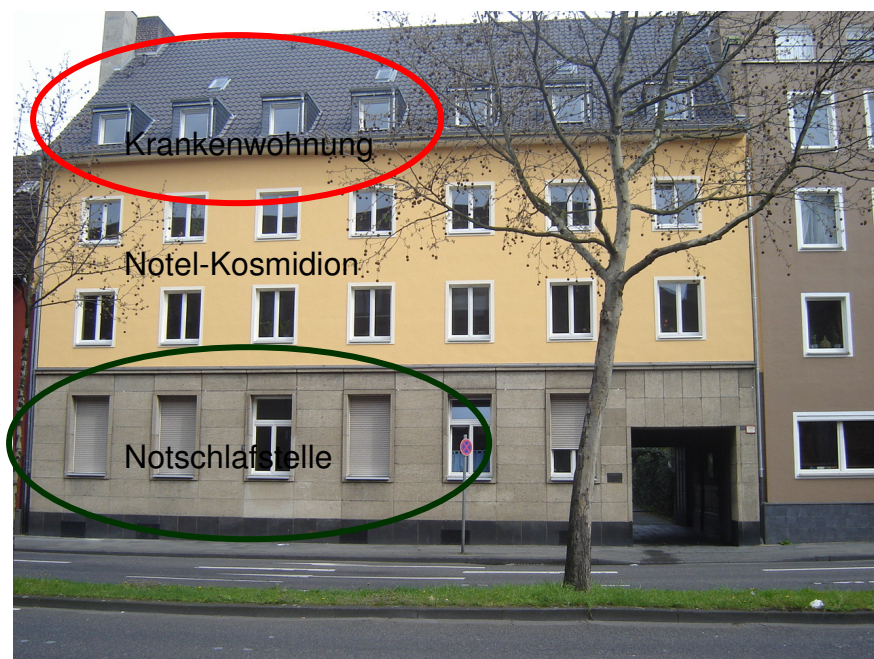


Zwischenbericht II

Januar 2011

Evaluations-Projekt
Notel-Kosmidion

Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige
Frauen und Männer in Köln



Notel-Kosmidion, Victoriast. 12, 50668 Köln

Evaluations-Projekt Notel-Kosmidion

Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer in Köln

Zwischenbericht II

Köln, 31.01.2011

Ansprechpartner im Evaluations-Projekt Notel-Kosmidion:

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln

Univ. Prof. Dr. Frank Weidner
Direktor

Telefon: (02 21) 4 68 61-40
E-Mail f.weidner@dip.de

Br. Peter Schiffer OSCam
M.Sc. Pflegewissenschaft
Dipl. Pflegetechniker (FH)
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Telefon: (02 21) 4 68 61-44
E-Mail p.schiffer@dip.de

Autor und Zitation:

Schiffer, P., Weidner F. (2011): Evaluations-Projekt Notel-Kosmidion: Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer in Köln, Zwischenbericht II, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), Köln.

Inhaltsverzeichnis:

1. Einführung und Hintergrund.....	4
2. Aufbau der Evaluationsstudie in Kurzbeschreibung.....	5
3. Evaluation im Berichtszeitraum 2010.....	7
4. Statistische Erhebungen und erste Ergebnisse aus den Jahren 2008 bis 2010.....	15
5. Qualitative Erhebungen.....	23
6. Zusammenfassung und Ausblick.....	25
7. Kurzbeschreibung des Notel-Kosmidion: Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer in Köln.....	27
8. Literaturverzeichnis.....	32
9. Literaturempfehlungen / Weiterführende Literatur	33

1. Einführung und Hintergrund

Die Krankenwohnung Notel-Kosmidion für obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer in Köln ist ein Werk der Spiritaner-Stiftung Dormagen, in Kooperation mit der Kommunität der Heiligen Anargyroi Kosmas und Damian, Köln e.V.

Die rund 20-jährige Erfahrung der Notschlafstelle für obdachlose, drogenabhängige Menschen (Notel) in Köln zeigte eine dauerhafte Lücke im Kölner ambulanten Versorgungssystem. In Krankheitsfällen, die nicht mit einer stationären Aufnahme verbunden sind (z. B. Grippe, Verletzungen, Bronchitis) bzw. der notwendigen Bettruhe nach einem Klinikaufenthalt, haben diese Personen ohne Wohnung keinen Ort, um eine Erkrankung auszukurieren.

Die Krankenwohnung Notel-Kosmidion stellt eine Ergänzung des ambulanten (Drogen-) Hilfesystems dar. Deshalb ist seit Oktober 2008 im Haus der Spiritaner in der Victoriastr. 12 eine Krankenwohnung mit 5 Betten eingerichtet.

Der Name Kosmidion ist nicht neu erdacht. Bereits in Konstantinopel gab es eine (nach den Heiligen Kosmas und Damian benannte) Heilstätte Kosmidion, die einem Kloster angegliedert war und in der die Praxis des Heilschlafes (Inkubation) gepflegt wurde. Im Haus auf der Victoriastr. 12 befindet sich die Drogenberatung und das niedrigschwellige Angebot des Café Victoria (Drogenhilfe Köln) mit dem Untersuchungs- und Behandlungsraum des Mobilen medizinischen Dienstes der Stadt Köln.

Eine vertiefende Beschreibung der Krankenwohnung mit ihren Leistungsbereichen und Ausstattung findet sich in Kapitel 7 (Seite 27).

Die Kommunität der Heiligen Anargyroi Kosmas und Damian e.V., Regionalgruppe Köln hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln (dip) beauftragt eine Evaluation zu erstellen. Die Projektleitung hat Univ. Prof. Dr. Frank Weidner. Als Mitarbeiter steht Br. Peter Schiffer OSCam, M.Sc. Pflegewissenschaft, Dipl. Pflegewirt (FH), Krankenpfleger, zur Verfügung. Die Laufzeit der Evaluation Notel-Kosmidion gliedert sich in drei Jahren mit den Schwerpunkten von:

1 / 2009 – 12 / 2009 Erkundung/Entwicklung/Datenerhebung

1 / 2010 – 12 / 2010 Datenerhebung/Konsolidierung/Analyse

1 / 2011 – 12 / 2011 Auswertung/Berichterstattung

Die Finanzierung der Evaluation wird durch die Kommunität der Heiligen Anargyroi Kosmas und Damian e.V., Regionalgruppe Köln sichergestellt. Dies erfolgt mit der Unterstützung durch die CaritasStiftung im Erzbistum Köln (2009), Otto und Lonny Bayer Stiftung (2010), Bank im Bistum Essen eG (2011) und weiterer Einzelpersonen, Verbände und Organisationen. Für das Jahr 2011 werden noch Förderer für die Evaluation gesucht.

2. Aufbau der Evaluationsstudie in einer Kurzbeschreibung

Hintergrund:	Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer in Köln (siehe 1. Einführung und Hintergrund)
Untersuchungsgruppe:	Intoxikierte (aktiv konsumierende, substituierte, und substituierte mit Beikonsum) kranke, obdachlose Frauen und Männer, die den Weg in die Krankenwohnung finden
Zentrale Forschungsfrage:	Wie bewältigen obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer Krankheit, Kranksein in der Krankenwohnung Kosmidion?
Vorgehensweise:	Qualitative Studie auf der Grundlage des Forschungsstils der Grounded Theory Methodology, orientiert an der Vorgehensweise / Stil von Strauss/Corbin. Die Datenerhebung ist orientiert an der Feldforschung nach Roland Girtler
Forschungsprozess:	Feldzugang und Beziehungsarbeit durch konkrete Mitarbeit in der Krankenwohnung
Externe Beratung:	Durch zwei Ex-Junkies, eine Frau und ein Mann, welche beide (re-) integriert und (re-) affiliert in der Mehrheitsgesellschaft sind, ein renommierter Suchtforscher und ein renommierter Psychologe in der Suchttherapie
Interne Beratung:	Durch die professionell tätigen Hauptamtler (Team Notel-Kosmidion)
Datenerhebung: (Methoden)	Ero-epische Gespräche nach Roland Girtler, Freie Beobachtung nach Roland Girtler, Teilnehmende Beobachtung in der Krankenwohnung, Team Notel-Kosmidion und Krankenwohnungsumgebung (schnitt-

- stellenbeteiligte Dienste wie Mobiler medizinischer Dienst; Kontaktcafe Victoria),
- Datenerhebung:** Demographische Daten der Nutzer der Krankenwohnung aus den geführten Statistiken der Einrichtung Notel-Kosmidion, Medizinische und pflegerische Diagnosen aus den zur Verfügung stehenden Krankenunterlagen aller Nutzer der Krankenwohnung, Ereignisprotokoll von Vorkommnissen, welche zu Veränderungen in den Regeln in der Krankenwohnung geführt haben, dies auf der Grundlage des Übergabebuches, Beobachtungen, Krankenunterlagen und besondere Veranstaltungen, Forschungstagebuch, Besuch, Hospitation und Vergleich von 7 Einrichtungen die mit kranken, obdachlosen und drogenabhängigen Menschen arbeiten, Nachgang und Profilerstellung der auditiv interviewten Personen (Katamnese) zur Darstellung der Untersuchungsgruppe, Glossar Szenesprache / szeneübliche Ausdrücke der in diesem spezifischen Feld, der Suchthilfe in Köln, gängigem Slang,
- Datenbestände:** 25 auditive Interviews (n = 16 Personen), 15 Stunden transkribierte Interviews, 60 rekonstruierte (ero-epische) Gespräche (n = 16 Personen) im Vorfeld und/oder Nachgang der auditiv gesicherten Interviews, 50 rekonstruierte (ero-epische) Gespräche (n = 40 Personen)
- Theoretisches Sampling:** Die ersten Interviews dienten der explorative Orientierung, um dann tiefer auf Phänomene einzugehen, einzelne Phänomene und Beobachtungen wurden dann validierend mit den Kranken in ihren unterschiedlichen Lebensphasen, ihren (Lebens-) Drogenverläufen besprochen,
- Bedingungsanalyse:** Die spezifischen Bedingungsmerkmale auf unterschiedlichen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens welche sich auf den

	Untersuchungsbereich, die Untersuchungsgruppe beziehen wird systematisch anhand der Bedingungsmatrix von Strauss/Corbin analysiert,
Sensibilisierende Konzepte:	Soziologie der Exklusion / Inklusion, Soziologie der Devianz (abweichendes menschlichen Verhaltens), Caritaswissenschaft, Diakoniewissenschaft als integraler Teil der Theologie, Suchtforschung (einschließlich der Bezugswissenschaften wie Medizin, Kriminologie, Genderforschung etc.)
Datenanalyse:	Unter Zuhilfenahme des Textanalyseprogramms MAXQDA 10 [®] zur Kodierung der transkribierten Interviews und rekonstruierten Interviews,
Kodierung:	Durch offenes, axiales und selektives Kodieren (nach Strauss/Corbin) um zu Kategorien, Hauptkategorien und einer Kernkategorie zu kommen
Literaturverwaltung:	Unter Zuhilfenahme des Literaturverwaltungsprogramms Citavi [®]

3. Evaluation im Berichtszeitraum 2010

Die Projektkoordination umfasst die Unterstützung und Beratung beim organisationalen Aufbau und der manageriellen Umsetzung des Konzeptes, bei der pädagogischen und fachlichen Einarbeitung ehrenamtlicher Mitarbeiter und der Bearbeitung von Schnittstellen mit kooperierenden Diensten.

Eine wissenschaftliche Evaluation des neuen Hilfeangebots und seiner Rahmenbedingungen soll während der Erprobungsphase durchgeführt werden.

Hierbei geht es u.a. um die Untersuchung.

- des Leistungsangebotes der Krankenwohnung,
- der Nutzerstruktur und der medizinisch-pflegerischen Diagnosen,
- der manageriellen Umsetzung des Konzeptes,
- der Schnittstellen zwischen den beteiligten Diensten sowie den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern,

- der Umsetzung der diakonischen Konzeption des Angebots.

Die ersten Monate des Evaluations-Projektverlaufs im Berichtszeitraum 01.01.2009 bis 31.12.2009 waren gekennzeichnet durch die Absprachen der zu erhebenden Daten, die Beobachtungen und Gespräche mit den Kranken in der Krankenwohnung. Die Informationsarbeit und Beziehungsarbeit im Netzwerk des Drogenhilfesystems in Köln, insbesondere die Informationsweitergabe an Akutkrankenhäuser und Krankenhäuser für Psychiatrie mit ihren Sozialeinrichtungen fand gleichzeitig statt. Die Verbreitung der Informationen im Drogenhilfesystem über das Hilfeangebot der Krankenwohnung verlief über acht Monate.

Aufgrund der Tatsache, dass niemand sicher wusste, wer von den obdachlosen, drogenabhängigen Frauen und Männern (Heroingebraucher, Kokaingebraucher, Crackgebraucher, Alkoholiker; polyvalente Drogengebraucher etc.) das Angebot der Krankenwohnung nutzen würde, bestand ein Augenmerk auf die Nutzer der Krankenwohnung. Weiterhin wurden die anfänglich aufgestellten Regeln für die Kranken sowie für die Mitarbeiter in der Krankenwohnung situativ angepasst. Dies sollte für die Kranken eine Atmosphäre und die Bedingungen für eine zügige Genesung und für die Mitarbeiter einen reibungslosen Arbeitsablauf gewährleisten.

Seit der ersten Planung für diese Krankenwohnung in Köln wurde nach gleich ausgerichteten oder ähnlichen Einrichtungen gesucht, um Vorbilder zu finden und um evtl. von den Erfahrungen zu lernen. Vier Einrichtungen aus der deutschen Obdachlosen- / Drogenhilfe wurden identifiziert und im Jahr 2009 besucht (Krankenwohnung im Diakoniehause Salierring in Köln; Die KuRve - Krankenwohnung für obdachlose Menschen in Hannover, Krankenstation für Wohnungslose am Lehrter Bahnhof in Berlin, Integrative Drogenhilfe e. V. in Frankfurt am Main).

Die ersten drei Einrichtungen sind primär für obdachlose, nicht drogenabhängige Kranke gedacht, besitzen jedoch alle drei bereits unterschiedliche, eher negativ bewertete Erfahrungen mit substituierten Drogenabhängigen ohne Beikonsum. Die Einrichtung der Integrativen Drogenhilfe e.V. in Frankfurt am Main ist für drogenabhängige Menschen der „offenen Szene“ konzipiert, in denen auch nicht krankenhauspflichtige Kranke Obdach und Betreuung finden können.

Im Jahr 2010 konnten weitere Einrichtungen besucht werden. Die „Pauke“ in Bonn ist eine Einrichtung des betreuten Wohnens mit Drogenkranken (sog. „Cleangruppen“). Im April 2010 wurden in der Hansestadt Hamburg ein Besuch und eine Hospitation in zwei Einrichtungen durchgeführt. Die Krankenstube für Obdachlose in Hamburg nimmt nach

Einzelfallprüfung gelegentlich auch substituierte Kranke ohne größeren Beikonsum auf. Das Projekt Nox der Jugendhilfe e.V. ist ganz auf die Bedarfslagen von drogengebrauchenden, obdachlosen Menschen ausgerichtet und besitzt mit der Krankenwohnung Nox-Kosmidion eine größere Schnittmenge aber auch Unterschiede.

Exemplarische Gemeinsamkeiten / Unterscheidungsmerkmale Projekt Nox und Nox-Kosmidion (zur Zeit des Besuches im April 2010):

Das Projekt Nox ist eine staatlich anerkannte stationäre Hilfeeinrichtung (Betreutes Wohnen) im Netzwerk der Drogenhilfeeinrichtungen in der Hansestadt Hamburg. Es ist aus unterschiedlichen Vorgängereinrichtungen, vor „Verlegung“ der Drogenszene vom HBF der Hansestadt Hamburg weg, zur jetzigen Lage ca. 800 Meter entfernt gelegen, entstanden. Diese Verlegung geht zurück auf einen Beschluss des Senats der Hansestadt Hamburg. Das Projekt Nox ist seit 2003 in den jetzigen Räumlichkeiten und ist von der Jugendhilfe Hamburg e.V. getragen mit Unterstützung des Senats der Hansestadt Hamburg.

Das Nox-Kosmidion ist eine freie ambulante Drogenhilfeeinrichtung im Netzwerk der Drogenhilfeeinrichtungen in Köln. Die Krankenwohnung Kosmidion besteht seit November 2008 und hat durch ihre Mitarbeiterinnen 20 Jahre Erfahrung aus der Notschlafstelle Nox für obdachlose Drogenabhängige mit eingebracht. Es liegt ähnlich wie das Projekt Nox im Innenstadtbereich und ist gut für die Nutzer erreichbar. Das Kosmidion (Krankenwohnung) wurde in Zusammenarbeit von zwei christlich motivierten katholischen Organisationen, der Spiritaner Stiftung (Träger); hinter dem der Orden der Spiritaner steht, und dem Verein Kosmas und Damian als Kooperationspartner gegründet.

Das Projekt Nox integriert alle zur Zeit bestehenden (Drogen-) Hilfeangebote zur Schnittstellenminimierung (zugehend, aufsuchend, begleitend, nachgehend, unterstützend) in einem Hause. Dies bei bestehendem Hilfesystem der Hansestadt Hamburg durch verschiedene Träger. Die Einrichtung wird zu 2/3 durch den Senat der Hansestadt Hamburg und zu 1/3 durch den Träger Jugendhilfe e.V. und durch Spenden finanziert.

Das Angebot in der Krankenwohnung Kosmidion besteht in der Hilfe in einer nicht krankhauspflichtigen Krankheitsphase / Rekonvaleszenz, wobei im Hause eine Notschlafstelle für obdachlose, drogenabhängige Männer (Nox) der Spiritaner Stiftung, eine Beratungsstelle und ein Kontaktcafé der Drogenhilfe Köln e.V., sowie der Behandlungsraum des Mobilen medizinischen Dienstes der Stadt Köln bestehen. Die Krankenwohnung Kosmidion wird mit 24,00 Euro pro Tag und Krankem durch die Stadt Köln unter-

stützt, sofern die Zuweisung über den Mobilen medizinischen Dienst der Stadt Köln erfolgt. Die verbleibende Kosten übernimmt der Träger. Spenden und Ehrenamt ergänzen die Deckung der laufenden Kosten.

Beide Einrichtungen Projekt Nox und Notel-Kosmidion mit den beiden Dienstleistungsangeboten Notschlafstelle und Krankenwohnung sind im Drogenhilfenetzwerk ihrer Stadt gut vernetzt. Beide Einrichtungen sind der Überlebenshilfe für drogengebrauchende Menschen zuzuordnen.

Die Hansestadt Hamburg hat eine große offene Drogenszene mit einer Vielzahl von illegalen Drogen (einschließlich Crack, GBL/GBH etc.), während Köln eine mittelgroße offene Drogenszene (kaum Crack, kaum GBL/GBH) hat. Vereinfachend kann gesagt werden, dass im Projekt Nox mehr drogenabhängige Menschen mit Gebrauch von stimulierenden Substanzen (Crack, Kokain) anzutreffen sind wie in Köln im Kosmidion. Im Notel-Kosmidion sind vorwiegend Menschen mit dem Basisgebrauch von Heroin anzutreffen. In beiden Einrichtungen sind Menschen mit polytoxikomanen Gebrauchsmuster regelmäßige Nutzer.

Merkmale	Projekt Nox (Hamburg)	Notel-Kosmidion (Köln)
Nutzer der Einrichtung	<i>Nicht alle Nutzer haben eine akute oder akut gewordene chronische Erkrankung, da sie im Betreuten Wohnen für obdachlose Drogenabhängige integriert sind</i>	<i>Alle Nutzer haben eine akute Erkrankung bzw. akut gewordenen chronische Erkrankung oder sind rekonvaleszent, prä- und/oder poststationär</i>
Zugang zum Hilfeangebot (gatekeeper für die Nutzer)	<i>Kontaktcafe, Konsumraum, Beratung, Betreutes Wohnen, Substitution im Hause</i>	<i>Mobiler Medizinischer Dienst, Notel-Kosmidion Team (Notschlafstelle),</i>
Verweildauer der Nutzer	<i>1 Tag bis max. 7 Wochen</i>	<i>1 Tag bis max. 4 Wochen</i>
Durchschnittliche Verweildauer der Nutzer	<i>30 Tage</i>	<i>8 Tage</i>
Durchschnittliches (Lebens-) Alter der Nutzer	<i>30 Jahre (einschließlich Heroinnutzer, Cracknutzer und Polytoxikomane)</i>	<i>40 Jahre (Heroinnutzer, Polytoxikomane)</i>
Kosten für die Nutzer	<i>Keine (auch keine Abzüge von Hartz IV)</i>	<i>Keine (auch keine Abzüge von Hartz IV)</i>

Das Projekt Nox und das Notel-Kosmidion sind beides niedrighschwellige Einrichtungen die sich dem Akzeptanzparadigma verpflichtet fühlen. Im Projekt Nox gibt es eine sehr weite und flexible Auslegung des Akzeptanzparadigmas ohne größere disziplinarische Schwierigkeiten. Im Notel-Kosmidion ist eine gesetzeskonforme Auslegung, d.h. kein Konsum illegaler Drogen innerhalb der Einrichtung möglich, da kein Drogenkonsumraum im Hause ist.

Die weiteren strukturellen Gegebenheiten der beiden Einrichtungen in der Gegenüberstellung.

Merkmale	Projekt Nox (Hamburg)	Notel-Kosmidion (Köln)
Räumlichkeiten	<i>Erdgeschoss Konsumraum, Kontaktcafe, 1. Etage Verwaltung, Projekt Nox über drei geräumige Etagen, 2. Etage Funktionsräume, 3. u. 4. Etage Unterbringung</i>	<i>Erdgeschoss Notschlafstelle, Kontaktcafe und Behandlungsraum des Mobilen medizinischen Dienstes der Stadt Köln, Krankenzimmern im Dachgeschoss</i>
Drogenkonsumraum	<i>Hausintern 7:00 – 05:00 Uhr</i>	<i>Hausextern 10:00-21:00 Uhr</i>
Plätze (Betten)	<i>Differenziert in fünf Crack Akutbetten, 15 Kurzzeit- und 15 Langzeitbetten = 35 Betten insgesamt, für Frauen und Männer</i>	<i>Fünf Betten für Kranke in einer akuten Krankheitsphase, Rekonvaleszenz prästationärer Vorbereitung oder poststationär, für Frauen und Männer</i>
Mitarbeiterverpflichtung	<i>Therapeutischer Anspruch mit Hilfeplanerstellung</i>	<i>Hauswirtschaftliche Betreuung und bei Wunsch Kontaktherstellung zu weiterführenden Hilfen</i>
Arbeitshaltung der Mitarbeiter	<i>Verpflichtung zur Anregung von Veränderung (Impulssetzung)</i>	<i>Absichtslosigkeit</i>
Suchtmittelkontrolle	<i>Keine, nur Kontrolle nach Waffen und Glas, alle persön-</i>	<i>Strenge Suchtmittelkontrolle, limitierte Mitnahme von</i>

	<i>lichen Dinge können mit ins Zimmer genommen werden und dort in individuelle Spinde verschlossen werden</i>	<i>persönlicher Kleidung</i>
Personelle Ausstattung	<i>11,25 Sozialarbeiter/-pädagogen, 2,75 Pflegekräfte, 16 Honorarkräfte („Thekendienst“ ist ein erweiterter Rezeptionsdienst)</i>	<i>2,5 Sozialarbeiter/-pädagogen, 9 Honorarkräfte, 10 Ehrenamtler</i>
Besetzung/Schicht	<i>Eine diensthabende Person im Thekendienst 24 Stunden in drei Schichten (Ein- und Auslass, Essensbetreuung, Wäschedienst, Spritzen- und Nadeltausch etc.), eine zweite Person überlappend von Früh- zum Spätdienst und eine Person von Spät- zum Nachtdienst, ein Sozialarbeiter / Gesundheits- und Krankenpfleger, 24 Stunden in drei Schichten), ein zweiter Sozialarbeiter / Gesundheits- und Krankenpfleger überlappend von Früh- zum Spätdienst und von Spät- zum Nachtdienst, ab 23:00 ein Sozialarbeiter / Gesundheits- und Krankenpfleger in Anwesenheitsbereitschaft</i>	<i>Eine diensttuende Person pro Schicht, Hintergrund-Rufbereitschaft durch Hauptamtler, 19:00 – 08:30 Uhr durch die Mitarbeiter der Notschlafstelle</i>

Ein besonderes Merkmal des Notel-Kosmidion ist die Arbeit mit zugerüsteten ehrenamtlichen Mitarbeitern, die im Jahr 2010 122 Schichten geleistet haben. Im Projekt Nox sind keine ehrenamtlichen Mitarbeiter.

Die Einrichtungen unterscheiden sich weiter durch unterschiedliche Ausprägung der versorgungs- und Betreuungsangebote:

Merkmale	Projekt Nox (Hamburg)	Notel-Kosmidion (Köln)
Medizinische Versorgung	<i>Akut intern und langfristig extern durch Ärztenetzwerk</i>	<i>Akut und langfristig extern (Mobiler medizinischer Dienst)</i>
Sozialpädagogische- / Psychologische Betreuung	<i>Sozialpädagogen intern mit Weitervermittlung, Psychologen intern</i>	<i>Sozialpädagogen intern, Weitervermittlung durch externe Dienste</i>
Pflegerische Versorgung	<i>Intern (Gesundheits- und Krankenpflegerin)</i>	<i>Extern (ambulanter Pflegedienst / Mobiler medizinischer Dienst)</i>
Seelsorgliche Betreuung	<i>Keine ausdrückliche Seelsorge</i>	<i>Die Seelsorge ist intern integriert mit professioneller und informaler Seelsorge</i>
Hauswirtschaftliche Betreuung	<i>Mit aktiver Selbstbeteiligung (z.B. eigene Wäsche waschen, Mitarbeit bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten)</i>	<i>Selbstbeteiligung reduziert (z.B. Wäsche wird durch Mitarbeiter gewaschen), die Kranken dürfen abtrocknen</i>

Diese Voraussetzungen führen unter anderem zu einem unterschiedlichen Charakter der Einrichtung. Das Projekt Nox hat eher Institutionscharakter (Wohnheimatmosphäre) während die Krankenwohnung Kosmidion eher einer Wohngemeinschaft unter Aufsicht (Privatsphäre) gleicht.

Das Evaluationsjahr 2010 ist gekennzeichnet durch die Datenerhebung, Verschriftlichung der erhobenen Daten und erste Auswertungen. Mit der Datenerhebung und Auswertung wurde versucht, die erkannten Phänomene auch über Literatur und Expertenbefragung zu verifizieren, zu spezifizieren oder auch zu falsifizieren. Zudem wurden sie validierend mit den Kranken besprochen und durch Nachfrage verschiedenster Kranker zu erhellen gesucht.

Literaturstudium:

Im Rahmen dieser Evaluation wurden über einen Zeitraum von mehreren Monaten unterschiedliche Quellen zum Literaturstudium erschlossen, anfangs unsystematisch explorativ zur ersten Erkundung, später dann systematisch zur Vertiefung. Die Literatur wurde nicht nur aufgrund inhaltlicher Aspekte ausgewählt, ebenso wurden Grundlagenliteratur und Standardwerke gesichtet.

Zu einigen Dokumenten wurde die Autoren persönlich kontaktiert, um ein Dokument zu erhalten oder Informationen zu vertiefen. Ein fruchtbarer Austausch über Recherche und Thema schloss sich jeweils an, und es konnten weitere Kontakte geknüpft werden. Die Literaturhinweise in den vorgefundenen Dokumenten wurden im „Schneeballprinzip“ zur weiteren Literaturrecherche mit einbezogen.

Zudem wurde versucht, Fachliteratur zu den in der Feldphase erkannten Phänomenen zu ermitteln und auszuwerten. Der Fokus bei der Literatursuche lag hierbei auf einer gedachten Hierarchie von Habilitationen, Dissertationen, Masterarbeiten, Diplomarbeiten, Übersichtswerken, Monographien, Reviews, kontrolliert randomisierten Studien, Kohortenstudien, Texten, Internetadressen.

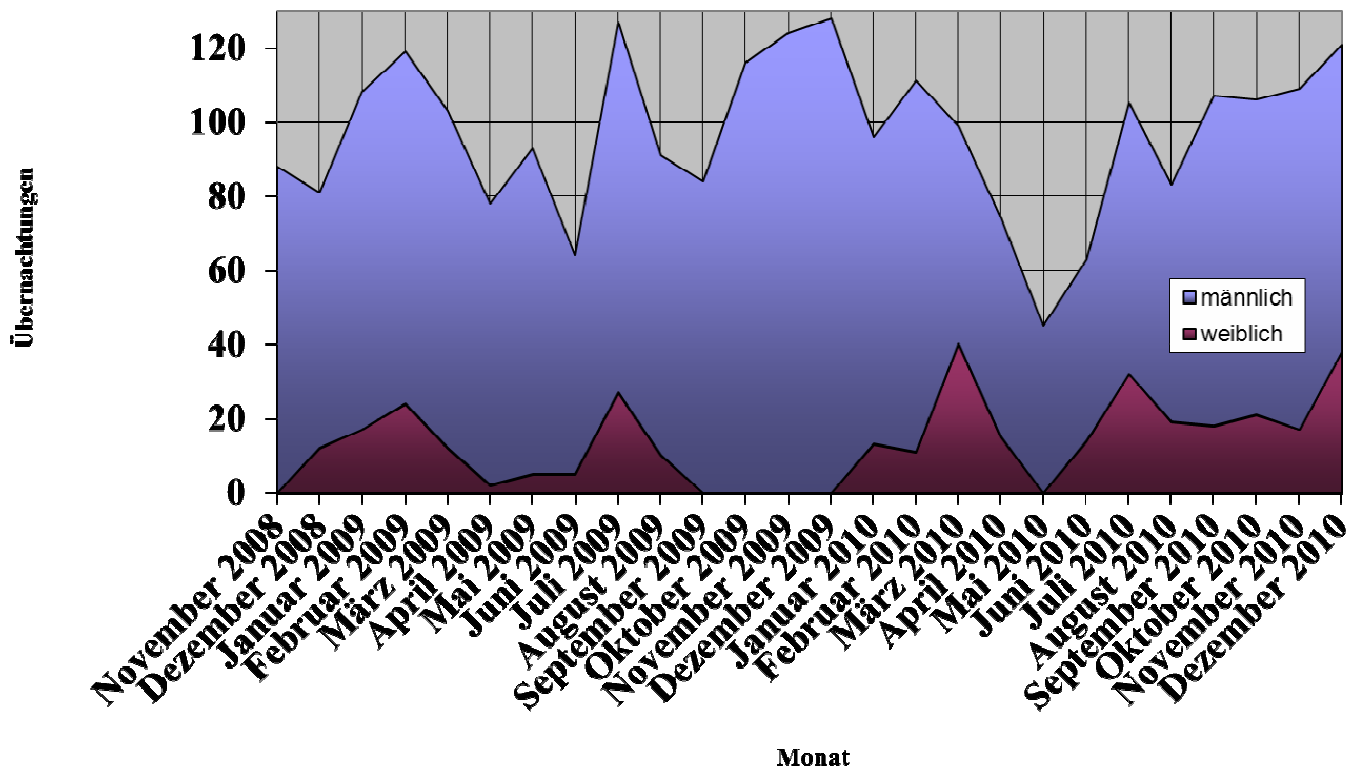
Die Datenbanken CINHAL, PubMed und Chochrane wurden durchsucht. Die Recherche in CINHAL und Chochrane wurde über einen kostenpflichtigen Zugang ermöglicht. Die übrigen Datenbanken wurden über den Zugang des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bzw. über den Zugang der Zentralbibliothek der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (ZBMed) ausgewählt. Insbesondere die Metasuchmaschine MEDPILOT wurde eingesetzt. Im Weiteren wurde der Karlsruher Katalog, die Bibliothek der Humboldt Universität Berlin, der KFH-NW Bibliothekskatalog, die Bibliothek der Hochschule Niederrhein ebenso durchsucht, wie das Archido, die Institutsbibliothek des Bremer Instituts für Drogenforschung (BISDRO) am FB 6 (Rechtswissenschaften) der Universität Bremen. Das DigiBib wurde schwerpunktmäßig verwendet, um die Verfügbarkeit zur Ausleihe zu ermitteln. Die ersten Suchbegriffe wurden zunächst in deutscher Sprache eingegeben, anschließend um die englischen Synonyme erweitert.

Im Jahr 2010 wurde eine zweite Literaturrecherche durchgeführt insbesondere mit dem Fokus auf lebenslagenbezogene (drogenabhängig und obdachlos), Gesundheits- und Krankheitsstudien. Ein erstes Arbeitsmodell „Dialektische Dimensionen bei Sucht und Abhängigkeit durch Desaffiliationen“ konnte aus der Verbindung von Theorie und gegenstandsbezogenen Daten erarbeitet werden.

4. Statistische Erhebungen und erste Ergebnisse aus den Jahren 2008 bis 2010

Der Beobachtungszeitraum dieses Berichts umfasst den Zeitraum November 2008 bis Dezember 2010. Die erhobenen Daten sollen dem Träger und den kooperierenden Einrichtungen sowie allen Akteuren im Drogenhilfesystem Übersicht und Transparenz ermöglichen.

Übernachtungen nach Geschlecht und Monat



Zu Beginn des Projektes erwarteten die Mitarbeiter des Notel und die Mitglieder der Planungsgruppe jahreszeitlich bedingte Belegungsschwankungen der Krankenwohnung (im Winter Vollbelegung, im Sommer evtl. weniger Belegung). Diese Annahme hat sich im Beobachtungszeitraum nur als bedingt richtig erwiesen.

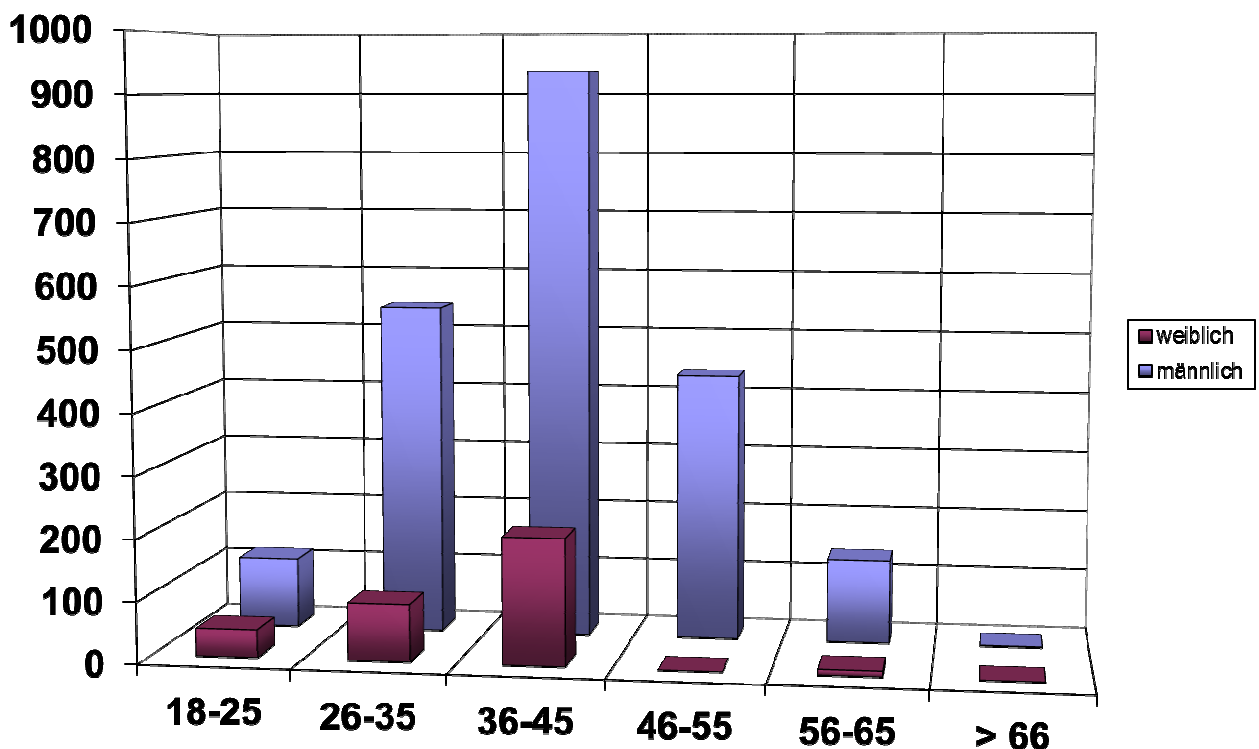
Während sich in 2009 für diese Vermutung keinerlei Bestätigung fand (durchgehende Belegung auch in der wärmeren Jahreszeit), besaßen im Jahr 2010 die Monate März bis Juli die geringste Belegungsrate, während die Monate September bis Dezember 2010 eine höhere Belegungsrate aufwiesen. Im Mai 2010 gab es sogar einen achttätigen Leerstand und die geringste Auslastung des gesamten Jahres.

In Gesprächen mit Mitarbeitern anderer Drogenhilfeeinrichtungen wurde die höhere Belegung in den kalten Monaten bestätigt. Zugleich wurde jedoch wiederholt betont, dass die jahreszeitlichen Schwankungen unvorhersehbar sind und dass man keinen Kausalzusammenhang herstellen könne.

In Gesprächen mit den Kranken in der Krankenwohnung und ehemaligen Nutzern der Krankenwohnung (erreicht im Kontakt Cafe Victoria), konnte keine plausible Begründung für die Schwankungen in der Belegung gefunden werden.

Das Durchschnittsalter der kranken Frauen und Männer hat sich in der Zeit von November 2008 bis Dezember 2010 angeglichen. Der „typische“ Bewohner der Krankenwohnung im Beobachtungszeitraum war 36-45 Jahre alt und schwerstabhängig.

Übernachtungen nach Geschlecht und Alter



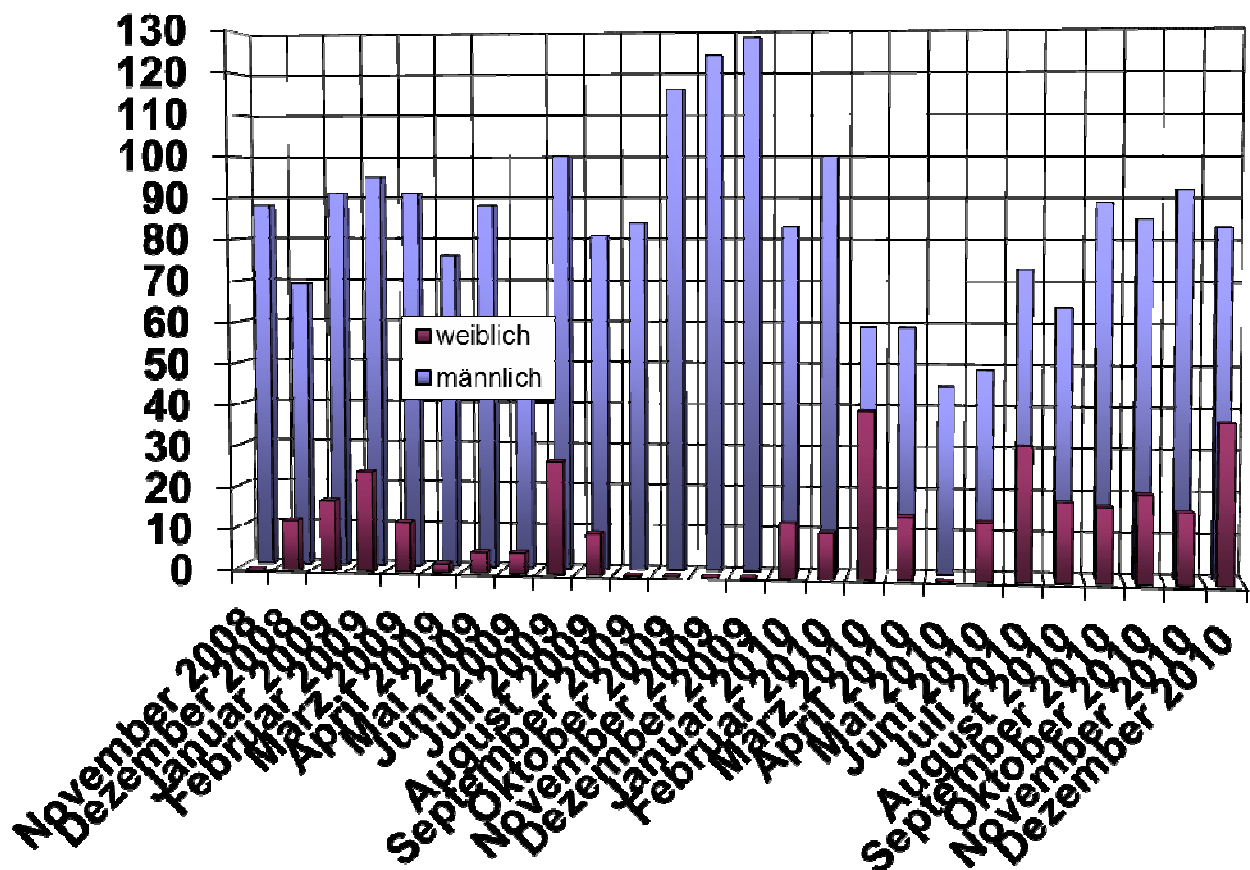
Die älteste Nutzerin war 61 Jahre alt und konnte in eine Einrichtung des betreuten Wohnens weitervermittelt werden. Die Übernachtungen der Männer zwischen 56-65 Jahren repräsentieren zwei Kranke, die sich für längere Zeit und mehrfach in der Krankenwohnung aufhielten.

Gleich in sechs Monaten des Beobachtungszeitraums, davon jedoch nur in einem Monat des Jahres 2010, gab es keine Übernachtungen von Frauen (November 2008, September 2009, Oktober 2009, November 2009 Dezember 2009 und Mai 2010).

Hierfür sind aus den qualitativen Gesprächen mit den Kranken und Experten (einschließlich zwei Ex-Junkies) folgende Begründungen genannt worden:

- Frauen sind in der Sucht besser organisiert;
- Frauen haben mehr Möglichkeiten zur Unterkunft (so z.B. Notschlafstellen, Frauenhäuser, Dealer, Freier, Sozialfreier, Freunde, Familie);
- bei den Frauen auf der offenen Szene hat sich in 2010 durch Mundpropaganda die Möglichkeit verbreitet, „in der Krankenwohnung unter zu kommen“.

Übernachtungen nach Geschlecht und Monat



Die insgesamt 2523 Übernachtungen (2171 Männern, 352 Frauen) entlasten im Drogenhilfesystem Köln die Notschlafstellen für drogenabhängige Menschen. Der Mittelwert der Belegung betrug 3,16 Kranke pro Tag. Das bedeutet eine Auslastung von 63,9 % des Angebots über den gesamten Beobachtungszeitraum.

Die Verweildauer der Kranken betrug im Durchschnitt 8,21 Tage. Die Spanne reichte dabei von einem bis zu 30 Tagen. Insbesondere ältere drogengebrauchende Männer ≥ 35 Jahre („Altjunkies“) haben eine längere Verweildauer und Nutzfrequenz als der „Durchschnitts-Kranke“.

Milieubedingt (suchtbedingt / abhängigkeitsbedingt) haben einige Kranke die zur Ausheilung notwendige Aufenthaltsdauer selbstständig verkürzt (z.B. Angst um den Verlust des „Schnorrplatzes“) und die Krankenwohnung vorzeitig verlassen. Andere mussten auf-

grund von Regelverstößen (Drogenkonsum in der Krankenwohnung, unangemessenes Verhalten) des Hauses verwiesen werden.

Die Anzahl der erstmalig aufgenommenen Personen (Neuaufnahmen) betrug im Beobachtungszeitraum 143 Erkrankte, davon 121 Männer und 22 Frauen. 37 Personen wurden aufgrund von wieder aufgebrochenen, chronischen bzw. neuer, andersartiger Erkrankung im gleichen Monat wieder aufgenommen (Wiederaufnahmen). Einzelne Kranke haben die Krankenwohnung in der Erfassungszeit bis zu sieben Mal erneut genutzt, jedoch waren keine „Drehtüreffekte“ zu verzeichnen. Bei allen Kranken, die eine Veränderung in ihrem Leben anstrebten, konnte während des Krankenwohnungsaufenthaltes eine Dauerlösung gefunden werden.

Die Vermittlung der Kranken in die Krankenwohnung erfolgte durch den Mobilen medizinischen Dienst der Stadt Köln (171), durch die Mitarbeiter des Notel (54), durch Krankenhäuser (17) und durch andere Zuweiser (2).

Für den Mobilen medizinische Dienst der Stadt Köln als Hauptzuweiser wurde offensichtlich durch das Angebot der Krankenwohnung eine Bedarfslücke geschlossen, so dass er sich inzwischen zum primären „gatekeeper“ entwickelt hat.

Die Weitervermittlung der Kranken bzw. der dann genesenen Kranken durch den Mobilen medizinischen Dienst bzw. die Mitarbeiter des Kontaktcafes Victoria mit Beratungsstelle beträgt 33 Personen, 6 Frauen und 27 Männer.

Insgesamt mussten 22 Personen abgewiesen werden wegen Hausverbot (9), Vollbelegung (9), aufgrund von Behinderung (4) (Unmöglichkeit die Treppen zu steigen und oder hinunterzugehen). Sie konnten zum Teil in andere Einrichtungen vermittelt werden. Diese Zahlen beruhen auf der Erfassung durch das Notel-Kosmidion Team. Abweisungen durch den Mobilen medizinischen Dienst der Stadt Köln sind aus logistischen Gründen nicht erfassbar. In den Monaten November und Dezember 2010 waren einige „Kandidaten“ für die Krankenwohnung beim Mobilen medizinischen Dienst, die wegen Vollbelegung nicht aufgenommen werden konnten. Im Dezember 2010 sind zwei aus dem Krankenhaus angekündigte Kranke nicht beim Mobilen medizinischen Dienst und somit auch nicht in der Krankenwohnung erschienen.

Von den 143 Kranken waren 111 im Substitutionsprogramm mit dem Wirkstoff Methadon, 5 im Substitutionsprogramm mit dem Wirkstoff Heroin (Heroin Modellprogramm), 6 Personen bekamen als Substitution Polamidon und 2 Personen einen anderen Substitutionsstoff.

Die Kranken können weiterhin folgenden Gruppen zugeordnet werden:

- aktiv Konsumierende von einer oder mehreren Substanzen (polyvalenter/ politoxikomaner Gebrauch);
- Substituierte mit Beikonsum (oft zu Beginn der Substitutionsbehandlung);
- Substituierte, die beikonsumfrei sind.

Die Kranken befinden sich in unterschiedlichen Phasen ihres Drogenlebensverlaufes, wie z.B. kontrollierter Konsum, intensiver Konsum, Cleanphase, Substitution, Substitution mit Beikonsum, verelendender Konsum (Freier Fall, Eskalation von Konsum). Entsprechend unterschiedlich ist für sie die Nutzung der Krankenwohnung. Normalität im (Drogen-) Lebensalltag wiederherzustellen ist das Ziel der meisten Nutzer der Krankenwohnung.

Die kumulierten Diagnosen des Mobilen medizinischen Dienstes auf dem Zuweisungsformular bilden die medizinischen und pflegerischen Zugangsdiagnosen. Diese werden ergänzt durch Hausarzt- und Krankenhausberichte, die die Kranken mitbringen. Die Anzahl der Diagnosen übersteigt statistisch die Anzahl der Kranken, da zumeist Mehrfachdiagnosen zu verzeichnen sind. Die psychiatrischen Komorbiditäten (ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder, bezeichnet als Doppel- oder Mehrfachdiagnosen) sind nur erfasst, wenn sie eindeutig auf einem Dokument verzeichnet sind.

Die Anzahl der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10-GM Version 2009) bildet nicht die Prävalenz in der Nutzergruppe der Krankenwohnung ab, da oftmals ein intensiveres psychiatrisches Assessment außerhalb eines Krankenhauses für Psychiatrie oder einer psychiatrischen Arztpraxis nicht möglich ist.

Die kumulierten Zugangsdiagnosen sind der Klassifikation nach ICD-10-GM Version 2009 (Kapitel) für den Beobachtungszeitraum November 2008 bis Dezember 2010 zugeordnet:

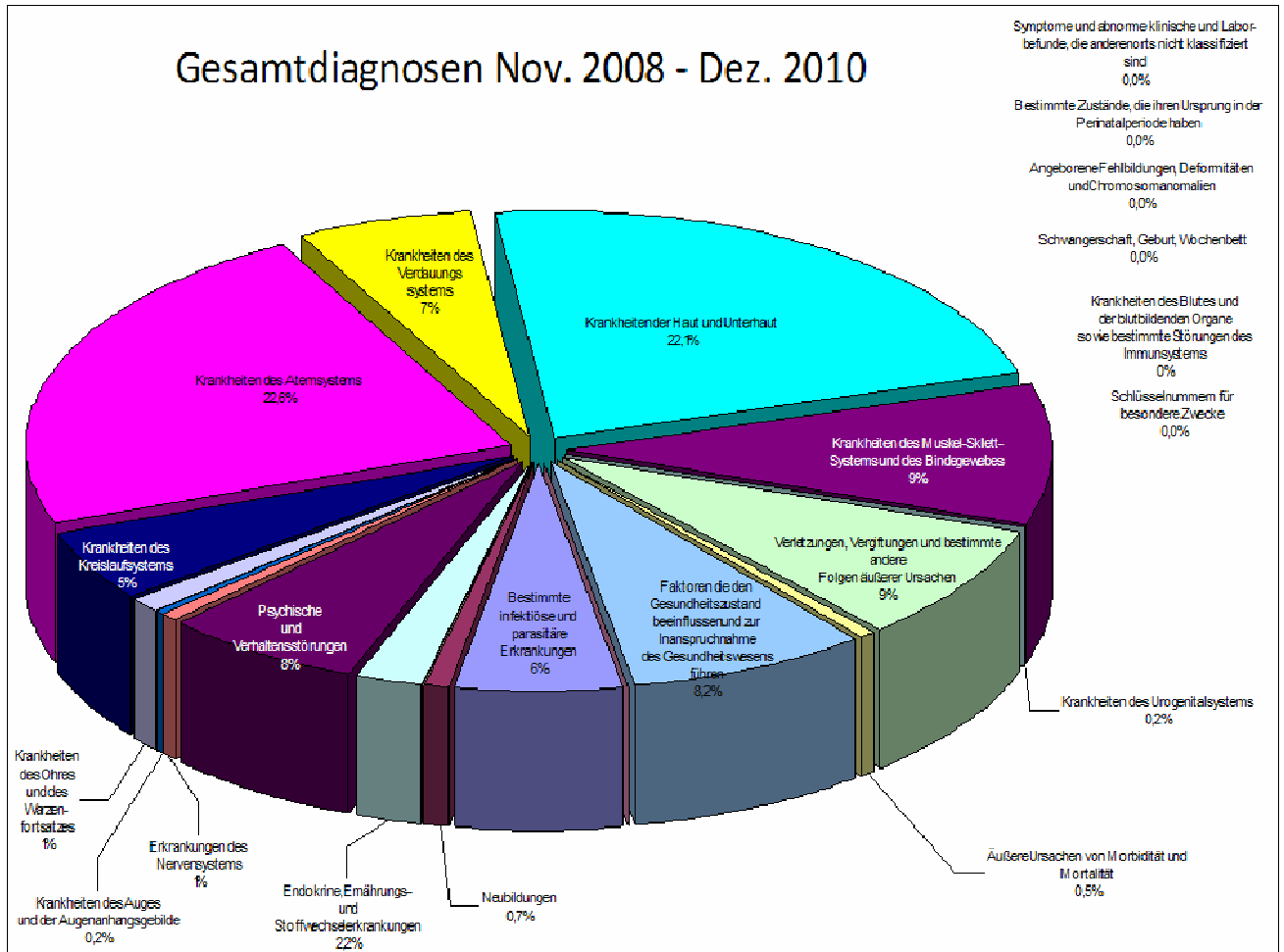
Kapitel	Titel	Anzahl
I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen	23
II.	Neubildungen	3
III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen des Immunsystems	1
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	9
V.	Psychische und Verhaltensstörungen	28
VI.	Erkrankungen des Nervensystems	2
VII.	Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	1
VIII.	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5

IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems	21
X.	Krankheiten des Atemsystems	94
XI.	Krankheiten des Verdauungssystems	25
XII.	Krankheiten der Haut und Unterhaut	92
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	41
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems	1
XV.	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	0
XVI.	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomanomalien	0
XVIII.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	34
XX.	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	2
XXI.	Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	34
XXII.	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0

Hieraus ergibt sich eine Rangordnung der kumulierten Diagnosen in:

1. **Krankheiten des Atemsystems (94) 22,8 %:**
Infekte des Bronchialsystems, akute Verschlimmerung von chronischem Asthma und chronisch obstruktiver Bronchitis, Grippe
2. **Krankheiten der Haut und Unterhaut (92) 22,1 %:**
Zustand nach (Spritzen-) Abzesseröffnung, Ulcus cruris („offene Beine“), Unterschiedliche Hautinfekte und Wunden
3. **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (41) 9 %:**
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, direkte Gelenkinfektionen
4. **Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (13) 9 %:**
Verletzungen des Kopfes, Hals, Thorax etc.
5. **Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (34) 8,2 %:**
Erschöpfung
6. **Psychische und Verhaltensstörungen (28) 8 %:**
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
7. **Krankheiten des Verdauungssystems (25) 7 %:**
Durchfall, Darmverschluss-symptomatik
8. **Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen (23) 6 %:**
Virushepatitis B,C, HIV,
9. **Krankheiten des Kreislaufsystems (21) 5 %:**
Arteriosklerose, Arterielle Verschlußkrankheit [AVK]

Gesamtdiagnosen Nov. 2008 - Dez. 2010



11 Kranke wurden aus der Krankenwohnung in ein allgemeines Krankenhaus eingewiesen. Des Weiteren wurden Kranke vor einem Krankenhausaufenthalt und nach einem Krankenhausaufenthalt aufgenommen. Darunter waren: Patienten mit Zustand vor und nach Analprolapsoperation (Vorfall des Enddarmes) und Zustand vor und nach Nasennebenhöhlenoperation, Zustand nach Knieoperation, Zustand nach Adhäsionsileus, Zustand nach Lungenempyem.

Die dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)“ zugeordneten Krankheitsbilder bilden eine Basis, um den Substanzgebrauch der Nutzer in der Krankenwohnung einzuschätzen. In der Krankenwohnung halten sich vorwiegend Kranke auf, die durch Gebrauch von Opioiden (F11) oder durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) auffallen. Alkoholabhängige ohne anderen Substanzkonsum (F10) sind eher die Ausnahme. Neben den Opioiden werden Alkohol, Cannabinoide, Benzodiazepine und seltener Kokain (bei-) konsumiert.

Im Jahre 2010 verstarb ein Kranker in der Krankenwohnung an einer vermuteten Überdosierung und Aspiration eines unbekanntes Drogengemisches. Trotz sofort eingeleiteter Wiederbelebungsmaßnahmen war sein Leben nicht mehr zu retten.

Wird die primäre Einweisungsdiagnose (1. Diagnose durch den Mobilen medizinischen Dienst) mit der kumulierten Anzahl an dokumentierten Diagnosen verglichen, ergibt sich folgendes Bild:

ICD 10 Gliederung	Titel	Primäre Einweisungs- diagnose	Kummulierte Gesamt- diagnosen
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen	1	23
C00-D48	Neubildungen	3	3
D50-D89	Krankheiten d. Blutes / Immunsystems	0	1
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	0	9
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	11	28
G00-G99	Erkrankungen des Nervensystems	1	2
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	1	1
H00-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5	5
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	17	21
J00-J99	Krankheiten des Atemsystems	80	94
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	27	25
L00-L99	Krankheiten der Haut und Unterhaut	94	92
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	43	41
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1	1
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	0	0
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0	0
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomanomalien	0	0
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0	0
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	14	34
V01-Y99	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	2
Z00-Z99	Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	17	34
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0	0

Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen (chronische Hepatitiden, HIV Infektion) sind nicht als primäre Einweisungsdiagnosen, sondern als chronische Erkrankungen

mit diagnostiziert. Ähnlich verhält es sich bei Psychischen- und Verhaltensstörungen (Psychosen, Schizophrenie) sowie bei Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen (Prellungen, Verletzungen des Kopfes, Hals, Thorax).

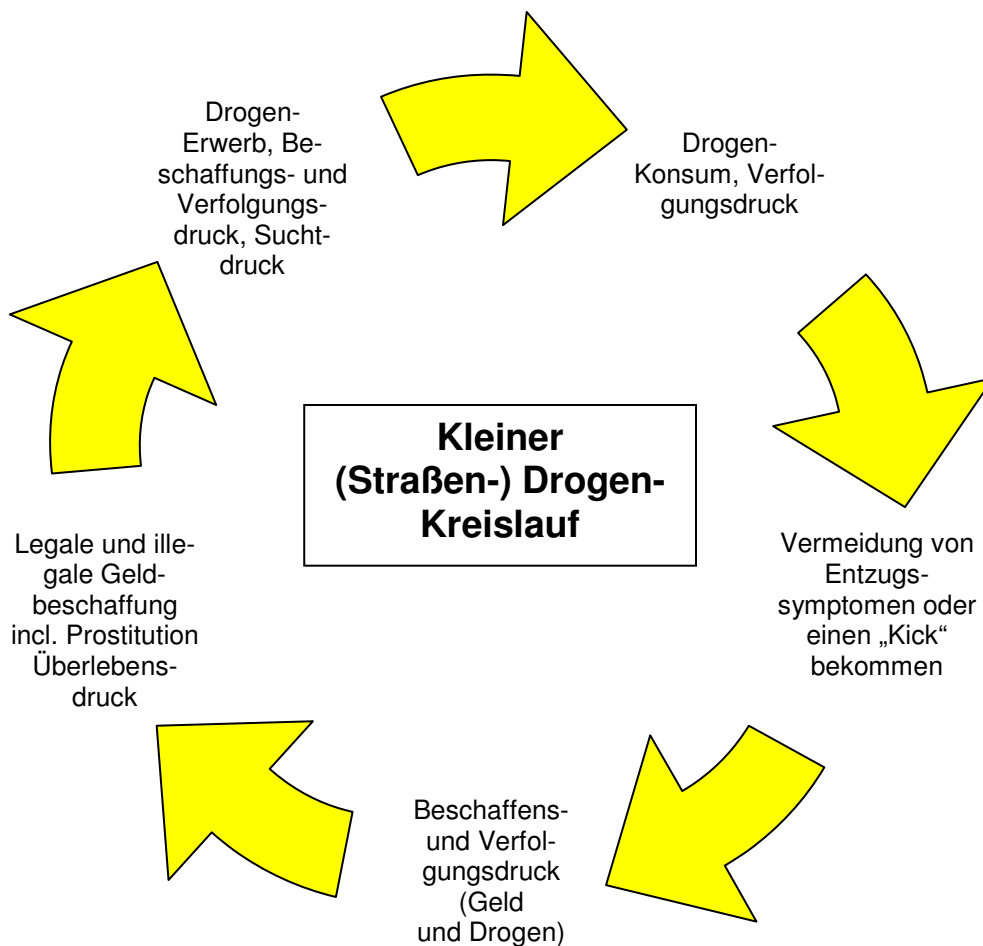
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (hier ist in der Regel Erschöpfung als Diagnose angegeben), sind lediglich 17 Mal die primäre Einweisungsdiagnose.

5. Qualitative Erhebungen

Eine erste Befragung der Kranken, in wie weit das Hilfeangebot der Krankenwohnung für sie nützlich und hilfreich sei, wurde trotz der konsequent einzuhaltenden, niedrighschweligen Regeln durchweg sehr positiv beantwortet. Aufgrund ihrer negativen Erfahrungen mit Projekten für Drogenabhängige im Drogenhilfesystem interessierten sich einige der Kranken auch dafür, wie die Krankenwohnung finanziert wird und ob dieses Hilfeangebot weiter bestehen bleibt.

Nach Aussagen einiger Kranker konnten sie ihren Grundkonsum während des Aufenthaltes in der Krankenwohnung stabilisieren und reduzieren. Der Beikonsum bei Substitution konnte deutlich verringert, teilweise sogar vollständig eingestellt werden. Die Substituierten ohne Beikonsum bemerkten, dass die aktiv konsumierenden Kranken über ihre Gespräche und Handeln suchtdruckauslösend bei ihnen seien.

Aus den Gesprächen mit den Kranken (Lebenslage: krank, obdachlos, drogenabhängig) werden folgende maligne Drogenkreisläufe des Intensiv- / Verelendungskonsums (Freier Fall, Eskalation von Konsum) in der offenen Szene (Straßenszene) benannt:



Kleiner Straßendrogenkreislauf

Drogenkonsum -> Vermeidung von Entzugssymptomen oder einen „Kick“ bekommen -> Beschaffensdruck und Verfolgungsdruck (Geld und Drogen) -> Legale und illegale Geldbeschaffung (incl. Prostitution) Beschaffensdruck Verfolgungsdruck und Überlebensdruck -> Drogenerwerb -> Drogenkonsum Beschaffensdruck und Verfolgungsdruck

Großer Straßendrogenkreislauf

Obdachlosigkeit -> Arbeitslosigkeit -> [kleiner Kreislauf] -> Verengung sozialer Beziehungen auf drogenbezogene Sozialkontakte -> Krankheit (akut/chronisch) -> Überlebensdruck -> Suchtdruck -> Kriminalität -> (Straf-) Verfolgung -> Inhaftierung [kleiner Kreislauf unter verschärften Bedingungen der Haft] -> Entgiftung und Entzug -> Therapie -> Obdachlosigkeit

Von den Kranken beschriebene Effekte auf ihre Person:

- Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen wie z.B. Resignation;
- Probleme beim Vertrauensaufbau;

- Entkoppelungen von sozialen Beziehungen;
- Verlust der allgemeinen und besonderen Steuerungsfähigkeiten in der Sucht / Abhängigkeit.

Die Krankenwohnung bietet von den oben beschriebenen Situationen in den Drogenkreisläufen eine teilweise Entlastung und Auszeit. Aktiv konsumierende und Substituierte mit Beikonsum sind weiterhin im Beschaffungsdruck und somit in den Kreisläufen.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die ersten soziodemographischen Erfassungen der Nutzer der Krankenwohnung haben ein differenziertes Bild der Kranken ergeben. Es sind vielfach Kranke zwischen 36 und 45 Lebensjahren mit einem polyvalenten Drogenkonsum auf der Grundlage von Opioiden und multiplen Beigebrauch. Bei den medizinisch-pflegerischen Zuweisungsdiagnosen stehen die Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen und Muskel-Skelett Erkrankungen im Vordergrund. Es sind die schon in der Literatur beschriebenen typischen Szeneerkrankungen.

Die Belegung der Krankenwohnung zeigt, dass es Belegungsschwankungen gibt, insbesondere geringere Belegung in den warmen Monaten und höhere Belegung in kalten Monaten, aber kein einheitliches Muster auszumachen ist. Die Belegung zeigt zudem, dass das Angebot sowohl von den Nutzern, als auch vom Drogenhilfesystem angenommen worden ist.

Eine subjektive Einschätzung der Kranken selbst ist, dass sie aufgrund des Aufenthaltes in der Krankenwohnung den Grundkonsum stabilisieren und den Beikonsum reduzieren bzw. aufgeben konnten.

Auf der Grundlage der hier erhobenen Daten kann man bis zu diesem Zeitpunkt feststellen, dass die Krankenwohnung für die meisten der Kranken eine hilfreiche Einrichtung ist. Hier finden sie Ruhe vor dem Alltagsstress der Beschaffung und des Drogenkonsums. Weiterhin erfahren sie durch das Angebot der Krankenwohnung eine Verminderung des Überlebensdrucks auf der Straße in der Lebensphase einer Erkrankung. Zudem können sie weiterführende Hilfen in Anspruch nehmen, soweit die Kranken dies wünschen.

Das in 2009 entwickelte und in 2010 beginnend eingeführte erste Konzept zur ehrenamtlichen Tätigkeit wird im kommenden Jahr der Evaluation mit den beteiligten Akteuren besprochen, soweit notwendig revidiert und anschließend fortlaufend auf seine Praxistauglichkeit hin überprüft.

Die beschreibende Statistik der Krankenprofile, die erbrachten Leistungen, die medizinisch-pflegerischen Diagnosen, Ero-epischen Gespräche mit den Kranken sowie die freien Beobachtungen in der Krankenwohnung und im Hilfesystem werden fortgeführt. Dies erfolgt auf der methodologischen Grundlage von Grounded Theory (Strauss/Corbin) und in der Datenerhebung nach der Feldforschung nach Roland Girtler.

Die leitende Frage lautet: Wie bewältigen obdachlose und drogenabhängige Frauen und Männer ihre Krankheit und das Kranksein in der Krankenwohnung Notel-Kosmidion?

7. Kurzbeschreibung des Notel-Kosmidion: Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige Frauen und Männer in Köln.

Träger:

Spiritaner-Stiftung,
Dormagen-Knechtsteden

www.spiritaner-stiftung.de



Einrichtung:

www.notel-koeln.de

Notschlafstelle und Krankenwohnung



Krankenwohnung in Kooperation mit der:

Kommunität der Heiligen Anargyroi Kosmas
und Damian e.V., Regionalgruppe Köln

www.kodako.de



Adresse:

Notel-Kosmidion
Victoriastraße 12
50668 Köln
(Nähe Maternushaus)

Telefon:

0221-12061005
(Notel-Kosmidion 07:30 – 22:30 Uhr, es
meldet sich die diensthabende Mitarbeite-
rin)



Leitung und Ansprechpartnerin:

Frau Bärbel Ackerschott

Der Name Notel-Kosmidion:

Notel ist die Bezeichnung der seit 20 Jahren bestehenden Notschlafstelle für obdachlose, drogenabhängige Männer in Köln. Er verbindet sprachlich die Lebenssituation der Gäste und ihren Wunsch nach einer sicheren Unterkunft. So entstand aus Not und Hotel das Notel.

Kosmidion war der Name jenes Heil- und Therapiezentrums (Inkubationsschlaf) in Konstantinopel, das jahrhundertlang Zentrum der Verehrung von Kosmas und Damian war, den „Heilern des Umsonst“ (Anargyroi), ein therapeutischer und religiöser Ort der Hoffnung der Kranken auf körperliche und seelische Genesung.

Das Notel-Kosmidion ist eine niedrigschwellige Einrichtung der akzeptierenden Arbeit mit drogenabhängigen Menschen. Es gibt zwei Leistungsangebote unter einem Dach: eine Notschlafstelle für obdachlose, drogenabhängige Männer und eine Krankenwohnung für obdachlose, drogenabhängige Männer und Frauen. Die Krankenwohnung ist seit Oktober 2008 eingerichtet und seit November 2008 durchgehend genutzt.

Die Ziele der Einrichtung einer Krankenwohnung:

- In die Hoffnungslosigkeit der erkrankten, obdachlosen und drogenabhängigen Frauen und Männer ein Zeichen der Hoffnung zu setzen;
- „Zu Hause sein“ und in Ruhe die Phase der Krankheit durchleben und gesund werden zu dürfen;
- Eine Genesung bei vermindertem Überlebens- und Suchtdruck auf der Straße zu ermöglichen;
- Das Krankheitsbild / den Gesundheitszustand zu verbessern;
- Eine Chronifizierung der Erkrankung zu vermeiden;
- Auf ein selbständiges Leben vorzubereiten und in ein solches zu entlassen, sowie im Ausnahmefall, einen Ort des menschenwürdigen Sterbens zu gewähren.



Die Ausstattung:

Die Krankenwohnung hat fünf Betten in drei Zimmern, ein Zweibettzimmer mit Dusche und WC, ein Zweibettzimmer mit Dusche und WC auf dem Flur und ein Einbettzimmer mit Dusche und WC. Es



gibt einen Aufenthaltsraum mit einer kleinen Küchenecke. Zusätzlich gibt es ein Büro für die Diensttuenden.

Die Krankenwohnung befindet sich im dritten Stock des Gebäudes. Es gibt keinen Aufzug. Die Krankenwohnung ist funktional eingerichtet, wirkt aber durch die wohnliche Atmosphäre wie die Räumlichkeiten einer Wohngemeinschaft.

Wer wird aufgenommen?

Aufnahme finden Akut- und Kurzzeitkranke sowie Rekonvaleszenten bei denen es sich um:

- drogenabhängige (von illegalen Drogen);
- volljährige Frauen und Männer handelt;
- Personen, die in der Lage und willens sind, die Hausordnung und Regeln einzuhalten.

Nach vorheriger Absprache können auch Frauen und Männer mit den Merkmalen krank, obdachlos und drogenabhängig (vor-stationär und nach-stationär) aufgenommen werden. Nach Absprache

mit dem Kranken kann ein Besuch im Krankenhaus organisiert werden. Bei wechselseitig koordinierter Entlassung aus dem Krankenhaus kann ein Fahrdienst angeboten werden.



Wer kann nicht aufgenommen werden?

- Frauen und Männer, die die Hausordnung und Regeln nicht einhalten können;
- Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankungen einer „nullschwellig“ Betreuung bedürfen;
- Kranke, die die Treppen nicht auf- und absteigen können;
- Frauen und Männer, die ein Hausverbot erhalten haben.

Die Aufnahmezeiten:

Eine Aufnahme kann nach telefonischer Absprache zwischen 07:30 Uhr und 21:00 Uhr erfolgen.



Das Hilfeangebot:

Alle angebotenen Hilfen in der Krankenwohnung sind kostenfrei. Der Aufenthalt ist zeitlich begrenzt auf die Phase der akuten Erkrankung, der akuten Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung (exasperatio), einer über die Drogen sucht hinausreichenden Erkrankungen bzw. auf die Rekonvaleszenzphase, sowie die prä- und postoperativen Zeitspannen. Eine maximale Aufenthaltszeit ist mit vier Wochen angesetzt. Die Kranken werden angehalten, sich der Krankheit entsprechend vorwiegend in der Krankenwohnung aufzuhalten. Bei einer Abwesenheitszeit pro Tag von rund 10 Stunden oder mehr wird im Einzelfall geklärt, ob ein weiterer Verbleib in der Krankenwohnung sinnvoll und hilfreich ist.



Essen und Getränke:

Getränke, Frühstück, Mittagstisch und Abendessen werden kostenfrei angeboten. Zur Selbstversorgung steht eine kleine Küchenzeile zur Verfügung.

Wäsche und Kleidung:

Bettwäsche, Handtücher, Waschlappen, Hausanzug, Schlafanzug für den Gebrauch in der Krankenwohnung werden gestellt und gewaschen. Persönliche Kleidung kann gewaschen werden. Für kleinere Kleidungsnotfälle stehen Kleidungsstücke zur Verfügung.



Sozialpädagogische Betreuung:

Die hauptamtlichen Mitarbeiter kommen aus der professionellen, sozialpädagogischen Arbeit / Sozialarbeit und sind in der Lage bei Bedürfnis/Bedarf Beratung und Vermittlung in Substitution, Drogenberatung und andere Beratungs- und Hilfsangebote einzuleiten. Im Hause befindet sich auch die Linksrheinische Beratungsstelle der Drogenhilfe Köln gGmbH.

Medizinische Betreuung:

Die medizinische Betreuung findet über den Mobilen medizinischen Dienst der Stadt Köln durch Ärztinnen und Fachkrankenschwestern (kostenfrei) statt und/oder je nach Situation über den Hausarzt. Im Hause befindet sich im Kontaktcafe Victoria das Sprech- und Behandlungszimmer des Mobilen medizinischen Dienstes der Stadt Köln. Der Mobile medizinische Dienst der Stadt Köln hat werktäglich zu festen Zeiten Sprech- und Behandlungsmöglichkeiten.

Pflegerische Betreuung:

Die pflegerische Betreuung wird je nach Situation über die Mitarbeiter des Mobilen medizinischen Dienstes der Stadt Köln, oder von einem externen Pflegedienst im Kosmidion geleistet.

Hauswirtschaftliche Betreuung:

Bodenreinigung, Abfallentsorgung und Reinigung der Sanitäreanlagen ist werktäglich durch einen Mitarbeiter gesichert.

Seelsorgliche Betreuung:

Zum diakonischen Grundverständnis des Kosmidion gehört es, dass die seelsorgliche Dimension der Arbeit sowohl durch die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, als auch durch katholische Priester, die dem Projekt verbunden sind, verwirklicht werden.

Die Krankenwohnung ist seit Oktober 2008 eingerichtet und hat im November 2008 die ersten Kranken beherbergen dürfen. Sie ist seither durchgehend belegt.

Ehrenamtskonzept:

Im Jahr 2009 wurde auf der Grundlage einer Literaturrecherche und Nachfrage in den besuchten Einrichtungen der Obdachlosenhilfe bzw. Drogenhilfe ein erster Konzeptentwurf für eine Ehrenamtsarbeit in der Krankenwohnung entwickelt. In 2010 wurden die ersten Umsetzungen gestartet

Im Beobachtungszeitraum wurden durch 12 ehrenamtliche Mitarbeiter 160 Schichten bzw. 880 Stunden ehrenamtlicher Dienste in der Krankenwohnung geleistet.



8. Literaturverzeichnis

Ergänzend zum ersten Literaturverzeichnis

- Castel, Robert (1996): Nicht Exklusion, sondern Desaffiliation. Ein Gespräch mit Francois Ewald. In: Das Argument: Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften, Jg. 127, H. 38, S. 775–780.
- Clinard, Marshall Barron; Meier, Robert F. (2011): Sociology of deviant behavior. 14. ed., Internat. ed. [Florence Ky.]: Wadsworth/Cengage Learning.
- Girtler, Roland (1980): Vagabunden in der Großstadt. Teilnehmende Beobachtung in der Lebenswelt der "Sandler" Wiens. Stuttgart:
- Girtler; Roland; Girtler, Roland (1996): Randkulturen. Theorie der Unanständigkeit [mit einem kleinen Wörterbuch der Gaunersprache]. 2. unveränderte Auflage. Wien, Köln, Weimar.
- Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung. 4., völlig neu bearb. Aufl. Wien.
- Girtler, Roland (2004): 10 Gebote der Feldforschung. Wien.
- Girtler, Roland (2004): Der Strich. Soziologie eines Milieus. 5. Aufl. Wien.
- Kausz, M.; Verthein, U.; Degkwitz, P. (1998): Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. In: Nervenarzt, H. 69, S. 557–567.
- Kuckartz, Udo (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Auflage. Wiesbaden.
- Schaeffer, Doris (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Aufl. Bern.
- Schneider, Wolfgang (2007): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit: Bilanz und Zukunftsperspektiven. INDRO e.V. Online verfügbar unter http://www.drobs-hi.de/downloads/bilanz_akzeptanz_drogenarbeit.pdf, zuletzt geprüft am 02.09.2010.
- Stephens, Richard C. (1991): Street Addict Role: Theory of Heroin Addiction. Albany N.Y.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1999): Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl., 1996. Weinheim.
- Strauss, Anselm L.; Hildenbrand, Astrid (2007): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Unveränd. Nachdr. d. 2. Aufl. 1998. München.
- Strübing, Jörg (2008): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden.

9. Literaturempfehlungen / Weiterführende Literatur

- Agar, Michael (1973): *Ripping and running. A formal ethnography of urban heroin addicts.* New York.
- Barsch, Gundula (1998): Armut und illegalisierter Drogenkonsum: Wahrheiten und Mythen zu einem komplexen sozialen Phänomen. In: Henkel, Dieter; Vogt, Irmgard (Hg.): *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen.* Opladen, S. 167–190.
- Beynon, Caryl M.; McVeight, Jim; Roe, Brenda (2007): Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in northwest England. In: *Ageing and Society*, H. 27, S. 799–810.
- Boeri, Miriam W. (2004): "Hell, I'm an addict, but I ain't no junkie": an ethnographic analysis of aging heroin users. In: *Human organization: journal of the Society for Applied Anthropology*, Jg. 63, H. 2, S. 236–245.
- Brady, Kathleen T.; Randall, Carrie L. (1999): Gender differences in substance use disorders. In: *The psychiatric clinics of North America*, Jg. 22, H. 2, S. 241–252.
- Bühler, Johannes (2007): *Die Rolle von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit.* Augsburg.
- Chenitz, Carole W. (2007): Managing vulnerability: Nursing treatment for heroin addicts. In: *Journal of nursing scholarship*, Jg. 21, H. 4, S. 210–214.
- Conner, Kayien O.; Rosen, Daniel (2008): "You're nothing but a junkie": multiple experiences of stigma in an ageing methadon maintenance population. In: *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, Jg. 8, H. 2, S. 244–264.
- Darke, Shane; Ross, Joanne (2002): Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. In: *Addiction Society for the Study of Addiction*, H. 97, S. 1383–1394.
- Hartel, Diana M.; Schoenbaum, Ellie E.; Lo, Yungtai; Klein, Robert S. (2006): Gender differences in illicit substance use among middle-aged drug users with or at risk for HIV infection. In: *Clinical Infectious disease*, Jg. 43, H. 4, S. 525–531.
- Hser, Ying-Ing; Gelberg, Lillian; Hoffman, Valerie; Grella, Christine E.; McCarthy, William; Anglin, Douglas M. (2004): Health conditions among aging narcotics addicts: Medical examination results. In: *Journal of Behavioral Medicine*, H. 27 (6), S. 607–622.
- Hser, Ying-Ing; Huang, David; Chou, Chih-Ping; Anglin, Douglas M. (2007): Trajectories of heroin addiction. In: *Evaluation Review*, H. 31 (6), S. 548–563.
- Kaplan, Charles D.; Lambert, Elisabeth Y. (1995): The daily life of heroin-addicted persons: the biography of specific methodology. In: *National Institute of Drug Abuse Research, H. Monograph Series 157*, S. 100–115.
- Kraus, Ludwig; Heppehausen, Kathrin; Tretter, Felix (2004): Prävalenzschätzungen von Opiatkonsumenten in deutschen Großstädten: methoden und Ergebnisse. In: *Sucht*, Jg. 50, H. 1, S. 11–20.

- Lachmann, Anke (2005): Versorgung von Opiatabhängigen. Eine Untersuchung der Versorgung von Opiatabhängigen in Hamburg unter Berücksichtigung ihrer Lebensqualität ; die Sicht der Klienten und Experten. Univ., Diss--Bielefeld, 2005. Online verfügbar unter <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2005/686/index>.
- Levy, Judith A.; Anderson, Tammy (2005): The drug career of the older injector. In: *Addiction Research and Theory*, H. 13 (3), S. 245–258.
- Lindesmith, Alfred Ray (2008): *Addiction and opiates*. New Brunswick N.J.
- Lofwall, Michelle R.; Brooner, Robert K.; Bigelow, Geroge E.; Kindbom, Kori; Strain, Eric C. (2005): Characteristics of older opioid maintenance patients. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, H. 28 (3), S. 265–271.
- March, Joan Carles; Oviedo-Joekes, Eugenia; Romero, Manuel (2006): Drugs and social exclusion in ten european cities. In: *European Addiction Research*, H. 12 (1), S. 33–41.
- Meyer, Kirsten Bernhard-Wehmeier Werner; Backmund, Markus (2010): Somatische und psychische Begleit- und Folgeerkrankungen bei opioidabhängigen Patienten im Drogenentzug. In: *Suchtmed*, Jg. 12, H. 4, S. 204–205.
- Mistral, W.; Hollingworth, M. (2001): The supervised methadone and resettlement team nurse: an effective approach with opiate-dependent, homeless people. In: *International nursing review*, Jg. 48, H. 2, S. 122–128.
- Mitchell, Shannon Gwin; Kelly, Sharon M.; Brown, Barry S.; Reisinger, Heather Schacht; Peterson, James A.; Ruhf, Adrienne et al. (2009): Incarceration and opioid withdrawal: the experience of methadone patients and out-of-treatment heroin users. In: *Journal of Psychoaktive Drugs*, Jg. 41, H. 2, S. 145–152.
- Preble, Edward; Casey Jr., John J. (1969): Taking care of business - the heroin user's life on the street. In: *The International Journal of Addiction*, Jg. 4, H. 1, S. 1–24.
- Prinzleve, Michael (2000): Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen. In: *Sucht*, Jg. 46, H. 5, S. 318–326.
- Prinzleve, Michael (2001): Konsummuster, Substitution und Beikonsum von obdachlosen Drogenabhängigen. Consumption Patterns, Maintenance Treatment and Coabuse of Homeless Drug Addicts. In: *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, Jg. 47, H. 1, S. 22–24.
- Radcliff, Polly; Stevens, Alex (2008): Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. In: *Social science and medicine*, Jg. 67, S. 1065–1073.
- Ridder, Michael de (2000): *Heroin. Vom Arzneimittel zur Droge*. Freie Univ., Diss.--Berlin, 1991. Frankfurt/Main.
- Rosenbaum, Marsha (1981): *Women on heroin*. New Brunswick, New Jersey.
- Sanches, Jesus; Chitwood, Dale D.; Koo, Dixie J. (2006): Risk factors associated with the transition from heroin sniffing to heroin injection: a street addict role perspective. In: *Journal of Urban Health*, Jg. 83, H. 5, S. 896–910.

- Schultz-Krohn; Winfred (2004): The meaning of family routines in a homeless shelter. In: The American Journal of Occupational Therapy, Jg. 58, H. 5, S. 531–542.
- Smyth, Breda; Hoffman, Valerie; Fan, Jing; Hser, Ying-Ing (2007): Years of potential life loss among heroin addicts 33 years after treatment. In: Preventive Medicine, Jg. 44, H. 4, S. 369–374.
- Tretter, Felix; Werner, Petra (2009): Polytoxikomanie - Grundlagen, Diagnostik und Behandlung. In: Psychiatrie und Psychotherapie up2date, H. 3, S. 225–239.
- Vogt, Irmgard (2009): Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. In: Suchttherapie, H. 10, S. 17–24.
- Waldorf, Dan (1973): Careers in dope. Englewood Cliffs N.J.
- Zinberg, Norman E. (1984): Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use. New Haven, London.