



CMA
Chronisch mehrfach beeinträchtigte
Abhängigkeitskranke

Gesundheitsbericht Düsseldorf



Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf

Postanschrift:
40200 Düsseldorf

Gesundheitsberichterstattung
Regina Behrendt
Telefon 0211.89-9 60 22
e-mail:regina.behrendt@stadt.duesseldorf.de

Drogenkoordination
André Withalm
Telefon 0211.89-9 37 86
Telefax 0211.89-2 93 84
e-mail:andre.withalm@stadt.duesseldorf.de

Fragebogenentwicklung und Datenauswertung
Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und
Politikberatung an der Gerhard-Mercator-Universität
Prof. Dr. Grunow

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1	Kooperation und Vernetzung	19
		Fort- und Weiterbildung	21
Einführung in die Problematik	2	Die Befragung	22
		Auftrag	22
Definition	2	Planung	22
Probleme der Zielgruppe	2	Einschränkungen	22
Ursachen der Probleme	3	Durchführung	23
Versorgung der Zielgruppe	4	Das Nutzerprofil	23
Probleme in der Versorgung	5	Vergleich mit „echten CMA's“	25
		Vergleich von Männern und Frauen	25
Die Situation in Düsseldorf	8	Vergleich der Altersgruppen	27
Versorgungslandschaft	8	Vergleich der Suchtprofile	28
Streetwork	8	Das Anbieterprofil	30
Ambulante psychosoziale/ psychotherapeutische Beratung und Behandlung	8	Art der Einrichtungen	30
Ambulante medizinische Versorgung	8	Personelle Ausstattung der Einrichtungen	30
Tagesstätten	9	Leistungsspektrum	31
Tageskliniken	9	Die Kooperation der Einrichtungen	32
Psychiatrische Krankenhäuser (vollstationäre Versorgung)	9	Vergleich von Angebot und Nachfrage	33
Notschlafstellen	9	Nicht ausreichend abgedeckter Hilfebedarf	33
Betreutes Wohnen	9	Vergleich des Klientels mit und ohne speziellem Hilfebedarf	34
Heime/stationäre Versorgung	10	Verteilung der Klienten in den Einrichtungen	35
Betreuungsvereine	10		
Selbsthilfegruppen	10	Literaturverzeichnis	38
Aktuelle Entwicklungen	10		
Klienten	10	Anhang	41
Versorgungssysteme	11	Tabellen zum Anbieterprofil	41
Gesetze	13	Personal in den Einrichtungen	41
		Leistungsangebote der Hilfeinrichtungen	41
Zusammenfassung der Befragungsergebnisse	14	Tabellen zum Nutzerprofil	42
Das Nutzerprofil	14	Vergleich aller Fälle mit denen, die mindestens eine Sucht und eine weitere Erkrankung und ein soziales Problem hatten	42
Das Anbieterprofil	15	Vergleich von Männern und Frauen	43
Probleme in der Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter		Vergleich der Altersgruppen	44
Abhängigkeitskranker	15	Vergleich von ausschließlich Drogensüchtigen und ausschließlich Alkoholsüchtigen	45
Handlungsempfehlungen für Düsseldorf	17	Vergleich von allen Drogensüchtigen und allen Alkoholsüchtigen, unabhängig vom zusätzlichen Konsum	46
Betreutes Wohnen	17	Vergleich von Einfach- und	
Stationäre Plätze (§39 BSHG)	17		
Stationäre Therapie	17		
Teilstationäre Therapie	18		
Ambulante Therapie	18		
Tagesstrukturierende Maßnahmen	19		

Mehrfachsüchtigen	47
Vergleich von Fällen mit und ohne speziellem Hilfebedarf	48
Vergleich der Fälle in den unterschiedlichen Einrichtungen	49
Teilnehmer der Befragung	51
Fragebögen	54
Fragebogen A	55
Fragebogen B	58
Anbieterverzeichnis	60

Einleitung

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke oder allgemeiner Personen in Mehrfachproblemlagen sind Menschen, die mindestens eine Sucht aufweisen und weitere körperliche und/oder seelische Erkrankungen sowie soziale Probleme haben. Damit ist dieser Personenkreis mehreren Hilfesystemen zuzuordnen. Hierzu gehören die Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe, die Suchtkrankenhilfe, die Psychiatrie, besonders die sozialpsychiatrischen Dienste sowie die ambulante und stationäre somatische Medizin.

Vertreter eines Hilfesystems können den Bedarfen dieses Personenkreises nicht gerecht werden. CMA's stellen eine große Belastung für die einzelnen Institutionen dar und häufig ist eine grundsätzliche Zuständigkeit nicht geklärt. Auf Grund der mannigfaltigen Probleme werden Menschen mit mehreren Problemlagen früher oder später dem Hilfesystem bekannt. Umfassende Hilfen können aber häufig deshalb nicht greifen, weil die Verschiedenheit der einzelnen Hilfesysteme die notwendige Zusammenarbeit erschwert. So fallen chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke durchs "Netz". Die Versorgung speziell für diesen Personenkreis setzt die Kooperation der einzelnen Hilfesysteme voraus, die ein abgestimmtes Vorgehen bei der Betreuung festlegen müssen. Dabei sind die Zuständigkeiten zu klären und die Koordination der einzelnen Hilfsmodule an die örtlichen Bedingungen anzupassen. Weiterhin sind Fragen der Finanzierung zu regeln. Die Hilfen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke sind verschiedenen gesetzlichen Grundlagen und Kostenträgern zugeordnet, die der Klärung bedürfen und den Mehrfachproblemlagen häufig nicht gerecht werden. Dazu kommt, dass dieser Personenkreis von sich aus keine weitreichenden Hilfen nachfragt, sei es aus Resignation, mangelnder Krankheitseinsicht oder auf Grund negativer Erfahrungen und Ängsten vor institutionellen Angeboten.

Umfragen zeigen, dass das Problem chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker zunehmend von den Hilfeanbietern wahrgenommen wird. Nach Einschätzungen der Mitarbeiter in Hilfeeinrichtungen

nimmt die Zahl der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen zu. Dies kann an einer tatsächlichen Zunahme liegen aber auch an einer veränderten Problemwahrnehmung. In jedem Fall ist unbestritten, dass für die Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker ein immenser Handlungsbedarf besteht.

Um die Situation in Düsseldorf quantitativ und qualitativ zu erfassen, wurde eine umfassende Untersuchung in Kooperation mit Prof. Grunow von der Gerhard-Mercator-Universität in Duisburg durchgeführt. Die große Resonanz bei dieser Umfrage und der ungewöhnlich hohe Rücklauf dokumentieren die Dringlichkeit des Problems und die hohe Bereitschaft der Leistungsanbieter, aktiv zur Lösung beizutragen. Die Thematik wurde auch eingehend in Arbeitsgruppen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, der Arbeitsgruppe "Sucht und Drogen" und ihrer Unterarbeitsgruppe "Therapie und Rehabilitation" sowie in der Arbeitsgruppe "Wohnungslosigkeit" erörtert. Der vorliegende Bericht stellt die Befragungsergebnisse und die hieraus resultierenden Bedarfe vor und enthält Handlungsempfehlungen, die auf eine bessere Versorgung abzielen.

Einführung in die Problematik

Definition

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" - bereits der Titel versucht, möglichst viele Themen "unter einen Hut" zu bekommen, was jedoch nur unzureichend gelingt. Tatsächlich kann es sich dabei nur um eine vorläufige Bezeichnung handeln, da es bis heute keine abschließende Definition der hier gemeinten Problemstellung gibt. Neben "mehrfach beeinträchtigt" findet sich der Begriff "mehrfach geschädigt", statt "Abhängigkeitskranken" ist teilweise von "Alkoholkranken" die Rede. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. spricht von "Personen in Mehrfachproblemlagen", um die inhaltliche Problemdefinition zu umgehen. Daneben existiert der Begriff "Menschen mit Doppeldiagnosen", was das gleichzeitige Bestehen einer Sucht und weiterer psychiatrischer Erkrankungen meint (LVR, 2001). Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine Arbeitsgruppe bestehend aus mehreren Forschungsinstituten beauftragt, operationalisierte Definitionskriterien zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe ging von einer Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 aus. Wenn diese erfüllt war, sollte ferner anhand der folgenden Kriterienbereiche geprüft werden, ob ein Abhängigkeitskranker als "CMA" einzustufen war:

1. Konsumverhalten,
2. Behandlungserfahrungen,
3. gesundheitliche/psychische Situation und
4. soziale/materielle/rechtliche Situation.

Die Definition beanspruchte Gültigkeit sowohl für Alkohol- als auch Opiatabhängige (Arbeitsgruppe CMA, 1999). Der Definitionsvorschlag wurde in verschiedenen Studien überprüft. Die Stichproben umfassten teilweise Alkohol-, teilweise Opiatabhängige oder gemischte Gruppen in ambulanten und stationären Settings. Durchgängig zeigte sich eine insgesamt gute Anwendbarkeit des Definitionsvorschlags, wobei allerdings die Kriterienbereiche gesundheitliche/psychische Situation und soziale/materielle/rechtliche Situation in allen Studien als höchst relevant eingestuft wurden. Besonders die psychische Situation ist für die

Zuordnung zu dieser Klientengruppe entscheidend und wurde auch als ursächlich für die resultierenden sozialen Probleme diskutiert (Fleischmann & Wodarz, 1999). Weniger bedeutsam schienen hingegen die Kriterienbereiche Konsumverhalten und Behandlungserfahrungen. Zum Konsumverhalten gibt es unterschiedliche Meinungen darüber, ob die Dauer der Abhängigkeit eine große Rolle spielt oder nicht (vgl. Schlanstedt, Schu, 1999; Fleischmann & Wodarz, 1999). Unabhängig davon können auch schon junge Menschen zu dem Personenkreis der CMA zählen. Behandlungserfahrungen scheinen zur Klassifizierung eher ungeeignet, da das Klientel generell seltener Behandlungen anstrebt und - was auch durchaus eine Erklärungsmöglichkeit dafür ist - dies auch eine Frage geeigneter Angebote ist (vgl. Arnold, Schmid, Simmedinger, 1999; Schlanstedt, Schu, 1999; Fleischmann & Wodarz, 1999; Müller-Mohnssen, Hoffmann, Rothenbacher, 1999). Unklar ist im Moment noch, welche Subgruppen in dem Personenkreis eine Rolle spielen. Diskutiert werden Unterscheidungen nach Art der Krankheit, z.B. stärker kognitiv Beeinträchtigte auf Grund langanhaltenden Substanzmissbrauchs, geistig Behinderte, Persönlichkeitsveränderungen, andere psychische Erkrankungen. Andere trennen nach Kriterienbereichen, z.B. eher psycho-organisch oder sozial Beeinträchtigte. Denkbar sind auch Subgruppen nach prognostischen Kriterien. Auch hinsichtlich Männern und Frauen wurde auf die Notwendigkeit unterschiedlicher Kriterien hingewiesen.

Probleme der Zielgruppe

In erster Linie spielen die Suchterkrankungen eine Rolle, dazu kommen weitere gesundheitliche - somatische und psychische - Probleme sowie soziale Schwierigkeiten. Dabei gibt es je nach Perspektive des Forschers unterschiedliche Herangehensweisen.

Betrachtet man die Patienten, die 1998 in den Rheinischen Kliniken aufgenommen wurden, waren 14 Prozent sowohl sucht- als auch psychisch krank (vgl. LVR, 2001). Krausz (vgl. LVR, 2001 (2)) untersuchte die Prävalenz psychischer Störungen bei

Opiatabhängigen in Hamburg und fand diese bei 55 Prozent der untersuchten Klienten (ohne Persönlichkeitsstörungen). Ein Großteil davon machten affektive Störungen aus. 54 Prozent hatten mindestens einen Suizidversuch im Laufe ihres Lebens unternommen.

Nouvertné (1996) untersuchte Wohnungslose in 72er-Einrichtungen in Düsseldorf. Von rund 900 Klienten waren zwei Drittel als suchtkrank diagnostiziert. Von diesen wiederum hatten 25 Prozent der Alkoholabhängigen eine psychische Erkrankung, unter den Drogenabhängigen waren es 27 Prozent. Fichter et al. (2000) untersuchten psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Männern in München. Von den Alkoholabhängigen waren 36 Prozent im Laufe des letzten Monats psychisch krank. Bei dem Vergleich der beiden Studien ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Erhebungsinstrumente benutzt worden sind. Nur 7 Prozent hatten keine psychische Erkrankung im Laufe ihres Lebens, nur 26 Prozent waren im Monat vor der Befragung psychisch unauffällig. 54 Prozent hatten im Laufe ihres Lebens eine Diagnose, 27 Prozent zwei Diagnosen und 13 Prozent drei und mehr. Die Prävalenz psychischer Störungen war bei obdachlosen/wohnungslosen Männern 3- bis 4-mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Fichter et al., 1996).

Über die Situation wohnungsloser Frauen ist vergleichsweise weniger bekannt. Ihr Anteil an den Wohnungslosen wird auf 10 bis 25 Prozent geschätzt. Frauen sind häufiger "verdeckt" wohnungslos, d.h. sie leben häufiger bei Bekannten oder Freiern, was die Abgrenzung zu anderen Lebensformen erschwert (Hesse-Lorenz & Moog, 1996). Über Unterschiede in psychischen Erkrankungen ist noch wenig bekannt (Kellinghaus et al., 2000). Allerdings zeigt der Vergleich von wohnungslosen Männern in München mit Frauen (Greifenhagen & Fichter, 1997), dass diese doppelt so oft wie Männer an affektiven und Angststörungen litten, ebenfalls doppelt so oft drogensüchtig und 3-mal so oft schizophran waren. Mit Bezug auf die Lebenszeit hatten Frauen 2- bis 3-mal häufiger drei und vier Diagnosen als Männer. Auch die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer psychiatrischer Leistungen lag höher.

Trabert (1995) untersuchte die somatische Gesundheit Wohnungsloser in Mainz. Danach stehen Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herz-Kreislauf- sowie des Skelettsystems im Vordergrund. Verletzungen und Infektionskrankheiten sowie ein schlechter Zahnstatus und Hautkrankheiten waren in der Untersuchung von Trabert ebenfalls häufig (jeweils ungefähr die Hälfte der Untersuchten waren daran erkrankt).

Zu den häufigen Infektionskrankheiten zählen bei den intravenös Drogensüchtigen vor allem Hepatitis C und HIV-Infektionen.

Zu den sozialen Schwierigkeiten, die zur Mehrfachbeeinträchtigung beitragen, zählen neben der Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit und damit einhergehenden Problemen (soziale Isolation, Arbeitslosigkeit) auch Verschuldung, Konflikte mit dem Gesetz, gering ausgebildete soziale Fertigkeiten und Problemlösekompetenz, mangelnde Krankheitseinsicht und Schwierigkeiten bei alltagspraktischen Tätigkeiten.

Ursachen der Probleme

Bei einer so umfassenden Problemlage stellt sich die Frage nach den Ursachen. Führen Sucht und andere psychische Erkrankungen zur weiteren körperlichen und sozialen Verelendung oder fördern schlechte soziale Bedingungen die Entstehung von somatischen und psychischen Krankheiten? Dass Sucht und sie begleitende Lebensumstände krank machen, daran besteht kein Zweifel. Dabei sind einige Krankheiten als direkte Folgen des Substanzmissbrauchs anzusehen (Leberzirrhose, Abszesse etc.) andere als Folge der suchtbegleitenden Lebensumstände (Infektionsrisiko durch unsaubere Spritzen und Prostitution, Erfrierungen durch Aufenthalt im Freien). Ähnliches gilt für die psychischen Erkrankungen. Einige Störungen entstehen direkt durch den Suchtmittelkonsum (Korsakov-Syndrom, substanzinduzierte Psychosen) andere werden durch die Lebensbedingungen begünstigt. So erfüllen Menschen, die auf der Straße leben, bereits dadurch einige Kriterien psychiatrischer Diagnosen (Kellinghaus,

2000). Allerdings gibt es auch Befunde, die darauf hindeuten, dass Erkrankungen schon vor der Sucht bestanden haben. Trabert (1995) diskutiert Befunde, nach denen somatische Erkrankungen bei Wohnungslosen auf frühere Arbeitsverhältnisse zurückzuführen sind und nicht auf die Situation auf der Straße (z.B. Unfälle, Hörschäden durch Lärmbelastigung, Beeinträchtigung des Skeletts und der Gelenke durch Schwerarbeit, Magengeschwüre usw.). Auch gibt es Untersuchungen die zeigen, dass psychisch Kranke ein erhöhtes Risiko haben, eine Sucht zu entwickeln (vgl. LVR, 2001 (2)). Eine Hypothese in diesem Zusammenhang ist, dass psychisch Kranke psychotrope Substanzen zur Selbstmedikation einnehmen, was langfristig eine Sucht verursacht. Auch gibt es Hinweise, dass psychische Krankheiten einer weiteren sozialen Verelendung vorausgegangen sind. In der Studie von Fichter (2000, S. 20) berichteten 76 Prozent der alkoholkranken Wohnungslosen, schon vor dem ersten Wohnraumverlust getrunken zu haben, insgesamt 65 Prozent gaben an, bereits vor der Wohnungslosigkeit psychisch krank gewesen zu sein. Bei weiteren 15 Prozent traf der Beginn der Erkrankung und die erste Episode der Wohnungslosigkeit zusammen. Fleischmann und Wodarz (1999) diskutieren soziale und rechtliche Probleme als direkte Folge des hirnorganischen Abbaus von Alkoholkranken.

Die Versorgung der Zielgruppe

Der Umfang der Probleme zeigt auf, welche Hilfesysteme bei der Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker gefragt sind. Das sind die Wohnungslosenhilfe, die Suchtkrankenhilfe, die psychiatrische Versorgung und die somatische Versorgung. Damit sind allerdings noch nicht alle in Frage kommenden Systeme benannt. Als weitere kommen die Sozialhilfeträger, die Jugend- und Altenhilfe, die Justiz u.a. dazu. Eine genaue Abgrenzung der betroffenen Institutionen/Systeme ist nicht möglich. Trotzdem stimmen die Konzepte zur besseren Versorgung der Zielgruppe im Hinblick auf die notwendigen Versorgungsglieder weitestgehend überein (BAG Wohnungslosenhilfe e.V., 2000, PBAG "Chronisch mehrfach geschädigte

Abhängigkeitskranke", " 2002).

Benötigt werden:

- Aufsuchende Hilfen in der "Szene", sei es nun vorrangig die Wohnungslosen- oder die Drogenszene, Überlebenshilfe und Kontaktherstellung
- Anlaufstelle/Aufenthalt mit Möglichkeit der qualifizierte Beratung, besondere Angebote für Frauen
- Notunterkünfte (auch für Frauen)
- Tagesstrukturierung (lebenspraktisches Training, soziales & kulturelles Leben, Beschäftigung nach Neigung und Fähigkeiten, Zeitgestaltung, Motivierung für weiterführende Maßnahmen)
- medizinische und pflegerische Versorgung vor Ort, Anbindung an weiterführende Hilfen
- stationäre und teilstationäre Behandlung (Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung, psychiatrische Behandlung, somatische Behandlung, soziotherapeutische Maßnahmen)
- langfristige Nachbetreuung (betreutes Wohnen, tagesstrukturierende Angebote, Arbeitsmaßnahmen)
- Notrufsystem "Rund um die Uhr"

Zur reibungslosen Umsetzung der Versorgungskette bedarf es allerdings weiterer Bausteine:

Kooperation und Vernetzung

Es muss ein lokal abgestimmtes, übergeordnetes Versorgungskonzept geben, bei dem die einzelnen Leistungsanbieter an definierten Stellen einen bestimmten Auftrag erfüllen. Die Schnittstellen sollten definiert, Aufgaben der jeweiligen Seiten festgelegt und die Zusammenarbeit geregelt werden. Mündliche Absprachen oder allgemeine Willenserklärungen reichen hier nicht aus, die Zusammenarbeit ist nach Möglichkeit vertraglich festzuhalten. Der Prozess wird durch ein Koordinationsgremium gesteuert.

Hilfeplanung

Vor dem Hintergrund verbindlicher Absprachen werden die Hilfen für jeden Betroffenen individuell auf seine Fähigkeiten und Wünsche abgestimmt. Der

Erfolg der bereits durchgeführten Maßnahmen muss reflektiert und der Hilfeplan gegebenenfalls modifiziert werden. Die Abstimmung der Leistungsanbieter erfolgt über Fallkonferenzen.

Datenlage/Dokumentation

Die örtlichen Begebenheiten, d.h. wer welche Leistungen in welchem Umfang vorhält sowie Veränderungen der Struktur müssen bekannt sein und laufend an die Bedarfe angepasst werden. Die Dokumentation der Einzelfälle ist verbindlich zu klären.

Qualifikation der Mitarbeiter

Zur Versorgung der Zielgruppe sind umfangreiche Kenntnisse und Fähigkeiten notwendig, die durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen aufgebaut und gesichert werden müssen.

Probleme in der Versorgung

Dem theoretisch Wünschenswerten stehen zahlreiche praktische Probleme entgegen. Einige davon werden im Folgenden genannt, um die Tragweite und Dringlichkeit der anstehenden Aufgaben zu verdeutlichen und zur Auseinandersetzung mit der Versorgungslage chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker zu motivieren. Die Liste lasse sich weiter fortsetzen.

Wer ist überhaupt zu beteiligen?

Die zu Beginn benannten Definitionsprobleme führen automatisch zu dieser Problemstellung. Auch Veröffentlichungen zu dem Thema beziehen sich meist vorrangig auf zwei Versorgungsbereiche. Häufig wird die Kombination "wohnungslos und psychisch krank" in den Mittelpunkt gestellt (z.B. Fichter, 2000, Kellinghaus, 2000), die Kombination von Sucht und psychischer Krankheit (LVR, 2001), Wohnungslosigkeit und körperlicher Krankheit (Trabert, 1995, Locher, 1990) u.ä.. Diese Teilansichten entsprechen der Tatsache, dass es sich bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken um einen sehr heterogenen Personenkreis handelt, bei dem jede Untergruppe spezielle Behandlungserfordernisse hat. Das Kernproblem - nämlich die Zuständigkeit mehrerer Hilfesysteme - ist jedoch überall gleich.

Was erschwert die Zusammenarbeit?

Was erschwert die Zusammenarbeit?

Institutionsübergreifende Koordination erfordert die fachliche Qualifikation der damit befassten Mitarbeiter (vgl. Wessel, 1996). Sie brauchen Kenntnis der Arbeitsabläufe, der internen Betriebsorganisation, Verhandlungsgeschick, die zeitlichen Ressourcen und die notwendigen Befugnisse sowie die Fähigkeit zur berufs- und aufgabenbezogenen Perspektivenübernahme. Die unterschiedliche berufliche Sozialisation hat häufig weitreichende Konsequenzen auf die Problemwahrnehmung und -bearbeitung, nicht nur was die fachlichen Ansichten betrifft, sondern auch in Bezug auf die Werthaltungen bis hin zu prozessbezogenen Ansichten darüber, wie ein Problem zu lösen sei. Als Beispiel kann hier die Diskussion zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie über die Ursachen der Wohnungslosigkeit (Hesse-Lorenz, Müller & Schönell, 2002) herangezogen werden. Dazu kommen "sachfremde Einflüsse" (Schild, 2000) wie beispielsweise "persönliche Empfindlichkeiten, Gefühle, konträre Werthaltungen, Standesdünkel, Verbandsstrategien". Außerdem sind Einrichtungen und Träger im Gesundheitswesen daran interessiert, ihren Bestand zu sichern, sich zu profilieren und gegebenenfalls zu expandieren (a.a.O., S. 106). Koordination und Kooperation fehlt zumeist über den fachlichen Sinn hinaus der konkrete Anreiz. Knappe Mittel führen zudem auf eine Konzentration auf die notwendigsten Arbeiten.

Sind die bestehenden Angebote zielgruppengerecht?

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke bleiben nicht selten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder der Obdachlosenhilfe. Diese sind für die Betroffenen erstmal gut zu erreichen. Allerdings können in diesen Einrichtungen keine weitreichenden gesundheitlichen

Hilfen angeboten werden, da diese nicht in ihren Aufgabenbereich gehören. Eine Weitervermittlung scheitert aber dann häufig, weil weitere Behandlungsangebote zu hohe Anforderungen an die Betroffenen stellen. Das gilt auch für die Suchtkrankenhilfe. Sie setzt die Vertragsfähigkeit der Hilfesuchenden voraus, die diese häufig nicht mitbringen. Im psychiatrischen Krankenhaus besteht die Gefahr, dass sich der Betroffene falsch verstanden fühlt, weil er seine psychischen Probleme selbst nicht wahrnimmt, umgekehrt die Psychiatrie aber auf seine offensichtlich drängenden Probleme wie Wohnungslosigkeit, Armut und Isolation nicht reagiert. Komm-Struktur und Wohnungslosigkeit verhindern im Anschluss an einen stationären Aufenthalt häufig eine ambulante Nachbetreuung usw.. Festzuhalten bleibt, dass diese Probleme nach Schild (2000) zum "taktischen Umgang" der Betroffenen und Anbieter miteinander führt. D.h. die Betroffenen nehmen das System nicht mehr Ernst, weil es offensichtlich nicht in der Lage ist, ihren Notstand zu lindern. Die Anbieter sind frustriert, weil die Klienten unangenehm sind und zusätzlich ihre Interventionen kaum Erfolge zeigen, folglich wollen sie sie so schnell wie möglich wieder loswerden. Die Antwort auf die Misere sind integrierte Versorgungskonzepte, die aber in der Regel kaum realisiert sind, z.B. multimodale Behandlung im Krankenhaus (medizinische, psychotherapeutische, soziale und berufliche Interventionen), aufsuchenden medizinische Versorgung, aufsuchende psychiatrische Versorgung, Gesamtfall-Verantwortlichkeit, stationäres und betreutes Wohnen für CMA's, etc. (Kellinghaus, 2000), binnendifferenziertes gemeindenahes Angebot, Angebote für abstinentenzunfähige Suchtkranke, multidisziplinäre Teams, Ausbau von Institutsambulanzen, integrierte Sucht- und allgemeinspsychiatrische Behandlung, einrichtungsübergreifende Handlungskonzepte (LVR, 2001).

Wo sollen bestimmte Funktionen angesiedelt werden?

Eine zeitgemäße Versorgung bedeutet nicht die Einrichtung zahlloser neuer Bausteine, sondern die Implementierung neuer Funktionen in die bereits bestehende Struktur (PBAG "Chronisch mehrfach

geschädigte Abhängigkeitskranke", " 2002, LVR, 2001). In der Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker sind mehrere solcher "zusätzlichen" Funktionen gefragt. Das sind die "Erstanlaufstellen", d.h. die Versorgungsglieder, die den Hilfeplan erstellen und gegebenenfalls über die gesamte Behandlungskette als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Wohnungslosenhilfe sieht sich selber in dieser Funktion (BAG Wohnungslosenhilfe e.V., 2000) und wird teilweise auch von anderen so wahrgenommen (PBAG "Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke", 2002). Allerdings können auch szenenahe Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, der sozialpsychiatrische Dienst, Institutsambulanzen, niedergelassene Ärzte oder andere Anbieter den ersten Kontakt aufnehmen. Deshalb ist die Anbindung an eine bestimmte Einrichtung oder ein bestimmtes Hilfesystem nicht immer sinnvoll. Darüber hinaus sind in fast allen Bereichen der Versorgungskette spezialisierte Konzepte oder Angebote für die Zielgruppe gefragt. Außerdem besteht ein übergeordneter Koordinationsbedarf. Versorgungsmodelle, die fallbezogen, multidisziplinär und gemeindenah angelegt sind, brauchen immer ein "übergeordnetes Koordinationsgremium", dass z.B. Schnittstellen definiert und Absprachen trifft (Schild, 2000, S.103-105). In Anbetracht der Vielzahl der hier zu bearbeitenden Themen ist ein solches Gremium kaum effizient vorstellbar. Weiterhin muss der Austausch zwischen verschiedenen Hilfeanbietern zu einem konkreten "Fall" möglich sein, was ebenfalls einen weiteren organisatorischen Aufwand bedeutet. Zu berücksichtigen ist, dass neue Funktionen das bestehende System verbessern und nicht noch komplizierter machen sollten.

Wer soll das bezahlen?

Probleme entstehen in der Versorgung in der Regel dort, wo Leistungen nicht auf Grund einer individuellen Inanspruchnahme anfallen, sondern im Sinne einer Gehstruktur einer größeren Zielgruppe angeboten werden. Das gilt für Treffpunkte wie für aufsuchende medizinische und psychiatrische Leistungen. Ein Teil notwendiger Leistungen ist nicht vom Gesetzgeber vorgesehen, wie Beziehungsaufbau und intensive

Langzeitbetreuung. Beratende, strukturierende und weitere therapeutische Leistungen im Einzelfall setzen dann die Mitwirkungsbereitschaft der Betroffenen voraus, die häufig nicht vorhanden ist. Hinzu kommt, dass für einen nicht unerheblichen Anteil der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken nicht klar ist, welcher Kostenträger zuständig ist (vgl. PBAG "Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke", 2002). Grundsätzlich kommen alle Hilfen der sozialen Sicherung in Frage, bei medizinischer Akutbehandlung und Rehabilitation sind das Leistungen nach SGB V. Die Situation wird durch das neue Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung verschärft. Nicht alle Betroffenen sind bereits in einer Krankenkasse angemeldet, andere können sich die darin vorgesehenen Selbstbeteiligungen nicht leisten. In der beruflichen Rehabilitation kommen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB VI in Frage. Diese sind u.a. an versicherungsrechtliche und persönliche Voraussetzungen geknüpft, wie z.B. die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen oder den Arbeitsplatz zu sichern. Dieser Anspruch ist für einen Großteil der Betroffenen unrealistisch (LVR, 2001). Weiterhin sind Regelungen nach SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) relevant und je nach Alter und Pflegebedürftigkeit das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung). Ein Großteil der Hilfsangebote für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke wird nach BSHG finanziert, die Betroffenen nutzen aber auch die Angebote nach Ordnungsbehördengesetz (OBG). Bei den Hilfen nach BSHG wird zwischen Eingliederungshilfe für Behinderte (§39 BSHG) und Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§72 BSHG) differenziert. Erstere werden bei einer zu Grunde liegenden Behinderung gewährt, letztere bei umschriebenen sozialen Problemen. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke haben häufig soziale Schwierigkeiten als Folge einer Behinderung und benötigen umfassende und dauerhafte Hilfen im Sinne des §39 BSHG. Tatsächlich suchen sie aber häufiger Angebote der Obdachlosen- und Wohnungslosenhilfe

auf, die nach OBG und §72 BSHG finanziert werden. Diese sind aber vorrangig auf die Beseitigung der Wohnungslosigkeit und weiterer sozialer Schwierigkeiten spezialisiert, nicht auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen. Sie stellen damit keine ausreichend qualifizierten Hilfen dar (vgl. Heuser, 1996). Ein weiteres Problem besteht darin, dass Hilfen teilweise von den Kommunen, vielfach aber auch vom Land finanziert werden. Bedarfsermittlungen und abgestimmte Versorgungskonzepte sollten aber nach Möglichkeit auf kommunaler Ebene entwickelt werden.

Die Situation in Düsseldorf

Versorgungslandschaft

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke werden auf Grund ihrer vielfältigen Probleme von mehreren Hilfesystemen mit versorgt. Daher ist die Versorgungslandschaft schwer einzugrenzen. Die Betroffenen nutzen von sich aus am ehesten leicht zugängliche Angebote der Suchtkrankenhilfe und der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe auf. Sie benötigen aber auch Hilfen aus der psychiatrischen Versorgung, der somatischen Versorgung, allgemeine psychosoziale Hilfen und Schuldenregulierung, mitunter auch gesetzliche Betreuungen. Je nach Alter der Betroffenen können auch Leistungen der Jugendhilfe oder der Pflegeversicherung in Frage kommen. Im Folgenden wird ein Überblick über Leistungsangebote verschiedener Hilfesysteme in Düsseldorf gegeben, die aber nicht alle gleichermaßen für die Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker in Frage kommen.

Streetwork

Anbieter aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe sind das Drogenhilfezentrum, die Drogenambulanz und die Beratungsstelle komm-pass sowie der mobile Drogenhilfebus "Flingern mobil". Außerdem gehen die Mitarbeiterinnen des Trebe-Cafés vor Ort, um ihre Klientinnen anzusprechen.

Im Bereich der Obdachlosen- und Wohnungslosenhilfe arbeiten die Stadt Düsseldorf und die Träger zusammen unter Koordination der Ordensgemeinschaft (Ordensgemeinschaft der Armen Brüder, Diakonie, Caritas).

In der Altstadt wird von der Altstadt Armenküche, aXept! und Asphalt e.V. Streetwork geleistet. Unterstützt wird die Streetwork durch den PflegeService Care 24 der Aids-Hilfe Düsseldorf. Darüber hinaus bieten die Altstadt Armenküche und das Franziskaner-Kloster Mahlzeiten für Wohnungslose an.

Ambulante psychosoziale/psychotherapeutische Beratung und Behandlung

Beratungsstellen für Suchtkranke sind die Fachstelle für Beratung, Therapie und Suchtprävention der Caritas, die Fachambulanz für Suchtkranke der Diakonie, das Düsseldorfer Drogenhilfezentrum, die Methadonambulanz des Gesundheitsamtes einschließlich Methadon-Sofort sowie die Beratungsstelle komm-pass des SKFM und BerTha F.

Ambulante Anlaufstellen der psychiatrischen Versorgung sind der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes und die sozialpsychiatrischen Zentren (Gesundheitsamt, AWO, Graf-Recke-Stiftung, Kaiserswerther Diakonie). Betroffene können sich auch bei der Freien gemeinnützigen Beratungsstelle für Psychotherapie e.V. über Möglichkeiten einer weitergehenden Behandlung informieren.

Im Bereich der Obdachlosenhilfe gibt es seit Juni 2003 die Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle der Stadt Düsseldorf einschließlich der wirtschaftlichen Hilfen für Wohnungslose, für Wohnungslose die Fachberatungsstelle für Wohnungslose der Caritas und die Einrichtungen der Diakonie: Sozialberatung und Clearingstelle für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, Fachberatungsstellen Horizont und Café Pur, die Beratungsstelle für Frauen in besonderen sozialen Schwierigkeiten sowie das Trebe-Café als Anlaufstelle für junge wohnungslose Mädchen und Frauen.

Weitere Beratungsstellen, die auch Menschen in Mehrfachproblemlagen betreuen sind u.a. die Aids-Hilfe Düsseldorf für Aidskranke und HIV-infizierte Drogenabhängige, die Brücke (SKFM) als Einzelfallhilfe für Jugendliche, die Beratungsstelle für Haftentlassene der AWO und die Bahnhofsmision.

Ambulante medizinische Versorgung

Die Drogen- und Methadonambulanz des Gesundheitsamtes einschließlich des Methadon-Sofort-Programms substituiert intravenös Drogensüchtige.

Weiterhin leisten in Düsseldorf zur Zeit 11 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Methadonsubstitution. Die Drogensüchtigen werden dabei auch medizinisch betreut. Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben, werden durch den Gesundheitsbus des "Medizinische Hilfen für Wohnungslose e.V." erreicht, der an wechselnden Orten in der Woche Sprechstunden abhält (Altstadt Armenküche, Horizont, Café Pur, Franziskanerkloster, Don-Bosco-Haus). Der Verein "Medizinische Hilfen für Wohnungslose" arbeitet eng mit dem PflegeService Care 24 zusammen.

Tagesstätten

Tagesstätten für psychisch Kranke sind den Sozialpsychiatrischen Zentren (Gesundheitsamt, AWO, Graf-Recke-Stiftung) angeschlossen. Die Diakonie betreibt zwei Tagesstätten für Wohnungslose bzw. für von Wohnungslosigkeit Bedrohte (Fachberatungsstelle Horizont und Café Pur). Die Tagesstätte Café Pur wird als freiwillige Leistung im Rahmen der Obdachlosenhilfe von der Stadt Düsseldorf finanziert. Die Fachberatungsstelle Horizont wird mischfinanziert.

Tageskliniken

Eine teilstationäre Versorgung bei allgemein psychiatrischen Krankheiten bieten die Kaiserswerther Diakonie, die Rheinischen Kliniken und die Johanniter Tagesklinik. Ein entsprechendes Angebot für Kinder und Jugendliche unterhalten die Rheinischen Kliniken und das Evangelische Krankenhaus, gerontopsychiatrische Tagesklinikplätze finden sich ebenfalls an den Rheinischen Kliniken und dem Geriatrischen Krankenhaus Elbroich. Eine Tagesklinik für Suchtkranke gibt es in der Fachambulanz der Diakonie für Alkohol- und Medikamentenabhängige.

Psychiatrische Krankenhäuser (vollstationäre Versorgung)

Die vollstationäre allgemeinspsychiatrische Versorgung der Bevölkerung wird für Düsseldorf von den Rheinischen Kliniken sichergestellt, der Bereich Sektor Nord (Stadtbezirk 5, Lichtenbroich und Unterrath) von

der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Kaiserswerther Diakonie. Weitere Krankenhäuser sind die gerontopsychiatrische Fachabteilung des Geriatrischen Krankenhauses Elbroich und das Fliedner Krankenhaus in Ratingen (u.a. mit dem Fachbereich Sucht).

Notschlafstellen

Die Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle des Wohnungsamtes vermittelt Notschlafstellen, die von der Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus (für Männer) sowie von der Diakonie (für Frauen) betrieben werden. Weiterhin gibt es Notschlafplätze von der Ordensgemeinschaft der Armen Brüder. Anlaufstelle für junge, obdach-/wohnungslose und drogensüchtige Frauen ist der Knackpunkt, weitere Notschlafstellen für Drogensüchtige gibt es im Drogenhilfezentrum.

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen für Suchtkranke bieten die Diakonie, der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. und die Drogen- und Methadonambulanz des Gesundheitsamtes, letztere für Frauen mit Kindern, an. Die ambulanten Dienste des Hauses Weissenburg betreuen neben vorwiegend Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten auch chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke nach § 39 BSHG. Das Angebot für psychisch Kranke ist sehr viel umfassender. Fast alle Träger haben ein Angebot für betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften. In der Wohnungslosenhilfe sind die Wohnangebote je nach Zielsetzung und Ansprüchen an die Benutzer sehr unterschiedlich (Wohngemeinschaften, Einzelwohnungen, Betreuung in der eigenen Wohnung). Anbieter sind der SKM (ambulante Dienste von Haus Weissenburg), die Ordensgemeinschaft der Armen Brüder, der Caritas und die Diakonie. Weiterhin gibt es eine Wohngemeinschaft für - auch drogensüchtige - Wohnungslose, die von mehreren Anbietern getragen wird. Die Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle vermittelt darüber hinaus Wohnraum ohne dauerhaftes begleitendes Betreuungsangebot.

Heime/stationäre Versorgung

Schwer beeinträchtigte Suchtkranke werden im Haus Eller und im Markus-Haus betreut, einzelne Plätze bietet die Christliche Hausgemeinschaft e.V. an.

Auch im Bereich der Wohnungslosenhilfe haben die Klienten häufig noch eine Suchterkrankung, so dass auch hier u.a. chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke betreut werden. Stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind das Don-Bosco-Haus, das Friedrich-Naumann-Haus, das Übergangwohnheim für Frauen der Diakonie, das Haus Weissenburg, Wohngruppen der Ordensgemeinschaft (mit Vollversorgung und mit Selbstversorgung) und die Sozialtherapeutische Einrichtung auf der Eisenstraße.

Die Wohnangebote für psychisch Kranke werden vermutlich seltener von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken beansprucht. Anbieter sind die AWO, die Graf-Recke-Stiftung, die Kaiserswerther Diakonie, die Rheinischen Kliniken und andere.

Betreuungsvereine

Gesetzliche Betreuungen werden in Düsseldorf von der Betreuungsstelle der Stadt Düsseldorf vermittelt. Betreuungsvereine gibt es darüber hinaus bei verschiedenen Anbietern.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen vermittelt das Selbsthilfe-Service-Büro des Gesundheitsamtes.

Aktuelle Entwicklungen

Klienten

Der Anteil von Personen in Mehrfachproblemlagen nimmt nach Einschätzungen der Hilfeanbieter in den Einrichtungen zu. Süchte, ein schlechter körperlicher Zustand, psychische Probleme und Schulden kenn-

zeichnen einen hohen Prozentsatz der Klienten. Außerdem werden die Klienten immer jünger, der Frauenanteil in der Wohnungslosen- und Drogenszene erhöhte sich.

Für den Bericht "Illegale Drogen" kamen sowohl die Drogen- und Methadonambulanz, der Düsseldofer Drogenhilfe e.V. als auch der Düsseldorfer Aids-Hilfe e.V. zu der Einschätzung, dass die Zahl der Drogenabhängigen mit Doppeldiagnosen zunimmt. Bei den körperlichen Erkrankungen steigt die Zahl der HIV-Infektionen und Hepatitis-C-Erkrankungen. Vielfach ist ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand festzustellen. Die Arbeitsgemeinschaft gemäß §95 / § 72 BSHG in der Landeshauptstadt Düsseldorf stellte in ihrem Jahresbericht 2002 fest, dass unabhängig von der Altersgruppe die Zahl der Personen mit Mehrfachproblemlagen zunimmt. Einige Beispiele mögen das veranschaulichen (Zahlenangaben beziehen sich soweit nicht anders erwähnt auf 2002). In der Notschlafstelle der Dorotheenstraße wurden in den vergangenen Jahren vermehrt besonders schwer beeinträchtigte Personen vorstellig, die neben einer Suchtmittelerkrankung eine psychische Erkrankung und/oder extreme Verwahrlosung aufwiesen. Nicht selten kamen die Betroffenen, weil die Notschlafplätze im Düsseldorfer Drogenhilfeverein belegt waren. Die Zahl der Übernächter ist von 2000 auf 2002 um über 500 angestiegen. Die Klienten waren zum Teil sozial unverträglich, so dass sich andere Nutzer gestört fühlten, bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen. Die Fachberatungsstelle Horizont schätzte den Anteil ihrer körperlich und/oder psychisch kranken Klienten auf über 60 Prozent, den der Suchtkranken auf die Hälfte. Die Fachberatungsstelle für Wohnungslose des Caritas gab den Anteil suchtkranker Klienten mit 45 Prozent an.

Das Friedrich-Naumann-Haus (nur für Männer) und das Übergangwohnheim für Frauen an der Icklack (beides stationäre Einrichtungen mit Clearingstelle §§39/72 BSHG) berichteten ebenfalls vom schlechten Allgemeinzustand ihrer Klienten. Von den Frauen, die nach § 72 BSHG gefördert wurden, waren 50 Prozent

suchtkrank. Viele davon waren junge Frauen mit einer Suchtproblematik. Auch das Friedrich-Naumann-Haus ging davon aus, dass rund 60 Prozent ihrer Klienten bei Aufnahme eine Suchtproblematik hatten (Zahlen allerdings vom Jahr 2000).

Das Übergangswohnheim für Frauen und die Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus berichteten auch von einem Anstieg methadonsubstituierter Klienten.

Insgesamt zeichnet sich ein Trend ab, dass die Hilfsbedürftigen immer jünger werden. Im betreuten Wohnen der Ordensgemeinschaft stieg der Anteil 21- bis 30-Jähriger von rund 13 Prozent im Jahr 2001 auf 25 Prozent im Jahr 2002. In der Fachberatungsstelle der Diakonie für Frauen stieg der Anteil der 21 bis 26 Jahre alten Klientinnen um 4 Prozent gegenüber dem Vorjahr an. Im Übergangswohnheim an der Icklack waren 75 Prozent der Frauen 18 bis 29 Jahre alt. Die Arbeitsgemeinschaft gemäß §95 / § 72 BSHG beobachtete generell vermehrt in der Altersgruppe von 21 bis 35 Jahren Klienten mit komplizierten, individuellen Lebensverläufen einschließlich einer Suchtbiografie. Auch die Drogen- und Methadonambulanz des Gesundheitsamtes kommt zu der Einschätzung, dass die Zahl jugendlicher und junger Drogensüchtiger gestiegen ist. Im Agnesheim, einer Inobhutnahmestelle für Minderjährige, nehmen Süchte und Aggressionen bei den Jugendlichen zu. Das darf jedoch nicht über die Probleme gerade älterer chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker hinweg täuschen. Der langjährige Aufenthalt auf der Straße, die chronifizierte Sucht und begleitende Erkrankungen fordern einen erheblichen Betreuungsaufwand.

Unter den jungen Drogensüchtigen sind vermehrt Frauen anzutreffen. Die Streetworker der Ordensgemeinschaft stellten fest, dass der Anteil der Frauen in der Szene im Jahr 2002 bei knapp 20 Prozent lag, zwei Jahre davor nur bei 10 Prozent. Der Frauenanteil überwog vor allem in größeren Gruppen, in denen illegale Drogen konsumiert wurden. Häufig sind Gewalterfahrungen der Ausgangspunkt für eine Drogenkarriere bei Frauen. In der Fachberatungsstelle

für Frauen der Diakonie hatten 17 Prozent der Klientinnen unmittelbar vor der Inanspruchnahme Gewalt erlebt.

Versorgungssystem

Die Methadonambulanz des Gesundheitsamtes ist durch das Methadon-Sofort-Programm erweitert worden. Seit September 2002 ergänzt die Einrichtung das bestehende Angebot durch ein besonders szenenahes, niedrighschwelliges und unbürokratisches Versorgungsmodul. Neben der Methadonsubstitution ist dadurch auch die Möglichkeit einer medizinischen Grundversorgung gegeben und eine Beratungs- und Vermittlungsstelle für weitergehende Hilfen dazu gekommen. Das Methadon-Sofort-Programm wird besonders von mehrfach geschädigten Drogenabhängigen genutzt, die dadurch den Einstieg in das Hilfesystem finden.

Seit 01.04.2001 wird die Suchtkrankenhilfe durch die Beratungsstelle "komm-pass" des SKFM ergänzt. Die Beratungsstelle wendet sich in erster Linie an ausstiegswillige Drogensüchtige und Substituierte. Neben Beratung und psychosozialer Begleitung vermittelt die Beratungsstelle in stationäre Rehabilitation. Streetwork mit dem Flingern mobil e.V., eine offene Sprechstunde vor allem für männliche, drogenabhängige Prostituierte und ein Beratungs- und Vermittlungsangebot für Inhaftierte in der Justizvollzugsanstalt Düsseldorf runden das Angebot ab. Die aufsuchende Arbeit in der Justizvollzugsanstalt wird inzwischen auch von dem Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. geleistet.

Die Obdachlosenbehörde wurde erheblich umstrukturiert. Die vormalig zum Sozialamt gehörende Abteilung ist nun dem Amt für Wohnungswesen angegliedert. Die Gebäudeverwaltung wurde dem Amt für Immobilienwirtschaft übertragen. In den Jahren 2001 und 2002 wurden insgesamt 278 Wohneinheiten städtischer Notunterkünfte abgebaut. Zur Zeit sind noch ca. 1.200 obdachlose Menschen in Notunterkünften untergebracht. Die Obdachlosen aus den abgebauten Unterkünften wurden in dauerhaften Wohnraum oder andere entsprechende Hilfsmaßnahmen vermittelt. Ein

Problem hierbei ist, dass ein Teil der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken in Notunterkünften der Stadt einen Lebensraum gefunden hatten. Diese Menschen sind im Zuge des Abbaus der Notunterkünfte nicht ohne Weiteres in ein "normales" Wohnverhältnis integrierbar. Neben dem Abbau der Notunterkünfte und der Vermittlung in Wohnraum baut die Obdachlosenbehörde die zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle auf. Die zentrale Fachstelle besteht inhaltlich aus der zentralen Anlaufstelle, der vorbeugenden Obdachlosenhilfe und den wirtschaftlichen Hilfen für Wohnungslose (weiterhin dem Sozialamt zugeordnet). Ein Teil der zentralen Fachstelle (für Personen, die räumlich nicht zuzuordnen sind) ist in neuen Räumlichkeiten an der Harkortstraße in der Nähe des Hauptbahnhofs untergebracht. Im gleichen Gebäudekomplex befindet sich die Abt. Hilfen für Wohnungslose, das Café Pur, (ehemals Acker 7) und eine Notschlafstelle für Männer (ab 2004). Die vorbeugende Obdachlosenhilfe befindet sich in der Brinckmannstraße. In der Querstraße ist eine Einrichtung der Diakonie und der Obdachlosenbehörde für obdachlose/wohnungslose Frauen geplant, die die Fachberatungsstelle und das Büro betreutes Wohnen nach § 72 BSHG sowie eine Notschlafstelle beherbergen soll (ab 2004). Auf Grund der von der Wohnungslosenhilfe geforderten und bisher nicht realisierten Tagesstätte für Wohnungslose in der Altstadt wurde von November 2002 bis März 2003 an der Unteren Rheinwerft ein Buscafé bereitgestellt, in dem sich Menschen, die sich vorwiegend auf der Straße aufhalten, aufwärmen und ausruhen sowie Gespräche führen konnten. Es bleibt abzuwarten, ob das neue Angebot auf der Harkortstraße auch von dieser Klientel beansprucht werden wird.

Im September 2002 hat die Diakonie in Düsseldorf zusammen mit anderen Einrichtungen (den Rheinischen Kliniken, der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe der Stadt Düsseldorf, dem Betreuungsverein, dem Markus-Haus und den Tagesstätten der Diakonie) 48 Fälle von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken ermittelt, die einer stationären Unterbringung bedürften. Zusammen mit der Verwaltung und den

Rheinischen Kliniken wurde ein Konzept für eine stationäre Einrichtung mit 24 Plätzen für den Personenkreis entwickelt. Der Antrag wurde vom Landschaftsverband Rheinland genehmigt, ein entsprechendes Grundstück im Stadtteil Rath stand bereits fest, konnte aber schließlich doch nicht genutzt werden. Im Moment wird eine neue Immobilie für die geplante stationäre Einrichtung gesucht. Die Zielgruppe der Einrichtung sollen vor allem Suchtkranke mit einer weiteren psychischen Erkrankung, in der Regel einer Psychose, sein. Das Alter der Zielgruppe beträgt 18 bis 50 Jahre. Neben Alkoholkranken werden auch von illegalen Drogen Abhängige aufgenommen, sofern daraus nicht die Gefahr einer illegalen Drogenszene in der Einrichtung erwächst. Bei akuten Psychosen ist psychiatrisch abzuklären, ob die Aufnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt sinnvoll ist. Eine erklärte Abstinenzbereitschaft ist keine Voraussetzung für die Aufnahme, jedoch langfristiges Ziel. Geistig behinderte Menschen und solche, die sich oder andere gefährden, können nicht aufgenommen werden.

In den stationären Wohngruppen der Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus leben - meist ältere und vorwiegend alkoholkrank - mehrfach Beeinträchtigte, für die weiterführende Angebote zu hohe Ansprüche stellen. Die Betroffenen verbleiben meist länger als zwei Jahre in der Einrichtung, eine Hilfeunabhängigkeit und oder Weitervermittlung ist oft nicht möglich. Die Ordensgemeinschaft geht davon aus, dass 80 Prozent der Personen suchtkrank sind, 60 Prozent psychisch krank, behindert und/oder anderweitig chronisch körperlich krank. Da dieser Personenkreis im Rahmen der Hilfen nach § 72 BSHG nicht ausreichend gefördert werden kann, hat die Ordensgemeinschaft die Umwandlung von 50 Plätzen für die Hilfgewährung gemäß § 39 BSHG beim LVR beantragt. Die Einrichtung soll die regionale Versorgung für die älteren, meist alkoholkranken Mehrfachgeschädigten sicherstellen.

Gesetze

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 28. Oktober 2002 die BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) geändert und zwar im Bezug auf die "Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger". Danach ist "...im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes, das auch, soweit erforderlich, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezieht, eine Substitution zulässig" (Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31.12.02). Die Substitution Drogenabhängiger ist somit unter bestimmten Voraussetzungen eine Kassenleistung. Problematisch ist, dass die begleitende psychosoziale Betreuung keine Kassenleistung darstellt. Die Finanzierung dieser Maßnahmen ist nach wie vor ungeklärt. Die schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder Fortführung der psychosozialen Beratung gehört aber gemäß den Richtlinien zu den Dokumentationspflichten.

Das Land NRW (Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport) hat am 20. Juni 2003 die Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) geändert. Ab dem 1. Juli 2003 sind die Landschaftsverbände für das betreute Wohnen für Menschen mit Behinderung zuständig. Das Aufgabenspektrum der Landschaftsverbände erweitert sich damit von den stationären Angeboten auf den ambulanten Bereich, mit dem Ziel, eine personenorientierte und kostengünstige Verbesserung der Angebotsstruktur zu entwickeln. Zur Umsetzung werden zwei Hilfsmittel eingesetzt. Für jeden Betroffenen wird ein Hilfeplanverfahren nach dem Hilfeplanmanual des LVR erstellt. Bei Unklarheiten können sog. Hilfeplankonferenzen vor Ort und weitere Gutachten die Bedarfslagen konkretisieren. Welche Stelle den Hilfeplan erstellt, kann von den Betroffenen frei gewählt werden. Außerdem werden vom LVR Regionalkonferenzen durchgeführt, die

der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen vor Ort dienen sollen. Alle Verantwortlichen der Versorgungsstruktur werden in dieses System eingebunden. Von der neuen Regelung betroffen sind behinderte Menschen im Sinne der §§ 39 ff. BSHG, d.s. geistig, seelisch und körperlich behinderte sowie suchtkranke Menschen, die vorübergehend oder für längere Zeit nicht ohne fremde Hilfe leben können. Darin eingeschlossen ist auch ein geringes Maß psychosozialer Begleitung auf Dauer. Neben dem betreuten Wohnen (in seiner ganzen Angebotspalette) ist die Einbindung in ein abgestuftes (stationäres, teilstationäres, ambulantes) Versorgungssystem geplant. Dieses soll durch Fallmanagement und Einbeziehung anderer Leistungen (nach SGB V, SGB IX, PsychKG) unterstützt werden.

Zum 01.01.2004 trat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Danach sind die Krankenkassen auch für die organisatorische Abwicklung der Behandlungskosten bei Sozialhilfeempfängern zuständig. Alle Sozialhilfeempfänger sind schriftlich aufgefordert worden, eine Krankenkasse auszuwählen. Sie sind damit den gesetzlich Versicherten hinsichtlich des Leistungsumfangs gleichgestellt und müssen damit auch die entsprechenden Zuzahlungen selbst leisten. Dazu zählen u.a. die quartalsweise zu entrichtende Praxisgebühr, Medikamentenzuzahlungen, Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten und sonstige Heilmittel/Maßnahmen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei chronisch Kranken 1 Prozent. Die Beiträge werden jedoch wie bisher vom Sozialhilfeträger bezahlt. Die Praxis zeigt, dass 20 bis 25 Prozent der Betroffenen, die Anfang des Jahres medizinische Hilfen beim Verein für medizinische Hilfen für Wohnungslose nachfragten, keine Krankenversicherung aufwiesen. Weiterhin können sich besonders Menschen mit niedrigsten Einkommen die Zuzahlungen nicht leisten.

Zusammenfassung der Befragungsergebnisse

Insgesamt wurden für Düsseldorf 5.380 Fälle von Suchtkranken gezählt, die dem Hilfesystem zu Beginn des Jahres 2001 (Zeitstichprobe: Januar bis April) bekannt waren. Rechnet man mögliche Doppelnennungen heraus (es ist davon auszugehen, dass die Hälfte bis zwei Drittel der "Fälle" "echte" Personen sind), bleiben ungefähr 3.500 Personen, die regelmäßige Hilfen beanspruchten. Die tatsächliche Zahl der Suchtkranken liegt allerdings höher, da zum einen nicht alle Hilfeanbieter mit der Befragung erreicht werden konnten und zum anderen nicht alle Suchtkranken zum Zeitpunkt der Befragung Hilfen in Anspruch nahmen. Die zweite Befragung ermittelte für den Monat November 2001 866 Fälle von Suchtkranken in Mehrfachproblemlagen, wovon wiederum 684 mindestens eine Sucht, eine Krankheit und ein soziales Problem hatten. Bei der Einschätzung der Größenordnung ist zu berücksichtigen, dass zwar nicht alle Einrichtungen befragt werden konnten, jedoch besonders die niedrigschwelligen Angebote der Sucht- und Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe mitgemacht haben. Damit ist davon auszugehen, dass der hier interessierende Personenkreis, nämlich die schlecht versorgten Mehrfachabhängigen, weitestgehend erfasst wurde. Ungefähr 500 bis 800 chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke waren demnach bekannt, wovon nach strengen Kriterien (nur die Hälfte der "Fälle" sind "echte" Personen) mindestens 350 schwerstbeeinträchtigt waren.

Das Nutzerprofil

Der Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken stellte keine homogene Gruppe dar. Mit dem Alter und Geschlecht der Betroffenen waren unterschiedliche Konsummuster und Problemprofile verbunden. Bei den bis 30-Jährigen überwogen die Drogenabhängigen mit über 90 Prozent und bei den über 50-Jährigen die Alkoholabhängigen mit 93 Prozent. Die Jüngeren waren häufiger mehrfach abhängig und psychische Erkrankungen waren häufiger. Die Häufigkeit bestimmter Störungsbilder änderte sich mit dem Alter. Bei den Jüngeren standen vor allem Entwicklungsstörungen im Vordergrund, bei den mittleren Altersgruppen allgemeine psychische

Erkrankungen (Psychosen, Depressionen) und bei den Älteren kognitive Defizite. Sowohl der Anteil körperlicher Erkrankter als auch die Multimorbidität nahmen mit dem Alter zu. Die körperlichen Erkrankungen standen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, die Jüngeren litten entsprechend an Hepatitiden, HIV und Hauterkrankungen, die Älteren an den Folgen langjährigen Alkoholkonsums (kognitiver Abbau, motorische Störungen, Epilepsie) und Herz-Kreislaufkrankungen. Die Wohnungslosigkeit nahm mit dem Alter zu Gunsten einer Unterbringung in Heimen und im betreuten Wohnen ab. Damit wurden auch begleitende soziale Schwierigkeiten - wie Schulden und Straffälligkeit - weniger. Frauen waren im Vergleich zu Männern deutlich jünger, häufiger drogen- als alkoholabhängig und damit auch häufiger mehrfach süchtig. Die meisten (80%) waren psychisch krank, wobei die genannten Störungen (Borderline-Syndrom, Ess-Störungen und weitere Erkrankungen) auf erschwerte Sozialisationsbedingungen, möglicherweise Gewalterfahrungen, und eine gestörte Persönlichkeitsentwicklung schließen lassen. Die körperlichen Erkrankungen waren die Folge des Drogenkonsums. Ein größerer Anteil als bei den Männern war wohnungslos, d.h. lebte auf der Straße. Häufiger waren die genauen gesundheitlichen und sozialen Umstände der Frauen den Hilfeanbietern nicht bekannt, was auf eine schlechtere Erreichbarkeit - auch im übertragenen Sinne - zurückgeführt werden kann. Die Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken in dieser Befragung lässt sich damit in die primär Drogenabhängigen und die primär Alkoholabhängigen einteilen. Die erste Gruppe war jünger, mit einem vergleichsweise hohen Frauenanteil (50%), stärker beeinträchtigt und schlechter versorgt als die zweite. Die Alkoholkranken, besonders die älteren, ausschließlich Alkoholkranken, waren vorwiegend Männer, die im Hilfesystem untergekommen waren.

Das Anbieterprofil

Die Angebotspalette der Anbieter war zum Befragungszeitpunkt sehr umfassend. Hier wurde eine Einteilung der Hilfeanbieter in Einrichtungen der "Wohnungs-/Obdachlosenhilfe*", der "Suchtkrankenhilfe" und "andere Anbieter" vorgenommen. Die letzte Gruppe umfasste vor allem psychiatrische und medizinische Leistungsanbieter sowie Betreuungsvereine. Die so zusammengefassten Leistungsanbieter stellten nur einen Ausschnitt aus der gesamten Versorgung dar. Betrachtet man die Hilfesysteme getrennt, zeigen Personal- und Angebotsstruktur die unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte deutlich auf. In der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe stand die Grundversorgung mit Unterbringung, Hygiene, Essen und Beratung im Vordergrund. Die Suchtkrankenhilfe war eher therapeutisch ausgerichtet, bot aber auch Unterbringung und die Vermittlung in Wohnraum an. Die sozialpsychiatrischen Dienste und Betreuungsvereine leisteten vor allem die ambulante Nachsorge und Begutachtung der Klienten.

* Für die Auswertung wurden die Einrichtungen Kategorien zugeordnet, die sich auf die Zielgruppe beziehen, also Suchtkranke, Menschen mit Wohnproblemen, andere. Allerdings muss zwischen "Wohnungslosen" und "Obdachlosen" aus gesetzlicher Sicht unterschieden werden. "Wohnungslose" sind Personen ohne festen Wohnsitz oder solche, die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht sind (nach BSHG §72). "Obdachlose" sind Menschen, die in städtischen Notunterkünften nach Ordnungsbehördengesetz untergebracht sind. Letztere bieten demnach zwar eine Unterkunft, aber keine qualifizierten Hilfen an. In Bezug auf den hier betrachteten Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken sind allerdings auch die Hilfen für Wohnungslose als nicht ausreichend zu bezeichnen (vgl. Abschnitt "Wer soll das bezahlen?").

Der benötigten Bandbreite der Hilfsangebote und der damit verbundenen Berufsgruppen kann kein Leistungsanbieter allein gerecht werden. Der Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen kommt den Ergebnissen zufolge eine herausragende Bedeutung als erste Ansprechpartner, Behandler, Vermittler und Wegbegleiter durch den Hilfesystemdschungel zu. Damit werden an diese Berufsgruppe hohe Anforderungen hinsichtlich der Begutachtung und Feststellung weitergehender Bedarfe gestellt sowie an die Kenntnisse weiterführender Hilfsangebote und die Kontaktherstellung. Entsprechend hoch fielen die Angaben zu den Kooperationspartnern aus, wobei die Behandlung der Sucht und der psychiatrischen Erkrankung besonders wichtig waren. Die Anzahl unterschiedlicher Kooperationspartner belegt die Vielfalt der Probleme der Betroffenen. Von den dokumentierten Einzelfällen wurde rund die Hälfte von mindestens einer weiteren Einrichtung mitbetreut.

Probleme in der Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker

Trotz der bestehenden Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern hatten über die Hälfte der Fälle in der 2. Befragung zusätzliche Hilfebedarfe, die weder die betreuende Einrichtung noch ein Kooperationspartner abdecken konnten. Hauptsächliche Mängel bestanden demnach in einer geeigneten Unterbringung und therapeutischen Angeboten. Dabei deckten die Nennungen die gesamte Bandbreite von niedrigschwelligen Angeboten, ambulanten als auch stationären Einrichtungen ab. Das Personal in den sowohl auf Unterbringung als auch auf Therapie spezialisierten Einrichtungen müsste demnach der Mehrfachbelastung der Klienten besser gerecht werden können. Dabei müsste der Suchterkrankung und weiteren psychischen Krankheiten als auch körperlichen und sozialen Defiziten zeitgleich angemessen begegnet werden. Ein weiteres Problem stellt die häufig nicht vorhandene Kooperationsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Betroffenen dar.

Eine genauere Betrachtung der Klienten mit besonde-

rem Hilfebedarf zeigt, dass besonders die Gruppe der primär Drogenabhängigen zusätzliche Hilfen benötigten. Trotz gesteigertem Hilfebedarf wurde diese Gruppe der Schwerstbeeinträchtigten nicht durch mehr Anbieter gleichzeitig betreut als die weniger Beeinträchtigten. Rund die Hälfte der CMA's wurde durch andere Einrichtungen mitbetreut, unabhängig vom weiteren Behandlungsbedarf der Erkrankten. Demnach war das Hilfesystem nicht in der Lage, flexibel auf die Bedarfe der Betroffenen zu reagieren. Vielmehr wurde die Kooperation der Einrichtungen durch bereits etablierte Kontakte bestimmt und nicht in ausreichendem Maße an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet. Der Grund dafür liegt in der ausgeweiteten Problematik der Betroffenen, die auf ein spezialisiertes Hilfesystem trifft. Einige Leistungsanbieter forderten deshalb, dass neben den Einzelangeboten wie Wohnmöglichkeiten und Therapieplätzen auch eine umfassende gemeinsame Hilfeplanung und die Verständigung auf ein ganzheitliches Beratungs- und Behandlungskonzept vonnöten sei. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es DEN chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen nicht gibt. Es ist ratsam auf Grund der unterschiedlichen Problemlagen nicht von einem Versorgungskonzept für CMA's auszugehen, sondern von verschiedenen, die dem jeweiligen Klientel angepasst werden müssen. Die drogenabhängigen schwerstbeeinträchtigten Patienten wurden vorwiegend von der Suchtkrankenhilfe betreut. Von diesen wurde auch der größte zusätzliche Hilfebedarf formuliert (60%). Obwohl die Personal- und Angebotsstruktur schon therapeutisch ausgerichtet war, reichten die vorhandenen Leistungen nicht aus. Trotzdem war die zusätzliche Betreuung durch andere Einrichtungen hier am geringsten, was aber darauf zurückzuführen ist, dass für jeden vierten Klienten der Suchtkrankenhilfe nicht bekannt war, ob er von weiteren Institutionen versorgt wurde. Damit bestand für die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe der größte Handlungsdruck für eine verbesserte Versorgung. Demgegenüber wurden von der Wohnungslosen-/Obdachlosenhilfe vergleichsweise weniger Probleme berichtet. Den Mitarbeitern in den Einrichtungen zufolge waren die Hälfte ihrer Klienten psychisch

gesund und die Hälfte körperlich gesund. Entsprechend niedrig wurde der Anteil derer mit zusätzlichem Hilfebedarf gesehen (36%). Die Klienten in diesen Einrichtungen waren vorwiegend Männer und vorwiegend Alkoholranke, die mit zunehmendem Alter besser versorgt waren. Nichts desto trotz bestand auch für diesen Personenkreis ein nichtgedeckter Hilfebedarf, besonders im Hinblick auf psychiatrische Hilfen für die langjährig Erkrankten und für die stark verwahrlosten Klienten, die in eine Regeleinrichtung kaum integriert werden konnten. Für jüngere Alkoholranke bestand der Bedarf an geeigneten Wohnformen. Auch die Drogenabhängigen tauchten in den Einrichtungen der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe auf. Insgesamt lässt sich sagen, dass der größte Handlungsbedarf für die jungen, zu gleichen Teilen männlichen und weiblichen, drogensüchtigen, psychisch kranken und wohnungslosen chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen bestand.

Handlungsempfehlungen für Düsseldorf

Der größte Hilfebedarf besteht nach den Ergebnissen der Befragung in der geeigneten Unterbringung und Therapie von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken.

Betreutes Wohnen

Die Daten aus der Zeitstichprobe im November 2001 ergaben, dass für 79 Fälle (von 866) Plätze im betreuten Wohnen fehlten. Für 21 Hilfesuchende konnte keine Wohnung gefunden werden. Damit brauchten zu diesem Zeitpunkt 100 Fälle eine Wohnung (mit und ohne Betreuung). Trotz möglicher Doppelnennungen zeichnet sich hier ein größerer Bedarf ab. Die vorhandenen Plätze sind nicht ausreichend. Sie richten sich vorwiegend an abstinentzfähige Bewohner, meistens an Suchtkranke oder psychisch Kranke oder geistig Behinderte. Da das betreute Wohnen in die Zuständigkeit des LVR's übergegangen ist, der nach Bedarf fallbezogen finanziert, wird sich diesbezüglich die Situation in Zukunft bessern. Es müssen allerdings entsprechende Betreuungskonzepte für die Bedürfnisse chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker entwickelt und von den Anbietern personell und fachlich auch vorgehalten werden können. Hier wäre ein zwischen den verschiedenen Anbietern abgestimmtes Vorgehen wünschenswert. Zum einen ist es sinnvoll, bei gleicher Problemlage eine gleiche Versorgung zu gewährleisten (im Sinne der Qualitätssicherung), zum anderen brauchen verschiedene Gruppen chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker unterschiedliche Angebote. Die unterschiedlichen Gruppen stellen nach Art des Suchtmittelgebrauchs, Alter, Geschlecht und somatischen und psychischen Erkrankungen unterschiedliche Anforderungen an die Betreuung. Da die Hilfepläne in Zukunft von jeder Stelle, die mit behinderten Menschen arbeiten, erstellt werden können, müssen alle Anbieter wissen, wer welche Angebote vorhält.

Empfehlung

Die Konzepte betreuten Wohnens sind stärker als bisher den Bedarfen chronisch mehrfach beeinträchtigter

Abhängigkeitskranker anzupassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Problemlagen, die unter diesem Begriff zusammengefasst werden, unterschiedliche Angebote erfordern. Diese sollten zwischen den Hilfeanbietern abgestimmt und entwickelt werden.

Stationäre Plätze (§39 BSHG)

Die Mitarbeiter in den Einrichtungen sahen für 39 Fälle (von 866, November 2001) die Notwendigkeit einer Einrichtung speziell für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke, weitere 18 bedurften der speziellen Unterbringung, inklusive Nahrung und Pflege. In der Zwischenzeit ist eine Unterbringungsmöglichkeit für ältere chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke bei der Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus geplant, so dass dieser (bereits vorhandenen) Personengruppe in voraussichtlich zwei Jahren ein Angebot zur Verfügung steht. Für unter 50-Jährige gibt es keine Heimplätze, die nicht auf Abstinenz basieren. Hier kann in Zukunft die geplante CMA-Einrichtung der Diakonie eine Versorgungslücke schließen. Beide Einrichtungen werden auf der Grundlage des §39 BSHG finanziert, um ausreichende Hilfen gewähren zu können. Ob die Kapazitäten beider Einrichtung ausreichen werden, bleibt abzuwarten.

Empfehlung

Der Bedarf an stationären Plätzen nach §39 mit für die Zielgruppe maßgeschneiderten Therapie- und Förderangeboten sollte fortlaufend beobachtet und in zwei bis drei Jahren neu beurteilt werden.

Stationäre Therapie

Im November 2001 benötigten 28 Klienten dringend eine Entgiftungstherapie, 52 eine stationäre Therapie (ohne weitere Erklärung) und 48 psychiatrische Betreuung. Ob die bestehenden Angebote in der Entzugsbehandlung, der Entwöhnungsbehandlung und der psychiatrischen Behandlung ausreichen, kann auf Grund der vorliegenden Befragung nicht geklärt werden, da keine Daten dazu vorliegen. In der Praxis

besteht aber häufig das Problem, Abhängigkeitskranke mit geringer Therapiemotivation, hoher Rückfallgefahr und geringer Gruppenfähigkeit in eine Entwöhnungsbehandlung zu vermitteln. Eine geeignete Behandlung muss zeitgleich der Sucht und der psychiatrischen Erkrankung angemessen begegnen. Folglich muss ein geeignetes stationäres Behandlungskonzept für diesen Personenkreis vorliegen. Auch die Versorgung in somatischen Krankenhäusern gestaltet sich schwierig. Die Aufnahme- und Entlassmodalitäten zwischen den Kliniken und den vor- und nachbetreuenden Einrichtungen sind verbindlich zu klären.

Empfehlung

Besonders die psychiatrischen Krankenhäuser und die Suchtfachkliniken benötigen auf die Bedürfnisse von CMA's abgestimmte Behandlungskonzepte, aber auch somatischen Krankenhäuser müssen auf die Versorgung dieser Patientengruppe eingerichtet sein. Die Kliniken und die weiterführenden ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen entwickeln verbindliche Kooperationsabsprachen zur Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker.

Teilstationäre Therapie

Tageskliniken mit allgemein psychiatrischem Schwerpunkt sind den verschiedenen Kliniken angeschlossen. Dabei gibt es auch spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche und alte Menschen. Daneben gibt es die Johanniter Tagesklinik. Die Diakonie führt eine Tagesklinik für Suchtkranke, die der Fachambulanz angeschlossen ist. Sie ist eine teilstationäre medizinische Rehabilitationseinrichtung für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Teilstationäre Angebote für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke gibt es nicht.

Empfehlung

Ein teilstationäres Angebot für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke wird entwickelt. Dies könnte an eine bestehende Einrichtung ange-

schlossen werden.

Ambulante Therapie

Neben der stationären Behandlung gibt es einen hohen Bedarf an ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten, die sich an der individuellen Lebenslage der Betroffenen orientieren. Im November 2001 benötigten 48 Abhängige psychiatrische Betreuung (siehe stationäre Therapie), 22 psychische Hilfe und 24 ambulante Therapie (ohne genauere Angaben). In der somatischen Versorgung haben sich medizinische Sprechstunden vom Verein Medizinische Hilfen für Wohnungslose an wechselnden Orten bereits etabliert. Auch andere Einrichtungen, z.B. das Trebe-Café, bieten medizinische Sprechstunden an. Die psychiatrische Versorgung sollte nach diesem Vorbild ausgebaut werden. Der Psychiater vor Ort könnte die Mitarbeiter in den Einrichtungen über die bestehenden Krankheiten und den Umgang mit den Betroffenen beraten. Der Kenntnisstand über psychiatrische Erkrankungen der Klienten ist in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen oft unzureichend. In der vorliegenden Befragung lagen bei rund 15 Prozent von insgesamt 866 Fällen keine Angaben zu psychiatrischen Diagnosen vor. Die Beratungs- und Anlaufstellen sind jedoch in einer Schlüsselfunktion für weitergehende Hilfen. Sie entscheiden letztlich, zu welchen weiterführenden Einrichtungen die Klienten vermittelt werden und erstellen die Hilfepläne. Dafür ist eine ausreichende Kenntnis der Probleme der Betroffenen unverzichtbar. Nicht zuletzt böte sich an, mit dem psychiatrischen Krankenhaus zu kooperieren, in das die Betroffenen bei Bedarf aufgenommen würden. So könnte die Einweisung in eine stationäre Therapie mit dem Betroffenen vorbesprochen und eine bessere Compliance hergestellt werden. Außerdem wäre die Nachbetreuung in den gleichen Händen. Alternativ kommen auch ambulante Mitversorger in Frage, als erstes der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes und sozialpsychiatrische Zentren sowie Institutsambulanzen und niedergelassene Ärzte. Diese sollten wiederum engen Kontakt mit stationären Einrichtungen halten.

Empfehlung

Die aufsuchende ambulante psychiatrische Versorgung wird in Einrichtungen, die mit CMA's arbeiten, sichergestellt. Dies dient der sicheren Diagnosestellung, der Beratung der Mitarbeiter und dem begleiteten Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Im Idealfall kann eine Überleitung in eine reguläre ambulante psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Angebote in der aufsuchenden medizinischen Versorgung müssen aufrecht erhalten werden.

Ein Teil des Bedarfs entsteht aus der ungesicherten Finanzierung psychosozialer Betreuung für Methadonsubstituierte. Neben der unklaren finanziellen Situation reichen die Betreuungskapazitäten in den Drogenberatungsstellen nicht aus.

Empfehlung

Die psychosoziale Betreuung von Methadonsubstituierten muss sichergestellt werden. Diese bedarf der gesetzlichen Regelung. Bis dahin muss eine regionale Lösung gefunden werden. Die Kostenträger müssen sich auf ein Finanzierungsmodell einigen. Zwischen den beteiligten Akteuren (Methadonambulanz, substituierende Ärzte, Diagnostik, Drogenberatungsstellen und andere Therapeuten) müssen Absprachen getroffen werden.

Tagesstrukturierende Maßnahmen

Neben den psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen sind tagesstrukturierende Maßnahmen, die die Betroffenen an einen geordneten Tagesablauf gewöhnen, wichtige Schritte zu einer erfolgreichen Therapie/Rehabilitation. Von den 866 Fällen der Erhebung im November 2001 benötigten 37 einen Tagesaufenthalt. Bei der Betrachtung der Angebote muss zwischen den jeweiligen Zielgruppen differenziert werden. Für obdach- bzw. wohnungslose Menschen oder davon bedrohte gibt es in Düsseldorf zwei Tagesstätten, die ihre Öffnungszeiten aufeinander abgestimmt haben, so dass eine regelmäßige Anlaufstelle gewährt ist. Weiterhin stehen psychisch Kranken drei

Tagesstätten im Stadtgebiet offen. Vergleichbare Angebote für Suchtkranke fehlen.

Empfehlung

In der Versorgungslandschaft werden Tagesstätten für Suchtkranke eingerichtet, durch die sich Betroffene wieder an einen regelmäßigen Tagesablauf gewöhnen können. Damit stellen sie ein wichtiges Bindeglied zur Vorbereitung auf eine Therapie oder eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme dar. Die unterschiedlichen Bedürfnisse der Klienten, die je nach Alter und Geschlecht sehr verschieden sein können, müssen berücksichtigt werden.

Zur Tagesstrukturierung zählen im weiteren Sinne auch Maßnahmen zur Beschäftigung und beruflichen Rehabilitation. Es besteht jedoch nicht für alle chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken eine realistische Chance auf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Folglich müssen für diesen Personenkreis Angebote mit unterschiedlicher Zielsetzung vorgehalten werden. Bestehende Angebote sollten soweit wie möglich unterstützt und aufrecht erhalten werden.

Empfehlung

Beschäftigungs- und Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke müssen ausgebaut werden. Es empfiehlt sich, Plätze in den Werkstätten für angepasste Arbeit auf den Personenkreis der CMA auszuweiten. Daneben sollten Stunden- und Tagelöhnerangebote für Suchtkranke vorhanden sein und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden.

Kooperation und Vernetzung

Die Ergebnisse der Befragung 2001 zeigen, dass der Anteil der Klienten, die durch weitere Institutionen betreut wurden, nicht mit dem Hilfebedarf der Betroffenen variierte. Von 866 Fällen hatten 419 zum Zeitpunkt der Befragung einen zusätzlichen Hilfebedarf. 52 Prozent davon wurden auch durch

andere Einrichtungen mitbetreut, genauso viele wie in der Gruppe der Betreuten ohne zusätzlichen speziellen Hilfebedarf (54%). Da die befragten Einrichtungen mit vielen anderen Hilfeanbietern in der kommunalen Versorgung zusammenarbeiteten, kann mangelnde Vernetzung nicht der Grund für die geringen Unterschiede sein.

Eine Erklärung ist, dass die Personen mit erhöhtem Hilfebedarf sehr wohl häufiger von mehreren Anbietern gleichzeitig betreut wurden, dies der behandelnden Einrichtung aber nicht bekannt war. Tatsächlich war bei Klienten mit zusätzlichem Hilfebedarf die Mitversorgung häufiger unbekannt als bei Klienten ohne zusätzlichem Hilfebedarf (20% zu 9%). Dabei handelte es sich vor allem um Drogenabhängige und - da Alter und Art des Suchtmittels hoch korrelieren - junge Menschen. Der Kenntnisstand verbesserte sich mit zunehmendem Alter der Klienten (Anteil der Personen, bei denen die Betreuung durch andere nicht bekannt war, in der Gruppe der: 14-30-Jährigen: 22,8; 31-40-Jährigen: 16,9; 41-50-Jährigen: 11,7; 51-80-Jährigen: 3,7;). In den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe war bei jedem vierten Klienten nicht bekannt, ob er durch andere Einrichtungen mitbetreut wurde (Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe: 6,4%, andere: 4,8%). Dabei war die Kenntnis über die Personen generell schlechter und nicht nur bei der Frage nach der Mitbetreuung durch andere. Hier liegt ein erheblicher Mangel in der Informationsermittlung vor. Der Informationsstand über die Klienten muss dringend verbessert werden, wenn man eine koordinierte und zielgerichtete Versorgung erreichen will.

Empfehlung

Der Informationsstand über die Klienten muss verbessert werden. Das gilt in besonderem Maße für Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Hilfeanbieter müssten sich auf eine einheitliche Dokumentation einigen. Diese sollte danach ausgewählt werden, ob sie für die Hilfeplanerstellung notwendig ist. Soweit datenschutzrechtliche Bestimmungen den Informationstransfer behindern, ist der Gesetzgeber gefragt, sinnvolle Lösungen zu finden. Der Hilfebedarf

des Einzelnen sollte dann soweit wie möglich in Fallkonferenzen weiter abgeklärt werden.

Die Informationssammlung ist nur der erste Schritt in einer abgestimmten Versorgung. In allen folgenden Interventionsschritten ist eine enge Zusammenarbeit aller an der Hilfe beteiligten Institutionen notwendig. Es bestehen zwar umfassende Kooperationen, die für den betreffenden Hilfeanbieter zufriedenstellend funktionieren können, aber nicht zu einem gesamtstädtischen Versorgungskonzept beitragen. Neben Einzelabsprachen verschiedener Einrichtungen existieren zahlreiche Arbeitskreise, die verschiedene Hilfesysteme, Sektoren, Kostenträger und Fragestellungen zusammenführen. Die folgende Liste stellt eine Auswahl regionaler Arbeitskreise dar:

- Arbeitsgruppe Sucht und Drogen, Gesundheitskonferenz, Unterarbeitsgruppen
- Arbeitsgruppe Wohnungslosigkeit und Gesundheit der Gesundheitskonferenz
- Arbeitsgemeinschaft gem. §95/§72 BSHG der Landeshauptstadt Düsseldorf
- Arbeitskreis §39/§72 BSHG "Psychiatrische Hilfen für Wohnungslose"
- Methadonsubstitution und Einrichtungen gem. §11/§72 BSHG
- Arbeitskreis Methadon
- Arbeitskreis Streetwork in Düsseldorf
- Initiativkreis Armut in Düsseldorf
- Projektgruppe Randgruppen in der Innenstadt, Arbeitskreis Vorbeugung und Sicherheit
- Arbeitskreis Mädchen, Frauen und Sucht
- Arbeitskreis Hilfen für Wohnungslose
- Frauen-Netzwerk zur Berufsrückkehr der Regionalstelle Frau und Beruf
- Projektgruppe Opferschutz, Arbeitskreis Vorbeugung und Sicherheit
- Projektgruppe Drogen, Arbeitskreis Vorbeugung und Sicherheit
- Arbeitskreise der PSAG, Unterarbeitsgruppen
- Trägerübergreifende Dienstbesprechungen, Fachberatung nach §72 BSHG

In Anbetracht der unterschiedlichen Gruppen chro-

nisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker kann es kein einzelnes Versorgungskonzept für diesen Personenkreis geben. Die notwendigen Bausteine einer abgestimmten Versorgung sind für jede der Gruppen getrennt zu betrachten. Daher ist es sinnvoll, auf ein bereits ausdifferenziertes Netz an Arbeitskreisen zurückzugreifen. Es sollte jedoch geklärt werden, welche Arbeitsgruppen mit welcher konkreten Fragestellung befasst werden. Die Ergebnisse werden dann der Gesundheitskonferenz und dem Ausschuss für Gesundheit und Soziales vorgestellt. Die Versorgung der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken ist idealerweise fallbezogen ausgerichtet. Die Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes bieten die Möglichkeit eines flexiblen Zugangs zum Hilfesystem. Dabei käme der betreuenden Stelle, die wichtigster Ansprechpartner für den/die Betroffene ist und die den Hilfeplan erstellt hat, die Rolle des "Fallmanagers" zu. Unklarheiten könnten im Rahmen der Hilfeplankonferenzen im größeren Anbieterkreis beseitigt werden.

Empfehlung

Die Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker erfordert ein an den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Einzelnen orientiertes Vorgehen. Dazu können sich die Anbieter am Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes orientieren. Einzelheiten können mit allen beteiligten Anbietern in Fallkonferenzen besprochen werden. Die mit der Idee der Hilfepläne einhergehende Anpassung der Versorgungsstruktur an die Bedürfnisse der Betroffenen kann im Rahmen der Regionalkonferenzen geklärt werden. Darüber hinaus müssen bei Bedarf zwischen verschiedenen Versorgungsmodulen verbindliche Kooperationsabsprachen getroffen werden (z.B. zwischen verschiedenen Hilfeanbietern wie Suchtkranken- und Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe, ambulanten Beratungsstellen und stationären psychiatrischen aber auch somatischen Krankenhäusern, unterschiedlichen Kostenträgern, BSHG, SGB V und IX, PsychKG, etc.). Dann ist zu prüfen, ob ein bestehender Arbeitskreis mit der Thematik befasst ist und eine entsprechende Aufgabe überneh-

men kann oder ob sich gezielt zur Bearbeitung einer Fragestellung die Fachleute zusammenfinden. Nach Absprache mit den Beteiligten wird die Vorgehensweise der Gesundheitskonferenz vorgeschlagen. Diese beschließt nach Beratung die Vergabe des Arbeitsauftrags an die Arbeitsgruppe.

Fort- und Weiterbildung

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass in über 90 Prozent der befragten Einrichtungen Sozialarbeiter und in 60 Prozent Sozialpädagogen beschäftigt waren. Sie sind damit die ersten Ansprechpartner für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Sie erstellen die Hilfepläne für die Betroffenen und benötigen daher weitreichende Kenntnisse nicht nur über die Bedarfe der Klienten (rechtliche, medizinische, psychologische Kenntnisse), sondern auch über die bestehende Versorgungsstruktur sowie kommunikative und kooperative Kompetenzen. Auch in weiterführenden ambulanten und stationären Einrichtungen müssen die Fachkräfte unterschiedlichster Professionen auf die Mehrfachbelastung ihrer Patienten eingestellt sein, seien es Psychiater, Psychologen, Mediziner in der somatischen Versorgung, Krankenpfleger, psychiatrische Pflegekräfte, Altenpfleger u.a. Dafür brauchen sie gezielte Fort- und Weiterbildungen.

Empfehlung

Alle Fachkräfte, die mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken arbeiten, erhalten adäquate, für ihren Aufgabenbereich zugeschnittene, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Supervision.

Die Befragung

Auftrag

Aus Sicht der Fachleute wurde im Jahr 2000 im Arbeitskreis der Gesundheitskonferenz "Sucht und Drogen" der Bedarf an einer stationären Einrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke deutlich. Ein entsprechender Antrag zur Finanzierung einer stationären Einrichtung wurde beim Landschaftsverband Rheinland (LVR) gestellt. Der LVR forderte daraufhin eine quantifizierte Bedarfserhebung. Das Gesundheitsamt hat daraufhin Kontakt mit Prof. Grunow von dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung an der Gerhard-Mercator-Universität in Duisburg aufgenommen. Die Fragebogenentwicklung und Auswertung wurde von der Universität übernommen, die Durchführung und Koordination vor Ort von Herrn Dr. Krawczack, dem Sucht- und Drogenkoordinator der Stadt Düsseldorf. Schnell wurde deutlich, dass eine solche Erhebung über die reine Bedarfsermittlung hinaus geht und wichtige Ergebnisse zur Beschreibung der Klienten und der darauf bezogenen Hilfeinrichtungen liefern würde. Damit sollten die Ergebnisse in einen handlungsorientierten Gesundheitsbericht für diese Personengruppe münden.

Planung

Das Ziel der Erhebung bestand darin, alle Einrichtungen, die sich mit Suchtkranken befassen, nach ihren Bedarfen zu befragen, um die nötige ambulante und stationäre Infrastruktur besser auf die sich ständig wandelnden Anforderungen ausrichten zu können. Dabei ergaben sich zwei Problemschwerpunkte: Erstens sollte die Anzahl der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken ungefähr erfasst werden, damit eine realistische Vorstellung von der Größenordnung des Problems entstand. Außerdem galt es, eine genauere Beschreibung des Klientels und der speziellen Probleme der Betroffenen vorzunehmen. Zweitens sollte das Hilfesystem beschrieben werden, die Aufgaben und Leistungen der Einrichtungen erfasst und die Versorgungslücken quantitativ und qualitativ beschrieben werden. Um den gestellten Anforderungen gerecht werden zu können, wurden zwei

Erhebungswellen geplant. Die erste Befragung sollte eine grobe Einschätzung des Personenkreises liefern, genauer der Anzahl betreuter Personen und deren soziodemografische Merkmale. Ziel war es, möglichst alle Einrichtungen zu erreichen, die mit Suchtkranken arbeiteten, um in etwa die Zahl der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken zu erfassen, die in Kontakt mit professionellen Hilfeinrichtungen getreten waren. Außerdem wurde nach den Leistungsangeboten und dem Personal gefragt sowie weiteren Merkmalen der Institutionen. Da davon auszugehen war, dass für einen Teil der Klienten keine verlässlichen Aussagen gemacht werden konnten, wurden weiterführende Fragen nur auf die Klienten bezogen, die regelmäßig betreut wurden. Die zweite Befragung schloss die Einrichtungen mit ein, die einen hohen Anteil von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken in ihrem Klientel hatten. Dabei musste allerdings auf eine Befragung der Kliniken weitestgehend verzichtet werden, da die notwendigen Ressourcen zur Bearbeitung einer solchen Erhebung nicht zur Verfügung standen. Die Befragung erfolgte personenbezogen und sollte Auskunft über die individuellen Problemkonstellationen der Betroffenen geben sowie den nicht leistbaren Hilfebedarf der Einrichtungen erfassen. Die Fragebögen wurden von Prof. Dr. Grunow erstellt und von Mitgliedern des Arbeitskreises Therapie und Rehabilitation der Gesundheitskonferenz diskutiert und im Bedarfsfall modifiziert. Das Gesundheitsamt hat die Adressenliste der in Frage kommenden Institutionen zusammengestellt und die endgültigen Fragebögen versandt.

Einschränkungen

Da die Befragung über einen definierten Kreis von Institutionen durchgeführt wurde, muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken erfasst werden konnten. Durch die Methodik der Institutionsbefragung ist weiterhin nicht auszuschließen, dass einzelne Personen in einer, besonders aber in verschiedenen Einrichtungen doppelt gezählt wurden. Schätzungsweise die Hälfte bis zwei Drittel der erfassten "Fälle" sind einzelne Personen. Eine exakte Angabe

der Anzahl der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken im Sinne einer Prävalenzangabe ist damit nicht möglich. Ein weiteres Problem stellt die genaue Definition des Personenkreises dar. Dabei wird schon der Begriff "chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker" teilweise unterschiedlich interpretiert. Im Rahmen dieser Erhebung wurde die Suchtmittelabhängigkeit, besondere soziale Schwierigkeiten und gesundheitliche Schädigungen sowie psychische Erkrankungen zur Definition herangezogen. Darüber hinaus setzte die Erfassung der Personen u.a. eine genaue Kenntnis der persönlichen Verhältnisse der Betroffenen und genaue medizinische und psychiatrische Diagnosen voraus. In der ersten Befragung wurden diese Parameter nur für die Gesamtheit des Klientels geschätzt. In der zweiten Befragung waren die Angaben genauer, weil fallbezogen. Trotzdem konnte im Rahmen dieser Erhebung die Validität der gestellten Diagnosen nicht überprüft werden. Es handelt sich also um eine Beschreibung des Klientels, wie es sich aus der Sicht der Mitarbeiter in den Einrichtungen darstellt und nicht (zumindest nicht in jedem Fall) um gesicherte Diagnosen nach ICD-10. Entsprechend sind die Profile zu einzelnen Problemschwerpunkten geeignet, weitere Hypothesen über die Betroffenen zu generieren und mögliche Trends aufzuzeigen. Die Prävalenz einzelner Problemprofile ist nicht mehr verlässlich abschätzbar, da die zweite Befragung keine Vollerhebung war.

Durchführung

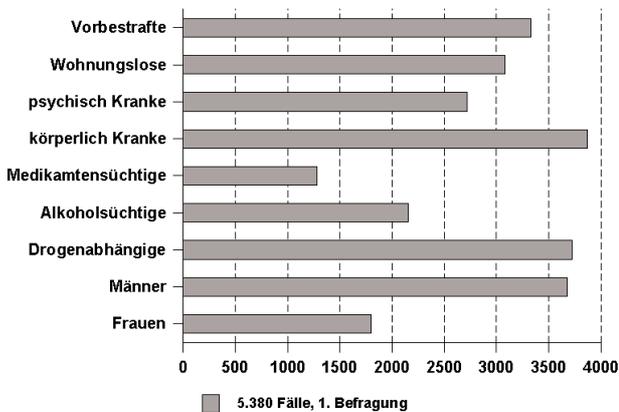
In einer ersten schriftlichen Befragungswelle wurden rund 70 Einrichtungen und substituierende, niedergelassene Ärzte mit chronisch mehrfach beeinträchtigten abhängigkeitskranken Klienten befragt. Die Befragung zielte auf die Erhebung der Organisationsstruktur, das Leistungsangebot, die Personalstruktur und das Nutzerprofil ab. Die Angaben zu den Nutzern bezogen sich dabei auf den Zeitraum vom 01.01.01 bis zum 30.04.01. Zwei Drittel der Einrichtungen, jedoch nur einzelne niedergelassene Ärzte, schickten die Bögen zurück.

In einer zweiten Befragungswelle wurden die Einrichtungen gebeten, für jeden Nutzer, der die

Einrichtung in der Zeit vom 01.11.01 bis zum 30.11.01 aufsuchte, einen Fragebogen auszufüllen. Die Fragen erfassten Alter, Geschlecht, Sucht, Krankheiten und soziale Probleme. Speziell zur Ermittlung der vorhandenen Bedarfe wurden die Einrichtungen gefragt, welche Hilfen sie nicht abdecken konnten. Außerdem wurde für jeden Nutzer der zur Zeit nicht gedeckte Hilfebedarf abgefragt. Auch hier antworteten zwei Drittel der Einrichtungen. Insgesamt lagen damit individuelle Angaben zu 866 Nutzern (Doppelnennungen inbegriffen) vor.

Das Nutzerprofil

Im ersten Durchlauf wurden die Einrichtungen danach gefragt, wie viele Suchtkranke sie in der Zeit vom 01.01.01 bis 30.04.01 regelmäßig bzw. mehrere Tage oder Wochen betreut haben. Für diesen Zeitraum wurden 5.380 einzelne Fälle ermittelt. Dabei handelt es sich nicht um einzelne Personen, sondern um "Fälle" in dem Sinne, dass Mehrfachzählungen vorliegen können. So kann eine Person gleichzeitig in mehreren Einrichtungen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen und von den verschiedenen Einrichtungen jeweils als eine Person erfasst werden. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Doppelzählungen in einer Einrichtung vorkommen, z.B. wenn eine Person nach einer gewissen Pause diese Einrichtung erneut aufsucht. Fehler können auch z.B. durch unterschiedliche Mitarbeiter entstehen, die eine Person doppelt zählen. Eine exakte Angabe der hilfebedürftigen Personen mit Suchtproblemen, die eine längere, mindestens aber eine mehrmalige Hilfe benötigten, ist somit nicht möglich. Anhand weiterführender Fragen konnte jedoch eingeschätzt werden, wie häufig verschiedene Süchte vorkamen und in welchem Ausmaß die Betroffenen zusätzliche Probleme hatten.

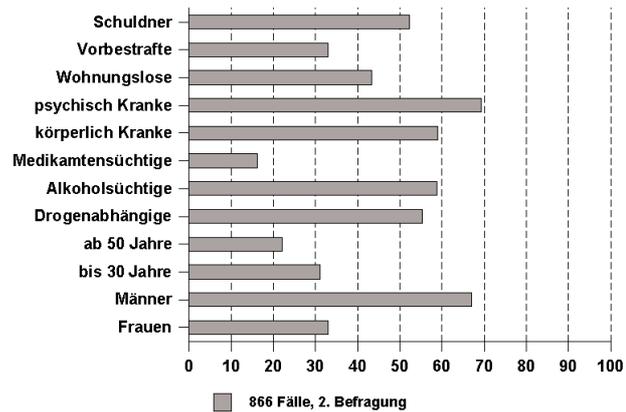


1. Geschätzte Anzahl der Personen, die vom 01.01.01 bis zum 30.04.01 regelmäßig bzw. mehrere Tage/Wochen betreut wurden, nach Geschlecht, Art des Suchtmittels, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten.

Zunächst ist festzustellen, dass zwei Drittel der Suchtkranken Männer waren und ein Drittel Frauen. 69 Prozent waren von illegalen Drogen abhängig, 40 Prozent alkoholabhängig und 24 Prozent medikamentenabhängig. 72 Prozent der Klienten in den Einrichtungen waren außerdem körperlich krank, ungefähr die Hälfte psychisch krank. Weitere Probleme entstanden dadurch, dass rund 62 Prozent aktuell oder in der Vorgeschichte Konflikte mit dem Gesetz hatten und über die Hälfte, rund 57 Prozent, ohne feste Unterkunft waren.

In der zweiten Befragungswelle wurden die Einrichtungen gebeten, für den November 2001 für jeden von ihnen regelmäßig bzw. über mehrere Tage betreuten Suchtkranken einen Fragebogen auszufüllen. 37 Einrichtungen haben insgesamt 866 Fälle protokolliert. Einschränkend zur ersten Befragung sollten nur Nutzer ausgewählt werden, die nicht nur suchtkrank waren und wiederholten Behandlungsbedarf hatten, sondern die darüber hinaus besondere soziale und/oder psychische Probleme aufwiesen. Da durch diese Art der Befragung individualisierte Daten vorliegen, können auch die Merkmalszusammenhänge einzelner Personengruppen detailliert betrachtet werden. Trotzdem können auch hier die 866 dokumentierten Fälle nicht mit einzelnen Personen gleichgesetzt wer-

den. Mehrfachzählungen einer Person können bei dieser Form der Befragung vorkommen, da eine Person möglicherweise Angebote verschiedener Einrichtungen zeitgleich nutzte.



2. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Geschlecht, Alter, Art des Suchtmittels, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten.

Auch in der zweiten Befragung war das Verhältnis von Männern zu Frauen zwei zu eins. Zusätzlich wurde nach dem Alter der Klienten gefragt. Die jüngeren Altersstufen überwogen in den Hilfeeinrichtungen gegenüber den älteren. 31 Prozent der Nutzer waren bis 30 Jahre alt. In der Dekade bis 40 Jahre waren 26 Prozent. In der Altersgruppe der 40 bis 50-Jährigen waren insgesamt nur 21 Prozent der Hilfeempfänger vertreten und über 50 Jahre waren es 22 Prozent.

In Bezug auf die Süchte wurde für die überwiegende Mehrheit der Hilfeempfänger ein Suchtproblem angegeben (70%), 24 Prozent hatten zwei Süchte und rund 7 Prozent drei. Alkohol spielte mit 59 Prozent die wichtigste Rolle bei den Suchtkrankheiten, illegale Drogen bildeten mit 55 Prozent ein beinahe ebenso großes Problem. 16 Prozent der Hilfeempfänger waren von Medikamenten abhängig.

59 Prozent der Klienten wurden als körperlich krank eingestuft, bei weiteren 18 Prozent waren Krankheiten nicht bekannt, konnten aber auch nicht ausgeschlossen werden.

69 Prozent litten außerdem an einer psychischen Erkrankung, bei weiteren 15 Prozent war eine Aussage dazu nicht gesichert.

43 Prozent waren wohnungslos, d.h. auch ohne Unterkunft in einem Heim oder einer betreuten Wohneinrichtung. In 33 Prozent der Fälle war eine Straffälligkeit bekannt, bei weiteren 24 Prozent war dies nicht bekannt, konnte aber auch nicht verneint werden. Damit hätten im ungünstigsten Fall die Hälfte der Betroffenen auch Probleme mit dem Gesetz oder wären vorbestraft. Ein ebenso hoher Anteil, 52 Prozent, hatte Schulden.

Unter den psychischen Erkrankungen wurden besonders häufig Psychosen, depressive Erkrankungen, eine gestörte Realitätswahrnehmung, Borderline-Syndrom, Korsakov-Syndrom und Ess-Störungen benannt. Dabei ist anzumerken, dass zur Güte der Diagnosestellung hier nichts gesagt werden kann. Es ist unklar, ob eine fachliche Diagnose den Angaben zu Grunde lag oder die Einschätzung der Mitarbeiter (die wie unter dem Punkt "Anbieterprofile" aufgeführt, nur selten Psychiater oder Psychologen waren). Das Gleiche gilt für die körperlichen Diagnosen. Am häufigsten waren die Hepatitiden (B und C), HIV-Infektionen und Hauterkrankungen wie Abszesse oder Ekzeme. Das Risiko für eine Ansteckung mit Hepatitis oder dem HI-Virus ist für intravenös Drogen Konsumierende hoch, ebenso für solche mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr, z.B. durch Prostitution. Auch die Hauterkrankungen sind auf eine Mangelernährung bei den Alkohol- und Drogenkranken zurückzuführen. Bei den Alkoholsüchtigen waren auch Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes, Epilepsie, Leberschäden und Störungen der Bewegungsabläufe häufig. Es ist anzunehmen, dass die meisten körperlichen Erkrankungen eine direkte Folge der Suchterkrankung waren. Bei den psychischen Erkrankungen ist dies weniger eindeutig bestimmbar. Wahrscheinlich ist, dass sich bestehende psychische Erkrankungen durch den Einfluss des Suchtmittelkonsums und begleitender erschwerter Lebensumstände noch verschlimmern.

Vergleich mit "echten CMA's"

In die 2. Erhebung sind die Fälle eingegangen, bei denen neben der Suchterkrankung weitere psychische und/oder soziale Schwierigkeiten vorlagen. Von allen Fällen hatten wiederum 79 Prozent mindestens ein Suchtproblem UND eine zusätzliche Erkrankung (somatische und/oder psychische) UND soziale Schwierigkeiten (Straffälligkeit/Schulden/Wohnungslosigkeit).

Vergleicht man die Gesamtgruppe (866 einzelne Fälle) mit den "echten CMA's" (Teilgruppe, wie sie hier definiert wurde), ergeben sich einige Unterschiede. Die im strengen Sinne mehrfach Beeinträchtigten waren deutlich häufiger krank. 9 Prozent mehr "echte CMA's" hatten gegenüber der Gesamtstichprobe eine psychische Erkrankung, 11 Prozent mehr eine körperliche Erkrankung.

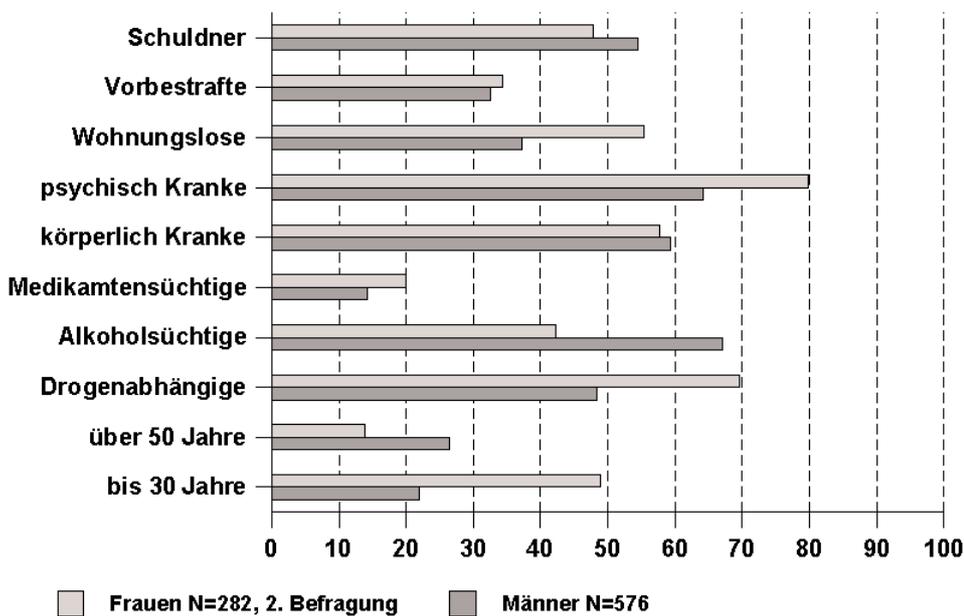
Die Krankheitsmuster waren in etwa gleich, bei den psychischen Erkrankungen waren die Psychosen etwas häufiger und es gab eine Häufung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Bei den körperlichen Erkrankungen waren vor allem die Hepatitiden häufiger.

Weitere stärkere Benachteiligungen waren, dass etwa 5 Prozent mehr "echte CMA's" wohnungslos waren, 3,5 Prozent mehr hatten Schulden und 2,5 Prozent mehr waren straffällig. Im Suchtprofil gab es demgegenüber kaum Unterschiede.

Vergleich von Männern und Frauen

Frauen machten nur ein Drittel der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken aus.

Obwohl der Anteil von "echten CMA's", also Suchtkranken mit sowohl gesundheitlichen als auch sozialen Problemen bei beiden Geschlechtern gleich war, waren die Frauen weit mehr beeinträchtigt und wiesen ein ganz anderes Muster von Problemen auf.



3. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Alter, Art des Suchtmittels, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten, getrennt nach Männern und Frauen.

Zunächst war die Altersstruktur und das Suchtprofil von Männern und Frauen sehr verschieden. Von den weiblichen chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken waren knapp 50 Prozent bis 30 Jahre alt. Damit war dieser Anteil doppelt so groß wie in der Gruppe der Männer. Demgegenüber waren von den weiblichen CMA's nur knapp 14 Prozent älter als 50, dieser Anteil war damit nur halb so groß wie bei den Männern.

Von den Männern war ein größerer Anteil alkoholkrank als von den Frauen. Bei den Frauen war dafür ein größerer Anteil drogen- und medikamentenabhängig.

Der Anteil der Frauen mit zwei Süchten war um 10 Prozent größer als bei den Männern.

Den Frauen wurden auch mehr psychische Krankheiten zugeschrieben als den Männern (80% zu 64%). Auch hier war der Anteil der Frauen mit zwei Erkrankungen um 10 Prozent größer als bei den

Männern.

Bei den häufigsten Erkrankungen rangierten bei den Frauen Ess-Störungen an vorderster Stelle, rund 9 Prozent von ihnen waren nach Einschätzung der Mitarbeiter davon betroffen. Bei den Männern tauchten Ess-Störungen unter den ersten zehn Plätzen überhaupt nicht auf. An zweiter Stelle stand das Borderline-Syndrom (Frauen 5,7%, Männer 3,3%). Auch eine gestörte Realitätswahrnehmung war bei den Frauen im Vergleich zu den Männern häufiger festzustellen (5,3% zu 1,6%). Psychosen wurden bei den Männern häufiger festgestellt (8,5% zu 5,3%).

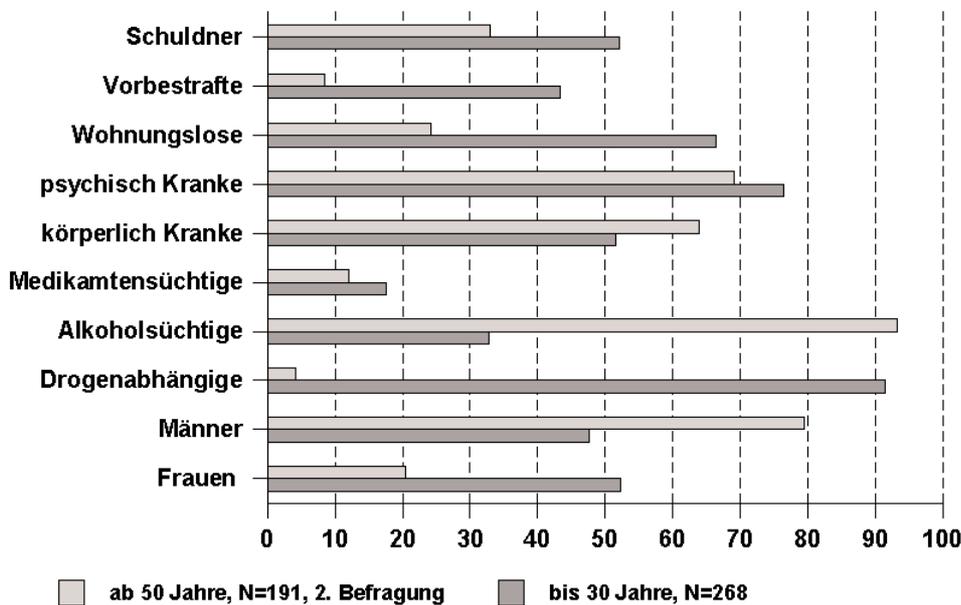
Männer und Frauen waren etwa zu gleichen Anteilen von körperlichen Erkrankungen betroffen (Männer 59%, Frauen 58%), bei den Frauen bestand aber bezüglich somatischer Erkrankungen eine größere Unsicherheit. Bei einem doppelt so großen Anteil von Frauen im Vergleich zu Männern war der Gesundheitszustand nicht bekannt (28% zu 13%). Im Einzelnen war der Anteil der Frauen mit Hepatitiden und HIV-Infektionen größer als bei den Männern.

Auch von den sozialen Problemen waren die Frauen stärker betroffen. Bei den Frauen war der Anteil der Wohnungslosen höher als bei den Männern. Allerdings nutzte ein geringerer Anteil als bei den Männern betreute Wohneinrichtungen wie Heime oder betreute Wohngemeinschaften. Dafür unterhielten Frauen anteilig noch häufiger als Männer eine eigene Wohnung. Die Frauen hatten im Vergleich zu den Männern auch häufiger Schulden und waren geringfügig häufiger straffällig, beides, wie bei den körperlichen Krankheiten auch,

mit einer höheren Dunkelziffer als bei den Männern.

Vergleich der Altersgruppen

Bereits beim Vergleich der Geschlechter fiel auf, dass die Frauen meistens deutlich jünger waren als die Männer. Teilt man die Gesamtstichprobe in vier Altersgruppen (14-30, 31-40, 41-50 und 51-80 Jahre), war das Verhältnis von Männern zu Frauen in der jüngsten Altersgruppe beinahe 50:50, in der ältesten 80:20.



4. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Geschlecht, Art des Suchtmittels, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten, getrennt nach bis 30-Jährige und ab 50-Jährige.

Das Muster des Drogenkonsums war nach Alter sehr verschieden. In der jüngsten Altersgruppe waren über 90 Prozent der Betroffenen von illegalen Drogen abhängig, bei den über 50-Jährigen nur noch 4 Prozent. Beim Alkohol verhielt es sich umgekehrt. Von den 14 bis 30-Jährigen waren 33 Prozent alkoholsüchtig, von den über 50-Jährigen 93 Prozent.

Da viele von illegalen Drogen Abhängige zusätzlich noch Alkohol und andere Stoffe konsumieren während der Alkoholkonsum auch häufiger als einzige Sucht

vorkommt, nahm mit dem Alter auch die Mehrfachbelastung durch verschiedene Süchte ab. Der Anteil der Abhängigen mit zwei Süchten lag dem entsprechend bei 31 Prozent (jüngste Gruppe) bzw. 12 Prozent (älteste Gruppe).

Von psychischen Krankheiten waren besonders die jüngeren mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken betroffen. Insgesamt waren 10 Prozent mehr 14- bis 30-Jährige von einer psychischen Erkrankung betroffen als in den anderen Altersgruppen (77% zu 66%).

Bei den Jüngeren überwogen die besonders bei Frauen festgestellten Störungen wie Ess-Störungen und Symptome der Borderline-Störung. Bei den 30- bis 50-Jährigen überwog der Anteil der psychotisch Erkrankten (ungefähr 10%) und der depressiv Erkrankten (ungefähr 8%). Bei den über 50-Jährigen überwogen die kognitiven Defizite in Form von Korsakov-Syndrom, gehirnorganischen Störungen und Demenz.

Die körperlichen Krankheiten nahmen erwartungsgemäß mit dem Alter zu. In der jüngsten Altersgruppe litten 52 Prozent an mindestens einer

Krankheit, in der ältesten 64 Prozent. Auch die Multimorbidität nimmt mit dem Alter zu. Der Anteil der Abhängigen mit zwei und mehr körperlichen Erkrankungen lag bei 16 Prozent bzw. 30 Prozent in der jüngsten und ältesten Gruppe. Bis 50 Jahre überwogen die Hepatitiden, HIV-Infektionen und Abszesse alle anderen Erkrankungen. Ihr Anteil nahm aber mit dem Alter deutlich ab. Das ist auf die sinkende Zahl der von illegalen Drogen Abhängigen zurückzuführen. Bei den über 50-Jährigen standen vor allem Einbußen der motorischen Beweglichkeit und Herz-

Kreislaufkrankungen im Vordergrund.

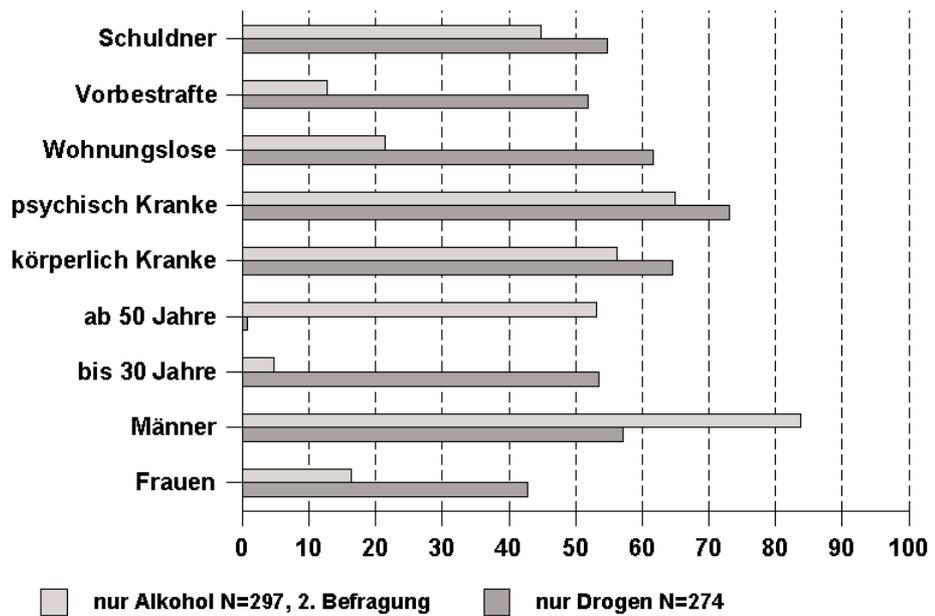
Zur Wohnsituation kann festgehalten werden, dass der Anteil der Wohnungslosen in der jüngsten im Vergleich zur ältesten Gruppe um zwei Drittel höher lag. Der Anteil der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken, der in Einrichtungen lebte, war demgegenüber 4-mal kleiner. Besonders bei den ab 50-Jährigen stieg dieser Anteil im Vergleich zur Dekade davor sprunghaft von 35 Prozent auf 58 Prozent an. Der Anteil der Straffälligen und der Schuldner war ebenfalls in den älteren Gruppen geringer. Es ist anzunehmen, dass dies durch die betreute Versorgung der Fall war. Das zeigt auch der Rückgang des Personenanteils, bei dem die strafrechtlichen und finanziellen Umstände unbekannt waren.

Vergleich der Suchtprofile

Vergleicht man die beiden Hauptdrogenprobleme, nämlich illegale Drogen und Alkohol, fällt zunächst einmal die unterschiedliche Alters- und Geschlechtsverteilung bei den Substanzen auf. Das wurde bereits bei dem Vergleich nach Geschlecht und Alter deutlich.

Zwischen 31 Prozent und 33 Prozent des Klientels missbrauchten sowohl Drogen als auch Alkohol. Teilt man die Stichprobe in Drogen- und Alkoholabhängige ein, wird folglich ein Teil der Fälle doppelt gezählt. Außerdem lässt sich dadurch nicht mehr feststellen, ob es Unterschiede zwischen Drogen- und Alkoholkranken hinsichtlich der Häufigkeit von Krankheiten und sozialen Problemen gibt. Die

Stichprobe wurde deshalb in Drogen- und Alkoholabhängige eingeteilt, einmal mit den von beiden Substanzen Abhängigen und einmal ohne. Im nachfolgenden Text werden die Angaben für ausschließlich von einer Substanz Abhängigen in Klammern genannt.



5. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Geschlecht, Alter, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten, getrennt nach hauptsächlich nur Drogenkonsumenten und hauptsächlich nur Alkoholkonsumenten.

Bei den psychischen Erkrankungen betrug der Unterschied zwischen Drogen- und Alkoholsüchtigen 3 Prozent (8%), die Drogensüchtigen hatten etwas häufiger psychische Erkrankungen. Ihnen wurde häufiger ein "Borderline-Syndrom" zugeschrieben als den Alkoholabhängigen. Bei letzteren wurden zusätzlich zu den "allgemeinen" psychischen Erkrankungen wie Psychose, depressive Verstimmung, Angstneurose und gestörte Wahrnehmung auch häufig mit dem Alkohol zusammenhängende Diagnosen zugeschrieben, wie z.B. das Korsakov-Syndrom.

Im Vergleich der Störungsbilder fiel auf, dass eine Reihe kognitiver Einbußen ausschließlich mit dem Alkoholkonsum assoziiert waren (gehirnorganische Störung, Korsakov, eingeschränkte Auffassungsgabe,

geistiger Abbau, Demenz). Eine gehäufte Zuschreibung des "Borderline-Syndroms" kam bei ausschließlich Alkoholkranken gar nicht vor. Bei den nur von einer Substanz Abhängigen tauchten auch keine Häufungen von Ess-Störungen auf, was darauf schließen lässt, dass diese Patienten meistens sowohl Alkohol als auch illegale Drogen konsumierten.

Der Anteil körperlich Erkrankter war bei den Drogensüchtigen 4 Prozent (8%) höher als bei den Alkoholsüchtigen. Zusätzlich war bei 11 Prozent (13%) mehr Drogensüchtigen im Vergleich zu Alkoholsüchtigen der Gesundheitszustand nicht bekannt. Der Anteil der Alkoholkranken, die als nicht krank eingestuft wurden, war damit doppelt so hoch wie bei den Drogensüchtigen (36 zu 15%). Es konnte eindeutig zwischen drogen- und alkoholassoziierten Krankheiten unterschieden werden. Hepatitiden, HIV-Infektionen und Abszesse traten nur bei Drogensüchtigen gehäuft auf, Einschränkungen des Bewegungsapparates und der -abläufe, Epilepsien, koronare Herzerkrankungen und Diabetes mellitus nur bei den Alkoholkranken.

Die Unterschiede bei den sozialen Problemen waren enorm. Die Drogensüchtigen waren eindeutig stärker benachteiligt als die Alkoholabhängigen. Bei den Drogenabhängigen war der Anteil der Wohnungslosen 27 Prozent (40%) höher als bei den Alkoholabhängigen. Dafür war bei den Alkoholabhängigen der Anteil, der in Einrichtungen lebte, 27 Prozent (42%) höher als bei den Drogenabhängigen. Es scheint, dass die geschützte Unterbringung für die Alkoholabhängigen weitere Vorteile mit sich bringt: In etwa der gleichen Größenordnung war der Anteil der Alkoholabhängigen, die straffällig waren, niedriger als bei den Drogenabhängigen.

Der Anteil der Schuldner war unter Drogenabhängigen 4 Prozent (10%) höher als unter Alkoholabhängigen, bei ersteren waren zusätzlich die Verhältnisse diesbezüglich mehr als doppelt so oft nicht bekannt (5-mal so oft nicht bekannt).

Neben der Art der Suchterkrankung kann auch die

Anzahl der Süchte Aufschluss über die Probleme der Abhängigen geben. Von den Mehrfachsuchtigen wurden 5 Prozent mehr als "echte CMA's" klassifiziert als von den Einfachsuchtigen. Während Personen mit einer Sucht in allen Altersklassen etwa gleichhäufig vertreten waren, wurde der Anteil der Mehrfachsuchtigen mit dem Alter deutlich kleiner. 40 Prozent der Mehrfachabhängigen waren bis 30 Jahre alt.

In der Häufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt gab es kaum Unterschiede zwischen Mehrfach- und Einfachsuchtigen, wohl aber in der Art der Erkrankung. Wie weiter oben bereits vermutet, waren die Ess-Störungen besonders bei den Mehrfachabhängigen häufig anzutreffen. Auch das "Borderline-Syndrom" war häufig. Mehrfach- und Einfachsuchtige waren auch gleichhäufig körperlich krank, bei Mehrfachabhängigen lag die Dunkelziffer höher. Bei einzelnen Erkrankungen gab es jedoch Unterschiede. Ein größerer Anteil der Mehrfachabhängigen war HIV-infiziert, ebenfalls ein größerer Anteil an Hepatitis erkrankt.

Von den Mehrfachabhängigen waren ungefähr 10 Prozent mehr wohnungslos und verschuldet, 7 Prozent mehr straffällig sowie unzureichend versorgt, als die von einer Substanz Abhängigen. Bei den Mehrfachabhängigen konnten darüber hinaus die Mitarbeiter der Einrichtungen häufiger keine Angaben zu den sozialen Verhältnissen machen.

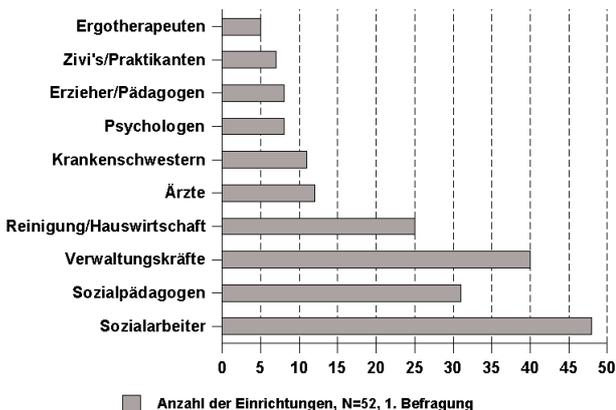
Das Anbieterprofil

Art der Einrichtungen

Von den insgesamt 52 Rückläufen der ersten Befragung waren die überwiegende Mehrheit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und der Obdachlosenhilfe (30), vergleichsweise wenige hatten ihren Schwerpunkt in der Suchtkrankenhilfe (8) und weitere 14 gehörten keinem dieser beiden an (psychiatrische und medizinische Anbieter, Betreuungsvereine). Die vergleichsweise geringere Zahl der Suchtkrankeneinrichtungen ist dabei nicht mit "schlechter" Versorgung gleichzusetzen, da die einzelnen Beratungsstellen bzw. Fachambulanzen sehr differenzierte und umfassende Angebote vorhielten. Die kirchlichen und kommunalen Träger waren in der Befragung etwa gleichhäufig vertreten (21 bzw. 20), weitere 11 Einrichtungen standen unter einer anderen Trägerschaft. 33 der befragten Einrichtungen waren stationär (hier definiert als Einrichtung mit Übernachtungsmöglichkeit), 19 ambulant.

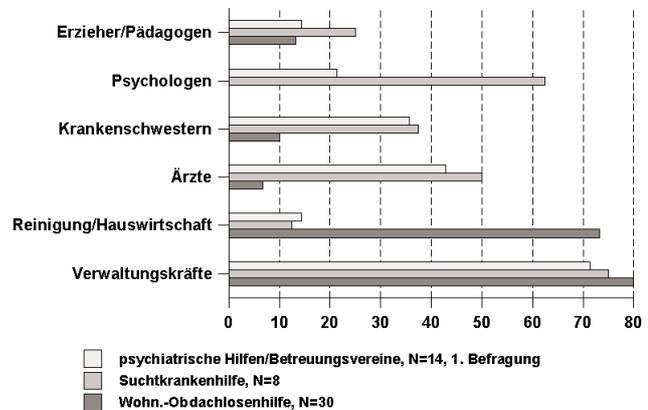
Personelle Ausstattung der Einrichtungen

Im Befragungszeitraum 1.1. bis 1.4.2001 (erste Befragung) waren insgesamt rund 460 Personen in den 52 Einrichtungen beschäftigt, davon 325 Vollzeit und 134 Teilzeit. Damit waren zwei Drittel (71%) der Beschäftigten Vollzeitkräfte.



6. Anzahl der Einrichtungen, die bestimmte Berufsgruppen beschäftigen.

In über 90 Prozent der Einrichtungen waren Sozialarbeiter beschäftigt, in weiteren 60 Prozent Sozialpädagogen. In rund 77 Prozent waren Verwaltungskräfte angestellt. 48 Prozent verfügten über eine Reinigungskraft bzw. eine Hauswirtschafterin. Damit stellten die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, die mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen arbeiteten. Die anderen Berufsgruppen waren weitaus seltener in den Einrichtungen vertreten. In rund einem Fünftel der befragten Einrichtungen stellten auch Ärzte und Krankenschwestern (23% und 21%) die medizinische Versorgung der Nutzer sicher. In nur 15 Prozent der Einrichtungen waren Psychologen und Erzieher/Diplom-Pädagogen für die psychosozialen Aufgaben eingestellt. Praktikanten und Zivildienstleistende arbeiteten in 14 Prozent der Einrichtungen und fast 10 Prozent verfügten über Ergotherapeuten. Vereinzelt waren auch Alten- und Familienpfleger, Kunsttherapeuten, Ökotrophologen und Sozialwissenschaftler beschäftigt.



7. Prozentuale Anteile der Einrichtungen, die bestimmte Berufsgruppen beschäftigen, getrennt nach Einrichtungen der Obdachlosen- /Wohnungslosenhilfe, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und anderen Einrichtungen.

Beim Vergleich der einzelnen Hilfesysteme fällt auf, dass die Einrichtungen der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe im Vergleich zu den anderen

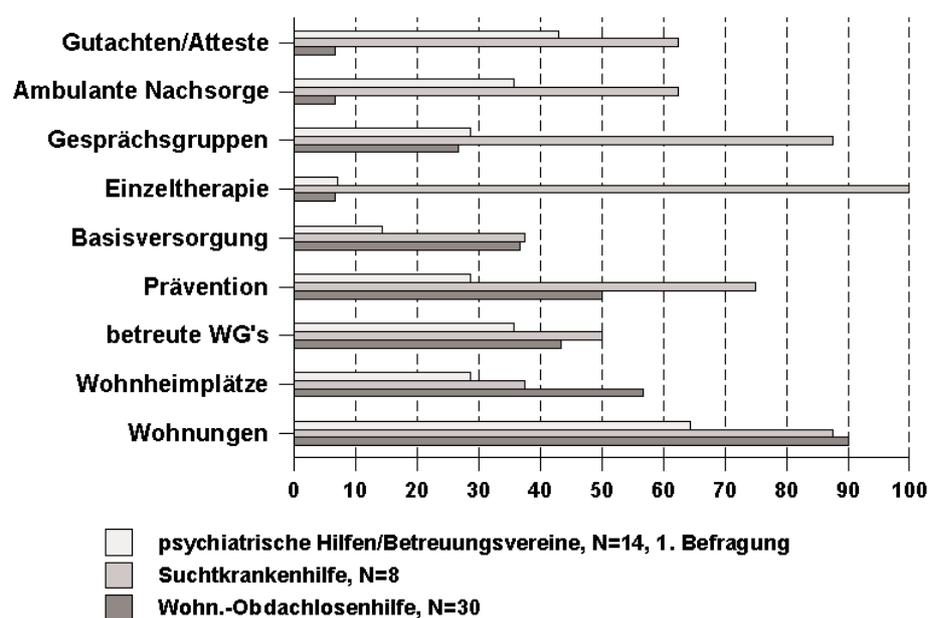
Leistungsanbietern viel Personal im organisatorischen Bereich beschäftigten (Hausmeister/-wirtschafterinnen und Reinigungskräfte, Verwaltungskräfte), wenige dagegen im medizinischen und therapeutischen Bereich. Besonders der Anteil der beschäftigten Ärzte und Krankenschwestern lag deutlich unter dem in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der psychiatrischen und somatischen Versorgung sowie der Betreuungsvereine (jeweils unter 10%, sonst jeweils knapp 40-50%). Auch Psychologen, Pädagogen, Erzieher, Ergo- und Familientherapeuten wurden kaum beschäftigt. Hier spiegeln sich die unterschiedlichen Aufgaben der verschiedenen Versorgungsbereiche wider. Besonders die Obdachlosenhilfe aber auch die Wohnungslosenhilfe haben keinen therapeutischen Auftrag zur Behandlung kranker und/oder behinderter Menschen. Tatsächlich müssen sie in der Praxis aber mit schwer kranken Klienten umgehen.

Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten lag in der Gruppe der Leistungsanbieter mit hauptsächlich psychiatrischen Hilfsangeboten und Betreuungsvereinen am höchsten.

Leistungsspektrum

Das Angebot der Leistungen reichte quantitativ von 5 bis 23 verschiedenen Maßnahmen. In fast allen Einrichtungen wurden Kontakt- und Informationsgespräche geführt (96%) sowie Beratungsgespräche (94%). Ebenfalls boten fast alle Einrichtungen die Möglichkeit der Krisenintervention

(94%) und in 83 Prozent der Fälle war die Vermittlung in eine Wohnung möglich. 98 Prozent übermittelten ihre Klienten bei Bedarf an eine fachspezifische Einrichtung und über 88 Prozent boten die Begleitung zu Behörden an. 46 Prozent der Einrichtungen vermittelten Wohnheimplätzen und 42 Prozent betreute Wohngemeinschaften. Hier wird deutlich, dass ein Großteil der Einrichtungen ihren Schwerpunkt in der Wohnungslosenhilfe hatte.



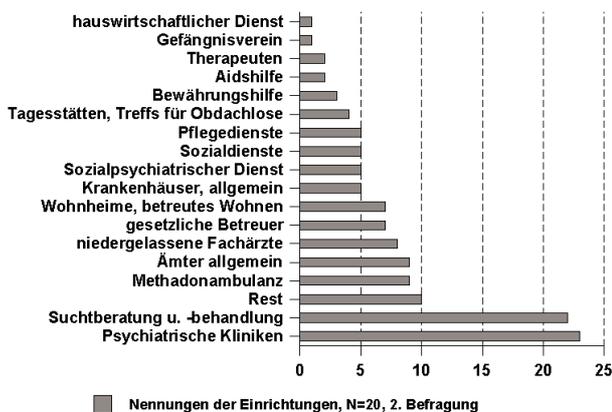
8. Prozentuale Anteile der Einrichtungen, die verschiedene Leistungen vorhalten, getrennt nach Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Wohnungslosenhilfe, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und anderen Einrichtungen.

Neben den häufigsten Leistungen, die von fast allen Einrichtungen angeboten wurden, gab es Unterschiede zwischen Leistungsanbietern mit verschiedenen Schwerpunkten (vgl. 2. Tabelle Anhang). Die Einrichtungen der Obdachlosen- und der Wohnungslosenhilfe boten vor allem die Unterbringung in Wohnungen, Wohnheimen und Wohngemeinschaften an. Ein Teil der Einrichtungen bot auch Gesundheitsprävention, eine Basisversorgung und Schuldnerberatung an, d.h. es geht um die Sicherstellung des Notwendigsten. Die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe hielten eher interventionsorien-

tierte Angebote vor, fast alle Einrichtungen boten Einzel- und Gruppentherapie, Gesprächsgruppen und Angebote für Angehörige. Auch Psychotherapie und Gesundheitsprävention gehörten zum Leistungsspektrum. Psychiatrische Hilfeanbieter und Betreuungsvereine hatten noch einen speziellen Schwerpunkt in der Gutachten- und Attesterstellung und der ambulanten Nachsorge und Pflege.

Die Kooperation der Einrichtungen

Im zweiten Durchlauf wurden die Einrichtungen danach gefragt, mit welchen anderen Einrichtungen sie regelmäßig zusammenarbeiteten. Von den 37 Einrichtungen, die geantwortet haben, machten 20 Angaben zu dieser Frage. Jede Einrichtung gab im Durchschnitt 6,5 Kooperationspartner an, mit einer mittleren Streubreite von 3,7. Die Bandbreite der Angaben reichte von 3 bis 14 Angaben.

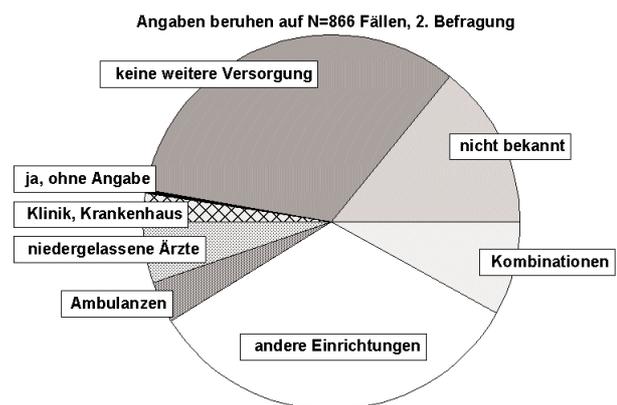


9. Absolute Häufigkeit, mit der verschiedene Hilfeanbieter als Kooperationspartner der befragten Einrichtungen genannt wurden (N=20 Einrichtungen, Mehrfachnennungen möglich).

Die "wichtigsten" Kooperationspartner der Leistungsanbieter mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken waren psychiatrische Kliniken und Suchtberatungs- und Behandlungseinrichtungen. Die psychiatrischen Kliniken wurden häufig auch als Anlaufstelle für stationäre Entgiftung genannt. Die Bedeutung einer umfas-

senden Behandlung der Suchtkrankheit kam auch in der hohen Nennungsanzahl der Methadonambulanz zum Ausdruck. Unter den Ämtern wurden das Gesundheitsamt, das Arbeitsamt sowie das Sozial-, Wohnungs- und Versorgungsamt genannt. Auch die niedergelassenen Ärzte waren wichtige Ansprechpartner sowohl in der somatischen als auch in der psychiatrischen Behandlung.

Die Einrichtungen gaben außerdem zu den einzelnen Fällen an, ob diese durch andere Leistungsanbieter mitbetreut wurden. Von insgesamt 866 Fällen wurden nach Angaben der Einrichtungen 456 (53%) auch von anderen Institutionen mitversorgt, bei 283 (33%) war dies nicht der Fall. In weiteren 127 (15%) Fällen konnten dazu keine Angaben gemacht werden.



10. Prozentuale Anteile, mit der verschiedene Hilfeanbieter als Mitversorger der einzelnen Fälle genannt wurden.

In den einzelfallbezogenen Angaben wurde besonders die Kategorie "andere Einrichtungen" häufig als Kooperationspartner genannt. Alle anderen Nennungen waren vergleichsweise niedrig.

Vergleich von Angebot und Nachfrage

Nicht ausreichend abgedeckter Hilfebedarf

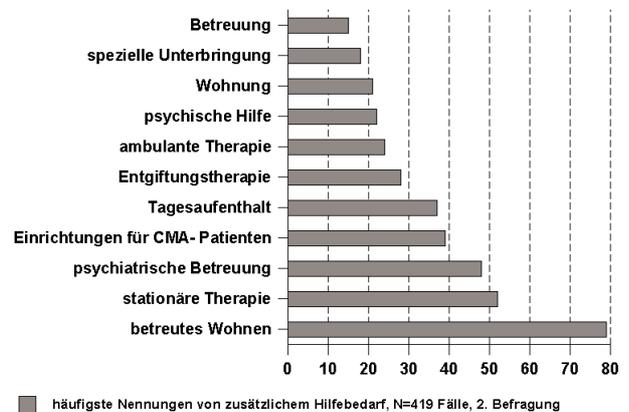
Die Einrichtungen wurden danach gefragt, welchen Hilfebedarf generell weder sie noch eine andere Einrichtung, mit der sie zusammenarbeiteten, abdecken konnten. Von den 37 Einrichtungen, die geantwortet haben, machten 19 Angaben zu dieser Frage.

Nicht gedeckter Hilfebedarf	Nennungen der Einrichtungen, N=19, 2. Befragung
Wohnheime	5
niedrigschwellige Unterkünfte betreutes Wohnen	2
Unterbringung (ohne Erklärung)	2
stationäre Therapieeinrichtung	1
stationäre Einrichtung (ohne Erklärung)	4
schnelle Entgiftung	2
Psychotherapie für Substituierte	1
niedrigschwellige psychiatrische Angebote	1
psychosoziale Betreuung	1
tagesstrukturierende Angebote	1
ambulante, niedrigschwellige Angebote (ohne Erklärung)	2
Angebote für Frauen	3
Vernetzung, bessere Zusammenarbeit	1
ganzheitlicher Beratungs- und Behandlungsansatz	4
zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle	2
Sonstige (Konsumräume, Beratungsstelle Haftentlassene)	1
	2

Dabei mangelte es nach Einschätzung der Mitarbeiter (Globaleinschätzung ohne Bezug auf den Einzelfall) vor allem an geeigneten Wohnformen, da diese auf die speziellen Bedürfnisse des Klientels abgestellt sein müssten. Benötigt würden auch niedrigschwellige Unterbringungsangebote mit geeignetem, geschultem Personal.

Der zweite Schwerpunkt waren auf CMA-Patienten spezialisierte, stationäre und ambulante Therapie-Einrichtungen, die auf die Mehrfachbelastung von zumeist psychischer Erkrankung und Suchterkrankung

eingehen könnten. Ambulante Einrichtungen müssten besonders niedrigschwellig angelegt sein. Das gelte auch für psychiatrische Therapieangebote. Einige Einrichtungen sahen den Bedarf an Tagesaufenthalt und tagesstrukturierenden Maßnahmen, wozu es ebenfalls besonders geeigneter Mitarbeiter bedürfte. Ein nicht ausreichend abgedeckter Bedarf wurde außerdem speziell für Frauen gesehen, für Substituierte, die einen Therapieplatz benötigten, für schnelle Entgiftung und für psychosoziale Beratung. Ein übergeordneter Handlungsbedarf wurde für die Zusammenarbeit der Versorger gesehen. Die Einrichtungen sollten demnach besser vernetzt werden, es wurde eine gemeinsame Anlauf- und Koordinationsstelle gefordert und eine von allen an der Versorgung Beteiligten gemeinsame Hilfeplanung. Außerdem forderten die Versorger einen ganzheitlichen Beratungs- und Behandlungsansatz, der sicher nicht nur eine Frage der Koordination ist, sondern auch der theoretischen Konzeption.



11. Absolute Häufigkeit, mit der verschiedene Leistungen als zusätzlicher Hilfebedarf der einzelnen Fälle genannt wurden.

Bei der auf den Einzelfall bezogenen Auflistung der nicht abgedeckten Hilfebedarfe zeigt sich ein ähnliches Bild: Die ganze Bandbreite möglicher Hilfen wurde als nötig erachtet, besonders geeignete Wohnformen, aber auch stationäre Therapieeinrichtungen, psychiatrische

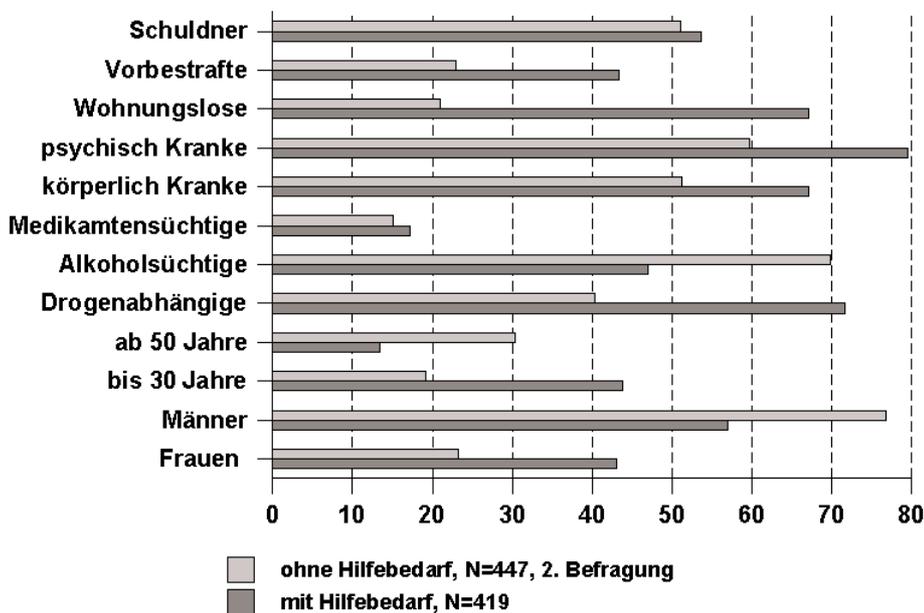
Hilfen, tagesstrukturierende Angebote und speziell auf das Klientel ausgerichtete Hilfen. Rund die Hälfte der betreuten Personen konnte zur Zeit der Befragung nicht in geeigneter Weise versorgt werden.

Vergleich des Klientels mit und ohne speziellem Hilfebedarf

Ein Vergleich der Fälle, die einen zusätzlichen Hilfebedarf hatten mit denen ohne, liefert eine zusammenfassende Beschreibung des betroffenen Personenkreises.

derer, die weitere Hilfen benötigten, 20 Prozent mehr Frauen und 25 Prozent mehr Jüngere bis 30 Jahre. Weiterhin unterschied sich die Gruppe derer, die spezielle Hilfe benötigten von denen ohne speziellem Hilfebedarf in einem höheren Anteil Drogenabhängiger (70% im Vergleich zu 40%) und damit einhergehend einem höheren Anteil Mehrfachsüchtiger (7% mehr). Psychische Krankheiten waren häufiger (80% im Vergleich zu 60%), wobei eine genauere Benennung der Krankheit seltener erfolgte als bei Personen ohne besonderen Hilfebedarf. Bei den rund drei Vierteln derer, bei denen die Erkrankung bekannt war, waren

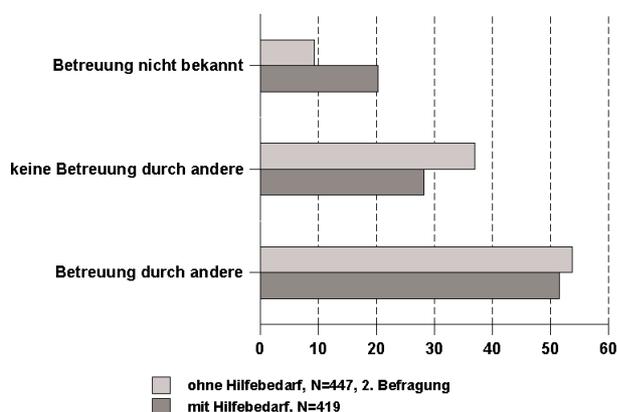
Psychosen, Borderline-Syndrom, gestörte Realitätswahrnehmung und Ess-Störungen häufig genannt. Auch körperliche Erkrankungen kamen häufiger vor (67%, d.s. 16% mehr als in der Vergleichsgruppe), der Anteil der Fälle mit zwei Erkrankungen war mit 22 Prozent sogar doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Durch den hohen Anteil Drogensüchtiger litten viele Schwerstbeeinträchtigte an HIV-Infektionen, Hepatitiden und Abszessen. Auch im sozialen Bereich war die nicht ausreichend versorgte Gruppe stärker beeinträchtigt als die ohne zusätzlichem Hilfebedarf.



12. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Geschlecht, Alter, Art des Suchtmittels, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten, getrennt nach Fällen mit zusätzlichem Hilfebedarf und ohne zusätzlichem Hilfebedarf.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Gruppe der Personen mit zusätzlichem Hilfebedarf schwerer beeinträchtigt war als die ohne und dies aus einer Vielzahl von Problemen resultierte. In der Gruppe mit zusätzlichem Hilfebedarf fanden sich auch mehr Fälle von sog. "echten CMA's", also Personen, die mindestens eine Suchterkrankung hatten sowie mindestens eine weitere (körperliche oder psychische) Erkrankung und ein soziales Problem (10% mehr als in der Vergleichsgruppe). Im Vergleich waren in der Gruppe

Der Anteil Wohnungsloser war mit 67 Prozent 3-mal so groß wie in der Vergleichsgruppe, nur ein halb so großer Anteil war in einer Wohneinrichtung untergebracht. Die Kriminalität war ebenfalls verbreitet, 43 Prozent waren straffällig, bei weiteren 33 Prozent lagen diesbezüglich keine Angaben vor. Die Kriminalität war damit mindestens doppelt so hoch wie in der Gruppe ohne gesonderten Hilfebedarf.



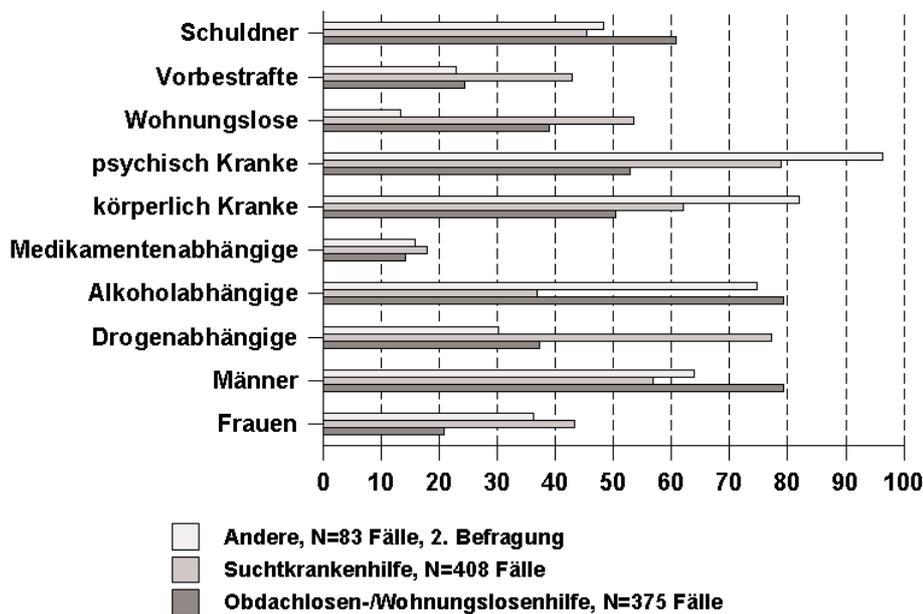
13. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Betreuung durch andere, getrennt nach Fällen mit zusätzlichem Hilfebedarf und ohne zusätzlichem Hilfebedarf.

Die Frage nach der Betreuung durch andere Einrichtungen wurde für etwa die Hälfte der Fälle bejaht (52%). Das waren erstaunlicherweise sogar 2 Prozent weniger als in der Vergleichsgruppe. Anders ausgedrückt: Trotz gesteigertem Hilfebedarf fand keine Ausweitung der Betreuung bzw. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen statt. Einschränkend kann lediglich hinzugefügt werden, dass die Dunkelziffer relativ hoch war, d.h. für 20 Prozent der Fälle war die Frage nach der Betreuung durch weitere Instanzen nicht beantwortbar (Vergleichsgruppe 9%).

Verteilung der Klienten in den Einrichtungen

Betrachtet man das Klientenprofil getrennt nach Einrichtungsart, lässt sich feststellen, wo welche Klienten am häufigsten auftauchen.

Die Ergebnisse der zweiten Befragung geben Aufschluss über die Verteilung der Einzelfälle in den Einrichtungen. Dabei sind nicht mehr alle Einrichtungen der ersten Befragung in der Stichprobe enthalten, besonders von den Kliniken und den niedergelassenen Ärzten liegen keine Angaben vor. Die Befragung richtete sich nicht wie im ersten Durchgang an Suchtkranke allgemein, sondern speziell an Suchtkranke mit zusätzlichen psychischen und sozialen Schwierigkeiten. Dabei hatten die Wohnungslosenhilfe/Obdachlosenhilfe und die Suchtkrankenhilfe in etwa gleich viele Fälle benannt (375 zu 408). In den anderen Einrichtungen war die Fallzahl deutlich niedriger (83). Bei den Einrichtungen der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe gehen die Angaben auf insgesamt 17 Einrichtungen zurück, darunter 5 Heime/Wohngruppen für Wohnungslose sowie 2 Beratungs- und Anlaufstellen (nach §72 BSHG), 2 Notschlafstellen (gemischt), 2 sozialtherapeutische Einrichtungen der Stadt und 5 Obdachlosenunterkünfte der Stadt sowie eine Tagesstätte (nach OBG). Die Angaben zu den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe beruhen auf 2 stationären Einrichtungen für Suchtkranke (auch obdachlose/wohnungslose Suchtkranke) und 5 Beratungsstellen bzw. Fachambulanzen. Unter "andere Einrichtungen" sind die Fälle von 5 Betreuungsvereinen, einer stationären und einer ambulanten Einrichtung für psychisch Kranke und dem AIDS-Hilfe e.V. zusammengefasst.



14. Prozentuale Anteile der im November 2001 erfassten CMA nach Geschlecht, Alter, Art des Suchtmittels, Krankheiten und sozialen Schwierigkeiten, getrennt nach Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und der Wohnungslosenhilfe, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und anderen Einrichtungen.

Der Vergleich personenbezogener Angaben zeigt, dass das Geschlechterverhältnis in den Einrichtungen der Obdachlosen- und der Wohnungslosenhilfe am weitesten auseinander lag (Männer 80%, Frauen 20%) und in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe am ehesten ausgeglichen war (Männer 57%, Frauen 43%). In den anderen Einrichtungen lag es dazwischen. Da Geschlecht und Alter bei den chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken in dieser Studie korrelierte, waren in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe die meisten unter 30-Jährigen (44%) und die wenigsten über 50-Jährigen (11%) vertreten. In den Einrichtungen der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe waren alle Altersgruppen zwischen 20 und 30 Prozent vertreten. Bei den Betreuungsvereinen und psychiatrischen Hilfen wurden besonders die älteren Betroffenen erreicht (38%) und weniger die Jungen (11%).

Über die Hälfte der Betroffenen in den Suchtkrankeneinrichtungen suchten diese wegen sozia-

ler Probleme und nicht etwa wegen ihrer Suchterkrankung auf. Ansonsten waren konkrete Hilfen und sonstige Probleme in allen Einrichtung häufiger Kontaktpunkt, nur durchschnittlich 10% stellten ihr Problem umfassender dar.

Erwartungsgemäß war ein größerer Anteil der Betroffenen in Suchtkrankeneinrichtungen von illegalen Drogen abhängig (73%) als in den beiden anderen Hilfesystemen (Obdachlosigkeit/Wohnungslosigkeit 37%, andere 30%). Bei der Alkoholsucht zeigte sich ein entgegengesetztes Bild. Der Anteil betrug in den

Obdachlosen-/Wohnungsloseneinrichtungen 80 Prozent, bei den Betreuungsvereinen 75 Prozent und den Suchtkrankeneinrichtungen 37 Prozent. Auffallend war der hohe Anteil der Betroffenen mit "sonstigen Süchten" bei den Betreuungsvereinen (20% zu durchschnittlich 5%). Auch der Anteil der Mehrfachsüchtigen war hier am größten (39%) und erstaunlicherweise bei den Suchtkrankeneinrichtungen am niedrigsten (27%).

Psychische Erkrankungen hatten nahezu alle Klienten der Betreuungsvereine und der psychiatrischen Einrichtungen, aber auch in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe war ein Großteil der Klienten psychisch krank (80%), bei den Obdachlosen-/Wohnungsloseneinrichtungen waren es etwas mehr als die Hälfte (53%). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei den "anderen" Einrichtungen eine psychische Erkrankung Grund für die Inanspruchnahme war. Ein sehr ähnliches Bild ergab sich auch bei dem Vergleich des Anteils der Betroffenen mit körperlichen

Erkrankungen. In den Betreuungsvereinen und psychiatrischen Einrichtungen waren es 82 Prozent, in den Suchtkrankeneinrichtungen 62 Prozent und in den Obdachlosen-/Wohnungsloseneinrichtungen 50 Prozent.

Der Anteil der Wohnungslosen war in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe größer als in den Einrichtungen der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe (53% zu 39%). Viele Klienten der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe waren bereits in einem Wohnheim/Notunterkunft für Obdachlose/Wohnungslose oder einer stationären therapeutischen Einrichtung untergebracht (39%), was für die Suchtkranken in einem geringeren Ausmaß galt (26%). Damit war die aktuelle Wohnsituation für einen Teil der Klienten aus der Suchtkrankenhilfe problematischer als für die aus der Wohnungs- bzw. Obdachlosenhilfe. Allerdings war für einen nicht unerheblichen Teil der Klienten aus der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe die Wohnsituation nicht geklärt (18%), so dass die Zahl der Wohnungslosen auch über der angegebenen Zahl liegen könnte. Die Klienten der Betreuungsvereine hatten meistens einen festen Wohnsitz, sei es in der eigenen Wohnung (50%) oder in einer Einrichtung (34%). Die Kriminalität war bei den Klienten der Suchtkrankenhilfe am höchsten (43%, Klienten der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe 24%, Klienten anderer Anbieter 23%), Schuldner waren vor allem in Obdachlosen-/Wohnungsloseneinrichtungen zu finden (61% zu alle anderen 45-48%).

Aus den bisherigen Ergebnissen ist es nicht verwunderlich, dass für die Klienten der Suchthilfeeinrichtungen der größte zusätzliche Hilfebedarf gesehen wurde (60%, Betreuungsvereine/psychiatrische Hilfen 46%, Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe 36%). Dabei stand betreutes Wohnen an erster Stelle, genauso wie bei den Klienten der Betreuungsvereine und der psychiatrischen Hilfen. Für die Obdachlosen-/Wohnungsloseneinrichtungen standen demgegenüber psychiatrische Hilfen im Vordergrund der Bedarfe.

Eine Mitversorgung durch weitere Institutionen war

am häufigsten für die Klienten der Betreuungsvereine und psychiatrischen Hilfen (66%) gegeben. Demgegenüber war eine Mitversorgung nur bei 53 Prozent der Klienten der Obdachlosen- und Wohnungslosenhilfe und bei 50 Prozent der Klienten der Suchtkrankenhilfe gewährleistet.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft gemäß §95/§72 BSHG in der Landeshauptstadt Düsseldorf (2002): Jahresbericht zur Vorlage in der Sitzung des Unterausschusses Obdachlosenhilfe am 05.06.2003.

Arbeitsgemeinschaft gemäß §95/§72 BSHG in der Landeshauptstadt Düsseldorf (2001): Jahresbericht zur Vorlage in der Sitzung des Unterausschusses Obdachlosenhilfe am 02.05.2002.

Arbeitsgruppe CMA (1999): Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. In: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 1, S.6-13.

Arnold, T, Schmid, M. & Simmedinger, R. (1999): Der CMA-Definitionsvorschlag in seiner Anwendung auf zwei Stichproben von Heroinabhängigen - erste empirische Ergebnisse. In: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 1, S.14-21.

AXept! Altstadt-Streetwork und Zusammenarbeit (2003): Jahresbericht 2002.

BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (2000): Zur Organisation der Hilfen für Personen in Mehrfachproblemlagen. Empfehlungen der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Beratung, Therapie, Versorgung, vom Gesamtvorstand der BAG W auf seiner Sitzung am 1./2. Februar 2000 verabschiedet.

Böttger, G., Härtel, F., Leonhardt, H.-J. & Mühler, K. (1999): CMA - Zur Definition und Therapie, Arbeitsgruppe Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA), Arbeitspapier 3, Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2002): Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über eine Änderung der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß §135 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ("BUB-Richtlinien").

Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31.12.2002, S. 26 682. www.dgsuchtmedizin.de/fix/BUB-Richtlinien-BANZ31122002.pdf

Bundesgesetzblatt (2003): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG). Teil I, Nr. 55, S. 2200.

Care24 PflegeService gGmbH (2003): Projekt "Aufsuchende Hilfe zur Krankenpflege". Bericht für den Arbeitskreis Armut und Gesundheit.

Caritas für Düsseldorf (2000): Fachberatungsstelle für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Jahresbericht 2000.

Caritas für Düsseldorf (2000): Haus Don Bosco. Jahresbericht 2000.

Caritas für Düsseldorf (2002): Suchtprävention. Jahresbericht 2002.

Diakonie in Düsseldorf (2001): Friedrich-Naumann-Haus. Jahresbericht 2000.

Diakonie in Düsseldorf (2002): Fachambulanz, Zentrum für Psychosoziale Beratung und Rehabilitation. Jahresbericht 2002.

Diakonie in Düsseldorf (2002): Icklack, Stationäre Rehabilitation für Frauen, Abteilung Jugend und Soziales, Jahresbericht.

Diakonie in Düsseldorf (2002): TrebeCafé. Die ersten fünf Jahre (1996-2001).

Diakonie in Düsseldorf (2003): Bahnhofsmision. Jahresbericht 2002.

Diakonie in Düsseldorf (2003): Betreutes Wohnen für Frauen, Geschäftsbereich Jugend und Soziales. Jahresbericht 2002.

Diakonie in Düsseldorf (2003): Fachberatungsstelle für Frauen und Männer, Geschäftsbereich Jugend und Soziales. Jahresbericht 2002.

Diakonie in Düsseldorf (2003): Tagesstätte für Wohnungslose, Ackerstraße 7, Geschäftsbereich Jugend und Soziales. Jahresbericht 2002.

Diakonie in Düsseldorf (2003): Wohnprojekt "Kölner Straße 291", Verein für individuelle Lebensgemeinschaft e.V., Geschäftsbereich Jugend und Soziales. Jahresbericht 2002.

Fichter, M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H-U. & Wölz, J. (1996): Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, pp. 185-196.

Fichter, M., Salkow, K., Quadflieg, N. & Altmann, B. (2000): Alkoholismus - das einzige psychische Problem? In: Reihe Materialien der Wohnungslosenhilfe, Heft 43, Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH, S. 8-31.

Fleischmann, H. & Wodarz, N. (1999): "Chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholabhängige" - Anwendbarkeit und psychometrische Aspekte eines Vorschlags zur operationalisierten Diagnostik. In: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 1, S.34-44.

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf (2003): Illegale Drogen. Aktuelle Situation und Entwicklung. Gesundheitsbericht.

Greifenhagen, A. & Fichter, M. (1997): Mental illness in homeless women. An epidemiologic study in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, pp. 162-172.

Hesse-Lorenz, H. & Moog, R. (1996): Wohnungslosigkeit bei Frauen ist unsichtbar. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank, S. 117-132.

Hesse-Lorenz, H., Müller, U. & Schönell, H. (2002):

Wohnungslosenhilfe vor Paradigmenwechsel? Sozialpsychiatrische Haltung könnte das Paradigma der Armut der 80er Jahre ablösen. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie, Nr. 3, S. 8-10.

Heuser, K. (1996): Obdachlos und psychisch krank - Probleme innerhalb von Verwaltung und Recht. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank, S. 95-106.

Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.) (1996): Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kellinghaus, Ch., Eikelmann, B., Ohrmann, P. & Reker, Th. (2000): Wohnungslos und psychisch krank - Überblick über den Forschungsstand und eigene Ergebnisse zu einer doppelt benachteiligten Randgruppe. In: Reihe Materialien der Wohnungslosenhilfe, Heft 43, Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH, S. 32-69.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2001): Versorgung und Diagnostik von Personen mit Komorbidität von Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen. Empfehlungen der Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Maßnahme 34 des Landesprogramms gegen Sucht. Köln.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2001): Suchtkrank und psychisch krank - zwischen allen Stühlen? Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität. Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln. Köln.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2003): Betreutes Wohnen: Kostenbeteiligung durch Einsatz von Einkommen und Vermögen. Info-Brief "Soziales" - Information aus dem Dezernat Soziales, Integration des LVR, Nr. 2. www.lvr.de/FachDez/Soziales/hilfen/hilfen+behinderungen/infobriefbewo1003.pdf

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2003): Betreutes Wohnen: Wie der LVR die neue Zuständigkeit ausfüllen will. Info-Brief "Soziales" -

Information aus dem Dezernat Soziales, Integration des LVR.

www.lvr.de/FachDez/Soziales/hilfen/hilfen+behinderungen/infobriefbewo0703.pdf

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2003): Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG). www.lvr.de/FachDez/Soziales/hilfen/hilfen+behinderungen/bewoverordnung.pdf

Locher, G. (1990): Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.

Müller-Mohnssen, M., Hoffmann, M. & Rothenbacher H. (1999): Chronisch mehrfach geschädigt Abhängigkeitskranke (CMA) in der stationären psychiatrischen Behandlung - diagnostische, soziale und Verlaufsmerkmale. In: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 1, S.45-54.

Nouvertné, U. (1996): Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen. Repräsentative Ergebnisse einer empirischen Großstadt-Studie. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank, S. 39-52.

Ordensgemeinschaft der Armen-Brüder des heiligen Franziskus Sozialwerke e.V. (2003): Jahresbericht der Wohnungslosenhilfe 2002.

Ordensgemeinschaft der Armen-Brüder, Diakonie in Düsseldorf & Caritas für Düsseldorf (2003): Streetwork für wohnungslose Menschen in der Landeshauptstadt Düsseldorf. Jahresbericht 2002.

PBAG Landesprogramm gegen Sucht NRW (2002): Handlungsempfehlungen zur medizinisch-sozialen Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker zur Fortentwicklung geeigneter Eingliederungsformen.

Schild, W. (2000): Versorgung von psychisch kranken

wohnungslosen Frauen und Männern: Qualitätssicherung und Schnittstellenprobleme. In: Reihe Materialien der Wohnungslosenhilfe, Heft 43, Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH, S. 97-108.

Schlanstedt, G. & Schu, M. (1999): Empirische Überprüfung eines Vorschlags zur Definition "chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängiger". In: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 1, S.22-33.

Schönell, H., Müller, U. & Hesse-Lorenz, H. (2002): Doppelzimmer, Vollpension und Therapie. Mehr als zwei Drittel der Wohnungslosen leiden unter psychischen Störungen. Wie kann die Psychiatrie psychisch kranken Wohnungslosen helfen? In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie, Nr. 3, S. 4-7.

SKFM Sozialdienst Katholischer Frauen und Männer e.V. (2002): Jahresbericht 2002, Daten Zahlen, Entwicklungen des SKFM e.V., Düsseldorf.

SKM gGmbH Düsseldorf (2000): Wohnungslosenhilfe 2000. Jahresbericht 2000.

Specht-Kittler, T. (2002): Grundversorgung, Vernetzung und Kooperation verbessern. Position der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe zur Situation psychisch kranker wohnungsloser Menschen. In: In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie, Nr. 3, S. 11-12.

Trabert, G. (1995): Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.

Wessel, T. (1996): Im Bermuda-Dreieck. Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe. In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.): Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank, S. 77-94.

Herausgegeben von der
Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

Verantwortlich
Prof. (BG) Dr. med. H. Schneitler

Bericht/Redaktion
Regina Behrendt

Gestaltung
Klemens Lummer

Druck
Stadt-Druckerei

IV/04-6.
www.duesseldorf.de

Anhang

Anbieterprofil

Personal in den Einrichtungen, 1. Befragung

Wohnungslosenhilfe (N=30)	
Vollzeit	64,6
Teilzeit	35,4
Sozialarbeiter	100
Verwaltungskraft	80
Hausmeister, Reinigung	73,3
Sozialpädagogen	56,7
Pädagogen, Erzieher	13,3
Praktikanten, Zivi's	10
Krankenschwestern, -pfleger	10
Arzt	6,7
Alten-/Familienpfleger	3,3
sonstige	13,3

Suchtkrankenhilfe (N=8)	
Vollzeit	62,5
Teilzeit	37,5
Sozialpädagogen	100
Sozialarbeiter	87,5
Verwaltungskraft	75
Psychologen	62,5
Arzt	50
Praktikanten, Zivi's	50
Krankenschwester	37,5
Ergotherapeut	37,5
Pädagogen/Erzieher	25
Alten-/Familienpfleger	12,5
Hausmeister, Reinigung	12,5
sonstige	25

(Andere N=14)	
Vollzeit	82,2
Teilzeit	17,8
Praktikanten, Zivi's	0
Sozialarbeiter	78,6
Verwaltungskraft	71,4
Sozialpädagogen	42,9
Arzt	42,9
Krankenschwestern, -pfleger	35,7
Psychologen	21,4
Pädagoge/Erzieher	14,3
Ergotherapeuten	14,3
Hausmeister, Reinigung	14,3
Alten-/Familienpfleger	7,1
sonstige	7,1

Leistungsangebote der Hilfeeinrichtungen, 1. Befragung

Wohnungslosenhilfe (N=30)	
Kontakt- und Informationsgespräche	100
Vermittlung in fachspezifische Einrichtungen	100
Beratungsgespräche	96,7
Begleitung zu Behörden	93,3
Krisenintervention	93,3
Vermittlung in Wohnungen	90
Wohnheimplätze	56,7
Prävention, Gesundheitsförderung	50
Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter	46,7
betreute Wohngemeinschaften	43,3
Basisversorgung	36,7
Schuldnerberatung	36,7
Gesprächsgruppen	26,7
Überlebenshilfe	16,7
Alltagspraktische Fähigkeiten, Hauswirtschaft	13,3
Freizeitgestaltung	13,3
Angebote für Angehörige von Abhängigen	10
gesamt Betreuung	10

Suchtkrankenhilfe (N=8)	
Begleitung zu Behörden	100
Beratungsgespräche	100
Einzeltherapie	100
Kontakt- und Informationsgespräche	100
Krisenintervention	100
Vermittlung in fachspezifische Einrichtungen	100
Angebote für Angehörige von Abhängigen	87,5
Gesprächsgruppen	87,5
Gruppentherapie	87,5
Vermittlung in Wohnungen	87,5
Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter	75
Prävention, Gesundheitsförderung	75
ambulante Nachsorge	62,5
Gutachten, Atteste	62,5
Psychotherapeutische Behandlung	62,5
Angebote für Kinder von Abhängigen	50
betreute Wohngemeinschaften	50
Basisversorgung	37,5

(Andere N=14)	
Krisenintervention	92,9
Vermittlung in fachspezifische Einrichtungen	92,9
Beratungsgespräche	85,7
Kontakt- und Informationsgespräche	85,7
Begleitung zu Behörden	71,4
Vermittlung in Wohnungen	64,3
Gutachten, Atteste	42,9
ambulante Nachsorge	35,7
betreute Wohngemeinschaften	35,7
Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter	35,7
Wohnheimplätze	28,6
ambulante Pflegedienste	28,6
Gesprächsgruppen	28,6
Prävention, Gesundheitsförderung	28,6
Angebote für Angehörige von Abhängigen	21,4
Psychotherapeutische Behandlung	21,4
Alltagspraktische Fähigkeiten, Hauswirtschaft	14,3
ambulante Substitution	14,3

Streetwork	10
ambulante Nachsorge	6,7
Einzeltherapie	6,7
Gruppentherapie	6,7

Selbsthilfegruppen	37,5
Streetwork	37,5
Wohnheimplätze	37,5
Supervision für Dritte	25

Basisversorgung	14,3
Entgiftung	14,3
Freizeitgestaltung	14,3
gesamt Betreuung	14,3

Nutzerprofil

Vergleich aller Fälle mit denen, die mindestens eine Sucht und eine weitere Erkrankung und ein soziales Problem hatten, 2. Befragung

Alle N=(866)		
Geschlecht	Männer	67,1
	Frauen	32,9
Alter	bis 30	31,1
	31 bis 40	26,1
	41 bis 50	20,7
	über 50	22,1
Kontaktanlass	Soziales Problem	35,0
	Sonstiges Problem	21,6
	Konkrete Hilfen	14,8
Drogen	illegale Droge	55,4
	Alkohol	58,8
	Medikamente	16,1
	sonstige	6,6
Sucht	eine	69,2
	zwei	23,9
	mehr	7,0
Psy. Krankh.	ja	69,3
	nein	15,9
	nicht bekannt	14,8
Anzahl	keine	31,8
	eine	44,3
	zwei	11,1
	mehr	1,5
Kör. Krankh.	ja	58,9
	nein	23,1
	nicht bekannt	18,0
Anzahl	keine	41,2
	eine	37,4
	zwei	16,7
	mehr	4,6
Wohnen	wohnungslos	43,3
	Einrichtung	32,5
	eigene Wohn.	15,5
	nicht bekannt	9,0
straffällig	ja	32,9
	nein	43,2
	nicht bekannt	23,9
Schulden	ja	52,3
	nein	28,6
	nicht bekannt	19,1
Betreuung durch andere	ja	52,6
	nein	32,7
	nicht bekannt	14,7

„echte“ CMA N=(684)		
Geschlecht	Männer	66,9
	Frauen	33,1
Alter	bis 30	30,7
	31 bis 40	25,1
	41 bis 50	21,3
	über 50	22,9
Kontaktanlass	Soziales Problem	39,0
	Sonstiges Problem	21,5
	Konkrete Hilfen	12,9
Drogen	illegale Droge	56,6
	Alkohol	60,2
	Medikamente	17,0
	sonstige	5,3
Sucht	eine	67,7
	zwei	25,1
	mehr	7,1
Psy. Krankh.	ja	78,4
	nein	10,8
	nicht bekannt	10,8
Anzahl	keine	22,7
	eine	50,6
	zwei	12,3
	mehr	1,6
Kör. Krankh.	ja	70,0
	nein	16,1
	nicht bekannt	13,9
Anzahl	keine	29,8
	eine	45,2
	zwei	19,9
	mehr	5,1
Wohnen	wohnungslos	48,7
	Einrichtung	34,5
	eigene Wohn.	10,2
	nicht bekannt	6,6
straffällig	ja	35,4
	nein	39,5
	nicht bekannt	25,1
Schulden	ja	55,8
	nein	26,5
	nicht bekannt	17,7
Betreuung durch andere	ja	53,8
	nein	32,2
	nicht bekannt	13,9

Spezieller Hilfebedarf	ja	48,4
	nein	41,7
	nicht bekannt	9,9

Spezieller Hilfebedarf	ja	52,1
	nein	38,9
	nicht bekannt	9,1

Vergleich von Männern und Frauen, 2. Befragung

Männer N=(576)		
echte CMA's	ja	78,6
Alter	bis 30	22,0
	31 bis 40	28,3
	41 bis 50	23,4
	über 50	26,4
Kontaktanlass	Soziales Problem	35,6
	Sonstiges Problem	26,2
	Abhängigkeit, soziales Problem und konkrete Hilfen	12,0
Drogen	illegale Droge	48,4
	Alkohol	67,0
	Medikamente	14,2
	sonstige	5,0
Sucht	eine	71,9
	zwei	20,8
	mehr	7,4
Psy. Krankh.	ja	64,2
	nein	20,5
	nicht bekannt	15,3
Anzahl	keine	37,0
	eine	45,7
	zwei	7,8
	mehr	1,6
Kör. Krankh.	ja	59,4
	nein	27,3
	nicht bekannt	13,4
Anzahl	keine	40,8
	eine	37,8
	zwei	16,0
	mehr	5,4
Wohnen	wohnungslos	37,3
	Einrichtung	40,2
	eigene Wohn.	12,5
	nicht bekannt	9,9
straffällig	ja	32,5
	nein	47,9
	nicht bekannt	19,6
Schulden	ja	54,5
	nein	30,2
	nicht bekannt	15,3
Betreuung durch andere	ja	52,8
	nein	33,3
	nicht bekannt	13,9
Spezieller Hilfebedarf	ja	41,2
	nein	49,7
	nicht bekannt	9,2

Frauen N=(282)		
echte CMA's	ja	79,4
Alter	bis 30	48,9
	31 bis 40	22,3
	41 bis 50	14,9
	über 50	13,8
Kontaktanlass	Soziales Problem	34,0
	Konkrete Hilfen	24,8
	Sonstige Probleme	11,7
Drogen	illegale Droge	69,5
	Alkohol	42,2
	Medikamente	19,9
	sonstige	9,9
Sucht	eine	63,3
	zwei	30,2
	mehr	6,5
Psy. Krankh.	ja	79,8
	nein	6,7
	nicht bekannt	13,5
Anzahl	keine	20,9
	eine	41,5
	zwei	17,7
	mehr	1,5
Kör. Krankh.	ja	57,8
	nein	14,5
	nicht bekannt	27,7
Anzahl	keine	42,2
	eine	36,5
	zwei	18,1
	mehr	3,2
Wohnen	wohnungslos	55,3
	Einrichtung	16,0
	eigene Wohn.	22,0
	nicht bekannt	6,7
straffällig	ja	34,4
	nein	33,3
	nicht bekannt	32,3
Schulden	ja	47,9
	nein	25,9
	nicht bekannt	26,2
Betreuung durch andere	ja	52,5
	nein	31,6
	nicht bekannt	16,0
Spezieller Hilfebedarf	ja	63,5
	nein	25,5
	nicht bekannt	11,0

Vergleich der Altersgruppen, 2. Befragung

14-30 Jahre N=(268)		
echte CMA's	ja	78,0
Geschlecht	Männer	47,7
	Frauen	52,3
Kontaktanlass	Soziales Problem	40,7
	Konkrete Hilfen	16,4
	Sonstige Probleme	16,4
Drogen	illegale Droge	91,4
	Alkohol	32,8
	Medikamente	17,5
	sonstige	5,2
Sucht	eine	60,9
	zwei	30,5
	mehr	8,7
Psy. Krankh.	ja	76,5
	nein	7,1
	nicht bekannt	16,4
Anzahl	keine	25,0
	eine	36,9
	zwei	14,2
	mehr	0,4
Kör. Krankh.	ja	51,5
	nein	17,2
	nicht bekannt	31,3
Anzahl	keine	48,9
	eine	35,4
	zwei	14,2
	mehr	1,5
Wohnen	wohnungslos	66,4
	Einrichtung	14,2
	eigene Wohn.	12,3
	nicht bekannt	7,1
straffällig	ja	43,3
	nein	22,8
	nicht bekannt	34,0
Schulden	ja	52,2
	nein	19,4
	nicht bekannt	28,4
Betreuung durch andere	ja	52,9
	nein	24,3
	nicht bekannt	22,8
Spezieller Hilfebedarf	ja	68,3
	nein	20,9
	nicht bekannt	10,8

31-40 Jahre N=(225)		
echte CMA's	ja	76,0
Geschlecht	Männer	72,0
	Frauen	28,0
Kontaktanlass	Soziales Problem	31,1
	Sonstiges Problem	24,9
	Konkrete Hilfen	16,9
Drogen	illegale Droge	71,6
	Alkohol	46,7
	Medikamente	14,7
	sonstige	10,2
Sucht	eine	64,0
	zwei	27,0
	mehr	9,0
Psy. Krankh.	ja	64,9
	nein	15,6
	nicht bekannt	19,6
Anzahl	keine	36,9
	eine	41,3
	zwei	7,1
	mehr	2,7
Kör. Krankh.	ja	60,0
	nein	25,3
	nicht bekannt	14,7
Anzahl	keine	40,0
	eine	40,4
	zwei	16,0
	mehr	3,5
Wohnen	wohnungslos	39,6
	Einrichtung	29,3
	eigene Wohn.	16,9
	nicht bekannt	14,2
straffällig	ja	44,9
	nein	32,0
	nicht bekannt	23,1
Schulden	ja	63,1
	nein	17,3
	nicht bekannt	19,6
Betreuung durch andere	ja	56,9
	nein	26,2
	nicht bekannt	16,9
Spezieller Hilfebedarf	ja	47,1
	nein	43,6
	nicht bekannt	9,3

41-50 Jahre N=(179)		
echte CMA's	ja	81,0
Geschlecht	Männer	76,1
	Frauen	23,9
Kontaktanlass	Soziales Problem	30,2
	Sonstige Probleme	21,2
44		

51-80 Jahre N=(191)		
echte CMA's	ja	81,7
Geschlecht	Männer	79,5
	Frauen	20,5
Kontaktanlass	Soziales Problem	36,6
	Sonstiges Problem	25,1

	Konkrete Hilfen	16,8
Drogen	illegale Droge	36,3
	Alkohol	76,0
	Medikamente	20,1
	sonstige	6,7
Sucht	eine	68,4
	zwei	23,2
	mehr	8,5
Psy. Krankh.	ja	63,7
	nein	25,7
	nicht bekannt	10,6
Anzahl	keine	36,9
	eine	44,1
	zwei	13,4
	mehr	1,7
Kör. Krankh.	ja	63,1
	nein	24,6
	nicht bekannt	12,3
Anzahl	keine	36,3
	eine	40,2
	zwei	17,9
	mehr	5,6
Wohnen	wohnungslos	34,1
	Einrichtung	35,2
	eigene Wohn.	19,0
	nicht bekannt	11,7
straffällig	ja	28,5
	nein	51,4
	nicht bekannt	20,1
Schulden	ja	59,8
	nein	23,5
	nicht bekannt	16,8
Betreuung durch andere	ja	50,8
	nein	37,4
	nicht bekannt	11,7
Spezieller Hilfebedarf	ja	40,8
	nein	48,6
	nicht bekannt	10,6

	Abhängigkeit, soziales Problem und konkrete Hilfen	12,6
Drogen	illegale Droge	4,2
	Alkohol	93,2
	Medikamente	12,0
	sonstige	4,2
Sucht	eine	86,9
	zwei	12,0
	mehr	1,0
Psy. Krankh.	ja	69,1
	nein	19,9
	nicht bekannt	11,0
Anzahl	keine	30,9
	eine	58,1
	zwei	9,4
	mehr	1,0
Kör. Krankh.	ja	63,9
	nein	27,2
	nicht bekannt	8,9
Anzahl	keine	36,6
	eine	33,5
	zwei	20,4
	mehr	9,4
Wohnen	wohnungslos	24,1
	Einrichtung	57,6
	eigene Wohn.	15,2
	nicht bekannt	3,1
straffällig	ja	8,4
	nein	77,0
	nicht bekannt	14,7
Schulden	ja	33,0
	nein	59,7
	nicht bekannt	7,3
Betreuung durch andere	ja	48,7
	nein	47,6
	nicht bekannt	3,7
Spezieller Hilfebedarf	ja	29,3
	nein	61,8
	nicht bekannt	8,9

Vergleich von ausschließlich Drogensüchtigen und ausschließlich Alkoholsüchtigen, 2. Befragung

nur Drogen N=(274)		
echte CMA's	ja	79,9
Geschlecht	Männer	57,2
	Frauen	42,8
Alter	bis 30 Jahre	53,5
	31 bis 40 Jahre	34,1
	41 bis 50 Jahre	11,7
	über 50 Jahre	0,7
Kontaktanlass	Soziales Problem	50,4
	Konkrete Hilfen	15,3

nur Alkohol N=(297)		
echte CMA's	ja	77,8
Geschlecht	Männer	83,7
	Frauen	16,3
	bis 30 Jahre	4,8
	31 bis 40 Jahre	13,9
	41 bis 50 Jahre	28,1
	über 50 Jahre	53,2
Kontaktanlass	Sonstiges Problem	31,0
	soziales Problem	29,0

	Sonstiges Problem	14,6
Drogen	illegale Droge	100
	Alkohol	0
	Medikamente	0
	sonstige	0
Sucht	eine	100
	zwei	0
	mehr	0
Psy. Krankh.	ja	73,0
	nein	11,7
	nicht bekannt	15,3
Anzahl	keine	29,6
	eine	31,4
	zwei	5,8
	mehr	0,4
Kör. Krankh.	ja	64,6
	nein	15,0
	nicht bekannt	20,4
Anzahl	keine	35,8
	eine	44,2
	zwei	17,5
	mehr	2,6
Wohnen	wohnungslos	61,7
	Einrichtung	16,1
	eigene Wohn.	12,4
	nicht bekannt	9,9
straffällig	ja	51,8
	nein	24,8
	nicht bekannt	23,4
Schulden	ja	54,7
	nein	19,0
	nicht bekannt	26,3
Betreuung durch andere	ja	56,9
	nein	20,1
	nicht bekannt	23,0
Spezieller Hilfebedarf	ja	65,7
	nein	23,7
	nicht bekannt	10,6

	Abhängigkeit, soziales Problem und konkrete Hilfen	14,1
Drogen	illegale Droge	0
	Alkohol	100
	Medikamente	0
	sonstige	0
Sucht	eine	99,7
	zwei	0,3
	mehr	0
Psy. Krankh.	ja	65,0
	nein	22,9
	nicht bekannt	11,8
Anzahl	keine	34,7
	eine	52,2
	zwei	11,1
	mehr	1,7
Kör. Krankh.	ja	56,2
	nein	36,0
	nicht bekannt	7,7
Anzahl	keine	43,8
	eine	33,3
	zwei	15,8
	mehr	7,0
Wohnen	wohnungslos	21,5
	Einrichtung	57,9
	eigene Wohn.	13,8
	nicht bekannt	6,7
straffällig	ja	12,8
	nein	73,1
	nicht bekannt	14,1
Schulden	ja	44,8
	nein	49,5
	nicht bekannt	5,7
Betreuung durch andere	ja	51,1
	nein	45,8
	nicht bekannt	3,0
Spezieller Hilfebedarf	ja	27,6
	nein	65,7
	nicht bekannt	6,7

Vergleich von allen Drogensüchtigen und allen Alkoholsüchtigen, unabhängig vom zusätzlichen Konsum, 2. Befragung

alle Drogen N=(480)		
echte CMA's	ja	80,6
Geschlecht	Männer	58,7
	Frauen	41,3
Alter	bis 30 Jahre	51,1
	31 bis 40 Jahre	33,6
	41 bis 50 Jahre	13,6
	über 50 Jahre	1,7
Kontaktanlass	Soziales Problem	41,0
	Konkrete Hilfen	17,5

alle Alkohol N=(509)		
echte CMA's	ja	80,9
Geschlecht	Männer	76,4
	Frauen	23,6
	bis 30 Jahre	17,4
	31 bis 40 Jahre	20,7
	41 bis 50 Jahre	26,8
	über 50 Jahre	35,1
Kontaktanlass	Soziales Problem	28,5
	Sonstiges Problem	26,3

	Sonstiges Problem	15,8
Drogen	illegale Droge	100
	Alkohol	32,9
	Medikamente	18,1
	sonstige	4,6
Sucht	eine	57,1
	zwei	30,6
	mehr	12,3
Psy. Krankh.	ja	70,4
	nein	12,1
	nicht bekannt	17,5
Anzahl	keine	31,3
	eine	36,0
	zwei	11,5
	mehr	1,0
Kör. Krankh.	ja	61,0
	nein	14,0
	nicht bekannt	25,0
Anzahl	keine	39,2
	eine	40,6
	zwei	17,3
	mehr	2,9
Wohnen	wohnungslos	59,8
	Einrichtung	16,3
	eigene Wohn.	13,3
	nicht bekannt	10,6
straffällig	ja	47,7
	nein	22,5
	nicht bekannt	29,8
Schulden	ja	57,1
	nein	15,4
	nicht bekannt	27,5
Betreuung durch andere	ja	52,3
	nein	24,8
	nicht bekannt	22,9
Spezieller Hilfebedarf	ja	62,6
	nein	25,6
	nicht bekannt	11,9

	Abhängigkeit, soziales Problem und konkrete Hilfen	11,8
Drogen	illegale Droge	31,0
	Alkohol	100
	Medikamente	18,9
	sonstige	3,3
Sucht	eine	58,2
	zwei	30,6
	mehr	11,2
Psy. Krankh.	ja	67,4
	nein	19,8
	nicht bekannt	12,8
Anzahl	keine	32,8
	eine	49,7
	zwei	14,3
	mehr	2,0
Kör. Krankh.	ja	57,0
	nein	28,9
	nicht bekannt	14,1
Anzahl	keine	43,0
	eine	33,2
	zwei	17,3
	mehr	6,5
Wohnen	wohnungslos	33,2
	Einrichtung	43,8
	eigene Wohn.	14,1
	nicht bekannt	8,8
straffällig	ja	22,8
	nein	54,6
	nicht bekannt	22,6
Schulden	ja	53,0
	nein	34,8
	nicht bekannt	12,2
Betreuung durch andere	ja	48,8
	nein	42,4
	nicht bekannt	8,8
Spezieller Hilfebedarf	ja	38,7
	nein	52,8
	nicht bekannt	8,4

Vergleich von Einfach- und Mehrfachsüchtigen, 2. Befragung

Eine Sucht N=(594)		
echte CMA's	ja	77,8
Geschlecht	Männer	70,1
	Frauen	29,9
Alter	bis 30 Jahre	27,4
	31 bis 40 Jahre	24,0
	41 bis 50 Jahre	20,5
	über 50 Jahre	28,1
Kontaktanlass	Soziales Problem	37,9
	Sonstiges Problem	22,9
	Konkrete Hilfen	13,1
Drogen	illegale Droge	46,1

Zwei bis vier Süchte N=(265)		
echte CMA's	ja	83,0
Geschlecht	Männer	61,2
	Frauen	38,8
	bis 30 Jahre	39,3
	31 bis 40 Jahre	30,2
	41 bis 50 Jahre	21,1
	über 50 Jahre	9,4
Kontaktanlass	Soziales Problem	28,3
	Sonstiges Problem	19,2
	Konkrete Hilfen	18,5
Drogen	illegale Droge	77,7

	Alkohol	49,8
	Medikamente	0,8
	sonstige	3,2
Sucht	eine	100
	zwei	0
	mehr	0
Psy. Krankh.	ja	69,5
	nein	17,0
	nicht bekannt	13,5
Anzahl	keine	31,8
	eine	42,9
	zwei	8,6
	mehr	1,3
Kör. Krankh.	ja	59,8
	nein	26,4
	nicht bekannt	13,8
Anzahl	keine	40,4
	eine	38,7
	zwei	16,2
	mehr	4,8
Wohnen	wohnungslos	39,6
	Einrichtung	37,0
	eigene Wohn.	15,2
	nicht bekannt	8,2
straffällig	ja	31,0
	nein	50,7
	nicht bekannt	18,4
Schulden	ja	49,0
	nein	35,4
	nicht bekannt	15,7
Betreuung durch andere	ja	54,8
	nein	33,2
	nicht bekannt	12,1
Spezieller Hilfebedarf	ja	45,6
	nein	46,0
	nicht bekannt	8,4

	Alkohol	80,4
	Medikamente	50,6
	sonstige	14,3
Sucht	eine	0
	zwei	77,4
	mehr	22,7
Psy. Krankh.	ja	68,3
	nein	14,0
	nicht bekannt	17,7
Anzahl	keine	32,1
	eine	46,8
	zwei	16,6
	mehr	1,9
Kör. Krankh.	ja	57,4
	nein	16,2
	nicht bekannt	26,4
Anzahl	keine	42,6
	eine	35,1
	zwei	17,7
	mehr	4,5
Wohnen	wohnungslos	51,3
	Einrichtung	21,5
	eigene Wohn.	16,2
	nicht bekannt	10,9
straffällig	ja	37,7
	nein	26,0
	nicht bekannt	36,2
Schulden	ja	60,0
	nein	13,2
	nicht bekannt	26,8
Betreuung durch andere	ja	47,9
	nein	32,5
	nicht bekannt	19,6
Spezieller Hilfebedarf	ja	54,0
	nein	32,8
	nicht bekannt	13,2

Vergleich von Fällen mit und ohne speziellem Hilfebedarf, 2. Befragung

Fälle mit speziellem Hilfebedarf N=(419)		
echte CMA's	ja	85
Geschlecht	Männer	57
	Frauen	43
Alter	bis 30 Jahre	43,8
	31 bis 40 Jahre	25,3
	41 bis 50 Jahre	17,5
	über 50 Jahre	13,4
Kontaktanlass	Soziales Problem	45,1
	Konkrete Hilfen	18,9
	Abhängigkeit, soziales Problem & Nachfrage nach konkreten Hilfen	11,9
Drogen	illegale Droge	71,6
	Alkohol	47,0
	Medikamente	17,2

Fälle ohne speziellem Hilfebedarf N=(447)		
echte CMA's	ja	73,4
Geschlecht	Männer	76,7
	Frauen	23,3
	bis 30 Jahre	19,1
	31 bis 40 Jahre	26,7
	41 bis 50 Jahre	23,9
	über 50 Jahre	30,3
Kontaktanlass	Sonstiges Problem	35,3
	Soziales Problem	25,2
	Konkrete Hilfen	11,0
Drogen	illegale Droge	40,3
	Alkohol	69,8
	Medikamente	15,0

	sonstige	6,7
Sucht	eine	65,6
	zwei	25,1
	mehr	9,4
Psy. Krankh.	ja	79,5
	nein	6,4
	nicht bekannt	14,1
Anzahl	keine	22,2
	eine	41,1
	zwei	12,4
	mehr	1,4
Kör. Krankh.	ja	67,1
	nein	11,0
	nicht bekannt	22,0
Anzahl	keine	33,2
	eine	39,9
	zwei	21,5
	mehr	5,5
Wohnen	wohnungslos	67,1
	Einrichtung	19,4
	eigene Wohn.	11,2
	nicht bekannt	2,1
straffällig	ja	43,4
	nein	23,9
	nicht bekannt	32,7
Schulden	ja	53,7
	nein	20,3
	nicht bekannt	26,0
Betreuung durch andere	ja	51,5
	nein	28,2
	nicht bekannt	20,3
Spezieller Hilfebedarf	ja	100
	nein	0
	nicht bekannt	0

	sonstige	6,5
Sucht	eine	72,6
	zwei	22,7
	mehr	4,7
Psy. Krankh.	ja	59,7
	nein	24,8
	nicht bekannt	15,4
Anzahl	keine	40,7
	eine	47,4
	zwei	9,8
	mehr	1,5
Kör. Krankh.	ja	51,2
	nein	34,5
	nicht bekannt	14,3
Anzahl	keine	48,8
	eine	35,1
	zwei	12,3
	mehr	3,8
Wohnen	wohnungslos	21
	Einrichtung	44,1
	eigene Wohn.	19,5
	nicht bekannt	15,4
straffällig	ja	23,0
	nein	61,3
	nicht bekannt	15,7
Schulden	ja	51,0
	nein	36,5
	nicht bekannt	12,5
Betreuung durch andere	ja	53,7
	nein	36,9
	nicht bekannt	9,4
Spezieller Hilfebedarf	ja	0
	nein	80,8
	nicht bekannt	19,2

Vergleich der Fälle in den unterschiedlichen Einrichtungen, 2. Befragung

Fälle aus Obdachlosen-/Wohnungsloseneinrichtungen N=(375)		
echte CMA's	ja	76,3
Geschlecht	Männer	79,2
	Frauen	20,8
Alter	bis 30	20,9
	31 bis 40	22,5
	41 bis 50	25,5
	über 50	31,1
Kontaktanlass	Sonstiges Problem	33,1
	Soziales Problem	23,5
	Sucht, soziales Problem und konkrete Hilfen	13,3

Fälle aus Suchtkrankeneinrichtungen N=(408)		
echte CMA's	ja	81,6
Geschlecht	Männer	56,8
	Frauen	43,2
Alter	bis 30	44,4
	31 bis 40	28,6
	41 bis 50	16,2
	über 50	10,8
Kontaktanlass	Soziales Problem	52,2
	Konkrete Hilfen	20,3
	Sucht, soziales Problem und konkrete Hilfen	10,0

Fälle aus anderen Einrichtungen N=(83)		
echte CMA's	ja	78,3
Geschlecht	Männer	63,9
	Frauen	36,1
Alter	bis 30	11,0
	31 bis 40	29,2
	41 bis 50	22
	über 50	37,8
Kontaktanlass	Sonstiges Problem	44,6
	Konkrete Hilfen	38,6
	Sucht, soziales Problem und konkrete Hilfen	8,4

Drogen	illegale Droge	37,3
	Alkohol	79,2
	Medikamente	14,1
	sonstige	4,8
Sucht	eine	67,0
	zwei	29,2
	mehr	3,7
Psy. Krankh.	ja	52,8
	nein	29,9
	nicht bekannt	17,3
Anzahl	keine	47,5
	eine	38,7
	zwei	13,1
	mehr	0,6
Kör. Krankh.	ja	50,4
	nein	31,2
	nicht bekannt	18,4
Anzahl	keine	49,6
	eine	30,4
	zwei	15,5
	mehr	4,5
Wohnen	wohnungslos	38,9
	Einrichtung	38,9
	eigene Wohn.	4,3
	nicht bekannt	17,9
straffällig	ja	24,3
	nein	54,4
	nicht bekannt	21,3
Schulden	ja	60,8
	nein	27,2
	nicht bekannt	12,0
Betreuung durch andere	ja	53,1
	nein	40,5
	nicht bekannt	6,4
Spezieller Hilfebedarf	ja	36,3
	nein	54,1
	nicht bekannt	9,6

Drogen	illegale Droge	77,2
	Alkohol	36,8
	Medikamente	17,9
	sonstige	5,4
Sucht	eine	72,7
	zwei	17,0
	mehr	10,3
Psy. Krankh.	ja	78,9
	nein	5,9
	nicht bekannt	15,2
Anzahl	keine	23,0
	eine	43,9
	zwei	7,8
	mehr	1,5
Kör. Krankh.	ja	62,0
	nein	17,2
	nicht bekannt	20,8
Anzahl	keine	38,2
	eine	42,9
	zwei	15,7
	mehr	3,2
Wohnen	wohnungslos	53,4
	Einrichtung	25,8
	eigene Wohn.	18,9
	nicht bekannt	2,0
straffällig	ja	42,9
	nein	31,1
	nicht bekannt	26,0
Schulden	ja	45,3
	nein	27,5
	nicht bekannt	27,2
Betreuung durch andere	ja	49,5
	nein	26,2
	nicht bekannt	24,3
Spezieller Hilfebedarf	ja	60,0
	nein	29,7
	nicht bekannt	10,3

Drogen	illegale Droge	30,1
	Alkohol	74,7
	Medikamente	15,7
	sonstige	20,5
Sucht	eine	61,0
	zwei	34,1
	mehr	4,9
Psy. Krankh.	ja	96,4
	nein	2,4
	nicht bekannt	1,2
Anzahl	keine	3,6
	eine	72,3
	zwei	18,1
	mehr	6,0
Kör. Krankh.	ja	81,9
	nein	15,7
	nicht bekannt	2,4
Anzahl	keine	18,1
	eine	42,2
	zwei	27,7
	mehr	12,0
Wohnen	wohnungslos	13,3
	Einrichtung	33,7
	eigene Wohn.	49,4
	nicht bekannt	3,6
straffällig	ja	22,9
	nein	51,8
	nicht bekannt	25,3
Schulden	ja	48,2
	nein	41,0
	nicht bekannt	10,8
Betreuung durch andere	ja	66,3
	nein	28,9
	nicht bekannt	4,8
Spezieller Hilfebedarf	ja	45,8
	nein	44,6
	nicht bekannt	9,6

Teilnehmer der Befragung					
	Einrichtungen und Dienste, die an der Befragung teilgenommen haben mit den Zuordnungen, die für die Auswertung vorgenommen wurden (1. Befragung: alle haben teilgenommen, 2. Befragung: fettgedruckte Einrichtungen haben teilgenommen)				
Ord.-Nr.	Einrichtung	Träger	Träger allgemein	Hilfesystem	ambulant/stationär
1	Fachstelle für Beratung, Therapie und betriebliche Suchtprävention des Caritas Verbandes der Stadt Düsseldorf	Caritas	kirchlich	Sucht	ambulant
2	Trebe-Café, Kölner Straße	Diakonie	kirchlich	Obdachlose/Wohnungslose	ambulant
3	Haus Eller, Soziotherapeutisches Heim, Allgemeine Hospitalgesellschaft	Allgemeine Hospitalgesellschaft AG	andere	Sucht	stationär
4	Don-Bosco-Haus, Caritas-Verband	Caritas	kirchlich	Obdachlose/Wohnungslose	stationär
5	Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus, Nachtunterkunft Klosterstraße, ab Juni 2002: Franziska-Schervier-Haus, Streetwork	Ordensgemeinschaft	kirchlich	Obdachlose/Wohnungslose	stationär
6	Psychiatrischer und neurologischer Gesundheitsdienst, SPD, Gesundheitsamt	Gesundheitsamt	kommunal	andere	ambulant
7	Sozialtherapeutische Einrichtung des Sozialamtes, Eisenstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/Wohnungslose	stationär
8	Kaiserswerther Diakonie, Wohnheim Anna-Höltje-Haus,	Kaiserswerther Diakonie	kirchlich	andere	stationär
9	Markus-Haus, Diakonie in Düsseldorf	Diakonie	kirchlich	Sucht	stationär
10	Fachberatungsstelle Horizont der Diakonie	Diakonie	kirchlich	Obdachlose/Wohnungslose	ambulant
11	Christliche Hausgemeinschaft e.V.	e.V.	kirchlich	Sucht	stationär
12	Drogen- und Methadonambulanz, Flurstraße, Gesundheitsamt	Gesundheitsamt	kommunal	Sucht	ambulant
13	Knackpunkt,	SKFM	kirchlich	Obdachlose/Wohnungslose	stationär
14	BerThaF., Frauensuchtberatung,	BerTha F. e.V.	andere	Obdachlose/Wohnungslose	ambulant
15	Beratungsstelle für Haftentlassene und ihre Familien der AWO	AWO	andere	Sucht	ambulant
16	Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des Heiligen Franziskus, Wohngruppen mit Selbstversorgung, 2. Befragung: Rückmeldung aus 6 Wohngruppen	Ordensgemeinschaft	kirchlich	Obdachlose/Wohnungslose	stationär
17	Verein für soziale Betreuung,	DPWV	andere	andere	ambulant
18	Aids-Hilfe Düsseldorf, e.V.	e.V.	andere	andere	ambulant

20	DRK-Betreuungsverein, 2. Befragung: Rückmeldung von 4 verschiedenen Betreuungsvereinen	DRK	andere	andere	ambulant
21	DRK-Kreisverband Düsseldorf, Betreutes Wohnen,	DRK	andere	andere	stationär
22	Haus Weißenburg	SKM gemeinnützige Betriebsträger + Dienstleistungs GmbH	kirchlich	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
23	Haus Weißenburg, ambulante Dienste	SKM gemeinnützige Betriebsträger + Dienstleistungs GmbH	kirchlich	Obdachlose/ Wohnungslose	ambulant
24	Katholischer Sozialdienst, Fachdienst Bezirkssozialarbeit	SKFM	kirchlich	andere	ambulant
25	Sozialtherapeutische Einrichtung des Sozialamtes, Burgunderstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
26	Kaiserswerther Diakonie, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Diakonie	kirchlich	andere	stationär
27	Übergangwohnheim für Frauen, An der Icklack	Diakonie	kirchlich	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
28	Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des Heiligen Franziskus, Vollversorgung	Ordensgemein schaft	kirchlich	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
29	Betreuungsverein der Diakonie in Düsseldorf,	Diakonie	kirchlich	andere	ambulant
30	Fachambulanz für Suchtkranke, Diakonie in Düsseldorf, Zentrum für psychosoziale Beratung und Rehabilitation	Diakonie	kirchlich	Sucht	ambulant
31	Friedrich-Naumann-Haus, Übergangwohngruppe für Männer, Diakonie in Düsseldorf	Diakonie	kirchlich	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
32	Tagesstätte Ackerstraße, seit April 2003: café pur, Tagesstätte für Wohnungslose,	Diakonie	kirchlich	Obdachlose/ Wohnungslose	ambulant
33	Anne Hirschfeld, praktische Ärztin	Ärztin	andere	andere	ambulant
34	Dr. Lorrein, niedergelassener Arzt	Arzt	andere	andere	ambulant
35	Allgemeinpraxis (anonyme Teilnahme)	Arzt	andere	andere	ambulant
36	Krankenhaus Benrath, Allgemeinkrankenhaus	Klinik der Landeshauptst adt Düsseldorf gGmbH	kommunal	andere	stationär

37	Sozialdienst Katholische Frauen und Männer, Fachdienst Betreuungen	SKFM	kirchlich	andere	ambulant
38	Stadtwohnheim Breslauer Straße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
39	Wohnheim Oberrather Straße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
40	Wohnheim Sulzbachstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
41	Beedstraße, Am Walbert	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
42	Obdachlosenunterkunft Borbecker Straße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
43	Obdachlosenunterkunft Hördtweg	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
44	Unterkunft Flurstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
45	Unterkunft Schwabstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
46	Städtische Notunterkunft Kühlwetterstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
47	Städtische Notunterkunft Zaunkönigweg	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
48	Städtische Notunterkunft Opizstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
49	Städtische Notunterkunft Augustastraße, Bogenstraße, Sonnenstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
50	Stadtwohnheim Karlstraße und Kölner Landstraße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
51	Trainingswohnheim Hasseler Richtweg	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
52	Breslauer Straße	Sozialamt	kommunal	Obdachlose/ Wohnungslose	stationär
53	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	andere	Sucht	stationär

Stadt Düsseldorf
Gesundheitsamt
Sucht- und Drogenkoordination
Peter Krawczack
Kölner Straße 180, 40 227 Düsseldorf

Fragebogen A

Zur ersten Grobabschätzung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA) in Düsseldorf

Der beigegefügte Fragebogen A dient in einem ersten Schritt der **groben Abschätzung** der Zahl von CMA-Patienten, die die verschiedenen Einrichtungen im Stadtgebiet Düsseldorf aufsuchen bzw. in diesen ambulant oder stationär betreut werden. Es ist geplant, im Sommer in einem zweiten Schritt (mit Fragebogen B) ergänzend weitere Aspekte des Personenkreises zu erfragen, um die Zahl der CMA präziser zu bestimmen und um ein genaueres Bild über den Hilfebedarf zu erhalten.

Der Bezugspunkt für die Auswahl der Einrichtungen, an die dieser Fragebogen A sich richtet, ist der Kontakt mit Suchtkranken (verschiedener Art). Es sind also nicht nur Einrichtungen angesprochen, die primär, sondern auch solche, die unter anderem oder am Rande mit diesem Personenkreis zu tun haben.

Der Fragebogen fragt deshalb nach der Anzahl und den Merkmalen der Suchtkranken, die zur Einrichtung kommen bzw. von ihr betreut werden. Dabei werden Personen in kontinuierlicher Betreuung bzw. mit häufigem Einrichtungskontakt von denjenigen unterschieden, die nur einmal oder sehr sporadisch in Kontakt kommen. Es wird davon ausgegangen, dass nur für die erste Gruppe eine hinreichend zuverlässige Einschätzung über weitere Problemmerkmale der Personen möglich ist. Deshalb beziehen sich die meisten Fragen auf die Suchtkranken mit häufigem Kontakt bzw. in kontinuierlicher Betreuung. Bezogen werden alle diese Angaben auf den Zeitraum vom **01.01.01 - 30.04.01**. Bitte tragen Sie auch dann Zahlen ein, wenn Sie keine exakten Daten zur Verfügung haben. Allen Antworten ist deshalb das Kürzel "ca." vorangestellt. Bitte füllen Sie den Fragebogen so vollständig wie nur irgend möglich aus und schicken Sie ihn dann **bis zum 18.06.01** an Herrn Krawczack, Gesundheitsamt Düsseldorf, Kölner Straße 180, 40 227 Düsseldorf zurück.

Für Ihre Bemühungen herzlichen Dank im Voraus!

Fragebogen A

Dieser Fragebogen richtet sich an Einrichtungen, die Suchtkranke (ambulant/stationär) betreuen. Erfragt wird ein grober Überblick über das Klientel, die Leistungsangebote und das Personal. In den Einrichtungen sollte der Fragebogen von der Person ausgefüllt werden, die den besten Überblick über diese Sachverhalte besitzt.

1. Name der Einrichtung

.....
.....
.....

2. Wie viele Personen (Kopfzahl) betreute die Einrichtung bzw. von wie vielen wurde die Einrichtung aufgesucht vom 01.01.01 - 30.04.01?

ca.....Personen (regelmäßig/ aber mit Unterbrechungen bzw. mehrere Tage/ Wochen en bloc)

ca.....Personen (sporadisch, nur ein (kurzer) Kontakt)

3. Wie viele Personen, die vom **01.01.01 - 30.04.01** regelmäßig bzw. mehrere Tage/Wochen betreut wurden, sind Suchtkranke?

ca.....Personen

Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf diese ("regelmäßig bzw. mehrere Tage/ Wochen betreuten") Suchtkranken (01.01.01 - 30.04.01).

4. Wie viele dieser Suchtkranken sind

ca.....Frauen

ca.....Männer

5. Wie viele dieser Suchtkranken sind psychisch krank?

ca.....Personen

6. Wie viele dieser Suchtkranken sind körperlich krank und behandlungsbedürftig?

ca.....Personen

7. Wie viele dieser Suchtkranken haben keine eigene Wohnung bzw. keine andere feste Unterbringung (z. B. betreutes Wohnen)?

ca.....Personen ohne eigene Wohnung bzw. ohne feste Unterbringung

8. Wie viele dieser Suchtkranken haben Vorstrafen bzw. befinden sich in einem laufenden Verfahren?

ca.....Personen

9. Zur Art der Suchtabhängigkeit: Bitte beachten Sie bei dieser Frage, dass einzelne Suchtkranke mehrfach zugeordnet werden können, weil sie mehrfach abhängig sind. Wenn also alle Suchtkranken, die Sie in Frage 3 angegeben haben (z. B. 10) alle 3 angeführten Abhängigkeiten aufweisen, würde bei 9a, bei 9b und bei 9c jedesmal die Zahl 10 einzutragen sein.

a) Wie viele dieser Suchtkranken sind alkoholabhängig?

ca.....Personen

b) Wie viele dieser Suchtkranken sind medikamentenabhängig?

ca.....Personen

c) Wie viele dieser Suchtkranken sind von illegalen Drogen abhängig?

ca.....Personen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die **Einrichtung** und die **Mitarbeiter/innen**.

10. Wie viele Mitarbeiter/innen sind in der Einrichtung beschäftigt?

ca.....Vollzeitkräfte

ca.....Teilzeitkräfte

11. Arbeiten in Ihrer Einrichtung folgende Berufsgruppen? (bitte ankreuzen)

	ja	nein
- (Fach) Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Krankenschwester/-pfleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Psychologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sozialarbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sozialpädagoge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Verwaltungskraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-		
-		
-		
-		

12. Wie groß sind die Räumlichkeiten Ihrer Einrichtung?

ca.....qm

13. Welche Öffnungszeiten hat Ihre Einrichtung?

.....
.....
.....

14. Welche Hilfen/Leistungen bietet die Einrichtung an. Bitte kreuzen Sie auf der folgenden Liste an und ergänzen Sie die Liste - falls notwendig:

- Kontakt- und Informationsgespräche
- Beratungsgespräche
- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Gesprächsgruppen
- Selbsthilfegruppen
- Prävention, Gesundheitsförderung
- Vermittlung in fachspezifische Einrichtungen
- Vermittlung in Wohnungen
- Betreute Wohngemeinschaften
- Wohnheimplätze
- Überlebenshilfen (Spritzentausch, medizinische Notversorgung, Kondomausgabe)
- Basisversorgung (z. B. Übernachtung, Hygiene, Mahlzeiten usw.)
- Ambulante Substitution
- Ambulante Nachsorge nach stationärer Therapie
- Krisenintervention
- Psychotherapeutische Behandlung
- Kontakte und Begleitung zu Behörden, Ärzten, Familie
- Angebote für Kinder von Abhängigen
- Angebote für Angehörige von Abhängigen
- Entgiftung
- Drogenmedizinisches Konsil
- Gutachten, Atteste, ärztliche Bescheinigungen
- Streetwork
- Kontaktbus
- Ambulanter Pflegedienst
- Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter/innen
- Sonstiges:

.....
.....
.....

15. Falls Sie Ergänzungen zum Fragebogen haben, bitte notieren Sie:

.....
.....
.....
.....

Fragebogen B zur Erfassung der Merkmale von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA)

Dieser Fragebogen stellt eine Vertiefung zu dem von Ihnen freundlicherweise bereits im Frühsommer ausgefüllten Fragebogen A dar. Diese Vertiefung besteht darin, dass für die von Ihrer Einrichtung im **November 2001** regelmäßig betreuten **Suchtkranken, bei denen zusätzlich besondere soziale/psychische Schwierigkeiten vorliegen**, auf den Einzelfall bezogene Informationen abgefragt werden. Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Person ist also das Vorhandensein einer Suchtabhängigkeit (in Anlehnung an ICD 10) und zusätzlich wenigstens einer sozialen/psychischen Problematik.

Bitte füllen Sie also für jede (im November 2001) von Ihrer Einrichtung betreuten Person aus dem o. a. Personenkreis ein/en Blatt/Fragebogen aus. Mehrere Exemplare des Personenfragebogens sind beigelegt. Bitte kopieren Sie ggf. noch weitere, falls nötig.

Zuvor möchten wir Sie aber noch um die Beantwortung von drei allgemeinen Fragen bitten:

1. Arbeiten Sie/Ihre Dienststelle mit anderen Einrichtungen zusammen, wenn es um die Betreuung der CMA-Kranken geht?

- ja
 nein

2. Mit welchen Einrichtungen arbeiten Sie regelmäßig zusammen?

.....
.....
.....
.....

3. Sehen Sie bei den CMA-Kranken einen Hilfebedarf, den weder Sie noch andere Einrichtungen, mit denen Sie kooperieren, abdecken können?

- nein
 ja, und zwar folgender Hilfebedarf:

.....
.....
.....

Füllen Sie jetzt bitte für jeden CMA-Kranken, der im November 2001 von Ihrer Einrichtung betreut/behandelt wurde das nachfolgende Blatt/ den Personenfragebogen aus.

Vielen Dank im Voraus!

Name Ihrer Einrichtung:

.....

Personenfragebogen

Fragebogen B zur Erfassung der Merkmale von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken für die Person.....

(Bitte nicht den Namen der Person angeben, sondern eine beliebige Nummer zuordnen)

1. Alter der Person ca.....Jahre
2. Geschlecht männlich weiblich
3. Hauptkontaktkanlass (z. B. Spritzen-
tausch, Übernachtung)
.....
.....
4. Art der Suchtproblematik illegale Drogen Alkohol
 Medikamente Sonstiges:
.....
(mehrfach ankreuzen möglich)
5. Psychische Erkrankungen/
Problematik nein nicht bekannt
 ja, und zwar:
.....
6. Körperliche Erkrankungen/
Beeinträchtigungen nein nicht bekannt
 ja, und zwar:
.....
7. Wohnsituation wohnungslos Heim
 Betreutes Wohnen nicht bekannt
 eigene Wohnung
8. Schulden nein ja nicht bekannt
9. Straffälligkeit/ im lfd. Verfahren nein ja nicht bekannt
10. Wird die Person auch durch
andere Stellen betreut? nein nicht bekannt
 ja, und zwar:
.....
11. Besteht für die Person ein
spezieller Hilfebedarf, der zur Zeit
nicht abgedeckt wird? nein nicht bekannt
 ja, und zwar:
.....
12. Ergänzende Bemerkungen zur Person (z. B. Konsumintensität, Behandlungserfahrung,
besondere Probleme) können auf der Rückseite notiert werden.

Name der Einrichtung:

Anbieterverzeichnis				
Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (S), psychiatrischen Versorgung (P) und der Obdachlosen- und Wohnungslosenhilfe (O/W) sowie einige andere (A)				
Einrichtung	Beschreibung	Adresse	Träger	HS*
sonstige Angebote				
Treffpunkt & Werkstatt AWO	Zielgruppe: junge Männer, Jugendliche auf der Straße Schwerpunkte: Berufsorientierung	Querstraße 14, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25 847	Berufsbildungszentrum GmbH AWO	S
AIMS Arbeitsintegration Methadonsubstitution	Zielgruppe: Substituierte Schwerpunkte: berufliche Rehabilitation Plätze: 18	Ellerkirchstraße 80, 40229 Düsseldorf, Tel: 0211/2209000	Renatec GmbH	S
Altstadt Armenküche	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Essen, Beratung, Gremienarbeit	Burgplatz 3, 40213 Düsseldorf, Tel: 0211/3237780	Altstadt Armenküche e.V.	W
Franziskaner-Kloster	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Essensausgabe	Immermannstraße 20, 40210 Düsseldorf Tel: 0211/90690- 0	Franziskaner-Orden	W
aXept! Altstadt Streetwork und Zusammenarbeit	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Streetwork, Vermittlung, Anwohner und Anliegerarbeit, Beratung, Gremienarbeit	Kurze Straße 7, 40213 Düsseldorf, 0211/868-1842	Altstadt Streetwork und Zusammenarbeit	W
fifty-fifty	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Streetwork, Magazin	Burgplatz 3, 40213 Düsseldorf, Tel: 0211/8800198	Asphalt e.V.	W
Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des Heiligen Franziskus, Beschäftigungshilfe	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: berufl. Rehabilitation Plätze: 25 begleitete Arbeitsplätze	Römerstraße 9, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/44939890	Ordensgemeinschaft	W
Cash & Raus - Möbelhilfe Haus Weissenburg	Zielgruppe: Langzeitarbeitslose, Sozialhilfeempfänger Schwerpunkte: berufliche Rehabilitation Plätze: 24	Schlossstraße 58, 40477 Düsseldorf, Tel: 0211/5144104	SKM gemeinnützige Betriebsträger + DienstleistungsGmbH	W/A
Beratung & Behandlung				
Methadonsubstituierende Ärztinnen und Ärzte in Düsseldorf	Zielgruppe: Drogensüchtige Schwerpunkte: Methadonsubstitution, ambulante Methadonsubstitution durch (derzeit) 11 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Düsseldorf	Kontakt: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Tel: 0211/5970-0	Ärztinnen und Ärzte	S

Beratungsstelle für Haftentlassene und ihre Familien der AWO	Zielgruppe: Drogen- und Alkoholabhängige, Spielsüchtige, Inhaftierte, von Haft Bedrohte, Haftentlassene, Schwerpunkte: psy.-soz. Beratung, Sucht- und Schuldenberatung, Vermittlung, Hilfen bei der Wohnungssuche, Therapieangebote, Gremienarbeit,	Westfalenstraße 38a, 40472 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25 500	AWO	S
BerThaF., Frauensuchtberatung	Zielgruppe: abhängige Frauen, Angehörige, Mädchen Schwerpunkte: Einzel- und Gruppengespräche, Vermittlung, Nachsorge, Vorbeugung, Fort- und Weiterbildung	Duisburger Straße 77, 40479 Düsseldorf, Tel: 0211/44 16 29	BerTha F. e.V.	S
Fachstelle für Beratung, Therapie und betriebliche Suchtprävention des Caritas Verbandes der Stadt Düsseldorf	Zielgruppe: Angehörige und Betroffene, Unternehmen, Institutionen, Inhaftierte, Frauen Schwerpunkte: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Ess-Störungen, Beratung, Einzel-, Paar- + Gruppentherapie, Vermittlung, Nachsorge, Krisenintervention	Bendemannstraße 17, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/1602- 305	Caritas	S
Caritas für Düsseldorf Soziales Zentrum Bereich Suchtprävention	Zielgruppe: Bereich Suchtprävention für Kinder, Jugendliche, Eltern + Multiplikatoren, Schwerpunkte: Projekte, Beratung, Suchtprävention, Fortbildungen, Veranstaltungen,	Klosterstraße 88, 40211 Düsseldorf, Tel: 0211/1602- 2176	Caritas	S
Fachambulanz für Suchtkranke, Diakonie in Düsseldorf, Zentrum für psychosoziale Beratung und Rehabilitation	Zielgruppe: Suchtkranke, -gefährdete und Angehörige Schwerpunkte: ambulante Therapie, Tagesklinik, Telefonnotruf 325555, Fachstelle Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung in Unternehmen, Treff-In, Beratung und Betreuung, ambulante Rehabilitation, Interessengruppen für Angehörige + Süchtige, Freundeskreise, Alkohol-Medikamenten-Glücksspielabhängige und -gefährdete, Multiplikatoren	Langer Straße 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/73 53 264, Suchtvorbeugung: Tel: 73 53 267, Treff-In: 73 53 206	Diakonie	S
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke Schwerpunkte: Café Kola, Basisversorgung, ambulante Rehabilitation, Vermittlung in Langzeittherapie, Frauenberatung, Rechtsberatung, Drogentherapeutische Ambulanz, medizinische Versorgung, Streetwork, Soforthilfe	Erkrather Straße 18, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/89-9 39 90	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	S
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke, Angehörige, Gefährdete, Multiplikatoren, Eltern, Schulen, Jugendliche Schwerpunkte: Beratung, Einzel-Paar-Gruppengespräche, Vermittlung in ambulante & stationäre Hilfen, Multiplikatorenschulungen, Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit	Fachstelle für Beratung, Behandlung und Suchtvorbeugung, Bolkerstraße 14, 40213 Düsseldorf, Tel: 0211/89-9 39 00	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	S

Drogen- und Methadonambulanz, Flurstraße, Gesundheitsamt	Zielgruppe: Suchtkranke, Substituierte Schwerpunkte: Methadonsubstitution, psychosoziale Betreuung, Diagnostik, Psychotherapie, Mutter-Kind-Sprechstunde, Streetwork, DTA im DrogenHilfeZentrum, Konsile in Kliniken und JVA's, Clearingstelle Substitution durch Niedergelassene, Fort- und Weiterbildung, Beratung anderer Einrichtungen,	Flurstraße 45-47, 40235 Düsseldorf, Tel: 0211/89-966 58	Gesundheitsamt	S
Methadon-Sofort-Programm	Zielgruppe: Suchtkranke, Schwerpunkte: Methadonsubstitution, niedrigschwelliger Einstieg und Weitervermittlung in das Hilfesystem, psychosoziale Beratung, medizinische Beratung und Behandlung,	Graf-Adolf-Str. 76, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/160976-11	Gesundheitsamt	S
Mobiler Drogenhilfebus Geschäftsstelle, Flingern mobil e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke, Obdach- und Wohnungslose Schwerpunkte: Grundversorgung (Hygieneartikel, Spritzen), Streetwork, Beratung, Begleitung, Vermittlung, niedrigschwellig vor Ort	Geschäftsstelle Vinzenzplatz 1 40211 Düsseldorf Tel.: 0211/355931-0	Initiative der kath. Kirche Flingern/Düsseltal	S
Beratungsstelle komm-pass Orientierungs- und Ausstiegshilfe für drogengebrauchende, -gefährdete und -abhängige Männer und Frauen	Zielgruppe: Suchtkranke, Substituierte, Angehörige, Multiplikatoren Schwerpunkte: illegale Drogen, auch Gewalt, Ess-Störungen, Information und Beratung, Begleitung, Betreuung, Einzel- und Gruppenarbeit, Vor- und Nachsorge stationärer Therapie, juristische und behördliche Angelegenheiten, Überleitung Haft-Therapie, Prävention, Streetwork,	Charlottenstraße 30, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/1752088-0	SKFM	S
AWO Beratungsdienst, SPZ, Integrationsfachdienst für psychisch + körperlich behinderte Menschen	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Kontakt- und Beratungsstelle, berufs begleitender Dienst,	Schlossallee 12c, 40229 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25380	AWO	P
Tagesstätte für psychisch Behinderte und Offener Treff	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Beratung, Gesprächsgruppen, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitangebote, Plätze: 15-20 Personen (Tagesstätte)	Schlossallee 12a, 40229 Düsseldorf, Tel: 600 25 842/-839	AWO	P
Psychiatrischer und neurologischer Gesundheitsdienst, SPZ, Gesundheitsamt	Zielgruppe: psychisch Kranke + deren Angehörige Schwerpunkte: Kontakt- und Beratungsstelle, Tagesstätte, Einzel- und Gruppengespräche, Arbeits- und Beschäftigungstraining, Haushalts- und Soziales Training, Freizeitgestaltung, lebensprakt. Training Plätze: 21 Plätze Tagesstätte	Kontakt- und Beratungsstelle: Talstraße 74, 40217 Düsseldorf, Tel: 0211/89-92952, Tagesstätte: Talstraße 64, Tel: 0211/38-50923,	Gesundheitsamt	P
Psychiatrischer und neurologischer Gesundheitsdienst, SPD, Gesundheitsamt	Zielgruppe: psychisch Kranke + deren Angehörige Schwerpunkte: Beratung, Betreuung und Begleitung, Krisenintervention, Vermittlung, Hausbesuche, Gesprächsgruppen, Treffs,	Willi-Becker-Allee 10, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/89-95391 (zentrales Sekretariat), 5 (Außen-) Stellen	Gesundheitsamt	P

Graf-Recke-Stiftung, Sozialpsychiatrischer und heilpädagogischer Verband, SPZ, Tagesstätte	Zielgruppe: psychisch Kranke + deren Angehörige Schwerpunkte: Kontakt- und Begegnungsstätte, Tagesstätte, Offener Treff, Plätze: 20	Grafenberger Allee 341-343, 40235 Düsseldorf, Tel: 0211/944070	Graf-Recke-Stiftung	P
KUBS SPZ Nord, Kontakt- und Beratungsstelle	Zielgruppe: psychisch Kranke + deren Angehörige Schwerpunkte: Information, Beratung, Gruppenangebote, Begleitung zu Behörden, Krisenintervention, Hausbesuche	Alte Landstraße 179, 40489 Düsseldorf, Tel: 0211/409-3615	Kaiserswerther Diakonie	P
Freie gemeinnützige Beratungsstelle für Psychotherapie e.V.	Zielgruppe: psychisch Kranke, Menschen mit Doppeldiagnosen Schwerpunkte: Beratung für Psychotherapie, Fortbildungen	Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf, Tel: 0211/8800099	Päritätischer Wohlfahrtsverband	P
Care 24 PflegeService (Aidshilfe)	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: med. Sprechstunde in Einrichtungen, Notunterkünften, Streetwork	Borsigstraße 34, 40277 Düsseldorf, Tel: 0211/720186	Care24 gGmbH	W
Caritas für Düsseldorf Soziales Zentrum Streetwork	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Streetwork, Kontakte, Überlebenshilfe, Vermittlung	Klosterstraße 88, 40211 Düsseldorf, Tel: 0211/1602-2154	Caritas	W
Caritas für Düsseldorf Soziales Zentrum Fachberatungsstelle für Wohnungslose	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Beratung und Vermittlung	Klosterstraße 88, 40211 Düsseldorf, Tel: 0211/1602-2129	Caritas	W
Caritas für Düsseldorf Soziales Zentrum Allgemeine Sozialberatung & Clearingstelle für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten	Zielgruppe: Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten Schwerpunkte: Kontakt, Information + Vermittlung, existentielle Sicherung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit,	Klosterstraße 88, 40211 Düsseldorf, Tel: 0211/1602-2183	Caritas	W
Tagesstätte Ackerstraße, seit April 2003: café pur,	Zielgruppe: Obdach- und Wohnungslose Schwerpunkte: Grundversorgung (Essen, Wäsche, Hygiene), Beratung, med. Hilfen, Krisenintervention, Vermittlung, Tagesstruktur	Ackerstraße 7, 40233 Düsseldorf, neu: Harkortstraße 25-27, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/58086-42/-43	Wohnungsamt	O
Trebe-Café	Zielgruppe: Mädchen von 12-25 Jahren, die wohnungslos und drogenabhängig sind, Schwerpunkt: niedrigschwelliges Angebot, Beratung, Betreuung, Streetwork,	Kölner Straße 148, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/6015331	Diakonie	W
Fachberatungsstelle Horizont der Diakonie	Zielgruppe: Wohnungslose, davon Bedrohte Schwerpunkte: Beratung, Tagesaufenthalt, medizinische Versorgung, Café, psychiatrische Sprechstunde, Vermittlung, Erhalt von Wohnraum, Streetwork	Neusser Straße 37, 40219 Düsseldorf, Tel: 0211/30 06 43-0	Diakonie	W

Wohnungslosenhilfe und Rehabilitation der Diakonie in Düsseldorf, Fachberatungsstelle für Frauen	Zielgruppe: wohnungslose Frauen, Frauen in besonderen soz. Schwierigkeiten Schwerpunkte: Beratung, Krisenintervention, mat. Grundsicherung, Vermittlung, Wohnungssuche, Rehabilitation	Langerstraße 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7353296, ab 2004 Querstraße 6	Diakonie	W
Gesundheitsbus	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: medizinische Versorgung,	Dr. Carsten König, Tel: 0211/ 30064317 Kontakt: Neusser Straße 37, 40219 Düsseldorf	Medizinische Hilfe für Wohnungslose e.V.	W
Wirtschaftliche Hilfen für Wohnungslose	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: wirtschaftliche Hilfen	Harkortstraße 23-25, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/89-96220	Sozialamt	W
Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle	Zielgruppe: Obdachlose Schwerpunkte: Beratung, Vermittlung, Unterbringung	Harkortstraße 23-25, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/89-95163, 89-22506	Wohnungsamt	O
Aids-Hilfe Düsseldorf, e.V.	Zielgruppe: aidsranke und HIV-infizierte Drogenabhängige, Substituierte, Schwerpunkte: Beratung, Vermittlung, Betreuung, Safer Use, Angehörigenarbeit, alltagsprakt. Hilfen	Oberbilker Allee 310, 40227 Düsseldorf, Tel:0211/770950	Aids-Hilfe Düsseldorf e.V.	A
Schuldner- und Insolvenzberatungsstelle	Zielgruppe: überschuldete Bürgerinnen und Bürger Schwerpunkte: Klärung der persönlichen Situation, Erhalt von Wohnung und Arbeit, Realisierung von Leistungsansprüchen, Prüfung von Forderungen, Vollstreckungsschutz, Regulierungspläne, Verbraucherinsolvenzverfahren	Westfalenstraße 38a, 40472 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25 500	AWO	A
Bahnhofsmision	Zielgruppe: Reisende, Menschen, die sich im Bahnhof aufhalten Schwerpunkte: Information, Beratung, Vermittlung	Konrad-Adenauer-Platz 14, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/362828 oder 35581337	Diakonie & Verband kath. Mädchensozialarbeit e.V.	A
Gefangenenfürsorge Düsseldorf - Evangelische und Katholische Beratungsstelle für Haftentlassene und Angehörige Inhaftierter oder Haftentlassener	Zielgruppe: Inhaftierte, Haftentlassene und deren Angehörige Schwerpunkte: Sicherung des Lebensunterhaltes, Vermittlung von Wohnraum, Behördenangelegenheiten, Schulden, Wohnungs- und Arbeitssuche, weiterführende Hilfen, Beratung für Angehörige, Gesprächskreise, Kurse für ehrenamtliche Betreuer,	Kaiserswerther Straße 286, 40474 Düsseldorf, Tel: 0211/44 42 00	Evangelischer Gefangenen-Fürsorge-Verein Düsseldorf e.V., Katholischer Gefangenenverein Düsseldorf e.V.	A
Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.	Zielgruppe: Frauen Schwerpunkte: allg. Beratung + speziell für Frauen mit Gewalterfahrung, Migrantinnen, lesbische Frauen	Ackerstraße 144, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/686854	Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.	A
Selbsthilfe-Service-Büro, Gesundheitsamt	Zielgruppe: Menschen, die den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe suchen oder Mitglied in einer sind Schwerpunkte (hier): Alkohol, Medikamente, Drogen, andere Süchte,	Kölner Straße 180, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/89-92244	Gesundheitsamt	A

Betreuungsstelle der Stadt Düsseldorf	Zielgruppe: körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigte Menschen Schwerpunkte: allg. Beratung zu Fragen des Betreuungsrechts für Laien und Professionelle, Hilfen bei der Auswahl von Betreuern, Informationsveranstaltungen	Willi-Becker-Allee 7, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/89-98959	Jugendamt	A
Hauswirtschaftlicher Beratungsdienst, Schuldnerberatung	Zielgruppe: (überschuldete) Bürgerinnen und Bürger Schwerpunkte: hauswirtschaftliche Beratung, Schuldnerberatung, Verbraucherinsolvenzberatung	Willi-Becker-Allee 7, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/89-28625	Jugendamt	A
Schuldnerberatung	Zielgruppe: überschuldete allein Stehende und Familien Schwerpunkte: Existenzsicherung, Entschuldungshilfe, rechtl. Prüfung, Vermeidung zwangsrechtlicher Maßnahmen, Sanierungsplan, psychosoziale Hilfen,	Ulmenstraße 67, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/4696 170	SKFM	A
Katholischer Sozialdienst	Zielgruppe: Menschen mit Beratungsbedarf Schwerpunkte: Erziehung, Schule, Partnerschaft, Familie, Straffälligkeit, Gesundheit, Wohnung, Finanzen	Ulmenstraße 67, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/46960	SKFM	A
Die Brücke	Zielgruppe: 14-20-jährige, wohnungslose und/oder suchtgefährdete bzw. -kranke Jugendliche Schwerpunkte: Einzelfallhilfe	Ulmenstraße 67, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/4696 176/-121	SKFM	A
Schuldner- und Insolvenzberatung	Zielgruppe: überschuldete Bürgerinnen und Bürger Schwerpunkte: Schuldnerberatung, Verbraucherinsolvenzverfahren	Oberhausener Straße 14, 40472 Düsseldorf, Tel: 0211/658080	SWT Service Weiterbildung Transfer, DPWV	A

Krankenhäuser (nur psychiatrische Versorgung)

Johanniter Tagesklinik	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Plätze: 30 Tagesplätze	Frankfurter Straße 229, 40595 Düsseldorf, Tel: 0211/70 30 08/09	Johanniter	P
Kaiserswerther Diakonie, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Zielgruppe: psychisch Kranke: Sektor Nord Schwerpunkte: Psychiatrie Plätze: 115, davon 35 Tagesklinik	Kreuzbergstraße 79, 40489 Düsseldorf, Tel: 0211/409-0	Kaiserswerther Diakonie	P
Geriatrisches Krankenhaus Elbroich	Zielgruppe: alte Menschen Schwerpunkte: Geriatrie, Gerontopsychiatrie Plätze: Geriatrie 42 (14 Tagesplätze), Gerontopsychiatrie 66 (10 Tagesplätze)	Am Falder 6, 40589 Düsseldorf, Tel: 0211/7560-0	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH	P

Rheinische Kliniken Düsseldorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der HHU Düsseldorf	Zielgruppe: psychisch Kranke: Sektor Süd, Mitte-Ost, Mitte-West, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Düsseldorf + Mettmann Schwerpunkte: Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbehandlung, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Plätze: 553 Allgemeine Psychiatrie (davon 145 Gerontopsychiatrie, 93 Suchtbehandlung, 79 Tagesklinikplätze), 43 Psychotherapeutische Medizin (19 Tagesklinik), Kinder- und Jugendpsychiatrie 48 (16 Tagesklinik), Neurologie 40 (Stand von 2002)	Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, Tel: Zentrale: 0211/9220 Abt. 1: 922-3101, Abt. 2: 922-2006, Sucht: 922-3601, Gerontopsychiatrie: 922-4201, Kinder- und Jugendpsychiatrie: 922-4501, Neurologie: 922-4601, Psychosomatische Medizin: 922-4701	LVR	P
St. Martinus-Krankenhaus	Zielgruppe: Bevölkerung allgemein Schwerpunkte: u. a. Geriatrie, Plätze: Geriatrie 65 (10 Tagesplätze),	Gladbacher Str. 26, 40219 Düsseldorf, Tel: 0211/917-0, Geriatrie 917-1370	Maria Hilf Kranken- und Pflegeanstalt GmbH	P
Evangelisches Krankenhaus	Zielgruppe: Kinder und Jugendliche Schwerpunkte: u. a. Psychosomatische Kindertagesklinik Plätze: 18	Fürstenwall 91, 40217 Düsseldorf, Tel: 0211/919-3721	Stiftung Evangelisches Krankenhaus	P
Fliedner Krankenhaus	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, psychotherapeutische Medizin, Psychosomatik und Suchttherapie Plätze: 235 Betten	Krankenhaus des Theodor Fliedner Werkes, Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Suchtkrankheiten, Thunesweg 58, 40885 Ratingen Tel: 02102/3030	Theodor Fliedner Stiftung	P

Notschlafstellen

Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke Schwerpunkte: Notschlafstelle Plätze: 12	Erkrather Straße 18, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/89-939 90	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	S
Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus, Nachtunterkunft Klosterstraße, ab Juni 2002: Franziska-Schervier-Haus, Streetwork	Zielgruppe: wohnungslose Männer ab 18 Schwerpunkte: Grundversorgung, Sozialberatung, Betreuung, Vermittlung, Streetwork (Männer und Frauen), Überlebenshilfe, Plätze: 42 Schlafplätze	Klosterstraße 59, 40211 Düsseldorf, ab Juni 2002 Kaiserswerther Straße 13, 40477 Düsseldorf, Tel: 0211/60283500	Ordensgemeinschaft	W
Knackpunkt	Zielgruppe: wohnungslose + drogensüchtige Mädchen + junge Frauen, die auf der Straße leben (bis 21 Jahre), Schwerpunkte: Notschlafstelle, med. Grundversorgung, Beratung, Begleitung + Vermittlung, Streetwork Plätze: 8 (5 und 3 Notbetten)	Grupellostraße 29, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/35 92 43	SKFM	W/A
Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle	Zielgruppe: obdachlose Männer Schwerpunkte: Notschlafstelle Plätze: 46	Harkortstraße 23-25, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/89-95163, 89-22506	Wohnungsamt	O

Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle	Zielgruppe: obdachlose Frauen Schwerpunkte: Notschlafstelle Plätze: 11	Querstraße 6, 40227 Düsseldorf	Wohnungsamt	O
betreutes Wohnen/Unterkunft				
Fachambulanz der Diakonie in Düsseldorf, Zentrum für psychosoziale Beratung und Rehabilitation, Betreutes Wohnen für Suchtkranke	Zielgruppe: Suchtkranke ab 18, Schwerpunkte: Nachsorge, Abstinenz, Gruppen- und Einzelgespräche, Krisenintervention, Schuldenregulierung, Freizeitgestaltung, Hilfen bei der beruf. Wiedereingliederung Plätze: 30 Plätze in 6 Wohngruppen, eine WG Frauen, eine WG beschütztes Wohnen (für Wohnungslose),	Langerstr. 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7353-264	Diakonie	S
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke Schwerpunkte: begleitete Wohngruppen, Überlebens- und Lebenshilfe, Umgang mit Sucht, betreutes Wohnen clean Plätze: 20 Plätze für Suchtkranke, 6 Plätze für abstinenten Suchtkranke	Erkrather Straße 18, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/89-939 90	Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.	S
Drogen- und Methadonambulanz, Flurstraße, Gesundheitsamt	Zielgruppe: Suchtkranke Frauen, Schwangere, Mütter, Substituierte mit Kindern Schwerpunkte: Betreutes Wohnen Plätze: 6 Plätze	Flurstraße 45-47, 40235 Düsseldorf, Tel: 0211/89-966 58, 89-25402	Gesundheitsamt	S
Büro betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Beratung, Vermittlung, Tagesstruktur, Freizeit, Gesprächsgruppen, Plätze: 42	Schlossalle 12b, 40229 Düsseldorf, Tel: 600 25 850	AWO	P
Betreutes Wohnen für psychisch Kranke	Zielgruppe: psychisch Kranke, auch Suchtkranke §39 BSHG Schwerpunkte: med. Versorgung, Tagesstruktur, Hygiene, Freizeit, Finanzen, Krisenintervention, Plätze: 42 Plätze für Einzelne, Paare und WG's	Langer Straße 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7353-354/-302	Diakonie	P
DRK-Kreisverband Düsseldorf, Betreutes Wohnen,	Zielgruppe: psychisch Kranke, Männer und Frauen ab 50 mit chronischem Verlauf nach §39 Schwerpunkte: Beratung, Begleitung, Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Realitätsbewältigung, Plätze: 14 in 3 WG's	Kölner Landstraße 169, 40591 Düsseldorf, Tel: 0211/2299-1191	DRK	P
Psychiatrischer und neurologischer Gesundheitsdienst, SPZ, Gesundheitsamt	Zielgruppe: psychisch Kranke + deren Angehörige Schwerpunkte: Betreutes Wohnen, WG's, Einzelwohnungen, lebenspraktisches Training, berufl. Perspektiven, Freizeit Plätze: 18 Plätze Betreutes Wohnen,	Willi-Becker-Allee 10, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/89-95321/-97	Gesundheitsamt	P
Graf-Recke-Stiftung, Sozialpsychiatrischer und heilpädagogischer Verband, Fachbereichsleitung + Verwaltung	Zielgruppe: psychisch Kranke, Angehörige, Schwerpunkte: Krankheitsbewältigung, Fortbildungen, lebensprakt. Training, Freizeitgestaltung, Plätze: 36 Plätze in WG's	Grafenberger Allee 341-343, 40235 Düsseldorf, Tel: 0211/67080/670859	Graf-Recke-Stiftung	P

Sozialpsychiatrisches Zentrum Nord, Kaiserswerther Diakonie, Betreutes Wohnen	Zielgruppe: psychisch Kranke + deren Angehörige Schwerpunkte: Einzel- und Gruppengespräche, Arzt- und Behördenbesuche, Hilfen bei beruf. Reha, Krisenintervention, Freizeit Plätze: 18 in WG's, betreutes Einzelwohnen nach Bedarf	Alte Landstraße 179t, 40489 Düsseldorf, Tel: 0211/409-3615	Kaiserswerther Diakonie	P
Freie gemeinnützige Beratungsstelle für Psychotherapie e.V.	Zielgruppe: psychisch Kranke, Menschen mit Doppeldiagnosen Schwerpunkte: betreutes Wohnen Plätze: 35 (in 4 WG's)	Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf, Tel: 0211/8800099	Päritätischer Wohlfahrtsverband	P
Caritas für Düsseldorf Soziales Zentrum, Betreutes Wohnen	Zielgruppe: Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§72 BSHG) Schwerpunkte: Kontakt, Information + Vermittlung, existentielle Sicherung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Plätze: 12	Klosterstraße 88, 40211 Düsseldorf, Tel: 0211/1602-2167	Caritas	W
Wohnungslosenhilfe und Rehabilitation der Diakonie in Düsseldorf, Betreutes Wohnen für Frauen	Zielgruppe: wohnungslose Frauen, Frauen in besonderen soz. Schwierigkeiten Schwerpunkte: Wohnraumsuche, mat. Grundsicherung, alltagsprakt. Training, Schuldenregulierung, Stärkung der Eigenverantwortung, Krisenintervention, Vermittlung, beruf. Reha Plätze: 2 WG's à 2 Personen + betreutes Einzelwohnen (12 Plätze)	Langerstraße 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7353265, ab 2004: Querstraße 6	Diakonie	W
Wohnprojekt Kölner Straße 291	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: Beratung, Vermittlung, Krisenintervention, Schuldenregulierung, Hilfen bei der Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche, lebenspraktisches Training, Plätze: 11	Verein für individuelle Lebensgemeinschaft e.V., Langerstraße 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7353238	Diakonie, Altstadt Armenküche e.V., fifty-fifty, Verein für individuelle Lebensgemeinschaft e.V.	W
Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des heiligen Franziskus, Betreutes Wohnen	Zielgruppe: wohnungslose Männer und Frauen, die noch nicht ganz alleine Leben können Schwerpunkte: Beratung + Begleitung, Vorbereitung auf Selbstständigkeit Plätze: 48, 18 in WG's, 30 Einzelwohnungen	Kaiserswerther Straße 13, 40477 Düsseldorf, Tel: 0211/60283500	Ordensgemeinschaft	W
Haus Weissenburg, ambulante Dienste	Zielgruppe: Wohnungslose Schwerpunkte: verschiedene Wohnformen, stationäre Nachsorge, längerfristige Begleitung Plätze: 6 Wohngruppen mit 25 Plätzen, 50 Einzelwohnungen, betreutes Wohnen (nach 72+39) 24 Plätze	Weissenburgstr. 17, 40476 Düsseldorf, Tel:0211/46983-35	SKM gemeinnützige Betriebsträger + DienstleistungsGmbH	W
Zentrale Fachstelle für Wohnungsnotfälle	Zielgruppe: Obdachlose Schwerpunkte: Vermittlung, Unterbringung Plätze: Obdachlosenunterkünfte/ Notunterkünfte rund 1.000 Haushalte	Harkortstraße 23-25, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/89-95163, 89-22506	Wohnungsamt	O

Heime

Haus Eller, Sozialtherapeutisches Heim für Alkohol- und Medikamentenabhängige,	Zielgruppe: chronisch kranke Alkohol- und Medikamentenabhängige Schwerpunkte: Langzeitbetreuung, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Lebenstraining, Selbstständigkeitstraining, Gedächtnistraining, Sport, Freizeit, Plätze: 45 + 12 (in 2 Außenwohngruppen),	Ellerkirchstraße 65, 40229 Düsseldorf, Tel: 0211/229050	AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG	S
Christliche Hausgemeinschaft e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke nach dem Entzug Schwerpunkte: Unterbringung bis Therapiebeginn, Beratung, Betreuung, Begleitung, Vermittlung, Nachsorge Plätze: 5 (3 für Männer, 2 für Frauen)	Kölner Straße 240, 40227 Düsseldorf, Tel:0211/7884400	Christliche Hausgemeinschaft e.V.	S
Markus-Haus, Diakonie in Düsseldorf	Zielgruppe: wohnungslose (oder davon bedrohte) Suchtkranke ab 21 Jahren §72 (keine Psychotiker, schwer körperlich Behinderte und geistig Verwirrte) Schwerpunkte: soziale Rehabilitation, wirtschaftliche Sicherung, beruf.Perspektiven, Plätze: 26 in vier Wohngruppen	Kamper Weg 176a, 40627 Düsseldorf, Tel: 0211/20 99 22 00	Diakonie	S
Paul-Gerlach-Haus, Wohnheim für psychisch Behinderte, AWO Kreisverband Düsseldorf,	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Einzel- und Gruppengespräche, Tagesstrukturierung und -gestaltung Plätze: 25 Personen	Büllenkothenweg 49, 40229 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25 600	AWO	P
Lore-Agnes-Haus	Zielgruppe: psychisch kranke alte Menschen Schwerpunkte: Krisenintervention, Freizeit, Wohnen, Pflege Plätze: 101 Personen	Nixenstraße 77, 40591 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25 760	AWO	P
Ernst-und-Berta-Grimmke-Haus	Zielgruppe: pflegebedürftige alte Menschen, auch Demenzkranke Schwerpunkte: Tages-/Kurzzeit-/stationäre Pflege, Mittagstisch Plätze: 105	Niederkasseler Lohweg 30, 40547 Düsseldorf, Tel: 0211/600 25 700	AWO	P
Heinrich-Zschokke-Tagespflegehaus e.V.	Zielgruppe: pflegebedürftige psychisch kranke alte Menschen Schwerpunkte: Tages-/Kurzzeit-/Vollzeitpflege, Seniorenwohnungen Plätze: 60	Hagener Straße 58, 40625 Düsseldorf, Tel: 0211/92945-0	e.V.	P
Graf-Recke-Stiftung, Sozialpsychiatrischer und heilpädagogischer Verband, Fachbereichsleitung + Verwaltung	Zielgruppe: psychisch Kranke, Angehörige, Schwerpunkte: Krankheitsbewältigung, Fortbildungen, lebensprakt. Training, Freizeitgestaltung, Plätze: ~125 in Wohnheimen, ~52 in AWG's	Grafenberger Allee 341-343, 40235 Düsseldorf, Tel: 0211/67080/670859	Graf-Recke-Stiftung	P
Kaiserswerther Diakonie, Wohnheim Anna-Höltje-Haus,	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Wohnen, Arbeit, Freizeit Plätze: 26 in Wohngruppen	Zeppenheimer Weg 9, 40489 Düsseldorf, Tel: 0211/4093980	Kaiserswerther Diakonie	P
Altes Pastorat, Übergangwohnheim	Zielgruppe: junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen Schwerpunkte: medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation Plätze: 30, davon 9 in Außenwohngruppen	St.-Göres-Str. 41, 40489 Düsseldorf, Tel: 0211/409-3655	Kaiserswerther Diakonie	P
Haus Bethanien, Mitternachtsmission e.V.,	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: Langzeitwohnheim Plätze: 30	Kleinschmitthäuser Weg 54, 40468 Düsseldorf, Tel: 0211/6504460	Mitternachtsmission e.V.	P

Rheinische Kliniken Düsseldorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der HHU Düsseldorf	Zielgruppe: psychisch Kranke Schwerpunkte: medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation Plätze: ~84 in verschiedenen Häusern	Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, Tel: 0211/922-4801	Rheinische Kliniken Düsseldorf	P
Don-Bosco-Haus, Caritas-Verband	Zielgruppe: alleinstehende, wohnungslose Männer, Schwerpunkte: Beratung, Wohnraumvermittlung, Arbeit, Entschuldung, Freizeitgestaltung Plätze: 32 Plätze, (5 für Frauen),	Schützenstraße 29-31, 40211 Düsseldorf, Tel: 0211/351876	Caritas	W
Übergangswohnheim für Frauen	Zielgruppe: wohnungslose Frauen ab 18, allein Stehende, auch Substituierte, Schwerpunkte: Wohnheim, Beratung + Betreuung, materielle Grundsicherung, lebenspraktisches Training, Arbeits- und Wohnraumsuche, Schuldenregulierung, Vermittlung, Nachbetreuung, Clearing bei Mehrfachproblematik (§§72/39), Plätze: 31, davon 15 in fünf Außenwohngruppen	An der Icklack 26, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7338220	Diakonie	W
Friedrich-Naumann-Haus, Übergangswohngruppe für Männer, Diakonie in Düsseldorf	Zielgruppe: wohnungslose Männer von (18) 21 bis 35 Jahre, Schwerpunkte: Rehabilitationseinrichtung §72, Wohnen + Arbeiten, Methadon-Intensiv-Gruppe, Clearing + Motivation (§§39/72), Abklärung §41KJHG + §§35/36 BTMG, Plätze: 25, davon 3 in Außenwohngruppen	Niederkasseler Kirchweg 45, 40547 Düsseldorf, Tel: 0211/577340	Diakonie	W
Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des Heiligen Franziskus, Vollversorgung	Zielgruppe: wohnungslose Männer und Frauen, die nicht alleine leben können und schwer beeinträchtigt sind Schwerpunkte: med., hygienische Versorgung, Tagesstrukturierung, soz. Beratung und Begleitung, Anamnese, Hilfeplanung Plätze: 108	Rather Broich 155, 40472 Düsseldorf, Tel: 610040	Ordensgemeinschaft	W
Ordensgemeinschaft der Armen Brüder des Heiligen Franziskus, Wohngruppen mit Selbstversorgung	Zielgruppe: wohnungslose Männer und Frauen, die nicht alleine leben können Schwerpunkte: mat. Grundsicherung, Tagesstrukturierung, lebensprakt. Training, Schuldenregulierung, Haushalt, Suchtbewältigung, Freizeit, berufl. Perspektiven, Beziehungsarbeit Plätze: 92 in 6 Häusern	Rather Broich 155, 40472 Düsseldorf, Tel: 610040	Ordensgemeinschaft	W
Haus Weissenburg	Zielgruppe: wohnungslose Männer ab 21 Schwerpunkte: Selbstversorgereinrichtung, Beratung, Betreuung Plätze: 34 +16 (Häuser/Wohnungen in anderen Stadtteilen)	Weissenburgstr. 17, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/46983-30	SKM gemeinnützige Betriebsträger + DienstleistungsGmbH	W
Sozialtherapeutische Einrichtung	Zielgruppe: obdachlose Männer, Schwerpunkte: Selbstversorgung, Unterbringung, soziale Rehabilitation, Plätze: 100 Plätze (50 Plätze Übergangsbereich, 50 Plätze für abstinent lebende Suchtkranke)	Eisenstraße 49, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/89-94775, -92204	Wohnungsamt	O
Agnesheim	Zielgruppe: Jugendliche von 14 bis 17 in Not- und Krisensituationen Schwerpunkte: Inobhutnahme Plätze: 12 Plätze, Aufnahme nach Bedarf	Ulmenstraße 75, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/4696-131	SKFM	A

Betreuungsvereine

Betreuungsverein der AWO	Zielgruppe: körperlich, geistig, seelisch beeinträchtigte Menschen Schwerpunkte: gesetzliche Betreuung	Schlossallee 12c, 40229 Düsseldorf, Tel: 600 25 380	AWO	A
Betreuungsverein der Diakonie in Düsseldorf	Zielgruppe: körperlich, geistig, seelisch beeinträchtigte Menschen Schwerpunkte: gesetzliche Betreuung	Langer Straße 20a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211/7353-249/-392	Diakonie	A
Verein für soziale Betreuung,	Zielgruppe: körperlich, geistig, seelisch beeinträchtigte Menschen Schwerpunkte: gesetzliche Betreuung	Ernst-Abbe-Weg 50, 40589 Düsseldorf, Tel:0211/9440012	DPWV	A
DRK-Betreuungsverein,	Zielgruppe: körperlich, geistig, seelisch beeinträchtigte Menschen Schwerpunkte: gesetzliche Betreuung	Kölner Landstraße 169, 40591 Düsseldorf, Tel:0211/2299-1249	DRK	A
Betreuungsverein Lebenshilfe NRW e.V.	Zielgruppe: körperlich, geistig, seelisch beeinträchtigte Menschen Schwerpunkte: gesetzliche Betreuung	Kölner Landstraße 251, 40591 Düsseldorf, Tel: 0211/750696	Lebenshilfe NRW e.V.	A
Sozialdienst katholische Frauen und Männer, Fachdienst Betreuungen	Zielgruppe: geistig + seelisch Kranke, Suchtkranke, altersverwirrte Menschen Schwerpunkte: gesetzliche Betreuungen, mit Treff,	Ulmenstraße 67, 40476 Düsseldorf, Tel: 0211/4696/0/-284	SKFM	A

Selbsthilfegruppen

AL-Anon Familiengruppen Interessengemeinschaft e.V.	Zielgruppe: Angehörige, Freunde Schwerpunkte: Alkohol, Selbsthilfegruppen	Emilienstraße 4, 45128 Essen, Tel: 0201/773007, verschiedene Gruppen in Düsseldorf, Grafenberger Allee 186, 40237 Düsseldorf, Tel: 0211/19295	Al-Anon	S
Blaues Kreuz in Düsseldorf e.V.	Zielgruppe: Suchtkranke, Angehörige Schwerpunkte: Alkohol, Medikamente, Selbsthilfegruppen, Einzelgespräche,	Ortsverein Düsseldorf, Gruppellostraße 24, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/359194	Blaues Kreuz in Düsseldorf e.V.	S
JES Düsseldorf e.V.	Zielgruppe: Junkies, Ehemalige, Substituierte Schwerpunkte: Selbsthilfegruppen, Hygiene, Kontaktcafé, Beratung, Vermittlung, Seminare	Kölner Straße 145, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/5072999	JES Düsseldorf e.V.	S
Selbsthilfe und Helfergemeinschaft Kreuzbund für Suchtkranke und deren Angehörige	Zielgruppe: Alkoholranke Schwerpunkte: Selbsthilfegruppen, Einzelgespräche, Freizeitgestaltung, Selbsterfahrung, Informations- und Präventionsarbeit, Seminare,	Bendemannstraße 17, 40210 Düsseldorf, Tel: 0211/1793660	Kreuzbund Kreisverband Düsseldorf e.V.	S

LOS Freundeskreis "Selbsthilfe für Suchtkranke"	Zielgruppe: Suchtkranke und Angehörige Schwerpunkte: Alkohol, Ess-Störungen, Spielsucht, Selbsthilfegruppen, Freizeitaktivitäten	Gemeindezentrum der Pauluskirche, Diezelweg 55, 40468 Düsseldorf, Tel: 0211/4230247	S
Anonyme Alkoholiker	Zielgruppe: Alkoholranke Schwerpunkte: Gruppen nur für Betroffene, für Betroffene und Angehörige, öffentliche Informationsveranstaltungen,	Borsigstraße 29, 40277 Düsseldorf, Tel: 0211/19295	S
Guttempler in Düsseldorf	Zielgruppe: Suchtkranke und ihre Angehörigen, Schwerpunkte: Alkohol, Medikamente, Einzel- und Gruppengespräche, Freizeitgestaltung, Öffentlichkeitsarbeit	Eisenstraße 49, Hofgebäude, 40227 Düsseldorf, Tel: 0211/726548 + 420252, Himmelgeister Straße 107 H, 40225 Düsseldorf, Tel: 0211/782676	S
Narcotics Anonymus	Zielgruppe: Suchtkranke Schwerpunkte: Drogen, Alkohol, Medikamente	Initiativenhaus Düsseldorf-Bilk, Martinstr. 58, 40223 Düsseldorf, Tel: 0202/305496	S
FAM Freundeskreis Alkohol- und Medikamentenabhängiger	Zielgruppe: Suchtkranke Schwerpunkte: Alkohol, Medikamente,	Kontakt über Selbsthilfe-Service-Büro: 0211/89-92244	S

* Hilfesystem dient der Orientierung in Bezug auf die Hauptadressatengruppe