

Grundlegende Voraussetzungen

Die Diagnose behandlungsbedürftiger Erkrankungen beruht auf einer genauen und gezielten Anamnese sowie einer körperlichen Untersuchung, die unter unseren Arbeitsbedingungen häufig unter erschwerten Verhältnissen erfolgt (häufig Suchtmittelintoxikation, mangelhafte Hygiene, enge Räumlichkeiten). Eine zusätzliche apparative Diagnostik dient lediglich zur Sicherung der Diagnose, dort wo diese allein aufgrund des klinischen Befundes nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen ist oder aber zur weiteren gezielten Behandlung gesichert werden muß (z. B. der Erregernachweis bei Infekten oder spezifische laborchemische Untersuchungen; differentialdiagnostische Abklärung von unklaren Lungenbefunden, wie z. B. bei Tuberkulose).

Um hier eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit unseren Patienten zu erreichen, ist häufig eine lange Kontakthanbahnung, in der Regel im Lebensumfeld der Betroffenen erforderlich. Dabei muß immer damit gerechnet werden, daß der aktuelle Behandlungskontakt der Einzige bleibt und eine Vermittlung an weiterbehandelnde Ärzte nicht erfolgreich ist.

Aus diesem Grund wird eine erfolgreiche medizinische Behandlung nur dann möglich sein, wenn das psychosoziale Umfeld der Betroffenen mitberücksichtigt wird, ähnlich wie dies regelmäßig bei chronisch Kranken oder der psychiatrischen Krankenversorgung praktiziert wird. Dazu gehört auch die Einbeziehung sozialer Ressourcen bis hin zum Training lebenspraktischer Fertigkeiten in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern in den Einrichtungen der Drogenhilfeträger. Letzteres gilt insbesondere auch für pflegerische Hilfen, die hier in hohem Maße über die eher somatisch ausgerichtete ambulante Grund- und Behandlungspflege hinausgehen (Kontakthanbahnung, psychosoziales Krisenmanagement, Einüben lebenspraktischer Fähigkeiten und Anderes).

Aufgrund des breiten Spektrums der Versorgungsaufgaben ist eine Begrenzung der Behandlungsdauer vorab in der Regel nicht zu definieren. Ziel der aufsuchenden medizinischen Versorgung ist es aber, den durch vielfältige psychosoziale Probleme belasteten Menschen den Zugang zur medizinischen Regelversorgung (wieder) zu öffnen. Ein wichtiges Mittel hierbei ist die Erreichbarkeit unserer Versorgungsangebote und die Behandlungskontinuität. Oft werden erst nach Ausbildung einer tragfähigen Beziehung zum Patienten und eines entsprechenden Vertrauens auch weiterführende Kontakte möglich. Dieses kann mitunter Monate in Anspruch nehmen.

Tätigkeitsprofil

Faktoren, die die medizinische Versorgung von Drogenabhängigen erschweren

- Mißtrauen gegenüber institutioneller Hilfe
- Aggressives Verhalten
- Veränderte Bewußtseinslage durch Suchtmittel, dadurch erschwerte Diagnostik und Behandlung
- häufig schlechte Körper- und Kleiderhygiene
- Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Drogenhilfe mit hohem Geräuschpegel und Zigarettenrauch

- schlechte räumliche Bedingungen zur Behandlung mit gemeinsamer Nutzung der Räumlichkeiten mit anderen Diensten
- Verschiedene Einsatzorte mit z.T. längeren Fahrzeiten, Arbeit innerhalb verschiedener Teamstrukturen, deren Einbindung in die medizinischen Maßnahmen dennoch kaum möglich ist

Präventive Maßnahmen

- Impfungen
- Ernährungsberatung
- Hygieneberatung (Körperhygiene und Hautdesinfektion bei i.v.-Drogenabhängigkeit)
- Venenpflege (Injektionstechnik) bei Drogenabhängigen
- Aufklärung zur Vermeidung von (übertragbaren) Krankheiten (STD, Hepatitiden, Tuberkulose, andere drogenassoziierte Erkrankungen)
- Problematisierung lebenslagenspezifischer Verhaltensweisen bezüglich ihrer gesundheitlichen Relevanz (Umgang mit Drogenkonsum nach erzwungener Abstinenz durch Haft [veränderte Opiattoleranz], Unterbleiben erforderlicher Dauermedikation mit sich hieraus ergebenden Konsequenzen, Alkoholkonsum etc.)
- Rehabilitation, Rückfallprophylaxe

Medizinische Versorgung

- Diagnostische Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Schwerpunkte in der Versorgung Wohnungsloser und Drogenabhängiger
- Behandlung häufig auftretender Erkrankungen gemäß den aktuellen medizinischen Standards und Leitlinienempfehlungen
- Grund- und Behandlungspflege
- Kontrollierte Ausgabe von ärztlich verordneten Medikamenten und Hilfsmitteln sowie Überwachung des Therapieverlaufs
- Ausstellung von Bescheinigungen für Ämter, Einweisungen und Überweisungen, Besuche und Begleitung in Krankenhäuser

Beratung und Vermittlung im Erkrankungsfall

- Beratung zur Inanspruchnahme der Hilfen medizinischer Regelleistungen
- Beratung und Vermittlung zur Suchtmittelentgiftung und –entwöhnung
- Vermittlung zur Inanspruchnahme von Sozialberatung in den entsprechenden Einrichtungen, aber auch Ämtern
- Vermittlung weitergehender Diagnostik und Behandlung in Krankenhäuser, Praxen, Gesundheitsamt (Röntgen, Tuberkuloseüberwachung, STD etc.)

Vernetzung, Koordination und Kommunikation

- Teamsitzungen und Supervisionen in verschiedenen Einrichtungen sowie dienstintern

- Teilnahme an unterschiedlichen Arbeitskreisen und Planungsgruppen (z.B. PSAG-Sitzungen, Planungsgruppen auf kommunaler Ebene, Dienstbesprechungen innerhalb des Gesundheitsamts)
- Kooperation mit ehrenamtlich tätigen Initiativen und Vereinen
- Kooperation mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens in ambulanter und stationärer Versorgung
- Kooperation mit Einrichtungen des Sozialhilfewesens und Arbeitsagenturen
- Vernetzung mit vergleichbaren Projekten und Initiativen in anderen Städten
- Konzeptentwicklung und –anpassung an die jeweiligen Rahmenbedingungen
- Kommunikation mit Medien und interessierter Öffentlichkeit zu Positionierung der Arbeit im Hilfesystem und im städtischen Umfeld.
- Weiterbildung der Mitarbeiter in medizinischen Fragen (Tagungen, Vorträge bei Polizei, sozialen Einrichtungen, Ämtern u.a.)

Dokumentation und statistische Aufarbeitung

- EDV-gestützte Befund- und Behandlungsdokumentation
- Datenbankentwicklung und –administration
- Erstellung von Berichten (Kostenträger etc.)

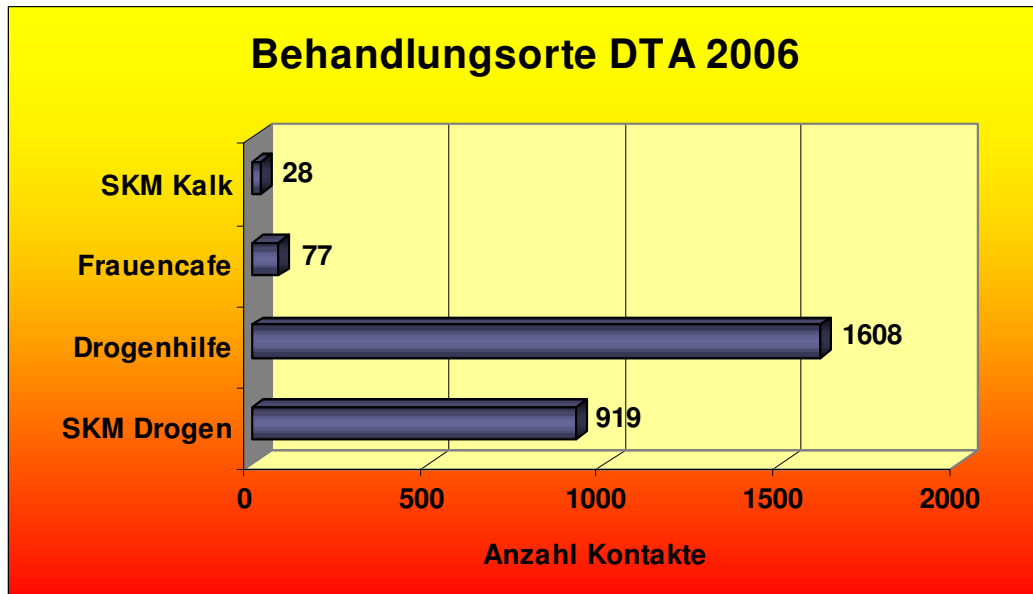
Logistik

- Bestellung und Bestandshaltung von medizinischem Verbrauchsmaterial (Medikamente, Verbandstoffe u.ä.) ggf. für verschiedene Einrichtungen
- Instrumentenpflege und Sterilisation
- Bestandshaltung im Behandlungsfahrzeug
- Fahrten zu verschiedenen Einsatzorten
- ggf. Fahrzeuglogistik

Fortbildung

- Teilnahme an regionalen und überregionalen Kongressen und Tagungen zu relevanten Themen
- Teamsupervision

Im Jahr 2006 hat der Mobile Medizinische Dienst (MMD) in den Drogen-therapeutischen Ambulanzen (DTA) **571 Personen** behandelt, davon **421 (73%) Männer** und **150 (27%) Frauen**. Insgesamt ergaben sich **2632 Behandlungskontakte mit 3176 Behandlungen**. 128 Männer und 29 Frauen wurden im Jahr 2006 erstmals vom Mobilien Medizinischen Dienst behandelt, entsprechend 27,5 % der insgesamt behandelten Patienten.



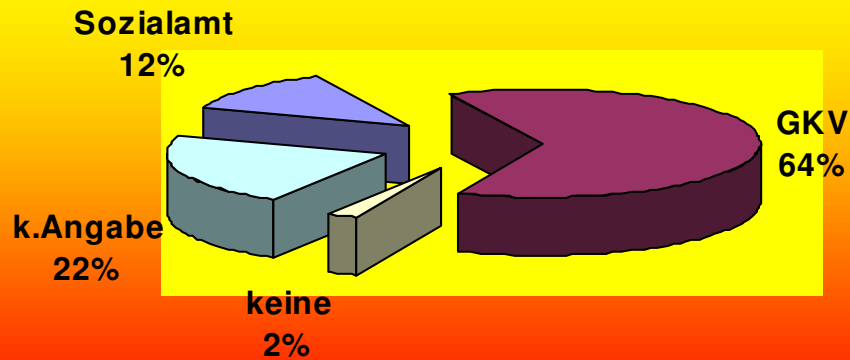
Die DTA vernetzt das niedrigschwellige Kontaktangebot der beiden Drogenhilfeträger in Köln mit dem Mobilien Medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Köln. In drei Einrichtungen werden Sprechstunden angeboten.

Dabei handelt es sich einmal um das niedrigschwellige Angebot der Drogenhilfe Köln e.V. im „Cafe Victoria“, in dem tägliche Sprechstunden stattfinden, dreimal wöchentlich erfolgt in den gleichen Räumlichkeiten die Versorgung im sog. „Frauencafe“, einem speziellen Angebot für drogenabhängige Frauen.

Weitere Sprechstunden der DTA finden täglich im Kontaktladen (Drogenkonsumraum) des Sozialdienstes katholischer Männer (SKM) am Hauptbahnhof und zweimal wöchentlich in der Kontaktstelle Köln-Kalk, Dieselstraße statt.

Ein wesentlicher Hinderungsgrund, der Drogenabhängigen den Zugang zu niedergelassenen Ärzten erschwert, stellt vielfach die Kostenträgerfrage dar, obwohl die allermeisten Patienten Ansprüche gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen oder dem Sozialamt haben, so scheitern viele Patienten bereits an der Patientenannahme in der Praxis, weil sie keine Chipkarte ihrer gesetzlichen Krankenkasse vorweisen können (häufig verloren oder angeblich gestohlen). Durch die Einführung der Praxisgebühr und den Wegfall der automatischen Befreiung von der Rezeptgebühr, hat sich die Situation für viele Patienten verschärft, so werden vielfach dringend benötigte Medikamente nicht bei der Apotheke besorgt, weil kein Geld für die Zuzahlung angespart wurde, oder die Belege für einen Befreiungsantrag nicht gesammelt wurden oder verloren gegangen sind. Um die Akutbehandlung trotzdem sicherstellen zu können ist hier eine unbürokratische Vorgehensweise erforderlich, bei der die aktuelle Erkrankung und nicht die Kosten- oder Zuzahlungsfrage im Vordergrund steht.

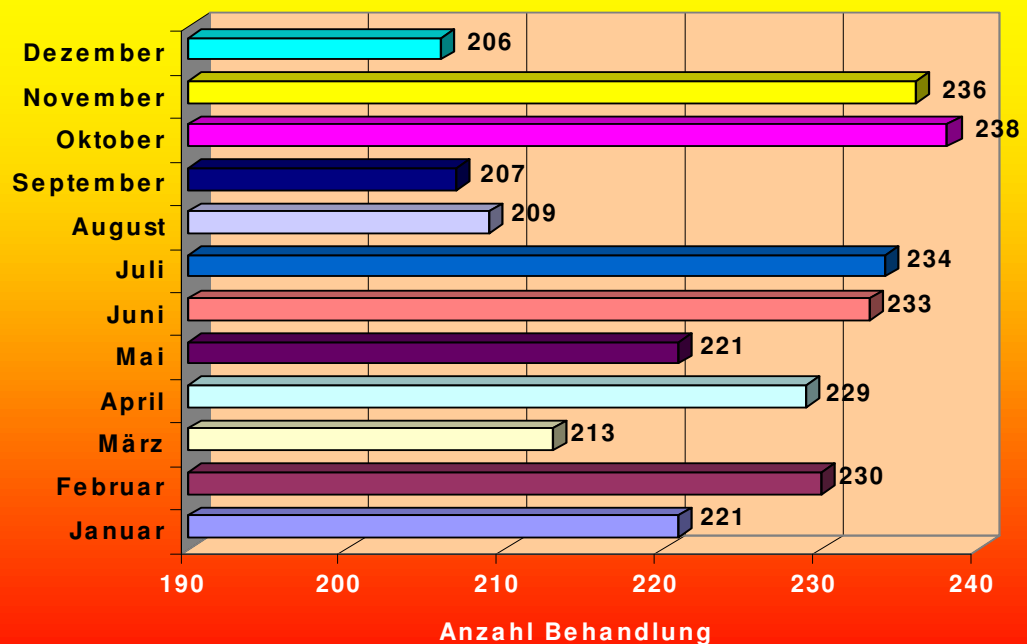
Versicherungsstatus DTA 2006



Von den 571 Patienten, die im Jahr 2006 in den Sprechstunden medizinisch versorgt wurden, gaben 110 (18,21%) an, über das örtliche Sozialamt versichert zu sein, 348 (57,62 %) hatten Ansprüche gegenüber einer gesetzlichen Krankenversicherung. 12 Patienten waren zur Zeit der Behandlung definitiv nicht versichert, 134 (22,19 %) machten keine Angabe zu ihrem Versicherungsstatus.

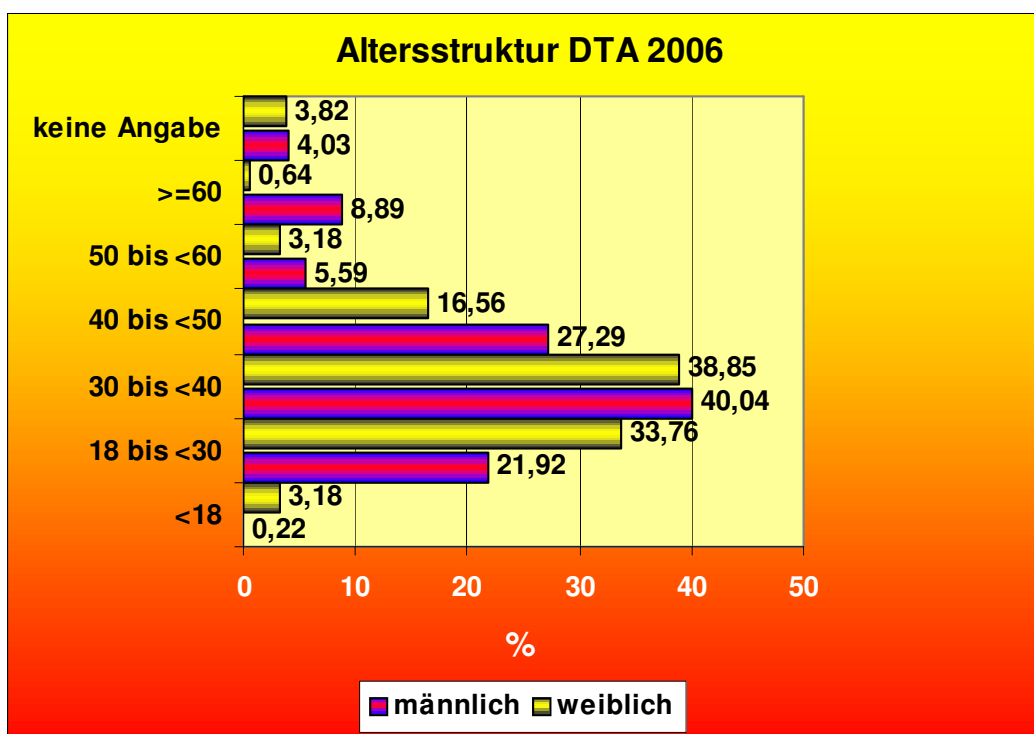
Es ist anzunehmen, daß die Verteilung bei den Patienten „ohne Angabe“ ähnlich ist, so daß die überwiegende Anzahl der Patienten Ansprüche gegenüber einer gesetzlichen Krankenversicherung, oder dem Sozialamt haben. Die Zahl der in der GKV versicherten Patienten nimmt durch Aufnahmepflicht arbeitsfähiger Patienten zu.

Behandlungskontakte pro Monat DTA 2006

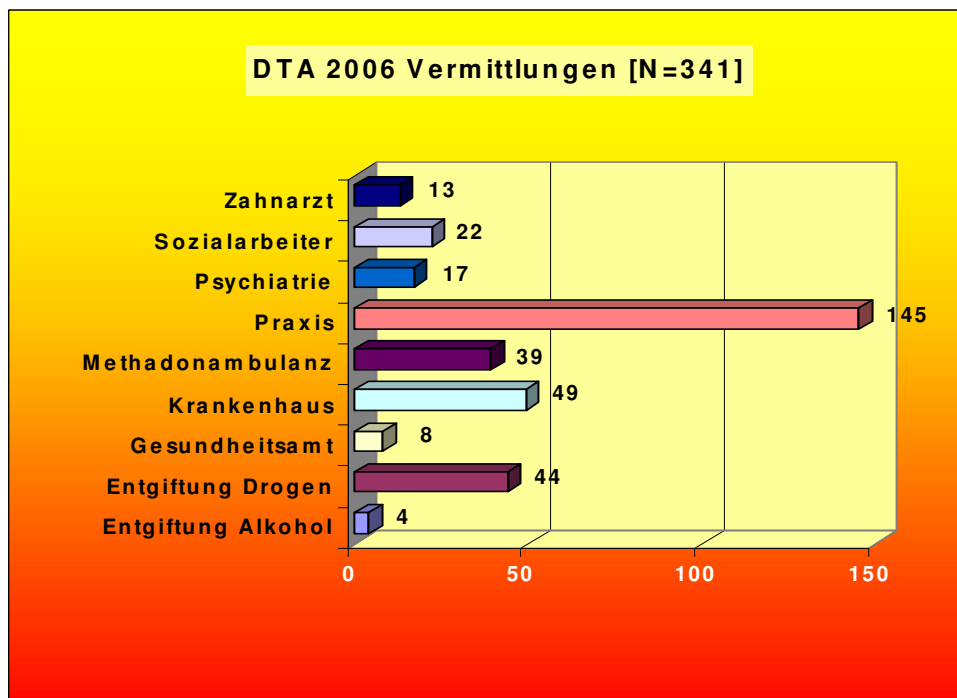


Die durchschnittliche Zahl der Behandlungskontakte lag bei 223 pro Monat, etwa 10% geringer als im Vorjahr.
 Eine jahreszeitliche Häufung lässt sich aber auch im Vergleich mit früheren Jahren nicht feststellen.

Bei der Altersstruktur zeigte sich eine Spannweite von 16 - 64 Jahren (Stichtag 31.12.2006), der Mittelwert lag bei den Männern bei 36,7 Jahren, der Median bei 36 Jahren. 1 Patient war jünger als 18 Jahre, 25 älter als 50 Jahre, 4 über 60 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Frauen lag mit 33,1 Jahren (Median 33) um ca. 3,5 Jahre niedriger als bei den Männern, 5 Frauen waren jünger als 18 Jahre



Im Jahr 2006 wurden 145 Patienten zur Mit- oder Weiterbehandlung an niedergelassene Ärzte überwiesen. 66 Patienten wurden zur stationären Behandlung eingewiesen, davon 17 in eine Psychiatrische Klinik, weitere 48 Patienten wurden in die



qualifizierte Entgiftung vermittelt.

Bei 8 Patienten wurde im Gesundheitsamt eine weiterführende Diagnostik (Röntgenuntersuchung der Lunge, Ultraschall, Labor) durchgeführt, 39 Patienten wurden zur Frage einer Substitution in den Methadonambulanzen bzw. bei niedergelassenen Ärzten vorgestellt. 22 Patienten suchten primär über den MMD den Kontakt zu psychosozialen Beratungsangeboten und wurden dorthin weiter vermittelt.

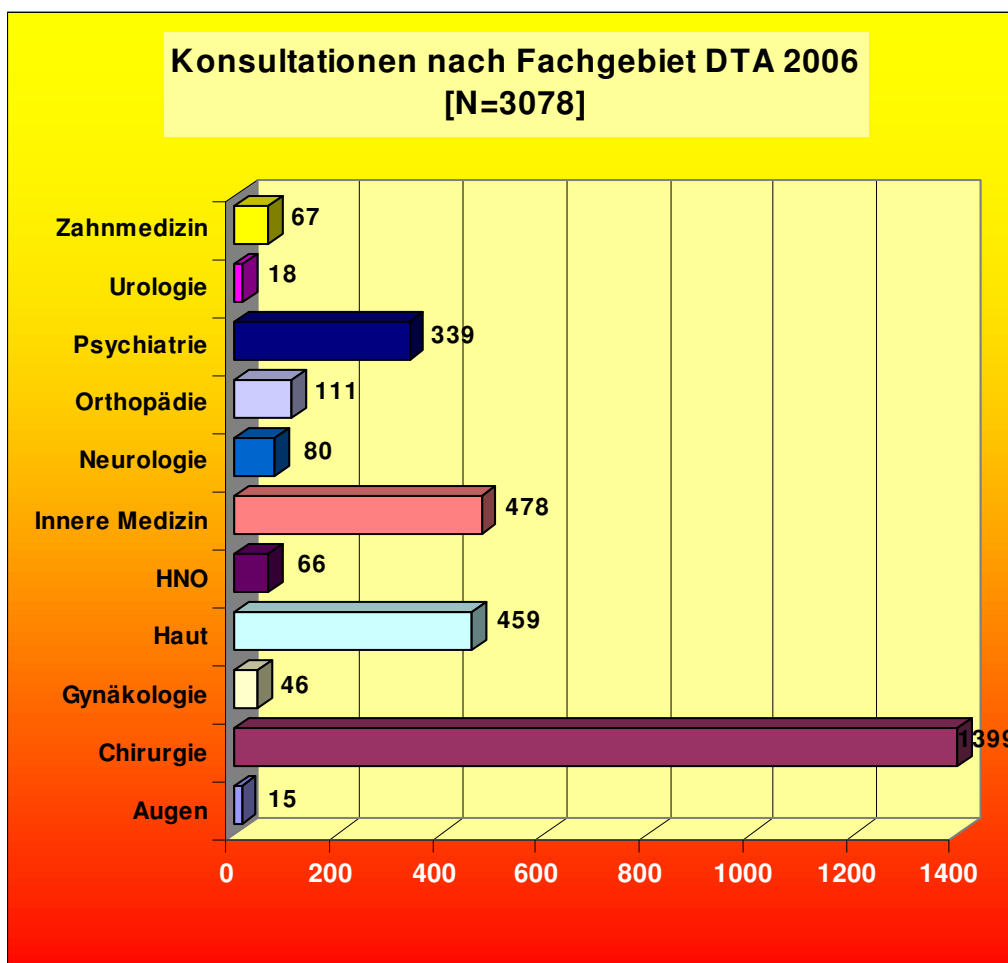
Betrachtet man die Konsultationsgründe in den Sprechstunden des Mobilien Medizinischen Dienstes, so dominieren neben Verletzungen, Erkrankungen der Haut und Unterhaut, der Atmungsorgane und des Kreislaufsystems. Gastrointestinale

	Klassifikation nach ICD 10 (Hauptgruppen)	
I.	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)	119
II.	Neubildungen (C00-D48)	
III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen des	1
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen E00-E90	1
V.	Psychische- und Verhaltensstörungen (F00-F99)	389
VI.	Erkrankungen des Nervensystems (G00-G99)	23
VII.+VIII.	Krankheiten des Auges und des Ohres (H00-H95)	23
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	447
X.	Krankheiten der Atmungssysteme (J00-J99)	155
XI.	Krankheiten des Verdauungssystem (K00-K93)	73
XII.	Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)	753
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	75
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	10
XV.	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett (O00-O99)	0
XVIII.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	611
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	530
XXI.	Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	32

und Erkrankungen des Bewegungsapparates waren weitere Gründe die Sprechstunden in den Drogentherapeutischen Ambulanzen aufzusuchen

Krisengespräche und Erörterungen in Zusammenhang mit Substitution machten ca. 15 % der Konsultationen aus. Darüber hinaus ist der MMD aus dem Behandlungskontext heraus häufig erster Ansprechpartner in sozialen Fragen und kann die Klienten dann an Sozialarbeiter der Einrichtungen zur weiteren Beratung vermitteln. Auffällig ist, daß viele Patienten Mehrfacherkrankungen an verschiedenen Organ-systemen aufweisen.

Analysiert man die Zahl der Behandlungskontakte für die einzelnen Patienten, so zeigt sich, daß 145 (Vorjahr 157) Patienten die Sprechstunde des Mobilien Medizinischen Dienstes lediglich einmal in Anspruch nahmen in der Regel im Rahmen der Akutversorgung von Verletzungen. Die Mehrzahl der Patienten haben aber kontinuierlichere Kontakte, die bei dem vorliegenden Erkrankungsspektrum auch notwendig sind, um die Neuentstehung oder Exazerbation zu verhindern.



Die enge Verzahnung sozialarbeiterischer und medizinischer Hilfen führt letztlich zu einer Verbesserung der Lebenssituation Drogenabhängiger. Die Verhinderung von Erkrankungen im Vorfeld ihres Entstehens sowie Vermeidung einer Exazerbation bestehender Erkrankungen tragen insgesamt zur gesundheitlichen Stabilisierung Drogenabhängiger bei und steigern zudem die Motivation sich für eine Entgiftung oder Langzeitentwöhnung zu entscheiden. Sind erst einmal körperliche Schäden eingetreten, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit zur Folge haben, sinkt die Bereitschaft der Betroffenen, eine längerfristige Perspektive zum Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit zu entwickeln.

Die Drogentherapeutischen Ambulanzen sind eine Weiterentwicklung der in Köln bereits seit Mai 1993 bestehenden medizinischen Versorgung für Drogenabhängige. Der Zugang zu den Klienten über die ärztliche und pflegerische Versorgung, als integraler Bestandteil des niedrighschwelligem Angebotes der Drogenhilfeeinrichtungen, erweist sich als äußerst effektiv. Er bietet eine zusätzliche Möglichkeit, Personengruppen, die bisher vom Hilfesystem nicht erreicht wurden, gesundheitlich und psychosozial zu stabilisieren. Dies ist häufig ein erster Schritt in Richtung auf weiterführende Hilfen und Behandlungen der Drogenabhängigkeit.

In Hinblick auf die Vernetzung medizinischer und psychosozialer Hilfen hat sich hier besonders bewährt, das Angebot medizinischer Hilfen trägerübergreifend zu konzipieren, da hierbei bereits gewachsene und ausgereifte Versorgungsstrukturen der Drogenhilfeeinrichtungen genutzt werden können.