



# MedMobil

DIAKONIE IN STUTTGART (DIS)

## Fachtag „Arm & gesund in Stuttgart“

am Mittwoch, 14.10.09

in der Diakonissenanstalt Stuttgart

Protokoll Forum I

**Gesundheitliche Versorgung für arme und ausgegrenzte Menschen**

- **MedMobil, Iris Schüle (Ambulante Hilfe e.V.) und Iris Scherrenbacher (Ärzte der Welt e.V.)**

MedMobil ist als Projekt entwickelt von den Trägern der Wohnungsnotfallhilfe und finanziert durch eine zweckgebundene Spende an die Stadt Stuttgart – die Laufzeit beträgt vorerst 3 Jahre. Träger sind: Caritas, Eva, Sozialberatung, Sozialdienst katholischer Frauen, Ambulante Hilfe Stuttgart e.V., Ärzte der Welt e.V., und die Stadt Stuttgart. Geschäftsführende Träger, also für die Durchführung verantwortlich sind: Ambulante Hilfe Stuttgart e.V. und Ärzte der Welt e.V. .

Die MedMobil-Mitarbeiterinnen: Eine Koordinatorin zur Wohnungsnotfallhilfe sowie aufsuchende sozialen Arbeit seitens der Ambulanten Hilfe e.V. (AH) und eine Koordinatorin für die medizinische Ausstattung, für die ehrenamtlichen Ärzte seitens Ärzte der Welt e.V. (ÄDW), beides Sozialarbeiterinnen, die sich gegenseitig auch vertreten.

### **Zur Ausgangslage**

Es gibt ein differenziertes soziales und medizinisches Hilfesystem und trotzdem gibt es zahlreiche Menschen, die nicht ausreichend medizinisch versorgt sind und auch aus Beratungskontexten herausfallen. Gründe hierfür sind: Mangelnde Krankheitseinsicht oder nicht adäquate Wahrnehmung der Bedürfnisse des eigenen Körpers, mitunter auch Schamgefühle. Dazu kommt die Angst vor Ablehnung und/oder Ausgrenzung, ganz „klassische“ Behandlungsängste, psychische Schwierigkeiten, Suchtkontext, Substitution und natürlich finanzielle Hindernisse, die seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz immer höher werden.

### **Ziele von MedMobil**

MedMobil soll eine wichtige Ergänzung zum vorhandenen Hilfesystem, keine Konkurrenz zu bestehenden Angeboten sein. Ein niederschwelliges soziales und medizinisches Angebot, das betroffene Menschen an das reguläre Hilfesystem heranführen soll. Es bietet unbürokratische Hilfe ohne administrative Hürden. An Bord des MedMobils gibt es eine interdisziplinäre Versorgung (Sozialarbeit und Medizin/Pflege). Ein wichtiges Merkmal ist, dass das MedMobil die Menschen aufsucht, somit kurze Wartezeiten und Wege bietet und kostenlose und auf Wunsch anonyme Behandlung und Beratung bietet. Zudem gibt es ein frauenspezifisches Angebot.

## **Was ist konkret möglich?**

Durch die personelle Ausstattung mit ehrenamtlichen Ärzten, Pflegern und Krankenschwestern kann medizinisch kann natürlich Hilfe in Notfällen gewährleistet werden. Im weiteren Sinne geht es generell um die Verbesserung der Gesundheit des Personenkreises durch frühzeitige Diagnostik, Prävention und Gesundheitsaufklärung. Weiter geht es um die Erschließung des Zugangs zur Regelversorgung. Eine vernetzte Zusammenarbeit mit dem Regelsystem, das bedeutet mit Krankenkassen, Krankenhäusern und nieder gelassenen Ärzten ist Voraussetzung hierfür. Sozialarbeiterisch geht es im MedMobil zunächst um eine Kontaktaufnahme und um den Aufbau einer helfenden Beziehung, es geht weiter um Information über die Angebote der sozialen Hilfesysteme, um eine Vermittlung in Angebote bei Bedarf und natürlich um die Kooperation mit den verschiedenen Hilfeeinrichtungen in Stuttgart.

## **Umsetzung**

MedMobil ist seit Juli konkret unterwegs. Zunächst als Provisorium mit dem VW-Bus der AH und mit einem kleinen Arztkoffer. Seit 1. Oktober ist das eigentliche MedMobil auf der Strasse unterwegs. Es gibt eine Art Wochenfahrplan (einzusehen im Internet unter <http://www.aerztewelt.org/projekte/medmobil-stuttgart.html>).

Angefahren wurden bisher öffentliche Plätze wie zB. die Paulinenbrücke, der Hauptbahnhof (Park, Ausgang Klettpassage), zudem sind immer wieder Einsätze am Ostendplatz. Auch die Tagesstätten Cafe 72 und Femmetastisch werden angefahren. Seit Ende September auch das Haus am Löwentor. Geplant sind regelmäßige jugendärztliche Sprechstunden im Schlupfwinkel und über den Winter wird voraussichtlich beim Winternotquartier Station gemacht. Die Koordination, an welchen Orten mit welchen Ärzten und soz. Mitarbeitern eine Sprechstunde angeboten wird, ist sehr zeitaufwendig und kompliziert da mit 3 Unbekannten gerechnet werden muss: Zeit und Bedarf der Einrichtungen und an den Plätzen. Hinzu kommt der Zeitfaktor der Ehrenamtlichen, die sehr engagiert, oft aber noch berufstätig sind.

## **Warum arbeitet MedMobil mit ehrenamtlichen Fachleuten? (IriS)**

Alle Projekte von *Ärzte der Welt* beruhen auf dem persönlichen Engagement von zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeitern mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen wie Ärzte, Juristen oder Psychologen. Diese Struktur ermöglicht es mit viel mehr Fachleuten zusammenzuarbeiten, daraus wiederum erschließt sich ein wertvolles Netzwerk (weit über medizinische Belange hinaus). Die Netzwerkarbeit innerhalb des sozialen Systems und innerhalb (eines Teils) der Ärzteschaft in Stuttgart bewirkt und ermöglicht so gesehen in gewisser Weise eine Einbindung und Mitwirkung der Bürger durch aktive freiwillige Arbeit in dem Projekt. Dank dieser Vielfältigkeit der arbeitenden Personen in dem Projekt entstehen auch immer wieder neue Fragestellungen und Resonanzen aus der Bevölkerung, die zu einer steigenden operativen Wirksamkeit zu Gunsten der betroffenen Zielgruppen führt. Durch regelmäßige Teamabende und Fortbildungen der Freiwilligen wird die Qualität der Arbeit gesichert bzw. noch erhöht.

## **Welche Erfahrungen macht MedMobil?**

Bisher haben wir mit MedMobil sehr gute Erfahrungen und haben auch viel positive Resonanz erhalten. Kommentare: „Klasse, dass Ihr das macht“, „Das ist gut, das macht Sinn“, „Au ja, da kenn ich jemand...“, „Das wird auch Zeit, Stuttgart hat endlich auch so ein Angebot!“ sind nicht selten. In der allerersten Zeit fanden es alle gut, hatten selber aber gerade keinen Bedarf. Ein nächster Schritt war, dass viele Fragen gestellt wurden und Tipps gegeben wurden (Orte, Zeiten, ...), erst mit der Zeit wur-

den Bedarfe geäußert, manche kamen mit Bedarf an Wundversorgung (Pflaster, kleinere Verbände). Grund: Vertrauen zu gewinnen dauert Zeit und ist besonders bei heikleren Themen schwierig. Daher öffnet ein medizinisches Angebot auch Türen: MedMobil ist eine unmittelbare Dienstleistung aus der sofort Nutzen erzielt werden kann – man erfährt Hilfe und manche kommen dann auch auf andere Themen zu sprechen (Suchtproblem, Mietschulden...). Die Zeit und die Aufmerksamkeit, die die Menschen durch die Ärzte erfahren, wird genossen, scheint ungewohnt – zumindest bei den Straßenleuten.

Seit wir mit dem MedMobil als umgebautem Rettungswagen unterwegs sind und somit die Möglichkeit haben eine privatere Atmosphäre herzustellen, ziehen manche schon auch mal die Socken aus um sich die Füße angucken zu lassen. Die Klienten sind sehr gerührt und dankbar wenn man hilfreich sein konnte.

#### o Internationales Beratungszentrum der eva, Georg Hegele

1) Georg Hegele, Sozialarbeiter bei der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart arbeitet seit 16 Jahren in der Arbeit mit Flüchtlingen und niedergelassenen Migranten im Internationalen Beratungszentrum (früher Ausländerdienst). Schwerpunkte der Arbeit: Existenzsicherung, Schulden, Wohnungssuche, Arbeitssuche, Gesundheit, Mediation.

2) Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem und in der ambulanten und stationären Behandlung:

-Aufenthaltsstatus: Ein Hindernis, was deutsche Patienten nicht überspringen müssen, ist ihr Status. Bei Migranten ist die Voraussetzung um in das Regelgesundheitsystem zum kommen ein rechtmäßiger Aufenthalt (z. B. über Familienzusammenführung) oder Beitragszahlungen zum deutschen Sozialversicherungssystem. D. h. EU-Bürger aus Staaten die erst 2004 oder 2007 der EU beigetreten sind, genießen zunächst nur eine eingeschränkte „Freizügigkeit“ in Deutschland. Sie bekommen nur in Fällen außergewöhnlicher beruflicher Qualifikation, der Begründung einer Partnerschaft (z. B. bei gleichgeschlechtlichen Beziehungen) oder der Heirat mit einem deutschen, einem aufenthaltsberechtigten EU-Bürger oder einem anderen Partner mit einem festen Aufenthalt in Deutschland den Zugang zu einer Krankenkasse. Menschen ohne Aufenthaltspapiere, sogenannten „Illegalen“ ist der Zugang ebenso verwehrt.

Auch sogenannte „Alt EU-Bürger“ werden nicht in die Krankenkasse aufgenommen, wenn sie das erste Mal sich in Deutschland angemeldet und noch keine Einzahlungen in das deutsche Sozialversicherungssystem geleistet haben.

-Illegalität: Ein Problem, was ein armer Deutscher und ein sich legal aufhaltender Migrant nicht hat, ist die Illegalität. Sie erschwert den Patienten zusätzlich den Zugang zum Gesundheitssystem, da er nicht versichert ist und die Behandlung aus eigener Tasche bezahlen muß. Darüber hinaus besteht die Angst aufzufallen und die Arbeit durch Krankheit zu verlieren.

-Sprache: Im Bereich der niedergelassenen Ärzte haben Migranten nur eingeschränkte Möglichkeiten der Auswahl. Es gibt zwar viele Allgemeinärzte, die verschiedene Sprachen sprechen, manchmal sind es auch Arzthelferinnen die dolmetschen. Sobald man jedoch Spezialisten braucht, wird die Auswahl knapp. Bei seelischen Krankheiten ist dies besonders schlimm, da eine Gesprächstherapie z.B. gar

nicht möglich ist. Im Gesundheitswegweiser der Stadt Stuttgart, den ich als guten Ansatz sehe, fehlen z. B. Spezialisten in den für Stuttgart wichtigsten Sprachen, wie Türkisch, Kroatisch und Serbisch und auch wenn Griechisch als Sprache angegeben ist, wird einem beim „Näherklicken“ mitgeteilt, dass kein Eintrag besteht. Auch unter der Rubrik „Kinderheilkunde“ fehlen Sprachen wie Griechisch, Serbisch und Kroatisch.

Für den Bereich der Drogentherapie gilt dies genauso, wie ein aktuelles Beispiel eines portugiesischen Klienten zeigt. Er befindet sich gerade in einer Entgiftungstherapie aber er kann sich nur sehr schlecht mit Ärzten und Pflegepersonal verständigen. Teilnahmen an Gruppengesprächen haben fast keinen Sinn. Für die Anschluss-therapie gilt dasselbe. Somit verringern sich die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung sehr.

-Dolmetscher: Mit dem zusätzlichen Problem der mangelnden Sprachkompetenz verbindet sich das Problem der Dolmetscherwahl: Ein professioneller Dolmetscher ist für einen armen Migranten zu teuer. Als Ersatz müssen häufig minderjährige Kinder, sonstige Familienangehörige oder Angehörige der eigenen „Community“, also Landsleute einspringen. Sie sind nicht immer willkommen, weil man im Falle von Krankheiten wie z. B. AIDS oder Geschlechtskrankheiten die elterliche Autorität verlieren oder in der Gemeinschaft der Landsleute in Verruf geraten könnte. Man muß sich das bei einzelnen Migrantengruppen vorstellen, wie in einer Dorf- oder Kleinstadtgesellschaft. Die Gerüchte kursieren in einer Gemeinschaft von 500 bis 15.000 Menschen sehr schnell.

*Beispiel aus der aktuellen Beratung eines Italieners: Zwei Tage vor der Geburt, wurde dem Vater erklärt, dass er HIV positiv ist und Hepatitis C hat. Auf die Schnelle, sollte noch die hochschwangere Frau auf HIV und Hepatitis untersucht werden, weil die behandelnde Frauenärztin dies nicht getan hatte. Der Termin für den Kaiserschnitt stand schon fest, musste aber verschoben werden. Normalerweise ging immer eine Freundin und Nachbarin zur Ärztin zum Dolmetschen mit. Diese sollte aber nichts von dieser Problematik wissen, weshalb eine Alternative gesucht werden musste.*

- Migranten im Krankenhaus: Häufig werden immer noch Angehörige der Patienten oder nicht ausgebildetes Krankenhauspersonal zum Dolmetschen hinzugezogen. Die richtige Übersetzung ist deshalb nur bedingt gewährleistet. Angehörige könnten aus falsch verstandenem Mitleid nicht die ganze Wahrheit übersetzen. Nicht selten bringen die dolmetschenden Angehörigen ihre eigene Sicht und Interpretation der Krankheit ein, ohne dass Ärzte und Pflegepersonal dies mitbekommen.

In einigen Krankenhäusern in Stuttgart (Olgäle, Katharinenhospital und Bürgerhospital) gibt es zwar einen Dolmetscherdienst, dieser ist aber nicht bei allen in der Behandlung von Patienten Tätigen bekannt, weshalb nicht professionelles Personal eingesetzt wird. Mitunter versucht sich auch schon der eine oder andere Arzt bei Portugiesen mit Urlaubs-Spanisch oder Italienisch an der Erklärung einer OP in der Annahme, dass die lateinischen Sprachen untereinander doch sehr ähnlich seien. Sie fühlen sich in dieser Annahme dadurch bestätigt, dass die Patienten danach keine Fragen mehr haben. (Ob aus Angst sich oder dem Arzt eine Blöse zu geben oder aus Respekt überhaupt gegenüber den Ärzten) bleibt dahin gestellt.

*Beispiel: Ein Portugiese mit amyotropher Lateralsklerose (ALS). Der Klient durfte an einer Studie bezüglich eines Medikamentes nicht teilnehmen, weil er sich nicht ausreichend mit den untersuchungsleitenden Ärzten unterhalten und über sein Befinden sprechen konnte. Er war darüber sehr traurig und verärgert und fühlte sich deswegen*

*diskriminiert und um eine Chance sein Leben zu verlängern oder die Krankheit zu stoppen, gebracht.*

- Zugang zu Hilfen: Schon vom Ausländeramt oder Job Center kommen viele Migranten zu mir und erklären, sie hätten ihre Anliegen erst gar nicht vorbringen können. Sie seien mit den Worten zurückgewiesen worden, sie sollten mit einem Dolmetscher wieder kommen. Dies ist zwar verständlich, wenn dies jedoch auch im Fall von Englisch-sprachigen Antragstellern vorkommt verwundert es mich schon, denn in den Ämtern müsste das dort tätige Personal zumindest aus der Schule über Grundkenntnisse verfügen, mit denen zumindest eine einfache Konversation möglich sein sollte. Zugespißt könnte man sagen, dass Telefonfirmen den Menschen aus aller Welt die komplexesten Tarife für ihre Handys verkaufen können, es in der Verwaltung, wenn es um die Leistungsgewährung geht aber nicht möglich sein sollte sich zu verständigen. Auch der städtische Dolmetscherdienst wird hier nicht mobilisiert wenn es um die Interessen unserer Klienten geht.

-Religion und Kultur: Für eine gute Behandlung ist natürlich das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in verschiedenen Kulturen und Religionen unabdingbar, vor allem wenn es sich um Geschlechtskrankheiten und Untersuchungsmethoden handelt. In manchen Religionen und Kulturen werden Krankheiten auf Fehl- oder unmoralisches Verhalten zurückgeführt oder Heilungen gelingen nur dann, wenn ein Fluch von einem genommen wird.

Schlußbemerkung: Es kann nicht das Ziel sein, für jede Sprache immer und überall Dolmetscher vorzuhalten, die jederzeit abrufbar sind. Es muß immer klar sein, dass jeder Migrant der nach Deutschland kommt und hier leben möchte, natürlich so gut wie möglich die deutsche Sprache lernen sollte.

Besonders stark wird gerade in jüngster Zeit von der politischen Richtung der Spracherwerb und die Integration gefordert, die sich am vehementesten und längsten gegen den Begriff von „Deutschland als Einwanderungsland“ gewehrt hat. Es wird immer Menschen geben, die das nur ansatzweise oder gar nicht schaffen, aber es muß auch für sie den Zugang zu den gesundheitlichen Hilfesystemen geben. Ein Ansatz ist deshalb, möglichst viele Fachkräfte die mehrsprachig sind, einzustellen bzw. zu schulen. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die relevanten Sprachen wie Türkisch, Kroatisch, Serbisch, Russisch usw. gelegt werden. Der andere Ansatz ist das möglichst frühe (gleich nach der Einreise), breite und niederschwellige Angebot von Sprachkursen vor allem für Neuzugewanderte. Vor allem Kurse mit Kinderbetreuung für Frauen.

- **Medizinische Versorgung im Männerwohnheim Nordbahnhofstrasse, Dr. med. Katalin Meiwes**

**Wer:**

Die Patienten sind ehemalige Obdachlose, Verarmte, Alleinstehende, die allein nicht zurecht kommen, Langzeitarbeitslose, psychisch Kranke. Viele leiden unter Suchtkrankheit, und zwar langjähriger Alkoholkrankheit und starke Nikotinsucht.

**Krankheitsbilder:**

Grundsätzlich: alle Krankheiten wie bei allen Erwachsenen.

- Spezifische Krankheitsbilder, bedingt durch langjährigen Alkohol- und Nikotinkonsum und schwieriges soziales Umfeld.
- Hauterkrankungen, z.B.: Pyodermie, Mykosen, Erysipel, Ulcus cruris, Folgen von AVK
- Lunge: Bronchitis, COPD, Lungenkrebs,
- Herz, Kreislauf: Hypertonie, KHK, Herzinfarkt, Cardiomyopathie,
- Gastro: Gastritis, Ulcus, Leberschaden, Leberzirrhose, Pankreasinsuffizienz
- Tumoren: Lungenkrebs, HNO Bereich,
- Andere: Diabetes melitus, sehr oft schwer einstellbar bei Alkoholkonsum.
- Neuro- Psychiatrie: Alkoholentzug, HOPS, Epilepsie nach Schädelhirntrauma, Apoplektischer Insult mit Lähmungen. Alkoholentzugsepilepsie, Psychosen,
- Mangelkrankungen: Vitaminmangel, Osteoporose,
- Chirurgische: Verletzungen, Schädelhirntrauma, Amputationen bei schwerer AVK.

#### **Wichtig:**

- Multimorbidität: verschiedene Krankheiten bestehen gleichzeitig und von erheblicher Schwere. i.a.
- schlechter Gesundheitszustand

Der wichtigste Grund: für den schlechten Gesundheitszustand: fortwährender Alkohol- und Nikotinkonsum, schw. soziales Umfeld

#### **Schwierigkeiten bei der Behandlung**

- fehlende Einsicht
- Fehlende Sensibilität der eigenen Gesundheit gegenüber
- Leidensdruck muss sehr groß sein, bis sie zum Arzt kommen.
- Etliche kommen überhaupt nicht aus eigenem Antrieb.

#### **Konkrete Arbeit:**

- Versuch, Vertrauen aufzubauen.
- Tägliche Behandlung durch Krankenschwestern und Pfleger unabdingbar (Verbände, Medikamentengabe, andere pflegerische Massnahmen)
- Unterstützung von Krankenschwestern zum "Managen" der Patienten.
- Zusammenarbeit mit anderen Fachkollegen – ambulant und stationär, dass ich den Patienten nach heutigem medizinischen Wissensstand und Möglichkeiten Diagnostik und Therapie anbieten kann.

#### ○ Häusliche Pflege beim Caritasverband, Manuel Borrego Beltran

Herr Borrego Beltran ist seit 21 Jahren im Stuttgarter Gesundheitswesen tätig, zudem ist er seit 2005 als Streetworker im Team mit Iris Schüle von der Ambulanten Hilfe e.V. auf den Strassen Bad Cannstatts unterwegs.

Er berichtet von seinen vielfältigen Erfahrungen, die er als Krankenpfleger auf der Strasse mit seiner Klientel gemacht hat. Durchgängig seien bei der Klientel, die auf der Strasse anzutreffen seien einige Merkmale wie das Alter (zwischen 40 und 50 Jahren in der Mehrzahl), Arbeitslosigkeit, in Trennung lebend und die Herkunft (die Mehrheit hat einen deutschen Pass), Herr Borrego merkt an, dass er das Thema Migration aus diesem Grund als „Problemzone“ eher abgrenzen würde. Er berichtet, dass es sehr schwer ist, auf der Strasse an psychisch kranke Menschen heranzukommen, die Menschen isolierten sich oft völlig, um in einen Hilfeprozess einsteigen zu können sei ein langer Vertrauensaufbau um eine Beziehung herzustellen notwendig. Oft begegnen ihm Krankheitsbilder, die in Kliniken nicht vorkommen. Er sieht

einen Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck der Menschen auf der Strasse in ihrer jeweiligen Lebenssituation und Persönlichkeitsstörungen, die oftmals auch eine Art Bewältigungsstrategie darstellten. Gleichzeitig finden Menschen mit diesen Krankheitsbildern im Obdachlosenmilieu eine gewisse Nische und Akzeptanz. Herr Borrego Beltran wird auf der Strasse oftmals zunächst als Gesundheitspfleger angesprochen. Generell falle ihm der schlechte Zahnstatus seiner Klienten auf, die er zusätzlich zur Straßensozialarbeit einmal wöchentlich Donnerstagnachmittags im Café 72 berät zu Themen und Fragen wie

- allgemein ärztlicher Behandlung
- Krankenkasse (wie komme ich wieder in die Krankenversicherung rein?)
- körperliche Erkrankungen
- seelische Erkrankungen
- Ernährung
- gesundheitliche Vorsorge

Die Leute gingen oft erst im absoluten Notfall zum Arzt – sonst nie. Es sei viel Motivationsarbeit nötig, viel Organisationsarbeit, bis hin zur Begleitung zum Arzt. Arztbesuche seien von seiner Klientel oftmals als demütigend erlebt worden, hierzu erzählt Herr Borrego Beltran unter anderem ein eindrückliches Fallbeispiel:

Ein 70jähriger Mann ohne festen Wohnsitz, Diabetiker, litt an offenen Füßen. Herr Borrego Beltran wies den Mann wegen einer beginnenden Sepsis ins Krankenhaus ein. Für die Nachsorge der offenen Füße wurde ein Arzttermin vereinbart, Herr Borrego Beltran begleitete den Patienten dorthin. Bereits am Empfang wurde spürbar, dass der Kunde nicht erwünscht war. Es gipfelte darin, dass die behandelnde Ärztin sich weigerte, einen Verbandschuh zu verschreiben. Der Patient musste sich im November als Mensch ohne festen Wohnsitz mit einer Plastiktüte um den Verband behelfen. Zudem verweigerte sie dem Schmerzpatienten eine Schmerzbehandlung, weil sie ohne vorherige Abklärung von Alkoholmissbrauch ausging. Herr Borrego Beltran hielt Rücksprache mit der Krankenkasse, nach langem Hin und Her wurde der Verbandschuh schließlich bewilligt. Man kann sich vorstellen, wie die Sache ohne Herrn Borrego Beltrons Engagement verlaufen wäre. Wichtig an dieser Stelle zu erwähnen ist, die monatelange Beziehungsarbeit, die diesem Geschehen vorausging, die aber eine wichtige Grundlage ist. Herr Borrego Beltran hat diesen Mann schon im Vorfeld dieses Ereignisses über lange Zeit sehr eng betreut, nur durch das so gewachsene Vertrauen zwischen Patient und Streetworker war es überhaupt möglich, dass der Patient sich auf eine Behandlung einließ.

Der Mann lebt heute in einer Unterkunft und ist bei entsprechend guter Gesundheit. Diese „Schlüsselsituationen“ beim Arzt erlebten viele als sehr drastisch.

Herr Borrego Beltran begrüßt Projekte, wie die Malteser Migrantenmedizin und das MedMobil, da er aus Erfahrung überzeugt ist davon, dass eine Vernetzung von Disziplinen wie Sozialarbeit und Medizin sehr viel Sinn macht, für die Menschen, für die es gedacht ist, diejenigen, die am Rand der Gesellschaft stehen und aus dem Hilfesystem herauszufallen drohen.