

Fallstudie 3

Das Mainzer Modell: Versorgung der Obdachlosen vor Ort

Sigrún Davídsdóttir

„Wissen Sie, Herr Doktor, die Pillen, die Sie mir gegeben haben, haben wirklich geholfen. Ich fühle mich jetzt viel besser.“ Nur selten treffen Ärzte ihre Patienten in einer Teestube und hören solche Worte, aber Dr. Gerhard Trabert geschieht dies häufiger. Entgegen der üblichen Praxis kommen die Patienten nicht zu ihm, sondern er zu ihnen, und die Teestube ist einer ihrer Treffpunkte. Seine Patienten sind Obdachlose und Angehörige anderer sozialer Randgruppen in Mainz. Es ist keine deutsche Besonderheit, dass zahlreiche Obdachlose Gesundheitsdienste nicht in Anspruch nehmen: So ist es in vielen Ländern. Man muss viele solcher öffentlichen Einrichtungen selber aufsuchen. Viele Obdachlose gehen jedoch gar nicht zum Arzt, obwohl sie gesundheitlich viel schlechter dastehen als eine Durchschnittsperson. Deswegen geht Dr. Trabert zu ihnen: in Obdachlosenheime, in die Untergeschosse von Parkhäusern und auf die Straße. Er weiß, wo sie sich aufhalten, und sie wissen, wann er da ist – und allmählich hat er ihr Vertrauen gewonnen.

Dr. Trabert begann als Sozialarbeiter in einem Krankenhaus. Entsetzt über die medizinische Betreuung der Obdachlosen und die – so sah er es – Trägheit des Gesundheitssystems hinsichtlich dieser Menschen, begann er Medizin zu studieren. In seiner Dissertation zeigte er 1994 die Gesundheitssituation der Obdachlosen auf.¹⁷ Aber Forschen allein genügte ihm nicht: Er wollte sein Wissen in die Praxis umsetzen. Er war der Meinung, dass eine wirksame Gesundheitsfürsorge für Obdachlose nur in sorgfältig geplanter Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten gewährleistet werden kann. Das Gesundheitsversorgungssystem kann medizinisches Fachwissen beisteuern, die Sozialdienste sind jedoch wichtig bei der Kontaktaufnahme mit den Obdachlosen.

¹⁷ TRABERT, G. *Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld, VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995.

Sein Ansatz, die medizinische Versorgung zu den Obdachlosen zu bringen, wird das „Mainzer Modell“ genannt. Es beruht auf einer Kombination von bezahlter und ehrenamtlicher Arbeit und besteht aus vier Modulen:

- Mobile Sprechstunde mit einem praktischen Arzt (Allgemeinmediziner) und einer Krankenschwester an einem Aufenthaltsort der Obdachlosen,
- mobile Sprechstunde mit einem praktischen Arzt und einer Krankenschwester in einer Tageseinrichtung für Obdachlose,
- mobile Sprechstunde in einem Kleinbus – sogenanntes Arztmobil – ausgestattet mit einem „Behandlungsraum“ im hinteren Teil des Wagens. Das Arztmobil steht an Stellen in der Stadt, wo sich bekanntlich Obdachlose aufhalten, und
- medizinische Versorgung und Abgabe von Schmerzmitteln an schwer bzw. todkranke Obdachlose in Obdachlosenheimen.

Die Sprechstunden werden regelmäßig abgehalten, sodass die Obdachlosen wissen, wann und wo es Hilfe gibt. Ein fünftes und sehr wichtiges Modul zur Unterstützung psychisch kranker Obdachloser ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich Ende 2002 eingerichtet sein. Jede Woche kümmert sich das Gesundheitsteam um 50 bis 60 Patienten, wobei 80 bis 100 Patientenkontakte erfolgen.

*Gerhard Trabert (links) und
Andreas Pitz (rechts)*



Dieser Gesundheitsdienst ist Teil der staatlichen Sozialleistungen für Obdachlose. Dr. Trabert und Andreas Pitz, der den Obdachlosendienst im Namen des Diakonischen Werks (eine gemeinnützige, von der deutschen lutherischen Kirche betriebene Organisation) leitet, sind sich darüber einig, dass der Schlüssel

zum Erfolg hier in einer engen Kooperation zwischen Gesundheitsteam und Sozialarbeitern liegt. „Die Stärke des Mainzer Modells“, meint Pitz, „liegt in der Zusammenarbeit mit allen Institutionen, die mit Obdachlosen zu tun haben. Der Erfolg des Projekts hängt vom fachübergreifenden Vorgehen ab.“

1997 wurde der Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland“ gegründet, um Geld für das Mainzer Modell zu sammeln und den Zusammenhang

zwischen Armut und Gesundheit in das allgemeine Bewusstsein zu bringen. Neben der Sammlung von Spenden und der Erbringung von Diensten für die Allgemeinheit organisiert der Verein alljährlich eine Konferenz über Gesundheit und Armut und baut seine Kontakte zu anderen Organisationen in Deutschland sowie in anderen Ländern aus. „Die erste Reaktion war“, sagt Dr. Trabert, „dass es keine Armut in Deutschland gebe. Warum also sollte es dann einen entsprechenden Verein und eine Konferenz über dieses Thema geben?“ Inzwischen hat sich diese Einstellung geändert, nicht zuletzt dank der Arbeit des Vereins.

Der Erfolg des Projekts führt gegenwärtig zu einem Problem, das bald gelöst werden muss: Die Arbeit kann durch ehrenamtliche Helfer allein nicht mehr bewältigt werden. Als nächster Schritt wird die Einstellung eines Mitarbeiters für den Dienst erforderlich sein. Eine systematische Betreuung der Obdachlosen ist jedoch nicht das alleinige Ziel. Dr. Trabert kommentiert wie folgt:

Unser Endziel ist es, den Stadtrat und den Staat an der Durchführung des Projekts zu beteiligen: Der Dienst soll in das bestehende Gesundheitssystem integriert werden. Die medizinische Versorgung der Obdachlosen sollte nicht gesondert erfolgen, sondern Bestandteil bestehender Einrichtungen sein: Das Gesundheitswesen muss die Betreuung der Obdachlosen mit ein- und nicht ausschließen. Wir können inzwischen auf zehnjährige Erfahrungen zurückblicken, die zeigen, dass das Modell funktioniert.

Den Worten folgen Taten

Nach offiziellen deutschen Zahlen gab es 1998 ca. 700 000 Obdachlose in Deutschland, wovon etwa 180 000 alleinstehend und nicht sesshaft waren. Die Ärmsten von ihnen – etwa 31 000 Menschen (darunter 3100 Frauen) – lebten fortwährend auf der Straße. Die von Dr. Trabert in seiner Dissertation über die Gesundheit von Wohnungslosen gesammelten statistischen Daten waren schockierend, weil diese Gruppe im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand als ein durchschnittlicher Bürger aufwies.

80 bis 90% der Obdachlosen mussten akut medizinisch behandelt werden, 60 bis 70% litten an mehr als einer Krankheit und etwa 40% an drei oder mehr Krankheiten. Die Obdachlosen litten hauptsächlich unter Lungen-, Darm-, Herz- Kreislauf- und Hautkrankheiten. Es überrascht nicht, dass ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Obdachlosigkeit und dem Gesundheitszustand besteht: Je länger die Menschen auf der Straße leben, desto schlechter geht es ihnen. Die Zahl der Verletzungen aufgrund von Gewalttätigkeiten nimmt zu, weil die Gewalt gegen Obdachlose ebenfalls zu steigen scheint.

Trotz ihrer schlechten Gesundheit nutzen Obdachlose selten medizinische Einrichtungen. Dr. Traberts Studie berichtet von wenig Vertrauen in das System, schlechten Erfahrungen und Angst vor dem Hinauswurf. Es ist den Obdachlosen peinlich, reguläre Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser oder Arztpraxen aufzusuchen. Außerdem empfinden sie das System und all die Formulare und Papiere als zu bürokratisch. Abgesehen von diesen Empfindungen haben Obdachlose häufig ein geringes Bewusstsein für ihre körperlichen Bedürfnisse und meinen einfach, dass sie keine medizinische Hilfe benötigen, obwohl sie manchmal sehr krank sind.

Werner Schwarz, Kassenwart des Vereins Armut und Gesundheit in Deutschland, leitet in Bingen (bei Mainz) ein Tageszentrum für Obdachlose, in das regelmäßig ein Ärzteteam kommt. Er sagt: „Es gibt durchaus Ärzte, die Obdachlose behandeln würden, aber die Obdachlosen wollen da nicht hingehen, weil sie nicht gerne in einem Wartezimmer sitzen. Die Obdachlosen gehen erst zum Arzt, wenn es ihnen sehr schlecht geht, und sogar dann ist es schwierig, sie dazu zu bringen, dass sie sich behandeln lassen.“ Schwarz weiß, dass seine Patienten selbst unter diesen Umständen oft nicht auftauchen. Deshalb versucht er – wenn möglich – sie zu begleiten.

Die Gesundheitsfachkräfte sind auch selbst peinlich berührt, wenn sie die oft schmutzigen und unangenehm riechenden Obdachlosen empfangen, und zeigen wenig Verständnis für deren Situation. Die Medikamente, die Krankheiten verhüten oder deren Verschlimmerung verhindern können, gelangen oft nicht bis zu den Obdachlosen. Offensichtlich kommen die meisten Obdachlosen erst mit dem Gesundheitswesen in Berührung, wenn sie nach Unfällen von der Polizei eingeliefert werden oder weil sie hilflos aufgefunden werden.

Während seiner Forschungsarbeit hat sich Dr. Trabert darüber Gedanken gemacht, wie eine bessere Versorgung dieser Randgruppe gewährleistet werden könnte. Aus seinen Erfahrungen folgert er:

Es gab viele Leute, die mir sagten: Was du vor hast, erreichst du nur, wenn das gesamte Gesundheitssystem geändert wird. Ich konnte darauf aber nicht warten. Ich wollte die vorhandenen Möglichkeiten nutzen und die Versorgung der Obdachlosen mit dem umsetzen, was bereits vorhanden war. Es ist sehr wichtig, innerhalb des bestehenden Rahmens neue Möglichkeiten zu erkennen und zu zeigen, dass etwas geändert werden kann. Stellt sich dann der Erfolg ein, haben wir Argumente zur Hand, die den Weg für strukturelle Änderungen ebnen können.

Im Laufe des Jahres 1993 hatten seine Pläne Gestalt angenommen und die Arbeit für die Obdachlosen wurde im September 1994 aufgenommen.

Umsetzung neuer Ideen im Gesundheitswesen

Das deutsche Wohlfahrtssystem stützt sich üblicherweise auf verschiedene staatliche und kirchliche Einrichtungen (lutherische und katholische Kirche). Außerdem haben die Gewerkschaften ihr eigenes soziales Netz. Obwohl das Mainzer Modell eine Privatinitiative darstellt, ist es in bestehende Strukturen des staatlichen Systems und der lutherischen Kirche eingebettet und verknüpft diese auf neue Art und Weise miteinander. Daneben gibt es ehrenamtliche Tätigkeiten und Spendensammlungen.

Zunächst wurde eine Sprechstunde in Obdachlosenheimen, sowohl in Tageszentren als auch in Häusern mit Schlafplätzen, abgehalten. So konnten jedoch die nicht erreicht werden, die gar nicht

oder nur sehr selten in diese Häuser kommen und ausschließlich auf der Straße leben. Um sie zu erreichen, war eine mobile Arztpraxis offensichtlich die ideale Lösung. Dank Spenden konnte ein Kleinbus erworben, mit den nötigen Geräten ausgestattet und 1998 in Betrieb

genommen werden. Doch dies war nur der einfache Teil der Errichtung eines mobilen Dienstes. Der schwierige Teil bestand darin, dass keine der beteiligten Einrichtungen bereit war, als Eigentümer des Wagens oder Betreiber des Projekts aufzutreten.

Damit der Kleinbus einen juristischen Eigentümer fand, gründeten Dr. Trabert und andere den Verein Armut und Gesundheit in Deutschland. Der Verein betreibt nun nicht nur den Kleinbus, sondern fungiert auch als aktiver Spendensammler für seine Arbeit. Er ist zugleich Mitorganisator der alljährlich in Berlin stattfindenden Konferenz über Armut und Gesundheit. Die Konferenz und der Verein werden für die Sammlung und Verbreitung von Informationen über Armut und Gesundheit nicht nur in Deutschland, sondern auch in benachbarten Ländern, zunehmend wichtiger. Ziel ist die Schaffung eines europäischen Netzwerks auf diesem Gebiet. „Es gibt so viel finanzielle Zusammenarbeit in Europa, da ist es an der Zeit auch in sozialen Fragen ein wenig zusammenzuarbeiten“, hofft Trabert.



Patienten, die in Containern leben, warten auf einen Arzt des Arztmobils

Der Verein ist auch sonst eine wichtige zentrale Anlaufstelle in Mainz, weil seine Mitglieder sich nicht nur für das Mainzer Modell engagieren, sondern auch in anderen Projekten mit ähnlicher Ausrichtung arbeiten, die Chancen für normalerweise Benachteiligte eröffnen. Eines der Mitglieder betreibt z. B. in Mainz ein Hotel namens Inndependence, in dem geistig und körperlich behinderte Menschen die Möglichkeit haben, einer bezahlten Tätigkeit nachzugehen.

Einheitliches Gesundheitssystem statt Klassenmedizin

Dr. Trabert wiederholt häufig folgende Aussage:

Wir wollen kein gesondertes System für Obdachlose außerhalb der regulären Gesundheitsdienste errichten. Wir bieten keine besondere medizinische Versorgung für Obdachlose, sondern weisen auf den Bedarf hin. Ziel ist es nicht, ein gut geführtes, unabhängiges System aufzubauen, sondern die staatlichen Stellen darauf aufmerksam zu machen, dass man die Obdachlosen und ihre Bedürfnisse ernst nehmen und ihnen Angebote zur Verfügung stellen muss, die für sie von Nutzen sind.

Eine Kombination aus bezahlten und ehrenamtlichen Kräften bilden das selbstgewählte Gerüst. Das Ärzteteam besteht aus Dr. Trabert (der zugleich in Nürnberg Professor für Sozialmedizin ist) und Ulrich Graeber, einem pensionierten und hoch angesehenen Arzt.

Trabert und Pitz unterstreichen, dass die Auswahl von Mitarbeitern bei einer neuen Initiative sehr wichtig ist: Die Mitarbeiter müssen nicht nur hoch qualifiziert sein, sondern auch das Projekt mit Achtung und Engagement begleiten.

In der Regel kann Dr. Trabert aufgrund von Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen seine Leistungen wie ein niedergelassener Vertragsarzt mit den Kassen abrechnen. Im Prinzip ist jeder Bürger mit Wohnsitz in Deutschland direkt oder indirekt auf die eine oder andere Weise krankenversichert. Die

Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen wird also normalerweise durch Versicherungsleistungen gedeckt. Bei Bedürftigen und anderen, die nicht Teil des Versicherungssystems sind, trägt der Staat (z. B. das Sozialamt) die Kosten; dies gilt auch für Asylbewerber. Illegale Einwanderer und

Krankenschwester Anke und Dr. Trabert besuchen einen Patienten, der in einem Wohnmobil lebt



andere nicht registrierte Personen werden auf diese Weise jedoch nicht erfasst. Im Rahmen des Mainzer Modells wurde aber noch keinem eine ärztliche Behandlung verweigert.

Drei Krankenschwestern gehören zum Gesundheitsteam: Schwester Maria-Theresia und Schwester Annegret arbeiten für eine christliche Organisation und können zeitweise das Team unterstützen; Anke, die dritte Krankenschwester, arbeitet als ehrenamtliche Kraft im Team. Pitz und seine Kollegen bieten in den Obdachlosenheimen soziale Dienste an.

Die erste Hürde, die Dr. Trabert bei der Planung dieses so andersartigen Dienstes zu nehmen hatte, war ein Gesetz aus früheren Zeiten, als man Kurpfuscherei verhindern wollte, indem man Ärzten untersagte zu praktizieren, wenn sie nicht niedergelassen waren. Dr. Traberts Absicht, die Patienten aufzusuchen, wurde durch das Gesetz erschwert, und es brauchte einige Zeit, bis alle Hindernisse überwunden waren. Nun läuft das Mainzer Modell aber außerhalb des regulären Gesundheitswesens und Dr. Trabert darf dennoch seine Leistungen wie jeder andere niedergelassene Arzt im Rahmen des Gesundheitssystems abrechnen.

Ein wichtiger Bestandteil eines erstklassigen Gesundheitsdienstes ist die Dokumentation. Dr. Trabert und seine Kollegen machen sorgfältige Aufzeichnungen über alle Besuche jedes Patienten – so gewissenhaft, wie sie auch im öffentlichen Gesundheitswesen erfolgen. Somit kann auch der Kritik begegnet werden, dass das Projekt verglichen mit anerkannten staatlichen Gesundheitseinrichtungen in irgendeiner Weise zweitklassig wäre.

Ein wichtiger Teil dieser Dokumentation ist der sogenannte Krankenpass. Die Patienten des Mainzer Modells hatten geklagt, dass andere Ärzte, die sie aufsuchten, schwer davon zu überzeugen seien, dass sie schon behandelt würden. Andere fanden es einfach schwierig, einen Überblick über alle Behandlungen zu bewahren, die sie von Dr. Traberts Team erhalten hatten. Um dieses Problem zu lösen, wurde ein kleines Heft aus robustem Material entwickelt, in dem Impfungen und andere wichtige medizinische Angaben eingetragen sind.

Begegnung mit den Patienten

„Es ist gut, dass man hier auch sterben darf“, sagte ein wohnungsloser Mann, der sich oft in einem Obdachlosenheim aufhält, als er hörte, dass den todkranken Patienten unter ihnen nun Schmerzbehandlung angeboten wird. Die Dankbarkeit derer, die den Service nutzen, ist deutlich: „Oh ja, ich sehe zu, dass ich in der Nähe bin, wenn ich weiß, dass der Herr Doktor kommt“, sagt ein wild aussehender Mann mit wettergegerbtem Gesicht, langen grauen Haaren und wallendem Bart, der sich bei den Containern aufhält, die in der Nähe des Sozialzentrums in Mainz stehen. „Früher bin ich nie zu einem Arzt

gegangen, selbst wenn es nötig war. Es ist zu umständlich, weil ich immer unterwegs bin. Aber hier gefällt es mir.“

Die Container werden im Herbst vom Stadtrat aufgestellt und bleiben den Winter über stehen, sodass die Obdachlosen hier schlafen können. Sie sind nur mit Liegen ausgestattet, aber die Bewohner statten sie schnell mit anderen wichtigen Dingen aus. Manche Container sind recht gemütlich mit Fernseher, Bettwäsche und Teppichen eingerichtet. Während der Standzeit der Container besucht Dr. Trabert die Bewohner regelmäßig.

Auf die Frage, wieso er den Gesundheitsdienst vor Ort nutzt, antwortet ein großer, schlaksiger Mann mit dünnem, schulterlangem Haar: „Wir kennen den Mann. Ich denke, ich kann ihm vertrauen. Der Doktor ist nett. Er kennt uns. Auf das Vertrauen kommt es eben an.“

Ein Patient mit Dr. Trabert in einer Teestube für Obdachlose



In der Teestube für Obdachlose kennen offensichtlich alle Dr. Trabert. Wenn er auftaucht und umhergeht, um seinen Besuch anzukündigen, kommen einige nach draußen zum Arztmobil. Manche stellen ihm nur einfache Fragen, wie der hochgewachsene, bärtige, ziemlich junge Mann, der wissen möchte, wie er die Läuse in

seinem Schlafsack und vom Fell seines Hundes los wird. Andere wiederum sagen dem Arzt, dass ihnen das beim letzten Mal verschriebene Medikament geholfen habe.

Sobald Dr. Trabert im Kleinbus sitzt, bildet sich draußen eine Warteschlange. Einer nach dem anderen klettert in den Bus, erklärt, was ihm fehlt, und wird vom Arzt entsprechend befragt. Die Krankenschwester misst Blutdruck und führt weitere Untersuchungen durch. Man vergisst schnell, dass die Sprechstunde in einer ungewöhnlichen Arztpraxis stattfindet. Alles außer den Räumlichkeiten entspricht dem üblichen Ablauf beim Arzt.

„Ich komme hierher, wenn ich einen Arzt brauche“, meint ein dicker Mann und sagt, er schlafe seit sechs Monaten im Freien. Diesmal schmerzt sein Magen. Er ist in der Vergangenheit bereits zu einer Magenspiegelung geschickt worden, aber nicht erschienen. Nun will er es doch machen lassen, weil seine Schmerzen stärker geworden sind. Er ist Alkoholiker und weiß, dass das Trinken der Grund seiner Probleme ist. Den Obdachlosen werden auch Vitamine und regelmäßig einzunehmende Medikamente wie z. B. Betablocker

verschrieben, nicht jedoch Beruhigungs-, Schmerz- oder Schlafmittel sowie andere Mittel, die zu Missbrauch, führen könnten.

Wer im Freien schläft, fristet oft ein mühsames und einsames Dasein. Es ist einleuchtend, dass die Männer Behandlungen wie Massagen und die quasi mütterliche Aufmerksamkeit durch die Krankenschwester mögen, die als Teil des Dienstes angeboten werden. Dr. Trabert weist darauf hin, dass sein Team vornehmlich medizinische Versorgung leistet und nicht die Resozialisierung der Obdachlosen betreibt. „Wir akzeptieren, dass die Leute auf der Straße leben. Wir helfen ihnen jedoch gerne, wenn sie einen festen Wohnsitz suchen“, erläutert Trabert. Die Akzeptanz ihrer Art zu leben ist zweifelsohne Teil des Erfolgs des Gesundheitsteams und ein wichtiger Faktor, wenn es darum geht, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Die Toleranz erfordert aber viel Geduld – z. B. Beharrlichkeit bei der Vergabe von Terminen in Gesundheitseinrichtungen, zu denen manche Patienten oft nicht erscheinen.

Publicity: Tue Gutes und sprich darüber!

„Eine häufig anzutreffende Einstellung zu guten Taten ist: Tue Gutes, aber sprich nicht darüber“, sagt Pitz. „Im Rahmen unserer Arbeit meine ich aber: Wir sollten Gutes tun und mit möglichst vielen darüber reden.“ Von Anfang an war Öffentlichkeitsarbeit ein wichtiger Bestandteil des Mainzer Modells, weil sie das Bewusstsein für ein Problem schärfte, das im allgemeinen nicht erkannt wurde, und weil die Arbeit von Spenden abhängig ist.

Die PR-Arbeit wird vom Verein Armut und Gesundheit in Deutschland gemacht. „Man muss den Menschen bewusst machen, dass Obdachlosigkeit nicht allein auf Alkoholismus oder Arbeitsunwilligkeit zurückzuführen ist“, merkt Dr. Trabert an. „Menschen können aus sehr verschiedenen Gründen auf der Straße landen; man sollte also zurückhaltend mit einem Urteil über Obdachlose sein.“ Dr. Trabert sucht häufig Schulen in und um Mainz auf, um über die medizinische Versorgung für die Armen zu berichten und Verständnis für sein Projekt zu wecken. Dieses Vorgehen ist wichtig, damit Kinder und Jugendliche den Obdachlosen Mitgefühl, Verständnis und Toleranz entgegenbringen, und zwar insbesondere in einer Zeit, in der die Feindseligkeit gegen Obdachlose zuzunehmen scheint.

Publicity in Mainz und in den Nachbarorten ist für das Mainzer Modell wichtig, damit weiterhin Spenden eingehen. Anlässlich von Geburtstagen, bitten manche, die den Verein Armut und Gesundheit in Deutschland unterstützen möchten, ihre Freunde und Angehörigen anstelle von Geburtstagsgeschenken und Blumen um eine Spende an den Verein. Das ist nur ein Beispiel dafür, wie gut sich der Verein etabliert hat und das Projekt in Mainz bekannt ist. Geld kam jedoch auch von unerwarteter Seite: Von 100 000 €, die der britische

Popsänger Phil Collins an den zur katholischen Kirche in Deutschland gehörenden Caritas-Verband spendete, erhielt der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland 10 000 € für die mobile Sprechstunde.

Die meisten Spenden kommen von Privatleuten. Schwarz merkt an:

Es ist schwierig, Unternehmen davon zu überzeugen, Geld oder sogar Sachgüter an die Obdachlosen zu spenden. Unternehmen möchten, dass ihre Spenden sichtbar sind, und wir können diese Sichtbarkeit nur schlecht bieten. Das Arztmobil muss auffallen, also können wir es nicht mit Werbung zukleben. Und dann mag es Unternehmen geben, wie die Hersteller von Luxusautos, die meinen, dass Obdachlose schlecht zu ihrem Image passen. Privatleute sind jedoch häufig sehr spendenfreudig.

Publicity ist jedoch nicht nur für die Spendenwilligkeit und ein höheres Problembewusstsein förderlich, sondern ebnet auch den Weg für Änderungen seitens der Politik. Dr. Trabert meint: „Publicity ist nicht nur für das Sammeln von Spenden, sondern auch als Druckmittel gegenüber Politikern für Maßnahmen zugunsten der Obdachlosen nötig. Die Obdachlosen werden von Politikern meistens ignoriert, weil sie normalerweise nicht wählen.“

Der Preis des Erfolgs

Das Mainzer Modell hat sich in dem Sinne als erfolgreich erwiesen, dass es eine Zielgruppe erreicht, die zuvor vermutlich keine Hilfe gesucht hat. Es gibt inzwischen eine wachsende Nachfrage aus Nachbarorten und -städten, diesen Dienst auf sie auszudehnen. Andere bitten um Informationen, sodass sie aus den Erfahrungen des Mainzer Modells lernen können.

Sowohl Dr. Trabert als auch Andreas Pitz stimmen darin überein, dass die Einstellung einer bezahlten Vollzeitkraft nun Priorität hat. „Wir nähern uns ganz schnell dem Punkt, wo diese Leistungen nicht mehr ausschließlich von Ehrenamtlichen und Personen mit einer anderen Vollzeitarbeit erbracht werden können“, stellt Dr. Trabert fest. „Wir sind fast nicht mehr in der Lage, den Betrieb aufrechtzuerhalten“, fügt Pitz hinzu.

Es wird jemand gebraucht, der dafür bezahlt wird, den Versorgungsdienst zu überwachen und zu organisieren, die nötigen Geräte bereitzustellen, den Kleinbus zu warten und die Öffentlichkeitsarbeit abzustimmen. „Es ist nicht leicht, jemanden zu finden, der kontaktfreudig ist und PR macht, Sponsoren findet und zugleich für den täglichen Ablauf des Dienstes sorgt, aber genau so einen Mitarbeiter suchen wir“, sagt Pitz. „Diese Person muss als bezahlte Vollzeitkraft eingestellt werden. Die Arbeit ist zu umfangreich geworden, als dass wir diese tagtäglich erledigen könnten, zumal wir einer Vollzeitbeschäftigung woanders nachgehen.“

„Uns fehlt z. B. die Zeit, zusammen die Erfahrungen auszuwerten und über neue Arbeitsmethoden zu diskutieren. Wir agieren zu kurzfristig, weil wir zu wenig Zeit haben, langfristig zu planen“, stellt Dr. Trabert fest. Die zur Verfügung stehende Zeit wird für die Behandlung der Kranken und zur Aufrechterhaltung des täglichen Betriebs gebraucht. Jetzt geht es um die Finanzierung der Einstellung eines Koordinators: alles in allem eine angenehme Aufgabe, weil sie in gewisser Weise den Erfolg des Mainzer Modells belegt.

