

.....
Mobiler Medizinischer Dienst

Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen

.....
MMD

Jahresbericht 2006

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 Verdacht auf Tuberkulose).

Um hier eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit unseren Patienten zu erreichen, ist häufig eine lange Kontaktanbahnung, 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 weiter behandelnde Ärzte nicht erfolgreich ist.

Aus diesem Grund wird eine erfolgreiche medizinische Behandlung nur dann möglich sein, wenn das psychosoziale Umfeld der Betroffenen mit berücksichtigt 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 den Sozialarbeitern. Letzteres gilt insbesondere auch für pflegerische Hilfen, die hier in hohem Maße über die eher somatisch ausgerichtete ambulante Grund- und Behandlungspflege hinausgehen (Kontaktanbahnung, 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 Bildung einer tragfähigen Beziehung zum Patienten und eines entsprechenden Vertrauens auch weiterführende Kontakte möglich. Dieses kann mitunter Monate in Anspruch nehmen.

Tätigkeitsprofil

Erschwerende Faktoren bei der medizinische Versorgung Wohnungsloser

- 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, andere drogenassoziierte Erkrankungen, Tuberkulose)
- 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 [z.B. Hypertonie, Diabetes, Psychose], Alkoholkonsum und Einfluß auf die Körpertemperatur etc.)
- Rehabilitation

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, fördernde Pflege
- 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 [Sozialamt, ARGE]
- 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 und Landesebene, 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

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

Fortbildung

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

Patient und Behandlungen

Im Jahr 2006 hat der Mobile Medizinische Dienst(MMD) in den Einrichtungen der Wohnungslosen- und Drogenhilfe **1288 Personen** behandelt, davon **1020 (79,2%) Männer** und **268 (20,8%) Frauen**. Insgesamt ergaben sich **7065 Behandlungskontakte** bei denen **9284 verschiedene Diagnosen** gestellt und **9582 Behandlungen** durchgeführt wurden. 380 Männer und 94 Frauen wurden im Jahr 2006 erstmals vom Mobilien Medizinischen Dienst behandelt, entsprechend **36,8%** der insgesamt behandelten Patienten.

Der MMD vernetzt die niedrigschwelligen Kontaktangebot der Drogen- und Wohnungslosenhilfeträger in Köln mit den medizinischen Angeboten des städtischen Gesundheitsamtes, den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern .

Sprechstundenangebot

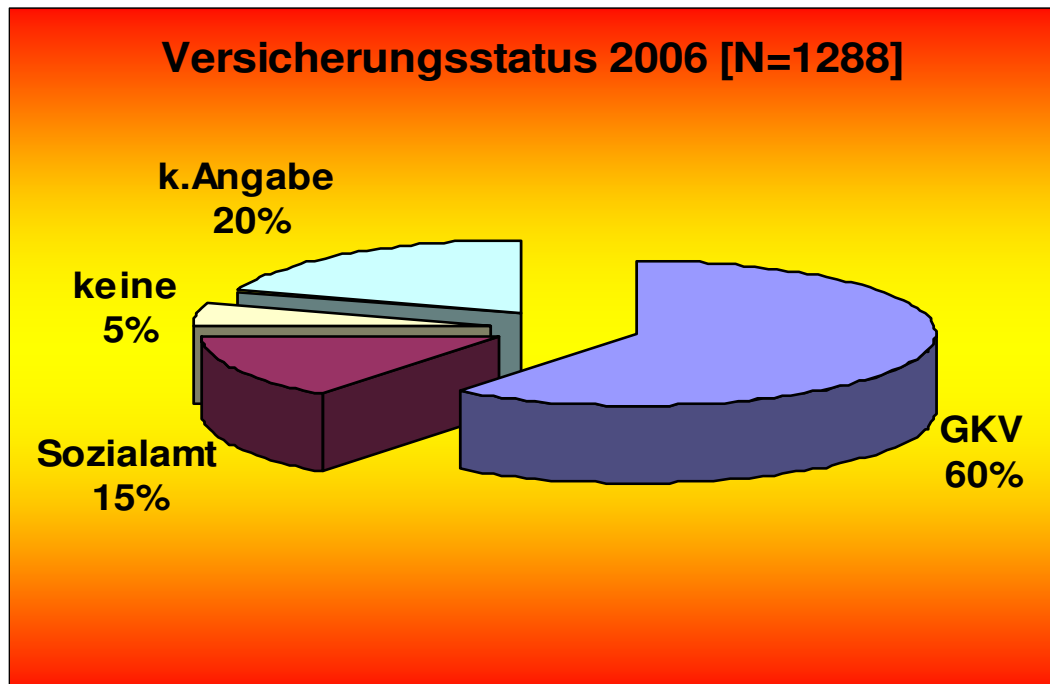
Neben einer Notschlafstelle für ältere Wohnungslose, werden medizinische Sprechstunden in neun verschiedenen Kontaktcafes für unterschiedliche Zielgruppen,

Annostrasse (Johannesbund)	5x wöchentl.
Busprojekt Boje	2x wöchentl.
Cafe Rochus (Caritas)	2x wöchentl.
Cafe Victoria	5x wöchentl.
Frauencafe	3x wöchentl.
Gesundheitsamt	n. Vereinb.
Projekt Geestemünderstraße (SKF)	1x wöchentlich
„Hausbesuche“ im betreuten Wohnen	n. Vereinb.
Kontaktstelle am Bahnhof (SKM)	5x wöchentl.
Krankenwohnung (Diakonie)	n. Vereinbarung
MäcUp (SKF)	2x wöchentl.
SKM Kontaktcafe Kalk Dieselstrasse	2x wöchentl.
SKM Wohnungslosenhilfe	5x wöchentl.
Straßenbesuche	n. Vereinb.
Junkie-Bund Taunusstr.	1x wöchentl
Vringstreff	1x wöchentl.

davon drei Einrichtungen mit frauenspezifischem Hilfeansatz angeboten. Mit dem Behandlungsbus werden in drei weiteren Projekten für Wohnungslose medizinische Sprechstunden angeboten. Darüber hinaus können nach Absprache mit den entsprechenden Trägern z.B. Impfkationen im „betreuten Wohnen“ durchgeführt werden.

Ein wesentlicher Hinderungsgrund, der Wohnungslosen den Zugang zu niedergelassenen Ärzten erschwert, stellt vielfach die Kostenträgerfrage dar, so scheitern viele Patienten bereits an der Patientenannahme in der Praxis, weil sie keinen gültigen Behandlungsschein des Sozialamtes vorweisen können, oder keine Chipkarte ihrer gesetzlichen Krankenkasse obwohl in der Regel ein Anspruch gegenüber einer gesetzlichen Versicherung oder dem Sozialamt besteht. Um die Akutbehandlung trotzdem sicherstellen zu können ist hier eine unbürokratische Vorgehensweise erforderlich, bei der die aktuelle Erkrankung und nicht die Kostenfrage im Vordergrund steht. Vielfach beruhen hierauf die Vorurteile der Betroffenen gegenüber dem etablierten medizinischen Systems, da sie sich mit ihren Beschwerden nicht ausreichend ernst genommen fühlen. Vielfach führt aber auch eine gestörte

Selbstwahrnehmung, sei es durch psychische Störungen oder kaschierendem Drogenkonsum, zur Bagatellisierung körperlicher Symptome.



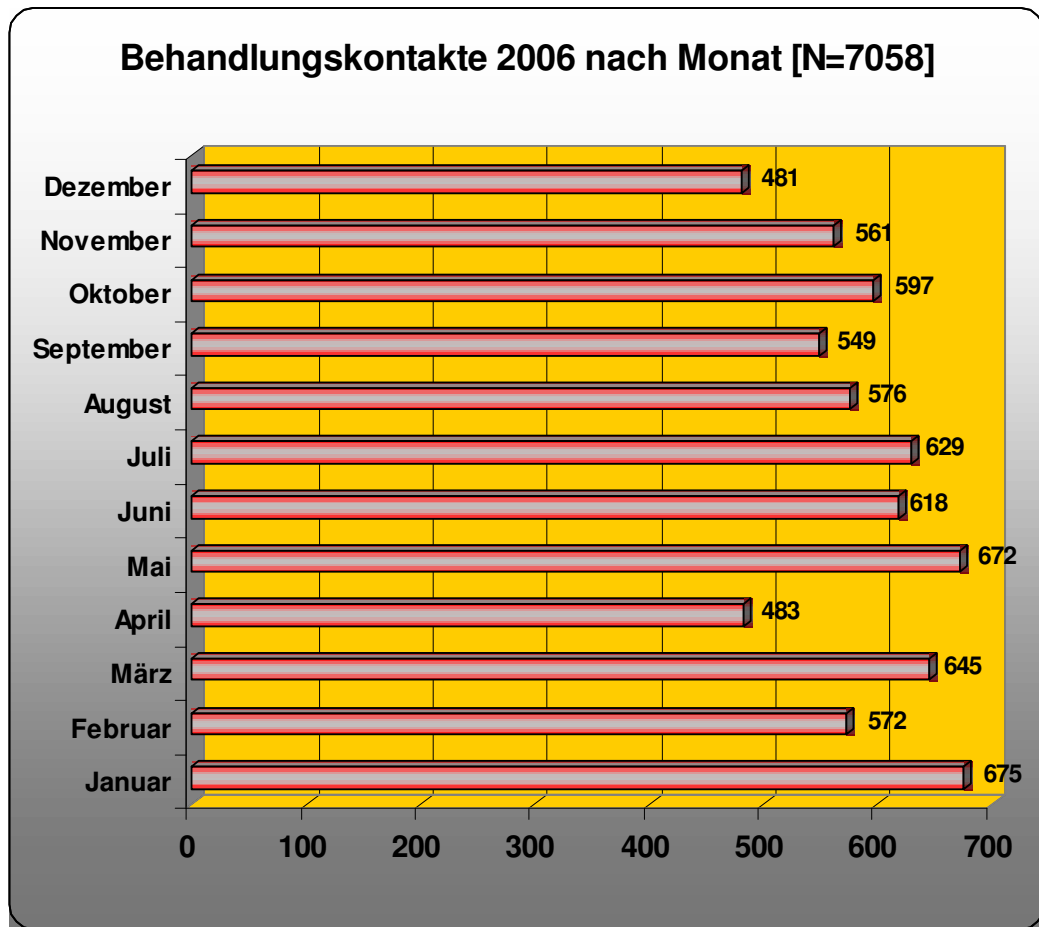
Versicherungsstatus

Von den 1288 Patienten, die im Jahr 2006 in den Sprechstunden medizinisch versorgt wurden, gaben 208 (15,75%) an, über das örtliche Sozialamt versichert zu sein, 781 (59,12 %) hatten Ansprüche gegenüber einer gesetzlichen Krankenversicherung. 66 (5,0%) der Patienten gaben an derzeit nicht versichert zu sein, 266 (20,14 %) machten keine Angabe zu ihrem Versicherungsstatus.

Es ist anzunehmen, daß die Verteilung bei den Patienten „ohne Angabe“ ähnlich ist, wie bei denen, deren Kostenträger bekannt ist, so daß die überwiegende Anzahl der Patienten Ansprüche gegenüber einer gesetzlichen Krankenversicherung, oder dem Sozialamt haben. Gewisse Schwierigkeiten der Zuordnung zu einem Kostenträger ergaben sich aus der Anmeldung einiger Patienten bei gesetzlichen Krankenkassen ohne eigentliche Mitgliedschaft, da letztlich das Sozialamt Kostenträger bleibt, die Krankenkassen aber den Verwaltungsteil übernehmen. Nicht alle Patienten konnten darüber Auskunft geben welche Versorgungsart für sie zutrifft. Erfahrungsgemäß haben ca.20% der Patienten beim Erstkontakt Schwierigkeiten ihren Kostenträger zu benennen. Bei wiederholten Kontakten sind dies nur noch etwa 3-4% der Patienten, so läßt sich bei häufigerer Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in aller Regel ein Kostenträger ermitteln.

Behandlungskontakte

Die durchschnittliche Zahl der Behandlungskontakte lag bei 588 pro Monat. Im Dezember 2006 war die Inanspruchnahme der Sprechstunden in

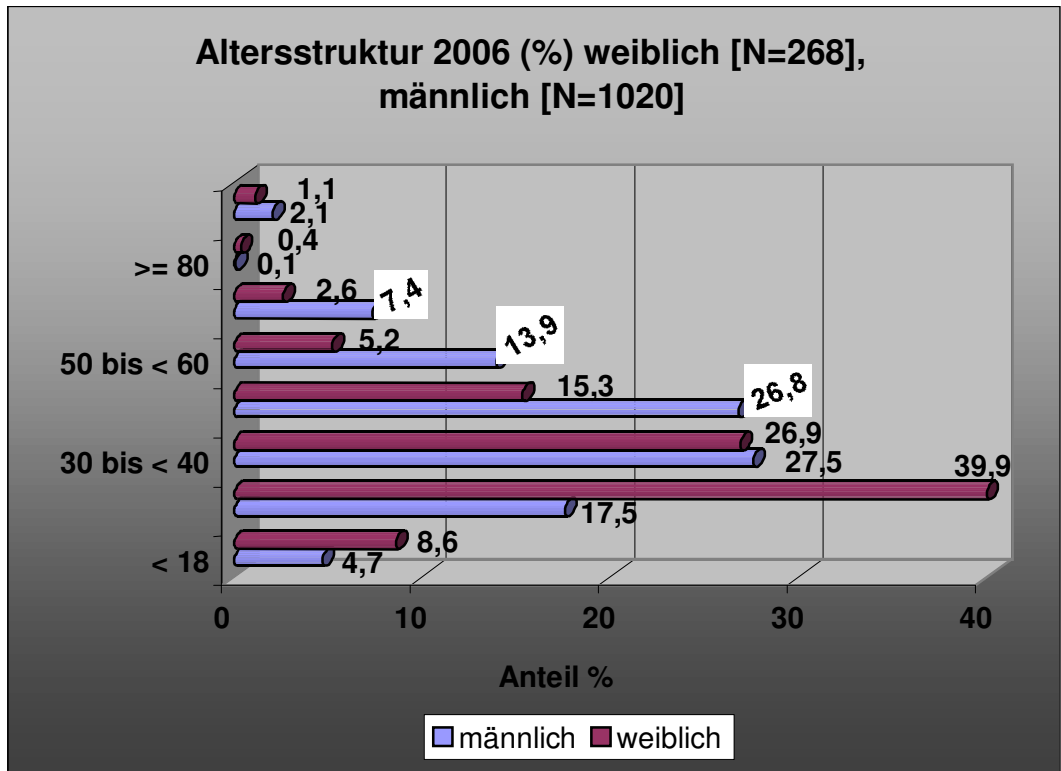


den Einrichtungen mit 481 Behandlungskontakten am geringsten, die höchste Anzahl mit 675 Kontakten waren im Januar 2006 zu verzeichnen. Eine jahreszeitliche Häufung läßt ist aber auch im Vergleich mit früheren Jahren nicht feststellen.

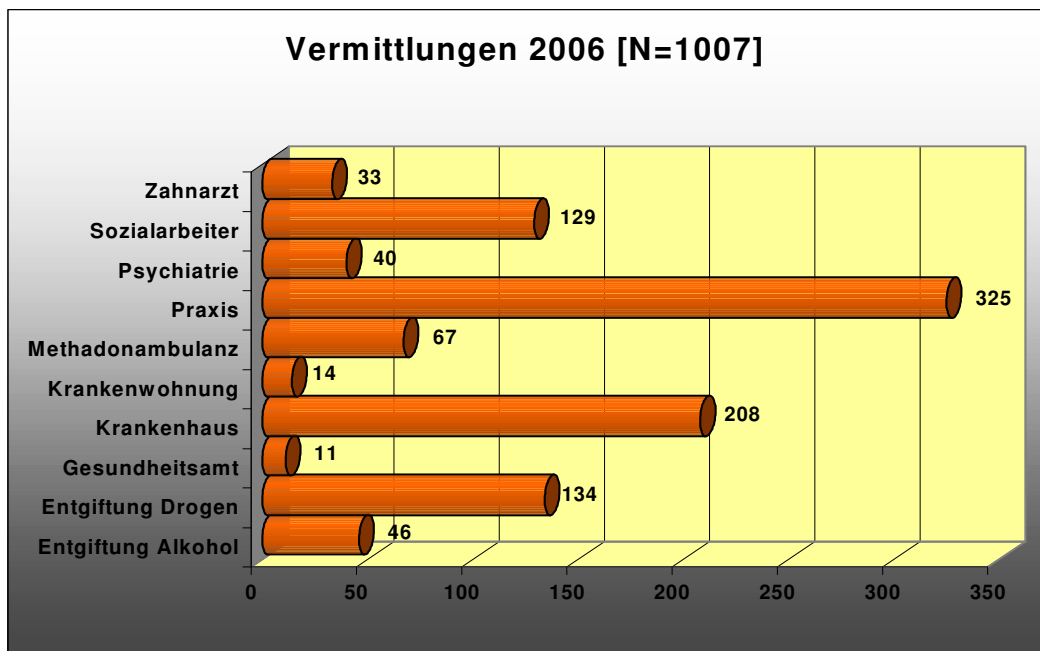
Analysiert man die Zahl der Behandlungskontakte für die einzelnen Patienten, so zeigt sich, daß 289 (22,4%) Patienten die Sprechstunde des Mobilien Medizinischen Dienstes lediglich einmal in Anspruch nahmen, 146 Patienten waren aber bereits in früheren Jahren jeweils vorübergehend in Behandlung des MMD gewesen. Die Mehrzahl der Patienten haben aber kontinuierlichere Kontakte, die bei dem vorliegenden Erkrankungsspektrum auch notwendig sind, um die Neuentstehung oder Exazerbation zu verhindern.

Altersstruktur

Bei der Altersstruktur zeigte sich eine Spannweite von 14 - 85 Jahren (Stichtag 31.12.2006), der Mittelwert lag bei 41,2 Jahren, der Median bei 39 Jahren. 71 Patienten waren jünger als 18 Jahre, 62 älter als 60 Jahre, 20 über 70 Jahre und 2 Patienten über 80 Jahre.



Das Durchschnittsalter der Frauen lag mit 33,6 Jahren um 8 Jahre niedriger als das der Männer (41,6 Jahre). Dies spiegelt auch der geschlechtsbezogene Vergleich in den Altersgruppen wieder, während bis zum 40. Lebensjahr der prozentuale Anteil der Frauen wesentlich höher ist, steigt ab einem Alter von 50 Jahren der Anteil der Männer deutlich an.



Überweisung und Vermittlung

In 325 Fällen wurde eine Mit- oder Weiterbehandlung bei niedergelassenen Ärzten veranlaßt. 208 Patienten wurden wegen somatischer Erkrankungen ins Krankenhaus eingewiesen, 40 Einweisungen erfolgten in die allgemeine Psychiatrie, 180 in

die qualifizierte Entgiftung. 11-mal wurde im Gesundheitsamt eine weiterführende Diagnostik (Röntgenuntersuchung der Lunge, Ultraschall, EKG, Labor) durchgeführt, immer dann wenn eine Vermittlung an niedergelassene Ärzte nicht möglich

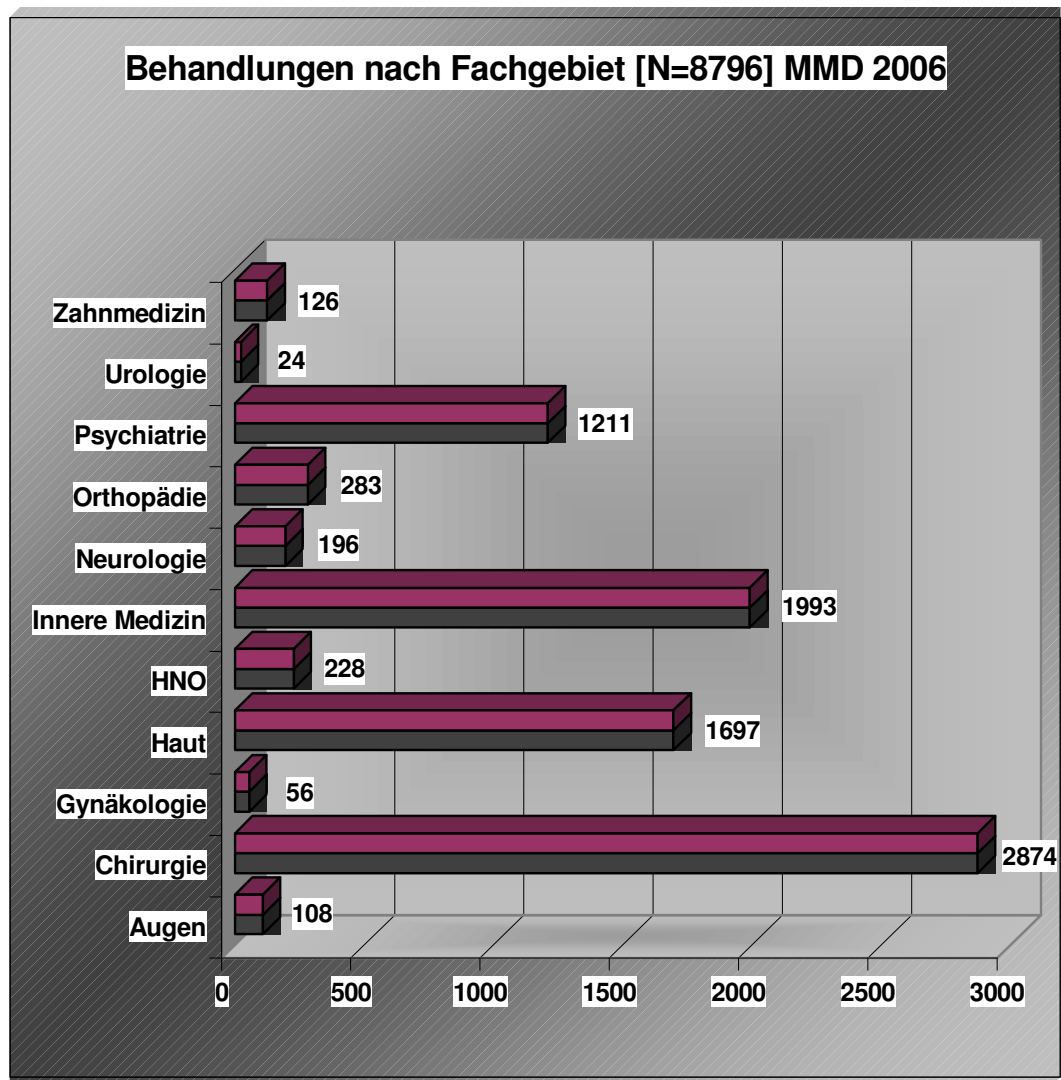
war, oder die Kostenträgerschaft unklar war, die Art der Erkrankung ein Abwarten bis zur Klärung aber verbot. 67 Patienten wurden zur Frage einer Substitution in den Methadonambulanzen bzw. bei niedergelassenen Ärzten vorgestellt. Bei 129 Patienten ergaben sich aus der medizinischen Behandlung heraus Probleme, die Sofortvermittlung an einen Sozialarbeiter erforderlich machten, um eine adäquate Behandlung erst zu ermöglichen. Vier Patienten wurden zur „häuslichen Pflege“ in die Krankenwohnung der Diakonie vermittelt. 33-mal erfolgte eine Vermittlung zur zahnmedizinischen Akutversorgung.

Konsultationsgründe

Betrachtet man die Konsultationsgründe in den Sprechstunden des Mobilen Medizinischen Dienstes, so dominieren neben Verletzungen, Erkrankungen der Haut und Unterhaut, der Atmungsorgane und des Kreislaufsystems. Gastrointestinale und Erkrankungen des Bewegungsapparates waren weitere Gründe die Sprechstunden des Mobilen Medizinischen Dienstes aufzusuchen.

	Klassifikation nach ICD 10 (Hauptgruppen)	
I.	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)	367
II.	Neubildungen (C00-D48)	62
III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen des Immunsystems (D50-D89)	27
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen E00-E90	181
V.	Psychische- und Verhaltensstörungen (F00-F99)	1313
VI.	Erkrankungen des Nervensystems (G00-G99)	117
VII.+VIII	Krankheiten des Auges und des Ohres (H00-H95)	134
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	1123
X.	Krankheiten der Atmungssysteme (J00-J99)	541
XI.	Krankheiten des Verdauungssystem (K00-K93)	333
XII.	Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)	1874
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	274
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	28
XV.	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett (O00-O99)	2
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	2
XVIII.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	819
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	2017
XX.	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y99)	26
XXI.	Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	44

Krisengespräche und Erörterungen in Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen machten ca. 20% der Konsultationen aus. Die Inanspruchnahme nach Fachgebieten zeigt die folgende Grafik. Erkrankungen im Bereich Chirurgie, Innere Medizin, Dermatologie und Psychiatrie werden sehr häufig beobachtet.



Auffällig ist, daß viele Patienten Mehrfacherkrankungen an verschiedenen Organ-systemen aufweisen.

Fazit

Die enge Verzahnung sozialarbeiterischer und medizinischer Hilfen führt letztlich zu einer Verbesserung der Lebenssituation Wohnungsloser.

Die Verhinderung von Erkrankungen im Vorfeld ihres Entstehens, sowie Vermeidung einer Exazerbation bestehender Erkrankungen, tragen insgesamt zur gesundheitlichen Stabilisierung Wohnungsloser 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 Lebenssituation zu entwickeln.

Der Mobile Medizinische Dienst des Gesundheitsamtes sichert auch den Patienten, die Schwierigkeiten mit der etablierten ambulanten medizinischen Versorgung haben, eine angemessene und qualitativ hochwertige Behandlung. Durch die Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und psychosozialen Hilfen der freien Träger, aber auch mit den zuständigen Behörden, ist eine optimale Ausschöpfung der Ressourcen und Weiterentwicklung der Behandlungsansätze gewährleistet. Der Zugang zu den Klienten über die ärztliche und pflegerische Ver-

sorgung 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, aber entscheidender Schritt in Richtung Reintegration. Bewährt hat sich insbesondere das trägerübergreifende Konzept mit Nutzung gewachsener Strukturen in den Einrichtungen der Drogen- und Wohnungslosenhilfe. Die gewünschten Synergieeffekte können aber nur im ständigen Diskurs zwischen den Partnern in den unterschiedlichen Hilfsangeboten für wohnungslose Menschen sinnvoll genutzt werden.