

# **Der Fachdienst Soziale Gesundheitsversorgung**

Eine neue Abteilung des  
Gesundheitsamtes Dortmund

Bericht über das erste Jahr 1.1.2025–31.12.2025

## Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Methadonambulanz Dortmund .....	5
2.1	Wirkweise der Methadonbehandlung.....	5
2.2	Entwicklung der Methadonambulanz.....	5
2.3	Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025.....	6
3.	Mobiler medizinischer Dienst.....	11
3.1	Entwicklung Mobiler Medizinischer Dienste in NRW.....	11
3.2	Entwicklung des Dortmunder MMD .....	12
3.3	Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025.....	13
4.	Psychiatrische Sprechstunden im MMD .....	15
4.1	Entwicklung der psychiatrischen Sprechstunden.....	15
4.2	Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025.....	16
5.	Team Soziale Arbeit im MMD.....	19
5.1	Entwicklung des Teams Soziale Arbeit .....	19
5.2	Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025.....	20
6.	Meilensteine der Entwicklung des Fachdienstes.....	24
7.	Fazit und Ausblick .....	25
	Anhang .....	26
	Fallbeispiele .....	26
	Artikel Westfälisches Ärzteblatt 2/26.....	32
	Abkürzungen.....	34

## 1. Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Aufgabenfelder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stetig gewandelt: manche früheren Schwerpunkte wie zum Beispiel Röntgenreihenuntersuchungen sind nicht mehr im vorherigen Umfang erforderlich oder wurden an andere Gesundheitsinstitutionen abgegeben. Neue Leistungen, wie Gesundheitsberichterstattung oder betreuungsbehördliche Aufgaben, kamen hingegen als Pflichtaufgaben des Gesundheitsamtes hinzu. Aus neuen Bedarfslagen entstanden neue Leistungen.

Sehr früh wurde in Dortmund erkannt, dass die medizinische Versorgung von Menschen, die das Regelsystem des SGB V aus niedergelassenen Ärzt\*innen und Krankenhäusern nicht nutzen können, eine zunehmende Bedeutung erlangen wird. Deshalb haben Kommunalpolitik, Dezernat 5 und Gesundheitsamtsleitung in den letzten 20 Jahren die sozialkompensatorischen medizinischen Angebote für Menschen in prekären Lebenslagen konsequent ausgebaut und qualitativ weiterentwickelt.

Anfangs geschah dies unter dem organisatorischen Dach des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Zum 01.01.2025 gründete Dortmund als erstes deutsches Gesundheitsamt eine eigene Abteilung (53/10), um dem stetig wachsenden Bedarf und der Ausweitung der Angebotspalette auch organisatorisch gerecht zu werden: den Fachdienst Soziale Gesundheitsversorgung (FSG). Im Sinne der Ziele des Dezernates 5 wurde der Fachdienst niedrigschwellig und von den Bedarfen der Betroffenen ausgehend entwickelt. Um möglichst gut von den Zielgruppen erreicht werden zu können, wurden die Angebote in der Bornstraße 239 aufgebaut: fußläufig zum Nordmarkt und an den öffentlichen Nahverkehr (schräg gegenüber der Haltestelle Glückaufstraße der U 42) angebunden.

Dort arbeiten vier multiprofessionelle Teams aus medizinischen Fachangestellten, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter\*innen und Ärzt\*innen:

- Die **Methadonambulanz** bietet Opiatabhängigen mit und ohne Krankenversicherung eine Substitutionstherapie mit intensiver sozialarbeiterischer Begleitung und Behandlung schwerer Begleiterkrankungen.

- Die **hausärztlichen Sprechstunden des Mobilen Medizinischen Dienstes** (MMD) für Menschen mit und ohne Krankenversicherung, die obdachlos, wohnungslos oder in anderen prekären Lebenslagen sind.
- Die **psychiatrischen Sprechstunden des MMD** für den gleichen Personenkreis.
- Das **Team Soziale Arbeit im MMD** berät, vermittelt und betreut die Patient\*innen der hausärztlichen und der psychiatrischen Sprechstunden. Außerdem führt das Team gemeinsam mit dem Sozialamt ein Wohnprojekt für psychisch kranke wohnungslose Menschen durch und leistet zusätzlich, soweit zeitlich möglich, gesundheitsbezogenes Streetwork.

Mit diesen Angeboten wurden im Jahr 2025 über 1.200 Menschen in meist sehr schwierigen Lebensverhältnissen behandelt und betreut. Über dieses erste Jahr des Fachdienstes Soziale Gesundheitsversorgung wird im Folgenden genauer berichtet, gegliedert nach den vier Teams.

## **2. Methadonambulanz Dortmund**

### **2.1 Wirkweise der Methadonbehandlung**

Methadon ist genauso wie Heroin ein Opiat, also eine chemisch veränderte Variante des Morphiums. Da intravenös gespritztes oder gerauchtes Heroin in wenigen Stunden im Körper wieder abgebaut wird, müssen Heroinabhängige drei bis viermal am Tag konsumieren und haben im schnellen Wechsel von Rausch und Entzug kaum Zeit, sich um ihre alltäglichen Angelegenheiten zu kümmern. Außerdem ist vor allem der intravenöse Konsum mit Gesundheitsrisiken (Spritzenabszesse, Herzklappenentzündungen, Hepatitis, HIV, etc.) verbunden. Methadon als Substitut (Ersatzstoff) dagegen wird getrunken und im Körper so langsam abgebaut, dass eine einmal tägliche Gabe ausreicht, um Entzugerscheinungen zu verhindern. Dies ermöglicht den Patient\*innen, sich um die Dinge des täglichen Lebens zu kümmern und Behörden- und Wohnungsangelegenheiten zu regeln. Im Laufe der Behandlung stabilisiert sich die zuvor oft prekäre soziale Lage.

### **2.2 Entwicklung der Methadonambulanz**

1991 beteiligte sich die Stadt Dortmund am Landesmethadonprogramm (LMP) des Landes NRW, mit dem die oben beschriebene Wirkweise der Behandlung wissenschaftlich überprüft wurde. Nachdem so die Effektivität von Methadon nachgewiesen wurde, konnte diese Behandlungsform eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen werden und dann auch durch niedergelassene Ärzt\*innen erfolgen. Heute werden in gut 30 Praxen, über das ganze Stadtgebiet verteilt, mehr als 1.300 Patient\*innen versorgt. Die Stadt Dortmund entschloss sich 1998 nach Auslaufen des LMP in Absprache mit der niedergelassenen Ärzteschaft, das Modellprojekt als städtische Institution fortzusetzen, um auch jenen Menschen Behandlung anzubieten, die von den Praxen nicht erreicht werden können. So entstand die Methadonambulanz Dortmund (MAD) mit 150 Plätzen für Opiatabhängige, die nicht krankenversichert, wohnungs- bzw. obdachlos sind oder sich in einer anderen schwierigen sozialen Lage befinden. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Behandlung von Menschen, die neben der Sucht zusätzlich an weiteren schweren Krankheiten wie HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Schizophrenie und anderen schwerwiegenden seelischen Störungen leiden. Diese erhalten neben dem Methadon auch die notwendigen zusätzlichen Medikamente beim täglichen Besuch in der MAD, die an 365 Tagen geöffnet ist.

Von entscheidender Bedeutung für die soziale Rehabilitation ist die Integration von Sozialarbeit in die tägliche Vergabe.

Die MAD arbeitet im Rahmen einer Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, die Personalkosten der Vergabe werden weitgehend durch die Abrechnung mit den Krankenkassen gedeckt.

### 2.3 Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025

Behandlungsplätze: 150

Patient\*innenzahl: 208 (aufgrund unterjähriger Aufnahmen/Entlassungen)

#### Geschlecht

Männlich	158	76%
Weiblich	50	24%

#### Staatsangehörigkeit

Deutsch	150	73%
EU	28	13%
Nicht EU	28	13%
Keine Angaben	2	1%

*Hinweis: 3/4 der Patient\*innen haben eine deutsche Staatsbürgerschaft. Dieses entspricht in etwa der Verteilung in der Gesamtbevölkerung.*

#### Familienstand

Ledig	169	82%
Geschieden	22	11%
Verheiratet	5	2%
Getrennt	5	2%
Verwitwet	2	1%
Keine Angabe	5	2%

*Hinweis: Sehr hoher Ledigenanteil als Ausdruck frühen Krankheitsbeginns und sozialer Isolation der Patient\*innen.*

### **Kinder**

Mit Kontakt	37	18%
Ohne Kontakt	52	25%
Keine Kinder	119	57%

*Hinweis: Die meisten Patient\*innen (82%) haben keine Kinder oder keinen Kontakt zu ihnen als Ausdruck der Beeinträchtigung sozialer Fähigkeiten und Teilhabe in jahrzehntelanger prekärer Lebenslage.*

### **Altersstruktur**

Unter 20 Jahre	3	2%
20 – 29 Jahre	26	12%
30 – 39 Jahre	62	30%
40 – 49 Jahre	69	33%
50 – 59 Jahre	39	19%
60 – 69 Jahre	9	4%

*Hinweis: Bei Aufnahme sind die meisten Patient\*innen schon 10-20 Jahre heroïnabhängig.*

### **Krankenversicherungsstatus bei Aufnahme**

Sozialamt	7	3%
Private KV	0	0%
Keine KV	85	41%
Ungeklärt/keine Angabe	2	1%
Gesetzliche KV	113	55%

*Hinweis: Über 40% ohne Krankenversicherung (KV) bei Aufnahme, diese Patient\*innen können keine Kassenpraxen aufsuchen und sind auf die MAD angewiesen.*

### **Leistungsbezug bei Aufnahme**

SGB II	82	40%
SGB XII	8	4%
Rente, Lohn, etc.	28	13%
Keine Leistungen	89	43%

*Hinweis: Über 40% ohne lebensunterhaltssichernde Leistungen bei Aufnahme.*

### Wohnsituation bei Aufnahme

WVP/Heim/Hotel/Pension Plus/Krankenwohnung/ Wohntraining/Betreutes Wohnen/ordnungsrechtlich	16	8%
Unbekannt	2	1%
Ohne jede Unterkunft („Platte“) – obdachlos	75	36%
Prekär: Familie/Bekannte/Partner*in/Laube – kein eigener Mietvertrag	43	21%
Notschlafstelle MÜS/FÜS/Mergel/SW42/gap jump	15	7%
Eigene Wohnung	56	27%

*Hinweis: 3/4 der Patient\*innen verfügen bei Aufnahme über keinen mietvertraglich gesicherten Wohnraum, über 1/3 hat keinerlei Obdach, jede\*r Fünfte lebt in Abhängigkeit eines Schlafplatzgebers.*

### Beikonsum/Polytoxikomanie bei Aufnahme

Ja	191	92%
Nein	17	8%

*Hinweis: Alleiniger Heroingebrauch ist selten. Bei Aufnahme besteht meist bereits eine jahrzehntelange Abhängigkeitserkrankung.*

### Schwere behandlungsbedürftige Zweiterkrankung

– Mehrfachnennungen möglich–

Körperliche Krankheit	101	49%
Psychiatrische Krankheit	158	76%
Infektionskrankheit	61	29%

*Hinweis: Die Hälfte hat zusätzlich zur Suchterkrankung eine schwere behandlungsbedürftige körperliche, drei Viertel eine schwere behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung. Das verdeutlicht die besonders beeinträchtigte gesundheitliche Lage unserer Patient\*innen. Erkennen und Behandeln von Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose und andere) bedeutet neben dem Nutzen für die Patient\*innen auch einen Beitrag zum Bevölkerungsgesundheitsschutz.*

## **Besondere Problemlagen**

Aufnahme nach Haft	42	20%
Sexarbeit	31	15%
Keine Ausweispapiere	50	24%

*Hinweis: Neben der stark beeinträchtigten gesundheitlichen Lage unserer Patient\*innen ist auch die soziale Lage durch besondere Schwierigkeiten gekennzeichnet. Jede\*r Fünfte kommt direkt nach Haft, dann ist meist nur in der MAD eine Behandlung möglich (während der Haft werden gesetzliche Betreuungen aufgehoben oder nicht eingerichtet, Unterhaltsleistungen werden eingestellt, ebenso der Krankenversicherungsschutz, so dass die Patient\*innen nicht bei niedergelassenen Ärzt\*innen substituiert werden können).*

*1/4 der Patient\*innen hat in dem durch die Suchtkrankheit (mit ihren Folgen des raschen Wechsels von Rausch, Entzug und Beschaffungsnotwendigkeit) gekennzeichneten Lebensalltag, Ausweis und andere wichtige Unterlagen verloren, die aber für die Schritte aus der Sucht erforderlich sind. Die Wiederbeschaffung ist zeitraubend, gelingt aber mit Unterstützung der sozialen Arbeit meist.*

*Opiatabhängige Frauen in der Sexarbeit sind besonders gefährdet – deshalb wurden 2013 auf Initiative des damaligen Oberbürgermeisters zwei halbe Sozialarbeiter\*innenstellen für die Intensivbetreuung substituierter Prostituerter eingerichtet.*

## Besondere Unterstützungsleistungen

Somatische/psychiatrische Zusatzbehandlung	107	51%
Vergabe wichtiger Medikamente neben dem Substitut	86	41%
In Krankenversicherung gebracht	61	29%
In Unterhaltsleistung gebracht	61	29%
Beikonsumfreiheit erreicht	30	14%
In Langzeittherapie/Entwöhnungsbehandlung vermittelt	27	13%
Gesetzliche Betreuung installiert	34	16%
Ambulant Betreutes Wohnen installiert	22	11%
Wohnung freier Markt vermittelt	5	2%
Aufnahme in das Wohnprojekt	18	9%
In Zuverdienst vermittelt	22	11%

*Hinweis: Die Hälfte der Patient\*innen erfährt eine Behandlung schwerer Begleiterkrankungen zusätzlich zur Substitutionstherapie. Die meisten davon erhalten ihre Medikamente direkt in der MAD zusammen mit dem Methadon. Bei Aufnahme sind über 40% der Patient\*innen ohne Krankenversicherung und Sozialleistungen – die meisten davon können bei der Geltendmachung von Ansprüchen unterstützt werden, so dass sie wieder krankenversichert sind und unterhaltssichernde Leistungen erhalten.*

*14% der Patient\*innen werden im Verlauf der Unterstützung beikonsumfrei, d.h. sie nehmen neben dem Substitutionsmedikament Methadon keine anderen Suchstoffe mehr zu sich. Fast genauso viele können in eine, die Suchtursachen bearbeitende, Langzeittherapie vermittelt werden.*

*10% der Patient\*innen konnten entweder auf dem freien Wohnungsmarkt vermittelt werden oder erhielten einen Platz im Wohnprojekt von Sozialamt und 53/10.*

*Ebenso viele konnten in eine ihrer Beeinträchtigung angepasste Zuverdienstarbeit vermittelt werden – dies ist für Tagesstruktur, Sinnfindung und Selbstwertgefühl der schwer teilhabebeeinträchtigten Patient\*innen von großer Bedeutung.*

### **3. Mobiler medizinischer Dienst**

#### **3.1 Entwicklung Mobiler Medizinischer Dienste in NRW**

Diese Dienste wurden bislang nur in Nordrhein-Westfalen realisiert. Grundlage ist das unter Federführung des Gesundheitsministeriums und der Ärztekammer Westfalen-Lippe entwickelte *„Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“*, dem am 17.2.2006 die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kommunen zustimmten.

Ein Jahr später beschloss der Verwaltungsvorstand der Stadt Dortmund den Beitritt zum Umsetzungskonzept. Die Verträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, dem Gasthaus e.V. und dem Diakonischen Werk sicherten das zu diesem Zeitpunkt bereits bestehende ehrenamtliche und freiwillige Angebot nachhaltig ab. Am 01.04.2008 ging der Mobile Medizinische Dienst (MMD) als Verbundlösung aus vier Elementen an den Start.

- Beim Diakonischen Werk Dortmund und Lünen gGmbH wird im Rahmen der Verbändeförderung durch die Kommune eine Vollzeitstelle Krankenpflege, die zurzeit mit zwei Halbtagskräften besetzt ist, finanziert.
- Das Gasthaus e.V. an der Rheinischen Straße wird jährlich mit einem Betrag von 39.500 € zur Finanzierung von Medikamenten, Labor- und Untersuchungskosten sowie Sachmitteln gefördert. Damit unterstützt die Stadt Dortmund das wachsende ehrenamtliche Engagement vieler Dortmunder Fachärzt\*innen.
- Der Verein „Aufsuchende medizinische Hilfen für wohnungslose Menschen in Dortmund“, an dem die Stadt Dortmund als Mitglied beteiligt ist, finanziert Sachmittel, Fortbildungen, Medikamente, Verbandsmaterial und medizinische Geräte.
- Der Mobile Medizinische Dienst (MMD) des Gesundheitsamtes beschäftigt seit 2008 Fachärzt\*innen – zu Beginn mit einem Stellenumfang von 0,7 Vollzeitäquivalent (VZÄ). Gemeinsam mit den Pflegekräften des Diakonischen Werkes leisten sie die aufsuchende Arbeit an zahlreichen Orten der Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe.

### **3.2 Entwicklung des Dortmunder MMD**

Der Dienst startete mit einem in Teilzeit beschäftigten Facharzt für Chirurgie und einem kleinen Sprechzimmer in der Bornstraße. Dies stieß auf einen großen und – angesichts zunehmender Wohnungslosigkeit in NRW im letzten Jahrzehnt – vor allem wachsenden Bedarf. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ermöglichte bereits zweimal (2017 und 2022) die Anpassung der festgesetzten Fallzahlen und damit den personellen Ausbau des Dienstes.

Aktuell sind zwei Ärztinnen mit je 0,75 VZÄ (eine Fachärztin für Allgemeinmedizin und eine Fachärztin für Anästhesie) sowie zwei medizinische Fachangestellte (MFA) mit je 0,5 VZÄ beschäftigt. Es finden zwölf regelmäßige wöchentliche Sprechstunden an acht verschiedenen Orten der Wohnungslosenhilfe statt sowie aufsuchende Hilfe an den Aufenthaltsorten Betroffener. Von Montag bis Donnerstag findet vormittags eine Sprechstunde in der Bornstraße 239 statt, Montag und Mittwoch vormittags zusätzlich im Wichern Wohnungslosen Zentrum. Außerdem werden die Frauenübernachtungsstelle, das Cafe Berta, das Streetworkcafé des Jugendamtes in der Leopoldstraße, die Bahnhofsmission, das Cafe Flash/SW42 und die Clearingstelle des Sozialen Zentrums in der Westhoffstraße einmal wöchentlich aufgesucht.

2017 erfolgte ein Umbau im Gebäude Bornstraße 239. Seitdem stehen uns dort geeignete Praxisräume (zwei Sprechzimmer, ein Multifunktionsraum für EKG, Pflege und Verbände, ein MFA-Büro und ein Wartezimmer) zur Verfügung. Der MMD arbeitet im Rahmen einer Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, die Personalkosten werden weitgehend durch die Fallpauschalen gedeckt.

Seit Gründung wurden vom MMD 6.418 Dortmunder Bürger\*innen in 45.568 Behandlungskontakten versorgt.

### 3.3 Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025

Gesamtzahl der Patient\*innen: 864

Gesamtzahl der Kontakte: 3.398

#### Geschlecht

Männlich	535	62%
Weiblich	329	38%

#### Staatsangehörigkeit

Deutsch	387	45%
EU	357	42%
Nicht EU	105	12%
Staatenlos	1	<1%
Keine Angabe	10	1%

#### Familienstand

Ledig	502	58%
Geschieden	128	15%
Verheiratet	121	14%
Getrennt	22	3%
Verwitwet	27	3%
Keine Angabe	64	7%

*Hinweis: Der MMD versorgt überwiegend Menschen, die familiäre Bindungen nicht eingehen konnten (hoher Ledigenanteil) oder verloren haben.*

#### Altersstruktur

Unter 20 Jahre	53	6%
20 – 29 Jahre	132	15%
30 – 39 Jahre	190	22%
40 – 49 Jahre	222	26%
50 – 59 Jahre	157	18%
60 – 69 Jahre	84	10%
70 – 79 Jahre	18	2%
80 Jahre und älter	3	<1%
keine Angabe	4	<1%

## Krankenversicherungsstatus

Sozialamt, Bezirksregierung, Asyl	2	<1%
Private KV	1	<1%
Keine KV	382	44%
Ungeklärt/keine Angabe	52	6%
Gesetzliche KV	428	50%

*Hinweis: Die eine Hälfte der Patient\*innen ist nicht krankenversichert, die andere Hälfte ist zwar versichert -kann das SGB V Regelsystem aber aus anderen Gründen (Scham, nicht ausreichende Niederschwelligkeit, etc.) nicht nutzen.*

## Wohnsituation

WVP/Heim/Hotel/Pension Plus/Krankenwohnung/ Wohntraining/Betreutes Wohnen/ordnungsrechtlich	37	4%
Unbekannt	30	3%
Ohne Unterkunft („Platte“) - obdachlos	146	17%
Prekär: Familie/Bekannte/Partner*in/Laube - kein eigener Mietvertrag	258	30%
Notschlafstelle MÜS/FÜS/Mergel/SW42/Gap jump	150	17%
Eigene Wohnung	244	28%

*Hinweis: Knapp 3/4 der Patient\*innen verfügen über keinen mietvertraglich gesicherten Wohnraum, jede\*r Sechste hat keinerlei Obdach, knapp ein Drittel lebt in Abhängigkeit von einem Schlafplatzgeber.*

## Orte der Kontakte

Aufsuchend am Aufenthaltsort Betroffener/Hausbesuche	63	2%
FÜS	291	8%
DROBS/Cafe Flash/SW42	54	2%
Wichern Wohnungslosen Zentrum	912	27%
Streetworkcafe des Jugendamtes Leopoldstraße	269	8%
Fachdienst Soziale Gesundheitsversorgung Praxis Bornstraße 239	1345	40%
Clearingstelle des sozialen Zentrums Westhoffstraße	119	3%
Bahnhofsmision	40	1%
Cafe Berta	266	8%
Sonstige (Hygienezentrum Leuthardstraße, etc.)	39	1%

## **4. Psychiatrische Sprechstunden im MMD**

### **4.1 Entwicklung der psychiatrischen Sprechstunden**

In den hausärztlichen Sprechstunden des MMD zeigte sich, dass ein Großteil der Patient\*innen nicht nur internistisch oder chirurgisch, sondern auch seelisch erkrankt war. Um den Facharzt für Allgemeinmedizin bei der Behandlung von schweren Suchterkrankungen, Schizophrenien und Depressionen zu unterstützen, wurde 2016 eine psychiatrische Sprechstunde mit einer Fachärztin für Psychiatrie eingerichtet. Anfangs stand sie einmal wöchentlich für einen halben Tag für eine offene Sprechstunde zur Verfügung.

Rasch nutzten auch andere dieses neue Angebot: Institutionen der Wohnungslosenhilfe und der psychosozialen Versorgung vermittelten Patient\*innen, die nicht krankenversichert, wohnungs- oder obdachlos waren oder aus anderen Gründen keine niedergelassenen Psychiater\*innen aufsuchen konnten. Insbesondere die psychiatrischen Kliniken überwiesen wohnungslose oder nicht krankenversicherte Menschen nach einem stationären Aufenthalt, um so eine Weiterbehandlung zu ermöglichen.

Die beiden Anpassungen der vergüteten Fallzahlen durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe 2017 und 2022 ermöglichten den dringend erforderlich gewordenen personellen Ausbau. Aktuell werden an vier halben Tagen von zwei Fachärzt\*innen für Psychiatrie Sprechstunden angeboten. Aufgrund der dynamischen Entwicklung der Inanspruchnahme wird das Sprechstundenangebot dieses Jahr erneut erweitert.

Die psychiatrischen Sprechstunden des MMD erfolgen im Rahmen einer Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, die Personalkosten werden weitgehend durch die Fallpauschalen gedeckt.

Seit Gründung wurden 649 Dortmunder Bürger\*innen in 3.460 Behandlungskontakten versorgt.

## 4.2 Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025

Gesamtzahl der Patient\*innen: 245

Gesamtzahl der Kontakte: 1.027

### Geschlecht

Männlich	138	56%
Weiblich	105	43%
Divers/Transident	2	1%

*Hinweis: Höherer Frauenanteil als in vergleichbaren Einrichtungen.*

### Staatsangehörigkeit

Deutsch	174	71%
EU	17	7%
Nicht EU	49	20%
Keine Angabe	5	2%

*Hinweis: Knapp 3/4 Deutsche, in etwa wie in der Allgemeinbevölkerung.*

### Familienstand

Ledig	178	72%
Geschieden	30	12%
Verheiratet	16	7%
Getrennt	11	5%
Verwitwet	3	1%
Keine Angabe	7	3%

*Hinweis: Viele Patient\*innen verfügen über wenige oder keine familiären Bindungen.*

### Altersstruktur

20 – 29 Jahre	46	19%
30 – 39 Jahre	79	32%
40 – 49 Jahre	45	18%
50 – 59 Jahre	44	18%
60 – 69 Jahre	31	12%

### Krankenversicherungsstatus

Sozialamt	1	<1%
Private KV	3	1%
Keine KV	45	19%
Ungeklärt/keine Angabe	1	<1%
Gesetzliche KV	195	80%

*Hinweis: Die meisten sind zwar krankenversichert aber aus anderen Gründen (prekäre Lebenslage, Scham, nicht ausreichende Niederschwelligkeit) an der Nutzung des SGB V Regelsystems gehindert.*

### Wohnsituation

WVP/Heim/Hotel/Pension Plus/Krankenwohnung/ Wohntraining/Betreutes Wohnen/ordnungsrechtlich	25	10%
Unbekannt	1	<1%
Ohne jede Unterkunft („Platte“) - obdachlos	29	12%
Prekär: Familie/Bekannte/Partner*in/Laube – kein eigener Mietvertrag	36	15%
Notschlafstelle MÜS/FÜS/Mergel/SW42/gap jump	39	16%
Eigene Wohnung	115	47%

*Hinweis: Über die Hälfte verfügt über keinen mietvertraglich gesicherten Wohnraum, jede\*r Achte hat keinerlei Obdach, jede\*r Sechste lebt in Abhängigkeit eines Schlafplatzgebers.*

### Behandlungsmodus

Psychotherapeutisch	95	39%
Menedikamentös	150	61%

### Kontakthäufigkeit

1 Kontakt	94	38%
2 – 5 Kontakte	81	33%
Über 5 Kontakte	70	29%

*Hinweis: Gut ein Drittel kommt nur zu einer einmaligen Abklärung oder bricht den Kontakt ab, die meisten verbleiben in Behandlung.*

## **Behandelte psychiatrische Krankheitsgruppen nach ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)**

F0 (organische Störungen)	3	1%
F1 (Suchtkrankheiten)	28	12%
F2 (Psychosen, v. a. Schizophrenien)	60	25%
F3 (affektive Störungen, v.a. Depressionen)	76	31%
F4 (posttraumatische Belastungsstörung, Angsterkrankungen, etc.)	37	15%
F5 (Essstörungen)	0	0%
F6 (Persönlichkeitsstörungen)	32	13%
F7 (Intelligenzminderung)	1	<1%
F8+9 (Entwicklungsstörungen, Störungen mit Beginn in der Kindheit)	8	3%

*Hinweis: Depressionen und Schizophrenien sind die häufigsten Erkrankungen*

## **Zuweisungen in die psychiatrische Sprechstunde**

Allgemeinärztliche Sprechstunde im Haus	15	6%
Methadonambulanz im Haus	1	<1%
Team Soziale Arbeit im Haus	49	20%
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	13	5%
Wohnungslosensystem (Notschlafstellen, Wichern, Gasthaus, Streetwork, etc.)	68	28%
Psychosoziale Institutionen (Krankenhäuser, Betreuer*innen, Sozialamt, Ambulant Betreutes Wohnen)	47	19%
Mundpropaganda	26	11%
Unbekannt	26	11%

*Hinweis: Wachsende Zuweisungen aus dem neuen Team Soziale Arbeit im MMD sowie den Kooperationspartner\*innen in Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie machen inzwischen zwei Drittel aus. Bemerkenswert ist die in den letzten Jahren zu beobachtende Zunahme derjenigen, die über andere Patient\*innen von unserem Angebot gehört haben.*

## **5. Team Soziale Arbeit im MMD**

### **5.1 Entwicklung des Teams Soziale Arbeit**

Die Patient\*innen der allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Sprechstunden des MMD kommen zwar primär wegen körperlicher oder seelischer Probleme – gleichzeitig befinden sie sich aber oft auch in großen sozialen Schwierigkeiten: Wohnraum bedroht oder bereits verloren, Unterhaltsleistungen ausgelaufen, verloren gegangene Ausweispapiere, Schulden, juristische Probleme, Hemmnisse bei der Geltendmachung von Ansprüchen, beeinträchtigte Teilhabe – um nur Einiges zu nennen. Das rein medizinische Personal der Anfangsjahre leistete neben der Behandlung auch die soziale Unterstützungsarbeit. Doch die Multiproblemlagen erfordern einschlägiges Fachwissen, intensive Vernetzung, Erfahrung im Arbeitsfeld und enorm viel Zeit und Einsatz. Nicht selten ist erst ein längerer Beziehungsaufbau bei zurückgezogenen und misstrauischen Menschen nötig, insbesondere wenn in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen, Ämtern oder anderen Professionellen gemacht wurden. Deshalb entstand 2023 das Team Soziale Arbeit im MMD als jüngster Teil des FSG. Dort arbeiten vier Sozialarbeiter\*innen (3,59 VZÄ) und nehmen drei Aufgabenbereiche wahr:

- Begleitung aller Sprechstunden in der Bornstraße 239, so dass die Allgemeinärztin oder die Psychiater\*in ihre Patient\*innen jederzeit in eine sofort stattfindende Beratung der sozialen Arbeit bringen kann: niederschwellig und unmittelbar. Dies ist von großer praktischer Bedeutung, da die Notwendigkeit, erst einen Termin abzusprechen zu müssen und dafür dann ein zweites Mal die Bornstraße aufzusuchen, in der Vergangenheit oft dazu führte, dass die Patient\*innenbeziehung nicht zustande kam.
- Gemeinsam mit dem Sozialamt führen wir ein Wohnprojekt durch: wohnungslose psychisch Kranke erhalten einen Platz im Wohnraumvorhalteprogramm (WVP) und werden in der allgemeinärztlichen und/oder psychiatrischen Sprechstunde behandelt sowie vom Team Soziale Arbeit regelmäßig beraten und betreut. Bisher konnten so 38 Patient\*innen versorgt werden.
- Gesundheitsbezogenes Streetwork kann bisher nur in einem geringen Umfang durchgeführt werden. Nichtsdestotrotz stammen schon jetzt zehn Prozent der Klient\*innen aus unseren Streetworkaktivitäten. Ein Ausbau dieser Arbeit wäre sinnvoll, würde aber die Bereitstellung von zusätzlichen personellen Ressourcen erfordern.

## 5.2 Kennzahlen 01.01.2025 bis 31.12.2025

Patientenzahl: 229

### Geschlecht

Männlich	153	67%
Weiblich	73	32%
Divers/Transident	3	1%

### Staatsangehörigkeit

Deutsch	159	69%
EU	34	15%
Nicht EU	36	16%

### Familienstand

Ledig	178	78%
Geschieden	30	13%
Verheiratet	12	5%
Getrennt	2	1%
Verwitwet	3	1%
Keine Angabe	4	2%

*Hinweis: Die meisten Betroffenen haben keine oder nur wenige familiäre Bindungen.*

### Kinder

Mit Kontakt	52	23%
Ohne Kontakt	19	8%
Keine Kinder	158	69%

*Hinweis: Über 3/4 haben keine Kinder oder keinen Kontakt zu ihnen als weiteren Ausdruck der isolierten Lebenslage.*

### Altersstruktur

Unter 20 Jahre	4	2%
20 – 29 Jahre	45	20%
30 – 39 Jahre	49	21%
40 – 49 Jahre	56	24%
50 – 59 Jahre	47	21%
60 – 69 Jahre	24	10%
70 – 79 Jahre	4	2%

### Krankenversicherungsstatus

Sozialamt/Asylbewerberleistungsgesetz	6	3%
Private KV	1	<1%
Keine KV	84	37%
Ungeklärt/keine Angabe	1	<1%
Gesetzliche KV	138	60%

*Hinweis: Über 1/3 ohne Krankenversicherungsschutz bei Erstkontakt.*

### Leistungsbezug

SGB II	93	41%
SGB XII	26	11%
Rente, Asylbewerberleistungsgesetz, Lohn, etc.	29	13%
Keine Leistungen	81	35%

*Hinweis: Über 1/3 ohne lebensunterhaltssichernde Leistungen bei Erstkontakt.*

### Wohnsituation

WVP/Heim/Hotel/Pension Plus/Krankenwohnung/ Wohntraining/Betreutes Wohnen/ordnungsrechtlich	31	13 %
Unbekannt	0	0%
Ohne jede Unterkunft („Platte“) – obdachlos	48	21%
Prekär: Familie/Bekannte/Partner*in/Laube – kein eigener Mietvertrag	68	30%
Notschlafstelle MÜS/FÜS/Mergel/SW42/gap jump	37	16%
Eigene Wohnung	45	20%

*Hinweis: 80% der Patient\*innen verfügen bei Erstkontakt über keinen mietvertraglich gesicherten Wohnraum, fast ein Drittel lebt in Abhängigkeit eines Schlafplatzgebers, jede\*r Fünfte hat keinerlei Obdach.*

### Erkrankung

Körperlich	15	7%
Psychiatrisch	155	68%
Beides	55	24%
Unbekannt	3	1%

## Kontakthäufigkeit

1 Kontakt	13	6%
2 – 5 Kontakte	73	32%
Über 5 Kontakte	143	62%

*Hinweis: Einmalige Kontakte sind selten, die meisten Menschen nutzen für längere Zeit die Möglichkeiten von Beratung, Vermittlung und Behandlung.*

## Zuweisungen für das Team Soziale Arbeit

Allgemeinärztliche Praxis des MMD im Haus	29	13%
Psychiatrische Praxis des MMD im Haus	12	5%
Streetwork des Teams Soziale Arbeit	23	10%
Methadonambulanz im Haus	3	1%
Sozialpsychiatrischer Dienst	13	6%
Krankenhaus	19	8%
Wohnungslosensystem (Notschlafstellen, Bodo, Gasthaus, Wichern Wohnungslosen Zentrum, Streetwork, etc.)	58	25%
Psychosoziale Institutionen (Krankenhäuser, Betreuer*innen, Sozialamt, Ambulant Betreutes Wohnen)	43	19%
Mundpropaganda	28	12%
Unbekannt	2	1%

*Hinweis: Obwohl dieses Angebot im Vergleich zu anderen erst recht kurz existiert, wird es bereits häufig von anderen Versorgungsinstitutionen genutzt: 148 Patient\*innen (65%) werden von Krankenhäusern, anderen Ämtern, Notschlafstellen, gesetzlichen Betreuer\*innen, Trägern des Ambulant Betreuten Wohnens oder anderen Institutionen der Wohnungslosenhilfe (Bodo, Wichern Wohnungslosenzentrum, etc.) vermittelt. Bemerkenswert ist der Anteil der Mund zu Mund Propaganda - und jede\*n Zehnte\*n lernen wir während unserer Streetworkgänge kennen.*

### Ort des Erstkontaktes

Bornstraße 239	111	48%
Straße/aufsuchend	52	23%
Wichern Wohnungslosen Zentrum	5	2%
Notschlafstelle	22	10%
Krankenhaus	17	7%
In einer anderen Institution der Wohnungslosenhilfe	15	7%
In einer anderen psychosozialen Institution	7	3%

*Hinweis: Die Hälfte aller Erstkontakte findet in der Bornstraße 239 statt, da während aller hausärztlichen und psychiatrischen Sprechstunden des MMD eine unmittelbar stattfindende sozialarbeiterische Beratung angeboten wird. Aber die Patient\*innen werden ebenfalls in anderen Institutionen aufgesucht, während Krankenhausaufenthalten, in den Notschlafstellen und auch an ihren Lebens- und Schlafplätzen.*

### Besondere Unterstützungsleistungen

In Behandlung gebracht	136	59%
In Krankenversicherung gebracht	46	20%
In Unterhaltsleistung gebracht	55	24%
In Zuverdienst vermittelt	6	3%
Ambulant Betreutes Wohnen installiert	36	16%
Gesetzliche Betreuung installiert	36	16%
In Wohnprojekt vermittelt	38	17%
In freien Wohnungsmarkt vermittelt oder in eine andere Wohnform (z.B. Pension Plus)	20	9%

*Hinweis: Die Mehrheit kann in ärztliche Behandlung vermittelt werden – meist in die hausärztlichen und psychiatrischen Sprechstunden des MMD, aber auch, falls möglich und erforderlich, in stationäre Behandlung.*

*Die Mehrzahl der Patient\*innen, die bei Erstkontakt über keine KV verfügen und keine Leistungen erhalten (über ein Drittel), können bei der Geltendmachung von Ansprüchen unterstützt werden, so dass sie wieder krankenversichert sind und unterhaltssichernde Leistungen bekommen.*

*58 Patient\*innen (25%) konnten in Wohnraum vermittelt werden: 38 Patient\*innen in das Wohnprojekt von 53/10 und Sozialamt und 20 Patient\*innen in den freien Wohnungsmarkt bzw. in eine andere Wohnform (Pension Plus, etc.). Angesichts des sehr schwierigen Wohnungsmarktes ist dies besonders bedeutsam.*

## **6. Meilensteine der Entwicklung des Fachdienstes**

### **1991–1998**

Methadonmodellprojekt

### **1998**

Städtische Methadonambulanz Dortmund (MAD)

### **2003**

Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung für die MAD

### **2008**

Aufbau des Mobilien Medizinischen Dienstes (MMD) und Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung für den MMD

### **2013**

Intensivunterstützung substituierter Prostituierte in der MAD

### **2016**

Aufbau psychiatrischer Sprechstunden im MMD

### **2017**

Umbau der Bornstraße 239 und Schaffung von Praxisräumen für den MMD

### **2018**

Beginn der Vermittlung in Zuverdienst

### **2020–2022**

Alle Angebote wurden während der Corona Pandemie unter Beachtung der Auflagen fortgeführt

### **2023**

Aufbau des Teams Soziale Arbeit im MMD

### **2023**

Beginn des Wohnprojektes gemeinsam mit dem Sozialamt

### **2025**

Gründung des bundesweit ersten Fachdienstes Soziale Gesundheitsversorgung als Abteilung 53/10 des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund

## **7. Fazit und Ausblick**

Dortmund begreift sich seit Jahrzehnten als soziale Stadt und so haben Kommunalpolitik, Dezernat und Gesundheitsamtsleitung in den letzten 20 Jahren den Aufbau einer sozialkompensatorischen Gesundheitsversorgung vorangetrieben. Konsequenter Endpunkt war die Gründung einer eigenen Abteilung „Fachdienst Soziale Gesundheitsversorgung“ am 01.01.2025. Räumlich und organisatorisch unter einem Dach werden ausdifferenzierte Angebote multiprofessioneller Teams für nicht krankenversicherte, wohnungslose oder obdachlose Menschen, die in stark benachteiligter gesundheitlicher und/oder sozialer Lage leben, vorgehalten. Soziale Lage und gesundheitliche Lage verhalten sich wie kommunizierende Röhren: verbessert sich die soziale Lage, bessert sich im Gefolge auch die Gesundheit – und umgekehrt. Deshalb sind die Beratungs- und Betreuungsleistungen der Sozialen Arbeit und die Behandlungsleistungen der Medizin in den multiprofessionellen Teams des FSG unmittelbar miteinander verknüpft und die Patient\*innen können die Angebote aller Berufsgruppen sofort, niederschwellig und unter einem Dach wahrnehmen. Das steigert die Wirksamkeit, sowohl der sozialarbeiterischen wie der medizinischen Maßnahmen, und es kommt zu deutlich weniger Beziehungsabbrüchen und Vermittlungsschwierigkeiten.

Über 1.200 Betroffene aus diesen Gruppen konnten 2025 erreicht und versorgt werden. Die Verbesserung ihrer gesundheitlichen und sozialen Lage ermöglicht den Betroffenen größere soziale Teilhabe und trägt zum sozialen Ausgleich und Frieden in der Stadtgesellschaft bei.

Die psychiatrischen Sprechstunden erreichen immer mehr behandlungsbedürftige Betroffene in prekärer Lebenslage. Deshalb werden wir das Angebot in diesem Jahr von zur Zeit vier auf dann sechs halbtägige Sprechstunden erweitern. Auch beim gesundheitsbezogenen Streetwork wäre aus fachlicher Sicht eine Ausweitung angezeigt, da sich seine Wirksamkeit bereits deutlich abzeichnet. Dafür wäre aber die Bereitstellung zusätzlicher personeller Ressourcen erforderlich.

Zudem wird sich der Fachdienst bei der Bearbeitung sozialer und gesellschaftlicher Aufgaben des Dezernates mit seinen Leistungen und seiner fachlichen Expertise einbringen und sich zum Beispiel an möglichen neuen Unterbringungsformaten für obdachlose Menschen mit sozialarbeiterischen und medizinischen Angeboten beteiligen.

## Anhang

### Fallbeispiele

#### **Team Soziale Arbeit im MMD:**

**Herrn A.** lernten wir mit Anfang 60 kennen. Zu seinen drei Kindern hatte er keinen Kontakt und auch sonst kein nennenswertes familiäres oder soziales Netzwerk. Das Team Soziale Arbeit im MMD wurde von einem Kooperationspartner informiert, dass Herr A. in Kürze seine Wohnung verliere. Vor Jahren wäre er schon einmal obdachlos geworden, nachdem seine Mutter verstarb, bei der er nach der Scheidung seiner Frau untergekommen war. Ausgelöst durch den Tod der Mutter verschlechterte sich der psychische Zustand, es folgten Obdachlosigkeit, fehlender Leistungsbezug, Verlust seiner Lebensstrukturen und vermehrter Alkoholkonsum. Nach zwischenzeitlicher Stabilisierung in einer Maßnahme von Grünbau konnte er leider aufgrund anderweitiger Umstände die dort zur Verfügung gestellte Wohnung nicht weiter nutzen und drohte ein zweites Mal obdachlos zu werden. In den regelmäßig stattfindenden Treffen aller Kooperationspartner\*innen im Wohnungslosennetzwerk Dortmund wurden die Herrn A. vorher betreuenden Kolleg\*innen von Grünbau auf das Angebot des MMD aufmerksam. Über mehrere Kontaktversuche konnte der Klient angetroffen und motiviert werden, seine Situation durch die Zusammenarbeit mit dem Fachdienst Soziale Gesundheitsversorgung zu verändern und neue Perspektiven zu entwickeln. Im Rahmen des gemeinsam mit dem Sozialamt durchgeführten Wohnprojektes konnte ein Platz in einer Wohnung des Wohnraumvorhalteprogrammes (WVP) für den Klienten gesichert werden, wodurch eine erneute Obdachlosigkeit verhindert wurde. Nachdem sein Obdach gesichert war, konnte Herr A. auch weitere Hilfen annehmen. Er wurde in die psychiatrische Sprechstunde des MMD begleitet und seitdem wird seine seelische Erkrankung dort behandelt. Herr A. konnte die ihm vorgeschlagene Eingliederungshilfemaßnahme (Ambulant Betreutes Wohnen) annehmen und er wurde in den Zuverdienst der Werkstatt Passgenau vermittelt, wo er – in seiner Situation und Belastbarkeit angepasstem Ausmaß – Tagesstruktur und sinnstiftende Beschäftigung fand. Dadurch stabilisierte er sich und konnte neue soziale Netzwerke nutzen. Inzwischen hat er das Wohnprojekt verlassen und mit Unterstützung des Teams Soziale Arbeit eine Wohnung auf dem freien Wohnungsmarkt angemietet.

**Herr B.**, Ende 50, lebte in einer Strandmuschel mitten in der Innenstadt. Er wurde dort geduldet und versuchte, sich so unauffällig wie möglich zu verhalten und vor ordnungsrechtlichen Konsequenzen zu schützen, indem er seinen Platz immer ordentlich hielt und auch andere sich dort aufhaltende Menschen zu Ordnung animierte. Das Übernachten in den Notschlafstellen lehnte er konsequent ab. Zum einen habe er dort bereits massive Gewalterfahrungen gemacht, zum anderen sei er dort mehrmals bestohlen worden, wodurch er trotz „Dach über dem Kopf“ schlagartig mittellos gewesen sei. Herrn B. war seine Diagnose „paranoide Schizophrenie“ zwar bekannt, ihm fehlten jedoch niedrigschwellige Behandlungsmöglichkeiten und Medikation, so dass bereits eine gewisse Chronifizierung der Erkrankung eingetreten war.

Um an dem Projekt des Fachdienstes teilzunehmen und Wohnraum zu erhalten, ließ sich Herr B. auf eine Kooperation ein und wurde vorerst ambulant wieder medikamentös eingestellt. Er versuchte, im Rahmen seiner Möglichkeiten die mit ihm abgesprochenen Termine wahrzunehmen, und erhielt einen Platz im Wohnprojekt. Während der Wartezeit auf seinen WVP-Platz verschlechterte sich seine psychiatrische Erkrankung, so dass ein Klinikaufenthalt notwendig wurde. Die enge Kooperation im Netzwerk der Wohnungslosenhilfe konnte genutzt werden, um ihn zu einer effektiveren medikamentösen Behandlung zu motivieren. Da der Platz im WVP bereits zugesichert war, hatte der Klient eine Anschlussperspektive und konnte nach Besserung der Symptomatik und Neueinstellung direkt in das Wohnprojekt entlassen werden. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im MMD konnten eine tägliche Vergabe der oralen Medikation ebenso wie die zweiwöchig stattfindende Injektion eines Depotmedikamentes sichergestellt werden. Herr B. wurde im Verlauf der Betreuung und Behandlung deutlich absprachefähiger, seine gesundheitliche Situation stabilisierte sich, er entwickelte wieder eine angemessene Alltagsstruktur und eigene neue Perspektiven, die aktuell gemeinsam mit ihm verfolgt werden.

### **Methadonambulanz:**

**Herr C.** wurde erstmals 2022 mit 30 Jahren in der MAD aufgenommen. 1991 geboren wuchs er nur in den ersten drei Lebensjahren bei seinen Eltern auf. Das Zerbrechen der Herkunftsfamilie, ein langjähriger Heimaufenthalt und Förderbeschulung waren die prägenden Faktoren seiner Kindheit. Seine ersten Nikotin-, Cannabis- und Alkoholerfahrungen machte er mit 14 Jahren, seit seinem 16. Lebensjahr konsumierte er Heroin und Kokain und seit seinem 20. Lebensjahr zusätzlich Benzodiazepine. 2008 wurde er erstmals inhaftiert, zuletzt war er von November 2017 bis 2019 in Haft und anschließend bis Dezember 2021 im Maßregelvollzug. Insgesamt war er ca. elf Jahre inhaftiert. Zu seiner Mutter hatte er phasenweise Kontakt, unterbrochen von Zeiträumen, während derer sie keinen Kontakt wollte. Ein gutes und konstantes Verhältnis hatte er zu einem Patenonkel, der ihn immer wieder unterstützte, aber oft an seine Grenzen stieß. Auch die Behandlung in der MAD war von Abbrüchen geprägt: Herr C. befindet sich aktuell zum vierten Mal in unserer Behandlung. 2022 war er Anfang des Jahres für zwei Monate bei uns und zum Ende des Jahres nochmal für sechs Wochen. Allmählich konnte er sich auch auf längere Behandlung einlassen und war ab Herbst 2023 ein ganzes Jahr in der MAD. Aktuell ist er seit Juni 2025 kontinuierlich in unserer Substitution. Bei Aufnahme war er jedes Mal wohnungslos, übernachtete meist bei Bekannten aus der Szene, phasenweise auch beim Patenonkel, bis die Situation für diesen nicht mehr tragbar war. Intensive tägliche sozialarbeiterische Unterstützung konnte jedes Mal Leistungsbezug und Krankenversicherung wieder herstellen, so dass sich die Lebenssituation jeweils stabilisierte. Mehrmals versuchte er, als ungelernte Kraft wieder zu arbeiten. 2024 haben wir ihn in eine stationäre Wohneinrichtung im Münsterland vermittelt, wo er ca. sieben Monate lebte. Danach kehrte er nach Dortmund und in unsere Behandlung zurück. Seit September 2025 bewohnt er eine Wohnung aus dem Wohnraumvorhalteprogramm der Stadt Dortmund, die er in Zusammenarbeit mit den Streetworker\*innen des Sozialamtes und uns erhalten hat. Aktuell hospitiert er in der Werkstatt Passgenau in einer Arbeitsgelegenheit (Upcycling), um mehr Struktur in seinen Alltag zu bringen und schrittweise auch beruflich wieder Fuß zu fassen. Insgesamt ist nach disruptivem Beginn seine gesundheitliche und soziale Lage deutlich besser und stabiler, aber es liegen auch noch weitere Rehabilitationsschritte vor ihm.

**Frau D.** wurde 1990 geboren. Nach nur fünf Jahren Schulbesuch im Heimatland wurde sie mit 13 Jahren nach Deutschland gebracht und zur Kinderprostitution gezwungen. Mit 14 Jahren wurde sie in der Prostitution das erste Mal schwanger, mit 16 Jahren das zweite Mal, weitere vier Schwangerschaften folgten. Rasch wurde sie von Heroin und Kokain abhängig (gemacht).

2010 wurde sie erstmalig in der MAD behandelt. Zu dem Zeitpunkt war sie 20 Jahre alt und hatte zwei Kinder, die zu ihrer Ursprungsfamilie ins Heimatland gebracht worden waren. Sie war nicht krankenversichert – deshalb war nur eine Behandlung in der MAD und nicht bei niedergelassenen Ärzt\*innen möglich. Sie wurde kontinuierlich weiter zur Prostitution gezwungen und sprach nur wenig deutsch. Die Substitutionsbehandlung war durch Abbrüche, Kokainbeikonsum und Unterbrechungen für Rückreisen ins Heimatland geprägt.

Die frühen Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch, die fehlende Schulbildung, mangelnde Sprachkenntnisse, Kokainkonsum und Prostitution erschwerten die soziale Rehabilitation. Trotz fragiler Lebenslage schaffte es Frau D., 2016 eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen. Die Schwangerschaften und die Kokainabhängigkeit mit lebensbedrohlichen Folgeerkrankungen (Lungenödem, Schlaganfall) stellten in den Folgejahren große Belastungen dar. Frau D. stabilisierte sich in den vielen Jahren unserer Behandlung allmählich und nahm weiterführende Hilfsangebote an. Nach der Geburt ihres fünften Kindes zog sie in eine stationäre Mutter-Kind-Einrichtung ein, begann eine ambulante Psychotherapie bei einer muttersprachlichen Therapeutin und blieb für längere Zeit beikonsumfrei.

**Frau E.** stellte sich 1997 in der Methadonambulanz erstmalig vor. Damals war sie 20 Jahre alt, konsumierte intravenös Heroin, nahm Beruhigungstabletten und finanzierte ihre Sucht durch Prostitution. Eine Entgiftungsbehandlung oder eine Langzeittherapie lehnte Frau E. entschieden ab. Sie wurde in die MAD aufgenommen und führte parallel zur Einstellung auf die passende Methadondosis regelmäßige Gespräche mit der zuständigen Sozialarbeiterin.

Im Rahmen der Betreuungsarbeit konnte über einen Zeitraum von ca. einem Jahr eine Motivation zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung erreicht werden. 1999 begann Frau E. diese Maßnahme. In großen Abständen rief sie an und informierte über das Fortschreiten und die erfolgreiche Beendigung ihrer Therapie. Leider berichtete sie auch über die Heirat mit einem Ex-User, welchen sie in einer Nachsorgeeinrichtung kennengelernt hatte. Daraufhin hörten wir ca. zwei Jahre nichts von ihr. 2001 stellte sich Frau E. erneut völlig verzweifelt vor und berichtete, dass ihr Ehemann und sie rückfällig geworden wären. Jetzt sei ihr Ehemann inhaftiert worden, sie wolle sich nicht wieder prostituieren und bat um sofortige Substitutionsbehandlung.

Frau E. wurde daraufhin wieder aufgenommen und profitierte neben der Methadonsubstitution besonders von der regelmäßigen psychosozialen Betreuung. Diese konnte sie zu einer zeitnahen zweiten Langzeittherapie motivieren, in der sie sich schnell wieder stabilisieren konnte. Bereits nach vier Monaten wurde sie in eine Nachsorgeeinrichtung verlegt. Dort absolvierte sie ein Praktikum im Einzelhandel und begann im Anschluss eine Ausbildung zur Kauffrau. Zwischenzeitlich hatte Frau E. die Scheidung von ihrem Ehemann erwirkt. Während der Ausbildung wurde sie durch das Ambulant Betreute Wohnen regelmäßig unterstützt. Es gelang ihr, dauerhaft drogenfrei zu bleiben, und das Methadon konnte vollständig abgesetzt werden. Im Jahr 2006 beendete sie ihre Ausbildung erfolgreich und zog sich vollkommen aus der Drogenszene zurück. Sie lebt aktuell mit ihrem drogenfreien Partner in einem Außenbezirk in Dortmund. In unregelmäßigen Abständen informiert sie die Mitarbeiter\*innen der MAD über ihre Entwicklung. Zitat: „Ihr sollt Euch mit mir freuen!“

## **Psychiatrische Sprechstunde**

**Frau F.**, 35 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, Diagnose: Schizophrenie

Im September 2016 zog Frau F. mit ihrem Ehemann und ihrem ersten Kind aus einem EU-Staat nach Dortmund. Sie war nicht krankenversichert, hatte keine Wohnung und die Familie lebte bei einem Bekannten.

Im Oktober 2017 wurde das zweite Kind geboren. Nach der Geburt kam es aufgrund hormoneller Veränderungen zu einer Verschlechterung der Erkrankung. Das Projekt „Start mit Stolpern“ der Entbindungsklinik stellte den Kontakt zur psychiatrischen Sprechstunde des MMD her, so daß die nicht krankenversicherte Patientin bei uns behandelt werden konnte. Die postpartale psychotische Episode konnte medikamentös aufgefangen werden.

Im weiteren Verlauf fand der Ehemann eine Arbeitsstelle, eine sozialpädagogische Familienhilfe wurde zur Unterstützung der Familie eingesetzt und die Lebenssituation der Familie stabilisierte sich.

Im Rahmen des phasenhaften Verlaufes der Grunderkrankung kam es später zum Wiederauftreten psychotischer Symptome. Der Zustand von Frau F. verschlechterte sich und es kam zu starkem Beeinflussungserleben.

Aufgrund ihres psychotischen Erlebens verließ sie mit den Kindern das Haus und musste von der Polizei gesucht werden. Anschließend wurde sie in der LWL-Klinik behandelt, leider verlor der Ehemann durch die Krise seine Arbeit. Nach dem Klinikaufenthalt stellte sie sich wieder regelmäßig im MMD vor. Mit Psychotherapie, Psychoedukation und entsprechender Medikation stabilisierte sich die gesundheitliche und die soziale Situation. Der Ehemann konnte erneut eine Arbeitsstelle antreten und im Juli 2018 zog die Familie in eine geeignete Wohnung. Im November 2018 begann Frau F. mit probatorischen Sitzungen einer ambulanten Psychotherapie. Die Kinder bekamen im April 2019 einen Kindergartenplatz. Frau F wurde in die Weiterbehandlung der Institutsambulanz der LWL-Klinik vermittelt und konnte so aus der Behandlung und Unterstützung des MMD entlassen werden.

## Artikel Westfälisches Ärzteblatt 2/26

14 Kammer aktiv

# Kleine und große Wunder bewirken

„Kolibri-Medizin“: Hausärztliche Basisversorgung für Menschen in sozialen Notlagen



Als „Kolibri-Bereiche“ der Medizin stellt der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte der ÄKWL in lockerer Folge spannende Berufe abseits von Klinik und Praxis vor. In dieser Ausgabe geht es um die medizinische Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen. Miriam Rubens hat sich dazu den Fragen von Dr. Abdulhadi Kocabas gestellt.

**Bitte stellen Sie sich kurz vor: In welchem medizinischen Bereich arbeiten Sie?**

Ich heiße Miriam Rubens, bin 43 Jahre alt und Fachärztin für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Suchtmedizin. Angestellt bei der Stadt Dortmund biete ich hausärztliche Basisversorgung an für Obdachlose, Wohnungslose, Menschen ohne Krankenversicherung und Menschen in sozialen Notlagen.

**Was hat Sie motiviert, diesen beruflichen Weg einzuschlagen?**

Der Fokus auf Menschen, die in Armut leben, hat mich schon lange begleitet. Nach dem Abitur habe ich ein Auslandsjahr in Guatemala gemacht und dort auf dem Dorf und in den Siedlungen viel sehr basale existenzielle Not gesehen – aber auch, wie die Menschen unter diesen Umständen ihre Form von Normalität leben. Eigentlich war meine Motivation zum Medizinstudium auch, später international zu arbeiten. Entsprechend habe ich während meines Studiums Auslandsaufenthalte in Argentinien, Bolivien, Mexiko, Frankreich und Israel eingelegt. Ich habe aber früh gelernt, dass klassische Entwicklungs-„hilfe“ auch ein Ausdruck von Kolonialismus und westlicher Überheblichkeit ist und nicht unserem heutigen Verständnis von Augenhöhe und gegenseitigem Respekt entspricht. Also habe ich meine Berufstätigkeit in Deutschland begonnen, immer aber mit dem gewissen Störgefühl, dass ich „dafür“ – für mein Empfinden wirtschaftlich orientierte

„Mainstream“-Medizin – nicht studiert hatte. Stationen meiner Weiterbildung waren u. a. die Innere Medizin im St. Josefs Hospital in Dortmund-Hörde, ein Jahr Hausarztpraxis in Dortmund, ein Jahr konservative Orthopädie in Kamp-Lintfort und ein weiteres hausärztliches Jahr in der Dortmunder Nordstadt. Parallel begann ich, ehrenamtlich in der Obdachlosenpraxis am Gast-Haus e. V. in Dortmund mitzuarbeiten. Als ich mich gegen Ende meiner Facharztweiterbildung umsah, wie es für mich weitergehen sollte, wurde eine Stelle bei der Stadt Dortmund frei. Das bot mir die Chance, meine ehrenamtliche Nebentätigkeit zum Hauptjob zu machen und endlich mit vollem Fokus das tun zu dürfen, wofür ich brannte.

**Welche fachlichen Qualifikationen und persönlichen Eigenschaften sollte man für diese Tätigkeit mitbringen?**

Das Wichtigste für unseren Arbeitsbereich ist m. E. die wohlwollende, respektvolle Haltung gegenüber denen, die bei uns Hilfe suchen. Ich staune immer wieder, unter welchen widrigen Umständen Menschen Wege finden, um zu überleben. Ich staune auch über ihre Widerstandskraft: Vieles, was ihnen widerfährt, hätte mich komplett zerlegt. Ich profitiere sehr davon, über psychotherapeutische und suchtmmedizinische Kenntnisse zu verfügen. Die allermeisten unserer Patientinnen und Patienten sind schwer traumatisiert: Grob geschlagen, sexuell missbraucht, verlassen und vernachlässigt, sie hatten psychisch und suchtkranke Eltern. Viele haben selbst früh mit dem Konsum begonnen und konsumieren auch heute, weil sie von Flashbacks und Alpträumen verfolgt werden und ihre Emotionen nicht regulieren können. Manche kommen aber auch erst durch die Wohnungslosigkeit zum Konsum, was besonders bedauernd ist, weil es vermeidbar wäre und die Rehabilitation deutlich erschwert.



Miriam Rubens arbeitet im Gesundheitsamt Dortmund. Foto: kd

Mit meinem Hintergrundwissen kann ich Verständnis zeigen für ihr Verhalten, so gut es geht für Transparenz und Sicherheit im Kontakt sorgen, mit ihnen wirklich sachlich über mögliche Alternativen zum Konsum sprechen, Ängste berücksichtigen, realistische Perspektiven explorieren, Rückfälle und Zeiten ohne Veränderung gelassen nehmen und wohlwollend begleiten.

Es hilft, sich Skills in der Gesprächsführung anzueignen. Es schadet auch nichts, sich in Wundversorgung und psychiatrischer Medikation auszukennen.

Viele Patienten sind nicht Deutsch-Muttersprachler. Eigene Erfahrungen im Ausland helfen mir, sprachliche und kulturelle Herausforderungen „sportlich“ zu nehmen. Ich bemühe mich um einfache Sprache und weiß auch, wie hilflos man sich fühlen kann, wenn man nicht verstanden wird. Ich lerne selbst Sprachen meiner Patienten, bisher Rumänisch und Polnisch, nächstes Ziel ist Türkisch. Grundkenntnisse reichen oft, um die Beziehung und die Kommunikation erheblich zu verbessern. Übrigens sind auch viele Patientinnen und Patienten quer durch die Nationalitäten gar nicht oder nur rudimentär alphabetisiert. Da braucht es schon mal Kreativität, um die Medikamenteneinnahme oder den Weg zu Sozialarbeitenden oder fachärztlicher Versorgung zu vermitteln. Viele unserer Patienten schaffen es



einfach nicht in die fachärztliche Praxis oder haben Berührungängste und schämen sich. Ich bin dankbar für ein breites Netzwerk an niedergelassenen und stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen, die ich mit Fragen kontaktieren darf und so Wege abkürzen kann, wo es notwendig ist.

Mir ist ein Aspekt noch besonders wichtig: Wir haben eine lange gesellschaftliche Tradition, Armut, Wohnungslosigkeit und Sucht zu individualisieren, ein achselzuckendes „selbst schuld“ ist manchmal unsere Form, uns abzugrenzen wo wir uns überfordert fühlen. In meinen viereinhalb Jahren in dieser Arbeit habe ich mitbekommen, wie hart die Menschen kämpfen, wie viel Ungerechtigkeit sie erfahren. Leider sind die Hilfsstrukturen historisch streng getrennt gewachsen und es gibt wenig Schnittstellen. Die Betroffenen bekommen daher aus strukturellen Gründen nicht die Behandlung, die sie brauchen.

Allein dieses Jahr sind mir drei Menschen begegnet, die ihre Wohnung durch verzögerte Bearbeitung ihrer Anträge oder versehentliches Nicht-Überweisen der Miete vom Amt verloren haben. Ein Patient sollte nach zehn Jahren Obdachlosigkeit das Kündigungsschreiben seines letzten Arbeitgebers vorlegen, sonst bekäme er keine Sozialleistungen. Wir haben Patienten, die aus guten Berufen heraus psychisch krank geworden sind, ihren zuletzt privaten Versicherungsschutz verloren haben und jetzt von keiner Versicherung mehr aufgenommen werden. Wir begleiten Menschen, die als billige Arbeitskräfte hierher gelockt wurden, durch Krankheit oder Verletzung ihre Arbeit und damit auch ihre Behelfsunterkunft verlieren. Es kann jeden treffen. Armut, Sucht und Wohnungslosigkeit haben viele Gesichter und unser Netz hat leider viele große Löcher.

Ich bezeichne unsere Zielgruppe gelegentlich als die „Intensiv-Patienten unserer Gesellschaft“: Sie sind schwerst krank an Körper, Seele und sozialen Verhältnissen und haben sich ihr Schicksal nicht selbst ausgesucht. Ihre Not wird oft missverstanden, denn nicht immer können sie diese in gepflegte, angepasste Worte fassen. Manchmal rasten sie eben auch aus oder suchen sich irgendeine Behelfslösung zum Überleben, die dann z. B. Diebstahl, Prostitution, Schwarzfahren oder Substanzkonsum heißt. Sie brauchen frühe, gut koordinierte intensive interprofessionelle Hilfe — oder die Ver-

elendung schreitet weiter voran und wird irreversibel. Im Gegensatz zu medizinischen Intensivstationen ist aber das Hilfesystem bei Weitem nicht so gut ausgestattet, die Stigmatisierung setzt sich strukturell fort.

#### **Wie sieht ein typischer Arbeitstag aus?**

Ein typischer Arbeitstag vor mir beginnt damit, in unsere Praxisräume im Gesundheitsamt Nord zu gehen, wo ich auf meine ärztliche Kollegin, unsere zwei MFAs und die Kolleginnen und Kollegen aus den benachbarten Teams (Soziale Arbeit, Psychiatrische Versorgung, Methadonsubstitution) treffe. Die offenen Sprechstunden finden sowohl in den Räumen unserer Gesundheitsamt-Filiale statt als auch in anderen Einrichtungen des Hilfesystems, die wir nach einem festen Sprechstundenplan anfahren. Es kommen meist zwischen 10 und 20 Personen an einem Vormittag. Da die Menschen, die zu uns kommen, sehr heterogen sind, gibt es schon mal Spannungen im Wartebereich.

So unterschiedlich die Menschen, so unterschiedlich die Anliegen. Von der infizierten Unterschenkelwunde über Schlaflosigkeit, chronische Hepatitiden, Luftnot, unklare Ganzkörperschmerzen, Diabetes, diverse Formen von Wahn, Erfrierungen, Thrombosen, Ohrenschmalz und Krebsverdacht ist alles dabei. In den Praxisräumen können wir z. B. Sono, EKG und Blutabnahmen durchführen. Die somatische Behandlung wird durch die Wohnungslosigkeit, eine psychische Erkrankung, fehlende Versicherung, sprachliche Hürden oder andere Kontextfaktoren zum individualisierten Kunstwerk.

Am Mittag bleibt meist nur kurz Zeit zum Biss ins Brot, es wartet die Nachmittagsprechstunde. Ich packe Material zusammen, schnappe den Rucksack mit Diagnostik- und Erstversorgungsausstattung und mache mich mit Rad oder Auto auf den Weg. Jeder Sprechstundenort hat seine eigene Klientel.

#### **Was würden Sie einer angehenden Assistenzärztin bzw. einem angehenden Assistenzarzt raten, der/die einen ähnlichen Weg einschlagen möchte?**

Ich empfinde meine — unsere — Arbeit jeden Tag als unmittelbar sinnvoll. Sicher können wir nicht jede Lebensgeschichte wenden, und für manche Dinge braucht es einen langen Atem. Aber in den meisten Fällen können wir wirklich etwas zum Guten ver-

ändern, Not lindern, Behandlungskontinuität gewährleisten in unversicherten Umbruchszeiten, kleine und größere Wunder bewirken. Neben der Sinnhaftigkeit gefällt mir auch die große Vielseitigkeit und Abwechslung. Es wird nie langweilig.

Die Möglichkeit, diese Tätigkeit hauptamtlich auszuüben, gibt es neben Dortmund z. B. auch in Köln und in Mainz. Sonst sind es überwiegend ehrenamtliche Initiativen. Auf [www.bagw.de](http://www.bagw.de) (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe) gibt es ein Suchportal, dort findet man einen Großteil der Angebote. Dort kann man sich ehrenamtlich einbringen und so schon früh Erfahrungen sammeln und das lokale Netzwerk besser kennenlernen. Im Rückblick weiß ich, dass mir viele prekär lebende Menschen schon in meiner Weiterbildungszeit begegnet sind. Ich habe sie zwar bemerkt, aber würde ihnen heute anders begegnen.

#### **Gab es Ereignisse, die Sie besonders geprägt haben?**

Es gab zwei etwas abenteuerliche Episoden: Einmal haben wir einen Herzinfarkt „am Straßenrand“ medikamentös behandelt, weil der Patient partout nicht ins Krankenhaus gehen wollte. Also täglich „Visite“, EKG, Anpassung der Medikamente. Er hat es gut überstanden, ist dann aber leider der großen Hitze im Sommer 2022 zum Opfer gefallen — Obdachlose haben keinen Hitzeschutz! Ein anderes Mal habe ich einen Patienten „am Straßenrand“ durch eine Alkoholvergiftung begleitet. Er war nicht versichert, hatte aber die Möglichkeit, nüchtern in eine caritative Wohneinrichtung zurückzukehren. Dass er das wirklich geschafft hat, war ein respektabler Akt der Selbstdisziplin!

Ich feiere meinen jungen Patienten, der bei unserer ersten Begegnung wohnungslos war und alles konsumiert hat, was er kriegen konnte. Mit multimodaler ADHS-Behandlung ist er konsumfrei, lebt inzwischen in Norddeutschland und scheint seinen inneren Frieden gefunden zu haben. Ich traure um die Menschen, die wir in ihrer Psychose nicht erreichen konnten und die von inneren Feinden bis in den Tod verfolgt worden sind. Schizophrenie is a bitch! Ich traure auch mit der Frau, die sich über die Jahre unseres Kontaktes mühevoll von Kokain, Gras und Alkohol weggekämpft hat. Dann hat eine Hirnblutung alle Träume von neuer Leichtigkeit vernichtet.

Und ich kann es bis heute kaum glauben, dass die überdimensionierten Unterschenkel-Ulcera meines lebenswürdigen, wahnhaften Seniorpatienten tatsächlich zugeheilt sind. Er war aus dem Krankenhaus ausgebüxt, weil ihm die Beine amputiert werden sollten. Nach zehn Jahren Obdachlosenübernachtungsstelle und drei Jahren Wohnprojekt hat er jetzt eine würdige Bleibe in einer altersgerechten Einrichtung gefunden. Erlebte Biographien, wie wir sie in der hausärztlichen Medizin kennen — mit dem gewissen „Extra“!

## Abkürzungen

FSG	Fachdienst Soziale Gesundheitsversorgung
MAD	Methadonambulanz Dortmund
MMD	Mobiler Medizinischer Dienst
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SW42	Notschlafstelle für Drogenabhängige Schwanenwall 42
MÜS	Männerübernachtungsstelle
FÜS	Frauenübernachtungsstelle
NRW	Nordrhein-Westfalen
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KV	Krankenversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
MFA	Medizinische Fachangestellte
SGB V	Sozialgesetzbuch V (regelt das System von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenversicherung, etc.)
z.B.	zum Beispiel
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
WVP	Wohnraumvorhalteprogramm
Mergel	Notschlafstelle Mergelteichstraße
gap jump	Notschlafstelle für junge Erwachsene
LMP	Landesmethadonprogramm
EU	Europäische Union
MA	Mitarbeiter*innen

## Impressum

**Herausgeberin** Stadt Dortmund, Gesundheitsamt **Redaktion** Dr. Thomas Lenders, Holger Keßling (verantwortlich) **Konzept + Design** Stadt Dortmund, Gesundheitsamt **Druck** Stadt Dortmund, Betriebliches Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagement, Print- und Mediacenter 03/2026 **Der Umwelt zuliebe** Dieses Printprodukt wurde auf Recyclingpapier mit der Umweltzertifizierung „Blauer Engel“ hergestellt.