

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

Eine Bedarfsermittlung zu niedrigschwelliger
psychotherapeutischer Therapie und Beratung für
Menschen in prekären Lebensverhältnissen

Vorgelegt von: Franka Franz

Matrikelnummer: [REDACTED]

Abgabedatum: 13.11.2020

- 1. Gutachter:** Prof. Dr. Wolf Polenz (HAW Hamburg)
- 2. Gutachterin:** Dr. Beate Jocham (Externe Zweitprüferin)

Abstract

Hintergrund:

Psychische Störungen stellen weltweit eines der größten Gesundheitsprobleme dar. Diese Störungen treten nach aktuellem Forschungsstand häufiger bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status, als bei Personen mit einem höheren Status auf. Eine Personengruppe, die einen niedrigeren sozioökonomischen Status aufweist, sind Menschen in prekären Lebensverhältnissen. Aufgrund fehlender Niedrigschwelligkeit haben diese einen erschwerten Zugang zu medizinischen Versorgungsstrukturen des Regelsystems. Dieses Problem ist auf einen direkten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit zurückzuführen. Dieser Zusammenhang ist für die zukünftige Forschung hinsichtlich der Personengruppe von Menschen in prekären Lebensverhältnissen von großer Bedeutung.

Methodik:

Für die Datenerhebung wurde eine empirische Studie durchgeführt, in der die Bedarfsermittlung in Form von halbstrukturierten Interviews und einem Fragebogen zur psychischen Gesundheit vorgenommen wurde. Die Daten der Interviews wurden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse mittels des Programms MAXQDA ausgewertet und interpretiert. Zusätzlich wurden quantitative Daten mithilfe des Statistikprogramms SPSS erhoben und zu Häufigkeiten zusammengefasst. Die Ergebnisse wurden mit einem vorangegangenen Literaturstudium verglichen und ergänzt.

Ergebnisse:

Bereits existierende Studien haben die Zielgruppe der Menschen in prekären Lebensverhältnissen nicht ausreichend erforscht. Mittels der eigens durchgeführten empirischen Studie konnte festgestellt werden, dass für die zu untersuchende Gruppe ein Mangel an niedrigschwelligen psychotherapeutischen Einrichtungen besteht. Der Wunsch nach einem vereinfachten Zugang zu medizinischen Versorgungsstrukturen hat sich anhand der Interviewauswertung verdeutlicht. Außerdem wurde ermittelt, dass sich ein Großteil der befragten Personen auf der Suche nach psychotherapeutischer Versorgung diskriminiert fühlten.

Diskussion:

Der aktuelle Wissensstand weist eine Forschungslücke bei Menschen in prekären Lebensverhältnissen und deren psychischen Gesundheit auf, da der Fokus oftmals auf andere Personengruppen gelegt wird. Ebenfalls besteht ein Mangel an Bedarfsermittlungen, welche den Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung erforschen. Aufgrund der geringen Anzahl der Publikationen besteht weiterer Forschungsbedarf. Komplexe Versorgungsstrukturen sind notwendig, um diesen hohen Bedarf an niedrigschwelligen Einrichtungsstrukturen zur psychischen Gesundheit zu decken.

1 Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>IV</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>V</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>VI</i>
1 Einleitung	1
2 Theorie	2
2.1 Einführung in das deutsche Gesundheitssystem.....	2
2.2 Ein Versuch „Gesundheit“ zu definieren.....	3
2.3 Psychische Gesundheit	6
2.4 Definition - Prekäre Lebensverhältnisse	10
2.5 Gesundheitsversorgung von Menschen in prekären.....	12
Lebensverhältnissen.....	12
2.6 Aktueller Forschungsstand	14
2.7 SEEWOLF-Studie	16
2.8 Das Mainzer Modell.....	18
2.9 Versorgungssysteme in Hamburg	19
2.10 Definition der Forschungslücke	19
3 Methodik	20
3.1 Forschungsdesign	20
3.2 Projektbeschreibung.....	20
3.3 Auswertung der qualitativen Daten.....	25
3.4 Auswertung quantitative Daten	28
3.5 VDS90-Fragebogen	29
4 Ergebnisse	29
4.1 Ergebnisse - SPSS	29
4.2 Ergebnisse - VDS90-Symptomliste	35
4.3 Auswertung – Interviews.....	36
4.4 Interpretation.....	41
5 Diskussion	43
6 Fazit	47
7 Literaturverzeichnis	49
8 Anhang	57
9 Eidesstattliche Erklärung	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.....	4
Abbildung 2: Determinanten von Gesundheit.....	5
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit.....	7
Abbildung 4: ICD10-Codes für psychische Störungen.....	7
Abbildung 5: Querschnittsuntersuchung SEEWOLF-Studie.....	17
Abbildung 6: Verlauf der Interviews.....	23
Abbildung 7: Datenmaske SPSS.....	30
Abbildung 8: Schulbildung der Befragten.....	31
Abbildung 9: Wohnsituation der Befragten.....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategoriensystem zur qualitativen Inhaltsanalyse.....	28
Tabelle 2: Äußere Aspekte keine Terminvergabe.....	33
Tabelle 3: Äußere Aspekte keine Krankenversicherung.....	33
Tabelle 4: Äußere Aspekte wenig Hürden.....	33
Tabelle 5: Aspekte Behandlers Warmherzigkeit.....	34
Tabelle 6: Aspekte Behandlers.....	34
Tabelle 7: Aspekte Behandlers.....	34
Tabelle 8: Häufigkeiten zu psychischen Syndromen der Frauen.....	35
Tabelle 9: Häufigkeiten zu psychischen Syndromen der Männer.....	36

Abkürzungsverzeichnis

RKI	Robert-Koch-Institut
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
BGM	Bundesministerium für Gesundheit
WHO	World Health Organization (dt.: Weltgesundheitsorganisation)
OWID	Our World in Data
BKK	Betriebskrankenkasse
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

1 Einleitung

In einer Umfrage aus dem Jahre 2018 stellte sich die psychische Gesundheit als drittgrößtes nationales Gesundheitsproblem heraus (Ipsos, 2018, S.27). Wird dieses mit der Situation in Deutschland verglichen, lässt sich ein ähnliches Bild erkennen. Im gleichen Jahr bildeten die psychischen Störungen die dritthäufigste Krankheitsart für Arbeitsunfähigkeit bei beschäftigten BKK-Mitgliedern (BKK Dachverband, 2018). Psychische Gesundheit und die dadurch häufig auftretenden psychischen Störungen stellen somit ein internationales Gesundheitsproblem und eine Public-Health Relevanz dar. Jedoch sind nicht alle Personengruppen auf die gleiche Art und Weise von psychischen Belastungen betroffen. So gibt es je nach Geschlecht und Altersgruppe unterschiedliche Prävalenzen, ebenfalls können diese aber auch beim sozioökonomischen Status der Betroffenen erkannt werden. Diverse Studien ermittelten bereits einen direkten Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit (Lampert & Kroll, 2010, S.1). Um betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu helfen und ihnen eine Teilhabe an der Gesellschaft wieder zu ermöglichen, sind komplexe Versorgungsstrukturen notwendig. Hierzu zählen allgemeinmedizinische Einrichtungen, Sozialarbeiter*innen und vor allem die Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen (DGPPN, 2018, S. 28). Doch nicht jede Personengruppe hat den gleichen Zugang zu diesen Versorgungsstrukturen des Regelsystems. Aufgrund dessen soll in dieser Arbeit Folgendes untersucht werden:

Eine Bedarfsermittlung zu niedrigschwelliger psychotherapeutischer Therapie und Beratung bei Menschen in prekären Lebensverhältnissen.

Bereits existierende Studien untersuchten den Zusammenhang von wohnungslosen Menschen und der psychischen Gesundheit. Die zu untersuchende Zielgruppe in dieser Arbeit bezieht sich jedoch auf jene Personen, welche sich in allgemein prekären Lebenslagen befinden. Eine nähere Erläuterung dieser Personengruppe folgt im Theoretischen-Teil.

Das Ziel dieser Arbeit ist es anhand von Interviews und eines Fragebogens herauszufinden, ob die Befragten unter psychischen Belastungen leiden, welche Erfahrungen diese mit dem deutschen Gesundheitssystem gemacht haben und ob letztlich ein

niedrigschwelliger, d.h. ein möglichst unbürokratischer oder vereinfachter Zugang, zu psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen besteht. Die Erstellung der vorliegenden Arbeit fand im Zusammenhang mit einem Praktikum beim Verein Hilfspunkt statt. Der Hilfspunkt ist ein gemeinnütziger Verein, dessen Ziel es ist, die Armut in Hamburg zu lindern. Der Verein verfügt über viele verschiedene Treffpunkte zur Essensausgabe, welche sich über die Stadt Hamburg verteilen. Es bestand persönliches Interesse der Autorin und der Leitung des Hilfspunkts oben genannte Bedarfsermittlung anhand der Besucher*innen der Essensausgabestellen festzustellen. Es wurde entschieden diese Arbeit anhand einer eigens durchgeführten Studie zu erstellen, um realitätsnahe Eindrücke der Betroffenen zu erlangen. Ermittelte Erkenntnisse sollen mithilfe eines Literaturstudiums und der damit einhergehenden theoretischen Basis verglichen und ergänzt werden.

Die folgende Bachelorarbeit lässt sich grob in einen Theorie- und einen Praxis-Teil aufteilen. Im Theorie-Teil werden im ersten Kapitel zunächst eine Einführung und ein Überblick zum Thema gegeben. Des Weiteren werden zentrale Begriffe und Modelle definiert, welche zum Verständnis dieser Arbeit notwendig sind. Abschließend wird der aktuelle Forschungsstand anhand ausgewählter Studien dargestellt.

Der Praxis-Teil setzt sich aus der Methodik und den Ergebnissen zusammen. Im Methodik-Kapitel wird erläutert, wie die Studie aufgebaut und durchgeführt wurde. Die Ergebnisse der Interviews und der Fragebögen werden im Anschluss dargestellt und interpretiert. Abschließend folgt eine Diskussion der Ergebnisse und ein zusammenfassendes Fazit.

2 Theorie

2.1 Einführung in das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem umfasst eine Vielzahl von Heilberufen, in welchen ca. 28.000 Psychotherapeut*innen tätig sind. Die Krankenversicherung spielt hier eine zentrale Rolle, denn über sie finanziert sich das Versorgungssystem. So ist es seit April 2007 für jede*n Bürger*in verpflichtend, sich über eine private oder gesetzliche Krankenkasse versichern zu lassen. Aufgebaut sind das deutsche Gesundheitssystem und die Krankenkassen auf diversen Prinzipien: die Grundlage bildet das Solidaritätsprinzip, welches besagt, dass die Kosten einzelner Mitglieder von den Beiträgen aller getragen werden. Dies soll gewährleisten, dass jede*r Bürger*in den gleichen

Anspruch auf Leistungen hat, unabhängig davon wie hoch oder niedrig das Einkommen der betroffenen Person ist. Das Bundesgesundheitsministerium beschreibt dieses Prinzip wie folgt: „Gesunde stehen also für Kranke ein, Reiche für Arme und Singles für Familien.“ (BMG, 2020, S. 10). Demnach sollte jede*r deutsche Bürger*in gesundheitliche Versorgung im Falle von Krankheit erhalten, wie ebenfalls folgendes Zitat verdeutlicht: „Schließlich ist es das Ziel, die umfassende Gesundheitsversorgung, die allen Menschen in unserem Land zur Verfügung steht – unabhängig von Wohnort, Kon- tostand, Alter oder Geschlecht (...) zu bewahren und (...) weiter zu verbessern“ (BMG, 2020, S. 44). Das deutsche Gesundheitssystem hat somit auch zum Ziel, sich stetig zu verbessern und eventuelle Hürden und Barrieren aufzuheben, welche im späteren Verlauf näher erläutert werden. Zunächst wird jedoch versucht den Begriff „Gesund- heit“ anhand verschiedener Modelle und Perspektiven zu definieren, um ein genaue- res Verständnis zu schaffen.

2.2 Ein Versuch „Gesundheit“ zu definieren

„Gesundheit“ ist kein klar definierter Begriff, stattdessen gibt es verschiedene Ansätze und Versuche, dieses Konstrukt zu beschreiben. Grund hierfür sind die unterschiedli- chen Auffassungen von Gesundheit, welche sozial bedingt sind und sich dementspre- chend in verschiedenen sozialen Strukturen unterscheiden (Franzkowiak & Hurrel- mann, 2018). Um diesen komplexen Begriff zu definieren, wurden diverse Perspekti- ven und Modelle formuliert, welche ausgewählt im Folgenden dargestellt und erläutert werden.

Die *biomedizinische Perspektive*:

Diese Perspektive geht von der Opposition des Begriffes der Krankheit aus, d.h. sie ist nicht direkt gesundheitsbezogen. Basis dieser Perspektive sind die Biowissenschaf- ten, welche die Grundlage für jegliches medizinisches Handeln bilden. Menschen sind biologische Organismen, welche durch verschiedene Ursachen geschädigt werden können. Dies führt zu Krankheiten und einem erhöhten Risiko für Krankheiten. wodurch die reguläre Organfunktion gestört wird. Grundsätzlich wird aus Sicht dieser Perspektive die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert und beide Zu- stände werden zweiteilig verstanden (Franzkowiak, 2018a).

Die salutogenetische Perspektive:

Hier werden Gesundheit und Krankheit nicht dichotom aufgefasst, sondern als Konstrukte, welche in einer ständigen Wechselbeziehung stehen. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Krankheit gleichzeitig existieren können und diese nicht endgültige Zustände bilden, sondern anteilig auftreten können. Diese Perspektive wird auch das „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ genannt (Franzkowiak, 2018b).

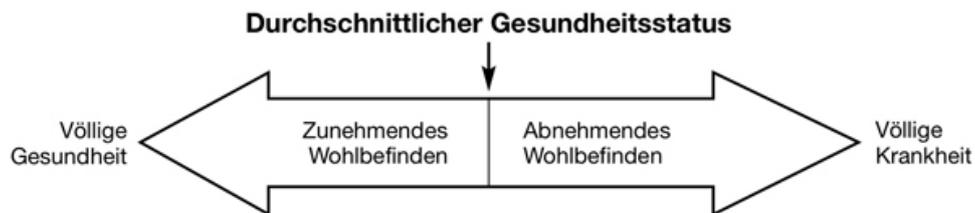


Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (aus: Hurrelmann & Richter 2013, S.125).

Wie in Abb. 1 zu sehen ist, stehen Krankheit und Gesundheit jeweils am anderen Ende eines Kontinuums. Dazwischen befinden sich viele verschiedene Zustände des Wohlbefindens.

Zentrale Begriffe dieser Perspektive sind die Determinanten von Gesundheit und die sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren. Diese Perspektive versucht Gesundheit durch die „(...) Erhaltung einer positiven Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren (...)“ zu definieren (Franzkowiak, 2018 c). Unter Risikofaktor wird in den Gesundheitswissenschaften ein Faktor verstanden, welcher sich gefährdend auf die Gesundheit eines Menschen auswirkt. Dieser kann sowohl indirekt als auch direkt, aber auch zeitlich verzögert wirken. Durch eintretende Risikofaktoren erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheit eines Individuums geschadet wird. Dies kann das Erleiden einer Krankheit aber auch das vorzeitige Sterben bedeuten. Zu den Risikofaktoren zählen u.a. Tabakkonsum, Fehlernährung, schädlicher Alkoholkonsum sowie Adipositas. Die Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist somit u.a. davon abhängig, welchen Risiko- und Protektivfaktoren dieser ausgesetzt ist (ebd., 2018 c). Grundsätzlich kann auf den Zustand der eigenen Gesundheit Einfluss genommen werden, indem die Determinanten von Gesundheit miteinbezogen werden. Diese beschreiben, wie durch ihre Beeinflussung Gesundheitspotenziale für die Gesamtheit verbessert werden können, sodass Krankheitsrisiken vermindert werden. Die

Determinanten stehen gegenseitig in einer Wechselbeziehung und haben direkte und indirekte Einflüsse aufeinander.

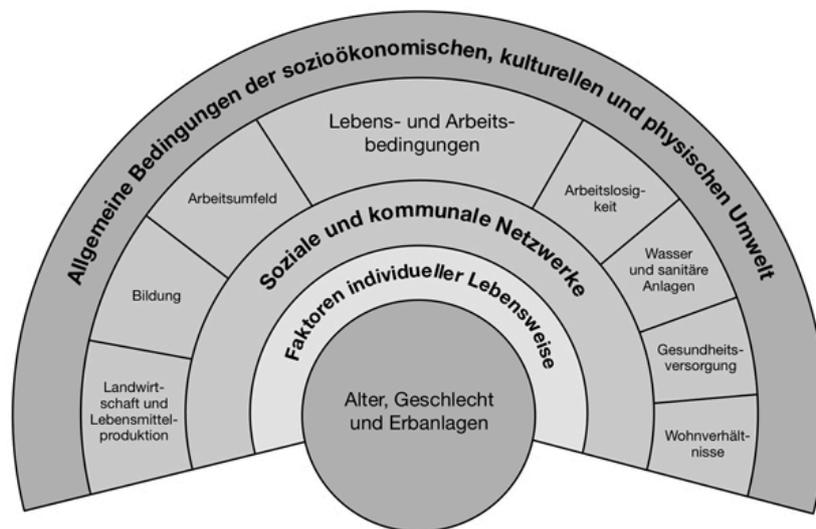


Abbildung 2: Determinanten von Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Wie sich aus der Abb. 2 schließen lässt, sind die Determinanten in verschiedene, übereinander liegende Bereiche geordnet. Die jeweils übergeordnete Schicht hat einen Einfluss auf die darunter liegende. Den Ausgangspunkt bilden die genetischen Dispositionen, welche nicht beeinflusst werden können, wie z.B. Erbanlagen. Je weiter die Determinanten vom Kern entfernt sind, desto eher können sie durch verschiedene Strategien, die das Ziel einer verbesserten Gesundheit verfolgen, verändert werden (Hurrelmann & Richter, 2018).

Salutogenese und die gegenüberstehende Pathogenese:

Das Modell der Salutogenese stammt vom amerikanisch-israelischen Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky aus den 1970er Jahren und erklärt die Entstehung von Gesundheit, wohingegen die Pathogenese die Entstehung von Krankheit erklärt. Das Modell geht davon aus, dass verschiedene Faktoren, die sogenannten Stressoren, sich auf die Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auswirken. Diese Auswirkung kann sowohl positiv, negativ als auch neutral sein. Dies ist davon abhängig, wie mit Stressoren umgegangen wird bzw. wie diese bewältigt werden; in diesem Fall wird vom „Coping“ gesprochen. Damit ein Individuum Stressoren bewältigen kann, sind Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl notwendig.

Unter Kohärenz wird eine Grundüberzeugung verstanden, welche sich aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit. Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl, haben das Gefühl ihr Leben trotz eventuell auftretender Schwierigkeiten, meistern zu können. So sind Menschen mit einer starken Kohärenz eher in der Lage, Stressoren besser zu bewältigen als Menschen mit einem schwächer ausgeprägten Kohärenzgefühl (Blättner, 2007). Ein für „Widerstandsressourcen“ häufig genutztes Synonym ist die „Resilienz“, welche „(...) die psychische Widerstandsfähigkeit“ beschreibt (Bengel & Lyssenko, 2016). Die zentrale Frage in der Resilienz-Forschung ist die gleiche wie die der Salutogenese-Forschung: „Was erhält Menschen gesund?“ (ebd., 2016).

Zusammenfassend gesagt, ist das Verständnis von „Gesundheit“ breit gefächert und kann unter vielen verschiedenen Gesichtspunkten aufgefasst werden. Im Verlauf dieser Arbeit wird sich auf in diesem Kapitel auftretende Begrifflichkeiten oder Modelle bezogen.

Während die vorherigen Gesundheitsmodelle und Gesundheitsperspektiven die allgemeine Gesundheit versuchen zu definieren, ist in dieser Arbeit der Fokus zusätzlich auf das psychische Wohlbefinden zu richten.

2.3 Psychische Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die psychische Gesundheit wie folgt: „Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“ (WHO, 2019, S.1).

Die WHO ordnet der psychischen Gesundheit einen so hohen Stellenwert zu, dass sie der Meinung ist, dass diese als eine „(...) wertvolle Quelle von Humankapital oder Wohlbefinden in der Gesellschaft (...)“ gesehen werden sollte (ebd., 2019, S.1). Die psychische Gesundheit wird somit als Basis und zentraler Faktor für z.B. die allgemeine Lebensqualität gesehen.

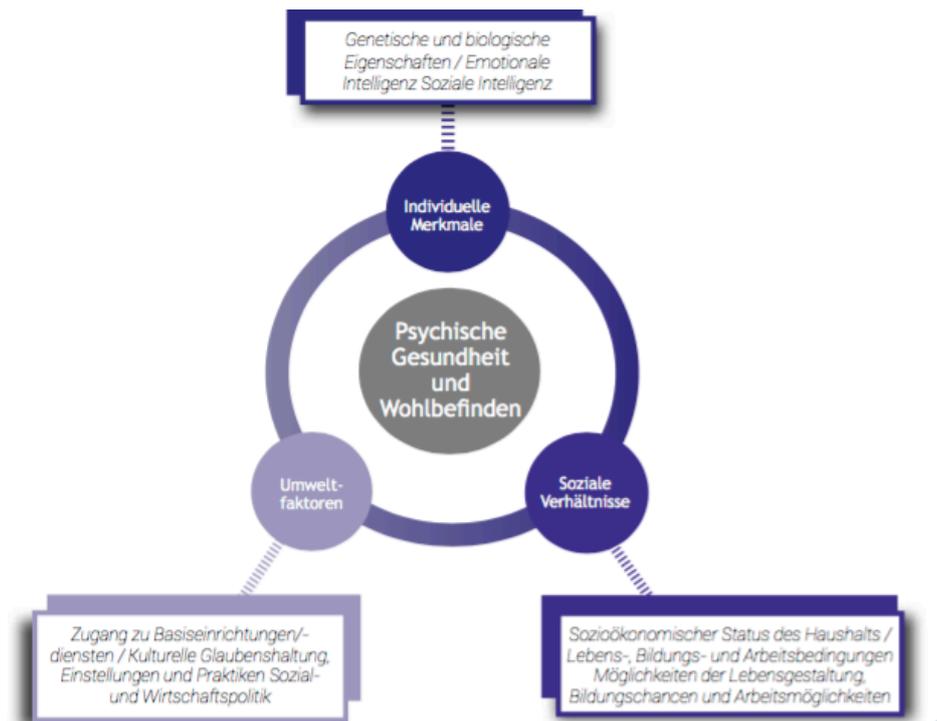


Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit (WHO, 2019).

Anhand der Abb. 3 wird nochmals verdeutlicht, inwieweit die bereits erwähnten Determinanten von Gesundheit auch einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben können. Zu diesen zählen die genetische Disposition, der Zugang zu Basiseinrichtungen sowie der sozioökonomische Status und jegliche damit einhergehende Faktoren. Das psychische Wohlbefinden wird somit anhand diverser Faktoren bestimmt und beeinflusst. Wird das psychische Wohlbefinden negativ beeinflusst, kann dies zu psychischen Störungen führen (ebd., 2019).

Seelische Erkrankungen werden nach dem *International Statistical Classification of Diseases*, abgekürzt ICD-10, diagnostiziert. Im psychischen Bereich gibt es folgende Hauptgruppenklassifikationen:

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Abbildung 4: ICD10-Codes für psychische Störungen (WHO, DIMDI, 2017).

Psychische Störungen:

Im Gegensatz zur psychischen Gesundheit stehen die psychischen Störungen oder auch die psychischen Beeinträchtigungen. Im Jahre 2017 wurde ermittelt, dass weltweit ca. 970 Millionen Personen an einer psychischen Störung erkrankt waren (OWID, 2019). Unter einer psychischen Störung wird eine Kombination verschiedener Determinanten verstanden. Zu diesen zählen „(...) belastende Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen (...)“ (WHO, 2019, S.1). Psychische Störungen können in unterschiedlicher Schwere auftreten, diese Schwere kann von seelischem Unwohlsein bis hin zur Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit reichen (RKI, 2020).

Allgemein führen seelische Erkrankungen sehr häufig zu chronifizierten negativen Befinden und verursachen erhebliche Kosten (Lieb et al., 2012, S.1). Diese beliefen sich im Jahre 2018 in Deutschland auf 44,4 Milliarden € (Statistisches Bundesamt, 2018).

Wird die Situation in Deutschland betrachtet, ergeben sich folgende Basisdaten für psychische Erkrankungen:

- Jedes Jahr erkranken ca. 27,8 Prozent der erwachsenen Personen in Deutschland an einer psychischen Störung
- Die häufigsten Störungen bilden die Angststörungen, die substanzinduzierten Störungen sowie die affektiven Störungen, worunter auch Depressionen fallen.
- Frauen erkranken häufiger als Männer (Jacobi et al., 2014, S. 79ff; Jacobi et al., 2016, S. 88ff.).

Einen großen Einfluss auf den Zustand der psychischen Gesundheit haben die bereits erwähnten Risiko- und Schutzfaktoren. Diese sind ein niedrigerer sozioökonomischer Status, problematische Beschäftigungsverhältnisse z.B. in Form von Arbeitslosigkeit oder die Belastung durch den Beruf und diverse weitere Determinanten, welche die Lebensqualität negativ beeinflussen können.

Zu den Schutzfaktoren zählen ein unterstützendes soziales Umfeld und eine ausgeprägte Resilienz (RKI, n.d.).

Die Folgen psychischer Störungen sind jedoch nicht nur psychisch und physisch, sondern auch gesellschaftlich. Durch die eingeschränkte Teilnahme am sozialen Leben,

bspw. durch seelisches und körperliches Unwohlsein, werden weitere Lebensbereiche der Betroffenen negativ beeinflusst (ebd., n.d. b).

Psychotherapie

„Das Fach (...) Psychotherapie umfasst die Diagnostik, Therapie und Prävention psychischer Erkrankungen sowie deren Erforschung und Lehre“ (Lieb, Frauenknecht & Brunnhuber, 2012, S.1).

Um psychische Erkrankungen zu behandeln, gibt es diverse Ansätze. Die klassische Behandlungsmethode ist die Psychotherapie, welche psychische Störungen des Menschen behandeln soll. Die Psychotherapie ist ein Teilgebiet der klinischen Psychologie. Die klinische Psychologie umfasst die Gesamtheit aller psychischen Störungen und ihre Therapie und Erforschung und ist eine Teildisziplin der Allgemeinen Psychologie (Wittchen & Hoyer, 2011, S.4). Unter Psychotherapie wird „(...) die Behandlung einer Erkrankung mit psychologischen Mitteln, die auf der Basis einer Theorie normalen und pathologischen Verhaltens erfolgt [verstanden]“ (Berger & Rintelen, 2019, S. 105). Sigmund Freud beschrieb als Erster die systematisierte Psychotherapie, woraufhin sich eine Vielzahl an verschiedenen psychotherapeutischen Techniken entwickelte. Ein zentrales Element hierbei ist der Konsens zwischen den Therapeuten*innen und den Patienten*innen darüber, welche Störungen behandelt werden sollen und welches Ziel diese Behandlung anstrebt. Mögliche Ziele können die Änderung des Verhaltens sein oder die Reduzierung der mit der Störung einhergehenden Symptome. Darüber hinaus ist eine emotionale Bindung zwischen beiden Parteien von Vorteil. Strotzka hat bereits im Jahre 1969 die Psychotherapie wie folgt beschrieben: „(...) ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen (...)“ (Strotzka, 1969, S. 32). Die Möglichkeiten dieser Prozesse sind vielfältig und können sowohl verbal als auch a verbal durchgeführt werden (ebd. 1969).

Behandlungen werden sowohl durch niedergelassene Fachärzt*innen, psychologische Psychotherapeuten*innen sowie entsprechende Fachberatungsstellen durchgeführt. Im Mittelpunkt stehen therapeutische Gespräche, die je nach Ausbildung der Behandler*innen geführt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt überwiegend verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie (Techniker Krankenkasse, n.d.). Für die Behandlung sind in den meisten

Fällen Leitlinien vorhanden, jedoch erhalten nur 26 Prozent der Patienten*innen, welche an einer schweren Depression erkrankt sind, eine entsprechende Behandlung (Melchior, Schulz & Härter, 2014, S. 13). Insgesamt wurden im Jahr 2018 2,5 Millionen gesetzlich krankenversicherte Personen in einer ambulanten Praxis betreut, wobei die Patienten*innen durchschnittlich 19,9 Wochen auf den Beginn der Therapie warten mussten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Ein deutlicher Anteil der Menschen, welche einen Bedarf an Psychotherapie haben, befinden sich in einer prekären Lebenssituation, welches im Nachfolgenden erläutert wird. In diesem Zusammenhang wird anhand eines Literaturstudiums der Zugang dieser Personengruppe zum Gesundheitssystem dargelegt und der bereits bestehende Forschungsstand zu diesem Thema ausgeführt.

2.4 Definition - Prekäre Lebensverhältnisse

Diese Arbeit orientiert sich an Menschen in prekären Lebensverhältnissen. Die im späteren Verlauf beschriebene Studie, wurde mit Menschen durchgeführt, welche einen Treffpunkt zur Essensausgabe aufsuchen. Obwohl dieser Treffpunkt zu großen Teilen von wohnungslosen Menschen aufgesucht wird, wurde sich bewusst gegen diesen Begriff entschieden, da dies nicht auf alle Besucher*innen zutrifft. Diese Besucher*innen wurden für diese Arbeit unter dem Begriff „Menschen in prekären Lebensverhältnissen“ zusammengefasst. Jedoch muss festgehalten werden, dass ein Großteil der Befragten, laut Definition der BAG, sogenannte „Wohnungsnotfälle“ oder „Wohnungslose“ sind, weshalb auch diese Begrifflichkeiten definiert werden. Des Weiteren beziehen sich aufgrund dieser Tatsache ein Großteil der Studien, welche zum Überblick des aktuellen Forschungsstands dienen, auf wohnungslose Menschen oder „Obdachlose“. Zunächst soll jedoch definiert werden, was unter „prekären Lebensverhältnissen“ in dieser Ausarbeitung verstanden wird. Unterschieden wird zwischen dem Adjektiv „prekär“ und dem Substantiv „Prekariat“ bzw. „Prekarität“. Zum Verständnis werden sich ähnelnde Begriffe definiert.

Das Adjektiv „prekär“ beschreibt Situationen oder Lagen, welche „(...) schwierig, heikel [oder] misslich“ sind (Duden, n.d.a). Ein Individuum, das sich in einer prekären Situation befindet, kann nicht erkennen, wie sich eine bestimmte Situation aufgrund der unsicheren Verhältnisse entwickeln wird (Duden, n.d. a). Der Begriff „prekär“ leitet sich

von dem lateinischen Wort „precarius“ ab und hat die Bedeutung „wider Willen“. Ein „Prekarium“ im römischen Recht, konnte ein Grundbesitzer einem Bauern überlassen, jedoch unter der Voraussetzung, dass dieser dieses Stück Land, das Prekarium, zurückfordern konnte. Das Zurückfordern konnte unabhängig davon, ob der Bauer bereits Ressourcen in dieses Land investiert hatte, zu einem willkürlichen Zeitpunkt geschehen. Das Grundverständnis einer prekären Lage ist heute immer noch das Gleiche: „(...) unfreiwillig einer Situation ausgesetzt zu sein, die mit Planungsunsicherheit und einem niedrigen (...) Status verbunden ist.“ (Vogel & Beck, 2015, S. 6).

Unter „Prekariat“ wird ein unsicheres Verhältnis verstanden, welches auf verschiedene Bereiche anwendbar ist, z.B. unsichere Beschäftigungs- oder Arbeitsverhältnisse (Dörre, 2017, S.258). Der Begriff setzt sich aus den Wörtern „Proletariat“ sowie „Prekarität“ zusammen und bildet einen Neologismus (Wollrad, 2008, S.36). Das Proletariat beschreibt die Klasse in einer Gesellschaft, welche von ihrer Beschäftigung abhängig ist. Ein häufig genutztes Synonym für das Proletariat, ist die „Arbeiterklasse“ (Duden, n.d.). Die „Prekarität“ beschreibt die „Gesamtheit der Arbeitsverhältnisse ohne soziale Absicherung“ (Duden, n.d.b).

Wird von dem Anstieg von prekären also nicht existenzsichernden Arbeitsverhältnissen gesprochen, wird häufig der Begriff der „Prekarisierung“ genutzt. Grund für die Prekarisierung in der heutigen Gesellschaft, sind u.a. die verschiedenen Formen der Beschäftigungsverhältnisse, welche zu prekären Lebenslagen führen können. Hierzu zählen die Leiharbeit, befristete Beschäftigungen, Teilzeitarbeit usw. Damit können physische und vor allem psychische Erkrankungen einhergehen. Da sich prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Lebenssituationen gezwungenermaßen bedingen, können diese sich gegenseitig negativ beeinflussen (Vogel & Beck, 2015, S.6).

Wird ein gewisser Standard, welcher sich aus der entsprechenden Gesellschaft definiert, nicht erfüllt, wird ein Verhältnis als prekär definiert, d.h. es ist einem Individuum nicht möglich, mithilfe seiner oder ihrer Beschäftigung, die eigene Existenz zu sichern. Die Folgen von prekären Arbeitsverhältnissen sind jedoch nicht nur finanzielle, sondern auch gesellschaftliche. Mögliche Folgen sind Diskriminierung, fehlende Anerkennungs- und Partizipationschancen, sowie eine erschwerte Lebensplanung (Castel & Dörre, 2009, S.17). Da diese Bedarfsermittlung jedoch nicht ausschließlich auf

Individuen, welche dem Prekariat angehören, beruht, wird umfassender von „prekären Lebensverhältnissen“ gesprochen.

Die Untersuchungsgruppe wird anhand ausgewählter Eigenschaften, ähnlich wie von Klenner et al., in der Mitteilung *Prekarisierung im Lebenszusammenhang – Bewegung in den Geschlechterarrangements?*, definiert. Klenner et al. schlagen vor, dass Prekarität nicht ausschließlich ein unsicheres Beschäftigungsverhältnis erklären soll, sondern weitere entscheidende Charakteristika umfassen sollte. Die Prekarität solle im Zusammenhang mit dem Leben des Individuums betrachtet werden. Entscheidende Charakteristika sind u.a.:

- die Unsicherheit bezüglich der Planung des eigenen Lebens,
- fehlende Handlungsalternativen und Diskriminierung,
- sowie das Leben unter dem gesellschaftlichen Standard bezogen auf Finanzen, Unterkunft, und Beschäftigung (Klenner et al., 2011, S. 418).

Wie bereits erwähnt, ist ein Großteil der befragten Personen wohnungslos oder ein sogenannter Wohnungsnotfall. Die Bundesarbeitsgemeinschaft *Wohnungslosenhilfe e.V.* definiert eine Person als einen Wohnungsnotfall, wenn diese „wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht ist oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebt“ (BAG Wohnungslosenhilfe e.V., 2011, S.1). Wohnungslos sind Personen ohne gültigen Mietvertrag und Personen, welche in Notunterkünften oder ähnlichen Einrichtungen sowie bei Verwandten oder Freunden vorübergehend untergebracht sind. Von Wohnungslosigkeit bedroht sind jene, welche vor dem unmittelbaren Verlust der eigenen Wohnräume stehen (ebd., 2011, S. 1f.). Auch diese Personengruppe gehören laut der aufgezählten Charakteristika, zu „Menschen in prekären Lebensverhältnissen“. Aus dem vorher Gesagten ergibt sich, dass diese Personengruppe vulnerabel für psychische Belastungen ist.

2.5 Gesundheitsversorgung von Menschen in prekären Lebensverhältnissen

Die Gesundheit ist ein allgemein hoch angesehenes Gut der Menschheit. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem dieses Gut zu erhalten, woraus eine „(...) Fürsorgepflicht des Staates, (...) geeignete

Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung und die damit verbundenen Fragen der Chancengleichheit zu schaffen“, entsteht (Wipperman et al, 2011, S.11). Dass dies nicht in Perfektion umgesetzt werden kann, lässt sich an folgenden Punkten sehen:

Ein grundlegendes Problem ist das Verständnis von Gesundheit und wie dieses umgesetzt wird. Es ist zu beobachten, dass verschiedene Lebensstile und Lebenswelten sowie auch der sozioökonomische Status einen Einfluss auf die individuelle Gesundheit haben. Vor allem der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand führt letztlich zu hoher sozialer Ungleichheit, welche sich durch derzeitige gesundheitliche Maßnahmen nicht zu lösen scheint. Des Weiteren lässt sich feststellen, dass besagte Maßnahmen, wie z.B. gesundheitliche Präventions- und Aufklärungsarbeit, nicht jene Zielgruppen erreicht, welche unter einem schlechteren Gesundheitszustand leiden (ebd., 2011, S.12).

Um einen Einstieg in diesen Themenbereich zu erlangen, werden zunächst die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahre 2009 dargestellt. Diese hat die Wahrnehmungen und Erwartungen der Befragten zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems und der damit einhergehenden Versorgung und Inanspruchnahme untersucht. Diese Studie wurde anhand der Methode der Triangulation durchgeführt und es wurden 120 Einzelinterviews mit Personen über 18 Jahren, welche aus verschiedenen sozialen Schichten bzw. Milieus kommen, geführt. Für diese Arbeit sind vor allem die Ergebnisse der Unter- und Mittelschicht von Bedeutung, zu welchen Menschen in prekären Lebensverhältnissen laut der bereits in Kap. 2.4 aufgezählten Charakteristika, zählen. Laut dieser Studie wird dieses Milieu nicht ausreichend von Gesundheitsinformationen erreicht bzw. mit solchen versorgt. Weitere Problemstellen sind das fehlende Verständnis der Ärzt*innen für die Lebenswelten der Menschen aus diesen Milieus, als auch das fehlende Verständnis für Gesundheit und Krankheit der betroffenen Personen. Diese Situation wird durch das soziale Umfeld, fehlendes Interesse oder Verständnis und finanzielle Schwierigkeiten begünstigt (ebd., 2011, S. 20ff.).

Huster und Schütte haben in ihrem Werk *Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit* eine Vielzahl an Studien dargelegt, welche einen Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheitsrisiken aufzeigen. So konnte eine bereits vergangene *PISA-* und *IGLU-Studie* feststellen, dass allgemein schlechtere Bildungschancen für Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten bestehen. Das RKI hat im Jahre 2008 die Benachteiligung von Kindern aus besagten Schichten untersucht, mit dem Ergebnis,

dass deren Mütter dazu neigen, einen ungesünderen Lebensstil zu führen als Mütter aus höheren Schichten. Huster und Schütte fassen zusammen, dass Kinder unterer Sozialschichten, aufgrund diverser Voraussetzungen, grundsätzlich verminderte Chancen auf einen gesunden Lebensstil haben (Huster & Schütte, 2015, S.36f.). Zahlreiche Studien, welche ähnliche Zusammenhänge untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass es einen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit gibt. Darüber hinaus leidet diese Personengruppe unter vorzeitiger Sterblichkeit und einem schlechteren Gesundheitszustand sowie einer allgemein schlechteren Lebensqualität (Lampert & Troll, 2010, S.1).

Dieser Gesundheitszustand, welcher ebenfalls durch psychische Erkrankungen ebenfalls negativ beeinflusst werden kann, hat für diese Personengruppe zahlreiche Folgen. Einschränkungen der psychischen Gesundheit können zu Arbeitsunfähigkeit und damit einhergehender Arbeitslosigkeit sowie zu Frühberentungen führen. Treten psychische Störungen bereits früh auf kann dies fehlende Schul- und Berufsbildung zufolge haben, welche ebenfalls zu oben aufgezählten Problemen führen kann. Die DGPPN fasst in ihrem Dossier zu psychischen Erkrankungen in Deutschland zusammen: „Daraus resultiert ein Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und der psychischen Gesundheit der Bevölkerung“ (DGPPN, 2018, S.20).

2.6 Aktueller Forschungsstand

Eine Vielzahl an Studien existiert, welche u.a. die Bereiche Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen sowie auch die Zusammenhänge zwischen sozialen Schichten und psychischen Erkrankungen erforscht haben. Aufgrund dessen wurde entschieden, eine Auswahl an Studien vorzustellen, welche aus der Sicht der Autorin, eine entsprechende theoretische Basis für das Forschungsdesign schaffen. Wie bereits erwähnt, zählen zur Zielgruppe auch die Wohnungslosen und die von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen, weshalb auch die *SEEWOLF-Studie* zu den hier aufgeführten Studien zählen wird.

Überblick - Forschungsstand

Der Zusammenhang psychischer Erkrankungen und der Wohnungslosigkeit wird bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts erforscht. Schreiter et al. haben in ihrer Arbeit *Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland* die Ergebnisse zahlreicher Forschungen der vergangenen Jahre anhand einer

systematischen Literaturrecherche und einer Metaanalyse zusammengefasst. Im Folgenden werden einige dieser Ergebnisse zum Überblick dargestellt. Ihre Recherche ergab, dass Wohnungslose im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, häufiger an psychischen Erkrankungen leiden. Am häufigsten leidet die betroffene Gruppe unter Suchterkrankungen bzw. den substanzbezogenen Störungen. Dies konnte anhand von elf untersuchten Studien festgestellt werden, welche zwischen 1955 und 2013 durchgeführt und veröffentlicht wurden (Schreiter et al., 2017, S.43ff.). Insgesamt wurden in diesen Studien 1220 Wohnungslose untersucht und es wurde Folgendes festgestellt:

- Für Störungen, welche das Leben einer Person massiv beeinflussen, sogenannte Achse-I-Störungen, konnte eine Prävalenz von 77,4 Prozent ermittelt werden
- Die häufigste Sucht-Erkrankung ist die Alkoholabhängigkeit. Hier hat sich eine Prävalenz von 55,4 Prozent ergeben (ebd., 2017, S. 543ff.).

Schreiter et al. schlussfolgern, dass Wohnungslosigkeit ein aktuelles Problem darstellt, welches dringender Handlung bedarf: „Versorgungsmodelle für diese gefährdete Randgruppe zu entwickeln stellt eine dringende Aufgabe (...) dar“ (ebd., 2017, S. 550). Sie betonen die Wichtigkeit niedrigschwelliger Angebote, wie z.B. das Mainzer-Modell (s. Kap. 2.8).

Kaduszkiewicz et al. haben in einer weiteren Übersichtsarbeit den gesundheitlichen Zustand von Wohnungslosen und die medizinische Versorgung dieser untersucht. Anhand diverser Publikationen kamen sie zu dem Ergebnis, dass 75 Prozent der wohnungslosen Personen an behandlungsdürftigen psychiatrischen Störungen erkrankt sind. Der Grund hierfür scheint u.a. der erschwerte Zugang zur Regelversorgung in Form von Hürden, wie z.B. der fehlenden Krankenversicherung zu sein. Aufgrund dessen entstanden medizinische Hilfsangebote außerhalb des deutschen Regelversorgungssystems speziell für diese Zielgruppe (Kaduszkiewicz et al, 2017, S. 673). Auf entsprechende Hilfsangebote wird in Kap. 2.9 eingegangen.

2.7 SEEWOLF-Studie

Die *SEEWOLF-Studie* (Abkürzung für: **S**eelische **E**rkrankungsrate in den **E**inrichtungen der **W**ohnungslosen-**H**ilfe im Großraum München) untersuchte den Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen im Großraum München. Sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit der Zielgruppe wurden untersucht. Vorgänger dieser Studie war die Arbeit von Fichter und Mitarbeiter*innen aus dem Jahre 1966. Die *Fichter-Studien* untersuchten die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei obdachlosen Menschen ebenfalls in München. Auf Basis dieser Forschungsgrundlage wurde die *SEEWOLF-Studie* durchgeführt. Ziel dieser Studie war es, Ergebnisse, zu den folgenden Themenbereichen zu erhalten:

1. Lebenszeit-Prävalenz von seelischen Erkrankungen der Befragten
2. Kognitive Leistungsfähigkeit der Untersuchungsgruppe
3. Körperlicher Gesundheitszustand der Untersuchungsgruppe
4. Vergleich zur Fichter-Studie bezüglich der wichtigsten Veränderungen (z.B. soziale und allgemein-medizinische Veränderungen)
5. Merkmale von wohnungslosen Menschen
6. Häufigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsangebote
7. Zufriedenheit der Bewohner der Wohnungslosenhilfe (Bäumel et al., 2017, S. 49)

Die Studie wurde in den Wohnungslosenhilfen München und Oberbayern im Großraum München mit ca. 25 Prozent der Grundgesamtheit der Bewohner*innen durchgeführt. Insgesamt nahmen letztendlich 233 Proband*innen an der Studie teil. Die Studie erfolgte anhand einer Querschnittsuntersuchung, welche detaillierter in Abbildung 5 dargestellt ist (ebd., 2017, S. 50ff.)

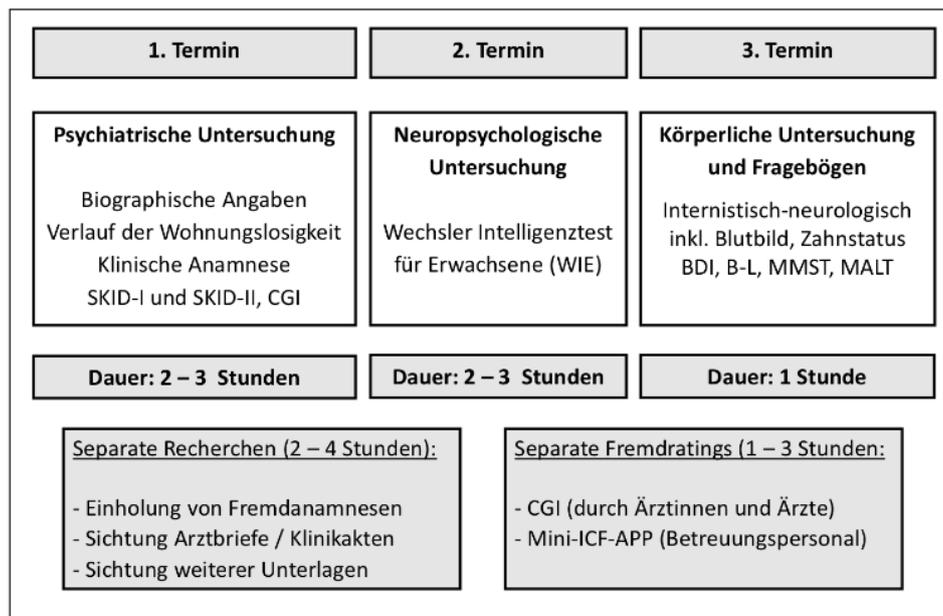


Abbildung 5: Querschnittsuntersuchung SEEWOLF-Studie (Bäuml et al, 2017, S. 53).

Die Studie ergab u.a., dass die Probanden eine Lebenszeitprävalenz von 93,3 Prozent haben, eine psychiatrische Diagnose attestiert zu bekommen. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass 38,6 Prozent unter drei oder mehr psychiatrischen Diagnosen leiden. Die substanzinduzierten sowie die affektiven Störungen, wiesen die höchste Lebenszeit-Prävalenzen auf.

Bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit der Untersuchten konnte ermittelt werden, dass ca. zwei Drittel einen unterdurchschnittlichen IQ-Wert aufweisen. Dem zu Folge sind die kognitiven Fähigkeiten der Untersuchungsgruppe beeinträchtigt.

Der körperliche Gesundheitszustand der Untersuchten wies in 66,9 Prozent der Fälle Behandlungsbedarf auf, d.h. ca. zwei Drittel äußerten körperliche Beschwerden. Die Studie ergab außerdem, dass bei 85 Prozent der Untersuchten, welche bereits stationär-psychiatrisch behandelt wurden, eine psychische Erkrankung bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eintritt der Wohnungslosigkeit, festgestellt werden konnte, d.h., dass keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden kann, ob die Wohnungslosigkeit zur Entwicklung von psychischen Erkrankungen führt. Jedoch äußern Bäuml et al., es „(...) kann mit großer Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die psychischen und kognitiven Auffälligkeiten eine wesentliche (...) Rolle für den Eintritt der Wohnungslosigkeit gespielt haben“ (ebd., 2017, S. 231).

Etwa ein Drittel der Untersuchten, bei denen über die Krankheitseinsicht geurteilt werden konnte (n = 139), befand sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung. Dieses Ergebnis wurde von den Forscher*innen als „(...) zufriedenstellende[...] bis

ausreichende[...] Inanspruchnahme medizinischer Hilfen (...)“ aufgefasst (ebd., 2017, S. 231). Jedoch haben nur 19,9 Prozent psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen. Ein weiteres Ergebnis, welches u.a. für die Erstellung des Interview-Leitfadens von Bedeutung war, ist der schulische Bildungsweg. So ergab die Studie, dass unter den befragten Personen 11,4 Prozent keinen Schulabschluss und 54,5 Prozent lediglich einen Hauptschulabschluss haben.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Fichter-Studien wurde „(...) die Verbesserung der gesundheitsbezogenen, niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen (...)“ gefordert (ebd., 2017, S. 241).

2.8 Das Mainzer Modell

Ein bereits praktizierter Ansatz zur verbesserten medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen, stammt von Gerhard Trabert aus dem Jahre 1994. Das „Mainzer Modell“ ist ein Modell, das aus fünf Versorgungsbausteinen besteht, welche zum Ziel haben, die Versorgungslücke von Wohnungslosen zu schließen. Die zentrale Aussage dieses Modells ist „Kommt der Patient (arme Patient) nicht zum Arzt, muß der Arzt zum Patienten gehen“ (Trabert, 2006). Das Modell setzt sich wie folgt zusammen:

1. Ambulante Sprechstunden in den Wohnheimen
2. Ambulante Sprechstunden in Beratungsstellen
3. Mobile Versorgungseinrichtungen
4. Versorgung Pflegebedürftiger
5. Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen

Praktisch wird dieses Modell vor allem durch den Einsatz der mobilen Versorgungseinrichtungen umgesetzt, auch bekannt unter dem „Arztmobil“. Diese mobile Sanitätsstation soll Wohnungslosen vor Ort helfen. Nach eigenen Aussagen, haben Trabert und Mitarbeiter*innen positive Erfahrungen mit diesem Modell machen können: „Die ersten längeren Erfahrungen (...) sind positiv (...) Eine Reintegration in das bestehende Gesundheitssystem ist über solche niedrigschwellige Versorgungsangebote erleichtert (...)“ (ebd., 2006).

2.9 Versorgungssysteme in Hamburg

Die Anregungen durch das Mainzer-Modell sind in Hamburg durch die Etablierung von mobilen Hilfen umgesetzt worden. Es gibt folgende drei mobile medizinische Versorgungseinrichtungen:

- Das Arztmobil Hamburg (allgemeinmedizinische Versorgung)
- Das Krankenmobil (medizinische und pflegerische Versorgung)
- Das Zahnmobil (zahnmedizinische Versorgung)

Neben den mobilen Angeboten gibt es eine Vielzahl von stationären niedrigschwelligen Gesundheitshilfen für Menschen in prekären Lebenssituationen, wie z.B. die Tagesaufenthaltsstätte Bundesstraße, Krankenstube für obdachlose Menschen, Park-In Treffpunkt in Billstedt und das Café mit Herz. In diesen Einrichtungen finden ärztliche Sprechstunden für Menschen mit und ohne Krankenversicherung statt (Stadt Hamburg, n.d.).

Die oben erwähnte Versorgung bezieht sich jedoch überwiegend auf die somatische Versorgung. Für die psychisch Erkrankten gibt es lediglich zwei Angebote:

- Die Schwerpunktpraxis der Caritas Hamburg bietet eine psychiatrische Sprechstunde einmal wöchentlich an (Caritas Hamburg, n.d.).
- Im Pik As Hamburg wird ebenfalls einmal wöchentlich eine Beratung zur seelischen Gesundheit angeboten (Fördern und Wohnungen, n.d.).

2.10 Definition der Forschungslücke

Mit der vorliegenden Studie soll abgeprüft werden, inwieweit Menschen in prekären Lebensverhältnissen einen Bedarf an seelischer Betreuung haben. Die *SEEWOLF-Studie* hat den Bedarf an psychischer Behandlung für wohnungslose Menschen in München ermittelt. Ziel dieser Arbeit ist es, zu ermitteln, ob ein Interesse an niedrigschwelliger psychischer Beratung und Psychotherapie in Hamburg besteht. Während die vorliegenden Studien sich überwiegend auf ausschließlich wohnungslose Menschen konzentrierten, soll diese Arbeit einen erweiterten Personenkreis, Menschen in prekären Lebensverhältnissen, untersuchen mit dem Fokus der Niedrigschwelligkeit.

3 Methodik

3.1 Forschungsdesign

Bei der Auswahl des Forschungsdesigns fiel die Wahl auf einen Mixed-Method-Ansatz. Diese Methode wurde gewählt, um den Forschungsgegenstand aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und zu analysieren. Die Datensammlung erfolgte durch eine gründliche Literaturrecherche und eigens durchgeführte Interviews sowie einem Fragebogen zur Ermittlung der psychischen Gesundheit. Um festzustellen, ob ein Bedarf an niedrigschwelliger psychotherapeutischer Beratung und Therapie besteht, wurden die Ergebnisse der Interviews ausgewertet, miteinander verglichen und letztendlich interpretiert, um die Forschungsfrage zu beantworten bzw. um einen möglichen Bedarf festzustellen. Es wurde die Methode des teilstandardisierten bzw. halbstrukturierten Interviews gewählt. Diese Form des Interviews orientiert sich an einem vorher festgelegten Interview-Leitfaden, welcher jedoch durch spontan auftretende Fragen während des Gesprächs ergänzt werden kann. Diese Methode eignet sich durch die vorgegebene Struktur zum Vergleich mehrerer Interview-Aussagen sowie zur Auswertung dieser (Renner & Jacob, 2020, S. 16).

Die Interviews wurden sowohl quantitativ mit *IBM SPSS Statistics* und qualitativ mit *MAXQDA* in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Der Fragebogen zur psychischen Gesundheit, die *VDS90-Symptomliste*, wurde extern ausgewertet.

Um die konkrete Planung der Interviews zu ermöglichen, wurde sich bereits im Vorfeld über den Untersuchungsgegenstand sowohl durch ein Literaturstudium als auch durch Erfahrungsberichte der Leitung des Hilfspunktes, informiert. Die studierte Literatur beinhaltete verschiedene Theorien, Fakten und Zahlen sowie bereits vorangegangene Studien zu diesem Themenbereich.

3.2 Projektbeschreibung

Das Projekt bestand darin, einen Interview-Leitfaden zu entwickeln, welcher ermitteln soll, ob der vermutete Bedarf besteht. Darüber hinaus erfragte der Leitfaden die Beweggründe für das Aufsuchen eines Treffpunktes zur Essensausgabe sowie bereits bestehende Erfahrungen mit Psychotherapien und die erlebten Hürden des deutschen Gesundheitssystems. Des Weiteren beinhaltete das Projekt die Durchführung der *VDS90-Symptomliste*. In dem Fragebogen wird ermittelt, ob die befragte Person an

einer oder mehreren psychischen Störungen leidet. Jenes sollte lediglich zur Überprüfung, ob die Aussagen der Befragten hinsichtlich ihrer psychischen Probleme und Sorgen, tatsächlich zutreffend sind, dienen. Dieser Teil des Projekts soll nicht herausfinden, ob die Zielgruppe tatsächlich psychisch erkrankt ist, da dies nicht Teil der Bedarfsermittlung ist. Es soll ermittelt werden, ob ein Bedarf anhand der Wünsche und Bedürfnisse der Befragten besteht. Ob eine tatsächliche Störung vorliegt, kann letztendlich nur von dafür ausgebildeten Ärzt*innen, festgestellt werden. Die Auswertung der *VDS90-Symptomliste* fand extern statt und ist kein selbst erarbeiteter Teil dieser Arbeit. Die Ergebnisse werden dementsprechend dargestellt und analog vermerkt. Im Folgenden werden der Aufbau und die Durchführung der Interviews detailliert erläutert.

Interview-Leitfaden

Zur konkreten Planung der Gespräche wurde ein Interview-Leitfaden entworfen, nach welchem sich während des gesamten Projekts gerichtet wurde. Hierzu wurden folgende Fragen berücksichtigt:

1. Wer muss zur Beantwortung der Fragestellung befragt werden?
 2. Wo findet sich die zu befragende Zielgruppe und wo kann sie befragt werden?
 3. Werden alle Gütekriterien berücksichtigt?
 4. Was muss gefragt werden, um die Forschungsfrage zu beantworten?
-
1. Da die Erstellung dieser Arbeit auf Basis eines Praktikums beim *Hilfspunkt e.V.* stattfand, wurde die Studie dementsprechend mit den Besucher*innen der Treffpunkte durchgeführt. Um die Forschungsfrage allgemeiner zu formulieren, wurde entschieden die Zielgruppe unter „Menschen in prekären Lebensverhältnissen“ zusammenzufassen, worunter die Besucher*innen des Hilfspunktes fallen. Weitere definierende Charakteristika wurden bereits in Kapitel 2.4 erläutert. Außerdem wurde dagegen entschieden eventuelle Psychotherapeuten*innen oder Ärzt*innen ähnlicher Fachrichtungen zu befragen, da für diese Arbeit die Sicht der Betroffenen im Vordergrund stand. Der tatsächliche Ist-Zustand bereits bestehender niedrighschwelliger Praxen, sollte durch die Literaturrecherche ermittelt werden. Da es aufgrund fehlender Ressourcen nicht möglich war, alle

Besucher*innen des Hilfspunktes zu befragen, wurden die Ergebnisse anhand einer Stichprobe von 20 Befragten ausgewertet.

2. Die Befragungen vor Ort wurden in zwei Treffpunkten zur Essensausgabe des *Vereins Hilfspunkt* durchgeführt. Die Mahlzeitenverteilungen finden je nach Treffpunkt, samstags und/oder sonntags zu verschiedenen Uhrzeiten statt. Um zu gewährleisten, dass zu den Befragungszeitpunkten verschiedene Besucher*innen kommen, wurde entschieden, die Befragungen an zwei Treffpunkten an verschiedenen Tagen und Uhrzeiten durchzuführen. Beide Treffpunkte verfügten über Räumlichkeiten, in denen sich in Ruhe unterhalten werden konnte. In beiden Treffpunkten fanden die Gespräche an einem Tisch mit diagonal positionierten Stühlen in einem abgesonderten, ruhigen Raum statt. Die Befragten konnten in dieser Zeit ihr Frühstück fortsetzen.

3. Um die Qualität einer Forschung zu beurteilen, müssen bestimmte Kriterien beachtet werden, sogenannte Gütekriterien. Die gängigsten Gütekriterien sind die Objektivität, die Reliabilität und die Validität. Unter Objektivität wird „(...) das Ausmaß, in dem die Testergebnisse von dem Testanwender unabhängig sind“ verstanden (Gniewosz, 2011, S. 71). Das heißt, dass unabhängig davon, wer diese Studie durchführt, die Ergebnisse gleichbleiben. Hierzu zählen die Art und Weise der Durchführung der Befragungen sowie die einheitliche Vorgabe der Fragen und Antwortmöglichkeiten als auch die Auswertungen dieser (ebd., 2011, S.72). Das zweite Hauptkriterium ist die Reliabilität, welche angibt „(...) wie genau oder zuverlässig ein Merkmal gemessen wird.“ (ebd., 2011, S.72). Das letzte Hauptkriterium ist die Validität. Mit der Validität wird geprüft, ob der Test das misst, was er vorgibt zu messen (ebd., 2011, S.72). Objektivität liegt vor, wenn das Ergebnis nur von dem zu messenden Merkmal und nicht vom Untersuchenden oder der Situation abhängt. Dies wurde durch den Interview-Leitfaden gewährleistet.
Die Reliabilität ist beim *VDS90* durch die Testkonstruktion bereits überprüft wurden. Beim Interview ist die Reliabilität durch die Struktur der Vorgehensweise eines Interview-Leitfadens sicher gestellt.

Die Validität dieser wissenschaftlichen Untersuchung bezieht sich auf zwei Ebenen: Bei dem angewendeten *VDS90* Fragebogen handelt es sich um ein bereits standardisiertes Verfahren, die Validität ist somit gegeben. Bei den Interviews wurden die für die Forschungsfrage relevanten Komponenten erfragt, die Validität ist somit auch im qualitativen Bereich vorhanden.

4. Abschließend musste festgelegt werden, was gefragt werden muss, um den Bedarf zu ermitteln. Es wurde entschieden, ein halbstrukturiertes Interview, bestehend aus offenen und geschlossenen Fragen, anzuwenden. Bei den geschlossenen Fragen gab es mehrere Antwortmöglichkeiten. Je nach Fragestellung war eine Mehrfachauswahl oder aber nur eine Antwortauswahl möglich, wie z.B. bei der Frage nach dem Geschlecht. So wurden zunächst die demografischen Standards erfragt, welche zur Vergleichbarkeit der Befragten und den entsprechenden Daten dienen sollte. Das Interview sollte so aufgebaut sein, dass zunächst Fragen zum Treffpunkt gestellt wurden, um über ein zunächst vertrautes Thema zu sprechen, da angenommen wurde, dass es den Befragten unangenehm sein könnte, direkt über eventuelle psychische Probleme zu sprechen. Der Leitfaden hatte folgenden Ablauf (s. Abb. 6):



Abbildung 6: Ablauf des Interviews (eigene Darstellung).

Anhand dieses Ablaufs sollte ein Bedarf ermittelt werden. Es musste außerdem darauf geachtet werden, dass die Interviews nicht zu zeitaufwendig gestaltet werden, da in Betracht bezogen werden musste, dass die Besucher*innen zum Essen und zur Kommunikation mit anderen Besucher*innen kommen.

Aufbau Interviews

Im Vorfeld wurde in Absprache mit der Leitung des Hilfspunktes die allgemeine Hypothese aufgestellt, dass *ein Bedarf an niedrigschwelliger psychotherapeutischer Therapie und Beratung bei den Besucher*innen des Hilfspunktes bestünde.*

Eine weitere aufgestellte Hypothese war, dass *Menschen, die einen Treffpunkt zur Essensausgabe aufsuchen, sich bei der Suche nach psychotherapeutischer Behandlung diskriminiert fühlen.*

Beide Hypothesen sollen mithilfe der Auswertung der halbstrukturierten Interviews überprüft werden. Diese Hypothesen beruhen zum einen auf theoretischer wissenschaftlicher Basis, welche bereits im Theorie-Teil detailliert ausgeführt wurde und zum anderen auf Beobachtungen und Erfahrungen der Leitung des Hilfspunktes.

Durchführung Interviews

Insgesamt wurden 20 Interviews in zwei Treffpunkten des Hilfspunktes durchgeführt, welche über einen Zeitraum von zwei Wochen stattfanden. Die ersten zehn Interviews wurden am Treffpunkt in der Ferdinandstraße während des Zeitraums der Frühstücksausgabe geführt. Die anderen zehn am Treffpunkt am Högerdamm. Die Interviews sollten jeweils etwa zehn Minuten in Anspruch nehmen, um die Besucher*innen nicht unnötig lang vom Essen abhalten zu müssen. Der Versuch einer Bedarfsermittlung sollte durch eine für die Zielgruppe repräsentative zufällige Stichprobenbefragung durchgeführt werden. Hierfür wurden 20 freiwillige Gäste, welche über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, befragt. Neben der Deutschkenntnisse war das Mindestalter von 18 Jahren ein Kriterium, da für Minderjährige besondere Schutzvorschriften gelten. Des Weiteren unterschrieb jede*r Befragte eine Einverständniserklärung, dass die erhobenen Daten anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieser Bachelorarbeit ausgewertet werden dürfen. Darüber hinaus wurde zugestimmt, die Interviews mit einer Diktier-App aufzuzeichnen, um diese später transkribieren und qualitativ auswerten zu können. Um die Daten der befragten Personen zu schützen, wurde versichert, besagte Aufnahmen, nach dem Transkribieren zu löschen. Das Interview orientierte sich an einem halbstrukturierten Interview-Leitfaden bestehend aus geschlossenen und offenen Fragen.

Um Personen für die Befragung zu gewinnen, wurden an der Theke zur Essensausgabe die Besucher*innen angesprochen und gefragt, ob sie an einer Befragung teilnehmen möchten. Da ein Großteil der Besucher*innen die Interviewerin kannten,

erwies sich die Gewinnung der Untersuchungsgruppe als kein Problem. Um die Befragten in ihrer Beantwortung der Fragen nicht zu beeinflussen, wurde das Forschungsthema nicht wortwörtlich erwähnt. Es wurde erklärt, dass dies eine Befragung für die Bachelorarbeit der Interviewerin sei, welche den psychischen Gesundheitszustand der Befragten ermitteln und erfahren möchte, welche Erfahrungen diese bereits mit den Versorgungsstrukturen des Hamburger Gesundheitssystem gemacht haben. Ebenfalls wurde erläutert, welche Arten von Fragen es gibt und wie diese beantwortet werden können. Die Befragten wurden außerdem darum gebeten, die Fragen so genau wie möglich zu beantworten, um detaillierte Aussagen auswerten zu können. Die Untersuchungsgruppe wurde ebenfalls darüber informiert, dass sie gebeten werden, im Anschluss des Interviews den *VDS90-Fragebogen* zu psychischen Beschwerden auszufüllen. Um die Anonymität der Befragten zu wahren, wurden IDs statt der Namen notiert.

3.3 Auswertung der qualitativen Daten

Da ein Mixed-Method Ansatz gewählt wurde, müssen die erhobenen Daten sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet werden. Zur qualitativen Auswertung wurde mit dem Programm *MAXQDA* gearbeitet. *MAXQDA* ist ein Softwareprogramm, welches Dokumente aus der qualitativen und Mixed-Method-Forschung, analysiert (*MAXQDA*, n.d.). Mithilfe von diesem Programm wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die „Qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Auswertungsmethode dar, die Texte bearbeitet, welche im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte in der Datenerhebung anfallen, z.B. Transkripte von offenen Interviews (...)“ (Mayring & Fenzl, 2014, S.543). Wird eine Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt, werden die transkribierten Interviews in selbst festgelegte Kategorien eingeteilt, wodurch sich ein Kategorien-System entwickelt. Hierdurch werden die Texte strukturiert und eine übersichtliche Interpretation ist möglich. Anhand dieses Merkmals unterscheidet sich diese Form der Inhaltsanalyse von anderen und wird unter „Kategorieneinheit“ zusammengefasst. Kategorien dienen als Analyseaspekte der Texte und werden eigens formuliert und definiert und an entsprechende Textstellen vergeben (ebd. 2014, S. 543 ff.). Um den Text in Kategorien zu unterteilen muss dieser jedoch zunächst transkribiert werden. Wie bereits erwähnt wurden die einzelnen Interviews mit einer Diktier-App aufgenommen und transkribiert.

Beim Transkribieren wurden vorher festgelegte Regeln beachtet. Da sich diese Arbeit an den Inhalten der Aussagen und nicht z.B. den genauen Wortlaut oder Lautstärke des Gesprochenen orientiert, wurde entschieden, zusammenfassend zu transkribieren. Dies heißt, dass längere Sätze oder Passagen in eigenen Worten niedergeschrieben wurden, jedoch inhaltlich Wichtiges sinnlich beibehalten wurde. Ebenfalls wurden nur die offenen Fragen transkribiert, da für die Auswertung der geschlossenen Fragen Ankreuzkästchen auf dem Interview-Leitfaden vorhanden waren, d.h. die Antworten konnten direkt dem Bogen entnommen werden und benötigten keine Transkription. Weitere Regeln nach Rädiker & Kuckartz, welche beachtet wurden, waren:

1. Der Wechsel zwischen der Interviewerin und den Befragten wird mithilfe eines Absatzes zwischen jedem Wechsel gekennzeichnet
2. Jedem Absatz steht ein Kürzel für die entsprechende Person voran. Für die Interviewerin wurde sich für den Buchstaben „F“ und für die Befragten die vorab definierte ID, welche sich auch auf den Fragebögen befindet, wie z.B. „A170772“
3. „Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet (...)“ (Rädiker & Kuckartz, 2019, S.44).
4. Da es um den Inhalt der Antworten und nicht die Art und Weise, wie Dinge ausgedrückt werden geht, wird darauf verzichtet Sprechpausen, besondere Betonungen, Lautstärke, usw. zu transkribieren
5. Da die Datenaufnahme anonym verläuft, müssen Angaben, welche eine Person identifizieren könnten, nicht anonymisiert werden, da dies nicht auftreten wird (ebd., 2019, S. 43f.).

Die transkribierten Interviews finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Da die Audioaufnahme pro Interview ca. zehn Minuten in Anspruch nahm und 20 Interviews geführt wurden, wurde aufgrund der Menge der auszuwertenden Daten mittels *Microsoft Word* zusammenfassend transkribiert.

Anschließend wurden die Transkripte codiert, d.h. einem eigens ausgewählten Bereich wird ein ebenfalls eigens ausgewählter Code zugeordnet. Hier wurde sich sowohl für die deduktive als auch die induktive Forschungsmethode entschieden, d.h. es wurden bereits im Vorfeld Codes anhand von Vorwissen erstellt und teilweise erst bei der Sichtung des Materials, wenn Inhalte aufgetreten sind, welche so vorher nicht erwartet

wurden. Die für diese Arbeit erstellten Codes dienten zur inhaltlichen oder thematischen Übersicht, d.h. „(...) man kann sie sich wie „Hinweisschilder“ im Text vorstellen (...)“ (ebd., 2019, S. 68).

Bei der deduktiven Erstellung der Codes wurde sich am Interview-Leitfaden orientiert und es wurden Kategorien definiert. Dieses Kategorien-System wurde im Verlauf durch die induktive Forschungsmethode ergänzt (ebd., 2019, S.68f.). Die Erstellung des Kategorie-Systems erfolgte mittels *MAXQDA* und *Microsoft Word* (s. Tab. 1 u. Anhang 3 für vollständiges System). Es wurde die von *MAXQDA* hierarchische Darstellungsform gewählt, welche zu einer geordneten Übersicht diente. Pro Interview-Frage wurden ein Ober-Code und diverse Unter-Codes vergeben. Je nach Frage variierte die Anzahl der Unter-Codes.

Ober-Code	Unter-Code	Definition
Treffpunkt	Treffpunkt_Verpflegung/Unterkunft	Alle Äußerungen, welche inhaltlich von der Verpflegung oder Unterbringung handeln
	Treffpunkt_Gesellschaft	Alle Äußerungen, welche inhaltlich von der Gesellschaft anderer handeln
	Treffpunkt_Finanzielle Gründe	..., welche von finanzielle Gründen handeln
Psychische Sorgen	Psychische Sorgen_Finanziell	..., welche von finanzielle Gründen handeln
	Psychische Sorgen_Privat/Familiär	..., welche von familiären oder privaten Gründen handeln
Psychische Probleme	Psychische Probleme_Ängste	Alle Äußerungen, welche explizit den Begriff „Ängste“ beinhalten
	Psychische Probleme_Traumata	Alle Äußerungen, welche explizit die Begriffe „Trauma“ oder „PTBS“ beinhalten oder von traumatischen Ereignissen handeln
	Psychische Probleme_Depressionen	Alle Äußerungen, welche explizit die Begriffe „Depressionen“ oder „depressiv“ beinhalten oder wo besagte Störung vermutet wird
	Psychische Probleme_Sucht	Alle Äußerungen, welche explizit die Begriffe „Sucht“ oder eine Aufzählung von Stoffen, welche krankhaft konsumiert werden, beinhalten
Psychotherapie	Positive Erfahrungen	Alle neutralen oder positiven Erfahrungen, d.h. Ausschlusskriterium sind nur explizit als negativ geäußerte Erfahrungen
	Negative Erfahrungen	Negative Erfahrungen, z.B. durch entsprechende Adjektive oder die Äußerung, dass kein Wiederholungsbedarf besteht
Diskriminierung	Nicht ernst genommen gefühlt	Alle Äußerungen, welche davon handeln, dass die Befragten das Gefühl hatten nicht ernst genommen zu werden, unabhängig vom (geglaubten) Grund
	Langwierige Terminvergabe	Alle Äußerungen, in welchen geäußert wurde, dass lange auf einen Termin gewartet wurde, dass man (unabhängig vom Grund) keinen Termin bekommen hat oder immer noch auf einen Termin wartet
	Fehlende Niedrigschwelligkeit	Alle Äußerungen, welche Hürden oder Barrieren aufzählen, welche „langwierige Terminvergabe“ oder „das Gefühl

		nicht ernst genommen zu werden“ beinhalten. Dazu zählen z.B. fehlende Papiere oder keine KV
Wunsch-praxis	Wunsch nach zusätzlichen Angeboten	Alle Wünsche, welche über die gängigen Angebote einer Praxis zur Psychotherapie hinausgehen
	Persönliche Ebene	Alle Wünsche, welche auf persönlicher Ebene beruhen, z.B. freundliches Personal
	Vereinfachter Zugang	Alle Wünsche, welche den Zugang zur Psychotherapie vereinfachen, z.B. keinerlei Ausgrenzung

Tabelle 1: Kategorien-System zur qualitativen Inhaltsanalyse (eigene Darstellung).

Durch die Erstellung des Kategorien-Systems konnten die nun eingeteilten Textpassagen interpretiert werden. Interpretiert wurde nach den Fragestellungen:

- Unter welchen psychischen Sorgen und Problemen leiden die Befragten?
- Welche Erfahrungen haben sie mit Psychotherapie gemacht?
- Welche Wünsche haben sie an die psychotherapeutische Versorgung?
- Besteht ein Bedarf an vereinfachten Zugängen zu dieser?

Mit der Beantwortung der vier Fragen kann letztendlich ein eventueller Bedarf an niedrigschwelliger psychotherapeutischer Therapie und Beratung ermittelt werden.

3.4 Auswertung quantitative Daten

Der durchgeführte Interview-Leitfaden enthielt neben den qualitativen Fragen auch geschlossene Fragen, welche mittels *IBM SPSS Statistics* ausgewertet wurden. Diese Fragen wurden gestellt, um Häufigkeiten zu erstellen, welche zum einen einen Überblick über die Zusammensetzung der Zielgruppe geben sollten als auch wegen des Erkenntnisinteresses. Die geschlossenen Fragen ähnelten teilweise den offenen Fragen und sollten zur Überprüfung, ob die Befragten gleich oder unterschiedlich antworten, dienen, je nachdem ob Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind oder nicht.

IBM SPSS Statistics ist eine Software für statistische Analysen und wurde im Rahmen dieser Ausarbeitung für die Erstellung von Häufigkeiten genutzt (SPSS, 2020). Hierzu wurden alle notwendigen Daten in eine Datenmaske übertragen und es wurden entsprechende Variablen entworfen und zugeteilt. Es handelte sich hauptsächlich um nominale Daten mit der Ausnahme der Variable „Schulbildung“, welcher ein ordinales Maß zugeordnet wurde. Je nach Frage wurden Werte für „ja“, „nein“ und „ich weiß

nicht“ vergeben oder z.B. beim Geschlecht für „männlich“, „weiblich“ und „divers“. Die Darstellung der Auswertung findet sich in Kap. 4.1.

3.5 VDS90-Fragebogen

Wie bereits in der Projektbeschreibung erwähnt, wurde außerdem der *VDS90-Fragebogen* genutzt, um herauszufinden, ob und wenn ja an welchen psychischen Störungen die Befragten leiden.

„Die *VDS90-Symptomliste* wurde als Selbstbeurteilungsinstrument für die ambulante Psychotherapie-Praxis entwickelt.“ (Sulz & Grethe, 2005).

Dieser selbst auszufüllende Fragebogen soll dazu dienen, die psychischen Beschwerden der Patient*innen vor Beginn der Therapie zu erfassen (ebd., 2005). Im Rahmen dieser Arbeit wurde der *VDS90-Fragebogen* auf Wunsch der Leitung des Hilfspunktes im Anschluss des Interviews mit den befragten Personen durchgegangen. Da nicht alle Befragten über ausreichend Sehvermögen und/oder Leseverständnis verfügten, wurden die Fragen teilweise durch die Interviewerin mündlich exploriert. Anhand der Ergebnisse dieser Bögen sollte festgehalten werden, welche Störungen eventuell vorhanden sind, um diese mit den Auswertungen der Interviews zu vergleichen. Die Auswertung dieser Tests erfolgte extern und war Bestandteil des Praktikums und kein direkter Bestandteil dieser Arbeit, aufgrund der externen Auswertung. Zur Verfügung gestellt wurde der *VDS90-Test* und die Auswertung von diesem, durch die Leitung des Hilfspunktes.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse - SPSS

Um einen Überblick zu erlangen, werden zunächst die quantitativ ausgewerteten Daten dargestellt. Danach erfolgt die Darstellung der qualitativ ausgewerteten Daten sowie die Ergebnisse der *VDS90-Symptomliste*. Abschließend werden die gesamten Daten interpretiert und Rückschlüsse auf bereits bestehende Literatur gezogen.

Name	Typ	Breite	Dezimal...	Beschriftung	Werte	Fehlend	Spalten	Ausrichtung	Maß
ID	Zeichenfolge	8	0		Ohne	Ohne	8	Links	Nominal
Essensausgabe	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Geschlecht	Numerisch	8	0		{1, männlich}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Schulbildung	Numerisch	8	0		{1, kein Abschluss}...	Ohne	8	Rechts	Ordinal
Wohnsituation	Numerisch	8	0		{1, Wohnungslosigkeit}...	Ohne	18	Rechts	Nominal
Wichtige_Aspekte_Essensstelle_Essen	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Wichtige_Aspekte_Essensstelle_Geselligkeit	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Wichtige_Aspekte_Essensstelle_Gespräche	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Gespräche_mit_Helfern	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Psychische_Sorgen	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Psychische_Probleme	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Professionelle_Hilfe	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Diskriminierung	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Unproblematische_Terminvergabe	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Einrichtung_fehlt	Numerisch	8	0		{0, nein}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Außere_Aspekte_baldige_Terminvergabe	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Außere_Aspekte_keine_KV	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Außere_Aspekte_wenig_Hürden	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Aspekte_Behandler_fachliche_Kompetenz	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Aspekte_Behandler_Warmherzigkeit	Numerisch	8	0		{0, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal
Aspekte_Behandler_Atmosphäre	Numerisch	8	2		{,00, nicht ausgewählt}...	Ohne	8	Rechts	Nominal

Abbildung 7: Datenmaske SPSS (eigene Darstellung).

Auf der Abbildung 7 lässt sich die angefertigte Datenmaske sehen. Anhand der vollständigen Datenmaske wurden Häufigkeiten zu den jeweiligen Fragen erstellt. In diesem Kapitel wird lediglich eine Auswahl an Häufigkeiten in bildlicher Form dargestellt, welche dem Überblick dienen sollen. Einige werden schriftlich aufgeführt.

Basisdaten der Untersuchungsgruppe

Insgesamt wurden 20 Personen befragt, wovon 15 männlich und fünf weiblich waren, divers war nicht vertreten. Die Befragten waren im Alter von 22-80 Jahren.

Da die Interviews in den Treffpunkten des Hilfspunktes stattfanden, wurde die Frage, ob die Befragten einen Treffpunkt zur Essensausgabe aufsuchen, ausnahmslos mit „ja“ beantwortet.

Schulbildung

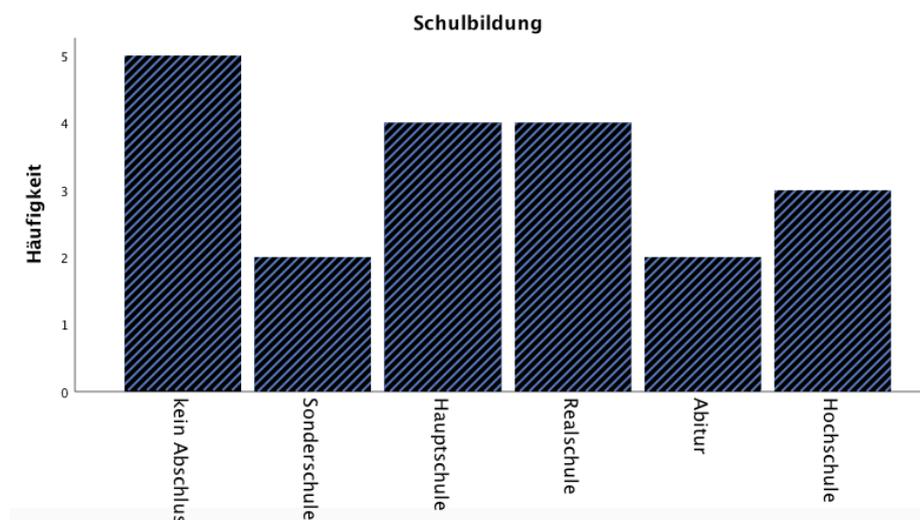


Abbildung 8: Balkendiagramm zur Schulbildung der Befragten (eigene Darstellung).

Anhand des Balkendiagramms in Abbildung 8 lässt sich erkennen, dass fünf der Befragten keinen Schulabschluss haben und somit den Großteil bilden. Jeweils vier der Befragten haben einen Haupt- oder Realschulabschluss. Einen Hochschulabschluss haben drei der Befragten und jeweils eine Person hat das Abitur oder den Sonderschulabschluss.

Wohnsituation

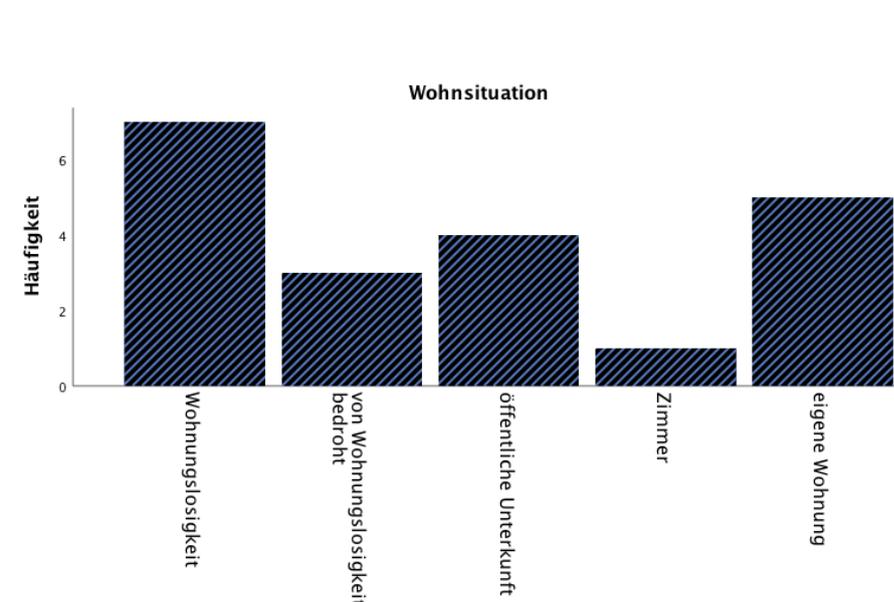


Abbildung 9: Balkendiagramm zur Wohnsituation der Befragten (eigene Darstellung.)

Des Weiteren wurde nach der Wohnsituation der Besucher*innen gefragt. Hier gab ein Großteil von sieben Personen an, dass sie wohnungslos seien und drei, dass sie

von Wohnungslosigkeit bedroht seien. Fünf bewohnen eine eigene Wohnung und vier sind in einer öffentlichen Unterkunft untergebracht. Lediglich eine Person gab an, dass sie in einem Zimmer bei Freunden untergebracht sei. Entsprechende Daten lassen sich an der Abbildung 9 ablesen.

Aspekte der Essensausgabestelle

Auf die Frage, welche Aspekte die Befragten als besonders wichtig bei einem Treffpunkt zur Essensausgabe empfinden, gaben 13 die Antwort „Essen“ an und jeweils 16 Personen „Geselligkeit“ und „Gespräche“. Ebenfalls 13 Personen, würden sich gerne mit Helfer*innen der Essensausgabestelle unterhalten, wenn sich die Möglichkeit ergibt, lediglich vier Personen würden dies nicht in Anspruch nehmen.

Psychische Sorgen und Probleme

18 Personen beantworteten die Frage, ob sie psychische Sorgen haben mit „Ja“. 13 Personen gaben an, dass sie psychische Probleme hätten. Die ausführlichen Beantwortungen dieser Fragen werden im folgenden Kapitel zur Auswertung der offenen Fragen dargestellt. Die Beantwortung, ob die Befragten bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben und ob sie sich bei der Suche nach einem Therapie-Platz diskriminiert gefühlt hätten, werden ebenfalls im folgenden Kapitel im direkten Zusammenhang mit den dazugehörigen offenen Fragen dargestellt.

Niedrigschwellige Einrichtung

Eine psychologische Beratung/Therapie, welche unproblematisch in Anspruch genommen werden könnte, würden 18 Personen gerne wahrnehmen. Die gesamte Untersuchungsgruppe gab an, dass eine entsprechende niedrigschwellige Einrichtung in Hamburg fehlen würde.

Äußere Aspekte der Wunschpraxis

Bei der Frage nach wichtigen äußeren Aspekten einer solchen Einrichtung konnten mehrere Antworten ausgewählt werden. Folgende Ergebnisse wurden ermittelt:

Äußere_Aspekte_baldige_Terminvergabe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht ausgewählt	10	25,0	50,0	50,0
	ausgewählt	10	25,0	50,0	100,0
	Gesamt	20	50,0	100,0	
Fehlend	System	20	50,0		
Gesamt		40	100,0		

Tabelle 2: Äußere Aspekte baldige Terminvergabe (eigene Darstellung).

Äußere_Aspekte_keine_KV

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht ausgewählt	14	35,0	70,0	70,0
	ausgewählt	6	15,0	30,0	100,0
	Gesamt	20	50,0	100,0	
Fehlend	System	20	50,0		
Gesamt		40	100,0		

Tabelle 3: Äußere Aspekte keine Krankenversicherung (eigene Darstellung).

Äußere_Aspekte_wenig_Hürden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht ausgewählt	1	2,5	5,0	5,0
	ausgewählt	19	47,5	95,0	100,0
	Gesamt	20	50,0	100,0	
Fehlend	System	20	50,0		
Gesamt		40	100,0		

Tabelle 4: Äußere Aspekte wenig Hürden (eigene Darstellung).

Wie anhand der Tabellen 2-4 zu erkennen ist, wurde am häufigsten der Aspekt „wenig Hürden“ ausgewählt. Der Aspekt „baldige Terminvergabe“ wurde zehn Mal ausgewählt und der Aspekt „keine Krankenversicherung“ lediglich sechs Mal. Es bestand ebenfalls die Möglichkeit eigene Aspekte einzubringen, jedoch hat keiner der Befragten diese Möglichkeit in Anspruch genommen.

Aspekte des Behandlers

Letztlich wurde nach den Aspekten der Behandelnden gefragt, welche als wichtig empfunden werden.

Aspekte_Behandler_fachliche_Kompetenz

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht ausgewählt	6	15,0	30,0	30,0
	ausgewählt	14	35,0	70,0	100,0
	Gesamt	20	50,0	100,0	
Fehlend	System	20	50,0		
Gesamt		40	100,0		

Tabelle 5: Aspekte Behandler fachliche Kompetenz (eigene Darstellung).

Aspekte_Behandler_Warmherzigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht ausgewählt	7	17,5	35,0	35,0
	ausgewählt	13	32,5	65,0	100,0
	Gesamt	20	50,0	100,0	
Fehlend	System	20	50,0		
Gesamt		40	100,0		

Tabelle 6: Aspekte Behandler Warmherzigkeit (eigene Darstellung).

Aspekte_Behandler_Atmosphäre

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht ausgewählt	8	20,0	40,0	40,0
	ausgewählt	12	30,0	60,0	100,0
	Gesamt	20	50,0	100,0	
Fehlend	System	20	50,0		
Gesamt		40	100,0		

Tabelle 7: Aspekte Behandler Atmosphäre (eigene Darstellung).

Am wichtigsten war den Befragten die fachliche Kompetenz, welche von 14 Personen ausgewählt wurde. Die Aspekte Warmherzigkeit und gute Atmosphäre wurden als ähnlich wichtig empfunden und wurden jeweils 13 und zwölf Mal ausgewählt. Diese Werte lassen sich von den o.a. Tabellen ablesen.

4.2 Ergebnisse - VDS90-Symptomliste

Die Daten der *VDS90-Symptomliste* wurden extern ausgewertet und werden aufgrund dessen in dieser Arbeit wie reguläre Literatur bzw. fremde Studienergebnisse behandelt und vermerkt.

Die *VDS90-Symptomliste* umfasst insgesamt 28 Syndrome der Achse-I-Störungen, d.h. ein klinisch-psychiatrisches Syndrom liegt vor (Plume & Warnke, 2007, S. 325). Die Syndrome werden in leicht, mittel und schwer eingeordnet. Um einen Überblick der Ergebnisse zu schaffen, wurden die Ergebnisse der einzelnen Befragten zusammengezählt, um festzustellen, welche Syndrome am häufigsten auftreten. Hier war es nicht von Belangen, in welcher Schwere das Syndrom auftritt. Die gesamten Häufigkeiten werden in eigener Darstellung im Anhang aufgeführt, da die Auswertung extern stattfand (Anhang 5).

Syndrom	Häufigkeit
Organische Syndrome	5
Depression	5
Neurasthenie	5
Schlafstörungen	5
Somatoforme Störungen	5
Posttraumatische Störung	5

Tabelle 8: Häufigkeiten der Ergebnisse der VDS90-Syndromliste der Frauen (eigene Darstellung).

Die Tabelle stellt die am häufigsten ermittelten Syndrome bei den befragten Frauen dar. Eine vollständige Tabelle mit allen Syndromen sowohl für die Frauen als auch für die Männer findet sich im Anhang. Alle in der Tabelle 8 aufgezählten Syndrome konnten bei allen Frauen in unterschiedlichen Schweregraden festgestellt werden. Bei Neurasthenie, Schlafstörungen und Posttraumatische Störung traten die höchsten Schweregrade auf, d.h. jeweils drei Mal wurde ein schweres Syndrom unter fünf Befragten aufgeführt. Insgesamt wurden bei den Frauen 83 Syndrome unterschiedlicher Schweregrade ermittelt, welches einen Durchschnitt von 16,6 Syndromen pro Frau ergibt.

Syndrom	Häufigkeit
Schizophrenie	11
Organische Syndrome	11
Depression	11
Misstrauen, Ambivalenz	14
Posttraumatische Störung	10

Tabelle 9: Häufigkeiten der Ergebnisse der VDS90-Syndromliste der Männer (eigene Darstellung).

Zu den häufigsten Syndromen der Männer gehörten anders als bei den Frauen auch die Schizophrenie und das Misstrauen bzw. die Ambivalenz. Weggefallen sind die Schlafstörungen, die Neurasthenie sowie die somatoforme Störung (s. Tabelle 9). Für das Syndrom Misstrauen/Ambivalenz konnte am häufigsten ein schweres Syndrom mit einer Anzahl von sechs ermittelt werden. Insgesamt wurden 171 Syndrome von 14 befragten Männern gezählt, welches einen Durchschnitt von 12,2 Syndromen pro Mann ergibt. Eine Syndromliste konnte aufgrund fehlender Angaben nicht ausgewertet werden, weshalb sich die Gruppe der Männer auf 14 reduziert hat.

Es konnte festgestellt werden, dass die Syndrome der Männer weiter gestreut sind als die der Frauen, d.h. es wurden mehr unterschiedliche Syndrome erfasst, wobei sich die der Frauen um die in der Tabelle 8 aufgezählten zentrieren. Ebenfalls ist festzuhalten, dass die befragten Männer im Durchschnitt an weniger Syndromen leiden als die befragten Frauen, welches sich mit bereits bestehender Literatur deckt.

4.3 Auswertung – Interviews

Die Quellen der einzelnen Zitate sind im Anhang unter der entsprechenden ID, z.B. A170772 und Anhang-Nummer zu finden.

Auswertung – Aufsuchen des Treffpunktes

Die erste offene Frage, welche den Besucher*innen gestellt wurde war, warum sie einen Treffpunkt zur Essensausgabe aufsuchen. Dieser Punkt diente zum Überblick und dem Interesse der Leitung des Hilfspunktes. Die hier vergebenen Codes waren „Verpflegung/Unterkunft“, „Finanzielle Gründe“ und „Gesellschaft“. Sechs Personen suchen den Treffpunkt aus Verpflegungsgründen auf, die häufig in Verbindung mit den finanziellen Gründen auftraten, welche elf Mal genannt wurden. Der Großteil der

Antworten viel jedoch unter den Code „Gesellschaft“. Hierzu wurde sich insgesamt 13 Mal geäußert. Jedoch wurde auch hier in Kombination mit den anderen Codes geantwortet.

Auswertung Interviews – Psychische Sorgen

Die Besucher*innen wurden als nächstes gefragt, ob sie psychische Sorgen haben. Es wurde bewusst zwischen psychischen Sorgen und Problemen unterschieden, um eine Abstufung vorzunehmen.

Die Antworten auf die Frage „Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?“ wurden kategorisiert unter den Codes „Finanzielle Sorgen“ und „Private oder familiäre Sorgen“. Hierbei haben sich neun der zwanzig Befragten zu finanziellen Sorgen geäußert. Es wurde vermehrt von allgemeinen Geldsorgen gesprochen und welche Probleme damit einhergehen. Aufgezählte Probleme waren u.a. die Grundsicherung, die Wohnungslosigkeit, das Unterkommen in Notunterkünften und das Fehlen materieller Dinge. Eine Besucherin äußerte sich wie folgt:

„(...) grundsätzlich auf jeden Fall meine Lebenssituation an sich. Brauch 'ne Wohnung. Ich will ja nicht für immer auf der Straße wohnen und in Notunterkünften schlafen (...). Aber dafür braucht man Geld und das hab' ich nun mal auch nicht (...).“ (A170772, Anhang 5).

Ein weiterer Besucher erwähnte außerdem die Gefahr der Verschuldung:

„Hab' paar Probleme mit 'nem Gerichtsverfahren (...) Bin halt auch verschuldet“ (G210651, Anhang 6).

Mit der zweiten Kategorie „private und/oder familiäre Sorgen“ wurden elf Antworten codiert. Hier waren die Äußerungen so unterschiedlich, dass eine detailliertere Codierung zu Unübersichtlichkeit geführt hätte, weshalb entschieden wurde, folgende Äußerungen zu einer Kategorie mit mehreren Beispielen darzustellen. Drei Besucher*innen erwähnten familiäre Probleme bezüglich der Gesundheit oder dem nicht-bestehenden Kontakt zu Familienmitgliedern. Ein Beispiel:

„Ob's meiner Familie gut geht sorgt mich oft. Hab' mich vor Jahren mit meinem Vater zerstritten, würde gerne wissen, wie es ihm ergangen ist. Vielleicht lebt er auch gar nicht mehr, (...).“ (N110961, Anhang 7).

Weitere zwei Besucher*innen erzählten vom Suizid des Vaters und dem Tod der beiden Kinder (T030366, Anhang 8);(M070764, Anhang 9).

Andere Besucher*innen erwähnten Sorgen wie z.B. Gewichtsprobleme, Wohnungssuche, oder auch gesellschaftliche Sorgen, wie dem nächsten Weltkrieg (J081165, Anhang 10);(I281174, Anhang 11). Es zeigte sich die Annahme als zutreffend, dass eine zu genaue Codierung hier nicht möglich ist.

Auswertung – Psychische Probleme

Als nächstes folgt die Auswertung der Antworten auf die Fragen „Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?“ und „Können Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen?“. Die hierfür ausgewählten Codes waren „Ängste“, „Traumata“, „Sucht“ und „Depressionen“.

Insgesamt wurde sich sieben Mal zu „Sucht“ geäußert. Eine Besucherin antwortete: *„Ich zähl mal auf (...), Suchtprobleme bei Chloroform, Oxycodon, Opiate. (...). Das mit der Sucht geht ganz gut, mische mir das meiste selbst zusammen“* (I281174, Anhang 11).

Weitere aufgezählte Suchterkrankungen oder Drogen waren diverse Tabletten, Esssucht, Alkohol und Marihuana. In jedem der geäußerten Fälle trat die Sucht mit weiteren psychischen Problemen auf.

Dem Code „Depressionen“ konnten 13 Äußerungen zugeordnet werden. In der Mehrzahl dieser Antworten wurden Depressionen als Vermutung geäußert, da diese nicht offiziell diagnostiziert wurden, z.B.:

„Bin mir nicht ganz sicher. War nie bei einem Psychologen aber könnte in Richtung Depressionen gehen“ (M070764, Anhang 9).

Einige der Befragten leiden jedoch auch unter diagnostizierten Depressionen. Ähnlich wie bei der Kategorie „Sucht“, traten Depressionen nicht als alleinstehende Störung auf.

Den Codes „Ängste“ und „Traumata“ konnten die wenigsten Äußerungen mit jeweils sieben und fünf Erwähnungen zugeteilt werden. Zwei Besucher*innen sprachen explizit von einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Andere erzählten von traumatischen Ereignissen oder der Vermutung auf ein Trauma:

„Kann man halt trotzdem nicht einfach so vergessen. Deswegen das Trauma. Hatte damals nicht so richtig jemanden, mit dem ich (...) reden konnte“ (A170772, Anhang 5).

Die Äußerungen zu „Ängsten“ waren weit gestreut und dementsprechend schwer zusammen zu fassen. Die Antworten reichten von allgemeinen Angstzuständen bis hin

zu spezifischen Ängsten, wie die Angst vor Menschenmengen oder Messerstechereien:

„Menschenmengen mag ich grundsätzlich nicht. Und Notunterkünfte sind (...) nicht mein Ding. Die Angst überfallen (...) zu werden ist quasi immer präsent“ (M041069, Anhang 12).

Es ließ sich feststellen, dass nur vereinzelt ein einziges psychisches Problem vorlag, viel mehr war es eine Kombination mehrerer Probleme mit verschiedenen Gewichtungen.

Auswertung – Psychotherapie

Die Antworten auf die Fragen „Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen, und wenn ja, welche?“ und „Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?“ wurden in die Codes „Positive Erfahrungen“ und „Negative Erfahrungen“ aufgeteilt. Hier hat der Großteil positive Erfahrungen machen können, sei es mit vergangenen oder aktuellen Therapien. An dieser Stelle soll nochmals erwähnt werden, dass unter positive Erfahrungen auch jene fallen, die nicht explizit als negativ geäußert wurden, d.h. auch neutrale Empfindungen. Eine Antwort war: *„Tatsächlich ja. War ‘ne Alkoholtherapie. (...) Bin aber froh, dass das hinter mir liegt und ich trocken bin seit 13 Monaten“ (B150998, Anhang 13).*

Ein weiterer Besucher hat die Erfahrungen der Therapie mit weiteren positiven Nebenaspekten verbunden:

„Zwei Wochen war ich in Therapie. (...). War gut. Hat mir geholfen. Hatte ein Bett zum Schlafen. War da auch noch krankenversichert“ (R170480, Anhang 14).

Einige der Befragten haben jedoch auch negative Erfahrungen machen müssen. Hier wurden teilweise bereits Äußerungen bezüglich der Diskriminierung oder der fehlenden Niedrigschwelligkeit getätigt, welche im weiteren Verlauf noch näher betrachtet werden. Ein Besucher fasste seine negativen Erfahrungen der Psychotherapie wie folgt zusammen:

„Ganz ganz schlecht. (...). Ging glaub ich bisschen länger als ein Jahr dann hab‘ ich abgebrochen“ (A170772, Anhang 5).

Auswertung Diskriminierung

Anschließend wurde den Besucher*innen folgende Frage gestellt: „Haben Sie sich bei der Suche nach Behandlung diskriminiert gefühlt?“. Für die Auswertung der Antworten wurden die Codes „langwierige Terminvergabe“, „nicht ernst genommen gefühlt“ und „fehlende Niedrigschwelligkeit“ ausgewählt.

Der Code „langwierige Terminvergabe“ wurde sieben Mal vergeben. Entweder warteten die Befragten sehr lange oder haben gar keinen Termin bekommen. Dabei trat vereinzelt das Gefühl auf, dass dies aufgrund ihres sozialen Status geschieht:

„Kann mir nicht vorstellen, dass andere auch so lange warten müssen. (...) man sieht mir nun 'mal an, dass ich nicht in 'ner „schickimicki“ Wohnung mit „schickimicki“ Klammotten lebe (...)“ (M041069, Anhang 12).

Genauso häufig wurde auch der Code „Nicht ernst genommen gefühlt“ vergeben. Diese Äußerungen reichten vom unwohlten Gefühl nicht ernst genommen zu werden bis hin zu Äußerungen wie z.B.:

„Wegen Wohnungslosigkeit (...) wurde ich wie Dreck behandelt. (...). Ich bin immer noch ein Mensch und kein Tier“ (I281174, Anhang 11).

Alle Äußerungen, welche unter diesem Code zusammengefasst wurden, wurden auf eine ähnliche empörte Art und Weise geäußert, auf welche im Interpretations-Teil genauer eingegangen wird.

Letztlich wurde der Code „fehlende Niedrigschwelligkeit“ ebenfalls sieben Mal vergeben. Hier unterschieden sich die Aussagen wieder so stark, dass eine detailliertere Codierung nicht möglich war. Angesprochene Beispiele, welche für fehlende Niedrigschwelligkeit sprechen, waren die Ablehnung aufgrund von fehlender Wohnadresse, nicht krankenversichert zu sein oder fehlende Nachweise über die eigene Person.

„Oft wurde bei der Anmeldung nach Adressen gefragt und weil ich keine sagen konnte, war dann plötzlich wieder kein Termin frei“ (A170772, Anhang 5).

Auswertung - Wunscheinrichtung

Abschließend wurden die Befragten gebeten, zu erzählen, wie in ihren Augen eine optimale Einrichtung zur psychotherapeutischen Versorgung aussähe. Der Versuch zu kategorisieren war auch hier aufgrund der Diversität der Antworten schwierig. Es wurde sich letztendlich für drei zu vergebene Codes entschieden: „Wunsch nach zusätzlichen Angeboten“, „Persönliche Ebene“ und „Vereinfachter Zugang“. Die meisten

Antworten wurden dem letzten Code zugeordnet. Hier fielen Äußerungen wie der Wunsch, nicht ausgegrenzt bzw. diskriminiert zu werden, dass sich um jeden gekümmert werden soll und einer schnelleren Terminvergabe. Ein Besucher antwortete knapp:

„Sollte ausnahmslos für jeden zugänglich sein“ (A071282, Anhang 15).

Vielen Befragten war jedoch auch die persönliche Ebene einer Therapie bzw. einer Praxis wichtig. Der Wunsch, dass man sich wohlfühlen soll und dass die dort arbeitenden Menschen freundlich sind, wurde mehrfach geäußert:

„Würde mir aber wünschen, dass da nette Menschen arbeiten (...), dass sie wirklich bemüht sind, einem zu helfen.“ (M070764, Anhang 9).

Unter den letzten Code fielen jene Aussagen, welche über das gängige Angebot einer Praxis zur Psychotherapie hinausgehen. Diese Aussagen umfassten Wünsche nach Wohnräumen, dauerhafter Betreuung und Hilfe, Behandlung ohne Krankenversicherung und Anonymität auf allen Ebenen:

„Es muss auf vielen Ebenen gearbeitet werden nicht nur auf einer“ (L230565, Anhang 16).

4.4 Interpretation

Im Folgenden sollen die qualitativen und quantitativen Ergebnisse interpretiert werden. Des Weiteren werden die Ergebnisse mit der bereits im Theorieteil dargestellten Literatur verglichen.

Zunächst ließ sich feststellen, dass sich ähnlich wie in der *SEEWOLF-Studie* oder den *Fichter-Studien* auch hier mehr Männer als Frauen unter den Befragten befanden. Auch die Schulbildung der Untersuchten ähnelte den besagten Studien: Zehn Personen hatten einen niedrigeren Schulabschluss, d.h. einen Haupt- oder Sonderschulabschluss oder keinen Abschluss. Wie in Kapitel 2.6 beschrieben, besteht ein Zusammenhang zwischen schulischer Bildung und psychischen Erkrankungen. Dieser Zusammenhang ließ sich auch hier feststellen. Ein ebenfalls bereits erforschtes Phänomen, welches sich auch in dieser Arbeit fand, war die Tatsache, dass Frauen stärker von psychischen Störungen belastet sind als Männer.

Die Auswertung der quantitativen Daten ergab außerdem, dass 15 von 20 Befragten laut Definition unter die sogenannten Wohnungsnotfälle fallen. Die hier untersuchte

Gruppe ähnelt somit in vielen Punkten der Untersuchungsgruppe der *SEEWOLF-Studie*.

Anhand der weiteren qualitativen und quantitativen Daten soll nun der Bedarf an niedrigschwelliger psychotherapeutischer Behandlung aus der Sicht der befragten Personen ermittelt werden. Auf die Frage, was der Hauptgrund für das Aufsuchen eines Treffpunktes zur Essensausgabe sei, waren die am häufigsten ausgewählten Antworten sowohl bei der geschlossenen als auch der offenen Frage die Geselligkeit und die Gespräche. Der Großteil würde gerne über Privates oder familiäre Probleme sprechen. Es zeigt sich, dass unter den Besucher*innen ein allgemeiner Gesprächsbedarf besteht. Zu diesem Auswertungs-Zeitpunkt lässt sich jedoch noch nicht feststellen, ob die Besucher*innen diese Gespräche auch mit einem/einer Psychotherapeut*in führen wollen würden.

Auf die Frage nach psychischen Problemen wurde sich 34 Mal explizit zu psychischen Erkrankungen oder Leiden geäußert. Unabhängig davon, ob die angesprochenen psychischen Leiden diagnostiziert sind oder nicht, leidet ein Großteil der Befragten an psychischem Unwohlsein. Dies zeigt sich auch in der Vielzahl der angesprochenen Erkrankungen wie z.B. Suchterkrankungen, welche auch in der *SEEWOLF-Studie* die häufigste Störung darstellt. Es lässt sich bereits jetzt festhalten, dass unabhängig von der Niedrigschwelligkeit zumindest ein Bedarf an Psychotherapie besteht, da die Befragten offensichtlich an psychischen Belastungen leiden.

Unter den Befragten, welche psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben, haben neun positive oder neutrale und drei negative Erfahrungen gemacht. Die Untersuchungsgruppe scheint dem Konzept der Psychotherapie somit grundsätzlich nicht abgeneigt zu sein, jedoch kann eine allgemeine Unzufriedenheit bzgl. der psychotherapeutischen Versorgung vermutet werden. Diese Vermutung bestätigte sich bei der Auswertung der Äußerungen zur Frage, ob sich die Befragten bei der Suche nach einem Therapieplatz diskriminiert gefühlt haben. Es wurde sich insgesamt 21 Mal dazu geäußert, dass die Befragten eine Form der Benachteiligung erleben.

Die Befragten klagten über langwierige Wartezeiten. Das entspricht den Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer in denen mittlere Wartezeiten von 19,9 Wochen erwähnt werden. Ein Besucher äußerte „Hab ewig keinen Termin bekommen“ (A170772, Anhang 5). Da keine konkreten Zeitangaben gemacht wurden, lässt sich

nicht feststellen, ob die Untersuchungsgruppe tatsächlich länger als der Durchschnitt warten musste.

Neben dem Gefühl nicht ernst genommen zu werden, wurden hier zum ersten Mal eindeutige Aussagen bzgl. fehlender Niedrigschwelligkeit bzw. erschwerten Zugangs zum Versorgungssystem getätigt. Der Wunsch nach Niedrigschwelligkeit scheint somit vorhanden zu sein. Dieser Wunsch wurde mit der Beantwortung der restlichen Fragen verstärkt geäußert. So haben 18 von 20 Befragten bejaht, dass sie einen Therapieplatz in Anspruch nehmen würden, wenn dieser Vorgang vollkommen unproblematisch wäre. An dieser Stelle soll jedoch festgehalten werden, dass die zwei Personen, welche diese Frage verneinten, bereits auf die Frage, ob sie gerne mit den Mitarbeiter*innen des Hilfspunktes sprechen würden, mit „Nein“ antworteten. Hierbei ist davon auszugehen, dass bei diesen Personen allgemein kein Gesprächsbedarf besteht. Die gesamte Untersuchungsgruppe war der Meinung, dass eine entsprechend niedrigschwellige Einrichtung in Hamburg nicht existiert, d.h. trotz der bereits bestehenden niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen scheint es, dass sich die Zielgruppe dennoch nicht entsprechend versorgt fühlt. Die Befragten wünschen sich eine Einrichtung mit vereinfachtem Zugang, d.h. z.B. Anonymität und die Behandlung ohne bestimmte Papiere, wozu unter anderem Konsiliarberichte oder Überweisungsscheine zählen.

5 Diskussion

Anhand der Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten der durchgeführten Studie, lässt sich ein eindeutiger Bedarf an niedrigschwelliger psychotherapeutischer Beratung und Therapie bei Menschen in prekären Lebensverhältnissen feststellen.

Die zuvor aufgestellte Hypothese, dass dies von der Untersuchungsgruppe gewünscht wird, konnte bestätigt werden. Ebenfalls konnte ermittelt werden, dass die untersuchten Personen sich bei der Suche nach psychotherapeutischer Behandlung diskriminiert fühlen. Somit stimmen die Erwartungen an diese Arbeit mit den Ergebnissen überein.

Bereits durch das Literaturstudium konnte festgestellt werden, dass Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit bestehen, vor allem zwischen wohnungslosen Menschen und der psychischen Gesundheit. So ergaben sowohl die *Fichten-Studien* als auch die *SEEWOLF-Studie*, dass wohnungslose Menschen eine erhöhte

Lebenszeitprävalenz aufweisen, an einer psychischen Störung zu erkranken. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch bereits bestehende Modelle und Perspektiven der Gesundheit. Zu den Determinanten von Gesundheit gehören z.B. die Wohnsituation, Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit und Bildung. Werden diese Faktoren negativ beeinflusst, führt dies zu einer direkten negativen Beeinflussung der eigenen Gesundheit (Hurrelmann & Richter, 2018).

Ähnlich wirken sich verschiedene Faktoren auf die psychische Gesundheit aus. Die WHO zählt zu diesen Faktoren z.B. den sozioökonomischen Status, den Zugang zu Basiseinrichtungen sowie die Chance auf Bildung und Arbeit. Sind diese Aspekte nicht gegeben, wirkt sich dies nachteilig auf das psychische Wohlbefinden aus. Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist somit klar bestätigt. Die Ergebnisse, welche durch diese Studie ermittelt wurden, decken sich in vielen Punkten mit bereits bestehender Forschung. Die Validität der Forschung wird somit als belegt bewertet. Es ist jedoch anzumerken, dass besagte Forschung zu großen Teilen an ausschließlich wohnungslosen Menschen orientiert ist. Eine Studie, welche explizit für Menschen in prekären Lebenssituationen durchgeführt wurde, konnte nicht gefunden werden. Diese Personengruppe sollte jedoch nicht vernachlässigt werden. Ziel der Gesundheitswissenschaften ist es u.a. präventiv zu handeln. So besagen die Ergebnisse der *SEEWOLF-Studie*, dass psychische Erkrankungen ein wesentlicher Faktor für den Eintritt der Wohnungslosigkeit sind. Würde also bereits bei Personen, welche von Wohnungslosigkeit bedroht oder in einer allgemeinen prekären Lebenslage sind, angesetzt werden, könnten die Zahlen der wohnungslosen, psychisch erkrankten Menschen vermindert werden.

Durch eine eventuelle Senkung der Zahlen der psychisch belasteten Personen in prekären Lebenslagen durch entsprechende Hilfsangebote und Versorgungsstrukturen, würde eine Senkung der Gesundheitskosten damit einhergehen. Die Europäische Kommission hat im Jahr 2018 veröffentlicht, dass sich die Gesamtkosten, welche infolge von psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung entstehen, auf ca. 147 Milliarden € belaufen. Diese Summe führt zu einem Anteil von 4,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und bildet einen somit nicht zu vernachlässigenden Aspekt (Europäische Kommission, 2018).

Des Weiteren lässt sich festhalten, dass obwohl der Zusammenhang zwischen wohnungslosen Menschen und psychischen Erkrankungen bereits im großen Ausmaß erforscht zu sein scheint, nicht genügend Versorgungsstrukturen etabliert sind.

Sowohl die Ergebnisse dieser Studie als auch die Ergebnisse vorangegangener Studien weisen darauf hin, dass die Zielgruppe einen verstärkten Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung aufweist, jedoch fehlen entsprechende Einrichtungen, welche diesen Bedarf decken sollten. Die in Hamburg angebotenen Versorgungsstrukturen zur psychischen Gesundheit bieten einmal wöchentlich in einem Zeitraum von zwei Stunden seelische Beratung an. Unter Anbetracht der Tatsache, dass Patient*innen bereits durchschnittlich 19,9 Wochen auf einen Therapieplatz in der Regelversorgung warten, lässt sich vermuten, dass zwei Angebote in einer Großstadt nicht ausreichend für die Bedarfsdeckung sind (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Um mehr über die bestehenden Angebote in Hamburg zu erfahren, hat die Autorin Interview-Anfragen an die jeweiligen Einrichtungen geschickt, jedoch blieben diese unbeantwortet, welches eine erste Limitation dieser Arbeit darstellte.

Um repräsentative Ergebnisse für Hamburg zu erhalten, müssten Studien in mehreren Essensausgabestellen sowie Treffpunkten für Menschen in prekären Lebenslagen durchgeführt werden. Durch limitierte Ressourcen war es für diese Arbeit lediglich möglich zwei dieser Treffpunkte aufzusuchen und auch nur eine begrenzte Anzahl von Besucher*innen zu befragen. Wünschenswert wäre es gewesen, diese Studie großflächiger durchzuführen, um entsprechende Ergebnisse zu erhalten.

Ebenfalls ist festzuhalten, dass die Ergebnisse dieser Studie zu großen Teilen auf eigenen Aussagen der befragten Personen basieren. So wird davon ausgegangen, dass die untersuchten Personen wahrheitsgemäß berichtet haben, jedoch kann dies nicht garantiert werden. Wie bereits erwähnt, lässt sich vermuten, dass die Ergebnisse sich weiterhin mit bereits bestehender Literatur decken, jedoch muss die Möglichkeit, dass Übertreibungen oder Verwechslungen geäußert wurden, in Betracht gezogen werden.

Im Folgenden soll ein möglicher Ausblick geschaffen werden, wie diese Ergebnisse Anwendung finden könnten.

Diese Bedarfsermittlung und die damit einhergehenden Ergebnisse könnten genutzt werden, um fehlende Einrichtungen zu etablieren, da solch eine Einrichtung in Hamburg nicht bestehen zu scheint. Eine mögliche Versorgungsstruktur, angelehnt an das

Mainzer-Modell, wäre eine mobile psychische Versorgung, ganz nach dem Prinzip „[...]kommt der Arzt zum Patienten“ (Trabert, 2006). Eine flächendeckende Versorgung wäre durch den Einsatz mehrerer Fahrzeuge und Therapeut*innen und Berater*innen gewährleistet. Jedoch scheint die Etablierung fester Praxisräume unumgänglich um den Bedarf der Betroffenen zu decken. Wie anhand der Äußerungen in den Interviews festgestellt werden konnte, wünschen sich die Untersuchten Praxisräume, in welchen sie sich wohlfühlen und frei über ihre Probleme sprechen können. Die Einrichtung einer gängigen Praxis zur Psychotherapie scheint für die Zielgruppe jedoch nicht ausreichend oder angemessen zu sein, da solche Praxen bereits bestehen und dennoch nicht von dieser Personengruppe aufgesucht werden. Es muss sich an dem Faktor der Niedrigschwelligkeit und einem allgemein vereinfachten Zugang orientiert werden. Diese Personengruppe wird von der Regelversorgung nicht ausreichend erreicht oder findet selbst keinen Zugang zu dieser. Hier muss somit überlegt werden, welche Barrieren abgeschafft werden können, um diesen Zugang für die Zielgruppe zu ermöglichen. Des Weiteren scheinen lediglich die Therapie und die Beratung nicht auszureichen, stattdessen wird sich Hilfe und Betreuung gewünscht, welche über die Psychotherapie hinausgeht. Auch hier müssen entsprechende Überlegungen und Möglichkeiten erforscht werden. An dieser Stelle soll die Vorstellung der „Wunschpraxis“ der befragten Personen jedoch auch realistisch betrachtet werden; so wird es sich schwierig gestalten eine Einrichtung zu etablieren, welche alle gewünschten Faktoren (Therapie/Beratung, Wohnräume, Betreuung usw.) berücksichtigen kann. Viel mehr werden hier mehrere Ebenen angesprochen, welche entsprechend etabliert werden müssten, z.B. in Form eines Versorgungszentrums statt einer einzelnen Praxis, welche diese Anforderungen erfüllen soll. Eine vergleichbare Einrichtung ist z.B. die Jenny de la Torre Stiftung in Berlin. Das dort aufgebaute Gesundheitszentrum bietet zahlreiche medizinische Fachrichtungen zur Versorgung, darunter auch psychologische Beratung und Betreuung für obdachlose Menschen an. Die Stiftung beschreibt ihr Anliegen auf der eigenen Website wie folgt: „Neben der Betreuung und der Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist die Hilfe zur Vorbeugung von Obdachlosigkeit bedrohter Menschen oder sie vor erneuter Obdachlosigkeit zu bewahren, ein besonderes Anliegen der Stiftung“ (Jenny de la Torre Stiftung, n.d.). Die Behandlung vor Ort erfolgt unbürokratisch, d.h. mit wenig Hürden für die Patient*innen (ebd., n.d.).

Es lässt sich zusammenfassen, dass sowohl ambulante Versorgungsstrukturen als auch eine erweiterte Praxisversorgung einen möglichen Ausblick für dieses Problem

darstellen. Für den Verein *Hilfspunkt* sind die Ergebnisse dieser Arbeit von großem Interesse und werden dementsprechend für zukünftige Projekte genutzt.

6 Fazit

In dieser Arbeit wurde eine Bedarfsermittlung zu niedrigschwelliger psychotherapeutischer Therapie und Beratung für Menschen in prekären Lebensverhältnissen durchgeführt. Beide zuvor aufgestellten Hypothesen, dass Niedrigschwelligkeit gewünscht ist und, dass diskriminierende Erfahrungen bei der Suche nach Psychotherapie gemacht wurden, konnten bestätigt werden.

Durch die Literaturrecherche ist aufgefallen, dass sich Studien dieser Themenbereiche fast ausschließlich mit wohnungslosen Menschen beschäftigen und die Personengruppe aus prekären Lebenssituationen so nicht im gleichen Ausmaß untersucht wurde. Diese Studie hat jedoch gezeigt, dass nicht nur wohnungslose Personen unter psychischen Belastungen leiden, sondern auch jene, welche in einer prekären Lebenslage sind, d.h. gesellschaftlich diskriminiert werden und unter dem gesellschaftlichen Standard leben.

Obwohl bereits der Bedarf an niedrigschwelliger Psychotherapie bei Wohnungslosen anhand diverser Studien ermittelt wurde, sind entsprechende Einrichtungen nur zu geringen Zahlen aufzufinden. Der Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten in der Regelversorgung war für die Untersuchungsgruppe nur bedingt möglich, da es u.a. an Niedrigschwelligkeit mangelte, d.h. die Hürden zu hoch waren. Des Weiteren gehen die Wünsche der befragten Personen über die regulären Angebote einer Praxis zur Psychotherapie hinaus.

Aufgrund dessen und der bereits aufgezählten Limitationen, wie, dass lediglich eine Stichprobe von 20 Personen innerhalb eines Vereins befragt werden konnte, besteht weiterhin Forschungsbedarf, welcher über die Zielgruppe der wohnungslosen Menschen hinaus forscht. So bieten sich Forschungen an, welche einen Stadtteil oder eine gesamte Stadt berücksichtigen, um für die Zielgruppe angepasste Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

Im Sinne der Gesundheitswissenschaften zeigt sich auch anhand dieser Arbeit, dass Prävention ein wichtiger Faktor in der Gesundheitsversorgung ist. Durch das

Literaturstudium, wie auch durch die Ergebnisse der Befragungen, konnte festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit sowie zwischen einer niedrigeren Bildung und Gesundheit besteht.

Abschließend ist festzuhalten, dass ein sehr hoher Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten besteht, welcher umgehend gedeckt werden muss. Weitere Forschungsansätze mit größeren Stichproben und einer erweiterten Zielgruppen-Definition, bei der nicht ausschließlich wohnungslose Menschen berücksichtigt werden, sind empfehlenswert. Entsprechende Versorgungsstrukturen sind notwendig und es bedarf weiterer Ansätze und Ideen solche zu entwickeln und an die Zielgruppe heranzutragen, um eine Bedarfsdeckung zu gewährleisten.

7 Literaturverzeichnis

- BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (2011). *Position. Wohnungsnotfalldefinition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.*
- Bäumli, J., Baur, B., Brönner, M., Pitschel-Waltz, G., Jahn, T. (2017). *Die SEE-WOLF*-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen*. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.
- Beck, M. & Vogel, S. (2015). *Jenseits der Prekarität. Materialien für politische Bildung und linke Politik*. Hrsg.: Rosa-Luxemburg-Stiftung: Berlin.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2016). *Resilienz und Schutzfaktoren*. Abgerufen 10.10.20 von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/resilienz-und-schutzfaktoren/>
- Berger, M. & Rintelen, H. (2019). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 6. Aufl. Urban und Fischer Verlag. Elsevier GmbH.
- BKK Dachverband (2018). *Wichtigste Krankheitsarten für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland im Jahr 2018 (AU-Tage je 100 Versicherte)*.
- Blättner B. (2007). *Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis*. Springer Medizin Verlag.

BMG (2020). *Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt.*

Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG: Frankfurt am Main.

Bundespsychotherapeutenkammer (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018.*

Caritas Hamburg (n.d.). *Arztpraxis/Schwerpunktpraxis*. Abgerufen 13.10.20, von <https://www.caritas-hamburg.de/hilfe-und-beratung/arme-und-obdachlose/arztpraxis/arztpraxis>

Castel, R. & Dörre, K. (2009). *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Campus Verlag.

Dahlgren G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies: Stockholm.

DGPPN (2018). *Dossier – Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung*. Eine Publikation der DGPPN: Berlin.

DIMDI (2017). Kapitel V. *Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)*. Abgerufen 13.10.20, von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/chapter-v.htm>

Dörre, K. (2017). Prekarität. In Hirsch-Kreinsen, H. & Minssen, H. (Hrsg.), *Lexikon der Arbeits- und Industriosozilogie* (2. Aufl., S.258-262) Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.

Duden (n.d. a). „prekär“ auf Duden online. Abgerufen 17.10.20 von <https://www.duden.de/node/156821/revision/156857>

Duden (n.d. b). „Prekarität“ auf Duden online. Abgerufen 17.10.20 von <https://www.duden.de/node/114450/revision/114486>

Europäische Kommission (2018). *Health at glance: Europe 2018*. Abgerufen 28.10.20 von https://ec.europa.eu/health/state/glance_de

Fördern und Wohnen (n.d.). *Beratung zu seelischer Gesundheit*. Abgerufen 13.10.20, von <https://www.foerdernundwohnen.de/begleitung/beratung/>.

Franzkowiak, P. (2018a). *Biomedizinische Perspektive*. Abgerufen 10.10.20, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>

Franzkowiak, P. (2018b). *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*. Abgerufen 10.10.20, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits-krankheits-kontinuum/>

Franzkowiak, P. (2018c). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. Abgerufen 10.10.20, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikofaktoren-und-risikofaktorenmodell/>

Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2018). *Gesundheit*. Abgerufen 10.10.20, von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>

Gniewosz, B. (2011). *Testverfahren*. In Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C., Gniewosz, B. (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden* (S.67-76). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien: Wiesbaden GmbH 2011.

Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*, 8. Aufl., Beltz Juventa: Weinheim Basel

Hurrelmann K, Richter M (2018). *Determinanten von Gesundheit*. Abgerufen 10.10.20 , von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/bio-medizinische-perspektive/>

Huster, E. & Schütte, J. (2015). *Empirische Befunde und Korrelationen bei Bildungs- und Gesundheitsrisiken*. In Wendler M. & Huster, E. (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit. Grundlagen zur Selbstwirksamkeitserfahrung der Persönlichkeitsbildung* (S. 35.49). Springer Fachmedien: Wiesbaden.

IBM SPSS Statistics (n.d.). Abgerufen 18.10.20 von <https://www.ibm.com/de-de/analytics/spss-statistics-software>

Ipsos (2018). *Global views on healthcare in 2018*.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zu Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“* (DEGS1-MH). Hrsg.: Nervenarzt.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2016). *Erratum zu: psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zu Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit* (DEGS1-MH). Hrsg.: Nervenarzt.

Jenny de la Torre Stiftung (n.d.). Abgerufen 25.10.10 von <http://www.delatorre-stiftung.de/>

Kaduskiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J., van der Leeden, C.: *The medical treatment of homeless people*. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 673-9. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0673.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). *Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Honorarbericht nach §87c SGB V 1. Quartal 2013 bis 4. Quartal 2018; Stand Januar 2020*.

Klenner, C., Pfahl, S., Neukirch, S., Weißler-Poßberg, D. (2011). *Prekarisierung im Lebenszusammenhang – Bewegung in den Geschlechterarrangements?*. Hrsg.: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut.

Lampert, T. & Kroll, LE. (2010). *Armut und Gesundheit*. Hrsg. Robert-Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 5/2010.

Lieb, K., Frauenknecht, S., Brunnhuber, S. (2012). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. 7. Aufl. Urban und Fischer Verlag. Elsevier GmbH München.

MAXQDA (n.d.). Abgerufen 18.10.20 von <https://www.maxqda.de/>

Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In Baur, N., Blasius, J. Handbuch *Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543-558). Springer Fachmedien: Wiesbaden.

Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. (2014). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*.

OWID (2019). *Weltweite Anzahl an Betroffenen ausgewählter psychischer Erkrankungen und Substanzmissbrauch im Jahr 2017*.

Rädiker, S., Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video*. Springer Fachmedien: Wiesbaden.

Renner, K., Jacob, N. (2020). *Das Interview. Grundlagen und Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Springer-Verlag GmbH Deutschland: Berlin.

RKI (n.d.). *Psychische Gesundheit*. Abgerufen 22.10.20, von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html

RKI (2020) *Psychische Gesundheit und psychische Störungen*. Abgerufen 22.10.20, von [https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische Gesundheit/Psychische Gesundheit node.html](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html)

Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ozak, M., Gutwinski, S.: *The prevalence of mental illness in homeless people in Germany – a systematic review and meta-analysis*. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 665-72. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0665.

Stadt Hamburg (n.d.). *Krankenhilfe für Obdachlose. Ärztliche Versorgung*. Abgerufen 13.10.20, von <https://www.hamburg.de/obdachlosigkeit/895384/krankenhilfe-obdachlose/>

Statistisches Bundesamt (2018). *Statistisches Jahrbuch 2018: Kapitel 4 Gesundheit*.

Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Huber Verlag: Bern.

Sulz, S., Grethe, C. (2005). *Die VDS90-Symptomliste-Eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement?*.

Techniker Krankenkasse (n.d.). *Welche psychotherapeutischen Behandlungsarten zahlt die TK?*. Abgerufen 22.10.20, von <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/weitere-leistungen/faq-psychotherapie/welche-psychotherapeutischen-behandlungenarten-zahlt-tk-2005916>

Trabert, G. (2006). *Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen*. Mainz.

WHO (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*.

Wippermann, C., Arnold, N., Möller-Slawinski, H., Borchard, M., Marx, P. (2011). *Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem. VS Verlag für Sozialwissenschaften*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011.

Wittchen, H., Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2. Aufl. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.

8 Anhang

Anhang 1 – Leitfaden und Einverständniserklärung

I. Äußere Kriterien

- a. Code zur Person (z.B. I23091995)
- b. Geschlecht
 männlich weiblich divers
- c. Schulbildung
 Sonderschule kein Abschluss Hauptschule Realschule
 Abitur Beruf Hochschule
- d. Harz IV seit _____?
- e. Wohnsituation?
 Wohnungslosigkeit von Wohnungslosigkeit bedroht
 in öffentlicher Unterkunft
 Untergekommen bei _____
 Zimmer Zimmer im Hotel eigene Wohnung
 Sonstiges _____

II. Interview Fragen

1. Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

2. Was ist für Sie sehr wichtig:

- Essen
- Geselligkeit
- Gespräche

3. Würden Sie sich mehr Gespräche mit den Ehrenamtlichen/Personal wünschen?

- ja
- nein
- weiß nicht

4. Wenn eine Helferin Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gern mit ihr sprechen?

5. Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Probleme/Sorgen haben?

- Ja
- Nein
- weiß nicht

Wenn Ja, welche? _____

6. Können Sie mir über Ihre Probleme erzählen?

7. Würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

8. Haben Sie schon einmal versucht, professionelle Hilfe (Psychologe, Psychiater, Lebensberatungsstelle) zu bekommen?

- ja
 nein

Wenn ja, welche?

9. Welche Erfahrungen haben Sie bei der Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe gemacht?

10. Haben Sie sich bei der Suche nach Behandlung diskriminiert gefühlt?

- ja
 nein

Wenn ja, welche?

11. Wenn es eine Möglichkeit gäbe, völlig unproblematisch einen Termin für eine psychologische Therapie/Beratung zu bekommen, würden Sie gerne eine solche in Anspruch nehmen?

- ja
 nein
 weiß nicht

12. Glauben Sie, dass eine entsprechende Einrichtung für Menschen in ihrer oder einer ähnlichen Lebenssituation in Hamburg fehlt?

- ja
 nein
 weiß nicht

13. Wie sähe eine optimale Einrichtung für die psychische Versorgung von Wohnungslosen und Bedürftigen Menschen in Hamburg aus?

III. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden an der Untersuchung

*„Ermittlung eines Bedarfs zu niedrigschwelliger psychotherapeutischer
Therapie/Beratung“*

teilzunehmen. Die Befragung findet ausschließlich zum Zwecke der
Erstellung der Bachelorarbeit von Franka Franz an der HAW Bergedorf
statt. Meine Daten dürfen zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymer
Form analysiert und ausgewertet werden.

Hamburg, den

Unterschrift

|

Anhang 2 – VDS90

Fragebogen

Screenshot vom VDS90-Fragebogen zum Beantworten für Ihren Patienten.

Verhaltensdiagnostik-System - Symptomliste (VDS90)	192AF0F9C2			
In den letzten 7 Tagen ging es mir so/fühlte/reagierte/dachte ich so:	nicht	leicht	mittel	stark/schwer ausgeprägt
Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich gibt – oder dass über mich geredet wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, abgehört zu werden, z. B. mit Strahlen oder anderer Technik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes wird extra für mich gemacht, vielleicht, um mir auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin anhaltend extrem eifersüchtig, ohne daß es nach Ansicht von Menschen, denen ich normalerweise vertraue, einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich höre Stimmen, obwohl niemand sichtbar ist (z. B. Stimmen, die mein Verhalten kommentieren, miteinander über mich sprechen, mir drohen, mir befehlen, etwas zu tun)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass mir meine Gedanken von außen entzogen werden oder sich ausbreiten oder laut werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine auffallend gute Stimmung wie kaum in meinem Leben, so dass es für meine Umwelt anstrengend ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir kommen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so daß ich kaum den einen Gedanken zu Ende denken kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leiste oder kann so viel wie kaum ein anderer Mensch. Ich bin sehr bedeutend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mehr Energie und Unternehmungsgest als zu meinen besten Zeiten, meine Energie ist grenzenlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin pausenlos aktiv, fast ruhelos, springe dabei oft zum nächsten Vorhaben, bevor ich das alte beendet habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vergesse viel mehr als früher. Ich habe große Gedächtnislücken. Mir fällt es extrem schwer, mich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Konzentrationsfähigkeit hat deutlich nachgelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich bedrückt, traurig und niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Hoffnung verloren bzw. habe nur wenig Hoffnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin unwert, weniger wert als andere Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich erschöpfen Tätigkeiten des normalen Alltags viel schneller als früher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Interesse an vielen Dingen verloren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir wiederholt Vorwürfe, mich quälen diese Vorwürfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, mich schuldig gemacht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich innerlich unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Denken geht langsamer und schwerer voran als früher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst davor, was die Zukunft bringen wird bzw. daß ich alles nicht schaffen werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z. B. morgens oder abends)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe manchmal konkret vor, mir das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe plötzliche Angstattacken, unabhängig von einer spezifischen Situation, ist nicht vorhersehbar, unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind oder auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor Reisen, die mich weit von zu Hause wegführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, in öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, mich peinlich zu verhalten, mich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden, zu erröten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor bestimmten Tieren wie Hunden, Katzen, Pferden, Vögeln, Insekten, Schlangen oder anderen, vor Naturgewalten wie Donner, Blitz, Sturm, Wasser, vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt oder Ähnlichem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, daß ich die Kontrolle über mich verliere oder ohnmächtig werde oder verrückt werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vermeide, so oft es geht, Angstsituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich unwirklich, fremd, kein Mensch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir erscheint die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mißtrauisch, entdecke gegen mich gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne mich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter nächtlichem Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung bzw. leide unter Alpträumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe immer in der gleichen Reihenfolge ablaufende ritualhafte Reaktionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Verhaltensstörungen, wie drangvoll-zwanghaftes Stehen, Spielen, Zündeln, Haareausreißen, Kratzen, Ausquetschen der Talgdrüsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können (motorischer Tic)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Sprechstörungen in Form von Stottern oder Poltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich reagiere gereizter, wütender, zorniger, sarkastischer als früher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggressive Ausbrüche, Handgreiflichkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verletze mich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich suche weniger nach sexuellen Reizen, denke weniger an Sexualität, habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Zwangsgedanken, zwanghaftem Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken zu müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Zwangsimpulsen (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Zwangshandlungen (Ordnen, Waschen oder Putzen/Reinigen, Kontrollieren als magisches Wiederholen/Zählen – nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z. B. damit nichts schlimmes geschieht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich trinke sehr oft oder regelmäßig mehr Alkohol oder über längere Zeit als beabsichtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muss einfach trinken, kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme häufig oder regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Suchtmittel ein (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC, Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien, Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol, Kokain (Speedball, Crack, Freebase), Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Ecstasy, PCP, Angel Dust, andere, z. B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muß es einfach nehmen, bin abhängig davon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich zu lange mein Suchtmittel nicht genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme des Suchtmittels verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Gier nach Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich faste so sehr, dass ich in den letzten acht Wochen 2 Kg oder mehr abgenommen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Freßanfällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich führe häufig absichtlich Erbrechen herbei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich halte streng kalorienarme Diät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich sehe im Spiegel meinen Körper zu dick, obwohl ich nach Tabelle Untergewicht oder Idealgewicht habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe große Angst vor Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Gedankenkreisen um Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne oder andere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter chronischen oder häufigen Schmerzen in anderen Körperbereichen und nehme Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe immer wieder körperliche Beschwerden, die mich sehr beeinträchtigen und beunruhigen, so dass ich häufig zum Arzt gehe, während bei medizinischen Untersuchungen keine bedeutsame Krankheit gefunden wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Schweißausbrüchen (heiß oder kalt) oder Mundtrockenheit oder Hitzewallungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Hautbeschwerden wie Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen, empfindlicher Haut, Farbänderungen, Kribbelgefühl, Taubheit der Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Herz-Kreislauf-Beschwerden wie verstärkte Herzschläge, Schmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, spürbares Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich habe Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane wie Atemnot ohne körperliche Anstrengung, Erkältungserscheinungen ohne Erkältung, übermäßiges Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Beschwerden im Magen-Darm-Bereich wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchweh, Blähungen, Völlegefühl, häufigen Stuhlgang, Durchfall, Speisunverträglichkeit, Verstopfung, Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch, Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter unangenehmen Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane, Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen, häufigem Hamdrang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter starken gynäkologischen Beschwerden wie starken Regelblutungen, schmerzhafter bzw. unregelmäßiger Menstruation, Schmerz beim Geschlechtsverkehr, ungewöhnlichem oder verstärktem Vaginalausfluss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Knochen- oder Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Muskelverspannungen oder Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die keine organische Ursache gefunden wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Störungen der Sinnesorgane (Sehvermögen, Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Verlust wichtiger Funktionen (Schluckbeschwerden, Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinns, Taubheit, Verlust der Stimme, Flüsterstimme, Ohnmachtszuständen, psychogenen Krampfanfällen, Hamverhaltung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei mir kommt es zu zielgerichtetem Weggehen, ohne dass ich mich später daran erinnern kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es passiert mir, dass ich zu unterschiedlichen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten bin, evtl. völlig andere Charaktere haben, evtl. auch andere Stimme und andere Art, sich zu bewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es geschieht immer wieder, dass ich Beschwerden habe, die mir große Angst vor einer schweren Krankheit machen, dass die Ärzte bei medizinischen Untersuchungen nichts finden und die Symptome allmählich wieder nachlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter einem Schönheitsfehler, der mich sehr quält, obwohl andere das nicht bestätigen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe ein schreckliches Erlebnis hinter mir (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. Ä.), und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschießende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die mich bis heute verfolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Geschlecht ist:	männlich		weiblich	
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

Anhang 3 Kategorien-System

Ober-Code	Unter-Code	Definition	Beispiel
Treffpunkt	Treffpunkt_Verpflegung/Unterkunft	A e Äußerungen, we che nha t ch von der Verpflegung oder Unterbr n gung hande n	A130553: „Um zu essen. We d e Rente re cht n cht für Essen. Zum ndest n cht für gutes Essen oder Rege mä ß ges.“
	Treffpunkt_Gese schaft	A e Äußerungen, we che nha t ch von der Gese schaft anderer han de n	A170772: „Und für d e Gese schaft und d e Leute, d e ch h er Kenne. Kenne ja m tt erwe e auch schon d e He fer h er, so Lange komme ch schon.“
	Treffpunkt_F nanz e e Gründe	..., we che von f nanz e e Gründen hande n	A01021960: „Ich hab n cht genug Ge d. D e f nanz e en M tte re chen h nten und vorne n cht“
Psychische Sorgen	Psych sche Sorgen_F nanz e	..., we che von f nanz e e Gründen hande n	L230565: „Ge dsorgen hab ch auch. Grunds cherung st auch e n Prob em.“
	Psych sche Sorgen_Pr vat/Fam är	..., we che von fam ären oder pr va ten Gründen hande n	H140146: „Hab kaum H fe n me nem Pr vat eben. Ich suche Jemand G e chgeste ten.“
Psychische Probleme	Psych sche Prob eme_Ängste	A e Äußerungen, we che exp z t den Begr ff „Ängste“ oder „Angst“ be nha ten	„Menschenmengen mag ch grundsätz ch n cht. Und Notunterkünfte s nd (...) n cht me n D ng. D e Angst überfa en (...) zu werden st quas mmer präsent.“ (M041069)
	Psych sche Prob eme_Traumata	A e Äußerungen, we che exp z t d e Begr ffe „Trauma“ oder „PTBS“ be n ha ten oder von traumatischen Er e gn ssen hande n	„Kann man ha t trotzdem n cht e nfach so vergessen. Deswegen das Trauma. Hatte dama s n cht so r cht g jemanden, m t dem ch (...) reden konnte.“ (A170772)
	Psych sche Prob eme_Depress onen	A e Äußerungen, we che exp z t d e Begr ffe „Depress onen“ oder „de press v“ be nha ten oder wo besagte Störung vermutet w rd	„B n m r n cht ganz s cher. War n e be e nem Psycho ogen aber könnte n R chtung Depress onen gehen“ (M070764)
	Psych sche Prob eme_Sucht	A e Äußerungen, we che exp z t d e Begr ffe „Sucht“ oder e ne Aufzäh ung von Stoffen, we che krankhaft konsum ert werden, be nha ten	I281174: „Suchtprob eme be Ch orofom, Oxyc odon (...)“.
Psychotherapie	Pos t ve Erfahrungen	A e neutra en oder pos t ven Erfah rungen, d.h. Aussch usskr ter um s nd nur exp z t a s negat v geäu ßerte Erfahrungen	„Zwe Wochen war ch n Therap e (...). War gut. Hat m r gehö fen. Hatte e n Bett zum Sch afen. War da auch noch krankenvers chert“ (R170480).
	Negat ve Erfahrungen	Negat ve Erfahrungen, z.B. durch entsprechende Adjekt ve oder d e Äußerung, dass ke n W ederho ungsbedarf besteht	„Ganz ganz sch echt (...). G ng g auß ch b sschen änger a s e n Jahr dann hab ch abgebrochen“ (A170772).
Diskriminie rung	N cht ernst genommen gefüh t	A e Äußerungen, we che davon hande n, dass d e Befragten das Ge füh hatten n cht ernst genommen zu werden, unabhäng g vom (geg auß ten) Grund	„Wegen Wohnungs os gke t (...) wurde ch w e Dreck behande t (...). Ich b n mmer noch e n Mensch und ke n T er.“ (I281174).
	Langw er ge Term nvergabe	A e Äußerungen, n we chen geäu ßert wurde, dass ange auf e nen Term n gewartet wurde, dass man (unabhäng g vom Grund) ke nen Term n bekommen hat oder mmer noch auf e nen Term n wartet	„Kann m r n cht vorste en, dass andere auch so ange warten müssen. (...) man s eht m r nun 'ma an, dass ch n cht n 'ner „sch ck m ck“ Wohnung m t „sch ck m ck“ Kamotten ebe (...).“ (M041069).
	Feh ende Nedr gschwe gke t	A e Äußerungen, we che Hürden o der Barr eren aufzäh en, we che „angw er ge Term nvergabe“ oder „das Gefüh n cht ernst genommen zu werden“ be nha ten. Dazu zäh en z.B. feh ende Pap ere oder ke ne KV	„Oft wurde be der Anme dung nach Adressen gefragt und we ch ke ne sagen konnte, war dann p ötz ch w eder ke n Term n fre.“ (A170772).
Wunschpraxis	Wunsch nach zusätz chen Angebo ten	A e Wünsche, we che über d e gän g gen Angebote e ner Prax s zur Psychotherap e h nausgehen	„Es muss auf v e en Ebenen gearbe tet werden n cht nur auf e ner.“ (L230565).
	Persön che Ebene	A e Wünsche, we che auf persön cher Ebene beruhen, z.B. freund ches Persona	„Würde m r aber wünsche, dass da nette Menschen arbe ten (...) ,dass s e w rk ch bemüht s nd, e nem zu he fen.“ (M070764).
	Vere nfachter Zugang	A e Wünsche, we che den Zugang zur Psychotherap e vere nfachen, z.B. ke ner e Ausgrenzung	„So te ausnahms os für jeden zugäng ch se n“ (A071282).

Anhang 4

Zusammenfassung der Ergebnisse der VDS90-Symptomliste – Frauen
 Fünf befragte Frauen: wie viele jeweils welche Schwere des Syndroms haben.
 Besonders stark vertretene Syndrome sind hervorgehoben.

VDS90-Syndrom	Leichtes Syndrom	Mittleres Syndrom	Schweres Syndrom
Schizophrenie	2	1	-
Manie	2	-	-
Organische Syndrome	2	1	2
Depression	1	3	1
Angst	1	3	-
Depersonalisation	1	1	1
Derealisation	-	1	2
Misstrauen, Ambivalenz	1	1	1
Neurasthenie	-	2	3
Schlafstörungen	1	1	3
Pavor nocturnus	1	-	2
Verhaltensrituale	-	1	1
Verhaltensstörungen	-	1	-
Tics	-	-	2
Stottern, Poltern	-	-	-
Aggression	1	-	-
Sexualstörung	-	2	-
Zwang	2	1	-
Alkoholismus	1	-	-
Sucht	2	-	1
Essstörung	1	-	1
Schmerzstörung	1	2	1
Somatoforme Störung	2	3	-
Dissoziative Störung	4	-	-
Hypochondrie	1	3	1
Dysmorphobie	1	-	1
Posttraumatische Störung	-	2	3

Zusammenfassung der Ergebnisse der VDS90-Symptomliste – Männer
 Fünfzehn befragte Männer (bzw. 14; ein Bogen war fehlerhaft und konnte nicht ausgewertet werden): wie viele jeweils welche Schwere des Syndroms haben.
 Besonders stark vertretene Syndrome sind hervorgehoben.

VDS90-Syndrom	Leichtes Syndrom	Mittleres Syndrom	Schweres Syndrom
Schizophrenie	9	2	-
Manie	7	-	1
Organische Syndrome	3	3	5
Depression	8	3	-
Angst	6	1	-
Depersonalisation	2	3	-
Derealisation	1	3	1
Misstrauen, Ambivalenz	4	5	5
Neurasthenie	2	4	1
Schlafstörungen	4	2	2
Pavor nocturnus	6	1	-
Verhaltensrituale	2	2	1
Verhaltensstörungen	1	2	1
Tics	3	1	2
Stottern, Poltern	1	2	-
Aggression	8	-	-
Sexualstörung	-	1	-
Zwang	4	1	3
Alkoholismus	2	-	-
Sucht	2	-	1
Essstörung	3	-	1
Schmerzstörung	3	5	-
Somatoforme Störung	6	1	-
Dissoziative Störung	4	-	-
Hypochondrie	1	2	-
Dysmorphobie	1	1	1
Posttraumatische Störung	1	4	5

Anhang 5

F: Ve en Dank erstma dafür. A s nächstes möchte ch S e fragen: Warum suchen S e e ne Essensausgabe auf?

A17071972: Me n Ge d re cht n cht. A so zum ndest n cht mmer b s zum Ende des Monats. Und für d e Gese - schaft und d e Leute, d e ch h er kenne. Kenne ja m tt erwe e auch schon d e He fer h er, so ange komm ch schon.

F: Wenn e ne He fer_ n Ze t für S e hätte, worüber würden S e gerne m t Ihr sprechen?

A17071972: Über me ne Lebenss tuat on denk ch, und es st auch schön, wenn jemand e nem ma w rk ch zuhört und man s ch nett unterhä t. Und h er s nd ja a e ganz nett deswegen denk ch schon, dass ch m ch über das e n oder andere m t den He fern unterha ten wo en würde.

F: Okay, und s nd S e der Me nung, dass S e psych sche Sorgen haben, wenn ja, we che?

A17071972: Ja. Ehm grundsätz ch auf jeden Fa me ne Lebenss tuat on an s ch. Brauch ne Wohnung. Ich w ja n cht für mmer auf der Straße wohnen und n Notunterkünften sch afen. Das st ja auch ke n Leben. Aber für ne Wohnung braucht man Ge d und das hab ch nunma auch n cht. Wüsste gar n cht wo ch be den ganzen Sachen anfangen so .

F: S nd S e auch der Me nung, dass s e psych sche Prob eme haben, wenn ja, we che?

A17071972: Ja. Dama s hat m r e n Therapeut gesagt, dass ch depress v b n und Trauma hab. Das merk ch auch, a so das hätte ch auch se ber festste en können. Hab das auch mmer noch denk ch.

F: Wäre es okay für S e m r etwas mehr über Ihre Prob eme erzäh en?

A17071972: Unschönes Thema aber ja Vergewa t gung und M ssbrauch waren der Aus öser. Ist aber ange her. Kann man ha t trotzdem n cht e nfach so vergessen. Deswegen das Trauma. Hatte dama s n cht so r cht g jeman - den m t dem ch darüber reden konnte. War n cht e nfach.

F: Und würden S e gerne m t e nem Fachmann_ frau über Ihre Prob eme sprechen?

A17071972: Ja. Hab ch ja auch schon aber g aub n cht dass man das zu oft machen könnte.

F: Haben S e schon ma profess one e H fe n Anspruch genommen und wenn ja, we che?

A17071972: Ja. War aber ganz sch echt. Ganz ganz sch echt. War wegen me ner Depress onen da vor paar Jahren. G ng g aub ch b sschen änger a s e n Jahr dann hab ch abgebrochen.

F: Okay und we che Erfahrungen haben S e gemacht?

A17071972: war n cht gut. Hab erstma ew g gebraucht b s ch e nen Term n bekommen hab. Wurde mmer we - der abgeschoben obwoh ch krankens vers chert b n und w rk ch Prob eme hatte bzw mmer noch habe!

F: Haben S e s ch dort d skr m n ert gefüh t?

A17071972: Denke schon, dass das d skr m n erend war. Hab ew g ke nen Term n bekommen. Oft wurde be der Anme dung nach Adressen gefragt und we ch ke ne sagen konnte war dann p ötz ch w eder ke n Term n fre . W da n emandem was vorwerfen v e e cht haben das a e so schwer aber sch mm war das für m ch trotzdem.

F: We sähe e ne opt ma e E nr chtung für s e aus?

A17071972: Da muss ch passen ke ne Ahnung. Schne ere Term nvergabe wäre nett.

Anhang 6

F: (...) Okay das zu den Bas sdaten und nun zur ersten offenen Frage: Warum suchen S e e ne Essensausgabe auf?

G21061951: D e Rente re cht n cht aus, Lebensm tte s nd sehr teuer. Und zum Erfahrungsaustausch. H er g bt s ha t auch n cht so ne Spa tung der Gese schaft. Füh m ch h er woh .

F: Wenn e ne He fer_ n Ze t für S e hätte, worüber würden S e gerne sprechen?

G21061951: Hätte gerne, dass eine Sozialstation aufgebaut wird. Dann auch noch Persönliches. Ätliches und so. Aber auch persönliche Dinge. Fände auch politische Themen wichtig, wie Gerechtigkeit bzw. Ungerechtigkeit, Soziales. Auch Gesundheitliches.

F: Mhm, sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

G21061951: Ja. Hab paar Probleme mit nem Gerichtsverfahren. Werden nicht als vollwertiger Mensch angesehen. Bin halt auch verschüdt. Bin auch den Amtsrichter nicht gut zu sprechen.

F: Sind Sie der Meinung, dass sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

G21061951: Ja. Bin oft wütend und auch aggressiv. Depressionen sowieso. Die machen das alles nur noch schlimmer.

F: Würden Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen?

G21061951: War angeheulterlos. Also bin ich immer noch. Dann die Schunden. Bin hoch verschüdt. Hab keine Wohnung. Bin geschieden. Probleme mit dem Gesetz und dem Amtsrichter. Sie sehen schon, da kommt einiges zusammen. Bin sehr unzufrieden, wenn ich so drüber nachdenke.

F: Und würden Sie gerne mit einem Fachmann/frau über Ihre Probleme sprechen?

G21061951: Ja.

F: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

G21061951: Nein.

F: Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?

G21061951: hab keine Termine bekommen. Wollte gerne mal mit jemandem reden. Glaubt die haben meine Probleme nicht ernstgenommen. War auch keine Zeitangabe krankenkassent. Aber hätte das auch selbst bezahlt, verschüdt bin ich eh schon. Aber glaube, dass man eh schwerer Termine bekommt von daher.

F: Haben Sie sich dabei diskriminiert gefühlt?

G21061951: Ja. Davon rede ich ja die ganze Zeit. War halt verschüdt bis zum geht nicht mehr. Hab auch keine Nachweise gehabt, komme aus dem Osten. Hätte trotzdem gerne mal mit jemandem geredet. So ja hefen.

F: Okay verstehe. Und wie sähe dann die optimale Einrichtung für sie aus?

G21061951: Hauptsache Zeit und Verständnis. Der Rest ist nebensächlich.

Anhang 7

F: Okay dann machen wir weiter mit den offenen Fragen: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

N11091961: Für die sozialen Kontakte. Bin seit 1996 obdachlos. Kenne die meisten hier.

F: Wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit ihr sprechen?

N11091961: ja doch wenn sie Zeit hätte dann ja. Vertrauen ist wichtig. Aber deswegen ist sie sehr nett hier.

F: Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

N11091961: Ja. Obs meiner Familie gut geht sorgt mich oft. Hab mich vor Jahren mit meinem Vater zerstritten, würde gerne wissen, wie es ihm ergangen ist. Vieles geht er auch gar nicht mehr, keine Ahnung.

F: Denken Sie, dass sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

N11091961: weiß nicht. Vieles Depressionen, bisschen Suchtprobleme bei Alkohol. Wurde aber nie was festgestellt.

F: Würden Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen?

N11091961: -

F: Okay müssen Sie auch nicht. Ähm, würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

N11091961: Ja. Habe ich schon einen Anspruch genommen.

F: Haben Sie schon einmal eine professionelle Hilfe einen Anspruch genommen und wenn ja, welche?

N11091961: bin gerade dabei.

F: Okay und welche Erfahrungen haben Sie schon gemacht?

N11091961: Weiß noch nicht. Kann mir vorstellen, dass es schwierig ist, Vertrauen aufzubauen. Kenne den anderen ja gar nicht. Ne gewisse Hemmschwelle ist schon vorhanden.

F: Haben Sie sich dabei diskriminiert gefühlt?

N11091961: Ja. Bin schon bisschen auf der Suche. Werde immer heruntergeredet. Habe das Gefühl, dass ich nicht ernst genommen werde. Hatte früher mal Antidepressiva verschrieben bekommen und als die über waren, habe ich keine neuen bekommen. Das war ganz schlimm.

F: Okay danke für die Antwort. Dann jetzt zur letzten Frage: Wie sähe eine optimale Einrichtung aus?

N11091961: Wie ein verstärktes betreutes Wohnen wäre gut. Gibt da nicht so viele Möglichkeiten in Hamburg. Die Leute müssen aber auch mitmachen das ist das Ding. Die Umstellung von der Straße in eine Wohnung ist auch nicht so einfach wie es denken. Viele kommen damit nicht klar und gehen wieder auf die Straße. Denkt man nicht aber ist wirklich so.

Anhang 8

F: (...) lassen sie uns mit der ersten offenen Frage starten, damit ich Sie nicht unnötig angehalten muss: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

T03031966: Wegen der sozialen Kontakte. Und ich habe halt ab und zu mit. Mach das gerne

F: Wie schön und wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit mir sprechen?

T03031966: Über berufliche Perspektiven, aus der Obdachlosigkeit rauskommen, Gründe für Obdachlosigkeit. Gibt nämlich auch positive Aspekte an der Obdachlosigkeit. Ist nicht alles schlecht.

F: Und sind Sie der Auffassung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

T03031966: ja. Früher Suizid von meinem Vater. Bisschen Isolationschaden.

F: Das tut mir leid, mein Bedenken sei, dass Sie psychische Probleme haben und falls ja, welche?

T03031966: nein. Nur soziale Probleme. Habe eher Sorgen um meine Familie nicht so sehr um mich selbst.

F: Können Sie mir von Ihren Problemen erzählen?

T03031966: Ich würde gerne eine Familie gründen. Aber das ist halt nicht so einfach

F: Okay und würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über diese Probleme sprechen?

T03031966: Ja. Hatte schon Therapien. Ohne geht gar nicht. Man kann sowas nicht mit dem Nachbarn besprechen.

F: Also haben Sie, wenn ich das richtig verstanden habe schon einmal eine professionelle Hilfe einen Anspruch genommen. Darf ich fragen was das genau war?

T03031966: Ja. Arbeitsamt hatte mir eine Therapie verordnet. Musste eine Verhaltenstherapie machen, um mich selbst und andere zu schützen.

F: Und welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

T03031966: Man kann zwar zuhören, aber man muss es auch wollen. Man kann Menschen haben, die über Erkrankungen geredet und darüber wie man bei der Krankenkasse einen Zertifikat ist.

F: Haben Sie sich dabei diskriminiert gefühlt?

T03031966: Nein. Wurde 2006 ins UKE verwiesen. Danach kam ich in eine Fachklinik war also eine Rehabilitation. Dann hab ich sogar noch Ergotherapie bekommen, das fand ich richtig gut.

F: Okay und wie sähe eine optimale Einrichtung für Sie aus?

T03031966: Paragraph 10 Abs. 3 man hat das Recht auf eine Wohnung. Da muss natürlich noch überlegt werden, was überhaupt eine Wohnung ist, aber das ja auch schon wieder ein anderes Thema. Es ist halt essentiell. Man braucht diesen Rückzugsort, um Sachen zu verarbeiten und so. Natürlich auch für solche sexuelle Begegnungen. Sex auf der Straße ist für mich persönlich ein absolutes NOGO. Ist einfach ungesund. Vor allem für Frauen.

Anhang 9

F: (...) erst einmal nochmals Danke schön für seine Antworten. Ich starte jetzt mit der ersten offenen Frage: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

M07071964: Hab Gedanke und um nette Leute kennenzulernen.

F: Und wenn eine Heilerin Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit ihr sprechen?

M07071964: Meine eigenen Probleme denke ich. Auch gesundheitliche Fragen und ja hat persönlich. Denke das ergibt sich dann, wenn man im Gespräch ist.

F: Denken Sie, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

M07071964: Ja. Um meine Familie Sorge ich mich. Meine beiden sind auch vor ein paar Jahren gestorben und dass ich kein Geld habe macht das alles nicht leichter.

F: Sind Sie der Meinung, dass sie psychische Probleme haben und falls ja, welche?

M07071964: Ja. Bin mir nicht ganz sicher. War nie bei einem Psychologen aber könnte in Richtung Depressionen gehen. Hab auch oft irrationale Ängste.

F: Würden Sie mir kurz etwas mehr über Ihre Probleme erzählen?

M07071964: Kann mich nur wiederholen.

F: Würden Sie gerne mit einem Fachmann/Frau über Ihre Probleme sprechen?

M07071964: Ja.

F: Ähm.. Die nächste Frage: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

M07071964: Nein.

F: Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

M07071964: -

F: Haben Sie sich diskriminiert gefühlt?

M07071964: -

F: Na gut, Sie müssen auch nicht alle Fragen beantworten. Wie sähe eine optimale Einrichtung für Sie aus?

M07071964: Schwer zu sagen, da ich selber noch keine Therapie hatte. Würde mir aber wünschen, dass da nette Menschen arbeiten. Und, dass sie wirklich bemüht sind einem zu helfen.

Anhang 10

F: Dann möchte ich zunächst fragen, warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

J08111965: Hab meine Sozialhilfe schon ausgegeben.

F: Okay, und ähm, wenn eine Heilerin Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit ihr sprechen?

J08111965: we ß n cht.

F: Na gut und denken S e, dass S e psych sche Sorgen haben und fa s ja, we che?

J08111965: ja. Z.B. wann der nächste We tkr eg st, w es m t der Natur we tergeht. Das s nd so d e großen Sorgen. Ne Wohnung such ch auch.

F: Und g auben S e, dass s e psych sche Prob eme haben, fa s ja, we che?

J08111965: Ja. B n depress v. Hab v e verdrängt und das staut s ch dann ha t a es auf. Suchtprob eme hab ch auch. S nd mehrere Sachen, d e ch konsum ere.

F: Würden S e m r mehr über Ihre Prob eme erzäh en, fa s das okay st für s e?

J08111965: D e Depress onen nerven. Man kr egt n chts auf d e Re he. Verdränge dann noch mehr. Ist e n Teu fe skre s.

F: Würden S e gerne m t e nem Fachmann_frau über Ihre Prob eme sprechen?

J08111965: Ja.

F: Mhm okay und haben S e schon e nma profess one e H fe n Anspruch genommen und wenn ja, we che?

J08111965: Ja. War sogar n der gesch ossenen Psychotherap e vor e nem Jahr g aub ch. War aber davor schon mehrma s n Therap e. Fre he tsezug nach Landesrecht oder so.

F: We che Erfahrungen haben S e dort gemacht, wenn ch fragen darf?

J08111965: G ng a es gut sowet.

F: Haben S e s ch dabe d skr m n ert gefüh t?

J08111965: ne n. Hatte nur paar Prob eme, we ch m ch über d e Psycho ogen geste t habe. Sonst e gent ch n cht.

F: Oh okay. Und w e sähe e ne opt ma e E nr chtung für S e aus?

J08111965: Kompetentes Persona . So en s ch um jeden kümern, der da ha t auftaucht. Kann n cht jeder was für se ne S tuat on.

Anhang 11

F: So (Name der Besucher n) warum suchen S e e ne Essensausgabe auf?

I28111974: We d e Grunds cherung zu wen g st. N cht ausre chend. Und ch kenn d e Le ter n. S e war me ne Therapeut n.

F: St mmt. Und wenn e ne He fer_n Ze t für S e hätte, worüber würden S e auch gerne m t Ihr sprechen?

I28111974: Über A tagss tuat onen. Auch über persön che Prob eme. Ich brauche dr ngend H fe be Anträgen. We ß überhaupt n cht, was ch wo h nsch cken so .

F: Mhm und s nd S e der Me nung, dass S e psych sche Sorgen haben, wenn ja, we che?

I28111974: Ja. Hauptsäch ch Suchtprob eme. Auch Gew chtsprob eme...Bu m e, Esssucht.

F: Und w e s eht s aus: S nd S e der Me nung, dass s e psych sche Prob eme haben, wenn ja, we che?

I28111974: Ich zäh ma auf: Schwere Depress onen, Suchtprob eme be Ch oroform, Oxyc odon, Op ate, Schwerste Form der Bu m e, ke n norma es Essverha ten. G aub das wars.

F: Würden S e m r mehr über Ihre Prob eme erzäh en, wenn das n Ordnung für S e st?

I28111974: A es was ha t dam t e nhergeht. Kann n cht r cht g essen. W ch auch gar n cht. Das m t der Sucht geht ganz gut, m sche m r das me ste se bst zusammen. Hab da auch v e H fe.

F: Und würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

I28111974: Ja.

F: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

I28111974: Ja. Während Behandlung bei der Cheftherapeutin. Ganz angefangen von 2001-2018, wenn ich mich nicht rere.

F: Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

I28111974: Hab irgendwann eine Gerichtsaufgabe bekommen deswegen ging's. Wurde durch Zufall dann gefunden. Hab dann einen Termin bekommen, weil sie mich persönlich kannte.

F: Haben Sie sich dann dabei diskriminiert gefühlt?

I28111974: Ja. War davor in mehreren Kliniken. Wegen Wohnungslosigkeit und Buße wurde ich wie Dreck behandelt. So so ten keine Menschen behandelt werden. Ich bin immer noch ein Mensch und kein Tier. Wurde von vielen Therapeuten nicht ernstgenommen.

F: Okay jetzt die letzte offene Frage an Sie, danach ist es fast geschafft: Wäre es eine optimale Einrichtung aus?

I28111974: Dass man als Mensch gesehen wird. Die Ursache sollte herausgefunden werden nicht nur das Oberflächenche. Vieles auch ohne KV.

Anhang 12

F: Okay soweit erstmal Danke schön. Dann zum Hauptteil: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

M04101969: Weil nicht... Hat viele Gründe.

F: Und wenn eine Helfer_Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie sich gerne unterhalten?

M04101969: Des und Jenes. Was mir so durch den Kopf geht wenn es dann zu einem Gespräch kommt. Meistens frage ich, was es zu essen gibt haha. Aber ne quatsch wahrscheinlich auf Sma Tak Bas s

F: Okay verständlich. Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

M04101969: Ja. Die Obdachlosigkeit mit Angemessenem. In NU zu schaffen ist gruselig ganz ehrlich. Sie bist für einen erwachsenen Mann. Man wird oft überfallen oder dumm angeguckt. Das kann schon in Streit oder Schlägereien enden.

F: Das glaube ich Ihnen. Glauben Sie denn, dass sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

M04101969: Ja. Ängste. Menschenmengen mag ich grundsätzlich nicht. Und NU sind wie gesagt auch nicht mein Ding. Die Angst überfallen oder ähm verfohrt zu werden ist quasi immer präsent. Vor allem wenn man hat wie ich auf der Straße lebt.

F: Okay, können Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen?

M04101969: Bin einfach sehr misstrauisch. Und zurecht weil ich finde! Hab schon so viele erlebt auf der Straße. Das sind nicht alle nett. Viele ja. Aber nicht alle.

F: Würden Sie gerne mal mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

M04101969: Ja.

F: Ähm, Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

M04101969: Nein. Weil ich keinen Termin bekomme.

F: Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

M04101969: Kann mich nicht sagen warte noch auf einen Termin. (Sagt wann warten Sie?) Gab Sommer letzten Jahres.

F: Haben Sie sich dadurch diskriminiert gefühlt?

M04101969: Ja. Kann man nicht vorstellen, dass andere auch so angehalten werden müssen. Wissen Sie das? Kann man sagen was man will aber man sieht man nur manchmal dass ich nicht in der Wohnung mit geschickten Kamotten habe haha.

F: Wie sähe eine optimale Einrichtung für Sie aus?

M04101969: Wie eine normale Praxis denke ich mal. Vielleicht hier in der Innenstadt aber eher. Hier treiben sich die meisten rum. Und bitte keine Diskriminierung haha.

Anhang 13

F: Okay weiter geht's mit der Frage: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

B15091998: Ganz einfach: weil ich Hunger hab und essen muss haha.

F: Und wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne sprechen?

B15091998: Über Wohnungssuche, persönliche Probleme. Mit Ihnen rede ich auch gerne haha wenigstens jemand der chaotisch ist.

F: Okay, sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

B15091998: Nein. Glaub nicht. Zu jung dafür.

F: Und sind Sie der Meinung, dass sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

B15091998: Mh ja. Angstzustände nennt man das. Wenn zu viele Menschen da sind. Das wird mir dann zu viel.

F: Können Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen, wenn das in Ordnung ist?

B15091998: Gibt nicht viel. Meide hat Konzerte und Demos und sowas. In der Stadt geht ich auch nicht so gerne.

F: Und würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

B15091998: Ja.

F: Okay, ähm haben Sie schon mal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

B15091998: Tatsächlich ja. War eine Akupunktur. Viel zu früh viel zu viel angefangen zu trinken. Dafür durfte ich dann die Rechnung zahlen. Bin aber froh, dass das hinter mir liegt und ich trocken bin seit 13 Monaten.

F: Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

B15091998: Nichts besonderes. Gab es als Jugendlicher Akupunktur wo man immer komisch angeguckt haha. Aber ja. Fand nicht toll aber war nicht grauenvoll.

F: Haben Sie sich diskriminiert gefühlt?

B15091998: Nein.

F: Okay, zur fast letzten Frage: Wie sähe eine optimale Einrichtung für Sie aus?

B15091998: Also für mich persönlich eine Therapie für meine Angstzustände. Und allgemein...puh würde mich wohlfühlen wo es nette Räume. Heizung würde mir schon reichen.

Anhang 14

F: (...) die erste offene Frage, die ich habe lautet: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

R17041980: Ganz ehrlich? Wegen dem Kaffee.

F: Haha okay. Wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit mir sprechen?

R17041980: Alltägliches hat. Auch persönliche Begebenheiten, wenn ich dem vertrauen kann.

F: Okay nächste Frage: Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

R17041980: Ge dsorgen we jeder her. Und we gesagt das A tåg che. Wo ch sch afe, was ch esse sowas ha t.

F: Denken S e, dass S e psych sche Prob eme haben, wenn ja, we che?

R17041980: we ß n cht. Hab oft St mmungsschwankungen. Ist das ne Krankhe t? Hab paar Suchtprob eme. N chts ernstes e gent ch nur Gras. Hab aber n e ne D agnose dafür bekommen. Verdacht auf A koho auch noch.

F: Können S e m r mehr über Ihre Prob eme erzäh en?

R17041980: Hab ch doch gerade.

F: Na gut und würden S e gerne ma m t e nem Fachmann_frau über Ihre Prob eme sprechen?

R17041980: Ja.

F: Okay: Haben S e denn schon e nma profess one e H fe n Anspruch genommen und wenn ja, we che?

R17041980: Ja. 2 Wochen war ch n Therap e. Hab m ch se bst dazu entsch eden wurde n cht e ngew esen oder so. War mmer aggress v. Konnte n cht mehr dam t umgehen.

F: We che Erfahrungen haben S e dabe gemacht?

R17041980: War gut. Hat m r gehö fen. Hatte e n Bett zum Sch afen. War da auch noch krankenvers chert

F: Haben S e s ch dort d skr m n ert gefüh t?

R17041980: Oh ja. D e haben m ch mmer d skr m n ert. Mochte das gar n cht. Ich f nde ha t ke ne Wohnung. Dann noch v e e cht e n K nd. Wurde n e ernstgenommen. Kann auch an me nem Geburtsort egen ke ne Ahnung. Musste da auch öfter h n.

F: Und we sähe hrer Me nung nach e ne opt ma e E nr chtung für s e aus?

R17041980: Boah ke ne Ahnung. Gute Frage. Arbe tet hr daran?

Anhang 15

F: Dann zur ersten offenen Frage: Warum suchen S e e ne Essensausgabe auf?

A07121982: Aus Spaß. Und zur M th fe.

F: Okay, und wenn e ne He fer_n Ze t für S e hätte, worüber würden S e gerne m t Ihr sprechen?

A07121982: Über a es mög che. Was so anfä t.

F: G auben S e, dass S e psych sche Sorgen haben, wenn ja, we che?

A07121982: Ja. Muss extrem v e arbe ten. Wegen Corona b n ch n Kurzarbe t das machts n cht besser. Dementsprechende Ge dsorgen

F: S nd S e auch der Me nung, dass S e psych sche Prob eme haben, wenn ja, we che?

A07121982: ne n.

F: Das he ßt es g bt auch n chts, was S e m r über Ihre Prob eme erzäh en könnten?

A07121982: ne n.

F: Ähm, würden S e gerne m t e nem Fachmann_frau über Ihre Prob eme sprechen?

A07121982: Ja.

F: Haben S e schon ma profess one e H fe aufgesucht und fa s ja, we che?

A07121982: ne n.

F: Okay, darf ch trotzdem Fragen, ob S e dennoch bere ts Erfahrungen m t Psychotherap e gemacht haben?

A07121982: ne hab ich nicht.

F: Haben Sie sich schon einmal bei der Suche nach Psychotherapie diskriminiert gefühlt?

A07121982:-

F: Okay die letzte Frage offene an Sie: Wie sähe die optimale Einrichtung für Sie aus?

A07121982: Sollte ausnahmslos für jeden zugänglich sein. Eigene Praxisräume wären glaub ich auch gut.

Anhang 16

F: Hallo, Danke schon mal dafür, dann weiter: warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

L23051965: Wollte nicht immer alleine sein. Hier kommt ich unter Menschen. Ich verkümmere doch sonst.

F: Wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit ihr sprechen?

L23051965: Über persönliche Probleme denke ich. Depressionen vielleicht. Und Hilfe bei den Behördengängen.

F: Okay, Glauben Sie, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

L23051965: ja. Wurde oft von Freunden enttäuscht, sowas ist nicht schön. Gedrücken hab ich auch. Grundbesetzung ist auch ein Problem

F: Sind Sie auch der Meinung, dass Sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

L23051965: Ja. Depressionen ganz schwer. Mit menschlichem Verhalten hab ich auch manchmal Probleme. Schwer zu erkennen.

F: Können Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen? Falls Sie möchten.

L23051965: Habe eine Unterleibserkrankung. Und eine unter Krebs. So viele OPs schon gehabt. Die meisten Menschen gehen da gar nicht drauf ein. Ist scheiße.

F: Würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

L23051965: Ja.

F: Ähm, haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

L23051965: Ja. Depressionen wie gesagt. Ist schwer so sein Leben zu führen. Krebs ist nicht einfach.

F: Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

L23051965: Wurde nicht wirklich ernstgenommen. Fand die Therapeuten auch nicht gut. Weiß nicht, ob sie mich nicht mochte aber das war nicht.

F: Haben Sie sich auch diskriminiert gefühlt?

L23051965: Ja. Musste sehr lange auf einen Termin warten. Therapeuten fand mich halt nicht gut. Oder ich sei nicht. Keine Ahnung. War aber nicht.

F: Wie sähe eine optimale Einrichtung für Sie aus?

L23051965: Es müsste mehr gemacht werden als nur Gespräche zu führen. Es muss auf verschiedenen Ebenen gearbeitet werden nicht nur auf einer. Das alles hat nur oberflächlich.

Anhang 17

F: Die erste offene Frage: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

H14011946: Als Mutter, wegen der Gessigkeit und weil es eine günstige Alternative ist.

F: Und wenn eine Helfer_in mal mehr Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit ihr reden?

H14011946: Ja ich würde über meinen Sohn sprechen. Er ist zu 80% schwerbehindert. Ich bin selber auch dadurch krank geworden und dadurch einfach nicht mehr wirklich belastbar.

F: Glauben Sie, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

H14011946: ja. Ich nehme immer mehr ab, werde immer dünner und konnte irgendwann nicht mehr genug essen. Hab kaum Hefe in meinem Privatleben. Ich suche jemanden, die ich am liebsten. In der Kur hatte ich Leute, die ähnliche Probleme hatten aber jetzt nicht mehr.

F: Oh Okay und ähm, sind Sie auch der Meinung, dass Sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

H14011946: ja. Bin wie gesagt nicht mehr belastbar, ich tu mich schwer Wege zu finden, also wenn ich irgendwo hingehen muss. Ich sehe auch nicht mehr so gut. Mein Sohn macht mir auch große Sorgen. Hatte deswegen schon öfter Herzinfarkt ähnliche Symptome. Das belastet mich alles wirklich sehr. Könnten auch Depressionen sein, vielleicht auch Traumata.

F: Wäre es in Ordnung für Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen?

H14011946: Achso ja wie gesagt. Nicht mehr belastbar. Das alles wirkt sich stark auf meinen Alltag aus. Ich schaff das alles alleine nicht so wirklich.

F: Und würden Sie gerne mit einem Fachmann/Frau über Ihre Probleme sprechen?

H14011946: Ja. Immer wieder gerne.

F: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

H14011946: Ja. War beim Psychologen für ein paar Sitzungen, um über die ganzen Sachen zu reden.

F: Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

H14011946: nichts Besonderes. War in Ordnung. Vielleicht ein bisschen kurz.

F: Haben Sie sich dem nicht gefühlt?

H14011946: nein

F: Wie sähe eine optimale Einrichtung für Sie aus?

H14011946: Vielleicht haben psychische Probleme, die brauchen Hilfe. Ich glaube vielleicht kriegen auch keine Termine. Spreche ja ab und zu mit anderen. Ich hatte damals Glück.

Anhang 18

F: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

A13051953: Um zu essen. Weil die Rente reicht nicht für Essen. Zum Mindesten für gutes Essen oder regelmäßiges

F: Okay, und wenn eine Helfer/Zeitung für Sie hätte, worüber würden Sie gerne sprechen?

A13051953: Was sich so ergibt denk ich. Findet man findet hier schon immer gute Gespräche. Vor allem wenn die Helfer nicht gestresst sind kann man gut reden. Bin ja auch dankbar für das, was sie hier machen.

F: Das freut mich! Und ähm sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

A13051953: Ja. Finanzielle Sorgen also dass ich zu wenig Geld hab und der Krebs. Hab ja Brustkrebs.

F: Oh, okay. Denken sie, dass Sie psychische Probleme haben und wenn ja, welche?

A13051953: Ja Depressionen und Ängste, ist auch diagnostiziert sogar bei dem. Hab dann noch Kieferbeschwerden aber ne das ist ja nicht psychisch oder? Na egal, ehmer tzen tu ich manchmal noch und Tabletten nehmen.

F: Wäre es in Ordnung mir kurz etwas mehr über Ihre Probleme erzählen?

A13051953: also Rufen und Tabletten sind nicht so häufig eher selten. Kommt aber vor. Das kommt von den Depressionen haben Sie bestimmt schon mal gehört, dass manche Menschen sowas dann machen. Bin da aber schon besser geworden.

F: Okay, kommen wir zur nächsten Frage: Würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

A13051953: Ja.

F: Haben Sie bisher schon eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

A13051953: Ja. Bin seit einem Jahr in Therapie. Hormon- und Chemotherapie mache auch.

F: Welche Erfahrungen haben Sie dort gemacht?

A13051953: Bis jetzt läuft es ganz gut. Hat aber gedauert bis ich eine Therapeutin gefunden habe, die mich mochte haha.

F: Ähm, Haben Sie sich diskriminiert gefühlt?

A13051953: mh ja schon. Habe ange, sehr ange gewartet. Also auf einen Termin. Bisschen unfair behandelt gefühlt habe mich schon. Lag vielleicht auch am Alter.

F: Okay die letzte offene Frage jetzt: Wie sähe eine optimale Einrichtung aus?

A13051953: -

Anhang 19

F: Dann starte ich jetzt mit dem Hauptteil des Interviews: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

B24011940: Damit ich satt werde, weil ich bekommen nicht genug Geld. Kann nicht mehrmals wöchentlich einkaufen.

F: Und, wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit ihr sprechen?

B24011940: ne.

F: Glauben Sie, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

B24011940: Ja. Mein Auto wurde geklaut. Und mein Auto war nicht nur mein Auto sondern auch meine Wohnung und mein Schlafplatz. Das habe ich jetzt alles nicht mehr.

F: Oh okay, das tut mir Leid. Sind Sie denn der Meinung, dass Sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

B24011940: Weiß nicht.

F: Würden Sie mir vielleicht mehr über eventuelle Probleme erzählen?

B24011940: nein gibt wirklich nichts.

F: Na gut. Würden Sie denn gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

B24011940: Ja.

F: Haben Sie bisher schon eine professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

B24011940: Ja. Verfolgungswahn. Dachte ich werde verfolgt.

F: Und welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

B24011940: Gut. Das war aber auch schon angeher. Jahre. Bestimmt 20.

F: Haben Sie sich damals diskriminiert gefühlt?

B24011940: Nee. Das war ja bevor ich obdachlos war. Ne das war alles normal.

F: Nun die letzte offene Frage: Wie sähe eine optimale Einrichtung aus?

B24011940: Weiß nicht.

Anhang 20

F: Ve en Dank erstma dafür. Dann weiter: ofWarum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

C19121978: H4 st n cht ausre chend. A tag st se ber schwer zu bewä tgen. Das A e nse n. B n auch n cht so gut m Ge d e nte en um ehr ch zu se n. G aube me n Ge d hä t max ma zwe Wochen haha. Ist stress g.

F: Okay, und wenn eine He fer_ n Ze t für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit Ihr sprechen?

C19121978: Auf geme nsamer Ebene m te nander reden. Um auch T pps zu bekommen. Ke ne He rarch e wäre gut. D e würden m ch auch n cht herabschauend behande n. W e gesagt: e ne Ebene.

F: Ähm, s nd Sie der Me nung, dass Sie psych sche Sorgen haben, wenn ja, we che?

C19121978: Ja. F nanz e e Sorgen, n cht so sehr das Leben an s ch. Obwoh das n cht wrk ch das Leben st, das ch möchte. Das wen ge Ge d schränkt stark e n vor a em wenn man Sachen kaufen möchte. Ich kann ha t nur d e Ke dung tragen, d e m r angeboten wrd. Ma kurz n d e Europa Passage gehen, um was zu kaufen, st n cht. Aber so An aufsste en w e der H fspunkt zB. Geben m r ne gew sse Rout ne das st ganz nett. Und feste Strukturen.

F: S nd Sie auch der Me nung, dass sie psych sche Prob eme haben, wenn ja, we che?

C19121978: Ja. Hab ne d agnost z erte Psychose. Kämpf dam t se t Jahren.

F: Wäre es n Ordnung für Sie m r mehr über Ihre Prob eme erzäh en?

C19121978: Über d e Psychose w ch n cht so gerne reden. Aber hab das a es über das Jobcenter gerege t. D e haben m r rgendw e e nen Überwe sungssche n zum Arzt besorgt.

F: Und würden Sie gerne mit e nem Fachmann_ frau über Ihre Prob eme sprechen?

C19121978: Ja.

F: Haben Sie schon ma profess one e H fe n Anspruch genommen und wenn ja, we che?

C19121978: Ja. War be m Psycho ogen. Der hatte dama s dann d e Psychose festgeste t.

F: Und we che Erfahrungen haben Sie gemacht?

C19121978: So gesehen gute. Durch d e Therap e wurde d e Obdach os gke t h nausgezögert. D e psycho og sche Betreuung äuft über d e Soz a h fe. Kann das n cht so r cht g erk ären, aber das Arbe ts osenge d wrd m t der Soz a h fe ausgetauscht. Verstehen Sie? A so ch war n e nem Wohnhe m. Das hab ch dann nach 3 ½ Jahren ver assen. Das hat m r gehö fen me ne persön chen Verhä tn sse zu fest gen.

F: Okay, haben Sie s ch d skr m n ert gefüh t?

C19121978: Ja wegen me ner Langze tsarbe ts os gke t bzw. me ner Wohnungs os gke t. Immer und mmer w eder d e ge chen Gesprächsab äufe d e m Endeffekt zu n chts und w eder n chts gefüh rt haben. Es st e n Teufe s- kre s. Da g bt s e nfach ke nen Ausweg raus. Außerdem nervt der Sma ta k. D e me sten Gespräche waren unnö t g und n cht wrk ch z e führend.

F: Letzte offene Frage: W e sähe d e opt ma e E nr chtung für sie aus?

C19121978: Auf anonymer Bas s wäre gut. Und Krankenkassen Ebene. Le chter Zugang w e s e schon me nten; n edr gschwe g oder? Wäre auch gut, wenn s ch be m Jobcenter der Status n cht ändern würde, deswegen auch auf anonymer Bas s.

Anhang 21

F: Ve en Dank dafür schon e nma . D e erste offene Frage: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

E30041974: Wegen dem Essen. Und Gespräche s nd auch nett.

F: Und wenn eine He fer_ n Ze t für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit Ihr sprechen?

E30041974: Würde ch n cht.

F: Na gut und glauben Sie, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

E30041974: nein.

F: Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Probleme haben und wenn ja, welche?

E30041974: nein.

F: Okay, ähm, Würden Sie gerne mit einem Fachmann/frau über Ihre Probleme sprechen?

E30041974: auch nicht.

F: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

E30041974: nein.

F: Haben Sie bereits Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht?

E30041974: nein.

F: Haben Sie sich jemals bei der Suche nach einem geeigneten Gefühl?

E30041974: auch nicht.

F: Okay und: Welche optimale Einrichtung für Sie aus?

E30041974: auch keine Ahnung.

F: Gibt es irgendwas was Sie mir zu diesem Thema erzählen können? Irgendwelche Erfahrungen oder ähnliches?

E30041974: nein.

Anhang 22

F: Ich würde dann direkt mit der ersten offenen Frage starten: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

A01021960: Ich habe nicht genug Geld. Die Finanzen im Moment rechen hnten und vorne nicht.

F: Okay, ähm und wenn eine Helfer_in, Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit Ihr sprechen?

A01021960: weiß nicht

F: Als nächste würde ich Sie gerne fragen, ob Sie psychische Sorgen haben und wenn ja, welche?

A01021960: ja. Posttraumatische Belastungsstörung

F: Okay. Sind Sie denn dann auch der Meinung, dass Sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

A01021960: ja. PTBS

F: Würden Sie mir mehr über Ihre Probleme erzählen?

A01021960: Ich habe Angstzustände, Ohnmachtsgefühle, Apathie

F: Würden Sie gerne mit einem Fachmann oder einer Fachfrau über Ihre Probleme sprechen?

A01021960: Ja.

F: Okay, dann die nächste Frage: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

A01021960: Ja. Stationäre Aufenthalte in der Verhaltenstherapie. Psychologische Gespräche hatte ich auch einmal. Medikamente habe ich natürlich auch bekommen

F: Und welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

A01021960: Zu wenig Therapeuten/Ärzte, wenn freie Plätze zur Verfügung. Zu lange Wartezeiten sind es auch und teilweise sind die Therapeuten nicht genug. Sie sind nicht auf dem aktuellen Stand.

F: Haben Sie sich, ähm, diskriminiert gefühlt?

A01021960: Ja. Teilweise. Sie hatten nicht so ordentlich aus. Die können sich bestmöglich denken, dass ich nicht so viel Geld hab.

F: Nun die letzte offene Frage: Wie sähe eine optimale Einrichtung aus?

A01021960: weiß ich nicht

Anhang 23

F: Dann zur ersten offenen Frage: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

R24111964: Ich habe nicht genügend finanzielle Mittel und mag die vertraute Umgebung sehr gerne

F: Ähm, wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit Ihr sprechen?

R24111964: über die Taten die nun ein Fakt sind, würde ich gerne sprechen

F: Okay. Sind Sie der Meinung, dass Sie psychische Sorgen haben, wenn ja, welche?

R24111964: ja. Die psychischen Folgen ergeben sich aus den Tatsachen der Fakten. Ich lebe am Rande der Gesellschaft

F: Denken Sie, dass Sie psychische Probleme haben, wenn ja, welche?

R24111964: weiß nicht. ja wie gesagt, weiß ich nicht.

F: Okay. Würden Sie mir von eventuellen Problemen Näheres erzählen?

R24111964: Ich habe Schwierigkeiten mit meinem gesetzlichen Betreuer, der sich nicht angemessen um mich kümmert.

F: Würden Sie gerne mit einem Fachmann_frau über Ihre Probleme sprechen?

R24111964: Ja.

F: Haben Sie schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche?

R24111964: Ja. Ich war bei einer Psychoogndee der mein Problem nicht richtig definiert hat und das hat mich sehr demotiviert.

F: Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?

R24111964: Ich wurde nicht ernst genommen und es wurden mir überflüssige Ratschläge erteilt.

F: Haben Sie sich auch diskriminiert gefühlt?

R24111964: Ja. Sozial schwache Menschen werden nicht ernstgenommen.

F: Zur letzten Frage: wie sähe eine optimale Einrichtung aus?

R24111964: Dauerhafte Versorgung und Begleitung bei der Integration in die Gesellschaft und eine kompetente, aktuelle Beraterin. Und einen Background Check der Mitarbeiter.

Anhang 24

F: Warum suchen Sie eine Essensausgabe auf?

M12021972: Ich komme gerne herher. Ich mag die Leute und die Umgebung. Fühle mich wohl hier, das ist fast wie ein zweites Zuhause für mich.

F: Wenn eine Helfer_in Zeit für Sie hätte, worüber würden Sie gerne mit Ihr sprechen?

M12021972: Ve e cht, dass mehr für d e Leute auf der Straße gemacht werden so te. Und mehr Wohnungen für d e Obdach osen wäre to . Natur ch nur, wenn d e M tarbe ter m r dabe he fen könnten.

F: Ähm, s nd S e der Me nung, dass S e psych sche Sorgen haben, wenn ja, we che?

M12021972: Ja b n oft überdreht und mache dumme Sprüche.

F: Denken s e, dass S e psych sche Prob eme haben, wenn ja, we che?

M12021972: Ja. Hab Ängste. Besonders d e Angst vor ner Messerstechere . Deswegen me de ch Menschenmengen. Sch afprob eme hab ch auch aber das st g aub ch norma , wenn man auf der Straße ebt.

F: Würden S e m r mehr über Ihre Prob eme erzäh en?

M12021972: Ja d e Angst vor Menschenmengen st schon e nschränkend. Vor a em wenn man n ner Stadt we Hamburg wohnt. Ist ja schon ne Großstadt. Sch afprob eme nerven auch, aber wenn man n Gruppen unterwegs st, sts besser a s a e ne.

F: Würden S e gerne m t e nem Fachmann_frau über Ihre Prob eme sprechen?

M12021972: Ja. Danach geht s e nem g aub ch besser.

F: Okay, haben S e schon e nma profess one e H fe n Anspruch genommen und wenn ja, we che?

M12021972: Ja. Hatte näm ch auch Su z dgedanken, hätte dama s fast a es beendet. Da hab ch m r H fe gesucht. Hatte Therap e.

F: We che Erfahrungen haben S e dort gemacht?

M12021972: Man bekommt H fe, wenn man hartnäck g st. Ist n cht ganz e nfach. War dann auch w eder schw e r g a s me n Therapeut m ch zu e nem anderen Therapeuten sch cken wo te. War a es z em ch umständ ch.

F: Haben S e s ch dabe d skr m n ert gefüh t?

M12021972: ne n

F: Nun d e etzte offene Frage: W e sähe e ne opt ma e E nr chtung aus?

M12021972: dass man n cht ausgegrenzt w rd. Denke dass das e nes der Hauptprob eme st. A e so en s ch woh füh en können. Und genügend Therapeuten, dam t man n cht so ange warten muss.

9 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Oststeinbek, den 13.11.2020

Franka Franz