Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences

Forschungsinstitut tifs

Gender- und diversitätsbewusste Theorie und Praxis 2021, Nr. 3

Gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot

Zugänge zum Gesundheitswesen – exemplarische Fallstudien unter Berücksichtigung von Gender- und Diversitätsaspekten

Ein Forschungsbericht

Maria Bitzan, Gerrit Kaschuba, Sabine Schneider, Bettina Staudenmeyer, Iris Weiser

Tübingen 2021

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis ... 3

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis ... 3

Vorwort ... 4

1 Einleitung: Praxisprojekt (MediA) und begleitende Forschung (WoGe) ... 6

2 Forschungsstand: Gesundheitsbezogene Versorgungsbedarfe von Menschen in Wohnungsnot ... 10

3 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen ... 17

3.1 Ziele, Fragestellung und Konzept von WoGe ... 17

3.2 Multiperspektivische Fallstudien: Erhebung und Auswertung der qualitativen Interviews ... 23

4 Multiperspektivische Fallstudien: Rekonstruktionen und Ergebnisse ... 29

4.1 Georg Gruber: „Ja, der Brennpunkt war bei mir eigentlich immer der Alkohol, mein ganzes Leben“ ... 29

4.2 Emil Eisenmann: „Ja ich lasse mich einfach gehen und […] dann flipp ich aus“ ... 44

4.3 Kaya Khalifa: „Gott gibt Problem - ich […] versorge meine Familie“ ... 53

4.4 Sofia Santos: „Sie [MediA-Mitarbeiterin] hat so viel Geduld und sie weiß von meinen Problemen“ ... 62

4.5 Lena Lichtenstein: „Die Psychiatrie [muss] besser [werden], dass die da nicht immer gleich fixieren und spritzen“ ... 69

4.6 Klaudia Kuller: „Wenn ich zu lange warten muss, dann stehe ich auf und gehe“ ... 77

4.7 Bianca Bönning: „Man kann Medikamente segnen, dann wirken sie noch besser“ ... 86

4.8 Maggy Maurer: „Ohne Mann besser dran“ ... 93

4.9 Suree Schuster: „Ich versuch […] selbst fit zu bleiben, weil ich selber Gesundheitsberaterin bin“ ... 102

4.10 Stefan Schmitt: „Da hab ich jetzt halt echt Jahre darauf gewartet, einen Therapeuten zu kriegen“ ... 111

5 Ergebnisse vergleichender Perspektiven auf die Fallstudien ... 121

5.1 Zur Bedeutung psychosozialer Begleitungen ins Gesundheitswesen ... 122

5.2 Gender- und Diversitätsaspekte im Gesundheitshandeln und in der Begleitung von Menschen in Wohnungsnot ... 129

5.3 Herausforderungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen in der Versorgung von Menschen in Wohnungsnot ... 137

5.4 Zur Bedeutung ergänzender medizinischer Angebote zum Regelsystem ... 150

6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen ... 155

6.1 Ergebnisse im Überblick ... 155

6.2 Handlungsempfehlungen ... 159

Literatur ... 162

Impressum ... 167

Abkürzungsverzeichnis

GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MediA	Praxis-Modellprojekt „MediA – Medizinische Assistenz im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung für Menschen in Wohnungsnot in der Landeshauptstadt Stuttgart“
MedMobil	„Mobile medizinische und soziale Hilfe“ der Ambulanten Hilfe e.V. (Stuttgart)
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
WG	Wohngemeinschaft
WNH	Wohnungsnotfallhilfe
WoGe	Forschungsprojekt WoGe – Gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Interviewleitfaden 26
Abbildung 2: Soziales Netzwerk Georg Gruber 30
Abbildung 3: Soziales Netzwerk Emil Eisenmann 44
Abbildung 4: Soziales Netzwerk Kaya Khalifa 53
Abbildung 5: Soziales Netzwerk Sofia Santos 62
Abbildung 6: Soziales Netzwerk Lena Lichtenstein 69
Abbildung 7: Soziales Netzwerk Klaudia Kuller 77
Abbildung 8: Soziales Netzwerk Bianca Bönning 86
Abbildung 9: Soziales Netzwerk Maggy Maurer 93
Abbildung 10: Soziales Netzwerk Suree Schuster 102
Abbildung 11: Soziales Netzwerk Stefan Schmitt 111

Tabelle 1: Forschungsmodule im Überblick 18
Tabelle 2: Sample der Interviewpartner*innen 24
Tabelle 3: Struktur psychiatrischer Versorgung in Deutschland 144

Vorwort

Im Jahr 2020 geriet mit der Coronavirus-Pandemie die Sorge um den Gesundheitsschutz vulnerabler Gruppen ins Zentrum der gesellschaftlichen Diskussion – für Menschen in Wohnungsnot stellten allerdings Gesundheitsschutz und Zugänge zur gesundheitlichen Versorgung lange vor der Pandemie und strukturell bedingt große und jenseits der Fachwelt kaum beachtete Herausforderungen dar. Umso erfreulicher ist es, dass in der Sozialplanung der Landeshauptstadt Stuttgart zusammen mit Trägern der Wohnungsnotfallhilfe und finanziert durch die Vector Stiftung im Jahr 2016 ein neues Angebot im Feld der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot entwickelt wurde, das sich noch vor der Pandemie insbesondere der Erprobung verbesserter Zugänge zum Gesundheitswesen zuwendete („MediA – Medizinische Assistenz im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung für Menschen in Wohnungsnot in der Landeshauptstadt Stuttgart“).

Als Wissenschaftlerinnen des Tübinger Instituts für gender- und diversitätsbewusste Sozialforschung und Praxis tifs e.V. (Gerrit Kaschuba und Bettina Staudenmeyer) und der Hochschule Esslingen (Maria Bitzan, Sabine Schneider und Iris Weiser) nahmen wir den Auftrag einer begleitenden Forschung an, die ebenfalls durch die Finanzierung der Vector Stiftung ermöglicht wurde (zu MediA siehe https://vector-stiftung.de/projekte/media/). Das tifs e.V. führt seit seiner Gründung 1994 eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien und praxisorientierten Projekten durch. Die Vermittlung zwischen Forschung, Praxis und Politik ist ein zentrales Merkmal der Arbeit seit mehr als 20 Jahren. Auch im Themenfeld der Forschung zu Lebenslagen von Menschen in Wohnungsnot und insbesondere zu Schutz- und Unterstützungsangeboten für Frauen in Wohnungsnot ist es an mehreren Projekten beteiligt gewesen. Als Professorinnen der Hochschule Esslingen lehren wir in den Studiengängen der Sozialen Arbeit (Bachelor und Master) unter anderem zu den Themenschwerpunkten Handlungs- und Forschungsmethoden, Sozialplanung, Marginalisierung und Gesundheit und führen in diesen Kontexten ebenfalls anwendungsorientierte Forschungsprojekte durch. Iris Weiser war bereits als ehemalige Projektmitarbeiterin im Beirat Heimerziehung tätig.

Von 2017 bis 2020 realisierten wir in einer Kooperation zwischen tifs e.V. und Hochschule Esslingen, Fakultät SABP (Soziale Arbeit, Bildung und Pflege), das Forschungsprojekt „WoGe – Gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot“ und legen hiermit den Abschlussbericht vor. Mit diesem Bericht werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Praxisprojektes MediA veröffentlicht, die zugleich auch überregional für die Praxis der Wohnungsnotfallhilfen wichtige fachliche Hintergründe und Empfehlungen beinhalten (der unveröffentlichte Abschlussbericht des MediA-Projekts kann bei der Vector Stiftung angefordert werden).

Auch die Publikation dieses Abschlussberichtes wurde durch die vielfältigen Herausforderungen der Corona-Situation erschwert und verzögert – umso mehr danken wir allen Personen, die das Projekt ermöglicht, mit Interesse begleitet und uns auch in der Abschlussphase unterstützt haben:

Allen voran gilt unser Dank den befragten Frauen* und Männern* (in Wohnungsnot), die uns vielfältige Einblicke in ihre Lebenssituationen und gesundheitsbezogenen Herausforderungen gegeben haben und denen in diesem Bericht eine prominente Stimme gegeben werden soll. Ebenso bedanken wir uns bei den Mitarbeitenden im Projekt MediA und weiteren Betreuer*innen/Ehrenamtlichen sowie den Trägern Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. (eva), Caritasverband für Stuttgart e.V., Sozialdienst katholischer Frauen e.V. und der Landeshauptstadt Stuttgart sowie der Ambulanten Hilfe e.V. als Trägerin des MedMobils, die durch einen offenen Austausch die Forschung unterstützt und zum Gelingen beigetragen haben. Der Vector Stiftung danken wir für ihre aktive Begleitung des Prozesses der Praxisentwicklung und Zusammenarbeit von Praxis und Forschung.

Ein herzlicher Dank gilt auch den Mitgliedern unseres wissenschaftlichen Beirats, Prof. Dr. Petra Bauer und Dr. Eberhard Bolay, Universität Tübingen, sowie Prof. Dr. Petra Wihofszky, Hochschule Esslingen und Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Evangelische Hochschule Freiburg für die anregende und konstruktive Mitarbeit, insbesondere bei der Auswertung des empirischen Materials. Nicht zuletzt geht ein besonderer Dank an Sabine Maier, die uns bei der Fertigstellung der vorliegenden Publikation maßgeblich unterstützt hat.

Auch zum aktuellen Zeitpunkt zeigen sich neue Dynamiken und Herausforderungen in der pandemischen Situation, dabei sind die besonderen Gefährdungen wohnungsloser Menschen zumindest punktuell dokumentiert und mehr als noch zu Beginn der Pandemie im Blick (Busch-Geertsema/Henke 2020). Wir hoffen, dass dieser Bericht sowie die jeweiligen Fortsetzungen des Praxisprojektes MediA Impulse geben, dass und wie die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen als besonders vulnerable Gruppe verbessert werden kann und muss.

Reutlingen, Tübingen, Jena, Esslingen
im Herbst 2021

Maria Bitzan
Gerrit Kaschuba
Sabine Schneider
Bettina Staudenmeyer
Iris Weiser

1 Einleitung: Praxisprojekt (MediA) und begleitende Forschung (WoGe)

Das Forschungsprojekt *„WoGe – Gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot“*, ein Kooperationsprojekt zwischen Forschungsinstituts tifs e.V. und Hochschule Esslingen,[1] entstand als begleitende Forschung zum Praxis-Modellprojekt *„MediA – Medizinische Assistenz im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung für Menschen in Wohnungsnot in der Landeshauptstadt Stuttgart“.* Das Praxisprojekt wurde vom Caritasverband Stuttgart, der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart und dem Sozialdienst katholischer Frauen Stuttgart in Kooperation mit dem Sozialamt der Landeshauptstadt Stuttgart durchgeführt. Sowohl WoGe als auch MediA wurden von der Sozialplanung der Stadt Stuttgart initiiert und von der Vector Stiftung im Förderbereich Soziales Engagement für drei Jahre finanziert. Als praxisbegleitendes Forschungsprojekt waren die entscheidenden Daten, Kontakte und Zugänge zum Feld der Wohnungsnotfallhilfe und den zu begleitenden Personen über die Fachkräfte des Praxisprojekts MediA gegeben. Die erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Forschungsfragen dienten zugleich auch der Reflexion der konkreten Praxis im Projekt MediA.

Ausgangspunkt des **Praxisprojekts**[2] stellte gemäß der **Projektbeschreibung „MediA – Medizinische Assistenz“** der Sozialplanung Stuttgart vom 21.10.2016 die Tatsache dar, dass Menschen in Wohnungsnot[3] in besonderer Weise von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind. Dies betrifft insbesondere auch die Nutzung des gesundheitlichen Versorgungssystems.

In der Stadt Stuttgart existierten zu Projektbeginn bereits folgende gesundheitsbezogene Hilfeangebote für Menschen in Wohnungsnot:

- das *MedMobil* „Mobile medizinische und soziale Hilfe“ der Ambulanten Hilfe e.V. mit Straßenambulanz, allgemeinmedizinischer Erstversorgung (ohne gynäkologische, zahnmedizinische und psychiatrische Versorgung) und Weitervermittlung an (Fach-) Ärzt*innen.
- Für Menschen ohne Krankenversicherung bzw. mit ungesichertem Aufenthalt übernehmen ehrenamtlich tätige Ärzt*innen und medizinische Fachkräfte der *Malteser Migranten Medizin* die Erstuntersuchung und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung oder Schwangerschaft (mit Anbindung an das Marienhospital für notwendige stationäre Behandlungen).
- Weitere Angebote sind die medizinischen und psychiatrischen Sprechstunden in größeren Wohnangeboten der Träger der Hilfen nach § 67 SGB XII, die Psychiatrischen Instituts-ambulanzen (PIA), sowie die Schwerpunktpraxen Substitution.

Dennoch – so die Sozialplanung – zeigen Erfahrungen in der Wohnungsnotfallhilfe erhebliche Lücken bei der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen. So liegt dem Projekt die Annahme zugrunde, dass das medizinische und sozialpsychiatrische Gesundheitssystem von wohnungslosen Menschen und Menschen in prekären Lagen, die keine ausreichende Begleitung erhalten, nur

[1] Die gemeinsame Leitung bestand aus den Professorinnen Dr. Maria Bitzan und Dr. Sabine Schneider der Hochschule Esslingen (Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege) sowie Dr. Gerrit Kaschuba aus dem Forschungsinstitut tifs e.V.; Projektmitarbeiterinnen waren Iris Weiser (Soziale Arbeit M.A.) und Bettina Staudenmeyer (Soziologie M.A.).

[2] Projektlaufzeit: 01.01.2017 - 31.12.2019

[3] Nach der Definition des Deutschen Städtetages von 1987 und der Bundearbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe (BAGW) gehören zur Zielgruppe Personen, die wohnungslos sind oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Hinzugenommen wurden Personen, die wohnungslos waren und Unterstützung beim Erhalt der Wohnung benötigen.

unzureichend genutzt wird. Die Sozialplanung ging zum Zeitpunkt der Projektentwicklung (2016) davon aus, dass in Stuttgart zu dieser Gruppe rund 2.000 Personen gehören, die im Bedarfsfall keine kontinuierliche soziale Betreuung erhalten, die ihnen den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen erschließen würde und bei denen eine medizinische Unterversorgung vermutet wird.[4]

Ein besonderer Fokus sollte im Praxis-Modellprojekt laut Projektbeschreibung auf folgende zwei Personengruppen gelegt werden:

- Psychisch kranke Wohnungslose, die auf den bisherigen Wegen von der Eingliederungshilfe und der psychiatrischen Versorgung nicht erreicht werden konnten, und
- Frauen, da bisherige Angebote nur unzureichend medizinische Versorgung für Frauen beinhalten.

Als Ziel des Modellprojektes wurde formuliert, wohnungslose Menschen in Stuttgart, die bisher keine oder sehr wenig Hilfe zur medizinischen Integration erhalten haben, in das Regelsystem der ärztlichen Versorgung zu integrieren. Dazu sollten sie vom Fachpersonal der Sozialen Arbeit und Ehrenamtlichen begleitet werden, z.B. zu Ärzt*innen. Zusätzlich bot MediA psychotherapeutische Angebote in den Anlaufstellen der Wohnungsnotfallhilfe und darüber hinaus an, nachdem die psychiatrischen Sprechstunden nicht oder nur gering angenommen wurden.

Das Praxisprojekt MediA bestand aus drei Bausteinen, die drei verschiedenen Trägern zugeordnet sind:

Baustein 1 Gesundheitliche Versorgung – Entwicklung einer begleitenden Assistenz zur gesundheitlichen Versorgung für Menschen in Wohnungsnot (Caritasverband: ein Vollzeit-Äquivalent Soziale Arbeit). In diesem Baustein ging es darum, Zugänge zu Bedürftigen herzustellen, ein Verfahren der Begleitung zur ärztlichen Versorgung (Leitfaden) zu entwickeln und einen Begleitdienst (Ehrenamtlichen-Netzwerk) für die Zielgruppe aufzubauen.

Baustein 2 Frauengesundheit – Entwicklung einer Assistenz für Frauengesundheit (Sozialdienst katholischer Frauen Stuttgart: eine halbe Stelle Soziale Arbeit). Diesem Baustein liegt – gemäß der Projektbeschreibung der Sozialplanung – die Erfahrung zugrunde, dass es einerseits unter wohnungslosen Frauen einen großen gynäkologischen Bedarf gibt, andererseits ein Großteil der Adressatinnen von sexualisierter Gewalt betroffen ist und mit Traumatisierungen leben muss. Vermutlich damit zusammenhängend kommt ein nennenswerter zahnmedizinischer Behandlungsbedarf hinzu, da Zahnbehandlungen einen intimen Zugang zum Körper darstellen. Wesentliches Ziel war hier ebenfalls (wie in Baustein 1) einen Begleitdienst für die Zielgruppe der Frauen aufzubauen (Ehrenamtlichen-Netzwerk), trägerübergreifende Fortbildungen für die Akteur*innen der Wohnungsnotfallhilfe zu organisieren sowie zu erreichen, dass mehr Frauen die Regelversorgung nutzen können.

Baustein 3 Seelische Gesundheit – Aufsuchende, niedrigschwellige psychiatrische und sozialarbeiterische Hilfe für Menschen in Wohnungsnot (Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. / Rudolf-Sophien-Stift, halbe Stelle Psychiater – später ersetzt durch zwei halbe Stellen Psychotherapie und eine halbe Stelle Soziale Arbeit). Ausgehend von der Annahme, dass der Zugang zu psychiatrischen Hilfestellungen für die Zielgruppe zu hochschwellig ist, geht es um die Schließung der Lücke zwischen beiden Systemen der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung und der Sozialen Arbeit. Dieser spezifische Bedarf scheint nur durch aufsuchende Arbeit zu decken zu sein. Wesentliches Ziel: Ein Team aus Psychiater*in und Sozialarbeiter*in baut eine ambulante und aufsuchende Arbeit für psychiatrische Beratung und Behandlung in Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe auf, über die eine

[4] Die Sozialplanung erfasste 576 Menschen in Sozialpensionen (1.10.2016), 430 Personen, die selbständig in einer Mietwohnung wohnen und die Fachberatungsstellen aufsuchen, 160 Tagesstättenbesucher*innen (Stichtag 25.09.2015), 871 Personen aus den ambulanten Wohnangeboten (Stichtag 31.12.2015).

Weiterleitung zur regulären psychiatrischen Institutsambulanz erfolgt (Sozialplanung 2016). Da sich hier Schwierigkeiten im Zugang zeigten, wurden im Projektverlauf niederschwellige psychotherapeutische Sprechstunden angeboten.

Das **Forschungsprojekt „WoGe“** wurde als begleitende Forschung angelegt, die nicht die einzelnen Handlungsschritte des Praxisprojekts evaluieren sollte, sondern vielmehr parallel zum Praxisprojekt Ursachen und Zusammenhänge der (Nicht)Nutzung gesundheitlicher Angebote durch Menschen in Wohnungsnot unter Berücksichtigung von Gender- und Diversitätsaspekten erhellen und die entsprechenden Erkenntnisse in einem fortlaufenden Kommunikationsprozess mit der Praxis rückkoppeln sollte. Mit der Kapazität von zwei Mitarbeiterinnen, die zusammen nicht ganz die Kapazität einer halben Stelle zur Verfügung hatten (gemeinsam 45% Arbeitszeit), sowie den weiteren drei wissenschaftlich beratenden Verantwortlichen aus Hochschule und Forschungsinstitut war der Rahmen der Forschungsmöglichkeiten begrenzt.

Im Zentrum des Forschungsprojektes WoGe standen *multiperspektivische Fallstudien*, in denen mit verschiedenen Akteur*innen (Frauen* und Männern*[5] in Wohnungsnot, die in Kontakt mit MediA gekommen sind, sowie mit ihnen in Kontakt stehenden Professionellen und mit Angehörigen) prozessbegleitend zu verschiedenen Zeitpunkten einer Unterstützungsmaßnahme Interviews durchgeführt wurden. Zur Steigerung der wissenschaftlichen Qualität der Ergebnisse wurde ein wissenschaftlicher Projektbeirat[6] eingerichtet. Zudem wurde im Rahmen von Workshops mit dem MediA-Team das bereits vorhandene Expert*innenwissen erhoben, insbesondere Erfahrungen mit Aneignungsprozessen Wohnungsloser und spezifische Erfahrungen mit Hindernissen bei der Gesundheitsversorgung wohnungsloser Frauen* und Männer*[7] sowie ihre vorhandenen institutionellen Netzwerkstrukturen. Wissenschaftliche Qualifizierungsarbeiten der Hochschule Esslingen, Beratungen der Praxis bei Dokumentationsarbeiten und fachlichen Ansätzen, der regelmäßige Austausch zwischen Forschung und Praxis sowie der Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse aus anderen Studien rundeten das Forschungsvorgehen ab (genauer vgl. Kapitel 3.1). Sehr positiv erwies sich die dreijährige Laufzeit, die es ermöglichte, die Fallstudien in komplexer Form durchzuführen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Mit WoGe und MediA wurde ein Thema auf die Agenda der Wohnungsnotfallhilfe gesetzt, das weit über Stuttgart hinausstrahlt. Sowohl für den Bereich der subjektiven biografischen Verletzungserfahrungen und -bewältigungen der Adressat*innen, als auch für den Bereich der Ausgestaltung einer Angebotsstruktur und -öffnung wurden relevante neue Erkenntnisse hervorgebracht. Für die Ermöglichung dieser Erkenntnisse und Erfahrungen, insbesondere auch die erweiterten Unterstützungsangebote für Adressat*innen, schwerwiegende Probleme anzugehen, sei der Vector Stiftung ein großer Dank ausgesprochen.

[5] Mit dem Sternchen soll an dieser Stelle auf die Vielfalt von Geschlecht jenseits der Binarität von weiblich und männlich hingewiesen werden. Unter Mädchen* und Frauen* verstehen wir Menschen, die sich aufgrund äußerer Zuschreibungen und/oder eigener Identifikation als weiblich verstehen, unter Jungen* und Männer* Menschen, die sich als männlich verstehen. Das Thema geschlechtliche Identität hat uns gegenüber jedoch keine interviewte Person thematisiert. Nähere Informationen zum Sampling finden sich im Kapitel 3.2.

[6] Diesem gehörten Prof. Dr. Petra Bauer und Dr. Eberhard Bolay, Universität Tübingen sowie Prof. Dr. Petra Wihofszky, Hochschule Esslingen und Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Evangelische Hochschule Freiburg an.

Zum weiteren Aufbau des Berichts

Nach den einleitenden Erläuterungen in **Kapitel eins** zum Zusammenhang zwischen Praxis-Modellprojekt (MediA) und Forschungsprojekt (WoGe) gehen wir im **zweiten Kapitel** auf den Stand der Forschung ein.

Im **dritten Kapitel** wird das Konzept des Forschungsprojekts WoGe konkreter ausgeführt und das methodische Vorgehen erläutert (Forschungsdesign). Dabei werden zunächst die Ziele und Fragestellungen sowie die Methoden und Module dargestellt und der Ansatz der Fallstudien erläutert (in 3.1). Danach geht es um das Sample, die Datenerhebung und die Methoden der Auswertung (in 3.2).

Im **vierten Kapitel** steht die Darstellung der einzelnen Fallstudien im Mittelpunkt. Aus den Auswertungen lassen sich Muster des Umgangs mit und der Verarbeitung von physischen und psychischen Verletzungen und gesundheitlichen Bedarfen herausarbeiten. Entsprechend der Forschungsfrage werden Zugangsbarrieren ebenso rekonstruiert wie die individuellen Möglichkeiten der Überwindung – auch durch die im Kontext von MediA initiierten Begleitungsangebote. Die Fallstudien geben aber auch über die konkreten Forschungsfragen hinaus vielfältige Einblicke in Bewältigungsanforderungen von Menschen in Wohnungsnot.

Das **fünfte Kapitel** zieht vergleichende Erkenntnisse aus den einzelnen Fallstudien und fokussiert zentrale Themen des Forschungsprojektes: Potenziale und Grenzen von Begleitungen in das Gesundheitssystem sowie die Bedeutung von Gender- und Diversitätsaspekten für die Praxis. Des Weiteren geht es um notwendige Ressourcen für Fachkräfte im Gesundheitswesen für die Versorgung von Menschen in Wohnungsnot. Im letzten Punkt werden quer zu den subjektiven Erzählungen der Befragten Erkenntnisse zu den Versorgungssystemen aus den Fallstudien und weiteren ergänzenden wissenschaftlichen Erhebungen (im Rahmen von Qualifizierungsarbeiten) sowohl in Bezug auf ärztliche Praxen als auch auf das spendenfinanzierte „Dritte System“ (insbesondere MedMobil) reflektiert.

Im **sechsten Kapitel** finden sich eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen. Diese zusammenfassenden Erkenntnisse und Empfehlungen wurden vor Projektabschluss mit den Projektpartnern diskutiert.

2 Forschungsstand: Gesundheitsbezogene Versorgungsbedarfe von Menschen in Wohnungsnot

> „Gesundheitliche Versorgung zählt zu den elementaren Bedingungen der Existenzsicherung. Menschen, die ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben, die in Sammelunterkünften untergebracht sind, in prekären Mitwohnverhältnissen, in sonstigen Dauerprovisorien oder in bedrohten Mietverhältnissen leben, sind eine gesundheitlich hoch belastete Bevölkerungsgruppe, die nur einen unzureichenden, zuweilen überhaupt keinen Zugang zum medizinischen Regelsystem hat. Ohne niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote wären viele Klientinnen und Klienten der Hilfen im Wohnungsnotfall gänzlich von einer medizinischen Versorgung abgeschnitten.“ (BAG W 2018)

Die medizinischen Versorgungsangebote der Hilfen im Wohnungsnotfall sind fachlich unumstritten, ihre kontinuierliche Finanzierung und damit ihre Existenz sind jedoch flächendeckend nicht gesichert.

Ausgangspunkt der gesamten Projektkonstruktion MediA und WoGe sind Erfahrungen der Praxis und wissenschaftliche Erkenntnisse aus verschiedenen Studien zur unzureichenden gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot. So ist deutlich geworden, dass diese Personengruppe meistens unter mehreren Armutssyndromen leidet, zu denen neben materieller Armut auch gesundheitliche Beeinträchtigungen gehören. Zugleich ist es für diesen Personenkreis mit (größeren) Hürden verbunden, regelmäßige medizinische Versorgung wahrzunehmen. Die Hürden liegen in Zeitstrukturen, örtlichen Verbindlichkeiten, Wahrnehmungs- und Stigmatisierungsprozessen sowie überbordenden anderen Problemen, die zunächst gelöst werden müssen. Wie dies genau zusammenhängt, welche Probleme ersichtlich werden und wie die Betroffenen mit diesen Problemlagen selbst umgehen, ist Gegenstand einiger (weniger) wissenschaftlicher Untersuchungen. So ist die Datenlage nicht sehr ergiebig und Forschungsergebnisse (zur Situation in Baden-Württemberg und bundesweit) sind zu dieser Thematik eher spärlich. In unserer folgenden kurzen Sichtung von Ergebnissen gehen wir vom Lokalen zum Überregionalen. Nach der Darstellung der Forschungs- bzw. Datenlage zu Stuttgart wird der Forschungsstand zur Situation in Baden-Württemberg und darüber hinaus auf bundesweiter Ebene aufgezeigt.

Ausgangslage in Stuttgart

Je nach Lebensort der Menschen in Wohnungsnot stellt sich die Situation unterschiedlich dar: für Adressat*innen, die in stationären Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe leben, werden überwiegend medizinische Sprechstunden in den Einrichtungen vorgehalten. Wohnungslose und in prekären Umständen lebende Menschen ohne (ausreichende) Begleitung (!) kommen offensichtlich nicht oder nur unzureichend im medizinischen und sozialpsychiatrischen Versorgungssystem an. Diese Personengruppe, insbesondere Menschen, die in Sozialpensionen oder selbstständig wohnen und Fachberatungsstellen aufsuchen, sowie Tagesstättenbesucher*innen und Personen in ambulanten Wohnangeboten, sollten mit dem MediA-Projekt erreicht und ihre medizinische Versorgungssituation verbessert werden (Ende 2015 wurde die Zahl dieser Personen in Stuttgart von der Sozialplanung mit rund 2.000 angegeben).

Da es keine Daten zum Bedarf und zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen dieser Personengruppe gibt, zogen die Initiator*innen des Projekts MediA (insbesondere die Sozialplanung der Stadt Stuttgart) die Daten aus der Gesamterfassung der Hilfeempfänger*innen in den

Wohnangeboten nach § 67 SGB XII heran.[8] Dort waren nach der Auswertung der Gesamterfassung dieser Hilfen in Stuttgart für das Jahr 2015

- 29,5 Prozent körperlich erkrankt
- 23,7 Prozent psychisch auffällig
- 44,5 Prozent hatten eine Suchtproblematik.

Insbesondere konstatierten sie, dass vor allem für die Nutzer*innen der offenen Angebote (Tagesstätten, Fachberatungsstellen) eine engmaschige Begleitung der gesundheitlichen Versorgung nicht in vollem Umfang bzw. flächendeckend geleistet werden kann, weshalb mit MediA neue Wege der Anbindung ans Gesundheitswesen entwickelt werden sollten.

Ausgangslage in Baden-Württemberg

Für Einschätzungen der gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarfe von Menschen in Wohnungsnot in Baden-Württemberg wurden zu Beginn des Forschungsprojektes insbesondere zwei Forschungsberichte herangezogen:

In der Studie zur **Gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg** (Schäfer-Walkmann / Bühler 2011), die von der damaligen Sozialministerin Katrin Altpeter in Auftrag gegeben wurde, wird bei der Analyse der Versorgungsbedarfe auch auf allgemeinere Erhebungen verwiesen (insbesondere Trabert 2005, 2010 und Ishorst-Witte 2003). Demnach leidet die Personengruppe der wohnungslosen Menschen nicht unter grundsätzlich anderen Erkrankungen als die Durchschnittsbevölkerung:

> „[…] vielmehr ist festzustellen, dass eine Häufung bestimmter Krankheitsbilder auftritt (vgl. Trabert 2005: 164; Trabert 2003: 3; Schwarzenau 2002: 1). Dies sind Erkrankungen der Atmungsorgane und Erkrankungen der Verdauungsorgane, Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, Hautkrankheiten und Erkrankungen des Skelettsystems. Auch Verletzungen aufgrund von Straßenverkehrs- und Arbeitsunfällen sowie akute Infektionskrankheiten scheinen besonders oft aufzutreten. Des Weiteren sind psychiatrische Erkrankungen sowie Alkoholkrankheit mit ihren Folgeerkrankungen hervorzuheben. Der Zahnstatus wird ebenfalls übereinstimmend oft als sanierungsbedürftig bezeichnet (vgl. Trabert 2005: 164). Wohnungslose Menschen sind zudem von einer erhöhten Multimorbidität betroffen (vgl. Trabert 2005: 164; Trabert 2003: 3). Das mittlere Sterbealter liegt bei 44,5 Jahren (vgl. Ishort-Witte 2003: 11), vermutlich unter anderem aufgrund der deutlich reduzierten Behandlungsmöglichkeiten für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe (vgl. Ansen 2008: 165).“ (Schäfer-Walkmann/Bühler 2011, S. 14ff.)

Die Studie referiert mit diesen Befunden auch vermutete Zusammenhänge von Lebensbedingungen und Erkrankungen: „Unter den sozialen Risikofaktoren bzw. Stressoren stehen psychische und/oder physische Gewalterfahrungen an erster Stelle“ (ebd., S.16) und die Autorinnen resümieren:

> „In der Praxis ist die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen eine komplexe Herausforderung, weil sowohl persönlich-individuelle als auch gesellschaftlich-strukturelle Barrieren bestehen.“ (ebd., S. 17)

[8] Im „ambulant betreuten Wohnen“ und im sog. „begleiteten Wohnen“ (die beide also nicht in einer Einrichtung stattfinden) werden die Hilfen nach § 67 SGB XII zwar angeboten, allerdings ist die Betreuung nicht so intensiv, dass die geplante Begleitung in Regeldienste der Gesundheitsversorgung garantiert werden kann.

Weiterhin interessant in dieser Studie sind die konkreten Erhebungen der Versorgungsangebote in Baden-Württemberg, wobei Versorgungslücken wie auch individuelle Barrieren zum Gesundheitssystem sichtbar werden. Mit Hilfe quantitativer und qualitativer Methoden wurden in 95 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen befragt zum Bedarf, den Zugängen zur gesundheitlichen Versorgung und den Versorgungslücken. Zum Stichtag der Abgabe der Fragebögen hatten 41 Einrichtungen intern ein niederschwelliges medizinisch-pflegerisches Angebot. Ebenfalls werden gute Praxisbeispiele vorgestellt, die zur Überwindung der Schwierigkeiten Lösungsvorschläge bieten. Außerdem befasst sich die Studie damit, ob die gelingenden Beispiele aus der Praxis „Insellösungen" (Schäfer-Walkmann/Bühler 2011, S. 8) sind oder ob diese einen richtungweisenden Charakter haben. In Bezug auf das MedMobil in Stuttgart (hier exemplarisch herausgegriffen als mobiles nicht institutionalisiertes Angebot) ging aus der Erhebung hervor, dass Mitarbeitende wie auch Nutzer*innen die Niederschwelligkeit als Vorteil und Chance ansehen. Vor allem die unkomplizierte Kontaktaufnahme beiderseits, die schnelle Versorgung sowie die Vermittlung an andere medizinische Dienste wird von allen Seiten als Gewinn betrachtet. Als erfolgreich sehen die Mitarbeiter*innen ihre Arbeit, wenn die Nutzer*innen das Angebot nicht nur einmal aufsuchen, sondern Vertrauen aufgebaut haben und wiederholt ins MedMobil kommen. Ebenso wird die Verbesserung des gesundheitlichen Zustands als Erfolg gewertet. Für die Zukunft wünschen sich Nutzer*innen wie auch Mitarbeiter*innen eine bedürfnisorientierte, unbürokratische Zusammenarbeit mit dem medizinischen Regelversorgungssystem. Dafür wäre ihrer Meinung nach eine gesteigerte Bekanntheit bei den verschiedenen niedergelassenen Ärzt*innen nötig, sowie deren Bereitschaft, „schwierige" und teilweise auch nicht versicherte Patient*innen zeitnah zu behandeln. Darüber hinaus fänden die Mitarbeitenden eine eigene Gemeinschaftspraxis mit verschiedenen Fachärzt*innen, ergänzend zum mobilen Angebot, weiterführend. Die Nutzer*innen setzen sich dafür ein, dass das MedMobil auch weiterhin im Einsatz bleibt (ebd., S. 33-51). Um die Frage der Nachhaltigkeit in der gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen zu beantworten, schlussfolgern die Forschenden: zum einen müssen „Probleme an den Schnittstellen aufgedeckt, benannt und aktiv angegangen werden" (ebd., S. 57), zum andern „macht es grundsätzlich Sinn, an der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XII die medizinische Versorgung mit den Leistungen nach §§ 67 ff SGB XII zu kombinieren" (ebd., S. 58). Außerdem wird festgestellt, dass die Finanzierung der zusätzlichen niederschwelligen Angebote in der Regel auf freiwilliger und Spendenbasis erfolgt und es bisher keine geregelte Finanzierung dafür gibt. Die Forscherinnen schlagen Modelle einer gemeinschaftlichen Gegenfinanzierung durch unterschiedliche Kostenträger vor. Nicht zuletzt verweist das förderwürdige Engagement der Freiwilligenarbeit auf die Notwendigkeit, Strukturen zur Stabilisierung des Ehrenamts bzw. des bürgerschaftlichen Engagements weiter zu etablieren.

In der 2015 erschienenen Studie **„Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg"** (erstellt durch die GISS – Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V., Bremen, unter der Leitung von Jürgen Evers und Ekke-Ulf Ruhstrat) wurde im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg eine „Bestandsaufnahme der aktuellen Situation der Wohnungsnotfallhilfe" – so der Titel der Studie – durchgeführt. Auch wenn hier Fragen der Unterbringung im Vordergrund stehen, wird in den zentralen Ergebnissen auf folgenden Sachverhalt hingewiesen:

> „Für die adäquate Versorgung von stark verelendeten Menschen mit erheblichen körperlichen, psychischen oder suchtspezifischen Beeinträchtigungen außerhalb von kommunalen Unterkünften sollten modellhafte Lösungen – idealerweise in Kooperation mit dem System der Eingliederungshilfe – erarbeitet werden. Angeregt wird zudem, an der Schnittstelle zu diesen Hilfesystemen auf die Schaffung niedrigschwelliger Versorgungsangebote für Wohnungslose mit erheblichen Beeinträchtigungen hinzuwirken." (Evers/Ruhstrat 2015, S. 20)

Schließlich machen auch der KVJS (Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg) sowie die Träger der Wohnungsnotfallhilfe seit Jahren auf die gesundheitsbezogenen Bedarfe der Menschen in Wohnungsnot aufmerksam. Für weitere Konkretisierungen der Versorgungsbedarfe sind die im Folgenden skizzierten Forschungsarbeiten aufschlussreich.

Gesundheitsbezogene Versorgungsbedarfe von Menschen in Wohnungsnot in Deutschland – Einblicke in weitere ausgewählte Studien

Einen sehr guten Überblick zur Einschätzung der gesundheitlichen Situation von Menschen in Wohnungsnot findet sich im **Heft 40 des deutschen Ärzteblatts 2017,** in welchem entsprechende Ergebnisse aus verschiedenen überwiegend medizinischen Studien referiert werden. In einem Beitrag ist folgender zusammenfassende Befund zu lesen:

> „Mindestens 75 % der Wohnungslosen[9] leiden aktuell an einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störung. Häufige somatische Diagnosen sind Erkrankungen des Atmungssystems (6-14 %) und des Kreislaufsystems (7-20 %), Verletzungen und Vergiftungen (5-15 %) sowie Infektionen und parasitäre Erkrankungen (10-16 %).“ (Kaduszkiewicz et al. 2017, S. 673)

Weiter stellen die Verfasser*innen fest, dass aufgrund vielfältiger Barrieren zur Nutzung des Regelversorgungssystems – genannt werden etwa die fehlende Krankenversicherung, das Gefühl nicht willkommen zu sein, eine fehlende Krankheitswahrnehmung, eingeschränkte Kooperationsfähigkeit – für Wohnungslose medizinische Hilfsangebote außerhalb der Regelversorgung entstanden sind (an manchen Stellen auch das „Dritte System“ genannt). Diese medizinischen Angebote, eingebettet in ein Gesamtkonzept sozialer und praktischer Lebenshilfen, sind regional unterschiedlich und häufig unterfinanziert. Auch sind sie auf eine akute, allgemeinmedizinische Versorgung fokussiert – mit nur eingeschränktem Zugang zu spezialisierten Arztpraxen (vgl. ebd.). Im Editorial zum Themenheft des Ärzteblattes wird festgestellt, dass „das verbreitete Angebotssystem für diese Zielgruppe unpassend ist“ (Hensel 2017, S. 663). Die medizinische Versorgung von Menschen in Wohnungsnot erfolgt nach diesen Befunden überwiegend innerhalb alternativer Versorgungssysteme.

> „Medizinisch hilfreich und wirkungsvoll wäre die Intensivierung von aufsuchenden und niedrigschwelligen Behandlungsangeboten, um Einstiege und Übergänge in das ‚normale‘ System der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.“ (ebd.)
> „[So nutzen] auch bei vorhandener Krankenversicherung Wohnungslose die medizinische Regelversorgung häufig nicht. Die Gründe sind individuell sehr verschieden. Eine Rolle spielten bei Lange et al. (2015) **Scham** (bei 5-8 % der Patienten), **Angst** (4-5 %), **fehlendes Vertrauen** (6 %), **zu weite Entfernung** (6 %), **körperliche beziehungsweise psychische Unfähigkeit** (2-10 %), **finanzielle Gründe** (5-7 %) und **Sprachprobleme** (2-9 %). Qualitative Studien bestätigen die Bedeutung dieser Gründe und fügen weitere Aspekte hinzu: **fehlende Krankheitswahrnehmung**, **andere Prioritäten** (etwa die Suche nach einem Schlafplatz), **organisatorische Gründe** (beispielsweise Unwissen darüber, wo eine Arztpraxis ist, und Sorge um den Besitz bei Abwesenheit).“ (Kaduszkiewicz et al. 2017, S. 675, Herv. i. O.)

Ein weiteres Merkmal der medizinischen Hilfe für Wohnungslose ist ihre Spezialisierung auf diese Zielgruppe und Einbettung in ein Gesamtkonzept sozialer Lebenshilfen (Versorgung mit Essen, Schlaf- und Waschmöglichkeiten, sauberer Kleidung, Beratung). Darüber, dass diese Kombination notwendig ist, herrscht international Konsens. Dieses multiple Angebot könne von der medizinischen Regelversorgung nicht vorgehalten werden. Die medizinische Bedarfslage weiche zum Teil von den Erfordernissen bei der Behandlung nicht wohnungsloser Menschen ab. Zugleich wird von Studien

[9] Die Definition von „Wohnungslosen“ wird im Text nicht näher spezifiziert.

berichtet, in denen Ärzt*innen davon sprechen, dass sie mit dieser Zielgruppe nicht gut umgehen können und sie diese anderen Patient*innen nicht zumuten könnten (ebd.).

Alle weiteren nun erwähnten Befunde gehen in ähnliche Richtungen und bestätigen: Es liegt eine große biografische Vulnerabilität auf Seiten der Adressat*innen vor, verbunden mit eher geringen Zugängen zur Versorgung, mit Zugangsschwellen zum Regelgesundheitssystem und einem größeren Bedarf an Beziehungsangeboten.[10]

Die **SEEWOLF-Studie** (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe) wurde im Großraum München im Zeitraum von Mai 2010 bis Juli 2012 von der TU München, Klinikum rechts der Isar, durchgeführt. Mit Bezug auf Ergebnisse einer 20 Jahre zuvor erfolgten Untersuchung beforschte die SEEWOLF-Studie erneut den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand von Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind. Die Studie erfasst Daten zur Krankheits- und Behandlungsvorgeschichte, wie auch die Lebensgeschichte allgemein. Darüber hinaus wurde die Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation und den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe erfragt. Das primäre Ziel der SEEWOLF-Studie war es zu analysieren, inwiefern „die aktuellen Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen wohnungsloser Menschen gerecht werden, bzw. welche Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuung wünschenswert wären“ (Jahn/Brönner 2014, S. 2). Die Studie untersuchte eine kleine repräsentative Zufallsstichprobe (232 Bewohner*innen der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in München mit 20,7 % Anteil von wohnungslosen Teilnehmer*innen*, was in etwa dem Frauenanteil in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in München entspricht). Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie waren ausreichende Deutschkenntnisse, daher werden Menschen mit Migrationshintergrund, die schlechte Deutschkenntnisse aufweisen, (leider) nicht in der Studie berücksichtigt. Die Ergebnisse sind dennoch in vielen Bereichen (Wege in die Wohnungslosigkeit, Bildung, Erwerbstätigkeit, etc.) spannend. In Bezug auf den Bereich „Erkrankungen und Versorgung“ zeigt die Studie, dass lediglich 6,7 % der Befragten frei von psychopathologischen Beeinträchtigungen waren. 41,9 % der Teilnehmenden haben mindestens eine (manche auch mehrere) ambulante und 41,8 % eine stationäre psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung durchlaufen. Die durchgeführten Interviews/Untersuchungen weisen eine hohe psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit auf (bei 74,5 %). Eine Krankheit bzw. eine subjektiv empfundene gesundheitliche Beeinträchtigung im körperlichen Bereich gaben 64,9 % der Befragten an. Hauptsächlich werden Erkrankungen des Bewegungsapparates genannt. Ein dringender Bedarf an einer Behandlung besteht bei 40,6 % (ebd., S. 1-11).

In einer Evaluationsstudie von Wilfried Kunstmann et al. (2009) wird das **Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen** betrachtet. 2006 stellten die Gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunalen Spitzenverbände ein jährliches Budget von 1,5 Millionen Euro für das Umsetzungskonzept einer aufsuchenden medizinischen Versorgung unter bestimmten festgelegten Bedingungen bereit. Insgesamt nahmen sechs Städte am Umsetzungskonzept teil. Deutlich wurde, dass überwiegend Männer die Angebote der mobilen medizinischen Dienste (75 % der Nutzenden) nutzen, allerdings werden durch die aufsuchende Arbeit mehr Frauen erreicht (25 %) als in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Es wurde festgestellt, dass durchschnittlich zwei chronische Grunderkrankungen bekannt sind und ein bis zwei akute Beschwerden hinzukommen. Die erreichten wohnungslosen Frauen litten, obwohl sie deutlich jünger waren, häufiger an chronischen Erkrankungen als Männer. Zudem konnten zwei Drittel der Befragten keine Versicherungskarte vorlegen. Nur wenige Nutzer*innen konnten vollständig in das medizinische Regelversorgungssystem reintegriert werden

[10] Für die folgende Quersicht greifen wir u.a. auf die Zusammenstellung in der Masterarbeit von Sina Sperrle und Tamara Strobel 2017 zurück, die im Rahmen von WoGe an der Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege entstanden ist.

(12 von 4.057 behandelten Patient*innen), deshalb wird eine „patientenbezogene, gestufte Zielsetzung zur Reintegration“ (Kunstmann 2009, S. 9) empfohlen. Dieses Modell zur Reintegration Wohnungsloser in die medizinische Regelversorgung besteht aus fünf Stufen, die eine Erreichung von unversorgten wohnungslosen Menschen in einen kontinuierlichen Behandlungskontakt beschreiben („1. Aufsuchende Hilfe, 2. Kontaktverstetigung, 3. Nachfrageaktivierung beim Patienten, 4. Facharzt-Überweisungen, 5. Hausärztliche Reintegration“ (Kunstmann 2009, S. 106)). Das bedeutet, so die Schussfolgerung der Studie, dass die mobilen Angebote die Rolle des Hausarztes bzw. der Hausärztin bei Nutzer*innen ohne Wohnung und ohne medizinische Regelversorgung übernehmen (Kunstmann 2009, S. 106-107).

Andere Studien beschäftigen sich allgemein mit der Wahrnehmung und dem Gelingen von sozialarbeiterischen Angeboten (z.B. **„Zum Nutzen und Nichtnutzen der Sozialen Arbeit am exemplarischen Feld der Wohnungslosenhilfe“** von Katja Maar 2006). Wesentliche Erkenntnis ist u.a., dass Beziehungsangebote sowie die Bereitstellung von Wissen über mögliche Angebote und vor allem aufsuchende Ansätze förderlich sind.

Im Forschungsprojekt WoGe hatten wir nicht die Möglichkeit, die Situation von jungen Menschen bzw. Jugendlichen in Wohnungslosigkeit mit in den Blick zu nehmen. Aus der Forschung ist auch bei dieser Personengruppe ein hoher Bedarf an niederschwelligen Zugangsmöglichkeiten zu vermuten. Die 2008 von Uwe Flick und Gundula Röhnsch vorgelegte Untersuchung von Lebensweisen und Einstellungen junger Obdachloser fragt u.a. nach den Vorstellungen und Handlungsweisen im Bereich Gesundheit/Krankheit. Im Fokus stehen dabei die Relevanz und der Umgang mit speziellen Risiken (Sexualität, Ernährung, Alkohol, Drogen u.a.), die Bewältigung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen sowie die Inanspruchnahme medizinischer oder psychosozialer Dienstleistungen. Abgerundet wird die Ergebnisdarstellung durch ausführliche Fallstudien. Hier zeigt sich, wie schon früh eine doppelte Ausgrenzung von chronisch kranken Jugendlichen auf der Straße erfolgt. Neben der Verwehrung der gesellschaftlichen Teilhabe kommt die Scham dazu, die ein Verschweigen von Krankheiten nach sich zieht, um nicht auch noch aus der Gruppe auf der Straße herauszufallen. Hier sind aufsuchende Zugänge besonders wichtig (Flick/Röhnsch 2008).

Ergänzend seien noch einige interessante Ergebnisse der Untersuchung der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung (GSF) e.V. **„Geschlechterspezifischer Hilfebedarf und geschlechtergerechte Weiterentwicklungen in der Wohnungslosenhilfe mit Gender Mainstreaming“** (Enders-Dragässer/Sellach 2005 und Fichtner 2005) berichtet, die als Teilvorhaben des Projekts „Wohnungsnotfälle und Wohnungslose: Zielgruppen- und Bedarfsforschung für eine integrative Wohnungs- und Sozialpolitik“ im Zusammenhang mit dem Forschungsverbund „Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen“ von 2001 bis 2005 in unterschiedlichen deutschen Städten durchgeführt wurde. Mit qualitativen Interviews wurde nach den Befindlichkeiten, Biografien und Lebenslagen der Befragten geforscht. Die gewonnenen Daten wurden geschlechterbezogen jeweils in den Kontexten einer kritischen sozialwissenschaftlichen Männer- bzw. Frauenforschung ausgewertet. In der sog. Männerstudie wird hervorgehoben:

> „Innerhalb der Deutungen der Befragten zu ihrer Gesundheit werden im Material vor allem drei Aspekte auffällig: Die hohe Bedeutung von ‚Fitness‘ und damit einhergehende Bagatellisierungen von Erkrankungen, die Bedeutung der Beziehung zu behandelnden Ärzten und schließlich – als spezifische Form einer schweren Erkrankung – das hohe Vorkommen von Epilepsieerkrankungen unter den Befragten.“ (Fichtner 2005, S. 107)

So wird auch hier festgestellt, dass es aufgrund der Rahmenbedingungen des Wohnungsnotfalls höchstens eingeschränkt möglich ist, einen angemessenen Umgang mit der Krankheit zu bewerkstelligen. Allerdings wird das von den Betroffenen selbst nicht unbedingt so gedeutet (ebd., S. 110). Zu den Ergebnissen der sog. „Frauen-Studie“ zählt die Erkenntnis, dass die lebensgeschichtlichen

Umstände von Wohnungslosigkeit eine tragende Rolle spielen. Aus den Interviews wird deutlich, dass u.a. Scheidungen, Todesfälle, Sucht, Erwerbslosigkeit und Schulden, welche nicht überwunden werden können, als Auslöser für eine Wohnungslosigkeit gelten. Auf Basis des Konzepts der Lebenslagen wurden verschiedene Handlungsspielräume betrachtet (z.B. wirtschaftlicher Handlungsspielraum verbunden mit Erwerbstätigkeit, sozialer Handlungsspielraum in Bezug auf Kontakte und Bindungen etc.). Der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem wird eher als schwierig und stark einschränkend erfahren. Die Handlungsspielräume bedingen sich gewissermaßen gegenseitig. Frauen, die in ihren gesundheitlichen Handlungsspielräumen eingeschränkt sind, sind dies (dadurch) auch in den wirtschaftlichen sowie in ihren sozialen Handlungsspielräumen. Als Quintessenz dieser Untersuchung wird nochmals deutlich, wie wichtig es ist, an der Basis anzufangen:

> „An der ‚Normalität' der Frauen trotz ihrer schwierigen Lebensverhältnisse in der Hilfe anzuknüpfen, heißt, dass alle beteiligten Institutionen […] die komplexe Realität von Mädchen und Frauen im gesellschaftlich strukturierten Geschlechterverhältnis mit benachteiligender geschlechtlicher Arbeitsteilung, benachteiligenden hegemonialen Männlichkeitsvorstellungen, entwürdigender und verletzender häuslicher bzw. sexueller Gewalt wahrnehmen und in der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung von Hilfen berücksichtigen." (Enders-Dragässer/Sellach 2005, S. 7)[11]

2018 verabschiedete die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot. Darin fasst sie noch einmal Ergebnisse aus unterschiedlichen Forschungen und den vielen praktischen Erfahrungen in der Wohnungsnotfallhilfe zusammen und legt entsprechend darauf bezogene Empfehlungen vor. Betont werden dabei zwei zentrale Erkenntnisse: a) Eine erhöhte Morbidität und Mortalität von Menschen in Wohnungsnot, die jedoch weniger gesundheitlich versorgt werden und b) strukturelle und lebenslagenbedingte Barrieren, die sowohl im Versorgungssystem liegen als auch aus den schwierigen und mehrfach belasteten Lebenslagen der betroffenen Menschen resultieren (vgl. BAG W 2018, S. 2).

Zusammenfassend zeigt der Forschungsstand, dass psychische und körperliche Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen häufiger vorkommen als bei nicht wohnungslosen, und dass das Hilfeangebot verbesserungsbedürftig ist. Niederschwellige Angebote werden von den Nutzer*innen eher angenommen, und aufsuchende Ansätze erreichen mehr Menschen. Selbst bei öffentlich oder spendenbasiert finanzierten Projekten der mobilen Gesundheitsdienste mit Ziel der allmählichen (Re)Integration in die Regelversorgung ist die Rückführungsquote in das reguläre Gesundheitssystem sehr niedrig. Zudem sind geschlechter- und diversitätsbewusste Unterstützungsangebote im gesundheitlichen Bereich wie generell in der Wohnungsnotfallhilfe notwendig. In diesem Kontext ist auch die Bedeutung der biografischen Vorgeschichten der Adressat*innen für das Gelingen von Unterstützungsangeboten hervorzuheben.

[11] Nicht zuletzt wegen der hier angedeuteten oft nicht hinreichend beachteten ‚weiblichen' Lebenslagen hat WoGe zum einen versucht, Frauen gleichberechtigt in den Blick zu nehmen, und zum anderen auch eine auf die gesamte Klientel bezogene gender- und diversitätsbewusste Auswertung vorzunehmen.

3 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das Forschungsdesign vorgestellt, die Anlage des gesamten Prozesses beschrieben und auf die Methodologie von Fallstudien als besonderer Forschungsansatz eingegangen. Anschließend erläutern wir das methodische Vorgehen bei den Interviews und die Auswertungsmethodik.

Das Forschungsprojekt WoGe ist angesiedelt zwischen wissenschaftlicher Begleitung des Praxisprojekts MediA und eigenständiger Forschung zu subjektiven Deutungsmustern von Menschen in biografischen prekären Lebenslagen (insofern ‚begleitende Forschung'). Für das Forschungsteam bedeutete dies, sich einerseits mit den Praxisentwicklungen des Modellprojekts so weit zu befassen, dass gemeinsame Reflexionen des Praxisverlaufs mit den Mitarbeitenden und Trägern kontinuierlich möglich waren. Andererseits galt es darüber hinaus einen eigenständigen Einblick in die Erfahrungen der Menschen in Wohnungsnot zu gewinnen. Das sollte vor allem damit erreicht werden, dass die biografischen Perspektiven der Adressat*innen in den Mittelpunkt des Forschungsvorgehens gestellt wurden.

3.1 Ziele, Fragestellung und Konzept von WoGe

Gegenstand des Forschungsprojektes waren individuelle und strukturelle Prozesse der Benachteiligung und Ausgrenzung wohnungsloser Menschen im Gesundheitswesen.

Das Projekt zielte auf die Beantwortung der Fragen nach den Ursachen, aber auch nach Abhilfe- bzw. Veränderungsmöglichkeiten. Die Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Entwicklung tragfähiger Hilfestrukturen zur besseren Integration wohnungsloser Menschen in die gesundheitliche Versorgung (übergeordnetes Ziel). Forschungsmethodisch war daher eine in die Tiefe gehende, qualitativ und prozessbezogen angelegte Vorgehensweise – in enger Zusammenarbeit mit den Praxisprojekten – geboten. Zusammengefasst geht es in der hier beschriebenen Forschung also um die Beantwortung der Fragen danach,

- welche Faktoren den Zugang von wohnungslosen Menschen zum Gesundheitssystem erschweren und
- welche Möglichkeiten für einen verbesserten Zugang realisiert werden können.

Zusätzlich sollte geklärt werden, wie Freiwillige für die Begleitung dieses Personenkreises bei der Nutzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen gewonnen werden können und wie es gelingen kann, psychisch erkrankte Wohnungslose zu erreichen und an das (sozial-)psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgungssystem anzubinden. Weitergehend erhoffte sich das Projekt Erkenntnisse über ‚spezifische' Aneignungsmuster und Erfahrungen des subjektiven Nutzens von Menschen in Wohnungsnot im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, des Umgangs mit gesundheitlichen Fragen und die Einbettung in biografische Bewältigungsprozesse. Quer zu den einzelnen Aspekten wurden Dimensionen der sozialen Ungleichheit in den Blick genommen (wie Gender, Migration oder Alter) und auf spezifische Besonderheiten und intersektionale Verwobenheiten geachtet. Dabei fanden unterschiedliche Lebens- und Problemlagen Berücksichtigung (körperliche und/oder psychische Erkrankungen, Migrationserfahrung, etc.).

Da es zur Beantwortung dieser Fragen unumgänglich ist, die – noch weitgehend unbekannten – subjektiven Perspektiven und Erfahrungen der zentralen Akteur*innen (wohnungslose Menschen, Professionelle der Wohnungsnotfallhilfe und des Gesundheitswesens) zu rekonstruieren, basiert die Untersuchung auf einem qualitativ angelegten Forschungsdesign. Damit lassen sich Begründungen, Deutungs- und Handlungsmuster identifizieren, die zu Ausschließung bzw. Selbstausschließung führen

können. Andererseits ermöglichen qualitative Forschungszugänge die Rekonstruktion komplexer Ausgrenzungs-, aber auch gelungener Integrationsverläufe in ihren zentralen Bedingungsfaktoren. Im Unterschied zur quantitativen Forschung, die in unserem Themengebiet Aufschluss darüber geben könnte, wie viele Menschen in welchen Lebenssituationen mit Ärzt*innen in Kontakt sind, Hausärzt*innen haben, versichert sind, auf ihre Gesundheit achten durch Vorsorge und andere Maßnahmen, kann ein qualitatives Verfahren die subjektiven Hintergründe und Eigendeutungen von Gesundheit, Krankheit und ‚gutem Leben' rekonstruieren und nachvollziehbar machen, wie diese das jeweilige Gesundheitshandeln bedingen.

Im Rahmen der qualitativen Auswertung erhofften wir uns außerdem Erkenntnisse, die über das Stuttgarter Projekt MediA hinausweisen. Die quantifizierten Ergebnisse des Projektes MediA (insbesondere Angaben zu den erreichten Personen, ihrer bisherigen gesundheitlichen Situation und Versorgung sowie den durchgeführten Interventionen der Fachkräfte), die in dem gemeinsam mit WoGe abgestimmten Dokumentationssystem von MediA erfasst werden, können mit den Ergebnissen der qualitativen Forschung in Verbindung gebracht werden.

Module des Forschungskonzepts

Die Forscherinnen waren geleitet von der These, dass ein aktuelles spezifisches Verhalten der Adressat*innen bezüglich der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste in direktem, vermutlich nicht immer bewusstem, Zusammenhang mit biografischen Erfahrungen und vor allem Verletzungen steht. Hieraus entwickeln sich subjektive Deutungsmuster und Vorannahmen, die für die hier adressierten Menschen in Wohnungsnot handlungsleitend sein können, wenn sie Zugänge ins gesundheitliche Versorgungssystem suchen bzw. vermeiden. Darum wurde ein Forschungskonzept entwickelt, das im Kern biografische multiperspektivische Fallstudien verfolgt, in deren Zentrum die Erfahrungen und Einschätzungen der Adressat*innen stehen, die gleichzeitig aber auch Perspektiven von Bezugspersonen integrieren, die weitere Zusammenhänge erhellen können. In weiteren Forschungsmodulen wurden Erhebungen in Arztpraxen über den dortigen Umgang mit Menschen in prekären Situationen, Einblicke in die Situation von Ehrenamtlichen und Erfahrungen aus konkreten Praxisverläufen insbesondere zu der Frage, wie sich der Zugang von Sozialarbeiter*innen zu der Zielgruppe finden und gestalten lässt, geplant.

Aus diesen Anliegen ergab sich ein Forschungsdesign mit mehreren, teilweise parallel zueinander verlaufenden Modulen.

Tabelle 1: Forschungsmodule im Überblick

Forschungsmodule im Überblick	
A	**Analyse der Ausgangslage** ▪ Bestandsaufnahme zu bereits bestehenden Kooperations- und (ggf. sozialräumlichen) Netzwerkstrukturen, festgelegten Verfahren und Dokumentationsinstrumenten im Stuttgarter Hilfesystem (Dokumentenanalyse) ▪ Erhebung des Expert*innenwissens: Workshops zur Klärung der bisherigen Erfahrungen mit den Adressat*innen im Gesundheitsbereich sowie mit Ehrenamtlichen und mit Expert*innen im Rahmen der Wohnungsnotfallhilfe und weiteren Kooperationspartner*innen

B	**Qualitative multiperspektivische Fallstudien**, mithilfe derer positive bzw. negative Verläufe der Integration der Adressat*innen (bzw. vorausgehende Ausgrenzungsprozesse) in die gesundheitliche Versorgung rekonstruiert und analysiert werden
C	**Begleitung des MediA-Teams** durch Reflexionsangebote auf Basis der wissenschaftlichen Beobachtungen; Unterstützung der Fachkräfte von MediA bei der **Entwicklung eines Dokumentationssystems**
D	**Evaluation der Mitarbeit/Assistenz durch Ehrenamtliche**
E	**Erhebung von Akteur*innen im Gesundheitssystem** – Befragung von Ärzt*innen
F	Etablierung eines **wissenschaftlichen Beirats**
G	**Handlungsempfehlungen** und Mitwirkung bei **Transfer** in Praxis und Politik

Verlauf, Veränderungen, Ergänzungen im Projektverlauf

In insgesamt 13 Erhebungsworkshops und Austauschtreffen mit den Praxisprojekten (Praktiker*innen und Leitung) über die gesamte Projektzeit (**Modul A und C**) konnte das Vorwissen bezüglich der gesundheitlichen Bedarfe und Angebote im Feld der Stuttgarter Wohnungslosenhilfe erhoben werden (und dabei wurden auch Praktiker*innen aus den stationären Einrichtungen mit einbezogen). Im Weiteren dienten diese Treffen dem Austausch über den Verlauf der Projekte und den Reflexionen von Schwierigkeiten, Veränderungen, Unerwartetem und neuen Bedarfen. In von uns erstellten Protokollen und Zwischenauswertungsberichten fand dies seinen Niederschlag und deren Erkenntnisse gehen in die Gesamtergebnisse selbstredend mit ein.

Es konnten 10 Fallstudien durchgeführt werden (**Modul B**). Prozessbegleitende und retrospektive Interviews mit unterschiedlichen Personen aus dem MediA-Adressat*innenkreis wurden ergänzt um Interviews mit verschiedenen weiteren Akteur*innen (zentral beteiligter Professioneller im Gesundheitsbereich und der Wohnungsnotfallhilfe und, falls vorhanden, beteiligter Ehrenamtlicher, sowie mit lebensweltlichen Bezugspersonen). Zum Verständnis und zur Charakterisierung von Fallstudien als qualitative ertragversprechende Forschungsmethode folgt im weiteren Kapitel eine vertiefende Darstellung.

Die ursprünglich geplante Evaluation der Mitarbeit/Assistenz durch Ehrenamtliche (**Modul D**) musste aufgrund des Verlaufs des Praxisprojekts MediA verändert werden. Der Fokus verschob sich dahingehend, dass Bedingungen für die Begleitung durch Ehrenamtliche herausgearbeitet wurden. Denn im Laufe des ersten Drittels des Praxisprojektes kristallisierte sich die Erkenntnis heraus, dass der geplante Aufbau eines Pools an Ehrenamtlichen zur Begleitung der Zielgruppe nicht realisierbar ist. Für das Forschungsprojekt WoGe stellte sich – entgegen der zunächst geplanten Erforschung der Gewinnung von Ehrenamtlichen und der Durchführung von Workshops mit diesen zu ihren Erfahrungen der Begleitung von Menschen in Wohnungsnot – nun die Frage, *warum* sich der Einsatz von Ehrenamtlichen als schwierig erwies und *welche Erkenntnisse* aus den ersten Begleit- und Kontakterfahrungen der Professionellen mit den Adressat*innen zu deren Bedürfnissen an Begleitung gezogen werden könnten. So reflektierten wir in den Erhebungs- und Austauschtreffen mit den Fachkräften ihre Bemühungen (und Erfolge) in der professionellen Kontaktaufnahme und Begleitung und gewannen dadurch wesentliche Projekterkenntnisse (vgl. Kapitel 5).

Des Weiteren war geplant, Gruppendiskussionen mit Ärzt*innen, in deren Praxis wohnungslose Menschen behandelt werden, durchzuführen und ihre Sicht der Behandlungsnotwendigkeiten und -schwierigkeiten aufzunehmen (**Modul E**). Die langwierigen und aufwändigen aber leider wenig erfolgreichen Kontaktbemühungen des Forschungsteams ergaben nicht das Potenzial für eine gemeinsame Befragung, es konnte trotz mehrerer Anläufe nicht gelingen, ausreichend Forschungs-Partner*innen für eine geplante Fokusgruppe zusammenzubringen. Stattdessen wurde ein Instrument zur Kurzbefragung von Ärzt*innen (vorrangig schriftliche Befragung, teilweise telefonisch) entwickelt. Das strukturelle Problem der knappen Zeit in der medizinischen Behandlungspraxis schlug sich auch hier in einer geringen Fallzahl nieder. Möglicherweise wurde das Thema von den Ärzt*innen auch als nicht ausreichend dringlich wahrgenommen. Dennoch lassen sich einige Trends aus den (knappen) Ergebnissen herauslesen, die in die Auswertungen (vgl. Kapitel 5) einfließen.

Im Prozess der Auswertung und Interpretation der Interviews der Fallstudien beteiligten wir einen wissenschaftlichen Beirat (**Modul F**). Diese in drei intensiven Sitzungen erfolgte begleitende Interpretation zur Fundierung der wissenschaftlichen Analyse/Auswertung der Fallstudien (kollegiale Validierung) mit Wissenschaftler*innen, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Forschungsthemen und -erfahrungen verschiedene Perspektiven bezüglich Wohnungsnot, Gesundheit, Psychiatrie, Gender, Planung/Entwicklung neuer Hilfestrukturen einbringen konnten, unterstützten die Erkenntnisprozesse sehr. Der wissenschaftliche Beirat diskutierte und interpretierte Auszüge aus den Transkripten der Interviews und der ersten Auswertungen des Forschungsteams und leistete somit einen nicht unerheblichen Beitrag zur Validierung der Ergebnisse.

Die gemeinsame Projektzeit des Praxis-Modellprojekts und des Forschungsprojekts endete mit der jeweiligen Zusammenstellung und gemeinsamen Diskussion der wesentlichen Erkenntnisse und vor allem daraus entwickelter Handlungsempfehlungen (**Modul G**). Diese fanden ihren Niederschlag in den öffentlichen Präsentationen. Die wesentlichen Empfehlungen des Forschungsprojekts finden sich in Kapitel 6 dieses Berichts.

Darüber hinaus fanden im Laufe des Projektzeitraums häufige inhaltliche **Meilensteingespräche** mit der Vector Stiftung statt.

Parallel zur Forschungsarbeit beteiligten sich die Forscherinnen ebenfalls an den Transferbemühungen in die Praxis und Politik insbesondere durch die Aufbereitung der Erkenntnisse aus den (Zwischen)Ergebnissen: das Team wirkte an der Erstellung einer Vorlage für den Sozialausschuss der Stadt Stuttgart mit und nahm auch an der entscheidenden Sitzung teil; es beteiligte sich an einem Fachaustausch mit dem Modellprojekt des Landes Baden-Württemberg[12]; eine mit den Trägern von MediA kooperativ geplante Fortbildungseinheit und Fachtagung „Trauma“ wurde durchgeführt und das Thema Gesundheit und Wohnungsnot wurde in die Lehre an der Hochschule Esslingen eingebracht (inkl. Einbezug von Praktiker*innen).

[12] Evaluation eines Modellprojekts zur Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg, Förderer: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg; Projektleitung: Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker. Das Projekt evaluiert ein Praxis-Modell, mit dem für Wohnungslose ein niederschwelliges Angebot ärztlicher Sprechstunden geschaffen werden soll. Ziel ist es, den Zielpersonen einen Zugang zu den bestehenden Angeboten der medizinischen Regelversorgung zu ermöglichen und sie dort dauerhaft zu integrieren. An neun Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Land werden regelmäßige ärztliche Sprechstunden angeboten und dadurch eine allgemeinmedizinische Grund- und Erstversorgung der Betroffenen sichergestellt. Die Evaluation bedient sich eines Mixed-Methods-Designs und umfasst sowohl eine formative als auch eine summative Evaluation.

Zu den Fallstudien

Fallstudien im Sinne der qualitativen empirischen Sozialforschung sind ein komplexer Forschungsansatz, der hinsichtlich der Wahl der Datenerhebungsmethoden offen ist (vgl. Borchardt/Göthlich 2007). Sie werden in der sozialwissenschaftlichen Forschung nicht als eine einzelne Methode betrachtet, sondern vielmehr als eine

> „[…] umfassende Strategie in der empirischen Forschung, welche sich verschiedenster Techniken und Methoden bedient, um Antworten auf die auslösenden Forschungsfragen zu finden. So vereint eine Fallstudie idealerweise mehrere Techniken zur Erhebung von Daten aus unterschiedlichen Quellen und kann fallbezogen unterschiedliche Methoden der Analyse der erhobenen Daten anwenden.“ (Schmidt 2006, S. 95)

Fallstudien sind bevorzugt qualitative Zugänge, die eine Möglichkeit bieten, mehrperspektivisch in die Tiefe zu gehen.

> „Die besonderen Stärken einer Fallstudie liegen im Vergleich zu quantitativen Erhebungen in der umfassenderen und dadurch besseren Abbildung der sozialen Wirklichkeit.“ (Borchardt/Göthlich 2007, S. 36)

Die erste Hochphase von Fallstudien wird in den Anfangsjahren des 20. Jahrhunderts in Chicago verortet, wo die neuen, schnell wachsenden Städte eine große soziale Ungleichheit hervorbrachten, deren Erforschung mit unterschiedlichsten Methoden angegangen wurde. Fallstudien boten den Vorteil, mehrperspektivisch thematisch unterschiedliche Aspekte für die Erfassung von Lebenslagen zusammenzubringen (vgl. Schmidt 2006, S. 98). Spätere Entwicklungen des Mainstreams der Sozialforschung verwarfen diese Ansätze zumeist und bevorzugten quantitative Großuntersuchungen wegen der vermeintlich besseren Objektivität und Nachvollziehbarkeit. Erst ab der sozialwissenschaftlichen Wende hin zu Alltag und Lebenswelten in den 1970er Jahren wurden Grenzen der quantitativen Forschungen verstärkt thematisiert und erfahrungsbezogene Erhebungsformen für vertiefteres Wissen über Erlebensweisen wieder entdeckt. Eine große Rolle spielte dabei der von Glaser und Strauss entwickelte Ansatz der *Grounded Theory* (vgl. Glaser/Strauss 1967), mit dem es populär wurde, aus qualitativen intensiven Deutungen heraus Theorieelemente zu entwickeln.

In unterschiedlichen Konjunkturen entwickelte sich der Forschungsansatz in der Geschichte der sozialwissenschaftlichen Forschung weiter. Die Bedeutung eines solchen Forschungsvorgehens beschreibt Schmidt:

> „Der Fallstudienansatz schenkt der Beobachtung, Rekonstruktion und Analyse des jeweils studierten Falles unter Berücksichtigung des Blickwinkels der Akteure besondere Bedeutung.“ (Schmidt 2006, S. 98)

Fallstudien werden nach Yin (2003, S. 3) definiert als Untersuchung, die ein zeitgenössisches Phänomen in seinem realweltlichen Kontext untersucht und somit zu den Phänomenen immer auch die Kontextbedingungen mit einbezieht. Wichtig ist dabei, dass nicht einzelne losgelöste Variablen von Interesse sind, sondern komplexe Deutungskontexte. Gerade dafür ist die Multiperspektivität, also die Sichtweise unterschiedlicher Personen auf die Phänomene, von großem Interesse. Dadurch kommen (im besten Fall) auch normalerweise ungehörte Akteur*innen zur Sprache, aus deren Perspektive oft neue Aspekte zu den erforschten Phänomenen generiert werden können.

Dieser Punkt ist nicht nur für die Erhebung, sondern ebenfalls für die Auswertung von großer Bedeutung, bei der eine Validierung durch Multiperspektivität, also intersubjektive Auseinandersetzungen mit dem erhobenen Material, erfolgt.

Im sozialwissenschaftlichen Bereich zählen Fallstudien zu den Basisdesigns qualitativer Forschungen, weil sie auf eine genaue Beschreibung oder Rekonstruktion eines Falls abzielen (Flick 2000, S. 253).

> „Das Fallverständnis ist dabei eher weit gefasst – neben Personen können auch soziale Gemeinschaften (z.B. Familien), Organisationen und Institutionen (z.B. ein Pflegeheim) Gegenstand einer Fallstudie werden.“ (ebd. S. 253f.)

Wichtig ist dabei zu klären, welche Kontexte in den Blick genommen werden sollen und welche methodischen Zugänge jeweils sinnvoll sind.

Durch die Methode der *Dichten Beschreibung*, an der wir uns bei der Darstellung der Ergebnisse orientiert haben, wird versucht, ein holistisches Verständnis des Untersuchungsgegenstandes unter Einbezug von so vielen als relevant erkannten Variablen wie möglich zu erreichen. Ein Vorteil vergleichender Fallstudien gegenüber einer Einzelfallstudie liegt darin, dass die gewonnenen Erkenntnisse durch Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen kritisch beleuchtet werden können. „Aus diesem Grund gelten die Ergebnisse vergleichender Fallstudien als überzeugender, vertrauenswürdiger und robuster“ (Borchardt/Göthlich 2007, S. 37 mit Verweis auf Eisenhardt 1989, S. 541; Miles und Huberman 1994, S. 29; Yin 2003, S. 19 und 53). Die zu untersuchenden Fälle haben gemäß Borchardt/Göthlich (2007) in einem Zusammenhang mit dem Forschungsziel zu stehen, dürfen in diesem Rahmen aber durchaus beliebig, wenngleich begründet, ausgewählt werden, um bewusst bestimmte Typen von Fällen zu erfassen:

> „Richtgröße für eine vergleichende Fallstudie ist eine Anzahl von vier bis zehn Fällen, da sich bei einer größeren Zahl die Komplexität der Auswertung erheblich erhöht.“ (Eisenhardt 1989, S. 545; zit. in Borchert/Göthlich 2007, S.37)

Auch Flick betont die Qualität der Auswertung vor der Menge an Interviews:

> „Um die theoretische Generalisierbarkeit zu erhöhen, ist der Einsatz unterschiedlicher Methoden […] zur Untersuchung eines Phänomens an wenigen Fällen häufig aussagekräftiger als der Einsatz einer Methode an möglichst vielen Fällen.“ (Flick 2000, S. 260)

Die Fallstudie war daher für das Forschungsprojekt WoGe eine geeignete Vorgehensweise, da wir die Phänomene des Gesundheitsverhaltens und speziell der Nutzung gesundheitlicher Dienste aus der subjektiven Perspektive von Menschen in Wohnungsnot und zugleich aus der Perspektive beteiligter Mitmenschen (professionelle wie lebensweltlich wichtige Kontaktpersonen) zu erfassen, zu deuten und einzuordnen bestrebt waren. Dabei flossen Elemente vergleichender Fallstudien und ethnografische Zugänge mit ein. Die erzählten ‚Geschichten‘ wurden im Interpretationsprozess mit sozialwissenschaftlichem Hintergrundwissen (u.a. zum Geschlechterverhältnis, Armutsphänomenen, Scham und Beschämung) zusammengebracht und plausible Deutungen des Nutzungsverhaltens erarbeitet. Daraus ließen sich Muster herausarbeiten, die als verallgemeinerte Erkenntnis auch in weiteren ‚Geschichten‘ auffindbar sind und letztlich zu einem vertieften und gehaltvollen Verständnis der Umgänge mit gesundheitlicher Versorgung führen. Solche Erkenntnisse können für die praktische Arbeit wesentliche Orientierungen und Beratungshinweise ermöglichen, die den Respekt vor den Erfahrungen und Deutungen der Betroffenen wahren.

Im Konkreten erarbeiteten wir zunächst aus der Literatur und den Fachkontakten ein Kontextwissen über subjektives Gesundheitsverhalten und Lebenssituationen von Menschen in Wohnungsnot. Neben den erfragten Praxiserfahrungen waren dabei auch Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien (vgl. Kapitel 2) sowie aus Qualifikationsarbeiten behilflich, die im Kontext des Forschungsprojekts erarbeitet wurden.[13] Auf dieser Grundlage entstanden unterschiedliche Interviewleitfäden für die jeweils zu

[13] Masterarbeiten: Sina Sperrle / Tamara Strobel: Kontakte der Wohnungslosen(hilfe) zum medizinischen System. Eine qualitative Erhebung der Angebote des MedMobil und des Cafe 72 (September 2017); Bastian Burger: Ehrenamtliche Begleitung beim Zugang zum Gesundheitssystem – Förderliche Faktoren – Erkenntnisse aus einer qualitativen Untersuchung der Begleitung HIV-positiver Menschen (August 2019); Bachelorarbeit: Aljoscha

befragenden Personengruppen, mit denen dann ausführliche Interviews mit teils narrativen Elementen geführt wurden.[14] Das aufwändige Auswertungsverfahren wird im nächsten Kapitel beschrieben.

3.2 Multiperspektivische Fallstudien: Erhebung und Auswertung der qualitativen Interviews

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Zugänge zu den Interviewpartner*innen gestaltet wurden und wie wir bei der Erhebung und Auswertung der qualitativen Interviews im Rahmen der Fallstudien vorgegangen sind.

Zugänge zum Feld und Sample

Die Verbindung zwischen unserer begleitenden Forschung und dem Praxis-Modellprojekt MediA ermöglichte Zugänge über die jeweiligen Fachkräfte, die Personen (ihre Adressat*innen) im Rahmen des Praxisprojektes für die Interviews anfragten und ihre Erlaubnis einholten, dass wir Forscherinnen Kontakt aufnehmen und alles Weitere erläutern konnten. Entsprechend der Empfehlungen bezüglich kodierender, an die Grounded Theory angelehnter Verfahren (Strauss 1991), beim Sampling in qualitativen Forschungen den minimalen und maximalen Kontrast zwischen den Interviewpartner*innen zu berücksichtigen, legten wir vorab folgende Aspekte fest, die wir bei der Auswahl der Interviewpartner*innen berücksichtigen wollten: Einerseits sollten mindestens zwei Personen aus den jeweiligen Bausteinen des Praxisprojektes (siehe Kapitel 1) interviewt werden (die möglichst eine breite Altersspanne und unterschiedliche Krankheitsbilder abdecken); andererseits sollten wegen der Bedeutung der intersektionalen Perspektive auch Personen interviewt werden, bei denen Migrationserfahrungen in der Biografie bedeutsam waren, ebenso wie Personen verschiedener geschlechtlicher Identitäten und sexueller Orientierungen. Es konnten schlussendlich 10 Personen von den Praktiker*innen gefunden werden, die zur Teilnahme an der Forschung bereit waren, auch wenn das letzte Sampling-Kriterium (LSBTTIQ-Zugehörigkeit) nach etlichen Versuchen aufgegeben werden musste.[15]

Im Anschluss an die Interviews wurden die Adressat*innen gefragt, ob sie damit einverstanden wären, wenn auch weitere Personen aus ihrem persönlichen Umfeld interviewt würden (Fachkräfte von MediA und der Wohnungsnotfallhilfe sowie Ehrenamtliche, die in die Unterstützung eingebunden wurden, medizinisches Personal und/oder Personen aus dem privaten Umfeld). Erfreulicherweise gab es eine große Bereitschaft der Teilnehmenden und so konnten insgesamt 30 qualitative Interviews – gruppiert um 10 Personen – und damit 10 Fallstudien realisiert werden.[16] Die folgende Tabelle zeigt das so gewonnene Sample der Interviewpartner*innen.

Brüggemann: Wohnungslose Adressatinnen mit psychischen Erkrankungen – über individuelle Problemlagen, bestehende Unterstützungsangebote und entsprechende Zugänge (November 2017).

[14] 30 Interviews fallbezogen (zwischen 30 Minuten und drei Stunden) mit Adressat*innen, Bezugspersonen, Sozialarbeitenden und Ärzt*innen.

[15] Dennoch kann es selbstverständlich trotzdem sein, dass Befragte sich dieser Gruppe (LSBTTIQ) zugehörig fühlen. Es war jedoch bei keiner der befragten Personen ein Thema im Interview.

[16] Die zunächst geplanten Folgeinterviews mit den Adressat*innen zu einem späteren Zeitpunkt wurden aus unterschiedlichen Gründen nicht bzw. nur in einem Fall durchgeführt (die Interviewpartner*innen waren umgezogen, ihr gesundheitlicher Zustand hatte sich verschlechtert oder ein Folgeinterview schien zum jeweiligen Zeitpunkt noch keine wesentlich neuen Erkenntnisse zu befördern, weil geplante Behandlungen noch ausstanden etc.).

Tabelle 2: Sample der Interviewpartner*innen

Fallstudie	Übersicht geführter Interviews
Interviewpartner*innen aus MediA-Baustein 1: Gesundheitliche Versorgung	
Georg Gruber	1. Georg Gruber (†2018) 2. Mitarbeitende betreutes / begleitetes Wohnen 3. Ehrenamtliche Begleitung / Praktikantin 4. Pflegedienst 5. MediA 6. Hausarzt
Emil Eisenmann	1. Emil Eisenmann 2. MediA
Kaya Khalifa (mit Ehemann Abdel Abbas)	1. Kaya Khalifa 2. Mitarbeitende betreutes / begleitetes Wohnen / MediA
Sofia Santos	1. Sofia Santos 2. MediA
Interviewpartner*innen aus MediA-Baustein 2: Frauengesundheit	
Lena Lichtenstein	1. Lena Lichtenstein 2. MediA 3. Ehrenamtliche Begleitung / Praktikantin
Klaudia Kuller	1. Klaudia Kuller 2. MediA 3. Zahnarzt
Maggy Maurer	1. Maggy Maurer 2. Folgeinterview Maggy Maurer 3. Mitarbeitende betreutes / begleitetes Wohnen
Bianca Bönning	1. Bianca Bönning
Interviewpartner*innen aus MediA-Baustein 3: Seelische Gesundheit	
Suree Schuster	1. Suree Schuster 2. MediA 3. Mitarbeitende betreutes / begleitetes Wohnen
Stefan Schmitt	1. Stefan Schmitt 2. Schwester 3. Hausärztin 4. Mitarbeitende betreutes / begleitetes Wohnen 5. MediA
Insgesamt 30 Interviews, davon: 11 Interviews mit 10 Adressat*innen (Alter von 34 bis 60+; 4 Personen mit Migrationserfahrungen), 8 Interviews mit MediA-Mitarbeitenden, 4 Interviews mit Fachkräften sowie 2 Interviews mit Ehrenamtlichen aus der Wohnungsnotfallhilfe, 3 Interviews mit Ärzt*innen (davon 2x Hausarzt / 1x Zahnarzt) sowie 1 Interview mit einer Pflegefachkraft, 1 Interview mit einer verwandten Person	

Datenerhebung: Offene Leitfadeninterviews

Auch wenn die Zugänge zu den Interviewpartner*innen vergleichsweise einfach waren, stellte die Durchführung der Interviews erhebliche Herausforderungen an die Interviewenden. Dies war insbesondere der Fall, weil die Thematik persönliche und für alle Beteiligten belastende Lebensfragen fokussierte, die dann im Interview – und dabei teils noch im privaten, nicht immer der (Pflege-) Situation der Personen angemessenen Wohnraum – ausgehalten werden mussten und notwendige Distanzierungen erschwerten. Im Projektverlauf gab es darüber hinaus bei einigen Interviewten dramatische Entwicklungen, bis hin zum Tod eines Interviewpartners. Unsere Forschungs-Interviews fanden vor Ausbruch der Coronavirus-Pandemie statt, d.h. alle Befragtem waren physisch erreichbar, Tagesstätten hatten Normalbetrieb. Wäre die Untersuchung später erfolgt, wären sicherlich die besonderen Belastungen von Menschen in Wohnungsnot durch die Abstands- und Hygieneregeln während der Pandemie und das erhöhte Ansteckungsrisiko in dieser Gruppe (inkl. das Risiko schwerer Verläufe) sehr deutlich zum Thema geworden.

Um die subjektiven Sichtweisen der Interview-Partner*innen zu erhellen und nachvollziehen zu können, wurden offene Leitfadeninterviews durchgeführt (vgl. Friebertshäuser 2013). Die Leitfäden stellten dabei nur ein thematisches Gerüst dar, das der konkreten Situation und dem Erzählfluss der Personen sehr individuell und flexibel angepasst werden musste.[17] Besonders wichtig war dabei, die Personen zum Erzählen zu ermutigen, weshalb die zentralen Themen jeweils mit einem narrativen Erzählimpuls eröffnet und bei Bedarf entsprechend der Projektthematik Nachfragen gestellt wurden (nach Helfferich 2011). Die Interviews mit dem erweiterten Personenkreis der Fallstudie wurden ebenfalls als offene Leitfadeninterviews geführt, wobei die jeweiligen Leitfäden thematisch parallel zu den ersten Interviews gestaltet wurden – jeweils mit dem Ziel, die Perspektive der Beteiligten auf die gesundheitliche Situation, die Bewältigung und die Begleitung ins Gesundheitswesen zu fokussieren. Zur leichteren Nachvollziehbarkeit wird im Folgenden ein gekürzter Leitfaden, wie er in den Interviews mit den Adressat*innen zum Einsatz kam, abgebildet.

[17] In der qualitativen Forschung wird versucht, sich den subjektiven Sichtweisen von Menschen anzunähern: „ihren spezifischen Ansichten von der Welt, von sich selbst, ihren Werten, Normen und Verhaltensweisen“ (Friebertshäuser 2018, S. 437). Auf der Basis von Erzählungen (zu Lebensgeschichten oder Lebensansichten) kann bzw. soll das jeweilige Sein, „Denken und Handeln“ (Deutungs- und Handlungsmuster) rekonstruiert werden.

Abbildung 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden mit Adressat*innen

1. Einstieg
   Wir haben ja über XY Kontakt zu Ihnen aufgenommen, können Sie uns erzählen, wie sie erstmals zu XY gekommen sind?
2. Gesundheitsvorstellungen/-verhalten
   Wenn Sie so in Ihrem Leben zurückblicken: Welche Rolle hat das Thema Gesundheit bzw. Krankheit in Ihrem Leben gespielt, wie sind Sie mit gesundheitlichen Beschwerden umgegangen? (bei Bedarf Nachfragen zu Krankheiten und individuellem Gesundheitshandeln)
3. Konkrete Erfahrungen Gesundheitssystem
   Könnten Sie mir von konkreten Situationen bei Ärztinnen und Ärzten oder im Krankenhaus usw. erzählen? (bei Bedarf Nachfragen zu positiven und negativen Erfahrungen mit Beispielen)
4. Faktoren / bedeutsames Netzwerk für Gesundheit
   Wenn Sie nochmal so in Ihrem Leben zurückblicken: Wer oder was hat Ihnen geholfen, um gesund zu bleiben, oder wenn es Ihnen mal nicht so gut ging? (bei Bedarf Nachfragen zu biografischen Themen)
5. Hürden bei Zugängen ins Gesundheitswesen
   Gab es schon einmal eine Situation, wo Sie krank waren und nicht zum Arzt gegangen sind? Was hat Sie davon abgehalten? (bei Bedarf Nachfragen zu Hürden und deren Überwindung)
6. Förderliche Faktoren für Zugänge ins Gesundheitswesen
   Gibt es manchmal auch Situationen, wo es Ihnen leichter fällt, zum Arzt / zur Ärztin zu gehen? Können Sie uns von einer solchen Situation erzählen? (bei Bedarf Nachfragen zu Beispielen)
7. Medizinische Assistenz / Begleitung
   Haben Sie mal erlebt, dass Sie eine Person (Bekannte, Freundin oder Sozialarbeiterin) zu einem Besuch beim Arzt/ bei der Ärztin begleitet oder Sie dabei unterstützt hat? Können Sie erzählen, wie das gewesen ist? (bei Bedarf Nachfragen zu positiven und negativen Aspekten der Begleitung)
8. Unterstützung durch MediA
   Wir interessieren uns für Ihre Erfahrungen mit XY von MediA – wir möchten Sie bitten, doch mal von Anfang an darüber zu erzählen. (bei Bedarf Nachfragen zu positiven und negativen Aspekten der Begleitung)
9. Sonstige professionelle Unterstützung
   Wir interessieren uns für Ihre sonstigen Erfahrungen mit dem Hilfesystem: Mit welchen Stellen hatten bzw. haben Sie zu tun? (bei Bedarf Nachfragen zur Wohnungsnotfallhilfe, Suchtberatung, Psychiatrie)
10. Bilanzierung: Gesundheit und Wohnungsnot
    Wenn Sie jetzt nochmal auf Ihre Gesundheit und Ihren Umgang damit in ihrem Leben zurückblicken – gibt es Unterschiede, wie das vor der [Wohnungsnot] / ihrer jetzigen Wohn- und Lebenssituation, während der und ggf. hinterher war? (bei Bedarf Nachfragen zur Wohnungssituation)
11. Schwierigkeiten, Änderungsbedarf
    Wenn Sie das Gesundheitssystem / die Wohnungsnotfallhilfe verändern könnten – was würden Sie tun? // Wenn Sie Gesundheitsminister*in wären, was würden Sie verändern?
12. Weiteres?
    Jetzt haben wir ja über viele Themen gesprochen – gibt es noch etwas, dass sie darüber hinaus gerne erzählen möchten?

[bei Bedarf fehlende sozio-demografische Daten klären: Alter, Bildung/Beruf, Familie/Partner*in, Stuttgart, Wohnortwechsel] und Abschluss

Die durchgeführten Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und 3 Stunden und wurden anschließend entsprechend dem GAT-System (gesprächsanalytisches Transkriptions-System) vollständig wörtlich transkribiert (vgl. Langer 2013).

Kodierende Auswertung der Interviews

Alle 30 Interviews wurden gemäß dem thematischen Kodieren nach Uwe Flick (2009, S. 402ff.) ausgewertet. Das Verfahren ist in Anlehnung an die Auswertungsschritte der Grounded Theory (vgl. Strauss 1991) entwickelt worden, allerdings für vergleichende Studien,

> „die mit aus der Fragestellung abgeleiteten, vorab festgelegten Gruppen arbeiten. Der Forschungsgegenstand ist dabei die soziale Verteilung von Perspektiven auf ein Phänomen oder einen Prozess.“ (Flick 2009, S. 402)

Damit schlägt Flick ein von Strauss abweichendes Sampling vor, das sich an aufschlussreich erscheinenden „Gruppen“ (mit unterschiedlichen Perspektiven auf den Forschungsgegenstand) orientieren soll und daher vorab festgelegt und nicht wie bei Strauss im Laufe der Interpretation abgeleitet wird (eine vorab festgelegte Gruppendifferenzierung im Forschungsprojekt WoGe ergab sich durch die Projektbausteine von MediA).

Wir orientierten uns im Projekt an den drei von Flick vorgeschlagenen Auswertungsschritten und nahmen weitere Teilschritte auf. Dabei setzten wir das Auswertungsprogramm MAXQDA[18] ein und integrierten vertiefende, sequenzanalytische Interpretationen aus der gemeinsamen Interpretationsarbeit mit dem Forschungsbeirat.

1. Schritt: Einzelfallanalyse

- Erstellung einer Kurzbeschreibung des jeweiligen Falles (enthält typische Aussagen, eine knappe Darstellung der Person im Hinblick auf die Fragestellung und die angesprochenen zentralen Themen) sowie
- vertiefende Analyse am einzelnen Fall: Diese besteht in der Kombination von offener Kodierung (d.h. Textsegmente mit einem oder mehreren Kodes zu versehen, die den Inhalt bzw. die wesentlichen und auffälligen Aspekte einer Aussage repräsentieren) und selektiver Kodierung (d.h. wichtige thematische Bereiche für den einzelnen Fall zu benennen).

In diesem ersten vertiefenden Auswertungsschritt der Kodierung der ersten Interviews erwiesen sich auch die gemeinsamen Interpretationssitzungen mit dem WoGe-Forschungsbeirat als besonders hilfreich. Dadurch konnten vielfältige Kategorien entwickelt werden, anhand derer die einzelnen Fälle ‚aufgeschlossen‘ wurden.

2. Schritt: Analyse der Einzelfälle ausgehend von einer thematischen Struktur

Auf der Basis erster Einzelfallanalysen wurde nach Flick eine *thematische Struktur* (zentrale thematische Bereiche) entwickelt und kontinuierlich überprüft: „Mit ihr werden alle in die Auswertung einbezogenen Fälle analysiert“ (Flick 2009, S. 405); d.h. vergleichbare Stellen werden identifiziert, zugeordnet und hinsichtlich ihrer Bedeutung interpretiert. Die im Rahmen unserer Auswertung entwickelte thematische Struktur stellt auch die Grundlage für die Aufbereitung der Fallstudien dar. Sie umfasste folgende für den Vergleich der Fälle zentrale Kategorien:

- Eigenes Verständnis von Gesundheit / Krankheit (auch Benennung von Krankheiten)
- Gesundheitshandeln (Umgang mit Erkrankungen)
- Zugang zum eigenen Körper / Körpergefühl (Körperbild)
- Erleben von Begleitung und Unterstützung im sozialen Hilfesystem (Wohnungsnotfallhilfe Soziale Arbeit, …)
- Bedeutsame biografische Ereignisse (Wendepunkte, Einschnitte, …)

[18] Informationen zum Programm unter www.maxqda.de oder bei Kuckartz/Rädiker 2020

- Erlebnisse im medizinischen System (Positives/Negatives)
- Private soziale Beziehungen
- Wohnen
- Bedeutsamkeit und Zusammenhänge von Geschlechteraspekten

Feinanalyse: Auf der Basis einer Feinanalyse wurden anschließend für die Forschungsfrage zentrale Passagen einer genaueren Interpretation unterzogen. Bei dieser Feinanalyse empfiehlt Flick, auf das von Strauss empfohlene Kodierparadigma zurückzugreifen: dabei sind Bedingungen, die zu einer bestimmten Situation führen, die jeweiligen Interaktionen und Strategien der Akteur*innen sowie die daraus folgenden Konsequenzen zu rekonstruieren und hinsichtlich der aufscheinenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu interpretieren. In unserem Material haben wir diese Feinanalyse für die Kategorie „Erleben von Begleitung und Unterstützung im sozialen Hilfesystem" durchgeführt (vgl. Kapitel 5.1) und folgendermaßen konkretisiert:

- Welche *Bedingungen* mussten im jeweiligen Fall erfüllt sein, damit Begleitungen realisiert werden konnten? Warum haben sich die Personen an MediA gewandt? Welche Form der Unterstützung bzw. Begleitung haben sie gesucht?
- Welche *Interaktionen* wurden während der konkreten Begleitung bzw. den jeweiligen Unterstützungsprozessen beschrieben? Was war hilfreich, was nicht?
- Welche Akteur*innen berichten von welchen konkret verfolgten *Strategien* in diesem Prozess?
- Was waren die *Konsequenzen* der so erlebten Begleitung?

Werden diese Interpretationsachsen auf vergleichbare Phänomene angewendet, so ist es möglich – sofern vorhanden – unterschiedliche Muster oder Faktoren zu erkennen (also welche Bedingungen und Interaktionen führen zu welchen Konsequenzen), um Handlungen besser zu verstehen.

Die fallbezogene Darstellung der Auseinandersetzung mit dem Gegenstand der Untersuchung einschließlich der Leitthemen, die sich durch die Sichtweisen über verschiedene Bereiche hinweg als spezifisch für den Fall festhalten lassen, schließt die Einzelfallanalyse ab. Für die Darstellung in Kapitel 4 haben wir die Fallanalysen in folgende thematische Abschnitte gegliedert und darin die wesentlichen Aspekte aus der Einzelfallanalyse gebündelt:

- Biografisches Kurzportrait
- Biografische und lebensweltbezogene Themen
- Gesundheitshandeln
- Professionelle Begleitung und Unterstützung
- Zusammenfassendes Fazit

3. Schritt: Fall- und Gruppenvergleich

Die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der verschiedenen Fälle bildet den Abschluss der thematischen Kodierung (die Verteilung der Perspektiven auf den Gegenstand bzw. die Aspekte der thematischen Struktur wird analysiert). Dabei wurde ein besonderes Augenmerk auf die Kategorie der gender-bezogenen Erfahrungen, der Migrationsgeschichte und weiterer Herausforderungen gelegt (vgl. Kapitel 5.2).

So lässt sich das inhaltliche Spektrum der Auseinandersetzungen der Interviewpartner*innen skizzieren. Im Quervergleich unserer Fälle sind allerdings die ursprünglichen Gruppen der MediA-Praxisbausteine nicht entscheidend, sondern vielmehr die jeweiligen Dynamiken in der Bedeutung der erfahrenen Begleitung.

4 Multiperspektivische Fallstudien: Rekonstruktionen und Ergebnisse

In den folgenden Fallstudien wird zunächst skizziert, wie die Adressat*innen zu MediA gekommen sind und welche Interviews geführt werden konnten. Anschließend werden zentrale gesundheitliche Themen sowie darauf bezogene soziale Netzwerke in Abbildungen dargestellt. Kern der Fallstudien bilden nach einem Kurzportrait die jeweiligen biografischen und lebensweltbezogenen Themen, die in Zusammenhang mit dem Gesundheitshandeln der Adressat*innen und der erfahrenen professionellen Begleitung gebracht und hinsichtlich der zentralen Forschungsfragen zusammenfassend interpretiert werden.

In neun der zehn Fallstudien gelang der Zugang zu den Adressat*innen über MediA, in einem Fall über einen persönlichen Kontakt einer Studierenden der Hochschule Esslingen. Die Abfolge der Falldarstellungen ist nach den drei Bausteinen des Praxisprojekts MediA gegliedert (siehe Tabelle 2).

4.1 Georg Gruber: „Ja, der Brennpunkt war bei mir eigentlich immer der Alkohol, mein ganzes Leben“

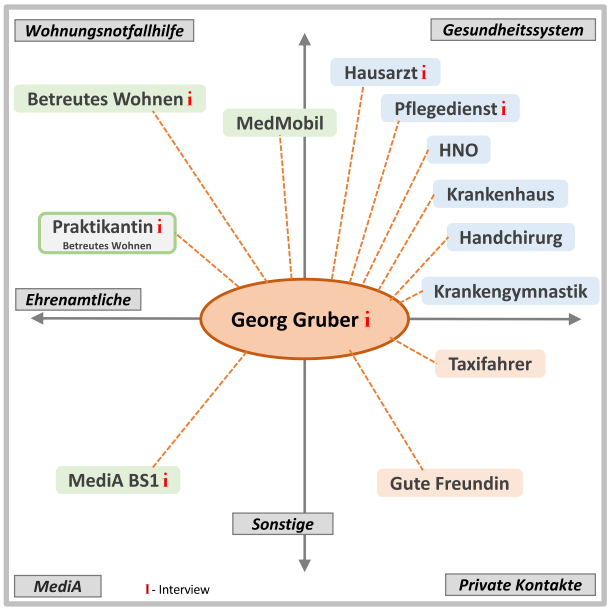
Georg Gruber wird zum Zeitpunkt des Interviews seit rund zehn Jahren im Rahmen von begleitetem Wohnen betreut und unterstützt. Der zuständige Mitarbeiter hat ihn an MediA (Baustein 1 – Gesundheitliche Versorgung) vermittelt, hauptsächlich mit dem Ziel der Begleitung zu medizinischen Behandlungsterminen. Georg Gruber hat verschiedene gesundheitliche Probleme: massive Gehbehinderungen, eine Hautkrankheit, eine Suchterkrankung sowie eine Krebserkrankung, die eine aufwändige Behandlung erfordert.

Im Kontext der Forschung werden sechs Interviews durchgeführt: mit dem Fachberater (Wohnungsnotfallhilfe) von Herrn Gruber, einer Praktikantin des Fachberaters, die Herrn Gruber in der Vergangenheit mehrfach begleitete, sowie einer MediA-Mitarbeiterin. Aus dem Gesundheitsbereich werden der langjährige Hausarzt und die Leitung des aktuellen Pflegedienstes interviewt, die Herrn Gruber pflegerisch versorgen. Mit Herrn Gruber[19] selbst kann ein Interview geführt werden, das bei ihm zuhause stattfindet. Einige Monate nach dem Interview verstirbt Herr Gruber an seiner Krebserkrankung.

Die Studie ermöglicht mit sechs Perspektiven einen sehr differenzierten Blick auf Georg Gruber, seine Lebenswelt und verschiedene Begleitungsformen im Gesundheitsbereich, und auch auf Fragen nach einer adäquaten palliativen Versorgung von Menschen in prekären Wohnsituationen.

[19] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Georg Gruber, 02 für den Fachberater der Wohnungsnotfallhilfe, 03 für die Praktikantin des Fachberaters, 04 für MediA-Mitarbeiterin, 05 für den Pflegedienst und 06 für den Hausarzt von Georg Gruber.

Abbildung 2: Soziales Netzwerk Georg Gruber



Georg Grubers gesundheitliche Themen im Überblick:

- Starke Gehbehinderung aufgrund eines Unfalls und Polyneuropathie
- Schwerbehinderung
- Pflegebedürftigkeit
- Alkoholabusus
- Hauterkrankungen
- Onkologische Erkrankung
- Leberzirrhose
- Traumatisierung

Kurzportrait Georg Gruber

Georg Gruber ist im Großraum Stuttgart geboren und aufgewachsen. Zum Interviewzeitpunkt ist er Anfang 50. Er beschreibt ein schwieriges Verhältnis zu seinem Vater bereits in jungen Jahren, mit dem er viele Auseinandersetzungen hatte:

> „Da habe ich meinem Vater den Tod gewünscht und so weiter und alles Mögliche. Ich habe mich oft mit meinem Vater gezofft. Als junger Mann schon, war ich schon ein Rowdy.“ (01.198)

Mit 13 Jahren beginnt er mit Rauchen und Trinken und verlässt mit 15 das Elternhaus. Er ist in Motorrad-Gangs unterwegs und „auch ein paarmal schwerwiegend, sagen wir mal so, aufgefallen […] das waren die wilden Jahre sage ich mal“ (Georg Gruber, 01.78ff.). Weil er es „hier“ nicht mehr aushält, geht er mit 20 Jahren für fünf Jahre zur Fremdenlegion. Anschließend kehrt er nach Deutschland zurück. Der Kontakt zu den Eltern und zum Bruder ist endgültig abgebrochen, vom Tod des Vaters und vom Psychiatrieaufenthalt der Mutter nach einem Selbstmordversuch erfährt er von der Großmutter.

Georg Gruber hat sich nach seiner Rückkehr nach Deutschland beruflich im Sicherheitsdienst bei verschiedenen großen Sicherheitsunternehmen etabliert, wo er fast zwanzig Jahre arbeitet. Mit Mitte 20 heiratet er, allerdings wird die Ehe nach wenigen Jahren geschieden, weil seine Frau „einen anderen“ kennengelernt hat. Dafür gibt er sich selbst die Schuld: „Ich habe meine Frau vernachlässigt, ich habe viel zu viel, viel zu viel war ich im Geschäft“ (01.363). Er trägt heute noch den Ehering, aus Treue (vgl. Georg Gruber; 01.162). Die Zeit danach beschreibt er nur sehr vage und ohne Angabe von Alter oder Jahreszahlen. Nach der Scheidung hat Georg Gruber hohe Schulden. Er hängt irgendwann am Bahnhof ab, wo er mit anderen zusammen trinkt „und da war ich am Bahnhof auch mit Bierflasche und so weiter und dann mit denen mit Rucksack“ (Georg Gruber, 01.408). Zu dieser Zeit hat er noch eine Wohnung. Mit Anfang 40 macht er eine Suchttherapie auf der „Hellen Platte“ über sieben Monate. Ein Jahr später wird er nach der Nachtschicht frühmorgens von einem Auto angefahren, seine Beine werden schwer verletzt. Zu dieser Zeit lebt er in einem winzigen und dunklen Ein-Zimmer-Apartment, in das er möglicherweise nach der Sucht-Therapie und vermutlich finanziert durchs Jobcenter gezogen ist. Kurz nach dem Unfall vermittelt ihn das Jobcenter an die Wohnungsnotfallhilfe und er wird seither durch einen Fachberater im Rahmen von begleitetem Wohnen unterstützt. Seit dem Unfall ist Georg Gruber schwer gehbehindert und in der Folge auch pflegebedürftig. Er kann seine

im ersten Stock liegende Wohnung, die nur über eine lange und sehr steile Treppe erreichbar ist, nicht ohne Hilfe verlassen. Der ca. 10-minütige Fußweg zum Hausarzt, bei dem er die letzten fünf Jahre angebunden ist, ist für ihn alleine nicht zu bewältigen. Spätestens nach dem Autounfall ist Alkohol wieder ein großes Thema, mit gesundheitlichen Folgen wie Polyneuropathie (die Gangunsicherheit massiv verstärkend) und Leberzirrhose. In den letzten Jahren hatte Herr Gruber zwei größere Behandlungen, einmal die Abklärung und chirurgische Entfernung einer großen Geschwulst im Gesicht sowie die Diagnose Kehlkopfkrebs mit anschließender Chemotherapie, an deren Folgen Georg Gruber einige Monate nach dem Interview verstirbt.

Die letzten Jahre seines Lebens, insbesondere seit seinem Unfall, lebt er sehr zurückgezogen und scheint sehr wenige soziale Kontakte zu haben. Es gibt eine „gute Bekannte", die er nach seinem Unfall vor der Haustüre kennengelernt hat und mit der er auch kurze Zeit liiert war. In den letzten Jahren verbindet sie eine Freundschaft, in welcher sie sich gegenseitig helfen. Von dieser Freundin wird Herr Gruber bis zu seinem Tod unterstützt, die letzten Wochen nimmt sie ihn bei sich auf und kümmert sich um ihn.

Aus der Retrospektive scheint es kaum glückliche und unbeschwerte Zeiten im Leben von Georg Gruber gegeben zu haben. Erfahrene und selbst ausgeübte körperliche Gewalt ziehen sich durch sein Leben – möglicherweise bereits im Elternhaus, auf jeden Fall in der motorisierten Gang, in seiner „Militärzeit" und sicherlich auch anschließend beim Sicherheitsdienst.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Georg Gruber beschreibt verschiedene zentrale biografische Lebensereignisse. Dazu gehören Probleme im Elternhaus, besonders mit dem Vater und dem Bruder. Als er mit 15 auszieht, ist er auf sich alleine gestellt und muss schauen, wie er über die Runden kommt. Georg Gruber gelingt es aus eigener Kraft, auf eigenen Beinen zu stehen:

> „Ich musste meinen Führerschein und so weiter alles selbstständig finanzieren. Mein erstes Auto, mein erstes Fahrrad habe ich selber zusammengebaut." (01.152)

Sein Verhalten scheint dabei sehr von klassischen männlichen Rollenbilder geprägt zu sein – Motorradgang, Schlägereien, Militärzeit mit nach außen gerichteten Verhaltensweisen wie körperliche Auseinandersetzungen. In der Rückschau bedauert er sein Verhalten und die Probleme in seiner Jugend.

Gewalt und körperliche Auseinandersetzungen in seiner Gang-Zeit, die er als seine „wilden Jahre" bezeichnet, lassen vermuten, dass er auch in dieser Zeit kaum Unterstützung bekommen und stattdessen gelernt hat, sich irgendwie alleine durchzuschlagen. Seine Andeutungen von „Schwierigkeiten" lassen an Gewalt, Kriminalität, Konflikte mit anderen oder möglicherweise auch mit Polizei und Rechtsstaat denken. Bei der Fremdenlegion ist er unter anderem fünf Jahre in Afrika im Kampfeinsatz (vgl. Fachberater WNH, 02.44). Georg Gruber selbst verwendet nie das Wort Fremdenlegion, sondern spricht von Ausland oder Militär:

> „Ich kann Ihnen nur eines sagen, also ich möchte nicht viel über meine Militärzeit erzählen oder sagen, weil das ist eine Sache, das ist meine Privatsache eigentlich, aber ich kann Ihnen bloß so sagen, in dem Moment (3) denkt der Körper nicht, der Körper denkt nicht, weil das ist ein Grad zwischen äh wie soll man es ausdrücken, das ist ein Grad zwischen marschiere oder naja das andere (…). An so etwas dürfen Sie gar nicht denken dabei, an Leben oder Tod dürfen Sie dabei nicht denken […]. Das, das ist ja ein psychisches Spiel." (01.140ff.)

Georg Gruber deutet Gewalt, Blut und Tod im Interview nur an, als wolle er an diesen Erinnerungen nicht rühren. Dieser Lebensabschnitt scheint in mehrfacher Weise prägend gewesen zu sein. Er erzählt von Kameradschaft, Zugehörigkeit und Zusammenhalt, wo es klare Strukturen und Regeln gab:

> „Aber eins war sicher, da hat jeder zu jedem gestanden und gehalten, egal was war“ (01.46)

> „da waren wir sämtliche Nationen, Nationen, da wen interessiert da welche Religion, welche Hautfarbe oder sonst irgendwie etwas, scheißegal wir waren Menschen, eine Familie.“ (01.593)

Auf der anderen Seite stehen traumatische Erlebnisse, die ihn vermutlich bis in die Gegenwart verfolgen, über die er nicht sprechen kann. Dieses Verdrängen ist aus Sicht des Fachberaters der „eigentliche Kern“ des Alkoholproblems und den daraus entstehenden Folgen:

> „Das zentralste Problem, das wird er nicht angesprochen haben, schätze ich, ist natürlich, dass er, dass er äh stark traumatisiert ist [von] seiner Zeit bei der Fremdenlegion. Das ist eigentlich der wirkliche Hintergrund bei ihm. Psychisch. Und über das kann er nicht reden. Nur ganz rudimentär und er will’s auch nicht und er kann’s nur verdrängen und äh, eigentlich wäre das der Kern der Geschichte, dass man da irgendeine Form von Traumatherapie aus meiner Sicht. Aber aus seiner Sicht ist das natürlich, äh, das muss er alles verdrängen.“ (02.40)

Die Zeit in der Fremdenlegion markiert Herr Gruber – trotz der traumatischen Erlebnisse – auch als positiven Wendepunkt:

> „Ich bin ja jetzt stiller geworden nach, ich sage ja mit 20 hat das alles aufgehört. Militärzeit, dann habe ich mich, sagen wir einmal vom Negativen dann wieder in das Positive [verändert].“ (01.40)

Von seinem Hausarzt erntet Herr Gruber noch heute Anerkennung und Respekt für diese Zeit – er beschreibt Herrn Gruber als „deutlich interessanter als so die gut situierten Herrschaften, also ne Vorgeschichte, Fremdenlegion, das erlebt man nicht immer“ (06.42). Auch die Praktikantin scheint von den Äußerungen dazu von Georg Gruber stark berührt:

> „Also da musst du nach vorne kämpfen und nach innen kämpfen und da kannst du nicht wegen jedem Zipperlein jetzt stehen bleiben und rumheulen, sondern da machst, musst du weitermachen und dass man da weit über seine Grenzen wahrscheinlich geht. Viel, viel weiter. Ja. Aber er hat jetzt nie berichtet, dass er da jetzt was ganz Dramatisches hatte unfallmäßig oder so.“ (03.244)

Georg Gruber erzählt sehr viel und ausführlich von seiner Zeit im Sicherheitsdienst und ist stolz darauf:

> „also ich habe meinen Beruf auf jeden Fall immer ernst genommen und so weiter, also beruflich und so weiter, war ich immer auf der Höhe. […] Ich kenn mich aus in der Materie.“ (01.56)

Er arbeitet seit über 20 Jahren bei verschiedenen Arbeitgebern. Bis zum Unfall, den er als weiteren zentralen Wendepunkt beschreibt: „Ja ganz einfach, angefangen hat es praktisch durch den Unfall […] da war alles eigentlich noch in Ordnung“ (01.84ff.). Davor hat er, auch aus Sicht des Pflegedienstes „ein normales Leben geführt“ (04.112).

In der Zeit zwischen Militär und Unfall hat für Georg Gruber eine eigene Wohnung zum „normalen“ Leben gehört – „bevor alles angefangen hat“. Er erzählt von einer gemeinsamen Ehewohnung und von „seiner“ Wohnung, die er vermutlich nach der Trennung bewohnt hat. Irgendwann im Anschluss muss es schon vor dem Unfall zu einem Bruch im Bereich Wohnen gekommen sein, was sich aus seiner Erzählung rekonstruieren lässt:

> „und da war ich am Bahnhof auch mit Bierflasche und so weiter und dann mit denen mit Rucksack und so Dinger und da habe ich auch ein Tiefpunkt gehabt, also ich nicht mit Rucksack, ich habe schon meine Wohnung gehabt […], aber ich war halt bloß da

> mitschlucken halt, ich war kein Obdachloser also so in dem Sinne oder Platte machen.“ (01.404)

Er selbst beschreibt nicht, wie es zur Wohnungslosigkeit gekommen ist, sondern erwähnt dies lediglich nebenbei im Zusammenhang mit einer Suchttherapie in der Einrichtung Helle Platte, die sich an wohnungslose Menschen mit therapeutischem Bedarf nach §67 SGB XII richtet. Von Mietrückständen und der Kündigung nach dem Unfall berichtet sein Fachberater (02.2ff.). Seit vielen Jahren hat Georg Gruber auch kein eigenes Konto mehr und bekommt seine öffentlichen Leistungen monatlich über die Betreuung im begleiteten Wohnen ausbezahlt. Weder der Hausarzt noch der Pflegedienst wissen, dass Georg Gruber von der Wohnungsnotfallhilfe unterstützt wird. Der Hausarzt hat die „Hilfstruppen“ und „Mädels“ (vgl. Hausarzt, 06.98), die Georg Gruber begleitet haben, nur am Rande und eher als Fahrdienst wahrgenommen – daher hat er diese aus Sicht der Forscherinnen auch nicht aktiv in die Arzt-Patient-Interaktion einbezogen. Der Pflegedienst, der sogar durch den Fachberater kontaktiert worden ist, war von einer gesetzlichen Betreuung ausgegangen. Vermutlich hat Georg Gruber dieses Thema selbst auch ausgeklammert. „Die eigentlich in Schuss“ gehaltene Wohnung (Pflegedienstleiterin, 04.8) ist angesichts der Gehbehinderung ungeeignet für Georg Gruber. Außerdem ist der Einstieg im winzigen Bad in die Dusche für Herrn Gruber ohne Hilfe nicht möglich.

Georg Gruber hat in seinem Leben viele behandlungsbedürftige Verletzungen und Erkrankungen gehabt. Die nur am Rande thematisierten Knochenbrüche und Stichverletzungen hinterlassen den Eindruck, dass er diesen wenig Bedeutung zumisst und als „normalen“ Teil seines Berufslebens einordnet. Im Interview erzählt er vor allem vom Autounfall, den er als weiteren zentralen Wendepunkt und als Ursache für seine körperlichen Einschränkungen im Alltag betrachtet. Aus Sicht des Hausarztes (vgl. 06.10ff.) und des Fachberaters (02.36) ist ein Großteil der Einschränkungen als Schädigung durch den Alkohol zu sehen und z.B. die Gehbehinderung durch die (alkoholbedingte) Polyneuropathie verursacht.

Die Kehlkopfkrebs-Diagnose ist wenige Monate vor dem Interview gestellt worden, eine Operation lehnt Georg Gruber ab (01.305), die Chemotherapie steht bevor. Allgemein auf seine Gesundheitsthemen angesprochen, thematisiert er hauptsächlich die Diagnostik, Behandlung und Schwierigkeiten zum Kehlkopfkrebs, was vermutlich frühere Erfahrungen überschattet und überdeckt.

> „Also mit dem HNO, der HNO, der heißt ja Christoph und ähm in S-Ortsteil ist der, am Anfang war es ja ganz in Ordnung, Ohren ausgespült, weil zuerst ist man immer davon ausgegangen, weil ich da, da immer Eiter rausgekommen ist. Da ist immer erst der Eiter rausgekommen, das war schon vor 5 Jahren und dann Spülung und dann abgesaugt und so weiter. Ja gut, aber da ist er dann nicht näher darauf eingegangen. Jetzt, wo es dann so schlimm geworden ist, so vor 1 Jahr ist es erst sehr schlimm geworden, ich konnte ja kaum noch schlucken dann hier da runter zu, ähm, da war sie da, also eine andere, also ich weiß nicht, ist das eine Gemeinschaftspraxis, keine Ahnung. Auf jeden Fall er war da nicht mehr da und die hat halt sämtliche Dings gemacht.“ (01.283)

Aufgrund seiner Gehbehinderung benötigt Georg Gruber bei jedem Behandlungstermin Begleitung und Unterstützung, das wird bei der Behandlung des Kehlkopfkrebses sehr deutlich. Aber auch frühere gesundheitliche Themen wie die Behandlung einer Schuppenflechte oder die differentialdiagnostische Abklärung und operative Entfernung einer großen entstellenden Geschwulst im Gesicht erwähnt er beim Interview nur am Rande. Mehrfach kommt Georg Gruber auf den Alkohol zu sprechen und formuliert selbst, dass sein Alkohol- und Nikotinkonsum schädlich war.

> „Ähm ((lacht)) nein, aber, nein ich habe ein bisschen viel, viel zu viel Tumult, Scheißdreck gebaut sage ich einmal, also das gerade mit dem Alkohol und so weiter und mit der Raucherei.“ (01.81)

„Ja der Brennpunkt war bei mir eigentlich immer der Alkohol mein ganzes Leben.“ (01.440)

Georg Gruber erwähnt nur einige Menschen, die in seinem Leben von Bedeutung waren. An seinem Lebensende thematisiert er mit Blick auf seinen Vater Ambivalenzen: einerseits Wut, andererseits Sehnsucht nach nicht mehr möglicher Versöhnung. Mehrmals kommt er auf das schwierige Verhältnis zum Vater und zum Bruder zu sprechen. Vom Bruder fühlt er sich enttäuscht und betrogen. Das Verhältnis der beiden scheint schwer belastet, auch wegen Erbstreitigkeiten.

„Bruderherz, der hat alles, hat Autos bekommen, der hat den Führerschein bezahlt bekommen, der hat alles bekommen, der hat alles bekommen.“ (01.152)

Als weitere wichtige Menschen in seinem Leben erzählt Georg Gruber von seiner Mutter, seiner verstorbenen Oma, seiner Ex-Frau und seiner heutigen guten Bekannten. Die große Bedeutung der Bekannten als aktuell wichtig(st)e Person wird durch die Erwähnung in praktisch allen sechs Interviews deutlich. Das Verhältnis zur Mutter scheint ebenfalls ambivalent; er hat seit mehr als 25 Jahren keinen Kontakt mehr zu ihr:

„Niemand gibt mir Auskünfte, ich weiß nicht einmal, wo sie, wenn sie noch leben sollte, wo sie überhaupt hin ist. Ich suche seit 20 Jahren nach meiner Mutter.“ (01.70)

Vom Selbstmordversuch seiner Mutter hat er von seiner geliebten, schon länger verstorbenen Großmutter erfahren. Mit ihr hatte er bis zu ihrem Tod Kontakt. Er beschreibt sich selbst als „Treuemensch“ gegenüber Menschen, die er liebt (vgl. 01.162). Auch seiner längst geschiedenen Frau fühlt er sich immer noch verbunden.

„Ich trage den Ring heute noch, aber ich trage ihn deswegen, weil ich schuld daran bin. Das erinnert mich immer, dass ich da etwas falsch gemacht habe.“ (01.367)

In der Gegenwart scheint seine gute Bekannte die einzige zu sein, von der er uneingeschränkt Unterstützung und Freundschaft erfährt und die bis zum Schluss für ihn da ist:

„Die ist alles für mich, die ist wie meine Schwester, meine Freundin, meine, meine Stütze sag ich einmal, also praktisch, wenn es mir wirklich beschissen geht und so weiter, dann sagt sie, ich soll mal ein paar Tage zu ihr kommen zum Erholen […] Ich habe ja sonst niemanden außer sie.“ (01.198ff.)

Georg Gruber beschreibt selbst, wie vereinsamt und abgeschnitten von der Welt er sich fühlt:

„Jetzt zum Beispiel bei mir, ich habe seit das da, mit dem Unfall ist, ich habe gemerkt, mir fehlt das Umfeld. Ich komm nicht raus. Rausgehen, irgendwo Eis essen gehen oder sonst irgendwie etwas, mit Leuten spazieren gehen, lachen, tanzen, das alles ist weg. Alles ist weg. Ich sitze hier praktisch 24 Stunden, bis auf das, dass ich ins Krankenhaus und hier in die Wohnung wieder [komme] und die Treppe bis zum Briefkasten hinunter schaffe ich noch alleine oder wieder hier hoch. Ich habe niemanden zum Sprechen, ich habe gar nichts.“ (01.122f.)

Gesundheitshandeln

Georg Gruber hält Ordnung in der Wohnung – auch aus Sicht des Pflegedienstes (vgl. 04.12). Er achtet grundsätzlich auf sich und seinen Körper. Die Praktikantin erzählt*:* „weil die Dusche bei ihm ähm zu hoch war, alleine konnte er nicht in die Dusche einsteigen, deshalb hat er sich dann schon über längeren Zeitraum am Waschbecken gewaschen“ (03.107).

Es gibt für ihn eine Schamgrenze, wo er bei der Körperhygiene Unterstützung annehmen kann. So lehnt er Hilfe beim Duschen durch den Pflegedienst ab, kann dies aber von seiner guten Bekannten

annehmen. Vor allem in den letzten Monaten seit der Krebsdiagnose achtet Herr Gruber auf seine Ernährung:

> „Also da habe ich normale Milch genommen und so weiter, aber das war wegen der Proteine […] Karottensaft, jetzt Rote-Bete-Saft habe ich mir bestellt, Mandarinennektar und lauter so Sachen, Honig, das ist alles, ist alles teuer, aber das brauche ich für meinen Körper.“ (01.636)

Georg Gruber ist organisiert, kann Termine koordinieren und nimmt seine Medikamente verlässlich ein. Er hat dem Hausarzt zufolge

> „im Prinzip so ziemlich genau, also zumindest mal was die Medikamente anging, getan, was er tun sollte, die Prozeduren, ob jetzt mit oder ohne Hilfe, also im Wesentlichen schon ähm eingeleitet.“ (06.62)

Georg Gruber setzt sich in den Wochen vor seinem Tod aktiv mit dem Thema Sterben auseinander und hat z.B. eine Vollmacht für die Person seines Vertrauens – seine gute Bekannte – aufgesetzt, die auch seine Hinterlassenschaften und seine Beisetzung regeln soll (vgl. 01.202ff.) und diese auch bei seinem Fachberater hinterlegt, dem er ebenfalls vertraut. Stark eingeschränkt wird seine grundsätzliche Fähigkeit, über lange Phasen gut für sich zu sorgen durch teilweise exzessiven Alkoholkonsum – und durch seine Gehbehinderung. Aus Sicht seines Betreuers steht der Alkohol in Zusammenhang mit seinen lebensgeschichtlichen Brüchen und Traumata – sozusagen als „Behandlung“ mit massiven Nebenwirkungen.

Das Aushalten von körperlichen und psychischen Schmerzen scheint sich wie ein roter Faden durch Georg Grubers Leben zu ziehen. Er war damit konfrontiert, Schmerzen auszuhalten und schildert folgende, wohl auch biografisch erlernte, Bewältigungsstrategie:

> „Wie Sie mich vorhin schon gefragt haben mit den Schmerzen und so weiter, wie man sowas schafft, das-, das-, Sie schalten da irgendwo-, schaltet irgendwas ab und Sie, Sie beweisen sich selbst, Sie wollen sich selber was beweisen.“ (01.320f.)

> „Ich bin halt einmal ein Mensch ich fresse die Schmerzen oder was immer oder so betäubt, die fresse ich lieber in mich hinein.“ (01.162)

In den letzten fünf Jahren besucht er den Hausarzt in der Nähe seiner Wohnung, er erhält dort notwendige Medikamente, meidet aber nach einigen schwierigen Erfahrungen eine hausärztliche Versorgung für manche Beschwerden und Symptome, weil es Unstimmigkeiten zwischen Arzt und Patient gegeben hatte. Insbesondere bei der Herangehensweise der Behandlung von Herrn Grubers Schuppenflechte fühlte er sich nicht ernst genommen. Die Praktikantin, die Georg Gruber im Auftrag seines Fachberaters für mehrere Monate insbesondere bei medizinischen Terminen begleitet, erinnert die Situation wie folgt:

> „Also ganz am Anfang hat er mir erzählt, ähm, dass er nicht so gern zu seinem Hausarzt geht, eigentlich schon zwei, drei Jahre da nicht mehr war, weil der ihn nicht ernst nimmt. […] So, er fühlt sich da verarscht und ja, nicht wahrgenommen, ernst genommen und fühlt sich nicht wohl und möchte deswegen auch nicht hin, weil der ja eh nichts unternimmt. So, der hat irgendwelche Entwässerungstabletten glaub ich gekriegt, die hat er immer wieder geholt oder gebracht bekommen, aber das war ganz wenig Kontakt nur noch in den letzten Jahren. Und er hat es eigentlich gemieden, zum Arzt zu gehen.“ (03.50ff.)

Obwohl Georg Gruber einen Hausarzt hat und damit der Zugang zum regulären Gesundheitssystem gegeben ist, entsteht eine Lücke in der Gesundheitsversorgung, die durch Differenzen bzw. unterschiedliche Einschätzungen von Herrn Grubers subjektiver Belastung bedingt ist. Ein umfassendes Vertrauensverhältnis scheint nicht zu bestehen. Anstatt den Hausarzt zu wechseln,

resigniert Georg Gruber, nutzt den Hausarzt für notwendige Verschreibungen von Medikamenten, vermeidet für ihn schwierige Themen und zieht sich aus der Arzt-Patient-Interaktion zurück. Laut Hausarzt ging es beim ersten Kontakt in der Praxis um die Schuppenflechte, welche er im Vergleich zu den (für ihn) offensichtlicheren und behandlungsbedürftigeren Themen wie Polyneuropathie bzw. den schädigenden Alkoholkonsum als weniger dringend angesehen hatte (vgl. Hausarzt, 06.08ff.). Kleinere Beschwerden zu präsentieren kann aus Sicht der Forscherinnen als (unbewusste) Strategie von Georg Gruber verstanden werden, Scham- und Stigmatisierungserfahrungen zu vermeiden und mit etwas ‚Unverfänglicherem' in-Beziehung-zu treten – als vertrauensbildende Maßnahme zwischen Arzt und Patient sozusagen, bevor größere und gesundheitlich bedeutendere Themen offenbart werden.

Professionelle Begleitung und Unterstützung

In der Fallstudie um Georg Gruber wird eine Bandbreite verschiedener Hürden für die Inanspruchnahme einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung sichtbar.

Zentral stellt die Gehbehinderung eine ganz praktische Hürde dar, aufgrund derer Georg Gruber Begleitung in Form eines Fahrdienstes zur Überwindung der räumlichen Distanz inklusive Treppen und Entfernung benötigt. Aufwändigere Behandlungen wie z.B. des Kehlkopftumors erfordern regelmäßige und häufige Termine. Neben den Hin- und Rückfahrten bedeutet dies auch schwer zu kalkulierende Warte- und Behandlungszeiten, insbesondere bei verschiedenen Fachärzt*innen und Abteilungen eines Krankenhauses. Georg Gruber verfügt dafür nicht über eigene entsprechende physische, soziale oder finanzielle Ressourcen.

Zumindest im Rahmen der Tumorbehandlung und in den letzten Lebenswochen von Georg Gruber stellt die Ausstellung von Taxi-Scheinen durch den Hausarzt (der am Lebensende wieder eine wichtigere Bedeutung erhält) sowie dessen Hausbesuche eine Entlastung dar, welche die Einschränkungen der Gehbehinderung ein Stück weit kompensieren. Punktuell haben sowohl die gute Bekannte von Georg Gruber als auch der Fachberater und einige seiner Praktikant*innen (Wohnungsnotfallhilfe) Fahrdienste übernommen und Georg Gruber zu den verschiedenen Arztterminen begleitet – im Rahmen der vorhandenen zeitlichen Kapazitäten. Durch MediA selbst wurde Georg Gruber auf Initiative seines Fachberaters ebenfalls einige Monate lang mit mehreren Fahrdiensten unterstützt. Nachdem einige Fahrten mit MediA nicht geklappt hatten, hat Georg Gruber sich mit einem Taxifahrer arrangiert, der ihn regelmäßig mit vom Arzt ausgestellten Taxischeinen zu den notwendigen Terminen gebracht und auch wieder abgeholt hat. Die Verlässlichkeit und Kontinuität derselben, vertrauten Person beim Thema Fahrdienst sind für Georg Gruber sehr wichtig:

> „der hat jetzt von mir meine Termine, der holt mich ab, bringt mich rüber und holt und fährt mich wieder hierher […] so habe ich eine Person, der Taxifahrer ist ok, mit dem kann man auch privat so reden und so weiter und der hat einen Bezug zu mir und ich zu dem Fahrer, also das ist praktisch nicht jedes Mal ein anderes Gesicht. Ein Vertrauens-, sie brauchen jemanden der vertrauenswürdig auch ist." (01.249ff.)

Eine weitere Schwierigkeit für Georg Gruber stellen die komplexen und ineinandergreifenden Abläufe und Verfahrensschritte durch verschiedene Fachärzt*innen und Organisationseinheiten innerhalb des medizinischen Systems dar. Auch wenn er selbst gut in der Lage ist, Termine zu planen und wahrzunehmen, stellen sich inhaltlich große Herausforderungen: Reihenfolgen von Überweisungen (vom Facharzt in die Klinik, anstatt vom Hausarzt in die Klinik) oder Abfolgen von Behandlungsschritten von verschiedenen Fachärzt*innen sowie das Verstehen von Arztberichten mit ihren Implikationen.

> „…mit dem Schreibkram, […] die schicken mir einen Wisch zu und so weiter, ‚füllen Sie einmal aus' und so weiter. Dann die Sprache schonmal, ‚Sind Sie in Afrika gewesen' und so weiter und ‚haben Sie die und die Krankheit gehabt?', wo ich noch nie gehört habe, den Namen, ich weiß nich einmal was das ist, oder ‚Haben Sie die, sind Sie gegen so und so

> Mittel allergisch?‘, wo ich auch nicht kenne. Ich habe ja kein, ich bin ja kein Kunde, ja ich bin ja nicht der Arzt, das muss doch ein Arzt wissen ob ich dagegen allergisch bin ob ich gegen das krank ähm irgendwie im Blut da irgendetwas drinnen habe, oder die im Krankenhaus müssten das wissen an den Werten.“ (01.261f.)

Auch dabei bekommt Georg Gruber Unterstützung von seiner guten Bekannten und seinem Fachberater, was bei aufwändigeren oder langwierigen Behandlungen zeitlich schnell an die Grenzen des praktisch Möglichen stößt. Die interviewte Praktikantin kann diese Lücke für die Dauer ihres Praxissemesters schließen, indem sie Georg Gruber nicht nur zum Termin hinfährt und abholt, sondern auch beim Termin selbst im Gespräch und in der Interaktion mit Ärzt*innen und Therapeut*innen sozusagen als Übersetzerin zwischen Georg Gruber und dem Gesundheitssystem einspringt. Durch ein tiefes, gewachsenes Vertrauen in den Fachberater kann Georg Gruber der Praktikantin einen Vertrauensvorschuss einräumen und diese intensivere und auch persönlichere Unterstützung annehmen. Die Fahrdienste zu Ärzt*innen und ins Krankenhaus lassen sich für Georg Gruber mit dem verlässlichen Taxifahrer leichter organisieren als über MediA, wo es mehrmals nicht so reibungslos geklappt hat und er mit verschiedenen Personen zu tun hatte.

Was aus der Fallstudie von Georg Gruber und insbesondere auch durch die verschiedenen Perspektiven sehr deutlich als Hürde hervortritt, ist eine fehlende Kohärenz der Arzt-Patient-Interaktion und -kommunikation. Beispielsweise sucht Georg Gruber den Hausarzt wegen einer Schuppenflechte auf, dieser thematisiert jedoch die notwendige Alkoholabstinenz. Das Verhältnis zwischen Hausarzt und Georg Gruber scheint belastet und gleichzeitig vielschichtig. Der Hausarzt äußert sich menschlich interessiert an Georg Gruber und ist fasziniert von dessen Lebensgeschichte.

> „Also wenn man den Begriff der Lebensintensitätsdichte prägen würde, dann ähm würde er da gar nicht so schlecht da stehen im Vergleich zu den in Anführungszeichen normalen Menschen, die man ja sonst so sieht.“ (06.42)

Mit einer notwendigen Abstinenz hat sich Georg Gruber aus Sicht des Hausarztes „ziemlich offensichtlich recht schwergetan. Das hat man auch gerochen. Er hat mir gegenüber aber es nicht […] zugegeben“ (06.18). Es entsteht der Eindruck, dass der Hausarzt die fehlende Abstinenz mehr als persönliche Schwäche denn als behandlungs- oder therapiebedürftige Erkrankung von Georg Gruber bewertet, der sein „Alkoholproblem […] halt nie in den Griff bekommen“ hat (06.62ff.) Ein Zusammenhang des Alkoholmissbrauchs mit den Traumata z.B. aus der Zeit in der Fremdenlegion, wird vom Hausarzt nicht hergestellt (vgl. 06.51).

Die Praktikantin übernimmt im Rahmen ihres Praktikums beim Fachberater von Georg Gruber die Begleitung und Organisation der anstehenden Operation des Gesichtstumors, den sie optisch als „zweite Nase“ (03.442) und als schambehaftet für Herrn Gruber beschreibt. Sie setzt sich sehr engagiert für Georg Gruber ein, der ihr erzählt, dass er nicht mehr zum Hausarzt geht, weil ihn dieser nicht ernst nehmen würde (03.50). Bei einem gemeinsamen Hausarztbesuch geht es erneut um die Behandlung der Schuppenflechte von Georg Gruber.

> „Dann waren wir aber beim Hausarzt und mh, weil der eben diese Nivea-Creme verschrieben oder gesagt hat für seine Schuppenflechte, hab ich gesagt: ‚Nee, das mach ich nicht, das machen wir nicht.‘ Deshalb hab ich dann […] gibt es ja das MedMobil […] und da hab ich ihn dann abgeholt und sind dann da zu einer ehrenamtlichen Ärztin und die hat sich das angeguckt und gleich gesagt: ‚So nicht, da muss man zum Arzt.‘ Und dann haben wir einen Termin, sie hat gleich einen Termin in der Hautklinik, im Krankenhaus […] gemacht […]. Wir kamen dann auch endlich irgendwann mal dran und die Ärztin, sie hat ihn angefasst, das war mal ein positives Arzterlebnis und hat ihm eine Salbe verschrieben […]. Und er konnte es gar nicht ver-, verstehen, warum, ich glaub, warum das auch so sein kann. Warum es mit einem Arzt auch so nett sein kann und die war wirklich sehr sympathisch, die

> Ärztin. Und hat ihn einfach auch als Mensch gesehen. Da wollte er auch noch Geld geben und also, ja.“ (03.288ff.)

Die Praktikantin erlebt den Hausarzt auch bei der Organisation der Operation des Gesichtstumors als ignorant. Sie hat den Eindruck, dass dieser sich zu wenig um Georg Gruber kümmert.

> „Wir waren zuerst bei der Handchirurgie […] weil die mit den feinen Gefäßen, die an der Hand zu tun haben, eben auch sehr prädestiniert sind, um die Gefäße im Gesicht, vor allem in der Nähe von der Nase und von Auge und Mund zu operieren, weil man ja nicht wusste, wie schlimm das ist, was er da hat. Gut, dann waren wir dort und dann hieß es, er braucht ein großes Blutbild. Daraufhin sind wir dann zum Hausarzt gegangen, der dann: ‚Ja wie, so was Läppisches, da braucht man doch keine OP und was soll denn das?‘ […] Und hat das erstmal richtig runter getan und hat das auch nicht erstmal einsehen wollen, was wir da eigentlich wollen und hat es dann widerwillig gemacht.“ (03.152ff.)

Der Hausarzt bezeichnet die Behandlung des aus seiner Sicht gutartigen Gesichtstumors als vorwiegend ästhetische Korrektur.

> „Äh und dann hat er sich recht damals gequält mit so einer kleinen atheromatösen Veränderung äh an ungünstiger Stelle gelegen natürlich äh das war [dem Patienten] also ganz wichtig, dass da dieser dekorative Aspekt da dann verbessert würde und äh damals äh war ja schon von meiner Sicht aus, das bedeutendere Problem die Polyneuropathie.“ (06.10)

Georg Gruber selbst thematisiert diesen Patient-Arzt-Konflikt um die Bewertung und damit auch die Behandlung des Gesichtstumors nicht. Aus der Außenperspektive und Wahrnehmung der Praktikantin wird jedoch sichtbar, welche Bedeutung die Operation für Georg Gruber hatte.

> „Aber letztendlich waren wir dann froh, dass wir es dann doch noch geschafft haben und er das Ding da im Gesicht weg hatte und wusste: Ok, es ist doch kein Krebs. […] Und ihn hat es ja auch, er hat ja auch ähm, äh, wie soll ich das sagen, ähm, ein Gefühl für Ästhetik. Er kann ja durchaus sagen, was schön ist und was nicht schön ist und er fand das in seinem Gesicht nicht schön und da hat er schon auch Wert darauf gelegt, dass sein Gesicht doch auch irgendwo davon befreit sein muss, damit er sich wieder akzeptieren kann, weil es hat ihn einfach gestört […] und das fand ich schön, dass er dann sagen konnte: jetzt ist’s endlich weg. Die zweite Nase war extrem groß, wirklich.“ (03.438ff.)

Hausarzt und Praktikant bewerten die gesundheitlichen Themen von Georg Gruber sehr kontrovers. Ohne die Begleitung der Praktikantin wäre die Behandlung der Schuppenflechte und dem Gesichtstumor wahrscheinlich anders verlaufen. Der Hausarzt sieht die Schädigungen durch den Alkohol als ursächlich für viele Beschwerden und auch indirekt für den Tod von Georg Gruber. Für die Praktikantin steht dieses Thema weniger im Fokus:

> „Trotzdem denk ich, ist es nicht so krass im Vordergrund, dass er jetzt sagen würde, ähm, er […] lässt das Bier weg. Also er hat schon noch getrunken. […] Er konnte damit gut leben.“ (03.38ff.)

Der Pflegedienst berichtet, dass sich der Alkoholkonsum von Georg Gruber im Alltag immer wieder bemerkbar macht:

> „man hat ihn nicht verstanden, ja. […] Wenn er dann schon so viel Bier getrunken hatte zum Beispiel.“ (04.34)

> „Wo noch die schwere Erkrankung […] dazu kam, äh da hat er dann schon weniger getrunken. Also das habe ich dann auch gemerkt, wenn ich mit ihm telefoniert habe.“ (04.53)

Der Fachberater beschreibt den Hausarzt nicht als überengagiert in der Arzt-Patient-Interaktion, sieht aber auch erschwerende Anteile bei Georg Gruber:

> „Hat es bissle schwierig mit seinem Hausarzt, das wird er bestimmt auch gesagt haben. Mit dem Dr. Siegel, der halt wenig für ihn macht. [Georg Gruber] sieht viele Probleme im Außen. Die anderen sind schuld, wenn was nicht klappt. Und er macht sich schon auch was vor was sein Suchtverhalten betrifft. Oder was sein Potenzial gesundheitlich betrifft oder auch sonst, da macht er sich schon. Das ist nicht ganz realitätsbezogen, aus meiner Sicht.“ (02.38f.)

> „Nee, das ist eher so der Grundeindruck: erstens muss er hundert Mal anrufen, bis er durchkommt. Das kenn ich allerdings von meinem Hausarzt auch. Und dann sagt er: ‚das klappt nicht oder das macht der Arzt nicht‘. Wobei das nicht so ganz stimmt, also so Überweisungen oder Sonstiges, das kriegt er dann schon immer. Aber dass der jetzt, ich mein klar, der guckt auch, dass er es optimiert. Und dann sieht er, da ist ein Suchtproblem und was soll er da machen, ja?“ (02.60f.)

In der Interaktion von Arzt, Patient und weiblicher Begleitung zeigen sich auch Gender-Aspekte als wichtige Faktoren. Ein Stück weit kann die von der Praktikantin formulierte Herablassung des Arztes ihr gegenüber als Abwehrhaltung gegen (weibliche) Einmischung interpretiert werden, die der Arzt auch anderen weiblichen Begleitungen von Georg Gruber mit Begriffen wie „Mädels“ und „Hilfstruppen“ entgegenbringt (vgl. Hausarzt; 06.98ff).

Im Interview mit dem Hausarzt wird eine Rollenzuschreibung von ‚männlich = stark und unbeugsam‘ sowie ‚weiblich = weich und gefühlsbetont‘ sichtbar. Die Rollenbilder des Hausarztes finden sich als Erwartung an Georg Gruber gerichtet, stark zu sein, aushalten zu können, Stolz und Durchhaltevermögen zu zeigen. Den schädigenden Alkoholkonsum sieht er als Schwäche.

> „Also er hat mir gegenüber zumindest nichts [von traumatischen Erlebnissen als Fremdenlegionär] erwähnt. Vielleicht wäre er einer Frau gegenüber irgendwie vermutlich offener gewesen. Uns beide hat dann immer, vor allem mich, der abenteuerliche Aspekt natürlich mehr interessiert.“ (06.52)

Auf dieser Interpretationsfolie verwundert nicht, dass Alkohol, Trauma und Depression als unmännliche Schwäche in der Arzt-Patient-Interkationen wenig Raum haben.

> „Wenn jemand bei der Fremdenlegion ist, lernt auf die Zähne zu beißen“ (06.164)

> „Also ne Vorgeschichte, Fremdenlegion, das erlebt man nicht immer. Ich hätte jetzt eigentlich so gehofft, so ein bisschen freiheitsbewussteren Menschen kennenzulernen […] Mit entsprechendem Stolz natürlich ((lacht)).“ (06.42ff.)

Anders als der Hausarzt sieht der Fachberater die Zeit in der Fremdenlegion als ursächlich für den Alkoholkonsum (vgl. 02.40): „Sucht und Depression hängt ja ganz, auch beim Herrn Gruber, ganz eng beieinander“ (02.213).

Die Bedeutung von Beziehung und Vertrauen für die Inanspruchnahme von Hilfe – auch ins und im Gesundheitssystem – wird in dieser Fallstudie sichtbar. Georg Gruber hat großes Vertrauen zu seinem Fachberater entwickelt, obwohl oder weil dieser beim ersten Termin den Alkohol als „Brennpunkt“ anspricht. Gemeinsam überlegen sie, was ansteht, um die Not zu wenden und welche nächsten Schritte anstehen.

> Georg Gruber: „Eigentlich schon mal mit dem ersten Gespräch […] weil er [Fachberater] ist intensiver auf mich eingegangen und hat mich erstmal, erst einmal hat er mich reden lassen, das war mal schon ganz wichtig, also nicht er ist dann da gleich gekommen oder

> blablablablabla oder so […] damit er sich auch erst einmal […] ein Bild machen kann […] und irgendwie sind wir dann ins Gespräch gekommen und so weiter und dann hat er mir Ratschläge gegeben. Da hat man besprochen […] was könnte man unternehmen und so weiter […] praktisch gleich auf das Wesentliche drauf eingegangen, also praktisch auf den Brennpunkt […] und dann Punkt für Punkt sind wir dann irgendwie das Ganze durchgegangen […] und der hat mich natürlich auch immer gefragt, ‚Ja wollen Sie das?'." (01.430ff.)

Auch wenn der Fachberater im Arbeitsalltag nicht genug Zeit hat, um Georg Gruber im Gesundheitsbereich umfassend zu unterstützen und zu begleiten, ist er immer ansprechbar.

> „Er hat mir Zuversicht gegeben und er hat an mich, oder er glaubt auch an mich und das, das Vertrauen, das Vertrauen muss man sich erstmal verdienen und wenn jemand mir vertraut, vertraue ich dem, weil das ist ein Geben und Nehmen deswegen habe ich ja gesagt, ich, Vertrauen ist für mich ein ganz wichtiger Punkt." (01.468)

Dieses uneingeschränkte Vertrauen ermöglicht, dass Georg Gruber Begleitung und Unterstützung durch verschiedene Praktikant*innen für gesundheitliche Belange annehmen kann.

> „Ja, da weiß ich ganz genau, wenn, wenn der [Fachberater] sagt, jetzt kommt der und der oder sonst irgendwie was, dann weiß ich ok, auf das tät ich [mich verlassen können]." (01.635)

Durch den Fachberater wird auch der Kontakt zu MediA hergestellt und es gelingt zunächst ein guter Auftakt. Die MediA-Fachkraft macht einen Hausbesuch, in der Folge klappen mindestens so viele angefragte Fahrdienste nicht, wie zustande kommen, einmal wird er sogar „vergessen". In der Erzählung von Georg Gruber nehmen die Praktikant*innen und MediA eine nachrangige Bedeutung ein – im Gegensatz zu seinem Taxifahrer, der verlässlich ist und dem er vertraut. Vertrauen scheint aus Sicht der Forscherinnen ein Stück weit übertragbar zu sein und muss sich in der Folge jedoch auch bewähren.

Für Georg Gruber bedeuten auch die freundliche und zugewandte Ärztin des MedMobils, die „ihn einfach auch als Mensch gesehen" (Praktikantin; 03.314) und die seine Anliegen ernst genommen hat sowie die Behandlung der Ärztin in der Hautklinik, die keine körperliche Berührung scheut, sehr positive, vertrauensbildende Erfahrungen. Für diese Zuwendung möchte er laut Praktikantin etwas zurückgeben:

> „Ja, also es war auch bei der ehrenamtlichen Ärztin bei MedMobil, die hatte ihre Lesebrille vergessen und er hat seine Lesebrille, die er dabei hatte, ihr geschenkt. Da wollte er auch noch Geld geben und also, ja." (03.310)

Im Interview mit der Praktikantin wird deutlich, wie sie Georg Gruber motiviert und zugewandt zu vielen Arztbesuchen begleitet und beherzt für ihn eintritt, als der Hausarzt aus ihrer Sicht nicht im Sinne des Patienten handelt. Für die Begleitung benötigt sie immer wieder die Rückversicherung ihres Anleiters – dem Fachberater von Georg Gruber – mit dem sie sich austauschen kann und der sie auch immer wieder bremst, damit sie ein richtiges Maß findet.

> „Da hat er gesagt: ‚Nein, das lässt du jetzt, das reicht jetzt so', also, vielleicht auch mein, ich mach' vielleicht auch manchmal zu viel. Und er hat mich ein bisschen gebremst, hat mich aber auch in dem bestärkt, was ich gemacht hab und dass ich einfach in der Spur bleib, […] also war es schon wichtig, für mich." (03.392ff.)

In Bezug auf lebensbedrohliche oder chronische Erkrankungen oder das Thema Sucht – also wenn es nicht nur um einen Fahrdienst geht – ist die Praktikantin mit dem Entwickeln einer professionellen Haltung gefordert. Dabei zeigt sich, dass Begleitung ins Gesundheitssystem durch Ehrenamtliche gut

begleitet und angeleitet werden muss. Es braucht eine aktive Auseinandersetzung mit Themen wie z.B. (auch eigene) Sterblichkeit, Umgang mit schädigendem Verhalten wie dem Alkoholkonsum bei gleichzeitiger Wertschätzung der Person sowie eine Auseinandersetzung mit medizinischen Sachverhalten, Abläufen, Behandlungsmöglichkeiten und deren Grenzen.

Die Bedeutung einer gelingenden Interaktion zwischen Georg Gruber und verschiedenen Kontakten zu Ärzt*innen wird besonders in den Perspektiven der Praktikantin deutlich. Dabei erschließt sich einiges, was Georg Gruber selbst nicht zum Ausdruck bringt, wie sein vermeidendes Verhalten gegenüber dem Hausarzt oder der große Leidensdruck aufgrund des Gesichtstumors.

Zusammenfassende Interpretation

Georg Gruber wird durch die Fachberatung im Rahmen von begleitetem Wohnen mit einem geringen Betreuungsschlüssel unterstützt. In seinem Leben ist es mehrmals zu Wohnungsverlusten gekommen, die in Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Brüchen stehen: durch schwierige Verhältnisse im Elternhaus, nach der Trennung und Scheidung und nach einem Autounfall.

Im klassischen Sinne ist er nicht aus dem Gesundheitssystem herausgefallen, sondern zum Interviewzeitpunkt seit mindestens fünf Jahren bei einem Hausarzt und verschiedenen Fachärzt*innen in Behandlung. Er hat in dieser Zeit regelmäßig Rezepte oder auch Überweisungen bekommen. Dennoch hat er den Hausarzt mehrere Jahre lang wegen bestimmter gesundheitlicher Beschwerden nicht (mehr) aus eigener Motivation aufgesucht.

Seit einem schweren Unfall ist er gehbehindert und arbeitsunfähig, allerdings bestand bereits zuvor eine langjährige Unterstützung durch die Wohnungsnotfallhilfe; bekannt ist darüber hinaus eine Kriegstraumatisierung sowie seine „Bewältigungsstrategie“ des jahrzehntelangen schädigenden Alkoholkonsums.

Zwei zentrale Hürden werden in dieser Fallstudie sichtbar: nicht ausreichende Hilfeleistungen zur Kompensation der umfassenden Gehbehinderung (durch Unfall und Alkohol bedingt) sowie eine nicht umfassend gelingende Arzt-Patient-Interaktion.

Für die Gehbehinderung benötigt er eine Begleitung in Form von Fahrdiensten. Diese werden durch Praktikant*innen der Fachberatung, durch MediA – also Ehrenamtliche – und über ärztlich verordnete Taxifahrten geleistet. Wichtig für ‚technische‘ Begleitung in Form von Fahrdiensten sind Verlässlichkeit, Verfügbarkeit, Passgenauigkeit und möglichst personelle Kontinuität.

Die erschwerte Patient-Hausarzt-Interaktion bzw. -Kommunikation in der Fallstudie Georg Gruber erweist sich aus Sicht der Forscherinnen als weitere bedeutende Hürde. Dazu trägt auf Seiten des Hausarztes die Erwartung einer Alkoholabstinenz (also sein Verständnis und Umgang mit Sucht) an Georg Gruber bei, möglicherweise aber auch eigene biografische Erfahrungen des Hausarztes, der in einem Land aufgewachsen ist, in dem körperliche Versehrtheit alltäglich und die Not an gesundheitlicher Basisversorgung größer als in Deutschland ist. Eine Wahrnehmung der anzunehmenden Traumatisierung als mindestens verstärkendem Auslöser fürs Trinken scheint beim Hausarzt ebenfalls nicht zu bestehen. Auf Seiten von Georg Gruber erschweren erworbene biografische Muster des ‚Aushalten müssen‘ und ‚auf sich selbst gestellt sein‘, aber auch Scham und das Gefühl persönlichen Versagens eine gelingende Arzt-Patient-Kommunikation und damit den Zugang zu einer adäquaten Versorgung bzgl. bestimmter gesundheitlicher Themen.

Verstärkend wirken die Vorstellungen beider davon, was einen Mann ausmacht und definiert: ‚nach außen stark sein‘, ‚keine Schwäche zeigen‘, ‚Stolz und Ehre‘, ‚Gefühle nur gegenüber Frauen zeigen‘. Das alles hat zur Folge, dass trotz bestehendem Zugang an die Regelversorgung immer wieder behandlungsbedürftige Erkrankungen und Symptome wie die Schuppenflechte, Entfernung des

Atheroms aber auch Alkoholsucht oder die vermutete Posttraumatische Belastungsstörung nicht thematisierbar und damit auch nicht bearbeitbar werden.

In der Fallstudie wird sichtbar, was zu einer Stärkung von Georg Gruber beiträgt. Er selbst verfügt über umfangreiche Kompetenzen und Ressourcen, ist gut organisiert, kann seinen Alltag strukturieren und hat ein kleines soziales Netzwerk. Aus seiner Sicht hat er bis zum Autounfall ein „normales" Leben geführt und es mehrfach aus eigener Kraft immer wieder „auf den richtigen Weg" geschafft – und trotz aller Brüche immer wieder Boden unter den Füßen und ein Dach über dem Kopf bekommen. Prinzipiell ist Georg Gruber in der Lage, eigenständig das Gesundheitssystem zu nutzen; es gibt einen bestehenden Zugang zu Hausarzt und Fachärzt*innen und er sorgt (mit den beschriebenen Einschränkungen) für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden.

Georg Gruber kann sich auf Unterstützung von mehreren Praktikant*innen seines Fachberaters als auch auf MediA einlassen, bedingt durch aktive Vermittlung seines Fachberaters, dem er vertraut und auf den er sich verlassen kann. Das entwickelte Vertrauen von Georg Gruber zu seinem Fachberater kann er als Vertrauensvorschuss auf andere professionelle Beziehungen wie Ehrenamtliche oder Professionelle übertragen. Dies muss sich dann allerdings in der Praxis auch bewähren, um längerfristig zu tragen. Das Vertrauensverhältnis zu seinem Fachberater nimmt damit eine wichtige Brückenfunktion ein.

Mit der Begleitung und ‚Einmischung' der Praktikantin kann eine adäquate Behandlung bestimmter Beschwerden eingefordert und in der Folge eingelöst werden, teilweise auch über den Umweg der Notfallversorgung des MedMobils. Diese Form der ehrenamtlichen Begleitung bedarf einer Professionalität mit einem Blick auf die Biografie, auf das ‚So-geworden-Sein' und die Lebensumstände von Georg Gruber sowie Fachwissen an der Schnittstelle zwischen Wohnungsnotfall-Hilfesystem und Gesundheitssystem. Dazu benötigt auch die Praktikantin die enge Anleitung und Begleitung des Fachberaters.

Die gleichzeitige Nutzung des MedMobils und des Hausarztes in dieser Fallstudie – auch in der Fallstudie von Emil Eisenmann – verweist darauf, dass das MedMobil hier neben einer Notversorgung nicht unbedingt eine parallele, sondern eher eine ergänzende Aufgabe übernimmt, nämlich wenn stigmatisierende und schambehaftete Themen berührt werden.

Positive Erfahrungen im Gesundheitssystem – bei den Ärztinnen vom MedMobil, beim neuen HNO-Arzt oder in der Hautklinik – werden für Georg Gruber durch eine akzeptierende Haltung gegenüber seiner Person möglich, durch Verständnis für die vorhandenen Problemlagen und seine Suchtthematik sowie menschliche Zugewandtheit, die sich in dieser Fallstudie ‚weiblich' geprägt zeigt. Eine Reflexion und Auflösung von Rollenbildern scheint wesentlicher Punkt für die Ausbildung und berufliche Begleitung von Ärzt*innen darzustellen, die in der Regel als Selbstständige oft wenig Zeit für vielfältige Fortbildungen verfügen.

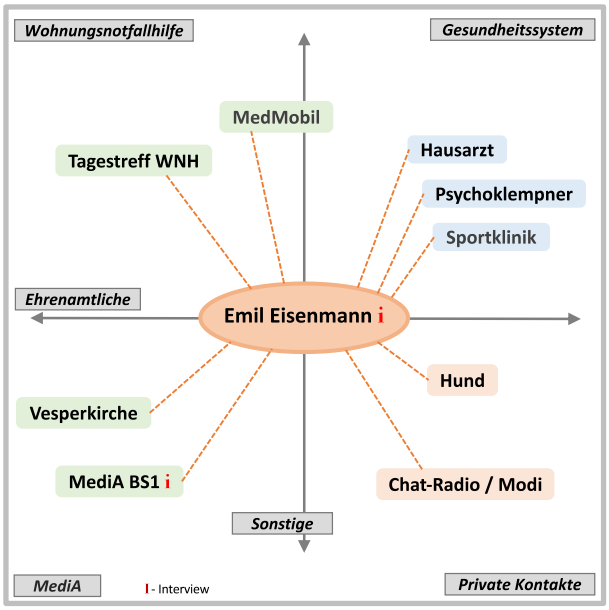
In der Fallstudie von Herrn Gruber wird die Komplexität von Zugangsbarrieren zu einer adäquaten medizinischen Regelversorgung und die notwendigen und vielschichtigen Anforderungen an eine gute Begleitung besonders deutlich: Obwohl Herr Gruber einen langjährigen Hausarzt hat, gewährleistet dies nicht bei allen gesundheitlichen Themen eine gute Versorgung. Teilweise wird eine notwendige Ergänzung bzw. Nachsorge paradoxerweise (weil dafür eigentlich nicht vorgesehen) durch das MedMobil erbracht. Darüber hinaus wird deutlich, dass eine gute medizinische Versorgung für Georg Gruber nicht ohne professionelle Hilfe der Wohnungsnotfallhilfe und des Pflegedienstes möglich ist. In der letzten Lebensphase hätten auch diese Dienste keine ausreichende Versorgung gewährleisten können. Georg Gruber war hier auf seine Bekannte angewiesen, auf die er sich – und dessen war er sich auch im Interview sicher – auch in dieser existenziellen Situation bzw. in seinen letzten Lebenstagen verlassen konnte. Vergegenwärtigt man sich die Wohnverhältnisse von Georg Gruber

sowie die vielfältigen gesundheitlichen Probleme, so stellen sich mehrere Fragen danach, wie Menschen in solch schwierigen Situationen am Lebensende auch ambulant gut begleitet werden können. Neben Fragen der gesundheitlichen Versorgung gilt es, auch die Qualität der palliativen Versorgung am Lebensende dieser Adressat*innen genauer in den Blick zu nehmen.

4.2 Emil Eisenmann: „Ja ich lasse mich einfach gehen und […] dann flipp ich aus“

Emil Eisenmann ist zum Interviewzeitpunkt um die 50 Jahre alt und regelmäßiger Besucher einer Tagesstätte der Wohnungsnotfallhilfe in Stuttgart. Dort nutzt er auch das MedMobil bei Bedarf, das hier zweimal wöchentlich eine medizinische Basisversorgung anbietet. In diesem Kontext ist er auf MediA (Baustein 1 – Gesundheitliche Versorgung) aufmerksam geworden und sucht Unterstützung bei der Suche nach einem neuen Hausarzt. Das Interview mit Emil Eisenmann (01)[20] findet in der Tagesstätte statt. Mit MediA (02) wird ein Interview einige Monate danach geführt, zu diesem Zeitpunkt besteht kein Kontakt mehr zu Emil Eisenmann.

Abbildung 3: Soziales Netzwerk Emil Eisenmann



Emil Eisenmanns gesundheitliche Themen im Überblick:

- Schwerbehinderung und frühberentet
- Diabetes
- Bluthochdruck
- Bandscheibenprobleme
- Bänderriss
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Schlafstörungen
- Polyneuropathie
- Alkoholabusus

Kurzportrait Emil Eisenmann

Emil Eisenmann ist im Stuttgarter Raum aufgewachsen und hat hier sein ganzes Leben verbracht. Er erzählt, dass er als Elfjähriger vom eigenen Vater zu „Kinderarbeit“ gezwungen wurde und im elterlichen Haus Zementsäcke über mehrere Stockwerke hochschleppen musste. Die harte Arbeit sieht er als mitverantwortlich für seine Rückenprobleme und seine heutige Arbeitsunfähigkeit. Emil Eisenmann hatte sich dagegen zu wehren versucht und erzählt, dass er den Vater angezeigt hat. Er beschreibt, vom Vater verprügelt worden zu sein. Der Vater habe dies geleugnet und ihn der Lüge bezichtigt (vgl. 01.228).

Emil Eisenmann berichtet, dass er als Kind im Heim gewesen sei und Missbrauch in dieser Zeit stattgefunden habe – durch den Pfarrer und durch Erzieher. Er beschuldigt den Pfarrer des sexuellen Übergriffes und erzählt, dass er diesen später brutal zusammengeschlagen habe. Er erzählt wiederholt, dass Arzt und Polizei ihm nicht geglaubt und ihn ausgelacht hätten. Hilfe und Unterstützung habe er weder im Elternhaus noch später von irgendjemand anderem erlebt.

Emil Eisenmann hat eine Ausbildung zum Metallbauer. Diesen Beruf kann er heute aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben. Seit acht Jahren ist Emil Eisenmann „zwangs“-frühberentet. Er besitzt einen Behindertenausweis und arbeitete im Jahr vor dem Interview in einer

[20] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Emil Eisenmann und 02 für MediA-Mitarbeiter.

Werkstatt für Behinderte, die ihn aber nicht auf Dauer aufgenommen hat. Er hat für eine Weile einen Kiosk betrieben, den er aufgeben musste – warum bleibt unklar.

Mindestens eine Zeitlang wohnt er in einem Männerwohnheim und zum Interview-Zeitpunkt lebt er in einer Wohnung in der Nähe von Stuttgart, vermietet durch die Stadt. Vermutlich handelt es sich um eine ordnungsrechtliche Unterbringung.

Emil Eisenmann berichtet von schwerwiegenden Erkrankungen. Dazu gehören Diabetes mit Insulintherapie und eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. Er hat Bandscheibenprobleme und er erlitt vor nicht allzu langer Zeit einen Bänderriss durch einen Sturz. Er spricht von Schlafstörungen im Zusammenhang mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Es gab einen Psychiatrie-Aufenthalt, bei dem er fixiert wurde und anschließend geflohen ist (vgl. 02.29).

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Emil Eisenmanns Lebensgeschichte scheint geprägt durch massive Ohnmachts- und Opfererfahrungen. Er muss mit elf Jahren für den Vater schwere Lasten schleppen. „Kinderarbeit, sagt ihnen das was? Wenn man als Kind gezwungen wird von dem Vater“ (01.220). Auch Gewalt im Elternhaus beschreibt er, er wird vom Vater „vermöbelt“ und „verprügelt“ (01.480). Als er versucht, diese Missstände öffentlich zu machen, erlebt er, dass ihm keiner glaubt: „‘Das Kind, das lügt ja!‘, ‚Das Kind, das lügt ja!‘“ (01.228). Emil Eisenmann erzählt, dass er im Heim aufgewachsen ist und dort missbraucht wurde.

> „Ähm ich bin ja selber missbraucht worden. […] Nicht nur vom Pfarrer, auch von den Erziehern und ich bin zur Polizei gegangen, die haben mich ausgelacht, dann bin ich ins Krankenhaus gegangen, wollte mich untersuchen lassen als Kind. Da bin ich auch noch missbraucht worden vom Arzt. Da wissen Sie was!“ (01.466ff.)

Er erlebt keine Hilfe oder Unterstützung – durch niemanden:

> „Keiner hat mir geholfen […] Keiner. Nicht einmal meine Eltern, obwohl man das hofft von seinen Eltern.“ (01.476ff.)

Emil Eisenmann lernt, dass er sich selber helfen muss. Für die schlechten Erfahrungen mit dem Pfarrer im Rahmen seiner Firmung revanchiert er sich:

> „Aber da dafür hat er die ‚Fresse poliert‘ bekommen, aber richtig. Den habe ich krankenhausreif geschlagen der ho, der sitzt heute noch im Rollstuhl. Ist mir scheißegal.“ (01.460)

Beruflich gibt es einige Brüche und auch Unklarheiten. Seinen Beruf als Metallbauer kann er aus gesundheitlichen Gründen nach einigen Jahren nicht mehr ausüben. Eine Zeitlang ist er (vermutlich) selbstständig.

> MediA: „Kioskbesitzer war er, also so ein, ja […]. Er hat dann den Kiosk irgendwie verloren, aber wie genau das weiß ich nicht.“ (02.93f.)

Aufgrund seines Schwerbehindertenstatus kann er eine Zeitlang in einer Werkstatt für Behinderte im Berufsbildungsbereich arbeiten, wird aber nicht auf Dauer übernommen und fühlt sich rausgemobbt (vgl. 01.588ff.):

> „Ja ich, ich war ja im Berufsbildungsbereich ja das ging am vierten August zu Ende und dann hätten sie mich übernehmen können im äh im Arbeitsbereich, aber haben sie nicht gemacht und das ähm, das kotzt mich an.“ (01.592)

> „aber das ähm hätten die das gemacht, dann wäre ich glücklich gewesen“ (01.588)

> „Aber da wird gelästert, da will ich auch nicht mehr hin, weil da wird man selber von den Anleitern und ähm Gruppenleitern diskriminiert.“ (01.594)

Über seine sozialen Kontakte berichtet Emil Eisenmann wenig. Er spricht von einer Ex-Freundin, die ihn mit einem Ausländer betrogen und von dem sie ein Kind bekommen habe. So reagiert Emil Eisenmann auf das Scheitern der Beziehung mit dem Versuch, den neuen Partner bei den Behörden zu diskreditieren.

> „Er hat sie geschwängert, sie hat ein Kind bekommen, jetzt hat er das Bleiberecht […] Obwohl ich nachgewiesen habe, dass er illegal hier ist. Aber interessiert ja das Landratsamt nicht.“ (01.337ff.)

Über die ganze Lebensspanne wird das Thema Wohnen von Emil Eisenmann als stark belastend und abweichend vom Normalen und Üblichen beschrieben. Zunächst sind die familiären häuslichen Verhältnisse so, dass er sie nach außen anprangert, indem er eine Anzeige gegen den Vater anstrebt (vgl. 01.288ff.). Als Folge wohnt er im Rahmen einer Jugendhilfemaßnahme im Heim (vgl. 01.464ff.). Es bleibt unklar, wie lange er später als Erwachsener in einer betreuten Wohneinrichtung lebt (vgl. 01.180ff.). Mit ca. 40 Jahren folgt ein aus seiner Sicht erzwungener Umzug in eine Gemeinde nahe Stuttgart, vermutlich im Rahmen einer ordnungsrechtlichen Unterbringung – zumindest ist die Stadt die Vermieterin (vgl. 01.362ff.).

> „Ja weil die vom Wohnheim, […], die Sozialarbeiter haben mich unter Druck gesetzt, dass ich ausziehen muss, dass ich eine Wohnung brauche, ich brauche eine Wohnung [Interviewpartner scheint sehr aufgewühlt, spricht laut]. So werden die Leute unter Druck gesetzt, damit sie jedes Ding annehmen müssen, müssen […] und da, von dann, dann habe ich erstmal wo wo ich, war es schon zu spät, wo ich es mitbekommen habe und dann habe ich gesagt, Leute so geht es nicht ich möchte wieder zurück, nein.“ (01.182ff.)

Emil Eisenmann kennt sich in der Wohnungsnotfallhilfe in Stuttgart gut aus und weiß, welcher freie Träger wo welche Einrichtungen hat. Er nutzt regelmäßig bei Bedarf eine Tagesstätte, das MedMobil oder die Vesperkirche – und nun auch MediA (vgl. 01.16, 02.135ff., 02.8, 01.82ff.).

Emil Eisenmann hat gleich mehrere chronische Erkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck, die eine regelmäßige Therapie und daher auch Arztbesuche notwendig machen: „Krankheiten also meine Krankheiten sind schwerwiegende Krankheiten“ (01.20). Er berichtet von Bandscheibenproblemen – „Totalschaden“ (01.211ff) – in denen er den Grund für seine Frühberentung und seinen Schwerbehindertenstatus sieht, so dass er nicht mehr als Metallbauer arbeiten kann.

Ein paar Wochen vor dem Interview stolpert er und zieht sich dabei einen Bänderriss zu, der ärztlich versorgt wird. Emil Eisenmann trägt immer noch eine Bandage. Eine Operation kommt nicht zustande.

> „Und der Witz ist, ich war da in der Sportklinik, die haben da auch ein MRT-Gerät und der sagt zu mir ja wir können leider bei uns kein MRT machen, weil das ähm die Kasse, die Kassenleistung nicht […]. Weil und dann habe ich erfahren ja beim Bänderriss muss sofort äh äh kontrolliert werden, wenn es ein Bänderriss, muss sofort operiert werden […]. Ha ok bin ich zum Orthopäde und habe einen MRT äh Schein geholt, bis ich meinen Termin bekommen habe vergingen erstmal ein paar Wochen ähm Ding und das muss innerhalb von zwei Wochen gemacht werden.“ (01.399ff.)

Emil Eisenmann erzählt von Schlafstörungen und von einem „Seelenklempner“, zu dem er geht (vgl. 01.126ff.). Gegenüber MediA berichtet er von Psychiatrieerfahrungen.

> „Er hat irgendwas von einer Psychiatrie erzählt und dass er da war, unrechtmäßig hingebracht wurde und fixiert, aber dass er da mit Freunden irgendwie ausgebrochen.“ (02.29)

Ebenso gibt Emil Eisenmann eine Suchtproblematik mit Alkohol gegenüber MediA an (vgl. 02.255ff.).

Die Interviewerinnen erleben Emil Eisenmann im Interview und aus dem, was er dabei erzählt, als kommunikativen und extrovertierten Menschen, der vermutlich schnell mit anderen in Kontakt treten kann. Von persönlichen Beziehungen gibt er im Gespräch wenig preis. Er erwähnt eine Ex-Freundin, die ihn aber betrogen und verlassen habe und dass er in einem Chat-Radio sehr aktiv sei. Es scheint eher undenkbar, dass er noch einen (guten) Kontakt zu seinen Eltern hat.

Er ist während des Interviews sehr viel mit seinem Handy beschäftigt und trägt nebenher einen verbalen Streit mit einem Bekannten aus, bei dem sich beide massive Beleidigungen an den Kopf werfen:

> „Komm doch her du feige Ratte, wenn du Eier hast komm her nach Stuttgart zu mir, komm, ich mache aus dir Hackfleisch du, was willst denn du kleiner Pisser.“ (01.233)

Emil Eisenmann legt sich bei empfundenen Ungerechtigkeiten verbal, körperlich oder auch mit Widersprüchen und Beschwerden mit quasi allen an. Dazu gehören Stadt, Landkreis, Sozialamt, aber auch Bekannte.

Emil Eisenmann ist mit Hunden aufgewachsen und lebt auch aktuell mit einem Hund. Nachdem sein 17-jähriger Retriever vor zwei Jahren eingeschläfert werden musste, übernimmt er von einem Bekannten einen Schäferhund, der auf andere losgehe und sie beiße (vgl. 01.544), der ihn aber auch – nach seinen Aussagen – ablenke (vgl. 01.530ff.). Er zahlt keine Hundesteuer (vgl. 01.116ff.) und will mit dem Gutschein fürs Interview Hundefutter kaufen.

> „Die Stadt meckert rum, die haben mir auch schon angedroht mir den Hund wegzunehmen dann habe ich gesagt: ‚Machen Sie das, probieren Sie das mal. Aber dann garantiere ich für nichts.‘ Dann würde ich Amok laufen.“ (01.144f.)

Gesundheitshandeln

Seine Krankheiten bezeichnet Emil Eisenmann selbst als schwerwiegend und erklärt, dass die Krankenkasse für die ganzen Medikamente viel zahlen muss, mehr als „1.000 Euro“ jeden Monat (01.43), insbesondere für das Insulin inklusive der ganzen Utensilien zur Blutzuckermessung. Aber auch seine notwendigen eigenen Zuzahlungen beschreibt er als große finanzielle Herausforderung. Zum Interview Ende Januar erscheint er mit einem sehr hohen Blutzuckerwert von 400 mg/dl. Er hat keine Medikamente mehr und klagt, dass er sich den Betrag von 50 Euro für die Zuzahlungsbefreiung bei der Krankenkasse für Medikamente nicht leisten könne. Im vergangenen Jahr hat die Vesperkirche diesen Betrag wohl übernommen, was aktuell nicht klappt.

> „Ja, bedanken Sie sich bei der Frau äh Frau Pfarrerin, weil ich habe ihr am Anfang ähm der Vesperkirche gesagt, ob sie mir da hilft. Nein, das, das muss die Sozialversicherung machen. Von wegen, die übernehmen das ja nicht. […] Dann ist es mir egal, ‚Wenn ich verrecke, dann verrecke ich‘, habe ich gesagt, ‚Wenn ich verrecke, dann verrecke ich!‘ Mein Blutdruck, der war 146 zu 110.“ (01.82ff.)

Emil Eisenmann nutzt parallel zur Hausärztin auch das MedMobil, da er hier punktuell die notwendigen Blutverdünner bekommen kann, die von der Krankenkasse nicht getragen werden.

Zu einem gesunden Leben gehört für Emil Eisenmann nach eigenen Worten eine gesunde Ernährung, die nicht nur ausschließlich aus Kohlenhydraten und Fett besteht, sondern auch vitamin- und

nährstoffreich ist. Mit seiner Sozialhilfe sieht er dies nur begrenzt möglich und geht daher eigene Wege der Beschaffung.

> „Also ernährungstechnisch. Ich äh ich habe die Krise gekriegt. Haben sie neun Euro, nein sieben Euro den Regelsatz erhöht. Was äh wissen Sie, was ich damit machen kann?! Da kann ich drauf scheißen! Da kann ich drauf scheißen. Auf die, auf die 7 Euro Erhöhung. Im Gegenzug haben sie die ganzen Lebensmittel schon wieder erhöht. […] Aber heute heutzutage, äh kauf, kaufen Sie mal äh ein Kilo äh Äpfel. Gehen Sie zum Pflanzen Kölle und kaufen sie mal äh ein Kilo Äpfel, 3,99 […]. Was glauben Sie was ich hier jedes Jahr mache! Ich gehe auf die Felder und klaue mir meine Äpfel und die Birnen, Mirabellen, die Erdbeeren. Das klaue mich mir alles, mir doch scheißegal. Brombeeren, Himbeeren, alles.“ (01.347ff.)

Emil Eisenmann versucht mit kreativen Ideen weitere gesundheitliche Freiräume zu erschließen. Er hat z.B. die Idee, dass sein „Seelenklempner“ ihm bei einer Auseinandersetzung wegen der fälligen Hundesteuer unterstützen kann.

> „Jetzt habe ich einen anderen Plan, einen anderen Plan vor mir. Jetzt habe ich am Freitag nächste Woche einen Termin […] bei meinem Seelenklempner. Und der soll mir ein Attest schreiben äh, dass ich meinen Hund brauche für meine geistige und seelische Befriedigung. […] Hundesteuer. Auf jeden Fall einen Widerspruch habe ich eingelegt gegen die Hundesteuer. 120 Euro, die Schweine.“ (01.126ff.)

Im Prinzip kennt, versteht und nutzt Emil Eisenmann (zumindest grundsätzlich) das Gesundheitssystem. Als er sich vor kurzem die Knieverletzung zuzieht, geht er gleich in die Sportklinik und anschließend zum Orthopäden, der ihm eine Überweisung zur Radiologie ausstellt. Allerdings beschreibt er auch, dass er trotz akutem Bänderriss wochenlang auf einen Termin warten müsse und eine OP da nicht mehr möglich sei. Die Gründe klären sich nicht im Interview. Ob er selbst die Sache verschleppt hat oder ob die Kommunikation in der Arztpraxis nicht gelungen ist, bleibt offen – und somit auch die Frage, ob es mit einer medizinischen Begleitung von MediA besser gelaufen wäre. Denn gegenüber MediA nennt er eine fehlende Betreuung seines Hundes als Grund, dass er die OP nicht wahrnimmt. So entsteht aus dem im Interview Berichteten bei den Forscherinnen der Eindruck, dass Emil Eisenmann mit der Wahrheit ebenfalls kreativ umgeht – so, wie es ihm nützt.

Der vermutete Alkoholkonsum bedeutet zusätzlich eine gesundheitliche Schädigung, kann jedoch gleichzeitig als „Behandlung“ von Symptomen und Problemen (z.B. für die PTBS) gedeutet werden. Emil Eisenmann beschreibt selbst verschiedene Strategien, die er bei Überforderungssituationen einsetzt: „Schleifen lassen“, „Ausflippen“ und Verdrängen.

> „Ja aber ähm ich kann es nicht zahlen [Medikamentenzuzahlung]. Deswegen bezahle ich auch nicht. […] Dann lasse ich es schleifen […]. Was glauben Sie äh wie hoch jetzt mein Zucker ist?“ (01.67ff.)

> „Wenn ich ausflippe, dann hat ähm derjenige, der auf dem Amt ist, ganz schlechte Karten. Das haben die schon ein paar Mal gespürt. […] Da hat es mal gescheppert […] sowas verdrängt man […]. Man muss ja einfach auch ablenken, andere Gedanken […]. Dafür habe ich auch mein Tier. […] Das heißt, der lenkt mich ab.“ (01.522ff.)

Professionelle Begleitung und Unterstützung

Emil Eisenmann wendet sich aktiv an MediA mit dem konkreten und klar umrissenen Ziel, eine neue Hausarztpraxis zu finden.

Grundsätzlich ist Emil Eisenmann in der Lage, sich im Gesundheitssystem zu bewegen, selbstständig Termine zu vereinbaren und wahrzunehmen. Ob er Termine verlässlich wahrnimmt und inhaltlich alles

aus den Arztgesprächen versteht, wird aus den Interviews nicht deutlich. In der Arzt-Patient-Interaktion kann Emil Eisenmann seine Anliegen auf jeden Fall deutlich machen und adäquat auf Fragen antworten.

> MediA: „Er konnte formulieren, was er möchte, welche Rezepte er braucht, dass er mit seinem alten Hausarzt nicht zufrieden ist.“ (02.127)

Emil Eisenmann beschreibt insgesamt vorwiegend negative Erfahrungen im Gesundheitssystem:

> „Ja äh jetzt ja, die sind jetzt auch, weil äh wenn du ein Problem hast, dann wirst du zum Arzt, ähm, dann wirst du behandelt erstmal wie ein Dreck.“ (01.12)

Diese negativen Erfahrungen finden sich bereits in seiner Kindheit im Zusammenhang mit dem beschriebenen Missbrauch durch den Arzt im Krankenhaus, was bei ihm zu Misstrauen und Ablehnung führt.

> „Dann äh, dann hat es sich für mich in dem Fall ja jetzt erledigt. Weil äh ich möchte nicht so groß darüber reden. Weil medizinische Hilfen kannst du vergessen.“ (01.464)

Dies zieht sich für ihn durch bis in die Gegenwart. Wenn Interaktionserwartungen in der Behandlung (wie auch in anderen Settings) bei ihm enttäuscht werden, wird Emil Eisenmann aggressiv und „lässt sich gehen“. Mit seinem letzten Hausarzt hat sich Emil Eisenmann überworfen, ein anderer Hausarzt hat ihn einmalig behandelt, aber nicht als Patient in die Praxis aufgenommen.

> MediA: „Ne, dieser Hausarzt, der hat die [Blutzuckermedikamente] ihm nicht mehr verschrieben, genau. Dann hat er sich so auseinander, also die hatten so einen Konflikt, dass die nicht mehr miteinander reden konnten und er ist ja auch ein recht aggressiver Mensch, zumindest verbal aggressiv. […] Aber er […] hat halt auch sehr aufbrausend erzählt von seinen Sachen und dass alle, also so ein bisschen halt, dass er schlecht behandelt wird und alle so ihn ausnutzen. Dieser Hausarzt, der Rechnungen gestellt hat oder dieses Hausarztprogramm gemacht hat und Leistungen abgerechnet hat, die er nie, äh, nie bekommen hat. Er hat dann glaube ich auch mit der Krankenversicherung irgendwie telefoniert, dass es ungerecht ist, was die abgerechnet haben und wollte mit denen irgendwie in Streit gehen.“ (02.81ff.)

Schlechte Erfahrungen verzeichnet Emil Eisenmann auch in der Psychiatrie:

> MediA: „Er ist, glaub ich, auch kein sehr einfacher Mensch. Was Compliance oder so angeht – mit Ärzten zusammen. Also er hat erzählt Polyneuropathie hat er, Diabetes, Schwerbehinderung. Mehr hab ich noch aufgeschrieben, dass er ein großes Misstrauen gegen Ärzte hat.“ (02.29)

Beim MedMobil findet Emil Eisenmann bei gesundheitlichen Problemen eine Anlaufstelle, die ihm aus seiner Sicht wenigstens punktuell helfen kann.

> „Groß Unterstützung habe ich nirgendwo bekommen außer jetzt hier vom MedMobil“ (01.16)

> „weil medizinisch, Ärzte, ähm, das finde ich in Ordnung mit dem MedMobil. Die kann man in Anspruch nehmen. Aber äh so großes Vertrauen an die Ärzte ist bei mir unter dem Tisch […]. Bei mir, ich habe kein, das Vertrauen muss sich ein Arzt erstmal bei mir aufbauen […]. Weil das geht nicht von jetzt auf nachher.“ (01.482ff.)

Teilweise bekommt er dort auch Unterstützung mit notwendigen Medikamenten, allerdings nicht oft bzw. verlässlich genug.

> Emil Eisenmann: „Aber die sagen (…) naja ‚Wir können das nicht jedes Mal machen' […] ‚Wir können das nicht jedes Mal ähm bezahlen ähm, ähm die ASS 100.' Toll! Super! Was ist denn das für ein MedMobil dann, frag ich mich!" (01.421ff.)

Finanzielle Hürden spielen insgesamt für Emil Eisenmann eine herausragende Rolle. Rezeptkosten, die von der Kasse nicht getragen werden, belasten ihn.

> „Das zahlt, wird mir auch nicht bezahlt! Die ASS 100 zum Blutverdünnen!" (01.92)

Schwierig ist für ihn ebenfalls die Zuzahlungsbefreiung mit rund 50 Euro zu Jahresbeginn – ein Zeitpunkt, an dem auch sonst viele Rechnungen und Mahnungen fällig werden (vgl. 01.20ff.). Unterstützung und Entlastung findet er teilweise im System der Wohnungsnotfallhilfe. Er nutzt sehr findig und kreativ finanzielle Hilfeleistungen, z.B. bei der Vesperkirche:

> „Medikamenten-Zuzahlung, ähm, zum Beispiel, ähm, Befreiung und ich habe zufällig erfahren, dass die in Stuttgart, das von der […] Kirche bezahlt bekommen vom Pfarramt […]. Also die, die die Vesperkirche machen. Aber nur für die Stuttgarter." (01.24ff.)

Auch beim Interview selbst hegt Emil Eisenmann die Hoffnung, dass hierdurch eine weitere Hilfsleistung erschlossen werden kann.

> „Vielleicht ist es, ähm, ich habe auch mit dem Ding [MediA] geredet gehabt, da. Es wäre nicht schlecht, wenn ihr eventuell, ähm … dass, ihr seid ja zwar schon da dran, hat er gemeint, ähm, da die, ähm, so Hilfsgelder bekommen, ähm, gerade für solche Leute wie äh die Rezeptgebühren-Befreiung, Zuzahlung oder so, dass da geholfen wird." (01.490f.)

Er nutzt MediA für Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit einer neuen Hausarzt-Praxis. Emil Eisenmann gibt nur so weit wie nötig Informationen preis, bzw. es entsteht der Eindruck, dass seine Antworten strategisch erfolgen. Auch gegenüber MediA gibt er nur wenige Informationen zu biografischen Lebensereignissen. Gegenüber MediA äußert er zunächst nur, dass er mit seinem alten Hausarzt unzufrieden ist.

> MediA: „Von daher war er irgendwie unzufrieden und wollte einen neuen Arzt. Und dann habe ich ihm einen Arzt gesucht […]. Und dann kam irgendwie noch raus, dass er Diabetes hat und sich seine Medikamente nicht, also keine Medikamente mehr hat und (daher) nicht mehr spritzt oder irgendwas macht und dann hab ich halt diese Ärztin […] da hat er sich mit der Ärztin ganz gut verstanden und wollte auch wieder kommen und ähm die hat ihm auch die Rezepte ausgestellt und da war der Stand, dass er da dann alleine dahin geht." (02.2ff.)

Diese Haltung spiegelt sich im Interview mit ihm wider. Angesprochen darauf, wie er sich von MediA unterstützt fühlt, antwortet er, dass es nur teilweise hilfreich sei (vgl. 01.289). Emil Eisenmann und MediA sprechen vorher genau ab, dass MediA im Hintergrund bleibt, aber mit ins Behandlungszimmer geht (vgl. 02.119ff.).

Beim Aufbau des Kontaktes zur neuen Hausarztpraxis erweist sich als hilfreich, dass die Ärztin nett und zugewandt ist und sich auf Emil Eisenmann einlassen kann.

> MediA: „Also ich glaube, er braucht schon nen Draht halt- […] zu Menschen, die halt auch, ja mit ihm auch umgehen können mit seiner Art. Hmmm. […] Sich Zeit zu nehmen für ihn, das hat sie ja gemacht. Sie hat sich das dann angehört, was der zu erzählen hat und konnte damit halt auch ganz nett umgehen. Humor vielleicht, sowas in die Richtung. […] Genau, sie war ihm halt eigentlich auch nicht ablehnend gegenüber." (02.195ff.)

Nachdem der Kontakt einmal hergestellt ist, macht Emil Eisenmann deutlich, dass er alles Weitere alleine regeln will. Bei weiteren Telefonaten signalisiert er MediA, dass für ihn aktuell alles so passt, wie es ist: „Jetzt habe ich aber eine Ärztin, die ist ok…" (01.12).

Zusammenfassende Interpretation

Emil Eisenmann beschreibt sein Leben als eine Abfolge von Benachteiligungen, Ohnmachtserfahrungen und Übergriffen. Diese ziehen sich wie ein roter Faden von einer schwierigen Kindheit bei den Eltern über eine Jugendhilfekarriere, in die Missbrauchserfahrungen durch den Pfarrer eingebettet sind, bis zu negativen Erfahrungen in der Wohnungsnotfallhilfe (öffentliche und freie Träger), bei allen Behörden, aber auch im Gesundheitssystem. Besonders die letzten Jahre scheinen ein ständiges Ringen um zu knappe finanzielle Mittel zu sein, die sich auf seine Wohnsituation, seine Ernährung, den Unterhalt seines Hundes, aber auch ganz massiv auf seine Gesundheit auswirken.

Seine Einstellung und sein Handeln gegenüber anderen, insbesondere auch gegenüber Ämtern und Institutionen, erscheint den Forscherinnen stark von einem generellen Misstrauen und einer Anspruchshaltung geprägt. Aggressives Auftreten oder Ausflippen könnte für Emil Eisenmann eine Bewältigungsstrategie darstellen, andere nicht zu nahe an sich heranzulassen und auch eine Entlastungsmöglichkeit, um mit seinen vielen „Päckchen“ umzugehen (vgl. 01.518ff.). In seinem eigenen (Gesundheits-)Handeln reagiert er – mit eigenen Worten – teilweise mit Resignation oder „schleifen lassen“, in dem er etwa lebenswichtige Medikamente zeitweise nicht nimmt und die gesundheitlichen Folgen ausblendet (vgl. 01.528). Die Ursachen und die Verantwortlichkeit sieht Emil Eisenmann im sozialen System und bringt dies in aggressiven, nach außen gerichteten Aktionen deutlich zum Ausdruck. Er provoziert und wertet andere ab. Mit diesem Verhalten macht er es den verschiedenen Hilfesystemen vermutlich schwer, ihn gut zu begleiten und zu unterstützen, wenn er dies überhaupt zulassen kann. Sein Deutungsmuster in allen institutionellen Interaktionen ist das der Benachteiligung. Er meint, dass er immer für seine Rechte kämpfen muss und dass es nirgends verlässliche Zuwendung gebe. In diesem Deutungsmuster werden positive Erfahrungen zu seltenen Ausnahmen (siehe seine Erzählung über MedMobil oder auch über MediA).

Aus Sicht der Forscherinnen benötigt es im Hilfesystem eine professionelle Haltung, die ein Verstehen für das biografische „So-geworden-Sein“ einnimmt und ihn aushält, wie er ist. Als Schlussfolgerung für eine gelingendere Unterstützung von Emil Eisenmann könnte postuliert werden, dass es Zugänge zu Angeboten für ihn gibt und er selbst steuern kann, ob, wie und wann er darauf zurückgreift. Für Emil Eisenmann scheint es wichtig zu sein, Nähe und Distanz selbst kontrollieren zu können, was im Zusammenhang mit den erlebten Grenzverletzungen stehen könnte. Dies müssen Unterstützungsleistungen berücksichtigen.

Angebote wie MediA oder das MedMobil, die punktuell und immer wieder als Türöffner neue Zugänge ins Gesundheitssystem schaffen, haben das Potenzial, hier anzuknüpfen. Sie können einen Raum anbieten, in dem positive Erfahrungen möglich werden und die Türen jederzeit offenstehen – auch wenn er sie selbst mal kräftig zuschlägt. Mit etwas Unterstützung hat Emil Eisenmann eine Hausarztpraxis gefunden, die ihn so aushalten kann, wie er ist, die sich die notwendige Zeit nimmt, seine Anliegen ernst nimmt und es mit Humor und Gelassenheit hinnimmt, wenn seine Compliance im praktischen Tun sich deutlich eingeschränkt zeigt.

Emil Eisenmanns nach außen gerichtetes (aggressives) Verhalten kann als Ausdruck marginalisierter Männlichkeit verstanden werden. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Mann sozialen Ausschlussprozessen in Form familiärer belastender Erfahrungen, Bildungs- oder Armutsbenachteiligung sowie durch wechselhafte Erfahrungen von Hilfe und Kontrolle durch Institutionen ausgesetzt war und damit mehrfach benachteiligt ist (vgl. Bereswill und Neuber 2010: 88), was ein Verwehren des ‚natürlichen‘ Anspruchs der Teilhabe (die eben Männern zustehe) bedeuten mag. Auch Emil Eisenmanns sich widersprechende Erzählungen über diverse erfahrene Ungerechtigkeiten und seine Umgangsweisen damit hängen möglicherweise mit Scham und Beschämungsprozessen

zusammen, denen er seit seiner Kindheit ausgesetzt ist. Das permanente Erleben einer ‚aussichtlosen Lage' kann in der Folge dazu führen, dass sich dieser Mensch v.a. in aggressiven Grenzüberschreitungen als männlich und selbstwirksam erleben kann. Die Externalisierung innerer Hilflosigkeit durch Schuldzuweisungen an andere und ein aggressives Verhalten gilt laut L. Böhnisch als typisches männliches Bewältigungsmuster krisenhafter Lebenserfahrungen (vgl. Böhnisch/Funk 2002). Ein solches biografisches Muster zu überwinden, bedarf vermutlich unzähliger positiver Gegenerfahrungen, immer mit der Gefahr verbunden, dass eine einzige negative Erfahrung einen großen Rückschlag bedeuten kann.

In der Gesamtschau der Fallstudie zeigt sich, was sich als nützlich für Emil Eisenmann erweist. So kann auch sein aggressives Verhalten als Schutz verstanden bzw. als Ressource gesehen werden – als Reaktion auf eine aufgeschichtete lebenslange Erfahrung von Ohnmacht durch Autoritätspersonen und Gatekeeper in Form von Enttäuschungen, Grenzverletzungen, Missbrauch, Gewalt und Vertrauensbruch.

Emil Eisenmann kennt und bewegt sich zielstrebig im Hilfe- und Gesundheitssystem und weiß, Nischen und Gelegenheiten für sich zu nutzen. Damit schafft er es trotz seiner knappen finanziellen Mittel und seiner „schwerwiegenden" Krankheiten, kreative Lösungen zu finden, die jedoch nicht immer gesellschaftlich konform sind und teilweise neue Probleme erzeugen, für die er wiederum neue Strategien entwickelt.

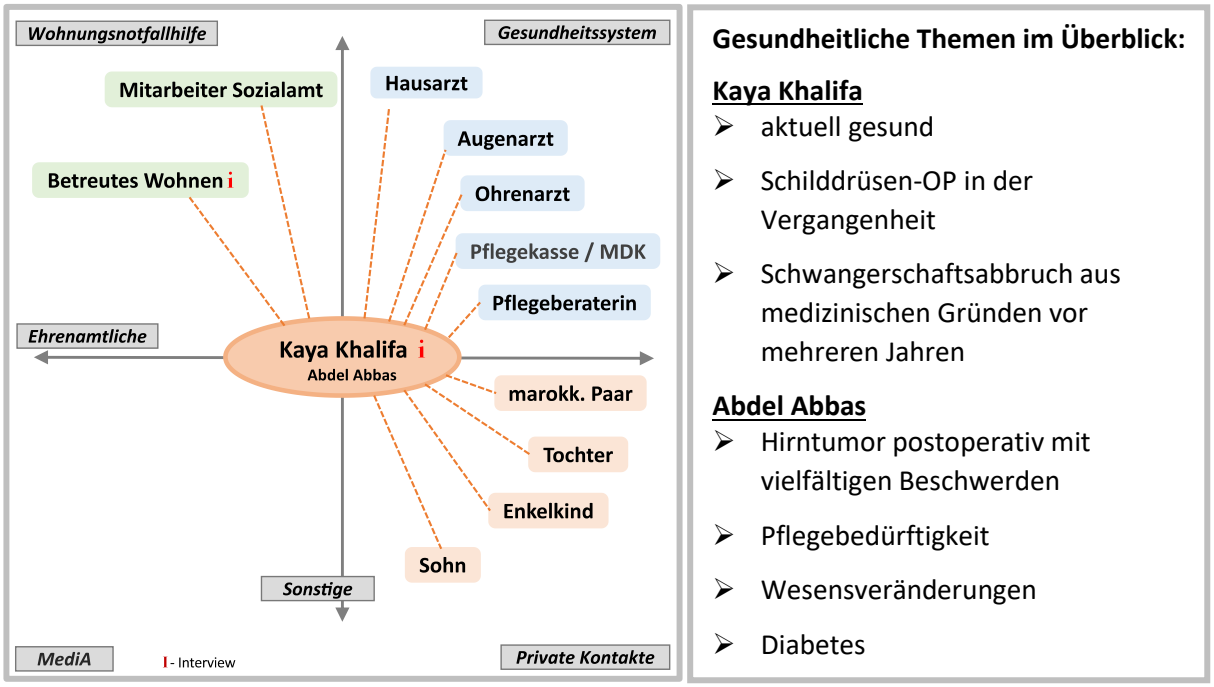
Die Fallstudie Emil Eisenmann hat aus Sicht der Forscherinnen deutlich gemacht, dass es für eine gelingende Unterstützung nicht in jedem Fall eine dauerhafte vertrauensvolle Beziehung braucht – aber dennoch immer ein erkennbares Beziehungsangebot bestehen muss. Zeigt sich bei einem großen Teil der Fallstudien, wie wichtig der gelungene Aufbau einer Vertrauensbeziehung ist, um eine Brücke ins Gesundheitssystem zu bauen, kann es für andere Personen um andere Signale gehen: im Fall Eisenmann ist dies die Unterstützung als Türöffner zu einer neuen Hausarztpraxis, ohne dass der Adressat dafür in Beziehung gehen oder zu viel von sich preisgeben muss. Für ihn ist zentral, die Handlungskontrolle darüber zu behalten, ob er ein Beziehungsangebot nutzt oder – bildlich gesprochen – die aufgehaltene Tür wieder zuschlagen kann, um sie aber dennoch zu einem anderen Zeitpunkt wieder unverschlossen vorzufinden. Dies erfordert im Hilfe- und Gesundheitssystem ein akzeptierendes Umgehen mit Sperrigkeit und die Fähigkeit, Zugänge offen zu halten. Offensichtlich findet sich diese Fähigkeit bei den Mitarbeiter*innen des MedMobils, bei MediA und auch bei der neuen Hausärztin. Es gilt daher, nicht nur das Hilfesystem in diesem Sinne zu sensibilisieren und weiter zu qualifizieren, sondern sich auch auf die Suche zu machen, wer im Gesundheitssystem die Brückenfunktion übernehmen kann. Eine solche Rolle könnte z.B. das sich derzeit in Deutschland etablierende Konzept der *Public* bzw. *Community Health Nurse* übernehmen, bei dem qualifizierte Pflegefachkräfte zukünftig niederschwellige Angebote einer gesundheitlichen Primärversorgung anbieten können, was auch aufsuchende, präventive und vernetzende Arbeit mit speziellen Personengruppen beinhaltet und dabei eine Bewältigung des Alltags in den Blick nimmt (vgl. dazu z.B. Brieskorn-Zinke 2008).

4.3 Kaya Khalifa: „Gott gibt Problem - ich […] versorge meine Familie“

Kaya Khalifa wohnt zum Interviewzeitpunkt im betreuten Wohnen in privat angemietetem Wohnraum. Ihr Mann und Vater ihrer zwei gemeinsamen erwachsenen Kinder hat im Rahmen von betreuten Wohnen ein Zimmer in einer WG, ebenfalls privat angemietet. Beide erwachsene Kinder leben mit Unterstützung der Wohnungsnotfallhilfe im Großraum Stuttgart. Das neugeborene Kind ihrer Tochter wurde gleich nach der Geburt, einige Wochen vor dem Interview mit Kaya Khalifa, in Obhut genommen. Kaya Khalifa geht es gesundheitlich gut, allerdings benötigt sie Unterstützung für die gesundheitliche Versorgung ihres schwerkranken und nun pflegebedürftigen Mannes, den sie selbst versorgt und pflegt. Trotz der versprengten Familie versucht sie, sich um alle Familienmitglieder zu kümmern.

Kaya Khalifa ist nicht direkt bei MediA angebunden, steht aber in Kontakt mit einem MediA-Mitarbeiter (Baustein 1 – Gesundheitliche Versorgung), der ihren Mann Abdel Abbas im betreuten Wohnen betreut. Vor dem Interview kommt es zu einem Kennenlernen von Kaya Khalifa in der WG von Abdel Abbas. Ein Interviewtermin wird von Kaya Khalifa (01)[21] mehrmals kurzfristig von ihr absagt, kommt dann unerwartet spontan zustande. Kurz darauf erfolgt ein Interview mit dem Betreuer der Wohnungslosenhilfe von Abdel Abbas, der in intensivem Austausch mit Kaya Khalifa ist und diese bei gesundheitlichen Themen von Abdel Abbas begleitet. Kaya Khalifa erzählt sehr lebendig und offen in gebrochenem Deutsch und ohne Scheu. Sie ist stolz auf ihre Gesundheit, stellt sich vor die Interviewerin, dreht sich, zeigt auf Hände, Arme, Gesicht und Bauch und fragt: „Ich bin gut, ja?“ (01.154).

Abbildung 4: Soziales Netzwerk Kaya Khalifa



[21] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Kaya Khalifa und 02 für Mitarbeiter betreutes Wohnen.

Kurzportrait Kaya Khalifa

Kaya Khalifa ist zum Interviewzeitpunkt um die 60 Jahre alt. Sie ist in Nordafrika geboren und bei einer fremden Familie groß geworden, in der sie seit ihrem sechsten Lebensjahr nach dem Tod ihres Vaters gelebt hat. Sie hat dort die Stellung einer „Dienerin“ eingenommen. Ihre Aufgabe war, im Haushalt zu helfen und auf die Kinder der Familie aufzupassen. Sie hat dort u.a. kochen, putzen und „gutes Benehmen“ gelernt, aber nicht lesen und schreiben. Kaya Khalifa hat später in ihrem Heimatland eine Ausbildung zur Köchin gemacht und zwei Söhne bekommen, einer lebt vermutlich noch dort, der andere ist gestorben.

Mit ungefähr 30 Jahren zieht Kaya Khalifa ins Nachbarland. Dort heiratet sie Abdel Abbas, der in ihrem Alter ist. Mit Anfang 40 migriert das Ehepaar mit seinen beiden gemeinsamen Kindern (die Tochter ist zu diesem Zeitpunkt sechs Jahre alt) in den Westen Deutschlands, nahe der belgischen Grenze. Zwei Jahre später wird eine weitere Schwangerschaft wegen einer festgestellten Behinderung des Ungeborenen im siebten Schwangerschaftsmonat auf ärztlichen Rat abgebrochen. Kaya Khalifa findet eine Arbeitsstelle in einem Restaurant in der Gegend.

Abdel Abbas, der in seinem Heimatland im Baubereich tätig war, fasst beruflich nicht Fuß, weil seine Ausbildung in Deutschland nicht anerkannt wird und er nicht bereit ist, die dafür notwendigen Leistungen zu erbringen. Er findet Arbeit als Reinigungskraft. Als das Paar einige Jahre in Deutschland lebt, zieht der erwachsene Sohn von Abdel Abbas aus einer früheren Beziehung in den Osten Deutschlands und überredet aus Sicht von Kaya Khalifa seinen Vater dazu – zunächst ohne sie – mit den beiden gemeinsamen Kindern dorthin zu ziehen.

Kurze Zeit später wird Kaya Khalifa im Anschluss an eine Operation (aufgrund des Arbeitsausfalls?) vom Restaurant entlassen und zieht ihrem Mann und den Kindern hinterher. Es folgen schwierige und spannungsreiche Jahre. Rund 10 Jahre später kommt es zu einem Bruch der Eheleute. Grund ist der älteste Sohn von Abdel Abbas, mit dem es Streit gibt und der auch gegenüber seinen Halbgeschwistern gewalttätig wird.

Kaya Khalifa geht nach Stuttgart. Sie kommt in einem „Frauenhaus“ bzw. einem Aufnahmewohnheim der Wohnungsnotfallhilfe unter. Anschließend wechselt sie ins betreute Wohnen und zieht in eine privat angemietete WG. Dort nimmt sie zeitweise aus der Not heraus ihre Tochter (psychisch krank, depressiv), ihren Sohn (autistische Züge) und ihren Schwiegersohn kurzfristig auf. Sohn und Tochter sind ebenfalls im Großraum Stuttgart gelandet und in der Wohnungsnotfallhilfe angebunden. Zwei oder drei Jahre später meldet sich Abdel Abbas bei Kaya Khalifa, kommt nach Stuttgart und will sie „zurückhaben“. Zu diesem Zeitpunkt geht es Abdel Abbas gesundheitlich bereits schlechter, er hat starke Schwindelgefühle. Es wird ein Hirntumor gefunden. Er ist nach der Operation pflegebedürftig und kann sich nicht mehr selbst versorgen. Er hat im Rahmen von betreutem Wohnen ein privat angemietetes WG-Zimmer in einer Etage eines ehemaligen Gasthofes – Küche, Dusche und Toilette sind alt und heruntergekommen.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Kaya Khalifa hat mit ihren 60 Jahren eine Vielzahl von schwierigen Lebensereignissen bewältigt. Ein frühes Ereignis stellt der Tod des Vaters dar.

> „Ich bin bei Pflegefamilie, ich bin Diener. Nicht gleich hier wie. […] Acht Jahr. […] Mindestens, aber ich bleiben versorgen für Kinder und äh das ist Leben gut aber trotzdem nicht schicken bei mich Schule.“ (01.634ff.)

Obwohl das Leben als (Halb-?) Waise und Dienerin in einer anderen Familie vermutlich nicht leicht ist, sieht sie auf diese Zeit mit Dankbarkeit zurück:

> „Aber das ist die Leben sehr, sehr gut Leben, weil äh deswegen ich bin erwachsen, ich habe gelernt mich zu benehmen.“ (01.642)

Über ihre Ausbildung zur Köchin erzählt sie nicht viel, ist aber sehr stolz auf ihr Können und Wissen:

> „Früher ich bin Koch meine Land, arabisch Koch. […] Ja ja ich kann machen sechzig äh Qualität.“ (01.272ff.)

Wie sie von ihrem Heimatland ins Nachbarland (in dem massive Menschenrechtsverletzungen geschehen) kommt, ihren Mann kennenlernt oder warum beide dann gemeinsam mit ihren zwei kleinen Kindern nach Deutschland gehen, erzählt sie nicht. Vermutlich stellt dies für die ganze Familie eine große Herausforderung dar. Das Paar bemüht sich erfolgreich um Arbeit und Kaya Khalifa hat das Gefühl, als Einwohnerin ihren Beitrag zu leisten: „Ich arbeitet früher in Deutschland, hab ich viel Steuer gegeben“ (01.775). Wegen einem aus medizinischer Sicht notwendigen Schwangerschaftsabbruch trauert Kaya Khalifa bis heute:

> „Arzt hat gemacht diese weg. Hat gesagt, das ist die, ich weiß nicht, wichtig. Ich immer Herz tut weh für diese Problem.“ (01.312)

Aus Sicht von Kaya Khalifa stellt das Auftauchen von Abdel Abbas‘ ältestem Sohn in Deutschland einen zentralen Wendepunkt dar, von dem aus sich vieles massiv verschlechtert. Zunächst zieht Abdel Abbas mit den gemeinsamen Kindern zu seinem Sohn. Als Kaya Khalifa gekündigt wird, folgt sie ihrer Familie. In den Folgejahren gibt es viele Konflikte. Kaya Khalifa und Abdel Abbas wohnen mit dem ältesten Sohn von Abdel Abbas zusammen in einem Haus. Der Sohn verfolgt mit dem Vater die Geschäftsidee, gemeinsam eine Gastronomie aufzuziehen, was nicht klappt. Die Konflikte verschärfen sich. Kaya Khalifa erzählt: „[…] und dann nachher die Junge hat gemacht für uns fertig, hat geschlagen für meine Kinder“ (01.362). Abdel Abbas macht auf Kaya Khalifas Namen rund 10.000 Euro Schulden für ein Auto.

> „Meine Mann, ich Streit mit Mann ich getrennt mit Mann ich kommt hier, weil ich habe gesagt ‚Ich bleibet mit deine Sohn nicht‘ meine Mann sagen ‚Ich lassen meine Sohn nicht‘, ich habe gesagt Tschüss.“ (01.387)

Der gemeinsame Sohn geht zunächst zurück an die belgische Grenze. Der Betreuer berichtet darüber:

> „Der ist auch irgendwie im Wohnungslosenhilfesystem. […] Ich glaub, der hat irgendwie autistische Züge oder so.“ (02.63ff.)

Mutter und Tochter landen unabhängig voneinander innerhalb weniger Tage in einem Aufnahmehaus in Stuttgart, wie der Betreuer erzählt:

> „Und so ist sie dann äh wohnungslos geworden und ihre ganzen Sachen wurden halt weggeschmissen. Das erzählt sie immer.“ (02.16)

Kaya Khalifa lässt zeitweise ihren Sohn, ihren „Schwiegersohn“ und ihre Tochter bei sich wohnen. Mit dem Jobcenter bekommt sie Probleme, weil ihr Untervermietung unterstellt wird. Aber auch Mitbewohnerinnen beschweren sich, weil die schwangere Tochter raucht, Drogen nimmt und psychisch auffällig ist (vgl. 01.620 / 01.395ff. / 02.77). Nach drei Jahren meldet sich Abdel Abbas.

> Betreuer: „Irgendwann muss er dann wohl wiedergekommen sein und wollte sie zurück und sie hat sich dann überzeugen lassen, ihn zurückzunehmen.“ (02.16)

> Kaya Khalifa: „Weil er krank geworden ist, ist er gekommen.“ (01.701)

Kaya Khalifa sieht sich in der Verantwortung, sich um ihn zu kümmern:

> „Wenn Mann gesund [war] ich kann [ver-]lassen. Früher hat [mich] gelassen. Aber krank, ich kann nicht verlassen.“ (01.511)

Auch um das kurz vor dem Interview neugeborene Enkelkind versucht sich Kaya Khalifa zu kümmern. Sie hat sich gewünscht, es bei sich aufzunehmen. Bereits in der Schwangerschaft hat sie sich um Tochter und Enkelkind gesorgt:

> „als meine Tochter schwanger im siebten Monat ist, ich gehen bei Jugendamt. Ich habe gesagt meine Tochter schwanger und meine Tochter krank und ich brauchen Hilfe, ich brauchen die Baby.“ (01.415f.)

Das Kind wird gleich nach der Geburt bei einer Pflegefamilie untergebracht, sie kann es aber regelmäßig sehen.

Kaya Khalifa bekommt vieles gut alleine hin und kümmert sich aufopferungsvoll um ihren Mann, den sie pflegt, wäscht, für ihn kocht und den Haushalt versorgt. Dafür steht sie bereits um 6 Uhr morgens auf, geht einkaufen und kocht aufwändig, gesund und abwechslungsreich.

> „Für meinem Mann immer gekocht welche frisch Fleisch, einen Tag machen Fleisch, einen Tag machen Fisch, einen Tag machen Hähnchen. Nicht immer Fleisch und nicht immer Hähnchen und nicht immer Fisch. Manchmal ohne, vegetarisch. Gemüse und Salat und so.“ (01.186ff.)

Kaya Khalifa versucht, alles unter einen Hut zu bekommen: die Pflege und Versorgung ihres Mannes, das Abbezahlen der Schulden, die Sozialstunden wegen Fahren ohne Fahrschein, den vom Jobcenter eingeforderten Sprachkurs und die Termine und Umgangskontakte beim Jugendamt wegen des Enkelkindes. Sie findet sich in den Strukturen zurecht und geht beherzt in den Austausch mit allen notwendigen Stellen. Eingeschränkt wird dies alles davon, dass sie nicht lesen und schreiben kann. Mit ihrem freundlichen und offenen Wesen findet sie Unterstützung, auch im Sozialamt.

> Betreuer: „Der [Mitarbeiter] ist für die Leistungsgewährung und für ähm halt – [Abdel Abbas‘] Grundsicherung zuständig und für das betreute Wohnen auch. Und der hat jetzt zum Beispiel bei der Wohnung auch die Mitarbeiterin vom Sozialdienst – also vom Jobcenter von der Frau Khalifa angerufen und der zieht dann irgendwie die Fäden immer im Hintergrund und macht sehr viel. Ich glaub auch mehr als er eigentlich müsste.“ (02.71ff.)

Erst mit dem Auseinanderbrechen der Familie und seit Kaya Khalifa vor vier Jahren nach Stuttgart gekommen ist, lebt sie im betreuten Wohnen. Nach der Trennung von ihrem Mann steht sie ohne eigenen Wohnraum und Einrichtung da.

> Betreuer: „Herrn Abbas […] hat sie rausgemobbt oder ähm der Abbas wollte sie auch nicht mehr, das weiß ich nicht genau. Und so ist sie dann äh wohnungslos geworden und ihre ganzen Sachen wurden halt weggeschmissen.“ (02.16f.)

Abdel Abbas wohnt zum Interviewzeitpunkt rund ein Jahr im betreuten Wohnen, nachdem es Probleme mit dem Jobcenter gegeben hat.

> Betreuer: „Weil er wollte eine neue Wohnung anmieten, aber hat dem Jobcenter eben nicht Bescheid gesagt, die alte Wohnung gekündigt und die Kündigung sollte dann rechtswirksam werden und dann gab es noch Schwierigkeiten mit den Mietzahlungen, das Jobcenter hat dann die Mietzahlungen irgendwie eingestellt.“ (02.2ff.)

Kurz darauf wird der Hirntumor diagnostiziert und Abdel Abbas ist seitdem hochgradig pflegebedürftig. Sowohl das Sozialamt als auch der für Abdel Abbas zuständige Betreuer setzen sich dafür ein, dass Kaya Khalifa und Abdel Abbas zusammen eine gemeinsame Wohnung beziehen, was organisatorisch eine Herausforderung bedeutet, da für Kaya Khalifa und Abdel Abbas unterschiedliche Betreuer*innen und Sachbearbeiter*innen beim Jobcenter zuständig sind.

> Betreuer: „Das ist, äh, in dem Haus da drin, also die haben eine Seniorenwohnung bekommen in diesem Haus wo auch barrierefreie Wohnungen für körperlich behinderte Menschen drinnen sind.“ (02.113ff.)

Kaya Khalifa erlebt sich als körperlich gesund und fit. Als früheres gesundheitliches Problem nennt sie eine Schilddrüsen-OP.

> Kaya Khalifa: „Wenn diese weg äh immer, wenn du zum Beispiel nicht regelmäßig essen, dann nicht viel gut schlafen, wenn zum Beispiel viele denken viel Stress. Ich denke manchmal müde, ich brauchen schlafen zum Beispiel nicht gleich, gleich früher, aber ich bin gesund […]. Keine Zucker […] Keine Blut. Keine Das. Keinen Krebs. Keine nichts.“ (01.144ff.)

Es hat einen Schwangerschaftsabbruch gegeben, den sie bis heute nicht verwunden hat. Sie bekommt feuchte Augen beim Erzählen:

> „Hat machen eine Spritze hier im Bauch das machen die Arzt sowieso bestimmt nicht lügen, eine große Arzt, Oberarzt. […] Die sagen diese Baby, diese behindert und hat gesagt muss diese raus.“ (01.316ff.)

Bei Abdel Abbas hat sich seit seinem Hirntumor vieles verschlechtert. Er leidet unter Schwindel, Lähmungen mit Verlust des Orientierungssinns und einer postoperativen Wesensveränderung sowie medikamentös behandelten Depressionen. Dazu kommen Diabetes und Asthma.

> Betreuer: „Also er ist ja pflegebedürftig durch – aufgrund diesen Gehirntumors, den er hatte. Er wurde ja mehrmals operiert und bestrahlt dann. Und seitdem ist eine Hälfte seines Körpers irgendwie gelähmt. Das Auge kann er kaum benutzen. Wenn er das benutzt. dann sieht er damit irgendwie nicht klar, sondern ihm wird schwindelig. Und er hat – auf der einen Seite merkt er irgendwie Kälte und sowas nicht so stark und kann die Arm – die – ich glaube die Hand da auch schlechter benutzen. Das ist halt als Folge von diesen – äh Operationen entstanden. Und sie pflegt ihn halt vollumfänglich, also sie begleitet ihn auch – beim Duschen muss sie glaube ich schon mithelfen, einkaufen, er hat – sie meint, er hat seinen Orientierungssinn dadurch verloren und der kann nicht mehr alleine nach Hause finden oder hat da Schwierigkeiten, wenn er irgendwo ist, wieder nach Hause zu kommen. Dann Erinnerungsschwierigkeiten, dass er sich an ganz viel nicht erinnert, psychische Probleme in Richtung von Depressionen und dass er manchmal dann sauer wird, traurig, ich glaube er nimmt auch immer noch Psychopharmaka ein. Und ja, sie meint halt, er ist ein neues – ein äh ein neuer äh Mensch und dass er eher Kleinkind jetzt mehr wäre. Ja.“ (02.21ff.)

Kaya Khalifa ist mit einem afrikanischen Ehepaar, die einen kleinen Laden führen, befreundet. Von den beiden erhält sie Unterstützung.

> Betreuer: „Da kann die Frau Abbas, wenn sie Fragen hat, hingehen und der begleitet sie manchmal auch zu Amtsterminen und so […] ja. Macht manchmal zwar mehr Chaos, aber meistens – doch meistens macht er das ganz gut.“ (02.65)

Ansonsten hält Kaya Khalifa Verbindung zu ihren Kindern und ihrem Enkelkind, so gut es geht:

> „Ich für meine Familie, ich bin, ich lieben meine Familie, meine Kinder, meine Enkelkind, meine Tochter, ich hoffentlich wieder meine Tochter gesund.“ (01.513)

Gesundheitshandeln

Krankheit wird von Kaya Khalifa und Abdel Abbas grundsätzlich als von Gott gegebenes Schicksal gesehen, das es anzunehmen gilt: „Das hat Gott geben mir viel Mensch, viele Menschen Krankheit“ (01.775).

> Betreuer: „[Abdel Abbas] hat es irgendwie akzeptiert und erzählt dann immer, dass es anderen Leuten ja schlechter geht und er ist, glaube ich ein gläubiger Mensch.“ (02.27)

Für Kaya Khalifa ist es selbstverständlich, dass sie dieses Schicksal annimmt und den kranken Mann pflegt und versorgt, als er nach einer langen Trennung wieder vor der Türe steht (vgl. 01.511). Sie begibt sich damit in eine typisch weibliche Abhängigkeit und kommt deswegen mit dem Jobcenter in Konflikt.

> Betreuer: „Ja dann gibt es ja noch das Jobcenter, das gern möchte, dass sie einen Sprachkurs macht. Weil sie Analphabetin ist und von der Seite kriegt sie halt auch noch immer Druck.“ (02.79)

Dies führt zu einem schwierigen Balanceakt zwischen den Auflagen des Jobcenters, der umfassenden Pflege und Versorgung ihres Mannes sowie der Sorge um das Enkelkind, das sie bei regelmäßigen Umgangskontakten sieht.

Kaya Khalifa hat einen positiven Zugang zu ihrem Körper und fühlt sich wohl in ihrer Haut:

> „Nicht viel dick, ich nicht viel essen […]. Ah und keine zum Beispiel äh Sachen machen oder Schminke oder nein, naturell, normal. Manchmal machen, wenn der Winter – äh mit Seife zum Beispiel ich spüle meine Gesicht und machen ein bisschen Nivea-Creme, so. Sonst nichts […]. Und keine Haare weg, keine Zeit. Nur duschen und so […]. Ich nicht viele zum Beispiel dick, nicht viel […] abgenommen, weil ich immer laufen, ich immer laufen. Ich gehen, zum Beispiel ich nicht gekauft diese schlechte Sachen für Zuhause, ich kaufe immer gutes Essen […]. Und äh Bio.“ (01.160ff.)

Sauberkeit und Hygiene sind ihr sehr wichtig, das gilt beim Zubereiten und Aufbewahren von Essen, aber auch für Küche, Bad und Toilette: „Ich meine Zimmer immer sauber, meine Termin pünktlich“ (01.377).

Kaya Khalifa findet gute Lösungen zur Überwindung der Sprachbarrieren, indem sie z.B. einen französischen Augenarzt aufsucht, was für sie die Kommunikation vereinfacht: „die Arzt, Augenarzt auch eine […] in Stuttgart äh eine französisch Arzt“ (01.489).

Begleitung und Unterstützung

Kaya Khalifa wird seit ihrer Wohnungslosigkeit in Stuttgart durch Jobcenter, Wohnungsnotfallhilfe und auch durch den Sachbearbeiter vom Sozialamt begleitet, der sich aktiv dafür einsetzt, dass das Ehepaar eine kleine barrierefreie Sozialwohnung beziehen kann. Für die umfassenden Gesundheitsbelange ihres Mannes nach der Tumor-OP arbeitet sie sehr eng mit dem Betreuer der Wohnungsnotfallhilfe ihres Mannes zusammen. Er unterstützt das Paar im Rahmen seiner Möglichkeiten, was durch unterschiedliche Zuständigkeiten bei der Betreuung und beim Jobcenter für Kaya Khalifa und Abdel Abbas erschwert wird.

Kaya Khalifa ist Analphabetin. Ihre Handlungsfähigkeit wird besonders bei allem Schriftlichen rund um Gesundheit oder Organisatorischem wie dem Ausfüllen von Formularen stark eingeschränkt. Sie ist dadurch auf Unterstützung und Begleitung angewiesen. Vor der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit des Mannes hat es für sie vermutlich kaum Anlass für eine Begleitung oder Unterstützung in gesundheitlichen Dingen gegeben. Auch ihre geringen Deutschkenntnisse stellen teils eine Barriere dar. Kaya Khalifa hat z.B. im Krankenhaus die Erfahrung gemacht, dass sie bei den Gesprächen nicht genug versteht: „und wenn du zum Beispiel eine große Untersuchung von Krankenhaus von Medizin zum Beispiel viele ich nicht verstehen mit Schwester oder mit Doktor, Professor so“ (01.10f.).

> Betreuer: „Obwohl, eigentlich macht die Frau Khalifa das ja wirklich gut […] weil sie macht ja wirklich die Termine mit ihm. Also da ist ja eigentlich alles abgedeckt. […] Gerade zu

> Beginn hat dann glaube ich die Frau Wendel [Kollegin] da auch dann viel übernommen, dass das da dann auch wirklich überprüft wird dieses Ganze also wo das herkommt, die Schwindelanfälle und dass er dann zum Arzt geht und dass alles behandelt wird und wie es weitergeht. Ja, das stimmt. Gerade dann mit Pflegestufe beantragen, das geht ja eigentlich auch in den MediA-Bereich mit rein.“ (02.85ff.)

Kaya Khalifa kann, wenn die Wege gebahnt sind, sehr gut alle praktischen gesundheitlichen Dinge regeln und umsetzen. Sie verfügt über eine umfassende Compliance, ist in der Lage, den Blutzucker ihres Mannes einzustellen und ihm verlässlich und verantwortungsbewusst seine Medikamente zu geben (vgl. 01.56ff.). Das Ehepaar verfügt über ein adäquates Haus- und Facharzt-System. Kaya Khalifa kann äußern, wenn sie mit etwas nicht zufrieden ist und nach Alternativen suchen. Aus ihrer Sicht nimmt sich z.B. der Hausarzt in der Interaktion und Kommunikation nicht wirklich Zeit für den Austausch und die Bedürfnisse:

> „Äh hab ich Hausarzt, das ist von M-Platz, aber diese Hausarzt nicht gut, ich suchen eine guten Hausarzt […] Und äh bei mir, ich bin nicht zufrieden […] Wenn [wir hin-]gehen, [der Arzt] zum Beispiel nicht fragen vor meinen Mann, nicht setzen, nur einfach so ein und dann gehen, schicken von Schwester schreiben, [der Arzt] nicht äh Fragen ‚Wie läuft es, Herr Abbas‘, ‚Wie gut, Herr Abbas?‘, ‚Was willst du jetzt, was jetzt besser, was nicht besser, was?‘“(01.441ff.)

Im medizinischen Kontext scheinen auch andere Fachärzt*innen auf kommunikativer Ebene nicht adäquat auf Patient*innen wie Abdel Abbas und Kaya Khalifa eingestellt zu sein. Um einen gelingenden Informationsfluss herzustellen, bedarf es einer Übersetzung und Begleitung, wie der Betreuer erzählt:

> „Gerade wenn es dann – wir waren dann einmal beim Arzt, dann wird halt auch das Bild von seinem Kopf gezeigt und alles erklärt mit Fachausdrücken und den Ärzten fällt es dann halt auch schwer auf einfache Sprache umzustellen. Manchmal unterstellen sie dann auch oder gehen davon aus, dass die Abbas noch weniger verstehen als sie eigentlich tun und dann reden sie halt mit mir eher als mit den Klienten. Ja. […] Ich versuch das dann halt in kurzen Sätzen verständlich zu machen, worum es manchmal geht, also es zusammenzufassen.“ (02.57ff.)

Abdel Abbas ist nur in einem sehr geringen Umfang in der Lage, seine gesundheitlichen Angelegenheiten selbst und ohne Unterstützung zu regeln und Kaya Khalifa als Analphabetin benötigt bei allen schriftlichen Interaktionen Unterstützung und Begleitung. Das Paar erlebt die umfassende Begleitung durch die Wohnungsnotfallhilfe bei allen Fragen ums Wohnen, Jobcenter, Schuldnerberatung, aber auch ganz besonders bei gesundheitlichem Handlungsbedarf, als notwendig, entlastend und unterstützend. Dafür ist Kaya Khalifa sehr dankbar:

> „Ich bin 20 Jahre hier. Ich bin nicht Deutsch. Aber ich Dankeschön von Deutschland, hat viel Hilfe für uns. Für meine Kinder. Für meine Mann. Wenn meine Mann jetzt dort, vielleicht gestorben. Oder ein irgendwo weiß ich, meine Kinder. Wenn bleiben nach [Herkunftsland], vielleicht ich jetzt tot, wenn diese Krieg. Gott sei Dank ich bin da.“ (01.77f.)

Dies wird durch ein Vertrauensverhältnis zur Betreuung verstärkt, das durch positive Erfahrungen von Entlastung und Engagement gewachsen ist.

> Kaya Khalifa: „[Betreuer] gute Mensch. Und für uns helfen. Und ähm immer Termin pünktlich. Immer suchen für uns Hilfe. […] Aber [der Betreuer] für uns, ich glaube so verstehen. Aber für wenn zum Beispiel [der Betreuer im Rahmen seiner Zuständigkeit] Sachen darf, kann machen. Wenn zum Beispiel einer nicht darf, auch nicht gemacht. Und ähm zum Beispiel wenn du Termin zum Beispiel gehen, zusammen immer ähm suchen für Wohnung ein paar Mal, zusammen gehen von Krankenhaus viel Mal gehen. […] Kommt auch ein paar Mal. Wenn OP ist schon von meinem Mann, kommt paar Mal. [Betreuer]

besuchen und wenn du zum Beispiel eine große Untersuchung von Krankenhaus von Medizin zum Beispiel viele ich nicht verstehen mit Schwester oder mit Doktor, Professor so, die [Betreuer] mit mir gehen und wenn es zum Beispiel letztes Mal hat eine Problem zum Bank, [Betreuer] gehen zusammen, die nächstes Mal bei AOK [Betreuer] gehen zusammen, bei Sozialamt [Betreuer] zusammen gehen… das ist diese Insolvenz, das ist auch die Schulden. Auch [Betreuer mit-] gehen.“ (01.4ff.)

Zusammenfassende Interpretation

Das Familiensystem von Kaya Khalifa ließe sich bildhaft mit dem Label ‚Multiproblemfamilie‘[22] fassen. Aktuell bekommen Kaya Khalifa, Abdel Abbas und die beiden erwachsenen Kinder Unterstützung von der Wohnungsnotfallhilfe, das Enkelkind ist vom Jugendamt untergebracht worden. Abdel Abbas ist schwer krank und pflegebedürftig, die Tochter ist psychisch krank und möglicherweise auch suchtkrank, der Sohn hat autistische Züge. Bei Kaya Khalifa laufen alle familiären Fäden zusammen. Sie sieht sich selbst als ‚Kümmerin‘, die für alle Familienmitglieder Verantwortung und Care-Aufgaben übernimmt, was vermutlich stark mit ihren Rollenbildern von Ehefrau und Mutter-Sein zusammenhängt, aber auch mit ihrem Glauben, Probleme als von Gott gegeben anzunehmen und zu bewältigen.

Kaya Khalifas Lebensumstände sind vermutlich stark durch ihren Analphabetismus geprägt, der ihre Welt begrenzt und beschränkt. Möglicherweise konnte dies von Abdel Abbas vor der Trennung kompensiert werden. Erst durch die Trennung ist sie wohnungslos geworden und möglicherweise dadurch auch zum ersten Mal ins Hilfesystem gerutscht.

In dieser Fallstudie wird sichtbar, dass Abdel Abbas durch die Schwere seiner gesundheitlichen Probleme und der daraus resultierenden umfänglichen Pflegebedürftigkeit – sozusagen durch eine gesundheitliche Krise – nach der Operation umfangreiche Unterstützung in medizinischen und gesundheitlichen Belangen benötigt. Dazu benötigt es situativ die Möglichkeit, einen entsprechenden Betreuungsschlüssel im begleiteten Wohnen angemessen anpassen zu können. Hätte er nicht seine Frau, die ihn pflegt und versorgt, wäre eine stationäre Unterbringung notwendig, die geplant und vollzogen werden muss, wofür zeitliche Ressourcen in der Betreuung und Begleitung benötigt werden.

Kaya Khalifa benötigt als Analphabetin umfängliche Begleitung und Unterstützung für die Bewältigung komplexer gesundheitlicher Prozesse, die im Falle von Abdel Abbas komplexe mündliche und schriftliche Interaktionen mit vielen Beteiligten wie Hausarztpraxis, mehreren Facharztpraxen, MDK, Pflegedienst, Krankenkasse, Krankenhäuser oder Sanitätshaus notwendig machen. Bei diesen Wegen zwischen den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens ist Kaya Khalifa weitgehend auf sich alleine gestellt, weil die Verbindung oder Vernetzung im Gesundheitssystem hauptsächlich in der Verantwortung der Patient*innen liegt. Die Begleitung und Unterstützung vom Ehepaar Abbas / Khalifa durch die Wohnungsnotfallhilfe trägt maßgeblich dazu bei, dass diese Hürden überwunden werden können und Abdel Abbas notwendige medizinische Versorgung, Nachsorge, entsprechende Pflegegradeinstufung bekommt oder die Krankenkasse wechseln kann.

Es zeigen sich Lücken oder blinde Flecken im Gesundheitssystem in der Arzt-Patient*innen-Interaktion und -Kommunikation. Der Hausarzt nimmt sich z.B. keine Zeit für Fragen und Bedürfnisse des Paares. Auch in Facharztgesprächen muss der Betreuer für den Informationstransfer sorgen.

Kaya Khalifa ist dankbar für die Leistungen und Möglichkeiten in Deutschland, da sie und ihr Mann aus Ländern mit politischen Unruhen und deutlich geringeren Gesundheitsstandards kommen und sie dort

[22] Vergleiche zum Thema Multiproblemfamilien z.B.: Wolf (2004) oder Gehrmann/ Müller (2016).

vielleicht bereits nicht mehr am Leben wären. Möglicherweise arrangiert sich Kaya Khalifa auch deshalb mit manchen Hürden und Missständen, denen sie begegnet – auch im Gesundheitssystem.

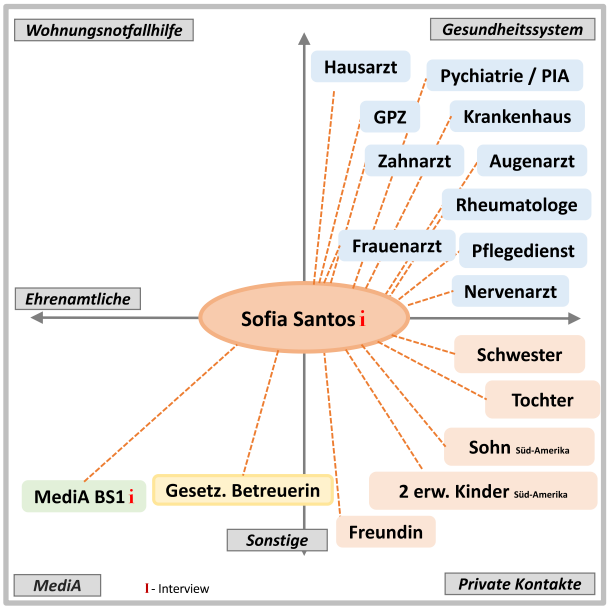
Welche Aspekte zeigen sich in der Fallstudie, die zu einer Stärkung von Kaya Khalifa führen – auch zur Überwindung von Barrieren ins Gesundheitssystem? Welche Rolle spielt die professionelle Begleitung durch MediA? Kaya Khalifa zeigt sich im Interview als tatkräftige, herzliche, alltagspraktische und kluge Frau, Ehefrau, Mutter und Oma mit vielen Ressourcen. Sie hat viele Schwierigkeiten, Brüche und kritische Lebensereignisse erlebt und bewältigt, die sie für sich als sinnhaft deuten konnte, wie z.B. die Zeit in der „Pflegefamilie". Kaya Khalifa ist eine Frau, die gut mit anderen in Kontakt gehen kann und für die sich der Betreuer von Abdel Abbas und der Sachbearbeiter vom Sozialamt gerne zu engagieren scheinen. Sie hat einen Beruf gelernt, diesen erfolgreich ausgeübt und ist stolz auf ihr Können und Wissen. Viele Jahre ist das Paar vermutlich ohne Unterstützung über die Runden gekommen. Kaya Khalifa hat sich Ärzt*innen gesucht und gefunden, die ihre Sprache sprechen oder sich die notwendige Zeit für sie und ihren Mann nehmen und von denen sie sich gut begleitet fühlt. Sie kann Hilfe und Unterstützung einfordern, annehmen und ihre Bedürfnisse formulieren. Kaya Khalifa zeigt ein grundsätzliches – nicht durch schlechte oder stigmatisierende Erlebnisse überdecktes oder gebrochenes – Vertrauen in die Fachkompetenz des Betreuers, aber auch allgemein in Fachleute und Ärzt*innen, in das Gesundheitssystem sowie das soziale Netz in Deutschland.

Kaya Khalifa selbst bringt zum Ausdruck, dass die Verlässlichkeit des Betreuers ihres Mannes (aus der Wohnungsnotfallhilfe), seine Zugewandtheit und seine umfassende Ansprechbarkeit für nahezu alle Probleme und Sorgen für sie bzw. sie als Paar oder sogar die Familie wichtig sind. Sie vertraut ihm. Aus Sicht der Forscherinnen ist dies durch ein Beziehungsangebot des Betreuers von Abdel Abbas möglich geworden. Durch entsprechende zeitliche Ressourcen und einen geschulten Blick für gesundheitliche Themen (durch seinen Bezug zum MediA-Projekt) kann er damit eine Brückenfunktion ins Gesundheitssystem für Kaya Khalifa (insbesondere bei Gesprächen oder Schriftverkehr) einnehmen. Die (bislang getrenntlebende, wohnungslose) Familie, die grundsätzlich umfassend im Gesundheitssystem verortet ist, benötigt diese zusätzliche Unterstützung, insbesondere den verbindenden Blick und notwendige Vernetzungsinitiativen hinweg über unterschiedliche Zuständigkeiten, Gesundheits- und Fürsorgebereiche. Diese Aufgabe, die vorhandene Fachdienste noch wenig wahrnehmen (können), wurde in ihrer Notwendigkeit durch das MediA-Projekt mehr in den Fokus gerückt.

4.4 Sofia Santos: „Sie [MediA-Mitarbeiterin] hat so viel Geduld und sie weiß von meinen Problemen“

Sofia Santos lebt zum Interviewzeitpunkt seit knapp 30 Jahren in Deutschland und ist beim Jobcenter und Sozialamt angebunden. Anzunehmen ist, dass darüber auch ihre kleine 2-Zimmer-Wohnung finanziell abgesichert ist. Nach verschiedenen Klinikaufenthalten wird sie durch das Gesundheitsamt an MediA (Baustein 1 – Gesundheitliche Versorgung) vermittelt und ein Jahr lang intensiv unterstützt und begleitet. Im Kontext der Forschung werden zwei Interviews geführt: Zuerst mit Sofia Santos (01)[23] in ihrem häuslichen Umfeld (ein Gespräch, das aufgrund von Sprachschwierigkeiten stark limitiert ist) und einige Monate später mit der für sie zuständigen MediA-Mitarbeiterin. Das zweite Interview trägt zum besseren Verständnis der Lebenssituation von Sofia Santos bei und macht darüber hinaus die zeitlich aufwändige Begleitung im Kontext von MediA deutlich.

Abbildung 5: Soziales Netzwerk Sofia Santos



Sofia Santos‘ gesundheitliche Themen im Überblick:

- Epilepsie (seit Mitte 40) und in der Folge Erwerbsunfähigkeit
- rheumatisches Fieber in der Kindheit
- lange Antibiotika-Einnahme
- Herzschädigung & Herzklappen-OPs
- Nierenversagen in der Schwangerschaft
- Hirnorganische Schädigung
- Suizid-Gedanken vor zwei/drei Jahren

Kurzportrait Sofia Santos

Sofia Santos ist zum Interviewzeitpunkt knapp 50 Jahre alt. Sie ist in Südamerika geboren und aufgewachsen. Bereits mit neun Jahren erkrankt sie schwer an rheumatischem Fieber und bekommt viele Jahre Antibiotika – es kommt zu einer massiven Herzschädigung und Problemen mit den „Neuronas“ (Nerven). Ihr Gesundheitszustand stabilisiert sich mit ihrer Volljährigkeit für kurze Zeit. Noch in Südamerika bekommt sie mit ihrem ersten Mann drei Kinder. Als die Kinder noch klein sind, trennen sie sich. Sofia Santos erzählt, dass ihr Mann sie ohne die Kinder nach Deutschland „weggeschickt“ hat. Sie wandert mit Anfang 20 nach Deutschland aus, wo vermutlich bereits ihre ältere Schwester lebt. Sofia Santos verliebt sich in einen Deutschen, sie heiraten und bekommen einige Jahre später ihre Tochter Luisa. Zu diesem Zeitpunkt ist Sofia Santos Anfang 30. Während der Schwangerschaft wird sie erneut schwer krank, ihr Mann muss in dieser Zeit eine Gefängnisstrafe absitzen. Das Baby wird wegen Nierenkomplikationen bei Sofia Santos im sechsten Monat entbunden. Mit Mitte 30 bekommt Sofia Santos die erste künstliche Herzklappe. Als die Tochter noch klein ist, kommt es zur Trennung der Eltern, diesmal bleibt das Kind bei der Mutter. Vor knapp 10 Jahren sind

[23] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Sofia Santos und 02 für MediA-Mitarbeiterin.

Mutter und Tochter nach Stuttgart gezogen. Seit ca. acht Jahren wohnt Sofia Santos in ihrer jetzigen Wohnung in einer großen Hochhaussiedlung, in der es viele Sozialwohnungen gibt.

Sofia Santos berichtet im Interview von „großen [familiären] Problemen“ (01.9), als Luisa 13 Jahre alt wurde. Luisa hat zu dieser Zeit bereits einen Freund, durch den sie mit Drogen in Kontakt kommt und welcher Luisa zum Dealen und Stehlen anstiftet. Aber auch gesundheitlich hat Sofia Santos in dieser Zeit einiges zu bewältigen, sie bekommt mit Mitte 40 zum zweiten Mal eine neue Herzklappe. Anschließend ist sie ständig erschöpft, es kommt zu depressiven Zuständen und Suizidgedanken. Ihr Arzt hatte ihr bereits zuvor mehrmals zu einer stationären Therapie geraten. Diese kann sie allerdings erst an einem absoluten Tiefpunkt annehmen, als sie nach ihrer Herz-OP mit den Schwierigkeiten und der Drogenproblematik von Luisa konfrontiert wird und völlig am Ende ist. Es folgt ein Psychiatrieaufenthalt mit Ende 40, der hart und schwierig für sie ist. Die Klinik beschreibt Sofia Santos als „traurigen Platz“ (01.10). Trotzdem fühlt sie sich dort unterstützt und schöpft neue Kraft. Gesundheitlich manifestiert sich eine organisch bedingte Epilepsie. In dieser Zeit zieht Luisa zur Schwester von Sofia Santos, die in der Nähe wohnt.

Aufgrund der Epilepsie sind Sofia Santos‘ Merk- und damit auch ihre Handlungsfähigkeit massiv beeinträchtigt. Sie kann die Tragweite von Handlungen oder Entscheidungen nicht (mehr) einschätzen. Daher kann sie mit Ende 40 ihrer gerne ausgeübten Arbeit als Küchenhilfe nicht mehr nachgehen. Das Gesundheitsamt nimmt Kontakt zu MediA auf, weil Sofia Santos nach ihrem Tagesklinikaufenthalt umfassend Unterstützung benötigt. Fast zeitgleich wird durch das Gemeindepsychiatrische Zentrum eine gesetzliche Betreuung angeregt. Die offizielle Bestellung einer gesetzlichen Betreuerin dauert allerdings über ein Jahr und gelingt erst durch die Unterstützung von MediA.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Sofia Santos‘ Leben ist praktisch von Kind an durch schwere Erkrankungen geprägt, die sie im Alltag teilweise massiv einschränken, wie z.B. ihre Herzerkrankung. Vermutlich war sie daher schon früh in manchen Dingen auf Unterstützung und Hilfe angewiesen. Sofia Santos vermittelt den Eindruck, dass sie zwischen Autonomiebestrebungen und Hilflosigkeit schwankt, was insbesondere in der Beziehung zu ihrer Schwester sichtbar wird. Auch heute noch übernimmt die ältere Schwester die Verantwortung für Sofia Santos und unterstützt sie, wo sie kann. Auch Luisa ruft beim ersten Epilepsieanfall von Sofia Santos sofort die Tante an (vgl. 01.4). Trotzdem sieht Sofia Santos diese Hilfe und Unterstützung sehr ambivalent. Im Interview betont sie immer wieder, dass sie sich gegen eine Bevormundung durch die Schwester wehrt:

> „weil ich habe ein kleines Problem mit meiner Schwester, […] meine Schwester hat mir so viel geholfen trotzdem brauch ich … mein Leben […] ich weiß, sie hat … nichts falsch machen [wollen], aber ich bin alte Frau – ich brauch keine Mutter (mit Lächeln).“ (01.3)

Gleichzeitig erzählt sie einige Episoden, wie sie sich an ihre Schwester wendet, wenn es Probleme gibt – so z.B. als Sofia Santos eine vierköpfige Familie aus Südamerika, die sie gerade erst kennengelernt hat, aus Gutmütigkeit samt Hund bei sich zu Hause einziehen lässt, bis ihr dies völlig über den Kopf wächst und sie ihre Schwester um Hilfe bittet: „Und dann habe ich zu meiner Schwester gesagt: ‚Kannst du bitte helfen‘!“ (01.4). So berichtet Sofia Santos immer wieder von Situationen, die sie ohne Unterstützung nicht bewältigen kann. Ob diese Hilfsbedürftigkeit ein durchgehendes Lebensthema darstellt oder erst mit der Epilepsie verstärkt auftritt, bleibt offen.

Seit Sofia Santos neun Jahre alt ist, benötigt sie Medikamente, muss Schmerzen, Angst und später lebensnotwendige Herzoperationen erdulden und ist damit schon früh und existenziell von medizinischer Versorgung abhängig. Bereits mit Anfang 20 gründet sie eine Familie, bekommt drei Kinder, lässt allerdings die Hintergründe, warum ihr erster Mann sie einfach „wegschickt“, im Unklaren.

> „Ich musste wollen kommen hier. Weil ich … große Probleme mit meinem Ex-Mann [bekommen habe], hat er mir gesagt ‚du gehst nach Deutschland, bleiben dort, sehen eine neue Mann und eine neue Geschichte' [...] Für mich ist es sehr, sehr schwer, weil er gesagt, er will auf unsere Kinder aufpassen." (01.04)

Ob es ihre Initiative oder die ihres Mannes war, nach Deutschland zu migrieren, bleibt ebenfalls unklar. Auch in der zweiten Partnerschaft hat sie es nicht leicht und beschreibt, wie sie von ihrem zweiten Mann (ihrer „großen Liebe") benutzt und ausgebeutet wird. Sofia Santos formuliert ihre Ambivalenz gegenüber ihrem zweiten Mann so, dass sie ihn sehr geliebt habe und er gleichzeitig eine „große Katastrophe" gewesen sei. Er habe ohne ihr Wissen auf ihren Namen Schulden gemacht (die sie nicht zurückbezahlen kann), war wegen Straftaten im Gefängnis und habe sich nach der Trennung auch heimlich einen Schlüssel von Sofia Santos' Wohnung nachgemacht. Sofia Santos erzählt, die Tochter Luisa könne sich noch an Schläge vom Vater auf den Po erinnern und habe ihn deshalb später nicht mehr sehen wollen, selbst dann nicht, als dieser im Sterben lag.

Im Hinblick auf die angehäuften Schulden ist es wiederum die Schwester, die sich darum kümmert, dass Sofia Santos zur Schuldnerberatung geht. Erfahrungen von Fremdbestimmtheit, aber auch Erfahrungen der Angewiesenheit auf (nachgefragte) Unterstützung bis hin zu Verhaltensmustern ‚erlernter Hilflosigkeit' scheinen den Alltag von Sofia Santos seit langem zu prägen (sind aber aufgrund des begrenzten Materials auch hinsichtlich der darin liegenden Bedeutung geschlechterstereotyper Rollenverständnisse nicht weiter differenzierbar).

Bezogen auf Fragen des Wohnens wird deutlich, dass Sofia Santos eine ganze Anzahl von Orts- und Wohnungswechseln, die sie selbst nicht groß thematisiert, hinter sich hat: darunter ist die Migration von Südamerika nach Deutschland, wo sie zunächst in verschiedenen Städten im Frankfurter Raum lebt, gefolgt vom Umzug in den Großraum Stuttgart und die 2-Zimmer-Wohnung in einem Stuttgarter Hochhausgebiet. Ihre in Deutschland geborene Tochter Luisa zieht als Jugendliche während des Psychiatrieaufenthalts von Sofia Santos zu deren Schwester. Es kommt allerdings vorübergehend zu einer Unterbringung in einer Jugendwohngruppe im Rahmen von Jugendhilfe. Zum Interviewzeitpunkt lebt Luisa wieder bei der Schwester von Sofia Santos – die Hintergründe dieser Wohnortwechsel von Luisa bleiben unklar.

Nach dem jüngsten Psychiatrieaufenthalt von Sofia Santos stellt sich auch für sie selbst die Frage, ob sie ebenfalls zu ihrer Schwester zieht – eine Option, die Sofia Santos aber vehement ablehnt. Sie will selbstständig und selbstbestimmt alleine leben, was sich allerdings – ohne Hilfe von außen – spätestens seit den epileptischen Anfällen als zunehmend schwierig erweist. Sie versäumt es, wichtige angesetzte Termine wahrzunehmen, versteht wichtige Briefe inhaltlich und sprachlich nicht oder reagiert auf Schreiben von Behörden nicht adäquat, was ohne Unterstützung durch MediA eine weitere Destabilisierung ihrer Verhältnisse (z.B. Wohnungsverlust) zur Folge hätte haben können. Bis auf MediA ist Sofia Santos nicht im System der Wohnungsnotfallhilfe angebunden, dafür aber beim Jobcenter, beim Krankenhaussozialdienst sowie beim Gemeindepsychiatrischen Dienst. Schlussendlich bekommt sie eine gesetzliche Betreuung, wodurch das Angebot von MediA obsolet wird.

Auf die Gesundheit bezogen wurde eingangs deutlich, dass Sofia Santos seit ihrer Kindheit behandlungsbedürftige Erkrankungen hat. Sie bekommt mit neun Jahren rheumatisches Fieber und in der Folge eine Herzschädigung sowie hirnorganische Schäden. Sie nimmt – noch in Südamerika – deswegen über fast zehn Jahre durchgehend Antibiotika in einer sehr hohen Dosierung ein. In der Schwangerschaft gibt es Probleme mit einer Niere. Innerhalb der letzten 15 Jahre wurde sie zweimal in Deutschland an den Herzklappen operiert. Sie geht seit Jahren zum Neurologen, auf dessen Rat es dann vor knapp zwei Jahren zum stationären Aufenthalt in der Psychiatrie kommt. Kurz davor hat sie epileptische Anfälle bekommen und seitdem eine hirnorganische Schädigung, die mit Vergesslichkeit

und Orientierungslosigkeit einhergeht. Sofia Santos kennt praktisch kein Leben ohne Krankheit oder Medikamente.

Aktuell wichtige Beziehungen sind für Sofia Santos ihre Kinder und ihre Schwester, die ihr immer wieder hilft, wenn etwas schiefläuft, auf die sie sich verlassen kann, gegenüber der sie sich aber auch abgrenzen muss: „und dann sage ich zu meiner Schwester: ‚nein, ich habe nein gesagt, ich will nicht'" (01.36). Außerdem ist ihre jüngste Tochter für Sofia Santos zentral. Aber auch der Sohn aus Südamerika, den sie seit vielen Jahren nicht gesehen hat und der zum Interviewzeitpunkt zu Besuch ist, unterstützt sie. Im Gegenzug hilft sie ihm und begleitet ihn in Deutschland zum Arzt. Gerne möchte sie auch wieder Kontakt zu ihren beiden älteren Kindern haben, die in Südamerika leben. Sie hat eine gute Freundin, die „Frau aus Honduras", mit der sie kocht, spazieren und schwimmen geht oder mit der sie lustige und schöne Filme anschaut.

Gesundheitshandeln

Für Sofia Santos ist es eine Selbstverständlichkeit, zu Ärzt*innen zu gehen. Aufgrund ihrer verschiedenen Erkrankungen ist sie sowohl beim Hausarzt als auch bei vielen Fachärzt*innen angebunden und geht bei Bedarf ins Krankenhaus oder in die stationäre Psychiatrie. Sie scheint ihr Angewiesensein auf Medikamente und notwendige Behandlungen und Operationen zu akzeptieren. Gerade in den letzten Jahren, als ihr alles zu viel wird – in der Erziehung der Tochter aber auch mit Blick auf ihre Erkrankungen – scheint sich in ihr eine große Trauer und Hilflosigkeit zu entwickeln, die auf eine depressive Episode hindeutet. Sowohl ihr Hausarzt als auch der Neurologe versuchen dennoch ihre Wünsche nach Selbstbestimmtheit zu berücksichtigen. So berichtet Sofia Santos beispielsweise davon, dass ihr Neurologe ihr mehrfach einen Psychiatrieaufenthalt empfohlen habe, aber erst als sie keinen anderen Ausweg mehr sieht, sie darauf eingehen kann:

> „‚Willst du eine Therapie, in einem Krankenhaus, in der Klinik?', habe ich gesagt: ‚JA! Ich bin bereit jetzt'. Weil er hat mir soviel mal gesagt. Weil ich habe gedacht, ich gehe und dann geht meine Tochter zu meiner Schwester und dann habe ich keine Tochter mehr. Und das [ist] so genau so passiert!" (01.9f)

Auch wenn Sofia Santos grundsätzlich Ärzt*innen beschreibt, die ihr zugewandt sind und die sie zu schätzen scheint, ist sie häufig auf sich alleine gestellt und überfordert damit, zum Beispiel beim Facharzttermin zu formulieren, warum sie überhaupt dort ist. Die Fachkraft von MediA schildert eine Situation, in der Sofia Santos anstatt zum niedergelassenen Kardiologen in die Klinik zur Herzuntersuchung geht, was dazu führte, dass sie aufgrund der fehlenden Überweisung die Rechnung dafür selbst begleichen musste.

> MediA-Mitarbeiterin: „Und dann gab es noch das Erlebnis, im Krankenhaus war das, dass sie dort wegen ihrem Herz zu einer Kontrolluntersuchung war, wo sie hätte nicht hingehen sollen, sondern sie hätte zu ihrem niedergelassenen Kardiologen gehen müssen, war aber einfach selbstständig im Krankenhaus und hat dort gesagt, ja, sie hätte eine Überweisung und dann haben die die entsprechende Untersuchung gemacht, aber sie hatte keine Überweisung und das heißt am Ende hat sie die -, ist sie auf den Kosten selber sitzen geblieben. Sie kam dann irgendwann mit der Rechnung […] ja, sie hat es einfach nicht verstanden, hat ‚ja, ja' gesagt und hat irgendwas unterschrieben und dann hatte sie am Ende […] das waren bestimmt irgendwas mit 400-500 Euro also es war schon einiges […] und wir hatten es dann noch irgendwie versucht, dann doch über den Kardiologen zu klären. Wobei dann auch dort rauskam, dass die auch nicht so gut auf sie zu sprechen sind, weil sie teilweise halt Termine hatte, die sie dann auch nicht wahrgenommen hat und die haben gesagt: ‚Nein, nachträglich bekommt sie auf keinen Fall eine Überweisung ins Krankenhaus'." (02.119ff.)

Den Erzählungen von Sofia Santos ist zu entnehmen, dass sie insgesamt sehr dankbar ist, in Deutschland zu leben, ebenso für die medizinische Versorgung:

> „Ich liebe Deutschland sehr – ich wollte nicht mehr nach [Südamerika] zurück – in [Südamerika] alles traurig und hier alles glücklich… ich habe hier mehr Glück. In [Südamerika] sehr viel Unglück.“ (01.32)

Trotz mancher Überforderungen zeigt Sofia Santos auch gesundheitsbezogene Kompetenzen: Ihren Sohn, der aus Südamerika zu Besuch ist (und der ebenfalls bei ihrer Schwester wohnt), begleitet sie beispielsweise zum Arzt wegen seiner schlechtsitzenden Prothese. Darüber hinaus hat Sofia Santos Strategien entwickelt, mit ihren Traurigkeiten umzugehen:

> „Beispiel Traurig-Sein: ich mache mir einen Film [an], glückliche Filme oder lese eine Buch, und denke halt, es war komisch und dann ist langsam besser.“ (01.32)

Begleitung und Unterstützung

In die Unterstützung von Sofia Santos sind neben der Schwester verschiedene Dienste und Stellen involviert. Aufgrund von Sprachschwierigkeiten sowie aufgrund der Folgeprobleme durch ihre Epilepsie bzw. die entsprechenden Medikamente ist Sofia Santos stark eingeschränkt, so dass sie sich nicht mehr so gut selbstverantwortlich um ihre Gesundheit kümmern kann. Dies wird erst nach dem Psychiatrieaufenthalt und dem anschließenden Aufenthalt in der psychiatrischen Tagesklinik offensichtlich. Das Gesundheitsamt geht auf MediA zu, weil Sofia Santos nicht umfassend in der Lage ist, neben den gesundheitlichen auch andere organisatorische Angelegenheiten selbstständig zu regeln und sie dringend Begleitung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Arztbesuche und im Umgang mit den Behörden und Ämtern benötigt.

> MediA-Mitarbeiterin: „Im April 2017 hat sich das Gesundheitsamt bei uns gemeldet, der Sozialdienst chronisch Erkrankter, dass sie die Frau Santos haben und betreuen. Und dann war ich glaub zwei Wochen später, noch im April war ich dann in der PIA in Stuttgart, wo sie gerade war, vorstationär und hab sie dann kennengelernt. Und sie hat, ich weiß noch, sie hat auf mich so den Eindruck gemacht, irgendwie so offen und nett und war irgendwie so ganz begeistert von Allem.“ (02.2)

Bereits während des Tagesklinikaufenthaltes wird eine rechtliche Betreuung für Sofia Santos angeregt, die allerdings erst ungefähr ein Jahr später tatsächlich zu Stande kommt und damit MediA ablöst. In dieser Zeit leistet MediA unglaublich viel an Unterstützung durch Hausbesuche, Begleitungen zu verschiedenen Ärzt*innen sowie durch unzählige Telefonate mit Sofia Santos oder den beteiligten Stellen wie Jobcenter, PIA, Gemeindepsychiatrischer Dienst, Arztpraxen und Gesundheitsamt. Die Media-Mitarbeiterin berichtet zwar, dass zwar häufig eine telefonische Erinnerung an einen vereinbarten Termin ausreiche, damit Sofia Santos diesen wahrnehme. Allerdings stehe sie trotzdem manchmal in einer Praxis und erinnere sich nicht mehr, warum sie dort ist:

> MediA-Mitarbeiterin: „Manchmal wissen sie auch nicht, was sie will, sie kommt dann, dann läuft sie rum, dann meldet sie sich an und irgendwann ist sie wieder verschwunden. Das war so ein bisschen das. Ja, ich glaube, sie weiß manchmal selber nicht, was sie dann an der einen Stelle jetzt sollte.“ (02.16)

Neben der Unterstützung bei der Koordination und Erinnerung an anstehende Arzttermine benötigt Sofia Santos Hilfestellungen bei der Bearbeitung ihrer Post – sprachlich und inhaltlich. Sofia Santos wird gleichzeitig vom Gemeindepsychiatrischen Dienst unterstützt, der ähnliche Aufgaben wie MediA übernimmt und sich gut mit MediA austauscht und abspricht, aber als alleiniger Dienst nicht genug Zeit für die intensive Begleitung aufbringen kann. Zweimal in der Woche kommt darüber hinaus ein Krankenpflegedienst, der nach Sofia Santos ‚schaut‘ und die entsprechenden Medikamente zur

Einnahme vorbereitet. Seit kurzem hat Sofia Santos auch eine rechtliche Betreuerin, welche die meisten Aufgaben von MediA übernommen hat. Schließlich gehört Sofia Santos einer christlichen Gemeinde an, von der sie ebenfalls Hilfe und Unterstützung bekommt.

> Sofia Santos: „Die Leute von der Kirche haben mir sehr geholfen […]. Und dann ist ... die Frau [von MediA] gekommen – ich habe doppelt Hilfe bekommen!“ (01.37)

Aufgrund der stark ausgeprägten Merk- und Erinnerungsunfähigkeit nimmt MediA eine wichtige Brückenfunktion zwischen den verschiedenen Fachärzt*innen und medizinischen Versorgungsstrukturen ein.

Sofia Santos kann die Begleitung und Unterstützung durch MediA gut annehmen und macht an verschiedenen Stellen deutlich, wie es ihr mit Hilfe von MediA gelingt, wieder selbstständiger zu agieren – dabei betont sie immer wieder auch die Freundlichkeit und Geduld im Kontakt:

> „Ich war in die Klinik am Hauptbahnhof – der Arzt hat mir gesagt, ich kann nicht arbeiten, ich hab so viele Gesundprobleme und dann wollen wir sehen, wie kann helfen, so von Papiere und von Telefon machen Termine. Und dann in dieser Zeit hat meine Schwester kennengelernt die Funktion von [MediA] und hat sie angerufen. Und dann ist sie [MediA-Mitarbeiterin] in die Klinik gekommen und alles ok – ich finde es ist eine nette Frau und sehr geholfen mir. Und sie hat so viel Geduld und sie weiß von meinen Problemen. Ich bin raus von der Klinik und dann hab ich angefangen meine Leben alleine.“ (01.1ff.)

Sofia Santos gewinnt Vertrauen in die Unterstützung der MediA-Mitarbeiterin, die sich Zeit und die jeweiligen Probleme ernst nimmt und ihr wieder neuen Mut gibt:

> „ich habe gelernt von ihr, ich kann sehen eine Straße – ohne Problem“ (im Sinne von „den eigenen Weg gehen und meistern können“; 01.23).

Zusammenfassende Interpretation

In der Fallstudie von Sofia Santos zeigen sich deutliche Grenzen vorhandener Regeldienste, was die Begleitung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen betrifft: Obwohl Kliniksozialdienst, Gemeindepsychiatrischer Dienst und Gesundheitsamt involviert sind, kann keiner der Dienste die komplexe Begleitung übernehmen.

Sofia Santos benötigt für ihre Gesundheit neben dem Hausarzt viele verschiedene Fachärzt*innen und andere medizinische Dienste wie den Gemeindepsychiatrischen Dienst oder die Krankenkasse. Das Gesundheitssystem wird in dieser Fallstudie als heterogenes System sichtbar, das eine hohe Eigenverantwortung an Sofia Santos stellt, um die Wege zwischen Hausarzt, Fachärzt*innen, Kliniken, Apotheke, Krankenkasse oder Pflegedienst (vgl. 02.88ff.) zu gehen und alle Informationen an die richtige Stelle zu adressieren. Auf sich alleine gestellt, wäre dies für Sofia Santos nicht zu bewältigen. Es wird außerdem sichtbar, dass eine Hausarztanbindung und eine hohe Compliance alleine nicht immer ausreichen, um die notwendige medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, besonders wenn es sich um aufwändige Abklärungsprozesse mit verschiedenen Stellen handelt.

Sofia Santos hat früh erfahren oder gelernt, von anderen abhängig zu sein – von gesundheitlicher Versorgung, aber auch von Männern, denen sie ein Stück weit Entscheidungen für ihr Leben eingeräumt hat. Auch in Bezug auf ihre Schwester ist eine Abhängigkeit sichtbar. Ihr gegenüber zeigt sich Sofia Santos ambivalent. Bei Problemen ist ihre Schwester immer die erste Ansprechperson, gleichzeitig fordert Sofia Santos für sich Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit ein.

Möglicherweise kann bei Sofia Santos von erlernter Hilflosigkeit, zumindest in Bezug auf ihr Gesundheitshandeln gesprochen werden. Erfolgreich hat sie mehrere Migrationserfahrungen gemeistert und Erziehungsverantwortung für ihre Kinder übernommen. Auch wenn von außen

betrachtet aktuell keines ihrer Kinder kontinuierlich bei ihr aufgewachsen ist, beschreibt Sofia Santos, dass sie die Verbindung aufrecht hält und sich im Rahmen ihrer (stark eingeschränkten) Möglichkeiten um ihre vier Kinder sorgt und zu kümmern versucht. Bis zu ihrer Epilepsieerkrankung hat sie als Küchenhilfe gearbeitet und damit für ihren Lebensunterhalt und den ihrer Tochter gesorgt.

Welche Faktoren tragen zu einer Stärkung von Sofia Santos bei? Sofia Santos kann sich gut auf die professionelle Unterstützung und auf das Angebot von MediA einlassen. Sie fühlt sich mit ihren Problemen gesehen und verstanden. Sie erfährt durch MediA eine Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit und Autonomie. Die persönliche Beziehung zwischen Sofia Santos und der MediA-Mitarbeiterin stellt aus Sicht der Forscherinnen dabei ein zentrales Moment dar und ist begründet auf ein Problem-Verständnis, Zugewandtheit oder die persönliche Begleitung zu Terminen, wodurch Vertrauen entstanden ist und die Unterstützung als tatsächliche Hilfe erlebt wird.

Sofia Santos hat grundsätzlich im Gesundheitssystem in Deutschland sehr gute Erfahrungen gemacht, vor allem wenn sie diese mit der medizinischen Versorgung in ihrem Heimatland vergleicht. Sie ist zutiefst dankbar, hier in Deutschland zu leben. Diese Dankbarkeit relativiert vielleicht manche Hürden oder weniger positive Erfahrungen, die für sie daher möglicherweise insgesamt weniger ins Gewicht fallen.

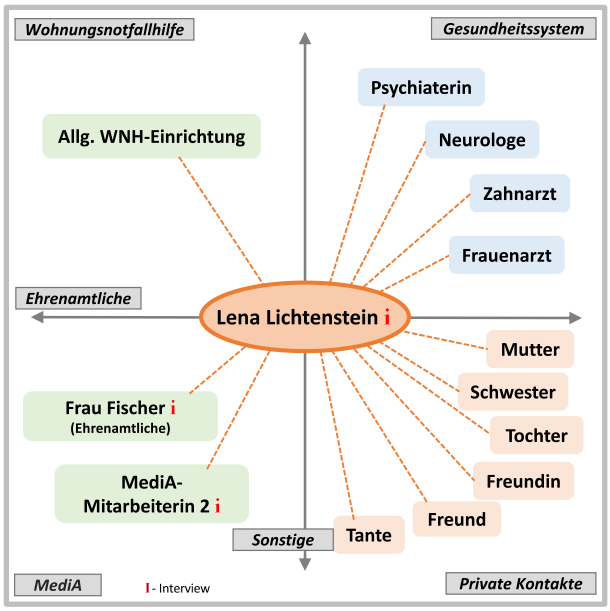
Obwohl Sofia Santos nicht zum anfangs anvisierten Adressat*innenkreis des MediA-Projektes zählte (weil Wohnungsnot kein Thema darstellt), werden in der Fallstudie zentrale Erkenntnisse des Projektes deutlich: Sofia Santos ist zwar prinzipiell ans Gesundheitssystem angebunden, ihre gesundheitliche Versorgung ist allerdings nicht immer gesichert – sie ist im System ‚drin' und ist gleichzeitig gefährdet, ‚herauszufallen'. Das hängt mit ihren vielfältigen gesundheitlichen Problemen zusammen, die es ihr auch erschweren, die komplexen Anforderungen im Gesundheitssystem immer adäquat einzuhalten (Termine zu vereinbaren, einzuhalten, an der richtigen Stelle zu sein etc.), was teilweise erhebliche Folgekosten nach sich zieht.

Im Beispiel von Sofia Santos wird auch deutlich, dass trotz der differenzierten Hilfelandschaft die gängigen Dienste dort an Grenzen der Begleitung stoßen, wo Personen einer sehr zeitintensiven medizinischen Begleitung bedürfen. Hätte MediA diese Leerstelle nicht gefüllt, wären weitere Klinikeinweisungen, versäumte Termine oder Folgekosten aufgrund fehlender Überweisungen – und dadurch ausgelöste Destabilisierungen der Lebenssituation von Sofia Santos – wahrscheinlich gewesen. Das Beispiel zeigt ebenfalls, dass die Begleitung in vielfältiger Weise Professionalität (rechtliches Wissen, Verweisungswissen aber auch interaktive Kompetenz) und einen langen Atem erfordert (und verweist damit wiederum auf die Grenzen ehrenamtlicher Begleitung in komplexen Lebenssituationen). MediA balanciert in diesem Beispiel die Hürden bzw. Risiken aus, die ein hochschwelliges, differenziertes Hilfe- und Gesundheitssystem mit sich bringen kann und die – ohne Hilfe – dazu führen können, dass Menschen aus medizinischer Versorgung herausfallen.

4.5 Lena Lichtenstein: „Die Psychiatrie [muss] besser [werden], dass die da nicht immer gleich fixieren und spritzen“

Lena Lichtenstein ist eine langjährige Besucherin des Frauen-Tagestreffs eines im Projekt beteiligten Trägers und kommt darüber zu MediA (Baustein 2 – Frauengesundheit). Für die Fallstudie wurden in den Jahren 2017/2018 drei Interviews geführt. Als erstes wurde mit Lena Lichtenstein selbst gesprochen (01),[24] nach drei Monaten mit der MediA-Mitarbeiterin des Projektpartners (02), welche Lena Lichtenstein auf verschiedene Art und Weise medizinisch begleitete und kurz darauf mit der Ehrenamtlichen Frau Fischer (03), die einzelne Begleitungen mit Lena Lichtenstein zum Arzt durchgeführt hat. Mit der Multiperspektivität der Fallstudie können so verschiedene Facetten von Begleitung beleuchtet werden, unter anderem die Frage von Möglichkeiten der Begleitung durch Nicht-Professionelle.

Abbildung 6: Soziales Netzwerk Lena Lichtenstein



Lena Lichtensteins gesundheitliche Themen im Überblick:

- Psychische Erkrankung
- Negative Psychiatrie-Erfahrung
- Zahnarztphobie
- Epilepsie
- Inkontinenz

Kurzporträt Lena Lichtenstein

Lena Lichtenstein ist Anfang der 1960er Jahre in Stuttgart geboren und zum Interviewzeitpunkt Mitte 50. Über ihre Kindheit wird in den Interviews nichts erzählt. Lena Lichtenstein hat eine Berufsausbildung im kaufmännischen Bereich abgeschlossen, arbeitet dann aber viele Jahre ungelernt in verschiedenen anderen Bereichen und macht sich schließlich selbstständig. Anfang der 1990er Jahre wird Lena Lichtenstein psychisch schwer krank. Von diesem Zeitpunkt an muss sie immer wieder in die Psychiatrie und erlebt Fixierungen, die sie stark prägen.

Mit 35 Jahren wird sie obdachlos. Drei Wochen lebt sie auf der Straße, dann kommt sie zunächst bei ihrer Schwester, später bei ihrem Freund unter. Nach acht Monaten erhält sie eine Wohnung über die Wohnungsnotfallhilfe. Für viele Jahre wird sie nun durch einen Träger der Wohnungsnotfallhilfe in Stuttgart betreut. Seit ungefähr dieser Zeit fährt sie selbst kein Auto mehr. Mit etwa 40 Jahren sucht sie zum letzten Mal einen Zahnarzt auf. Mit Anfang 40 wird Lena Lichtenstein aufgrund ihrer psychischen Erkrankung frühberentet. Ungefähr zwei Jahre später kommt sie über einen Treff für

[24] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Lena Lichtenstein, 02 für die MediA-Mitarbeiterin und 03 für die Ehrenamtliche Frau Fischer.

psychisch kranke Menschen zum Frauentagestreff der Wohnungsnotfallhilfe. Seit Lena Lichtenstein 45 Jahre alt ist, sucht sie keine gynäkologische Praxis mehr auf. Mit etwa 46 Jahren lebt sie erneut auf der Straße, weil sie glaubt, keine Wohnung zu haben, obwohl sie zu diesem Zeitpunkt über eine Wohnung verfügt. Kurz darauf beginnt eine psychisch stabile Phase, in der sie kontinuierlich über Wohnraum verfügt. Zum Zeitpunkt des Interviews dauert diese stabile Phase bereits acht Jahre an. Lena Lichtenstein nimmt kontinuierlich Medikamente ein und hat vor etwa drei Jahren eine neue Psychiaterin gefunden, bei der sie sich wohl fühlt.

Im Frühjahr 2017 zieht Lena Lichtenstein in einen anderen Stadtteil und wird nun nicht mehr von ihrem bisherigen Träger, bei dem sie sich gut auskennt und viele Angebote nutzt, sondern durch einen anderen freien Träger in Stuttgart betreut. Im selben Jahr beginnt Lena Lichtenstein regelmäßig an der Gesundheitsgruppe von MediA im Frauentagestreff teilzunehmen und sucht aktiv nach Begleitungen durch MediA zur medizinisch angeratenen Führerscheinabgabe und zum Zahnarzt, welche von einer MediA-Mitarbeiterin und einer Ehrenamtlichen durchgeführt werden. Später kommt es außerdem zu einem begleiteten Besuch zum Frauenarzt. Zum Zeitpunkt des Interviews nimmt Lena Lichtenstein viele verschiedene Medikamente wegen unterschiedlicher Erkrankungen ein, u.a. im Kontext der psychischen Erkrankung, der Epilepsie und der Inkontinenz. Lena Lichtenstein erzählt über ihr soziales Netzwerk, bestehend aus Familie und Freund*innen. Mit einer Tante und einer Freundin unternimmt sie regelmäßig etwas. Sie hat eine Tochter, die aber bei Lena Lichtensteins Mutter aufgewachsen ist. Zu ihrer Mutter hat Lena Lichtenstein selbst keinen Kontakt. Sie erwähnt außerdem zwei männliche Freunde – einer davon ist ihr ehemaliger Partner, der ihr aktuell mit der Körperpflege hilft. Lena Lichtenstein arbeitet am Wochenende ehrenamtlich im Treff für psychisch kranke Menschen. Sie lebt in einem Zimmer, das sie selbst bezahlt.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Als zentrales biografisches und zugleich gesundheitliches Thema taucht in den Erzählungen von Lena Lichtenstein ihre chronische psychische Erkrankung auf. Obwohl Lena Lichtenstein neben der psychischen Erkrankung weitere schwerwiegende körperliche Erkrankungen hat, wird deutlich, dass sie beim Thema Gesundheit/Krankheit ausschließlich an die psychische Seite denkt. Im Interview beantwortet sie Fragen zu Gesundheit in Bezug auf ihren psychischen Zustand, der sich seit acht Jahren stabilisiert habe:

> Interviewerin: „Ja, und gibt es sonst noch irgendwas, was sie loswerden wollen zu dem Thema Gesundheit oder einfach so, gibt es da noch irgendwas?“
> Lena Lichtenstein: „Nein, da kommen Sie acht Jahre zu spät. Jetzt geht es mir sehr gut […]. Also ich kann mich wirklich nicht beklagen. Vor acht Jahren, da war das anders, da habe ich Stimmen gehört. […] Da habe ich gedacht, ich sehe manche anderen Leute, die wären hier bei mir, ich sehe, was sie machen und sehe sie auch, aber das war alles nur Einbildung.“ (01.463ff.)

Eher am Rande erwähnt Lena Lichtenstein ihre epileptische Erkrankung, ihre Zahnarztphobie und Schmerzen in den Füßen. Weitere Gesundheitsthemen wie Inkontinenz und Pflegebedarf werden von Lena Lichtenstein im Interview nicht erwähnt, sondern in den Interviews mit der MediA-Mitarbeiterin und der Ehrenamtlichen thematisiert.

Aus der psychischen Erkrankung ergeben sich verschiedene soziale Folgen. Lena Lichtenstein ist der Auffassung, dass sie die Beziehung zu ihrer Mutter in der Lebensphase, in der ihre psychische Erkrankung akut war, beschädigt hat: „Da habe ich meine Mutter verletzt, obwohl sie sich um mich gekümmert hat“ (01.55). Inwiefern ihre Erkrankung auch das Verhältnis zu ihrer eigenen Tochter bestimmt (hat), erwähnt Lena Lichtenstein nicht, auch nicht, dass die Tochter bei Lena Lichtensteins Mutter aufgewachsen ist. Dies wird erst im Interview mit der MediA-Mitarbeiterin deutlich:

> „Ja, das ist-, ich weiß, sie hat eine Tochter, und das weiß ich noch gar nicht so lang (lacht) […] das war in so einem Nebengespräch. Zu der hat sie immer wieder Kontakt, aber ich glaube, […] die Tochter ist nicht bei ihr aufgewachsen, und ich glaube, die Tochter, da geht der Kontakt ziemlich über Geld, fand ich spannend.“ (54ff.)

Den Vater ihrer Tochter erwähnt Lena Lichtenstein nicht, aber auch sonst erzählt sie wenig über die Vergangenheit und Beziehungen zu Männern.

Lena Lichtenstein selbst stellt einen Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Erkrankung und Phasen der Wohnungslosigkeit in ihrem Leben her. Auf die Frage, welche Rolle Gesundheit und Krankheit in ihrem Leben spiele, antwortet sie folgendermaßen:

> „Eine große Rolle. Bis vor acht Jahren war ich schwer krank, und das ist allerdings besser geworden […]. Da habe ich auf der Straße gelebt. […] Obwohl ich eine Wohnung hatte. Ich habe mir eingebildet, ich habe keine Wohnung […] und habe auf der Straße gelebt […] aber vor 20 Jahren habe ich tatsächlich auf der Straße gelebt. […] Da habe ich bei meiner Schwester übernachtet. […] Weil ich keine Wohnung hatte, acht Monate lang …“ (01.23ff.)

Sie unterscheidet im Nachhinein zwischen realer und eingebildeter Wohnungslosigkeit im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung. Eine große Rolle spielen in ihren Erzählungen ihre Erfahrungen in der Psychiatrie – vor allem die erlebten Fixierungen stehen im Vordergrund:

> Lena Lichtenstein: „Im Krankenhaus habe ich sehr schlechte Erfahrungen gehabt. Die haben mich immer wieder fixiert. Wissen Sie, was das ist? […] Da wird man ins Bett gefesselt. […] Die haben mich immer fixiert und haben mich nicht aufs Klo gelassen. Dann habe ich ins Bett gepieselt.“
> Interviewerin: „Oje, also da haben sie keine guten Erfahrungen gemacht, gar nicht und gab es da auch mal bessere Erfahrungen irgendwie in der Psychiatrie oder so?“
> Lena Lichtenstein: „Nein. […] Weil jedes Mal, wenn ich eingeliefert worden bin, bin ich fixiert worden, gleich, wenn ich eingeliefert worden bin. Die haben schon gesehen ‚Ah Frau Lichtenstein kommt, die müssen wir gleich fixieren‘.“
> Interviewerin: „Wirklich?“
> Lena Lichtenstein: „Ja, weil ich immer rumgeschrien habe. […] Haben sie immer gesagt: ‚Warum schreien sie so rum? Jetzt werden sie fixiert‘.“
> Interviewerin: „Oh Gott, das ist ja schrecklich.“
> Lena Lichtenstein: (lacht)
> Interviewerin: „Sie können darüber lachen (lacht).“
> Lena Lichtenstein: „(lacht) Ja, heute kann ich darüber lachen, damals nicht.“ (01.385ff.)

Es wird deutlich, dass Lena Lichtenstein mehrfach negative Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht hat. Ihre psychische Krankheit führt dazu, dass sie immer wieder in Situationen gerät, in denen sie sich als ohnmächtig erlebt. Aus der Psychiatrieerfahrung heraus entwickelt sich bei Lena Lichtenstein Widerstand gegen die Praxis der Fixierungen.

Gesundheitshandeln

Lena Lichtensteins Gesundheitshandeln ist je nach gesundheitlichem Thema unterschiedlich. Zahnärzt*innen und Frauenärzt*innen hat sie vor der Begleitung durch MediA über viele Jahre nicht besucht: „Ich war fünfzehn Jahre lang nicht mehr beim Zahnarzt“ (01.170). Zur Begründung berichtet Lena Lichtenstein:

> Lena Lichtenstein: „[…] Angst vor den Spritzen und vor dem Bohren.“ […]
> Interviewerin: „Ok und hatten Sie dann da mal schlechte Erfahrungen halt früher bei einem Zahnarzt, oder?“

> Lena Lichtenstein: „Ich weiß es nicht. […] Ich habe einfach Angst gehabt zum Zahnarzt zu gehen.“ (01.178ff.)

Diese Angst führt dazu, dass Lena Lichtenstein über lange Zeit aus der zahnärztlichen Versorgung herausfällt. Dennoch hat sich daraus kein allgemeines Muster der Vermeidung von Arztbesuchen entwickelt (nur Zahnversorgung und Gynäkologie). Zu den meisten anderen Fachärzt*innen geht sie schon lange regelmäßig, z.B. zu einer Psychiaterin.

Laut der MediA-Mitarbeiterin hat Lena Lichtenstein eine „hohe Kompetenz für sich selbst zu sorgen“ (02.162). Sie hat Termine im Blick, sucht sich bei Bedarf Unterstützung und übt teilweise auch Kritik an Behandlungsweisen, die ihr nicht gefallen. Lena Lichtenstein präsentiert sich im Interview außerdem als Expertin ihrer Krankheiten, wenn sie beispielsweise der Interviewerin detailliert erklärt, was bei einem Epilepsie-Anfall im Gehirn vor sich geht, und wie die Interviewerin in einem solchen Fall Erste Hilfe leisten müsste. Lena Lichtensteins Gesundheitshandeln hat auch eine politische Dimension: Sie ist in einer Selbstorganisation aktiv und positioniert sich im Interview sehr klar und kritisch gegen Fixierungen in der Psychiatrie:

> Interviewerin: „Okay und wenn Sie sich was wünschen könnten, was soll sich verändern in der Wohnungsnotfallhilfe oder in den Krankenhäusern, in der Psychiatrie, bei den Ärzten? Wenn Sie alles verändern könnten, was würden Sie machen?“
> Lena Lichtenstein: „Die Psychiatrie besser. […] Dass die da nicht immer gleich fixieren und spritzen.“ (01.457ff.)

Im Interview mit der MediA-Mitarbeiterin wird deutlich, dass Lena Lichtenstein mit ihr nicht über diese Fixierungserfahrungen gesprochen hat.

Andererseits nehmen die interviewten Begleitpersonen auch wahr, dass sich Frau Lichtenstein nicht immer traut nachzufragen, eventuell sogar zu viel Vertrauen in Ärzt*innen hat, wie etwa die ehrenamtliche Frau Fischer ausführt:

> „Ja ich glaube, da ist sie leicht zu beeinflussen. Ich glaube, schon, also ich glaube schon, dass Frau Lichtenstein jemand ist, der mehr auf das vertraut, was andere sagen, als auf das, was sie selber sagt.“ (03.187)

Dieses Vertrauen ist ambivalent – es kann von geringem Selbstbewusstsein zeugen und zugleich auch als Ressource gedeutet werden, wie sich in Bezug auf das selbstständige Bewältigen von Arztbesuchen zeigt:

> Interviewerin: „Ok und jetzt schaffen Sie es alleine, wie bekommen Sie das hin? ((lacht))“
> Lena Lichtenstein: „Ich bete halt.“ (137f.)

Lena Lichtenstein nimmt hier Bezug auf ihren Glauben. Dieser helfe ihr dabei, die Zahnarztbesuche allein zu schaffen.

Ein weiterer Aspekt des Gesundheitshandelns ist die Wahrnehmung der MediA-Mitarbeiterin und der Ehrenamtlichen, dass Lena Lichtenstein nicht immer Zugang dazu habe, wenn ihr etwas nicht gut tut. Außerdem wirke sie in Interaktionen teilweise abwesend, wie die Ehrenamtliche erzählt:

> „Manchmal habe ich das, auch das Gefühl, dass sie manche Dinge nicht so richtig aufnehmen kann. Also was heißt, dass sie nicht versteht, verstehen tut sie es schon aber, dass sie manchmal einfach nicht so zu hundert Prozent da ist. Was jetzt wieder an den Medikamenten liegen kann oder ich weiß es nicht. Aber das, das war halt was, was mir insgesamt ein bisschen aufgefallen ist, dass sie halt manchmal vielleicht nicht so, bisschen wie, nicht weggetreten, das wäre zu viel gesagt, aber so ein bisschen, bisschen geistig abwesend [ist] manchmal.“ (03.179)

Lena Lichtenstein thematisiert ihren Körper ausschließlich im Kontext von Krankheit, z.B. wenn sie von ihrer Epilepsie berichtet. Mit Präventionsangeboten wie Yoga kann sie beispielsweise nichts anfangen: „Ich bin nicht so der Yogamensch“ (01.238). Allerdings nimmt sie interessiert und kontinuierlich an der Gesundheitsgruppe des Tagestreff teil – will sich also offensichtlich mit ihrer Gesundheit beschäftigen.

Professionelle Begleitung und Unterstützung

Lena Lichtenstein kommt zum MediA-Projekt, da sie schon viele Jahre an den erwähnten Tagestreff angebunden ist. Vor MediA ist dies aber offensichtlich nicht ein Ort, an dem sie ihre Gesundheit thematisiert. So berichtet sie auch, dass ihre Psychiatrieaufenthalte in der Vergangenheit beim Personal des Tagestreffs stets unbemerkt geblieben sind:

> „[…] als ich schwer krank war hatte ich keine Anlaufstelle. […] Da war ich nur die letzten vier Jahre beim Frauen-Tagestreff, und die haben es aber nicht gemerkt, dass ich im Krankenhaus war. […] Da bin ich dann nach dem Krankenhaus wieder hier hergekommen ganz normal und habe aber auch nicht gesagt, dass ich im Krankenhaus war.“ (01.409ff.)

2017 erfährt Lena Lichtenstein im Frauen-Tagestreff von der MediA-Gesundheitsgruppe, die in der Einrichtung stattfindet, und nimmt daran teil. Sie äußert, dass sie mit einigen Angeboten der Selbsterfahrung und Achtsamkeit nicht so viel anfangen kann, dennoch nimmt sie weiter an der Gruppe teil und äußert Wünsche in Bezug auf die Gestaltung der Gesundheitsgruppe: „[E]ine Ärztin sollte kommen […] ein Frauenarzt und da könnte ich mir vorstellen, dass das auch gut läuft“ (01.244ff.).

Über die Gruppe wiederum erfährt sie vom Angebot, über MediA zu Ärzt*innen begleitet zu werden und nimmt dieses aktiv in Anspruch:

> „Und dann hat sie [die MediA-Mitarbeiterin] gesagt, dass sie auch Begleitung macht. Dann habe ich gefragt, ich muss zum Zahnarzt, ob sie mich begleiten würde, ich habe zwei Löcher drin, mir wäre eine Plombe rausgefallen. […] Aber ich habe Angst vor den Spritzen und so weiter, dann hat sie gemeint, ja sie geht mit, und dann hat sie aber einen Tag vorher gesagt, die Frau Fischer geht mit, sie selber hat Tagestreff-Dienst. […] Und das kann man halt vorher nicht sehen, aber Frau Fischer war ja auch ok.“ (01.210ff.)

So kommt es zur ersten Begleitung, die von einer Ehrenamtlichen des Tagestreffs durchgeführt wird. Für Lena Lichtenstein ist von zentraler Bedeutung, dass sie die Ehrenamtliche schon vor der Begleitung gut kennt: „Sie [MediA-Mitarbeiterin] hat mir auch eine andere Person empfohlen, aber die kannte ich nicht, dann habe ich gesagt, ‚Nein, die möchte ich nicht‘.“ (01.218f.).

Lena Lichtenstein wünscht sich eine Begleitung bis ins Behandlungszimmer und will, dass die Ehrenamtliche komplett bei der Behandlung dabei ist. Zu der Frage, wie das abgelaufen ist, sagt Lena Lichtenstein: „Sie [Frau Fischer] hat sich halt daneben gesetzt und hat mir Mut zugesprochen“ (01.122). Frau Fischer berichtet, dass Frau Lichtenstein dem Zahnarzt gegenüber ihre Ängste selbst angesprochen habe und dieser daraufhin sehr detailliert erklärt habe, was er mache. Aufgrund ihrer Angst vor Schmerzen betäubte der Zahnarzt das Zahnfleisch vor der Spritze mit einer Betäubungscreme. Aus Sicht der Ehrenamtlichen scheint die Arbeit für den Zahnarzt schwierig, da es Lena Lichtenstein schwer fällt, ruhig zu sitzen. Dennoch habe der Arzt viel Geduld und Verständnis gezeigt, was für Lena Lichtenstein wichtig gewesen sei, wie die Ehrenamtliche berichtet:

> „Dann hat sie halt auch immer wieder gezappelt, und das war halt dann für ihn, glaube ich, auch irgendwie ein bisschen schwierig, weil das wenn da auch verrutscht, das ist ja, oder dann ist sie auch einmal, da habe auch, da ist mir auch kurz das Herz stehengeblieben, da ist die so hochgeschreckt plötzlich so aus dem Nichts, und das ist dann schon schwierig, was letztlich das Ganze, die ganze Prozedur hat dann letztlich dazu geführt, dass man diese zwei Löcher, die eigentlich für einen Termin vorgesehen waren, dann auf zwei Termine verteilt

> hat. […] Es hat echt lang gedauert, und dieses eine Loch, was ja normalerweise zwanzig Minuten dauert, und aber der war sehr, der war echt richtig nett, also der hat wirklich, da hat der war gar nicht unfreundlich, überhaupt nicht, er hatte da voll Verständnis dafür und hat sie dann auch nicht irgendwie blöd angemacht oder so, sondern hat gesagt, dass das gar nicht schlimm, und wir machen das ein zweites Mal, damit es nicht zu viel auf einmal wird, und es war dann für sie auch gut.“ (03.103ff.)

Nach mehreren Begleitungen zum Zahnarzt beginnt Frau Lichtenstein, allein zum Zahnarzt zu gehen: Eine Verselbstständigung findet statt.

Ein weiteres Thema, für das Lena Lichtenstein Unterstützung bei MediA sucht, ist eine freiwillige Führerscheinabgabe. Lena Lichtenstein berichtet im Interview, dass ihr aufgrund der Epilepsie medizinisch angeraten wurde, den Führerschein wegen möglicher Selbst- und Fremdgefährdung bei einem Anfall während der Fahrt abzugeben. Sie nutzt Gespräche mit der MediA-Mitarbeiterin zur Abwägung dieser gesundheitsbezogenen Entscheidung. Obwohl Lena Lichtenstein ihren Führerschein seit Jahrzehnten nicht mehr nutzt, ist er für sie laut der MediA-Mitarbeiterin ein „Symbol eigentlich für Freiheit und Unabhängigkeit und Selbstständigkeit“ (02.184), weshalb ihr die Abgabe schwer fällt. Gemeinsam mit der MediA-Mitarbeiterin wägt Lena Lichtenstein die Argumente für und wider die Abgabe ab, entscheidet sich letztlich für die Abgabe und nimmt auch hier eine Begleitung durch die Ehrenamtliche Frau Fischer in Anspruch.

Ein weiteres gesundheitliches Thema der MediA-Unterstützung ist die gynäkologische Versorgung. Lena Lichtenstein berichtet: „Ich habe erst dieses Jahr wieder angefangen zum Frauenarzt […] zu gehen. Die MediA-Mitarbeiterin hat dafür gesorgt“ (01.202f.).

Welche Intervention der MediA-Mitarbeiterin dazu führt, dass Lena Lichtenstein wieder zum Frauenarzt geht, wird weder von Lena Lichtenstein noch von der Mitarbeiterin benannt. Lena Lichtenstein berichtet, dass sie ihren ersten Besuch beim Frauenarzt als positiv erlebt habe, da die Behandlung nicht schmerzhaft war. Die Besuche beim Frauenarzt scheinen zunächst ohne Begleitung stattzufinden. Über das Interview mit der MediA-Mitarbeiterin erfahren wir, dass Lena Lichtenstein unter anderem in Bezug auf Inkontinenz vom Frauenarzt behandelt wird. Der Arzt verschreibt ihr ein Gerät, mit dem sie ihren Beckenboden trainieren soll. Die Mitarbeiterin hinterfragt das Verschreiben des Inkontinenzgeräts, welches Frau Lichtenstein „so unsympathisch“ (02.80) sei, dass sie es nicht benutze. Der Arzt hätte es ihrer Meinung nach unbedacht verschrieben und auch nicht gut erklärt, geschweige denn mit ihr ausprobiert. In diesem Kontext kommt es zu einer Begleitung durch die MediA-Mitarbeiterin zum Frauenarzt. Ob die Initiative hierfür von der Mitarbeiterin oder von Lena Lichtenstein selbst ausgeht, bleibt unklar. Über den begleiteten Besuch berichtet die MediA-Mitarbeiterin:

> „Ich fand ich es echt schwierig, dem Arzt zu folgen. Und das war gut, dass wir zu zweit waren, ich habe wirklich, glaube ich, drei- oder viermal nachgefragt. Ich habe eigentlich gedacht, er wendet es mit ihr zusammen an, dass sie es da einfach schon mal ausprobiert hat. Das hat er nicht gemacht […].“ (02.78f.)

Die MediA-Mitarbeiterin unterstützt Lena Lichtenstein, das Gerät auszuprobieren, empfindet aber diese Situation als grenzwertig bzw. an der Grenze von Intimität und Scham. Lena Lichtenstein selbst berichtet im Interview nicht von der gynäkologischen Begleitung durch MediA.

Der Vergleich zwischen den Interviews mit der MediA-Mitarbeiterin und mit der Ehrenamtlichen zeigt außerdem, dass die persönlichen Grenzen in Bezug auf Intimität völlig verschieden gefüllt sein können: Die MediA-Mitarbeiterin versteht Intimität im Sinne von Nacktheit und körperlicher Intimität, die Ehrenamtliche empfindet eher Gefühlsausbrüche als intim. Die MediA-Mitarbeiterin führt dazu aus:

> „Ach so, also es war klar, dass das die Grenze von Frau Fischer war, also Zahnarzt war für die Frau Fischer total okay […], sie hätte [aber] keine Begleitung gemacht beim Frauenarzt. […] Also das war klar, das geht gar nicht.“ (02.188ff.)

Die Ehrenamtliche selbst sagt in ihrem Interview jedoch: „Also, das wäre mir jetzt auch nicht unangenehm gewesen, mit ihr [Frau Lichtenstein] zum Frauenarzt zu gehen oder so“ (02.221). Vielmehr wird deutlich, dass sie Respekt vor emotionaler Intimität hat und beispielsweise Sorge hätte, wie sie damit umgehen könnte, wenn die Klientin bei der Begleitung zum Arzt eine schwerwiegende Diagnose erhalten würde. Die Ehrenamtliche sagt: „Weil ich glaube [ich], nicht damit umgehen könnte, wenn die Klientin plötzlich in Tränen ausbricht oder so“ (03.203ff.).

Letztlich verwendet Lena Lichtenstein das Inkontinenz-Gerät auch nach der Begleitung und dem Ausprobieren des Geräts nicht, sondern lässt sich Inkontinenz-Tabletten verschreiben. Hierfür besucht sie den Frauenarzt erneut, und zwar alleine und ohne die MediA-Mitarbeiterin darüber zu informieren. Lena Lichtenstein nimmt also wahr, dass sie selbst eine andere Vorstellung von einer guten Lösung des Problems hat als die MediA-Mitarbeiterin selbst und stellt ihren eigenen Weg nicht zur Diskussion. Somit setzt sie sich über die Vorstellungen der Mitarbeiterin hinweg und verfolgt aktiv ihre eigene Bewältigungsstrategie – eine Situation, die beide Beteiligten aushalten. An anderer Stelle kommt Lena Lichtenstein dann wieder auf die MediA-Mitarbeiterin zu.

Aktuell lässt sie sich von MediA bei der Erstellung einer Patientinnenverfügung für den Fall einer erneuten Psychiatrie-Einweisung begleiten. Der Hinweis auf diese Möglichkeit kam von der Selbstorganisation für psychisch kranke Menschen.

Zusammenfassende Interpretation

Lena Lichtenstein fokussiert in ihren Erzählungen die psychische Dimension von Gesundheit und Krankheit. Andere Erkrankungen rücken gegen ihre psychische Erkrankung völlig in den Hintergrund. Dementsprechend versteht sie sich seit ihrer psychischen Stabilisierung vor acht Jahren insgesamt als gesund, obwohl sie beispielsweise Epilepsie hat. Ihre psychische Erkrankung führt nach ihrer eigenen Einschätzung zu starken biografischen Belastungen, z.B. zu einer sehr schwierigen Beziehung zu ihrer Mutter. Inwiefern auch die Beziehung zu ihrer Tochter im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung belastet wird, wird in den Interviews nicht expliziert. Es ist außerdem zu vermuten, dass die erste Wohnungslosigkeit von Lena Lichtenstein im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung steht. Spätere Einschnitte wie das Gefühl von Wohnungslosigkeit entgegen der Realität, oder die negativen Erlebnisse im medizinischen System wie z.B. Ohnmachtserfahrungen im Zuge von Fixierungen scheinen für die psychische Gesundheit eine Art negativen Kreislauf auszulösen.

Weitere Folgen der psychischen Erkrankung lassen sich in der selektiven Wahrnehmung gesundheitlicher Versorgung durch Lena Lichtenstein erkennen. In vielen Bereichen ist sie im medizinischen System angebunden, nur bei Gynäkologie und Zahnmedizin ist sie aus dem System ‚herausgefallen‘. Hier kann ein Zusammenhang mit den Ohnmachtserfahrungen in der Psychiatrie angenommen werden. Gerade Gynäkologie und Zahnmedizin werden in der Trauma-Literatur häufig als schwierige Felder für Patient*innen mit Ohnmachtserfahrungen beschrieben.[25] In diesem Sinne könnte die Ohnmachtserfahrung eine zentrale Hürde zur medizinischen Versorgung für Lena Lichtenstein sein. Eine weitere zentrale Hürde scheint in den Verständigungsmöglichkeiten von Lena Lichtenstein zu liegen. Sowohl die Ehrenamtliche als auch die MediA-Mitarbeiterin sprechen davon, dass Lena Lichtenstein manchmal abwesend wirke und nicht so viel aufnehmen könne. Ein ähnlicher Eindruck ergibt sich auch in der Interviewsituation selbst: Die Kommunikation ist von Abbrüchen und

[25] vgl. Kapitel 5.2 Gender- und Diversitätsaspekte im Gesundheitshandeln und in der Begleitung von Menschen in Wohnungsnot.

Pausen, in denen sie abwesend wirkt, geprägt. Möglicherweise ist die Form der Interaktion auch von den vielen starken Medikamenten mitbestimmt, die Lena Lichtenstein einnimmt.

In der Bewältigung der Ohnmachtserfahrungen im medizinischen System zeigt Lena Lichtenstein zugleich auch subjektive Ressourcen, indem sie Widerstand leistet und sich für Veränderungen einsetzt. So ist ein zentrales Thema des Interviews ihre Forderung nach einem Ende von Fixierungen in der Psychiatrie. Interessant ist, dass sie im Rahmen von MediA nicht über die negativen Psychiatrie-Erfahrungen spricht. Die Selbsthilfeorganisation für psychisch kranke Menschen scheint die passende Anlaufstelle für Lena Lichtenstein bei diesem Thema zu sein. In Lena Lichtensteins Aktivität in dieser Selbsthilfeorganisation zeigt sich eine Form von Selbstermächtigung: Sie wird ehrenamtlich aktiv für sich und andere. Auch verfügt Lena Lichtenstein über ein soziales Netzwerk, mit dem sie einige Gesundheitsthemen – bis auf die psychische Erkrankung – gut besprechen kann.

Eine weitere Ressource von Lena Lichtenstein besteht darin, sich in Bereichen, in denen ihr das Gesundheitshandeln schwerfällt, Unterstützung zu suchen. Bei MediA nutzt sie die Gespräche mit der Mitarbeiterin für gesundheitsbezogene Entscheidungsprozesse. Außerdem nutzt sie Begleitungen zu Fachärzt*innen, bei denen ihr die Besuche schwerfallen sowie die Gesundheitsgruppe. Auch ihre Fähigkeit zu biografischer Reflexion ist als Ressource zu sehen, mit der sie gewisse Ereignisse und deren Auswirkungen einordnen kann. Allerdings ist ihre positive Selbstüberzeugung von Gesund-Sein in der Wahrnehmung der Professionellen noch keineswegs ein stabiler Zustand und bedarf der weiteren Begleitung.

MediA ist ein sehr gut passendes Projekt für Lena Lichtenstein mit ihrem überwiegend aktiven Gesundheitshandeln in Kombination mit der Bereitschaft und Fähigkeit, Unterstützung anzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass Lena Lichtenstein die Fähigkeit zu Vertrauen bzw. ihren religiösen Glauben als Ressource mitbringt, die sie im Zuge der Verselbstständigung aktiviert. Lena Lichtenstein nutzt MediA selektiv und selbstbestimmt. Deutlich wird, wie Professionelle die eigenen Bewertungen und Erwartungen an die Klient*innen reflektieren müssen. Beim Besuch des Gynäkologen gab es offensichtlich die Einschätzung eines Begleitungsbedarfs aus den empathisch gemeinten Setzungen der MediA-Mitarbeiterin und nicht aus Bedürfnissen von Lena Lichtenstein selbst. Dass diese Erfahrung beidseitig die Betreuungsbeziehung nicht nachhaltig behindert, zeugt wiederum von der Bewältigungsfähigkeit beider Beteiligten.

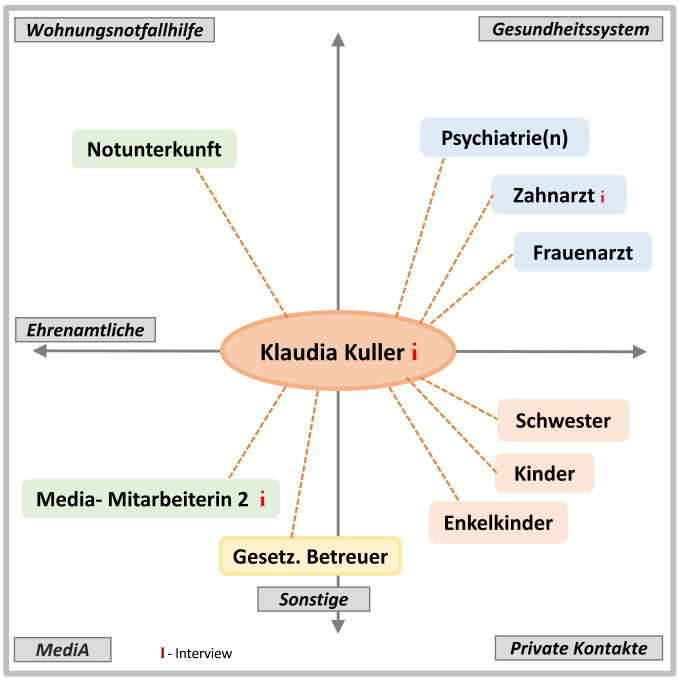
Auch die Themen Intimität, Scham und Grenzverletzungen gilt es – nicht nur in der Interaktion zwischen Ärzt*in und Patient*in – in der Begleitung zu reflektieren. Es ist wichtig, dass die Professionellen und Ehrenamtlichen die eigenen Grenzen und diejenigen der Klient*in wahrnehmen, reflektieren und so sicherstellen, dass in der Begleitung selbst keine Grenzverletzungen passieren.

In der Fallstudie von Lena Lichtenstein werden viele für die Forschung relevante Aspekte deutlich: die Verwobenheit von psychischer Erkrankung und Wohnungsnot, die ambivalenten Erfahrungen im Gesundheitswesen zwischen Ohnmacht und erfahrener Unterstützung, die Gleichzeitigkeit von Hürden und Zugängen zum medizinischen Versorgungssystem und damit die Gleichzeitigkeit von ‚Drinnen'- und ‚Draußen'-Sein. In Bezug auf medizinische Begleitung zeigt sich, dass ehrenamtliche Begleitung hilfreich sein kann, aber Beziehungsarbeit voraussetzt. Zugleich werden in der Fallstudie Schwierigkeiten und Grenzen der Begleitung deutlich, insbesondere in Bezug auf das Thema Scham und Grenzüberschreitungen. Obwohl Lena Lichtenstein auch in der Vergangenheit in verschiedene Unterstützungsangebote integriert war, blieb die Gesundheitsperspektive lange Jahre Nebensache. Für Lena Lichtenstein stellt damit das gesundheitsbezogene Begleitungsangebot (MediA) die Form der Hilfe dar, die sie braucht, um neue Zugänge zu finden und die sie annehmen kann. Die Fallstudie Lena Lichtenstein zeigt eine ‚idealtypische' Nutzung von MediA mit Begleitungen zu Fachärzt*innen und anschließender Verselbstständigung.

4.6 Klaudia Kuller: „Wenn ich zu lange warten muss, dann stehe ich auf und gehe“

Klaudia Kuller kommt über eine Mitarbeiterin einer Notunterkunft zum MediA-Projekt (Baustein 2 – Frauengesundheit), das bei einem Träger angesiedelt ist, der ausschließlich mit Frauen arbeitet. Für diese Fallstudie wurden drei Interviews innerhalb eines halben Jahres geführt: Zunächst mit Klaudia Kuller selbst (01),[26] dann vier Monate später mit Klaudia Kullers Zahnarzt (02), der zu diesem Zeitpunkt eine umfangreiche, von MediA begleitete Zahnbehandlung durchführt und nochmal zwei Monate später mit der MediA-Mitarbeiterin (03), welche Klaudia Kuller begleitet.

Abbildung 7: Soziales Netzwerk Klaudia Kuller



Klaudia Kullers gesundheitliche Themen im Überblick:

- Zahnverfall
- Zahnarztphobie
- Hüftbeschwerden
- Alkoholkonsum
- Untergewicht
- (Negative) Psychiatrieerfahrung
- Onkologische Erkrankung

Kurzporträt Klaudia Kuller

Klaudia Kuller wird Anfang der 1960er Jahre geboren. Sie hat mehrere Geschwister, darunter eine Schwester, die ihr nahe steht. Laut der MediA-Mitarbeiterin gab es Missbrauch in der Familie. Von Klaudia Kuller wird dies nicht erwähnt. Nach dem Tod der Mutter werden die weiblichen Kinder im Heim untergebracht. Im Heim macht Klaudia Kuller eine Hauswirtschaftsausbildung. Mit 17 Jahren hat sie bereits eine eigene Wohnung und arbeitet als Kfz-Mechanikerin. Mitte zwanzig hat sie ein einprägsames negatives Erlebnis beim Zahnarzt, bei dem sie starke Schmerzen hat und der Arzt nicht auf sie eingeht. Ab diesem Zeitpunkt begibt sich Klaudia Kuller für mehrere Jahrzehnte nicht mehr in zahnärztliche Behandlung. Etwa zur gleichen Zeit bekommt Klaudia Kuller Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert. Der Frauenarzt, der sie operiert, ist zum Zeitpunkt des Interviews noch immer ihr Arzt. Ende zwanzig, Anfang dreißig bekommt sie zwei Kinder, die sie bei eben diesem Arzt entbindet. Als die Kinder noch klein sind, kommt es zur Trennung vom Vater der Kinder. Die Kinder wachsen daraufhin beim Vater auf. Die Gründe werden in den Interviews nicht benannt.

Mit etwa 40 Jahren hat Klaudia Kuller einen neuen Partner, mit dem eine langjährige Beziehung entsteht. Etwa zwei Jahre später muss sie in Frührente gehen, da sie als schwer vermittelbar gilt. Als

[26] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Klaudia Kuller, 02 für den Zahnarzt und 03 für die MediA-Mitarbeiterin.

Klaudia Kuller 50 Jahre alt ist, verstirbt ihr Partner an Krebs. Da im Mietvertrag für die gemeinsame Wohnung nur der Partner eingetragen ist und sie zum Zeitpunkt der Wohnungsauflösung im Krankenhaus ist, verliert sie die Wohnung und ihre Habseligkeiten. Sie landet in einer Notunterkunft. Ab diesem Zeitpunkt besteht ihr Leben aus einem Wechsel zwischen Notunterkünften, Sozialhotels und Psychiatrien.

Klaudia Kuller deutet in Bezug auf das vergangene Jahr ein „schlechtes Erlebnis“ (01.497) an, welches sie im Interview nicht näher ausführt. Positiv erlebt sie ihre aktuelle Unterbringung in der Notunterkunft Z., in der sie sich wohl und sicher fühlt und wo sie gerne bleiben möchte. Von dort wird sie zu MediA begleitet, da sie eine umfassende Zahnbehandlung vornehmen möchte. Nach dem ersten Kontakt beginnt unter Begleitung einer MediA-Mitarbeiterin recht schnell die umfangreiche Zahnbehandlung mit vielen Terminen. Klaudia Kuller berichtet außerdem von starken Hüftbeschwerden, hat aber Angst vor einer Operation. Zum Zeitpunkt des Interviews hat Klaudia Kuller mit ihren Kindern und dem Enkelkind Kontakt, mit ihrer Schwester sogar täglich. Sie hat außerdem einen gesetzlichen Betreuer.

Aus dem Interview mit der MediA-Mitarbeiterin erfahren wir zwei Monate später, dass Klaudia Kuller kurz nach dem Interview einen schweren sexualisierten Übergriff erlebt hat, nach welchem sie gynäkologisch behandelt werden musste. Klaudia Kullers Alkoholproblematik verschärft sich. Kurz darauf muss sie aus der Notübernachtung aus- und in ein Sozialhotel einziehen. Dort soll sie eine Entgiftung machen, der sie sich jedoch entzieht. Die MediA-Mitarbeiterin organisiert ihr einen Platz in der Psychiatrie C., in der Klaudia Kuller schon viele Male gewesen ist. Mit dieser Unterbringung ist sie einverstanden. Kurz darauf verstirbt Klaudia Kullers Schwester an Krebs. Noch bevor Klaudia Kuller den Platz in der Psychiatrie C. antreten kann, wird sie gesetzlich in der Psychiatrie F. untergebracht, in die sie aufgrund von schlechten Erfahrungen auf keinen Fall wollte. Nachdem die MediA-Mitarbeiterin mit dem Sozialdienst dort Kontakt aufgenommen hat, führt dieser die Zahnarztbegleitungen weiter fort.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Klaudia Kuller macht laut der MediA-Mitarbeiterin in dem Heim, in dem sie aufwächst, zunächst eine Hauswirtschaftsausbildung. Danach entscheidet sie sich für die Arbeit als Kfz-Mechanikerin. Sie fühlt sich wohl in diesem Arbeitsbereich und erzählt im Interview: „Ja ich habe ein Männergeschäft gehabt. […] Hat mir Spaß gemacht“ (01.605). Die MediA-Mitarbeiterin hat den Eindruck, dass Klaudia Kuller „richtig stolz“ (03.300) auf diese Zeit ist: „Da hat sie, war sie, glaube ich, eigenständig, selbstständig und hat Geld verdient, also konnte gut für sich sorgen“ (03.300). Dieser Beruf erfüllt Klaudia Kuller mit Freude und Stolz, bricht aber weg, als sie in ihren 40ern berentet wird, weil sie als schwer vermittelbar gilt.

Negative Lebensereignisse deutet Klaudia Kuller im Interview überwiegend nur an. Explizit spricht sie lediglich über den Tod ihres langjährigen Partners: Die Zeit mit ihm sieht sie als einen Höhepunkt in ihrem Leben, umso tragischer war sein Tod. Den damit in Zusammenhang stehenden Wohnungsverlust thematisiert sie im Interview nicht. Erst über das Interview mit der MediA-Mitarbeiterin wird sichtbar, dass Klaudia Kuller wohnungslos wird, als der Partner verstirbt, weil sie nicht im Mietvertrag steht und außerdem zur Zeit der Räumung im Krankenhaus ist.

Für Klaudia Kuller sind in Bezug auf das Thema Wohnen Sicherheit und ein geschützter Raum wichtig. Über die Notunterkunft, zu der sie zum Zeitpunkt ihres Interviews lebt, sagt sie:

> „Das ist wie mein Zuhause. […] Muss ich ehrlich sagen. Ich bin hier geschützt […] Ich habe letztes Jahr ein schlechtes Er- Erlebnis gehabt ((atmet ein)).“ (01.493)

Das Bedürfnis nach Sicherheit beim Thema Wohnen bringt Klaudia Kuller hier in Zusammenhang mit einem negativen Erlebnis, das sie nicht näher beschreibt. Obwohl eine Notunterkunft kein auf Dauer

angelegter Wohnort mit Rückzugsmöglichkeiten ist, und sie alle zwei Wochen einen neuen Berechtigungsschein beantragen muss, fühlt sie sich dort sicher.

Weitere schwierige Themen im Leben von Klaudia Kuller werden im Interview mit der MediA-Mitarbeiterin angesprochen: Der Missbrauch in der Herkunftsfamilie sowie Klaudia Kullers Trennung vom Vater der eigenen Kinder und das Aufwachsen der Kinder beim Vater. Über diese Themen spricht Klaudia Kuller im Interview nicht. Die MediA-Mitarbeiterin vermutet eine große Kränkung bei Klaudia Kuller im Zusammenhang damit, dass ihre Kinder nicht bei ihr aufwachsen konnten. Im Interview spricht Klaudia Kuller wiederum sehr freudig und positiv über den zu diesem Zeitpunkt bestehenden Kontakt zu ihren Kindern und dem Enkelkind.

Die MediA-Mitarbeiterin berichtet über die schwierigen Ereignisse, die im Sommer nach dem Interview erfolgten: Einem massiven sexualisierten Übergriff auf Klaudia Kuller folgt die Aufforderung, aus der Notunterkunft auszuziehen, welche für Klaudia Kuller Sicherheit symbolisiert. Mit dem Tod ihrer Schwester verliert Klaudia Kuller außerdem zum zweiten Mal – nach dem Tod des Partners fünf Jahre zuvor – ihre wichtigste Bezugsperson. Ein Abwärtsstrudel setzt ein, Klaudia Kuller konsumiert verstärkt Alkohol und wird letztlich gesetzlich untergebracht – in genau der Psychiatrie, in die sie nie wieder gehen wollte. Die MediA-Mitarbeiterin führt aus: „[D]as Krankenhaus, in dem sie jetzt untergebracht ist, war klares No Go, dass sie da nicht mehr hingeht“ (03.217).

Klaudia Kuller hat insgesamt – auch vor diesen Ereignissen– einen sehr belasteten Gesundheitszustand mit mehreren schweren physischen und psychischen Erkrankungen. Sie spricht über die meisten Krankheits- und Körperthemen wie Krebs, Hüftbeschwerden, Zahnverfall; nicht aber über Übergriffe und ihren Alkoholkonsum. Die MediA-Mitarbeiterin berichtet, dass sie Klaudia Kuller auf den Alkoholkonsum angesprochen habe, dass diese aber deutlich gemacht habe, dass sie über dieses Thema nicht sprechen möchte und hierzu keine Begleitung wünscht. Sowohl der MediA-Mitarbeiterin als auch dem Zahnarzt ist der Alkoholkonsum von Klaudia Kuller bewusst, da beide sie mehrfach alkoholisiert erlebt haben. Darüber hinaus sehen die beiden Klaudia Kullers Zähne als ihr zentrales, offensichtliches Gesundheitsthema, zumal sie kaum noch gesunde Zähne im Mund hat.

Gesundheitshandeln

Klaudia Kuller zeigt je nach Thema/Erkrankung ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten. Grundsätzlich kümmert sie sich um die verschiedenen Erkrankungen und ist überwiegend im Regelsystem integriert. Die Unterschiede im Gesundheitsverhalten lassen sich besonders deutlich beim Vergleich zwischen gynäkologischer und zahnmedizinischer Versorgung beleuchten: Termine beim Gynäkologen nimmt Klaudia Kuller seit Jahrzehnten regelmäßig wahr, wohingegen sie vor der Begleitung durch MediA dem Zahnarzt mehrere Jahrzehnte fern geblieben ist. Dieses unterschiedliche Gesundheitsverhalten scheint u.a. mit Erlebnissen im medizinischen System der jeweiligen Fachbereiche in Zusammenhang zu stehen. Die gynäkologische Versorgung von Klaudia Kuller macht seit vielen Jahrzehnten derselbe Arzt: Bei ihm hat Klaudia Kuller bereits ihre Kinder entbunden. Auch ihr Gebärmutterhalskrebs wurde von ihm behandelt. Hier besteht eine hohe Kontinuität und Vertrauen auch über biografische Einschnitte wie Trennung, Sorgerechtsentzug und Wohnungsverlust hinaus. Klaudia Kuller spricht von ihm als „mein Vertrauensarzt“ (01.250). Seit der Gebärmutterhalserkrankung geht sie regelmäßig zur Nachsorge, weil sie die Wichtigkeit darin sieht:

> „[W]enn ich zum Arzt muss, gehe ich schon zum Arzt. [...] Ja, auf jeden Fall. Und vor allen Dingen zum Frauenarzt, auf jeden Fall [ja]. Muss ich schon machen.“ (01.296ff.)

Beim Zahnarzt hingegen hat Klaudia Kuller mit Mitte zwanzig ein so negatives Erlebnis, dass sie flüchtet und ihre Zähne mehrere Jahrzehnte lang verfallen lässt. In den Erzählungen wird nicht klar, was genau passiert ist, auf jeden Fall hat Klaudia Kuller während dieses Zahnarztbesuches starke Schmerzen und

erlebt den Zahnarzt als nicht achtsam. Offen bleibt, ob diese Erfahrung andere Erinnerungen – möglicherweise Ohnmachtserfahrungen – triggert. Über die Begleitung durch MediA schafft es Klaudia Kuller, ihre Ausweichstrategie in Bezug auf Zahngesundheit zu überwinden. Über die Motivation für die Zahnbehandlung sagt Klaudia Kuller, dass sie es den Kindern zuliebe mache (01.124): „Ist ja meinem Enkel ein Schock, wenn jetzt die Oma […], wenn er so Oma sieht. Das muss ja nicht sein." (01.138)

In Bezug auf ihre Hüfte weiß Klaudia Kuller, dass sie operiert werden müsste, kann sich aber nicht darauf einlassen, weil sie Angst vor der OP hat. Sie sucht alternative Bewältigungsstrategien für ihre Schmerzen:

> „Ich könnte vielleicht, wenn… müsste ich normalerweise mich operieren lassen, aber ich mach das nicht. Ich komme gut zurecht. Ich bin sehr schlank, ich habe nicht so viel Gewicht. Und außerdem habe ich Schiss. […] Ich habe immer Angst, dass ich nicht mehr aufwache. Und dann denke ich immer ‚Nee, ich lasse mich nicht operieren!' Neenee, das ist mir egal." (01.629ff.)

Klaudia Kuller beendet das Thema im Interview schließlich mit den Worten: „Ich weiß schon, wie ich das machen muss" (01.637) und macht damit klar, dass ihre Entscheidung fest steht.

Der Alkoholkonsum ist schließlich das gesundheitliche Thema, das sich von allen anderen abhebt. Klaudia Kuller begibt sich nicht in medizinische oder sozialpädagogische Beratung zu diesem Thema, scheint ihn dementsprechend nicht als Gesundheitsproblem zu betrachten, das sie verändern möchte oder kann. Der Alkoholkonsum scheint in direktem Zusammenhang zur Erfahrung sexualisierter Gewalt zu stehen: Nach einem brutalen sexualisierten Übergriff steigt Klaudia Kullers Alkoholkonsum massiv an. Gleichzeitig bleibt der Konsum nicht die einzige Bewältigungsstrategie: Sie sucht sich auch Unterstützung bei der zentralen Frauenberatungsstelle und der MediA-Mitarbeiterin. Auf die Entgiftungsanforderung durch das Sozialhotel reagiert sie kreativ: Sie lässt sich stattdessen wegen Untergewicht in eine allgemeine Klinik einweisen.

Insgesamt zeigen alle drei Perspektiven der Fallstudie ein recht übereinstimmendes Bild in Bezug auf Klaudia Kullers Zuverlässigkeit im Gesundheitshandeln: Klaudia Kuller nimmt die Mehrheit der Termine wahr und sagt ansonsten zuverlässig ab. Sie selbst sagt dazu:

> „Bis jetzt habe ich alle Termine eingehalten. […] Außer letztes Mal. Da ging mir es echt nicht gut. Weil ich kenne meinen Körper." (01.352f.)

Professionelle Begleitung und Unterstützung

Für Klaudia Kuller bestehen zahlreiche Hürden beim Zugang zur Zahnmedizin: Es fällt ihr schwer, sich überhaupt einen Zahnarzt auszusuchen und dort allein hinzugehen. Sie hat Angst, dass ihre Zahnphobie nicht ausreichend ernst genommen werden und stattdessen wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund stehen könnten:

> „Weil die [MediA-Mitarbeiterin] hat auch angerufen [beim Zahnarzt], weil ich ja Zahnphobie habe, wie die Sau. Weil ich ja schlechte Erfahrungen gemacht habe." (01.92)

Aus Sicht des befragten Zahnarztes besteht die zentrale Hürde bei der Behandlung von Angstpatient*innen wie Klaudia Kuller tatsächlich im Ökonomischen. Dadurch, dass viele kurze Behandlungen nötig sind und Termine häufig verschoben werden müssen, würden sich viele Kolleg*innen darauf nicht einlassen.

Aus der Sicht der MediA-Mitarbeiterin ergeben sich zusätzliche Hürden beim Zugang zum medizinischen Regelsystem dadurch, dass Klaudia Kuller häufig Termine absagt, alkoholisiert zu Terminen erscheint, nicht gut warten kann und teilweise verbal aggressiv ist, was nicht alle Ärzt*innen tolerieren. Darüber hinaus eckt Klaudia Kuller aus Sicht der MediA-Mitarbeiterin möglicherweise mit

ihrem äußeren Erscheinungsbild an, das nicht den geschlechter- und altersbezogenen Normen entspräche:

> „Dass… sie auf ihre Art auf ihre sehr persönliche, sehr spezielle Art gepflegt war, aber trotzdem sich manche Leute durchaus daran stoßen konnten, wie sie sich kleidet. […] Ah also, es ist es ist einfach also ein Lieblingsoutfit, also Frau Kuller ist, glaub' ich, fast 60, ja ich glaube so, Frau Kuller ist fast 60, ist ja so eine Kleine, ganz Schmale. Ein Lieblingsoutfit sind Jeans, Shorts, also wirklich so knapp den Po bedeckend, Stiefeletten, schwarze Strumpfhosen, fünf oder sechs Perlenarmbänder, aber ums Fußgelenk oder um die Wade, freizügige Ausschnitte, genau immer eigentlich Lippenstift, das finde ich cool. ((lacht)) Also ich finde, sie legt auf ihre Art sehr viel Wert auf ihr Äußeres, aber bewegt sich nicht, so haarscharf neben der Norm, also ich würde so sagen." (03.109ff.)

Klaudia Kuller stellt sich selbst als nicht „wartezimmertauglich" dar, vor allem, was die Wartezeiten anbelangt. Sie wird leicht ungeduldig, was sich dann auch in verbaler Aggressivität ausdrückt:

> „Ich habe keine Geduld. Auch wenn ich zum Arzt gehe, furchtbar. Wenn ich zu lange warten muss, dann stehe ich auf und gehe." (01.184)

> „Wenn ich, sag ich mal so, wenn ich rumschreie oder wenn ich sage: ‚Wie sieht es jetzt aus, bin ich jetzt bald dran, das ist ja furchtbar!' und so, und das dann… die merken das halt schon, dass ich ungeduldig werde." (01.212f.)

Gleichzeitig scheint sie eine Offenheit anderen Menschen gegenüber zu haben, die im Wartezimmer auch hilfreich sein kann, wie die MediA-Mitarbeiterin schildert:

> „Also ich war mal mit ihr in, in einer Frauenarztpraxis in Stuttgart Halbhöhenlage, wo eher, denke ich, eher Privatpatienten in dem Zimmer waren. Und die Patientinnen, die nicht… nicht Privatpatientinnen waren, auf jeden Fall an der Kleidung nach zu schließen, aus dem anderen Umfeld kamen jetzt wie die Frau Kuller, und die Frau Kuller saß da und hat Konversation gemacht. Also die hat Konversation gemacht, und dann war eine Frau mit einem Baby da, und dann hat die Frau Kuller da einfach das Gespräch gesucht und überhaupt. Und wir kamen, und es gab wirklich Blicke, als wir gekommen sind, und dann hat die Frau Kuller bei was Hilfe benötigt, und sofort war dann jemand von den anderen Patientinnen da und hat ihr was gezeigt […]. Und das fand ich ganz spannend, weil sie [Frau Kuller] einfach so redet, wie sie redet. Und weil sie Menschen einfach sehr direkt anspricht und damit, glaube ich, so ein bisschen angeeckt ist, aber sich gleichzeitig auch genau damit Sympathien erworben hat in relativ kurzer Zeit. So viel zu Wartezimmertauglichkeit, also sie ist da aufgefallen und sie hat sich da gut behauptet so, also das fand ich ziemlich eindrücklich." (03.121ff.)

Klaudia Kuller erfährt professionelle Begleitung und Unterstützung durch die zentrale Frauenberatung, die Sozialpädagog*innen der Notunterkunft und durch MediA. Außerdem hat sie einen gesetzlichen Betreuer, der jedoch nur im Interview mit der MediA-Mitarbeiterin kurz erwähnt wird, von Klaudia Kuller selbst nicht. Es bleibt unklar, wie lange und aus welchen Gründen die gesetzliche Betreuung besteht.

Als Klaudia Kuller in der Notunterkunft den MediA-Flyer erhält, möchte sie das Begleitungsangebot nutzen, um ihre Zahnbehandlung in Angriff zu nehmen. Sie berichtet im Interview davon:

> „Ja jetzt wo ich in der Notunterkunft Z. wohne, das sind ja auch Sozialdienste und die haben ja auch so Flyer gegeben und so, und dann habe ich gelesen ‚Oh, da täte ja jemand mitgehen', wenn man zum Beispiel zum Arzt muss oder zum Zahnarzt muss und so." (01.314f.)

Daraufhin wird Klaudia Kuller vom Sozialdienst der Notunterkunft, der personelle Überschneidungen mit MediA hat, zur MediA-Mitarbeiterin des Bausteins 2 (Frauengesundheit), der in einem Tagestreff für Frauen angesiedelt ist, begleitet. Aus den verschiedenen Interviews zeigt sich, dass Klaudia Kuller bei MediA eine umfassende Form von gesundheitlicher Begleitung erfährt: Die MediA-Mitarbeiterin bietet ihr verschiedene Möglichkeiten an, und gemeinsam schauen sie, was für Klaudia Kuller passt. In Vorgesprächen wird geklärt, warum sie Angst vor Zahnbehandlungen hat und welche Motivation aktuell besteht, die Behandlung durchzuführen. Verschiedene Formen der möglichen Begleitung werden erörtert: Von der Zahnarztsuche und der Terminvereinbarung über Ins-Wartezimmer-Begleiten bis hin zu Ins-Behandlungszimmer-Begleiten, Hand halten und aufpassen, dass der Arzt nur das macht, was für Klaudia Kuller in Ordnung ist. Die MediA-Mitarbeiterin fragt ab, welche Begleitungsstufen Klaudia Kuller sich wünscht. Gleichzeitig besteht eine Offenheit für situative Veränderungen der Bedürfnisse von Klaudia Kuller. Dieser Prozess führt schließlich zu Vorabsprachen mit dem Zahnarzt und konkreten Begleitungen, welche die MediA-Mitarbeiterin folgendermaßen beschreibt:

> „…und ich bin halt auch zum Zahnarzt und habe gesagt, das und das hab ich mit der Frau Kuller besprochen, ich muss im Behandlungszimmer sein, ich muss so sitzen, dass ich sie einfach berühren kann. Und so ging das gut, genau. […] Wir haben das im… also es war, glaube ich, für uns beide klar, wenn er sich darauf nicht einlässt gehen wir wieder“ (03.71ff.)

Die Schilderung der MediA-Mitarbeiterin zeigt einen hohen Grad an Einlassung auf die Bedürfnisse ihrer Klientin. Diese Begleitung zum Zahnarzt führt zu positiven Erlebnissen für Klaudia Kuller. Die MediA-Mitarbeiterin wählt einen Zahnarzt aus, der bereits andere Klientinnen der Wohnungsnotfallhilfe behandelt und der sogar bei der Einrichtung vorbeikommt, als diese ihre Termine nicht mehr wahrnehmen: „Also sehr außer… sehr außergewöhnlich“ (03.57), so die Einschätzung der MediA-Mitarbeiterin. Klaudia Kuller kommt sehr gut mit ihm zurecht, bezeichnet ihn als „lieb“ (01.50) und als „coolen Typ“ (01.50). Die MediA-Mitarbeiterin empfindet den Umgang des Zahnarztes mit seinen Patient*innen als „kumpelig“ (03.61), womit er Augenhöhe herstelle.

Der Zahnarzt selbst spricht in seinem Interview davon, bei Klaudia Kuller und anderen Angst-Patient*innen „nicht mehr Traumata setzen“ (02.78) zu wollen, als ohnehin schon vorhanden seien. Im Umgang mit diesen Patient*innen wende er Abläufe von Zahnarztbehandlungen von Kindern, die man in der Ausbildung lernt, auf Erwachsene an. Über die Behandlung von Klaudia Kuller berichtet er:

> Zahnarzt: „Wenn die [Frau Kuller] mal schlechter drauf ist, wird halt geschoben. Es ist natürlich wirtschaftlich eigentlich <u>nicht</u> gut, aber der Termin wird halt geschoben, und dann sieht man weiter.“
> Interviewerin: „Und was bedeutet das, wenn sie mal schlechter drauf ist? Wie kann ich mir das vorstellen?“
> Zahnarzt: „Ja, das ist ja einfach. Dass sie getrunken hat, Restalkohol oder solche Sachen, ja. An dem Tag Ängste oder so. Das ist das Übliche, Angstzustände.“ (02.18ff.)

Klaudia Kullers Zahnarzt zeigt eine Bereitschaft, ökonomische Interessen in den Hintergrund zu stellen, erwartet gleichzeitig aber Dankbarkeit von den Patient*innen. Er betont, dass Klaudia Kuller dankbar für sein Engagement sei, was er zum Beispiel bei Geflüchteten anders erlebt hätte.

Bei den Erzählungen zur Begleitung zum Zahnarzt aus den drei Perspektiven wird deutlich, dass jede der Akteur*innen gut mit den anderen beiden auskommt. Klaudia Kuller findet den Zahnarzt sympathisch und ist sich gleichzeitig der Bedeutung der Begleitung durch die MediA-Mitarbeiterin bewusst, wenn sie sagt: „Alleine hätte ich das nicht geschafft“ (01.310). Der Zahnarzt äußert sich empathisch gegenüber Klaudia Kuller und positiv über die Begleitung durch die MediA-Mitarbeiterin:

> „Und die Betreuung ist natürlich optimal von der [Vorname Media-Mitarbeiterin]. […] Die ist super. Die hält Händchen, wenn sie an den Stuhl ranpasst, also meine Damen haben natürlich Vorrang, weil die mir assistieren müssen von der Seite, aber das reicht immer mal, um Hand aufzulegen am Oberschenkel oder die Hand zu halten am Spülbecken.“ (02.54ff.)

Nachdem die MediA-Mitarbeiterin einige von Klaudia Kullers zahlreichen Terminen bei ihrem Zahnarzt begleitet hat, nimmt Klaudia Kuller diese Termine auch immer wieder allein wahr.

Für die Begleitung von Klaudia Kuller durch MediA mussten einige Hürden überwunden werden. Als die MediA-Mitarbeiterin Klaudia Kuller kennen lernt, ist für die Mitarbeiterin zunächst nicht klar, ob sie sich überhaupt tatsächlich begleiten lassen möchte. Die MediA-Mitarbeiterin erinnert sich:

> „Dann wussten wir jetzt nicht so genau, ob sie sich wirklich begleiten lassen will oder nicht, weil sie so ein… manchmal ein bisschen ruppig sein kann vom Wesen aus – war [aber] auch eine ganz große Motivation da.“ (03.16f.)

Die psychiatrische Zwangsunterbringung im Sommer nach Klaudia Kullers Interview stellt eine unerwartete Hürde und Unterbrechung der Begleitung dar. Dadurch, dass die MediA-Mitarbeiterin mit dem Sozialdienst der Psychiatrie F. Kontakt aufnimmt, kann jedoch eine Fortsetzung der Behandlung gewährleistet werden – jedoch nicht durch MediA selbst.

Zusammenfassende Interpretation

Klaudia Kullers Wohnungsnot ist eng verknüpft mit Geschlechterverhältnissen. Es zeigt sich eine klassisch ‚weibliche‘ Variante des Wohnungsverlustes, aufgrund der Tatsache, dass die gemeinsame Wohnung nur auf den Partner angemeldet war. Ihre Wohnungsnot steht auch im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen, da die Wohnung während ihres Klinikaufenthaltes geräumt wird. Klaudia Kuller hat ein großes Bedürfnis nach Sicherheit beim Thema Wohnen und bringt dies in Zusammenhang mit einem nicht näher ausgeführten negativen Erlebnis – denkbar wäre ein sexualisierter oder anders gewalttätiger Übergriff. Seit etwa fünf Jahren ist Klaudia Kuller wohnungslos und pendelt zwischen Sozialpensionen, Kliniken und Notunterkünften hin und her – zuletzt zwangsweise untergebracht in einer Psychiatrie, in die sie nie wieder gehen wollte. Die Wohnungslosigkeit gefährdet somit auch das Fundament für die Stabilisierung der Gesundheit von Klaudia Kuller.

Klaudia Kuller orientiert sich äußerlich an Weiblichkeit und Jugend. Sie erfährt für diese feminine Inszenierung Irritation, möglicherweise auch Abwertung im Sinne von *Slut Shaming*. Dabei handelt es sich um Ablehnung aufgrund eines Kleidungsstils, der sexualisiert gelesen wird und/oder der mit Sexarbeit assoziiert wird. Dies ist in der Regel eng verbunden mit dem sogenannten *Victim Blaming*, bei dem Betroffenen von sexualisierter Gewalt die Schuld an der Tat zugeschrieben wird in dem Sinne, dass sie die Tat durch ihr Verhalten oder ihre Kleidung provoziert hätten.

Den Wunsch nach Attraktivität rückt Klaudia Kuller im Interview jedoch nicht in den Fokus. Sie scheint in der Selbstdarstellung mehr Wert auf ihre fürsorgliche, familiäre Seite zu legen – möglicherweise, weil diese für Frauen gesellschaftlich eine höhere Legitimität erfährt und/oder weil diese Rolle ihr in ihrem Leben wenig zugestanden wird. Die MediA-Mitarbeiterin vermutet eine große Kränkung bei Klaudia Kuller im Zusammenhang damit, dass ihre Kinder nicht bei ihr aufwachsen konnten. Diese These wird dadurch gestärkt, dass sich Klaudia Kuller im Interview immer wieder als Mutter präsentiert und deutlich macht, wie wichtig ihr die Kinder und der aktuelle Kontakt sind.

Klaudia Kuller zeigt auch Facetten, in der sie Geschlechtergrenzen überschreitet: Nach einer Ausbildung in einem weiblich konnotierten Arbeitsfeld – Hauswirtschaft – wählt sie mit Kfz-Mechanik einen männlich konnotierten und dominierten Arbeitsbereich. Dies ist ihr bewusst und darauf ist sie stolz.

Klaudia Kuller ist in großen Teilen in das reguläre Gesundheitssystem integriert und hat in diesen Bereichen ein aktives, überwiegend kontinuierliches Gesundheitshandeln. Im Interview präsentiert sie sich als Expertin ihrer Selbst, benutzt Fachbegriffe und steuert das Gespräch über Gesundheitsthemen. Sie besteht auf De-Thematisierung etwa der Alkoholsucht, was möglicherweise mit Scham zusammen hängt. Klaudia Kuller weist eine gewisse Autonomie auf, die im Sinne von Selbstfürsorge, Selbstbestimmung und Abwehr von Übergriffigkeiten interpretiert werden kann. Klaudia Kuller präsentiert sich in der Erzählung als aktives Subjekt, das die Fäden in der Hand hält, und schafft so möglicherweise einen Ausgleich zu den Ohnmachtserfahrungen in ihrer Biografie.

Klaudia Kuller hat in der Kindheit familiären Missbrauch erfahren und im Erwachsenenleben (mindestens) einen sexualisierten, gewaltvollen Übergriff erlebt, nach welchem sich ihr Alkoholkonsum verschärft. Möglicherweise stellt der Konsum eine Bewältigungsform der erlebten Übergriffe bzw. Traumata dar. Dass sie trotz dieses Hintergrunds zu einem männlichen Gynäkologen geht, erklärt sich aus einem langjährigen Vertrauensverhältnis, das auch über biografische Einschnitte wie Trennung, Sorgerechtsentzug und Wohnungsverlust hinaus fortbesteht. Beim Zahnarzt hingegen hat sie ein traumatisches Erlebnis und fällt danach für lange Zeit aus der zahnärztlichen Gesundheitsversorgung heraus.

Der MediA-Bezug kommt durch eine ‚Begleitung zur Begleitung' zustande: Über eine gute Vernetzung zwischen Fachkräften verschiedener Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe gelingt eine Art Weitergabe von Vertrauen von der einen zur anderen Fachkraft bzw. gelingt der Aufbau von Beziehung schnell. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, dass ein Angebot wie MediA an etablierten Stellen der Wohnungsnotfallhilfe angesiedelt ist.

Die Begleitung von Klaudia Kuller durch die MediA-Mitarbeiterin läuft relativ idealtypisch ab, so wie es im Projektkonzept angedacht war. Durch Vorgespräche, Beziehungsarbeit und konkrete Begleitungen zum Zahnarzt können bestehende Hürden auf Seiten von Klaudia Kuller wie Zahnphobie, Ungeduld und aggressives Auftreten überwunden werden und es findet eine Verselbstständigung statt. Von Bedeutung ist hier, dass mit der Klientin gemeinsam die Form und das Ausmaß der Begleitung abgestimmt wird. Zentral für das Gelingen der Begleitung ist es, dass die MediA-Mitarbeiterin zunächst als Anwältin für Klaudia Kullers Anliegen gegenüber dem Zahnarzt fungiert, und dass alle drei Beteiligten sich auf die Rolle und Persönlichkeit der jeweils anderen beiden gut einlassen können und somit ein eingespieltes Team werden.

Eine zentrale Hürde von Seiten des Regelsystems – das Ökonomische – wird vom Zahnarzt individuell in Kauf genommen. Der Zahnarzt zeigt hier eine soziale Haltung. Dankbarkeit ist jedoch auch bei einer Klientin wie Klaudia Kuller wichtig für ihn, was darauf schließen lässt, dass er seine Behandlung nicht als Selbstverständlichkeit begreift. Einzelpersonen oder auch Gruppen, die er als nicht dankbar wahrnimmt, bringt er wenig Geduld und Empathie entgegen – er nennt als Beispiel „Flüchtlinge". Hier zeigen sich beim Zahnarzt klare Grenzen seiner sozialen Haltung. Er verfügt – so scheint es – über Trauma-Kompetenz. Diese Kompetenz ist entscheidend im Sinne der Eröffnung von Zugängen für Klient*innen wie Klaudia Kuller. In Bezug auf ihren Alkoholkonsum zeigt der Zahnarzt eine pragmatische, entdramatisierende Haltung – wenn Klaudia Kuller stark alkoholisiert ist, wird der Termin einfach verschoben.

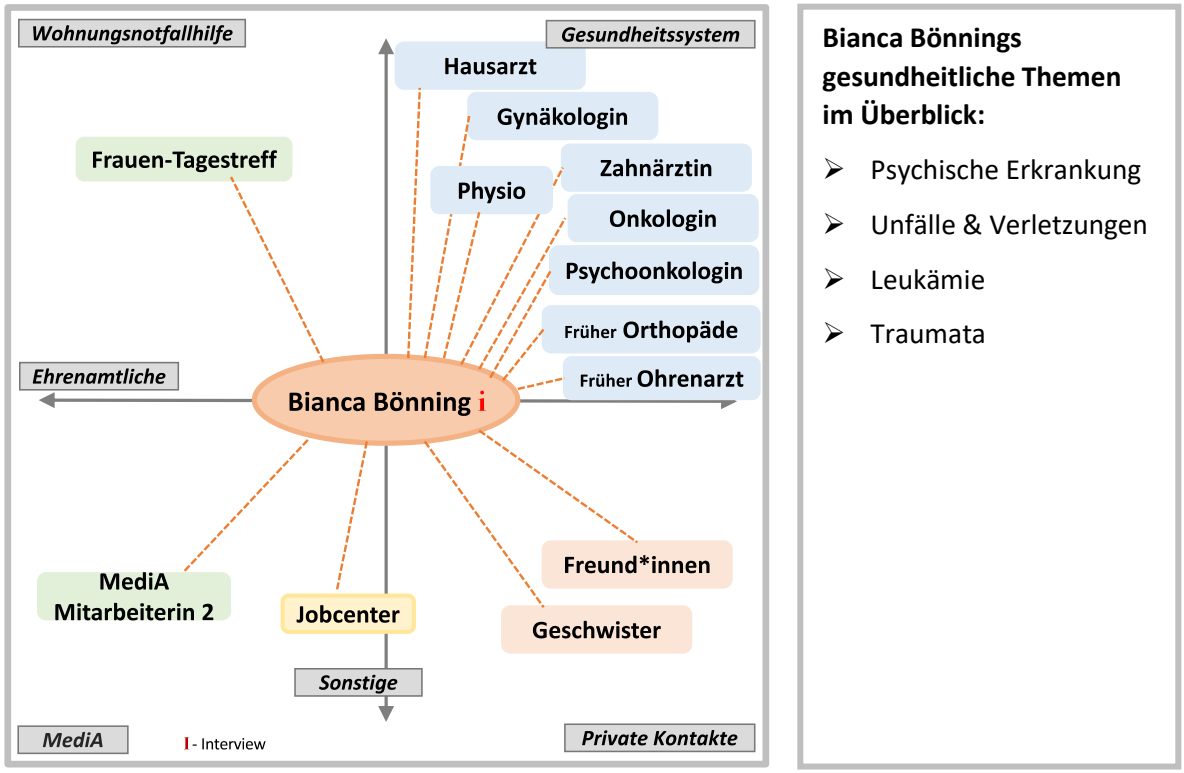
Die biografische Abwärtsspirale in Klaudia Kullers Leben während der Begleitung durch MediA bringt neue Herausforderungen: Die Zwangseinweisung von Klaudia Kuller unterbricht die MediA-Begleitung. Die MediA-Mitarbeiterin versucht aus der Ferne „dranzubleiben" und sorgt dafür, dass Klaudia Kuller von der Psychiatrie aus weiter zum Zahnarzt begleitet wird. Hier zeigt sich die große Bedeutung einer Fachkraft, welche Gesundheitsthemen in ihrem Zusammenspiel im Blick behält: Trotz der akuten psychischen Krise könnte die Fortsetzung der Zahnbehandlung wichtig sein, um eine weitere psychische Destabilisierung zu verhindern.

Die Fallstudie Klaudia Kuller zeigt einen typisch weiblichen Weg in die Wohnungsnot. Hier wird die Verwobenheit von Geschlechterverhältnissen, Gesundheit und Wohnungsnot sichtbar. Es wird deutlich, dass Vertrauen und Beziehungsarbeit für eine medizinische Begleitung entscheidend sind und dadurch auch Hürden, wie aggressives Auftreten und eingeschränkte ‚Wartezimmerfähigkeit' überwunden werden können. Auch diese Fallstudie verweist darauf, dass das Gesundheitshandeln einer Person je nach medizinischer Fragestellung ganz unterschiedlich sein kann. Für den Wiedereinstieg in die zahnärztliche Behandlung zeigt sich bei Klaudia Kuller die große Bedeutsamkeit von Trauma-Kompetenz der Ärzt*innen. Klaudia Kuller selbst verfügt in Bezug auf Gesundheit über mehrere Ressourcen: Sie sieht sich als Expertin ihrer Selbst, sorgt für sich, setzt Grenzen und handelt autonom. Gleichzeitig übernimmt sie fürsorgliche Rollen gegenüber Menschen in ihrem Umfeld.

4.7 Bianca Bönning: „Man kann Medikamente segnen, dann wirken sie noch besser“

Bianca Bönning ist eine langjährige Besucherin eines Frauentagestreffs, dessen Träger an MediA beteiligt ist (Baustein 2 – Frauengesundheit). Für die Fallstudie wurde ein Interview mit Bianca Bönning geführt. Für weitere Interviews mit Ärzt*innen oder der MediA-Mitarbeiterin gab Bianca Bönning kein Einverständnis.[27] Bianca Bönning verfügt über einen hohen Bildungsabschluss und reflektiert intensiv gesundheitliche Themen.

Abbildung 8: Soziales Netzwerk Bianca Bönning



Kurzporträt Bianca Bönning

Bianca Bönning wird in den 1960ern geboren und ist zum Zeitpunkt des Interviews Mitte 50. Über ihre Herkunftsfamilie berichtet sie wenig, sie erwähnt lediglich, dass sie Eltern und Geschwister hat. Als Kind von etwa 12 Jahren stürzt sie aus einem Fenster und bricht sich einen Arm. Erst zwei Tage später bringen die Eltern Bianca zum Arzt. Ein weiterer Unfall ereignet sich beim Schwimmen in der Schule, bei dem sie fast die Besinnung verliert. Bianca Bönning bezeichnet diese Unfälle als traumatisch.

Als junge Frau studiert Bianca Bönning Musik und gibt anschließend Musikunterricht für Kinder. Sie zieht häufig um und hat viele Unfälle. So bricht sie sich beispielsweise den Arm beim Sport, fällt von einem Pferd und hat einen Ski-Unfall. Die Verletzungen des Ski-Unfalls lässt sie mehrere Tage unbehandelt. Mit Anfang 30 manifestiert sich bei Bianca Bönning eine psychische Erkrankung und sie verliert ihre Arbeit. Daraufhin beginnt eine Abwärtsspirale in ihrem Leben: in Bezug auf körperliche und psychische Gesundheit, in Bezug auf Wohnen und Finanzen. Als sie aus einer betreuten Wohngemeinschaft heraus in eine Klinik geht, hat sie keinen festen Wohnsitz mehr und die Klinikadresse wird in ihren Ausweis eingetragen. Bevor sie aus der Klinik entlassen wird, sucht sie sich erfolgreich ein WG-Zimmer. Mit Mitte Dreißig beginnt Bianca Bönning einen Frauen-Tagestreff der

[27] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge des Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für das Interview mit Bianca Bönning.

Wohnungsnotfallhilfe zu besuchen. Viele Jahre später wird sie tatsächlich wohnungslos. Sie kommt zunächst bei einer Freundin unter, zieht dann in ein Seminarhaus, in dem sie für Kost und Logis arbeitet. Als es dort Probleme gibt, zieht sie aus, obwohl sie keine neue Unterkunft hat. Mit Anfang Fünfzig benötigt sie eine Postadresse beim Frauen-Tagestreff. Nach mehreren Übergangslösungen findet sie eine WG, in der sie sich jedoch nicht wohl fühlt. Sie wendet sich schließlich an das Jobcenter und erhält dort Unterstützung bei der Suche nach einem betreuten Wohnen, in dem sie bis heute lebt.

Über ihre Besuche im Frauen-Tagestreff lernt sie 2017 das Projekt MediA kennen. Sie nutzt regelmäßig die Gesundheitsgruppe und hat mehrere Einzelgespräche mit der MediA-Mitarbeiterin im Tagestreff. Im selben Jahr erhält Bianca Bönning die Diagnose Leukämie. Zum Zeitpunkt des Interviews konnte die Leukämie durch Einnahme von Medikamenten zurückgedrängt werden (Remission). Bianca Bönning lebt weiterhin im betreuten Wohnen in knappen ökonomischen Verhältnissen. Bianca Bönning hat einen engen Freundeskreis, keine Kinder, Kontakt zu ihren Geschwistern, aber nicht zu ihren Eltern.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Bianca Bönning berichtet von verschiedenen Stürzen und Unfällen in ihrem Leben. Sie sieht diese als ihr „Lebensthema“ (01.168) an und zieht eine Parallele zwischen den physischen Stürzen und Abstürzen im Leben im übertragenen Sinn. An mehreren Stellen bezeichnet sie die Unfälle als traumatisch:

> „Ich hatte verschiedenste Unfälle, in der Schule, […] ein Kopfsprung aus dem Knie aus der Hocke heraus, wurde ich geschubst und hab‘ dann fast die Besinnung verloren im Wasser. […] ich bin fast nicht mehr hochgekommen, bin fast ertrunken. Das sind so solche traumatischen Stürze und Unfälle, die ich meine. Und die auch mit Fremdeinwirkung, Arm gebrochen beim Fußballspielen, vom Pferd gefallen, also lauter so Sachen, Skiunfall, im Schuss gefahren und überschlagen.“ (01.62ff.)

Eine weitere Episode ereignet sich ebenfalls in ihrer Kindheit. Auch hier zieht sie sich eine schwere Verletzung zu:

> „Also das mit dem Armbruch war zum Beispiel samstags. Dann hat mein Vater gesagt: ‚Samstags kann man nicht zum Arzt, jetzt musst du warten bis Montag‘. Das sind so die Verhältnisse damals gewesen, also das ist auch eine bisschen traumatische Erinnerung. Weil der war gebrochen und tat natürlich entsprechend weh.“ (01.72ff.)

Bianca Bönning spricht über ihre allgemeine Verfassung und ihre Haltung, dass sie gegen alles von außen misstrauisch sein müsse, da sie in ihrem Leben „schon vieles gekriegt [habe], was einem geschadet hat“ (01.30).

Als positive und prägende Zeit nennt sie ihr Studium der Musik und die anschließende Arbeit mit Kindern. Als sich mit Anfang Dreißig ihre psychische Erkrankung manifestiert, verliert sie diese Arbeit und eine Abwärtsspirale setzt sich in Gang, die sie unter anderem auch wohnungslos macht. Bianca Bönning reflektiert den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohnungsnot. Auch vor der Wohnungsnot scheint sie nirgendwo richtig angekommen zu sein, ihr Leben ist von Umzügen geprägt. „Heimatlosigkeit“ (01.180) sei ein Thema bei ihr. Bianca Bönnings Zeit der Wohnungsnot ist beeinflusst von sozialen Beziehungen, die ihr nicht gut tun: In einer der Wohngemeinschaften und in dem Seminarhaus, in dem sie zwischenzeitlich lebt, gibt es Personen, die ihre psychische Gesundheit belasten. In beiden Fällen führt dies zu überstürzten Auszügen, was wiederum weitreichende Folgen für Bianca Bönnings gesamtes Leben hat, und sie letzten Endes in der Wohnungsnot verharren lässt.

Auf der anderen Seite scheint Bianca Bönning einen relativ großen, stabilen Freundeskreis zu haben, der für sie auch gesundheitsbezogen relevant ist. Sie findet in diesem Kreis sowohl für psychische als

auch körperliche Probleme und für sämtliche sozialen Folgen wie z.B. die Wohnungsnot Ansprechpartner*innen:

> „Und da konnt‘ ich schon auch einfach sagen: ‚Hast du Zeit?‘ oder ‚Kann ich bei dir übernachten?‘ oder ‚Hier, das und das und das ist durcheinander und mir geht‘s so und so.‘ Und da gab es immer wieder Unterstützung.“ (01.82)

Bianca Bönning betont, dass sie für den Erhalt der Freundschaften viel getan hat. Doch trotz des festen Freundeskreises und der verschiedenen Übernachtungsmöglichkeiten schafft sie den Ausbruch aus der Wohnungsnot über lange Zeit nicht. Schließlich sucht sie sich Unterstützung beim Jobcenter, was ihr lange nicht möglich war, weil ihre „Autonomiekraft viel zu groß“ (01.156) gewesen sei, um diese Unterstützung anzunehmen. Über diesen Weg findet sie zum betreuten Wohnen, wo sie bis heute lebt und sich wohl fühlt: „Das ist tatsächlich eine Wohnung für mich alleine, für mich selbst, ruhig“ (01.156).

Die psychische Erkrankung ist das zentrale gesundheitliche und biografische Thema in Bianca Bönnings Erzählung. Eine Diagnose benennt sie aber nicht. Ein Jahr vor dem Interview erkrankt Bianca Bönning an Leukämie. Nach der medikamentösen Therapie ist die Krankheit zum Zeitpunkt des Interviews remisiert, sie kann auf „zehn oder fünfzehn Jahre zu leben“ (01.32).

Gesundheitshandeln

Bianca Bönning geht aufgrund der vielen Unfälle und Stürze, die sie hatte, regelmäßig zur manuellen Therapie. Gleichzeitig berichtet sie davon, dass sie nach Unfällen oft nicht direkt zu Ärzt*innen geht – so beispielsweise nach einem Unfall beim Skifahren:

> „Im Skiurlaub kann man ja nicht zum Arzt gehen, also was hätt‘ ich denn da zum Arzt gehen sollen. Wir waren da eh nur drei Tage. Also ist… ein bisschen unbehandelt auch geblieben. Und das geht so weiter. Es ist quasi wie eine… also man kann mein System gut einrichten (lachend), und kurze Zeit drauf fall‘ ich die Treppe runter, und man kann grad wieder von vorne anfangen, so ungefähr.“ (01.66f.)

Bianca Bönning versteht die Unfälle und auch die Leukämie-Erkrankungen als Autoaggression. Andere Menschen hätten ein offensichtlich selbstverletzendes Verhalten, bei ihr sei das eher unbewusst:

> „In den psychischen Erkrankungen haben manche Menschen eine autoaggressive, offensichtliche autoaggressive Veranlagung, sich selbst irgendwie zu verletzen. Ich hab‘ meine Stürze immer gehabt. Die waren unbewusst. Die Leukämie ist eine somatoforme autoaggressive Form des Krebs.“ (01.28f.)

In Bianca Bönnings Gesundheitsverständnis sind Psyche und Körper unzertrennlich miteinander verbunden. Sie spricht dementsprechend nicht von verschiedenen Krankheiten, sondern von „der Krankheit“ (01.98).

In Bezug auf ihr Gesundheitshandeln wird deutlich, dass Bianca Bönning generell nicht gern zu Ärzt*innen geht, insbesondere zu Zahnärzt*innen. Sie begründet dies mit Ohnmachtserfahrungen: „Ich glaub‘, da fühlt man sich einfach ohnmächtiger, weil man weiß nicht, was die machen“ (01.72). Eine möglicherweise ähnlich gelagerte Angst hat Bianca Bönning vor Medikamenten, was insbesondere im Kontext der Leukämie-Erkrankung ein großes Thema ist:

> „Also die Diagnostizierung fand vor einem Jahr statt. […] Die [ist] jetzt mit Medikation im Griff, aber man muss erstmal Medikamente schlucken… <u>dürfen</u>, wenn man eine Verfassung hat, die, sagen wir mal, von Grund auf eigentlich alles, was von außen kommt, erstmal in Frage stellen muss, weil man schon vieles gekriegt hat, was einem geschadet hat. Dann stellt sich die Frage, was darf überhaupt noch von außen kommen und wie lang muss man sich erlauben das zu prüfen, bevor man’s nimmt. […] Aber jetzt ist es so, dass ich‘s tu und

> einfach, weil die Leukämie spürt man nicht. In dem Moment, wo ich sie aber spüren konnte, dass das einen Endpunkt finden wird irgendwann, konnte ich dann mich dafür entscheiden. Auch ein Arbeitsprozess mit Hilfe von psychotherapeutischen Methoden. Also da muss ich sagen, diese Ärztin war auch, kann man sehr empfehlen. Also, das sind, da hatte ich Glück, hatte ich einfach Glück, dass die bereit war auch mitzugehen, wenn ich die Medikamente nicht nehme und mir sagen [konnte]: ‚So und so, man kann dann immer noch die Blutuntersuchungen machen, wenn Sie das überhaupt möchten', […] sie kann das begleiten. Auch wenn ich die Medikation nicht nehmen möchte." (01.30ff.)

Damit sich Bianca Bönning auf die Behandlung der Leukämie einlassen kann, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Ärztin nicht nur den Körper, sondern auch die Psyche von Bianca Bönning in den Blick nimmt und sich auf ihre Bedürfnisse einlassen kann. Bianca Bönning entwickelt ein Ritual, das ihr die Einnahme der Medikamente erleichtert:

> „Also man kann nur Medikamente (…) segnen, und dann wirken sie noch besser. […] Ja das mach' ich mit den Medikamenten jetzt. Ja ich segne sie. Sie sind mir sonst … also des erste Mal hab' ich sie wieder rausgekotzt, das ist mir einfach so, dass es ein Fremdkörper ist." (01.44ff.)

Bianca Bönning hat innerhalb des medizinischen Systems negative Erfahrungen mit dem Verhalten von Ärzt*innen gemacht, welches sie als übergriffig erlebt: z.B. Behandlungen, die ohne Ankündigung durchgeführt werden: „… mein Ohrenarzt, der hat gar nicht gefragt, ob er mir den Ohrenschmalz rausmachen darf. Der hat den einfach rausgemacht. […] Also solche Dinge, die fand ich furchtbar (01.84)".

In einem anderen Fall ist Bianca Bönning wegen Knieschmerzen bei einer Ärztin und wird bei unklarer Informationslage in eine Behandlung hineingedrängt:

> „Und ja dann kam ich da hin und dann hat sie kurz mit mir gesprochen und dann hat sie mir vorgeschlagen, also sie könnte mir nur anbieten, da hat Sie so n Strom- (…) -gerät. […] aber dann meinte sie, [es dürfe] kein Metall [im Körper sein]. Jetzt hab ich aber Metall im Knie, da ist so Eisen drin, und ich war mir dann unsicher soll ich oder soll ich nicht. Sie wusste das dann auch nicht und dann [hat] sie mich da reingebeten und dann hat die Sprechstundenhilfe […] einfach ‚jetzt machen Sie halt' oder so. Und dann hat sie gesagt, also ich darf das nicht ausschalten dieses Gerät und dann hat sie dieses Stromzeug da eingestellt und mir ist dann, irgendwie war das alles zu viel. Ich wollte das nur noch loswerden und dann sind die beide verschwunden aus dem Zimmer und es hieß nur ich darf des nicht ausschalten und dann hab ich irgendwann gebrüllt es soll jemand kommen, […] – ich hab das dann irgendwann ausgeschalten, weil ich dachte, ha des kann ja nicht sein, dass ich das... Und diese Situation, das ist so übergriffig also des war für mich, also sowas hab ich noch nie erlebt. (…) Und dann noch mit nem Lächeln auf den Lippen so zu sagen also es hat auch sowas von, von (…) ‚Jetzt stellen Sie sich nicht so an', ‚wir machen das so', aber im Grund wird man überhaupt nicht aufgeklärt oder ernst genommen. Des fand ich schwierig." (01.84ff.)

Außerdem berichtet sie von unangenehmen Wartezimmersituationen bei der Frauenärztin:

> „Bei der Frauenärztin gab's öfters Probleme. Weil da waren dann Männer im Wartezimmer. Da bin ich dann durchgedreht. Da bin ich dann gegangen." (01.72)

Diese schwierigen Erfahrungen in Arztpraxen führen jedoch nicht dazu, dass Bianca Bönning aus dem medizinischen System herausfällt. Sie geht trotz der unangenehmen Wartezimmersituation immer wieder zur Frauenärztin. Und bei anderen Fachärzt*innen fordert sie ein, dass diese ihr Vorgehen ankündigen. Bianca Bönnings Gesundheitshandeln gelingt nach ihrer eigenen Aussage dann, wenn sie Einsicht in die jeweilige Krankheit gewinnen kann. Eine weitere Motivation für ärztliche Besuche sind

ökonomische Gründe, z.B. beim Zahnarzt das Bonusheft. Grundsätzlich sieht sie sich heute in gutem Kontakt mit ihrem Körper und ihren Bedürfnissen – und in der Lage, Unterstützung anzunehmen. Bianca Bönning unterscheidet sehr bewusst zwischen Krankheit und Gesundheit und sieht trotz ihrer offenbar schweren psychischen und physischen Erkrankung nicht nur ihre kranken, sondern auch die gesunden Anteile: ihre Ressourcen in Form von Kreativität und Durchhaltevermögen, ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge. Hierbei sieht sie den Kontakt zum eigenen Körper als zentral an.

Professionelle Begleitung und Unterstützung

Zum Zeitpunkt des Interviews nimmt Bianca Bönning von verschiedenen Stellen professionelle Unterstützung an, beispielsweise durch eine Sozialarbeiterin im betreuten Wohnen und durch das Jobcenter. In Bezug auf gesundheitliche Themen wird sie durch MediA begleitet, außerdem ist die Krebsberatungsstelle „ein wichtiger Pfeiler“ (01.92) für sie. Dort bekommt sie auf Wunsch eine weibliche Onkologin vermittelt und erhält Informationen über weitere Angebote wie Selbsthilfegruppen. Sie erhält außerdem Unterstützung durch einen männlichen Physiotherapeuten, bei dem sie regelmäßig manuelle Therapie in Anspruch nimmt.

Sie macht deutlich, dass sie die Fähigkeit zum Annehmen von Hilfe nicht immer in dieser ausgeprägten Form hatte. Vielmehr habe sich das „mit der Zeit entwickelt“ und sie habe sich das immer mehr „erlaubt“ (01.82).

Zu MediA kommt Bianca Bönning über ihre langjährige Anbindung an einen Frauen-Tagestreff der Wohnungsnotfallhilfe. Dort nimmt sie zunächst keine Begleitung im engeren Sinn in Anspruch, jedoch in Form der Teilnahme an Gruppenangeboten wie der Gesundheitsgruppe und dem Qi Gong-Kurs:

> „Und die drei Qi Gong-Termine konnte ich wahrnehmen. Da bin ich sehr froh. Das hat sehr gutgetan. So und ich hab sie [die MediA-Mitarbeiterin] dann noch näher kenngelernt in Bezug auf… es gab einige Notstände in meinem Leben seit sie hier arbeitet, wo sie sich dann zu einem Gespräch angeboten hat, und darüber entstand eigentlich noch mehr der noch der intensivere Kontakt.“ (01.4f.)

Die MediA-Gesundheitsgruppe ist für Bianca Bönning zur Gesundheitserhaltung von großer Bedeutung. Ansonsten fehlt es ihr an finanziellen Mitteln, um sich Angebote für Körper und Psyche leisten zu können. Andererseits ist ihr manchmal das Gruppensetting auch „zu viel“ (01.104), etwa wenn zu viel Unruhe ist, die „Energie“ (01.104) nicht stimmt, und sie sich nicht abgrenzen kann. In einer solchen Situation verlässt sie die Gruppe. Aus der Anbindung an die MediA-Gruppe wiederum ergibt sich der Beziehungsaufbau zur MediA-Mitarbeiterin und daraus entsteht eine Begleitung zu gesundheitlichen Themen in Form von Gesprächen:

> „Mit der MediA-Mitarbeiterin hatte ich ein paar Gespräche in Bezug auf mein Befinden, genau, weil‘s mir nicht gut ging so um die Jahreswende, mit der Diagnose [Leukämie] auch und als ich da aus der Klinik zurückkam auch. Und das war nicht irgendwie vorgesehen, sondern das entstand aus dem Kontakt heraus … Und das war eine Verankerung, da gab es einfach auch ein ‚Kann ich Sie unterstützen?‘ gab es ein ‚Hilft es Ihnen, wenn wir telefonischen Kontakt vereinbaren oder wenn ich Sie, wenn ich nächste Woche mal nachfrage?‘ […] Und das waren dann, glaub‘ ich, drei oder vier Mal […] hat sie sich Zeit genommen.“ (01.116ff.)

Auch Begleitungen zu Ärzt*innen bekommt Bianca Bönning von der MediA-Mitarbeiterin angeboten. Warum sie diese nicht in Anspruch nimmt, beantwortet Bianca Bönning damit, dass sie so etwas nicht brauche, da sie ja allein zu Ärzt*innen gehe. Andererseits erzählt sie, dass sie ungern zu Ärzt*innen geht, Unfälle teilweise unbehandelt lässt und manchmal auch Termine absagt. Für den Besuch bei der Onkologin fragt sie zwei Freundinnen als Begleiterinnen an. Als beide nicht können, sagt sie sich „Jetzt

gehst halt allein!“ (01.122), obwohl sie das grundsätzliche Begleitungsangebot der MediA-Mitarbeiterin hat. Bianca Bönning sagt, dass Begleitungen zu Ärzt*innen grundsätzlich gut tun. Es folgt jedoch ein großes Aber: Da sie alleinstehend sei, müsse sie prinzipiell alles allein machen.

> „Man autonomisiert sich halt und im Zweifelsfall geht man halt nicht. Wenn‘s mir zu schlecht geht, geh‘ ich halt nicht, dann sag‘ ich ab.“ (01.124)

Bianca Bönning nimmt das Angebot der Begleitung zu Ärzt*innen durch MediA also nicht an, spricht jedoch davon, dass bereits das Angebot einer Begleitung eine Entlastung, eine „Verankerung“ (01.116) sei.

Zusammenfassende Interpretation

Bianca Bönning sieht Körper und Psyche als eng miteinander verknüpft. Das zentrale Gesundheitsthema von Bianca Bönning scheint eine psychische Erkrankung darzustellen, die sie nicht näher bestimmt, die ihr Leben aber seit mehreren Jahrzehnten stark prägt. Mit der psychischen Erkrankung in ihren Dreißigern bzw. in den mittleren Lebensjahren beginnt eine Abwärtsspirale aus einem relativ abgesicherten Leben als studierte Musiklehrerin, welche Jobverlust und Wohnungslosigkeit mit sich bringt. Über viele Jahre bleibt die Wohnungsnot bestehen, weil Bianca Bönning immer wieder in Settings lebt, die zeitlich begrenzt sind, in denen sie keinen Mietvertrag hat, oder in denen für sie kein ausreichendes Sicherheitsgefühl besteht, und sie deshalb überstürzt wieder auszieht. Auch Aufenthalte in der Psychiatrie führen zu Unterbrechungen des Wohnens. Der psychische Gesundheitszustand und das Wohnen sind bei Bianca Bönning zwei eng miteinander verknüpfte Themen.

Bianca Bönning spricht an verschiedenen Stellen von traumatischen Erlebnissen, vor allem im Zusammenhang mit Unfällen. Diese beginnen in ihrer Kindheit und in einem Fall erlebt sie auch den Umgang der Eltern mit den Schmerzen nach dem Unfall als traumatisch. Bianca Bönnings Gesundheitshandeln nach Unfällen im Erwachsenenalter erinnert teilweise an die frühe Vernachlässigung bzw. das Übergehen ihrer Schmerzen als Kind: Sie lässt sich nach Unfällen oft nicht oder zumindest nicht direkt behandeln. Sie versteht ihre Unfälle (und auch die Leukämie) als unbewusste Selbstaggression – ein weiblich konnotiertes Verhaltensmuster – und als ihr Lebensthema. Möglicherweise versucht sie durch ihre eigene Interpretationen die Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen.

Bianca Bönnings Gesundheitshandeln weist eine hohe Sensibilität für Geschlechterverhältnisse auf: Bei einigen medizinischen Fachrichtungen und in der Wohnungsnotfallhilfe sucht sie gezielt weibliches Personal und meidet gemischtgeschlechtliche Wartezimmer. Inwiefern diese Verhaltensweisen und Präferenzen mit biografischen traumatischen Erlebnissen mit Männern in Verbindung stehen, bleibt im Interview eine Leerstelle. Im Bereich der Physiotherapie wird Bianca Bönning interessanterweise seit langer Zeit von einem Mann betreut, und auch dem Hausarzt vertraut sie.

In Bezug auf ihre Abneigung, Zahnärzt*innen zu besuchen, spricht Bianca Bönning davon, dass dies etwas mit Ohnmachtserfahrungen zu tun habe. Dementsprechend lassen sich auch die Hürden des medizinischen Systems für Bianca Bönning beschreiben: Sie kann sich auf bestimmte Behandlungen nur dann einlassen, wenn sie diese in Ruhe abwägen kann, und sowohl psychische als auch körperliche Aspekte ihren Raum in der ärztlichen Kommunikation finden.

Bei Bianca Bönning zeigt sich die Bedeutsamkeit der Anbindung von MediA an bestehende, etablierte Angebote bzw. des Vertrauensaufbaus. Die Selbsterfahrungs- und Achtsamkeitsübungen in der Gesundheitsgruppe stärken Bianca Bönnings Zugang zum eigenen Körper und sind für sie damit eine zentrale Form von Gesundheitsförderung für Körper und Geist. Neben der Gesundheitsgruppe nutzt sie MediA in Form von Gesprächen mit der MediA-Mitarbeiterin zum Vorbesprechen von Arztterminen

und Reflektieren von gesundheitlichen Themen. Eine Begleitung zu Ärzt*innen nimmt Bianca Bönning aufgrund eigener Autonomievorstellungen nicht in Anspruch.

Bianca Bönning bringt ihre Autonomievorstellungen damit in Verbindung, dass sie alleinstehend ist und „man“ sich deshalb „autonomisiert“. Sich „autonomisieren“ kann entweder als aktives oder als erzwungenes Verhalten gelesen werden. Der Wechsel vom „ich“ zum „man“ könnte eine Distanzierung ausdrücken oder dafür sprechen, dass sie diesen Prozess als möglicherweise wenig beeinflussbar versteht in dieser Gesellschaft, die stark auf Familien ausgerichtet ist. Bianca Bönnings Autonomie-konstrukt widerspricht offenbar einer Inanspruchnahme der Begleitung zu Ärzt*innen durch MediA. Eine solche Begleitung könnte von außen betrachtet punktuell sinnvoll sein, damit sich ihr Gesundheitshandeln in Bezug auf die Wahrnehmung von medizinischer Hilfe weiter verstetigt. Hier müsste genauer hingeschaut werden, wie Bianca Bönning sich auch diese Form der Unterstützung erlauben könnte, da sie Unterstützungsangebote oft erst nach längerer Zeit in Anspruch nehmen kann. In ihrer Erzählung wird deutlich, dass sie immer wieder Kontrolle über medizinische Situationen zurückgewinnt, indem sie sich weibliches Personal sucht und von Ärzt*innen einfordert, genau anzukündigen, was sie tun. Auch die Erfahrungen im Wartezimmer der Gynäkologie führen nicht dazu, dass sie aus dem System herausfällt: Sie setzt sich der Situation immer wieder aus.

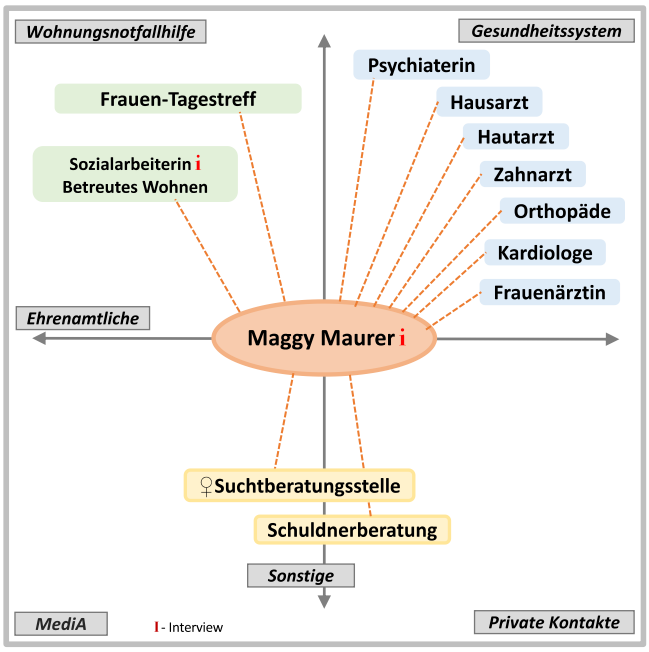
Die Fallstudie Bianca Bönning zeigt, wie psychische Erkrankungen zu Wohnungsnot und einer allgemeinen sozialen Abwärtsspirale führen können. Bianca Bönnings ökonomische Situation führt zu verschiedenen Wohnarrangements, i.d.R. Wohngemeinschaften, in denen sie sich immer wieder nicht sicher oder wohl fühlt und dann auszieht, ohne eine Alternative zu haben. Ein wichtiger Punkt für ihre Stabilisierung war schließlich, dass sie im betreuten Wohnen einen Raum für sich allein haben konnte. Eine große Ressource ist es außerdem, dass sie trotz schlechter psychischer Verfassung soziale Kontakte pflegt.

In Bezug auf das Gesundheitssystem verweist die Fallstudie auf Übergriffigkeiten im medizinischen Setting. Insbesondere Zahnarztbesuche werden als Ohnmachtserfahrung beschrieben. Es zeigt sich außerdem, dass Krankheitseinsicht – auch bei körperlichen Erkrankungen, wie der Leukämie im Fall von Bianca Bönning – keine Selbstverständlichkeit, jedoch eine Voraussetzung für Gesundheitshandeln darstellt. Bei der Begleitung zu gesundheitlichen Themen ist es von Bedeutung, dass das Gesundheitsverständnis der Klientin erfasst und berücksichtigt wird. Das Annehmen von Unterstützung kann in Konkurrenz mit Autonomiebedürfnissen bzw. der Erfahrung von Selbstwirksamkeit stehen. Die passenden Begleitungsformen sind in ihrem Fall zum einen Gespräche, in denen Entscheidungsprozesse zu medizinischen Themen professionell begleitet werden, und zum anderen Gruppenangebote, die Körper und Geist ansprechen und Bianca Bönnings Ressourcen der Kreativität und Spiritualität anregen.

4.8 Maggy Maurer: „Ohne Mann besser dran“

Maggy Maurer lebt im betreuten Wohnen des Trägers der Wohnungsnotfallhilfe, bei dem der MediA Baustein 2 (Frauengesundheit) angesiedelt ist. Sie ist auch regelmäßige Besucherin des dazugehörigen Tagestreffs. Die Kontaktaufnahme zu Maggy Maurer fand über MediA statt, ohne dass Maggy Maurer selbst bei MediA angebunden ist. Drei Interviews wurden insgesamt geführt, davon zwei mit Maggy Maurer im Abstand von drei Monaten, und eines mit einer Sozialarbeiterin aus dem betreuten Wohnen. Beim Erstinterview (01)[28] war Maggy Maurer in einer schwierigen Verfassung, sodass ein Folgeinterview (02) vereinbart wurde, bei dem die Tagesverfassung besser und darüber hinaus bereits ein gewisses Vertrauen aufgebaut war. Ein halbes Jahr später folgte das Interview mit der Sozialarbeiterin (03), welche Maggy Maurer über das betreute Wohnen – insbesondere auch bei Gesundheitsthemen – begleitet. Die Fallstudie zeigt auf, wie medizinische Begleitung in der Wohnungsnotfallhilfe vereinzelt bereits ohne zusätzliche Projekte wie MediA geleistet wird.

Abbildung 9: Soziales Netzwerk Maggy Maurer



Maggy Maurers gesundheitliche Themen im Überblick:

- Psychische Erkrankung
- Traumata
- Alkoholsucht
- Herzerkrankung
- Onkologische Erkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Zahnprobleme
- Fehlgeburten

Kurzporträt Maggy Maurer

Maggy Maurer wird in den 1960ern geboren. Mit 13 Jahren beginnt sie ein Praktikum beim Tischler. Sie will dort eine Lehre machen, was ihr aufgrund ihres Geschlechts jedoch nicht ermöglicht wird. Arbeiten im Betrieb ohne Ausbildung ist dennoch möglich, und so arbeitet sie ungelernt 15 Jahre dort, bis sie etwa 28 Jahre alt ist. Als der Betrieb eingestellt wird, wechselt sie in die Elektrobranche.

Mit etwa 32 Jahren wird Maggy Maurer schwer psychisch krank, was sie selbst in Zusammenhang damit stellt, dass ihr Ex-Mann A. sie damals verprügelt und Maggy Maurer aufgrund der schweren Verletzungen mehrfach ins Krankenhaus eingeliefert wird. Etwa zu diesem Zeitpunkt beginnt Maggy Maurer für 17 Jahre in einer „Werkstatt für behinderte Menschen“ zu arbeiten, überwiegend im handwerklichen Bereich, teilweise auch in der Küche. Mit Mitte Dreißig kommt Maggy Maurer mit

[28] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für das Erstinterview mit Maggy Maurer, 02 für das Folgeinterview mit Maggy Maurer und 03 für die Sozialarbeiterin.

ihrem neuen Partner B. zusammen. In dieser Beziehung verliert sie zwei Kinder: Eine Fehlgeburt und eine Frühgeburt, nach der Maggy Maurer selbst beinahe stirbt, sich dann aber stabilisiert. Das Kind überlebt nicht. Diese Erlebnisse führen dazu, dass Maggy Maurer in die Psychiatrie F. eingewiesen wird. Danach erhält sie einen einjährigen Therapieplatz in der Psychiatrie C. Als sie 50 Jahre alt ist, trennt sich Partner B. nach einer über 10-jährigen Beziehung von Maggy Maurer. Er macht ihr „Konto leer“ (01.10) und Maggy Maurer wird wohnungslos. Zeitweise wird sie im Krankenhaus F. richterlich untergebracht, weil sie psychisch stark destabilisiert ist. Nach dem Krankenhausaufenthalt zieht sie mit einem neuen Bekannten C. in eine Pension am Stadtrand. Als es ihm dort nicht mehr gefällt, ziehen sie in ein Zimmer ohne Dusche in die Innenstadt. Als Maggy Maurer das nicht mehr aushält, kommt sie im Frühjahr 2017 ins betreute Wohnen zu einem Träger der Wohnungsnotfallhilfe für Frauen. Seit Herbst 2017 wird Maggy Maurer dort von der Sozialarbeiterin betreut.

Als das Erstinterview für WoGe durchgeführt wird, ist Maggy Maurer etwa 52 Jahre alt. Zu dieser Zeit ist sie in Frührente. Sie hat schwere chronische Erkrankungen, u.a. in den Bereichen Psyche, Lunge, Haut und Sucht. Sie hat keine privaten sozialen Beziehungen. Zum Zeitpunkt des Zweitinterviews lebt sie im betreuten Wohnen und hat Aussicht auf eine eigene Wohnung. Das Interview mit der Sozialarbeiterin findet kurz darauf statt, als Maggy Maurer bereits in dieser Wohnung lebt. Maggy Maurer hat zu diesem Zeitpunkt Aussicht auf einen Minijob bei dem Träger der Wohnungsnotfallhilfe, über den sie betreut wird.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

In Maggy Maurers biografischer Erzählung kommen ausschließlich Männer und keine Frauen vor, vor allem ihre Partner. Aber auch ihre Arbeitsfelder sind männlich dominiert. Die Beziehungen zu Männern scheinen ihr Leben für lange Zeit zu strukturieren. Zum Zeitpunkt des Interviews will sie keine Männer mehr in ihrem Leben haben und sagt dazu: „Ohne Mann besser dran“ (02.479ff.). Die Frage nach Menschen, mit denen sie in ihrem Alltag zu tun hat, beantwortet sie mit: „Eigentlich weniger. Eigentlich niemand.“ (02.385) Die Sozialarbeiterin aus der Wohnungsnotfallhilfe ist deshalb ein sehr wichtiger Kontakt im Alltag. Eine andere wichtige Komponente in Maggy Maurers Leben ist Arbeit. Die Aussicht auf einen Job bei dem Träger, von dem sie betreut wird, ist für sie sehr bedeutsam. Als positiv schildert sie die Zeit in der Tischlerei. Maggy Maurers Arbeitsleben ist stark vom Ausschluss von Frauen aus bestimmten Berufsbereichen geprägt und das reflektiert sie auch:

> „Oh, ich war über 15 Jahre in der Tischlerei. […] Da wollte ich eigentlich eine Lehre machen. Aber die Tischler-Innung hat es mir ab- hat es mir einen Strich durch die Rechnung gemacht. […] Die hat nein gesagt. […] Weil ich eine Frau war. […] Ha ja, es gab keinen einzigen Tischler, der einen extra Umkleideraum und eine extra Toilette hatte für eine Frau. […] So habe ich da arbeiten dürfen, aber eine Lehre durfte ich nicht machen. […] Und da haben sie sogar meinen Chef damals, der hat in Württemberg rumtelefoniert, wollte mich vielleicht noch woanders unterbringen. Und da hat einer sogar angeboten, dem seine Mutter […] die Vermieterin hat oben gewohnt, die hat gesagt, ich kann hochkommen auf Toilette, mich umziehen, und die haben das abgelehnt.“ (02.194ff.)

Die Berufsausbildung in Tischlereien ist zu diesem Zeitpunkt also offiziell bereits für Frauen geöffnet und fordert aus Gründen des Arbeitsschutzes von den Ausbildungsbetrieben geschlechtergetrennte Umkleiden und Toiletten. Genau diese Forderung wiederum verhindert (nicht nur) im konkreten Fall jedoch die Ausbildung einer Frau, da die Betriebe diese bauliche Anforderung nicht erfüllen. Diese fehlende Gleichstellung im Bereich Ausbildung führt zu prekären Arbeitsbedingungen für Maggy Maurer. In ihrem Erzählstil über diese Zeit schwingt jedoch weniger Frustration als vielmehr Begeisterung mit. Maggy Maurer scheint stolz darauf zu sein, dass sie als Frau beinahe eine Pionierin in diesem Berufsfeld gewesen wäre:

> „Ja. Das hätte ich damals gerne gelernt. Aber heutzutage gibt es das auch für Frauen. […] Ja ja, aber damals wäre ich die erste Frau gewesen, und es gab echt nichts. […] Pech gehabt, war ich zu früh dran.“ (02.265ff.)

Maggy Maurer lebt immer schon im Raum Stuttgart, über ihr Aufwachsen spricht sie in den Interviews nicht. Als Erwachsene scheint das Thema Wohnen eng mit dem jeweiligen Partner verknüpft zu sein: Während ihrer Ehe lebt sie mit ihrem Mann A. zusammen. In der Folge der Gewaltausübung durch ihn zieht sie in ein Frauenhaus. Die Trennung und der Rausschmiss durch den darauf folgenden Partner B. machen Maggy Maurer wohnungslos. Daraufhin zieht sie recht schnell mit dem neuen Bekannten C. zusammen in eine Pension. Auf Wunsch dieses Partners ziehen sie erneut um in ein Zimmer, das laut der Sozialarbeiterin in „desolaten Zuständen“ (03.06) ist und die Grundfunktionen einer Wohnung nicht erfüllt: Die Wohnung hat keine eigene Toilette, stattdessen muss die Toilette der Gaststätte im Haus mitbenutzt werden. Die Sozialarbeiterin meint, dass dies „grausam“ sein muss „für eine Frau“ (03.298).

Auch das Thema psychische Gesundheit durchzieht Maggy Maurers Biografie und steht in Zusammenhang mit ihrer Wohnsituation. Immer wieder hat sie längere Aufenthalte in der Psychiatrie – mindestens vier Mal auch zwangsweise, jeweils in der Folge von sehr schweren Lebensereignissen: Als sie vom Ehemann A. „halb tot geprügelt“ (01.52) wird, nach der Fehl- und der Frühgeburt und als sie vom Partner B. verlassen und „auf die Straße gesetzt“ (01.10) wird. Mindestens nach dem letzten dieser drei Aufenthalte steht sie ohne Wohnung da. Der Psychiatrie-Aufenthalt hat ihre Wohnungslosigkeit nur hinausgezögert.

Maggy Maurer hat die Diagnose Borderline und berichtet davon, dass sie sich früher „jeden Tag geschnitten“ (01.70) hat. Als sie das erste Mal eingewiesen wird, weist sie starke psychosomatische Symptome auf:

> „Ich hab nicht sprechen können, ich hab nur noch gestottert, ich hab gezittert am ganzen Körper. Mich konnte keiner anlangen [anfassen].“ (01.56)

Sie stellt ihre psychische Erkrankung in Zusammenhang mit der Gewalt durch ihren Ex-Mann A.:

> „Also, ich war ja äh (…) '98 bis '99 bin davor ja sehr psychisch krank geworden, weil des, alles zu viel wurde für mich, weil ich bin damals von meinem Ex-Mann halb tot geprügelt worden.“ (01.52)

Maggy Maurer berichtet immer wieder vom Zusammenhang zwischen ihrem psychischen Zustand und ihrem Zugang zum eigenen Körper. In der Psychiatrie beispielsweise drückt sich ihr psychischer Zustand auch in körperlichen Symptomen aus – sie kann sich sprachlich nicht mehr ausdrücken und keinerlei körperliche Nähe ertragen. Im Laufe des Psychiatrie-Aufenthalts findet sie mit zunehmender psychischer Stabilität einen besseren Zugang zu ihrem Körper und kann wieder mehr körperliche Nähe zulassen. Sie berichtet davon, dass es ihr schwer fällt, die Grenzen und Warnsignale ihres Körpers wahrzunehmen. Darüber hinaus versteht sie sich selbst als „alkoholkrank“ (01.150). Die Sozialarbeiterin ergänzt, dass Maggy Maurer traumatisiert sei, und der Bedarf einer Trauma-Therapie bestehe. Zum Zeitpunkt des Interviews schätzt sie Maggy Maurer insgesamt jedoch als psychisch recht stabil ein: Sie zeige aktuell kein selbstverletzendes Verhalten, habe einen kontrollierten, geringen Alkoholkonsum und lasse sich darüber hinaus durch eine Suchtberatungsstelle begleiten.

Neben den starken psychischen Belastungen hat Maggy Maurer auch mehrere chronische körperliche Erkrankungen, z.B. Hautkrebs, Herzerkrankung und Asthma. Maggy Maurer hat einen selbstironischen Umgang mit ihrer Multimorbidität („Eigentlich hab ich alles“, 01.188), gleichzeitig gibt es auch Hinweise, dass sie sich ernsthafte Sorgen um ihre Gesundheit macht, wenn sie etwa davon spricht, dass sie nicht wisse, ob sie morgen nochmal aufwache.

Gesundheitshandeln

Maggy Maurer hat zum Zeitpunkt des Interviews ein sehr aktives Gesundheitshandeln: Sie organisiert ihre zahlreichen Termine bei verschiedenen Fachärzt*innen selbst, behält den Überblick und weiß, was sie diesbezüglich mit der Sozialarbeiterin aus dem betreuten Wohnen besprechen will. Auch in der Vergangenheit scheint sie sich aktiv auf den Psychiatrieplatz C. zu bewerben, nachdem ihr die Psychiatrie F. nicht gefallen hat. Sie hat einen eigenen Willen in Bezug auf Gesundheitsthemen, so lehnt sie beispielsweise die ihr empfohlenen Inkontinenz-Tabletten ab. Sie wünscht sich hier einen anderen Weg. Teilweise scheint ihr aktives Gesundheitshandeln auch von ökonomischen Notwendigkeiten angetrieben zu sein, z.B. möchte sie einen Schwerbehindertenausweis beantragen, um Vergünstigungen zu erhalten. Auf die Rückfrage, ob ihr Gesundheitshandeln schon immer so aktiv war, sagt Maggy Maurer selbst: „Das war früher mal anders“ (01.343). An dieser Stelle wird sie im Interview sehr leise. Dieses Thema scheint für Maggy Maurer schwierig und emotional besetzt zu sein.

Auch die Sozialarbeiterin schätzt Maggy Maurers Gesundheitshandeln als aktiv und beständig ein. Gemeinsam besprechen sie die Termine vor oder nach, insbesondere wenn bei Maggy Maurer Unklarheiten bestehen. Nicht nur in Bezug auf die körperlichen Erkrankungen, sondern gerade auch in Bezug auf ihre Borderline-Erkrankung und die Alkoholabhängigkeit wertet die Sozialarbeiterin das Gesundheitshandeln von Maggy Maurer positiv.

Maggy Maurer ist in alle Bereiche des medizinischen Regelsystems integriert. Die Besuche bei manchen Ärzt*innen fallen ihr jedoch schwer, z.B. bei Zahnärzt*innen, Hautärzt*innen und Frauenärzt*innen. Über die Gründe für ihre Ängste vor dem Frauenarzt-Besuch sagt sie beispielsweise:

> „Da hab ich auch schlechte Erfahrungen gemacht. Da hieß es dann: ‚Ziehen Sie sich schon mal aus, der Arzt kommt gleich.‘ So, dann stehst du da, eine halbe Stunde. […] Eine dreiviertel Stunde“ (01.302f.)

Es wird im Interview nicht ausgeführt, ob diese Ängste zu einem zeitlich befristeten Herausfallen aus dem System geführt haben. Aktuell besucht sie alle diese Fachärzt*innen trotz ihrer Ängste. In Bezug auf die Gynäkologie hilft es Maggy Maurer, von einer Frau behandelt zu werden: „Frauenarzt geh ich nicht so gern, aber ich geh ja zu einer Frauenärztin“ (01.292).

Im Bericht über ein weiteres Erlebnis im medizinischen Bereich in der Psychiatrie zeigt sich, wie Weiblichkeitsanforderungen an Maggy Maurer herangetragen werden und wie sie sich diesen widersetzt:

> Maggy Maurer: „Ja, ich sollte da mich weiblicher kleiden, Röcke anziehen und auch Nähe zulassen, und ich hab das eigentlich gehasst wie die Pest. Und das haben die gemerkt, weil ich bin ja regelmäßig, war ich ja extrem border-, hab mich jeden Tag geschnitten oder Faust gegen die Wand geknallt oder irgendwas, und das hab ich gehasst. Und dann haben sie gleich Stopp gesagt.“
> Interviewerin: „Und das mit der Kleidung, wer hatte das sich...?“
> Maggy Maurer: „Das hatten die Therapeuten sich ausgedacht, ja.“
> Interviewerin: „Die hatten sich das ausgedacht, ok. Und dann, als die gemerkt haben, das wollen Sie nicht, dann?“
> Maggy Maurer: „Nee. Weil ich dann extra gesagt hab, ich zieh nie wieder einen Rock oder ein Kleid an, das will ich nicht mehr.“
> Interviewerin: „Und das haben die dann auch akzeptiert?“
> Maggy Maurer: „Ja.“ (01.66 ff.)

Die Therapeut*innen verknüpfen in ihrem Therapievorschlag Nähe und Weiblichkeit und zeigen auch darüber hinaus ein bestimmtes Verständnis von Weiblichkeit, das sich im Tragen von Röcken und Kleidern ausdrückt. Bei Maggy Maurer führt dieser Vorschlag zu massiven Selbstverletzungen und der

Aussage, dass sie das nicht tun wird. Maggy Maurer empfindet es als positiv und als Ausdruck von Augenhöhe, dass die Therapeut*innen auf ihre Ablehnung des Therapievorschlags eingehen, deshalb kann sie sich auf die weitere Therapie einlassen. Es gelingt Maggy Maurer, für sich selbst einzustehen, und schließlich gelingt es ihr, auch wieder mehr körperliche Nähe zuzulassen, ohne sich optisch an Weiblichkeitsanforderungen anzupassen. Maggy Maurer berichtet von einem weiteren Erlebnis bei einem Psychiater, welches sie eindeutig negativ einordnet:

> „Aber auch mit, mit Psychiatern, also [habe ich schlechte Erfahrungen gemacht]. Ich hatte einen mal in X. und der hatte, der hatte mal geraucht, und dann hat er nicht mehr geraucht, und der hat mich da (…) ich muss da ja regelmäßig hin einmal im Monat, wegen meiner Medikamente, ich krieg ja Medikamente und dann hat er doch glattweg einmal zu mir gesagt: ‚Wenn Sie nicht aufhören zu rauchen (...) ihre Klamotten stinken nach Rauch. Wenn Sie nicht aufhören zu rauchen, bei mir riecht das ganze Zimmer nach Rauch, wenn Sie da sind, dann brauchen Sie gar nicht mehr wiederkommen‘.“ (01.102ff.)

Maggy Maurer selbst bietet für das Verhalten des Psychiaters die Interpretation an, dass Rauchen für ihn ein biografisch schwieriges Thema ist, weshalb er sich von aktuellen Raucher*innen abgrenzen muss. Sein Verhalten führt dazu, dass Maggy Maurer diesen speziellen Arzt zwar nicht mehr besucht, sich jedoch eine neue Anlaufstelle sucht.

Maggy Maurer macht weitere negative Erfahrungen mit Kommentaren einzelner Ärzt*innen – so bekam sie beispielweise zu hören „Sie sind auch viel zu fett, nehmen Sie erst mal ab“ (01.96). Die Psychiatrie F. beschreibt sie als „bloß ein Aufbewahrungsplatz“ (01.54). Obwohl diese negativen Erfahrungen Maggy Maurer verletzen, sorgen sie nicht dafür, dass sie langfristig aus dem medizinischen System herausfällt.

Maggy Maurer berichtet auch von positiven Erfahrungen im Gesundheitssystem. Zu ihrem Zahnarzt und seinen Arzthelferinnen sowie zu den Arzthelferinnen des Hausarztes hat Maggy Maurer langjährige, vertrauensvolle Beziehungen:

> „(…) die Sprechstundenhilfen sind <u>so</u> nett. Da als das mit dem Antibiotika, das war ja, […] hat er [der Zahnarzt] mir ein Schmerzmittel aufgeschrieben, und das hätte 10 Euro gekostet, und ich hatte kein, ich hatte nur 5 Euro, und ich sollte sofort eine nehmen. Und dann bin ich noch mal retour zum Zahnarzt und hab gesagt: ‚Schreibt mir ein anderes auf, das bloß 5 Euro kostet.‘ Dann haben die Sprechstundenhilfen mir 5 Euro geliehen, dass ich das Rezept einlösen kann. […] Das haben sie natürlich bei meinem nächsten Besuch wieder bekommen <u>und</u> ein kleines Blumentöpfchen von mir, weil das, das macht nicht jeder.“ (01.359ff.)

Auch der Zahnarzt selbst zeigt einen sensiblen Umgang mit ihren Ängsten:

> „Und er ist sehr nett und hat mir auch schon auf die Schulter geklopft und gesagt: ‚Tapfer, tapfer.‘ Die Sprechstundenhilfe hat gesagt, sie hätte das nicht mitgemacht ((lacht)).“ (01.365)

Maggy Maurer schätzt auch ihre neue Psychiaterin in der Einrichtung C., die nicht nur Medikamente verschreibe, sondern sich Zeit zum Reden nimmt. Und obwohl Maggy Maurer den Aufenthalt in der Psychiatrie F. sehr negativ erlebt hat, kann sie sich auf die andere psychiatrische Einrichtung C. einlassen. Maggy Maurer spricht in den höchsten Tönen von der Zeit in der Psychiatrie C.: „War ein schönes Jahr für mich“ (01.82), „wie ein neuer Lebensabschnitt“ (01.58). Sie berichtet davon, wie bedeutsam das Gemeinschaftsgefühl mit anderen Patient*innen war und das Gefühl von Augenhöhe mit den behandelnden Therapeut*innen.

Professionelle Begleitung und Unterstützung

Als Maggy Maurer aus dem gemeinsamen Zimmer mit ihrem Bekannten C. auszieht, weil sie es dort nicht mehr aushält, sucht sie sich professionelle Unterstützung. Sie kommt in ein betreutes Wohnen für Frauen und erhält erstmals einen eigenen, geschützten Wohnraum. Die Sozialarbeiterin des betreuten Wohnens berichtet: „[D]as war ihr wichtig […], als ich sie kennengelernt habe, dass sie einen geschützten Raum hat“ (02.300).

Für Maggy Maurer sind Zuzahlungen zu Medikamenten oft nicht zu bewältigen. Staatliche Unterstützungsformen erscheinen Maggy Maurer undurchsichtig bzw. ungerecht und sie grenzt sich von Hartz-IV-Bezieher*innen und Asylbewerber*innen ab:

> „Aber ich finde, diese Unterstützung auch, diese, diese, gerade auch mit der Bonuscard, warum, warum haben sie das überhaupt geändert? […] [Dass] die Dazuverdiener und die, wo zu viel Rente kriegen, dass die [das] nicht mehr kriegen. Das bekommen nur noch die, wo Wohngeld bekommen, Hartz IV beziehen und die Asylanten. Und da soll man nicht sauer werden.“ (01.375f.)

Bei der Beantragung des Schwerbehindertenausweises, welcher ökonomische Entlastung bringen würde, zeigen sich hohe bürokratische Hürden. Sie ist deshalb auf Angebote jenseits des Regelsystems angewiesen, um medizinisch versorgt zu werden, weil sie beispielsweise Zuzahlungen nicht selbst aufbringen kann. Sie nutzt das Angebot einer Kirche, die kostenlos Medikamente ausgibt. Innerhalb des Regelsystems gelingt das Überwinden dieser ökonomischen Hürde nur dann, wenn einzelne Personen sich über die Spielregeln des Systems hinwegsetzen (Zuzahlung erlassen, Geld leihen, …). Auch aus ihrer Sicht Gesundheitsförderliches kann sich Maggy Maurer oft nicht leisten: Sie würde gerne mit einem Tier zusammenleben, kann das jedoch finanziell nicht umsetzen. So zählt sie im Interview Möglichkeiten auf, wie sie sich ein paar Euro erbetteln könnte, dass ihr das aber nicht liege:

> „[S]chnorren liegt mir nicht (lacht). […] Ich hab da kein Glück, ja. Wenn ich da manche anderen seh mit ihrer Flaschensammlerei oder was die da vom Betteln kriegen oder so, aber das kann ich irgendwie nicht. Gut, wenn ich mal eine Flasche unterwegs finde, sammel ich sie auch, aber ich wühl keine Mülleimer um, das möchte ich auch nicht.“ (01.26f.)

Neben den ökonomischen Hürden scheinen aber auch lange Wartezeiten, schwer verständliche Diagnosen und das Gefühl, zu viele medizinische Termine bewältigen zu müssen, Maggy Maurer zu belasten: „[I]ch bin schon so voll gestopft mit Krankengymnastik, ich kann das nicht mehr hören“ (01.94).

Zur Überwindung der Hürden des medizinischen Systems wird Maggy Maurer von verschiedenen Seiten begleitet bzw. sucht sich Unterstützung im betreuten Wohnen bei ihrer Sozialarbeiterin, aber auch in einer Frauen-Suchtberatungsstelle und einer Schuldenberatungsstelle. Durch MediA wird Maggy Maurer nicht begleitet, da die Sozialarbeiterin eine ähnliche Funktion einnimmt: Die Sozialarbeiterin sieht Gesundheitsthemen als den zentralen Ansatzpunkt ihrer Arbeit im betreuten Wohnen und gesundheitliche Stabilität als Voraussetzung für alles andere. Sie führt deshalb viele Gespräche zu Gesundheit mit Maggy Maurer, u.a. dazu, was sie braucht, um ihre Arzttermine zu schaffen. Häufig werden die Termine auch vor- oder nachbesprochen oder die Sozialarbeiterin sucht für Maggy Maurer Fachärzt*innen heraus. Die Beantragung des Schwerbehindertenausweises erfolgt ebenfalls in enger Zusammenarbeit. Darüber hinaus steht durch die Sozialarbeiterin auch das Angebot, Maggy Maurer zu Ärzt*innen zu begleiten. Dieses Angebot wird von Maggy Maurer jedoch nicht in Anspruch genommen. Frau Maurer begründet diese Ablehnung damit, dass sie sich nicht zu abhängig machen möchte:

> „Nee, ich geh alleine hin. Das will ich auch. Das schaff ich auch. […] [I]ch versuch's immer allein. Weil wenn ich draußen wohn, hab ich auch niemand." (01.192ff.)

Maggy Maurer strebt nach einem selbstständigen Leben. Was sie braucht und annehmen kann, ist Begleitung im Sinne von verlässlichen Ansprechpersonen und regelmäßigen Gesprächen. Diese Form von Begleitung erhält sie über die Sozialarbeiterin und auch über eine Beraterin der Frauen-Suchtberatungsstelle:

> „Aber ich gehe trotzdem noch alle drei, zwei drei Wochen treffe ich mich mit einer Frau X., heißt sie, und bespreche halt, wie es jetzt ist und, und ansonsten habe ich ja hier jede Woche Gespräch mit der [Sozialarbeiterin], und das bringt mir schon viel." (02.60f.)

Zusammenfassende Interpretation

Maggy Maurers Bildungsbestreben wird von einem geschlechtlich segregierten Arbeitsmarkt durchkreuzt: Es wird ihr unmöglich gemacht, eine Ausbildung in ihrem gewünschten Berufsfeld zu absolvieren, und so bleibt sie ungelernte Arbeiterin. Maggy Maurer berichtet in den Interviews nichts über ihre Herkunftsfamilie oder Kindheit. Auch bei der Frage nach ihren privaten sozialen Kontakten als Erwachsene kommt die Familie nicht vor. Möglicherweise deutet sich hier ein schwieriges bzw. abgebrochenes Verhältnis zur Familie an.

Ihr Privatleben orientiert sich lange Zeit stark an Männern bzw. Beziehungspartnern. Diese Beziehungen sind von Macht, Entwürdigungen und Gewalt durchzogen und haben einen negativen Einfluss auf Maggy Maurers körperliche und psychische Gesundheit. Heute scheint Maggy Maurer das, was für sie lange selbstverständlich war, mit dem Credo „Ohne Mann besser dran" kritisch zu hinterfragen. Sie möchte sich nicht mehr an einen Mann binden. Allerdings hat sie auch ansonsten keinerlei soziale Beziehungen im privaten Bereich. Die Beziehungen zu Professionellen aus der Wohnungsnotfallhilfe dienen als Ersatz: Hier führt sie alltägliche Gespräche und erfährt Resonanz auf Lebensereignisse.

Der Ausbruch aus ihrem Muster, das Thema Wohnen mit Männern zu verbinden, gelingt Maggy Maurer mit etwa 50 Jahren, als sie bei ihrem Bekannten C. auszieht und sich Unterstützung bei einem Frauen-Träger der Wohnungsnotfallhilfe sucht. Dort erhält sie einen abgegrenzten, eigenen Wohnraum für sich selbst, was für Maggy Maurers Körpergefühl sehr wichtig zu sein scheint. Dieser Zugang zum eigenen Körper stellt wiederum die Basis für Selbstfürsorge und Gesundheitshandeln bei Maggy Maurer dar.

Maggy Maurer ist multimorbid und hat zum Zeitpunkt der Interviews ein aktives Gesundheitshandeln in dem Sinne, dass sie ihre vielen fachärztlichen Termine selbst koordiniert und wahrnimmt. Maggy Maurers Gesundheitshandeln ist geprägt von den traumatischen Erfahrungen, die sie zum Beispiel in ihrer gewalttätigen Ehe gemacht hat. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Besuche bei Frauenärzt*innen, Hautärzt*innen und Zahnärzt*innen schwierig für sie. Hinzu kommen einige schwierige Erlebnisse im medizinischen System selbst, die zum Teil dieser Traumatisierung keine Rechnung tragen bzw. darüber hinaus wenig respektvoll sind. Hier zeigt sich eine fehlende Gender- und auch Trauma-Kompetenz der Ärzt*innen als Hürde zum Zugang zu medizinischer Versorgung. Gleichzeitig verfügt Maggy Maurer über Ressourcen, die es ihr ermöglichen, dass sie nach negativen Erlebnissen im Gesundheitssystem nicht dauerhaft aus dem System herausfällt, sondern sich neue Fachärzt*innen sucht. Dabei macht sie auch positive Erlebnisse mit medizinischem Personal, etwa wenn dieses eine solidarische Haltung zur Überwindung ökonomischer Hürden an den Tag legt und sich über Regeln des Systems hinwegsetzt oder Maggy Maurer sich auf Augenhöhe behandelt fühlt. Die ökonomischen Hürden des medizinischen Systems durch Zuzahlungen sind für Maggy Maurers Gesundheitsversorgung sehr relevant. Maggy Maurer grenzt sich im Interview von Tätigkeiten wie

Betteln oder Pfandsammeln ab. Hier deutet sich eine gesellschaftliche Vorstellung der Selbstverantwortung und der gefühlten Anforderung an, auch als würdelos angesehene Tätigkeiten durchzuführen.

Einen konkreten Ausschluss aus dem medizinischen System erlebt Maggy Maurer durch einen niedergelassenen Psychiater, der sie vordergründig aufgrund ihres Tabakkonsums nicht mehr in der Praxis haben will. Möglicherweise ist der Bezug zum Rauchen jedoch ein Vorwand, um mit Maggy Maurer ein bestimmtes Klientel aus seiner Praxis loszuwerden. Dieses Beispiel verweist darauf, dass es subtile Mechanismen sein können, wie Patient*innen in Wohnungsnot aus dem Regelsystem ausgeschlossen werden.

Maggy Maurer benötigt professionelle Unterstützung und Begleitung im Sinne von regelmäßigen Gesprächen zu Gesundheitsthemen und erhält diese durch die Sozialarbeiterin im betreuten Wohnen für Frauen und durch eine Frauen-Suchtberatungsstelle. Diese Begleitung unterstützt Maggy Maurer bei der Überwindung von ökonomischen und bürokratischen Hürden und bei anderen Verunsicherungen. Aus diesem spezifischen Grund ist eine Anbindung an MediA nicht nötig. Zentraler Faktor für das Gelingen dieser medizinischen Begleitung ist die Beziehungsarbeit. Beide Einrichtungen, von denen Maggy Maurer regelmäßige Unterstützung annimmt, sind Frauen-Einrichtungen mit geschlechtersensiblen Konzepten. Im Zusammenhang mit ihren traumatischen Erlebnissen scheint es kein Zufall zu sein, dass Maggy Maurer diese Form der Begleitung in Anspruch nimmt, auch wenn nicht klar ist, wie bewusst sie sich diese gesucht hat. Es ist zu vermuten, dass die Beraterinnen Maggy Maurer darin bestärkt haben, die Rolle von Männern in ihrem Leben kritisch zu reflektieren.

Zusätzlich zu diesen Begleitungsformen benötigt Maggy Maurer auch das ‚dritte Gesundheitssystem'. Sie nutzt beispielsweise die Ausgabe von kostenlosen Schmerzmitteln durch eine Kirche, um ihr Gesundheitshandeln finanziell abzusichern. In der Fallstudie wird deutlich, dass Sozialpolitik undurchsichtig oder auch ungerecht erlebt wird, dass sie marginalisierte Gruppen spaltet und in Konkurrenz setzt – bei Maggy Maurer zeigt dies ihre Abgrenzung von Asylsuchenden und Hartz-IV-Empfänger*innen.

Das Angebot der Begleitung zu Ärzt*innen, welches Maggy Maurer durch die Sozialarbeiterin erhält, nutzt sie nicht, da sie sich in keine zu starke Abhängigkeit begeben möchte. Dies kann möglicherweise im Zusammenhang mit der Abhängigkeit von verschiedenen Partnern in der Vergangenheit verstanden werden. In diesem Sinne kann der Wunsch und Wille, Besuche bei Ärzt*innen alleine zu schaffen, als Streben nach Selbstständigkeit und damit auch als nachhaltiger Wunsch, sich von der Abhängigkeit von anderen zu lösen, verstanden werden. Maggy Maurer hat den Antrieb und die Kraft, diese Besuche allein zu schaffen und beweist ihre Handlungsfähigkeit.

In der Fallstudie Maggy Mauerer zeigt sich der Zusammenhang zwischen männlichen Beziehungspartnern, häuslicher Gewalt, psychischer Erkrankung und Wohnungsnot. Ein eigener, sicherer Raum innerhalb einer Frauen-Einrichtung ist deshalb ein zentraler Ansatzpunkt zur Stabilisierung für Maggy Maurer. Am Beispiel von Maggy Maurers Erzählung wird deutlich, dass das medizinische System einen Mangel an Gender- und Trauma-Kompetenz aufweist, was für Patientinnen eine schwer zu überwindende Hürde darstellen kann.

Eine wichtige Ressource, die in dieser Fallstudie sichtbar wird, ist das Thema Arbeit, das für Maggy Maurer identitätsstiftend ist. Insbesondere ihre langjährige Tätigkeit in einer Tischlerei erfüllt Maggy Maurer mit Stolz und Freude, aber auch andere bezahlte Tätigkeiten sind von Bedeutung für Stabilität und Autonomie.

Die Fallstudie zeigt außerdem auf, wie Begleitung zu gesundheitlichen Themen innerhalb der regulären Wohnungsnotfallhilfe gelingen kann, wenn Gesundheit als zentraler Ansatzpunkt der Arbeit aufgefasst wird. Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass die Begleitung zu Ärzt*innen von Maggy Maurer als

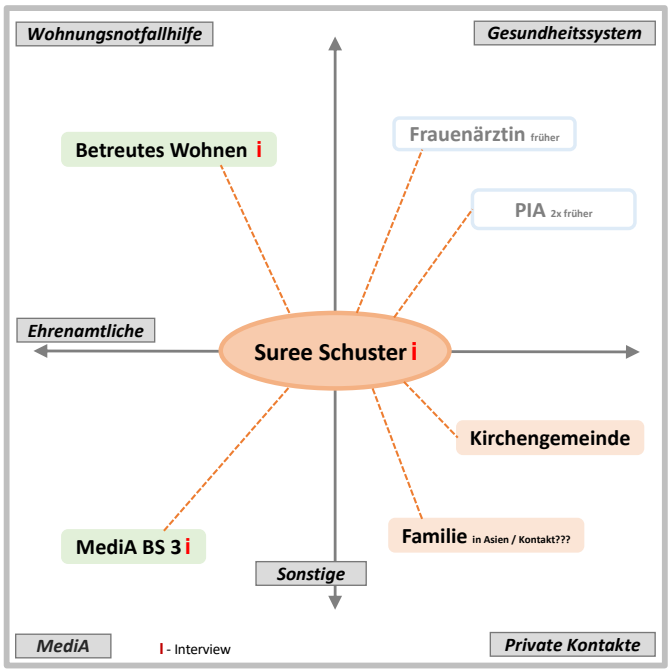
Autonomieverlust empfunden wird und deshalb nicht angenommen wird. Maggy Maurer macht sich autonom von ihren Männerbeziehungen und möchte sich nicht in die nächste Abhängigkeit begeben. Die Bedeutsamkeit von verschiedenen Formen und Graden der professionellen Begleitung zu gesundheitlichen Themen wird deutlich.

4.9 Suree Schuster: „Ich versuch […] selbst fit zu bleiben, weil ich selber Gesundheitsberaterin bin“

Suree Schuster lebt zum Interviewzeitpunkt in einem Sozialhotel in Stuttgart, ist alleinstehend und verfügt nur über wenige persönliche Kontakte. Eine gelingende aktuelle Verortung im Gesundheitssystem ist nicht bekannt.

Eine Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe, die bereits seit vielen Jahren für sie Ansprechpartnerin ist, hat den Kontakt zum MediA-Projekt (Baustein 3 – Seelische Gesundheit) hergestellt. Die Fallstudie umfasst ein Interview mit Suree Schuster (01)[29] und je ein Interview mit der Mitarbeiterin von MediA und der erwähnten Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe (WNH).

Abbildung 10: Soziales Netzwerk Suree Schuster



Suree Schusters gesundheitliche Themen im Überblick:

- Verdacht auf Psychose / Schizophrenie
- Wahrnehmungsverzerrungen und Beeinträchtigung in der Beziehung zu sich selbst und zu anderen
- Zahnprobleme
- Gewichtsverlust

Kurzportrait Suree Schuster

Suree Schuster ist in einer kleinen Provinz in Asien geboren und gemeinsam mit einer Schwester und einem Bruder aufgewachsen. Sie erzählt von einer sehr glücklichen Kindheit. Die Familie ist buddhistisch geprägt. Suree Schuster erfährt erst als junge Frau, dass sie als Säugling adoptiert wurde. Über ihre biologische Herkunftsfamilie weiß sie allerdings nichts. Sie besucht in ihrem Herkunftsland eine katholische Schule und kommt dort mit dem christlichen Glauben in Berührung. Sie studiert in der Landeshauptstadt Politikwissenschaft und Marketing – zum Stolz der Familie – und arbeitet anschließend in einem großen Unternehmen.

Suree Schuster lebt zum Zeitpunkt des Interviews seit 17 Jahren in Deutschland. Sie kommt als Touristin nach Deutschland bzw. nach Stuttgart und lernt hier ihren späteren Mann kennen. Die beiden heiraten zwei Jahre später. Er ist in einem großen Unternehmen angestellt und bildet sich zum Ingenieur fort. Suree Schuster selbst arbeitet zu dieser Zeit in mehreren Kaufhäusern. Das Ehepaar hat keine Kinder. Suree Schuster erzählt, dass sie zwar gemeinsam über Kinder nachgedacht, sich aber

[29] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Suree Schuster, 02 für die Fachberaterin der WNH und 03 für die MediA-Mitarbeiterin.

aufgrund der Karriereambitionen ihres Mannes gegen Kinder entschieden hätten. In dieser Zeit geht sie regelmäßig zu einer Frauenärztin, von der sie die Pille verschrieben bekommt.

Nach acht Jahren Ehe kommt es zur Trennung und späteren Scheidung. Suree Schuster spricht mehrfach von einer „Zwangs"-Trennung durch den Staat. Im Jahr der Scheidung wird sie in Folge einer Räumungsklage aus der vermutlich früheren Ehewohnung, in der sie mittlerweile alleine lebt, das erste Mal wohnungslos. Seither wird sie von der Frauenfachberatung bzw. im betreuten Wohnen (WNH) begleitet. Suree Schuster beschreibt ihre Anbindung ans Jobcenter als erfolglose Bewerbung dort und dass sie seither im „Sozialwohnbereich" wohnt. Gegen die Räumungsklage reicht sie Widerspruch ein, verpasst aber den Gerichtstermin zur Anhörung, weil sie zu diesem Zeitpunkt mit dem Gerichtsschreiben bei der Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe sitzt, deren direkte Intervention beim Gericht dann jedoch nichts mehr bewirken kann. Auch den Termin zur Auslösung ihrer eingelagerten Möbel und sonstigen Besitztümer verpasst sie.

Relativ zeitnah bekommt Suree Schuster einen Platz im betreuten Wohnen einer Frauenpension. Dort wird ihr jedoch kurze Zeit später gekündigt: Suree Schuster sieht sich selbst als Mitarbeiterin, nicht als Bewohnerin, wodurch sie sich nicht in die Hausgemeinschaft integriert und in massive Konfrontation mit den Mitarbeitenden geht. Einmal kommt es daher zu einem tätlichen Übergriff durch Suree Schuster an einer Mitarbeiterin, weil sie sich nicht an die Regeln des Hauses hält. Bereits zu diesem Zeitpunkt wird ein Wirklichkeitsverlust für ihre Betreuerin sichtbar – Suree Schuster bezeichnet sich trotz der offensichtlichen Schwierigkeiten selbst als „engagierte Beraterin" im Wohnprojekt. In einem Sozialhotel bekommt sie anschließend ein kleines Zimmer. Auch hier kommt es zu Problemen: Suree Schuster beginnt zu missionieren und Beratungsangebote auszuhängen oder wirft moralisierende Zettel bei Bewohner*innen ein, die einen Übernachtungsgast mitbringen, hängt Hygieneanleitungen zum richtigen Händewaschen aus und dergleichen mehr.

In Mails bezeichnet sich Suree Schuster als Homöopathin oder Allergologin. Der Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe ist keine Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung in einer Arztpraxis bekannt. Sie vermittelt Suree Schuster an MediA, in der Hoffnung, dass ein Zugang ins medizinische bzw. psychiatrische System und eine notwendig erscheinende Behandlung gelingt. Auf Initiative von MediA besucht Suree Schuster begleitet von der entsprechenden Mitarbeiterin zweimal die Sprechstunde in der zuständigen Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Diese Gespräche deutet Suree Schuster – auch im Interview – als Bewerbungsgespräche von ihr bei der Klinik um. Die PIA äußert anschließend den Verdacht einer Psychose in Richtung Schizophrenie, eine umfassende Diagnostik ist jedoch nicht möglich. Seit ungefähr einem Jahr geht Suree Schuster regelmäßig zu MediA, was sie – ihrer Wahrnehmung entsprechend – als Fachgespräche bzw. professionellen Austausch zwischen Quasi-Kolleginnen darstellt.

Zum Interviewzeitpunkt ist Suree Schuster Anfang 40. Im Interview zeigt sie sich freundlich und zugewandt und möchte gerne die Praxisforschung des MediA-Projektes kollegial unterstützen. Sie nimmt Bezug auf eigene Forschungstätigkeiten und auf sich selbst als Forscherin oder Expertin. Suree Schusters Selbstthematisierungen als Fachfrau, Gesundheitsberaterin bzw. Stellenbewerberin anstatt als Patientin, Adressatin oder Klientin (im Jobcenter, der Wohnungsnotfallhilfe, in der PIA, im Gemeindepsychiatrischen Zentrum und bei MediA) finden sich in den Interviews mit MediA und der Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe wieder.

Suree Schuster beschreibt sich als gesund und fit. Auf alle Fragen, die in eine andere Richtung zielen, verschließt sie sich (verbal und nonverbal).

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Suree Schuster beschreibt eine glückliche Kindheit in Asien. Als sie im Studium von ihrer Adoption erfährt, benennt sie das zwar zunächst als Schock, betont aber daran anschließend, dass sie Glück gehabt habe „als Adoptivkind in dieser Familie“ (01.26). Über ihre Familie erzählt sie: „Ich habe nie […] irgendwie eine Art von Missbrauch oder (Miss?)trauen – habe ich nie erfahren“ (01.26).

Den Schritt in die Hauptstadt ihres Landes bzw. das Studium mit betriebswirtschaftlichem und touristischem Schwerpunkt bezeichnet sie als schwierig. Dass es ihr wichtig ist, eine „gute Tochter“ zu sein, auf die ihre Eltern stolz sein können (01.27), wird an späterer Stelle deutlich, als sie auf die Herausforderungen einer Liebesbeziehung zu sprechen kommt:

> „Ich war in [Asien] nur eine Studentin, nur eine gute Tochter, Schwester. Aber Ehefrau war ich noch nie. Und auch für Beziehung, solche Lieb-, diese Verliebung habe ich nie in meiner Heimat gehabt.“ (01.14)

Mit Mitte 20 kommt sie nach Deutschland und heiratet zwei Jahre später ihren deutschen Mann. Im Rückblick bilanziert sie folgendermaßen:

> „Ich war den ersten Tag in Deutschland, ca. 2000. Ich war Touristin, ja. Und ja, bis jetzt bin ich- […] danach, danach bin ich verheiratet mit einem deutschen Ehemann, oder ja lebe ich als normal glückliche, ich habe sogar eine erfolgreiche Ehe, muss ich ehrlich sagen.“ (01.12f.)

In ihrer Erzählung definiert sie sich stark über das Ehefrau-Sein. Die Ehe hält mehrere Jahre und wird gegen den Wunsch von Suree Schuster geschieden. Sie spricht von einer „Zwangs“-Trennung durch das Gericht, ihr Mann ist für sie heute noch „ein sehr lieber netter Kerl“ (01.29). Aus Sicht der Fachberatung und MediA stellt die Scheidung eine starke Zäsur dar.

> MediA-Mitarbeiterin: „Ich glaub die Trennung von ihrem Mann, … die hat einen ziemlichen Einschnitt in ihr Leben gebracht. Und das zusammen zu bekommen, also dass man da für sich ein klares Bild bekommt, wie ist das, wie das alles entstanden ist, das ist auch kaum möglich. Weil sie da sehr wirr einfach erzählt hat und das Gericht hat entschieden […]. Also das ist so das Einzigste, was ich in den Gesprächen rausfinden konnte, es war ein sehr, sehr tiefer Einschnitt für sie und das begleitet sie jetzt noch. Also es ist jetzt in den Gesprächen immer noch dabei und da besteht auch immer noch eine Hoffnung, weil, sie redet immer noch von ihrem Mann.“ (02.49ff.)

In allen drei Interviews wird darüber hinaus deutlich, dass Suree Schuster das Thema Sexualität auf eine bestimmte Art und Weise wichtig ist und von ihr stark mit Ehe und christlichem Glauben verbunden wird:

> Suree Schuster: „Aber nach der Trennung habe ich kein solches Thema [Frauenarztbesuch; Pille]. Ich habe kein Problem damit in Beziehung aber egal. Ich habe [eine] eigene bestimmte Richtung über Kirche, Richtungslinie, ähnlich – wie soll ich nur sagen – wie Nonne.“ (01.31)

Sie selbst negiert jegliche sexuellen oder intimen Erfahrungen außerhalb ihrer Ehe und dies zu betonen, scheint ihr wichtig. Im Sozialhotel „missioniert“ sie bei Bewohner*innen, die eine*n Sexualpartner*in mitbringen. Sie trägt ihren Anspruch nach sexueller Abstinenz außerhalb der Ehe auch an andere heran, was zu Spannungen und Auseinandersetzungen im Sozialhotel führt:

> Fachberaterin WNH: „Aber bei mir haben sich auch schon Frauen beschwert und ich wusste gar nicht, woher diese Zettelchen kommen, aber irgendwann hab ich erfahren, dass es von ihr ist. Und sie missioniert, aber ja in einer Weise, also sehr moralisch […]. Da waren wohl

> auch Paare im Haus, die dann auch übernachtet haben, Paare, die nicht verheiratet sind. Das ist wohl auch ein Thema von ihr.“ (03.32)

Sexualität außerhalb der Ehe scheint für Suree Schuster negativ besetzt zu sein. Bei einem MediA-Termin bringt Suree Schuster das Thema sexueller Missbrauch in einem völlig unklaren Zusammenhang zur Sprache, sie wirkt dabei auf die Beraterin sehr konfus und emotional außer sich. Es bleibt dabei offen, ob dies mit eigenen (alten oder neuen) Erfahrungen zusammenhängt.

> MediA-Mitarbeiterin: „Also … es gab mal eine Sitzung, da habe ich mir, also da war ich schon ein bisschen besorgt, wo ich mir auch überlegt habe, ob ich jetzt mal irgendwie was machen muss […]. Ja also da war so eine Mischung zwischen Religion und Sexualität. Und also das war ganz schräg […] es ging irgendwie darum, sie hat irgendwie von einem sexuellen Missbrauch gesprochen, der… oder dass, dass Leute sexuell das ausnützen würden irgendwie, aber so richtig […] es war nicht greifbar.“ (02.32ff.)

Suree Schusters Lebenszusammenhänge zu verstehen, stellt sich sowohl im Interview selbst als auch für die MediA-Mitarbeiterin und die Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe als schwierig dar. Dazu trägt das sprachliche Ausdrucksvermögen von Suree Schuster, aber vermutlich ganz zentral auch ihre anzunehmende Psychose mit einem veränderten Realitätsbezug bei.

Welchen Einfluss diese Erkrankung auf die schwierige Wohnsituation von Suree Schuster hat, bleibt ebenfalls unklar. Im Jahr ihrer Scheidung – und vermutlich als direkte oder indirekte Folge davon – verliert sie durch eine Räumungsklage ihre (Ehe-)Wohnung und kurze Zeit später ihr eingelagertes Eigentum.

> Fachberaterin WNH: „Und über diese Scheidung hat sie aber auch lange nicht reden können. Sie hat sich immer als verheiratet angesehen und wie sie auch nicht akzeptieren, schwer akzeptieren konnte, dass die Wohnung weg war, konnte sie auch mit der Scheidung, das konnte sie lange nicht akzeptieren. Also da haben wir einige Zeit gebraucht, bis wir da Konsens gefunden haben. Ja und dann war die Wohnung weg und die meisten Möbel und die ganzen Sachen, glaub ich auch. Das war eingelagert zwei Monate. Und sie hat‘s dann schwer mit so Fristen. Und dann darf das vernichtet werden und die Sachen waren dann weg.“ (03.81ff.)

Suree Schuster wäre grundsätzlich in der Lage, in einem geschützten Rahmen im Alltag zurechtzukommen, also z.B. das Zimmer und ihre Kleidung in Ordnung zu halten, zu kochen oder die Körperpflege aufrechtzuerhalten. Schwierigkeiten hat sie mit der Wahrnehmung von Terminen und dem Ausfüllen von Anträgen, die sie auf ihren Status als Hilfeempfängerin verweisen – das schildert die Beraterin wie folgt:

> „‚Frau Schuster, das müssen Sie jetzt machen …, Bewilligungsantrag stellen beim Jobcenter, sonst bekommen Sie kein Geld mehr‘. Dann guckt sie mich an und überlegt und macht‘s dann erstmal nicht. Aber wenn dann kein Geld auf dem Konto ist, dann kommt sie und dann füllen wir das zusammen aus. Wohnberechtigungsschein ausfüllen – auch nur auf Druck. Und dann versäumt sie das wieder. Die Punktzahl, die es gibt, ist dann wieder reduziert. Also sie kann ganz schlecht Dinge annehmen, was andere zu ihr sagen, weil sie sich eigentlich gerne in der Helferinnenrolle sehen möchte.“ (03.76ff.)

Aus der Perspektive der MediA-Mitarbeiterin bedarf es letztlich der Schaffung und Gestaltung eines Ortes, an dem Suree Schuster in ihrer „Ver-rückt“heit einfach so sein darf, wie sie ist und wo Krankheitseinsicht und Eingestehen von Hilfebedürftigkeit nicht vorausgesetzt werden (vgl. 02.110ff.). Aus Sicht der Fachberaterin WNH ebenso wie aus Sicht der MediA-Mitarbeiterin ist der (psychische) Gesundheitszustand für die Schwierigkeiten von Suree Schuster verantwortlich.

Innen- und Außenperspektive auf Suree Schusters Gesundheitszustands gehen sehr stark auseinander. Fachberaterin WNH und MediA-Mitarbeiterin vermuten – nach einem erfolglosen Anbindungsversuch bei der PIA – eine Psychose in Richtung Schizophrenie mit Störungen in der Wahrnehmung bzw. Verlust des Realitätsbezugs mit fehlender Krankheitseinsicht. Aufgrund einer fehlenden Compliance war allerdings eine psychiatrische Diagnostik bisher nicht möglich gewesen. Der fehlende Realitätsbezug spiegelt sich in den Erzählungen der Fachberaterin WNH sowie der MediA-Mitarbeiterin:

> MediA-Mitarbeiterin: „S. sieht sich nicht als krank, also für sie ist das, ihre Welt ist für sie total real. […] Ja und jegliche Form da mit ihr eine Realitätsüberprüfung zu machen, was ich auch zum Beispiel jetzt heute wieder versucht habe-, es ist einfach sehr erfolglos, weil sie-, also in der Psychologie sagt man ja so, die Menschen spalten sich von schwierigen Themen ab, die sie nicht verarbeiten können, ja, also da gibt es dann quasi von der Psyche eine Spaltung, die dann quasi die Person verlässt sozusagen und das ist genau so, genau so ist das bei ihr.“ (02.18ff.)

> Fachberaterin WNH: „Ich weiß, dass dieser PIA-Besuch war und ich meine, ich hab irgendwo notiert, Telefonat mit [MediA-Mitarbeiterin], keine Compliance. Konnten auch nicht mit ihr arbeiten. Medikamente möchte sie keine nehmen. Das Wort Schizophrenie ist, denke ich, gefallen. Ich weiß aber nicht, ob sie, ob man ihr wirklich gesagt hat: ‚Frau Schuster, Sie sind erkrankt von irgendeiner Form Schizophrenie. Ihnen könnten Medikamente helfen‘, ich weiß nicht, wie die gearbeitet haben. Ich nehme es mal an. Aber ich glaub, dabei ist es geblieben. Ist schade, ja.“ (03.110ff.)

Im Gegensatz zu diesen Einschätzungen nimmt sich Suree Schuster selbst als gesund und fit wahr. Sie erzählt, dass sie sich gesund ernährt und viel Sport macht wie Schwimmen, Walking oder Jogging. Sie bejaht die Frage, ob sie zum Frauenarzt und zum Zahnarzt geht. Als letzten tatsächlichen Arztbesuch berichtet sie von einer Lungenuntersuchung vor zwei Jahren, als Voraussetzung zur Aufnahme im „Sozialbereich“ (01.30). Diese Erzählungen über Arztbesuche bleiben allerdings alle vage und abstrakt und wirken eher wie eine Absichtserklärung denn als tatsächliches Tun:

> Suree Schuster: „Aber momentan-, ich versuch mich selbst irgendwie-, selbst fit zu bleiben, weil ich selber Gesundheitsberaterin bin. Und deswegen-, ich muss das schon wissen, ob ich selber passe, also gut kümmern. Bevor ich andere weiter berate, muss ich selbst ja wissen.“ (01.76f.)

Die Konsultation bei der PIA deutet Suree Schuster für sich als Bewerbungsgespräch. Auf die Frage, ob sie schon mal im Krankenhaus war, antwortet sie:

> „Nein, war ich noch nie. Nur einfach Besprechung, Bewerbung, Besprechung für Bewerbungsgespräch und auch engagierte Leistung, für Krankenpflegerin.“ (01.21)

So erzählt sie es auch der Fachberaterin WNH, die sich wie folgt an den Bericht erinnert:

> „Und mit den Kollegen [von MediA] ist sie dann zur PIA und ich glaube, ich hab Rückmeldung dann wieder von der Kollegin bekommen und Frau Schuster sagte nur, also sie wollte sich dann da bewerben bei der PIA.“ (03.66f.)

In ihrer Selbstzuschreibung als Gesundheitsberaterin erstellt Suree Schuster bunte Flyer, auf denen sie ihre „Gesundheitsangebote“ bewirbt und diese auch per E-Mail ans Jobcenter, die Fachberatung, die Polizei und auch an das WoGe-Projekt schickt. Gesundheit ist das alles überlagernde Thema, bei dem Krankheit ausgeblendet bleibt. Dieses nach außen gerichtete Gesundheitshandeln von Suree Schuster kann als Schutz verstanden werden. Ohne eine Behandlung wird sich ihr Zustand allerdings vermutlich nicht verbessern, sondern – wie es die zitierten Fachkräfte befürchten – verschlechtern.

Gesundheitshandeln

Bereits im vorausgegangenen Abschnitt wurde deutlich, wie stark gesundheitliche Themen bzw. das individuelle Gesundheitshandeln mit dem Alltag von Suree Schuster verwoben sind und welch hohe Relevanz das Thema für sie hat. Die zentrale Ambivalenz in diesem Handeln soll im Folgenden kurz zusammengefasst werden.

Suree Schuster benennt Ernährung, Hygiene, Sport, Abstinenz von Alkohol und Sexualität außerhalb der Ehe als wichtige Gesundheitsfaktoren. Psychische Themen kommen nicht vor bzw. werden von ihr ausgeblendet. Diese für sie hoch relevanten Gesundheitsthemen stehen unvermittelt neben dem Verdacht ihrer psychischen Erkrankung, die durchgängig nicht von ihr thematisiert werden kann – entsprechende Versuche durch Fachkräfte werden als Fachaustausch umgedeutet. Ihr Agieren als selbsternannte Gesundheitsberaterin (und damit die Art und Weise, wie sie ihre Gesundheitsthemen externalisiert) führt sie kontinuierlich in Schwierigkeiten und auch zur Kündigung im betreuten Wohnen. Die Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe berichtet dazu Folgendes:

> „Dann hat sie auch Beratungsangebote gemacht und eine Zeitlang haben die Kolleginnen auch- ‚das ist ja nett' gelächelt oder ‚Wie benutze ich' – also was ganz Einfaches – ‚wie benutze ich den Herd, wie putze ich den Herd, wie wasche ich die Hände', richtiges Händewaschen also Hygienevorschriften hat sie dann auch aufgehängt." (03.36)

> „Und dann war sie ja in der Frauenpension. Und dort wurde sie ja gekündigt. […] Frau Schuster konnte sich nicht einordnen in die Gruppe der dort wohnenden Frauen. […] Und ist dann leider auch sehr in Konflikt geraten mit den Mitarbeitern dort, die sie kritisiert hat. Und ich denke, Kritik ist ok, aber die dann immer mehr ja angegriffen auch hat und es kam dann zum tätigen Angriff sogar." (03.10ff.)

Es gibt im Interview mit Suree Schuster Momente, in denen sich erahnen lässt, dass Suree Schuster leidet und dieses Leid auf andere Mitbewohner*innen externalisiert, beispielsweise wenn sie formuliert:

> „Ich glaube, die Leute [Adressat*innen der Wohnungsnotfallhilfe] hören nicht so gerne, dass sie Hilfe brauchen, Unterstützung wäre besser. […] Das helfen sie besser, dass sie nicht für unfähig fühlen oder Minderwertigkeit fühlen. Diese Leute im Sozialwohnbereich, sie leiden so tief." (01.60f.)

Und ein Teil von ihr scheint um ihre „wirkliche" Situation zu wissen – das deuten zumindest folgende Gedanken von ihr an, in denen sie eine Krise eingesteht und auch ihren Beratungsbedarf:

> „Ich kann hier mein eigenes Leben leben. Also seitdem ich in diese Lage gekommen bin, die sozial unfähig, also erfahren müssen, da hab ich … gelernt, dass es auch gar nicht immer schlecht-, weil da ich war noch nie in dieser hilflosen Situation …, ich war immer fähig, bin bereit zu lernen. Dann seh ich diese Krise an, sogar eine mögliche Chance, von da her bekannte ich, ja, das ist doch nicht so ganz negativ, in dem Sinn, kann man überwinden. Man muss richtige Person treffen, Besprechung bekommen." (01.9ff.)

Suree Schuster negiert ihre psychischen Erkrankung oder die Notwendigkeit einer Behandlung. Die veränderte Wirklichkeitskonstruktion führt wiederholt zu einer Gefährdung ihrer Existenzgrundlage (Wohnung, Eigentum). Vermutlich besteht auch ein kausaler Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und dem Zerbrechen ihrer Ehe, welche für sie einen sehr hohen Stellenwert hat bzw. hatte und die für sie auch „Normalität" zu repräsentieren scheint. Dass in einer nicht zu klärenden Weise Arztbesuche für Suree Schuster ebenfalls mit Ehe zusammenhängen, macht schließlich folgende Aussage deutlich:

„Seitdem ich selber Gesundheitsberaterin bin, versuch ich so wenig wie möglich einen Arzt zu besuchen […]. Aber wenn ich wieder verheiratet [bin], wenn wieder normal alles, dann bin ich nicht mehr Gesundheitsberaterin. Dann würde ich sehr gern, also jedes Jahr bei Arzt besuchen. Untersuchung machen lassen. Und Heilung, Behandlung brauch ich nicht, weil bei mir nicht notwendig.“ (01.45ff.)

Begleitung und Unterstützung

Suree Schuster kann selbst keine negativen Erfahrungen im medizinischen System benennen. Auf gute Erfahrungen angesprochen, erzählt sie von ihrer Frauenärztin, die ihr während ihrer Ehe die Pille verschrieben hat. In Begleitung einer MediA-Mitarbeiterin ist Suree Schuster zu ein oder zwei Terminen in die PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) gegangen, die sie für sich selbst als Bewerbungsgespräch umgedeutet hat.

MediA-Mitarbeiterin: „Es gab zwei Termine, und das hat sie dann aber leider abgebrochen, […] weil sie dann damit konfrontiert wurde, dass sie eigentlich auch eine Patientin ist ja. Und das hat ihr überhaupt nicht gefallen, ja weil sie sich ja in der Rolle als Kollegin sozusagen sieht. Also diese Gespräche sind immer für sie von Kollegin zu Kollegin. Und da wurde sie natürlich dann von einer anderen Seite konfrontiert, da war ein Psychiater dabei und eine Psychologin […]. Also zu mir kam sie weiterhin, ja das, das ist ihr irgendwie wichtig, aber in die PIA kam sie nicht mehr.“ (02.12ff.)

Ohne Begleitung wäre Suree Schuster vermutlich nicht zur PIA gegangen. Insofern hat die Begleitung durch MediA einen Zugang zum Gesundheitssystem eröffnet, der allerdings bei Suree Schuster aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht nicht zu einer Aufnahme bzw. Anbindung und damit zu einer psychiatrischen Behandlung führte. Im Gegensatz dazu nimmt Suree Schuster die sozialtherapeutischen Termine bei MediA seit einem Jahr verlässlich und regelmäßig wahr – obwohl sie in diesen Gesprächen neben der Vermittlung von Wertschätzung auch „konfrontiert“ wird. Sie beschreibt diese Gespräche als Stärkung.

MediA-Mitarbeiterin: „Das eine ist, dass ich ihr Wertschätzung gebe für das was sie tut und für ihr Engagement, was ja wirklich ein sehr hohes Engagement ist. Und auf der anderen Seite stell ich dann das in Frage gleichzeitig. […] Weil das hab ich mich echt auch schon gefragt, warum sie eigentlich immer wieder kommt. Weil eigentlich konfrontiere ich sie ja immer wieder damit, dass sie Patientin ist. Ich glaube einfach, dass ihr der Austausch gut tut, dieser also für sie professionelle Austausch mit einer Kollegin, so sieht sie mich ja, ja ich glaube dass der ihr einfach gut tut. Ich glaube, dass das, keine Ahnung, vielleicht hat das auch ein bisschen was mit Sicherheit zu tun.“ (02.86ff.)

Suree Schuster: „[MediA] hilft mir alle Aspekte hier. Wir tauschen uns aus, also die Meinung, was ich bisher die Leistung gemacht habe […] alle Gespräche für mich sehr hilfreich, weil ich liebe Gespräche. Das hilft mir immer danach besser zu arbeiten.“ (01.52)

Die Gespräche lassen ihr offenbar Raum, sich weiterhin über Arbeit zu definieren. Die Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe hat Kontakt zu MediA aufgenommen in der Hoffnung, dass die zeitlichen und fachlichen Ressourcen im Rahmen des Projektes Suree Schuster ermöglichen, sich zu öffnen und die ‚not-wendige‘ gesundheitliche Hilfe und Unterstützung anzunehmen:

„Und dann war ich sehr froh, dass es dieses Projekt gab. Und die haben es ja auch geschafft, sie zur PIA zu bewegen. Vor allem haben die Zeit, dachte ich, auch das ist schön. Ich habe nicht viel Zeit, und sie kommt meistens Ende des Monats. Wenn, dann geht’s um Formalitäten und dann machen wir viel Verwaltungsangelegenheiten, und ich wusste, da ist Zeit bei MediA. Es ist nicht weit weg vom Hotel. Und so hatte ich 'ne Hoffnung, dass die

> vielleicht wirklich tieferen Kontakt auch kriegen und sie diese Gespräche nutzen kann und dann dort erzählt, was sie mir nicht erzählt.“ (03.106ff.)

Der Faktor Zeit wird als Ermöglichung von Seiten der Fachberaterin benannt, mit Suree Schuster arbeiten zu können, und wirft ein Licht auf die strukturellen Bedingungen. Diese begrenzenden Bedingungen nimmt auch Suree Schuster selbst wahr. Trotz dieser Schwierigkeiten erlebt Suree Schuster die Fachberatung auch als positiv:

> „Sie ist sehr, sehr hilfreich […] und ich respektiere sie sehr, sie arbeitet ständig und hat viel Stress […]. Und, ja, ich wollen nur, dass sie vertraut, dass ich kein unfähiger Mensch bin, ich sollte mehr Lebensqualität behalten.“ (01.56ff.)

Ohne eine Krankheits- und Problemeinsicht und damit auch Mitwirkungsbereitschaft ist es im Rahmen der Wohnungsnotfallhilfe praktisch unmöglich, Suree Schuster in einen geeigneten Wohnraum nach §67 SGB XII zu vermitteln. Im Rahmen dessen, was Suree Schuster für sich annehmen kann, hat die Begleitung durch MediA und die Fachberatung aus Sicht der Forscherinnen eine stabilisierende Funktion: Die Begleitung ermöglicht Suree Schuster das Aushalten einer anderen Wirklichkeitskonstruktion und verhindert eine Verschlechterung – auf psychischer Ebene und zum Erhalt eines Wohnangebotes.

Zusammenfassende Interpretation

Die psychische Erkrankung von Suree Schuster ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ursächlich für ihre Wohnungsnot und Arbeitslosigkeit. Der Verlust von Wohnung und Arbeit stellen gleichzeitig als biografische Ereignisse neben Trennung und Scheidung Faktoren dar, die auf ihren gesundheitlichen Zustand zurückwirken. Solange keine Veränderung bzw. Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung eintritt, wird sich vermutlich in den anderen Bereichen wenig bewegen.

Im Falle von Suree Schuster ist es trotz der zunächst gelungenen Begleitung zur PIA im Rahmen des MediA-Projektes nicht zu einer adäquaten medizinischen Versorgung gekommen. Dabei scheint aus Sicht der Forscherinnen eine fehlende Krankheitseinsicht als Teil des Krankheitsbildes von Bedeutung zu sein. Der PIA ist es nicht gelungen, passende Angebote zu machen, die Suree Schuster annehmen kann. Das wirft die Frage auf, ob dies ein strukturelles Defizit des Gesundheitssystems darstellt.

Die Begleitung von MediA, die darauf ausgerichtet ist, Übergänge ins Gesundheitssystem zu gestalten, erweist sich als niederschwelliges und annehmbares Angebot für Suree Schuster, das zwar nicht zu einer (gesundheitlichen) Verbesserung führt, aber vermutlich zentral zu einer notwendigen Stabilisierung beiträgt. Sowohl MediA als auch die Fachberatung thematisieren, dass für Suree Schuster ein gemeindepsychiatrisches Angebot passender wäre. Allerdings scheint der Zugang auf praktischer Ebene zu hochschwellig zu sein, da hierzu ebenfalls eine gewisse Problemeinsicht durch Suree Schuster notwendig ist.

Kritische biografische Lebensereignisse Suree Schusters werden in der vorliegenden Fallstudie vor allem in der Trennung und Scheidung von ihrem deutschen Ehemann sichtbar, für den sie ihr Heimatland und ihre Familie verlassen und gleichermaßen hinter sich gelassen hat. Dahinter lässt sich aber noch eine tiefergreifende Vulnerabilität vermuten im Zusammenhang mit ihrer Herkunftsfamilie, der eigenen Adoption und der Migrationserfahrung.

Suree Schuster definiert sich bis heute als Ehefrau (als das „Normale“, vgl. 01.45) und in ihrer Wirklichkeitskonstruktion als Gesundheitsberaterin. Für ihre eigene Identität scheinen die stark vergeschlechtlichten Rollenbilder als Ehefrau, Tochter, Schwester, die sie eingenommen (und wieder verloren) hat oder die Mutterrolle, auf die sie ihrem Mann zuliebe verzichtet hat, identitätsstiftend zu sein. Mit dem Verlust dieser Rollen scheint sie ihre Anerkennung zu verlieren und dies ‚ver-rückt‘

gewissermaßen ihre eigene Wirklichkeit, in der sie nur als Gesundheitsberaterin einen Sinn und Zweck zu finden scheint. Vielleicht kann der Rückzug in eine andere Wirklichkeit aber auch als Selbstschutz verstanden werden, um mit einem nicht ertragbaren Verlust – ihrer Familie, ihrer Bezüge zum Herkunftsland, ihrer Ehe, ihrer Wohnung, ihres Eigentums, ihrer Arbeit – umzugehen.

Wird die Frage nach stärkenden Faktoren für Suree Schuster gestellt, so muss in diesem Zusammenhang Stärkung als Stabilisierung und Entgegenwirken einer Verschlechterung von Suree Schusters psychischer Gesundheit verstanden werden. Aus Sicht der Forscherinnen gelingt dies durch die Kontinuität in Person der Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe, die Suree Schuster seit Jahren begleitet und versucht, die Balance zu halten zwischen der ‚ver-rückten' Wirklichkeitskonstruktion und einer notwendigen Mitarbeit, um Suree Schuster in der Wohnform des begleiteten Wohnens zu halten. Aber auch die regelmäßigen Gesprächstermine bei MediA tragen zur Stabilisierung von Suree Schuster bei. Sie erlebt es als hilfreich, über ihre Gesundheitsprojekte zu sprechen und sich damit ein Stück weit selbstwirksam bzw. ernst genommen erleben zu können.

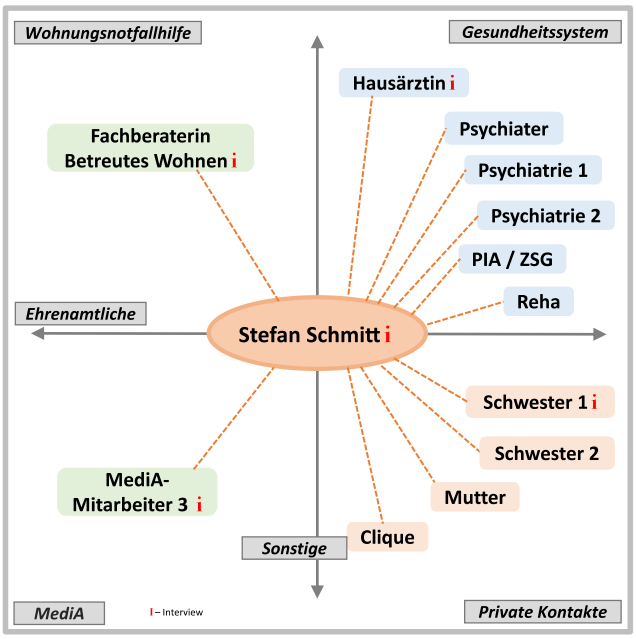
In der Fallstudie von Suree Schuster werden die Grenzen einer Begleitung ins Gesundheitswesen deutlich: Solange Suree Schuster ihre Behandlungsbedürftigkeit abwehren muss und ihre psychische Erkrankung nicht anerkennen kann, ist es trotz der vertrauensvollen Kontakte zu den Professionellen der Wohnungsnotfallhilfe und MediA nicht möglich, sie für eine medizinische Behandlung zu gewinnen. Dennoch erfüllt die Begleitung aus Sicht der Forscherinnen eine wichtige Funktion: Die Fachkräfte sind in kontinuierlichem Kontakt, gewissermaßen auf „Stand-by" und dadurch in der Lage, dann einzugreifen, sollte sich die Situation zuspitzen oder sich Suree Schuster in irgendeiner Weise selbst (weiter) gefährden. Die professionelle Anforderung besteht hierbei darin, einer weiteren Destabilisierung bzw. Eskalation vorzubeugen und nicht aufzugeben, nach Ansatzmöglichkeiten für eine Behandlung zu suchen. Dies wird durch ein Bindeglied wie MediA ermöglicht. Die Barriere im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, die Suree Schuster für sich selbst darstellt, ist nicht kurzfristig und nicht mit Zwang überwindbar. Eine Überwindung dieser Barriere setzt einen langen Atem und einen engen Kontakt voraus, der darauf angelegt ist, eine freiwillige (und damit erfolgversprechendere) Behandlungseinwilligung zu erreichen – in Regeldiensten fehlen dafür häufig die Ressourcen.

4.10 Stefan Schmitt: „Da hab ich jetzt halt echt Jahre darauf gewartet, einen Therapeuten zu kriegen“

Stefan Schmitt ist zum Interviewzeitpunkt Mitte 30 und lebt seit fast vier Jahren im betreuten Wohnen. Die zuständige Mitarbeiterin initiiert ein gemeinsames Gespräch mit der MediA-Fachkraft des Baustein 3 (Seelische Gesundheit), wozu sie Stefan Schmitt auch persönlich begleitet.

Stefan Schmitt (01)[30]erzählt im Interview, dass er durch seine beiden (Halb-)Schwestern, seine Hausärztin sowie durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) einer Klinik unterstützt worden ist. Eine der Schwestern, die im Großraum Stuttgart lebt, und die Hausärztin sind offen für ein Interview. Insgesamt können somit in dieser Fallstudie fünf Perspektiven erhoben werden: Stefan Schmitt selbst, seine Schwester, die Hausärztin, seine Betreuerin der Wohnungsnotfallhilfe und ein im Projekt beteiligter Psychotherapeut. Damit gelingt in dieser Fallstudie, die Subjektperspektive sowie verschiedene professionelle Sichtweisen von Wohnungsnotfallhilfe und Gesundheitssystem durch eine Perspektive aus dem privaten Umfeld zu ergänzen und damit noch weitere und tiefergehende Zusammenhänge sichtbarer und verstehbarer zu machen.

Abbildung 11: Soziales Netzwerk Stefan Schmitt



Stefan Schmitts gesundheitliche Themen im Überblick:

- Ängste
- Depressionen
- Bipolare Störung
- Persönlichkeitsstörung
- Asthma & Blinddarmentzündung im Kindesalter

Kurzportrait Stefan Schmitt

Stefan Schmitt ist in Niedersachsen geboren und aufgewachsen. Er hat zwei Halbschwestern, die fast 20 Jahre älter sind und aus einer früheren Beziehung der Mutter stammen. Sein leiblicher Vater ist gestorben, als Stefan Schmitt noch klein war. Stefan Schmitt schließt die Schulzeit ‚nur‘ mit einem Realschulabschluss ab, nachdem er zuerst das Gymnasium besucht hat. Dies wird von der Mutter gegenüber Verwandten und Bekannten verheimlicht; sie erzählt allen, dass er studieren würde. Tatsächlich beginnt er eine kaufmännische Ausbildung, die ihm liegt und gefällt. Er hat verschiedene Hobbys und geht gern mit anderen feiern.

[30] Die Quellenangaben der Zitate im vorliegenden Text setzen sich zusammen aus der Ziffernfolge der nacheinander geführten Interviews dieser Fallstudie sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription; dabei steht 01 für Stefan Schmitt, 02 für die Schwester, 03 für die Hausärztin, 04 für Fachberaterin betreutes Wohnen Wohnungsnotfallhilfe und 05 für Therapeut / MediA.

Stefan Schmitt besucht mit Anfang 20 ein Event, bei dem es zu einer Massenpanik mit Toten und vielen Schwerverletzten kommt. Danach manifestieren sich bei ihm eine Angststörung und depressive Episoden, wofür er zunächst keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt. Durch seine Rückzugs- und Vermeidungstendenzen kommt es zur Kündigung seines Ausbildungsverhältnisses und zum Wohnungsverlust. Er lebt einige Tage im Auto, bevor er wieder bei seiner Mutter unterkommt.

Nach einigen Monaten versucht Stefan Schmitt einen Neustart im Großraum Stuttgart, wo eine seiner Schwestern zusammen mit ihrem Mann lebt. Er kann zunächst bei ihr wohnen und findet einen Ausbildungsplatz, wieder im kaufmännischen Bereich. Eine Freundin und Nachbarin seiner Schwester vermietet ihm ein Zimmer in ihrer Wohnung unter. Nach deren unerwartetem Tod ein Jahr später kommt es bei Stefan Schmitt zu einer depressiven Phase. Er verlässt kaum mehr sein Zimmer und bricht den Kontakt zur Außenwelt ab. In der Folge werden Arbeit und Wohnung gekündigt. Die „gelben Briefe“ vom Gericht macht er nicht auf. Es kommt zu einer Zwangsräumung – die Tür muss aufgebrochen werden und er wird von Polizisten aus der Wohnung getragen. Zu diesem Zeitpunkt konsumiert er Cannabis und Amphetamine. Er wird obdachlos und verbringt ein paar Tage auf der Straße, bis er in einer Notunterkunft ankommt und es zu einem ersten psychiatrischen Klinikaufenthalt kommt, zu dem ihn die Schwester ‚nötigt‘.

In den anschließenden drei Jahren folgen mehrere längere Klinikaufenthalte in der Psychiatrie und eine mehrmonatige Reha-Maßnahme. Im Verlauf dieser Zeit werden verschiedene Diagnosen gestellt. Währenddessen lebt Stefan Schmitt im Rahmen von betreutem Wohnen in einer WG zusammen mit einem anderen jungen Mann. Er ist in ambulanter Behandlung bei einem Psychiater. Die medikamentöse Einstellung erweist sich als langwierig und zieht sich über mehrere Jahre. Der Zugang zur medizinisch indizierten Psychotherapie gelingt nicht.

Durch seine Betreuerin wird er an das MediA-Projekt (Baustein 3 – Seelische Gesundheit) vermittelt. Die Termine mit dem Therapeuten von MediA nimmt er wöchentlich wahr. Durch das psychotherapeutische Angebot von MediA, eine neue Medikation seines Psychiaters und die Unterstützung seiner Betreuerin stabilisiert er sich zunehmend. Kurze Zeit nach dem Interview mit ihm beginnt er ein Praktikum, für das er sich im Rahmen einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme beworben hat. Pläne für die Zukunft sind die Suche nach einem passenden Ausbildungsplatz und einer eigenen Wohnung.

Das Interview findet auf seinen Wunsch direkt im Anschluss an eine Therapiestunde statt, zu diesem Zeitpunkt ist Stefan Schmitt Mitte 30. Er ist offen, sehr aufgeschlossen, ausgesprochen höflich sowie politisch interessiert.

Biografische und lebensweltbezogene Themen

Bereits mit vier Jahren verliert Stefan Schmitt seinen Vater, seine Mutter muss ihn alleine großziehen. Die beiden volljährigen (Halb-)Schwestern sind bereits ausgezogen. Stefan Schmitt selbst thematisiert seine Kindheit nicht und auch nicht das Verhältnis zu seiner Mutter. Aus den anderen Interview-Perspektiven geht hervor, dass die Mutter gegenüber ihrem Sohn sehr hohe Erwartungen und Anforderungen gestellt habe, denen Stefan Schmitt nicht gerecht werden konnte (vgl. 02.345). Seine Schwester, die Hausärztin und auch der Mitarbeiter von MediA sehen in der Mutter-Sohn-Beziehung einen Zusammenhang mit den späteren Problemen und der Erkrankung von Stefan Schmitt.

> Hausärztin: „Es fehlt ihm das, was eine Mutter, oder was Eltern zu Hause bei Kindern normalerweise machen. Das hat er nicht bekommen als Kind. Keinerlei Unterstützung, der war mehr oder weniger auf sich gestellt. Und als Kind kann man das nicht alles. Es gibt

> einfach Dinge, wo man eine helfende Hand braucht. Und das geht in seinem Leben immer noch nach.“ (03.42ff.)
> MediA: „Gut, also seine Persönlichkeitsstrukturiertheit, die hat er schon gehabt. Dass menschliche Nähe, also enge Beziehungen nicht taugen und keinen Wert haben. Ich glaub, was vielleicht noch einschneidender war, der Tod von seinem Vater, als er sechs [sic! – vier lt. Schwester] war. Dass er da durcheinander gekommen ist und seine Mutter da versucht hat, die heile Welt aufrechtzuerhalten. Weil er auch lügen musste, was mit ihm ist und wo er steht und das musste immer nach außen hin, was sagen wohl die Nachbarn, was sagen die Verwandten. Ich glaub, das halt ihn nachhaltiger geprägt.“ (05.46ff.)

> Schwester: „Und dann, was ich alles ja nicht wusste, bis er gesagt hat, sagt er: ‚Ich bin zum Lügen angestiftet worden.‘ Ich sage: ‚Wie zum Lügen?‘ […] ‚Ja‘, sagt er, ‚meine, meine schulische Karriere‘ sagt er, ‚die ich da hatte‘ sagt er, ‚da bin ich durchgefallen.‘ […] Ich sage: ‚Kann bei jedem passieren. Wo ist das Problem?‘ ‚Ja‘, sagt er, ‚Da hat Mutter jetzt ein Problem draus gemacht. Ich musste meine ganze Verwandtschaft anlügen, dass ich alles bestanden habe und dass ich jetzt zum Studieren bin‘.“ (02.157ff.)

Er ist ein aktiver junger Mann, der gern mit Freunden feiern geht. Die Betreuerin erzählt:

> „[…] das hat er mal so gesagt, in der Schulzeit war er, war er jemand, der voll viele Kontakte hatte und voll viel draußen war, auch Freundinnen hatte und irgendwie so ein extrovertierter Mensch war und viel unterwegs war, genau.“ (04.123f.)

Stefan Schmitt selbst sieht den zentralen Wendepunkt und den Beginn seiner Depressionen und Ängste in der Massenpanik, bei der er, wie er laut MediA erzählt, „ja Teil war und da auch mittendrin! Also der hat gesehen wie Leut‘ halt auch niedergetrampelt wurden und so weiter.“ (05.44)

> Stefan Schmitt: „Ok, also das waren ziemlich genau sieben Jahre […] da war ich dabei […] bei dem Unglück. […] Und danach fing es dann an. Allerdings lange Zeit nicht, nicht in Behandlung gewesen, erst nach zwei Jahren Hilfe gesucht hier in Stuttgart.“ (01.14f.)

Aufgrund seiner Ängste und seiner depressiven Episode mit Rückzug und Antriebslosigkeit verliert er seinen Ausbildungsplatz und seine Wohnung. Er zieht wieder bei seiner Mutter zuhause ein (vgl. 01.26), aber vermutlich kann diese ihn nicht wirklich unterstützen. Es scheint ihm schwerzufallen, wieder auf die Füße zu kommen. Mit Unterstützung seiner Schwester, die zu diesem Zeitpunkt nur die Version der Mutter zu Schule und Ausbildung ihres Bruders kennt, gelingt ihm ein Neustart im Großraum Stuttgart. Er kann kurzzeitig bei ihr und ihrem Mann wohnen, findet einen Ausbildungsplatz, der ihm Spaß macht und zieht zur Untermiete bei einer Freundin der Schwester ein, mit der er sich nach eigenen Worten „sehr, sehr gut“ versteht:

> „Ich konnt mit der einfach über alles reden, wir haben eigentlich jeden Abend zusammen gesessen, ein Glas Rotwein getrunken.“ (01.190)

Stefan Schmitt stabilisiert sich und alles läuft gut:

> „[…] und da hab ich ein Jahr lang, ein gutes Jahr gehabt und dann ist eben meine Mitbewohnerin verstorben und dann ging wieder alles von vorne los.“ (01.30)

Durch den plötzlichen und unerwarteten Tod der Mitbewohnerin fällt er erneut in tiefe Depressionen, zieht sich immer mehr zurück, öffnet keine Briefe, nimmt Cannabis und Amphetamine und verdrängt die Kündigung durch die Erben seiner Vermieterin.

> Stefan Schmitt: „Wie gesagt, als meine Mitbewohnerin dann verstorben ist, äh, hab ich mich von allem abgekapselt: Job aufgegeben, mich nicht mehr gemeldet, bei meiner Schwester mich nicht mehr gemeldet, bei niemandem mehr gemeldet. […] Und ich bin eigentlich erst dann, ähm, musste ich mich melden, als dann der freundliche Gerichtsvollzieher kommt

> und einen dann aus der Wohnung trägt. […] Ich saß hinter der Tür und naja, dann ist man halt so drauf und sagt: die gehen weg, die gehen weg, die gehen weg. Und wenn der Schlosser sagt, jetzt hol ich den Kuhfuß, also so ein großes Brecheisen, da wusste ich, äh, jetzt ist es aus.“ (01.70ff.)

Es kommt zu einem absoluten Tiefpunkt in seinem Leben, an dem er nicht mehr weiter weiß. Die Hausärztin erzählt: „Er hatte dann auch irgendwann mal angedeutet, irgendwas suizidal mäßig, irgendwas zu planen“ (03.6). Nachdem er ein paar Tage auf der Straße gelebt und eine Nacht in der Notunterkunft verbracht hat, offenbart er sich in seiner Not zum ersten Mal der Schwester, die ihn aufnimmt und ihn sowohl zur Beratungsstelle der Wohnungsnotfallhilfe als auch zur stationären Psychiatriebehandlung drängt.

> Stefan Schmitt: „Also ein-, einmal war das nur, äh, weil ich wirklich auf der Straße saß und dann telefoniert hab und äh, ich dann halt eben gesagt hab, ‚ich mag nicht mehr.‘ Und dann hat sie gesagt: ‚Komm ganz schnell her‘.“ (01.349)

Ab dieser Zeit erlebt er Psychiatrie-Aufenthalte und seinen seelischen Zustand als lebensbeherrschend (vgl. 01.04). Zeiten in der Klinik wechseln sich ab mit dem begleiteten Wohnen, wo er einen Platz in einer Zweier-WG findet.

Eine positive Wende bringt das Zusammenspiel von richtiger Medikation, Unterstützung durch die Wohnungsnotfallhilfe und besonders durch eine psychotherapeutische Begleitung durch MediA, für die Stefan Schmitt zutiefst dankbar ist (vgl. 01.534).

Das Thema Wohnen hängt bei Stefan Schmitt zentral mit seinem psychischen Gesundheitszustand zusammen. Zweimal verliert er in Folge seiner Depressionen und Angstzustände Arbeit und Wohnung und sucht sich Unterstützung bei der Familie. Seine Mutter und später die Schwester können ihn aber nur für eine kurze Zeit bei sich aufnehmen. In der kleinen 3-Zimmer Wohnung der Schwester kommt es schnell zu Spannungen und somit erweist sich auch diese Wohnform als begrenzt tragfähige Lösung.

> Hausärztin: „Und die Schwester hat dann auch darunter gelitten und dann gesagt: ‚Also ich will ihm jetzt schon helfen, ich bin bereit ihn zu unterstützen‘. Sie hat ihre eigene Familie, hat ihren eigenen Beruf und ihren Stress und dann meckert er dauernd irgendwie dagegen und dann hat sie gesagt: ‚So, wenn das jetzt so ist, dann musst du jetzt alleine zurechtkommen‘.“ (03.6f.)

Eine für ihn passende Wohnform, wie bei der Freundin der Schwester, wirkt sich wiederum positiv auf seine Lebenslage und seinen psychischen Zustand aus und ermöglicht Stabilisierung. Durch den plötzlichen Tod seiner Vermieterin, die mittlerweile zu einer Freundin geworden ist, kommt es erneut zu einer depressiven Episode und damit erneut zum Wohnungsverlust bzw. zur Obdachlosigkeit. Im Anschluss erweist sich das betreute Wohnen für ihn als letzte, aber kontinuierliche Möglichkeit, während seiner psychiatrischen und psychotherapeutischen Odyssee ein (fast) sicheres Dach über dem Kopf zu haben. Denn auch in diesem Rahmen gefährdet die Symptomatik seiner Depression (Apathie, Antriebslosigkeit, usw.) sowie seiner Angststörung den Wohnraum, da er die monatlichen Termine zur Hilfeplanfortschreibung nicht verlässlich wahrnehmen kann.

> Betreuerin: „Weil ich hab ihn dann unter Druck gesetzt, auch wenn’s mir <u>leid</u> tat und ich weiß ja um seine Erkrankung, teilweise unter Druck setzen müssen und ihn abmahnen müssen, weil im betreuten Wohnen ist das halt schon so- […] Pflicht, dass man mitarbeiten <u>muss</u>, wobei das dann dazu geführt hat, dass er dann auch wieder kam. […] Also zweite Abmahnung ist […] schon der Punkt, wo man sagt äh: ‚Kündigung.‘ […] bei uns ist halt immer der Wohnraum auch an die Betreuung gebunden, das heißt, das bedeutet, dann halt auch Wohnraumverlust.“ (04.38ff.)

Abgesehen von seinen psychischen Störungen ist Stefan Schmitt gesund, wie er selbst sagt:

> „Äh, psychische Gesundheit [spielt in meinem Leben] ne relativ große, körperliche keine Rolle, körperlich bin ich relativ gesund, relativ gut immer durchs Leben durchgekommen." (01.4)

In seiner Kindheit hat ihn Asthma lange begleitet und einmal war er wegen einer Blinddarmentzündung im Krankenhaus.

> Hausärztin: „Also organische Krankheiten [gibt es] nicht. Sonst hat er eine gute Statur. Er ist ein gutaussehender junger Mann. Da kann man so gar nichts sagen. Wenn man ihn so sehen würde auf der Straße, dann würde man sich dabei gar nichts denken. Und, und irgendeinen Fehler oder eine Krankheit, eine organische Krankheit gibt es nicht. Gott sei Dank." (03.30f.)

Im Interview mit Stefan Schmitt werden relativ wenige wichtige Menschen sichtbar. Dazu gehört seine Mutter, wobei die Beziehung zwischen Mutter und Sohn den Forscherinnen vielschichtig und teilweise sehr belastet erscheint und darin auch Gründe und Ursachen seiner Persönlichkeitsstörung vermutet werden können (vgl. z.B. 02.345, 03.42, 05.46, 02.157). Er besucht seine Mutter selten, zum Beispiel an Feiertagen:

> MediA: „Also von wegen Unterstützung hab ich nichts gehört, eher im Sinne von ‚die haben mich in Stich gelassen, die kannste vergessen', ‚Mit Mutter kannst eh nichts anfangen, weil die ist nur damit beschäftigt den Schein zu wahren. Da gehst halt hin, weil man an Weihnachten halt zur Mutter geht, weil das halt viele machen.' Aber Unterstützung hab ich da nirgends rausgehört." (05.56f.)

Dann gibt es die beiden älteren Schwestern, die vor allem in den letzten Jahren Anlaufstelle und Unterstützungsmöglichkeit geworden sind und ihn beim Umzug nach Stuttgart bestärkt und unterstützt haben. Bei seiner Schwester meldet er sich dann auch in höchster Not und ist ihr im Nachhinein dankbar, dass sie ihn zur Aufnahme in die Psychiatrie drängt (vgl. 01.60ff.). Aber Inhalt und Umfang dieser Unterstützung sind beidseitig Grenzen gesetzt.

> Stefan Schmitt: „((Seufzt)). Ja, das ist immer so, man, man will ja auch die Leute nicht immer zusätzlich noch belasten mit seiner Kaputtheit. Ich hab immer so das Gefühl. Die haben, die haben ja selber auch ihre Kreuze zu tragen und dass man die so mit der eigenen Kaputtheit so ein bisschen belastet. […] Da bin ich lieber vorsichtig so. Man will sie halt nicht wieder enttäuschen und deswegen." (01.494ff.)

> Hausärztin: „Deswegen hat die Schwester ihn auch hier nach Stuttgart geholt und hat das auch verstanden, was mit ihm los ist. Aber er wollte sich dann von der größeren Schwester irgendwie nichts sagen lassen. ‚Ich bin doch erwachsen, was soll denn das jetzt'." (03.6)

Als umfassende Ressource und Vertrauensperson erscheint den Forscherinnen die Mitbewohnerin, mit der er reden kann. Beide scheinen sich sehr gut verstehen und sich gegenseitig unterstützen zu können, wie Stefan Schmitt sagt: „Ähm, weil die eben auch so ein bisschen mit der Depression mal zu tun hatte" (01.92).

Vor dem einschneidenden Erlebnis der Massenpanik hatte Stefan Schmitt wohl einen Freundeskreis und war gesellig. Die Kontakte sind ihm mit Ausbruch seiner depressiven Episoden weggebröckelt. Seit es ihm besser geht, kann er wieder soziale Beziehungen knüpfen und pflegen, wie sein Therapeut von MediA erzählt:

> „Also, das ist jetzt wieder, seit er das Praktikum macht, ist er wieder unter Leut, also er redet jetzt wieder von einer Clique. Mehr weiß ich nicht. Und auch, dass es am Wochenende da zur Sache geht." (05.52)

Gesundheitshandeln

Stefan Schmitt scheint in der Kindheit gelernt zu haben, dass Probleme nicht nach außen getragen werden. Als junger Mann geht Stefan Schmitt eher selten zum Arzt: „Ansonsten, wenn nichts schmerzt ((lacht)), muss ich nicht zum Arzt“ (01.211). Er fängt mit 17 Jahren zu Rauchen an und konsumiert im Freundeskreis zu verschiedenen Zeiten auch Cannabis und Amphetamine.

> MediA: „Und dass da auch das ein oder andere konsumiert wird. Dass es, ja klar, was bei ihm, dann ein paar Hemmungen dann einfach nimmt.“ (05.52)

Seine Rückzugstendenzen und die Angst, z.B. sein Zimmer zu verlassen oder Termine nicht wahrzunehmen, sind im Kontext seiner Erkrankung zu sehen, hindern ihn aber gleichzeitig daran, adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen – vor allem, wenn es um den Zugang zu neuen und unbekannten Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten (nicht nur) im Gesundheitssystem geht. Stefan Schmitt versucht mehrfach vergeblich einen Psychotherapeuten zu finden:

> „Was natürlich auch so ist, wenn man Depressionen hat, und ich hab so Angst- äh, äh - probleme und so weiter, ähm, man macht das, man ruft jetzt nicht jede Woche da irgendwie seine 300 Leute an. Man probiert das mal, man will das mal machen, manchmal rutscht es schon weiter, und gibt man es irgendwann auf und dann gibt man es auch ganz dran.“ (01.54f.)

Doch nicht nur die Symptomatik von Depressionen und Angststörungen sind hinderlich bei der Suche nach Unterstützung. Stefan Schmitts Therapeut verweist auf einen weiteren wesentlichen Zusammenhang, der bekräftigt, dass Gesundheitshandeln nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern im Kontext mit biografischen und aktuellen lebensweltlichen Bezügen gesehen werden muss:

> „Und zwar ich hab jetzt für mich den Begriff inzwischen ‚Scham hoch drei‘ entwickelt. Also, keinen Job haben – in der Regel ist in unserer Leistungsgesellschaft, … da kann man sich schämen dafür. Kann man, muss man aber nicht. Machen aber viele. Dann hab ich keine Wohnung – dann muss ich mich dafür schämen. Und dann hab ich noch ne psychische Erkrankung, ja dann Mahlzeit. Und damit soll ich damit hausieren gehen. Und sagen ‚Hallo hier bin ich‘ also das ist ja hoch – hochgradig schambesetzt, das ist glaub auch, was ich unterschätzt hab bei der Fragestellung, warum gehen die Leute nirgends hin. Ich vermute, dass das schon einer der Hauptgründe ist.“ (05.40ff.)

Erst als es richtig kriselt, gelingt es Stefan Schmitt durch massives Drängen der Schwester, die ihn in die Psychiatrie bringt und ihn bei ihrer eigenen Hausärztin anbindet, erstmals professionelle und psychiatrische Hilfe anzunehmen. Nachdem ihm der Zugang mit Unterstützung gelungen ist, nutzt er selbstständig die gebahnten Wege regelmäßig und ist dankbar für weitere Unterstützung z.B. durch die Hausärztin. Stefan Schmitt erzählt:

> „Äh, also erster Anlaufpunkt war im Prinzip dann oft die Hausärztin, also in der ersten Zeit. Ähm, die war viel organisierter, wo man die Leute findet, und ähm, Psychiater findet.“ (01.185)

Auch zum Psychiater geht er regelmäßig und bei Bedarf, z.B. wenn die Dosierung von Medikamenten angepasst werden muss.

Bei seinem letzten stationären Aufenthalt wurde sein Störungsbild neu beurteilt. Aufgrund dieser Diagnostik wurde eine andere Medikation begonnen, die aus Sicht von Stefan Schmitt und der Fachkraft der Wohnungsnotfallhilfe deutlich besser passt und zu einer Stabilisierung geführt hat.

> Betreuerin WNH: „Und seit diesem Jahr hat er dann ein anderes Medikament bekommen, so ein Bedarfsmedikament, das er dann genommen hat, das hat richtig, richtig gut

> angeschlagen und seitdem ist er wacher, ist er da, kann er auch wieder irgendwie fühlen und wahrnehmen und ist, jetzt macht er ja jetzt, ähm, arbeitet er ja auch was.“ (04.141)

Begleitung und Unterstützung

Einerseits gibt es individuelle Hürden bzw. die beschriebene krankheitsbedingte Symptomatik, die Stefan Schmitt den Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung massiv erschweren. Andererseits finden sich ausgeprägte strukturelle Schwierigkeiten. Dazu gehört in dieser Fallstudie, dass in verschiedenen stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und in der Reha unterschiedliche Diagnosen gestellt werden.

> Stefan Schmitt: „Weil die auch meine Krankheiten gar nicht erkannt haben ((lacht)) […]. Also ich bin [mittlerweile] diagnostiziert mit, mit schizoid, schizoid-zwanghafter Persönlichkeitsstörung und bipolar und in der Reha sind sie über eine Depression nicht hinaus gekommen ((lacht)).“ (01.142f.)

Für die indizierte und notwendige Therapie (vgl. 03.6) gibt es aus Sicht von Stefan Schmitt viel zu wenig Angebote – sowohl stationär, ambulant als auch bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen:

> „Ich fand‘s immer, der Aufenthalt von einem halben Jahr in der normalen offenen Psychiatrie ähh, ist halt sehr therapiearm, sag ich mal. Da gibt’s einmal in der Woche oder zweimal in der Woche Körbchen flechten ((lacht)), dann gibt’s halt Spielgruppen, und das war’s. Ansonsten hat man da sehr, sehr viel Freilauf. Sport gibt es halt noch. […] Aber es war viel anders als in der Psychosomatik. Da gibt es <u>viel</u> mehr Angebote, viel mehr Therapieangebote. Ähm, also ich finde, die offene Psychiatrie war eben sehr arm an Angeboten, was Therapie angeht.“ (01.104ff.)

Fehlende Zugangsmöglichkeiten zu einer Psychotherapie sind aus Sicht von Stefan Schmitt eine zentrale strukturelle Hürde. Die von ihm beschriebenen Wartelisten und nicht erfolgten Rückrufe von Therapeut*innen aus einer ca. 30-seitigen Excel-Liste für den Großraum Stuttgart sprechen dafür, dass der Bedarf durch das vorhandene Angebot nicht abgedeckt werden kann.

> Stefan Schmitt: „Man bekommt von allen Stellen, egal, wen man fragt, ob die Krankenkassen oder wen auch immer, man bekommt so diese sehr umfangreiche Liste an Therapeuten und dann darf man die eben alle abtelefonieren. […] Und die sind alle sehr schlecht erreichbar oder haben die ewig lange Wartelisten; dann steht man auf der Warteliste, man wird vergessen, hab ich alles schon gehabt. […] Das ist sehr sehr schwierig. […] Im Prinzip, einen freien Therapeuten draußen hab ich noch nicht gefunden. In der ganzen Zeit nicht.“ (01.44ff.)

Stefan Schmitt scheint auch bei der Suche nach einem freien Psychotherapieangebot auf sich alleine gestellt gewesen zu sein. Er äußert mehrfach den Wunsch nach einer zentralen Vergabestelle von ambulanten Therapieplätzen, die bei der Suche unterstützt, dies könnten z.B. „der MDK oder die Krankenkassen“ sein (01.283).

Stefan Schmitt beschreibt, dass sein Psychiater sich bei den Terminen nicht wirklich Zeit nimmt:

> „Also, ich muss leider, muss ich sagen, mein Psychiater war da keine große Hilfe. […] Nicht so wirklich gut aufgehoben, ähm, äh, wenn dann das durchschnittliche Gespräch 3-5 Minuten dauert, dann ist das halt nicht viel.“ (01.227).

> „Ist halt doch so: Nehmen Sie die Tablette und warten Sie mal sechs Wochen, dass sie wirkt ...“ (01.106)

Stefan Schmitt beschreibt hier – neben der strukturellen Hürde des Zugangs – eine mehr oder weniger gelingende Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Das Gelingen oder Misslingen ist

verbunden mit einer grundsätzlichen Haltung bei den Fachkräften, je nachdem, ob es sich um eine rein medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen oder einen kombinierten gesprächs- und psychotherapeutischen Ansatz handelt. Dies zeigt sich auch in positiven Erfahrungen mit der Hausärztin (vgl. 01.187), aber auch mit einer Vertretung seines Psychiaters.

> Stefan Schmitt: „Ähm, ich hab schon mal durch einen anderen Vertretungs-Psychiater von ihm, der nimmt sich bei der Vertretung schon ein bisschen mehr Zeit. Also es gibt wohl durchaus auch andere, wobei man dazu sagen muss, man muss trennen zwischen den Neurologen und den psychologischen Psychiatern. […] Meiner ist ein reiner Neurologe, das heißt, der will natürlich mit dem ganzen Seelenclub, da will der glaub ich gar nicht viel zu tun haben.“ (01.247ff.)

Stefan Schmitt hat im Verlauf der letzten Jahre ganz verschiedene Diagnosen gestellt bekommen und sich bei diesen gesellschaftlich hochgradig tabuisierten und damit auch schambesetzten Themen rund um die seelische und psychische Gesundheit auch von Ärzt*innen mit den Diagnosen und deren Deutung alleine gelassen gefühlt.

> MediA: „Man hat den Herrn Schmitt entlassen, hat ihm dann einen Entlass-Bericht mitgegeben und da ist ne Diagnose drin, mit... Über die mit ihm kein Mensch gesprochen hat.“ (05.6)

Über seine Betreuerin der Wohnungsnotfallhilfe kommt Stefan Schmitt mit MediA in Kontakt und bekommt innerhalb kurzer Zeit einen ersten Gesprächstermin mit anschließenden wöchentlichen psychotherapeutischen Terminen. Aber auch hierzu hat er einen Impuls von außen benötigt.

> Betreuerin WNH: „Ja, also er braucht da schon so ein bisschen einen Anschub manchmal, sonst sind – dann geht er bisschen verunsichert wieder in seine Rolle zurück und natürlich hat er auch keine guten Erfahrungen gemacht in all den Jahren, also ich glaub, da hilft es schon, wenn man sagt: ‚Da ist jemand, der ist voll in Ordnung‘.“ (04.165)

Für Stefan Schmitt stellt das Angebot endlich die Möglichkeit einer umfassenden Behandlung seiner seelischen Erkrankung dar: „Ich würd sagen, ganz normale, ganz normale Therapie. […] Ja, und das gute. ((lacht))“ (01.367). Stefan Schmitt hat nun ein Gegenüber, mit dem er alles anschauen und überlegen kann, der ihn motiviert und mit ihm an der (Rück-)Gewinnung von Selbstvertrauen arbeitet.

> Stefan Schmitt: „Allein schon, schon auch schon die ersten 10 Minuten oder was der Austausch, ‚Wie war die letzte Woche?‘, ‚Ich hab das erlebt!‘, ‚Kann das so sein?‘, ‚Was sagen Sie dazu?‘ und so ne, wie soll man sagen, Kompetenz, kompetente, einfach so, kompetent. […] Wie baut man das wieder auf, wie geht’s wieder Richtung Job, wie geht’s wieder Richtung Selbstbewusstseinsaufbau und so weiter.“ (01.377ff.)

> Therapeut MediA: „Also der Einstieg, jemand zu vermitteln ‚Pass auf, wir sind auf Augenhöhe, du bist der Experte für dein Erleben.‘ […] Und ich glaub, dieser andere Denkansatz, nicht zu sagen ‚Ich weiß, wo‘s langgeht!‘, sondern ‚Ich kann mit dir besprechen, was du machen kannst, machen musst du’s‘.“ (05.64ff.)

Die ‚menschlichen‘ Begegnungen in den Therapiestunden und besonders auch zu Beginn ermöglichen Stefan Schmitt eine Stabilisierung und das Gefühl der Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens, wieder Schritte ins Leben wagen zu können:

> Therapeut MediA: „Und ab dem Moment, als er anders medikamentiert war, da gings dann auch nochmal, was die psychotherapeutischen Gespräche angeht, ging nochmal Schlag auf Schlag besser. Bis dahin, zu der schönen Tatsache, dass er dann angefangen hat ein Praktikum zu machen, das war ja, als wir ihn kennengelernt haben, unvorstellbar. Er ist da kaum aus dem Zimmer gekommen. Er hat sich selbst ja nichts mehr zugetraut, der Junge.

> Also völlig: ‚Ich kann nichts, ich bin nichts.' […] Das wäre ja natürlich grandios, also ich mein, das weiß man ja auch, dass das therapeutischste, was man Menschen mit einer psychischen Erkrankung antun kann, ist, sie arbeiten zu lassen. Da kann jeder Psychotherapeut einpacken mit seinem Handwerkszeug." (05.6ff.)

> Stefan Schmitt: „[…] wirklich den Mut zu haben, auch Selbstvertrauen zu haben, äh, auch damit umzugehen, dass ich jetzt wohl in dieser Situation bin und dann mich da auch so präsentieren muss" (01. 64f.)

Mit der Unterstützung durch MediA und seiner Betreuung der Wohnungsnotfallhilfe gelingt ihm Schritt für Schritt Richtung Praktikum und damit auch in Richtung Normalität.

> Betreuerin WNH: „Und das [Praktikum] hat ihn für sein, sein Selbstbewusstsein also richtigen Schub gegeben. Und dadurch geht er auch irgendwie jetzt offener raus und auf Leute zu, habe ich so das Gefühl. […] Also bisschen mehr Geld und diese Tagesstruktur, ‚Ich bin draußen, und ich hab's mir dann auch verdient irgendwie, mich mit jemanden zu treffen, ich hab auch ein Gesprächsthema, ich hab auch heute schon etwas geleistet und ich kann auch über was sprechen.' Ich glaube, das macht es ihm schon einfacher, wieder rauszugehen und auch, wie er sagt, alte Kontakte wieder aufleben zu lassen." (04.149ff.)

Zusammenfassende Interpretation

Stefan Schmitts Leben ist geprägt von mehreren dramatischen Schicksalsschlägen, wie dem frühen Tod des Vaters, der erlebten Todesangst und Erfahrungen des Sterbens anderer Menschen bei der Massenpanik sowie dem plötzlichen Tod seiner Mitbewohnerin. Aus Sicht der interviewten Professionellen hängen hiermit – zusammen mit der Haltung der Mutter, das Innere nicht nach außen zu tragen – die Manifestation von Depressionen, Angststörung und Rückzug zusammen, und in der Folge der Verlust von Wohnung, Arbeit und sozialen Kontakten.

Erst als er sprichwörtlich vor dem absoluten Nichts steht und zum zweiten Mal wohnungslos wird, wendet er sich an die Wohnungsnotfallhilfe als institutionelle Hilfe und an seine Schwester (als lebensweltliche Hilfe), die ihn zur Aufnahme in die Psychiatrie drängt. Der Zugang zur notwendigen Psychotherapie gelingt ihm auch dann nicht aus eigener Kraft. Stefan Schmitt erlebt Psychiatrie bzw. seine psychische Erkrankung als lebensbeherrschend.

Dennoch zeigt die Fallstudie ein Potenzial an Ressourcen und Handlungsstrategien, mit denen es ihm gelingt, lange Zeit ohne professionelle Hilfe seinen Weg zu gehen, aber auch Hilfsangebote zu erschließen und diese für sich zu nutzen. Stefan Schmitt macht dabei positive und negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, in verschiedenen Einrichtungen und Institutionen, in der Interaktion mit Einzelnen und in der Wohnungsnotfallhilfe. Für seine biografischen Handlungsstrategien bedeutet dies, nie zu wissen, ob er auf eine verlässliche und unterstützende, ihn anerkennende Einrichtung oder Person trifft oder ob er eine Wiederholung von Zurücksetzung, Überforderung, Nicht-Anerkennung und Ausgeschlossen-Werden erleben wird. Erst als Kontinuität in die Begleitung und Therapie kommt, kann er Vertrauen entwickeln und seine Ängste verringern.

In der Fallstudie von Stefan Schmitt werden mehrere Lücken im Gesundheitssystem sichtbar. Stefan Schmitts ergebnislose Suche nach eine*r Psychotherapeut*in zeigt, dass zu wenige Therapie-Kapazitäten vorhanden sind, bzw. die Wartezeiten extrem lang sind. Es wird zudem deutlich, dass der Zugang zu einer Therapie diejenigen Kompetenzen und psychischen Strukturen voraussetzt, die ihm aufgrund der Erkrankung fehlen: die Suche nach einem Therapieplatz wird in die alleinige Verantwortung von Stefan Schmitt gelegt und er muss seinen Bedarf individuell mit Psychotherapeut*innen verhandeln, die sich ihre Patient*innen aussuchen können – unabhängig von der Notwendigkeit bzw. Dringlichkeit einer Therapie oder der Unfähigkeit zur Kontaktaufnahme aufgrund

von Krankheitssymptomen wie Antriebsmangel oder Apathie. Trotz Anbindung von Stefan Schmitt durch seine Hausärztin an Psychiatrie und trotz der medizinischen Empfehlung von Psychotherapie findet sich in den Interviews keine Unterstützungsleistung, diesen notwendigen Zugang zu schaffen, die direkt aus dem Gesundheitssystem heraus initiiert wäre. Im Gegenteil: es benötigt Jahre für Diagnostik und passender Medikamentierung von Stefan Schmitt. Psychotherapeutische Behandlung wird für Menschen wie Stefan Schmitt damit praktisch unerreichbar.

Die strukturellen Hürden potenzieren sich mit den individuellen Schwierigkeiten. Bei Stefan Schmitt erschweren bzw. verhindern seine (teilweise in der Kindheit begründeten) Persönlichkeitsstrukturen und Verhaltensmuster, Probleme nicht nach außen zu zeigen, zusammen mit seiner Krankheitssymptomatik (Rückzug, Apathie) die notwendige Behandlung und Therapie. Aber seine Erfahrungen bezüglich gesellschaftlicher und institutioneller (medizinischer) Umgangsweisen zeigen auch verallgemeinerbare Ausschließungsprozesse: seine dreifach schambehaftete Situation als Wohnungsloser, Arbeitsloser und psychisch Kranker, die ihm ein Gefühl von völligem Versagen und fehlender Selbstwirksamkeit gibt, tragen zentral zur Nichtinanspruchnahme von Unterstützung bei. Hinzu kommen die kommunikativen und interaktiven Arzt-Patient-Prozesse. Somit wird sichtbar, wie wichtig und weichenstellend positive Erfahrungen im Gesundheitssystem sind. Stefan Schmitt macht diese bei der Hausärztin, beim zweiten stationären Psychiatrieaufenthalt in einer anderen Klinik oder auch bei der Vertretung seines ambulanten Psychiaters, wo er sich als Mensch wahrgenommen fühlt.

Stefan Schmitt knüpft Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit zentral an Arbeit und Wohnung. Auch den Umzug in den süddeutschen Raum begründet er (zumindest nach außen) mit besseren Arbeitsmöglichkeiten. Dies kann aus Sicht der Forscherinnen im Zusammenhang mit seinen Vorstellungen von Männlichkeit gesehen werden – zeigt aber auch ein Dilemma, in das vermutlich wohnungs- und arbeitslose Männer schnell geraten, wenn sie sich durch den Verlust von Arbeit und Wohnung in ihrer Männlichkeit als gescheitert betrachten. In dem Moment, als sich Stefan Schmitt im Praktikum als selbstwirksam erlebt, nimmt er aktiv sein Sozialleben wieder auf, geht mit einer Clique feiern und zeigt vorsichtiges Interesse an erotischen Beziehungen.

In der Fallstudie wird noch ein weiterer Aspekt sichtbar, der sich erst im Zusammensetzen der verschiedenen Perspektiven ergibt und zeigt, was dazu beiträgt, Stefan Schmitt zu stärken. Hinter den Zusammenhängen, die Stefan Schmitt selbst herstellt, liegen noch andere bedeutende biografische Erfahrungen, die in die Gegenwart hineinwirken und seine Handlungen bzw. sein Nichthandeln verstehbar machen: die Erfahrungen mit den selbstverleugnenden Anforderungen der Mutter, die Kindheit mit dem Verlust des Vaters und die Aufgabe, eine Männlichkeit zu entwickeln, die sich gegen die von außen gesetzten Ansprüche an männliche Normalität behaupten kann.

Somit reicht das eigene vordergründige, die Selbstsicht prägende Narrativ der Adressat*innen manchmal nicht aus, um alle Facetten der Gewordenheit zu verstehen und bearbeiten zu können. Es benötigt einen (sicheren) Ort, an dem Adressat*innen als Menschen ganzheitlich mit ihrer Geschichte und ihrem So-Geworden-Sein wahrgenommen werden – beispielsweise eine Person, die mehr nachfragt und gemeinsam forscht, welche Hintergründe psychische und soziale Blockaden bedingen könnten – sowohl in der Sozialen Arbeit als auch im Gesundheitssystem. Damit wird ermöglicht, Themen und Schwierigkeiten überhaupt erst in ihrer Bedeutung wahrzunehmen, diese bearbeitbar und damit veränderbar zu machen. Professionelle in der Wohnungsnotfallhilfe benötigen dazu einen erweiterten Blick über Wohnen und Arbeit hinaus auf Gesundheit, aber auch ein Verständnis von Fallarbeit, das den ganzen Menschen mit seiner Biografie in den Blick nimmt. Es gilt aber auch, die Professionellen im Gesundheitssystem für Lebenszusammenhänge und soziale Lagen zu sensibilisieren. Ein zentrales Qualitätskriterium in der sozialen und medizinischen Betreuung ließe sich daher als ‚lebensweltliche Therapie' bezeichnen, in der ‚das ganze Leben' Gegenstand der Bearbeitung

ist und in welcher Kontinuität des Kontaktes, des (fachlichen) Interesses und des Gespräches gegeben ist.

Die Fallstudie zeigt, dass erst im Rahmen einer Unterstützung der Wohnungsnotfallhilfe und dem MediA-Baustein 3 (Seelische Gesundheit) Stefan Schmitt der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung gelingt. In Verbindung mit einer wirksamen Einstellung mit Medikamenten stabilisiert ihn die Betreuung und Begleitung der Wohnungsnotfallhilfe zunehmend und bestärkt und motiviert ihn in seiner Selbstwirksamkeit. Stefan Schmitt kann nun vom sozialen und medizinischen Hilfesystem profitieren und dieses aktiv für sich nutzen – dazu war jedoch ein starker Impuls von außen nötig. Der Impuls und die erste verlässliche Begleitung kommen dabei aus der Sozialen Arbeit (Wohnungsnotfallhilfe), die die Brücken zum medizinischen System schlägt und hält bzw. in sich vereint wie im Baustein 3 „Seelische Gesundheit“ von MediA.

5 Ergebnisse vergleichender Perspektiven auf die Fallstudien

Im Folgenden werden die Fallstudien entlang zentraler Kategorien in einer Querschnittsperspektive ausgewertet und zusammenfassend dargestellt (Kapitel 5.1 und 5.2) sowie fallübergreifende Problemstellungen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot ergänzt (Kapitel 5.3 und 5.4).

Die zentrale Aufgabe im MediA-Projekt stellt die Begleitung wohnungsloser Menschen ins Gesundheitssystem dar: Wer braucht Unterstützung beim Zugang zum Gesundheitssystem, wer nimmt welche Hilfe, Begleitung für welche Zwecke an? Aus wissenschaftlicher Warte fragen wir deshalb in der Querschnittsperspektive systematisch danach, inwieweit Gender- und Diversitätsaspekte, d.h. strukturelle Ungleichheitsverhältnisse, geschlechterbezogene und weitere soziale (z.B. ethnisierende) Konstruktionen die Lebenssituation von Menschen in Wohnungsnot bestimmen. Des Weiteren richtet sich unser Fokus auf das Handeln der Professionellen und inwiefern sie an diesen Zuschreibungen beteiligt sind oder Alternativen eröffnen.

Somit sind für die vergleichenden Analysen der Fallstudien vor dem Hintergrund unserer Forschungsfragen folgende Perspektiven aufschlussreich:

- Der Fokus wird zunächst auf die Erfahrungen der Adressat*innen mit psychosozialen Begleitungen gelegt und insbesondere darauf, inwiefern Begleitungen eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe ermöglichen (Kap. 5.1).
- Gezielt aus einer diversitätsbewussten Gender-Perspektive wird danach gefragt, wie (nicht nur) in dem Feld der Wohnungslosigkeit die Strukturkategorie Geschlecht in Verschränkung mit weiteren Kategorien ganz entscheidend die Lebenslagen und die jeweiligen biografischen Erfahrungen mitbestimmt – sei es in der Art, mit welchen Zumutungen und Erlebnissen Frauen* und Männer* konfrontiert werden, sei es in Bezug auf ihre Selbst- und Fremdbilder, mit denen sie sich ihre biografische Kohärenz zu erhalten versuchen (Kap. 5.2).
- Das folgende Unterkapitel (Kap. 5.3) rekonstruiert dezidiert die Perspektiven der Fachkräfte im Gesundheitswesen: Wie sind ihre Erfahrungen mit Menschen in Wohnungsnot? Was bräuchten sie an Unterstützung? Fachkräfte im Gesundheitswesen sind auf entsprechendes Hintergrundwissen und Entlastung in der Versorgung vulnerabler Gruppen (wie der Adressat*innen im MediA-Projekt) angewiesen.
- Abschließend geht es nochmals um die Notwendigkeit niedrigschwelliger Zugänge am Beispiel MedMobil. In den Fallstudien wird deutlich, dass die Adressat*innen für ihre gesundheitliche Versorgung sehr häufig das MedMobil nutzen – ein Angebot, das als niedrigschwellige

Straßenambulanz sich eigentlich an Menschen ohne Krankenversicherung richtet. Warum gehen die Adressat*innen dort hin? Etabliert sich ein drittes, spendenfinanziertes ‚System' neben gesetzlicher und privater Gesundheitsversorgung? Inwiefern werden Menschen dort besser oder anders versorgt? Mit dem Blick auf das MedMobil bestätigen sich auch die Erkenntnisse, dass Erfahrungen gegenseitigen Respekts Zugänge schaffen und gesundheitliche Versorgung stabilisieren (Kap. 5.4).

5.1 Zur Bedeutung psychosozialer Begleitungen ins Gesundheitswesen

Im Praxismodellprojekt MediA stand insbesondere in den Bausteinen 1 – Gesundheitliche Versorgung und 2 – Frauengesundheit (vgl. Kapitel 1) die Erprobung von Angeboten der Begleitung im Mittelpunkt – hin zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung der anvisierten Zielgruppe (Menschen in Wohnungsnot, die keine intensivere professionelle Betreuung, wie beispielsweise im betreuten Wohnen in Anspruch nehmen). Daher war im Rahmen unserer Forschung besonders von Interesse, zu rekonstruieren, wie die befragten Personen die konkrete Unterstützung und Begleitung erleben und inwiefern sich durch Maßnahmen der Begleitung Hürden ins Gesundheitswesen nachhaltig überwinden bzw. verbesserte Zugänge zum Gesundheitswesen realisieren lassen. Außerdem ging es um die Beantwortung der Frage, welche Rolle bei diesen Begleitungen sowohl professionellen als auch ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen zukommt oder zukommen könnte.

Auf der Ebene der Fallstudien wurde bereits beschrieben, welche Angebote und Begleitungen durch das Praxisprojektteam realisiert werden (vgl. Kapitel 4). Die entsprechenden Schilderungen wurden im Auswertungsprozess einer Feinanalyse unterzogen, die dazu diente, wesentliche Zusammenhänge zwischen den umgesetzten Maßnahmen (‚Begleitungen') und deren Bedeutungen für die Adressat*innen bzw. die Folgen für ihre gesundheitliche Versorgung zu erkennen (vgl. Kapitel 3.2). Im Kontext dieser rekonstruktiven Analysen lassen sich einerseits Begründungen, Deutungs- und Handlungsmuster der jeweiligen Beteiligten identifizieren, die Ausschließungs- bzw. Selbstausschließungsprozesse nachvollziehbar machen. Andererseits werden jene Aspekte deutlich, die gelungene Integrationsverläufe bzw. Vermittlungen ins Gesundheitswesen mitbedingen und im Folgenden knapp erläutert werden:

- Abwertungen und Übergriffe (‚schlechte Erfahrungen') im Gesundheitswesen führen zu Ausschließungsprozessen und erfordern Gegenerfahrungen, z.B. durch positiv erlebte psychosoziale Begleitung;
- verdeckte bzw. unerkannte Bedarfe führen zu Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung und erfordern anwaltschaftliche Vermittlungsprozesse;
- Lücken im System erfordern Überbrückungen und Vernetzungen, aber auch jenseits von Begleitung liegende ergänzende Angebote;
- Begleitungen ins Gesundheitswesen bzw. Vermittlungen gesundheitlicher Versorgung setzen eine spezifische Fachlichkeit bei den Professionellen, aber auch das Vertrauen der Adressat*innen in diese voraus.

Erlebte Abwertungen und Übergriffe erfordern Gegenerfahrungen

Während die Metapher von den vorhandenen Hürden beim Zugang zum Gesundheitswesen suggeriert, dass manche Menschen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems stehen und versuchen, in dieses hineinzukommen, wird im Rahmen unserer Forschung eine Dynamik deutlich, die bei gängigen Problemanalysen weniger im Blick zu sein scheint: Die von uns interviewten Adressat*innen von MediA haben überwiegend sehr wohl Zugänge zum Gesundheitswesen und sind

zumindest punktuell ins System integriert – allerdings nicht umfassend und durchgängig. In einigen Fällen wird deutlich, dass Personen in denjenigen Bereichen, in welchen sie einen (auch selbst erkannten) medizinischen Versorgungsbedarf nicht realisieren können, durch schwierige Erfahrungen in der Vergangenheit förmlich aus dem medizinischen Versorgungssystem herausgedrängt wurden. Sie wenden sich in der Folge von diesem Teil des Gesundheitswesens ab, meiden jeglichen entsprechenden Kontakt (notwendige Untersuchungen oder Behandlungen) und nehmen dabei teils massive gesundheitliche Risiken in Kauf. Damit sie erneute ‚Anläufe' für Zugänge zu entsprechenden Fachärzt*innen unternehmen, braucht es einen Impuls von außen (wie beispielsweise den Flyer von MediA bzw. Verweise auf das Projekt oder die Gesundheitsgruppe in einem Tagestreff für Frauen in schwierigen Lebenssituationen) oder ein starkes individuelles Anliegen sowie die Möglichkeit, sich von einer Vertrauensperson begleiten zu lassen. Dies wird durch folgende Beispiele illustriert:

Klaudia Kuller hat in ihrem Leben vielfältige Übergriffe und Traumata erfahren. Auch im Gesundheitswesen macht sie traumatische Erfahrungen, insbesondere bei einer Zahnbehandlung. In einer Notunterkunft erfährt sie von der Existenz des MediA-Projekts und möchte sich zum notwendigen und jahrelang überfälligen Zahnarztbesuch begleiten lassen. Erst mit entsprechender Vorbereitung und parteilicher Begleitung durch MediA kann sie schließlich bei einem trauma-sensiblen Arzt eine positive Gegenerfahrung machen und sich auf die notwendigen Zahn-Behandlungen einlassen. Dafür bringt sie eine starke eigene Motivation mit – sie möchte die sichtbaren Zahnprobleme ihren Enkel*innen zuliebe beheben. In der Fallstudie von Klaudia Kuller ist eindrücklich, dass es trotz der – von einer Fachkraft – beschriebenen Schwierigkeiten, die Frau Kuller in der typischen Wartezimmersituation zu haben scheint (plötzliches Schreien und Weggehen), kein Problem für sie darstellt, kontinuierlich und über 20 Jahre hinweg zu ihrem Frauenarzt zu gehen. Das heißt, das Gesundheitssystem ist nicht prinzipiell für sie verschlossen. Vielmehr gelingt es Frau Kuller dort, wo sie Vertrauen hat, Termine auszumachen, einzuhalten und auch die durchaus schwierige Wartezimmersituation wird dann nicht zur Zugangshürde.

Ähnliche Aspekte zeigen sich auch in der Fallstudie von *Lena Lichtenstein*. Auch Frau Lichtenstein wendet sich an MediA, weil sie eine Begleitung zum Zahnarzt sucht, den sie ebenfalls wegen traumatischer Erfahrungen (falsche Behandlungen mit andauernden Schmerzen) 15 Jahre gemieden hat. Bei der Begleitung ist ihr besonders wichtig, dass es sich um eine Person handelt, die sie bereits kennt. Sie wünscht sich, dass diese Person bei der Behandlung anwesend ist und ihr hilft, ihre Angst zu bewältigen. Wie massiv sich diese darstellt, wird vor allem in den Interviews mit der ehrenamtlichen Person deutlich, die Frau Lichtenstein begleitet.[31] Auch in diesem Fall gelingt es – wie bei Klaudia Kuller – dass nach einigen gemeinsamen Besuchen Frau Lichtenstein alleine die Behandlungen angehen kann. Voraussetzung ist die neue (Gegen-)Erfahrung, dass sie dem Arzt und seinem Verständnis für ihre massiven Ängste trauen kann. Auch im Falle der anstehenden Besuche beim Frauenarzt, den sie ebenfalls 10 Jahre gemieden hat, nutzt sie eine Begleitung durch das Projekt. Sobald Frau Lichtenstein gute Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen macht, kann sie entsprechende Termine alleine organisieren und koordinieren.

Begleitende Reflexion(sräume) zur Überwindung schlechter Erfahrungen

Die folgenden zwei Beispiele konkretisieren, dass die gewünschte psychosoziale Begleitung allerdings breiter verstanden werden muss: Die Fachkräfte von MediA stellen im Rahmen ihrer Gespräche mit den Adressat*innen auch Orte der Reflexion zur Verfügung, in denen Hilfestellungen zur Bewältigung

[31] Da die Ehrenamtliche eine Praktikantin ist, die schon lange kontinuierlich im Tagestreff anwesend ist und somit die Adressatin schon kannte, war hier eine Begleitung möglich – auch zum Arztbesuch. Eine ihr fremde Person hätte Frau Lichtenstein abgelehnt.

von Ängsten und Hürden entwickelt und die Adressat*innen gestärkt werden, konkrete Schritte eigenständig zu bewältigen.

Auch *Maggy Maurer* ist ins Gesundheitswesen integriert und versucht, alle Anforderungen alleine zu bewältigen. Sie kämpft allerdings mit Ängsten vor anstehenden Arztbesuchen, die sie vor allem mit Beschämungserfahrungen und missachtendem Verhalten ihr gegenüber in Zusammenhang bringt (z.B. die erfahrenen Zuschreibungen, „sie stinke"). Mit einer Sozialarbeiterin aus dem betreuten Wohnen bespricht sie daher anstehende Arzttermine und nutzt insbesondere die Unterstützung bei gesundheitsbezogenen sozialrechtlichen Fragen (zum Schwerbehindertenausweis, zur Befreiung von Zuzahlungen und im Umgang mit sonstigen bürokratischen Hürden). Durch diese sie stärkenden Vor- und Nachgespräche (‚psychosoziale Begleitungen') gelingt es ihr, bei ihren vielen Arztterminen ‚am Ball' und mit eventuellen negativen Erfahrungen nicht alleine zu bleiben.

Bianca Bönning hat in ihrer Biografie traumatische Erfahrungen ertragen müssen. Auch sie hat eine medizinische Behandlung als übergriffig erlebt. Obwohl sie autonom und unbegleitet (bzw. begleitet durch eine Freundin) ihre Arztbesuche bewältigen möchte, sucht sie Unterstützung bei MediA im Sinne einer den Behandlungsterminen vorausgehenden Stärkung. In diesem Zusammenhang ist ihr auch der Besuch der im Kontext von MediA durchgeführten Gesundheitsgruppe in Baustein 2 (Frauengesundheit) wichtig.

Zwischenfazit: Begleitung schafft Zugänge

Die vorausgehend zusammengefassten Beispiele sensibilisieren für folgende Dynamik: Einzelne Erfahrungen im Gesundheitswesen (teilweise in Verbindung mit vorherigen Traumata) stellen derartige Verletzungen dar, dass die Menschen sich nicht vorstellen können, erneute Behandlungen anzugehen, obwohl ihnen in anderen medizinischen Bereichen der Zugang durchaus gelingt. Es zeigen sich insbesondere Verletzungen und daraus entstehende Dispositionen spezifischer Vulnerabilität, die dazu führen, dass sich die Zielgruppe in manchen Fragen vom medizinischen System abwendet. Folgende Aspekte machen zusammenfassend deutlich, wie Ausschluss stattfinden und inwiefern ‚psychosoziale Begleitung' Zugänge zur medizinischen Versorgung sichern kann:

- *Interaktive Schwierigkeiten* zwischen Ärzt*in und Patient*in haben weitreichendere Folgen als nur kurzzeitigen Rückzug der Betroffenen: Erlebte Abweisung, Stigmatisierung bis hin zu Gewalt und Ohnmachtserfahrungen (z.B. durch Zwangsbehandlungen) führen zu einer oft Jahrzehnte währenden Abkehr von der entsprechenden ärztlichen Versorgung – die Personen fallen an den entsprechenden Stellen aus dem System heraus bzw. werden ‚herausgedrängt'. Negative Erfahrungen, insbesondere Beschämungsprozesse in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und auch im Gesundheitsbereich, tragen zur Vulnerabilität (und auch geringen Frustrationstoleranz) der heterogenen Zielgruppe bei. Prozesse der Beschämung sind dabei häufig geschlechtsbezogen konnotiert und spielen sich auf mehreren Ebenen zugleich ab (vgl. Kapitel 5.2). Diese verschiedenen Aspekte könnten auch erklären, warum es sich als schwierig erwies, die in MediA angezielte Personengruppe isoliert von anderen Angeboten zu erreichen: Wenn das Gesundheitswesen als Ort von Beschämung gemieden wird, suchen die Menschen nicht aktiv Unterstützung zur Begleitung dorthin. Personen ihres Vertrauens kann es allerdings gelingen, Widerstände zu überwinden und in der Folge *Gegenerfahrungen zu ermöglichen*. Dazu gehört auch eine Sensibilität der vertrauten Fachkräfte für die bisher nicht wahrgenommenen Traumatisierungserfahrungen der Klientel. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, psychosoziale Begleitungen ins Gesundheitswesen in bestehende, niedrigschwellige Angebote Sozialer Arbeit zu integrieren.
- Auch im Kontext psychiatrischer Behandlungen berichten die interviewten Adressat*innen von so *belastend erlebten Zwangsbehandlungen* (z.B. Lena Lichtenstein), dass Zugänge zu

diesen Institutionen verschlossen scheinen und Behandlungsbedarfe negiert werden. Vordergründige Nicht-Auseinandersetzungen der Adressat*innen werden dann von den Professionellen als mangelndes Bewusstsein für die Erkrankung gedeutet. Vorbehalte auf Seiten der potenziellen Patient*innen sind jedoch nach unseren Ergebnissen weniger als Vorurteile zu deuten denn als Konsequenzen aus schwierigen oder belastenden Erlebnissen. Im Umkehrschluss gilt: bei positiven Erfahrungen wird Psychiatrie durchaus als unterstützend erlebt. Die Fallstudien zeigen zum Teil wirkmächtige negative (Ohnmachts-)Erfahrungen mit der Psychiatrie – gerade von Personen, die im Laufe ihres Lebens wohnungslos wurden. Wesentliche Faktoren sind hier ungewollte Zwangsbehandlungen und Belastung durch (teilweise später korrigierte, nicht hilfreiche) Medikation (vgl. Kapitel 4).

- Geschlechterbezogene *Rollenerwartungen und Zuschreibungen*, auch vorgenommen durch Ärzt*innen, und damit verbundene Erfahrungen der Verletzung wirken stark in das Gesundheitshandeln hinein. Sie führen zu vermeidendem bzw. gesundheitsabträglichem Verhalten (vgl. Kapitel 5.2).

Die empirischen Rekonstruktionen im Rahmen der multiperspektivischen Fallstudien zeigen darüber hinaus vielfältige (auch biografische) *Voraussetzungen* und Umgangsweisen für das Gelingen oder Misslingen medizinischer Versorgung. Folgende gemeinsame Aspekte lassen sich trotz aller Unterschiedlichkeit identifizieren:

- Die Menschen haben *Beschwerden und/oder ein Anliegen*, das sie motiviert, trotz belastender Erfahrungen medizinische Behandlungen anzugehen.
- Sie brauchen aber aufgrund der belastenden Erfahrungen in der Vergangenheit punktuelle *reale Begleitung* (Klaudia Kuller, Lena Lichtenstein) oder mentale Vorbereitung (Bianca Bönning, Maggy Maurer). Dabei steht einerseits im Vordergrund, sich durch das Dabeisein einer vertrauten Person vor weiteren ‚Übergriffen' geschützt zu fühlen sowie darum, bei akuten Angstattacken um eine professionelle Unterstützung zu wissen. Die vorbereitenden Gespräche dienen ebenfalls dem Ziel, sich *nicht ohnmächtig oder ausgeliefert* erleben zu müssen.
- Nicht zuletzt sind die entsprechenden *Haltungen, Respekt und Zugewandtheit* von medizinischem Personal und Ärzt*innen sowie deren fachliches *Wissen* (bezüglich möglicher Traumata) zentrale Voraussetzungen, um auf die spezifischen Ängste der Menschen verständnisvoll eingehen zu können. Das kann sich niederschlagen in einer einfachen Sprache, einem langsamen Tempo bei Erklärungen und Handgriffen, respektvoller Behandlung in Bezug auf Notwendigkeiten, sich entkleiden zu müssen, bis hin zur Geduld, mehrere Behandlungsanläufe zu akzeptieren.

Wenn diese Faktoren zusammenkommen, gelingt es, den ausgrenzenden belastenden Erlebnissen positive Gegenerfahrungen entgegenzustellen. Diese sind allerdings voraussetzungsvoll und erfordern eine spezifische Fachlichkeit, insbesondere in der notwendigen Trauma-Sensitivität und psychosozialen Vorbereitungs- und Begleitungskompetenz.

Verdeckte Bedarfe erfordern anwaltschaftliche Vermittlungsprozesse

In weiteren Fallstudien lässt sich erkennen, dass auch bei Personen, die sehr wohl in ärztlicher Behandlung sind, nicht (immer) die Versorgung erfolgt, die notwendig und letztlich von den Patient*innen gewünscht ist. Es handelt sich um verdeckte Bedarfe, die auch von den Betroffenen nicht immer explizit formuliert werden können und von fachlicher Seite ein genaues Hinsehen, Erkennen und einer ‚Übersetzung' bedürfen, damit die Personen die medizinisch notwendige Versorgung erhalten. So ist etwa in den Fallstudien von Georg Gruber und Emil Eisenmann auffällig,

dass beide (eigentlich) ins Gesundheitssystem integriert sind, allerdings unterschiedliche Schwierigkeiten dazu führen, dass keine ausreichende medizinische Versorgung stattfindet bzw. der Zugang zu wichtigen medizinischen Abklärungen und Behandlungen versperrt scheint.

Georg Gruber ist seit einem schweren Unfall gehbehindert, frühberentet und leidet darunter, seine kleine Wohnung kaum noch verlassen zu können. Er hat einen Hausarzt, der diesen Patienten und vor allem dessen Vergangenheit beim Militär interessant findet. Insofern ist Herr Gruber ‚eigentlich' im System ‚drin'. Allerdings hat er mehrere gesundheitliche Probleme (Alkohol, Schuppenflechte und insbesondere eine Geschwulst im Gesicht), mit denen er sich von seinem Hausarzt nicht ernst genommen fühlt. Erst die kontinuierliche Begleitung durch eine Praktikantin aus der Wohnungsnotfallhilfe ermöglicht die Planung und Durchführung einer Operation dieser Geschwulst. Die Praktikantin ‚schleust' Herrn Gruber durch das System – von der Diagnose bis zur Nachsorge. Besonders eindrücklich (und für die allgemeine Forschungsfrage markant) ist dabei, dass die Praktikantin für eine optimale Nachsorge des chirurgischen Eingriffs – und nach einer nicht ausreichenden Versorgung durch den Hausarzt – mit Herrn Gruber das MedMobil aufsucht, weil dieser erst dort die notwendige Weiterbehandlung erhält. Die Wohnungsnotfallhilfe bleibt hier in allen Krisen die entscheidende Unterstützung.

Emil Eisenmann hat vielfältige gesundheitliche Probleme und nutzt seit vielen Jahren verschiedene Angebote der Wohnungsnotfallhilfe, lebt aber mittlerweile selbstständig in einer Wohnung. Er erzählt von vielfältigen Übergriffen (auch im Gesundheitswesen), sexuellen Gewalterfahrungen in seiner Jugend und davon, dass er selbst Gewalt ausgeübt habe gegenüber dem Menschen, der ihn missbraucht habe. Zum Gesundheitssystem hat er vielfältige Verbindungen, äußert aber auch viel Kritik (er werde wie „Dreck" behandelt) und Empörung bis hin zu massiven Drohungen gegenüber Diensten, gleichwohl er sie auch als hilfreich erlebt. Nachdem es Konflikte mit seinem Hausarzt gibt und er selbstständig keine neue, ihn aufnehmende Praxis findet, wird MediA zur Vermittlungsinstanz zu einer neuen Hausärztin, die sich auf ihn einlassen kann. Herr Eisenmann ist insofern auf anwaltschaftliche Vermittlung angewiesen, als er selbst immer wieder Behandlungsabbrüche provoziert (Behandlungsbedarfe werden damit scheinbar relativiert) und eine Hausärztin gefunden werden muss, die diese Verhaltensweise im Kontext biografischer Erfahrungen einordnen kann und Beleidigungen etc. nicht zur Hemmschwelle ihrer Behandlung werden lässt.

In beiden Fallstudien werden Behandlungsbedarfe offensichtlich, die im bisherigen System nicht wahr- oder angenommen werden. Dabei spielen im Falle von Georg Gruber möglicherweise unbewusste geschlechterstereotype Zuschreibungen durch den Arzt (These: ein harter/starker Mann oder ein ehemaliger Militär stört sich nicht an einem optischen Problem) und bei Emil Eisenmann Zuschreibungen als schwierige, überall aneckende Person, eine wesentliche Rolle. In der Folge kommt es zu Defiziten in der Behandlung bzw. zu Versorgungsabbrüchen, die ein stellvertretendes Kümmern (anwaltschaftliches Vermitteln) durch MediA notwendig werden lassen. Insbesondere im Fall von Emil Eisenmann stellt dies eine große Herausforderung dar und erfordert von Seiten der Behandler*innen, sich für die spezifischen Probleme von Emil Eisenmann sensibilisieren zu lassen.

Insbesondere weil die Adressat*innen im MediA Projekt ihre medizinischen Behandlungsbedarfe nicht immer klar formulieren können (dazu gehört auch das fordernd aggressive Verhalten wie im vorausgehenden Beispiel), braucht es Fachkräfte, die entsprechende Übersetzungshilfe oder Vertretung realisieren. Hinzu kommt, dass – wie bei vielen anderen Menschen in der Gesellschaft auch – belastende Themen gemieden werden. Negative biografische Erfahrungen (in der Lebenswelt als auch im medizinischen System) können dazu führen, Gesundheitsthemen nicht mehr angehen zu wollen. Meist überdecken physische Anliegen psychische Probleme. Im Kontext psychosozialer Unterstützungsprozesse kann der ‚Bedarf hinter dem Bedarf', also hinter physischen Problemen

liegende tiefergehende Belastungen, erkannt und im besten Fall auch thematisiert und – begleitend – angegangen werden.

Lücken im System erfordern ergänzende Angebote

Neben den dargestellten Ausgrenzungen und nicht angenommenen bzw. übergangenen Bedarfen zeigen sich in den Fallstudien auch medizinische Versorgungsdefizite bzw. Lücken im Gesundheitswesen, die im MediA-Projekt insbesondere durch ergänzende Angebote zu schließen versucht werden (und damit auch jenseits von psychosozialen Begleitungsangeboten liegen). Indem mit MediA-Baustein 3 für Adressat*innen mit psychiatrischem bzw. psychotherapeutischem Behandlungsbedarf ein neues Angebot etabliert wird, wird deutlich, dass MediA hier eine ‚Brücken- und Vermittlungsfunktion' in dem Sinne übernimmt, dass eine Versorgungslücke überbrückt wird, für die sonst keinerlei Ressourcen bereitgestellt werden.

So geschieht es beispielsweise bei *Stefan Schmitt*, der aufgrund psychischer Probleme (insbesondere durch traumatische Erfahrungen bei einer Massenpanik) seine Wohnung und Stabilität verliert. Zugänge zu psychotherapeutischer Behandlung erhält er erst im Rahmen von MediA zu einem Zeitpunkt, als er zum Adressat der Wohnungsnotfallhilfe geworden ist. Mit dieser lebensweltnahen, therapeutischen Unterstützung schließt MediA (Baustein 3) die bestehende Versorgungslücke in Bezug auf Therapieplätze und Herrn Schmitt gelingt ein Neuanfang – er findet nach kurzer Zeit Wohnung, Arbeit und eine Perspektive. Stefan Schmitts ergebnislose Suche nach Psychotherapeut*innen zeigt einerseits den realen Mangel an Therapieplätzen und andererseits das Problem, dass der *Zugang zu einer Therapie* diejenigen Kompetenzen und psychischen Strukturen voraussetzt, die aufgrund der psychischen Erkrankung gerade fehlen.

Auch *Suree Schuster* hat keinen Therapieplatz, darüber hinaus allerdings auch keine Motivation für eine psychiatrische Behandlung. Mit ihrem Verhalten erzeugt sie vielfältige Konflikte, die schwer zu entschärfen sind, weil Frau Schuster von ihrer psychischen Gesundheit überzeugt ist. Eine Anbindung über Gespräche bei MediA (Baustein 3) gelingt jedoch und bringt eine gewisse Stabilisierung mit sich. Diese ‚Stand by'-Funktion, d.h. zumindest die Begleitung des Status Quo durch Fachkräfte, könnte bei einer Verschärfung der Situation entscheidend sein für die Vermittlung ‚rechtzeitiger' medizinischer Versorgung. In der Fallstudie Suree Schuster zeigen sich jene Versorgungslücken, wenn Menschen offensichtlich einer psychiatrischen Behandlung bedürfen, aber selbst keine Krankheitseinsicht haben, und die entsprechenden Voraussetzungen für eine zwangsweise Einweisung in eine Psychiatrie (noch) nicht erfüllt sind. Das begleitende Angebot durch MediA kann hier eine wichtige Funktion übernehmen, weil durch regelmäßige Kontakte negative Veränderungen bzw. gesundheitliche Verschlechterungen schneller erkannt und entsprechende Interventionen (ggf. dann ohne Zwang) schneller vermittelt werden können.

Deutliche Grenzen vorhandener Regeldienste hinsichtlich der Begleitung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen werden auch in der Fallstudie von *Sofia Santos* sichtbar: Obwohl Kliniksozialdienst, Gemeindepsychiatrischer Dienst und Gesundheitsamt involviert sind, übernimmt keiner der Dienste die komplexe Begleitung. Sofia Santos ist häufig auf sich alleine gestellt und überfordert damit, beim Arzttermin zu formulieren, warum sie überhaupt da ist. Oder sie kennt die Wege ins medizinische System nicht genau: So schildert die Fachkraft von MediA (Baustein 1) eine Situation, in der Frau Santos anstatt zum niedergelassenen Kardiologen in die Klinik zur Herzuntersuchung geht, was dazu führte, dass sie aufgrund der fehlenden Überweisung die Rechnung dafür selbst begleichen musste. Daher geht das Gesundheitsamt auf MediA zu, weil Sofia Santos dringend Begleitung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Arztbesuche und im Umgang mit Behörden und Ämtern benötigt. Auch hier schließt MediA eine Lücke im System, die für viele weitere Menschen gesundheitliche Versorgung verhindert oder zumindest erschwert.

Ähnliche Grenzen zeigen sich auch in der Fallstudie von *Kaya Khalifa*. Ihre Handlungsfähigkeit wird besonders bei allem Schriftlichen rund um Gesundheit oder Organisatorischem wie dem Ausfüllen von Formularen stark eingeschränkt, da sie nie Lesen und Schreiben gelernt hat. Sie ist dadurch auf Unterstützung angewiesen, für die die involvierten Regeldienste ebenfalls keine Ressourcen haben. Begleitung im Fall von Frau Khalifa (und Herrn Abbas) heißt daher auch, vielfältige Vermittlungen und Vernetzungen zwischen Diensten und Angeboten im Gesundheitswesen zu organisieren und die Umsetzung notwendiger Maßnahmen im Blick zu behalten (weil sich hier sonst ebenfalls eine Versorgungslücke auftun würde).

Vertrauen und Fachlichkeit als zentrale Grundlagen für Begleitung

Im Praxisprojektverlauf kristallisierte sich die Erkenntnis heraus, dass die Idee, einen Pool an Ehrenamtlichen aufzubauen, aus dem heraus viele praktische Begleitungen zu Ärzt*innen organisiert und gestaltet werden könnten, nur begrenzt realisierbar ist. Folgende Forschungserkenntnisse untermauern diese Erfahrungen:

- Ein wesentlicher Faktor, dass Menschen in Wohnungsnot nicht zu Ärzt*innen gehen, kann eine lange, belastende Vorgeschichte sein, die mit Verletzungen, nicht selten Traumatisierungen, verbunden ist. Um sich auf einen angstbesetzten und eigentlich vermiedenen Prozess einzulassen, brauchen sie einen Hilferahmen, in dem sie *Vertrauen* fassen und sich geschützt fühlen können. Die dafür erforderliche *Kontinuität in der Beziehungsgestaltung* lässt sich am ehesten durch hauptamtliche professionelle Fachkräfte (ggf. auch länger anwesende Praktikant*innen oder bereits in die Angebote eingebundene häufig anwesende Ehrenamtliche) gewährleisten.
- Darüber hinaus wurde in den Fallstudien die *Komplexität von Begleitungen* hin zu einer gesundheitlichen Versorgung deutlich: Bei Neu- oder Wiedervermittlungen ins Gesundheitssystem ist die dargestellte ‚Brückenfunktion' der Fachkräfte nur möglich, weil sie bestimmte Schwierigkeiten einordnen und Behandler*innen im medizinischen System darauf vorbereiten und entlasten können. Eine solche ‚beratende Begleitung', in der Regel nur durch sozialpädagogische Fachkräfte erbracht, ist aufgrund der ‚Bedarfe hinter den Bedarfen' (z.B. Zahnverfall aufgrund von Traumatisierungen) komplex und braucht Vertrauen, Kontinuität und Zuverlässigkeit seitens der begleitenden Fachkräfte. Die *Bedeutung von Professionalität* zeigt sich auch in notwendigen Neuvermittlungen und Deeskalationen, wenn Adressat*innen aufgrund von aggressiven Verhaltensweisen aus den Praxen verwiesen werden. Um neue Zugänge eröffnen zu können, braucht es Verweisungswissen, verlässliche Kooperationsbeziehungen und die Fähigkeit, bei Ärzt*innen um Verständnis für die Zielgruppe werben zu können (was in der Regel eine spezifische Fachlichkeit und berufliche Arbeitsbeziehungen voraussetzt). Begleitungen durch Nicht-Fachkräfte können dennoch hilfreich sein, wenn diese Personen den Adressat*innen durch ihre bisherige Einbindung in die Hilfe vertraut sind.

Fazit

Als bekannte Zugangsbarrieren für Menschen in Wohnungsnot wird in der Regel auf Aspekte der Gesundheitsgesetzgebung (Zuzahlungen, Fallpauschalen, Beitragsschulden, etc.), eines unzureichenden Entlassungsmanagements sowie lebenslagenbedingter Zugangsbarrieren wie Vernachlässigung, fehlende Krankheitseinsicht (Sucht, aggressives Verhalten) oder fehlende Sprachkenntnis verwiesen (vgl. Rosenke 2018). Im Rahmen unserer Forschung wurde deutlich, dass ergänzend zu diesen – nicht zu vernachlässigenden – Zugangsbarrieren Prozesse der Ausgrenzung wohnungsloser Menschen stärker in den Blick genommen werden müssen. Hier können Angebote der Begleitung ansetzen und auf unterschiedliche Weise Gegenerfahrungen ermöglichen. Begleitung ist

dabei umfassender zu verstehen und beinhaltet vielfältige psychosoziale Hilfeprozesse, die einer Behandlung auch vorgeschaltet werden können (beratende und vorbereitende Begleitung). Bei Begleitung im Sinne einer ‚technischen Assistenz' (z.B. Fahrdienste oder Wegbegleitung) ist die Beziehung zu den jeweiligen Personen weniger zentral, sie kann durch Ehrenamtliche, aber auch durch bekannte Taxidienste realisiert werden und steht in unseren Fallstudien als Bedarf nicht im Zentrum.

5.2 Gender- und Diversitätsaspekte im Gesundheitshandeln und in der Begleitung von Menschen in Wohnungsnot

Dieses Kapitel geht, basierend auf den dargestellten Fallstudien, explizit auf Gender- und Diversitätsaspekte ein, um die Fruchtbarkeit dieser Perspektive für die Praxis im Verstehen der Adressat*innen zu verdeutlichen. Nach grundsätzlichen Überlegungen, die auf dem aktuellen Theoriediskurs und der Forschungsliteratur im Themenfeld basieren, werden sowohl gender- und diversitätsbezogene Anforderungen und Zuschreibungen an Wohnungslose als auch Herausforderungen an die Kompetenz von Fachkräften im Sozial- und Gesundheitsbereich exemplarisch erörtert.

Gender- und Diversitätsaspekte im Kontext von Wohnungslosigkeit und Gesundheit – Intersektionale Annäherungen

In der Forschungsliteratur wie auch in der Praxis wird Geschlecht in der Wohnungslosenhilfe – und nicht nur hier – meist mit ‚Frauen' gleichgesetzt. Zunächst kann es als Fortschritt gewertet werden, dass Wohnungsnot von Frauen in Forschung und Praxis um die Jahrtausendwende überhaupt wahrgenommen wurde; dass die Erkenntnis reifte, dass auch in diesem Themenfeld strukturell bedingte Diskriminierungen von Frauen wirken, und dass das Thema verborgener, nicht-sichtbarer Wohnungslosigkeit von Frauen aufgedeckt wurde (vgl. Enders-Dragässer 1999, Enders-Dragässer o.J., Enders-Dragässer/Huber/Sellach 2004, siehe auch Kapitel 2).

Insofern wurde die vorherrschende Wahrnehmung männlicher Wohnungsloser nun um die ‚Sichtbarkeit' wohnungsloser Frauen erweitert. Allerdings sind geschlechterbezogene Reflexionen in Bezug auf wohnungslose Männer seltener anzutreffen – bei gleichzeitiger Mehrheit von männlichen Wohnungslosen in der Wohnungsnotfallhilfe. So scheint beispielsweise das bewährte theoretische Konstrukt der „marginalisierten Männlichkeit" (Connell 1999/2006) noch wenig Berücksichtigung in der praktischen Arbeit der Wohnungslosenhilfe zu finden. Geschlechteraspekte werden in der Praxis also noch keineswegs im Sinne einer Querschnittsperspektive umgesetzt.

Mittlerweile ist der Diskurs um Gender- und Diversitätsfragen in der allgemeinen Sozialwissenschaft und auch in der Sozialen Arbeit weiter vorangeschritten: Die Gender-Perspektive mit dem Fokus auf strukturelle Geschlechterverhältnisse und geschlechterbezogene Zuschreibungen stellt eine grundlegende Basis dar, ohne die weder das Bewältigungshandeln von Adressat*innen generell (und somit auch der Zielgruppe der Wohnungslosen) noch das Handeln der Professionellen hinreichend verstanden werden können. Darauf aufbauend geraten queere Perspektiven – angeregt durch queere Bewegungen und die *Queer Theory* – stärker in den Fokus von Praxis und Forschung. Ebenso ist ein größeres Bewusstsein für die Verwobenheit bzw. Verschränkung und Mehrdimensionalität von Ungleichheits- und Diskriminierungserfahrungen entstanden. Diese *intersektionale* Perspektive umfasst geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung ebenso wie *race*/Ethnizität und soziale Schicht/Klasse, aber auch Gesundheit/Krankheit, Alter etc. (vgl. Crenshaw 1989; Walgenbach 2014). Der Diskurs und die praktische Umsetzung in der Wohnungsnotfallhilfe befinden sich erst in den Anfängen. So gilt meist ein binäres Verständnis von Geschlecht:

> „Geschlecht ist dabei binär konstruiert, weiblich und männlich, wobei bestimmte Vorstellungen darüber, wie eine Frau, bzw. ein Mann auszusehen hat, in den Körper eingeschrieben sind und sich hier materialisieren müssen.“ (Ohms 2019, S. 98f.)

Diese Materialisierungen – als Sichtbarmachen von Geschlecht – können zu Verengungen, Beschränkungen und Diskriminierungen führen. In Forschung und Praxis der Wohnungslosenhilfe zeigen sich zudem Auslassungen von Themen wie Sexualität bzw. sexuelles Begehren, sexuelle Orientierung und die Anliegen von Trans*- und Inter*-Menschen.

Eine Pilotstudie in Hessen (Ohms 2019) hat sich mit dem Thema von lesbischen, schwulen, trans* und queeren Menschen in der Wohnungslosigkeit befasst und die benannten Lücken festgestellt. Hier wird vor allem die Schambesetzung bei Abweichungen von Normen der heterosexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität thematisiert. Von Wohnungslosigkeit betroffene lesbische, schwule, trans* und queere Menschen – so die Studie – werden mehrfach beschämt:

> „Sie verstoßen mit ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Varianz gegen heteronormative Werte und erfüllen zudem die Leistungserwartungen der LSBT*I*Q Communities nicht. Infolgedessen verschweigen sie ihre prekäre Lebenssituation, d.h. ihr ‚Scheitern‘ und nutzen in ihrer Beschämung auch nur selten Unterstützungsangebote; zudem steht die Befürchtung im Raum, auch hier erneut Diskriminierungen zu erleben, d.h. erneut ‚beschämt‘ zu werden.“ (Ohms 2019, S. 97ff.)

Erfahrungen der Marginalisierung, Ausgrenzung, Gefühle wie Scham, aber auch die mangelnde Adressierung von queeren Personen durch die Wohnungsnotfallhilfe sowie andere Hilfesysteme können dazu führen, dass Menschen, die nicht in das binäre heterosexuelle Schema passen, nicht in den Hilfeeinrichtungen auftauchen. Auch kann es sein, dass queere Personen von den Fachleuten der Wohnungslosenhilfe nicht in ihrer spezifischen Betroffenheit wahrgenommen werden.

Für unsere Untersuchung bedeuteten diese Überlegungen: Strukturelle geschlechterbezogene Unterschiede (z.B. Altersarmut als Grund für Wohnungslosigkeit bei Frauen oder Rauswurf durch Eltern nach Coming Out bei queeren Jugendlichen) müssen ebenso Berücksichtigung finden wie geschlechterbezogene Zuschreibungen (etwa Sexualisierungen) und binäre vereinheitlichende Unterscheidungen in Bezug auf Wohnungslose. Gleichzeitig stellen Frauen wie Männer, aber auch nicht-binäre Personen heterogene Zielgruppen dar, weshalb es gilt, die Verwobenheiten von Ungleichheitsstrukturen aufgrund von Geschlecht, *race*/Ethnizität, Alter, Gesundheit etc. in den Blick zu nehmen. So gilt es, Menschen in Wohnungsnot in ihrer je subjektiven Situation anzuerkennen und zugleich die Wirkungen struktureller Platzierungen und Konflikte intersektional zu sehen. Sonst besteht die Gefahr der Individualisierung.

Unser Forschungszugang verlief qua Auftrag (begleitende Forschung des Modellpraxisprojekts) über das MediA-Projekt mit den darin zusammengeschlossenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, in welchem lesbische, schwule, Trans*- und Inter*-Personen nicht gezielt berücksichtigt oder adressiert wurden. Wir entwickelten deshalb darüber hinaus Suchstrategien für queere Interviewpartner*innen in Richtung anderer Einrichtungen und Initiativen, doch leider konnte im Zeitraum unserer Erhebungsphase kein Interviewkontakt vermittelt werden.[32]

Da in der vorliegenden Untersuchung Fragen des Zugangs von wohnungslosen, also von gesellschaftlich marginalisierten Menschen, zum Gesundheitssystem und ihr Umgang mit Gesundheit/Krankheit fokussiert werden, geht es in diesem Kapitel um geschlechter- und diversitätsbezogene Erfahrungen der Adressat*innen der Wohnungsnotfallhilfe. Dabei interessiert insbesondere, wie diese in die Frage der Compliance bezüglich ihres Gesundheitshandelns

[32] Diese Suchstrategien sind in den Fallstudien und der Darstellung der Ergebnisse nicht sichtbar.

hineinspielen und wie eine Raumerschließung im Sinne einer Aneignung von Ressourcen und das Empowerment durch Wohnungslose gelingen kann (Huber/Blank 2017). Gleichzeitig geht es um Gender- und Diversitätskompetenzen der professionellen Fachkräfte – besonders hinsichtlich der Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Erschließung bzw. Öffnung von Räumen für den Weg zum Gesundheitssystem; also um sichere Räume für Interventionen und Unterstützung.

Im Prozess unserer begleitenden Forschung entwickelten wir folgende Thesen:

- Geschlechterbezogene Zuschreibungen und Erfahrungen der Verletzung und Scham wirken in das Gesundheitshandeln hinein. Es gibt vielfältige (Re)Traumatisierungen – bei Frauen wie bei Männern.
- Im Handlungsfeld Gesundheitssystem können gender-bezogene Anforderungen und Zuschreibungen an wohnungslose Menschen (in Verschränkung mit Zuschreibungen zu sozialer Schicht etc.) durch Institutionen und Fachkräfte zu vermeidendem bzw. gesundheitsabträglichem Verhalten führen.
- Die – durchaus gender-bezogenen – Ressourcen und Bewältigungsstrategien von wohnungslosen Menschen sowie ihre gesundheitsbezogenen Bedarfe geraten im Gesundheitsbereich und stellenweise auch in der Wohnungsnotfallhilfe zu wenig in den Blick.

Diese fortlaufend weiterentwickelten Thesen leiteten im Sinne von Aufmerksamkeitsrichtungen die Querschnittsauswertung unter Gender- und Diversitäts-Gesichtspunkten.

Zentrale gender- und diversitätsbezogene Anforderungen an Wohnungslose und Herausforderungen an die Kompetenz von Fachkräften im Sozial- und Gesundheitsbereich

Unter den von uns interviewten Menschen in Wohnungsnot sind sowohl Frauen wie Männer mit beruflichen Qualifikationen und Berufserfahrungen, die durch biografische und häufig gesundheitliche Einschnitte in eine soziale Abwärtsspirale geraten sind, als auch solche aus sozialen Schichten und Familien mit geringen Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Fallstudien zeigen geschlechterbezogene Anforderungen an und Zuschreibungen zu wohnungslosen Frauen und Männern – häufig in Verschränkung mit weiteren Zuschreibungen aufgrund von Gesundheit, sozialer Schicht/Klasse, Alter, *race*/Ethnizität etc. Daraus ergeben sich wiederum Herausforderungen für Fachkräfte und Hinweise auf erforderliche gender- und diversitätsbewusste Kompetenzen.

Marginalisierte Männlichkeiten und Inszenierung von Männlichkeit (erkennen)

Zu Männlichkeitsanforderungen in westeuropäischen Gesellschaften gehört, Erfolg haben sowie ‚stark' sein zu müssen. Mit letzterem hängt auch das Gesundheitsverhalten von Männern zusammen, jedoch auch die Bedingungen im Gesundheitssystem selbst (vgl. Böhnisch et al. 2007, Bardehle et al. 2010).

Dies führt beispielsweise bei *Georg Gruber* dazu, dass sein Hausarzt nicht alle seine Krankheiten (ausreichend) behandelt. Der Arzt relativiert Herrn Grubers Bedürfnis, eine Geschwulst in seinem Gesicht zu entfernen, indem er dies als eine Art kosmetischen Eingriff abwertet, den er medizinisch nicht für notwendig befindet. Ihn scheint sehr viel mehr die Lebensphase von Herrn Gruber beim Militär im Ausland zu interessieren. Indem der Arzt ihn auf dieser Ebene quasi von ‚Mann zu Mann' anspricht, inszeniert er eine bestimmte Form von Männlichkeit (vgl. Connell 1999/2006), was vom Patienten möglicherweise auch als Anerkennung seiner männlichen Seite erlebt wird. Jedoch ermöglicht dies ihm gerade nicht, sein eigentliches Anliegen – die Verbesserung seines gesundheitlichen Zustands (im Sinne des allgemeinen Wohlbefindens) – durchzusetzen. Hier zeigt sich eine Crux der Männerbünde im Arzt-Patient-Verhältnis.

Stefan Schmitt bekommt bereits in der Kindheit vermittelt, dass Probleme nicht nach außen getragen werden. Dies lernt er in seiner Familie, etwa als seine Mutter nach außen verheimlicht, dass er die Realschule und nicht das Gymnasium besucht. Im jungen Erwachsenenalter schämt er sich, dass er (aufgrund eines traumatischen Erlebnisses) arbeits- und wohnungslos bzw. Klient der Wohnungsnotfallhilfe geworden ist. Dazu kommt die Diagnose Depression, weshalb der ehemals unternehmungslustige junge Mann sich gesellschaftlich zurückzieht – einen Therapieplatz findet er nicht. Der Psychotherapeut aus dem MediA-Projekt, der ihm endlich helfen kann, bezeichnet den psychischen Zustand seines Patienten mit „Scham hoch drei". Als die Diagnose der Depression revidiert und eine schizoid-zwanghafte und bipolare Persönlichkeitsstörung festgestellt wird, was eine andere Medikamentierung nach sich zieht, und Stefan Schmitt sich bei dem Therapeuten aus dem MediA-Projekt „auf Augenhöhe" behandelt fühlt, ergeben sich positive Entwicklungen. Die Haltung des Therapeuten, dem Klienten Expertise für sein Erleben zuzusprechen, ermöglicht Stefan Schmitt, ein Gefühl von Selbstvertrauen zu entwickeln und sich wieder zu zeigen. Er findet den Weg in eine Ausbildung. An seinem Beispiel wird deutlich, wie herausfordernd es ist, sich gegenüber Anforderungen an männliche Normalität (Arbeit, Wohnung, stabile Gesundheit) zu behaupten (‚marginalisierte Männlichkeit') und welche Bedeutung dem Psychotherapeuten zukommt, diese Phänomene gemeinsam „auf Augenhöhe" mit dem Klienten zu analysieren und individuelle Wege zu entwickeln.

In den berichteten Fällen spielen Männlichkeitskonstruktionen eine Rolle, die zu Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung führen können, wenn sie nicht in der ärztlichen Handlung reflektiert und angegangen werden.

Weiblichkeitskonstruktionen – in Verschränkung mit Alter, sozialer Schicht – in der medizinischen und therapeutischen Behandlung (aufdecken)

Auch Frauen sind bekanntermaßen von vielen geschlechterbezogenen Anforderungen betroffen. Häufig stark ausgeprägt zeigt sich die Erwartung an die Optik bzw. das Aussehen, das in verschiedene Richtungen normiert ist und offenbar auch in der gesundheitlichen Versorgung und Therapie eine Rolle spielt.

Dies manifestiert sich bei *Klaudia Kuller*, 60 Jahre, die sich an einem weiblichen und jugendlichen Aussehen orientiert. Sie riskiert mit ihrem Kleidungsstil, der sexualisiert gelesen wird, Abwertung im Sinne von *Slut Shaming*. Dies führt im medizinischen System dazu, dass sie beispielsweise im ärztlichen Wartezimmer missbilligenden Blicken ausgesetzt ist – wobei es für Frau Kuller sowieso schon schwierig ist, die nötige Geduld für Wartezimmersituationen aufzubringen. Hier zeigt sich eine Verschränkung von Geschlechternormen mit Chrononormativität (Freeman 2010) – der sozialen Herstellung temporaler Normalität in verschiedenen Lebensphasen bzw. angenommene normative Abfolge von Ereignissen und Übergängen im Lebenslauf: Sie kleidet sich nicht so, wie es von einer Frau ihres Alters erwartet wird.

Maggy Maurer beschreibt, wie ihr in der Psychiatrie im Zuge des Versuchs, wieder mehr Nähe zulassen zu können, vorgeschlagen wird, sich weiblicher zu kleiden. Dieser Vorschlag führt bei Maggy Maurer zu massiven Selbstverletzungen. Sie möchte nie wieder Röcke und Kleider tragen. Hier werden im Therapiekontext traditionelle Geschlechternormierungen an Frau Maurer herangetragen, die körperliche Nähe mit Weiblichkeit und diese wiederum mit einer bestimmten Kleidung verknüpfen. Als die Therapeut*innen auf ihre Ablehnung des Therapievorschlags eingehen, ihr „auf Augenhöhe" begegnen und die Geschlechternomen fallen lassen, kann sie sich auf die weitere Therapie – in ihrem Modus – einlassen.

Eine andere Erfahrung, wie Geschlechterkonstrukte im Gesundheitswesen eingesetzt werden, hat sie in einer Arztpraxis gemacht: Hier wird Maggy Maurer angekündigt, dass ihr der Zugang verwehrt wird,

wenn sie weiterhin nach Rauch stinke. Die Folge ist Beschämung bei Frau Maurer. Von Seiten der Arztpraxis kann der Vorwurf des Rauchens im Zusammenhang mit Weiblichkeitskonstruktionen (so etwa der Normierung in der deutschen Geschichte mit dem Bild der ‚deutschen Frau, die nicht raucht') und in Verbindung mit sozialer Schicht gesehen werden. Einer Frau aus einer einkommensstarken Schicht würde sicherlich nicht der Zugang aus solch einem Grund verwehrt. Letztlich bietet der Grund des „Gestanks" möglicherweise einen Vorwand, den Zugang der wohnungslosen Frau zur Praxis zu verwehren.

Beide Fälle zeigen, wie Geschlechternomen – in Verschränkung mit anderen Zuschreibungen aufgrund des Alters und sozioökonomischen Status – im medizinischen System an Frauen herangetragen werden und wie diese den Zugang erschweren (Wartezimmersituation) bzw. den Therapiefortgang behindern können und aus diesen Gründen reflektiert werden müssen.

Gewalterfahrungen, Übergriffe, Traumatisierungen – auch im Gesundheitswesen (erfordern einen kompetenten Umgang)

Das größte Gesundheitsrisiko für Menschen in Wohnungsnot stellt erfahrene Gewalt da. Interviewte wohnungslose Frauen berichten von familiärer Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Herkunftsfamilie, auf die sich dann im weiteren Lebensverlauf häufig die Erfahrung von Partnerschaftsgewalt, sexualisierter Gewalt auf der Straße, Gewalt in der Psychiatrie bzw. dem Gesundheitswesen aufschichtet. Thematisiert werden vielfältigste Erfahrungen von Gewalt; vieles wird aber auch nicht angesprochen. Manchmal sind es nur Andeutungen wie im Fall von Klaudia Kuller, die möglicherweise auf der Straße sexualisierter Gewalt ausgesetzt war. Auch Männer berichten über Übergriffe – so etwa Emil Eisenmann, der von sexuellen Gewalterfahrungen in seiner Jugend erzählt, der aber auch im Gesundheitswesen vielfältige Übergriffe erlebt hat.

Andere traumatische Erfahrungen werden ebenfalls genannt: Unfälle, Massenpanik bei einer kulturellen Großveranstaltung, Fehlgeburten und Fremdunterbringung der eigenen Kinder. In Bezug auf das Thema Kinder ist es auffallend, dass die befragten Frauen nur wenig darüber sprechen, was darauf verweist, dass die erlebten Traumata möglicherweise nicht aufgearbeitet werden konnten. Bei den interviewten Männern nehmen dagegen Kinder gar keinen Raum im Gespräch ein, werden überhaupt nicht thematisiert. Das hat möglicherweise wieder andere vielfältige gender-bezogene Gründe.

Durch Wohnungslosigkeit, wiederholte Gewalterfahrungen, Prostitution etc. können Re-Traumatisierungen hervorgerufen werden. Diese gesamten Erfahrungen bilden den Boden, auf dem die Begegnungen mit Ärzt*innen stattfinden.

Gleichzeitig erleben Menschen in Wohnungsnot wiederum auch Übergriffe im Gesundheitswesen selbst. Die darauf bezogenen Erzählungen weisen unterschiedliche Schattierungen auf: von nicht-heranführender, nicht-erläuternder Behandlungsweise bis hin zu massiven Grenzüberschreitungen. So berichten einige wohnungslose Frauen von Ängsten generell vor zahnärztlichen Praxen und von schwierigen Erfahrungen beim Zahnarzt; vor allem, wenn ohne Ankündigung und Informationen über die notwendigen Maßnahmen die Zahnbehandlung durchgeführt wird (und damit die Personen nicht ernstgenommen werden). Auch Beleidigungen durch Ärzt*innen – etwa aufgrund des Körpergewichts (*Fat Shaming*) – werden erzählt. Maggy Maurer berichtet, wie belastend es ist, wenn ihr beim Arzt gesagt wird, dass sie sich schon mal ausziehen soll, bevor der Arzt oder die Ärztin anwesend ist und dann entkleidet warten soll. Sie ist es auch, der von Ärzt*innen gesagt wurde, sie solle erst einmal abnehmen, sie sei „zu fett". Bianca Bönning berichtet von Wartezimmersituationen bei der Frauenärztin, die sie belastend erlebt hat, wenn Männer anwesend waren. Lena Lichtenstein erlebt in der Psychiatrie häufig Fixierungen, die sie massiv belasten.

Diese Erfahrungen haben Auswirkungen auf die innere Disposition, Begleitungen durch MediA zu Ärzt*innen in Anspruch nehmen zu können. Maggy Maurer z.B. empfindet eine Begleitung als Autonomieverlust und lehnt sie daher ab, nutzt aber Gespräche mit der Beraterin für die Vorbereitung der Arztbesuche. Da sie sich autonom von ihren Männerbeziehungen gemacht hat, sagt sie, dass sie sich nicht in die nächste „Abhängigkeit" begeben möchte.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass verschiedene Formen und Grade der professionellen Begleitung zu gesundheitlichen Themen bedeutsam sind und die Form der Ausgestaltung mit den biografischen Erfahrungen von Gewalt und Grenzüberschreitung zusammenhängen (und nicht von den institutionellen Möglichkeiten der Zeit- und Ressourcengestaltung abhängig gemacht werden dürfen). Diese verschiedenen Formen wurden bisher kaum explizit thematisiert – und auch beim MediA-Projekt erst im Laufe des Handelns in der ganzen Tragweite entdeckt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das medizinische System einen Mangel an Gender- und Trauma-Kompetenz aufweist, was für Patient*innen eine schwer zu überwindende Hürde darstellen kann. Diese zeigen unterschiedliche Umgangsweisen mit dieser fehlenden Trauma-Kompetenz; von der Vermeidung bestimmter Arztbesuche bis hin zu Autonomiebestrebungen – durchaus im Sinne von Selbstbehauptung, Schutz vor Klientifizierung – die in der Begleitung berücksichtigt werden müssen. Bei medizinischem Personal braucht es mehr Wissen zu Zusammenhängen zwischen Traumata und bestimmten Fachdisziplinen; zum Beispiel, dass Zahnarztbesuche nach sexualisierten Gewalterfahrungen besonders schwierig sein können, weil es sich bei der Zahnbehandlung um einen intimen Bereich mit Nähe zwischen Patient*in und Zahnärzt*in handelt.

Intimität, Scham und die Erfahrung, beschämt worden zu sein (wahrnehmen)

Wohnungslose Frauen – weniger Männer – äußern, dass ihnen Situationen beim Arzt unangenehm, peinlich sind, sie sich schämen. Im Fall von *Lena Lichtenstein* wird Scham zum Thema, als ihr der Gynäkologe ein Inkontinenzgerät verschreibt, das sie im Anschluss aber nicht verwendet. Daraufhin begleitet die MediA-Mitarbeiterin Lena Lichtenstein zum Arzt. Im Interview kritisiert die Mitarbeiterin, dass der Arzt schlecht erklärt habe. Daraufhin unterstützt sie selbst Frau Lichtenstein beim Ausprobieren, empfindet aber diese Situation als grenzwertig bzw. an der Grenze von Intimität und Scham. Die Tatsache, dass Frau Lichtenstein selbst im Interview nicht von der gynäkologischen Begleitung durch MediA erzählt, kann möglicherweise ebenfalls mit Scham zusammenhängen, möglicherweise auch mit einem Gefühl von Grenzüberschreitung. Sie äußert sich nicht, doch geht sie in der Folge ihren eigenen Weg, ohne die Mitarbeiterin diesbezüglich weiter einzubeziehen.

Eine *Ehrenamtliche* aus dem MediA-Projekt, die Frau Lichtenstein auch begleitet hat, berichtet wiederum, dass sie emotionale Ausbrüche von Klient*innen als besonders intim und überfordernd empfindet, während sie etwa Begleitungen zur Frauenärztin – auch bei Untersuchungen – nicht als Problem wahrnehme.

Die befragten Männern beziehen Scham-Themen nicht explizit auf körperliche Erfahrungen, was aber auch wiederum mit gesellschaftlichen Männlichkeitskonstruktionen – was gesagt werden kann als Mann – zusammenhängen kann. Bei *Stefan Schmitt*, der Scham thematisiert, bezieht sich dieses Gefühl auf den Verlust der Wohnung, die Arbeit, seine psychische Krankheit, nicht auf körperliche Erfahrungen – zumindest in seiner Erzählung.

Alle drei Perspektiven zeigen, dass das Empfinden von Intimitätsüberschreitung, Peinlichkeit und Scham bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich aussehen und sich auf unterschiedliche Themen beziehen kann – auch bei den Helfenden. Deshalb ist an dieser Stelle besonders die subjektive Sicht der Adressat*innen und deren Haltung ein wichtiges Indiz; neben der nötigen Selbstreflexivität der Helfer*innen in Bezug auf diese Themen.

Überwiegend bei den interviewten Frauen zeigt sich die Bedeutung des Körpers: Das Schildern des eigenen Körpergefühls und auch der Bewertungen von außen über ihren Körper bringen zum Vorschein, dass ihnen ihr Körper wichtig ist. Die Erzählungen zeigen, dass es notwendig ist, respektvoll und sensibel mit der Klientel umzugehen. Wohnungslosigkeit als dominantes Problem in den Augen der Helfenden kann leicht dazu verführen, die Bedeutung eines behutsamen Umgangs mit Körperthemen zu übersehen.

Diese Schamgefühle – und ihr Bezug zu Geschlechternomen in Verschränkung mit weiteren Bedingungen wie etwa sozialer Schicht – müssen in der Begleitung von Wohnungslosen berücksichtig werden.

Zusammenspiel von Wohnungslosigkeit, Gesundheit und Migration und/oder sozialer Schicht/Klasse (berücksichtigen)

Ein weiteres Thema stellt das Zusammenspiel von Wohnungslosigkeit, Krankheit und Migration in den Fallbeispielen dar.

Suree Schuster kommt in jungen Jahren aus Asien nach Deutschland, heiratet hier, wird aber nach einigen Jahren geschieden – und wohnungslos. Sie entwickelt psychische Krankheiten. Dahinter lässt sich eine tiefergreifende Vulnerabilität vermuten im Zusammenhang mit ihrer Herkunftsfamilie, der eigenen Adoption und der Migrationserfahrung. Suree Schuster gibt ihrem Ehemann zuliebe, der auf Karriere setzt, ihren Kinderwunsch auf. Sie definiert sich – trotz Scheidung – als Ehefrau, dies stellt für sie Normalität dar. Für ihre eigene Identität scheinen die Rollenbilder als Ehefrau, Tochter und Schwester identitätsstiftend zu sein. Mit dem Verlust dieser Rollen scheint sie gesellschaftliche (und somit Selbst-)Anerkennung zu verlieren. Dies ‚ver-rückt' sozusagen ihre eigene Wirklichkeit, in der sie nur als (imaginierte) Gesundheitsberaterin – also in einer quasi beruflichen Rolle – einen Sinn zu finden scheint. Sie lebt im begleiteten Wohnen. Durch die Fachberaterin der Wohnungsnotfallhilfe, aber auch durch Beratungen bei MediA gelingt eine Stabilisierung von Suree Schuster. Sie erlebt es als hilfreich, über „ihre Gesundheitsprojekte" sprechen und sich damit ein Stück weit selbstwirksam bzw. ernst genommen erleben zu können. Ihre eigenwillige Wahrnehmung der Wirklichkeit ist möglicherweise auch als ein Selbstschutz zu sehen, um die vielen Verluste – ihrer Herkunftsfamilie, Rolle als Mutter und Ehefrau etc. – bewältigen zu können.

Kaya Khalifa ist im Alter von ca. 40 Jahren aus einem nordafrikanischen Land gemeinsam mit ihrem Mann und ihren beiden Kindern migriert. Sie wurde aufgrund mehrerer biografischer Einschnitte – vor allem der zeitweisen Trennung von Ihrem Ehemann – wohnungslos und kam zur Wohnungsnotfallhilfe. Frau Khalifa benötigt als Analphabetin umfängliche Begleitung und Unterstützung für die Bewältigung komplexer gesundheitlicher Prozesse für ihren mittlerweile schwer erkrankten Mann, mit dem sie wieder zusammenlebt. Bei diesen ‚Wegen' zwischen den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens ist Kaya Khalifa, zum Zeitpunkt des Interviews ca. 60 Jahre alt, weitgehend auf sich alleine gestellt, zumal die Verbindung oder Vernetzung im Gesundheitssystem hauptsächlich in der Verantwortung der Patient*innen liegt. Eine wichtige Unterstützung stellt der Betreuer ihres Mannes aus der Wohnungsnotfallhilfe dar.

Sichere Räume und Raumöffnung hin zum Gesundheitssystem (als Voraussetzung für Empowerment begreifen)

Der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ist eng mit dem Thema von sicheren Räumen verbunden – insbesondere aus der Gender-Perspektive. Dabei geht es sowohl um die Raumerschließung für Menschen in Wohnungsnot durch Begleiter*innen als auch durch Menschen in Wohnungsnot selbst, um Ressourcen (bezogen auf Personen, aber auch gesellschaftliche Verhältnisse) und Prozesse von Empowerment (vgl. Blank/Huber 2017).

a) Sichere Räume – Zugänge über Begleitung der Wohnungsnotfallhilfe

Bei vielen (heterosexuellen) Frauen hängt das Thema Wohnen und Wohnungslosigkeit mit ihren privaten Beziehungen zusammen. So erfolgt Wohnungslosigkeit nach dem Tod des Partners oder nach dem Ende der Beziehung, da häufig nur der Mann im Mietvertrag eingetragen ist. Zugang zu Wohnraum erschließt sich umgekehrt häufig über eine neue Beziehung zu einem Mann oder über ‚Beherbergungsprostitution'. Bei *Maggy Maurer* etwa ist das Thema Wohnraum jahrzehntelang fest daran gebunden, in einer Beziehung zu einem Mann zu sein. Als sie mit 50 Jahren Unterstützung bei einem Träger der frauenbezogenen Wohnungsnotfallhilfe in Anspruch nimmt, erhält sie im betreuten Wohnen erstmals in ihrem Leben einen eigenen, abgegrenzten Wohnraum für sich selbst. Dieser sichere Raum ist für Frau Maurers Körpergefühl extrem wichtig und bietet ihr die Grundlage für Selbstfürsorge und Gesundheitshandeln.

Auch für *Stefan Schmitt* erweist sich das betreute Wohnen als Möglichkeit, während seiner psychiatrischen und psychotherapeutischen Odyssee ein (fast) sicheres Dach über dem Kopf zu haben. Erst durch die psychotherapeutische Begleitung bei MediA kann ihm geholfen werden, sich psychisch zu stabilisieren und eine eigene Wohnung zu finden – eine wichtige Ressource und Voraussetzung für seinen weiteren beruflichen Weg.

Es bedarf eines (sicheren) Ortes, an dem Adressat*innen als Menschen ganzheitlich mit ihrer Geschichte und ihrem So-Geworden-Sein wahrgenommen werden, um Themen und Schwierigkeiten überhaupt erst in ihrer Bedeutung wahrnehmen zu können – und zu verändern. Professionelle in der Wohnungsnotfallhilfe benötigen dazu einen erweiterten Blick über Wohnen und Arbeit hinaus auf Gesundheit, aber auch ein Fallverständnis, das den ganzen Menschen mit seiner Biografie in den Blick nimmt.

Ein sicherer Raum ist insbesondere für traumatisierte Menschen als Grundlage für das alltägliche Leben notwendig. Für Frauen in Wohnungsnot ist es wichtig, das Thema Wohnen von Beziehungen zu Männern zu entkoppeln und Selbstwirksamkeit im eigenen Wohnraum zu spüren.

b) Raumerschließung durch Wohnungslose – Prozesse der Selbstermächtigung

Lena Lichtensteins Beispiel zeigt, wie sie Ohnmachtserfahrungen im medizinischen System bewältigt: sie mobilisiert subjektive Ressourcen, indem sie Widerstand zeigt und sich für Veränderungen einsetzt. So ist ein zentrales Thema des Interviews Frau Lichtensteins Forderung nach einem Ende von Fixierungen in der Psychiatrie – quasi ein politisches Engagement. Sie engagiert sich in einer Selbsthilfeorganisation für psychisch kranke Menschen. Darin kommt eine Form von Selbstermächtigung (und kollektiver Ermächtigung) zum Ausdruck. Sie kann sich Unterstützung organisieren: Bei MediA nutzt sie die Gespräche mit der Mitarbeiterin für gesundheitsbezogene Entscheidungsprozesse.

Auch bei *Maggy Maurer* wird Selbstermächtigung in ihrem aktiven, autonomen Gesundheitshandeln deutlich. Eine Begleitung zu Ärzt*innen kommt für sie nicht in Frage, da sie sich nach den Ohnmachts- und Abhängigkeitserfahrungen in ihren Männerbeziehungen nicht erneut in Abhängigkeit begeben möchte. Dieses Autonomiestreben kann als Ressource betrachtet werden – auch wenn es Begleitungen erst einmal erschweren kann – gerade, da es gesellschaftlich nicht von Frauen erwartet wird.

Bei *Bianca Bönning* wird vor allem ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge deutlich. Sie sieht trotz ihrer offenbar schweren psychischen und physischen Erkrankung ihre Ressourcen in Form von Kreativität und Durchhaltevermögen und zeigt so Fähigkeit zur Selbstfürsorge. Hierbei sieht sie den Kontakt zum eigenen Körper als zentral an. Nicht zuletzt, weil es ihr an finanziellen Mitteln mangelt, um sich

Angebote für Körper und Psyche leisten zu können, ist die MediA-Gesundheitsgruppe für Frau Bönning zur Gesundheitserhaltung von großer Bedeutung.

Wohnungslose erschließen sich auch selbst Räume und mobilisieren Ressourcen – im weitesten Sinne, inklusive gesellschaftliche Räume wie etwa Selbsthilfeorganisationen: So zeigen sich Beispiele von Selbstfürsorge, persönlicher Selbstermächtigung bis hin zu politischen Aktivitäten im Sinne eines kollektiven Empowerments.

Fazit

In Bezug auf die Adressat*innen zeigen sich unterschiedliche geschlechterbezogene Konstruktionen. In gewisser Weise scheinen diese in der Verschränkung von Wohnungslosigkeit und Geschlecht noch deutlicher hervorzutreten. Wohnungslose Männer und Frauen erleben geschlechterbezogene Zuschreibungen in Verschränkung mit anderen Zuschreibungen im Gesundheitssystem. Es wird deutlich, wie ein Teil der interviewten Menschen in Wohnungsnot diese Anforderungen für sich selbst als Orientierung übernimmt – ein Maßstab, an dem sie auch scheitern. Wiederum andere grenzen sich explizit von solchen Anforderungen als Zumutungen ab. Bei den interviewten Männern erfolgt dies in Bezug auf Anforderungen an Männlichkeit oder als Herabsetzung mit der Begründung von Männlichkeitsnormen eher implizit und unausgesprochen in den Behandlungssituationen. Interviewte Frauen thematisieren Weiblichkeitsanforderungen im Gesundheits- und therapeutischen System expliziter, stellenweise auch im Zusammenhang mit anderen – etwa altersbezogenen – Zuschreibungen. Weitere Verschränkungen mit den Kategorien Geschlecht und Gesundheit zeigen sich bei Interviewten im Zusammenhang mit Migrationserfahrung – etwa hinsichtlich mangelnder Verbindungen zum Gesundheitssystem, was besonders auch im Falle gescheiterter Beziehungen (in Zusammenhang mit materieller Abhängigkeit einzelner Migrantinnen) zum Tragen kommt. Doch sind unter Gender-Gesichtspunkten auch thematische Auslassungen festzustellen: So sprechen weder Wohnungslose noch unterstützende Personen homosexuelle Orientierungen bei der Klientel an. Wohnungslose Männer thematisierten in den Interviews nie (eigene) Kinder, von Frauen wird dieses Thema nur gestreift und meist nicht weiter ausgeführt.

Die Erzählungen verweisen häufig auf eine fehlende Gender- und Diversitätskompetenz (und auch Trauma-Kompetenz) von medizinischem und therapeutischem Personal, was eine Hürde zum Zugang zu medizinischer Versorgung darstellt. Positiv auf den Zugang zu medizinischer Versorgung wirkt es sich aus, wenn die Adressat*innen dabei unterstützt werden, sicheren Wohnraum zu erhalten und wenn Mechanismen der Selbstermächtigung und der Selbstfürsorge – auch und gerade dann, wenn sie ‚geschlechtsuntypisch' sind – erkannt und unterstützt werden.

5.3 Herausforderungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen in der Versorgung von Menschen in Wohnungsnot

Eine Erhebung der Perspektiven von Fachkräften aus dem Gesundheitssystem war bei der Planung des Projektes WoGe zentraler Bestandteil und so wurden diese Personen auch in den multiperspektivischen Fallstudien als potenzielle Interviewpartner*innen eingeplant. In den entsprechend für sie angepassten Interview-Leitfäden wurden (über die konkreten Fälle hinausgehende) offene Fragen nach allgemeinen Erfahrungen mit Menschen in Wohnungsnot und ihre Bedeutung im Arbeitsalltag der Expert*innen im Gesundheitswesen formuliert. Weiterhin war ein Fachaustausch mit Ärzt*innen im Großraum Stuttgart in Form eines Workshops geplant. Dieser ließ sich durch dynamische Verschiebungen von Schwerpunkten während der Projektlaufzeit, Schwierigkeiten bei der Umsetzung sowie aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen nicht wie

ursprünglich geplant umsetzen. Alternativ wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt. Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse dieser beiden Erhebungsansätze dargestellt.

Ergänzende Perspektiven der befragten Expert*innen aus dem Gesundheitssystem – im Rahmen der qualitativen Interviews

Im Rahmen der Fallstudien konnten insgesamt fünf verschiedene Personen aus dem Gesundheitssystem interviewt werden, darunter zwei Hausärzt*innen, ein Zahnarzt, ein im Projekt beteiligter Psychotherapeut sowie eine Pflegedienst-Leitung. Der Zugang zu weiteren Personen erwies sich als schwierig. Einerseits willigten die (wohnungslosen) Interview-Partner*innen in lediglich drei der zehn Fallstudien zu einer Kontaktaufnahme mit behandelnden Ärzt*innen und weiteren Personen ein. Andererseits waren mehrere angefragte Ärzt*innen oder Therapeut*innen nicht zu einem Interview bereit, auch im Zusammenhang mit fehlenden zeitlichen Ressourcen. Drei der fünf Interviewten aus dem Gesundheitsbereich waren die prekären Wohnverhältnisse der von ihnen behandelten Personen nicht bekannt oder bewusst.[33]

In den durchgeführten Expert*innen-Interviews[34] werden weitere fallübergreifende Aspekte von Hürden und Barrieren sowie von hilfreichen Aspekten in der gesundheitlichen Versorgung und Begleitung von Menschen in Wohnungsnot deutlich und die Erkenntnisse aus den Fallstudien vertieft.

Umgang mit Angst und Trauma

Als wesentliche Hürde in der Arbeit mit Menschen in Wohnungsnot wurde von zwei Ärzt*innen das Thema ‚Ängste' genannt. Mit dem Begriff ‚Angstpatient', der mehrfach fällt, wird auf Patient*innen mit Ängsten vor und bei der Behandlung verwiesen, die nicht in objektivem Verhältnis zu z.B. erwartbaren Schmerzen stehen. Dies führt laut der Expert*innen zu vermeidendem Verhalten, großer Anspannung und Überreaktionen während der Behandlung, besonders im Bereich Zahnmedizin. Wie in den Fallstudien deutlich wurde besteht dabei in der Regel ein Zusammenhang mit schwierigen, schmerzhaften oder erniedrigenden und beschämenden Erfahrungen früherer Behandlungen, aber auch mit anderen biografischen Erlebnissen. Der interviewte Zahnarzt führt dazu Folgendes aus:

> „Ne, ich bin ja nur ein Hobby-Psychologe. Das merken Sie selber, weil wenn Sie früher in Behandlung waren und wissen, wie Sie [selbst] als Kind festgehalten wurden, damit irgendein Zahn gezogen wurde, dann wissen Sie automatisch, wie das bei uns alles vielleicht ein bisschen leichter geht. Und man will ja nicht mehr Traumata setzen, jetzt psychisch, als die [Patient*innen] ohnehin schon haben. Ich hab einen, der ist seit fünfzehn Jahren-, wenn der an mich denkt, ist er schon klatschnass […]. Er kann sich überhaupt nicht daran gewöhnen, an Manipulation in der Mundhöhle, das ist einfach ein sehr sensibles Thema: du bist sehr schmerzempfindlich; […] und wenn dann einer noch brutal um sich rum spritzt mit Betäubungsmittel, dass die Kanülen sich biegen. Einer meiner alten Chefs zum Beispiel, der hat da kein großes Händchen gehabt, der war noch brutal in der Behandlung. Dann war's dann so, dann kommen die Leute einfach nicht mehr." (ZA.78ff.)

Der Zahnarzt beschreibt, dass Angst aufgrund konkreter Erfahrungen auf ähnliche Settings übertragen wird, diese auch trotz positiver Gegenerfahrungen weiterbestehen kann und die Behandelnden Methoden und Konzepte im Umgang damit benötigen (in diesem Zusammenhang problematisiert er auch „brutale" Behandlungsmethoden seiner Zunft). Er wertet eigene Erfahrungen als Patient als

[33] Dies passt zur Erkenntnis von Steiger (2010), dass Betroffene ihre Wohnungslosigkeit gegenüber Ärzt*innen z.B. aus Scham nicht preisgeben.

[34] Die Quellenangaben der Zitate in diesem Kapitel setzen sich zusammen aus der Buchstabenfolge der Interviewpartner*in mit HÄ für Hausärztin, HA für Hausarzt, ZA für Zahnarzt und PT für Psychotherapeut sowie der Absatznummer der jeweiligen Transkription.

sensibilisierend, aber auch seine in der Ausbildung erworbenen Konzepte für die Behandlung von Kindern (ZA.84) sowie ein individuelles und situationsbezogenes Eingehen auf die Person:

> „Und dann denke ich, ist es auch sehr behandlungsbezogen. Wenn du versuchst, die Ängste zu nehmen. Ich arbeite nicht mit Hypnose oder solchen Sachen. Wir machen das Schritt für Schritt, kleinere Sitzungen.“ (ZA.18)

Die interviewte Hausärztin berichtet, nichts zum Umgang mit vulnerablen Menschen im bereits länger zurückliegenden Studium gelernt zu haben. Sie erzählt von eher zufälligen, aber wichtigen Impulsen einer Psychotherapeutin für den Umgang mit Angstpatient*innen:

> „Und die hat uns dann zum Beispiel auch mal gezeigt, was sie da alles Gute mit den Patienten macht und wie sie das macht und auch was für Methoden sie benützt, dass man sich da entspannen kann. Und das ist recht interessant, ganz einfache Tricks, die man da wirklich anwenden kann.“ (HÄ.12ff.)

Knappe finanzielle Mittel für medizinisch notwendige (Zu-)Zahlungen

Von zwei Ärzt*innen werden finanzielle Hürden für Menschen in prekären Lebenslagen thematisiert. Die Zahlung der bis Ende 2012 erhobenen Praxisgebühr, Zuzahlungen von Rezepten für Medikamente, Therapien oder der hohe Eigenanteil an Zahnersatz und Füllungen (HÄ.124; ZA.44) führen zu Vermeidungen von Arztbesuchen oder dazu, dass notwendige Therapien nicht in Anspruch genommen werden. Eine Befreiung von der Zuzahlung bei Rezepten ist bei chronischen Erkrankungen möglich oder im Sozialhilfebereich auf jährlichen Antrag durch die Versicherten (vgl. HÄ.110ff). In Einzelfällen hat die Hausärztin die Möglichkeit, Medikamentenmuster auszugeben, was allerdings nur in begrenztem Rahmen möglich ist:

> „Hab ich jetzt in letzter Zeit nicht, aber hatte-, ich hab immer Muster da. Ich hab ihm dann ein Muster mitgegeben. Aber wenn sich das halt häuft, dann hat man keine mehr. Aber ich hab’s immer wieder im Verlauf der Jahre gemacht.“ (HÄ.116)

Gerade bei Zahnersatz, bei dem es oft um sehr hohe Zuzahlungssummen geht, beschreibt der befragte Zahnarzt Auslandsaufträge als Möglichkeit, Laborkosten zu reduzieren, „also sprich aus China lassen wir den Zahnersatz kommen, um dementsprechend günstig zu arbeiten“ (ZA.30) oder „über den Härteantrag“ (ZA.62) bei den Krankenkassen sowie über Finanzierungen durch „Spendenaktionen“ (ZA.30) wie z.B. von der Stuttgarter Zeitung. Gleichzeitig macht er die Bedeutung von Zahnersatz für Personen, beispielsweise im Rahmen von Bewerbungen deutlich: „Die können sich ohne Zähne ja gar nicht bewerben, also Zähne ist schon wichtig“ (ZA.62).

Verschiedene individuelle Unterstützungsmöglichkeiten, die von zwei Interviewpartner*innen Erwähnung finden, werden als zusätzlicher Aufwand für die Praxen bewertet und durch wirtschaftliche Aspekte und Notwendigkeiten begrenzt. Ein adäquates Umgehen mit Ängsten, aber auch grundsätzlich der Umgang mit Menschen in Wohnungsnot wird für die Arztpraxen mit einem deutlich höheren Zeitaufwand beschrieben, der nicht abgerechnet werden kann und im Verhältnis mit der Zeitdauer der Behandlungen im Durchschnitt sich die Waage halten muss (ZA.30). Eine Konsequenz davon ist der Rückgriff auf kassenfinanzierte Minimallösungen bei Zahnersatz auf Kosten von medizinisch zu bevorzugenden Lösungen:

> „Ich freu mich über jeden Privaten [Privatpatienten] der kommt, weil der auch natürlich Leistungen kompensiert im Kassenbereich, die wir dann ausschenken können. […] Da arbeitet man einfach im Kassenbereich und sieht zu, dass man damit hinkommt und [ich] hab auch öfter Nullrunden.“ (ZA.72ff.)

Notwendige Haltung von Empathie und Offenheit

Als weiteren wesentlichen Aspekt in der Arzt-Patienten-Interaktion wird die Haltung der Ärzt*innen gegenüber den Adressat*innen deutlich. Eine Hausärztin thematisiert die notwendige *Offenheit und Akzeptanz*:

> „Aber ich muss sagen, ich bin eigentlich offen. Also ich glaub, es kommt sehr selten vor, dass ich mal mit jemanden nicht kann. Also ich kann auf alle möglichen Leute eingehen. Die jetzt zackig sind, oder sehr still oder depressiv oder ein wenig aggressiv. Ich hab in 33 Jahren wirklich nur einen Menschen rausgeschmissen.“ (HÄ.40)

Eine Haltung der Offenheit wird von ihr als gelingender Zugang zu den Lebenswirklichkeiten ihrer Patient*innen beschrieben, was sich in einer großen Akzeptanz gegenüber dem So-Geworden-Sein und widerständigem Verhalten von Menschen in prekären Lebenslagen widerspiegelt. Daran lässt sich auch die Aussage eines interviewten Hausarztes zur *Empathiefähigkeit* als Voraussetzung für den Beruf als Ärzt*in anknüpfen:

> „Denn wenn jemand nicht fähig ist, irgendwie sowas wie, hochtragend formuliert, Empathie zu empfinden, ist man in dem Beruf ohnehin fehl am Platz.“ (HA.260)

Damit spricht der Hausarzt eine aus seiner Sicht notwendige Motivation für Ärzt*innen an, die er mit folgender pointierter Aussage unterstreicht „Ein Arzt ist ein Arzt, ein Mediziner ist irgendwie Mechanist” (HA.268).[35] Demgegenüber formuliert er als Herausforderung, dass die Lebenslage eines Arztes weit entfernt ist von den Problemen und Herausforderungen von Menschen in prekären Verhältnissen bzw. Wohnungsnot und Empathie allein vielleicht nicht ausreicht:

> „Ich mein, man selbst, jeder Arzt, oder fast jeder Arzt ist irgendwie gut situiert. Also es ist ein Gefälle da. Das kann schon zu herablassenden Betrachten führen.“ (HA.184)

Fehlende Entlastungsmöglichkeiten für Fachkräfte

In der Sozialen Arbeit sind Supervision und Austausch in vielen Praxisfeldern üblich und notwendig und führen zu einer höheren Fachlichkeit, stellen aber auch einen notwendigen Aspekt der Psychohygiene von Professionellen dar. Die interviewte Hausärztin spricht die Bedeutung eines *Erfahrungsaustausches* oder einer *Supervision* für Ärzt*innen zur Auseinandersetzung mit schwierigen und belastenden Situationen im Praxisalltag an, die aber offensichtlich strukturell nicht so fest verankert zu sein scheint und hier eher zufällig etabliert wirkt:

> „Also nach meinen Anfangsjahren, als ich noch eine junge Ärztin ohne große Erfahrung war, hatte ich das tatsächlich nicht und da musste ich sehr viel mit mir selber ausmachen. Da kriegt man schon, da kriegt man schon Traumen mit, also wenn man da nicht Unterstützung von der Familie und Ablenkung hat. […] Also in den ersten, grad schweren Jahren gab’s keine Möglichkeit mit jemand zu sprechen. Aber dann haben wir einen Ärzte-Qualitätszirkel ab ‘99 gemacht mit einer Kollegin, die diese Idee hatte, die kam aus Berlin. Und die hat gesagt: ‚Wir machen das, haben wir früher so gemacht. Und wir machen das weiter.‘ Und das war toll. […] Ja, das wird natürlich von der KV gefördert. Das ist gut. Wir kriegen da so Punkte, so Anerkennungspunkte. Aber das Wichtigste ist, dass man sich trifft und dass man so Themen, die man selber sonst so nicht hinkriegt, dass man die besprechen kann. Wir

[35] Vgl. dazu z.B. auch Nolte, Stephan Heinrich. 2010. „Arzt oder Mediziner: Empathie statt Aktionismus“. *Deutsches Ärzteblatt* 107(31–32): A 1512-A 1514. Dabei wird unter medizinisch „die naturwissenschaftliche, rationale und in ihren Kausalitäten eindeutige Bedingung, unter ärztlich die humane, psychologische, kulturwissenschaftliche und in ihrer Komplexität undurchschaubare Gesamtsituation gefasst“.

> laden auch immer Kollegen von Fachrichtungen ein, die uns da auch so Sachen, Reden und Fragen beantworten können.“ (HÄ.180ff.)

Damit macht die Hausärztin deutlich, wie sehr es von den persönlichen Gegebenheiten, Interessen oder den individuellen Strukturen vor Ort abhängt, wie sich Ärzt*innen grundsätzlich mit nicht rein medizinisch-fachlichen Themen auseinandersetzen. Der Erwerb professioneller persönlicher Kompetenzen wie Haltung, Fallverstehen oder Erfahrungsaustausch und Supervision scheinen in der Ausbildung von Ärzt*innen hinter Fachwissen zurückzutreten und strukturell auch im späteren Berufsleben zu wenig etabliert zu sein.

Gemeinsam ist diesen drei Expert*innen-Interviews, dass die Wahrnehmung von Wohnungsnot in der Praxis eher zufällig und selten zu sein scheint und daher weniger konkrete Erfahrungen bei gleichzeitiger Offenheit für die jeweiligen Problemlagen besteht. Im folgenden Abschnitt werden Erfahrungen von weiteren Ärzt*innen zusammenfassend dargestellt, die in ihrem Praxisalltag vielfältig mit Menschen ihn prekären Verhältnissen betraut sind.

Ergänzende Erfahrungen von Ärzt*innen – im Rahmen einzelner standardisierter Befragungen

Zu Projektbeginn Anfang 2017 wurden in mehreren Workshops mit den Projektbeteiligten sowie mit Mitarbeiter*innen der stationären Wohnungsnotfallhilfe unter anderem deren Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der konkreten Fallarbeit sowie gelingende Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem erhoben. Davon ausgehend folgten konkrete Überlegungen für einen Fachaustausch mit Ärzt*innen aus dem Großraum Stuttgart. Dafür wurden im Januar 2019 56 Haus- und Facharztpraxen sowie die ehrenamtlichen Ärzt*innen des MedMobils angeschrieben und zu einem Fachaustausch im April 2019 in zentral gelegene Räumlichkeiten im Sozialamt Stuttgart eingeladen – 34 postalisch, 22 per E-Mail. Ein einziger Arzt meldete sich per E-Mail zurück, dass er aufgrund zeitlicher Ressourcen an diesem Termin nicht teilnehmen konnte, weitere Rückmeldungen gab es nicht. Alternativ wurde eine schriftliche Befragung geplant und dafür 16 Praxen telefonisch kontaktiert. Fünf Ärzt*innen signalisierten ihre Bereitschaft, einen kurzen Fragenbogen auszufüllen.

Auf den Versand des zweiseitigen Fragebogens (FB) per Mail und Fax an die fünf Praxen sowie die Ärzt*innen des MedMobils, kam ein Rücklauf von zwei Fachärzt*innen aus dem Bereich Sucht und Psyche sowie eines Arztes, der ehrenamtlich beim MedMobil aktiv ist. Gemeinsam war allen drei Ärzt*innen, dass sie in ihrer Berufspraxis Patient*innen in prekären Lebensverhältnissen begleiten und der Umgang mit Menschen in Wohnungsnot ein fester Bestandteil ihrer Berufspraxis darstellt. Die Antworten auf die offen gestellten Fragen waren insgesamt knapp, stichwortartig und sehr konkret. Im Folgenden werden die verschiedenen Rückmeldungen auf zentrale Interviewfragen in wesentlichen Stichpunkten aufgelistet:

A – Rückmeldungen auf die Fragen nach Herausforderungen und Erschwernissen im Praxisalltag in der Arbeit mit Menschen in Wohnungsnot:

- Eine längere Planung und Behandlung von Menschen in Wohnungsnot ist oft nicht durchführbar, weil die notwendige Kontinuität für die Patient*innen nicht leistbar ist.
- Menschen in prekären Lebensumständen fehlt Kraft und Energie, ihre gesundheitlichen Themen anzugehen, wenn mehrere prekäre Umstände bestehen, also z.B. Wohnungslosigkeit, Sucht oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarfe.
- Vorhandenes Misstrauen der Patient*innen muss durch die Behandelnden aktiv überwunden werden.

- Die Behandlung von Menschen in Wohnungsnot ist deutlich zeitintensiver, dafür muss entsprechende Zeit vorhanden bzw. eingeplant werden.
- Es benötigt eine spezifische Haltung von Ärzt*innen, die Menschen und ihre Anliegen ernst zu nehmen und sich für die Linderung der dargestellten Probleme einzusetzen.
- Ärzt*innen müssen Respekt gegenüber nicht nachvollziehbaren Entscheidungen der Patient*innen aufbringen.
- Ärzt*innen müssen Hoffnung haben und vermitteln, z.B. auch nach fehlgeschlagenen Entzugs- und Reha-Maßnahmen.
- Die fehlende Vergütung für den erhöhten zeitlichen Bedarf, z.B. für die teils intensive interdisziplinäre Arbeit als Zusatzleistung, stellt eine massive Herausforderung in der Behandlung von Menschen in Wohnungsnot dar.

B – Rückmeldungen auf Fragen, was als hilfreich, unterstützend erlebt oder als Bedarf zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot angesehen wird:

- Begleitung und Assistenz sind unumgänglich.
- Begleitung ermöglicht positive Kooperationen und ist auch unentbehrlich zur unterstützenden Fremdanamnese sowie für gelingende weiterführende Maßnahmen (wie z.B. Terminierung, Finanzierung, Weiterbehandlung).
- Begleitung ist notwendig, weil Termine sonst vergessen oder nicht wahrgenommen werden (insbesondere bei Alkohol- und Drogensucht fehlt es den Patient*innen häufig an Initiative und Kraft, eigenständig Termine wahrzunehmen).
- Soziale Betreuung wirkt sich positiv und stabilisierend bei Gesundheitsbelastungen sowie Straf(rück)fälligkeit aus.
- Hilfreich ist eine Kooperation mit Betreuer*innen und dem sozialen Hilfesystem.
- Hilfreich ist aufsuchende medizinische Betreuung und sozialarbeiterische Unterstützung.
- Hilfreich ist eine aufsuchende Tätigkeit im stationären Setting.
- Notwendig und hilfreich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Die Schaffung von eigenem Wohnraum wirkt sich nachhaltig auf die gesamte Lebenssituation von Menschen in prekären Verhältnissen aus.
- Es braucht ein einfacheres Abrechnungssystem bei Nichtversicherten.

Einige Antworten verweisen auf konkrete Hürden auf Seiten der Adressat*innen. Der Punkt „Überwinden von Misstrauen“ knüpft an die Bedeutung negativer biografischer Erfahrungen an, wie sich z.B. in der Fallstudie Emil Eisenmann zeigen. Die Rückmeldungen nehmen ebenso in den Blick, dass eine gelingende Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von den Adressat*innen der Wohnungsnotfallhilfe nicht geleistet werden kann, weil insbesondere bei multiplen Problemlagen Kraft und Energie dazu fehlen. Die Rückmeldungen der Expert*innen illustrieren die Wahrnehmung der befragten Ärzt*innen im Praxisalltag, welch überdurchschnittlich hohen Unterstützungsbedarf Menschen in Wohnungsnot haben, aber auch, dass eine respektvolle Haltung der Behandelnden gegenüber Eigensinnigkeiten und Widersprüchlichkeiten ihrer Patient*innen notwendig und hilfreich ist. Anlässe für die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe können auf den ersten Blick unverhältnismäßig erscheinen, aber eben auch einen dahinterliegenden Bedarf – den ‚Bedarf hinter

dem Bedarf' – verdecken. Neben individuellen, konkret in den Personen liegenden Hürden auf Seiten der Adressat*innen und der Professionellen wird ein strukturelles Problem im Gesundheitswesen angesprochen – wie z.B. fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für den notwendigen höheren (zeitlichen) Aufwand für eine adäquate Behandlung von Menschen in prekären Lebenslagen mit vielfältigen Problemen. Dies bedeutet eine ökonomische Hürde für niedergelassene Ärzt*innen, die die Wirtschaftlichkeit ihrer Praxis im Blick behalten müssen. Die Arztpraxen sind zudem immer wieder mit Nichtversicherten konfrontiert, was ein wesentliches abrechnungstechnisches Problem darstellt.

Die Rückmeldungen verweisen weiter auf die Notwendigkeit von Begleitung und Assistenz durch die Wohnungsnotfallhilfe im Gesundheitssystem aus medizinischer Sicht – wie sie durch das Praxisprojekt verstärkt umgesetzt wurde. Die Expert*innen machen auf die Bedeutung einer aufsuchenden und damit niederschwelligen Arbeit in Bezug auf die Zielgruppe auch im Bereich der medizinischen Versorgung aufmerksam, ebenso wie die eines interdisziplinären Austausches und einer Zusammenarbeit von Medizin und Wohnungsnotfallhilfe. Dafür müssen entsprechende Ressourcen[36] vorhanden sein. Es wird ebenfalls der sozialpolitische Aspekt des ‚Housing First' als notwendiger und sinnvoller Ansatz genannt, also dass zur Verbesserung der gesamten Lebenslage die Vermittlung in eigenen Wohnraum eine zielführende Maßnahme darstellt.

Die Rückmeldungen der Ärzt*innen decken sich mit bisherigen Forschungsergebnissen, aber auch mit den Erfahrungen und Ergebnissen aus den Fallstudien des vorliegenden Forschungsprojektes.

Neben diesen Erkenntnissen in der Allgemein- und Fachmedizin nimmt das Zusammenspiel im Umgang und der Behandlung von Menschen in Wohnungsnot bezüglich seelischer Gesundheit eine besondere und zentrale Rolle ein: Einerseits, weil laut Fachliteratur bei einem bedeutenden Anteil der Adressat*innen psychische Probleme und Diagnosen vorliegen und andererseits, da diese – oft von der Sozialen Arbeit unerkannt – eine gelingende Interaktion massiv erschweren.

Seelische Gesundheit und (psychotherapeutische) Versorgung und Begleitung von Menschen in Wohnungsnot

Das Thema seelische bzw. psychische Gesundheit legt sowohl im Projekt als eigenem Baustein als auch grundsätzlich in der Arbeit mit Menschen in Wohnungsnot eine eingehende und gesonderte Betrachtung nahe. Zunächst wird daher in einem Exkurs die Struktur der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland in diesem Bereich in den Blick genommen, um Schwierigkeiten und Besonderheiten in Bezug auf die konkreten Aussagen aus den Expert*innen-Interviews besser einordnen zu können und im zweiten Schritt zentrale Erfahrungen im Praxis-Projekt MediA (Baustein 3) näher zu beleuchten.

Exkurs zur Struktur psychiatrischer Versorgung

Zur Behandlung und Begleitung von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen gibt es im deutschen Gesundheitssystem verschiedene Bereiche, die insgesamt ein komplexes System mit einigen Besonderheiten darstellen. Dies wird in der von uns zusammengestellten Übersicht versucht darzustellen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

[36] Dafür müssten für die ärztliche Seite evtl. auch entsprechende Anreize geschaffen werden, wie der fehlende Rücklauf auf die Einladung zum Fachaustausch zeigt. Denkbar wären aus Sicht der Forscherinnen z.B. die Möglichkeit von Anerkennungspunkten durch die Kassenärztliche Vereinigung für interdisziplinäre Veranstaltungen.

Tabelle 3: Struktur psychiatrischer Versorgung in Deutschland

Diagnostik als Grundlage einer adäquaten Behandlung	
Verortung	▪ Hausärzt*innen führen grundlegende Diagnostik durch, um dann ggf. an Fachärzt*innen zu überweisen ▪ Fachärzt*innen für Psychiatrie (Psychiater*innen) bei komplexen und/oder chronischen Störungsbildern (niedergelassen / Tagesklinik / vollstationär / Psychiatrische Instituts-Ambulanz (PIA)[37]) ▪ Psychotherapeut*innen führen Diagnostik zur Indikation als Voraussetzung für Psychotherapie durch
Zugang	Durch Hausärzt*innen Überweisung an Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen möglich, ebenfalls Direktzugang ohne Überweisung möglich
Besonderheiten	Anders als bei vielen anderen Fachärzt*innen sind zum Schutz der Patient*innen Arztberichte und Informationsaustausch durch Psychiater*innen mit dem Hausarzt-System nicht die Regel, sondern sehr individuell. Üblicher ist ein Austausch zwischen niedergelassenen Psychiater*innen und Kliniken. Rezepte für rezeptpflichtige Medikamente können nur durch approbierte Ärzt*innen ausgestellt werden!
Behandlung mit Medikamenten / Psychopharmaka	
Verortung	▪ Hauptsächlich durch Psychiater*innen (niedergelassen, teil-/stationär oder PIA, nur ausnahmsweise nach Verordnung durch Fachärzt*innen Ausstellung von Folgerezepte durch Hausarzt-System üblich) ▪ Behandlung und Ausstellung von Rezepten bei einfachen Episoden von z.B. leichten Depressionen auch durch Hausärzt*innen
Zugang	▪ Überweisung an niedergelassene Psychiater*innen durch Hausärzt*innen möglich, aber nicht notwendig ▪ Stationäre Einweisung und Behandlung nur durch niedergelassene Psychiater*innen (gilt auch für Reha-Aufenthalte, zusätzlich Bewilligung durch den Kostenträger notwendig)
Besonderheiten	s. Diagnostik
Behandlung durch Psychotherapie	
Verortung	▪ Freie Psychotherapeut*innen ▪ Psychotherapeut*innen in Tages-/ Kliniken
Zugang	Überweisung zu niedergelassenen Psychotherapeut*innen von Ärzt*innen möglich, aber nicht notwendig Psychotherapeutische Behandlung im Rahmen von Tages-/ Klinik-Aufenthalten auf Überweisung von Psychiater*innen (gilt auch für Reha-Aufenthalte, zusätzlich Bewilligung durch den Kostenträger notwendig)
Besonderheiten	Ausübung von Psychotherapie nur mit staatlich anerkannter Psychotherapie-ausbildung, wofür ein Masterabschluss (früher: Uni-Diplom) i.d.R. in Psychologie

[37] Keine gleichzeitige Behandlung in einer PIA und bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen möglich.

	(alternativ in Sozialer Arbeit oder als staatlich anerkannte Heilpraktiker*in) notwendig ist. Zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine Zulassung bei der Psychotherapeuten-Kammer Voraussetzung, aktuell werden dafür nur bestimmte Psychotherapieverfahren wie Verhaltenstherapie (VT), Analytische Psychotherapie (AP), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und Systemische Therapie (ST) anerkannt. In Einzelfällen können auch Therapien von Psychotherapeut*innen ohne Zulassung und/oder mit anderen Therapieformen wie z.B. Traumatherapie durch die Krankenkassen übernommen werden. Viele Psychotherapeut*innen haben verschiedene Zusatzausbildungen und Qualifikationen. Es gibt Psychiater*innen, die eine Psychotherapieausbildung absolviert haben und daher sowohl Verordnungen und Psychotherapie anbieten und abrechnen können. Vor Therapiebeginn müssen durch den Konsiliarbericht eines*r Mediziner*in somatische Ursachen ausgeschlossen werden.
Ergänzende psychosoziale Angebote	
Beispiele	▪ Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) ▪ Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) ▪ Sozialberatung ▪ Fachtherapien (z.B. Kunst-, Musik, Bewegungs-, Ergotherapie) ▪ Sonstige Angebote wie Beratungs- und Begleitdienste, Bewegungsangebote, Gesprächsgruppen
Verortung	An Kliniken, Reha-Einrichtungen und im Sozialraum
Zugang	Allgemein über Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Beratungsstellen oder direkt
Besonderheiten	Bei dem breiten Angebotsspektrum je individuell

Deutlich wird bei dieser Übersicht, dass die medizinisch-gesundheitlichen Angebote räumlich und fachlich unterschiedlich verortet sowie durch unterschiedliche Professionen und Bausteine gekennzeichnet sind. Praktisch bedeutet dies, dass eine adäquate Behandlung es notwendig machen kann, verschiedene Bausteine im Wechsel oder auch parallel zu nutzen, z.B. wenn zur Differentialdiagnose ein Aufenthalt in der Klinik notwendig wird und sich daran vielleicht sowohl eine pharmakologische Behandlung bei der niedergelassenen Psychiaterin sowie eine psychotherapeutische Behandlung bei ein*er Psychotherapeut*in anschließt. Die jeweiligen Angebote werden teilweise sehr unabhängig voneinander wahrgenommen und die notwendige Kooperation zwischen den verschiedenen Akteur*innen scheint nicht immer gegeben. Dies spiegelt sich zumindest in einer Aussage einer interviewten Hausärztin wider:

> „Da kam er, glaub ich, zum Facharzt. Ich weiß noch nicht mal, welcher Name das war. Weil da kam kein [Arzt-]Brief zurück. Und dann war er plötzlich weg. […] Und dann hat er aber berichtet, dass er bei dem Doktor [Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie] war […] und dass er die Medikamente weiter von ihm genommen hat. […] Und dann war […] bis jetzt Funkstille. Was war, wo er war, das ist auch nicht bekannt. Dann war er […] bei [Hausarzt] in Behandlung, und da hat er auch keine Medikamente verlangt, weil er die hatte, weil er die vom Arzt hatte. Und da gab's auch irgendwie ein Schreiben von dem behandelnden

> Neurologen, dass wir ein EKG machen sollen und die Blutwerte wegen seiner Medikamente.“ (HÄ.4ff.)

Der direkte und unabhängige Zugang zur psychiatrischen Versorgung stellt einen Schutz vor Stigmatisierung der Betroffenen dar. Sozialarbeiterische Begleitung kann allerdings nur funktionieren, wenn ein grundlegendes Verstehen der verschiedenen aufgezeigten Bereiche besteht. Vor diesem Hintergrund lassen sich viele der folgenden Aussagen aus dem Experten-Interview mit dem am Projekt beteiligten Psychotherapeuten, der seit vielen Jahren im Bereich der Wohnungsnotfallhilfe tätig ist, besser einordnen.

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen in Wohnungsnot – Herausforderungen und Möglichkeiten

Als wesentlichen Punkt der Nicht-Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung beschreibt der Psychotherapeut sich potenzierende Scham und Beschämung auf Seiten der Betroffenen – gleichzeitige Arbeits- und Wohnungslosigkeit sowie psychische Probleme und psychiatrische Diagnosen (vgl. auch Kapitel 4.10):

> „Was wir aber jetzt feststellen, […] ist halt, dass die Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Wohnungsnotfallhilfe […] wenig Hilfe aufsuchen – ist das Schamgefühl. Also, keinen Job haben in der Regel in unserer Leistungsgesellschaft, da kann man sich schämen dafür. Kann man, muss man aber nicht, machen aber viele. Dann hab ich keine Wohnung, dann muss ich mich dafür schämen. Und dann hab ich noch eine psychische Erkrankung, ja dann Mahlzeit. […] Also das ist ja hochgradig schambesetzt. Das ist glaub auch, was ich unterschätzt habe bei der Fragestellung, warum gehen die Leute nirgends hin. Ich vermute, dass das schon einer der Hauptgründe ist.“ (PT.40ff.)

Dieser Scham lässt sich die Ermöglichung von Erfahrungen der Selbstwirksamkeit entgegensetzen, was aus seiner Sicht die Aufgabe des Hilfesystems darstellt:

> „Das Therapeutischste, was man Menschen mit einer psychischen Erkrankung antun kann, ist, sie arbeiten zu lassen. Da kann jeder Psychotherapeut einpacken mit seinem Handwerkszeug. Wenn Leute keine Arbeit haben und keine sinnvolle Aufgabe, da kann man sich dumm und dämlich schaffen als Berater.“ (PT.6ff.)

Er verweist damit auf die Bedeutung der Kooperation von Wohnungsnotfallhilfe und therapeutischem System, um gemeinsam Selbstwirksamkeitserfahrungen möglich zu machen. Der Psychotherapeut, der selbst verhaltenstherapeutisch arbeitet, formuliert, dass er mit diesem Ansatz positive Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen in Wohnungsnot gemacht hat. Wichtig ist ihm auch die Haltung „auf Augenhöhe“ zu arbeiten, die Entwicklung einer gemeinsamen Problemsicht sowie einem Beziehungsangebot. Diese Herangehensweise ermöglicht den Klient*innen die Erfahrung, ihr Leben selbst in der Hand zu haben und gestalten zu können:

> „Und ich glaub, dieser andere Denkansatz, nicht zu sagen ‚ich weiß wo‘s langgeht, sondern ich kann mit dir besprechen was du machen kannst, machen musst du‘s. Aber wir sind da ein enges Team.‘ Also mich eher als Coach oder als Trainer zu sehen. Auch wenn‘s Therapie ist und mein Selbstverständnis ist auch auf Augenhöhe miteinander zu gucken, was geht. Und ich glaub schon, dass das grad bei Menschen in der Wohnungsnotfallhilfe, dass das nochmal anders ankommt, aus besagten Gründen, die mit Scham besetzt sind.“ (PT.64ff.)

Neben einem passenden psychotherapeutischen Ansatz beschreibt der Experte die Zugänglichkeit und Niederschwelligkeit (Lage und Ausstattung der Praxis, Erreichbarkeit, Wartezeit, usw.) für das Klientel der Wohnungsnotfallhilfe als hilfreich und notwendig. Eine notwendige Sensibilisierung von

Psychotherapeut*innen für das Klientel der Wohnungsnotfallhilfe sowie Kenntnis über Behandlungsansätze von Persönlichkeitsstörungen oder begleitende Strukturen wie den Sozialpsychiatrischen Dienst sieht er als Herausforderung für viele niedergelassene Psychotherapeut*innen:

> „Wie abgehoben auch manche Psychotherapeuten sind, die sich mit dem Klientel [der Wohnungsnotfallhilfe] nicht-, keine Ahnung haben, dass es sowas gibt. Ich war vor Jahren in so einem Qualitätszirkel von niedergelassenen Psychotherapeuten, weil ich ein paar finden wollte, die Menschen mit Psychosen behandeln. Und dann wurde ich mal eingeladen zu dem Qualitätszirkel und dann hab ich auch gefragt, ob jemand auch Leute mit Psychosen behandeln würde […]. Und dann gibt's Ansätze, ganz störungsspezifische Ansätze, also das hat es schon damals geben, vor ein paar Jahren. Das wusste keiner. Und was noch schlimmer war, die wussten nicht mal, was Sozialpsychiatrischer Dienst ist. Das wussten die nicht." (PT.116ff.)

Der niederschwellige Zugang zu Psychotherapie, wie er im Baustein 3 – Seelische Gesundheit des Praxisprojektes MediA angeboten wurde, hat sich in der Praxis mit zunehmender Bekanntheit bewährt.

> „Die [Berater*innen] müssen sagen, da hab ich jemand […]. Und das ist halt wichtig, die Kollegen vor Ort müssen wissen, dass es uns gibt und die müssen die Erfahrung machen, dass es funktioniert." (PT.96)

Bewusst wurden offene Sprechstunden von einer weiblichen und einer männlichen Ansprechperson mit psychotherapeutischem Hintergrund in Räumlichkeiten der Wohnungsnotfallhilfe vor Ort angeboten, wohin Interessierte – auch mit Unterstützung ihrer Betreuer*innen – unverbindlich Kontakt aufnehmen konnten. Die Wahlmöglichkeit des Geschlechts der psychotherapeutischen Fachperson spielte allerdings nicht durchgängig eine Rolle – so die Erfahrung des Psychotherapeuten:

> „Und da hat sich jetzt jedenfalls rausgestellt, dass selbst die jüngeren Frauen mit Traumatisierung, dass die trotzdem hierherkommen, auch jetzt zu mir, obwohl ich ein Mann bin. Und obwohl sie auch zur Kollegin […] könnten, die da vor Ort ist. Weil sich das rumgesprochen hat, also dass man hier anständig behandelt wird und dass man keine Sorge haben muss, dass das eine komische Angelegenheit ist. Also dass dann eine Freundin ihrer Freundin, die auch psychisch angeschlagen ist, dann sagt: ‚Du, geh doch mal da hin. Da bin ich. Das ist ok!' Also, diese Idee ‚Für alle traumatisierten Frauen braucht man eine Frau als Beraterin', dass das so auch einfach nicht stimmt." (PT.98ff.)

Eine weitere Herausforderung für Menschen in Wohnungsnot mit psychischem Behandlungsbedarf sieht der befragte Psychotherapeut im der Arbeitsteilung, dass eine Medikamentierung an anderer Stelle erfolgt als die Psychotherapie und Psychiater*innen oft nur den Fokus auf die medikamentöse Behandlungen legen und sich keine Zeit für ein Gespräch nehmen (können):

> „Da gehst Du halt hin und da kriegst Du dein Rezept. Und da wird ein Blutbild gemacht und wenn alles in Ordnung ist, dann läuft es weiter. […] Also die Psychiater, wenn sie nicht gleichzeitig Psychotherapie abrechnen, dann ist man da mindestens so schnell wieder draußen wie beim Hausarzt." (PT.32ff.)

Umgekehrt braucht es aus seiner Sicht bei komplexeren Störungsbildern neben Psychotherapie ebenso zwingend eine passende Behandlung mit Psychopharmaka:

> „Und bei diesen bipolaren Störungen, also manisch-depressiv, […] also ich hab niemand in dreißig Jahren Sozialpsychiatrie mit der Störung, der ohne Medikamente gut über die Runden gekommen wäre." (PT.4)

Dies alles macht das Erfordernis deutlich, sich in diesem komplexen System bewegen und zurechtfinden zu müssen. Das setzt eine hohe Koordinationskompetenz, aber auch einen langen Atem

bei den Adressat*innen voraus – oder eine gelingende Begleitung mit entsprechendem Wissen und notwendiger Unterstützung.

Im Interview mit dem Psychotherapeuten wird eine bedeutende Lücke im Gesundheitssystem thematisiert. Fehlende Psychotherapieplätze, zu wenig Therapeut*innen mit Kassenzulassung, langen Wartezeiten und -listen oder fehlende Rückrufe erschweren den Zugang zu einer adäquaten Versorgung, was von vielen Menschen in Wohnungsnot nicht aus eigener Kraft bewältigt werden kann:

> „Das ist generell ein Problem. Es gibt zu wenig Psychotherapeuten, die Wartezeiten sind ein halbes Jahr […]. Da war auch ein MediA-Klient, das hatten wir dann, nach achtzehn Anrufen wegen Therapeuten hat er aufgehört. Man bekommt noch nicht mal einen Rückruf. Die haben es noch nicht mal nötig, zu sagen ‚Bei mir ist alles voll.' Da passiert gar nichts. […] Es klagen ganz viele, dass das ewig dauert. […] Also, es ist ja für jemand, der Arbeit hat und eine Wohnung, schwierig genug. Und wenn du psychisch krank bist, die Kraft aufzubringen, dich dann da durchzutelefonieren!" (PT.78ff.)

Der Psychotherapeut formuliert abschließend im Interview mehrere konkrete Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen in Wohnungsnot mit psychischen Problemen und Störungsbildern. Besonders hebt er dabei eine Sensibilisierung der Akteur*innen der Wohnungsnotfallhilfe selbst sowie eine Sensibilisierung von niedergelassenen Psychotherapeut*innen hinsichtlich eines niederschwelligeren Zugangs zu Diagnostik und Behandlung hervor. Im Rahmen der Kooperationen des Praxisprojektes engagiert sich der Interviewpartner zum Interviewzeitpunkt auch für mehr regionale Lobby- und Netzwerkarbeit in der Landes-Psychotherapeutenkammer vor Ort.

> „Und dann kann ich da die Wohnungslosenhilfe vertreten, die ist da nämlich nicht vertreten bisher. […] Das ist jetzt natürlich auch mal ein neuer Ansatz, […] eine Fortbildung anzubieten. Also für die Psychotherapeuten, über die Kammer, also ‚Was ist- wie funktioniert Wohnungsnotfallhilfe. Was für ein Klientel ist das. Wo sind die Probleme bei der psychotherapeutische Versorgung'. In der Hoffnung, dass sich da auch ein paar interessieren. Mit so Fortbildungspunkte, die braucht man ja auch, damit man seine Approbation nicht verliert." (PT.116ff.)

Die Idee hinter dieser Lobbyarbeit ist, Therapeut*innen als Kooperationspartner*innen der Wohnungsnotfallhilfe zu gewinnen, die Therapieplätze anbieten und damit personalisierte Zugänge schaffen.

> „Dass da sich ein paar [Therapeuten] interessieren dann dafür […] und dass man sagen kann ‚Geht mal zu dem. Der kennt sich ein bisschen aus'." (PT.116)

Vergleichbar zu den PIA-Sprechstunden vor Ort im Bereich der Sozialpsychiatrie thematisiert er den Bedarf, Sprechstunden der PIAs auch im Bereich der Wohnungsnotfallhilfe zu etablieren:

> „Also was klasse wäre, wenn die psychiatrische Instituts-Ambulanz oder Ambulanzen, wenn die auch so Sprechstunden zum Beispiel hier machen. Unsere Vorstellung wär, dass ein Zimmer nebendran, dass da zum Beispiel der Doktor X mit einer Haussprechstunde sitzt und ich zu einem Klienten sagen kann ‚Pass auf, neben dran ist ein ganz netter Psychiater, da gehen wir mal jetzt mal miteinander rüber und dann schwätzen wir gemeinsam über Medikamente'. Das wär natürlich klasse. Ich bin schon mit ein, zwei Leuten zur PIA raufgefahren und das sind natürlich Welten, eine Weltreise. Da, bis man da oben ist im Stift, im Wald. Dann hab ich Leute mal allein hinfahren lassen und dann sind sie halt in den falschen Bus eingestiegen, also das ist schwierig. Also, zur Außensprechstunde, da machen die Kassen aber bisher nicht mit. Bei den Gemeindepsychiatrischen Zentren, da ist ein bisschen einfacher, weil das dürfen die, da ist das festgelegt in der Kooperations-vereinbarung, da macht PIA Außensprechstunden im Gemeindepsychiatrischen Zentrum,

> also nicht in der Klinik, sondern da, wo die Leute sowieso schon sind. Und so ähnlich, das wär natürlich ein Riesen-Vorteil.“ (PT.122ff.)

Ein weiteres von ihm verfolgtes Ziel betrifft die Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiter*innen der Wohnungsnotfallhilfe, um z.B. psychotische Klient*innen zu erkennen und diese auch bei akuten Dekompensationen stabilisieren zu können.

> „Man wird über kurz oder lang auf jeden Fall nicht darum herumkommen, ein Teil der Beratungskompetenz im Sinne von psychisch-therapeutisch-orientiert im System zu behalten, weil es nicht gelingen wird, die Leute dorthin zu vermitteln, aus wechselseitigen Gründen. Und die Kolleginnen und Kollegen der Sozialen Arbeit sollen methodisch ein bisschen aufgerüstet werden, dass sie zumindest so Sachen wie stabilisieren, ressourcenorientiert, dass sie einen Teil auffangen können. Weil man die Leute nicht aus dem System herausbekommt. Und so Sachen wie der Umgang mit psychotischen Patienten, die sich eben nicht behandeln lassen und sich nicht behandeln lassen, dass man halt trotzdem irgendwie damit umgehen kann.“ (PT.116ff.)

Diese Idee wurde zum Ende der Projektlaufzeit durch die Projektpartner*innen aufgegriffen und erfolgreich in trägerübergreifenden Fortbildungsangeboten für Mitarbeiter*innen der Wohnungsnotfallhilfe angeboten. Eine Verstetigung ist geplant.

Fazit

Die Auswertung der Aussagen und Rückmeldungen der befragten Expert*innen aus dem Gesundheitswesen belegen die hohe Vulnerabilität von Menschen in Wohnungsnot. Und so schlicht und einfach die Aussage eines Arztes zunächst erscheint, dass oft Kraft und Energie nicht reichen, wenn so fundamentale Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnen und Gesundheit massiv in Schieflage geraten sind, so zentral und schwerwiegend muss diese gewichtet werden und sollte daher immer wieder in den Blick genommen werden.

Deutlich wurde, dass es auch aus Sicht der Fachleute im Gesundheitssystem in den Bereichen Sozialhilfe und Gesundheitsversorgung besondere Rahmenbedingungen für die Zielgruppe benötigt. Niederschwellige Angebotsformen und Zugänge sind nötig und müssen ausgebaut werden (vgl. dazu auch Meller et al. 2000, S. 543-551). Ebenso sichtbar wurde, dass es den interviewten und befragten einzelnen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auf persönlicher Ebene gelingt, auf die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse einzugehen, wozu eine Haltung der Anerkennung von Eigensinnigkeit und Ambiguität gehört, aber auch, sich Zeit zu nehmen, zuzuhören und in Beziehung zu gehen. Wodurch sich die Professionellen individuell diese Haltung erworben haben – ob durch eigene biografische Erfahrungen oder fachliche Impulse – wäre eine weiterführende Forschungsfrage. Deutlich wurde, dass aus Sicht der Expert*innen in den Strukturen des Gesundheitssystems bezogen auf die Zielgruppe der Menschen in Wohnungsnot ein großes Entwicklungspotenzial vorhanden ist. Als hilfreich wird dabei eine Sensibilisierung im Gesundheitssystem und Vermittlung von Fachwissen über die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen in Wohnungsnot gesehen, um diese angemessen zu behandeln (vgl. dazu auch Kaduszkiewicz et al. 2017, S. 673-679). Ebenso besteht ein Bedarf in der Sensibilisierung und Vermittlung von Grundwissen im Bereich der Wohnungsnotfallhilfe für Gesundheitsthemen allgemein, insbesondere auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Themen.

> „Zur angemesseneren [gesundheitlichen] Versorgung [wohnungsloser Menschen] bedarf es des Zusammenwirkens aufsuchender medizinischer Hilfen, Hilfen des medizinischen Regelsystems sowie integrierter sozialer Hilfen.“ (Völlm et al. 2004, S. 49)

Dazu benötigt es Gelegenheiten, die es zu initiieren und zu gestalten gilt.

5.4 Zur Bedeutung ergänzender medizinischer Angebote zum Regelsystem

In vielen Städten, wie auch in Stuttgart, haben sich Angebote etabliert, die für Menschen in Wohnungsnot eine Ergänzung zur medizinischen Regelversorgung darstellen (Straßenambulanzen etc., vgl. Meller et al. 2000, S. 543-551, Überblick bei Rosenke 2018). Diese Angebote sind niedrigschwellig erreichbar, können also ohne Termin aufgesucht werden oder arbeiten aufsuchend, suchen also selbst die Menschen auf, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben. Häufig sind diese Angebote spendenfinanziert und von bürgerschaftlichem Engagement getragen – Ärzt*innen arbeiten in der Regel ehrenamtlich in diesen Ambulanzen mit.

In einigen Fallstudien unserer Forschung wird sichtbar, dass zusätzlich zur Begleitung ins medizinische Regelsystem bzw. den Angeboten von MediA auch ergänzende Angebote genutzt werden; so zum Beispiel die Vesperkirche, die u.a. warmes Essen und medizinische Grundversorgung anbietet oder das MedMobil, das regelmäßig an verschiedenen Tagestreffs und informellen Treffpunkten von Menschen mit Lebensmittelpunkt Straße Halt macht und dort jeweils anonym eine medizinische Grundversorgung anbietet.

Warum nutzen Adressat*innen, die durch MediA oder andere Stellen ins Regelsystem begleitet werden, parallel diese ergänzenden niedrigschwelligen medizinischen Angebote? Gründe für die Nutzung dieser Angebote werden in den Fallstudien von Maggy Maurer, Georg Gruber und Emil Eisenmann deutlich:

- Oftmals ist dort unbürokratisch eine direkte Behandlung von körperlichen Leiden möglich und das Angebot in diesem Sinne sehr niedrigschwellig.
- Die ehrenamtlichen Ärzt*innen haben eine respektvolle Haltung gegenüber Menschen in Wohnungsnot; die Befragten berichten, dass sie ernst genommen werden und sich für sie eingesetzt wird.
- Die kostenlose Ausgabe von Medikamenten und Hygieneartikeln ist unterstützend (Überwindung ökonomischer Hürden).

Im Umkehrschluss wird deutlich, dass die betroffenen Menschen diese drei Funktionen vom Regelsystem so nicht oder nur begrenzt erfüllt erleben. Gleichzeitig werden in den Fallstudien enge Grenzen der ergänzenden medizinischen Angebote deutlich, wenn beispielsweise Emil Eisenmann berichtet, dass er vom MedMobil manchmal seine Medikamente erhält und manchmal nicht. Er berichtet, wie eine Fachkraft des MedMobils zu ihm sagt:

> „‚Wir können das nicht jedes Mal machen' […] ‚Wir können das nicht jedes Mal bezahlen [Medikament XY]'. Toll, super was ist denn das für ein MedMobil dann, frag ich mich." (01.421ff.)

Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Überwindung der ökonomischen Hürden selbst in den ergänzenden medizinischen Angeboten nicht immer zuverlässig stattfindet. Auch das Fehlen von fachärztlichen Behandlungen stellt eine Begrenzung dieser Angebote dar.

Um einen tiefergehenden Einblick zu gewinnen, wer diese das Regelsystem ergänzenden medizinischen Angebote eigentlich nutzt; welche Vorteile, aber auch welche Beschränkungen diesen Angeboten innewohnen, werden im Folgenden 10 qualitative Interviews mit Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen des MedMobils (Stuttgart) ausgewertet, die im Rahmen einer Masterarbeit an der Hochschule Esslingen von Tamara Strobel und Sina Sperrle (2017) durchgeführt wurden.

Doppelnutzung der Regelversorgung und der ergänzenden Angebote

Das MedMobil wird nach Aussagen der Fachkräfte sowohl von wohnungslosen Menschen genutzt als auch von Menschen mit Wohnung, die in Armut, z.B. Altersarmut leben. Es wird von Menschen mit und ohne Krankenversicherung genutzt, häufig auch von Menschen, die Drogen konsumieren und/oder Sexarbeit nachgehen (Herr S., 35ff.; Frau X., 280ff.).[38] In den Interviews mit den Nutzer*innen des MedMobils wird deutlich, dass ähnlich wie in den WoGe-Fallstudien bei ihnen durchaus eine Integration in das Regelsystem vorliegen kann, auch wenn das ergänzende medizinische Angebot genutzt wird:

> Interviewerin: „Und wenn Sie jetzt Beschwerden oder Schmerzen haben und das MedMobil nicht da ist, wissen Sie wohin Sie gehen können?“
> Magnus: „Ja. Da geh ich dann nach Leonberg. Da is mein Hausarzt.“ (Magnus, 85)
>
> Interviewerin: „Was hindert Sie, in eine normale, herkömmliche Arztpraxis zu gehen?“
> Manfred: „Ich geh in eine herkömmliche Arztpraxis.“ (Manfred, 109)

Eine Person berichtet, dass sie noch nicht lange in Stuttgart lebt, und bisher keinen Hausarzt finden konnte, der sie aufnehmen wollte oder konnte. Hier schließt das MedMobil eine unmittelbare Versorgungslücke. Wieso aber wird das MedMobil von Menschen mit Hausarztanbindung genutzt?

Viele Menschen in Wohnungsnot sind multimorbid, teilweise auch in ihrer Mobilität eingeschränkt und nicht mehr ‚gut zu Fuß‘. Gerade dann ist es bedeutsam, dass die wichtigsten Hygiene- und Gesundheitsthemen und -produkte an einem einzigen Ort zusammenkommen, wie MedMobil-Nutzer Magnus ausführt:

> Interviewerin: „Und nutzen Sie auch sonst andere medizinische Dienste oder Angebote?“
> Magnus: „Nicht wirklich, also mir ist die Lauferei, weil ich halt, also wie gesagt, die Lauferei, wie gesagt, jetzt haben sie mir die halbe Lunge rausgeholt und ich kann kaum noch laufen mit meinem Knie auch, das ist auch schon drei Mal operiert worden. Mein linkes Knie und ich kriege kaum noch Luft beim Laufen, ja […] ich nehme immer die kürzesten Wege, so wenig wie möglich laufen, gell?“ (Magnus, 106)

Auch der Faktor der Niedrigschwelligkeit zeigt sich bei den befragten Nutzer*innen des MedMobils als zentral. Die wechselnden Standorte des MedMobils im Laufe der Woche stellen eine gelingende Form der aufsuchenden Arbeit dar:

> Interviewerin: „[W]ie bist du zum MedMobil gekommen?“
> Maximilian: „Also ich bin nicht zum MedMobil gekommen. Ich bin hier (.) in der Szene, ja […] und da habe ich das MedMobil halt angetroffen.“ (Maximilian, 10)

In diesem Zitat wird deutlich, dass Maximilian nicht aktiv auf der Suche nach einem medizinischen Angebot war, sondern das medizinische Angebot dorthin kam, wo er sowieso schon war. Auch die geringen Wartezeiten beim MedMobil erleichtern den niederschwelligen Zugang, der in den Regel-Arztpraxen vermisst wird, wie in den Ausführungen der MedMobil-Nutzerin Miriam deutlich wird:

> „[…] wenn dann halt schon fünf Leute da sitzen [in der Arztpraxis] und warten und ich muss arbeiten, hab ich halt auch nicht immer die Zeit da zu warten, dann geh ich halt kurz ins MedMobil.“ (Miriam, 53f.)

[38] Die Rohdaten (Transkripte der Interviews) finden sich im Anhang der genannten Masterarbeit Sperrle/ Strobel 2017, die angegebenen Zeilenzahlen beziehen sich auf die Zeilen im Transkript zum jeweiligen Interview. Alle Namen sind anonymisiert.

Nutzerin Miriam hebt außerdem die Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit des MedMobils hervor. Jede Woche kommt das MedMobil zur selben Zeit zum selben Ort und die Nutzer*innen seien immer gut informiert, falls mal etwas ausfalle (Miriam, 115ff.).

Stabilisierung der gesundheitlichen Versorgung durch ergänzende Angebote

Diese Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit macht es wiederum möglich, dass die ehrenamtlichen Ärzt*innen und Pfleger*innen eine Beziehung zu ihren Patient*innen aufbauen können. Aus den Interviews geht hervor, dass sich die Professionellen nach Möglichkeit viel Zeit für die Patient*innen nehmen, mit einer respektvollen Haltung in die Gespräche gehen und einen ganzheitlichen Blick auf die Patient*innen haben. Zwei Nutzer des MedMobils führen aus, dass sie hier als ganze Person, mit all ihren Krankheiten und auch ihren anderen Lebensthemen gesehen werden:

> Interviewerin: „Warum nutzen Sie das Angebot vom MedMobil?“
> Manfred: „Weil die Ärzte, die Substitutionsärzte sind sehr nur bedacht auf die Substitution, denen geht‘s gar nicht so um deine persönliche Krankheit […].“ (Manfred, 59ff.)

> „[…] ich find MedMobils besser, weißte, man kann auch über fast alles reden, die haben auch immer für fast jedes immer einen Ratschlag.“ (Martin, 133)

Dadurch, dass die ehrenamtlichen Ärzt*innen mit Zeit in die Gespräche gehen, werden oft neben dem Anlass für den Arztbesuch weitere medizinische Bedarfe sichtbar, wie Herr R. vom MedMobil berichtet. So kann es gelingen, einen ganzheitlichen medizinischen Blick auf Patient*innen zu bekommen. Doch die Versorgung des MedMobils geht außerdem über klassische gesundheitliche Themen hinaus, da mit Hilfe von Sozialarbeiter*innen vor Ort auch in die sozialen Hilfesysteme weitervermittelt wird. Gesundheitsthemen und soziale Themen, insbesondere rund um Wohnungsnot und Sucht, werden hier zusammengedacht. Frau X. vom MedMobil führt dazu aus:

> „[…] es ist schon so bisschen nen Clearing irgendwie, so ein Abchecken, wo brennt‘s denn jetzt am meisten. […] und dann geht die Tür auf und dann wird mir gesagt, hier die, die Frau, die hat keine Wohnung und was auch immer. Dann rede ich nochmal mit ihr und dann gucken wir ‘n Termin bei der Frauenberatung. Und einfach auch nochmal zu klären, ist jemand schon angedockt. ‚Kennste alle Beratungen, die‘s hier gibt?‘, und einfach ein Gespräch. Also das ist das, was ich immer merke, das ist das, was den Leuten auch eine Form von ja, eine Motivation auch gibt. Ich bin halt einfach da und, und höre auch […] wirklich viel zu und versuch dann mit den Menschen auch so ein bisschen natürlich lösungsorientiert, jetzt nicht nur alles anhören, sondern auch ja gut, was ist denn jetzt, wo drückt der Schuh am meisten und dann die Leute zu motivieren.“ (Frau X., 762ff.)

Diese Haltung der Fachkräfte des MedMobils kommt bei den Adressat*innen gut an. Manfred etwa, der auch herkömmliche Arztpraxen besucht, erzählt, weshalb er lieber zum MedMobil geht:

> „Aber ich sag […], einfach wegen der Substitution, [um] keine Schwierigkeiten zu kriegen, geht man dann halt dahin, wo man ohne groß irgendwas erklären zu müssen, behandelt wird.“ (Manfred, 111ff.)

Ganz ähnlich berichtet auch Moritz, dass er bei bestimmten medizinischen Anliegen, wie einem Rückfall in Bezug auf Drogen oder einem Abszess, lieber zum MedMobil als zu seinem niedergelassenen Arzt gehen würde, weil er „Angst hätte […] wegen Repressalien“ (Moritz, 58ff.). Die Möglichkeit der anonymen Behandlung wirkt sich hier positiv aus.

Auch die Überwindung ökonomischer Hürden durch Ausgabe von Medikamenten und Hygieneartikeln wird von Nutzer*innen und Professionellen des MedMobils als zentral beschrieben. So führt beispielsweise Frau X. vom MedMobil aus:

„[…] und dann kommt dazu, dass sie natürlich, wenn sie Medikamente kriegen, eine Zuzahlung haben und das ist dann auch oft schon zu viel, wenn die fünf Euro zuzahlen müssen, das klingt immer so wenig, aber das ist echt viel.“ (Frau X., 280ff.)

Das folgende Zitat des Nutzers Manfred untermauert diese Aussage der Professionellen und zeigt außerdem, wie ohnmächtig sich Menschen fühlen können, wenn sie in Armut leben und mit Personen im medizinischen System konfrontiert sind, die sich diese Form der Armut offenbar gar nicht vorstellen können:

„[…] die einfachsten Medikamente, oder wenn du eine Salbe brauchst, weil du eine Wunde hast, dann heißt es, ‚ach das ist ja nicht so schlimm, das heilt schon von selber‘ oder ‚Kaufen sie sich eine Tube‘. Also die Substitutionsärzte sind knallharte Ärzte, das hat mit Menschlichkeit nix mehr zu tun.“ (Manfred, 59)

Dahinter steht möglicherweise auch die gesellschaftliche Abwertung von Menschen in Wohnungsnot. Der MedMobil-Nutzer Martin teilt seine Analyse vom Hass gegen Menschen, die auf der Straße leben:

„Jeder, je mehr der Probleme hat, umso hasserfüllter ist er uns gegenüber, weil er sich dann besser fühlt weil er eigentlich ja n guter Mensch ist. […] Und wir sind ja der Abschaum […] Ja genau, es müsste mehr Präventionsarbeit geben, ja, und man müsste mal den Leuten, die auf der Straße leben, mehr zuhören […].“ (Martin, 120ff.; 161ff.)

Dieses Zuhören findet seiner Erfahrung nach bisher gesamtgesellschaftlich nicht statt, durchaus aber in Angeboten wie dem MedMobil.

Ergänzende Angebote als Safe Spaces

Abschließend zeigt sich daran anknüpfend ein weiterer wichtiger Aspekt, weshalb die ergänzenden Gesundheitsdienste genutzt werden: Das MedMobil wird von den Nutzer*innen als „sicherer Raum“ beschrieben. Auf die Frage, wie sie sich im MedMobil fühlen, antworten die Befragten, ohne lange zu überlegen:

„Beschützt.“ (Manfred, 70)

„Sehr gut. Man fühlt sich […] geborgen.“ (Maximilian, 60)

„Aufgehoben. Aufgehoben und ja, Sicherheit.“ (Martin, 46)

Hier wird deutlich, wie Gesundheitsthemen und Bedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit, Beziehung miteinander verwoben sind. Dieser Aspekt wurde auch in den WoGe-Fallstudien sichtbar, jedoch nicht so explizit in Bezug auf ergänzende medizinische Angebote. Die MedMobil-Interviews zeigen, dass diese Angebote als Safe Spaces dienen können. Und während die Bedeutung von sicheren Räumen in den Fallstudien insbesondere bei den Frauen sichtbar wurde, zeigt sich hier nochmal eindrücklich, dass dies für alle Geschlechter gilt.

Beschränkungen der medizinischen Angebote, die das Regelsystem ergänzen

Auch in einem weiteren Punkt zeigt sich in den Interviews mit Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen des MedMobils in vertiefter Weise, was sich bereits in unseren Fallstudien gezeigt hat: Das MedMobil kann keine Medikamente verschreiben, hat nur eine begrenzte Anzahl an Medikamenten zur Ausgabe dabei und kann keine fachärztlichen Behandlungen durchführen. An dieser Stelle soll und muss eine Weiterleitung in das Regelsystem stattfinden:

„Wir haben da eine Auswahl an Medikamenten, die wir im Bus in der Regel haben, hmm und das heißt, da, dadurch ist unser Angebot schon auch nochmal eingeschränkt so. […] Wir

> haben auch kein medizinisches großes Gerät dabei. Gibt's dann auch immer wieder die Anfragen, wieso macht ihr denn das nicht? Aber das ist auch ganz bewusst zu sagen, wir sind nur die Brücke ins System, weil sonst machen wir ein Parallelsystem, wenn wir da jetzt noch anfangen." (Herr S., 725ff.)

Im Einzelfall werden wohl auch mal Privatrezepte ausgestellt und die Kosten übernommen, aber das sollte nicht der Regelfall sein (Herr S., 725ff.). So kommt es jedoch auch zu den Grauzonen, welche von den Klient*innen wie Emil Eisenmann durchaus als willkürlich wahrgenommen werden können. Auch die Kosten von Zahnbehandlungen können vom MedMobil übernommen werden – in einem gewissen Rahmen. Die Frage ist hier, wie diese Rahmenbedingungen möglichst transparent kommuniziert werden können.

Die Brückenfunktion des MedMobils gelingt laut Herrn S.' Eindruck „punktuell […] eigentlich sehr gut" (Herr S., 1940). Eine Begleitung ins Regelsystem – wie bei MediA – findet durch das MedMobil nicht statt. Stattdessen wird darauf gesetzt, die Adressat*innen zu Ärzt*innen zu überweisen, die mit dem MedMobil gut bekannt und vernetzt sind und bei denen sich die Mitarbeiter*innen des MedMobils sicher sein können, dass die Adressat*innen auf ein respektvolles Gegenüber treffen, wie Frau X. berichtet:

> „Und ja, da haben wir schon […] einfach gute Ärzte, die da, ja auch hier … ist eine Internistin oder Allgemeinärztin, die ist auch, also ja, die schaut dass unsere Leute ihre Würde behalten oder wieder kriegen. Also, die ist eine … Ärztin, die ist total gut einfach. Und dann schickt man eben die Leute auch mit einem guten Gefühl hin. Weil wenn ich sie woanders hinschicke und die werden da nicht gut behandelt, dann ist das gegessen, dann braucht man die nirgends mehr hin vermitteln und das ist schon gut, wenn wir da solche Leute haben. Und da kriegen wir auch Rückmeldung oft, dass die Leute zufrieden waren und einfach gut behandelt werden. Das ist (.) ja, das freut mich dann auch immer." (Frau X., 406 ff.)

Fazit

Es wird deutlich, dass es neben den privaten und gesetzlichen Krankenkassen eine Art drittes, spendenfinanziertes Gesundheitsangebot in Deutschland gibt, welches Menschen in Armut und/oder ohne Krankenversicherung unbürokratisch ambulant grundversorgt und damit eklatante Lücken in der Gesundheitsversorgung schließt. Dennoch ist wichtig, dass Menschen nicht ausschließlich in diesem ‚dritten System' angebunden sind, da hier keine fachärztlichen Behandlungen (bzw. Überweisungen) möglich sind. Deshalb ist eine Begleitung ins Regelsystem (bei wem es aufgrund einer Krankenversicherung möglich ist), wie bei MediA geschehen, zentral. Gleichzeitig werden die ergänzenden medizinischen Angebote von Menschen in Armut benötigt, selbst wenn sie im Regelsystem angebunden sind, um ökonomische Hürden zu überwinden und um niedrigschwellig und unbürokratisch medizinische Hilfe zu erhalten. Außerdem können sie sich aktuell nur dort sicher sein, dass sie respektvoll und zuverlässig behandelt werden. Die ergänzenden medizinischen Angebote können von Menschen in Armut als Safe Spaces wahrgenommen werden. Ein sicherer Raum wiederum stellt eine Grundvoraussetzung für (selbständiges) Gesundheitshandeln dar. Es zeigt sich außerdem, dass dringend ein Gesundheitssystem für alle ohne jegliche ökonomische Hürden nötig ist, da nicht einmal die Angebote, die das Regelsystem ergänzen, diese in jedem Fall zuverlässig abbauen können.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen

Das Forschungsprojekt WoGe brachte mit dem Forschungsansatz der Fallstudien neben der Praxisbegleitung und -reflexion eigenständige Erkenntnisse zur Fragestellung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot in Stuttgart hervor. Zugleich hat es in Kooperation mit der Praxis deren Erkenntnisse reflektiert und diese mit Forschungsergebnissen in Verbindung gebracht. Gegenstand der hier beschriebenen Forschung (und Praxis) waren die Fragen danach,

- welche Faktoren den Zugang von wohnungslosen Menschen zum Gesundheitssystem erschweren und
- welche Möglichkeiten für einen verbesserten Zugang realisiert werden können.

Weiterhin ging es um die Fragen,

- wie es gelingen kann, Freiwillige zu gewinnen für die Begleitung dieses Personenkreises bei der Nutzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen und
- wie es gelingen kann, psychisch erkrankte Wohnungslose zu erreichen.

Das Forschungsprojekt verfolgte also vorrangig Fragen nach Ursachen von Nichtzugängen ins Gesundheitssystem, aber auch nach Abhilfe- bzw. Veränderungsmöglichkeiten. Dabei fanden unterschiedliche Lebens- und Problemlagen von wohnungslosen Frauen und Männern Berücksichtigung (körperliche und/oder psychische Erkrankungen, Migrationshintergrund, etc.). Im Zentrum der empirischen Studie standen 10 multiperspektivische Fallstudien, die mit weiteren qualitativen Erhebungen im Kontext von Expert*innenworkshops und Abschlussarbeiten von Studierenden der Hochschule Esslingen ergänzt wurden.[39]

Mit der Forschung lassen sich einerseits Begründungen, Deutungs- und Handlungsmuster identifizieren, die zu Ausschließung bzw. Selbstausschließung von gesundheitlicher Versorgung führen können. Andererseits ermöglicht sie die Rekonstruktion komplexer Ausgrenzungs-, aber auch gelungener Integrationsverläufe in ihren zentralen Bedingungsfaktoren.

In Kapitel 6.1 werden zentrale Ergebnisse gebündelt im Überblick dargestellt und darauf aufbauend in Kapitel 6.2 Schlussfolgerungen gezogen, die als Handlungsempfehlungen sowohl für das Praxisfeld der Wohnungsnotfallhilfe und medizinische Angebote als auch für weitere Forschungen dargestellt werden. Sie beruhen auf den Erkenntnissen aus WoGe und aus dem Praxisprojekt MediA.[40]

6.1 Ergebnisse im Überblick

Die empirischen Rekonstruktionen im Rahmen der multiperspektivischen Fallstudien zeigen im Detail vielfältige unterschiedliche (auch biografische) Voraussetzungen und Umgangsweisen für das Gelingen oder Misslingen medizinischer Versorgung im Kontext Wohnungsnot. Insbesondere zeigen sich Verletzungen und daraus entstehende Dispositionen spezifischer Vulnerabilität, die dazu führen, dass sich die Zielgruppe in manchen Fragen oder Themen vom medizinischen System abwendet. Das bedeutet, dass weder das aktuelle Gesundheitshandeln noch der Unterstützungsbedarf nur aus der konkreten aktuellen Situation heraus verstehbar sind. Für passgenaue und annehmbare Hilfen ist es demnach in der Regel unumgehbar, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das jenseits eines konkreten

[39] Die einzelnen Schritte, Vorgehensweisen und methodischen Ausformungen sind in Kapitel 3 beschrieben.

[40] Inhalte dieses Kapitels sind im Wesentlichen auch Bestandteil des Abschlussberichts für die Geldgeberin, die Vector Stiftung, der im Februar 2020 fertig gestellt wurde.

medizinischen Bedarfs trägt. Ansatzpunkte dafür finden sich in ganzheitlichen niederschwelligen Begegnungsformen, aber auch in gezielten aufsuchenden Kontaktangeboten.

Im Hintergrund – hier nicht weiter thematisiert – ist immer zu bedenken, dass es um ganzheitliche Sichtweisen auf die Lebenslagen von Menschen in Wohnungsnot gehen muss. Das bedeutet, zunächst die Grundlagen menschenwürdiger Lebensweisen zu ermöglichen: Wohnraum, Abwendung von Armut, Sicherung von Ernährung und Beziehungsmöglichkeiten. In diesen Komplex ist die Frage des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung einzubetten. Alle genauen Erkenntnisse zu subjektiven Bewältigungen und Möglichkeiten sollten nicht verkennen, dass die Frage der Wohnungsnot (und das Überleben darin) letztlich eine Frage der politischen Agenda ist!

Mit der folgenden Bündelung einiger zentraler Erkenntnisse der Forschung werden die Forschungsfragen beantwortet.

Zugang zur Allgemeinmedizin, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und subjektives Gesundheitshandeln

- Bei der von MediA erreichten Personengruppe (Menschen in Wohnungsnot mit und ohne Wohnung) ist nicht der Zugang zu medizinischen Angeboten *generell* das Problem, sondern es zeigt sich eine Gleichzeitigkeit von ‚drinnen' und ‚draußen': z.B. garantiert die Anbindung an eine Hausärzt*in nicht zuverlässig eine adäquate medizinische – insbesondere fachärztliche – Versorgung.
- Das Gesundheitssystem selbst kann ein Faktor des erschwerten Zugangs sein:
  - *Interaktive Schwierigkeiten bis hin zu gewaltvollen Übergriffen* zwischen Ärzt*in und Patient*in haben teilweise weitreichende Folgen: Erlebte Abweisung, Stigmatisierung, Gewalt und Ohnmacht (z.B. durch Zwangsbehandlungen) führen zu einer oft Jahrzehnte währenden Abkehr der Menschen in Wohnungsnot von der entsprechenden ärztlichen Versorgung: die Personen fallen – an den entsprechenden Stellen – aus dem System heraus bzw. werden ‚herausgedrängt'. Negative Erfahrungen – wie etwa Scham und Beschämung in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, so auch im Gesundheitsbereich, tragen zur Vulnerabilität (und auch geringen Frustrationstoleranz) der heterogenen Zielgruppe bei. Dabei spielen auch Gender-Aspekte, v.a. geschlechterbezogene Zumutungen oder Diskriminierungen sowie unerkannte Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt oder andere Erfahrungen eine Rolle. Diese Aspekte könnten auch erklären, warum es sich als schwierig erwies, die in MediA angezielte Personengruppe losgelöst von anderen Angeboten zu erreichen: Wenn das Gesundheitswesen als Ort von Beschämung gemieden wird, suchen die Menschen nicht aktiv Unterstützung zur Begleitung dorthin. Personen ihres Vertrauens kann es allerdings gelingen, Gegenerfahrungen anzustoßen. Daher ist es wichtig, die medizinische Begleitung in bestehende Angebote und/oder Kontaktmöglichkeiten zu integrieren bzw. an sie anzudocken.
  - *Verfahrensabläufe* (Strukturen) in Arztpraxen sind zwar Erschwernisse, aber für die meisten überwindbar (insbesondere bei Bemühungen des medizinischen Personals um Langsamkeit, Akzeptanz und leichte Sprache). Entscheidende Zugangsbarrieren zeigen sich in eklatanten Versorgungslücken im System (insbesondere erschwerte Zugänge zu psychotherapeutischen Angeboten und fehlende ambulante Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten oder nach schwierigen Behandlungen und Erfahrungen mit Ärzt*innen).

- Gesundheitsbezogene Fragen sind für die Zielgruppe durchaus von Bedeutung, aber – wie bei vielen anderen Menschen in der Gesellschaft auch – werden bestimmte belastende (individuell je unterschiedliche) Themen gemieden. Negative belastende biografische Erfahrungen (in der Lebenswelt, im medizinischen System) können dazu führen, Gesundheitsthemen nicht mehr angehen zu wollen. Meist, aber nicht immer, überdecken physische Anliegen psychische Probleme. Durch die vorsichtige Begleitung kann der ‚Bedarf hinter dem Bedarf', also hinter physischen Problemen liegende tiefergehende Belastungen, erkannt und im besten Fall auch thematisiert und angegangen werden.
- Insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen (und teilweise vordergründiger Nicht-auseinandersetzung damit) sind Vorbehalte gegenüber Diagnosen und Behandlungen weniger als Vorurteile zu deuten denn als Konsequenzen aus schwierigen oder belastenden Erfahrungen.
- Die Fallstudien zeigen zum Teil wirkmächtige negative Erfahrungen mit der Psychiatrie und insbesondere Ohnmachtserfahrungen von Personen, die im Laufe ihres Lebens wohnungslos wurden. Wesentliche Faktoren sind hier: ungewollte Zwangsbehandlungen und Belastung durch – z.T. später korrigierte, falsche – Medikation. Im Umkehrschluss gilt: bei positiven Erfahrungen wird Psychiatrie durchaus als unterstützend erlebt.
- Die mangelnde, insbesondere psychotherapeutische Versorgung von psychisch Belasteten bzw. Erkrankten manifestiert sich in der Wohnungslosigkeit. Ein niederschwelliges Angebot ist erforderlich. (Unbehandelte) psychische Erkrankungen können zur Ursache von Wohnungsnot/Wohnungsverlust werden. Die psychische Problematik wird dann erst im System der Wohnungsnotfallhilfe sichtbar und unter Umständen dadurch erst bearbeitbar.
- Geschlechtsbezogene Zuschreibungen und Rollenerwartungen – auch vorgenommen durch Ärzt*innen – und damit verbundene Erfahrungen der Verletzung wirken stark in das Gesundheitshandeln hinein. Adressat*innen sind zum Beispiel konfrontiert mit gesellschaftlichen Normierungsanforderungen, die von ihnen nicht hinreichend oder aber übererfüllt werden (beispielsweise exzessiv oder nicht gelebte Männlichkeit, *Slut Shaming,*[41] weibliche Unterordnung unter den Ehemann, Konflikte wegen Wunsch nach geschlechts-untypischer Ausbildung bei Frauen). Sie führen zu vermeidendem bzw. gesundheits-abträglichem Verhalten. Trans*personen (und andere aus dem LSBTIQ-Spektrum) finden eher keine Ansprache, ihre Themen scheinen noch ganz verdeckt (WoGe hat trotz großer Anstrengungen niemanden erreichen können).

Zum Bedarf an und Erfahrungen mit (professioneller) Begleitung

Zur sozialpädagogischen Begleitung erbringen die Auswertungen (besonders der Fallstudien) Erkenntnisse, die deutlich machen, wie wichtig eine (längerfristige) Vertrauensbasis für die Menschen in Wohnungsnot sein kann, um sich auf einen angstbesetzten und eigentlich vermiedenen Prozess einzulassen. Unterstützende Begleitung mit fachlicher Qualität kann eine wichtige ‚Brückenfunktion' in der Neu- oder Wiedervermittlung ins Gesundheitssystem darstellen. Sie kann punktuell oder kontinuierlich erforderlich sein, sollte aber für die Adressat*innen immer potenziell zur Verfügung stehen (‚Stand-by'; insbesondere bei Adressat*innen mit Psychosen oder komplexen Traumafolgen). Eine solche ‚beratende Begleitung', die in der Regel nur durch sozialpädagogische Fachkräfte erbracht

[41] *Slut Shaming* ist eine Praxis, mit der Menschen, insbesondere Frauen und Mädchen, angegriffen und beleidigt werden, die dem von der Gesellschaft erwarteten Verhalten und äußeren Erscheinungsbild in Bezug auf Sexualität widersprechen.

werden kann, ist komplex und braucht Vertrauen, Kontinuität und Zuverlässigkeit seitens der begleitenden Fachkräfte.

- Aus diesen Gründen, so ist zu schlussfolgern, gestaltete sich die Arbeit mit Ehrenamtlichen als fast undurchführbar. Es hat sich gezeigt, dass die Möglichkeiten ihres Einsatzes sehr viel begrenzter sind als zu Projektbeginn angenommen. Begleitungen durch Nicht-Fachkräfte – etwa im Sinne einer technischen Assistenz wie etwa Fahrdienste – können dennoch hilfreich sein, wenn diese Personen den Adressat*innen durch ihre bisherige Einbindung in die Hilfe vertraut sind.
- Informationsangebote über begleitende Angebote reichen nicht aus. Da, wo die Menschen mit ihren Gesundheitsfragen – zumindest punktuell – ankommen (insbesondere bei niedrigschwelligen Angeboten wie MedMobil oder Tagestreff) gilt es, die Grundlage für eine Integration ins Gesundheitswesen anzubahnen und das entsprechend notwendige Vertrauen aufzubauen. Es braucht einen Gelegenheitsrahmen, Gesundheit zum Thema zu machen (wie z.B. Gesundheitsgruppen). Es braucht mehr Motivationsarbeit und ein Ermöglichen von positiven Gegenerfahrungen – wie dies etwa im Projekt MediA erfolgte. Vereinzelt kann psychosoziale Gesundheitsbegleitung durchaus auch im betreuten Wohnen gelingen, wenn Gesundheit als wichtiger Teil von Beratungsgesprächen ernst genommen wird und Zeit dafür aufgebracht werden kann.

Die wichtigsten Ergebnisse aus allen Erhebungsschritten zusammengefasst:

- Menschen in Wohnungsnot brauchen professionelle und beziehungsgefüllte Begleitungen beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.
- (Biografische) Vorerfahrungen sind entscheidend für Zugangsprobleme. Zugangsprobleme gründen auch auf Ausschlusserfahrungen im medizinischen System.
- Für eine gelingende gesundheitliche Versorgung benötigt sozialpädagogisches und medizinisches Personal Gender-, Diversitäts- und Trauma-Kompetenzen.
- Die Fachlichkeit zu einem empathischen und unterstützenden Begleiten bezüglich ganzheitlich zu sehender gesundheitlicher Themen in Sozialer Arbeit und in den gesundheitlichen Diensten ist noch nicht ausreichend ausgebildet.

6.2 Handlungsempfehlungen

Aus den Erkenntnissen der Forschungen und der Praxis entwickelte WoGe einen Katalog von Handlungsempfehlungen,[42] die auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind: für die Praxis in der Wohnungsnotfallhilfe, für die Strukturen des Hilfesystems zur Verhinderung weiterer Ausgrenzungen und zum weiteren Forschungsbedarf.[43]

Zur Verbesserung der (Wieder-)Anbindung von Menschen in Wohnungsnot an das Gesundheitssystem:

1. **Begleitungsangebote an Bestehendes andocken:** Ein isoliertes Angebot bzw. ein spezialisierter Dienst zur Begleitung der Zielgruppe zu einzelnen Terminen bei Ärzt*innen hat sich aufgrund der Zugangsprobleme als schwierig erwiesen. Dennoch ist beratende und vorbereitende Begleitung (jenseits technischer Assistenz) in vielen Fällen zwingend notwendig und muss verbunden sein mit anderen Angeboten der Basisversorgung, zu denen die Zielgruppe größtenteils Zugang hat, und wo niedrigschwellig für sämtliche Gesundheitsthemen sensibilisiert werden kann. Hier gilt es, die Arbeitsbereiche und damit auch Stellenanteile in Diensten der Wohnungsnotfallhilfe entsprechend zu erweitern. Adressat*innen brauchen professionelle sozialpädagogische Begleitung und ein ‚Aushalten' ihrer Ambivalenz und ihrer Bedenken.
2. **Betreuungszeiten flexibel an Begleitungsbedarfe anpassen:** Für Personen, die sich im begleiteten oder betreuten Wohnen befinden, reichen die Zeitressourcen der Professionellen nicht immer aus, um die vielfältigen Termine bei Ärzt*innen kontinuierlich zu begleiten. Insbesondere im begleiteten Wohnen scheint es daher sinnvoll und notwendig, den Betreuungsschlüssel flexibel zu handhaben, sodass im Falle anstehender gravierender und umfassender (Gesundheits-)Themen bei einzelnen Adressat*innen eine ‚dichtere' Begleitung möglich ist.
3. **Im Feld der Wohnungsnotfallhilfe für Gesundheitsthemen sensibilisieren:** In professionellen Beratungssettings von Menschen in Wohnungsnot (Soziale Arbeit) sollte das Thema Gesundheit einen wichtigeren Stellenwert einnehmen als bisher. Neben der Thematisierung körperlicher und psychischer Belastungen geht es dabei auch um die Reflexion biografischer Erfahrungen der Adressat*innen, die dazu geführt haben, dass sich Personen von der (entsprechenden) medizinischen Versorgung abwenden sowie um die Ermöglichung entsprechender Gegenerfahrungen. Hier sind Weiterqualifikationen (auch in trauma-sensibler Betreuung, Gender- und Diversitätskompetenz) der Fachkräfte erforderlich, damit Wege für neue Erfahrungen (zurück ins Gesundheitswesen) ausgehandelt und angegangen werden können (notwendige ‚Motivationsarbeit').
4. **Niedrigschwellige psychotherapeutische Angebote konsolidieren:** Bei Personen mit Psychosen und komplexen Traumafolgestörungen kann eine fehlende Krankheitseinsicht als Teil der Erkrankung eine zentrale Hürde darstellen. Hier braucht es besondere kommunikative Kompetenzen sowie niedrigschwellige begleitende Angebote. Das bedeutet die Notwendigkeit eines Gelegenheitsrahmens, um in Kontakt zu sein oder dramatische Entwicklungen auffangen

[42] Dies geschah ergänzend zu den von MediA entwickelten Empfehlungen. Beide sind gemeinsam im Auswertungsbericht für die Vector Stiftung zusammengefasst und teilweise in die Verhandlungen im Sozialausschuss der Stadt Stuttgart eingegangen sowie in den Treffen mit anderen Forschungsprojekten eingebracht worden.

[43] Inhaltlich in vielen Punkten kongruent sind die Empfehlungen zu den Standards der medizinischen Versorgung für Patienten und Patientinnen in einer Wohnungsnotfallsituation der BAG W von 2018, die insbesondere auch Systemveränderungen der medizinischen Versorgung nahelegen (BAG W 2018).

zu können (‚Stand-by-System‘). Der Antrag zur Verstetigung der Arbeit des Baustein 3 „Seelische Gesundheit“ im Projekt MediA weist in eine richtige Richtung.

5. **Netzwerk und Kooperation mit kundigen Ärzt*innen:** Es benötigt eine Kooperation mit sensibilisierten und für die Zielgruppe offenen Ärzt*innen, zu denen die Wohnungsnotfallhilfe die Zielgruppe vermitteln und begleiten kann (Positiv- bzw. auch Negativ-Listen).

Zur Verhinderung von Ausgrenzungsprozessen wohnungsloser Menschen aus der regulären gesundheitlichen Versorgung:

6. **Versorgungslücken schließen:** Das Gesundheitssystem hat Versorgungslücken, die vor allem bei vulnerablen Gruppen dazu führen, von einer möglichen Versorgung insofern ausgeschlossen zu werden, als Zugänge mit wenig Kompetenzen/Ressourcen kaum zu realisieren sind. Diese Lücken zeigen sich insbesondere bei notwendiger ambulanter Psychotherapie bzw. psychotherapeutischer Begleitung, bei der Nachsorge nach stationärer Behandlung sowie bei einer notwendigen Palliativversorgung in schwierigen Wohnverhältnissen. Es fehlen Verbindungen im medizinischen System, z.B. zwischen Hausärzt*in und Psychiatrie. Auffällig ist die hohe Betroffenheit von Traumata bei wohnungslosen Frauen, die aber auch bei Männern vorkommt. Das bedeutet, dass ein psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Bedarf fast immer gegeben ist, der mit den vorhandenen psychiatrischen Behandlungen (sofern sie überhaupt erfolgen) nicht adäquat beantwortet und manchmal sogar verschärft wird (Zwangseinweisungen und Fixierungen). Es wird auch deutlich, dass es zu wenige Angebote von Trägern der Frauen-Sozialarbeit in diesem Feld gibt, um adäquate Beratungen bei sexualisierter Gewalt o.ä. gewährleisten zu können. Ohne ergänzende Angebote, die es zu entwickeln und zu finanzieren gilt, ist eine entsprechende Versorgung der Zielgruppe nicht gewährleistet. Sie sind auszubauen bzw. zu konsolidieren (vgl. MediA Baustein 3). Insbesondere scheint die Verbindung psychotherapeutischer mit sozialpädagogischer Kompetenz in der Wohnungsnotfallhilfe diese Lücke passend anzugehen und sollte verstetigt werden.

7. **Notfall- und Straßenambulanzen sind über das reguläre Gesundheitssystem zu finanzieren:** Notfall- und Straßenambulanzen sind für die Zielgruppe entscheidende Zugänge zur gesundheitlichen Versorgung. Sie sollten Teil des Regelsystems und damit der Regelfinanzierung werden. Ihre medizinischen Fachkräfte sollten mit ihrer Kompetenz im Umgang mit der Zielgruppe zu Multiplikator*innen im Gesamtsystem werden (vgl. auch die Ergebnisse des Landesprojektes zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung, das von der Uniklinik Freiburg unter Leitung von Erik Farin-Glattacker (2019) durchgeführt wurde).

8. **Strategien zur Verhinderung von Exklusionsprozessen verfolgen:** Das Problem einer notwendigen Re-/Integration ins Gesundheitswesen entsprechender Personen entsteht dadurch, dass diese aus dem System ‚herausgefallen‘ sind oder ‚herausgedrängt‘ werden bzw. sich bewusst abwenden. Dies geschieht auf unterschiedliche und individuelle Weise, daher müssen diese Prozesse stärker in den Blick genommen werden. Die Fachleute im Gesundheitswesen sind für solche Exklusionsprozesse zu sensibilisieren, die für die vulnerable Gruppe (existenziell) gefährdend sind, weil sie eine weitere, adäquate gesundheitliche Versorgung verhindern. Dies bezieht sich auf die vielfältigen interaktiven Schwierigkeiten, die sich missachtend zeigen – von mangelnder Anerkennung über Beschämung, Stigmatisierung, Zumutungen von Ohnmacht bis zuletzt manifester Gewalt. Von Adressat*innen wiederum gezeigtes ‚unpassendes‘, also ungeduldiges, aggressives oder gar gewalttätiges Verhalten verweist nochmals auf die Bedeutung einer beratenden Vorbereitung der potenziellen Patient*innen auf die Arztbesuche durch die Fachkräfte der Wohnungsnotfallhilfe, aber auch

auf ein notwendiges Verständnis für vorhandene Verletzungen und Traumatisierungen. Eine breite Sensibilisierung und Weiterbildung auch von medizinischem Personal in den Bereichen Gender-, Diversitäts- und Trauma-Kompetenzen ist notwendig.

9. **Adressat*innenspezifische subjektorientierte Angebote gender- und diversitätsbewusst entwickeln:** Zentral in allen beteiligten Bereichen (Medizin, Soziale Arbeit, Verwaltung) ist die persönliche Interaktion, d.h. eine kompetente und qualifizierte Dialogfähigkeit mit der vulnerablen Adressat*innengruppe. Es gehört zum fachlichen Wissen, vorausschauend mit dem Umstand umgehen zu können, wie schnell sich die Adressat*innen in Wohnungsnot wieder zurückziehen, da in der Regel geringe Bewältigungsressourcen für Frustrationserfahrungen vorhanden sind. Des Weiteren wird deutlich, dass für jede Person ein individuelles Begleitungskonzept zu entwickeln ist, d.h. es braucht adressat*innenspezifische Begleitkonzepte. Dabei ist auf Gender- und Diversitätssensibilität zu achten.

10. **Strukturelle Rahmenbedingungen verbessern:** Die Empfehlungen verweisen auf die Notwendigkeit der Restrukturierung des medizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik Deutschland: Integration der drei vorhandenen Systeme ohne soziale Unterscheidungen und Privilegien bei den Patient*innen, die Finanzierung der Gestaltung von Brücken zwischen den Systemen (bezahlte Arbeitszeit) sowie Finanzierung einer individuell unterschiedlich zu gewichtenden Kontaktzeit für die Patient*innen.

Zu weitergehendem Forschungsbedarf

11. **Die sozialräumliche Perspektive** könnte im Zusammenhang mit neuen Quartiersangeboten und Arbeitsansätzen systematischer untersucht werden. Fragen wären beispielsweise: Können Angebote/Erfahrungen aus dem stationären Bereich vor Ort genutzt werden? Können Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes besser mit der Wohnungsnotfallhilfe verknüpft werden? Können stadtteilbezogene Schwerpunktpraxen für die hausärztliche Versorgung von vulnerablen Adressat*innen entwickelt/unterstützt werden?

12. **Gender- und Diversitäts-Aspekte** sind bedeutend, um Gesundheitshandeln und den Umgang des professionellen ‚Systems' zu verstehen. Weitergehende Forschungen sollten diese näher in den Blick nehmen, insbesondere auch mit Adressat*innen, die sich als LSBTIQ identifizieren.

13. **Die Perspektive von medizinischem Personal** auf Patient*innen in Wohnungsnot sollte weitergehend erhoben werden. Wie sehen Ärzt*innen und anderes Personal im medizinischen Bereich die Versorgung wohnungsloser Menschen, von welchen Schwierigkeiten und Erfahrungen können sie berichten und welche Bedarfe werden aus ihrer Sicht deutlich? Erkennbar wurde in einzelnen Forschungssituationen die große Zeitnot in den Praxen sowie gelegentlich fehlende Kompetenzen für passende Interaktionen mit wohnungslosen Patient*innen.

Mit diesen Empfehlungen kann auf Fachveranstaltungen sowie gesundheitspolitischen kommunalen und übergeordneten Ebenen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen in Wohnungsnot gearbeitet werden. Die räumlichen Bedrängnisse und Verweisungen der Maßnahmen gegen die Covid-19-Infektionen haben diese Fragestellungen in einer neuen Dinglichkeit auf die Tagesordnung gesetzt. Nicht zuletzt unterstreichen die empirischen Ergebnisse die Notwendigkeit der Verbesserung und Politisierung der Wohnungsnotfrage und der Versorgung der davon betroffenen Menschen.

Literatur

BAG Wohnungslosenhilfe e.V. 2018. „Gesundheit ist ein Menschenrecht. Empfehlung der BAG W zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 12. April 2018“. Abgerufen am 3. November 2021 (https://www.bagw.de/de/publikationen/pos_pap/pos_gesundheit.html).

Bardehle, Doris, Stiftung Männergesundheit, Matthias Stiehler und Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. (Hrsg.) 2010. *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht: ein Pilotbericht*. München: Zuckschwerdt.

Bereswill, Mechthild, und Anke Neuber. 2010. „Marginalisierte Männlichkeit, Prekarisierung und die Ordnung der Geschlechter“. S. 85–104 in *Fokus Intersektionalität*, herausgegeben von H. Lutz, M. T. H. Vivar, und L. Supik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Blank, Beate, und Helga Huber. 2017. „Langzeitwirkung eines Empowerment-Ansatzes. Eine empirische Studie mit ehemals obdach- und wohnungslosen Frauen“. *wohnungslos* 2–3(17):87–99.

Böhnisch, Lothar, und Heide Funk. 2002. *Soziale Arbeit und Geschlecht: theoretische und praktische Orientierungen*. Weinheim München: Juventa.

Böhnisch, Lothar, und Gerd Stecklina. 2007. „Männliche Sozialisation und Gesundheit“. in *Männerleben und Gesundheit: eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*, *Gesundheitsforschung*, herausgegeben von M. Stiehler und T. Klotz. Weinheim: Juventa.

Borchardt, Andreas, und Stephan E. Göthlich. 2007. „Erkenntnisgewinnung durch Fallstudien“. S. 33–48 in *Methodik der empirischen Forschung*, herausgegeben von S. Albers, D. Klapper, U. Konradt, A. Walter, und J. Wolf. Wiesbaden: Gabler.

Brieskorn-Zinke, Marianne. 2008. „Der Beitrag der Pflegeberufe zur Bevölkerungsgesundheit“. *Prävention und Gesundheitsförderung* (3):193–98.

Brüggemann, Aljoscha. 2017. „Wohnungslose Adressatinnen mit psychischen Erkrankungen – über individuelle Problemlagen, bestehende Unterstützungsangebote und entsprechende Zugänge“. Bachelorarbeit, Hochschule Esslingen.

Burger, Bastian. 2019. „Ehrenamtliche Begleitung beim Zugang zum Gesundheitssystem – Förderliche Faktoren – Erkenntnisse aus einer qualitativen Untersuchung der Begleitung HIV-positiver Menschen“. Masterarbeit, Hochschule Esslingen.

Busch-Geertsema, Volker, Jutta Henke, und Nadine Krugel. 2020. *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Wohnungsnotfallhilfen: Kurzexpertise als Ergänzung zum Forschungsbericht „Entstehung, Verlauf und Struktur von Wohnungslosigkeit und Strategien zu ihrer Vermeidung und Behebung“*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Gesellschaft für innovative Sozialplanung und Sozialforschung e.V. (GISS). Abgerufen am 21. November 2021 (https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-71246-4)

Connell, RW. 1999. *Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. Opladen: Leske + Budrich.

Crenshaw, Kimberlé W. 1989. „Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics“. *University of Chicago Legal Forum* 139–67.

Eisenhardt, Kathleen M. 1989. „Building Theories from Case Study Research“. *The Academy of Management Review* 14(4): 532–50. doi: 10.2307/258557.

Enders-Dragässer, Uta, Hrsg. 1999. *Frauen ohne Wohnung: Handbuch für die ambulante Wohnungslosenhilfe für Frauen: Modellprojekt „Hilfen für alleinstehende wohnungslose Frauen "*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Enders-Dragässer, Uta. o. J. „Geschlechterspezifischer Hilfebedarf und geschlechtergerechte Weiterentwicklungen in der Wohnungslosenhilfe mit Gender Mainstreaming". Vortrag für die Veranstaltung „Gender Mainstreaming in der Wohnungslosenhilfe – gibt es einen geschlechtsspezifischen Hilfebedarf bei wohnungslosen Menschen" des AK Wohnungsnot Berlin.

Enders-Dragässer, Uta, Helga Huber, und Brigitte Sellach. 2004. *Frauen in Wohnungsnot. Hilfen, Bedarfslagen und neue Wege in NRW. Untersuchungsbericht der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V., Frankfurt am Main.* Düsseldorf: Land Nordrhein-Westfalen / Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie. Abgerufen am 23. August 2021 (http://www.gsfev.de/pdf/frauen-in-wohnungsnot_NRW.pdf)

Enders-Dragässer, Uta, und Brigitte Sellach. 2005. *Frauen in dunklen Zeiten. Persönliche Berichte vom Wohnungsnotfall: Ursachen – Handlungsspielräume – Bewältigung. Eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei Wohnungsnotfällen von Frauen.* Frankfurt am Main: Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e. V. Abgerufen am 23. August 2021 (http://www.gsfev.de/pdf/Frauen_in_dunklen_Zeiten.pdf)

Evers, Jürgen, und Ekke-Ulf Ruhstrat. 2015. *Wohnungslosigkeit in Baden-Württemberg: Untersuchung zu Umfang, Struktur und Hilfen für Menschen in Wohnungsnotlagen im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg*. Bremen, Stuttgart: Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. Abgerufen am 23. August 2021 (https://www.giss-ev.de/filestorage/publikationen/bericht-wohnungslosigkeit-in-baden-wuerttemberg.pdf)

Farin-Glattacker, Erik. 2019. *Evaluation des Modellprojekts „Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen" (MeWo)*. *Ergebnisbericht*. Universitätsklinikum Freiburg.

Fichtner, Jörg. 2005. *„Dass die Leute uns nich' alle über einen Kamm scheren" – Männer in Wohnungsnot. Eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei männlichen Wohnungsnotfällen.* Frankfurt am Main: Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. Abgerufen am 23. August 2021 (http://www.gsfev.de/pdf/maenner_in_Wohnungsnot.pdf)

Flick, Uwe. 1996. *Psychologie des technisierten Alltags: soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Flick, Uwe. 2000. „Design und Prozess qualitativer Forschung." S. 252–65 in *Qualitative Forschung: ein Handbuch*, *Rororo Rowohlts Enzyklopädie*, herausgegeben von U. Flick, E. von Kardorff, und I. Steinke. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe. 2009. *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. 2. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke, Hrsg. 2000. *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe, und Gundula Röhnsch. 2008. *Gesundheit auf der Straße: Gesundheitsvorstellungen und Umgang mit Krankheit im Kontext von Jugendobdachlosigkeit*. Weinheim: Juventa.

Freeman, Elizabeth. 2010. *Time Binds: Queer Temporalities, Queer Histories*. Duke University Press.

Friebertshäuser, Barbara, und Antje Langer. 2013. „Interviewformen und Interviewpraxis". S. 437–55 in *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, *Handbuch*,

herausgegeben von B. Friebertshäuser, A. Langer, A. Prengel, und H. Boller. Weinheim München Basel: Beltz Juventa.

Friebertshäuser, Barbara, Antje Langer, Annedore Prengel, und Heike Boller, Hrsg. 2013. *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 4., durchges. Aufl. Weinheim München Basel: Beltz Juventa.

Gehrmann, Gerd, und Klaus D. Müller, Hrsg. 2016. *Aktivierende Soziale Arbeit mit nicht-motivierten Klienten: mit Arbeitshilfen für Ausbildung und Praxis*. 4. Auflage. Regensburg: Walhalla.

Gillich, Stefan, und Stephan Nagel, Hrsg. 2010. *Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe – und zurück?* Gründau-Rothenbergen: TRIGA.

Glaser, Barney G., und Anselm L. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. London: Weiderfeld and Nicolson.

Helfferich, Cornelia. 2011. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Hensel, Frank Johannes. 2017. „Gesünder wäre möglich. Wohnungslosen Menschen den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern. Editorial“. *Deutsches Ärzteblatt* 40(114):M663-664.

Ishorst-Witte, Frauke. 2003. „Erkrankungen und Todesursachen bei wohnungslosen Frauen in Hamburg“. *wohnungslos* 45(1).

Jahn, Thomas, und Monika Brönner. 2014. *Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung*. Abgerufen am 6. Juli 2021 (https://www.mri.tum.de/sites/default/files/pressemeldungen/seewolf-studie_-_eine_zusammenfassung_0.pdf)

Kaduszkiewicz, Hanna, Benjamin Bochon, Hendrik van den Bussche, Julia Hansmann-Wiest, und Carolin van der Leeden. 2017. „Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen“. *Deutsches Ärzteblatt* 114(40):673–79. Abgerufen am 15. Juli 2021 (https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0673)

Wolf, Klaus. 2004.„SPFH – Interventionschancen bei Multiproblemfamilien“, Vortrag vom 24. Juni 2004, Universität Siegen. Abgerufen am 26. November 2019 (https://www.bildung.uni-siegen.de/mitarbeiter/wolf/files/download/forschung/sph_forschung/vortrag_schuster.pdf)

Kuckartz, Udo, und Stefan Rädiker. 2020. *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Wiesbaden Heidelberg: Springer VS.

Kunstmann, Wilfried. 2009. *Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein- Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht*. Münster. Abgerufen am 23. August 2021 (https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/evaluationsbericht.pdf)

Lange, C., S. Boczor, A. Rakebrandt, T. Posselt, M. Scherer, und H. Kaduszkiewicz. 2015. *Evaluation der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose in Hamburg. Abschlussbericht*. Hamburg.

Langer, Antje. 2013. „Transkribieren – Grundlagen und Regeln“. S. 515–26 in *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, *Handbuch*, herausgegeben von B. Friebertshäuser, A. Langer, A. Prengel, und H. Boller. Weinheim München Basel: Beltz Juventa.

Maar, Katja. 2006. *Zum Nutzen und Nichtnutzen der sozialen Arbeit am exemplarischen Feld der Wohnungslosenhilfe: eine empirische Studie*. Frankfurt am Main New York: Peter Lang Verlag.

Meller, Ingeborg, Manfred Fichter, Norbert Quadflieg, Manfred Koniarczyk, Annette Greifenhagen, und J. Wolz. 2000. „Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch

erkrankte Obdachlose. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie“. *Der Nervenarzt* 71(7):543–51. doi: 10.1007/s001150050624.

Nolte, Stephan Heinrich. 2010. „Arzt oder Mediziner: Empathie statt Aktionismus“. *Deutsches Ärzteblatt* 107(31–32): A 1512-A 1514. Abgerufen am 8. September 2021 (https://www.aerzteblatt.de/archiv/77786/Arzt-oder-Mediziner-Empathie-statt-Aktionismus)

Ohms, Constance. 2019. *Wohnungslosigkeit und Geschlecht. Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität als Risikofaktoren für und in Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit*. Broken Rainbow e.V. Abgerufen am 15. Dezember 2021 (https://broken-rainbow.de/wp-content/uploads/2019/09/bruschuere_wohnsitzlose-fachtagung-2019.pdf)

Rosenke, Werena. 2018. „Gesundheit.“ S. 219–47 in *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen: Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze*, herausgegeben von R. Jordan, B. Giffhorn, T. Specht, und W. Rosenke. Berlin Düsseldorf: BAG W-Verlag der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.

Schäfer-Walkmann, Susanne, und Sarah Bühler. 2011. *Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg. Eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie*. Stuttgart: IfaS – Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen. Im Auftrag des Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Abgerufen am 23. August 2021 (https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Ifas-Studie-Versorgung-Wohnungsloser.pdf)

Schmidt, Leo Hendrik. 2006. „Technologie als Prozess: Eine empirische Untersuchung organisatorischer Technologiegestaltung am Beispiel von Unternehmenssoftware“. Dissertation, Freie Universität Berlin. Abgerufen am 23. August 2021 (https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/5912)

Sozialplanung Stuttgart, (Hrsg.) 2016. „Projektbeschreibung Modellprojekt ‚MediA - Medizinische Assistenz‘ der Sozialplanung Stuttgart“.

Specht, Thomas, Werena Rosenke, Rolf Jordan, und Benjamin Giffhorn. 2017. *Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen: Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze*. 2., unveränderte Auflage. Berlin Düsseldorf: BAG W-Verlag der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.

Sperrle, Sina, und Tamara Strobel. 2017. „Kontakte der Wohnungslosen(hilfe) zum medizinischen System. Eine qualitative Erhebung der Angebote des MedMobil und des Cafe 72“. Masterarbeit, Hochschule Esslingen.

Steiger, Ignaz. 2010. „Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem“. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin. Abgerufen am 23. August 2021 (https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/4907)

Stiehler, Matthias, und Theodor Klotz, Hrsg. 2007. *Männerleben und Gesundheit: eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Weinheim: Juventa.

Strauss, Anselm L. 1991. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Fink.

Trabert, Gerhard. 2005. „Gesundheitsarbeit in der Wohnungslosenhilfe“. S. 161–78 in *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit: eine Erkundung der Praxisfelder*, *Grundlagen der sozialen Arbeit*, herausgegeben von K. Ortmann und H. Waller. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Trabert, Gerhard. 2010. „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen – ein vergessenes Thema?!“ S. 102–6 in *Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe – und zurück?* herausgegeben von S. Gillich. Gründau-Rothenbergen: TRIGA.

Völlm, Birgit, Hinnerk Becker, und Wilfried Kunstmann. 2004. „Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung“. *Sozial- und Präventivmedizin* 49(1):42–50. doi: 10.1007/s00038-003-3064-9.

Walgenbach, Katharina. 2014. *Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in der Erziehungswissenschaft*. Opladen: Budrich.

Yin, Robert K. 2003. *Case study research: design and methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

Impressum

tifs-Schriftenreihe Gender- und diversitätsbewusste Theorie und Praxis 2021, Nr. 3

Erscheinungsdatum: Dezember 2021 (Online-Veröffentlichung)

ISSN I2364-365X

Autorinnen: Maria Bitzan, Gerrit Kaschuba, Sabine Schneider, Bettina Staudenmeyer, Iris Weiser

Herausgeberin:

Forschungsinstitut tifs e.V.

Rümelinstr. 2

72070 Tübingen

Zitiervorschlag:

Bitzan, Maria; Kaschuba, Gerrit; Schneider, Sabine; Staudenmeyer, Bettina; Weiser, Iris 2021: Gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot. Zugänge zum Gesundheitswesen – exemplarische Fallstudien unter Berücksichtigung von Gender- und Diversitätsaspekten. Ein Forschungsbericht. Tübingen: Schriftenreihe des Forschungsinstituts tifs e.V. (Hrsg.), Gender- und diversitätsbewusste Theorie und Praxis 2021, Nr. 3.