

# Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen

© Prof. Dr. Dipl. Soz.päd. Gerhard Trabert

Das sogenannte "**Mainzer Modell**" versucht nun diese Lücke in unserem sozialen Netz durch ein einsprechendes niedrighschwellig angelegtes und interdisziplinär ausgerichtetes medizinisches Versorgungsangebot zu schließen. Der Grundgedanke und methodischer Ansatz als Ergebnis der Analyse der Gesundheitssituation wohnungsloser Menschen, lautet: „Kommt der Patient (arme Patient) nicht zum Arzt, muß der Arzt zum Patienten gehen.“ **Die fünf Versorgungsbausteine sehen wie folgt aus:**

## **1. Ambulante medizinische Sprechstunde innerhalb einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe**

Regelmäßige Sprechstunden in einem Wohnheim für Wohnungslose. Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den dort tätigen Sozialarbeitern/Sozialpädagogen. Während dieser Sprechstunden ist ein Arzt sowie eine Krankenschwester der zuständigen Sozialstation vor Ort.

Falls erforderlich, können Patienten in dem Wohnheim, nach Absprache mit den zuständigen Sozialarbeitern sowie aufgrund einer Vereinbarung mit dem Sozialamt der Stadt Mainz, längerfristig aufgenommen werden.

Bei Patienten, die auf der Straße leben und deren derzeitiger Krankheitszustand ein Übernachten auf der Straße unmöglich macht, ist es somit möglich, eine Genesung in diesem Wohnheim zu versuchen. Zuvor wäre bei dieser Befundkonstellation entweder eine kostenintensive Krankenhausbehandlung trotz unzureichender medizinischer Indikation in Frage gekommen oder eine Fortführung des Lebens auf der Straße mit der wahrscheinlichen Konsequenz einer erheblichen Gesundheitsgefährdung.

Zunehmend entwickelt sich eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem in unmittelbarer Nähe befindlichen Krankenhaus. Patienten können somit auch frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden und im Wohnheim in Zusammenarbeit mit der medizinischen Ambulanz nach betreut werden.

## **2. Ambulante medizinische Sprechstunde, integriert in einer ambulanten Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe**

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es innerhalb der heterogenen Personengruppe der Wohnungslosen bestimmte Zielgruppen gibt, die fast ausschließlich ambulante Beratungsstellen aufsuchen und die stationären Institutionen der Wohnungslosenhilfe meiden. Dies trifft in besonderem Maße für wohnungslose Frauen zu. Da von ihnen in der Regel ein Sprechstundenangebot in einer stationären Einrichtung, also in einem Wohnheim für allein stehend wohnungslose Männer, nicht wahrgenommen wird.

Eine Sprechstunde in einer ambulanten Fachberatungsstelle bzw. einem Ort, an dem man sich regelmäßig trifft (z. B. Teestube), ist dementsprechend ein adäquates niederschwelliges medizinisches Versorgungsangebot gerade auch für wohnungslose Frauen.

Dies geschieht in der Beratungsstelle für Wohnungslose der Evangelischen Wohnungslosenhilfe in Mainz. Dort findet zweimal wöchentlich eine ärztliche Sprechstunde statt. Zu einem weiteren Termin wird eine krankenschweflerische Sprechstunde angeboten. Hierfür stellt die Evangelische Sozialstation eine Krankenpflegekraft zur Verfügung. Auch hier findet eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den zuständigen Sozialarbeitern statt.

### **3. Mobile medizinische Versorgungseinrichtung, die wohnungslose Menschen vor Ort, auf der Straße aufsuchen und eine Erstversorgung vornehmen kann**

Regelmäßige sowie kurzfristige Bedarfsfahrten mittels einer mobilen Sanitätsstation (Arztmobil, fahrende Ambulanz), die eine medizinische Erstversorgung von Wohnungslosen direkt auf der "Straße" gewährleisten soll, im Sinne einer aufsuchenden medizinischen Betreuung ("medical-streetwork"). Hierfür ist eine intensive Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern (Streetworkern) erforderlich. Die Erfahrungen zeigen, dass hiermit weitere Betroffene der heterogenen Population der Wohnungslosen erreicht werden, die ansonsten, selbst von den niedrigschwelligen Versorgungsangeboten nicht erreicht werden.

### **4. Medizinische und pflegerische Betreuung schwerstkranker pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen**

Die Erfahrungen des „Mainzer Modells“ zeigten, dass ein Teil der Patienten schwerkrank und pflegebedürftig ist. Für Betroffene, die sich z. B. im Finalstadium eines Tumorleidens befinden, ist eine häusliche Versorgung aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation bisher nicht möglich. Diese Menschen werden im Krankenhaus versorgt oder in ein Altenheim eingewiesen. Beide Möglichkeiten sind für die Betroffenen selbst sowie für die involvierten Institutionen oft unbefriedigende Behandlungsstrategien. Hier soll in Kooperation mit einer stationären Wohnungsloseneinrichtung, einer Sozialstation und der ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtung, unter Einführung eines Notrufsystems, ein Pflegekonzept entwickelt werden. In Anlehnung an die neukonzipierte häusliche Krankenpflege muss eine Pflege schwerstkranker Wohnungsloser ebenfalls möglich sein.

### **5. Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und einer Tagesklinik für psychisch kranke**

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen bei Wohnungslosen spielen eine wichtige Rolle innerhalb niedrigschwelliger Behandlungskonzepte. Hier ist eine Vernetzung bestehender Versorgungsstrukturen von Bedeutung. Eine von vielen Möglichkeiten ist z.B. die Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und im Falle des „Mainzer Modells“ mit einer Tagesklinik für psychisch Kranke des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Ein wesentlicher Aspekt ist auch diesbezüglich die Kontaktaufnahme mit den betroffenen Patienten „vor Ort“ in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durch den Facharzt (Psychiater).

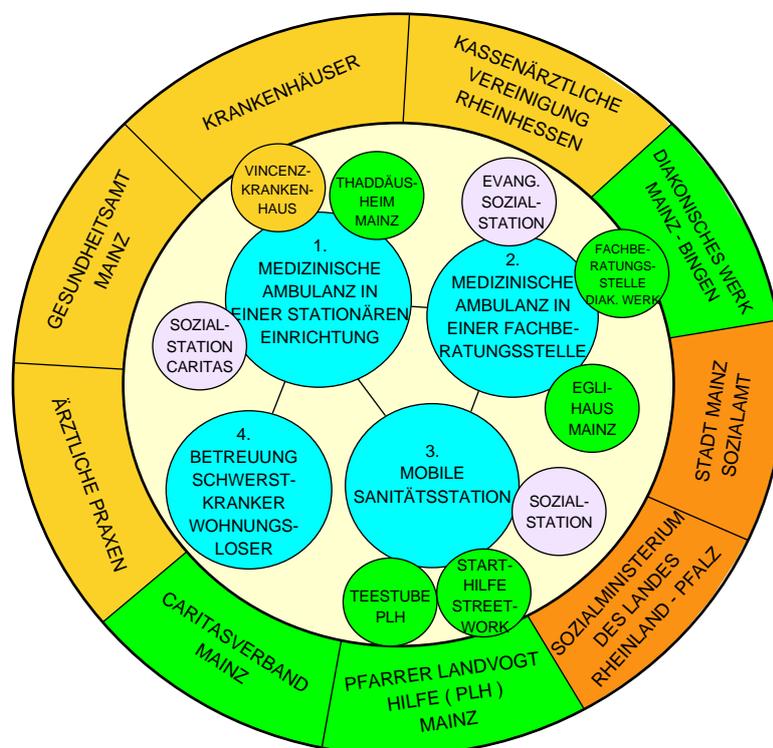
Wesentliche Voraussetzung für die Realisierung dieses Konzeptes war die Erteilung der ärztlichen Behandlungsermächtigung, speziell für den Personenkreis der alleinstehend Wohnungslosen, medizinisch tätig zu werden, trotz ausreichender Ärztedichte, durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinhausen.

Innerhalb des gesamten medizinischen Versorgungskonzeptes ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbare Notwendigkeit. Dies wird durch die Beteiligung verschiedener Wohlfahrtsverbände, Institutionen der Wohnungslosenhilfe, örtlichen und überörtlichen Behörden sowie ärztlichen Standesvertretungen und sonstigen Einrichtungen (Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen, Bezirksärztekammer, Gesundheitsamt, Krankenhäuser, Tagesklinik für psychisch Kranke, ärztlichen Praxen usw.) deutlich.

Die ehrenamtliche Mitarbeit durch Vertreter verschiedener Berufsgruppen sowie durch fachfremdes Engagement ist ein wesentlicher Mosaikstein innerhalb des Versorgungskonzeptes.

## " MAINZER MODELL "

### ZUR AMBULANTEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG WOHNUNGSLOSER MENSCHEN



1.11.1995  
MAINZMOO.PRE / Fe

Abbildung 2: Mainzer Modell

Die ersten längeren Erfahrungen innerhalb des Mainzer Versorgungsmodells sind durchgehend positiv. Die Behandlungs- und Patientenzahlen nehmen seit Beginn des Angebotes (9/94) stetig zu. Diagnostik und Therapie können somit oft frühzeitig einsetzen und damit ein Fortschreiten von Krankheit verhindern. Oft werden hierdurch später notwendige stationäre Behandlungen abgewendet und damit letztendlich auch Kosten gespart. Eine Reintegration in das bestehende Gesundheitssystem ist über solche niedrigschwellige Versorgungsangebote erleichtert und oft konkret möglich.

Mainz, den 13. Juni 2006

Prof. Dr. Gerhard Trabert

Ambulante medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen

Trabert.Ambulanz@t-online.de