

## **(Vorläufige) Erkenntnisse und Thesen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes WoGe – gesundheitliche Versorgung für Menschen in Wohnungsnot (Stand 17.2.2019)**

Prof.in Dr. Maria Bitzan, Prof.in Dr. Sabine Schneider, Iris Weiser (Hochschule Esslingen),  
Dr. Gerrit Kaschuba, Bettina Staudenmeyer, (Forschungsinstitut tifs Tübingen)

---

Das Praxisprojekt MediA ging von der These aus, dass Menschen in Wohnungsnot (bzw. in besonderen sozialen Schwierigkeiten) Assistenz bei der Wahrnehmung der gesundheitlichen Versorgung benötigen. Entsprechende Begleitungen sollten von Sozialarbeiter\_innen und Ehrenamtlichen aufgebaut werden. Ziel des Projektes war und ist es, neue Wege zu erproben, wie die anvisierte Zielgruppe in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung integriert werden kann. Die parallel dazu arbeitende wissenschaftliche Begleitforschung (WoGe) sucht nach weitergehenden Erkenntnissen dazu, welche Aspekte für Menschen in Wohnungsnot hinderlich sind zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste und welche Erfahrungen prägend für ihr Gesundheitshandeln sein könnten.

Im Mittelpunkt der verschiedenen Bausteinen der wissenschaftlichen Begleitforschung stehen zehn multiperspektivische Fallstudien mit 30 Interviews – neben den regelmäßigen Austauschtreffen und Workshops mit MediA. Ende des Jahres wird die Auswertung abgeschlossen sein. Die Begleitforschung arbeitet mit qualitativen Methoden, was bedeutet, keine quantitativen Daten zu generieren, sondern explorativ Konstellationen von Klient\_in/MediA-Mitarbeitende\_r/Ärzt\_in zu erhellen, um im Einzelfall die Hürden und Ermöglichungen der Erfahrungen, Selbstbilder und Interaktionen rekonstruieren zu können.

Aus Sicht der Begleitforschung liegt der besondere Ertrag des Praxisprojekts MediA vor allem darin, wichtige weitergehende Erkenntnisse zu der komplexen Fragestellung der medizinischen Versorgung von Menschen in Wohnungsnot, die nicht in stationären Einrichtungen untergebracht sind, erbracht zu haben - seien es die Begrenzungen eines gesundheitlichen Extra-Dienstes oder der ehrenamtlichen Möglichkeiten und der bisherigen Regeldienste in gesundheitlichen Fragen oder auch die Bedeutung und Chancen psychotherapeutischer Sofortbehandlungen und der geschärfte geschlechtersensible Blick. Auf der Basis dieser Erfahrungen und der Erkenntnisse der Forschung von WoGe sind Überlegungen zur zukünftigen Arbeit gesundheitlicher Begleitung für Menschen in Wohnungsnot zu konzipieren und an gegebene Hilfestrukturen anzudocken.

Parallel und ergänzend zu den Thesen des Praxisprojekts sind für WoGe **drei Erkenntnisse zur Gestaltung von begleitenden Angeboten zentral:**

1. Ein gesonderter Gesundheitsdienst, der losgelöst von anderen Angeboten agieren soll, hat sich als wenig sinnvoll erwiesen. Insofern hat sich der Ansatzpunkt von MediA in Baustein 1 und 2 als Einzeldienst in dieser Art nicht bewährt. Aber durch diesen Schwerpunkt in der Modellphase ist das Thema der ärztlichen Versorgung und vor allem des Zugangs dazu, ebenso wie das Thema Gesundheit generell in der Wohnungsnotfallhilfe mit mehr Bedeutung versehen worden
2. Die Anbindung gesundheitlicher Fragen an andere Angebote im ambulanten Bereich erweist sich als sinnvoll, weil in der Lebenswelt der Adressat\_innen alle Beeinträchtigungen, Behinderungen und Erschwernisse als miteinander verknüpfte komplexe Herausforderung erlebt werden.  
Bei einer engeren Verbindung mit dem medmobil können dessen Vorteile wie ad hoc- Beratung, Behandlung vor Ort, Vertrauen durch die bekannte Institution, etc. für weitergehende

Begleitungen nutzbar gemacht werden. Die Anbindung an den Tagestreff Femmetastisch wiederum bietet Frauen die Gelegenheit, zwanglos und mit der Erfahrung frauensensibler Herangehensweisen, an Gesundheitsfragen heranzukommen.

3. Begleitung zu medizinischen Diensten kann nicht für sich stehen, sondern baut auf eine vertrauensvolle Beziehung zu den Fachkräften des begleitenden Diensts auf, die am einfachsten in offenen Kontakten herzustellen ist.  
Begleitung bzw. Assistenz muss unterschieden werden in: > technische Assistenz (Beziehung steht nicht im Vordergrund, aktuell sind dies insbesondere Fahrdienste), > psychosoziale Stütze (Beziehung notwendig, wird eher von Hauptamtlichen ausgeführt), > vorbereitende Assistenz (motivierende und stärkende Vorbereitung und Planung, auch hier ist Aufbau der Beziehung durch Hauptamtliche vonnöten). Wenn ehrenamtliche Assistenzen eingebunden werden sollen, dann sind eher Personen mit Bezug zum Gesundheitssystem und/oder mit der Chance, sich längerfristig einzulassen (Praktikantin etc.) gezielt anzusprechen – wenn nicht nur technische Hilfen gefragt sind.

**Weitergehende Thesen zu der Forschungsfrage, welche Faktoren den Zugang von wohnungslosen Menschen zum Gesundheitssystem erschweren, und wie Möglichkeiten der Verbesserung realisiert werden können:**

4. Der Zugang zu medizinischer Versorgung über soziale Dienste wie MediA kann funktionieren, wenn viel Beziehungsarbeit geleistet wird. Adressat\_innen fassen Vertrauen, wenn sie *unverfügbare Kontaktmöglichkeiten* erleben, in denen zunächst weder sie selbst als Person noch das Thema Arztbesuche das Thema sind (z.B. Gesundheitsgruppe, Tagestreff-Aktivitäten, Tür-und-Angel-Gespräche...). Besteht eine vertrauensvolle Beziehung, kann die offensive und zugleich sensibel erfolgende Thematisierung gesundheitlicher Fragen auch motivierend für gesundheitliche Schritte erlebt werden. Selbstbestimmte Schritte sind für das labile aber immer erstrebte psychische Autonomiekonzept der Betroffenen wichtig.
5. Die Interviewpartner\_innen berichten sowohl von positiven als auch von schwierigen/entmutigenden Begegnungen im Gesundheitswesen. Förderlich für eine gelingende medizinische Kontaktaufnahme und Behandlung sind positive Erfahrungen mit Ärzt\_innen, die z.B. dann entstehen können, wenn eine vertraute Begleitung dabei ist. Wichtig seitens der Ärzte wird erlebt: Zugewandtheit, erklärende Sprache, das Beachten des eigenen Tempos der Klient\_in, das Vermeiden moralischer Belehrung. In dieser Hinsicht formulieren die Befragten durchaus noch *Sensibilisierungsbedarf bei der Ärzteschaft*, vor allem in Bezug auf möglicherweise vorhandene Traumata und gender-bezogene Implikationen.
6. Die Bedeutung von Mehrfacherkrankungen wird in den Fallstudien deutlich. Viele Interviewpartner\_innen sind schwerkrank und haben lange Krankheitsgeschichten. Dabei kommen verschiedene physische und psychische Erkrankungen zusammen, wirken aufeinander und beeinflussen das Gesundheitsverhalten. Eine ganzheitliche medizinische Betreuung wäre in diesen Fällen von großer Wichtigkeit, ist im Gesundheitssystem aber kaum vorgesehen.

7. Es verdichtet sich die Hypothese, dass, je länger die Wohnungsnot andauert, desto größer die Distanz zwischen Adressat\_innen und gesundheitlicher Regel-Versorgung wird. Besonders geht es dabei um den Besuch spezifischer Fachärztinnen (z.B. Zahnärzt\_in), zu denen der Kontakt vermieden wird. Aus diesem Grund gilt es, ein besonderes Augenmerk auf Prozesse zu richten, durch die die Betroffenen *aus dem gesundheitlichen System „herausgefallen“ sind* bzw. sich herausgedrängt fühlen. Sie haben im medizinischen System bestimmte Situationen als Gewalt erlebt, die traumatische Folgen haben können (und denen manchmal auch traumatische Erfahrung zugrunde liegen können) und die zu großen Vorbehalten/Ängsten führen können (die nicht immer direkt thematisierbar sind für die Betroffenen), z.B. Gefühle des Ausgeliefertsein. Die Erfahrung von Traumatisierungen - häufig bei Frauen - im medizinischen System muss bei Begleitungen besondere Beachtung finden. Damit wird deutlich, dass eine Begleitung nicht nur die Brückenfunktion zu einem medizinischen Dienst zu erfüllen hat, sondern bei der Wahl der Ärzt\_innen oder Krankenhäuser darauf zu achten hat, dass diese traumasensibel arbeiten. Eine solche Kompetenz kann leider nicht überall vorausgesetzt werden.
8. Bei der psychologischen Versorgung (Baustein 3) wird offenkundig, dass der ohnehin problematische Psychotherapeut\_innenmangel bei Menschen in Wohnungsnot dazu führt, dass sie fast überhaupt keine psychotherapeutische Versorgung erhalten. Die Suche nach Therapeut\_innen scheint für sie eine nicht zu bewältigende Aufgabe, erfordert sie doch eine große Kundigkeit über die Fachdienste, adäquate Thematisierungskompetenz und das Durchhalten langer Wartezeiten. Dies führt dazu, dass sich die psychische Situation unbehandelt so lange verschlechtert, bis sie eskaliert und die Personen dann in der Psychiatrie landen. Vor allem bei Fremdeinweisungen kann dies wiederum zu Traumatisierungen führen.
9. Frauen leben (neben typischen geschlechterbezogenen Anforderungen, für die sie wenig Bewältigungsressourcen haben) häufig mit (sexualisierten) Gewalterfahrungen oder sonstigen *geschlechterbezogenen Belastungen* (Bedrohungen, Diskriminierungen durch Männer oder auch: als Frau nicht hinreichend anerkannt zu sein,...), die das Gesundheitsverhalten maßgeblich beeinflussen. Diese Frauen brauchen die Erfahrung, dass die medizinische Behandlung ‚sicher‘ ist, ggf. durch den Schutz einer Begleitperson, der sie vertrauen. Das Sprechen über körperliche Befindlichkeiten kann v.a. von Frauen gegenüber (männlichen) Ärzten ein Problem sein (z.B. bei Menstruationsbeschwerden).
10. Auffällig erscheint uns der Mangel an lebensweltlichen Bezugspersonen bei den Interviewpartner\_innen. Es dominiert die Haltung, *sich alleine durchkämpfen zu müssen* und die „Sachen“ für sich allein auszumachen. Es gibt also kaum die Praxis und Erfahrung, über eigene Sorgen und Ängste vertrauensvoll mit anderen zu sprechen, insbesondere nicht über gesundheitlich relevante Themen. Und wenn, dann als Beschwerde über subjektiv erlebte Ungerechtigkeiten, sozusagen als Beweis, dass ihnen niemand hilft...
11. Bei Frauen ist das Thema ‚eigene Kinder‘ tendenziell tabuisiert, sie sind ganz selten als stärkende Bezugspersonen zu erkennen. Nicht selten schwingen auch negative Kindheitserfahrungen mit den eigenen Eltern belastend mit. Es scheint, dass es keinen Ort und keinen akzeptierenden Rahmen gibt, um über *die Verletzungen und Selbstvorwürfe bzgl. der eigenen Kinder* zu sprechen, - die Beschämung, keine „gute“ oder „richtige“ Mutter zu sein, schwingt immer mit und muss verdeckt werden.

**Perspektivische Anregungen:**

12. Die Idee, Aspekte der MediA-Aktivitäten an einen anderen Dienst anzudocken (z.B. Medmobil) entspricht den Erkenntnissen des Projekts, dass es sinnvoll ist, dort Angebote zu machen, wo sich die Menschen in Wohnungsnot befinden (Medmobil, Femmetastisch, Tagestreff 72,...).
13. Bei Übergängen – überwiegend bei räumlichen (z.B. Wegzug aus einem Stadtteil) - sind meistens die angestammten Anlaufstellen nicht mehr zuständig. Dies führt zu Frustration und Rückzug. Wichtig wäre hier eine aktive Kontinuität der Hilfsnetze.
14. Im Baustein 3, bei dem sich akute und schnelle Behandlungsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich ergeben haben, könnten künftig Geschlechteraspekte stärker in den Fokus geraten.
15. Die verstärkt in die Aufmerksamkeit geratene Schnittstelle zum Sozialpsychiatrischen Dienst wirft Fragen zur Stadtteilorientierung (und damit schnelleren und transparenteren Erreichbarkeit von medizinischer Unterstützung) auf.
16. Fortbildungen mit dem Ziel der Perspektivenerweiterung in bestehenden Diensten werden empfohlen. Hier ist das Augenmerk auf das Gesundheitshandeln von Wohnungslosen allgemein und in Zusammenhang mit gender-bezogenen Erfahrungen und noch weitergehend mit Traumatisierungen zu richten.