forschungsfragen

Aufgrund der mangelnden Faktenlage und dem Erkenntnisinteresse an der Schnittstelle Altersarmut, Suchterkrankung und Gesundheit ergeben sich folgende Forschungsfragen, welchen sich diese Arbeit widmet:

- HFF: Wie stehen Suchterkrankungen, Gesundheit und Armutsbetroffenheit von älteren Menschen miteinander in Beziehung?
- SFF: Welchen Einfluss haben die Auswirkungen der aktuellen Inflation auf das subjektive Gesundheits- und Krankheitsbefinden von älteren Personen mit Suchterkrankung?
- SFF: Welche Rolle spielen soziale Netzwerke bei der Bewältigung von Altersarmut und Suchterkrankung älterer Menschen?

3 Forschungsdesign

Die vorgelegte Bachelorarbeit entstand im Rahmen des Bachelorprojekts „Altersarmut und Non-Take-Up im Lichte von Inflation und Gesundheit“ im fünften und sechsten Semester des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit an der FH St. Pölten. Ein Hauptaugenmerk des Projekts stellt die Beforschung des Non-Take-Ups dar, also die Nicht-Inanspruchnahme von (Sozial-) Leistungen. Die Fokuslegung der jeweiligen Bachelorarbeiten erfolgte jedoch individuell durch die Studierenden, weshalb diese Arbeit sich konkret mit den Nutzer*innen der Suchtberatungseinrichtung *dialog* befasst.

Nachfolgend erfolgt die Darstellung des Forschungsvorgehens, um den Leser*innen den beforschten Bereich und die fokussierte Personengruppe begrifflich zu machen, weiters wird die verwendete Erhebungs- und Auswertungsmethode erläutert.

3.1 Feldzugang und Erhebungsplan

Aufgrund meiner geringfügigen Beschäftigung beim *dialog* bin ich bereits seit Anfang 2023 in das Team der Suchtberatungsstelle eingegliedert und kenne sowohl die Struktur als auch die meisten Klient*innen, die vom *dialog* betreut werden.

Die Personen, die für die Interviews herangezogen wurden, sind Klient*innen der Individuellen Suchthilfe Gudrunstraße (ISG) des *dialogs* im zehnten Wiener Gemeindebezirk. Die ISG ist eine ambulante Suchteinrichtung, in welcher Personen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (Alkohol und illegalen Substanzen) betreut und behandelt werden. Das Team in der ISG setzt sich unter anderem aus Allgemeinmediziner*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, klinischen und Gesundheitspsycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen zusammen, weshalb beispielsweise medizinische sowie psychiatrische Behandlung, psychosoziale Betreuung und Psychotherapie für die Klient*innen angeboten werden können.

Im Vorfeld erfolgte eine Kontaktaufnahme mit dem Leiter des *dialog*-Standorts in der Gudrunstraße, um das Projekt vorzustellen, die Erlaubnis zur Forschung einzuholen und die Vorgehensweise zu besprechen. Um für die Teilnahme an der Forschung geeignete Klient*innen zu finden, wurden die Klient*innen des *dialogs* nach folgenden Kriterien gefiltert:

- Aktive Klient*innen am Standort Gudrunstraße
- 1963 oder davor geboren
- Einkommen unter dem 2024 gültigen Ausgleichzulagenrichtsatz oder Bezug von Bedarfsorientierter Mindestsicherung (BMS) bzw. BMS-Zusatzleistung

Im Folgenden wurden die zuständigen psychosozialen Betreuer*innen über das Forschungsvorhaben informiert und gebeten, als Bezugspersonen ihren Klient*innen das Projekt vorzustellen und ihre Bereitschaft für ein Interview zu eruieren. Nach der Zusage für

ein Interview wurde persönlicher Kontakt zu den Nutzer*innen aufgenommen und Termine mit ihnen vereinbart.

3.2 Erhebungsmethode

Die Erhebung der Daten erfolgte durch das modifizierte problemzentrierte Interview nach Witzel (2000). Dieses gliedert sich in vier Phasen:

- Narrativer Teil: Mit einer erzählgenerierenden Frage soll der*die Befragte dazu bewegt werden, von sich und seinem*ihrem Leben zu erzählen, um folglich Erkenntnisse über deren Biografie zu erfahren und eventuelle Zusammenhänge mit der derzeitigen Lebenssituation erkennen zu können.
- Leitfadengestützter Teil: In diesem Teil wurden die Themenbereiche Altersarmut, Inflation, Gesundheit und Sucht beziehungsweise ihre Zusammenhänge detaillierter erfragt.
- Fragebogen: Mittels eines Fragebogens wurde abgefragt, welche Sozialleistungen die Interviewten (nicht) beziehen, um eventuelles Non-Take-Up unter den Befragten zu eruieren.
- Intervention: Abschließend wurde bei Vorliegen eines Non-Take-Ups auf Wunsch der befragten Personen Unterstützung bei der Beantragung der jeweiligen Leistungen angeboten.

3.3 Analyseverfahren

Die Interviews wurden als Audiodatei aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Das daraus gewonnene Forschungsmaterial wurde mithilfe der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) ausgewertet. Diese Methode erweist sich als hilfreich bei der genauen Analyse von ausgewählten Interviewpassagen auf Metaebene. Diese werden anschließend kategorisiert und bestimmten Phänomenen zugeordnet. Dadurch wird es möglich, sowohl eigene als auch fremde Vorannahmen genauer zu untersuchen und interpretieren. Da es sich vor allem bei Altersarmut und Sucht um komplexe und multidimensionale Phänomene handelt, welche die Lebensrealitäten Betroffener unumgänglich durchdringen, ermöglicht die Grounded Theory im Analyseprozess einen explorativen Ansatz, um so neue Einblicke in das Datenmaterial zu gewinnen und folglich neue Erkenntnisse und Zusammenhänge aus den Interviews zu erhalten.

4 Ergebnisdarstellung

In den folgenden Kapiteln werden die aus den drei geführten Interviews, welche mittels der Grounded Theory analysiert wurden, gewonnen Ergebnisse dargestellt.

Zu Beginn werden die drei interviewten Personen porträtiert. Danach widmet die Arbeit sich den Auswirkungen der aktuellen Inflation auf die Gesundheit der Befragten. Daraufgehend werden die sozialen Netzwerke von armutsbetroffenen älteren Menschen mit Suchterkrankung dargestellt, dieses Thema wird aus zweierlei Gesichtspunkten beleuchtet, nämlich zuerst in Bezug auf Altersarmut und dann auf Sucht. Danach werden Zusammenhänge zwischen Altersarmut und Sucht aufgezeigt.

4.1 Portraits der Befragten

In diesem Kapitel werden die drei befragten Personen porträtiert und wesentliche Merkmale ihrer Biografien dargestellt, um die Zusammenhänge, welche sich aus der Analyse ergeben, in den folgenden Kapiteln besser nachvollziehen zu können.

Pseudonym	Alter	Geschlecht	Einkommen in Euro	Dauer des Interviews
Herr T1	69	M	1.003	1h 35min
Frau T2	66	W	1.027	2h 29min
Frau T3	60	W	1.218	1h 50min

Tabelle 1: Übersicht der interviewten Personen (eigene Darstellung)

4.1.1 Herr T1

Herr T1 ist 69 Jahre alt und wohnt mit seiner Ehefrau und dem gemeinsamen Hund in einer 38m² großen Wohnung in Wien. Der polnische Staatsbürger ist aufgrund des schlechten Arbeitsmarktes in Polen 1996 nach Österreich gezogen. Herr T1, gelernter Trockenausbauer, hat die ersten acht Jahre als solcher in Österreich schwarzgearbeitet, erst mit dem darauffolgenden Übergang in ein offizielles Anstellungsverhältnis ging eine entsprechende Pensionsversicherung einher. Herr T1 hat aus erster Ehe drei Kinder, die in Polen leben und für welche er nach der Scheidung Unterhalt bezahlen musste.

Der Befragte hat über viele Jahre hinweg übermäßig Alkohol konsumiert. Dieser Konsum stand vor allem in Verbindung mit seinen Sozialkontakten und seinem Arbeitsumfeld.

Herr T1 bezieht aus Polen und Österreich insgesamt 1.003 Euro Pension und seine Ehefrau 380 Euro, weshalb sich das gemeinsame Einkommen des Ehepaars mit 1.383 Euro unter dem Ausgleichszulagenrichtsatz befindet, dieser liegt 2024 für 2-Personen-Haushalte bei 1.921,46 Euro (vgl. BMSGPK 2024).

4.1.2 Frau T2

Frau T2 wohnt allein in einer Zwei-Zimmer-Wohnung in Wien. Die deutsche Staatsbürgerin zog als alleinerziehende Mutter mit ihren Zwillingen bereits vor mehreren Jahren nach Österreich. Die Beziehung und der Kontakt zu ihren beiden erwachsenen Kindern ist diskontinuierlich und von Auseinandersetzung geprägt. Ansonsten verfügt sie über keine sozialen Kontakte. Zum Kindesvater der Zwillinge gab es nur in deren ersten beiden Lebensjahren eine aufrechte Beziehung, danach hat er den Kontakt abgebrochen und auch keine Unterhaltszahlungen an Frau T2 getätigt, somit war sie nicht nur Alleinerzieherin für die beiden Kinder, sondern auch Alleinverdienerin.

In Deutschland übte Frau T2 vor der Geburt ihrer Kinder stets gut bezahlte Jobs in angesehenen Firmen aus. Im Zuge von internationalen Kooperationen arbeitete die Befragte T2 meist mit Personen mit sehr hohem Einkommen zusammen und hatte dementsprechend häufig Berührungspunkte mit dem Konsum von Luxusgütern und dem Besuch von Veranstaltungen für vermögende Personen.

In der Lebensgeschichte von Frau T2 sind vor allem Beziehungsabbrüche, sexuelle Übergriffe und Alkohol als Kompensation fehlender sozialer Kontakte omnipräsent. So hat die Befragte über ihr Leben hinweg vielfache Erfahrungen mit Alkoholentzug und der Zusammenarbeit mit Professionist*innen, wie Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen, gemacht. Aktuell ist sie Substitutionspatientin beim *dialog*.

Frau T2 bezieht 1.001 Euro Pension aus Deutschland und 26 Euro aus Österreich. Mit ihrem Gesamteinkommen von 1.027 Euro liegt sie also unter dem Ausgleichszulagenrichtsatz für Ein-Personen-Haushalte, welcher 2024 bei 1.218 Euro liegt (vgl. ebd.).

4.1.3 Frau T3

Frau T3 lebt in einem Wohnheim für wohnungslose Personen in Wien und bewohnt dort eine Wohneinheit von 20 Quadratmeter, wo sie auch ihre Katze hält. Der Lebensgefährte von Frau T3 wohnt im gleichen Wohnheim, einen Stock darüber. Die beiden teilen sich ihre Wohneinheiten zu zweit, so ist es ihnen möglich jeweils einen Bereich zum Ruhen und Schlafen, sowie einen für Kochen und Aktivitäten zu haben.

Frau T3 hat Matura abgeschlossen und ein Studium zur Dolmetscherin begonnen. Die damals eingegangene Beziehung, der damit einhergehende Drogenkonsum sowie die schwierigen familiären Verhältnisse führten zu einem Abbruch des Studiums. Daraufhin hat Frau T3 Jobs mit geringem Einkommen angenommen und immer wieder schwarzgearbeitet.

Der Substanzkonsum zieht sich durch das Leben von Frau T3 und macht sich vor allem in ihren Partnerschaften bemerkbar. Zwei ihrer drei vorherigen Lebensgefährten sind an einer Überdosis gestorben und der dritte schlussendlich an Tuberkulose. Sie selbst hat von ihrer Jugend an durchgehend verschiedenste psychotrope Substanzen konsumiert, ist mittlerweile Substitutionspatientin beim *dialog* und verfügt zudem über regelmäßigen Beikonsum.

Die Befragte T3 bezieht 1.100 Euro Invaliditätspension und zusätzlich eine Ausgleichszulage, weshalb ihr Einkommen dem 2024 gültigen Ausgleichszulagenrichtsatz von 1.218 Euro für Ein-Personen-Haushalte entspricht (vgl. ebd.).

4.2 Inflation und Gesundheit

Im Folgenden wird die Auswirkung der aktuellen Inflation auf die Gesundheit der befragten Personen untersucht. Im ersten Teil werden Gesundheitsausgaben in Bezug auf physische Gesundheit im Versicherungskontext betrachtet und im zweiten wird das psychische Wohlbefinden der Interviewten thematisiert.

4.2.1 Gesundheitsdienstleistungen im Versicherungskontext

Aus den Interviews ergibt sich, dass alle drei Befragten rezeptgebührenbefreit sind. Dies ist vor allem für die Substitutionspatientinnen T2 und T3 von Bedeutung, da das wöchentlich mehrmalige Entrichten der Rezeptgebühr für Substitution, welche im Jahr 2024 bei 7,10 Euro pro Abgabeeinheit liegt (vgl. ÖGK o.A.), eine bedeutende zusätzliche finanzielle Belastung für die Frauen darstellen würde. Weiters ist davon auszugehen, dass mit dem steigendem Risiko für Komorbiditäten aufgrund des voranschreitenden Alters, wie auch Clapp et al. (2014:2861) darlegen, auch der reguläre Medikamentenbedarf für ältere Personen mit Suchterkrankung ansteigt. Als Beispiel kann die Angabe von Herrn T1 gewertet werden, der Kosten für Medikamente in einem Vergleich zur Situation in seinem Herkunftsland Polen betrachtet:

„Wissen Sie, ich freue mich sehr, wenn ich zu meinem Arzt gehe, der verschreibt mir Medikamente und ich muss viele Medikamente einnehmen. Ich nehme ein Rezept und in der Apotheke muss ich einfach für die Medikamente nicht bezahlen. In Polen müsste ich mit Sicherheit für die Medikamente viel Geld hinlegen“ (T1 2024:165-168).

Rezeptgebührenbefreite Personen sind weiters auch von einem Kostenbeitrag für eine medizinische Rehabilitation befreit (vgl. ÖGK o.A.). Diese Kostenanteilsbefreiung legt den Befragten folglich die Möglichkeit zur Rehabilitation offen und steht für sie daher nicht in Zusammenhang damit, ob Gesundheitsleistungen für sie aufgrund der Teuerung leistbar sind. Somit ist ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung der Betroffenen abgedeckt.

„Am Anfang Bett, //: Das war eh der Oberschenkelhalsbruch? // ja, Rollstuhl und Krücken und dann Reha und dann is' wieder gut gangan“ (T3 2024:400-402).

Grundsätzlich ist also festzustellen, dass die Befreiung der Rezeptgebühr für alle befragten Personen unabhängig von der aktuellen Inflation eine Absicherung zum Erhalt und zur Rehabilitation der eigenen Gesundheit durch jeweilige medizinische oder medikamentöse Behandlungen sicherstellt, sofern diese durch die Krankenversicherung abgedeckt werden.

Als gegenteiliges Phänomen dazu konnte in den Interviews beobachtet werden, dass keine der Personen zusätzliche Gesundheitsausgaben hat. Damit sind Leistungen gemeint, welche nicht von der Krankenversicherungen abgedeckt sind, wie beispielsweise das Aufsuchen von privat zu bezahlenden Fachärzt*innen. Diese zusätzlichen Ausgaben können sich die drei Befragten aufgrund ihres geringen Einkommens nicht leisten. Daraus ist zu schlussfolgern, dass die Betroffenen vollständig auf das öffentliche Gesundheitswesen angewiesen sind. Sie verfügen somit nicht über die Freiheit, Wahlärzt*innen zu besuchen, sondern müssen vielmehr mit langen Wartezeiten rechnen, wenn es sich nicht gerade um akute Erkrankungen handelt. Wie auch Clapp et al. (2014:2863) darlegen, ist der Zugang altersarmer Menschen zu

medizinischer Versorgung also insgesamt ein schlechterer, worüber beispielsweise auch die Aussagen der beiden befragten Frauen Auskunft geben:

„Ja, jetzt hab' ich angerufen im November und hob den Termin erst gekriegt für Ende April in der Darmambulanz bei den Barmherzigen Schwestern“ (T3 2024:590-591).

„Ähm, nein, weil ich's Geld nicht dazu hab .. Sonst wär' ich schon mal zum einen oder anderen Spezialisten gegangen“ (T2 2024:1520-1521).

So wurden beispielsweise auch Massagen auf Kosten der Krankenversicherung für eine der befragten Personen verschrieben, diese wurden aber nicht zur Gänze konsumiert, denn

„[d]ie haben fünf Minuten Zeit für einen, da sitzt `ne Stunde im Wartezimmer und in fünf Minuten, die sind ja so überarbeitet und so demotiviert, weil sie kein Geld bekommen, also danke, [...]“ (ebd.:1525-1527).

Das eben angeführte Beispiel anhand der Massage zeigt zusätzlich, dass durch das Angewiesen-Sein auf Versicherungsleistungen die Autonomie der betroffenen Personen verloren gehen kann. Indem Frau T2 die verschriebenen Massagen nicht vollständig konsumiert hat, zeigt sie ihre Unzufriedenheit gegenüber einer aus ihrer Sicht unzureichenden Gesundheitsdienstleistung. Ausreichend eigene finanzielle Mittel würden Personen mit Bedarf an bestimmten medizinischen Leistungen dazu befähigen, die Dienstleister*innen oder bestimmte Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Frequenz, Intervall, Art der Therapie und Ort, selbst zu bestimmen.

Offen bleibt in der Auseinandersetzung mit dem Einfluss der aktuellen Inflation auf die Gesundheit von armutsbetroffenen Personen jedoch die Frage, ob deren finanzielle Situation vor Einsetzen der Inflation insofern besser für die Betroffenen war, als dass ihnen zuvor mehr finanzielle Mittel für Gesundheitsaufwendungen zur Verfügung gestanden sind. Folgende Aussage von Frau T2 lässt keinen direkten Rückschluss darauf zu, dass die Teuerung einen direkten Output auf ihre Gesundheit hat:

„Und die Inflation hat natürlich jeden getroffen, aber ich hab' .. jetzt, vor der Inflation kein Geld gehabt, ich hab' 1.000€ Rente und hab danach oder jetzt auch, auch nix.“ (ebd.:960-962).

Jedoch deuten Äußerungen von den beiden anderen Befragten wie beispielsweise „Ahm, man versucht einfach ähm den Gürtel etwas enger zu schnallen“ (T1 2024:364) oder „Ja, es ist früher das Geld aus als sonst“ (T3 2024:692) durchaus darauf hin, dass nach Befriedigung der Grundbedürfnisse, wie beispielsweise Wohnen und Nahrung, am Ende des Monats ein kleinerer Betrag für den Konsum, der über das Notwendigste hinausgeht, übrigbleibt. Folglich schmälert dieser Umstand auch die Möglichkeit Gesundheitsausgaben, die sich außerhalb der Versicherungsleistungen befinden, zu tätigen und kann sich folglich negativ auf den Gesundheitszustand von altersarmen Personen mit Suchterkrankung auswirken.

4.2.2 Psychisches Wohlbefinden

Aus den Lebensgeschichten der Befragten in Bezug auf Einkommen und Besitz lässt sich ein Zusammenhang mit der aktuellen Zufriedenheit über die derzeitige Einkommens- und Lebenssituation im Alter erschließen, die sich wiederum auf das allgemeine Wohlergehen auswirkt.

Es zeigt sich, dass Herr T1 und Frau T3, welche bereits in ihrer vorherigen Lebensgeschichte einen niedrigeren ökonomischen Status aufgewiesen haben, ihre derzeitig monatlich zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und Unterstützungen zwar als problematisch gering ansehen, jedoch aktuell zufriedener im Alltag wirken als die dritte Befragte, Frau T3. Hinweise auf einen zuvor niedrigeren ökonomischen Status äußern sich beispielsweise durch die Migration von Herrn T1 nach Österreich, um die eigene finanzielle Situation zu verbessern aufgrund der schlechten Arbeitssituation in seinem Herkunftsland Polen oder auch durch Wohnverhältnisse von Frau T3, die in einer Gemeindebauwohnung gewohnt hat und mittlerweile seit 14 Jahren in einem betreuten Wohnheim für Wohnungslose lebt.

Die eben genannten Lebensumstände und Erfahrungen befähigen Herrn T1 und Frau T3 trotz geringem Einkommen zu einem besseren Umgang mit der aktuellen Inflation, da sie im Laufe ihres Lebens wiederholt mit finanziellen Herausforderungen konfrontiert waren und aufgrund dessen Kompetenzen entwickelt haben, wodurch die beiden Befragten finanzielle Not nicht direkt mit existenzieller Sorge gleichsetzen.

Wohingegen sich die Befragte T2, welche im Laufe ihres Lebens des öfteren Berührungspunkte mit dem Konsum von Luxusgütern und Veranstaltungen ökonomisch höher gestellten Personengruppen hatte, durchaus unglücklicher über ihre derzeitige (finanzielle) Lage zeigt. Hinsichtlich ihrer Zukunftsperspektive zeigt sich die Befragte merklich traurig, dies äußert sich, indem ihre Stimme beim Erzählen bricht. Dabei stehen Ängste im Vordergrund, beispielsweise dass die Betroffene aufgrund ihrer geringen Pension nicht mehr über die Mittel verfügen wird, die Welt zu bereisen, denn das wäre ein Traum ihrerseits. Auch habe sie Bedenken, dass sie aufgrund ihrer Einsamkeit am Broken-Heart-Syndrom leiden könnte. Dies deutet darauf hin, dass durch ihr niedriges Einkommen ihr subjektives Wohlbefinden geringer ist und gar mit der Sorge zu erkranken einhergeht.

Dieser Vergleich der bisherigen Lebensgeschichten in Anbetracht der Verfügbarkeit von finanziellen Mitteln spielt eine merkliche Rolle im Umgang mit der aktuellen Teuerung und deren Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden der befragten Personen.

Weiters können dahingehend Zusammenhänge mit den Freizeitbeschäftigungen der Betroffenen hergestellt werden. Die beiden Befragten, welche sich als zufriedener gezeigt haben, erwähnen mehrmals im Interview, dass sie gerne und oft Zeit mit Spazieren im Freien verbringen. Dabei handelt es sich um eine Beschäftigung, welche den Befragten Freude zu machen scheint, und vor allem auch kostenlos auszuführen ist. Dies bedeutet im weiteren Sinne auch, dass die Inflation der letzten Jahre keinen Einfluss auf die Aktivität genommen hat.

Im Gegensatz dazu spricht Frau T2, welche sich eher als unzufrieden zeigt, vermehrt darüber, welche Aktivitäten sie sich nun nicht mehr leisten kann. Sie nennt beispielsweise den Besuch von Konzerten, Essen gehen in Restaurants, aber auch zeigt sie sich merklich verletzt darüber, dass sie ihr Auto kürzlich verkaufen musste. Die eben genannten Aktivitäten und Güter, auf die Frau T2 verzichten muss, stellen vier der 13 Parameter dar, die per EU-Definition einen europäischen Mindestlebensstandard konzeptualisieren sollen, nämlich „(2) einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren, [...] (7) ein Auto zu besitzen, [...] (11) jede Woche einen kleinen Betrag für sich selbst auszugeben, (12) regelmäßig kostenpflichtige Freizeitaktivitäten auszuüben“ (Statistik Austria 2022:2).

Somit ist davon auszugehen, dass das Abhandensein dieser finanziellen Mittel und die damit einhergehenden fehlenden Möglichkeiten die Unzufriedenheit bei der Befragten auslösen. Alte Gewohnheiten von Frau T2, nämlich der Konsum von Luxusgütern, scheinen das Bild eines „guten Lebens“ für die Befragte geprägt zu haben. Hierin können auch deren Zukunftsängste begründet werden, nämlich, dass sie nie wieder ein Leben in finanzieller Unabhängigkeit und Selbstbestimmung leben kann. Diese Erkenntnisse finden sich auch bei Franzese (2020:36) wieder, nämlich dass durch psychologische Mechanismen, wie sozialem Vergleich oder dem Entwickeln von Zukunftsängsten, eine Verschlechterung der eigenen ökonomischen Situation als deutlich negativer von Betroffenen wahrgenommen wird als eine Verbesserung. Das hängt damit zusammen, dass der Wegfall des Konsums von Luxusartikeln und gewohnten Konsumgütern mit der Assoziation eines schlechteren Lebensstandards einhergeht (vgl. ebd.).

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass die Inflation vor allem Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit bzw. Gesundheit von altersarmen Menschen nimmt, indem sie durch frühere Erschöpfung der verfügbaren monatlichen Mittel einem Stress ausgesetzt werden, welcher direkt im Zusammenhang mit ihrer Existenz steht und sie so gezwungen sind, Wege zu finden, um effektiver zu wirtschaften. Zusätzlich muss davon ausgegangen werden, dass die Teuerung für Betroffene auch bedeutet, weniger Geld für Konsumgüter oder Dienstleistungen übrig zu haben, welche das Wohlbefinden positiv beeinflussen würden.

4.3 Soziale Netzwerke von armutsbetroffenen älteren Menschen mit Suchterkrankung

Bei der Exploration rund um die sozialen Kontakte zeigt sich bei zwei der drei Befragten, dass sie kaum welche haben. Herr T1 verbringt ausschließlich Zeit mit seiner Ehefrau und deren gemeinsamen Hund und Frau T2 verfügt nur über eine diskontinuierliche Beziehung zu ihren zwei Kindern. Somit bestätigt sich die Annahme von Clapp et al. (2014:141), dass mit zunehmenden Alter gleichsam soziale Schwierigkeiten einhergehen.

Frau T3 hingegen besitzt durch ihr Leben im sozialbetreuten Wohnheim regelmäßigen Kontakt zu den anderen Mitbewohner*innen und pflegt darüber hinaus stabil wirkende Freundschaften. Die von ihr genannten Sozialkontakte sind somit durch ihre Wohnform begründet.

In den folgenden Kapiteln werden die Ressourcen der sozialen Netzwerke für altersarme und suchterkrankte Personen sowie die mit den Sozialkontakten einhergehenden Risikofaktoren für Altersarmut und Suchterkrankung dargestellt.

4.3.1 Soziale Netzwerke und Altersarmut

In diesem Kapitel werden positive als auch negative Auswirkungen von sozialen Netzwerken in Bezug auf die Altersarmut der Befragten porträtiert.

4.3.1.1 Partnerschaften als Unterstützung für besseres Wirtschaften

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die Befragten T1 und T3, die sich in Partnerschaften befinden, monatlich geringere finanzielle Probleme haben als die alleinstehende Person T2. Die verpartnerten Personen leben und verwalten ihr Hausbudget jeweils zusammen. Das bedeutet, dass sowohl Wohnkosten als auch der Bedarf für das tägliche Leben gemeinsam bewältigt werden, wodurch monatlich weniger Ausgaben für die Einzelpersonen anfallen und beispielsweise auch außergewöhnliche finanzielle Belastungen einfacher zu bewältigen sind.

So behauptet Frau T3 sogar, dass es ihr seit dem Eintreten der Inflation finanziell besser gehe, da sie zu diesem Zeitpunkt mit ihrem Partner zusammengekommen sei. Er würde beispielsweise effizienter einkaufen und für sie kochen, wodurch die Befragte seit der Teuerung weniger Ausgaben für Lebensmittel aufwenden müsse als davor. Auch würde seine Erwachsenenvertretung monatlich Geld für ihn ansparen, wovon die Befragte ebenso profitieren würde (vgl. T3 2024:786-789).

Zudem haben auch die Lebenspartner*innen der Befragten T1 und T3 jeweils ein niedriges Einkommen, wodurch in Hinblick auf finanzielle Herausforderungen viel eher ein „Wir-Gefühl“ entsteht, wohingegen die alleinstehende Frau T2 sich damit allein fühlt:

„Das ist eine sehr schwere Frage. Weil meine Schwester weiß, dass ich kein Geld hab', meine Kinder wissen, dass ich kein Geld hab'. [...] <Tochter> hat noch nicht ein einziges Mal g'sagt ‚Mama, soll ich dir mal 50 Euro schicken?'. Noch nie“ (T2 2024:1066-1070).

Somit zeichnet sich ab, dass (fehlende) finanzielle Unterstützungen aus dem sozialen Umfeld Einfluss auf die Betroffenen nehmen. Dieses Thema wird im folgenden Kapitel bearbeitet.

4.3.1.2 Einfluss (fehlender) finanzieller Unterstützung auf Betroffene

Die eben angeführte Interviewpassage repräsentiert den Unmut, welchen Frau T2 gegenüber ihrer Familie, die über ihre finanzielle Not zwar Bescheid wisse, jedoch aus unbestimmten Gründen keine Hilfe anbieten würde, hat. Diese Enttäuschung könnte einer nicht vorhandenen Reziprozität entspringen, da Frau T2 bereits als Kind den krankheitsbedingten Leistungsausfall ihrer Schwester in der Landwirtschaft ihrer Eltern als auch die fehlenden Unterhaltszahlungen des Kindesvaters für die Kinder alleine kompensieren musste. Dass die befragte Alleinerzieherin auch Alleinverdienerin war, wird als maßgeblicher Faktor für das Bestehen ihrer Altersarmut angesehen, was, wie das nachstehende Zitat zeigt, die Erwartungshaltung gegenüber ihren Kindern verstärkt:

„Ich hab` alles gemacht für die Kinder, Gottes Willen, was hab ich alles für die Kinder gemacht, dass sie studieren konnten, Irland haben sie studiert. Alles hab` ich wirklich gemacht, gearbeitet wie ein Tier, damit die ja alles ... alles passt immer“ (ebd.:937-939).

Auf Basis der Interviews zeigt sich, dass die Inanspruchnahme von privaten finanziellen Unterstützungen nicht nur mit Scham einhergeht, sondern auch mit einer Machtausübung seitens der unterstützenden gegenüber der Hilfe empfangenden Person. Dieser Umstand grenzt die Autonomie der betroffenen Person wesentlich ein, indem durch die Abhängigkeit des armutsbetroffenen Menschen ein bestimmtes Verhalten hervorgerufen werden kann beziehungsweise unerwünschte Handlungen mit Zahlungsstopps sanktioniert werden können, was sich ebenfalls anhand der Angaben im Gespräch mit Frau T2 zeigt:

„Also grundsätzlich muss man das immer im Paket sehen, weil meine Wohnung zahlt mein Sohn. ... Und das gibt ihm natürlich auch die Macht über mich, er hat auch anfangs ein paarmal gesagt ‚Du, wenn du so weiter machst, dann stell ich die Zahlungen ein‘, das hat er ein paarmal gesagt. Das hat mich sehr getroffen“ (ebd.:956-959).

Abgesehen von den Mietzahlungen, welche von dem Sohn von Frau T2 übernommen werden, erhält keine der befragten Personen finanzielle Unterstützung von Familie oder Freund*innen.

Die Unwilligkeit, sich dem finanziellen Einfluss anderer Personen zu unterwerfen, könnte neben den bestehenden Partnerschaften, fehlender Zahlungsbereitschaft im Angehörigenkreis oder der Schambehaftung nach Geld zu fragen, ein Grund sein, weshalb Herr T1 und Frau T3 keine finanziellen Unterstützungen von ihrem sozialen Umfeld erhalten bzw. annehmen wollen. Somit ist darauf zu schließen, dass die Befragten trotz ihres geringen Einkommens ihrer finanziellen Autonomie große Wichtigkeit zuschreiben, was sich wiederum positiv auf deren psychisches Wohlbefinden auswirkt, denn wie zuvor bereits ersichtlich wurde, zeigt sich Frau T2 unglücklich über die Handhabe ihres Sohnes durch seine Zahlungsfähigkeit ihr gegenüber.

Die eben angeführten Interviewabschnitte repräsentieren den Umstand, dass die finanzielle Beihilfe des Sohns zwar hilft, um „zu überleben“, jedoch keine nachhaltige Unterstützung zur Bewältigung der Altersarmut bietet, da das subjektive Armutsgefühl der Befragten dennoch aufrecht bleibt beziehungsweise sich von „kein Geld haben“ hin zu „kein *eigenes* Geld haben“ verschiebt.

Einerseits kritisiert Frau T2 ihre Kinder, vor allem die Tochter, für ihre fehlende Bereitschaft zur finanziellen Unterstützung und andererseits zeigt sich die Befragte unzufrieden über das ungleiche Machtverhältnis, welches genau aus jenem Geld-Geben des Sohnes entspringt. Auf Basis der Analyseergebnisse zeigt sich, dass die Einsamkeit der Betroffenen T2 mit den widersprüchlichen Erwartungen an ihre Kinder eine bedeutende Rolle spielt. Ihre Unzufriedenheit gegenüber den Kindern steht in ihren Erzählungen konstant in Verbindung mit dem Gefühl, nicht gesehen zu werden bzw. zu wenig Aufmerksamkeit von den Kindern zu bekommen. So führt die Analyse zu dem Schluss, dass trotz den armutsbedingten Belastungen emotionale Zuwendungen nicht durch finanzielle Unterstützung ersetzt werden können, sondern vielmehr finanzielle Unabhängigkeit und das Engagement des sozialen Umfelds unabhängig voneinander von Bedeutung für die Betroffenen sind.

4.3.1.3 Wohnformen als Faktor für bzw. gegen sozialen Isolation

Die beiden Personen ohne Sozialkontakte, Herr T1 und Frau T2, leben jeweils in einer eigenen Wohnung, was darauf hindeuten könnte, dass es dadurch schwerer fällt, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen. Die fehlenden finanziellen Mittel der Befragten hemmen zudem ebenso die Eigeninitiative, da sie somit mehr auf kostenlose Angebote angewiesen sind, deren Inanspruchnahme durch die Betroffenen weiters durchaus mit Scham verbunden sein kann. Eben auch diese beiden Personen, Herr T1 und Frau T2, nutzen das Angebot eines Kulturpasses nicht, obwohl der Anspruch darauf gegeben wäre. Das Besuchen von Events über den Kulturpass würde eine Möglichkeit darstellen, um mehr soziale Inklusion bei den Befragten zu erreichen und folglich soziale Kontakte zu knüpfen und erhalten. Die beiden Befragten zeigen im Interview Interesse an dem Angebot des Kulturpasses, wodurch davon auszugehen ist, dass sie sich derzeit eigenständig nicht von ihrer sozialen Isolation entfernen können und dem Besuchen von kulturellen Angeboten durchaus offen gegenüberstehen.

Die dritte Befragte hingegen, Frau T3, bewohnt ein sozialbetreutes Wohnheim für wohnungslose Personen und besitzt bzw. nützt den Kulturpass aufgrund der sozialarbeiterischen Unterstützung in der Einrichtung. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass die dort lebenden Menschen vor allem aus finanzieller Sicht sich in einer ähnlichen Situation befinden, wie Frau T3, wodurch ein gewisses Zusammengehörigkeitsgefühl entsteht. Berührungspunkte der Befragten im Zusammenleben mit den anderen Mitbewohner*innen sind vor allem die gemeinsame Pflege der dort lebenden Haustiere oder das Kochen beziehungsweise Essen in Gemeinschaft. Diese Tätigkeiten weisen auf ein gutes und kollegiales Zusammenleben in der Einrichtung hin. Im Interview entsteht zudem durch die Erzählungen der Befragten der Eindruck eines Miteinanders und eines starken Zusammenhalts unter den Bewohner*innen der Einrichtung. Das Teilen von und der Austausch über Armutserfahrungen können der Betroffenen helfen, neue Perspektiven auf die eigene Lage und neue Kompensations- und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

In Anbetracht dessen kann der paradoxe Umstand festgestellt werden, dass das Leben in einer sozialbetreuten Einrichtung, welche ein „Leben in Armut“ bzw. eine prekäre sozioökonomische Lage der Bewohner*innen voraussetzt, die armutsbedingte Isolation, welche bei den anderen beiden Befragten T1 und T2 erkannt wurde, zumindest teilweise kompensiert.

4.3.1.4 Haustiere zur Abwendung armutsbedingter sozialer Isolation

Auffallend ist der hohe Stellenwert, den die zwei Befragten T1 und T3 der Beziehung zu ihren Haustieren zuschreiben. Dies äußert sich vor allem dadurch, dass die Tiere im Gespräch immer wieder in verschiedenen Kontexten genannt werden. Die Haustiere rufen bei den Besitzer*innen ein Verantwortungsbewusstsein hervor und sorgen gleichsam für eine tägliche Routine. Während Frau T3 regelmäßig mit dem Hund eines Mitbewohners im Wohnhaus spazieren geht und das Tier somit als Mittel für soziale Interaktion nutzt, fungiert der Hund für Herrn T1 eher als Kompensation, wenn seine Ehefrau mit ihren Freundinnen unterwegs ist. Herr T1 hat, anders als seine Lebenspartnerin, selbst keine sozialen Kontakte, wodurch das Haustier als sozialer Gefährte gesehen werden und somit der Einsamkeit entgegenwirken kann.

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch bei Wesenberg und Nestmann (2023:62) wider, welche die förderlichen Aspekte von Haustieren für Nutzer*innen der Sozialen Arbeit beschreiben. Die Haustiere reduzieren einerseits das Gefühl von Einsamkeit bei den Besitzer*innen und fördern andererseits auch indirekt zwischenmenschliche Beziehungen, indem sie als Kontaktvermittler zwischen Besitzer*innen beziehungsweise Interessent*innen fungieren. Beispielsweise erhöhen Haustiere die Kontakthäufigkeit zu anderen Menschen und initiieren vermehrt Gespräche, welche sich vielmehr auf das jeweilige Tier beziehen und weniger auf negativ behaftete Themen, wie beispielsweise über Krankheiten (vgl. ebd.). Die häufigeren Menschenkontakte und die Tiergespräche zeichnen sich auch eindeutig im Interview mit Frau T3 ab, die beim Sprechen über ihre Haustiere deutlich glücklicher wirkt und insgesamt, wie auch der Tierbesitzer Herr T1, weniger klagt als Frau T2, bei der sich im Laufe des Interviews mehrfach herausstellt, dass sie sich einsam fühlt.

Allerdings ist neben den positiven Auswirkungen von Haustieren auf das emotionale Wohlbefinden festzuhalten, dass die artgerechte Haltung und Versorgung der Tiere gleichzeitig wiederkehrenden bzw. dauerhaften finanziellen Aufwand bedürfen, welcher sich als Herausforderung für von Armut betroffene Personen herausstellen kann. Wesenberg und Nestmann (2023:63) legen dar, dass prekäre sozioökonomische Bedingungen der Klient*innen auch dazu führen können, dass die erforderliche veterinärmedizinische Behandlung für deren Haustiere nicht immer gewährleistet werden kann. Nichtsdestotrotz ist auf Basis der Analyseergebnisse davon auszugehen, dass die Befragten sich der finanziellen Verantwortung über die Tiere bewusst sind und der emotionale Wert der Haustiere größer ist als die damit einhergehenden Einbußen in anderen Lebensbereichen der Befragten. Folgende Interviewpassagen repräsentieren die eindeutige Priorisierung von Frau T3, die das Wohl ihrer Katze garantieren soll:

„Also ihm ist es wichtig, dass immer ein Essen Zuhause war. Das war mir eigentlich nie wichtig, mir war wichtig, ich hab‘ Katzenfutter genug, Tabak genug [...]“ (T3 2024:678-679).

„Also ich geb‘ mein Geld zuerst einmal aus, also ich schau, dass genug Katzenfutter da ist, dass Katzensand vorhanden ist, dass das nicht ausgehen kann [...]“ (ebd.:1374-1375).

Darüber hinaus führt Frau T3 regelmäßig die Hunde von anderen Heimmitbewohner*innen aus, wodurch ihr zwar keine zusätzlichen finanziellen Belastungen entstehen, sie aber trotzdem die oben genannten Vorteile, nämlich den Kontakt zu den Besitzer*innen und die Gesellschaft durch das Tier, genießen kann.

So kann zusammengefasst festgestellt werden, dass die Haustiere zwar nicht konkret der Abwendung der Armutproblematik der Befragten beitragen, sondern eher eine zusätzliche finanzielle Belastung darstellen, jedoch einen bedeutenden sozialen Faktor im Leben von armutsgefährdeten älteren Menschen spielen und somit eine wichtige Funktion gegen Einsamkeit und zur Kontaktstiftung innehaben.

4.3.2 Soziale Netzwerke und Suchterkrankung

Auf Basis der Interviews zeigt sich deutlich, dass das soziale Netzwerk von Betroffenen einen relevanten Einfluss auf deren Suchterkrankung haben. In den folgenden Kapiteln soll diese aus der Analyse gewonnene Erkenntnis dargelegt werden.

4.3.2.1 Extrinsische Motivation durch Familienmitglieder

Bei den Befragten T1 und T3, die sich in Lebensgemeinschaften befinden, zeigt sich durchaus eine Motivation abstinent zu sein bzw. Beikonsum zu vermeiden. Diese Motivation erstreckt sich aus der Anteilnahme der Partner*innen bezüglich der Gesundheit und des Wohlbefindens der Interviewten, wie folgende Interviewpassage zeigt:

„Ja, also mein Lebensgefährte möchte halt, dass ich möglichst keinen Beikonsum hab wieder mal, weil Geburtstag hab' ich ordentlich gefeiert. Und ja .. ich versteh's eh. Aber ich leb irgendwie so, dass ich, weiß nicht, ob das noch lang alles gut geht. Keine Ahnung, mir ist das .. Ich möchte im Tag leben und nicht so voraus. Deswegen ich leg weniger Wert nur auf meine Gesundheit zu achten. Er schaut halt, er ist halt besorgter um mich, er will mich länger haben, er ist jünger (lacht)“ (ebd.:1029-1034).

Stein und Geraedts (2017:1261) legen dar, dass der zusätzliche Konsum von Substanzen aufgrund von Wechselwirkungen mit dem Substitut oder dem Stoffwechsel potenziell gefährlich für die konsumierende Person sein kann. Somit erweisen sich die Anliegen zur Unterlassung des Beikonsums der Lebensgefährt*innen als positiv auf die beiden verpartnerten Befragten, da durch den von ihnen indirekt initiierten geringeren Substanzkonsum etwa gesundheitliche Risiken, welche durch das gleichzeitige Konsumieren von verschiedenen psychotropen Substanzen verursacht werden, verringert werden können.

Einen ähnlichen Effekt erzielt das Desinteresse der Kinder hinsichtlich der Suchterkrankung von Frau T2. Die mögliche Abwendung ihrer Kinder als Folge von unkontrolliertem Konsum erzeugt bei der Betroffenen Angst vor Einsamkeit, aus welcher heraus sie aktiv nach Hilfe sucht:

„Mich hat dann auch mal einer angesprochen, wo man Codein sich besorgen kann. Dann hab' ich gedacht: ‚Wenn ich da lande, dann ist's aus. DA reden meine Kinder kein Wort mehr mit mir‘ und dann hat meine Hausärztin, bin ich zu der gegangen, hab gesagt ‚Ich muss irgendwie, ich muss irgendwie da raus‘ [...]“ (T2 2024:1147-1151).

Dieser Prozess des Hilfe-Suchens wurde also extrinsisch initiiert, weil die Betroffene nicht die Achtung ihrer Kinder verlieren wollte. Somit hat ihr soziales Umfeld beigetragen, wenn auch unbewusst, dass Frau T2 sich zuerst an eine Suchteinrichtung gewandt und folglich einer suchtspezifischen Behandlung unterzogen hat, welche einen kontrollierten und sicheren Konsum in Form einer Substitutionstherapie erlaubt. Ein aktives Zutun der Kinder war nicht notwendig, da die interviewte Frau der Beziehung zu ihrer Tochter und ihrem Sohn so viel Wichtigkeit beimisst, dass sie sich freiwillig einer kontrollierenden Instanz unterstellt hat, um so einen möglichen Beziehungsabbruch von ihren Kindern zu vermeiden.

4.3.2.2 Soziales Netzwerk als konsumfördernder Faktor

Während sich in Anbetracht der soziale Kontakte die Wohnhaftigkeit von Frau T3 in einem Wohnhaus für Wohnungslose als überwiegend positiv dargestellt hat, stellt die Einrichtung gleichzeitig einen Ort dar, an dem vermehrt psychotrope Substanzen konsumiert werden. Die Interviewte lässt sich wiederkehrend auf den gemeinsamen Substanzkonsum, und somit mit anderen Hausbewohner*innen „eine Line zu ziehen“ (T3 2024:1051), ein. Die Befragte hält es für vertretbar, regelmäßigen Beikonsum zu haben. Diese Haltung könnte in Zusammenhang mit den immer wiederkehrenden Gesprächen über den oder mit dem tatsächlichen Konsum abseits der Substitution im Wohnheim stehen. Der gängige Konsum im Wohnhaus wird als normalisiert dargestellt, wodurch die Befragte darauf hinausläuft, Beikonsum zu ihrer Substitution zu verharmlosen, wodurch die Hemmschwelle sinkt und das Gesundheitsrisiko steigt. So gibt Frau T3 im Interview an:

„Naja, einer im Haus würd' mich immer einladen auf eine Nase Koks oder so und ich hab' halt immer leicht ‚Ja‘ gesagt. Jetzt hab' ich mir vorgenommen für den Jänner mal ‚Nein‘ zu sagen und die nächste Zeit (lacht). Aber sonst, nicht so dramatisch, einmal in der Woche eine Line zu ziehen, sonst hab' ich nicht das Bedürfnis was zu kaufen“ (T3 2024:1050-1051).

In der Lebensgeschichte von Frau T2 zeigt sich, dass es immer wieder zu Enttäuschungen im Zusammenhang mit persönlichen Beziehungen gekommen war. Im Interview betitelt Frau T2 dieses wiederkehrende Ereignis als „roten Faden“ (T2 2024:117), der sich durch ihr Leben ziehe. Aus kontextueller Sicht kann das Nicht-Vorhanden sein von Sozialkontakten, bewusst oder auch unbewusst, als Schutz vor weiteren Enttäuschungen eingeordnet werden. An dieser Stelle kann der Konsum von Substanzen als „zuverlässiger Wegbegleiter“ gedeutet werden, welcher sich bei der befragten Frau vor allem in Zeiten der sozialen Isolation als besonders hilfreiche Kompensationsstrategie zeigt. So kann der Alkohol für die Betroffene ein Mittel darstellen, welches nicht an bestimmte Bedingungen, wie beispielsweise Reziprozität oder persönliche Zuwendung anderer Menschen geknüpft ist.

Nach der Analyse der Interviewergebnisse bleibt in diesem Zusammenhang dennoch die Frage offen, inwiefern die Absenz von Sozialkontakten und der Konsum von Substanzen einander bedingen, genauer betrachtet also, ob die Betroffenen die fehlenden sozialen Interaktionen versuchen mit Substanzkonsum zu kompensieren oder ob der Konsum der Grund für die mangelnde Fähigkeit in Beziehungen zu treten ist.

4.3.2.3 Routine und Stabilität

Auf Basis der Analyseergebnisse zeigt sich, dass sich tägliche oder wöchentliche Routinen als besonders förderlich für die Befragten erweisen, denn diese bieten Stabilität im Alltag, welche sich vor allem mit dem Umgang mit deren Suchterkrankung als maßgeblich erweist. Durch immer wiederkehrende Aufgaben oder Kontakte mit bestimmten Berufsgruppen, wie beispielsweise Apothekengänge oder Termine mit Sozialarbeiter*innen, entsteht eine Sicherheit bzw. Stabilität, wodurch suchtfördernde Faktoren weitgehend vermieden werden können, denn im Gespräch mit den Betroffenen zeigt sich, dass Unsicherheiten und Überforderungen vermehrt zu einem (unkontrollierten) Substanzkonsum verleiten. Durch die Routinen der Befragten werden beispielsweise die Substitution regelmäßig eingenommen und so kontrolliert konsumiert oder auch kontinuierliche Beziehungen zu Professionist*innen

aufgebaut, welche sich für die Befragten durchgehend als unterstützend und hilfreich erweisen.

Bei den zwei Substitutionspatientinnen, Frau T2 und T3, zieht sich der Gang in die Apotheke als maßgeblicher Faktor für Stabilität im Alltag durch. Aufgrund ihrer Teilnahme in einem Substitutionsprogramm müssen die beiden Frauen mehrmals in der Woche ihre Apotheke aufsuchen, um ihre Medikamente abzuholen, weshalb die Apothekengänge eine Grundstruktur in der Wochenplanung der Befragten bilden. Frau T2 schildert dazu folgendes:

„Also die typische Woche ist normal reglementiert durch die Medikamentierung. Das heißt ich muss Montag, Mittwoch, Freitag bei der Apotheke aufschlagen und hol da meine Medikamente“ (ebd.:752-754).

Zudem zeigt sich, dass Routinen vor allem dann als besonders positiv von den Befragten erachtet werden, wenn diese sich als unentbehrlich erweisen, weil sie sich beispielsweise auf die eigene Gesundheit durch die Einnahme von Medikamenten oder das Wohlbefinden ihres Haustiers auswirken. Diese Notwendigkeiten erzeugen bei den Betroffenen eine Motivation, wodurch sie diese Routinen auch an schlechten Tagen schaffen. Dies geht in manchen Situationen sogar so weit, dass die Befragten diese Routinen bewusst als Methode nützen, um ihr Wohlbefinden kontinuierlich aufrecht zu erhalten:

„Im Sommer war ich überhaupt nicht fit, da hab' ich mir absichtlich ausgemacht beim Arzt, dass ich dreimal in der Woche in die Apotheke geh und nicht weniger, dass ich rausgehen muss, hab mir eine schöne ausgesucht, [...]“ (T3 2024:446-440).

Ähnlich legt auch Hiller (2015:226) dar, dass regelmäßige Arztbesuche älteren Menschen helfen können eine Tagesstruktur zu etablieren, die sich wiederum positiv auf ihr Wohlbefinden auswirken, indem sie ihnen Sicherheit geben und Einsamkeit erträglicher machen. Diese Beobachtung zeigt sich auch im folgenden Kapitel.

4.3.2.4 Kontakt zu Professionist*innen

Eine Gemeinsamkeit, welche alle drei Befragten teilen, stellt der Kontakt zu Professionist*innen aufgrund ihrer Suchterkrankung dar. Die Interviewten stehen vor allem aufgrund der Anbindung an den *dialog* regelmäßig und intensiv in Kontakt mit Mediziner*innen und Sozialarbeiter*innen. Darüber hinaus werden Frau T2 und T3 zusätzlich wöchentlich auch psychologisch bzw. psychotherapeutisch begleitet. Zum Ablauf einer typischen Woche äußert Frau T2:

„[...] , dann geh ich dienstags zur Therapie zur Frau Doktor <Name> und mittwochs oder freitags zu Herrn <Betreuer>“ (T2 2024:758-760).

Diesen Treffen stehen alle drei Befragten positiv gegenüber, denn es ist davon auszugehen, dass diese Termine durch das Angebot an psychosozialer Unterstützung als entlastend von den Betroffenen gewertet werden. Zudem trägt diese Regelmäßigkeit an Kontakten zu einem kontinuierlichen Aufbau und Erhalt der Beziehung bei, wodurch das Gefühl von Einsamkeit bei den Betroffenen verringert wird. Frau T2 hat so bessere Erfahrungen im Zusammenhang mit Beziehungskontinuität gemacht und neues Vertrauen schöpfen können, denn in ihrer Lebensgeschichte zieht sich ein „roter Faden“ (ebd.:117) der Beziehungsabbrüche durch.

4.3.2.5 Einfluss von Haustieren auf Konsumverhalten

Einen Effekt zur Reduzierung des Konsums kann der Besitz von Haustieren erzielen. Frau T3 raucht aus Rücksicht auf die Gesundheit ihrer Katze weniger bzw. nicht mehr in der Wohnung. Der Besitz des Haustieres ruft bei der Befragten also ein Verantwortungsbewusstsein hervor, welches das Wohlbefinden der Katzen über ihren gewohnten Konsum in ihrer Wohnung stellt.

Der Besitz des Haustieres erweist sich sowohl bei Herrn T1 als auch bei Frau T3 als weitere soziale Komponente, welches sie in ihrem Alltag begleitet. Hinzu kommt, dass durch die Verantwortung, die bei den Besitzer*innen für das Tier entsteht, neben der Fremdfürsorge für das Tier, gleichzeitig ein Sinn für Selbstfürsorge entsteht, denn nur indem der*die Besitzer*in in einem verantwortungsvollen und sicheren Rahmen konsumiert und sich somit selbst schützt, kann er*sie auch weiterhin gut für das Haustier sorgen.

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch bei Wesenberg und Nestmann (2023:61) wider, denn diese legen dar, dass der Besitz eines Haustiers eine Möglichkeit der Verantwortungsübernahme ist und den Besitzer*innen ein Gefühl des Gebrauchtwerdens vermittelt. So werden die Besitzer*innen der Heimtiere auf ihre eigenen Kräfte und Ressourcen sensibilisiert, können damit Selbstwirksamkeit erfahren „und werden zudem aktiviert und ‚gezwungen‘, ihre Bewältigungskompetenzen zu mobilisieren und zu erleben“ (Beetz 2009 zit. in ebd.).

4.4 Zusammenspiel Altersarmut und Sucht

Im folgenden Kapitel werden die aus der Analyse gewonnenen Zusammenhänge zwischen Altersarmut und Suchterkrankung aufgezeigt. Zuerst wird ein langanhaltender Drogenkonsum in der Biografie Betroffener als eine Ursache für Altersarmut dargelegt. Danach wird der mit einer Suchterkrankung einhergehende Beikonsum als zusätzliche finanzielle Belastung für altersarme Menschen thematisiert und zuletzt erfolgt eine Auseinandersetzung mit Sucht als Kompensationsstrategie gegen Armutserfahrungen.

4.4.1 Fortgesetzter Drogenkonsum als Ursache für Altersarmut

Auf Basis der geführten Interviews zeigt sich, dass ein über einen langen Zeitraum anhaltender Drogenkonsum in der Biografie von älteren Menschen auf das Entstehen von Altersarmut zurückzuführen sein kann. Unabhängig von Schulabschluss oder Ausbildung zeigt sich, dass der Konsum von Substanzen markante Ereignisse in der Erwerbsbiografie markiert, wie beispielsweise den Studienabbruch bei Frau T3 oder einen drohenden Jobverlust bei Frau T2. Hinzu kommen die sozialen Netzwerke, welche sich mit dem Konsum von Substanzen etablieren, nach Aussagen der Befragten tendenziell weniger Motivation für Beruf und Ausbildung zeigen, weshalb Betroffene unter Umständen dazu tendieren, ihrer beruflichen Karriere weniger Aufmerksamkeit zu schenken. Daraus ergeben sich Anstellungsverhältnisse mit schlechter Bezahlung oder gar ohne Registrierung bei den Behörden sowie fehlendem Versicherungsschutz, wie bei dem Befragten T1. Dementsprechend fallen auch die einbezahlten Pensionsversicherungsbeiträge klein beziehungsweise ganz aus, was wiederum eine Erklärung für das geringe Einkommen im Alter ist.

4.4.2 Beikonsum als finanzielle Belastung

Eine der beiden befragten Substitutionspatientinnen, Frau T3, verfügt über Beikonsum, welcher als beträchtliche zusätzliche finanzielle Herausforderung für die armutsgefährdete Person gesehen werden kann. Den regelmäßigen Konsum von Cannabis stuft die Betroffene als ihr bestes Beruhigungsmittel ein, weshalb sie auch nicht damit aufhören möchte und lieber mit der finanziellen Belastung lebt.

Zudem berichtet Frau T3 vom gelegentlichen Konsum anderer psychotroper Substanzen, wie beispielsweise Kokain oder Amphetamin. Diesbezüglich zeigt sich, dass ihre Einstellung zu ihrem geringen Einkommen deutlich mit ihrem Substanzkonsum zu tun hat. In der folgenden Interviewpassage äußert Frau T3 ihre finanzielle Notlage als einzigen Grund für ihr geringes Wohlbefinden:

„Ja, im Augenblick kann ich sagen, geht's mir gut, ja. [...] Bis auf das, dass Jänner finanziell immer der schlimmste Monat ist. Ich bin schon seit einer Woche pleite, ich wart nurmehr am Ersten“ (T3 2024:542-547).

Wird die Geldknappheit jedoch in Zusammenhang mit dem vorgegangenem Substanzkonsum gestellt, so zeigt sich im Interview zu einem späteren Zeitpunkt deutlich, dass die Betroffene die finanziellen Einbußen nicht als negativ betitelt, sondern vielmehr bereit dazu ist, diese zu tragen:

„Mhm, na Jänner ist immer das mühsamste Monat im Jahr, das anstrengendste. Weil erstens ist mein Geburtstag davor, da hab ich das Geld schon bekommen für Jänner, schon am Konto gehabt. Das war ein Freitag, Silvester, der Erste ist Feiertag, krieg ich meistens zu meinem Geburtstag schon und ja, da hab' ich halt gefeiert mein Gott, na, da war mit das egal und manchmal ist mir das egal eben und dann hab ich halt nachher ein bisschen weniger, das ist auch nicht so schlimm, halt ich auch gut aus, ja (lacht)“ (ebd.:1464-1469).

An dieser Stelle erfolgt also eine eindeutige Priorisierung der monatlichen verfügbaren finanziellen Mittel für den Konsum von Substanzen, welche für einen Akt der Autonomie im Alltag der Befragten T3 steht. Wie zuvor bereits erwähnt, zeichnet sich aus den Ergebnissen der Analyse die Wichtigkeit von Autonomie für die befragten Personen ab. So verfügt Frau T3 über ein geringes Einkommen und bekennt sich zwar klagend dazu, jedoch zeigt sich die Befragte, wie letztere Interviewpassage offenlegt, deutlich zufriedener, wenn das Abhandensein finanzieller Mittel direkt im Zusammenhang mit einer von ihr bewusst getroffenen Entscheidung, also dem Erleben von Autonomie, steht.

4.4.3 Sucht als Kompensation für Armutserfahrungen

Während die Suchterkrankung aufgrund der hohen Kosten einerseits einen befördernden Faktor für die Altersarmut Betroffener bedeutet, lässt sich aus der gegenteiligen Perspektive die Hypothese aufstellen, dass der Substanzkonsum eine Bewältigungsstrategie für Armutserfahrungen im Alter darstellt. Vor allem Frau T3 verbindet mit ihrer Substitution und Beikonsum hauptsächlich Positives, wie Möglichkeiten zur Entspannung, Gemeinschaft oder Partys. So bedeutet für die Befragte T3 der Konsum von Substanzen, sich selbst etwas zu

gönnen und sich damit Gutes zu tun. Die im vorherigen Kapitel beschriebene erlebte Autonomie wirkt sich folglich positiv auf ihr subjektives psychisches Wohlbefinden aus. Diese Erkenntnisse führen auf Basis der Analyse zu dem Schluss, dass die von Altersarmut betroffene Frau sich so eine Option bereithält, neben den täglichen Herausforderungen und Anstrengung, die mit ihrer Geldknappheit einhergehen, positiv konnotierte Momente zu erleben, da sie sich ansonsten neben den zusätzlichen Ausgaben für Suchtmittel keine Gegenstände oder Dienstleistungen leistet, welche sich förderlich auf ihr Wohlbefinden auswirken würden. So stellt das Benommen sein nach der Einnahme von psychotropen Substanzen im weiteren Sinne für die Betroffenen eine Möglichkeit dar, der Realität des Lebens in Armut zu entkommen und das Gefühl zu verringern, den schier unbewältigbaren Anforderungen des Lebens ausgeliefert zu sein.

5 Resümee

Nachfolgend werden die in Kapitel 2.2 aufgestellten Haupt- und Subforschungsfragen mit einer pointierten Zusammenschau der Ergebnisse beantwortet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die gleichzeitige Betroffenheit von Altersarmut und Suchterkrankung eine Herausforderung beim Eruiieren der eigentlichen Ursachen von bestimmten Missständen, wie beispielsweise fehlender sozialer Teilhabe oder psychischen Belastungen, darstellt. Dadurch verschwimmen die Grenzen zwischen den Auswirkungen von Altersarmut und Sucht oftmals. Demnach stellt sich im Laufe der Bearbeitung der Forschungsfragen wiederkehrend heraus, dass Suchterkrankungen, Gesundheit und Armutsbetroffenheit in den Lebensrealitäten Betroffener unumgänglich miteinander in Beziehung stehen und sich fortwährend gegenseitig beeinflussen. Des Weiteren kommt die Auseinandersetzung mit den Aspekten Inflation und soziale Netzwerke zu folgenden Erkenntnissen:

- Welchen Einfluss haben die Auswirkungen der aktuellen Inflation auf das subjektive Gesundheits- und Krankheitsbefinden von älteren Personen mit Suchterkrankung?

Ein zentrales Ergebnis in der Bearbeitung dieses Aspekts stellt die Erkenntnis dar, dass sich die aktuelle Inflation primär negativ auf die psychische Gesundheit der Befragten auswirkt. Höhere finanzielle Ausgaben mit gleichbleibenden Einkommen zu leisten, setzt altersarme Menschen unter Stress, bereitet ihnen existenzielle Sorgen und zwingt sie, Strategien für effektiveres Wirtschaften zu entwickeln, worunter ihr psychisches Wohlbefinden leidet.

Zwar zeigt sich auch, dass durch die Teuerung Ausgaben für die physische Gesundheit weiter in den Hintergrund gerückt sind, diese waren jedoch für die befragten Personen bereits vor Einsetzen der Inflation aufgrund ihres unzureichenden Einkommens von geringer Relevanz. Somit wird festgehalten, dass der ohnehin bereits bestandene armutsbedingte schlechte Zugang zu Gesundheitsleistungen älterer suchterkrankter Menschen durch die Inflation nochmals verstärkt bzw. manifestiert wird.

- Welche Rollen spielen soziale Netzwerke bei der Bewältigung von Altersarmut und Suchterkrankung älterer Menschen?

Auf Basis der geführten Interviews kann festgestellt werden, dass die sozialen Netzwerke der Befragten den Personen nicht bei der Bewältigung von Altersarmut helfen, sondern vielmehr für ein „Überleben“ sorgen. Finanzielle Unterstützungen erhalten die Betroffenen insofern, als dass sie ihren monatlichen Lebensbedarf besser abdecken können, jedoch tragen diese Hilfen nicht nachhaltig zur Beseitigung des relativen Armutsgefühls bei den Befragten bei. Viel eher entwickelt sich daraus ein Abhängigkeitsgefühl gegenüber den Unterstützer*innen.

In Bezug auf die Suchterkrankungen der Befragten erweisen sich Sozialkontakte weder als eindeutig protektiv noch konsumfördernd. Es zeigt sich, dass vor allem Familie und Lebenspartner*innen eine wichtige Rolle für die Motivation zur Abstinenz bzw. zum

kontrollierten Konsum spielen. Dahingegen wirken sich Sozialkontakte im Arbeitsumfeld oder Freund*innenkreis, die ebenso über Substanzkonsum verfügen, eher negativ auf die Befragten aus, indem sie vermehrt zum Konsum verleitet oder eingeladen werden.

Nichtsdestotrotz stellen soziale Netzwerke einen bedeutenden Faktor im Leben der Betroffenen dar und wirken sich prinzipiell positiv auf deren psychisches Wohlbefinden aus. Das äußert sich vor allem in Hinsicht auf Einsamkeit, welche durch regelmäßige soziale Kontakte vermieden wird. Weiterhin entsteht durch den Austausch mit Personen in ähnlich prekären Situationen ein Zusammengehörigkeitsgefühl, welches den negativen Auswirkungen von Armut und Suchterkrankungen auf die psychische Gesundheit entgegenwirkt.

6 Limitationen und Ausblick

Abschließend werden in diesem Kapitel die Einschränkungen dieser Arbeit dargelegt und ein Ausblick für weitere Forschungsprozesse gegeben.

6.1 Limitationen

Die Ergebnisse der gegenständlichen Arbeit obliegen der Befragung von lediglich drei Betroffenen und können daher nicht als repräsentativ für die gesamte Zielgruppe von altersarmen Menschen mit Suchterkrankung angesehen werden. Das Entstehen der Forschungsarbeit im Rahmen des Bachelorprojekts „Altersarmut und Non-Take-Up im Lichte von Inflation und Gesundheit“ an der FH St. Pölten und die damit einhergehenden mangelnden Zeitressourcen begründen die geringe Zahl an interviewten Personen.

In Bezug auf die Erhebung der Daten kam es im Interview mit Herrn T1 zu Herausforderungen, da dieses mit Videodolmetsch durchgeführt wurde. Zwar hat sich das Heranziehen einer Dolmetscherin als vorteilhaft für den Befragten herausgestellt, da somit die Sprachbarriere umgangen werden konnte, jedoch ist davon auszugehen, dass die Wiedergabe der Übersetzerin den Wortlaut von Herrn T1 nicht ident abbilden konnte bzw. dass Informationen im Prozess verloren gegangen sind. Außerdem war es für die Interviewerin nicht möglich, auf die Kohärenz zwischen Gesagtem und Gestik bzw. Mimik zu achten, wodurch nonverbale Signale des Befragten T1 im Analyseprozess nicht verwertet werden konnten.

6.2 Forschungsausblick

Aufgrund der unzureichenden Studien, welche sich explizit mit altersarmen suchterkrankten Menschen beschäftigten, bedarf es einem verstärkten Fokus seitens der Forschung auf die genannte Zielgruppe. Es braucht Forschungsprojekte auf diesem Gebiet, zum einen um die Lebensrealitäten und Konsumgewohnheiten Betroffener sowie weitere Schutz- und Risikofaktoren für Armutsbetroffenheit und Suchterkrankung zu explorieren. Zum anderen ist der Informationsgewinn an Komorbiditäten und optimalen Behandlungsbedingungen hinsichtlich Sucht im Alter von hoher Relevanz, um die Behandlungsqualität für Betroffene zu verbessern. Crome et al. (2009:142) halten dahingehend folgende Fragestellungen fest:

“There are many unanswered questions with regard to appropriate treatment settings and management for older users. Should they be managed alongside or separately from younger users? What psychosocial interventions are best suited for this group? What is the optimal dose and duration of substitute prescribing? Is one pharmacological treatment agent preferable to another? Are pharmacological agents required for the treatment of opiate dependence licensed for use in the older person? Which practitioners should comprise the multidisciplinary treatment team? How will health professionals be competent and skilled in the evidence-based management of older patients if academic geriatric units are decreasing?”

Darüber hinaus gilt es, der Etablierung von Behandlungs- und Betreuungsangeboten, welche präzise an die Zielgruppe angepasst sind, vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. So wäre es

nach Mason et al. (2023:2) von Bedeutung, Berührungspunkte mit Betroffenen zu schaffen, Behandlungen zu initiieren und Schadensminimierung bei älteren Substanzkonsument*innen anzustreben. Neben der Bestandsaufnahme der Bedürfnisse Betroffener wäre zudem sinnvoll, Professionist*innen ebenso in den Forschungsprozess miteinzubeziehen (vgl. ebd.:10). Indem deren Bedürfnisse wahrgenommen und die Forschungsarbeit den Anforderungen aus der Praxis gerecht wird, kann zukünftig eine bessere Behandlung und Betreuung der Zielgruppe erfolgen.

Literatur

BMSGPK, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024): Ausgleichszulage und Pensionsbonus. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Pensionsversicherung/Ausgleichszulage-und-Pensionsbonus.html#:~:text=2024%20beträgt%20der%20Richtsatz%20für,\(1%2C09\)%20erhöht \[08.04.2024\].](https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Pensionsversicherung/Ausgleichszulage-und-Pensionsbonus.html#:~:text=2024%20beträgt%20der%20Richtsatz%20für,(1%2C09)%20erhöht [08.04.2024].)

Bruhn, Claudia (2011): Sucht im Alter – ein (ernst)zunehmendes Problem. In: Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 136(37), S. 27. Stuttgart: Thieme. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1271845>.

Clapp, John D. / Reed, Mark B. / Martel, Brandi / Gonzalez, Maria C. / Ruderman, Danielle (2014): Drinking Behavior Among Low-Income Older Adults: A Multimethod Approach to Estimating Alcohol Use. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Nr.38(11), S. 2862-2868. <https://doi.org/10.1111/acer.12550>.

Crome, Ilana B. / Sidhu, Harvinder / Crome, Peter (2009): No longer only a young man's disease – Illicit drugs and older people. In: The Journal of Nutrition, Health and Aging, Nr.13(2), S. 141-143. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0021-1>.

Franzese, Fabio (2020): Mentale und physische Gesundheit im Alter. Der Einfluss von Armut, Einkommensungleichheit und Vermögensungleichheit. Opladen: Budrich Academic Press. <https://doi.org/10.3224/96665012>.

Hiller, Wolfgang (2015): Somatoforme Störungen und Schmerzstörungen. In: Maercker, Andreas (Hg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin Heidelberg: Springer, S. 207-229.

Holzbach, Rüdiger (2021): Sucht im Alter. In: PSYCH up2date, Nr.15(1), S. 15-31. Stuttgart: Thieme. <https://doi.org/10.1055/a-0956-5590>.

Kolland, Franz / Aner, Kirsten (2019): Soziale Bedingungen von Gesundheit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr.52, S. 113-115. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01524-4>.

Lin, Wen-Chieh / Zhang, Jianying / Leung, Gary Y. / Clark, Robin E. (2011): Chronic Physical Conditions in Older Adults with Mental Illness and/or Substance Use Disorders. In: Journal of the American Geriatrics Society, Nr.59, S. 1913-1931. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03588.x>.

Mason, Maryann / Post, Lori Ann / Aggarwal, Rahul (2023): Health care and harm reduction provider perspectives on treating older adults who use non-medical opioids: a qualitative study set in Chicago. In: BMC Health Services Research, Nr.23(876), S. 10-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09843-4>.

ÖGK, Österreichische Gesundheitskasse (o.A.): Rezeptgebühr und Rezeptgebührenbefreiung. [https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870471#:~:text=Wenn%20Ihr%20monatliches%20Nettoeinkommen%20folgende,Ehepaare%3A%20EUR%201.921%2C46 \[15.03.2024\].](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870471#:~:text=Wenn%20Ihr%20monatliches%20Nettoeinkommen%20folgende,Ehepaare%3A%20EUR%201.921%2C46 [15.03.2024].)

Stein, Johannes / Geraedts, Max (2017): Beigebrauchdetektion in der Substitutionstherapie. Speichelproben versus Urinsampling. In: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 60, S. 1261-1268. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2630-x>.

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Rosen, Daniel / Engel, Rafael J. / Hunsaker, Amanda E. / Engel, Yael / Detlefsen, Ellen Gay / Reynolds, Charles F. (2013): Just Say Know: An Examination of Substance Use Disorders among Older Adults in Gerontological and Substance Abuse Journals. In: Social Work in Public Health, Nr.28, S. 377-387. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774668>.

Statistik Austria (2022): Armut und soziale Eingliederung – FAQ. EU-SILC 2021. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/338/FAQs_Armut_April2022.pdf [08.04.2024].

Statistik Austria (2023): TABELLENBAND EU-SILC 2022 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2020 bis 2022. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/338/Tabellenband_EUSILC_2022.pdf [18.04.2024].

Statistik Austria (2024): Pressemitteilung: 13 275-041/24. Inflation lag im Jänner 2024 bei 4,5%. <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/02/20240222VPIJaenner2024.pdf> [08.04.2024].

Suchthilfe Wien (o.A.): Was ist Sucht? <https://www.suchthilfe.wien/1/was-ist-sucht/> [01.03.2024].

SV, Sozialversicherung (2019). Ist Altersarmut weiblich? Podiumsdiskussion mit Alexander Biach im Ringturm. Soziale Sicherheit, September 2019, S. 344–347. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.727380&version=1574756429> [14.03.2024].

Volkshilfe (o.A): Armut und Kinderarmut. <https://www.volkshilfe.at/was-wir-tun/positionen-projekte/armut-und-kinderarmut/#> [08.04.2024].

Wesenberg, Sandra / Nestmann, Frank (2023): Persönliche Mensch-Tier-Beziehungen und ihre Bedeutung für die Soziale Arbeit. In: Österreichisches Jahrbuch für Soziale Arbeit, 2023. <https://doi.org/10.30424/OEJS2305054>.

WHO, World Health Organization (1994): Lexicon of alcohol and drug terms. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [01.03.2024].

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Nr.1(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>.

Daten

IT1, Interview, geführt von Hanna Buchner mit Herrn T1, 11.01.2024, Audiodatei

IT2, Interview, geführt von Hanna Buchner mit Frau T2, 19.01.2024, Audiodatei

IT3, Interview, geführt von Hanna Buchner mit Frau T3, 24.01.2024, Audiodatei

T1, Transkript Interview IT1, erstellt von Hanna Buchner, Jänner 2024, Zeilen durchgehend nummeriert

T2, Transkript Interview IT2, erstellt von Hanna Buchner, Februar 2024, Zeilen durchgehend nummeriert

T3, Transkript Interview IT3, erstellt von Hanna Buchner, Februar 2024, Zeilen durchgehend nummeriert

Abkürzungen

BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
ISG	Individuelle Suchthilfe Gudrunstraße
VPI	Verbraucherpreisindex

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der interviewten Personen (eigene Darstellung) 11

Anhang

Interviewleitfaden und Checkliste:

Im Vorgespräch einfließen lassen:

- Wichtig ist, dass mir Ihre Erfahrungen klar werden. Deshalb bitte ich Sie, mir heute ausführlich über Ihre Lebenssituation zu erzählen. Ich werde Sie nur dann unterbrechen, wenn ich etwas nicht verstanden habe. Allerdings würde ich mich sehr freuen, wenn wir anschließend Fragen, diskutieren könnten. Damit ich meine Fragen nicht vergesse, werde ich mir hin und wieder ein Stichwort notieren.
- Ich würde gerne das Gespräch aufnehmen, damit ich auch nichts vergesse, sonst müsste ich alles mitschreiben und das finde ich unpassend, denn ich möchte Ihnen doch lieber genau zuhören. Wie besprochen erfolgt das Gespräch unter Einhaltung des Datenschutzes.

Einstieg:

Ich interessiere mich für die Lebenssituation von Pensionistinnen und Pensionisten, die ein geringeres Einkommen haben. In der Regel ist die Lebenssituation aber nur dadurch zu verstehen, dass man auch die Lebensgeschichte kennt. Ich möchte Sie daher bitten, mir zuerst Ihre Lebensgeschichte umfassend zu erzählen.

Sofern die Lebensgeschichte sehr kurz erzählt wird, versuchen Sie mit Paraphrasen und Erzählaufforderungen die Geschichte zu vertiefen:

- Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?
- Wie bzw. mit wem haben Sie Ihre Kindheit verbracht?
- Wie gestaltet sich Ihre schulische und berufliche Laufbahn?

.... Sie haben Ihre Schulzeit / Kindheit / usw. angesprochen, erzählen Sie mir doch bitte noch mehr darüber.

.... wie ist es nach X / Y / Z weitergegangen.

.... Sie haben vorher Ihre Gesundheit / Karriere / erwähnt, wie hat sich das weiterentwickelt.

Wollen Sie mir noch etwas über sich erzählen, was Sie mir noch nicht erzählt haben und Ihnen wichtig ist?

Die Lebensgeschichte ist beendet, wenn Sie im Hier und Jetzt mit der Person angekommen sind. Damit startet der Leitfaden.

Leitfadenteil

Bündel	Schritt	Stimulus/Frage
Aktuelle Situation	Narrativer Übergang (obligatorisch)	Erzählen Sie mir doch jetzt bitte über Ihre aktuelle Lebenssituation, alles, was Ihnen wichtig ist.
	Aspekte nachfragen	Wie schaut aktuell eine typische Woche bei Ihnen aus? Beschreiben Sie mir bitte etwas Ihre Wohnverhältnisse . Erzählen Sie mir doch bitte etwas über Ihre sozialen Kontakte .
	obligatorische Frage	Wie geht es Ihnen gesundheitlich ? Erzählen Sie mir bitte davon so ausführlich wie Sie möchten .

Bündel	Schritt	Stimulus/Frage
Inflation & Wohlbefinden	Narrative Erzählung (obligatorisch)	Seit Monaten ist in Österreich die Inflation (Teuerung) hoch, wie geht es Ihnen damit? Erzählen lassen // 1-2 interessant erscheinende Aspekte gerne nachfragen.
	Obligatorische Frage	Gibt es Dinge, die Sie sich seit der Teuerung nicht mehr leisten? - Gegenstände, Leistungen, Aktivitäten, ... - Zusammenhang Gesundheit/Wohlbefinden?
	Narrative Frage	Welche Unterschiede merken Sie seit der Teuerung in Bezug auf Ihre Gesundheit? Wie fühlen Sie sich seither gesundheitlich?
	Frage (optional)	Wie kompensieren Sie? - z.B. Kulturpass, Lebensmittelgutscheine, etc. - Qualitätseinbußen - soziales Umfeld - ...

Bündel	Schritt	Stimulus/Frage
Soziales Umfeld	Erstellung Netzwerkkarte	(bei Bereitschaft)
	Narrative Erzählung	Wollen Sie mir genauer von Ihrem sozialen Umfeld erzählen? - Freund*innen, Familie, Kolleg*innen, etc. - Stabilität der Beziehungen - Kontakthäufigkeit - ...
	Obligatorische Frage	Inwiefern werden Sie von diesen Personen in schwierigen Situationen unterstützt?

		<ul style="list-style-type: none"> - Finanziell (Teuerung) - Förderung Gesundheit - Umgang mit Krankheit/Sucht - ...
	Obligatorische Frage	<p>Gibt es Zusammenhänge zwischen ihrem sozialen Netzwerk und ihrem Konsumverhalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - weniger/mehr Konsum - Konsumzwang bzw. Druck - ...

Bündel	Schritt	Stimulus/Frage
Krisen	Narrative Erzählung (obligatorisch)	<p>Wie haben Sie eigentlich Corona erlebt? Erzählen lassen // 1-2 interessant erscheinende Aspekte gerne nachfragen.</p>
	obligatorische Frage	<p>Sie erinnern sich vermutlich, letztes Jahr gab es doch diesen Anti-Teuerungsbonus, wie sind Sie zu dem Geld gekommen. Erzählen Sie mit bitte von Ihren Erlebnissen.</p>

Ab hier pro Interview bitte neu ausdrucken und ausfüllen.

Checkliste Leistungen

Ab hier wird das Interview immer dialogischer. Versuchen Sie aber am Anfang noch verstärkt zuzuhören und zuerst zu verstehen, warum die befragte Person eine Leistung bekommt oder nicht bekommt.

Jetzt waren wir schon bei dem Anti-Teuerungsbonus. Sie wissen ja, dass ich mich für Lebenssituation von Pensionistinnen und Pensionisten interessiere, die ein geringeres Einkommen haben. Jetzt gibt es in Österreich Leistungen, die man da bekommen kann. Ich möchte diese gerne mit Ihnen durchgehen und wissen, ob Sie diese beziehen bzw. wie es ihnen damit geht.

*Bei Personen, die eine Leistung nicht beziehen, nach dem **Warum** fragen.*

Haken Sie alles an, was die Person aktuell bezieht:

- Pension, welche Form _____ (Invalidität, Alterspension usw.)
 und zusätzlich Ausgleichszulage?

Oder

- Mindestsicherung / Sozialhilfe

 Wohnbeihilfe
 Mietbeihilfe
 Energiezuschuss / Heizkostenzuschuss

- Pflegegeld, welche Stufe _____? Haben Sie schon versucht eine höhere zu bekommen?
 Rezeptgebührenbefreiung
 Rundfunkgebührenbefreiung
 Fernsprechentgeltzuschuss
 Klimabonus

- Mobilpass
 Kulturpass
 TUWas!Pass

Haben Sie schon einmal versucht einen Hilfe in besonderen Lebenslagen Antrag zu stellen? Haben Sie das Geld auch bekommen? Und wie sieht es aus mit einem Antrag bei den Unterstützungsfonds der PVA und ÖGK? Haben Sie das das Geld bekommen .

Intervention

Nun gehen Sie bitte in die sozialarbeiterische Intervention über. Lassen Sie dabei das Aufnahmegerät laufen. Wenn Sie erkennen, dass Sozialleistungen nicht in Anspruch genommen werden, versuchen Sie hier zu unterstützen, aufzuklären, an Stellen zu verweisen oder sogar selbst mit den Personen den Antrag auszufüllen (aber nur wenn Sie sicher sind, dass dies keinen Schaden anrichtet).

Wenn von Ihrer Seite möglich, dann bieten Sie der Person an, Ihnen auch nach dem Interview bei den Sozialleistungen helfen zu können (wie im Rahmen normaler sozialarbeiterischer Tätigkeit).

*Versuchen Sie bitte, mit der **befragten Person in Kontakt bleiben zu dürfen und eine Telefonnummer zu sichern** (verbleibt nur bei Ihnen). Die befragte Person soll von Ihnen im April 2024 nochmals telefonisch kontaktiert werden, um nachzufragen wie es ihr geht und ob die Person weitere Sozialleistungen beanspruchen konnte.*

Interview durchgeführt am: _____ und durchgeführt von _____

Abschlussfragebogen

Ein letztes Blatt möchte ich mit Ihnen noch kurz ausfüllen:

Geschlecht der befragten Person (nur im Bedarf nachfragen)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Was ist Ihr Familienstand?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet (eingetragene Partnerschaft) zusammenlebend <input type="checkbox"/> verheiratet (eingetragene Partnerschaft) getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet oder hinterbliebene eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden oder aufgelöste eingetragene Partnerschaft	
Wie viele lebende Kinder haben Sie?	_____ Anzahl	
Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	_____ Personen	
Darf ich fragen, wie alt Sie sind?	_____ Alter in Jahren	
Sie haben mir jetzt schon sehr viel erzählt, aber trotzdem möchte ich Sie jetzt direkt noch fragen, wie Sie mit Ihrem Einkommen zu-rechtkommen – würden Sie sagen ‚völlig problemlos‘, ‚einigermaßen problemlos‘, ‚mit gewissen Schwierigkeiten‘ oder ‚mit großen Schwierigkeiten‘.	<input type="checkbox"/> völlig problemlos <input type="checkbox"/> einigermaßen problemlos <input type="checkbox"/> mit gewissen Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> mit großen Schwierigkeiten	
Wie viel Einkommen (netto) bekommen Sie im Monat (bei Nach-frage: 13. u. 14. nicht berücksichtigen)	_____ Euro	

Versuchen wir bitte Ihre Ausgaben zu schätzen:	Ausgaben geschätzt ...		
	im Schnitt im Monat	oder	circa im Jahr (Referenz 2022)
Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke			
Alkohol und Tabak			
Bewirtungsdienstleistungen (Restaurant, Cafes usw.)			
Bekleidung und Schuhe			
Energie (Heizen / Warmwasser / Strom)			
Wohnen (Miete + Betriebskosten bzw. bei Eigentum die Be-triebskosten und eventuell Kredit)			
Hausrat (Möbel, Pflanzen, Werkzeug)			
Gesundheits- und Sozialausgaben (Gesundheit und vor allem Be-treuung)			
Transport und Verkehr (KZF Betrieb/Instandhaltung; Öffi-Ti-ckets)			
Kommunikation (Handy / Internet / Festnetz)			
Freizeit und Kultur (auch Bücher und Zeitungen)			
Reisen			
Körperpflege, Wellness, Kosmetik			
Versicherungen			
Bildungsausgaben			

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Hanna Buchner, geboren am 28. Juni 2002 in Freistadt, erkläre,

dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe, und

dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, am 20. April 2024

Hanna Buchner