

## **Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung (Medical-Streetwork)**

Aufsuchende ambulante medizinische Versorgungseinrichtungen (medical Streetwork) haben sich als komplementäre medizinische Hilfsangebote für wohnungslose Menschen in den letzten Jahren bewährt und teilweise etabliert.

Die ersten längeren Erfahrungen in spezifischen Versorgungseinrichtungen sind durchgehend positiv. Die Sprechstunden werden von den Betroffenen mit stetig steigender Zahl wahrgenommen. 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 auch Kosten gespart. Eine Reintegration in das bestehende Gesundheitssystem ist über solche niedrigschwellige Versorgungsangebote erleichtert und oft konkret möglich. (Bezüglich des Erkrankungsspektrums siehe Sperling , Locher , Kunstmann und Trabert.)

Bemerkenswert ist die Beobachtung, dass ein gewisser Anteil der Patienten in diesen niedrigschwelligen Angeboten über Wohnraum verfügt, jedoch von Wohnungslosigkeit bedroht und von Armut betroffen ist.

### **Medizinhistorischer Exkurs hinsichtlich niedrigschwelliger aufsuchender medizinischer Versorgung**

Der Begriff der Medical-Streetwork wurde erst in jüngerer Zeit eingeführt. Es ist daher außerordentlich schwierig, eine historische Entwicklung dieser Art der medizinischen Versorgung gerade in Bezug auf wohnungslose Menschen darzustellen. Die Geschichte der "Nichtseßhaftigkeit" ist oft ein Spiegelbild unterschiedlichster politisch-, wirtschaftlich- oder auch ethnologisch-historischer Gegebenheiten.

Im Hinblick auf die medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen kann historisch folgendes festgestellt werden:

Die Geschichte der Wohnungslosigkeit ist natürlich sehr eng mit dem Problem der Armut verbunden. Grundbedingung für intervenierende medizinische Maßnahmen war als erstes das Erkennen und die Akzeptanz der Armut durch die herrschenden Klassen- bzw. feudalen Strukturen. Es werden Armengesetze (z.B. 1601 durch Königin Elisabeth die I.), die auch die Gesundheitsversorgung beinhalten verabschiedet.

Die medizinische Versorgung geschieht hauptsächlich in Hospitälern. Immer wieder werden die Lebensbedingungen von armen Menschen auch von Medizinern kritisiert und weitreichende politische und wirtschaftliche sowie auch medizinische Versorgungsmodifikationen gefordert (Johann Peter Frank von 1745 - 1821, Rudolf Virchow von 1821 - 1902). "Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen"(Dr. Rudolf Virchow). Weiter meint Virchow: "Der Staat muß jedem soweit beistehen, da? er eine gesundheitsgemäße Existenz habe."

Bezüglich einer entsprechenden medizinischen Versorgung vor Ort im Sinne einer Medical-Streetwork sind medizinhistorische Äquivalente bzw. Vorentwicklungen sehr schwer herauszufiltern. So richtet 1792 der französische Militärchirurg Dominique-Jean Larrey (1766 - 1842) erstmals sogenannte fliegende Lazarette ein. Aufgrund der Erfahrungen der französischen Revolutionsarmee im Krieg 1792 gegen Österreich und

Preußen entwickelte Larrey sogenannte fliegende Rettungswagen (Ambulance volante) und Feldlazarette um die verwundeten Soldaten schnellstmöglich noch vor Ort adäquat medizinisch versorgen zu können. Theodor Fliedner (1800 - 1864) gründet den "Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfalen". Er betont hierbei das Zusammenspiel von medizinischer-pflegerischer Hilfe und Sozialarbeit. Ziel von Fliedners christlicher Krankenpflege ist es: "Vorzugsweise den armen Kranken Hilfe zu leisten ....., sowohl in Krankenhäusern als in den Wohnungen derselben". Florence Nightingale (1820 - 1910) steht dann wiederum für die Versorgung von verletzten Soldaten bzw. für Krankenpflege vor Ort während des Krimkrieges 1853/54 bis 1856. Diese wenigen Beispiele mögen nur kursiv verschiedene methodische krankenpflegerische und ärztliche Versorgungsansätze außerhalb medizinischer Einrichtungen skizzenhaft aufzeigen. In jüngster Vergangenheit waren es wiederum Krankenpflegekräfte, hauptsächlich Krankenschwestern, die mit einem Verbandskoffer durch die Stadt zogen, markante Orte aufsuchten und mit einer oft einfachen ersten Hilfe von wohnungslosen Menschen begannen (Frankfurt). Sie dokumentierten hier eindringlich, daß eine neue oder auch alte medizinisch-pflegerische Versorgungsform dieses Personenkreises aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes der Betroffenen durchzuführen ist. Aufgrund einiger weniger medizinischer Studien zum Gesundheitsstatus von wohnungslosen Menschen wurde dann Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre das Konzept einer Medical-Streetwork entwickelt. Man stellte die klassische Kommstruktur, der Patient kommt zum Arzt in Frage und forderte das Umsetzen einer Gehstruktur (der Arzt geht zum Patienten). Erste Forderungen hinsichtlich einer derart konzipierten medizinischen Versorgung werden innerhalb der Bundestagung 1989, der BAG-Nichtseßhaftenhilfe in Nürnberg aufgestellt: "Es muß eine akute medizinische Versorgung vor Ort durch spezifische Hilfeeinrichtungen interdisziplinärer Konzeption verwirklicht werden. Hierbei müssen etwaige Ausgrenzungs- und Diskriminierungstendenzen berücksichtigt werden. "

Innerhalb einer Presseerklärung am 18. Dezember 1991 der BAG Wohnungslosenhilfe in Stuttgart zu dem Themenkomplex Krank und ohne Wohnung werden schließlich mobile medizinische pflegerische Teams in Großstädten und Metropolen gefordert:

"...gedacht ist hierbei an zusätzliche, zu den bestehenden medizinisch-pflegerischen Hilfsangeboten fahrende Ambulanzen, welche z.B. zu bestimmten Wochenzeiten geeignete Standorte in den Städten beziehen." Der Autor dieses Beitrages schreibt innerhalb seiner Dissertationsarbeit zur Gesundheitssituation von wohnungslosen Menschen 1994:

"Nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen scheint das mittelfristige Ziel einer interdisziplinären spezifischen medizinischen Versorgung im Bereich der ambulanten Nichtseßhaftenhilfe mit dem längerfristigen Anspruch die Versorgung in das bestehende, allgemein zugängliche Gesundheitssystem zu integrieren als sinnvoll und notwendig.

Der Betroffene kann nicht warten, bis das bestehende Gesundheitsversorgungssystem sich diesen Anforderungen entsprechend weiterentwickelt hat. ...."

Es wird hierbei immer wieder auf die Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes sowie auf die medizinische Versorgung "vor Ort", dort wo sich der betroffene Personenkreis aufhält, hingewiesen. Während es noch in einer Stellungnahme des rheinlandpfälzischen Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit auf eine kleine Anfrage der Landtagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Frauen und Männer im Dezember 1996 heißt:

"Eine aufsuchende mobile medizinische Versorgung könne eine sinnvolle Ergänzung zu diesen Angeboten im Bedarfsfall darstellen." Wird innerhalb der 71.ten Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 18./19. Juni 98 unter TOP 8 Medizinische

### Versorgung wohnungsloser Menschen beschlossen:

“Es bedarf daher ergänzender Angebote, die niedrigschwellig sind. Ein Personenkreis, der in der Regel nicht bereit oder in der Lage ist, eine ärztliche Praxis von sich aus aufzusuchen, benötigt neue Formen der aufsuchenden ambulanten Hilfe.” Des Weiteren wird vom rheinlandpfälzischen Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit 1998 festgestellt: “Grundsätzlich besteht Übereinstimmung darin, daß zunächst niederschwellige Versorgungsangebote bereitgestellt werden müssen und daß die traditionellen "Kommstrukturen" in der ärztlichen Praxis durch "Gehstrukturen" im Sinne aufsuchender Hilfe zu ersetzen sind. Hierzu zählen:

- I. - Sprechstundenangebote in Übernachtungs- und in Eingliederungsheimen
- Erreichbarkeit einer Pflegekraft
- mobile medizinische Hilfe vor Ort in sogenannten "Gesundheitsbussen".”

Auf dem 101. Deutschen Ärztetag in Köln im Mai 1998, wird schließlich von der deutschen Ärzteschaft bezüglich des Kontextes Wohnungslosigkeit und Gefährdung durch Krankheit u.a. folgender Beschluss verabschiedet:

“Folgende Maßnahmen sind hierbei von Bedeutung:

- akute medizinische Versorgungsmöglichkeiten vor Ort, d.h. an den Treffpunkten und institutionellen Einrichtungen, an denen sich Wohnungslose in der Regel aufhalten, eingebettet in ein interdisziplinär angelegtes Versorgungskonzept  
(Zusammenarbeit von Medizin und sozialer Arbeit) unter Einbeziehung sozialpsychiatrischer Dienste.

Konkret bedeutet dies .....

Aufbau und Förderung mobiler Sanitätsstationen (fahrende Ambulanzen), in denen eine aufsuchende medizinische Tätigkeit praktiziert wird ("Medical-Streetwork").”

Hier taucht nun zum ersten Mal offiziell der Begriff Medical-Streetwork im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen auf.

Die Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer schreibt innerhalb ihres Grußwortes an den 4. Kongreß Armut und Gesundheit in Berlin am 3.12.1998:

"Am sichtbarsten wird Armut im alltäglichen Straßenbild bei den Menschen, die ihr Zuhause verloren haben, den Obdachlosen. Obdachlose sind auch besonders benachteiligt, wenn es um die medizinische Versorgung geht. .... Obdachlosen durch ein niedrigschwelliges, unbürokratisches Angebot einen Zugang zu einer medizinischen Erstversorgung zu ermöglichen.”

Innerhalb der anglo-amerikanischen Literatur wird von “Street medicine”, “mobile clinic”, “Front Line (Outreach) Teams” und “Street clinic” berichtet. “Street medicine” is hardly a recognized medical specialty, but the term is used by health professionals treating homeless youth for lack of anything more certified. Street medicine is different because its patient mix presents a concentration of pathologies not unknown but far less common in more conventional practices.” (Brickner 1991)

Weiter schreibt Brickner: “At first staff was able to give only basic rudimentary services. Physicians relied on visual and listening skills. Our motto was “High Touch – Low Tech.””

Daß der Weg zu einer derartigen Akzeptanz einer neueren Form der medizinischen Versorgung von armen Menschen in unserer Gesellschaft teilweise sehr schwierig und lang war und ein Umdenken hinsichtlich traditioneller medizinischer Versorgungskonzepte und Strukturen beinhaltete, wird u.a. aufgrund des folgenden Auszugs aus einem Antwortschreiben der Bezirksärztekammer Rheinhessen hinsichtlich eines spezifischen Gesundheitsversorgungskonzeptes für wohnungslose Menschen, welches diese Form der Medical-Streetwork beinhaltet, deutlich:

"Nicht unproblematisch erscheint allerdings die Ankündigung, daß auch an diesem Projekt beteiligte Ärzte "Besuche auf der Straße" durchführen sollen. Dem stünde sicherlich § 1 Absatz 8, Satz 1 der Berufsordnung entgegen, wonach es dem Arzt untersagt ist, seinen Beruf "im Umherziehen" auszuüben.

Man wird sicherlich das Konzept aber so organisieren können, daß beteiligte Sozialarbeiter, Krankenschwestern oder Krankenpfleger entsprechende Rundgänge durchführen und die Betroffenen veranlassen, zu den fest installierten Stützpunkten zu gehen und dort ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen."

(1993).

Die Zeit, die Situation der Betroffenen und die bisherige Erfahrung mit niedrigschwelligen aufsuchenden medizinischen Modellen hat diese Art der Bedenken als unzeitgemäß und überflüssig widerlegt.

## Grundkonzeption verschiedener spezifischer medizinischer Versorgungsmodelle

Spezifische medizinische Versorgungsmodelle mit mehrjähriger Erfahrung sind derzeit hauptsächlich in Berlin, Hamburg, Köln, München, Frankfurt, Mainz usw. vorhanden.

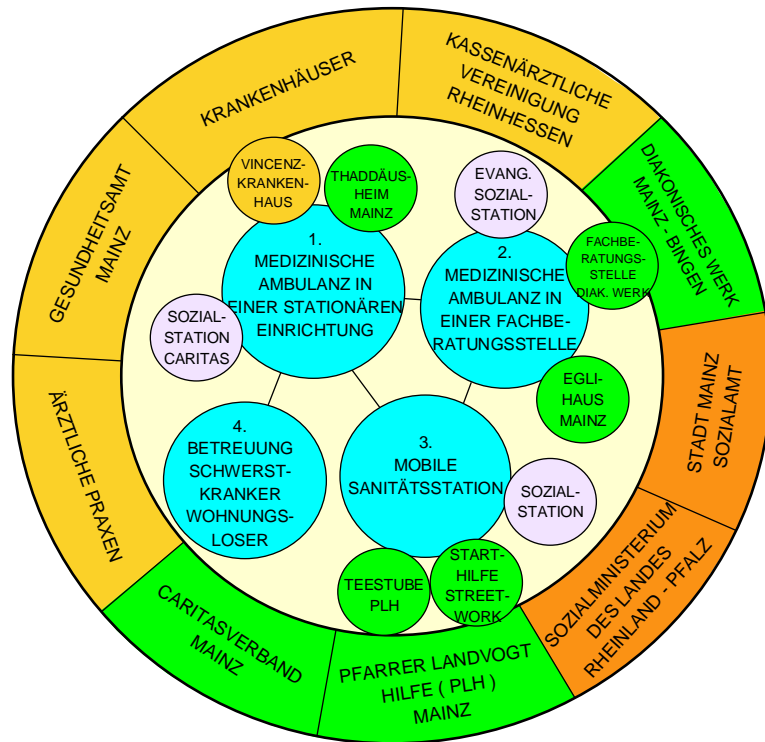
Interessant sind die Übereinstimmungen aller Modelle, trotz unabhängiger konzeptioneller Überlegungen, was die inhaltliche Strukturierung angeht. Jede medizinische Versorgungseinrichtung verfolgt einen Stufenplan :

- **Medizinische Behandlung wird vor Ort**, also an den Treffpunkten, Institutionen angeboten, die schwerpunktmäßig von der Zielgruppe frequentiert werden. Dies beinhaltet einen Erstkontakt auf der **Straße ("Medical-Streetwork", mobile Sanitätsstationen)**, desweiteren **Sprechstunden** an sozialen Brennpunkten (z.B. Bahnhöfen) und in entsprechenden Institutionen der Wohnungslosenhilfe.
- Versuch der Einrichtung und Etablierung von **speziellen Krankenwohnungen** (siehe Berlin/Mainz).
- Innerhalb sämtlicher konzeptioneller Vorüberlegungen wird die Notwendigkeit einer **interdisziplinären Zusammenarbeit** (Schwerpunkt Sozialarbeit und Medizin) betont.
- Die *konkrete Arbeitsanbindung* ist unterschiedlich. Zur Zeit existieren durch folgende Institutionen, Einrichtungen, Initiativen entwickelte Versorgungsmodelle:
  - Institutionen der **freien Wohlfahrtsverbände** (z.B. Caritas, Diakonie, Innere Mission; Berlin);
  - Abteilungen des **Gesundheitsamtes** (z.B. Köln, Bremen);
  - **Kooperation** mit verschiedenen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als speziell **ermächtigter Arzt** zur Gesundheitsversorgung Wohnungsloser (z.B. Mainz) oder als **niedergelassener Arzt** mit speziellen Sprechstunden in entsprechenden Einrichtungen (z.B. Wiesbaden, Koblenz);
  - **Schwerpunktpraxen niedergelassener Ärzte** in sozialen Brennpunkten (z.B. München).
- Die konzeptionellen Überlegungen aller Versorgungsmodelle weisen immer wieder auf die außerordentliche Bedeutung einer **Vernetzung** mit bestehenden Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen hin (Gesundheitsamt, Sozialamt, Ordnungsamt, Krankenhäuser, Arztpraxen, verschiedene Beratungsstellen z.B. Wohnungslosbereich, Drogenbereich, ärztliche Standesorganisationen).

Die folgende Abbildung zeigt exemplarisch das Mainzer Versorgungsmodell:

### " MAINZER MODELL "

#### ZUR AMBULANTEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG WOHNUNGSLOSER MENSCHEN



1.11.1995  
MAINZMOD.PRE / Fe

### 3. Spezifika der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen

Folgende spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen kristallisieren sich innerhalb der medizinischen Betreuung von wohnungslosen Menschen in den letzten Jahren heraus:

- **Diagnostik**
  - Anamnese und körperliche Untersuchung an erster Stelle
  - Labor- Funktionsdiagnostik wenn erforderlich
  
- **Therapie**
  - effiziente Therapie beim Erstkontakt
  - Berücksichtigung der Medikamenten- bzw. Therapie-Compliance
  
- **Ganzheitlicher / interdisziplinärer Behandlungsansatz**
  - Arzt (z.B. Allgemeinmedizin, Psychiatrie)
  - Pflege

- Sozialarbeit (z.B. Suchtberater, Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Psychologie

- **Struktur des medizinischen Versorgungsangebotes**

- Überwindung der reinen "Komm-Struktur" - Praktische Umsetzung der "Geh-Struktur"
- Niederschwelliges medizinisches Versorgungsangebot
- Ganzheitliches Versorgungskonzept (siehe oben)
- Rückführung ins etablierte Gesundheitssystem / Reintegration
- keine Armutsmedizin
- **Neudefinition der Aufgabenbereiche der öffentlichen Gesundheitsämter**  
(Stärkere sozialmedizinische Ausrichtung, z.B. Versorgung von benachteiligten Bevölkerungs- und Randgruppen. Erklärung der Gesundheitsämter Nordrhein -Westfalens. ÖGD: Sprechstundenmedizin muss durch Angebote des ÖGD ergänzt werden; ... vor Ort .... wo sich bestimmte Bevölkerungsgruppen täglich aufhalten...)

- **Fachöffentlichkeits- und Öffentlichkeitsarbeit**

- **Sensibilisierung der politischen Entscheidungsträger**

(Siehe u.a. Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit in Rheinland-Pfalz: "Der Ausbau adäquater Angebote ist bundesweit notwendig.")

## **Finanzierungsmodelle**

Die **Finanzierung** der unterschiedlichen Versorgungsmodelle ist sehr variabel:

- KV-Zulassung bzw. Ermächtigung,
- angestellte Ärzte bei Gesundheitsämtern, freien Wohlfahrtverbänden,
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen,
- spezielle Vereinbarungen mit dem Sozialamt (Konsultationspauschalen),
- Spenden, ehrenamtlicher Einsatz,
- Pool- bzw. Mischfinanzierungen.

Die einfachste Realisierungsform ist die Einbeziehung zugelassener Ärzte mit eigener Praxis. Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie in den üblichen Arztpraxen. Ermächtigte Ärzte (-besonderes Ermächtigungsverfahren durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung notwendig, im Rahmen des Sicherstellungsauftrages sowie des § 31 Abs.1 Buchstabe b) der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte-), können mit gewissen Einschränkungen ebenfalls ihre erbrachten Leistungen gegenüber der KV bzw. dem Sozialamt abrechnen.

Des Weiteren können spezielle Verträge mit dem Sozialamt hinsichtlich einer Aufwandspauschale pro Behandlungsfall vereinbart werden, da das Sozialamt in der Regel der Kostenträger ist. Eine weitere Finanzierungsmöglichkeit ist die Anstellung von Ärzten bei Behörden, z.B. den Gesundheitsämtern. Letztendlich wird eine an Bedeutung wohl zunehmende Alternative die Misch- oder Poolfinanzierung sein. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen im Rahmen von medizinischen Versorgungsmodellen im Wohnungslosenbereich sind als problematisch einzustufen (oft Berufsanfänger, hohe Fluktuation usw.).

## **Integration von Betroffenenvorschlägen**

Auf der 1. Fachtagung der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen arbeitete eine Arbeitsgruppe hauptsächlich mit Betroffenen zusammen und stellte verschiedene Betroffenenforderungen auf, die innerhalb einer Medical-Streetwork berücksichtigt werden sollten:

1. Einbeziehung von Betroffenen in die Arbeit.  
Als Scout , als Kenner der Szene.
2. Aufklärung von Krankenhausärzten über Lebensumstände und die Lebenssituation auf der Straße.
3. Medizinische Notdienste für Wohnungslose.
4. Besuchsdienst für Wohnungslose in Krankenhäusern.
5. Ansprüche an das ärztliche Personal:  
Menschlichkeit  
Schweigepflicht auch gegenüber den Sozialarbeitern  
Anonymität  
personelle Kontinuität  
Aufklärung und Information  
kritikfähige Ärzte  
Ärzte mit großer Kompetenz und Erfahrung
6. Einrichtung von Krankenwohnungen als häusliche Pflegemöglichkeit
7. Qualifizierte Fürsprache für Standards in Wohnungsloseneinrichtungen
8. Ausstellung eines Krankenpasses

Alle Initiativen zur Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation von Menschen, die sich in einer besonderen sozialen Lage befinden, wie z. B. alleinstehend wohnungslose Menschen, müssen im gesamtgesellschaftlichen Kontext gesehen werden.

Gerade in der heutigen Zeit, in der ständig vom Missbrauch unseres Sozialstaates gesprochen wird, unser "zu umfangreiches" soziales Netz kritisiert wird, erscheint es besonders notwendig und wichtig zu sein, auf die immer noch bestehenden, und in letzter Zeit zunehmenden Lücken in unserem sozialen Netz hinzuweisen. Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote sind demzufolge dringend notwendige komplementäre Behandlungskonzepte.

G. Trabert

**Prof. Dr. Gerhard Trabert**  
**Georg-Simon-Ohm Fachhochschule**  
**University of Applied Sciences**

**Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.**  
**Geschäftsstelle: Barbarossastr. 4, 55118 Mainz**  
**Fon: 06131 / 6279071**  
**Fax: 06131 / 6279182**  
**e-mail: [info@armut-gesundheit.de](mailto:info@armut-gesundheit.de)**  
**e-mail: [gerhard.trabert@ohm-hochschule.de](mailto:gerhard.trabert@ohm-hochschule.de)**