Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

Centre of Research for Society and Sustainability

Forschungsprojekt

Entwicklungsperspektiven der ambulanten Suchthilfe im Landkreis Fulda

Abschlussbericht

Mai 2016

Prof. Dr. Henning Daßler

Tanja Lück

Unter Mitwirkung von:

Norbert Nowak

Anna Woile

Danksagung

Allen Mitwirkenden, insbesondere den Gesprächs- und Interviewpartnern aus den beteiligten Einrichtungen und Selbsthilfeorganisationen, sowie den Mitwirkenden an den schriftlichen Befragungen gilt unser besonderer Dank für das entgegengebrachte Vertrauen und die aktive Mitwirkung an der vorliegenden Studie. Frau Carolin Barton danken wir für die zuverlässige Transkription der Interviews.

Henning Daßler

Tanja Lück

Inhalt

1 Einleitung 5
1.1 Ausgewählte Daten zur Epidemiologie und Behandlung von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen 5
1.2 Besonderheiten der Suchthilfe in Hessen 7
1.3 Die Situation der Suchthilfe im Landkreis Fulda 9
2 Projektziele und Projektverlauf 11
2.1 Projektauftrag 11
2.2 Methodik 12
2.3 Organisation und zeitlicher Ablauf 13
3 Aktuelle Diskurse in der Suchthilfe 14
3.1 Personenzentrierte Versorgung und Suchthilfeverbünde 16
3.2 Case Management 20
3.3 Kritik an Verbundsystemen 23
3.4 Bedarfe spezieller Zielgruppen 24
3.4.1 Migranten 24
3.4.2 Sucht im Alter 26
3.4.3 Kinder von suchtkranken Eltern 28
3.4.4 Suchtkranke Erwerbslose im Bereich des SGB II: Fragen der Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchthilfe 29
3.4.5 Komorbidität von Abhängigkeitsstörungen und weiteren psychischen Erkrankungen – Fragen der Kooperation zwischen Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie 34
3.5 Das Verhältnis von beruflicher Suchthilfe und Selbsthilfe 36
4 Projektergebnisse 40
4.1 Die Inanspruchnahme der ambulanten Suchtberatung im Landkreis Fulda – Vergleich zwischen Beratungsdokumentation und epidemiologischen Prävalenzschätzungen 40
4.1.1 Epidemiologische Quellen 40
4.1.2 Dokumentationsdaten 41
4.1.3 Vergleich der epidemiologischen Schätzwerte mit den Beratungszahlen geordnet nach Substanzgruppen 42
4.1.4 Einschätzung der Erreichbarkeit der Beratungsangebote im Landkreis Fulda 47
4.2 Ergebnisse der Experteninterviews 50
4.2.1 Organisation und Durchführung 50
4.2.2 Zur Methode 51
4.2.3 Interviewauswertung 52
4.3 Ergebnisse der schriftlichen Befragungen 67
4.3.1 Kreisjobcenter Fulda 67

4.3.2 Gemeindepsychiatrie ... 74
5 Bewertung der empirischen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen ... 81
5.1 Grad der Inanspruchnahme der ambulanten Beratung ... 81
5.1.1 Empfehlungen ... 81
5.2 Regionale Ausrichtung der Angebote ... 82
5.2.1 Empfehlungen ... 82
5.3 Nicht bedarfsgerechte Doppelstrukturen ... 82
5.4 Versorgungslücken und Angebotsüberhänge ... 82
5.4.1 Empfehlungen ... 83
5.5 Schnittstellenprobleme ... 83
5.5.1 Kreisjobcenter ... 83
5.5.2 Empfehlungen ... 84
5.5.3 Gemeindepsychiatrie ... 85
5.5.4 Empfehlungen ... 85
5.6 Spezialisierung der Angebote nach Suchtmitteln ... 85
5.6.1 Empfehlung ... 86
5.7 Entwicklungsstand des Versorgungssystems im Landkreis Fulda ... 86
5.7.1 Empfehlung ... 86
5.8 Fördersystematik ... 87
Literatur ... 89
Anlagen ... 96

1 Einleitung

1.1 Ausgewählte Daten zur Epidemiologie und Behandlung von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen bilden eine Gruppe psychischer Störungen von erheblicher volkswirtschaftlicher und sozialmedizinischer Relevanz. Dabei stellt das mit Abstand größte Problem der Alkohol dar. Nach Information der Bundesdrogenbeauftragten gelten in Deutschland 1,77 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren als alkoholabhängig, weitere 1,61 Millionen betreiben Alkoholmissbrauch (Bundesministerium für Gesundheit 2014). 74.000 Todesfälle jährlich sind auf Alkoholmissbrauch und Nikotinkonsum zurückzuführen. Für das Jahr 2007 wurden die volkswirtschaftlichen Kosten für missbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsum mit 26,7 Milliarden Euro veranschlagt.

Illegale Drogen sind zwar wesentlich geringer verbreitet und verursachen entsprechend geringere Kosten. Ihr Konsum ist aber ebenfalls mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden, die aufgrund der spezifischen Konsummuster insbesondere junge Menschen betreffen. Hier ist aufgrund seiner relativ starken Verbreitung insbesondere der Konsum von Cannabis quantitativ von besonderer Bedeutung, dessen schädliche Auswirkungen mittlerweile auch durch Langzeituntersuchungen wie die neuseeländische „Dunedin-Studie“ belegt werden konnten (Meier et al 2012; Fergusson et al 2006). „Harte“ illegale Drogen mit hohem Abhängigkeitspotential wie Opiate und Metamphetamin schädigen die Gesundheit im besonderen Maße und führen oft zu einer besonderen Verelendung der Konsumenten. Bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit haben sich daher mittlerweile Formen der Substitutionsbehandlung etabliert, die es den Betroffenen ermöglichen, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen, ohne durch den ständigen Suchtdruck daran gehindert zu werden.

Viele Abhängigkeitserkrankungen bleiben weitgehend im Verborgenen. Dazu gehören insbesondere die Abhängigkeit von Schlaf, Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Hier geht der Drogen- und Suchtbericht für 2013 von 2,31 Millionen Betroffenen aus.

Bereits seit etlichen Jahren hat sich die Perspektive der Suchthilfe auch auf die Gruppe der nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten erweitert. Darunter fallen insbesondere das pathologische Glücksspiel und – in jüngerer Zeit – pathologische Formen des PC- und Mediengebrauchs.

Sind schon die Formen und Ausprägungen von Abhängigkeitserkrankungen außerordentlich heterogen und vielfältig, so gilt das auch für die Antworten des Hilfesystems. Neben einer seit vielen Jahrzehnten aktiven und in einer Vielzahl von Gruppen und Verbänden organisierten Selbsthilfe, bestehen professionelle Behandlungs- und Hilfeangebote unterschiedlicher Anbieter für verschiedene Zielgruppen. Diese unterscheiden sich sowohl in ihrer sektoriellen Ausrichtung (ambulant/teilstationär/stationär) als auch in ihrer Finanzierung und den für sie geltenden Rechtsgrundlagen.

Im Bereich der ambulanten Beratung haben sich historisch deutschlandweit unterschiedliche Strukturen für Alkoholabhängigkeit und illegale Drogen etabliert. Die Beratungsstellen für Alkoholabhängige bestehen in der Regel am längsten und sind oft bei kirchlichen Trägern angesiedelt. Im Bundesland Hessen finanzieren sich diese Einrichtungen zu wesentlichen Teilen auch aus Eigenmitteln der kirchlichen Träger (Schmid 2012).

Das Aufkommen illegaler Drogen ab Beginn der 1970er Jahre zog die Gründung der Jugend- und Drogenberatungsstellen nach sich, die sich insbesondere der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen widmeten. Diese Einrichtungen werden in der Regel durch Bundesländer, Kreise und Kommunen gemeinsam finanziert.

An der Behandlung und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen sind auch Krankenhäuser beteiligt, die die Aufgabe der körperlichen Entzugsbehandlung übernehmen. Die weitere medizinische Rehabilitation(Entwöhnungsbehandlung) erfolgt meistens stationär in Fachkliniken, wobei sich in den letzten Jahren auch zunehmend ambulante Rehabilitationsbehandlungen etabliert haben. Während die Entzugsbehandlung i.d.R. durch die Krankenversicherung bezahlt wird, ist für die Finanzierung der Entwöhnungsbehandlung meist der Rentenversicherungsträger verantwortlich.

Für die Gruppe der Chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA) haben sich vielerorts komplementäre Angebote wie betreutes Wohnen oder Tagesstätten etabliert, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB XII finanziert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006).

Die „Behandlungspfade“ in der Behandlung und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen sind – das macht diese Darstellung deutlich – durch eine Reihe von Versorgungsbausteinen und Hilfeinstanzen geprägt, deren Zusammenwirken für das Gelingen im Einzelfall wesentlich ist. Wechselnde Zuständigkeiten für die Finanzierung der jeweiligen Maßnahmen steigern diese Komplexität.

Diese Situation, die letztlich auch durch die Versäulung des bundesdeutschen Rehabilitationsrechts geprägt ist (vgl. Welti 2014), wird noch verschärft, wenn man das Zusammenwirken der Suchthilfe mit angrenzenden Systemen der psychosozialen und gesundheitlichen Unterstützungen z.B. für Langzeitarbeitslose und psychisch kranke Menschen in den Blick nimmt. In der sozialräumlichen Perspektive erscheint die Suchthilfe als Bestandteil eines umfassenden Hilfe- und Unterstützungssystems, zu dem auch Angebote der Gemeindepsychiatrie, der Jugendhilfe, der Jobcenter, der Pflege und der Wohnungslosenhilfe gezählt werden müssen (Schmid 2012, S. 61). Die Frage der Steuerung wird im Fachdiskurs zunehmend durch die Entwicklung von Verbundkonzepten beantwortet, die auch ein entsprechendes Schnittstellenmanagement beinhalten (vgl. Baudis 2007).

Gleichzeitig erzeugen fortlaufende Veränderungen von Teilaspekten des Hilfesystems eine Dynamik, die ursprüngliche Hilfeansätze und Arbeitsteilungen fragwürdig werden lässt. Beispiele sind der wachsende Anteil der ambulanten Rehabilitation, eine schwin-

dende Inanspruchnahme der Beratungsstellen durch Opiatabhängige durch die Verbreitung der Substitutionsbehandlung und eine bundesweit schwindende Bedeutung der ambulanten Beratung als Eingangstür in die stationäre Suchtbehandlung (Missel 2009).

1.2 Besonderheiten der Suchthilfe in Hessen

Die besonderen Bedingungen der Finanzierung der ambulanten Suchthilfe in Hessen erschweren eine Steuerung aus Sicht von Experten erheblich:

> *„Die Finanzierung der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen gleicht (…) heute einem Flickenteppich, unterscheidet sich von Region zu Region und von Träger zu Träger und besteht aus Eigenmitteln, kommunalisierten Landesmitteln, kommunalen Zuschüssen, Zuschüssen im Rahmen von Modellprojekten, Einnahmen aus einzelfallbezogenen Leistungen wie der ambulanten Reha (Rentenversicherung), unterschiedlichen betreuten Wohnformen (Landeswohlfahrtsverband), von den Klienten selbst zu bezahlenden Leistungen wie z.B. der Vorbereitung auf die MPU und sonstigen Einnahmen. So sehr sich die Finanzierungsquellen unterscheiden, so variieren auch die Aufträge, und eine trägerübergreifende Steuerung dieser ambulanten Hilfen ist kaum noch möglich" (Schmid 2012, S. 60f.).*

Für die Situation der Alkoholberatung ist zu konstatieren, dass aufgrund einer historischen Entwicklung der Beratungsstrukturen gerade der Bereich nicht staatlicherseits ausfinanziert wird, dem epidemiologisch und hinsichtlich der Inanspruchnahme die größte Bedeutung zukommt (Ebenda, S. 61).

In seinem Kommentar zur Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) nennt Martin Schmid als Konsequenz eine Reihe von Herausforderungen für die ambulante Suchthilfe (Ebenda, S. 62 f.):

1. Neubestimmung von Leistungen und Zielgruppen
2. Weiterentwicklung von Standards und Leitlinien
3. Die Absicherung der Finanzierung der Beratung
4. Die bessere Vernetzung der Suchthilfe mit anderen psychosozialen und gesundheitlichen Hilfen
5. Entwicklung von Ansätzen einer am Gemeinwohl und an Public Health-Konzepten orientierten einrichtungs- und trägerübergreifenden Steuerung.

Im Jahr 2005 wurde die Finanzierung der ambulanten Suchthilfe – zusammen mit der Finanzierung weiter Sozialleistungen - durch die „Rahmenvereinbarung über die Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen" neu geregelt. Den Landkreisen und kreisfreien Städten wurden die bisherigen Landeszuweisungen als Budget zur Verfügung gestellt und die Funktion der bedarfsgerechten Steuerung übertragen. Im Einzelnen formuliert die Rahmenvereinbarung als Ziele der Neuregelung die Schaffung wirksamerer und an den Bedürfnissen der Menschen ausge-

richteter Angebote, eine stärkere Lebenslagenorientierung und eine bessere Steuerung der Mittelverwendung (StAnz Hessen 2005).

Neben einer Verpflichtung zum Abschluss von Zielvereinbarungen (§ 3) und zur Qualitätssicherung (§ 4) ist diese Neuregelung auch mit der Verpflichtung der Gebietskörperschaften zu einer kontinuierlichen kommunalen Sozialplanung (§ 5) verbunden, die „bedarfs-, beteiligungs- und ressourcenorientiert" zu erfolgen hat. Eine Bevorzugung einzelner Träger und Verbände in Bezug auf die Gesamtheit der Förderschwerpunkte wurde als unvereinbar mit dem Prinzip einer offenen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit erklärt.

§ 6 der Rahmenvereinbarung formuliert Vorgaben für die Zuwendungsvereinbarungen zwischen Gebietskörperschaften und Leistungsanbietern. Hier sind u.a. Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung, eine definierte Versorgungsverantwortung und Regelungen zur Erreichbarkeit der Angebote obligatorisch. In der Anlage 2 der Rahmenvereinbarung durch das Land Hessen definierte sozialpolitische Rahmen- und Qualitätsziele sind nach § 1 der Rahmenvereinbarung im Rahmen der Verwendung von Landesmitteln verbindlich. Zu diesen Rahmen- und Qualitätszielen zählen u.a. Sicherstellung bedarfsgerechter Strukturen, die Herstellung vernetzter Angebotsstrukturen, die Gewährleistung und Sicherstellung von Partizipation, die Niedrigschwelligkeit, sowie Gender- und Lebensweltorientierung der Hilfen. Als ein fachliches Schwerpunktziel formuliert das Land Hessen u.a. die Stärkung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen (ebenda S. 1127).

Mit der Neuregelung der Finanzierung verbanden sich also explizite Erwartungen an eine bedarfsgerechtere Neuausrichtung der Hilfen, die sich auf alle von der Neuregelung betroffenen Bereiche bezogen. Für die Gebietskörperschaften in Hessen resultiert daraus ein Planungsauftrag, der in fachlicher Kooperation zwischen Fachämtern, Maßnahmeträgern und freier Wohlfahrtspflege umgesetzt werden soll.

2013 erfolgte eine Novellierung der hessischen Rahmenvereinbarung. Der Geltungsbereich wurde auf besondere sozialpolitische Projekte ausgeweitet. Das „Besserstellungsverbot" für einzelne Träger bzw. Verbände wurde insofern verschärft, als sich der Beurteilungsrahmen jetzt nicht mehr auf die Gesamtheit der Förderschwerpunkte bezieht. Eine Bevorzugung einzelner Träger auch in einzelnen Förderschwerpunkten gilt damit als unvereinbar mit dem Prinzip partnerschaftlicher Kooperation (StAnzeiger Hessen 2013, S. 1177). Die novellierte Rahmenvereinbarung enthält als Anlage eine Musterzielvereinbarung, die als Inhalt für den Förderschwerpunkt Suchtprävention/Suchthilfe außer allgemeinen Vorgaben die Anwendung der Dokumentationssysteme „Dot.sys" und „Combass" (Computergestützte Basisauswertung der ambulanten Suchthilfe in Hessen) vorschreibt. Die Stärkung der Selbsthilfe wird durch die Förderung von Koordinierungs- und Servicestellen für örtliche Selbsthilfegruppen festgeschrieben (ebenda S. 1178). Weiterhin sieht die Musterzielvereinbarung die Möglichkeit der Finanzierung regionaler sozialpolitischer Projekte aus kommunalisierten Landesmitteln vor. Diese steht allerdings unter dem Genehmigungsvorbehalt durch die Landesbehörde.

Der Blick auf die neue Rechtslage verdeutlicht, dass für die hessischen Gebietskörperschaften mit der Kommunalisierung der Landesmittel für soziale Hilfen ein Gestaltungsauftrag entstanden ist, dessen Umsetzung eine verstärkte Auseinandersetzung mit Bedarfs- und Zielfragen der einbezogenen Förderschwerpunkte erfordert. Das hier dokumentierte Forschungsprojekt ist in diesem Zusammenhang zu sehen.

1.3 Die Situation der Suchthilfe im Landkreis Fulda

Die Suchthilfe im Landkreis Fulda ist geprägt durch die Rahmenbedingungen eines Flächenlandkreises mit ca. 216.000 Einwohnern und 23 Gemeinden, der sich über 1380 km² erstreckt. Die Suchtberatung und Suchtprävention wird durch zwei große Anbieter (Caritas und Diakonie) abgedeckt. Für die psychosoziale Beratung im Rahmen der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger ist ein privater Träger zuständig. Zwei Einrichtungen für die stationäre Rehabilitation von Suchterkrankungen werden durch das Guttempler-Hilfswerk betrieben. Diese unterhalten auch ein eigenes ambulantes Beratungsangebot in geringem Umfang. An der medizinischen Behandlung von Suchterkrankungen sind zwei Kliniken beteiligt. In die Beratung und Betreuung suchtkranker Menschen ist auch das Kreisgesundheitsamt involviert. Weiterhin besteht ein ausdifferenziertes Angebot an Selbsthilfegruppen.

Viele Angebote der Suchthilfe konzentrieren sich auf das Gebiet der Stadt Fulda. Ausnahmen sind die beiden Fachkliniken des Guttempler Hilfswerkes in Hünfeld und Burghaun und die Beratungsstelle der Guttempler mit Sitz in Hünfeld.

Eine Übersicht über die Angebote der professionellen Suchthilfe im Landkreis Fulda gibt Tabelle 1.

Tab. 1 Leistungsangebote der Suchthilfe im Landkreis Fulda[1]

Einrichtung	Leistungen	Finanzierung
Klinikum Fulda, Psychiatrische Klinik	Klinische Versorgung: Ambulante, teilstationäre und stationäre Betreuung Medizinische Erstversorgung Entzugsbehandlung	Krankenversicherung
Herz-Jesu-Krankenhaus, Abteilung für Innere Medizin		
Herz-Jesu-Krankenhaus, Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Guttempler Fachklinik Mahlertshof	Stationäre Rehabilitation: Entwöhnungsbehandlung mit geschlechtsspezifischer Ausrichtung	Rentenversicherung
Guttempler Fachklinik Schloss Mackenzell		
Guttempler Hilfswerk, Beratungsstelle Hünfeld	Psychosoziale Beratung MPU-Vorbereitung	Eigenmittel
Caritas Zentrum für Sucht- und Drogenhilfe	CMA-Tagesstätte für suchtkranke Menschen	LWV (Eingliederungshilfe SGB XII)
	Ambulant betreutes Wohnen	
	Beratung und Vermittlung Angehörigenberatung MPU-Vorbereitung Prävention	Kommunalisierte Landesmittel Kommunale Zuwendungen Eigenmittel
	Glücksspielfachberatung	Landesmittel
	Ambulante Rehabilitation (Fachambulanz) Nachsorge	Rentenversicherung
Diakonisches Werk – Fachstelle Sucht	Beratung und Vermittlung Angehörigenberatung MPU-Vorbereitung Prävention	Kommunalisierte Landesmittel Kommunale Zuwendungen Eigenmittel
	Glücksspielfachberatung	Landesmittel
	Ambulante Rehabilitation (Fachambulanz) Nachsorge	Rentenversicherung
Ärztliche Suchthilfe Fulda	Substitutionsbehandlung	Krankenversicherung
	Psychosoziale Beratung	Kommunale Zuwendungen
	Ambulant betreutes Wohnen	LWV (Eingliederungshilfe SGB XII)
Landkreis Fulda, Gesundheitsamt	Psychosoziale Beratung	Landkreis

[1] Nicht genannt sind hier Angebote der Selbsthilfe.

Die Übersicht verdeutlicht die Vielfalt der unterschiedlichen Angebote und die breite Palette der unterschiedlichen Finanzierungsquellen. Bei der Beratung bringen die beiden kirchlichen Träger in erheblichem Maße Eigenmittel aus Kirchensteuern in die Finanzierung ihrer Angebote ein. In der Vergangenheit erhielt die Caritas einen vergleichsweise größeren Anteil der Landesförderung. Inhaltlich sind die Angebote von Caritas und Diakonie im Wesentlichen inhaltsgleich ausgerichtet.

In Folge der beschriebenen Kommunalisierung der Landesmittel wurde in Fulda eine „AG Sozialplanung" gebildet, die sich paritätisch aus Vertretern der freien Wohlfahrtspflege, der Stadt und dem Landkreis zusammensetzt. Dort wurde die Situation der Suchthilfe wiederholt diskutiert. Thematisiert wurden dabei folgende Fragen:

- Ist die inhaltliche Ausrichtung der ambulanten Suchtberatung sinnvoll, oder sollte eine Spezialisierung der Beratungsstellen nach Suchtmitteln oder nach Regionen erfolgen?
- Gibt es Probleme mit Schnittstellen zwischen Suchthilfe und angrenzenden Hilfesystemen?
- Gibt es Ansätze für eine gerechtere bzw. zeitgemäßere Fördersystematik?
- Bestehen Angebotslücken oder Versorgungsüberhänge?

Zur Bearbeitung dieser Fragen wurde eine eigene „Unterarbeitsgruppe Sucht" gebildet, die sich aus Vertretern der Suchthilfeeinrichtungen (Caritas, Diakonie und Paritätischer Kreisverband) sowie des Landkreises zusammensetzt. Die UAG Sucht regte aufgrund der komplexen Fragestellung die Implementierung eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes an. Hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung orientierte sich die UAG Sucht an einem Projekt, dass 2012 von Martin Schmid von der Katholischen Hochschule Mainz im Landkreis Bergstraße in Südhessen durchgeführt worden war. Der Landkreis Bergstraße ist in Struktur und Einwohnerzahl mit dem Landkreis Fulda vergleichbar. Im Landkreis Bergstraße waren bis zur Durchführung des Forschungsprojektes zwei Träger der freien Wohlfahrtspflege im Bereich der ambulanten Suchtberatung mit jeweils auf Alkoholabhängigkeit bzw. illegale Drogen spezialisierten Angeboten aktiv. Im Rahmen der Evaluation des Projektes wurde dort die Spezialisierung nach Suchtmitteln aufgegeben, die Beratungsangebote regional neu zugeordnet und die Finanzierung neu geregelt (Schmid 2012).

2 Projektziele und Projektverlauf

2.1 Projektauftrag

Im Herbst 2014 richtete der Landkreis Fulda eine Anfrage an das Wissenschaftliche Zentrum für Gesellschaft und Nachhaltigkeit (CeSSt) der Hochschule Fulda. Inhalte der Anfrage war die Durchführung eines Forschungs- und Entwicklungsprojektes, das die Situation der Suchthilfe im Landkreis Fulda zum Thema hat. Nach Vorabsprachen wurde im Januar 2015 zwischen dem Landkreis und der Hochschule Fulda ein Vertrag

geschlossen, der die Inhalte und Zielsetzungen des Forschungsprojektes definiert. Übergreifende Fragestellung des Projektes ist demnach, ob im Landkreis Fulda ein Potential für eine Verbesserung der Angebotssituation in der ambulanten Suchthilfe bei einem nicht wesentlich geänderten Einsatz von Ressourcen besteht. Aus der übergreifenden Fragestellung leiten sich eine Reihe spezifischerer Fragen ab:

1. Bestehen in der ambulanten Suchthilfe Doppelstrukturen, die unter Umständen nicht bedarfsgerecht sind?
2. Würde eine Spezialisierung nach Suchtmitteln Vorteile mit sich bringen?
3. Wäre eine regionale Ausrichtung der Angebote vorteilhaft? Konzentrieren sich die bestehenden Angebote zu sehr auf das Stadtgebiet Fulda? Gibt es Gebiete im Landkreis, die unterversorgt sind?
4. Bestehen Versorgungslücken oder Angebotsüberhänge? Werden die bestehenden Angebote sich verändernden Bedarfsstrukturen gerecht (Stichwort „Interkulturalität“, „Demografischer Wandel“)? Gibt es Bedarfsgruppen, die von den unterschiedlichen Angeboten nur unzureichend erreicht werden?
5. Gibt es Probleme an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsangebote?
6. Gibt es Bedarfe und Verbesserungspotentiale bei der Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Hilfesystemen, hier insbesondere dem Kreisjobcenter und der Jugendhilfe?
7. Entspricht die Inanspruchnahme der Beratungsangebote in ihrem Ausmaß der Inanspruchnahme in anderen Regionen des Landes?
8. Entspricht die Angebotsstruktur der Suchthilfe im Landkreis Fulda dem fachlich anerkannten Standard moderner Verbundstrukturen in der Suchthilfe?
9. Wie könnte eine gerechtere Fördersystematik gestaltet werden? Ist eine auslastungsgerechtere Finanzierung der Suchtberatung (z.B. über Betreuungsschlüssel) vorstellbar?

Um angesichts dieses umfangreichen Themenkataloges eine Priorisierung vorzunehmen wurde verabredet, die Fragestellungen in folgender Reihenfolge zu bearbeiten:

1. Beschreibung und Bewertung der inhaltlich-fachlichen Qualität der Angebotsstruktur (Ist-Soll-Analyse)
2. Beschreibung von Veränderungsoptionen (Handlungsplan)
3. Klärung von Finanzierungsfragen.

Da sich früh im Projektverlauf herausstellte, dass seitens der Jugendhilfe in Stadt und Landkreis Fulda kein Forschungsbedarf gesehen wurde, erfolgte eine Modifizierung des Projektauftrages in Pkt. 6. Statt der Jugendhilfe wurde in Folge die Schnittstelle zur Gemeindepsychiatrie in die Untersuchung mit einbezogen.

2.2 Methodik

Für die Datengewinnung wurden folgende Methoden herangezogen:

- Literaturrecherche und –analyse (Fachliteratur, Einrichtungskonzeptionen und Jahresberichte)
- Sekundäranalyse von Daten aus der computergestützten Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen (COMBASS)
- Acht Experteninterviews mit Vertretern der Suchthilfe im Landkreis Fulda, eine Gruppendiskussion mit Vertretern der Selbsthilfe
- Schriftliche Befragungen in zwei benachbarten Hilfefeldern (Kreisjobcenter und Gemeindepsychiatrie) im Rahmen studentischer Abschlussarbeiten

2.3 Organisation und zeitlicher Ablauf

Bezüglich der Organisation des Forschungsprozesses artikulierten die Mitglieder der UAG Sucht das Interesse, diesen partizipativ unter Beteiligung der Akteure zu gestalten. Dazu wurde die Bildung einer Steuerungsgruppe verabredet, die im Wesentlichen aus Mitgliedern der UAG Sucht bestand. Dadurch war eine große Nähe der Beteiligten zur Arbeitsebene gewährleistet. Alle wesentlichen Schritte und (Zwischen-)Ergebnisse der Untersuchung wurden in der Steuerungsgruppe besprochen und abgestimmt. Als zeitlicher Rahmen für das Projekt wurde der Zeitraum Januar bis Dezember 2015 vereinbart. In diesem Zeitraum kam es zu insgesamt vier Treffen der Steuerungsgruppe. Zur Abstimmung mit der Arbeitsebene wurde auf zwei Sitzungen der „Trägerversammlung Sucht“ des Landkreises Fulda, in der alle Akteure der Suchthilfe vertreten sind, über Zielsetzungen und Zwischenergebnisse des Projektes informiert.

Entsprechend der Zeitplanung erfolgte nach organisatorischen Vorbereitungen und der Literaturanalyse im Januar und Februar 2015 die sekundäranalytische Auswertung der Inanspruchnahme der Beratungsanagebote im Landkreis Fulda. Im April und Mai 2015 wurden die Erhebungsinstrumente (Interviewleitfaden und Fragebögen für die schriftliche Befragung) erstellt und in der Steuerungsgruppe abgestimmt. Gleichzeitig erfolgten ausführliche Vorgespräche zwischen der Projektleitung und den an den Interviews bzw. der schriftlichen Befragung beteiligten Einrichtungen. Im Juni und Juli 2015 erfolgt die Durchführung der Interviews mit den Experten der Suchthilfe, wobei die Vertreter der Selbsthilfe als „Experten in eigener Sache“ im Rahmen einer moderierten Gruppendiskussion einbezogen wurden. Ebenfalls im Juni und Juli 2015 wurde die schriftliche Befragung von Mitarbeitern des Kreisjobcenter und gemeindepsychiatrischer Einrichtungen von zwei Studierenden des Masterstudiengangs „Sozialraumentwicklung und –organisation“ der Hochschule Fulda durchgeführt.

Im August 2015 erfolgte die Auswertung der Experteninterviews in Anlehnung an Meuser und Nagel (1991) mit Hilfe der Software MAXQDA. Die schriftliche Befragung wurde als Online-Befragung mit dem Programm Grafstat durchgeführt und deskriptivstatistisch ausgewertet. Im Oktober 2015 wurden erste Ergebnisse der Auswertungen in der Steuerungsgruppe diskutiert und in der Trägerversammlung vorgestellt.

3 Aktuelle Diskurse in der Suchthilfe

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat 2014 eine Reihe von zentralen Aussagen zur Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland publiziert, die prägnant Entwicklungs- und Zukunftsfragen bezeichnen. Dabei fasst die DHS wesentliche Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich zusammen, die sich auch auf die Suchthilfe auswirken (DHS 2014):

1. Die zunehmende Verbreitung und Verankerung einer Public-Health-Perspektive in Wissenschaft und Gesundheitspolitik
2. Veränderungen durch das SGB IX, die sich nach langer Verzögerung auch im Suchtbereich auswirken (z.B. der Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX)
3. mögliche Konsequenzen aus der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Inklusionsansatz in der Suchthilfe
4. die Veränderung des Behinderungsbegriffs durch die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
5. Konsequenzen der Eingliederungshilfe-Reform
6. Die Stärkung der Patientenrechte
7. Eine verstärkte Sozialraumorientierung.

Die wesentlichen Inhalte dieser Entwicklungen werden im Folgenden skizziert:

Zu 1.

Mit den Gesundheitswissenschaften und dem Public-Health-Ansatz hat sich ein umfassendes sozialmedizinisches Verständnis von Gesundheit etabliert, das insbesondere auch psychische und soziale Faktoren sowie soziale und ökonomische Folgelasten von Gesundheitsproblemen in die Betrachtung einbezieht. Ein besonderes Merkmal ist dabei die zeitliche Betrachtung von Gesundheitsstörungen, die besondere Anstrengungen im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung nahelegt (Klemperer 2010, Hurrelmann/Razum 2012). Angesichts des Umfangs der schädlichen Auswirkungen legaler Suchtmittel wirft die Public-Health-Perspektive die Frage der Angemessenheit einer Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln auf. Das Ziel der Reduzierung der Problemlast impliziert eine Diversifizierung suchtpolitischer Zielvorstellungen, d.h. auch Maßnahmen, die nicht vorrangig auf Abstinenz zielen, können gesundheitspolitisch sinnvoll sein, wenn sie in der Lage sind, Problemlasten zu senken.

Eine Public-Health Perspektive impliziert auch die Planung und Gestaltung von Maßnahmen, die sich auf die gesamte zeitliche Dimension des Störungsverlaufs beziehen, d.h. von der Prävention, über die Beratung von Risikogruppen bis hin zur medizinischen Behandlung und Rehabilitation von manifestierten Suchterkrankungen und Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Um diese zielgruppenspezifischen Interventionen miteinander sinnvoll zu verknüpfen bedarf es aus Sicht der DHS eines integrierten Gesamtversorgungsansatzes (DHS 2014, S. 17). Dies impliziert die Vernetzung und kom-

munale Steuerung von Suchtkrankenhilfe, psychosozialer und sozialpsychiatrischer Grundversorgung sowie medizinischer Primärversorgung.

Zu 2., 3., 4. und 5.

Die umfangreichen Veränderungen im Rehabilitations- und Behindertenrecht und ihre Auswirkungen sind in der Suchthilfe noch nicht umfassend umgesetzt worden. Das gilt für die mit dem SGB IX erfolgt Orientierung an dem Leitziel selbstbestimmter Teilhabe, der Möglichkeit der Leistungsgewährung in Form persönlicher Budgets und der Frage, wie sich die Inhalte der UN-Behindertenrechtskonvention und der Inklusionsgedanke für Menschen umsetzen lassen, die ihre Behinderung im Rahmen einer Suchterkrankung erworben haben. All den genannten Entwicklungen ist gemeinsam, dass ihr Hauptfokus nicht auf den Personenkreis der Menschen mit Suchterkrankungen gerichtet ist. Genau so richtig ist aber, dass diese Menschen, sofern sie nach § 2 SGB IX zum Personenkreis der Menschen mit Behinderungen zu rechnen sind, entsprechende Rechte für sich beanspruchen dürfen. Gleichwohl haben sich bisher in der Suchthilfe kaum Konzepte entwickelt, die den beschriebenen Veränderungen Rechnung tragen. Dies mag z.T. auch daran liegen, dass Suchterkrankungen und ihre Folgen sich nur schwer mit Leitzielen wie Selbstbestimmung vereinbaren lassen (Fachverband Drogen und Rauschmittel 2006, S. 30). Andererseits liegt in flexiblen Möglichkeiten der Leistungsgestaltung z.B. im Rahmen des persönlichen Budgets u.U. auch die Chance, für Betroffene passgenauere Hilfearrangements zu entwickeln, die sonst nicht oder nur unzureichend vom bestehenden Hilfesystem erreicht werden.

Der Anspruch auf Inklusion und gleichberechtigte Teilhabe könnte in der Suchthilfe genutzt werden, noch stärker als bisher die Stigmatisierung suchtkranker Menschen als Teil einer gesellschaftlichen Zugangsbarriere und damit ein Element von Behinderung zu begreifen, dem das das Hilfesystem gezielt entgegenzuwirken hat. Dies ist auch aus einer Public-Health-Perspektive wichtig, da die Stigmatisierung von Suchtkranken auch die rechtzeitige Inanspruchnahme von Hilfe behindert und so eine Chronifizierung von Suchterkrankungen befördert.

Zu 6.

Angesichts ihrer besonderen Vulnerabilität haben Menschen mit Suchterkrankungen besondere Schwierigkeiten ihre individuellen Rechte im Hilfesystem der Suchthilfe zu vertreten. Die DHS fordert daher analog der Entwicklungen in der Gemeindepsychiatrie auch in der Suchthilfe die Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Beschwerdemanagements und die Einrichtung von Patientenfürsprechern bzw. Ombudspersonen auf Gemeindeebene (DHS 2014, S. 24).

Zu 7.

Der im Fachdiskurs der Sozialen Arbeit stark verbreitete Begriff der Sozialraumorientierung (vgl. Alisch 2002, Hinte/Fürst 2014) wird auch von der DHS aufgegriffen (DHS 2014, S. 22). Er wird hier mit dem Anspruch übersetzt, in der Suchthilfe regionale und regionsbezogene Versorgungskonzepte zu entwickeln. Dabei wird der Anspruch wohnortnaher Versorgung durchaus differenziert diskutiert, da in nicht geringen Fällen eine Distanzierung suchtkranker Menschen von ihrem bisherigen Lebensumfeld durchaus indiziert zu sein scheint. Dennoch sind aus Sicht der DHS eine ausreichende und niedrigschwellige Angebotsstruktur, eine Vernetzung aller Angebote und die Entwicklung regionaler Verbundkompetenz eindeutige Forderungen an das Hilfesystem. Konkret fordert die DHS die Schaffung von Suchthilfenetzwerken, die eine regionale Abstimmung und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungserbringer ermöglichen (ebenda S. 41). Dies impliziert eine stärkere Vernetzung zwischen professioneller Suchthilfe und Selbsthilfe und eine stärkere schnittstellenübergreifende Kooperation mit Jugendhilfe, Altenhilfe, Eingliederungshilfe und medizinischer Primärversorgung. Die bedarfsgerechte Koordination der Hilfen sollte aus Sicht der DHS durch ein Case Management gewährleistet werden.

Weiterhin fordert die DHS zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungskonzepte eine sorgfältige Analyse der Veränderung der Klientel in Bezug auf Substanzen und Konsummuster. Mit diesen Fragen verbindet sich auch die Frage einer spezialisierten oder generalisierten Ausrichtung der Hilfen. Die DHS positioniert sich hier zurückhaltend, geht aber davon aus, dass in Zukunft u.U. eher der Sozialisationshintergrund der Klienten als die konsumierten Suchtmittel Ausgangspunkt von Angebotsspezialisierung sein könnten. Damit kommen bestimmte Bedarfsgruppen wie Migranten und spezifische Altersgruppen in den Blick, deren Bedeutung auch im Rahmen der vorliegenden Studie geklärt werden soll.

Im Folgenden werden einige der genannten Aspekte weiter ausgeführt und durch weitere Fragestellungen ergänzt, die Teil des Forschungsauftrages sind.

3.1 Personenzentrierte Versorgung und Suchthilfeverbünde

Begreift man die Anerkennung der Sucht als ein medizinisches Krankheitsbild durch das Bundessozialgericht 1968 als historischen Ausgangspunkt für die Entwicklung eines modernen Suchthilfesystems in Deutschland, so stehen die 1970er und 80er Jahre im Zeichen des Ausbaus und der Ausdifferenzierung der Versorgungsangebote. Im Fokus stand in dieser Phase der Aufbau eines gemeinde- und bürgernahen Hilfesystems mit ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen der Psychiatrie-Enquete zur Situation und dem Entwicklungsbedarf in der Suchthilfe wider (BT-Drs. 7/4200). Als wichtigster Versorgungsbaustein wurde der Aufbau ambulanter Fachambulanzen gefordert, die eng mit allen anderen Trägern der nichtstationären Suchthilfe, insbesondere niedergelassenen Ärzten, Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen in einem regionalen Verbundsystem zusammenarbeiten

sollten (ebenda S. 274). Eine enge Integration dieser ambulanten Dienste mit Einrichtungen der stationären Suchthilfe sollte ebenfalls gewährleistet sein.

Das im Bericht der Enquete formulierte Leitbild der Behandlung und Rehabilitation war das der „Therapeutischen Kette", d.h. durch Schaffung fehlender Versorgungsbausteine und die gemeindenahe Ausrichtung der Hilfen sollte die Voraussetzung für eine lückenlose Gestaltung der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe geschaffen werden. Diese Bausteine sollten im Sinne des Einzelfalls ihre Arbeit so flexibel wie möglich koordinieren und abstimmen (ebenda S. 276). Wie diese Abstimmung aber zu gewährleisten und zu gestalten sei, beschreibt der Enquete-Bericht nicht.

Diese Leerstelle spiegelt sich schließlich 13 Jahre später in den Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung wider (Expertenkommission 1988). Die Expertenkommission sah damals schwerwiegende Defizite nicht mehr in zahlenmäßig unzureichenden Behandlungsangeboten, sondern in einer fehlenden Gemeindenähe, Kooperation und Koordination der Hilfen, die z.T. durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme verschärft wurden.

Diese Probleme waren kein Alleinstellungsmerkmal der Suchthilfe, sondern betrafen das gemeindepsychiatrische Hilfesystem insgesamt. Als Antwort auf diese unbefriedigende Situation entwickelte eine Kommission zur Bestimmung von Verfahren zur Personalbemessung im komplementären Bereich 1992-96 ein Konzept, das in Folge als Personenzentrierter Ansatz Bekanntheit erlangte. Leitend für dieses Konzept war eine Versorgungsphilosophie die Peter Kruckenberg wie folgt formulierte:

> *„Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, daß einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation bzw. des geringstmöglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein. Die Belastungen sollen für ihn, sein Umfeld und für die Gemeinschaft gerecht verteilt sein, die Organisation der Hilfen soll patientenzentriert in Koordination durch die Kommune erfolgen und auf die kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein" (Kruckenberg 2000, S. 17f.).*

Dieser „Idealtypus" eines personenzentrierten Hilfesystems wurde konkretisiert durch Vorschläge der Kommission zur Gestaltung und Organisation der Hilfeverläufe: Eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (Aktion psychisch Kranke 2005), die Durchführung von Hilfeplankonferenzen und die Bildung gemeindepsychiatrischer Verbünde zur Abstimmung der Versorgungssituation. Kerngedanke des Personenzentrierten Ansatzes ist eine bedarfsgerechtere und flexiblere Ausgestaltung der Hilfen durch eine Überwindung der institutionellen Eigenlogik der Angebote. Das Leitbild der „Therapeutischen Kette", das davon ausgeht, dass der Betroffene institutionelle An-

gebote gleichsam als „Trittsteine“ seiner Rehabilitation nacheinander in Anspruch nimmt, wird abgelöst durch die Vorstellung einer individuellen Planung von Behandlungs- und Entwicklungsperspektiven, zu der jeweils passende Hilfearrangements gestaltet werden, die der Bedarfssituation am besten entsprechen.

Im fachlichen Diskurs der Suchthilfe ist die Vorstellung von Personenzentrierung und Vernetzung auch zunehmend aufgegriffen worden, wenngleich nicht immer unter expliziter Bezugnahme auf die Gemeindepsychiatrie. Dabei mögen insbesondere zwei Entwicklungen ursächlich von Bedeutung gewesen sein: Die Differenzierung der Hilfeziele und eine Diversifizierung der Angebotsstrukturen. War die Zielorientierung bis in die 1980er Jahre noch vorrangig auf Abstinenz fokussiert, erfolgte aufgrund des geringen Anteils der Alkoholkranken, die das „Endziel“ einer stationären Entwöhnungsbehandlung tatsächlich erreichten, der Zunahme komorbider Klienten (Aids-Problematik) und des wachsenden Bedarfs von chronisch und mehrfachgeschädigten Abhängigkeitserkrankten (CMA) eine differenziertere Betrachtung der Hilfeziele, die sich z.B. in der Zielhierarchie von Schwoon (2002) niederschlug. Eine differenzierte Zielbetrachtung wirft aber die Frage auf, wie konkrete Hilfeziele im Einzelfall am effektivsten zu ermitteln sind und wie ihre Berücksichtigung im Rehabilitationsverlauf am zuverlässigsten zu gewährleisten ist. Die quantitative und qualitative Zunahme von Leistungsangeboten (z.B. Ambulante Rehabilitation, professionelle Nachsorge, Adaptionseinrichtungen, ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen für CMA-Klienten) wirft die Frage auf, wie eine Abstimmung und bedarfsgerechte Steuerung der Hilfen im Einzelfall erfolgen soll. Hier erscheint eine engere Verzahnung der Versorgungsbausteine als plausible Antwort.

Ein aktueller Ansatz in der Suchthilfe, der diese Gedanken aufgreift ist der aus den USA stammende „Community Reinforcement Approach“ (CRA; Lange, Reker, Driessem 2008). Der CRA argumentiert auf einer lernpsychologischen Basis für eine Vernetzung der Suchthilfe, indem er davon ausgeht, dass Effekte einer Positiven Verstärkung in allen Lebensbereichen wichtig für die Behandlungsmotivation der Betroffenen sind. Das können insbesondere positive Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft/Familie, Arbeit, Fahrerlaubnis, juristische Probleme, Finanzen und Wohnen sein. Die Einbeziehung dieser Bereiche erfolgt im CRA durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Konzept, das durch Verhaltensanalysen und Skills-Trainings systematisch positive Veränderungen in den relevanten Lebensbereichen initiiert.

Im herkömmlichen Hilfesystem ist dieser Ansatz allerding nur begrenzt umsetzbar, da die Suchthilfe auf andere Lebensbereiche der Klienten keine weitreichenden Einflussmöglichkeiten hat und diese daher auch nur begrenzt als positive Verstärker für die Suchtbehandlung nutzen kann.

Rainer Baudis betont, dass die Entwicklung von Verbundstrukturen auch notwendig ist, um die „Fragmentierung in Einzelinteressen“ im Gesundheitssystem zu überwinden (Baudis 2007, S.10). Er grenzt sich kritisch von inhaltlich diffusen Konzepten ab, die sich den Verbundbegriff als „Modebegriff“ beziehen. Baudis verbindet systematisch den

Qualitätsgedanken mit dem Verbundkonzept und beschreibt programmatisch eine Reihe von Elementen von Suchthilfeverbünden, an denen sich aus seiner Sicht auch deren Qualität ablesen lässt (ebenda S. 43 ff):

1. Die Definition einer gemeinsamen regionalen Versorgungsverantwortung
2. Eine Koordination und Definition der Fallführung (Case Management)
3. Die Umsetzung eines personenzentrierten und klientenorientierten Ansatzes in Abgrenzung zu einer institutionsorientierten Versorgung
4. Die Bildung von Netzwerken und Kooperationsstrukturen
5. Eine gemeinsame integrierte und ggf. sektorenübergreifende Leistungserbringung (z.B. in Form von Paketlösungen durch Bündelung von Entgiftung und Rehabilitation)
6. eine Netzwerkbildung und „virtuelle Organisation" über Verbundvereinbarungen, die keine formellen Trägerzusammenschlüsse voraussetzt
7. Steuerungs- und Entwicklungsfähigkeit als Ergebnis gemeinsamer Abstimmung der beteiligten Träger, insbesondere gewährleistet durch ein Lenkungsgremium
8. Kontinuierliche Organisationsentwicklung, z.B. in Form einer Definition und Entwicklung von Steuerungszielen und Instrumenten (z.B. Verlaufsdokumentation)
9. Innere und äußere Transparenz für Beteiligte und Nutzer durch ein ökonomisches Kommunikationsmanagement
10. Die Entwicklung von Verbundqualität durch ein entwicklungs- und qualitätsorientiertes QM-System
11. Eine fachpolitische und sozialpolitische reflektierte Versorgungsentwicklung und Marktgestaltung.

Seit den 1990er Jahren wurden verschiedene Verbundmodelle erprobt und z.T. auch empirisch evaluiert. Als positive Effekte werden beschrieben:

- Das Sinken von Fallaufwand und –kosten
- Eine verbesserte Zielerreichung
- Eine stärkere Individualisierung der Behandlung
- Eine Zunahme kombinierter Behandlungen
- Eine positive Akzeptanz seitens der Nutzer, die sich auch im Rahmen von Qualitätssicherungsprozessen nachweisen lassen (Baudis 2007, S. 90).

Hinsichtlich der beteiligten Einrichtungen und Dienste gestalten sich Suchthilfeverbünde in der Praxis uneinheitlich (Oliva/Walter-Hartmann 2013). Kooperationen innerhalb einzelner Fachverbände oder zwischen ambulanten Einrichtungen und Fachkliniken ohne Beteiligung von Krankenhäusern werden z.B. gleichermaßen als „Suchthilfeverbund" gekennzeichnet. Dabei ist allerdings davon auszugehen, dass die Qualität und Leistungsfähigkeit von Verbünden maßgeblich von der Beteiligung der relevanten Akteure in einer Region abhängt.

Mit der Frage der Zusammensetzung von Verbünden eng verbunden ist die Frage, wie das Entstehen und die Entwicklung von Verbundstrukturen in der Suchthilfe überhaupt befördert werden kann. Das Land Baden-Württemberg hat im Rahmen der Kommunalisierung sozialer Hilfen hier einen sehr konsequenten Weg beschritten und die Entwicklung kommunaler Suchthilfenetzwerke gleichsam von oben verordnet. Dabei wurde die Beteiligung von jeweils einer psychiatrischen Klinik und einer Suchtberatungsstelle festgeschrieben. Auch die DHS fordert grundsätzlich die Initiierung und Koordination von Suchthilfenetzwerken durch Politik und öffentliche Verwaltung (DHS 2014, S. 41).

Ob dieser Weg sinnvoll ist, wird z.T. bezweifelt (vgl. Baudis 2007, S. 16), da bestehende Interessengegensätze durch eine verordnete Kooperation nicht ohne weiteres zu neutralisieren sind. Eine Alternative stellen „Bottom-Up"-Modelle wie das „Qualitätsmodell Sucht Nordrheinwestfalen" dar, das sich allerdings nur auf die kommunal und landesseitig geförderte Suchthilfe bezieht (AG Freie Wohlfahrtspflege NRW 2006). Leitgedanke ist hier die freiwillige Vernetzung und Kooperation der kommunalen Akteure und eine enge Verzahnung mit den Diensten des öffentlichen Gesundheitswesens. Wie allerdings in diesem Modell eine Kooperation der Akteure auch bei entgegengesetzten oder uneinheitlichen Interessenlagen gewährleistet wird, ist offen.

3.2 Case Management

Für Verbundkonzepte in der Suchthilfe stellt sich grundsätzlich die Frage, wie eine bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfeleistung im Einzelfall gewährleistet werden kann, wenn mehrere Institutionen als Hilfeinstanzen am Prozess beteiligt sind. Hier wird – z.B. von Baudis –der Ansatz des Case Managements (CM) ins Spiel gebracht, das als Methode besonders dazu geeignet zu sein scheint, diese Aufgabe zu erfüllen.

Hinsichtlich der methodischen Einordnung kann Case Management als eine Weiterentwicklung der klassischen sozialen Einzelfallhilfe verstanden werden (Daßler 2013). Die allgemeine Funktion von CM besteht darin, Klienten einen koordinierten Zugang zu Leistungen zu ermöglichen, die zur Problembearbeitung benötigt werden (Lowy 1988, S. 31 n. Galuske 2011, S. 199). Der Schwerpunkt des CM liegt dabei in der Hilfevermittlung, was eine direkte Hilfeleistung durch Case-Manager aber nicht ausschließt.

Wendt (1988) unterscheidet vier Funktionen von Case Management:

1. Die Analyse der Lebenssituation des Klienten und des daraus resultierenden Hilfebedarfs (assessment)
2. die Planung der Hilfen (service planning)
3. die Vermittlung der Unterstützung (brokering services)
4. die Koordination der Hilfen (z.B. im Zusammenspiel zwischen sozialen Institutionen bzw. dem sozialen Umfeld).

Im Fachdiskurs der Sozialen Arbeit wurden verschiedene Leitideen und Qualitätskriterien für CM formuliert (z.B. Kleve u.a. 2011, Neuffer 2007, Wendt u. Löcherbach 2006):

1. Eine kontextsensible, bzw. systemische Problemanalyse
2. Eine explizite Betrachtung und Berücksichtigung von Ressourcen (personell, sozial, sozialräumlich, kulturell)
3. Die Verpflichtung zur Beteiligung und Einbeziehung der Klienten
4. Die Orientierung auf die Entwicklung von Hilfenetzwerken
5. Die anwaltschaftliche Vertretung der Klienten
6. Eine Gewährsfunktion gegenüber den Betroffenen.

In der konkreten Umsetzung kann Case Management unterschiedliche Schwerpunkte setzen, also sich z.B. mehr auf den vermittelnd-koordinierenden oder auf den advokatorisch-partizipatorischen Aspekt beziehen. Entsprechend unterscheidet Wendt zwischen „Case Management" als methodischem Konzept auf der personalen Handlungsebene und einem administrativen Verständnis von Case Management (Wendt 2007, S. 29). Wendt benennt als Definitionskriterium die Einhaltung eines Phasenmodells, das aus den Komponenten Aufgabenfeststellung, Lageeinschätzung, Zielvereinbarung, Planung, Handlungsausführung, Erfolgseinschätzung und –bewertung sowie Rechenschaftslegung besteht. Sind diese Komponenten nicht vollständig vorhanden, kann aus seiner Sicht nicht von Case Management gesprochen werden (ebenda, S. 33).

Die Case-Management-Literatur beschreibt eine Vielzahl ähnlicher Phasenmodelle, die jeweils einen Prozess-Algorhythmus bilden, dessen Einzelphasen im Ablauf variieren können und sich nicht immer klar voneinander abgrenzen lassen (Kleve 2011).

Analytisch betrachtet ist der CM-Begriff unscharf, d.h. es ist schwierig, einheitlich anzugeben, welche Kriterien eine soziale Dienstleistung aufweisen muss, um als Case Management bezeichnet werden zu können (Daßler 2013).Die Breite und Unschärfe des Konzepts führt auch dazu, dass die empirische Evidenz der Wirksamkeit von Case Management nicht leicht zu erbringen ist. Dies spiegelt sich z.B. auch in den diesbezüglich zurückhaltenden Aussagen der S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheikunde zu psychosozialen Therapien im Bereich der Gemeindepsychiatrie wider (DGPPN 2013, S. 55).

Die einheitliche Definition von Case Management ist insbesondere auch deswegen schwierig, weil seine konkrete Ausgestaltung sehr eng von den Eigenschaften und Besonderheiten des jeweiligen Hilfesystems abhängt. Dies formuliert auch Baudis für den Bereich der Suchthilfe sehr klar, wenn er betont, dass die Entwicklung von Verbundstrukturen sich zwangsläufig aus einer Implementierung von Case-Management ergibt. Erfolgreiches Case Management ist ohne eine enge Kooperation und Abstimmung der Hilfeinstanzen nicht möglich; nur diese kann die erforderliche „Fallführung" ermöglichen. Damit wird aber auch deutlich, dass Inhalt und Wirkung von Case Management

sich je nach Grad und Ausprägung von Kooperationsverhältnissen sehr unterschiedlich darstellen können.

Die Zielrichtung ist dabei grundsätzlich klar: Inhalte von Kooperation und Case Management haben sich an den Versorgungspfaden zu orientieren, die sich in der Suchtrehabilitation aus den Bausteinen Beratung, Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung, Nachsorge, Selbsthilfe und Krisenintervention zusammensetzen (Baudis 2007, S. 78). Für einzelne Patientengruppe und besondere Hilfebedarfe (z.B. psychiatrische Versorgung von Patienten mit Doppeldiagnosen) sind spezifische Leitfäden zu erarbeiten.

Kooperation wird jedoch behindert durch die Segmentierung von Leistungsstrukturen, die Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger, Konkurrenz zwischen Hilfeanbietern, die Trägheit von Veränderungsprozessen und durch Defizite in der Suchthilfeplanung (Ebenda, S. 52).

Ein besonderes Problem besteht auch in der Finanzierung von Case-Management, da dieses leistungsrechtlich nicht ohne weiteres zuzuordnen ist. Damit erliegt eine Umsetzung von Case Management gerade dem Problem, zu dessen Lösung es ersonnen wurde. Neben der Frage der Finanzierung ist auch die der organisatorischen Anbindung weitgehend ungeklärt. Vorgeschlagen wird z.B. die Anbindung an die ambulanten Suchtberatungsstellen, die öffentlichen Gesundheitsämter oder die Servicestellen nach §§ 22 ff SGB IX. Für jede dieser Optionen lassen sich plausible Argumente, aber auch Gegenargumente finden.

Eine Zuständigkeit der Gesundheitsämter lässt sich im Bundesland Hessen ableiten aus dem Hessischen Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst, das den sozialpsychiatrischen Diensten die Aufgabe der Beratung und Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zuschreibt, wozu auch die Vermittlung in weitergehende spezifische Hilfen gehört (§ 7 Abs. 3 HGöGD). Eine Anbindung an die Sozialpsychiatrischen Dienste würde auch den Kompetenzen Rechnung tragen, die diese vielfach im Bereich der Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe erworben haben.

Eine Anbindung von Case Management an die Gemeinsamen Servicestellen entspricht deren Auftrag nach § 22 SGB IX, der insbesondere die umfassende und trägerübergreifende Information über rechtliche Voraussetzungen, Hilfe bei der Bedarfsklärung, Klärung von Zuständigkeiten, Einbeziehung zuständiger Reha-Träger, Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren zuständigen Reha-Trägern und Beteiligten, sowie die unterstützende Begleitung bis zur Entscheidungsfindung umfasst. Allerdings hatten die Allgemeinen Servicestellen in der Vergangenheit Schwierigkeiten, die in sie gesetzten Erwartungen zu erfüllen und werden von vielen Betroffenen nicht als Beratungsinstanz wahrgenommen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2011). Da sie in der Regel durch Träger der Kranken- oder Rentenversicherung betrieben werden, bündeln sie im Wesentlichen Verwaltungskompetenzen. Außerdem ist ihr Auftrag sehr allgemein gefasst, da er sich auf alle Rehabilitationsleistungen bezieht. Die Ausbildung einer spezifischen Kompetenz zur Beratung und Begleitung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen würde hier erhebliche Anstrengungen erfordern.

Für eine Anbindung von Case Management an die ambulante Suchtberatung spricht sich Karl Lesehr aus (Lesehr 2007). Lesehr sieht diese im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge in einem umfassenden Dienstleistungsauftrag eingebunden, der nicht durch die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen beendet sei. Die besondere Lebenswelt- und Beziehungskompetenz der ambulanten Suchtberatung prädestiniert diese aus seiner Sicht für eine prozessübergreifende Begleitung.

Grundsätzlich würde aber eine Implementierung von Case Management in jedem Fall zusätzliche Ressourcen erfordern, da diese Leistung im bisherigen Hilfesystem nicht vorgesehen ist.

3.3 Kritik an Verbundsystemen

Es finden sich aber auch Positionen, die hinterfragen, inwieweit feste Verbundstrukturen und eine Prozesssteuerung durch Case Management wirklich erforderlich und in welcher Form sie sinnvoll sind. Karl Lesehr, Suchtreferent im Diakonischen Werk Württemberg, weist darauf hin, dass die traditionelle ambulante Suchthilfe seit jeher auch unabhängig von einer leistungsrechtlichen Anerkennung und Finanzierung eine Fallverantwortung für sich reklamiert und wahrnimmt (Lesehr 2007, S. 122). Lesehr betont den wesentlichen Unterschied einer im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge finanzierten und durch eine lebensweltlich fundierte sozialarbeiterische Professionalität gekennzeichneten ambulanten Suchthilfe und spezifischen Therapie- und Rehabilitationsleistungen mit einem hohen Grad an Standardisierung und generellen Leistungszielen. Wesentliches Merkmal einer ambulanten Suchthilfe ist aus Sicht von Lesehr eine grundsätzliche Offenheit in Zielformulierung und Leistungsgestaltung, die auf Basis professioneller Fachlichkeit im Einzelfall zu einer individuellen Ausformung von Hilfeleistungen führt. Dies sei auch der Ambivalenz der Klienten geschuldet, die eine Festlegung langfristiger Ziele erschwere und eine offene Kontraktgestaltung erfordere (ebenda S. 126). Eine verbindliche Absicherung formaler Prozessqualität innerhalb von Verbundstrukturen ist daher aus seiner Sicht schwer möglich. Insbesondere sieht er die Gefahr einer Aufhebung der fachlichen Unterschiede in den unterschiedlichen Hilfekonzepten unter der Leitvorstellung medizinischer Behandlungspfade (ebenda S. 130).

Lesehr betont besonders die Beziehungsabhängigkeit der ambulanten Suchthilfe, die auch bei einer arbeitsteiligen Gestaltung der Unterstützung gewahrt werden müsse und die eine einfache Verweisung an andere Personen und Dienste schwierig erscheinen lässt. Die Kompetenz zur Beziehungsgestaltung ist nach seiner Auffassung eng verbunden mit einem therapeutisch orientierten Grundwissen zu Abhängigkeitserkrankungen, Konfliktfähigkeit, Alltagskompetenz und der Fähigkeit zur Erschließung von Entwicklungsressourcen bei den Betroffenen. Die Zielentwicklung ist als ein flexibler und langfristiger Prozess auf der Basis einer tragfähigen Beziehung zu begreifen.

Urbaniak betont die Gefahr, dass der mit der Entwicklung von Verbundstrukturen verbundene organisatorische Aufwand deren Nutzen übersteigt (Urbaniak 2007 S. 158). Insbesondere wenn die Entwicklung personenbezogener Versorgungszusammenhänge

über Qualitätsmanagementsysteme erfolge, wächst aus seiner Sicht das Risiko eines Ressourcenmangels zulasten der unmittelbaren Klientenarbeit.

Die Betonung des Beziehungsaspekts, der sozialarbeiterischen Kompetenz und die Skepsis gegenüber einer stärkeren Standardisierung von Hilfeprozessen durch engere Absprachen zwischen den Hilfeinstanzen und Befürchtungen hinsichtlich einer wachsende Bürokratisierung durch Verbundsysteme spiegeln sich auch in den im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Experteninterviews wider.

3.4 Bedarfe spezieller Zielgruppen

Thema der vorliegenden Studie sind auch besondere Zielgruppen der Suchthilfe und ihre Berücksichtigung im Hilfesystem.

3.4.1 Migranten

Der Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund beträgt in Deutschland ca. 20% (Stand 2014, Bundesamt für Statistik). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert keine Hinweise auf eine strukturelle Benachteiligung von Migranten im Gesundheitssystem. Allerdings lassen sich migrationsspezifische Belastungen feststellen, die sich vermittelt auch auf Gesundheitsaspekte auswirken. Dazu sind z.B. das Bildungsniveau und ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schlechterer sozioökonomischer Status zu zählen. Der Zugang zum Gesundheitssystem gestaltet sich für Migranten schwierig, insbesondere aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren. Daher sind Migranten in vielen Einrichtungen des Gesundheitssystems unterrepräsentiert (Robert-Koch-Institut 2008, S. 54 ff.).

Hinsichtlich der Häufigkeit von Abhängigkeitsstörungen ergibt die Analyse der epidemiologischen Daten ein uneinheitliches Bild. Es ergeben sich keine Hinweise auf eine grundsätzlich höhere suchtspezifischere Morbidität von Menschen mit Migrationshintergrund, die Daten differieren stark je nach ethnischen und kulturellen Hintergrund, dem jeweiligen Integrationsgrad und weiteren Faktoren (ebenda). Klarere Erkenntnisse gewinnt man bei Betrachtung der Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Hilfesystem. In einem zielgruppenspezifischen Kurzbericht zur Deutschen Suchthilfestatistik[2] 2011 stellt das Institut für Therapieforschung München u.a. folgende Merkmale von Nutzern mit Migrationshintergrund[3] fest:

- Eine im Vergleich zur Gesamtgruppe noch stärkere zahlenmäßigere Dominanz männlicher Klienten (83% vs. 75% in der Gesamtgruppe)

[2] Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) dokumentiert und in anonymisierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt. Für die Jahresauswertung 2011 wurden Daten aus 778 ambulanten und 166 stationären Einrichtungen ausgewertet (vgl. Institut für Therapieforschung 2012, S. 2).

[3] Migrationshintergrund liegt vor, wenn der/die Klient/-in entweder selbst migriert ist oder als Kind von Migranten geboren wurde.

- Ein um durchschnittlich vier Jahre jüngeres Zugangsalter
- Im Bereich der stationären Suchthilfe einen vergleichsweise stärkeren Zugang aus dem Bereich JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung (8% vs. 4%), für den Bereich der ambulanten Rehabilitation ein vergleichsweiterer stärkerer Anteil von Klienten, die über die Justizbehörden oder die Bewährungshilfe in die Einrichtungen vermittelt wurde (11% vs. 7%)
- Ein relativ schlechteres Bildungsniveau, was sich u.a. in einem höheren Anteil von Klienten ohne Schulabschluss widerspiegelt (in der ambulanten Versorgung: 15% vs. 9% bei der Gesamtgruppe)
- Ein im Vergleich schlechteres Ausbildungsniveau (50% ohne Berufsausbildung vs. 33% in der Gesamtgruppe)
- Ein – besonders im stationären Bereich noch höheren Anteil erwerbsloserer Menschen als in der Gesamtgruppe (73% vs. 65%).

Auffällig sind auch Abweichungen hinsichtlich der Suchtmittel. So zeigen sich bei Klienten mit Migrationshintergrund ein im Vergleich zur Gesamtgruppe der Rehabilitanden geringerer Anteil von Alkohol als hauptsächlich konsumierter Substanz und ein relativ höherer Anteil von Opioiden.

Auch hinsichtlich der Beendigung der stationären Rehabilitation zeigen sich Unterschiede: 72% der Klienten mit Migrationshintergrund beenden die Reha planmäßig im Vergleich zu 79% der Gesamtgruppe. Das heißt, die Chancen, Rehabilitationsbehandlungen erfolgreich abzuschließen, sind für Klienten mit Migrationshintergrund geringer.

Im Ergebnis spiegelt der zielgruppenspezifische Bericht der Deutschen Suchthilfestatistik die besonderen Zugangsschwierigkeiten und die schlechteren Ausgangsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe wider.

Hinsichtlich der Antworten des Hilfesystems zeigt sich eine Tendenz zur transkulturellen Öffnung der Angebote und zu der Auffassung von kultureller Öffnung als Querschnittsaufgabe.

Im Rahmen der von 2009 bis 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Förderinitiative „transVer“ (Transkulturelle Versorgung von Suchtkranken) wurden verschiedene Ansätze erprobt, die darauf zielen, Zugangsbarrieren von Migranten in das Suchthilfesystem abzubauen, Betroffene mit Migrationshintergrund besser zu erreichen und ihnen zielgruppengerechtere Hilfen anzubieten. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Gesellschaft Forschung und Beratung (FOGS) in Köln wurde eine Handreichung entwickelt, die praktische Erfahrungen aus den Modellprojekten in Handlungsempfehlungen für die Suchthilfe überführt (Schu u.a. 2013). Wesentliche Empfehlungen sind:

- Ein Abbau von Zugangsbarrieren bei Suchthilfeeinrichtungen und Betroffenen mit Migrationshintergrund durch eine transkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Dienste
- Ein Begreifen von transkultureller Öffnung als Managementaufgabe
- Eine Angebotsentwicklung auf Basis regionaler Bedarfsanalysen
- Die Kooperation mit Migrantenorganisationen und Vernetzung mit von Migranten genutzten Hilfesystemen
- Die Entwicklung transkultureller Kompetenz durch gezielte Personalentwicklung und die Einbindung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.

Die Sensibilisierung der Leistungsanbieter für das Thema zeigt sich in einer seit etwa 20 Jahren steigenden Zahl von Projekten, Fachveranstaltungen und Publikationen. So initiierte der Deutsche Caritasverband 2012 eine bundesweite schriftliche Befragung seiner Suchthilfeeinrichtungen zur Erfassung der Versorgungssituation von Klienten mit Migrationshintergrund und dem Grad der interkulturellen Öffnung der Hilfeangebote. Als wesentliche Zugangsbarrieren wurden hier insbesondere Sprachprobleme und – mit einigem Abstand in der Bedeutung – eine mangelnde kulturelle Sensibilität der Einrichtungen ermittelt. Eine im Rahmen der Auswertung erstellt Handreichung empfiehlt insbesondere die Entwicklung muttersprachlicher Angebote bzw. den Einsatz von Dolmetschern und qualifizierten Integrationsmittlern sowie die Bereitstellung von muttersprachlichem Informationsmaterial, insbesondere auch im Internet. Regional kann auch die Förderung muttersprachlicher Selbsthilfestrukturen den Abbau von Zugangsbarrieren erleichtern (Deutscher Caritasverband 2014).

3.4.2 Sucht im Alter

Die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften herausgegebene S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbedingter Störungen“ beschreibt in einem eigenen Unterkapitel den besonderen Bedarf älterer Menschen (AWMF 2015, S. 272 ff.). Der Personenkreis „ältere Menschen“ wird in der Forschung uneinheitlich definiert, die Leitlinie versteht darunter Menschen ab einem Lebensalter von 65 Jahren (ebenda, S. 275). Angesichts der demografischen Entwicklung ist der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu Fragen der Epidemiologie und zu spezifischen Bedarfen dieser Gruppe überraschend gering. Bei auf die Allgemeinbevölkerung ausgerichteten kontrollierten Studien wird diese Altersgruppe i.d.R. aus forschungsmethodischen Gründen explizit ausgeschlossen. Speziell für Deutschland konstatiert die S3-Leitlinie ein erhebliches Defizit an gesichertem Wissen über Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen bei älteren Menschen (ebenda S. 290). Internationale Studien weisen darauf hin, dass vorhandene alkoholbezogene Störungen bei älteren Personen seltener erkannt werden und eine Vermittlung in Behandlung seltener erfolgt (ebenda, s. 275). Erwartungsgemäß haben Ältere Menschen mit alkoholbedingten Störungen eine relativ höhere Wahrscheinlichkeit für somatische und seelische Komorbidität (inkl. Demenz). Daraus ergeben sich auch spezifische Risiken durch die Wechselwirkung von Alkohol und eingenom-

menen Arzneimitteln. Ältere Menschen sind aufgrund altersbedingter Stoffwechselveränderungen, der stärkeren Empfindlichkeit des Gehirns für giftige Substanzen und des geringeren Wassergehaltes des Körpers stärker gesundheitlich gefährdet als jüngere Betroffene (ebenda S. 276). Auch das Sturzrisiko ist bei Alkoholkonsum erhöht.

Verbreitet ist eine Unterscheidung der Zielgruppe nach Störungsbeginn. Einem Beginn der Störung in jungem Alter („Early-Onset") wird eine späterer Störungsbeginn im hohen Alter („late-onset") gegenüber gestellt, wobei letzterem ein bessere Diagnose zugeschrieben wird. Eine differenzierte Empfehlung bzgl. Therapiesetting bzw. Behandlungsmethode geben die Leitlinien für die beiden Gruppen jedoch nicht.

Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe ermittelten einen Anteil von 14% der Nutzer, der an substanzbezogenen Störungen litt, wobei bei Männern und jüngeren Patienten eher alkoholbezogene Störungen, bei Frauen und älteren Patienten eher medikamentenbezogene Störungen beobachtet wurden (ebenda S. 277). Die Leitlinie weist darauf hin, dass insbesondere pflegedürftige Menschen weitgehend aus dem Regelangebot der Suchthilfe ausgeschlossen sind und konstatiert hier eine erhebliche Versorgungslücke (ebenda, S. 279).

Evidenzbasierte Empfehlungen für zielgruppenspezifische Interventionen für ältere Menschen mit alkoholbedingten Störungen sind aufgrund der schlechten Forschungslage kaum möglich. Gleichwohl ergeben sich aus dem Stand der Forschung Hinweise, die allerdings nicht durchweg dem Anspruch der Evidenzbasierung genügen:

- Auch älteren Menschen sollte eine Behandlung alkoholbedingter Störungen angeboten und zugänglich gemacht werden.
- Wirksam sind Kurzinterventionen (Dauer bis 60 Minuten bei bis zu 5 Sitzungen) zur Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme in Form von personalisiertem Feedback, persönlicher Zielfindung und konkreten Ratschlägen, z.B. in der primärärztlichen Versorgung (ebenda S. 43 ff.).
- Eine Berücksichtigung der relativ häufigen somatischen und psychischen Komorbidität sollte erfolgen.
- Empfohlen wird eine altersspezifische Anpassung der Behandlung, z.T. durch die Einbeziehung alterstypischer Lebenserfahrungen, eine weniger konfrontative therapeutische Haltung und Angebote einer Tages- und Wochenstruktur.
- Sinnvoll ist der Einsatz von Trainingsverfahren für Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. hauswirtschaftliches Training, Körperpflege, Umgang mit Medikamenten).
- Bei der medikamentengestützten Behandlung sollte eine Berücksichtigung altersspezifischer Besonderheiten aufgrund veränderter Stoffwechselfunktionen erfolgen.

Für die erfolgreiche Bewältigung von Suchtproblemen im Alter ist die Kooperation zwischen Suchthilfe und Altenhilfe wichtig. Hinsichtlich einer sinnvollen Form der Kooperation liegen wenig Erkenntnisse vor. Im Rahmen eines eigenen Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit wurden von 2013 bis 2014 in acht

regionalen Projekten Ansätze für eine Sensibilisierung und Kooperation der Fachkräfte aus beiden Hilfesystemen entwickelt (Reimer 2014). Ergebnis war ein umfassendes Curriculum für eine entsprechende Ausbildung von Mitarbeitern der Altenhilfe und die Entwicklung von Arbeitshilfen wie z.B. eines idealtypischen Hilfeplans für Einrichtungen der Altenhilfe (www.alter-sucht-pflege.de). Die Umsetzung der in den Projekten gewonnen Erkenntnisse in der Regelversorgung erweist sich als schwierig, da der Grad der Vernetzung und die gegebenen personellen und zeitlichen Ressourcen speziell in der Altenhilfe dies kaum ermöglichen (ebenda S. 11). Für die Suchthilfe wird ein Defizit an spezifischen Konzepten für ältere Menschen konstatiert sowie eine zu geringe Bereitschaft, sich auf deren besonderen Bedürfnisse einzustellen (ebenda S. 15). Dies wird auch mit dem Hinweis auf die begrenzten Ressourcen der Suchthilfe erklärt, die sowohl eine Spezialisierung einzelner Mitarbeiter für diese Zielgruppe als auch eine barrierefreie Gestaltung der Hilfeangebote behindern (ebenda S. 20.).

Die schwierigen strukturellen Bedingungen in diesem Bereich sind Gegenstand sozialpolitischer Positionen der Fachverbände. So hat die Diakonie auf Bundesebene bereits 2008 eine Reihe von Forderungen für die Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen formuliert (Decker u.a. 2008), u.a.:

- Einen Ausbau pauschal finanzierter aufsuchender und langfristiger Hilfen im Rahmen der Daseinsvorsorge.
- Die Erweiterung der Indikation für Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V um den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen.
- Die Aufnahme von Abhängigkeitserkrankungen in die Leistungsbeschreibung der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.
- Die Einbeziehung von Einrichtungen der Suchthilfe in Modelle der Integrierten Versorgung nach §§ 140a-d SGB V um medizinisch-therapeutische, rehabilitative und psychosoziale Leistungen zu bündeln.

2015 ist durch die Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Erweiterung der Indikation für Soziotherapie erfolgt, wonach jetzt zumindest in begründeten Einzelfällen und unter bestimmten Bedingungen eine ärztliche Verordnung von Soziotherapie bei abhängigkeitserkrankten Menschen möglich ist (§ 2 Abs. 5 ST-RL; Gemeinsamer Bundesausschuss 2015).

3.4.3 Kinder von suchtkranken Eltern

Die Situation von Familien und Angehörigen suchtkranker Menschen wird bereits seit den 1980er Jahren umfassend in der Fachliteratur thematisiert. Angehörige suchtkranker Menschen bilden eine der Zielgruppen der Fachberatungsstellen und finden sich in Selbsthilfegruppen zusammen. In jüngerer Zeit werden im Fachdiskurs besonders die spezifischen Belastungen der Kinder suchtkranker Eltern und Möglichkeiten ihrer Unterstützung diskutiert (Klein 2008). In Deutschland ist von einer Zahl von 2,65 Millionen Kinder auszugehen, die in Familien mit Akohol missbrauchenden oder –abhängigen Eltern leben. Im Bereich illegaler Drogen wird von 30.000 - 40.000 be-

troffenen Kindern ausgegangen. Hinreichend empirisch belegt ist die bis zu sechsfach höhere Prävalenz der betroffenen Kinder, im weiteren Lebenslauf selbst an einer Abhängigkeitsstörung zu erkranken. Damit bilden sie die größte Risikogruppe für eine Abhängigkeitsstörung (Arenz-Greiving u. Kober 2007). Auch die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung an anderen psychischen Störungen ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Kausal spielen hier genetische Faktoren, Auswirkungen der Abhängigkeitsstörung auf das elterliche Verhalten und deren Sorgefunktion, eine veränderte Rollenverteilung in der Familie (Parentifizierung) und rigide Familiengrenzen mit Kommunikationstabus eine Rolle (ebd.). Diese als „Transmission" bezeichneten Phänomene werden durch pathogene und protektive Faktoren negativ und positiv beeinflusst. Dieser Umstand bildet den Ansatz für Maßnahmen der Prävention bzw. Frühintervention in der Zielgruppe, die seit einiger Zeit unter dem Leitbegriff der „Resilienz" diskutiert werden. Resilienz bezeichnet eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität, die eine positive Entwicklung der betroffenen Kinder trotz widriger Umweltbedingungen erklärbar macht und insbesondere mit einer im Vergleich höheren Selbstwirksamkeitserwartung einher geht (Petermann 1997, Wolin u. Wolin 1995).

Präventive familienbezogene Maßnahmen sollten möglichst früh einsetzen und auf einer umfassenden Risiko- und Ressourcenanalyse aufbauen (Klein 2008). Ein solches ausgearbeitetes, flächendeckendes Präventionsangebot existiert bisher nicht (Arenz-Greiving u. Kober 2007, S. 2). Besondere Angebote für Kinder suchtkranker Eltern gibt es seit längerem im Bereich der Selbsthilfe. Im professionellen Bereich dominieren projektfinanzierte Angebote mit unterschiedlicher konzeptioneller Grundlage, die vor allem im ambulanten, selten auch im stationären Sektor angesiedelt sind.

Nicht befriedigend geklärt ist die Frage der Zuständigkeit im Verhältnis zwischen Sucht- und Jugendhilfe. Hier besteht noch erheblicher Optimierungsbedarf. Hilfesystematisch lässt sich das Thema beiden Systemen zuordnen.

Auch die Frage nach der Wirksamkeit präventiver Angebote ist derzeit kaum zu beantworten. In einem Review im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, das 50 Präventionsprojekte und Kooperationsmodelle zwischen Sucht- und Jugendhilfe einbezieht konstatieren Arenz-Greiving und Kober einen eklatanten Mangel an Informationen über die Wirksamkeit der Maßnahmen (ebenda). Mittlerweile liegt jedoch mit dem „Trampolin"-Modell ein wissenschaftlich evaluierter Ansatz vor, dessen Effektivität in einer Kontrollgruppenstudie empirisch belegt werden konnte (Bröning u.a. 2012).

3.4.4 Suchtkranke Erwerbslose im Bereich des SGB II: Fragen der Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchthilfe

Arbeitslosigkeit und Suchterkrankungen sind Phänomene, die häufig gemeinsam auftreten. So sind unter Arbeitslosen Suchtprobleme deutlich stärker verbreitet als unter Erwerbstätigen. Nach internationalen Studien ist die Prävalenz von Suchtproblemen (Missbrauch/schädlicher Konsum und Abhängigkeit) nach ICD-10/DSM-IV) für Ar-

beitslose etwa um den Faktor 2 bis 4 erhöht (Henkel 2008). Hauptgründe für die erhöhte Prävalenz sind zum einen selektive Effekte. So erhöhen Suchterkrankungen für die Betroffenen das Risiko, arbeitslos zu werden bzw. zu bleiben. Außerdem stammen Arbeitslose häufiger als Erwerbstätige aus unteren Bildungs- und Qualifikationsschichten, die an sich bereits hohe Suchtprävalenzen aufweisen. Zum anderen begünstigt Arbeitslosigkeit das Entstehen bzw. die Verschlimmerung von Suchtproblemen (ebd.). Dabei sind die vielfältig nachgewiesenen psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit wie eine Verminderung des Selbstwertgefühls, der Verlust sozialer Kontakte, der Verlust von Tagesstruktur und die Ausbildung einer depressiven Symptomatik von maßgeblicher Bedeutung.

In der ambulanten und stationären Suchtbehandlung hat der Anteil der arbeitslosen Klienten seit 1975 massiv zugenommen, und zwar viel stärker als es dem Anstieg der Arbeitslosigkeit in der Gesamtbevölkerung entspricht (ebd.). Nach der Deutschen Suchthilfestatistik betrug im Jahr 2014 der Anteil der arbeitslosen alkoholabhängigen Klienten in der ambulanten Rehabilitation 34,1% und in der stationären Rehabilitation 43,3%. Die allgemeine Arbeitslosenrate betrug 5% (Institut für Therapieforschung 2015). Die am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffene Gruppe von Suchtkranken sind die Opiatabhängigen. Hier betrug im Jahr 2014 die Arbeitslosenrate der Klienten im ambulanten Bereich 58,6%, im stationären Bereich 65,8%.

Dabei dominiert die Langzeitarbeitslosigkeit: 28,4% (ambulant) und 33,7% der alkoholabhängigen Klienten der Suchthilfe beziehen ALG II, sind also bereits länger als ein Jahr arbeitslos. Dies ist insofern problematisch, als Arbeitslosigkeit die Chance zur Überwindung der Suchtprobleme und damit auch den Rehabilitationserfolg massiv beeinträchtigt.

Angesichts dieser Zahlen kommt dem Zusammenwirken zwischen Suchthilfe und den Trägern der Grundsicherung nach dem SGB II eine besondere Bedeutung zu. Für letztere sind Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ein schwieriges Klientel. In einer bundesweiten Befragung gaben knapp 86% der Grundsicherungsstellen an, dass eine Erwerbsintegration suchtkranker Kunden nur in Ausnahmefällen gelingt (Henke u.a. 2009, S. 135). Das hat auch damit zu tun, dass die Betroffenen häufig außer der Abhängigkeitserkrankung auch eine Reihe von weiteren Problemen aufweisen, die als Vermittlungshemmnis wirken. Als wichtigste Schwierigkeiten sind hier zu nennen: Ein niedriges Bildungs- und Qualifikationsniveau, Verschuldung, unwirtschaftliches Verhalten, Probleme mit sozialen Beziehungen, fehlende Alltagsroutinen und weitere gesundheitliche Probleme (ebd., S. 60). Die Häufigkeit der genannten Schwierigkeiten weist darauf hin, dass eine massive Bündelung von Problemen bei diesen Menschen die Regel darstellt.

Ein wesentliches Problem der Grundsicherungsstellen sind die personellen und zeitlichen Ressourcen der Persönlichen Ansprechpartner und Fallmanager, die sich regional stark unterscheiden. § 44c SGB II sieht für die Vermittlung unter 25jähriger Klienten eine Relation von 1:75 und für die älteren Kunden ein Verhältnis von 1:150 vor. Ange-

sichts dieser Personalrelationen sind die Grundsicherungsstellen nicht in der Lage, massive soziale Schwierigkeiten selbst zu bearbeiten.

Nach § 16a SGB II besteht für den SGB II-Träger die Möglichkeit, im Rahmen der Betreuung und Unterstützung u.a. auch eine Suchtberatung zu vermitteln. Dazu können und sollen SGB-II-Träger mit regionalen Suchthilfeeinrichtungen Kooperationen eingehen. § 17 sieht die Möglichkeit des Abschlusses spezieller Leistungs-, Vergütungs- und Qualitätsvereinbarungen vor. Im Rahmen der o.g. Studie von Henke u.a. wurden bundesweit Formen der Betreuung und Förderung suchtkranker Menschen im SGB II untersucht, Art und Grad der Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen ermittelt und Kriterien für eine gute Praxis formuliert (ebd.).

Im Untersuchungszeitraum hatten 55% von 316 Grundsicherungsstellen eine geregelte Kooperation mit der Suchthilfe. Ca. 20% hatten eine explizite Kooperationsvereinbarung, nur 4% eine Leistungsvereinbarung nach § 17 SGB II (ebd. S. 35). Etwa die Hälfte der Grundsicherungsstellen berichtete von spezifischen personellen Zuständigkeitsregelungen. Eine spezifische Abklärung des Bedarfs nach suchtspezifischen Hilfen hatten nur 8% vorgenommen. Ca. 60% hatten bereits Schulungen ihrer Mitarbeiter zu suchtspezifischen Themen durchgeführt, 29,4% berichteten von entsprechenden Planungen. Lediglich 5% gaben an, dass die bereits durchgeführten Fortbildungen ausreichten. Der Schulungsgrad der Grundsicherungsstellen, die geregelte Kooperationsbeziehungen mit der Suchthilfe unterhielten, war im Vergleich wesentlich höher (ca. 70 vs. 46%; ebd. S. 19).

Gegenstand der Schulungen waren u.a. Themen wie das Erkennen von Abhängigkeitsstörungen, das Ansprechen der Suchtprobleme gegenüber den Betroffenen, Ziele und Methoden der Suchtberatung und –behandlung sowie die Bedeutung von Suchterkrankungen für Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen. Eine Supervision oder kollegiale Fallberatung für Mitarbeiter, die suchtkranke Kunden betreuen wird nur in etwa der Hälfte der Grundsicherungsstellen angeboten (ebd. S. 21). Verbindliche Regelungen, Arbeitshilfen oder Empfehlungen für den Umgang mit suchtkranken Kunden hatten etwa 20% der Grundsicherungsstellen (ebd. S. 23). Wenn vorhanden, bezogen sich diese meist auf die Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe, Fragen der suchtspezifischen Beratung, dem Umgang mit Sanktionen und der Feststellung der Erwerbsfähigkeit. So gut wie alle SGB-II-Träger pflegen Formen der institutionellen Vernetzung für die Verständigung mit dem örtlichen System der Suchthilfe (ebd. S. 32).

In der Studie von Henke u.a. wurden auch die Beratungsstellen befragt, die eine Kooperation mit den SGB-II-Trägern eingegangen waren. Eine wesentliche Frage in der Kooperation ist die Weitergabe von Informationen über den Beratungsverlauf an die Grundsicherungsstellen, die nur unter der Voraussetzung einer freiwilligen Schweigepflichtsentbindung (vgl. § 67ff. SGB X, vgl. auch § 203 StGB) möglich ist. Ausmaß und Art der weitergebenen Daten waren zum Zeitpunkt der Untersuchung sehr unterschiedlich. Etwa zwei Drittel der kooperierenden Beratungsstellen hatte sich zur Weitergabe personenbezogener Informationen über den Betreuungsverlauf (z.B. Einhaltung der Termine, Ergebnis der Beratung, Dauer der Beratung) verpflichtet (ebd. S. 40).

Bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erfolgte nur in etwa der Hälfte der Fälle ein Informationsaustausch zwischen Rehabilitationseinrichtung und Grundsicherungsstelle bezüglich der im Rahmen der Rehabilitation durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen (ebd. S. 109).

Nur etwa 28% der Suchtberatungsstellen erhielten für die Beratung der vom Grundsicherungsträger vermittelten Klienten eine gesonderte Vergütung. Die übrigen erbrachten die Leistung im Rahmen ihres Standardbudgets.

Der Erfolg der Kooperationen ist differenziert zu beurteilen. Einerseits konnten die Beratungseinrichtungen keinen nennenswerten Anstieg von Klienten aus dem SGB-II-Bereich verzeichnen. Gesicherte Zahlen über vermittelte Klienten wurden auch bei den Grundsicherungsstellen nur teilweise erhoben, vor allem dann, wenn Kooperationsbeziehungen zu Suchthilfeeinrichtungen bestanden. Von diesen Einrichtungen wurden im Mittel ca. 100 Kunden im Bezugsjahr an die Suchthilfe vermittelt, bei einer erheblichen Schwankungsbreite (Standardabweichung über 80% vom arithmetischen Mittel). Von den vermittelten Personen nahmen im Durchschnitt ca. 80% die Beratung in Anspruch. Durchschnittlich 30% dieser Klienten brachen die Hilfe vorzeitig ab (ebd. S. 56).

Die von den befragten Suchtberatungsstellen zurückgemeldeten Zahlen lagen weit unter diesen Werten. Über die Hälfte der Beratungsstellen schätzte den Zugang über die Vermittlung der Grundsicherungsstellen auf bis zu 20 Klienten im Jahr.

Ca. 70% der erfassten Beratungsstellen berichteten, dass durch die Kooperation Personen erreicht wurden, die sonst nicht den Zugang zum Hilfesystem gefunden hätten (ebd. S. 42). Diese unterschieden sich von den nicht über die Grundsicherungsstellen vermittelten Klienten im SGB II-Bezug durch eine ausgeprägtere Chronifizierung der Suchterkrankung, mehr Komorbiditätsprobleme und eine schlechtere Veränderungsmotivation (ebd. S. 62).

Die bevorzugte Vermittlung besonders belasteter Klienten ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Fachkräfte in den Grundsicherungsstellen meist dann eine Suchtproblematik ansprachen, wenn es für diese konkrete Anhaltspunkte gab (ebd. S. 66). Eine routinehafte Befragung, etwa bei der Erstantragstellung, wurde nur in wenigen Grundsicherungsstellen praktiziert. Bei Hinweisen auf Suchtprobleme wurden diese nach den Angaben aus der Befragung überwiegend offensiv gegenüber den Klienten zur Sprache gebracht. In etwa 50% dieser Fälle erfolgte eine Einschaltung des ärztlichen Dienstes zur Problemeinschätzung oder Überprüfung der Erwerbsfähigkeit (ebd. S. 68). Eine Vermittlung an die Suchthilfe erfolgte insbesondere bei einer Bedarfsanzeige durch die Kunden oder bei Einschätzung der Mitarbeiter, dass die Sucht ein Vermittlungshemmnis darstellt.

Hinsichtlich der Einbeziehung von Ergebnissen einer suchtbezogenen Beratung in die Eingliederungsvereinbarungen nach § 15 SGB II verfahren die Grundsicherungsstellen uneinheitlich. Eine Vermittlung an Suchtberatungsstellen wird allerdings fast immer in der Vereinbarung festgehalten. Etwa die Hälfte der Grundsicherungsstellen berück-

sichtigt die fachliche Expertise der Suchthilfeeinrichtungen in der Eingliederungsvereinbarung (ebd. S. 76).

Hatte eine Eingliederungsvereinbarung den Besuch einer Suchtberatungsstelle zum Inhalt, so wurde ein Verstoß von etwa einem Drittel der SGB-II-Träger regelhaft sanktioniert. Die Sanktionierbarkeit von Fehlverhalten bei Personen mit Suchterkrankungen wird allerdings von über der Hälfte der Grundsicherungsstellen nicht als Erfolgsfaktor angesehen (ebd. S. 81). Ihr haftet ohnehin eine gewisse Paradoxie an, da eine eingeschränkte Fähigkeit zur Steuerung des eigenen Verhaltens für Abhängigkeitsstörungen kennzeichnend ist. Die Fachverbände der Suchthilfe beurteilen eine sanktionierende Praxis im SGB II zur Förderung einer Beratungsmotivation kritisch (Lesehr 2008). Die Frage ist auch, ob eine vorliegende Suchterkrankung nicht als „wichtiger Grund" nach § 31 Abs. 1 SGB II anzusehen ist, der es verbietet, von einer Pflichtverletzung des Kunden zu sprechen.

Angesichts einer geschätzten Suchtgefährdungsrate von 25% bei ALG-II-Beziehern (Indikator: Riskanter Alkoholkonsum gemäß dem AUDIT-Testverfahren, Pockrand u.a. 2007 nach Henke u.a. 2009, S. 172) erscheinen die erhobenen Vermittlungszahlen als sehr gering. Daher kommen die Autoren der Studie zu der Auffassung, dass der § 16a kaum als sekundärpräventives Instrument dienen kann, um Abhängigkeitserkrankungen und Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden (Henke u.a. 2009, S. 86).

Als ein Ergebnis ihrer Studie formulierten Henke u.a. für die Grundsicherungsstellen eine Reihe von Kriterien guter Praxis, die für die Gestaltung der Kooperation mit der Suchthilfe herangezogen werden können:

- Ausreichende personelle Ressourcen, um bedarfsgerecht auf den Einzelfall eingehen zu können
- Unterstützung der mit Suchtproblemen befassten Mitarbeiter durch suchtspezifische Qualifizierung, Supervision und kollegiale Fallberatung
- Eine Ermittlung der regionalen Bedarfe in Kooperation mit der Suchthilfe
- Die Entwicklung spezifischer Fachkonzepte für die Betreuung und Integration von Menschen mit Suchterkrankungen und deren Weiterentwicklung durch koordinierende Fachkräfte
- Eine enge, am besten vertraglich geregelte Kooperation mit der Suchthilfe
- Die Mitwirkung in regionalen Suchtnetzwerken
- Ein breites Indikationsspektrum für die Vermittlung von Klienten an die Suchtberatung
- Eine frühe Einbeziehung der Suchtberatung in die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung
- Die Sicherung möglichst nahtloser Übergänge zwischen Grundsicherungsstelle, Suchtberatung und Einrichtungen der Suchtrehabilitation
- Eine engere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation
- Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischen Kompetenzen

- Sorgfältige Klärung und Beachtung von Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen (ebd. S. 152f.)

Ein wichtiges Instrument zur Förderung einer Integration suchtkranker Menschen in den Arbeitsmarkt bestand in der Vergangenheit in der Vermittlung in Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen. Diese erfolgten meist in der sogen. „Mehraufwandsvariante" (§ 16d SGB II). Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt" – auch als „Instrumentenreform" bezeichnet - wurden die Bedingungen für Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchterkrankungen massiv verschlechtert (Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. 2012), u.a. durch eine massive Reduzierung der Arbeitsgelegenheiten. Damit sind viele Grundsicherungsträger mit der Situation konfrontiert, suchtkranken Kunden nur noch begrenzt Maßnahmen anbieten zu können. Dies ist unbefriedigend, da sich die Rehabilitationschancen für arbeitslose Klienten der medizinischen Rehabilitation im Vergleich zu erwerbstätigen Rehabilitanden wesentlich schlechter darstellen. So haben arbeitslose alkoholabhängige Klienten eine doppelt so hohe Rückfallgefahr (Henkel/Zemlin/Dornbusch 2008).

Die erfolgreiche Eingliederung suchtkranker Menschen in den Arbeitsmarkt und die Ermöglichung von Teilhabe an Arbeit für Betroffene mit chronischen Verläufen ist ein Thema, das über den Geltungsbereich des SGB II und III hinausgeht. In einer kritischen Stellungnahme fordert der Fachverband Drogen und Suchthilfe eine Neuausrichtung der Maßnahmen:

- Eine stärkere Orientierung an den individuellen Bedürfnissen als an standardisierten Maßnahmepaketen
- Eine inklusive Gestaltung der Arbeitsangebote durch Anbindung an Betriebe des 1. Arbeitsmarktes
- Eine stärkere Kooperation zwischen SGB II und SGB-III-Trägern und Suchthilfeeinrichtungen, etwa im Bereich des Profilings
- Einen Ausbau bzw. eine Absicherung von Beschäftigungsinitiativen für Personen ohne Integrationsperspektive in den allgemeinen Arbeitsmarkt (Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. 2012.). Dazu gehören auch Maßnahmen aus dem Bereich der Behindertenhilfe wie Integrationsbetriebe nach § 132 SGB IX.

3.4.5 Komorbidität von Abhängigkeitsstörungen und weiteren psychischen Erkrankungen – Fragen der Kooperation zwischen Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie

Unter Komorbidität wird das gemeinsame Auftreten zweier Störungsbilder verstanden, im vorliegenden Zusammenhang einer Abhängigkeitsstörung und weiterer psychischer Erkrankungen wie z.B. Psychosen, affektiven Störungen, Angsterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Treten zwei Krankheitsbilder gemeinsam auf, wird von Doppeldiagnosen gesprochen (Moggi 2007).

Komorbidität im hier verstandenen Sinne ist kein seltenes Phänomen. Studien zeigen, dass über die Hälfte der Personen mit psychischen Störungen im Lebenslauf auch eine Substanzstörung entwickeln. 15% weisen innerhalb eines Jahres beide Störungsbilder auf (ebd. S. 16). Auf der anderen Seite ist auch eine besondere Häufung von psychischen Störungen bei Menschen mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitsstörungen nachweisbar (Lieb u. Isensee 2007).

Der ätiologische Zusammenhang ist dabei noch nicht abschließend geklärt und kann sich je nach der spezifischen Konstellation von Substanz und Störungsbild unterscheiden. Die unterschiedlichen Erklärungsansätze können in drei Gruppen eingeordnet werden (Moggi 2007; vgl. Tab. 3)

Tab. 3 Erklärungsmodelle komorbider Störungen (nach Moggi 2007, S. 13)

Unidirektionales Kausalmodell	Störung A → Störung B	Bsp.: Affektregulationsmodell – Einnahme von Suchtmitteln zur positiven Beeinflussung negativer Emotionen
Bidirektionales Kausalmodell	Störung A ↔ Störung B	Bsp.: Wechselwirkung von Angststörung und Alkoholmissbrauch
Modell der gemeinsamen Faktoren	Faktor X → Störung A, Faktor X → Störung B	Bsp.: Genetische Faktoren

Es ist davon auszugehen, dass Komorbidität die Therapie und Bewältigung einer Störung oft massiv beeinträchtigt und spezielle Konzepte und Rahmenbedingungen verlangt. Dies wurde in der Vergangenheit u.a. dadurch erschwert, dass sich die Rehabilitationsansätze der Gemeindepsychiatrie und der Suchthilfe in manchen Bereichen geradezu diametral gegenüberstanden (Sadowski u. Niestrat 2010). Während in der Suchthilfe ein auf Eigenmotivation der Klienten und klaren Verhaltenskonsequenzen basierender, z.T. auch konfrontativer Therapiestil dominierte, entwickelte sich speziell in der Psychosebehandlung eine eher permissiv und flexibel auf die Krankheitsphasen orientierte Grundhaltung. Dies führte auch dazu, dass bis in die 1990er Jahre kaum geeignete Therapieangebote bestanden, da die Einrichtungen ihre therapeutische Kultur oft nur durch den Ausschluss der jeweils anderen Symptomgruppe gewährleisten zu können meinten. Dies zeigt sich auch an dem Begriff der „Systemsprenger", der sich z.T. im Fachdiskurs zur Beschreibung von Klienten mit komorbiden Störungsbildern etabliert hat (Niestrat 2010).

Dabei ist nicht davon auszugehen, dass Komorbidität in jedem Fall erkannt wird. Sie kommt vor allem dann in den Blick, wenn sie sich störend im jeweiligen Behandlungs- oder Rehabilitationssetting auswirkt, z.B. wenn massiver Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit zusammen mit einer psychotischen Symptomatik auftritt. Insgesamt gilt Komorbidität als unterdiagnostiziert.

Die schwierige Versorgungssituation hat sich zumindest teilweise verbessert. In den letzten Jahren wurden für die Therapie- und Betreuung komorbider Klienten eine Reihe flexibler und integrierter Konzepte entwickelt und umgesetzt (vgl. Walter u. Gouzoulis-Mayfrank 2014, Sadowksi u. Niestrat 2010, Drake u. Mueser 2007). Diese müssen dem Umstand Rechnung tragen, dass die Lebenssituation der Betroffenen sich häufig im Krankheitsverlauf massiv verschlechtert hat und durch soziale Randständigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und z.T. auch Wohnungslosigkeit gekennzeichnet ist. Daher finden sich auch viele der Betroffene im Bereich der Wohnungslosenhilfe, was u.a. die in München durchgeführte SEEWOLF-Studie bestätigt (Jahn u. Brönner 2014). Eine integrative gemeindenahe Behandlung und Versorgung von Doppeldiagnose-Patienten erfordert daher oft eine flexible Kombination unterschiedlicher Maßnahmen, die sinnvoller Weise durch ein Case-Management koordiniert werden sollte (Drake u. Mueser 2007). Drake und Mueser beschreiben eine Reihe von Merkmalen bedarfsgerechter Angebote für diese Zielgruppe (ebd. S. 199 ff.), die sich speziell auf komorbide Patienten mit sogenannten „schweren psychischen Störungen“ (Schizophrenie, Bipolare Störungen, chronische Depression) beziehen:

- Interventionen zur Stabilisierung der Wohnsituation
- Unterstützung beim Aufbau neuer sozialer Beziehungen und sozialer Fertigkeiten
- Eine integrative Behandlung der psychischen und der substanzbezogenen Störung
- Ein Stufenkonzept der Behandlung, i.d.R. mit separaten Phasen für Beziehungsaufbau, Motivation, aktive Behandlung und Rückfallprävention
- Eine Einbindung der Betroffenen über niedrigschwellige, flexible und aufsuchende Maßnahmen und der Vermittlung praktischer Unterstützung
- Spezifische Methoden einer motivierenden Beratung wie das „Motivational Interviewing“ (Miller u. Rollnick 2005)
- Eine individuelle Kombination unterschiedlicher Maßnahmen z.B. der psychiatrischen Behandlung, Familienintervention, Arbeit und Beschäftigung, Geldverwaltung, Schuldnerberatung etc.

Insgesamt scheinen längere Behandlungszeiträume mit besseren Ergebnissen einherzugehen. Angesichts der komplexen Bedarfslage und der Problembündelung ist davon auszugehen, dass Heilungsprozesse z.T. Monate bis Jahre in Anspruch nehmen können.

3.5 Das Verhältnis von beruflicher Suchthilfe und Selbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe ist ein wesentlicher Pfeiler des Suchthilfesystems und umfasst etwa 4.800 Gruppen mit ca. 120.000 Mitgliedern, die in den fünf großen Selbsthilfeverbänden (Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Kreuzbund, Guttempler in Deutschland) organisiert sind (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2001). Dabei nicht mitgezählt sind die Gruppen der Anonymen Alkoholiker, deren Zahl von der Organisation für das Jahr 2007 mit 2.500 angegeben wurde und Selbsthilfegruppen, die sich bei Wohlfahrtsverbänden wie dem Deutsch Roten Kreuz und der Arbeiterwohlfahrt organisiert ha-

ben. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen gibt die Zahl der lokalen Selbsthilfegruppen in Deutschland mit insgesamt etwa 8.000 an.

Einige der Selbsthilfeverbände können auf eine mehr als 100-jährige Geschichte zurückblicken und sind damit weit älter als das professionelle Hilfesystem. Die Suchtselbsthilfe stellt eine maßgebliche Ressource bürgerschaftlichen Engagements dar, dem auch eine erhebliche volkswirtschaftliche Bedeutung zukommt. Die durch die Selbsthilfe erzielten Einsparungen im Hilfesystem wurden 1996 auf 358 Millionen DM geschätzt (ebd. S. 33).

Die grundlegenden Arbeitsprinzipien der Selbsthilfegruppen sind der Austausch auf Basis der gemeinsam geteilten Erfahrungen, die Freiwilligkeit der Teilnahme, Vertraulichkeit, Anonymität und Gleichbehandlung der Gruppenmitglieder. Die Suchtselbsthilfe versteht sich als ein eigenständiges Unterstützungsangebot, dass Betroffenen in allen Phasen des Sucht- und Behandlungsprozesses zur Verfügung steht. Es gibt auch spezielle Gruppen für Familienangehörige von Suchtkranken; ein Teil der Selbsthilfegruppen bezieht Angehörige auch integrativ mit in die Gruppenarbeit ein.

Die genauen Wirkmechanismen der Suchtselbsthilfe sind empirisch noch wenig geklärt, was auch mit der Schwierigkeit randomisierter Kontrollgruppenstudien in diesem Bereich zusammenhängt. Vermutet wird, dass der Austausch von Erfahrungen, die Vermittlung vom Informationen, die Verbalisierung von Gefühlen und bereits die Möglichkeit der Kommunikation in der Gruppe an sich Effekte des Modelllernens, der Selbstexploration, der emotionalen Unterstützung, sowie der Wissenserweiterung und Aufarbeitung individueller Erfahrungen bewirken, die letztlich zu Verhaltensänderungen, subjektiver Entlastung und der Bildung sozialer Netzwerke beitragen (Borgetto 2013). Untersuchungen bestätigen eine positive Wirkung der Selbsthilfe auf Partnerschaft und familiäre Beziehungen sowie die sozialen Beziehungen der Teilnehmer insgesamt. Förderliche Effekte auf die Bewältigung des Suchtverhaltens konnten auch im Rahmen von Studien nachgewiesen werden (ebd.).

Entsprechend besteht im Fachdiskurs ein allgemeiner Konsens über den Sinn und die positiven Effekte der Selbsthilfearbeit. Auch die S3-Leitlinien für die Alkoholtherapie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) empfehlen die Vermittlung und Unterstützung eines regelmäßigen und langfristigen Besuchs von Selbsthilfegruppen in allen Phasen des Hilfeprozesses und für alle Behandlungssettings als „Klinischen Konsens“, d.h. Merkmal guter klinischer Praxis (AWMF 2015, S. 359).

Im Widerspruch zu diesen positiven Wirkungen stehen krisenhafte Diagnosen zur Zukunft der traditionellen Suchtselbsthilfe, die u.a. zu der Frage führen, ob es sich bei ihr um ein „Auslaufmodell“ handelt (Arenz-Greiving 2001). Diese Krisenwahrnehmung gründet in der Beobachtung, dass die Selbsthilfe weite Teile der Betroffenen nicht erreicht und vorwiegend sozial gut integrierte Männer mittleren Alters aus der Mittelschicht rekrutiert (ebd. S. 80). Junge Menschen und Frauen werden im Verhältnis selten in der Selbsthilfe aktiv. Auch Migranten und Betroffene von Suchtformen außer-

halb des Alkohols werden vergleichsweise wenig erreicht. Der Anteil der Klienten im Suchthilfesystem, der sich einer Selbsthilfegruppe anschließt, wird auf 10-20% geschätzt (Rummel u.a. 2015). Das sind wenig, wenn man die positiven Effekte der Selbsthilfe bedenkt. Die Mitgliederentwicklung scheint insgesamt rückläufig zu sein, z.T. wird auch von einer Überalterung der Gruppen berichtet.

Es finden sich auch Stimmen in der Selbsthilfe (aber auch in der professionellen Suchthilfe), die eine Konkurrenz zwischen professioneller und ehrenamtlicher Suchthilfe beklagen. Das hat z.T. etwas damit zu tun, dass der Ausbau der professionellen Versorgung – etwa im Bereich der Nachsorge –dazu geführt hat, dass der Selbsthilfe „angestammtes Terrain" verloren gegangen ist. Auch fühlen sich die Akteure der Selbsthilfe von den Profis nicht immer auf Augenhöhe behandelt und z.T. eher geduldet als akzeptiert.

Auch die Gruppenkultur und die Fixierung auf die eigene Erfahrung werden gelegentlich kritisiert. Es scheint so, als sei die hervorstechende Eigenschaft und Qualität der Selbsthilfe, der erleichterte Zugang zu suchtkranken Menschen auf Grundlage der eigenen persönlichen Erfahrung, in bestimmten Fällen auch Ursache für die Schwierigkeiten der Gruppen, neue Mitglieder zu gewinnen.

Dabei spielen auch allgemeine gruppendynamische Faktoren eine Rolle, die darin bestehen, dass über einen langen Zeitraum mit einem gleichen Mitgliederbestand arbeitende Gruppen eine spezifische Rollenstruktur und eine besondere Gruppenkultur entwickeln, die im negativen Fall dazu führen können, dass potentiellen neuen Mitgliedern der Zugang erschwert wird.

Auch die Kooperation mit der professionellen Suchthilfe wird z.T. durch die Orientierung an der eigenen Erfahrung erschwert. In der Suchthilfe hat sich insbesondere in den letzten Jahren eine differenzierte Sichtweise bezüglich der Ziele und Methoden in den Hilfen für suchtkranke Menschen durchgesetzt. Dies führt in der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe dann zu Problemen, wenn Selbsthilfevertreter ihre persönlichen Erfahrungen zu sehr verallgemeinern und für andere Perspektiven und Zugangsweisen nicht offen sind.

Ein weiterer Ansatzpunkt von Kritik ist die immer stärkere verbandspolitische Institutionalisierung der Selbsthilfe, der nachgesagt wird, dass sie eine dynamische Anpassung an aktuelle Trends behindere (Arenz-Greiving 2001, S. 81). Nun ist eine sozialpolitische Einflussnahme ohne Verbandsstrukturen nur schwer vorstellbar. Eine entscheidende Frage ist allerdings, ob es der Selbsthilfe gelingt, gemeinsame Interessenlagen unabhängig vom Profilierungsbedürfnis der einzelnen Verbände zu artikulieren und zur Geltung zu bringen.

Diese Situation wird in der Selbsthilfe durchaus selbstkritisch diskutiert und nach Erklärungen und Auswegen gesucht. Im Rahmen einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten bundesweiten Interviewstudie der Universität Hildesheim wurden Möglichkeiten eines leichteren Zugangs und mögliche Verbesserungsmöglichkeiten der Kooperation zwischen Suchthilfe und Selbsthilfe ermittelt (Soellner, Oeberst, Glo-

witz 2012). Interviewpartner waren Vertreter von Selbsthilfegruppen sowie Mitarbeiter aus ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen. Als behindernd für die Kooperation wurde beschrieben:

- Eine zu starke Bindung der Kooperation oder Vermittlung an bestimmte Personen
- Eine unzureichende Transparenz der Erwartungen und Intentionen der Einrichtungen
- Eine wahrgenommene Konkurrenz zwischen Trägerverbänden
- Wenn Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen Kooperation als Belastung erleben
- Das Empfinden von Konkurrenz zwischen Selbsthilfe und Einrichtungen

Als Positivempfehlungen formulierten die Autoren der Studie eine Reihe von Anregungen:

- Eine verbandsübergreifende Kooperation der Selbsthilfe und eine Abstimmung der Angebote
- Ein regelmäßiger Austausch über die regionale Bedarfsentwicklung mit den lokalen Suchthilfeeinrichtungen
- Transparenz hinsichtlich der jeweiligen Gruppenaktivitäten, Gruppenregeln und Erwartungen an neue Mitglieder, um Negativerfahrungen mit Selbsthilfe zu vermeiden
- Eine institutionalisierte und koordinierte Form der Kooperation, z.B. in Form regelmäßiger Arbeitskreise
- Eine maximale Transparenz bei Entscheidungen der Einrichtungen über die Vermittlung von Klienten in die Selbsthilfe
- Die Definition fester Ansprechpartner für die Selbsthilfe in den Einrichtungen
- Eine gesonderte Vergütung der Netzwerkpflege durch die Kostenträger
- Die Finanzierung von Praxisreflexion für die Leiter von Selbsthilfegruppen.

Als konkretes Ergebnis der Hildesheimer Studie wurde eine Arbeitshilfe erarbeitet, die als Grundlage für die Gestaltung der Kooperation zwischen Selbsthilfe und Suchteinrichtungen genutzt werden kann (Rummel u.a. 2015).

Als ein zukunftsweisender Ansatz für die Kooperation zwischen beruflicher Suchthilfe und Selbsthilfe können die Lotsenprojekte bezeichnet werden, die zuerst durch die Landesstelle für Suchtfragen in Brandenburg konzipiert und später in größerem Umfang insbesondere in Thüringen implementiert wurden. Grundgedanke dieser Projekte ist der frühzeitige Einsatz von suchterfahrenen Ehrenamtlichen im Behandlungsprozess, d.h. bereits in der Phase der klinischen Entzugsbehandlung. Die Lotsen halten zu den Betroffenen einen kontinuierlichen Kontakt und begleiten diese über alle Phasen des Rehabilitationsverlaufs. Teil des Konzeptes ist eine frühzeitige Anbindung der Betroffenen an die Selbsthilfestrukturen vor Ort sowie eine überregionale Koordination

und Weiterbildung der Lotsen. Durch die Lotsentätigkeit wird der Phasenübergang im Rehabilitationsprozess erleichtert. Nebeneffekt ist eine bessere Verzahnung von Selbsthilfe und professioneller Suchthilfe sowie ein erleichterter Zugang der Betroffenen in die lokalen Selbsthilfeangebote.

4 Projektergebnisse

4.1 Die Inanspruchnahme der ambulanten Suchtberatung im Landkreis Fulda – Vergleich zwischen Beratungsdokumentation und epidemiologischen Prävalenzschätzungen

Wie viele Menschen im Landkreis Fulda benötigen eine ambulante Suchtberatung? Wie viele Menschen davon werden von den verfügbaren Beratungsangeboten tatsächlich erreicht? Diese Fragen lassen sich grundsätzlich durch einen Vergleich zwischen epidemiologischen Schätzungen über die Häufigkeit problematischen Substanzkonsums und den dokumentierten Zahlen der Suchtberatungsstellen beantworten.

Nach diesem Verfahren wurde auch in einer Studie durch die Katholische Hochschule Mainz für den Landkreis Bergstraße in Südhessen ein Vergleich vorgenommen (Schmid 2012). Daraus ergibt sich die Möglichkeit den Erreichungsgrad beider Landkreise miteinander zu vergleichen. Dieser Vergleich erscheint gerechtfertigt, da sich beide Landkreise hinsichtlich ihrer strukturellen Merkmale (Einwohnerzahl, ländlicher Raum) nicht allzu stark voneinander unterscheiden.

4.1.1 Epidemiologische Quellen

Epidemiologische Studien basieren auf der Befragung von Bevölkerungsstichproben, die auf unterschiedlichem Wege durchgeführt werden. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Referenzwerte von zwei epidemiologischen Studien herangezogen: Der vom Institut für Therapieforschung in München 2012 durchgeführte „Epidemiologische Suchtsurvey“ (ESA; Pabst u.a. 2013, Kraus u.a. 2013) und eine für das Land Hessen durchgeführte und nach Regionen differenzierte Erhebung aus dem Jahr 2007 (Raschke 2008).

Die Schätzungen des Epidemiologischen Suchtsurveys basieren auf einer zufälligen Stichprobe aus den Einwohnermelderegistern, die 9.084 Personen umfasste. Einbezogen wurde die Altersgruppe von 18-64 Jahren. Die Teilnehmer wurden schriftlich, telefonisch oder über das Internet über ihr Konsumverhalten befragt. Für die diagnostische Erfassung problematischer Konsummuster und Abhängigkeitsstörungen wurden die Kriterien des Diagnosemanuals DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association herangezogen, einem in der internationalen Forschung verbreiteten Diagnoseleitfaden. Dabei wurden „Riskanter Konsum“, „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ getrennt erfasst. Für die Zuschreibung eines „Riskanten Alkoholkonsums“ wurden aktuelle Grenzwerte von 12g (Frauen) und 24g (Männer) Reinalkohol/Tag herangezogen.

Der Vorteil des Epidemiologischen Suchtsurveys liegt darin, dass er seit mehreren Jahrzehnten regelmäßig durchgeführt wird und damit für den Untersuchungszeitraum relativ aktuelle Schätzzahlen liefert. Allerdings ist die Aussagekraft bundesweiter Schätzzahlen nur begrenzt, da sich das Konsumverhalten regional z.T. erheblich unterscheidet. Daher wurde für die Schätzung von Häufigkeiten im Landkreis Fulda neben dem ESA auch eine zweite, auf das Land Hessen bezogene Studie des Hamburger Instituts für Interdisziplinäre Sucht und Drogenforschung (ISD) herangezogen, die für das Jahr 2007 nach Regionen differenzierte Schätzwerte liefert (Raschke u.a. 2008).

Die Untersuchung des ISD basiert auf der Befragung von repräsentativen nichtproportionalen Bevölkerungsstichproben aus allen hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten und umfasst 5.600 Personen im Alter von 17-69 Jahren. Die Befragung wurde differenziert nach Regionen vorgenommen, wobei der Landkreis Fulda der Region Nordhessen zugeordnet wurde, die außerdem die Landkreise Hersfeld-Rotenburg, Kassel, Schwalm-Eder-Kreis, Waldeck-Frankenberg, und den Werra-Meißner-Kreis umfasst, insgesamt ein Gebiet mit 719.950 Einwohnern. Die kreisfreien Städte Darmstadt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden wurden in der Untersuchung des ISD zu einer eigenen Grundgesamtheit zusammengefasst. Auch die Metropole Frankfurt wurde gesondert betrachtet.

Die Befragung des ISD wurde mündlich (n=1.022) und telefonisch (n=5.600) durchgeführt. In den mündlichen Interviews wurden die Testverfahren AUDIT (Alkohol; vgl. Anlage 1) und FAGERSTRÖM (Nikotin) zur Erfassung problematischer Konsummuster eingesetzt. Der Grenzwert für risikoarmen Alkoholkonsum wurde noch mit 20g (Frauen) und 30g (Männer) Reinalkohol/Tag angegeben. Die Grenzwerte waren damit also weniger streng als in der ESA-Studie, was auch als eine Ursache für die dort ermittelten wesentlich höheren Schätzwerte angesehen werden kann. Die Altersspanne bei der hessischen Repräsentativbefragung war weiter gefasst.

Der besondere Wert der Repräsentativerhebung Hessen liegt in der Berücksichtigung der regionalen Unterschiede. Leider lag der Zeitpunkt der Erhebung (2007) bei der Durchführung der vorliegenden Untersuchung bereits acht Jahre zurück, was die Interpretierbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

4.1.2 Dokumentationsdaten

Als Daten für die Inanspruchnahme der ambulanten Suchtberatung im Landkreis Fulda wurden zwei Quellen herangezogen: Zum einen die standardisierte Auswertung der hessenweit mit dem System COMBASS (Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen) erhobenen Daten des deutschen und hessischen Kerndatensatzes, das seit ca. 10 Jahren nahezu flächendeckend die Inanspruchnahme der Suchthilfeeinrichtungen in Hessen abbildet. Für das COMBASS-System existiert ein verbindliches Manual; die Erhebung der Daten erfolgt einheitlich mit dem Software-Produkt „HORIZONT“, so dass mittlerweile von einem hohen Grad der Standardisierung ausgegangen werden kann. Das Programm erfasst allerdings keine Einmalkontakte. Für die vorliegende Untersuchung bestand ein Problem darin, dass im relevanten Erhebungs-

zeitraum noch nicht alle Einrichtungen im Landkreis Fulda ihre Beratungen mit dem COMBASS-System dokumentierten. Dabei handelt es sich um die Ärztliche Suchthilfe e.V., die vorrangig für die Substitution opiatabhängiger Personen zuständig ist und die Beratungsstelle des Guttempler Hilfswerkes in Hünfeld, die als ein dezentrales Angebot an die Fachkliniken angegliedert ist.

Zum anderen wurden Zahlen in die Betrachtung einbezogen, die im Landkreis Fulda im Rahmen des regelmäßigen Berichtswesens von den Einrichtungen der Suchthilfe erhoben und an die Verwaltung gemeldet werden. Diese Zahlen schließen alle Beratungsangebote mit ein. Allerdings ist aufgrund der geringeren Standardisierung des Verfahrens von größeren Abweichungen in der Dokumentationspraxis auszugehen, was die Aussagekraft einschränkt. Ein Vorteil ist hingegen, dass durch den Landkreis auch die Zahlen der Klienten ermittelt werden, die durch Vermittlung des Kreisjobcenters die Beratung aufsuchen.

Für beide Dokumentationsquellen wurde das Referenzjahr 2012 herangezogen, um einen möglichst zeitnahen Vergleich mit den epidemiologischen Daten und ein hohes Maß an Aktualität zu gewährleisten. Diese Wahl erwies sich auch deswegen als günstig, weil zur Berechnung der zu schätzenden Häufigkeiten von Substanzstörungen für den Landkreis Fulda die Einwohnerzahl aus dem aktuellen Mikrozensus 2011 herangezogen werden konnte. Diese betrug 133.780 Personen in der Altersspanne von 18 bis 65 Jahren.

Im Unterschied zu den epidemiologischen Studien erfolgt die Zuordnung der problematischen Konsummuster in den beiden hier berücksichtigten Dokumentationssystemen auf Basis der im deutschen Gesundheitssystem üblichen Diagnostik nach dem von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten ICD-10 (International Classifikation of Deseases, vgl. Dilling u.a. 2004).

Ein besonderes Problem resultiert aus den unterschiedlichen Kategorien für die Erfassung des Substanzkonsums. Insbesondere beim Spektrum der illegalen Drogen und beim Medikamentenmissbrauch verwenden sowohl die jeweiligen Epidemiologie-Studien als auch die Dokumentationssysteme der Einrichtungen unterschiedliche Einteilungen. So wurden z.B. in der hessischen Repräsentativstudie die Opiate überhaupt nicht gesondert erfasst. Diese spielen jedoch im Alltag der Beratungsstellen durchaus eine besondere Rolle, der auch die Dokumentationssysteme Rechnung tragen müssen. Um einen Vergleich zwischen zu erwartenden Häufigkeiten und Beratungszahlen zu ermöglichen mussten hier z.T. Werte zusammengefasst werden. Darauf wird an entsprechender Stelle hingewiesen.

4.1.3 Vergleich der epidemiologischen Schätzwerte mit den Beratungszahlen geordnet nach Substanzgruppen

Die Anlage 1 liefert eine Übersicht über die in den epidemiologischen Studien ermittelten Konsumraten, benennt die anhand der Einwohnerzahl des Landkreises Fulda zu erwartenden Häufigkeiten und stellte diese den dokumentierten Beratungszahlen gegenüber. Die obere Hälfte der Tabelle bezieht sich dabei auf die Referenzdaten des

bundesweit durchgeführten Epidemiologischen Suchtsurveys, die untere Hälfte auf die Daten der hessischen Repräsentativerhebung mit den jeweiligen Prävalenzwerten für das gesamte Bundesland sowie die Region Nordhessen. Die letzten beiden Spalten erlauben einen Vergleich zwischen dem festgestellten Erreichungsgrad der Beratungsangebote im Landkreis Fulda mit dem Erreichungsgrad der Beratungsstellen im Landkreis Bergstraße, der von Martin Schmid 2011 ermittelt wurde (Schmid 2012). Dieser Vergleich lässt sich allerdings nur für vier Substanzen/Substanzgruppen anstellen.

Tabelle 4 zeigt einen komprimierten Überblick, der die wesentlichen Informationen zusammengefasst.

Tab. 4: Prävalenzwerte und Erreichungsgrad der Beratungsangebote im Landkreis Fulda

Epidemiologische Ausgangsdaten					Abgleich mit COMBASS und Dokum.-system LK Fulda		
Epidemiologischer Suchtsurvey 2012							
Substanz	Konsum	mind. Riskanter Konsum	Miss-brauch	Abhän-hän-gigkeit	Erreichungs-grad nach COMBASS 2012	Errei-chungsgrad nach Do-kumentati-on LK Fulda 2012	Errei-chungs-grad LK Bergstra-ße 2011
Alkohol	71,50%[4]	14,20%	3,10%	3,40%	1,94%[5]	4,74%[6]	
Tabak	30,20%	k.A.	k.A.	10,80%	0,00%	k.A.	
Cannabis	4,50%	k.A.	0,50%	0,50%	3,59%	7,92%	
Heroin	0,20%	k.A.	k.A.	k.A.	21,30%	54,57%[7]	57%
Kokain	0,80%	k.A.	k.A.	0,20%	0,75%	k.A.	
Amphetamine	0,70%	k.A.	0,20%	0,10%	3,49%	k.A.	3%[8]
Schmerzmittel	61,90%	k.A.	8,70%	3,40%	k.A.	k.A.	
Schlafmittel	5,50%	k.A.	0,80%	0,80%	0,16%[9]	0,35%[10]	
Beruhigungsmittel	5,40%	k.A.	0,80%	1,40%			
Repräsentativerhebung Hessen 2007[11]							
Region Nordhessen							
Alkohol	68,50%	6,90%	k.A.	k.A.	4,00%	9,75%	2%
Schlaf- und Beruhi-gungsmittel	7,70%	3%	k.A.	k.A.	0,20%	0,65%[12]	
Tabak	30,50%	k.A.	k.A.	k.A.	0,0%	k.A.	
Cannabis	1,20%	k.A.	0,12%[13]	0,12%[14]	14,95%	33,01%	7%
andere illegale Drogen	0,40%	k.A.	k.A.	k.A.	13,64%	27,28%[15]	

[4] 30-Tage-Prävalenz für Konsum oberhalb der empfohlenen Tageshöchstmenge.

[5] In Relation zu riskantem Konsum.

[6] In Relation zu Riskantem Konsum.

[7] Alle illegalen Drogen außer Cannabis.

[8] Kokain, Amphetamine und Ecstasy zusammengefasst.

[9] Beruhigungs- und Schlafmittel zusammengefasst.

[10] Alle Medikamente.

[11] Legale Drogen: 30-Tage-Prävalenz, illegale Drogen: 12-Monats-Prävalenz.

[12] Alle Medikamente.

[13] Schätzung anhand der Verhältniswerte der ESA-Studie.

[14] Schätzung anhand der Verhältniswerte der ESA-Studie.

[15] Alle illegalen Drogen außer Cannabis.

Für den *Alkoholkonsum* ergibt sich nach der Hessischen Repräsentativerhebung (bezogen auf die Zahlen für die Region Nordhessen) für den Landkreis Fulda eine Zahl von 9.200 Menschen, die mindestens einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Aus den bundesweit erhobenen Daten der ESA-Studie resultiert ein weit höherer Wert von knapp 19.000 Personen mit einem mindestens riskanten Konsum.

Im Landkreis Fulda wurden von den beiden Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft, die 2012 bereits das COMBASS-System verwendeten, insgesamt 369 Klienten (ohne Einmalkontakte) dokumentiert. Das Dokumentationssystem des Landkreises vermerkt hier 900 Klienten. Diese Differenz ist schwer zu erklären, da die kirchlichen Beratungsstellen das Gros der alkoholbedingten Substanzstörungen abdecken. Auch bei Berücksichtigung aller Erst- und Einmalkontakte sowie der Angehörigenberatungen, die in der substanzbezogenen jährlichen COMBASS-Auswertung nicht berücksichtigt werden, erscheint der Unterschied nicht plausibel. Die in COMBASS dokumentierten Beratungszahlen würden in Bezug auf die aus den Werten der ESA-Studie abgeleiteten Schätzungen einen Erreichungsgrad von 1,94% ergeben. Aus der Dokumentation des Landkreises lässt sich auf einen Erreichungsgrad von 4,74% schließen.

Zieht man als Vergleich die Werte der Hessischen Repräsentativerhebung heran, ergibt sich nach den COMBASS-Daten ein Erreichungsgrad von 4%. Diese wäre doppelt so hoch wie der Wert, der von Schmid (2012) für den Landkreis Bergstraße ermittelt wurde. Nach der Dokumentation des Landkreises ergibt sich dann sogar ein Erreichungsgrad von 9,75%, ein Wert, der unrealistisch hoch erscheint.

Tabakkonsum wird zwar in suchtepidemiologischen Studien häufig erhoben, spielt allerdings in den Suchtberatungsstellen nur eine geringe Rolle. Entsprechend wurde nach dem COMBASS-System für den Landkreis Fulda auch kein Klient dokumentiert. Das Dokumentationssystem des Landkreises erfasst diese Kategorie gar nicht.

Cannabis gilt als die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey haben 4,5% der Befragten in den 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert. 0,5% der Befragten praktizierten einen Cannabiskonsum, der die Kriterien des Missbrauchs erfüllt. Bei ebenso vielen Personen ist von einer Abhängigkeit auszugehen. Dies ergibt bezogen auf den Landkreis Fulda eine Zahl von ca. 1.340 Personen, von denen jeweils die Hälfte durch Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit gekennzeichnet ist.

Die Hessische Repräsentativerhebung ergibt hier weit geringere Konsumraten (2,1% für gesamt Hessen, 1,2% für die Region Nordhessen). Missbrauch und Abhängigkeit wurden hier nicht erfasst. Setzt man das Verhältnis von Konsumwerten zu Missbrauch bzw. Abhängigkeit aus der ESA-Studie an, ergibt sich eine Rate von ca. 1,2% für jede der beiden cannabisbezogenen Substanzstörungen. Daraus lässt sich ein Schätzwert von ca. 320 Personen berechnen, von denen jeweils etwa die Hälfte eine Missbrauchsstörung bzw. Abhängigkeitsstörung aufweist.

Der anhand der Dokumentation ermittelbare Erreichungsgrad schwankt hier wieder je nach Erfassungssystem erheblich. In Bezug auf die bundesweiten Prävalenzdaten be-

trägt er 3,59% nach dem COMBASS-Verfahren und 7,92% nach der Dokumentation des Landkreises. Aufgrund der niedrigeren Prävalenzzahlen für die Region Nordhessen nach der Hessischen Repräsentativstudie erreichen die Beratungsangebote einen weit höheren Anteil der Betroffenen, nämlich 14,95% (COMBASS) oder 33,01% (Landkreis). Diese Werte liegen erheblich über dem, der für die Beratungsstellen im Landkreis Bergstraße ermittelt wurde (7%).

Für den Bereich des *Heroinkonsums* hat nur der Epidemiologische Suchtsurvey eine Konsumrate ermittelt, die hessische Regionalstudie nicht. Damit liegen keine regionalen Bezugswerte vor. Nach dem Suchtsurvey wäre für den Landkreis Fulda mit ca. 270 Betroffenen zu rechnen. Das COMBASS-System zählt für das Jahr 2012 57 opiatabhängige Klienten, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Ärztliche Suchthilfe als der alleinige Anbieter für die Substitutionsbehandlung zum Erhebungszeitpunkt noch nicht nach COMBASS dokumentiert hat. Entsprechend ist die Zahl der im Landkreissystem vermerkten Klienten erheblich höher (146). Dieser Wert ist aber nur eine Annäherung, da das Dokumentationssystem des Landkreises die Opiat- oder Heroinkonsumenten gar nicht gesondert erfasst, sondern unter dem Bereich „Illegale Drogen“ (außer Cannabis) subsummiert. Geht man davon aus, dass die Zahl der Beratungsfälle im Landkreis Fulda im Bereich der übrigen illegalen Drogen (außer Cannabis) sehr gering ist und ordnet diese Restrubrik vollständig den Opiatkonsumenten zu, ergibt sich ein Erreichungsgrad von knapp 55%, der dem im Landkreis Bergstraße entspricht. Dieser Wert ist allerdings aufgrund der ungenauen Ausgangsbasis mit Vorsicht zu betrachten.

Kokain gilt als die nach Cannabis am meisten verbreitete illegale Droge. Nach der ESA-Studie wäre für den Landkreis Fulda mit ca. 270 Konsumenten zu rechnen. In der Beratungsstatistik tauchen Kokainkonsumenten aber so gut wie gar nicht auf (COMBASS: 2). Die Landkreisstatistik erfasst diese Personen gar nicht.

Bei den *Amphetaminen* verhält es sich etwas anders. Hier ist nach der Schätzung der ESA-Studie mit ca. 400 Personen zu rechnen, bei denen entweder ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt. Die COMBASS-Dokumentation erfasst 14, was einem Erreichungsgrad von ca. 3,5% entspricht.

Die im Landkreis Bergstraße durchgeführte Untersuchung benennt weder für Kokain noch für Amphetamine einen entsprechenden Vergleichswert.

Medikamentenabhängige werden von den Beratungsstellen allgemein nur im sehr geringen Maße erreicht. Dabei ist deren Zahl erheblich. Die hessische Repräsentativerhebung lässt für den Landkreis Fulda ca. 4.000 Menschen erwarten, die in einen riskanten Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln praktizieren. Davon wurden 2012 0,2% (COMBASS) bzw. 0,65% (Landkreisdokumentation) durch die Beratung erreicht. Schmerzmittelkonsum wurde nur in der bundesweiten ESA-Studie erhoben, die auf eine Zahl von ca. 11.500 (Missbrauch) und ca. 4.500 (Abhängigkeit) Betroffenen im Landkreis Fulda schließen lässt. Das COMBASS-System erfasst die Schmerzmittelabhängigkeit nur als Residualkategorie. 2012 waren hier keine Beratungsfälle zu verzeichnen.

4.1.4 Einschätzung der Erreichbarkeit der Beratungsangebote im Landkreis Fulda

Auf die Schwierigkeit der Interpretation der genannten Werte aufgrund der unsicheren Datengrundlage wurde bereits eingegangen. Der Rückschluss aus epidemiologischen Studien auf die aktuelle regionale Bedarfssituation ist nur begrenzt möglich, wenn aktuelle Daten mit Regionalbezug nicht zur Verfügung stehen. Auch die dokumentierten Beratungszahlen sind nur schwer zu interpretieren, da eine ausreichende Qualität der Dokumentation nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann. In den Gesprächen mit Praktikern in den Einrichtungen des Landkreises Fulda und in den Berichten der Hessischen Landesstelle hat sich gezeigt, dass die Etablierung eines zuverlässigen und validen Dokumentationssystems mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist und Jahre in Anspruch nimmt. Aufgrund des Entwicklungsstandes und der intensiven Bemühungen bei der Implementierung des COMBASS-Verfahrens in Hessen kann davon ausgegangen werden, dass die nach diesem System dokumentierten Werte relativ zuverlässig sind.

Ein mit der gebotenen Vorsicht angestellter Vergleich der Zahlen des Landkreises Fulda mit den Werten, die von Martin Schmid im Landkreis Bergstraße festgestellt wurden, lässt auf eine durchschnittlich bis gute Erreichbarkeit der Beratungsangebote schließen. Dabei ist berücksichtigt, dass der Ereichungsgrad bestimmter Gruppen von Menschen mit Substanzstörungen (insbesondere bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen) traditionell schlecht ist.

Wohnort der Beratungsklienten

Das Dokumentationssystem des Landkreises erfasst auch den Wohnort der Beratungsklienten und bietet damit auch die Möglichkeit einer Aussage über deren Anteil an der Gesamtzahl der Ratsuchenden. Dies liefert Hinweise darauf, wie die Gemeinden des Landkreises Fulda durch die Beratungsangebote, die sich im Stadtgebiet konzentrieren erreicht werden. Da keine Prävalenzzahlen für die Landkreisgemeinden vorliegen, kann hier die Auswertung der aktuellen Landkreisdokumentation für das Jahr 2014 herangezogen werden.

Abb. 1 zeigt die Lage der Gemeinden des Landkreises in der geografischen Übersicht. Das Hessische Statistische Landesamt hat durch Fortschreibung der Daten des Mikrozensus 2011 für den Landkreis Fulda für das zweite Halbjahr 2014 eine Einwohnerzahl von 217.326 Personen ermittelt.

Abb. 1 Der Landkreis Fulda und seine Gemeinden

Tab. 5 bietet eine Übersicht über die Gebietskörperschaften des Landkreises Fulda, die für die Landkreisstatistik der Suchtberatung entsprechend ihrer geografischen Lage in fünf Gebiete zusammengefasst werden.

Tab. 5 Verteilung der Beratungsfälle im Landkreis Fulda 2014

Gebiet	Gemeinden	Einwohner	Prozentuale Verteilung der Landkreisbevölkeru	Beratungsfälle 2014	Prozentuale Verteilung der Beratungsfälle
Nord	Hünfeld, Eiterfeld, Burghaun, Rasdorf, Nüsttal, Hofbieber	39866	18,43	163	14,51
Ost	Hilders, Ehrenberg, Tann, Gersfeld, Ebersburg, Poppenhausen, Dipperz	27448	12,69	106	9,44
	Fulda Stadt	65036	30,07	516	45,95
Mitte	Künzell, Petersberg	31048	14,35	150	13,36
Süd-West	Eichenzell, Neuhof, Kalbach, Flieden, Hosenfeld, Großenlüder, Bad Salzschlirf	52915	24,46	188	16,74
		216313	100,00	1123	100,00

In der Tabelle nicht berücksichtigt sind die Beratungsklienten, die ihren Wohnort außerhalb des Landkreises Fulda haben. Das waren im Jahr 2014 immerhin 104 Personen und damit ca. 8,5% der Gesamtfälle. Die Tabelle zeigt die unterschiedliche Verteilung der Beratungsklienten über die Gemeinden des Landkreises. Im Stadtgebiet Fulda leben ca. 30% der Landkreisbevölkerung, aber knapp 46% der Beratungsklienten. Im Südwesten des Landkreises wohnen etwa 25,5% der Einwohner, aber nur 16,7% der Menschen im Landkreis, die eine Beratung nachsuchen.

Das Verhältnis der Verteilungen zueinander deutet auf einen geringeren Erreichungsgrad des ländlichen Raumes hin. Dies spiegelt sich auch in der geringen Differenz im Bereich Künzell und Petersberg wider, die nahe am Stadtgebiet Fulda liegen.

Die Landkreisstatistik wertet den Wohnort der Beratungsklienten auch bezogen auf die einzelnen Beratungsstellen aus. Hier zeigt sich bei Betrachtung der Zahlen für die Beratungsstelle des Guttempler-Hilfswerkes in Hünfeld, dass 34 der 48 in 2014 dokumentierten Klienten in der Ortsgemeinde bzw. den anliegenden Gemeinden ansässig sind. Durch dieses Beratungsangebot wird offensichtlich ein Teil des ortsansässigen Beratungsbedarfes gedeckt. Allerdings nehmen im gleichen Jahr 123 Personen aus diesem Teil des Landkreises die Angebote der Beratungsstellen im Stadtgebiet Fulda in Anspruch. Über mögliche Gründe sagt die Statistik nichts aus.

Die Statistik liefert auch keine Antwort auf die Frage, ob die im Verhältnis geringere Inanspruchnahme der Beratungsstellen in der Stadt Fulda durch Bewohner der ländlichen Gemeinden auch auf eine geringere Bedarfsdeckung des ländlichen Raumes hinweist. Mögliche Ursachen für eine Inanspruchnahme wohnortferner Hilfen und Hinweise auf Fragen der Bedarfsdeckung in der Fläche wurden in den Experteninterviews thematisiert (vgl. Kap. 4.2).

Weitervermittlung der Beratungsklienten

Die Beratungsstatistik des Landkreises gibt auch Informationen über die Hilfeinstanzen, an die Klienten durch die Beratungsstellen weitervermittelt wurden. Hier fällt für den Bereich der stationären Rehabilitation eine starke Tendenz zur Vermittlung in Einrichtungen außerhalb des Landkreises auf. Von 141 Klienten, die in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vermittelt wurden, erfolgte nur in 23 Fällen eine Vermittlung an eine der beiden Einrichtungen im Landkreis. 15 dieser wohnortnahen Vermittlungen erfolgten durch die Beratungsstelle des Trägers dieser Fachkliniken in Hünfeld. In der Beratungsstatistik der Jahre 2012 und 2013 zeigen sich ähnliche Relationen. Das heißt, dass die Beratungsstellen im Stadtgebiet Fulda für die Belegung der Fachkliniken und damit auch als Umsatzmittler eine nur untergeordnete Rolle spielen.

4.2 Ergebnisse der Experteninterviews

4.2.1 Organisation und Durchführung

Im Juni und Juli 2015 wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung insgesamt acht Einzelinterviews durchgeführt. Interviewpartner waren insbesondere Mitarbeiter der Leitungsebene aus den Suchteinrichtungen des Landkreises. Vertreten waren alle ambulanten Suchtberatungsstellen, die Fachkliniken, das städtische Klinikum, eine Tagesstätte für chronisch mehrfach Abhängigkeitskranke, der Psychiatrieplaner des Landkreises Fulda und eine Vertreterin der Angehörigen-Selbsthilfe. Die Interviews wurden durchgeführt von Tanja Lück, der wissenschaftlichen Mitarbeiterin im Forschungsprojekt und fanden überwiegend in den Dienststellen und Einrichtungen statt.

Es war ein Anliegen der Projektplanung, auch die Sichtweise und Erfahrung von Vertretern der Suchtselbsthilfe als „Experten in eigener Sache“ einzubeziehen. Da die Selbsthilfe in einer großen Vielfalt und Heterogenität im Landkreis Fulda aktiv ist, war es nicht möglich, einen repräsentativen Vertreter für alle Selbsthilfegruppen im Suchtbereich zu bestimmen. Daher wurde beschlossen, eine moderierte Gruppendiskussion durchzuführen, die für Vertreter aller im Landkreis aktiven Selbsthilfegruppen geöffnet wurde. Die Koordination und Organisation der Gruppendiskussion erfolgte durch das Selbsthilfebüro Osthessen in Fulda mit freundlicher Unterstützung von dessen Leiterin Christine Kircher. Dort fand die Diskussion auch statt. Moderiert wurde sie durch den wissenschaftlichen Leiter des Projektes. An der Gruppendiskussion waren insgesamt zwölf Vertreter der Selbsthilfe beteiligt.

Sowohl die Interviews als auch die Gruppendiskussion wurden anhand eines Leitfadens geführt, der im Vorfeld von der wissenschaftlichen Begleitforschung erstellt und in der Projektsteuerungsgruppe abgestimmt wurde (Anlage 2). Für die Gruppendiskussion wurde der Leitfaden geringfügig modifiziert, um den spezifischen Erfahrungshintergrund der Selbsthilfevertreter besser anzusprechen (Anlage 3).

Interviews und Gruppendiskussion wurden elektronisch aufgenommen und anschließend vollständig transkribiert. Die Auswertung erfolgte unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA.

4.2.2 Zur Methode

Das Experteninterview gilt als eine Methode der qualitativen Sozialforschung und ist als solche von quantitativen Erhebungsverfahren strikt zu unterscheiden. Ziel ist hier nicht die Ermittlung statistisch signifikanter Häufigkeitsunterschiede, sondern die Erfassung der subjektiven Sichtweisen, Auffassungen und Argumentationen von Interviewpartnern, denen für ein Handlungsfeld Expertenstatus zugeschrieben werden kann (vgl. Meuser u. Nagel 2005). Personen werden nach dieser Methode als Experten betrachtet, wenn sie in besonderer Weise für Problemlösungen in den zu untersuchenden institutionellen Zusammenhängen Verantwortung tragen und wenn sie sich durch einen privilegierten Zugang zu Informationen, Personen oder Entscheidungsprozessen auszeichnen (ebd. S. 73). Auf der Organisationsebene ist mit diesen Kriterien insbesondere die mittlere Führungsebene angesprochen, da diese zum eine über das notwendige „Betriebs- und Kontextwissen" verfügt, zum anderen aber auch für konzeptionelle und organisationsübergreifende Fragen verantwortlich ist und damit Sachverhalte in einen übergreifenden Zusammenhang einordnen kann. Darunter sind in dem vorliegenden Kontext z.B. Aspekte wie die Bewertung des Hilfesystems und Einschätzungen zur Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen zu verstehen.

Die Auswahl von Interviewpartnern erfolgt im Kontext qualitativer Sozialforschung nicht nach den Kriterien einer repräsentativen Stichprobenziehung mit dem Ziel der möglichst genauen statistischen Abbildung einer Grundgesamtheit, sondern mit der Intention einer möglichst vollständigen Erfassung der für ein Forschungsthema relevanten Perspektiven, Interpretationen und Argumentationsmuster. Im Rahmen der Auswertung qualitativer Experteninterviews werden daher nicht allgemeingültige „objektive" Sachverhalte ermittelt, sondern subjektive Sichtweisen, Bewertungen und Deutungsmuster von Personen, denen eine besondere Feldkompetenz zugesprochen werden kann. Diese subjektiven Perspektiven werden thematisch zusammengefasst, typisiert und für die Analyse der institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen herangezogen (ebd. S. 81). Diese Vorgehensweise ist insbesondere dann sinnvoll, wenn das Forschungsziel zunächst in einer Exploration relevanter Lage- und Situationsbeurteilungen besteht. Hier bieten Experteninterviews den großen Vorteil, niedrigschwellig und ohne eine zu enge inhaltliche Begrenzung relevante Themen, Fragestellungen und Positionen zu bestimmen, die zu einem späteren Zeitpunkt auch mit anderen Methoden ggf. einer spezifischeren Betrachtung und Prüfung unterzogen werden können.

Im Auswertungsprozess werden die transkribierten Aussagen der Beteiligten zunächst paraphrasiert, anschließend mit Überschriften versehen und einem thematischen Vergleich unterzogen. Das geschieht jeweils für jedes einzelne Interview und anschließend übergreifend über die Einzelinterviews hinaus. Im Anschluss erfolgt eine theoretische Konzeptualisierung der Aussagen, d.h. die Bewertungen und Einschätzungen werden rückgebunden an den fachlichen und wissenschaftlichen Diskurs – hier der Suchthilfe – und zu diesem in Beziehung gesetzt (ebd. S. 88).

4.2.3 Interviewauswertung

Die Auswertung der Interviews orientiert sich an der Struktur des Leitfadens. Die überwiegende Zahl der Aussagen konnte eindeutig den darin angesprochenen Themen zugeordnet werden. Inhalte, die den Themen des Leitfadens nicht zugeordnet werden konnten, werden unter 4.2.3.11 behandelt.

Die Zitate aus den Interviews dienen der Illustration der jeweiligen Antworttendenz. Die Wiedergabe erfolgt gemäß der Transkriptionsregeln in Anlehnung an den Wortlaut einschließlich sprachlicher Besonderheiten wie Versprechern und Dialekt.

4.2.3.1 Einschätzung des Hilfesystems

Die grundlegende Einschätzung der Versorgungssituation ist bei der Mehrzahl der Teilnehmer positiv. Dies wird begründet mit der Zahl der Angebote sowohl der professionellen Suchthilfe wie der Selbsthilfe. Als weitere Gründe für diese Einschätzung werden eine schnelle Vermittlung von ambulanten Beratungsklienten und der Vergleich mit anderen Landkreisen genannt.

> *B: (...) Also grundsätzlich würde ich sagen, dass ich die Versorgungssituation recht gut einschätze. Wir haben doch mehrere durchaus niedrigschwellige Angebote hier im Raum im Landkreis Fulda. Ich weiß nicht, ob ich die jetzt nochmal extra benennen sollte, aber ich denke durchaus jetzt aus Klientensicht betrachtet, dass es doch relativ kurzfristig und auch niedrigschwellig möglich is, ambulant angebunden zu werden und dann auch gegebenenfalls in weitere Hilfen vermittelt zu werden. Von daher sehe ich die Versorgungssituation eigentlich als recht gut an. #00:01:20-1#*

Diese grundsätzlich positive Einschätzung wird durch den Hinweis auf knappe bzw. unzureichende personelle Ressourcen ergänzt. Diese Einschätzung bezieht sich auf die Situation in den Beratungsstellen und im Klinikum und wird nicht nur von den Interviewpartnern aus diesen Einrichtungen, sondern auch davon unabhängig von Vertretern der Selbsthilfe geäußert. Begründet wird sie mit Schwierigkeiten der Finanzierung der Beratungsstellen, personellen Engpässen und mit negativen Auswirkungen auf den Hilfeprozess, z.B. bei der Terminvergabe und bei der Bearbeitung von Anträgen.

4.2.3.2 Versorgungslücken und nicht abgedeckte Bedarfe

Die Frage nach nicht gedeckten Bedarfen und Versorgungslücken provoziert eine breite Palette von Hinweisen, die sich auf spezifische Zielgruppen, Maßnahmen und Angebote bezogen. Tabelle 6 gibt dazu einen Überblick.

Tab. 6: Übersicht der Angaben zu fehlenden Angeboten

Zielgruppe	Maßnahmen, Angebote
Abhängigkeitserkrankte allgemein	Tagesstrukturierende Maßnahmen (insbesondere auch für erwerbsfähige Suchtkranke) Adaptionseinrichtungen Aufsuchende Hilfen (Streetwork) Sozialwohnungen Spezifische Angebote der Behandlung und Prävention für „neue Drogen“ (z.B. Amphetamine, „Cristal Meth“, „Legal Highs“)
Allgemeinbevölkerung	Prävention (Projekte in Firmen, Schulen, Jugendhilfe, Elternschulen, suchmittelfreie Freizeitangebote)
Nicht-stoffgebundene Abhängigkeitskranke	Ambulante Therapieprogramme, z.B. für PC-Abhängigkeit Ausbau des Angebots für Glücksspielabhängige
Politoxikomane Klienten	Spezialangebot
Junge Abhängigkeitserkrankte	Notwohnungen bzw. Wohneinrichtungen
Heroinabhängige Klienten	Opioidgestützte „warme“ Entgiftung
Ältere Abhängigkeitserkrankte	Spezifische Präventionsangebote in Kooperation mit Senioren- und Pflegeeinrichtungen Alltagsbegleitende Hilfen
Medikamentenabhängige	Spezialangebot
Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte	Stationäres Wohnangebot
Nicht abstinenzfähige Abhängigkeitskranke	„Kontrolliertes Trinken“ Druckraum und Spritzentausch für Heroinabhängige
Angehörige (auch von nicht-stoffgebundenen Abhängigkeitskranken)	Stärkere Einbeziehung in den Hilfeprozess Gruppenangebote für Eltern jugendlicher Drogenabhängiger
Kinder von Abhängigkeitserkrankten	Aufklärung an Schulen Anonyme Beratungsangebote Unterstützende Hilfen
Abhängigkeitserkrankte mit Migrationshintergrund	Möglichkeit muttersprachlicher Beratung

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Antworten auch auf diese Frage die subjektive Sichtweise der Befragten widerspiegeln und die Aufstellung nicht als Ergebnis einer objektiven Bedarfsfeststellung zu bewerten ist. Es ist auch durchaus möglich, dass die Aufstellung Angebote enthält, die bereits bestehen, den Interviewpartnern aber nicht bekannt waren. Insofern ist die Aufstellung als eine Zusammenfassung von Hinweisen zu verstehen.

Bei der Auswertung sind vergleichbare Antworttendenzen zu erkennen. Die Vertreter der Selbsthilfe weisen besonders auf Bedarfe von Familienangehörigen hin und thematisieren dabei insbesondere die Situation der Kinder abhängigkeitserkrankter Menschen.

B11: Also mir hätte das als Kind einfach geholfen, wenn mir irgendjemand mal erklärt hätte, was mit meinem Vater los is. Warum der das Problem hat. Dass er gar nichts dafür kann. Das er krank is. Dass er das ned mit Absicht macht. Wenn irgendjemand mal mit mir gesprochen hätte. Dann hätte ich das alles vielleicht viel viel besser verstanden. Und das is halt/ Ich denk, das kann ja jetzt ned so'n großes Problem eigentlich sein, so'n bisschen Aufklärungsarbeit dann. Dass die Betroffenen Kinder vielleicht, und wenn se da sitzen wenigstens wissen, was mit ihren Eltern los is. Ich denk, die meisten verstehen/ #01:12:38-3#

Ein weiterer Aspekt, der in dieser Gruppe stärker betont wird, sind die negativen Auswirkungen der Stigmatisierung von Suchtkranken. Diese Schwerpunkte repräsentieren die spezifische Perspektive der Betroffenen, insbesondere ihre eigenen Erfahrungen mit familiären Belastungen und sozialen Ausgrenzungsprozessen. Die Hinweise der Selbsthilfevertreter werden häufiger mit einer Beschreibung von Bedarfslagen verbunden, während die Interviewpartner aus den Suchthilfeeinrichtungen oft stärker die institutionellen Antworten (z.B. in Form neuer Leistungsangebote) im Blick haben.

Die Antworten gehen zum Teil mit der Bemerkung einher, dass eine Schaffung neuer Angebote mit der Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen verbunden sein müsse und nicht mit den vorhandenen Mitteln zu bewerkstelligen sei. Diese Argumentation vertreten nicht nur Vertreter der professionellen Suchthilfe, sondern auch Gesprächspartner aus der Selbsthilfe.

Bei den Interviewpartnern aus den Beratungseinrichtungen spiegelt sich hier eine Erfahrung wider, die aus der Zuwendungsfinanzierung resultiert und für diese Form der Förderung charakteristisch ist. Da zuwendungsfinanzierten Leistungen in der Regel keine so ausführlichen Leistungsbeschreibungen zugrunde liegen, wie dies z.B. im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII mittlerweile üblich ist, bleibt die Auftragsdefinition z.T. diffus. Das kann dazu führen, dass sich Leistungsanbieter mit einer Zuschreibung von Verantwortung konfrontiert sehen, die aus ihrer Sicht nicht den zur Verfügung gestellten Ressourcen entspricht. Veränderungen in der Inanspruchnahme oder eine Implementierung neuer Angebote für neue Zielgruppen, die in einzelfallfinanzierten Leistungssystemen durch eine Anpassung der Umsätze automatisch ausgeglichen werden („mehr Klienten = mehr Geld“), müssen im Bereich der Zuwendungsfinanzierung durch die Leistungsanbieter ausbalanciert werden, bis eine Anpassung im Rahmen der Haushaltsanträge oder über Möglichkeiten einer Projektförderung gelingt.

TN 6: (…) Wir würden uns natürlich in dem Bereich schon wünschen, dass wir da mal so mehrere PROJEKTE starten könnten. Also zum Beispiel im Bereich Cannabis oder mit den neuen Suchtstoffen, eben auch mit Amphetaminen und so weiter. Heißt, dass wir da noch Angebot machen könnten. Aber das is wie's IMMER is so. Wir ham dafür keine Personalressourcen zur Verfügung. Und letztendlich/ Angebote könnte man viele machen. Das würden wir auch gerne machen. Aber wir müssen's A finanzieren können und wir müssen's B von den Mitarbeitern einfach auch stemmen können. Und das können wir so nich. #00:06:49-5#

Für die Interviewpartner führt dies zu der widersprüchlichen Situation, dass ein Hinweis auf offene Bedarfe sie u.U. mit der Erwartung konfrontiert, diese auch selbst befriedigen zu müssen. Dies äußert sich z.B. in einer Unterscheidung zwischen „wirklichen“ Versorgungslücken, deren Existenz verneint wird und wünschenswerten Angeboten, deren Fehlen nicht das Kriterium einer Versorgungslücke erfüllt. In dieser Ambiguität spiegelt sich die Rolle von Experten, die für ihre Expertise Gefahr laufen, in Haftung genommen zu werden.

Auch Vertreter der Selbsthilfe sehen sich z.T. in der Situation, dass sie Mängel im Hilfesystem wahrnehmen und benennen können, ihre vorhandenen Mittel aber nicht ausreichen, um Abhilfe zu schaffen. Ärger kommt auf, wenn das Gefühl entsteht, für die Abdeckung staatlicher Versorgungsdefizite instrumentalisiert zu werden.

> *B2: (…) Aber mehr können wer eigentlich ned machen. Es müssen ja dafür dann auch irgendwo wieder, ich sach's mal n Kostenträger da sein. Es is nämlich ned alles umsonst und man kann diese Arbeit gar ned leisten. Die können die gar ned leisten. Was wir leisten können mit den Gruppen is eben, diesen Leuten zu helfen, die wirklich schon drin stecken. #00:11:46-9#*

4.2.3.3 Doppelstrukturen und Bedarf an Spezialisierung

Die Antworten auf diese Frage zeigen, dass sie zu pauschal formuliert war. In den Interviews wird von vielen Interviewpartnern zunächst der Begriff der Doppelstruktur spezifiziert: Während allgemein zugestanden wird, dass die beiden Beratungsstellen in konfessioneller Trägerschaft sich in ihrer Angebotsstruktur stark ähneln, werden daraus resultierende schädliche Auswirkungen meist verneint. Dies wird damit begründet, dass aus dieser Situation keine Überversorgung resultiere, das Bestehen zweier Beratungsstellen die Hilfeabläufe nicht behindere und sich die Angebote ergänzen würden. Besonders herausgestellt wird die besondere Intensität und Qualität der Kooperation der beiden konfessionellen Träger, die bis zu einer gemeinsamen Organisation von Angeboten im Bereich Glücksspielsucht und Prävention reicht. Letztlich werden auch der Wert einer Angebotsvielfalt und die positive Bedeutung der Wahlfreiheit betont, die u.a. auch eine Abdeckung unterschiedlicher konfessioneller Bedürfnisse der Beratungsklienten erlaube.

Die Nachfrage, ob statt einem gleichartig ausgerichteten Angebot der zwei Beratungsstellen im Fuldaer Stadtgebiet nicht besser eine Spezialisierung, z.B. nach Suchtmitteln erfolgen sollte, wird unterschiedlich beantwortet. Befürworter einer Spezialisierung argumentieren mit der Möglichkeit, auf diesem Weg Zielgruppen zu erreichen, die von der bisherigen Versorgungstruktur nur in geringem Maße angesprochen werden, wie z.B. die Nutzer der sogen. „neuen“ Drogen (z.B. Chrystal Meth, Ecstasy). Befürworter der bisherigen Ausrichtung begründen ihre Auffassung mit einer zunehmenden Tendenz zum multiplen Substanzmissbrauch und einer Auflösung der klassischen substanzbezogenen Subkulturen von Drogenkonsumenten.

Letztlich erwies sich die Verknüpfung dieser beiden Fragen als nicht glücklich. Zwar wird bei der Interviewfrage nach ungedeckten Bedarfen von einigen Gesprächspart-

nern das Thema „neue Drogen“ genannt. Es erscheint aber fraglich, ob zur Erreichung neuer Zielgruppen eine organisatorische Neuausrichtung einer der Beratungsstellen eine sinnvolle Strategie darstellt, zumal dies durch eine Reduzierung der vorhandenen Beratungskapazitäten im Alkoholbereich erkauft werden müsste. Dies erscheint – auch angesichts der im 4. Kapitel dargestellten zu erwartenden Verbreitung illegaler Drogen in der Region – als kaum vertretbar. Eine Spezialisierung von Beratungseinrichtungen nach Substanzen wirft Zuordnungsfragen auf, die schnell dazu führen können, dass Klienten nicht zeitnah die notwendige Unterstützung erhalten. Ein Argument, dass u.a. auch dazu führte, dass in dem Referenzprojekt zur vorliegenden Studie eine bestehende substanzbezogene Spezialisierung der Beratungsstellen im Landkreis Bergstraße aufgegeben wurde (Schmid 2012).

In einer Hinsicht liegt im Landkreis Fulda durchaus eine Spezialisierung vor. Die psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung wird ausschließlich von der Ärztlichen Suchthilfe e.V. angeboten. Ähnlich wie in anderen Regionen wird über die Möglichkeit der Substitution ein relativ hoher Anteil der Heroinabhängigen durch die Beratung erreicht, ein Phänomen, das zuweilen auch als eine Form „angebotsinduzierter Nachfrage“ betrachtet wird:

> *B: Das hat sich verändert. Heroin spielt heute im Prinzip, also für Neueinstieg so gut wie überhaupt keine Rolle mehr. Das is jetzt, das wird durch die Suchthilfe halt (...) ich sach immer versorgt. Das sind die (...) sag ich mal die Altjunkies, die substituiert werden. Die halt, wo ich manchmal denke (...) naja müssen wirklich 120 Leute hier in Fulda substituiert werden? Oder wird auch substituiert, weil's Angebot da is. Aber das is'n anderes Thema. #00:06:26-7#*

In der Gruppendiskussion mit Vertretern der Selbsthilfe werden an dieser Stelle auch die Auswirkungen der konfessionellen Ausrichtung von Beratungsstellen und Selbsthilfe diskutiert. Diesbezügliche Effekte werden vor allem bei der Inanspruchnahme durch ältere Betroffenen vermutet. Für jüngere Klienten wird diese Frage als weniger relevant angesehen, auch weil die Auffassung besteht, dass sich mit ihr gerade bei kirchenfernen Betroffenen keine konkreten Erwartungen oder Vorstellungen verbinden.

> *B6: Also was da wirklich dahinter steht, wissen glaub ich viele gar nich. Und das is auch kein Thema. #00:46:54-0#*

In der eigenen Arbeit erleben es Vertreter der Selbsthilfe z.T. als schwierig, religiöse Bezüge zu vermitteln. Es besteht der Eindruck, dass die Bezugnahme auf religiöse Inhalte potentielle neue Gruppenmitglieder irritiert oder abschreckt.

> *B2: Ja, was für unsre Gruppe manchmal Nachteil is. Wir ham ja n Programm. Und Tradition. Die sind ja ausgerichtet. Jemanden, der größer wie wir selbst. Und wir nennen ihn Gott. Und dann merk ich halt bei der Vorstellungsrunde. (…) . Da sind wir irgendwie bisschen im Nachteil. Weil das wird erstmal ned verstanden von den Leut. #00:48:11-8#*

Hier sehen Selbsthilfevertreter sich herausgefordert, das Ergebnis ihrer persönlichen Erfahrung und Entwicklung Außenstehenden zu vermitteln. Eine Aufgabe, die als anspruchsvoll empfunden wird.

B11: Es is halt ned so einfach, das zu verstehn. Das is ja das. Ich glaube auch so'n Punkt, wie vermittelt man den Leuten. Ich hab das am Anfang auch ned verstanden. (…) Ich hab überhaupt ned kapiert was das is. Und ich glaub, das is so das Problem. Was wir auch manchmal haben. dass wir ja im Grunde immer auch so'n christliches Verständnis auch haben. Aber viele können erstmal damit nichts Richtiges anfangen. Die müssen das erfahren. Das is halt. Ich hab auch erstmal so gemacht. Und das hat lange gedauert. #00:49:30-7#

4.2.3.4 Regionale Verteilung der Angebote

Diese Interviewfrage formuliert ein Unterthema der in 4.2.3.2 angesprochenen Versorgungsdefizite. Als Flächenlandkreis stellt sich für den Landkreis Fulda grundsätzlich die Frage, wie eine ausgewogene regionale Versorgung der Bürger mit sozialen Dienstleistungen gewährleistet werden kann.

Die Frage, ob die Konzentration der Beratungsangebote im Stadtgebiet Fulda ein Problem hinsichtlich der Erreichbarkeit darstellt, wird von den Experten uneinheitlich beantwortet. Zum Teil argumentieren auch einzelne Gesprächspartner im Interviewverlauf unterschiedlich, indem sie z.B. grundsätzlich eine regionale Ungleichverteilung konstatieren, deren negative Folgen aber im weiteren Argumentationszusammenhang als tolerierbar bewerten. Als Argumente für eine ausreichende regionale Versorgung wird zum einen die zusätzliche Beratungsstelle des Guttempler Hilfswerkes in Hünfeld ins Feld geführt. Zum anderen wird auf flexible aufsuchende Hilfeangebote der Caritas und hingewiesen und die Beratungsstelle des Diakonischen Werkes in Lauterbach im östlichen Vogelsbergkreis genannt, die auch für Bewohner in der Randlage des Landkreises Fulda eine Option darstellt. Auch auf das Netz von Selbsthilfegruppen im Landkreis wird hingewiesen. Mehrere Gesprächspartner vertreten die Auffassung, dass Betroffene mit einer authentischen Veränderungsmotivation mit den vorhandenen Hilfeangeboten auskämen. Diese Auffassung wird sowohl von Vertretern der beruflichen Suchthilfe als auch von Aktiven der Selbsthilfe geäußert.

B: (...) Und von daher is, sag ich mal, die Verteilung von Suchtberatungsstellen glaub ich absolut ausreichend. Die Verteilung der Selbsthilfegruppen/ Klar, sie sind konzentriert auf Fulda, Künzell, Petersberg. Diese großen Gemeinden. Also jemand, der dann in der hohen Rhön wohnt oder irgendwie in Hünfelder (Kraft?) #00:15:52-4# die müssen dann halt n paar Kilometer fahr'n. Is auch nicht, find ich weiter schlimm, weil wir immer wieder auch sagen: Wer wirklich dann auch nachhaltig was machen will, der fährt halt auch mal seine zehn oder fünfzehn Kilometer. Manche wollen ja auch gar nicht. (…). #00:16:30-7#

Dem widersprechen kritische Einschätzungen von Gesprächspartnern, wonach lange Anfahrtswege und hohe Kosten für den ÖPNV durchaus als erschwerend für die Inanspruchnahme der Beratung gesehen werden. Dabei werden Beispiele für schlecht versorgte Randregionen genannt (insbes. die Rhön) und auf Defizite bei der Erreichbarkeit spezifischer Angebote (z.B. Substitution, Beratung bei Essstörungen, Hilfen für Angehörige) hingewiesen. Auch für die Selbsthilfe wird eine Ungleichverteilung der Aktivitäten konstatiert. Einige Interviewpartner formulieren konkrete Vorschläge für eine

Verbesserung der Versorgung in der Fläche. Darunter finden sich Ideen wie eine organisatorische Konzentration der Angebote in einem Suchthilfezentrum, eine Sektorisierung der Zuständigkeiten in Verbindung mit einer Versorgungsverpflichtung, die Erstattung von Fahrtkosten zu Unterstützung der Inanspruchnahme von Beratung und die Organisation von Beratungssprechzeiten in den Randbereichen des Landkreises.

Sowohl Vertreter der Selbsthilfe als auch Einrichtungsvertreter weisen auf die besondere Bedeutung der Tabuisierung von Suchtproblemen hin, die aus ihrer Sicht eine Konzentration von Beratungsangeboten in einem städtischen Umfeld sogar sinnvoll erscheinen lässt, weil Anonymität dort leichter gewährleistet werden kann.

> *B8: Ah ich denk eher, es wird die Anonymität gesucht. Eher das Größere. Und Fulda is dann schon n bisschen anonymer. Wenn ich dann aus Obernüst Hofbieber oder sowas komme. Wenn ich in Hofbieber in ne Gruppe geh, aus Hofbieber komm, in ne Gruppe geh. Das sind die Hemmschwellen groß. Da wird eher Fulda genommen. Was Größeres. Und deshalb sind unsre Gruppen auch da konzentriert. Hünfeld, Fulda, Gelnhausen, Bebra. Und die ham dann auch n großes Einzugsgebiet. Da sind die Leute bereit, eben dreißig Kilometer zu fahren. Aber die Erfahrung hab ich gemacht jetzt da. #00:52:27-8#*

Geht man von der Gültigkeit der Hypothese aus, dass Tabuisierung im ländlichen Raum eine Inanspruchnahme von Suchtberatung behindert, wäre wenig mit einer Ansiedelung von Beratungsangeboten in den Randlagen des Landkreises Fulda zu gewinnen. Im schlimmsten Fall würde dies zu einer Verschlechterung des Ressourceneinsatzes führen, da Personalkapazitäten dieser Angebote u.U. nicht ausgelastet wären.

Einige Interviewpartner äußern in diesem Zusammenhang Vorschläge für Maßnahmen bzw. Handlungsstrategien. Diese beziehen sich zum einen auf eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, um zu einer Enttabuisierung des Themas Sucht und Abhängigkeitsstörungen und einer Entstigmatisierung von Betroffenen beizutragen. Zum anderen wird angeregt, Angebote der Suchtberatung in der Fläche an vorhandene Einrichtungen wie z.B. niedergelassene Ärzte, Sozial- oder Lebensberatungen anzubinden, die zunächst nicht mit dem Thema Sucht in Verbindung stehen.

4.2.3.5 Qualität der Hilfeabläufe

In Ihren Antworten konstatieren die Interviewpartner überwiegend eine grundsätzlich positive Einschätzung der Prozessqualität, die im weiteren Verlauf des Gesprächs z.T. durch unterschiedliche kritische Hinweise ergänzt wird.

Zur Begründung der positiven Einschätzung wird eine Reihe von Argumenten genannt. So konstatieren die meisten Befragten eine gute Organisation der Übergänge im Hilfeprozess, die durch eine gute Kooperation der beteiligten Instanzen gewährleistet sei. Z.T. werden hier einschränkend Schwierigkeiten durch zu lange Bearbeitungszeiten der Kostenträger genannt. Zur Begründung einer positiven Beurteilung werden weiterhin die Ausbildung und Erfahrung der Mitarbeiter der Einrichtungen sowie eine kontinuierliche Personalentwicklung durch die Einrichtungsträger angeführt. Hier erfolgt auch der Hinweis auf den damit verbundenen erheblichen Einarbeitungsaufwand bei Mitarbeiterwechseln. Die Zuständigkeiten der Akteure werden als klar defi-

niert beschrieben; die Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen und der Klinik positiv erlebt. Als ein Grund für die positive Einschätzung wird die langjährige persönliche Kooperation der Beteiligten genannt. Die Beratung wird als effizient wahrgenommen, d.h. die grundlegende Klärung des weiteren Hilfeverlaufs wird nach Aussage einiger Interviewpartner auch bei langjährigen Suchtkarrieren oft im Rahmen von relativ wenigen Beratungsgesprächen erreicht.

Zur Begründung der positiven Bewertung werden weiterhin angeführt die Qualität der Dokumentation, die Entwicklung der Präventionsarbeit und qualitätssichernde Maßnahmen einzelner Träger, die mit dem Ziel einer Qualitätszertifizierung vorangetrieben werden. In diesem Zusammenhang wird allerdings auch bemängelt, dass die Dokumentation in der Praxis z.T. immer noch uneinheitlich erfolge und unklar sei, was mit den erhobenen Daten eigentlich passiere. Die Legitimation des Dokumentationsaufwandes durch ein transparentes Verhältnis von Dokumentationsinhalten und Verwaltungsentscheidungen ist für einige Interviewpartner nicht gegeben. Als eine konkrete Maßnahme zur Abhilfe wird eine regelmäßige Statistikkonferenz vorgeschlagen, die dann auch Absprachen zur Durchführung beinhalten könnte.

Kritik wird formuliert hinsichtlich der Fähigkeit der Beratungsstellen, auch schwierigen Bedarfen Rechnung zu tragen. Als Beispiel wird die Beratung von Klienten mit Mehrfachdiagnosen genannt, bzw. die Hilfe für Menschen, die mehr Beratungszeit beanspruchen als der Durchschnitt. Hier ist die Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Gemeindepsychiatrie angesprochen, die in Kap. 4.3.2 noch näher betrachtet wird.

Als ein Problem der Hilfequalität im Selbsthilfebereich wird ein verminderter Zugang in die Selbsthilfegruppen genannt, der auf deren Altersstruktur zurückgeführt wird.

Als weitere Schwierigkeiten werden eine zu geringe Vermittlung von Klienten durch behandelnde Hausärzte genannt und ein erschwerter Zugang von Menschen mit Suchtproblemen zu psychotherapeutischen Behandlungsangeboten.

4.2.3.6 Kooperation im Arbeitsalltag

Die Kooperation im Arbeitsalltag wird von den Befragten in einer ersten Einschätzung überwiegend als positiv erlebt. Dies gilt sowohl für das Verhältnis zwischen den Einrichtungen wie für die Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und Selbsthilfe. Die Interviewpartner begründen ihre positive Einschätzung mit der Nennung einer Reihe von Beispielen, die eine breite Zusammenarbeit illustrieren. Insbesondere die Kooperation zwischen den beiden konfessionellen Beratungseinrichtungen wird als sehr konstruktiv beschrieben. Dies äußere sich z.B. in einer engen Zusammenarbeit zur Bewältigung von Personalengpässen und in der gemeinsamen Organisation von Angeboten der ambulanten Rehabilitation, der Prävention und der Glücksspielberatung. Es werden auch die bereichs- und angebotsübergreifende Kooperation innerhalb der Spitzenverbände, etwa zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe, Gemeindepsychiatrie und Schuldnerberatung positiv hervorgehoben. Das städtische Klinikum und die Suchteinrichtungen organisieren gemeinsam eine regelmäßige Suchtsprechstunde in der Klinik. Der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes kooperiert eng mit

der Tagesstätte für CMA-Klienten auf der Ebene der Vermittlung und der Abstimmung von Hilfeprozessen im Rahmen der Hilfeplanung. Zwischen dem Kreisjobcenter und den Fuldaer Beratungsstellen besteht eine Vereinbarung zur Vermittlung von Kunden mit einem Verdacht auf Abhängigkeitsstörungen nach § 16a SGB II. Vertreter der Selbsthilfe unterstützen die Vermittlung von Klienten in die Rehabilitation und beschreiben diese Zusammenarbeit als positiv.

> *B4: (…) Wir sind gern gesehene Gäste am Mahlertshof. Schloss Mackenzell. Psychiatrie und JVA. (…) Und dann nehmen wir auch Leute mit von der Psychiatrie, wenn die da sich anmelden. (…). #00:07:26-5#*

Auch Gesprächspartner aus den Einrichtungen heben das positive Verhältnis zur Selbsthilfe hervor.

Begründet wird die positive Bewertung mit der Klarheit der Zuständigkeiten und den gewachsenen persönlichen Beziehungen vieler der Akteure untereinander, die sich z.T. schon lange aus ihren Arbeitszusammenhängen kennen.

Auch kritische Meinungen zur Kooperation werden geäußert. Diese beziehen sich auch Einzelaspekte der Zusammenarbeit, spezifische Kooperationsbeziehungen zwischen einzelnen Akteuren und die Qualität der Zusammenarbeit in der Suchthilfe insgesamt.

Konkrete Defizite wurden benannt hinsichtlich der Wartezeiten im Städtischen Klinikum bei ungeplanten Entgiftungen und in Bezug auf die dortige Personalsituation. Spezifische Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit werden bezüglich der Kooperation zwischen Suchteinrichtungen und dem Kreisjobcenter zur Sprache gebracht. Dort besteht zwar schon seit Jahren eine Kooperationsvereinbarung nach § 16a SGB II, aber die Zahl der in die Beratungsstellen vermittelten Klienten ist aus deren Sicht eher gering. Hier wird von Experten aus der Suchthilfe noch Schulungsbedarf bei den Fallmanagern gesehen.

Vertreter der Selbsthilfe kritisieren z.T. Aspekte der Zusammenarbeit mit den Suchteinrichtungen. Als ein Grund für diese Einschätzung wird ein im Vergleich zu früheren Jahren geringerer Kontakt zu den Professionellen genannt. Ein stärkerer Austausch sei aus Sicht der Selbsthilfevertreter aber wichtig, um das eigene Handeln besser reflektieren zu können.

> *B1: (…) Weil sonst wenn ich irgendwo dann heim fahr und hab dann ja, mal Überlegungen, dann konnte ich doch vielleicht auch mal bei nem Therapeut wieder sagen: "War ich richtig? Hab ich falsch reagiert?" Oder sonst was, was einen dann doch die Hilfe dann ned mehr ansteht. Und nur einmal im Monat in ner Infogruppe zu sein is/ Man kennt die Leute dann ned mehr. Die Fluktuation is in der Infogruppe ja dann groß. (…).*

Auch hinsichtlich der Anerkennung durch die berufliche Suchthilfe sehen Vertreter der Selbsthilfe zum Teil Verbesserungspotential. Nicht immer fühlen sie sich von den Profis als gleichwertige Gesprächspartner akzeptiert, z.T. werden sie aus ihrer Sicht auch als Konkurrenz empfunden.

B2: (...) Wir hatten hier ne Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in Fulda gehabt. Wir ham uns da mit den Gruppen zusammen alle getroffen. Sämtliche Partner warn da. Die Zusammenarbeit lief, bis dann eben die Beratungsstellen eben Angst kriegten, sie würden ihre Stelle verlieren weil eben die Selbsthilfe da is und deswegen hat man sich zurückgezogen mit der Selbsthilfe so wenig wie möglich zusammen zu arbeiten. Das trifft für sämtliche Träger zu. (…) #00:06:05-3#

Diese Einschätzung begründen einige Vertreter der Selbsthilfe mit ihrer Erfahrung, dass Vermittlungen im Rahmen der Nachsorge aus den Einrichtungen in Selbsthilfegruppen in den vergangenen Jahren eher abgenommen haben.

In diesem Zusammenhang werden von den Selbsthilfevertretern auch Vorschläge geäußert, wie die Zusammenarbeit mit der institutionellen Suchthilfe verbessert werden kann. Hier wird auf das in Thüringen und anderen Regionen entwickelte Lotsenprojekt hingewiesen (vgl. Kap. 3.5).

Als ein Defizit hinsichtlich spezifischer Kooperationsbeziehungen wird auch das Verhältnis zwischen Hausärzten und dem System der Suchthilfe beschrieben. Die hausärztliche Versorgung bildet einen Bereich, in dem Abhängigkeitsstörungen häufig zuerst auffällig werden. Eine Vermittlung aus der hausärztlichen Behandlung in die Suchthilfe gelingt aber aus Sicht einiger Interviewpartner zu selten.

Als eine weitere Ebene der bilateralen Kooperation mit Verbesserungsbedarf wird das Verhältnis zwischen Verwaltung und Suchthilfeträgern genannt.

Im Rahmen der Interviews wird auch ein allgemeiner Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualität der Kooperation in der Suchthilfe geäußert. Die Vielfalt der Angebote führe auch zu Schwierigkeiten in der Abstimmung im Einzelfall, speziell bei komplexen Hilfebedarfen. Vermittelnden Instanzen fehlten z.T. Rückmeldungen zu den Hilfeverläufen, so dass der Eindruck entstehe, in eine „Blackbox“ hinein zu vermitteln. Die kritische Einschätzung der Kooperation wird auch mit der Konkurrenz zwischen den Trägern im Landkreis begründet, die eine gute Kooperation auf breiter Ebene behindere.

4.2.3.7 Einschätzung der Gremienarbeit

Die Interviewpartner beantworten diese Frage spontan mit einer überwiegend positiven Einschätzung, die sie mit Einzelbeispielen und der Darstellung der Vielfalt von Fachgremien begründen. Hier werden die Trägerversammlung, der Arbeitskreis „Sucht in der Arbeitswelt“, die Regionalkonferenz, die AG Hilfeplanung, die AG Sucht, der Therapieverbund Nordhessen und die Fachgremien der Spitzenverbände genannt. Der Austausch in den Gremien wird als bedeutsam für die Qualität der Hilfen angesehen.

Gleichzeitig nehmen die Experten die Gremien als einen Ort wahr, an dem verschiedene Interessen aufeinander stoßen, die letztlich auch das Ausmaß des Austausches mitbestimmen.

B: Es is natürlich normal dass die eigenen Interessen immer im Vordergrund stehen. Also da wollen wir jetzt auch nich heiliger sein als die Heiligen sozusagen. Das is normal.

Da muss man sich glaub ich darüber bewusst sein. Jeder möchte natürlich erstmal die eigenen Schäflein auch unterbringen. Wenn man das jetzt mal so einfach akzeptiert, dann sieht es schon wieder recht gut aus. (…).

Die Gremien werden als „Informationsbörse" – etwa über konzeptionelle Neuerungen oder die Entwicklung neuer Angebote - geschätzt, z.T. bieten sie auch die Möglichkeit der sozialpolitischen Positionierung.

Kritische Stimmen bemängeln die Konzentration der Gremienarbeit auf den Austausch von Informationen und sehen einen Bedarf für eine Weiterentwicklung in Richtung einer Reflexion der Versorgungssituation und einer bedarfsbezogener Projektplanung.

B: Dass halt in dieser Trägerversammlung Sucht nicht nur reiner Informationsaustauch is, sondern dass da halt durchaus auch gemeinsame Projekte und Kooperation angegangen werden können. Also dass es eben nich nur so is "Ja, ich hab das gemacht und das gemacht" Sondern dass man mal was reinwirft und dass dann dadrüber sich Gedanken gemacht wird. Und dass man da vielleicht doch gemeinsame Projekte dann auch auf die Beine stellt. (…). #00:02:01-9#

Daneben wird auch das Bedürfnis geäußert, in den Gremien stärker über Fragen der praktischen Arbeit zu sprechen, zu denen auch Ressourcenprobleme gerechnet werden.

B: Wir ham die Trägerversammlung Sucht. Da geht es halt viel um Zahlen, Statistik. Also man versucht da jetzt auch so'n Grundstock rein zu legen. Aber was halt auch immer wieder dort Thema ist, dass es an Personal fehlt. Und wirklich ändern tut sich jetzt nichts. Es geht auch nich so sehr um praktische Dinge. Das würde ich mir manchmal wünschen. Dass es mehr um praktische Fragen geht. Aber es muss natürlich auch n Gremium geben, oder n Ort geben, wo die theoretischen Hintergründe auch mit bedacht werden. Das is schon richtig. #00:04:38-8#

4.2.3.8 Bedarf nach verbindlicherer Kooperation

Die Frage, ob die Verbindlichkeit der Kooperation, z.B. über vertragliche Vereinbarungen noch gesteigert werden sollte, provoziert geteilte Auffassungen.

Befürworter einer verbindlicheren Kooperation betonen den Wert fester Absprachen, wobei sie diese allerdings auf unterschiedliche Aspekte beziehen. Hier werden Qualitätskriterien, definierte Zuständigkeiten, Kapazitätsregelungen und Satzungen bzw. Geschäftsordnungen genannt.

Einer verbindlicheren Kooperation wird die Fähigkeit zugesprochen, Übergänge im Hilfeprozess zu erleichtern und Drehtüreffekte zu vermeiden. Eine höhere Verbindlichkeit würde helfen, gegenseitige Erwartungen zu klären und Enttäuschungen vorzubeugen.

Als konkrete Themen für eine verbindlichere Kooperationsgestaltung werden Behandlungsabläufe für mehrfachabhängige Klienten genannt sowie die Möglichkeit, statistische Kennzahlen als Qualitätsindikatoren zu entwickeln.

Skeptiker einer größeren Verbindlichkeit sehen keinen Sinn in engeren Absprachen, da die Zusammenarbeit aus ihrer Sicht hinreichend verbindlich geregelt ist, gut funktioniert und mehr Regelungen keinen Vorteil mit sich bringen würde. Als weitere Argumente werden der für vertragliche Regelungen erforderliche Ressourcenaufwand genannt und die damit einhergehende Einschränkung von Handlungsspielräumen, die einem flexiblen Handeln im Alltag entgegenstehen. Auch Datenschutzargumente werden als Hinderungsgrund angeführt. Die Idee schriftlicher Kooperationsvereinbarungen wird auch als Ausdruck einer Motivation der Kostenträger interpretiert, Kosten einzusparen.

4.2.3.9 Hilfesteuerung durch Case Management

Die Reaktionen der Interviewpartner auf diese Frage sind oft zunächst verhalten, da vielen zunächst klärungswürdig erscheint, was überhaupt unter Case Management (CM) im Suchtbereich verstanden werden kann. Die Möglichkeit der Implementierung eines übergreifenden einzelfallbezogenen Case-Managements wird von vielen Interviewten eher skeptisch eingeschätzt, auch wenn sie für das Konzept grundsätzlich offen sind. Gleichzeitig betonen mehrere Gesprächspartner, die Selbsthilfe eingeschlossen, dass ihre derzeitige Tätigkeit bereits CM-Funktionen beinhalte. Hier spiegelt sich sehr klar die in Kap. 3.2. beschriebene Segmentierung von Versorgungsstrukturen der Suchthilfe, die auch eine eindeutige Zuordnung von CM-Aufgaben erheblich erschwert, weil sich bereits im bestehenden System mehrere Instanzen eine Steuerungsfunktion zuschreiben. Weiterhin wird auch die Auffassung vertreten, dass die von einem CM erwarteten Effekte bereits durch die bestehenden Absprachen und Kooperationen erreicht werden.

Als Argument für die Einführung von CM wird genannt, dass dieses die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und Hilfeinstanzen verbessern würde. Diese Argumentation entspricht der von BAUDIS (2007) vertretenen Auffassung, dass verstärkte Kooperation gleichsam die notwendige Konsequenz eines funktionierenden CM darstellt.

In den Interviews überwiegen allerdings Skepsis und kritische Stellungnahmen, die sich aus unterschiedlichen Argumenten speisen. Aus Sicht einiger Beteiligter wird der Hilfezugang durch die Einrichtung einer weiteren Instanz erschwert, auch weil mit dem Anspruch der Gesamtsteuerung ein Autonomieverlust der Klienten einhergehe, der sich sowohl auf die informationelle Selbstbestimmung als auch auf das Wunsch- und Wahlrecht bezieht.

> *B: Also bin ich ganz ehrlich. Halt ich nich viel von weil damit, (...) weiß ich nich/ Sitzt dann ein Mensch da, wo dann der Süchtige hingeht und der sagt: "Du gehst zur Diakonie, du gehst zur Caritas" Oder was weiß ich, oder: "In das Suchtzentrum" und und und. Also das finde ich eigentlich n Rückschritt und/ Also ich sach mal katastrophal für das Klientel. Weil damit werden wir denk ich mal erheblich weniger erreichen, weil die Schwelle viel höher ist. (…) #00:23:21-1#*

Speziell eine organisatorische Anbindung an die Verwaltung wird als schwierig erachtet. Es wird die Befürchtung geäußert, dass die Steuerungsfunktion eines CM zu einer Bevorzugung und Benachteiligung einzelner Einrichtungen führt und dazu benutzt wird, Kosten zu sparen. Interviewpartner äußern auch die Erwartung negativer Effekte in Bezug auf den Hilfeprozess, insbesondere eine Verkomplizierung der Abläufe mit der Folge einer Demotivierung von Mitarbeitern durch die Verknappung der Ressourcen, die für die unmittelbare Klientenarbeit benötigt werden.

Hier spiegelt sich ein Interessengegensatz zwischen den Steuerungswünschen einer Verwaltung und dem Autonomiebedürfnis freier Träger wider. Die mit dem Case Management-Begriffs verbundenen Unklarheiten wecken Befürchtungen hinsichtlich einer Einschränkung der professionellen Handlungsautonomie in den Einrichtungen der Suchthilfe. Argumentiert wird dabei durchweg mit der Interessenlage der Klienten. Allerdings wird ein CM nicht pauschal abgelehnt, sondern die Skepsis differenziert begründet. Betont wird vor allem der Bedarf einer genauen Aufgabenklärung von CM im bestehenden Hilfesystem.

Insbesondere Vertreter der Selbsthilfe bringen hier auch das Argument der Eigenverantwortung und Mündigkeit der Betroffenen ins Spiel. Dieses scheint aus ihrer Sicht nicht mit der Vorstellung von einer übergreifenden Fallsteuerung vereinbar zu sein, vor allem dann nicht, wenn diese zu einer Bevormundung der Betroffenen führt. Es herrscht auch nicht die Auffassung, dass für eine derartige Steuerungsinstanz ein besonderer Bedarf besteht.

> *B11: Fänd ich jetzt auch ned so wichtig. Oder auch ned so sinnvoll. Weil ich denk mal, er hat dann irgendwann, wenn ma die Sucht in Griff hat. Dass ma selbstständig agieren will auch. Dass ma selber erstmal gucken will. Die Fühler ausstrecken will. Und das ein oder andere mal ausprobieren. Also ich für mich könnt mir ned vorstellen, wenn da jemand wär der sacht jetzt musste das machen, jetzt musste das machen. Und jetzt gehste ma da hin. Also da würd ich sagen stopp mal. Ich will jetzt auch mal alleine klar kommen. #01:43:03-5#*

Aus Sicht der gängigen CM-Ansätze ließen sich auf alle der geäußerten Bedenken Entgegnungen formulieren, wie z.B. der Verweis auf das advokatorische Grundverständnis und das Prinzip der Klientenautonomie. Die im Zusammenhang der vorliegenden Interviewfrage geäußerten Argumente geben allerdings wichtige Hinweise auf offene Fragen, die bei einer Implementierung von CM-Ansätzen befriedigend beantwortet werden müssen.

4.2.3.10 Vision Fulda 2025

Ziel dieser Frage war es, den Interviewpartnern die Möglichkeit zu geben, auch unabhängig von Sachzwängen und Rahmenbedingungen der Gegenwart Zielvisionen zu formulieren und diese imaginativ „auszuschmücken“. Dies ist ein Mittel, Informationen über Vorstellungen der Interviewpartner zu erfassen, die nicht durch die Erfahrung alltäglicher Sachzwänge gefiltert sind und schnell einer stillschweigend vorausgesetzten Norm zum Opfer fallen, nur im Rahmen eines pragmatischen Realismus zu argu-

mentieren. Die Antworten sind entsprechend vielfältig und reichen von gesellschafts- und suchtpolitischen Vorstellungen („Entthronung von ‚König Alkohol'", „Zurückdrängen des Glücksspiels"), gesetzlichen Änderungen (höhere Besteuerung von Alkohol; Auflage von Sozialleistungsstunden für aufgrund von Alkoholmissbrauch notfallmedizinisch behandelten Jugendliche) bis zu sehr konkreten Wünschen, z.B. bzgl. der Entwicklung neuer Angebote und einer Weiterentwicklung der Kooperation zwischen den Einrichtungen.

Häufig werden in den Antworten Aspekte aufgegriffen, die bereits an anderer Stelle genannt und beschrieben worden waren, wie die Erschließung des ländlichen Raumes mit Beratungsangeboten, ein stationäres Angebot für nicht abstinenzfähige Suchtkranke, ein Ausbau der Prävention, eine spezielle Tagesklinik für Abhängigkeitsstörungen, einen Ausbau der Psychiatrischen Institutsambulanz, spezielle Angebote für die Kinder von Suchtkranken und Hilfen für Menschen mit einer computerbezogenen Abhängigkeitsstörung. Für die Erschließung des ländlichen Raumes wird konkret die Einbindung der Suchtberatung in eine multiprofessionelle Sozial- und Lebensberatung oder in Arztpraxen vorgeschlagen, um die Zugangsschwelle zu senken und die Anonymität der Betroffenen zu wahren.

Zukunftswünsche werden formuliert hinsichtlich einer Verbesserung der finanziellen Ausstattung der Suchthilfe, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Diese Vorstellungen werden z.T. sehr konkret beschrieben, z.B. als Forderung von zwei weiteren Vollzeitstellen für die ambulante Beratung bzw. einer Orientierung der Personalausstattung der Beratungsstellen an einem Schlüssel von 1:100. Konkret gefordert wird auch eine deutliche Reduzierung des Anteils der kirchlichen Eigenmittel an der Finanzierung der Suchtberatungsstellen.

Vertreter der Selbsthilfe formulieren die Vision eines zentralen Informationstages der Selbsthilfe im ganzen Landkreis und einer institutionellen Stärkung des Selbsthilfebüros.

4.2.3.11 Offen gebliebene Fragen / Aspekte

Die letzte Frage zielt auf Inhalte, die im Rahmen des Leitfadens im bisherigen Interviewverlauf nicht erfasst, von den Gesprächspartnern aber für wichtig gehalten werden.

Die hier geäußerten Inhalte beziehen sich insbesondere auf die Frage der Finanzierung und Weiterentwicklung der Suchthilfe. Zum einen wird auf die Verantwortung der öffentlichen Hand für eine ausreichende und kostendeckende Finanzierung der Suchtberatung hingewiesen. Zum anderen wird die Frage der Prioritären bei der Beurteilung der Hilfeangebote problematisiert. Während die finanzielle Ausstattung des Basisangebotes der Beratungsstellen als prekär beschrieben wird, besteht der Eindruck, einem immer höheren Anspruch an Innovation und Effektivität ausgesetzt zu sein. Dies findet seinen Ausdruck in steigenden Anforderungen in Bezug auf Dokumentation und Qualitätssicherung, aber auch in der Erwartung, auf fortlaufend neu benannte Bedarfe flexibel zu reagieren. Diese als Anspruchshaltung erlebten Erwartungen in Verbindung

mit als unzureichend empfundenen Ressourcen werden als belastend für die Mitarbeiter und als Ausdruck eines Optimierungswahns wahrgenommen.

B: (…) Ich möchte einfach mal so versuchen, diese Ansprüchlichkeiten, die Menschen oder auch Institutionen oder auch Organisationen haben, die so'n bisschen, sagen wer mal auf n normales Maß zurück zu fahren. Deswegen hab ich jetzt mal das n bisschen so ungefähr formuliert. Manchmal gibt es neben dem Datenerhebungswahn, was für mich wirklich n Wahn is. So viel brauch man nich. Dan n realistischer Bezug is gut. Aber es gibt auch so ne Art Optimierungswahn. (…) Ich find das Angebot toll. Aber manchmal glaubt man dann eben könnte man nich doch noch etwas NOCH besser machen als es eigentlich schon is. Klar kann man das immer. Aber der Aufwand muss sich auch immer sagen wer mal in Grenzen halten. Das finde ich wichtig. Also lieber finde ich ne ordentliche GRUNDversorgung. (…). Wenn man DAFÜR Sorge tragen könnte. Das fände ich eigentlich sinnvoll. Sodass die ganze Sache gesund bleibt. (…) #00:39:19-7#

An dieser Stelle sollen auch einige Aspekte Erwähnung finden, die in der der Gruppendiskussion mit den Selbsthilfevertretern thematisiert werden, aber nicht zu den jeweiligen Items des Leitfadens passen. Hier ist zum einen das Thema Stigmatisierung zu nennen. An verschiedenen Stellen wird von den Teilnehmern der Diskussion darauf hingewiesen, dass Suchtkranke von vielfältigen negativen Folgen ihrer Erkrankung betroffen sind. Diese bestehen z.B. in finanziellen Problemen, in Einschränkungen wie dem Verlust der Fahrerlaubnis, im Verlust sozialer Beziehungen und in den Auswirkungen strafrechtlicher Verfolgung. In Verbindung mit einer fehlenden Toleranz und Wertschätzung durch die Umwelt und einem Verlust an Selbstachtung führen diese Problembündelungen z.T. zu schweren persönlichen Krisen, die auch die Gefahr der Suizidalität beinhalten.

Die Stigmatisierung von Konsumenten illegaler Drogen wird besonders betont, auch mit dem Hinweis, dass auch innerhalb der Selbsthilfe gegenüber dieser Gruppe von Betroffenen Vorbehalte bestehen.

Ein anderer von Vertretern der Selbsthilfe thematisierter Aspekt ist die erlebte fehlende Wertschätzung ihres Engagements. Dies wird z.B. an den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Förderung aufgezeigt, die als bürokratisch und unangemessen empfunden werden.

B: Aber wie die Säule, was wir leisten, als Selbsthilfegruppen. Ich sag's mal in Zahlen. Ich krieg für meine Gruppe - meine Gruppe is 16 Mann stark - 400 Euro im Jahr. Da muss ich Anträge stellen. Da muss ich Bescheinigungen. Da muss ich alles aufheben. Da hab ich am Jahresende ewig und n Weilchen zu tun, dass ich so'n Bettelbrief da los schicken kann. Wenn ich einen einzigen, der keine stationäre Behandlung gemacht hat, der nichts gemacht hat, der nur zu mir in die Gruppe gekommen ist. Und ich hab davon vier Stück in meiner Gruppe drinne. Wenn ich nur einen davon bewahre, dass er ne stationäre Behandlung macht. 30.000 Euro, die stationäre Behandlung. 400 Euro krieg ich im Jahr. Da kann ich vierzig Jahre lang, kann ich praktisch gesehen die 400 Euro nehmen. Und dafür müsst ich noch betteln. Wissen se, wie mir da der Hals steht? Das sag ich den auch dann am Telefon. Ich schäm mich schon bald, diese 400 Euro zu beantragen. Weils einfach ne Zumutung is, irgendwo da so zu tun. Und was die Krankenkassen da drin sparen. Ich

hab's Ihnen jetzt gesagt. An Zahlen. 400 Euro im Jahr. Da muss ich betteln. Und da leg ich noch vier fünf Stunden drauf, um Bescheinigungen und dies und jenes und das und das. Alles aufzuführen, wie viel Raucher, Pie pa po. Jetzt wissen se, warum mir grade der Kragen geplatzt is. #01:28:17-7#

4.3 Ergebnisse der schriftlichen Befragungen

Im Rahmen ihrer Master-Arbeit im Studiengang Sozialraumentwicklung und –organisation an der Hochschule Fulda führten Anna Woile und Norbert Nowak im August 2015 zwei schriftliche Befragungen durch, an der jeweils das Kreisjobcenter Fulda und eine Reihe gemeindepsychiatrischer Einrichtungen im Landkreis Fulda beteiligt waren.

Für die Befragungen wurden zwei Fragebögen erstellt, die in Anlage 4 und 5 dokumentiert sind. Die Befragungen wurden als Online-Befragung mit dem Programm GrafStat durchgeführt und ausgewertet. Ziel der Befragungen war es, zu erfassen, in welchem Ausmaß Mitarbeiter der befragten Einrichtungen mit Abhängigkeitsstörungen konfrontiert sind und das wahrgenommene Ausmaß des Gebrauchs unterschiedlicher Suchtmittel zu erheben. Ebenso wurde die Häufigkeit nicht subtanzbezogener Abhängigkeitsstörungen erfragt. Weitere Items bezogen sich auf spezifische Merkmale der betroffenen Kunden bzw. Klienten, die den Beratungsprozess potentiell erschweren (Störungseinsicht, Sprachkompetenz), Belastungen und subjektive Bewältigungskompetenz der Mitarbeiter, die Einschätzung der Angebotsstruktur und die Bewertung der Kooperation mit den Suchthilfeeinrichtungen des Landkreises.

Bei der Befragung im Kreisjobcenter wurden die Erfahrungen der Mitarbeiter mit der bestehenden Rahmenvereinbarung nach § 16a SGB II mit den Beratungsstellen des Landkreises einbezogen.

4.3.1 Kreisjobcenter Fulda

Der Bitte um Beantwortung des Online-Fragebogens kamen 34 von 56 Mitarbeitern des Kreisjobcenters nach. Dies entspricht einer Rücklaufrate von 60,7%.

4.3.1.1 Anteil der Kunden mit Suchtproblemen

Abb. 2 Anteil von Kunden mit Suchtproblemen

Die Verteilung der Antworten zeigt, dass Suchtprobleme im Beratungsalltag der Befragten durchaus einen relevanten Stellenwert haben. Immerhin 24 von 34 Befragten schätzen den Anteil der Kunden mit Suchtproblemen auf über 10%. Geht man davon aus, dass im Arbeitsalltag des Jobcenters weniger riskanter Konsum als Missbrauch oder Abhängigkeit auffällig wird und geht man von den im Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 festgestellten summierten Prävalenzraten von 6,5% aus. So würde sich bei Annahme einer Verdoppelung dieser Prävalenzrate für Menschen in Arbeitslosigkeit ein Wert von 13% nur für den Bereich Alkohol ergeben. Demnach erscheinen die Schätzungen der Mitarbeiter des Kreisjobcenters recht realistisch.

4.3.1.2 Art der wahrgenommenen Suchtprobleme

Tab 7: Substanzbezogene Suchtprobleme im Kreisjobcenter Fulda

Substanz / Häufigkeitsklasse	<5%	5-10%	10-20%	20-50%	>50%	∑	k.A.
Alkohol	2 (5,88%)	7 (20,59%)	8 (23,53%)	12 (35,29%)	5 (14,71%)	34	
Schlaf- und Beruhigungsmittel	10 (41,67%)	6 (25,00%)	6 (25,00%)	2 (8,33%)	0 (0,00%)	24	10
Cannabis	10 (33,33%)	8 (26,67%)	7 (23,33%)	5 (16,67%)	0 (0,00%)	30	4
Andere illegale Drogen	15 (50,00%)	8 (26,67%)	4 (13,33%)	3 (10,00%)	0 (0,00%)	30	4

Sonstige: <5%: 20 (83,33%) 5-10%: 4 (16,67%) mehr: 0 (0,00%)

Tab. 8: Substanzunabhängige Suchtprobleme im Kreisjobcenter Fulda

Verhalten / Häufigkeitsklasse	<5%	5-10%	10-20%	20-50%	>50%	∑	k.A.
Glücksspiel	18 (62,07%)	5 (17,24%)	5 (17,24%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	29	5
Kaufsucht	17 (68,00%)	7 (28,00%)	1 (4,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	25	9
Computerspiel-Sucht	12 (44,40%)	7 (25,93%)	5 (18,52%)	3 (11,11%)	0 (0,00%)	27	7
Soziale Netzwerke	14 (53,85%)	3 (11,54%)	3 (11,54%)	4 (15,38%)	2 (7,69%)	26	8

Sonstige: <5%: 18 (85,71%) 5-10%: 3 (14,29%) mehr: 0 (0,00%)

Mehrfachabhängigkeit: <5%: 9 (33,33%) 5-10%: 13 (48,15%) mehr: 5 (18,52%)

In den Tabellen sind außer den absoluten Werten auch die Prozentwerte der Häufigkeitsklassen vermerkt. Dabei muss angemerkt werden, dass dies angesichts der Stichprobengröße (n=34) eigentlich eine unzulässige Verallgemeinerung darstellt.

Erwartungsgemäß werden Probleme mit Alkoholkonsum am häufigsten beobachtet. Alle anderen Substanzen treten dem gegenüber in den Hintergrund. Die Hälfte der Befragten schätzt den Anteil alkoholbedingter Suchtprobleme auf mindestens 20%. Angesichts der bereits in Kap. 3.4.4 erwähnten Prävalenz von alkoholbedingten Abhängigkeitsstörungen bei Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit von 25% (Pockrand u.a. 2007) erscheinen diese Schätzungen plausibel.

Bei der Betrachtung zu den wahrgenommenen Problemen mit Cannabis fällt auf, dass immerhin 20 von 34 befragten Mitarbeitern deren Häufigkeit mit 5% oder höher einschätzen. Geht man von der Hypothese aus, dass sich bei Menschen in Arbeitslosigkeit die Prävalenz für Cannabis-bedingte Störungen ähnlich wie beim Alkohol um den Faktor 2 bis 4 erhöht, wäre ausgehend von den Werten des epidemiologischen Suchtsurveys mit einer Störungsrate von 2 bis 4% zu rechnen. Die Schätzungen im Kreisjobcenter erscheinen hier vergleichsweise hoch, ein Ergebnis dem nachgegangen werden könnte.

4.3.1.3 Merkmale der Kunden

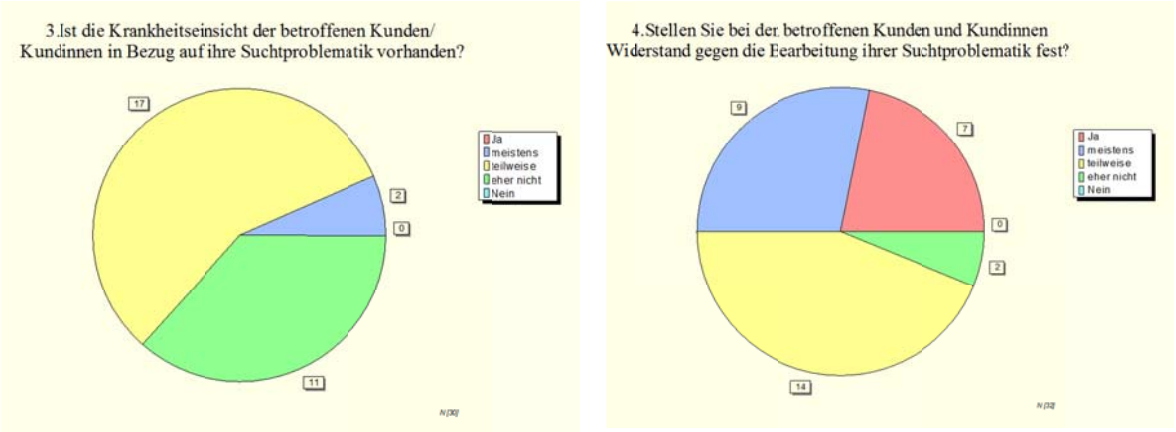


Abb. 3: Krankheitseinsicht und Behandlungswiderstand

Eine zumindest teilweise fehlende Krankheitseinsicht ist nach Einschätzung aller Befragten ein wesentliches Merkmal von Kunden mit Suchtproblemen. Allerdings erleben immerhin 23 von 34 Befragten keinen oder nur teilweise Widerstand der Kunden gegen eine Bearbeitung ihrer Suchtproblematik.

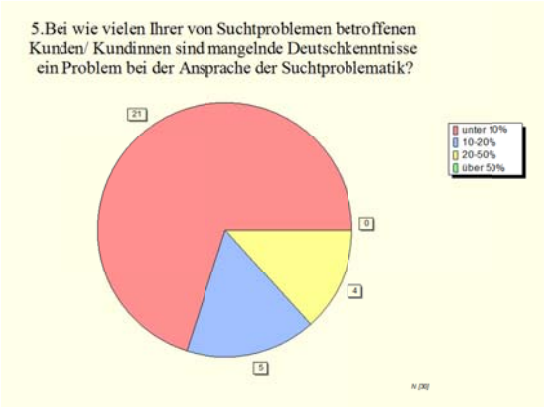


Abb. 4: Mangelnde Deutschkenntnisse

Sprachprobleme behindern die Bearbeitung wahrgenommener Suchtprobleme nicht im wesentlichen Umfang. 21 von 34 Mitarbeitern schätzen den Anteil der Betroffenen mit entsprechenden mangelnden Deutschkenntnissen auf unter 10%.

4.3.1.4 Probleme und Kompetenzen der Mitarbeiter

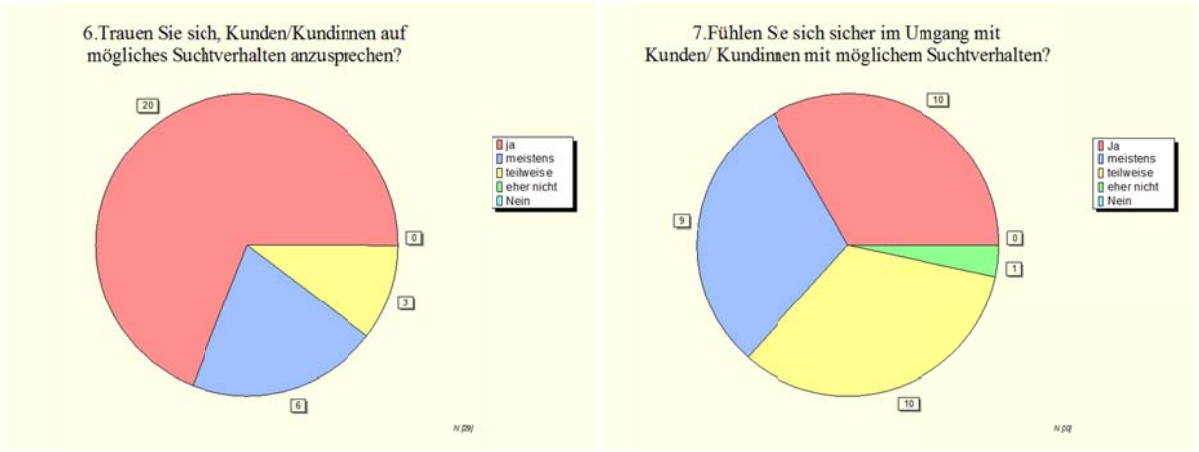


Abb. 5: Verhaltenssicherheit der Mitarbeiter des Kreisjobcenters

26 von 34 Befragten haben mit der Thematisierung von Suchtproblemen in der Beratung kein Problem. Lediglich drei Befragte nennen teilweise Schwierigkeiten. Im Umgang mit den betroffenen Kunden fühlen sich 19 von 34 zumindest meistens sicher, 10 Befragte nur teilweise.

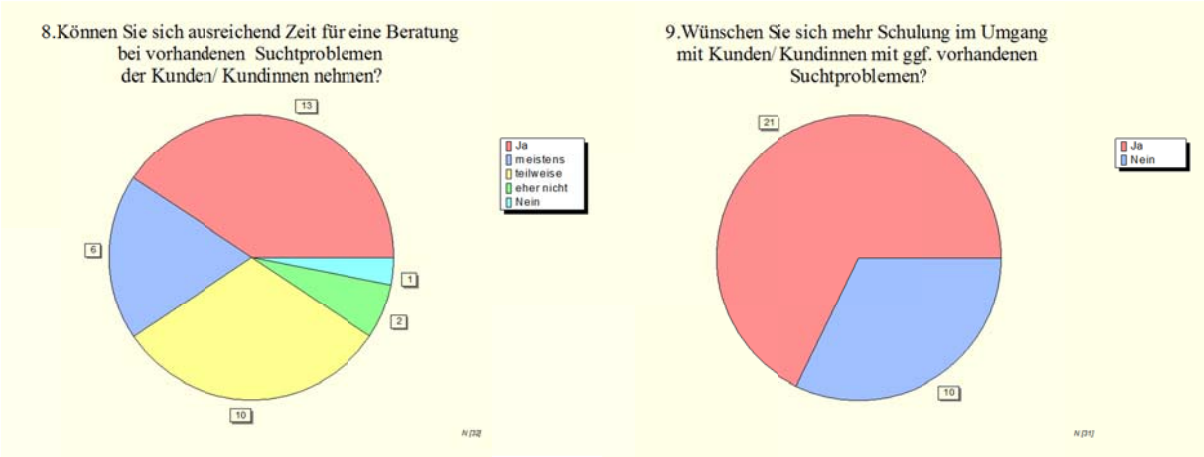


Abb. 6 Zeitliche Ressourcen und Schulungsbedarf

Die Beratung von Kunden mit Suchtproblemen beansprucht auch zeitliche Ressourcen, 19 Befragte geben an, dass diese immer oder meistens ausreichen, 13 äußern, dass die erforderliche Zeit zumindest teilweise fehlt. 21 von 34 Befragten wünschen sich mehr Schulung im Umgang mit den betroffenen Kunden.

4.3.1.5 Kooperation mit der Suchthilfe

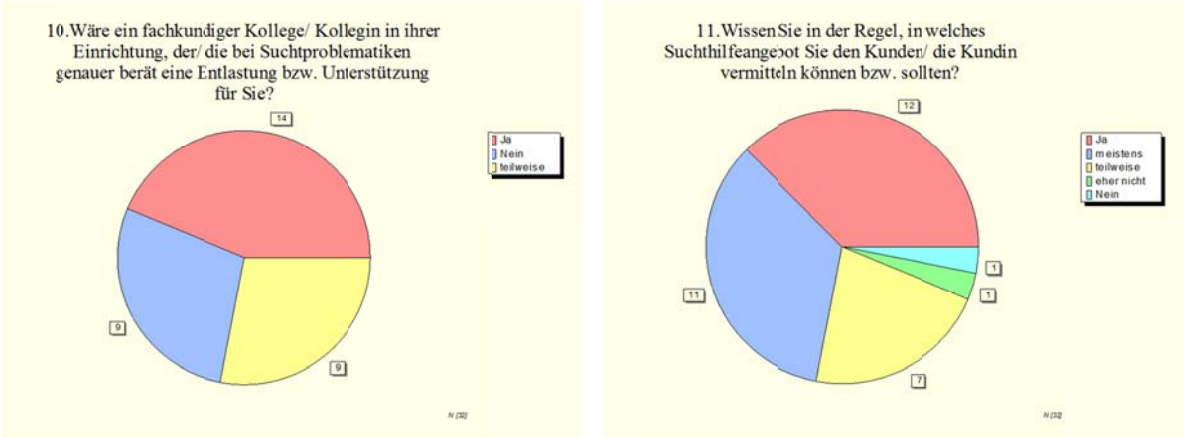


Abb. 7: Bedarf an Spezialisierung und Vermittlungskompetenz

Eine interne Spezialisierung von Kollegen auf die Beratung von Kunden mit Suchtproblemen wäre aus Sicht von 14 von 34 Befragten eine Unterstützung. 9 Befragte verneinen dies und weitere 9 sehen in der Spezialisierung teilweise eine Unterstützung.

Über in Frage kommende Angebote der Suchthilfe sind die Befragten relativ gut informiert. 23 Mitarbeiter von 34 wissen zumindest meistens Stellen, an die sie Betroffene vermitteln können.

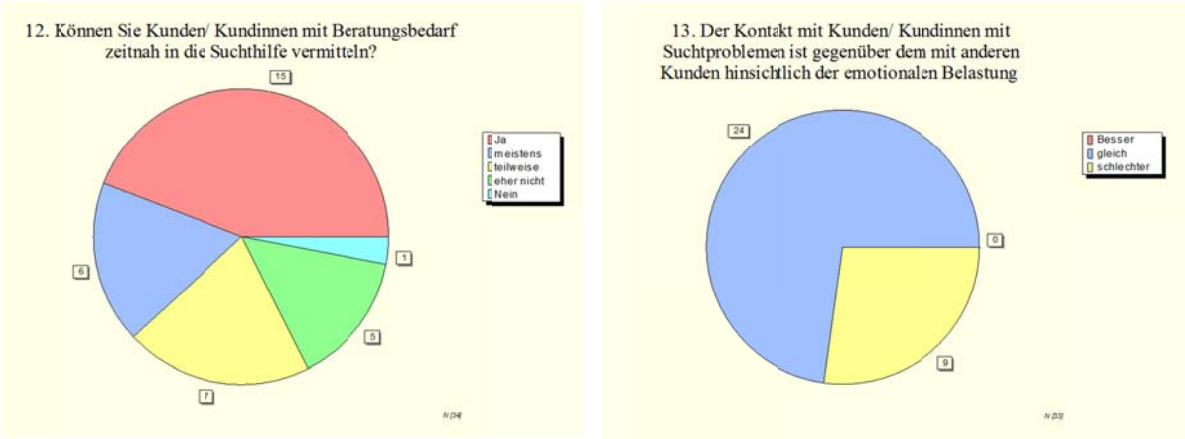


Abb. 8: Zeitnahe Vermittlung und emotionale Belastung

Nach Auskunft von 21 der 34 Befragten gelingt zumindest meistens eine zeitnahe Vermittlung der betroffenen Kunden in die Suchthilfe. 13 geben an, dass ihnen eine zeitnahe Vermittlung nur teilweise bis gar nicht gelingt.

Der Kontakt mit den betroffenen Kunden wird von der Mehrzahl der Befragten nicht als emotional belastender empfunden als die Arbeit mit Kunden ohne Suchtprobleme. 9 von 34 Befragten geben eine höhere emotionale Belastung an.

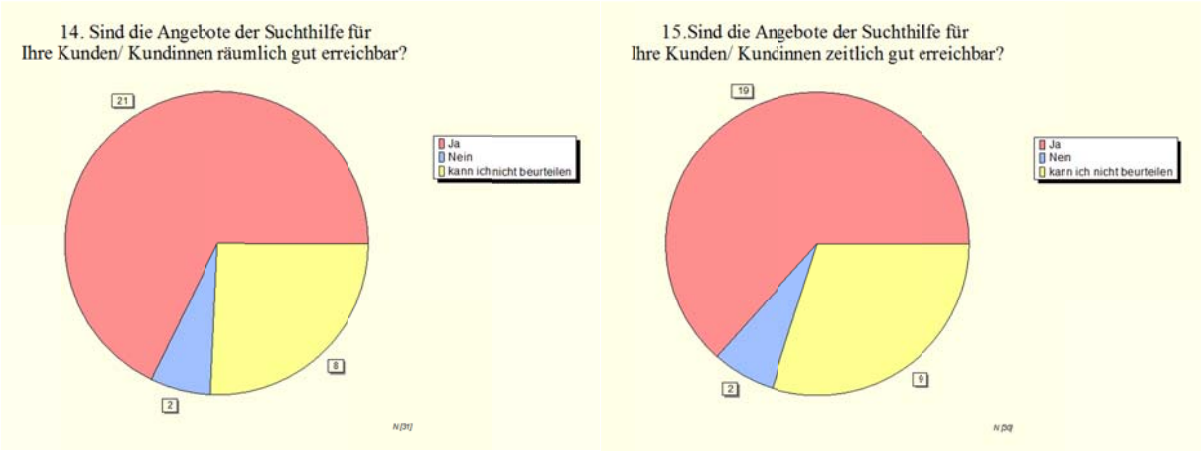


Abb. 9: Räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der Suchthilfe

Die Mehrheit der Befragten erleben die Angebote der Suchthilfe als räumlich und zeitlich gut erreichbar. Nur jeweils 2 von 34 Personen verneinen dies explizit. 8 bzw. 9 Befragte geben an, dies nicht beurteilen zu können.

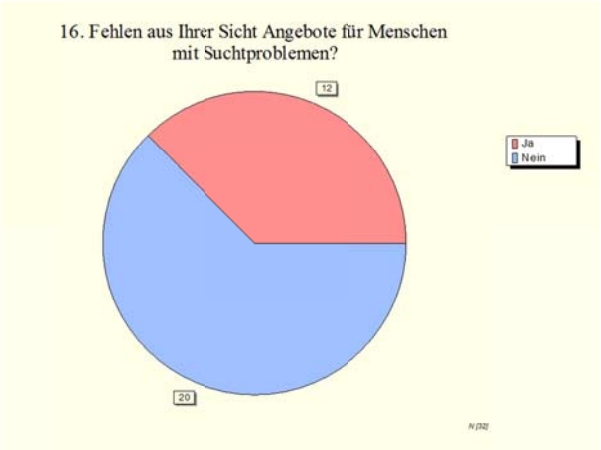


Abb. 10: Wahrnehmung von Versorgungsdefiziten

Das Angebot an Hilfen wird von 20 der 34 Befragten als ausreichend eingeschätzt. 12 geben an, dass Angebote fehlen. Auf die offene Frage, welche Angebote fehlen würden, erfolgen 10 Nennungen, die z.T. auf mehrere Aspekte beinhalten. Dabei beziehen sich drei Angaben auf die Frage der räumlichen Erreichbarkeit, zwei auf aufsuchende Hilfen, eine Nennung auf Maßnahmen zur Einwirkung auf die Krankheitseinsicht, eine Angabe auf tagesstrukturierende Maßnahmen, eine Nennung auf die Nachbetreuung nach stationärem Aufenthalt, eine Nennung auf Elternberatung und ein Hinweis auf Wohnangebote zur Vorbereitung auf die Therapie. Eine befragte Person bezeichnet die Kapazität der ambulanten Suchtberatung als unzureichend.

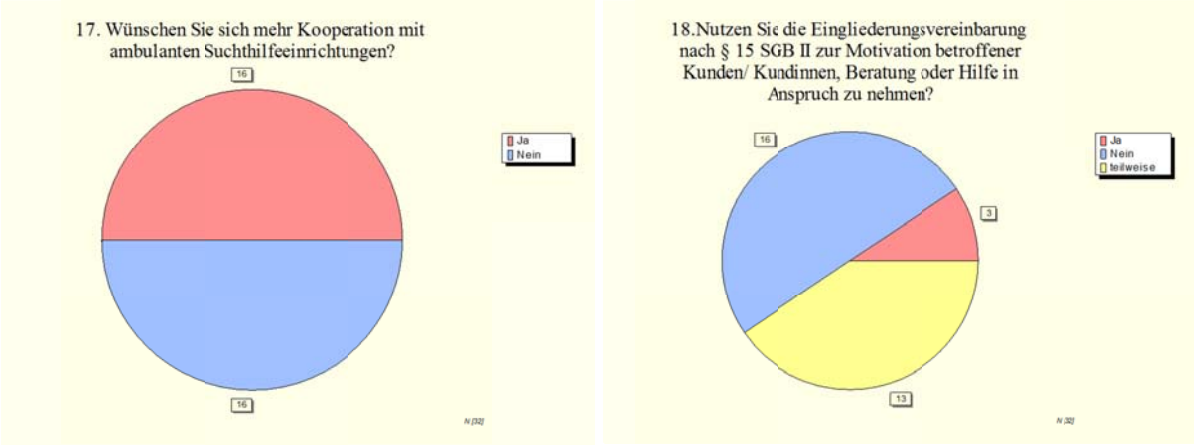


Abb. 11: Kooperationsbedürfnis und Nutzung der Eingliederungsvereinbarung

Etwa die Hälfte der Befragten wünscht sich eine engere Kooperation mit den ambulanten Suchteinrichtungen. Auf die Frage, worin diese Kooperation bestehen solle, erfolgten Angaben von 11 Mitarbeitern. Davon beziehen sich acht Angaben auf einen engeren Informationsaustausch über den Fallverlauf, eine Angabe auf die zeitnahe Versorgung, drei Hinweise auf Fortbildungsbedarf und ein Hinweis auf gemeinsame Beratungstermine.

Die Hälfte der befragten Mitarbeiter nutzt zumindest teilweise die Möglichkeit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II, um Kunden zur Inanspruchnahme von Hilfe zu motivieren. Die andere Hälfte greift gar nicht auf dieses Mittel zurück.

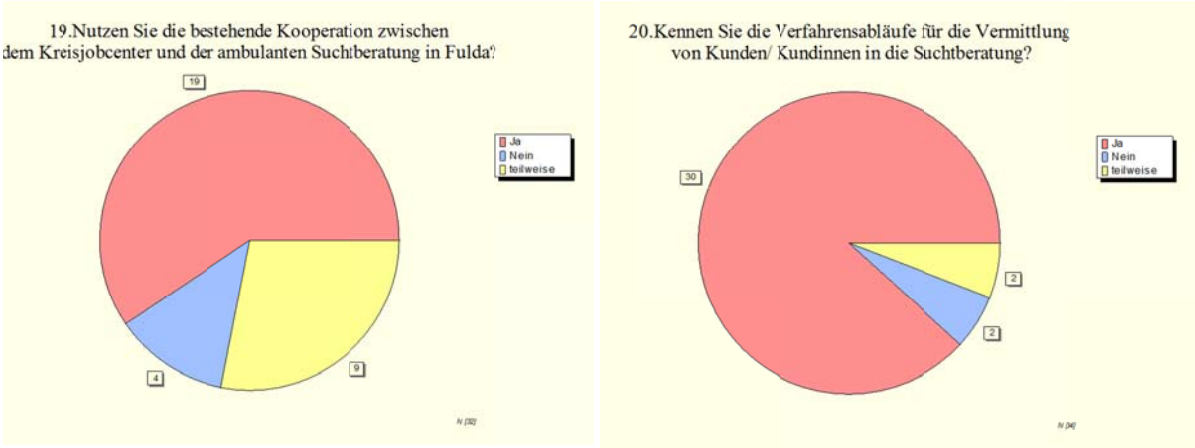


Abb. 12: Nutzung der Kooperationsvereinbarung und Kenntnis der Verfahrensabläufe

Die bestehende Vereinbarung nach § 16a SGB II zwischen dem Kreisjobcenter und den Suchtberatungsstelen in Fulda wird von 28 der 34 befragten Mitarbeiter zumindest teilweise genutzt. Der Verfahrensablauf ist der der überwiegenden Mehrheit der Befragten bekannt.

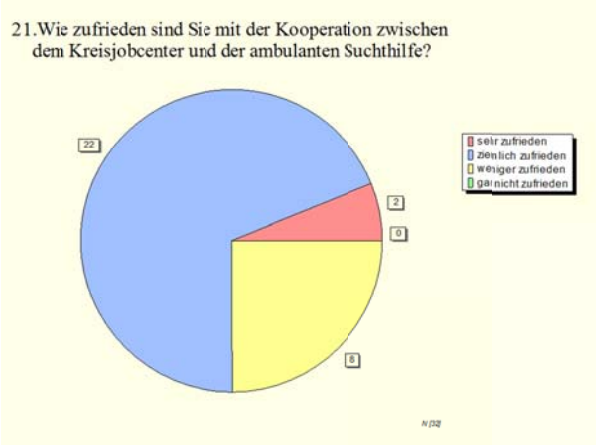


Abb. 13: Zufriedenheit mit der Kooperation

Etwa drei Viertel der Befragten (22 von 34)sind mit der Kooperation zwischen Kreisjobcenter und ambulanter Suchthilfe zumindest ziemlich zufrieden. 8 Befragte äußern sich als weniger zufrieden.

4.3.2 Gemeindepsychiatrie

Der Rücklauf aus den angesprochenen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Diensten war wesentlich geringer als bei der Befragung im Kreisjobcenter. 20 von 66 angesprochenen Mitarbeitern beantworteten den Online-Fragebogen (Anlage 5), was einer Rücklaufrate von 30,3% entspricht. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass eine Trägergesellschaft sich aus organisatorischen Gründen nicht an der Befragung beteiligte. Dadurch kam es zu einer systematischen Beeinträchtigung der Aussagekraft dieses Teils der Befragung, da der betroffene Leistungsanbieter alle Tagesstätten für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Landkreis betreibt.

Tagesstätten sind teilstationäre Einrichtungen für *„Personen, die gem. § 2 SGB IX LV.m. § 53 SGB XII nicht nur vorübergehend seelisch wesentlich behindert sind, wegen der Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht in der Lage sind, die Anforderungen zu erfüllen, die mit dem Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen verknüpft sind bzw. die aufgrund der Dauer ihrer seelischen Behinderung und deren Folgeerscheinungen in ihrer Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung und sozialen Eingliederung dauerhaft behindert bzw. von einer solchen Behinderung bedroht sind"* (Hessischer Rahmenvertrag n. § 79 Abs. 1 SGB XII, Anlage 7).

Durch das Fehlen der Tagesstätten in der Stichprobe wird ein wesentliches Leistungssegment der Gemeindepsychiatrie nicht erfasst. Dies führt zusammen mit dem relativ geringen Rücklauf und der geringen Größe der Stichprobe zu einer eingeschränkten Interpretierbarkeit der Ergebnisse.

Tab. 9 gibt eine Übersicht über die beteiligten gemeindepsychiatrischen Einrichtungen.

Tab. 9 Beteiligte Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie

Träger	Einbezogene Angebote
Die Brücke e.V. Fulda	• Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen in Fulda und Hilders • Betreutes Wohnen
Sozialdienst katholischer Frauen Fulda e.V.	• Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle • Betreutes Wohnen
Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.	• Ambulant Betreutes Wohnen
Wabe gGmbH Flieden	• Ambulant Betreutes Wohnen • Wohnheim • Außenwohngruppe für Erwachsene • Außenwohngruppe für Jugendliche
Caritasverband für die Diözese Fulda	• Wohnheim Maberzell • Werkstatt Charisma (WfMmB)

Die folgenden Abschnitte geben eine Übersicht über die Ergebnisse. Auf eine grafische Darstellung wird angesichts der Größe der Stichprobe verzichtet, ebenso auf eine Angabe von Prozentwerten. Die Angaben in den Tabellenfeldern entsprechen der Anzahl der Nennungen.

4.3.2.1 Anteil der Klienten mit Suchtproblemen

Tab. 10: Häufigkeit von Suchtproblemen in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen

Häufigkeitsklasse	<5%	5-10%	10-20%	20-50%	>50%	∑	k.A.
Nennungen	1	2	9	7	1	20	0

Den Anteil von Klienten mit Suchtproblemen schätzen die Befragten relativ hoch ein. 17 von 20 sehen den Wert über 10%, 8 von 20 Befragten sogar über 20%.

4.3.2.2 Art der wahrgenommenen Suchtprobleme

Tab. 11: Substanzbezogene Suchtprobleme in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen

Substanz / Häufigkeitsklasse	<5%	5-10%	10-20%	20-50%	>50%	∑	k.A.
Alkohol	3	5	6	4	1	19	1
Schlaf- und Beruhigungsmittel	4	3	5	4	0	16	4
Cannabis	9	3	1	1	0	14	6
Kokain	6	1	0	0	0	7	13
Heroin	6	1	0	0	0	7	13
Amphetamine	5	1	2	0	0	8	12
Halluzinogene	5	1	2	0	0	8	12
„Legal Highs“	5	3	0	0	0	8	12
Sonstige	7	1	2	2	0	12	8

Tab. 12: Nicht substanzbezogene Suchtprobleme in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen

Verhalten / Häufigkeitsklasse	<5%	5-10%	10-20%	20-50%	>50%	∑	k.A.
Glücksspiel	9	3	3	1	0	16	4
Kaufsucht	9	4	1	2	0	16	4
Computerspiel-Sucht	7	3	4	0	0	14	6
Soziale Netzwerke	5	3	2	0	0	10	10
Sonstige	6	2	0	2	0	10	10

Mehrfachabhängigkeit: <5%: 9 5-10%: 7 mehr: 4

Angesichts der geringen Anzahl der Nennungen sind die Ergebnisse nur schwer interpretierbar. Alkohol scheint auch hier eine wichtige Rolle zu spielen. Probleme mit Medikamenten mögen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eine gewisse Bedeutung zu haben, da viele der Betroffenen im Rahmen ihrer Behandlung mit entsprechenden Substanzen Erfahrungen sammeln. Für Mitarbeiter der Gemeindepsychiatrie ist die Unterstützung der verordnungsgemäßen Einnahme der Medikamente oft Teil des Arbeitsauftrages, so dass Missbrauch hier auch eher auffallen mag als im Kreisjobcenter.

Das Ausbleiben der Antwort auf die Nachfrage nach Problemen mit illegalen Substanzen und computerbezogene Abhängigkeitsstörungen deutet darauf hin, dass diese in der Wahrnehmung der Mitarbeiter eine eher geringe Rolle spielen.

4.3.2.3 Merkmale der Klienten

Tab. 13: Krankheitseinsicht, Widerstand und Vermittelbarkeit

	Krankheitseinsicht	Widerstand gegen Bearbeitung der Suchtproblematik	Erschwerte Vermittelbarkeit von Klienten mit schlechter Therapieprognose
Ja	0	3	3
meistens	2	5	2
teilweise	8	12	7
Eher nicht	10	0	3
Nein	0	0	3
Summe	20	20	18
Ohne Antwort	0	0	2

Tab. 14: Mangelnde Deutschkenntnisse als Erschwernis bei der Ansprache von Suchtproblemen

Unter 10%	18
10-20%	2
20-50%	0
Über 50%	0
Summe	20
Ohne Antwort	0

Tab. 15: Rehabilitationsprognose von Klienten mit Suchtproblemen

Gleich	4
Schlechter	14
Summe	18
Ohne Antwort	2

Mangelnde Krankheitseinsicht und Widerstand gegenüber einer Problematisierung des Suchtverhaltens scheinen auch für einen wesentlichen Teil der antwortenden Mitarbeiter aus den psychiatrischen Einrichtungen bekannte Probleme zu sein. Bei der Frage der Vermittelbarkeit sind die Ergebnisse uneindeutiger. Mangelnde Deutschkenntnisse sind für das Ansprechen von Suchtproblemen weniger ein Problem. Entsprechend den Erkenntnissen der Rehabilitationsforschung bescheinigen die meisten der Befragten der betroffenen Klienten eine schlechtere Prognose.

4.3.2.4 Probleme und Kompetenzen der Mitarbeiter

Tab. 16: Selbstvertrauen, subjektive Sicherheit, Vermittlungskompetenz

	Selbstvertrauen zur Ansprache von Suchtproblemen	Subjektive Sicherheit im Umgang	Ausreichende Zeit für Beratung	Kenntnis von Vermittlungsmöglichkeiten	Möglichkeit zeitnaher Vermittlung
Ja	14	7	7	10	4
Meistens	4	8	4	4	6
Teilweise	1	5	7	2	6
Eher nicht	0	0	2	3	4
Nein	0	0	0	0	0
Summe	19	20	20	19	20
Ohne Antwort	1	0	0	1	0

Tab. 17: Wunsch nach Schulung

Ja	13
Nein	7
Summe	20
Ohne Antwort	0

Tab. 18: Wunsch nach Spezialisierung

Ja	8
Nein	7
Teilweise	4
Summe	19
Ohne Antwort	1

Tab. 19: Emotionale Belastung im Vergleich zu nicht suchtbelasteten Klienten

Besser	0
Gleich	13
Schlechter	7
Summe	20
Ohne Antwort	0

Ähnlich wie im Kreisjobcenter haben die antwortenden Mitarbeiter aus der Gemeindepsychiatrie wenig Hemmungen, Suchtprobleme bei Klienten anzusprechen, erleben sich im Umgang mit suchtkranken Klienten überwiegend sicher und sind mit Möglichkeiten der Vermittlung gut vertraut. Zu dieser positiven Wahrnehmung passt auch, dass 13 von 20 Personen die emotionale Belastung durch suchtkranke Klienten im Vergleich nicht als größer wahrnehmen. Differenzierter fallen die Antworten auf die Fragen nach ausreichenden zeitlichen Ressourcen und Vermittlungsmöglichkeiten aus.

Trotz der bestehenden Eigenkompetenz äußern 13 von 20 Antwortenden den Wunsch nach Schulung. Eine Präferenz von Spezialisierungen in Bezug auf Klienten mit Suchterkrankungen lassen sich den Antworten nicht entnehmen.

4.3.2.5 Kooperation mit der Suchthilfe

Tab. 20: Erreichbarkeit von Angeboten der Suchthilfe für psychiatrische Klienten

	Räumliche Erreichbarkeit	Zeitliche Erreichbarkeit
Ja	12	12
Nein	1	3
Kann ich nicht beurteilen	7	5
Summe	20	20
Ohne Antwort	0	0

Tab. 21: Fehlende Angebote für Menschen mit Suchtproblemen

Ja	6
Nein	13
Summe	19
Ohne Antwort	1

Als Beispiele für fehlende Angebote wurden genannt: Angebote für Menschen mit Doppeldiagnosen, Angebote für Internet- bzw. Computer-Sucht, niedrigschwellige tagesstrukturierende Angebote, Werkstätten für suchtkranke Menschen, eine soziotherapeutische Einrichtung in der Stadt Fulda, eine Tagesklinik, Einzelgespräche.

Tab. 22: Wunsch nach mehr Kooperation

Ja	5
Nein	12
Summe	17
Ohne Antwort	3

Wünsche nach mehr Kooperation beziehen sich auf die Beratung bei Doppeldiagnosen, die Schaffung stationärer Angebote, sowie regelmäßige gegenseitige Information, Absprachen und Rückmeldung.

Tab. 23: Wunsch nach regelmäßiger Information über neue Beratungsangebote

Ja	16
Nein	0
Teilweise	3
Summe	19
Ohne Antwort	1

Die Mehrzahl der Befragten erleben die Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen im Landkreis Fulda als zeitlich und räumlich gut erreichbar. 13 von 20 Befragten sehen keine Bedarfslücken. Auch wenn die überwiegende Mehrzahl der Befragten eine regelmäßige Information über neue Beratungsangebote begrüßen würde, wird die Frage nach dem Wunsch nach mehr Kooperation zwischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und der Suchthilfe von der Mehrzahl der Antwortenden explizit verneint. Dies deutet im Zusammenhang mit dem in Tab. 17 dokumentierten Schulungsbedarf auf eine Sichtweise hin, die eine Zuständigkeit für die Bearbeitung von Suchtproblemen psychisch kranker Menschen eher im Bereich der Gemeindepsychiatrie sieht. Eine Hypothese, die im Rahmen einer eigenen Untersuchung näher verfolgt werden könnte.

4.3.2.6 Merkmale der Stichprobe

Von 19 antwortenden Mitarbeitern waren 15 über 40 Jahre alt, 4 jünger. 10 Mitarbeiter waren männlichen, 9 weiblichen Geschlechts. Tab. 24 gibt die Verteilung der Einrichtungstypen wider.

Tab. 24: Vertretende Einrichtungstypen

Wohnheim	9
Betreutes Wohnen	6
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle	4
Tagesstätte	0
Werkstatt für Menschen mit Behinderungen	1
Summe	20
Ohne Antwort	0

5 Bewertung der empirischen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

In Anlehnung an die im Kap. 2.1 beschriebenen Fragestellungen werden im Folgenden die wesentlichen Ergebnisse des Forschungsprojektes dargestellt und daraus abgeleitet Handlungsempfehlungen formuliert.

5.1 Grad der Inanspruchnahme der ambulanten Beratung

Die in Kap. 4.1 beschriebenen Ergebnisse der Sekundäranalyse lassen keine Defizite bei der Inanspruchnahme der ambulanten Suchtberatung im Landkreis Fulda erkennen. Der im begrenzten Ausmaß mögliche Vergleich mit den von Martin Schmid (2012) ermittelten Werten für den Landkreis Bergstraße fällt positiv aus.

Ein wesentliches Problem bei der Bewertung der Ergebnisse ist deren schlechte Datenbasis hinsichtlich der zeitlichen Aktualität und des regionalen Bezuges. Die verschiedenen im Landkreis Fulda verwendeten Dokumentationssysteme führen zu unterschiedlichen Ergebnissen, ohne dass in jeder Hinsicht klar ist, worauf diese Unterschiede zurückzuführen sind.

5.1.1 Empfehlungen

Schülerbefragungen im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung

Dokumentierte Beratungszahlen eignen sich nur begrenzt zur Erfassung von Entwicklungen und Veränderungen im Gebrauch von Suchtmitteln, da sich hier nur die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und kein spezifischer Beratungs- oder Hilfebedarf widerspiegelt. Eigene repräsentative epidemiologische Studien wären für den Landkreis mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Durchaus durchführbar wäre aber eine regelmäßige (etwa alle vier bis fünf Jahre durchgeführte) Erhebung des Suchtmittelkonsums junger Menschen in den Schulen des Landkreises im Rahmen der regelmäßigen Gesundheitsberichtserstattung. Dabei sollten insbesondere die neunten und zehnten Jahrgangsstufen einbezogen werden, in denen sich Suchtmittelgebrauch erstmalig manifestiert. Dadurch böte sich die Möglichkeit, Trends in den sensiblen Alterskohorten frühzeitig zu erkennen und diesen durch gezielte Präventionsmaßnahmen zu begegnen.

Überarbeitung des Dokumentationssystems des Landkreises

In den Experteninterviews wurde die umfassende Dokumentationspflicht in der Suchthilfe stark kritisiert. Diese Tendenz zur Bürokratisierung ist durch den Landkreis allein nicht zu beeinflussen. Möglich wäre allerdings eine Überprüfung und Veränderung des landkreiseigenen Dokumentationssystems für die ambulante Suchtberatung. Dabei sollte systematisch geprüft werden, welche Daten zu welchem Zweck – etwa im Rahmen der Suchthilfeplanung – wirklich erforderlich sind. Mehrfacherhebungen sollten vermieden werden.

5.2 Regionale Ausrichtung der Angebote

In den Experteninterviews spiegelt sich stark die Einschätzung wider, dass sich die Angebote der ambulanten Suchthilfe stark im Stadtgebiet Fulda konzentrieren und der ländliche Raum teilweise schlecht versorgt ist. Allerdings wird dieser Umstand von den Interviewteilnehmern durchaus unterschiedlich bewertet. Die in Kap. 4.1.1 vorgenommene Betrachtung der Verteilung der Beratungsklienten auf die Regionen des Landkreises lässt eine im Vergleich schlechtere Versorgung des ländlichen Raumes erkennen. Diese Einschätzung geht von einem vergleichbaren Bedarf in städtischen und ländlichen Regionen aus, was zumindest anzuzweifeln ist. Allerdings weist die besonders geringe Beratungsrate gerade der entlegenen Regionen des Landkreises auf eine strukturelle Unterversorgung hin.

5.2.1 Empfehlungen

Ausbau mobiler Beratung, dezentrale Beratungsangebote und Fahrtkostenerstattung

Wie bereits in Kap. 4.2.3.4 angedeutet erscheint eine Verlagerung von Beratungsstellen in Randregionen des Landkreises aus ressourcenökonomischen Gründen nicht sinnvoll.

Zu favorisieren ist der Ausbau der Aufsuchenden mobilen Beratung, da es sich hier um ein vergleichsweise niedrigschwelliges Angebot handelt, das zunächst keine erheblichen Investitionen erfordert und anonym in Anspruch genommen werden kann. Sollte sich die Erwartung eines wesentlichen Bedarfes in bestimmten Regionen bestätigen, sollte eine Einrichtung von dezentralen Beratungsangeboten (z.B. an bestimmten Wochentagen) erfolgen. Diese kann – auch zur Wahrung der Anonymität – an bestehende Einrichtungen oder Hausarztpraxen angebunden werden.

Diese Maßnahmen können allerdings mit den vorhandenen Personalressourcen kaum abgedeckt werden und würden eine Nachsteuerung erfordern.

Eine weitere sinnvolle Maßnahme für arbeitslose Klienten der Suchtberatung stellt die Übernahme der Fahrtkosten im Rahmen der kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II dar. Um positiv auf die Inanspruchnahme der Suchtberatung zu wirken müsste die Möglichkeit einer derartigen Kostenerstattung offensiv bekannt gemacht werden.

5.3 Nicht bedarfsgerechte Doppelstrukturen

Einhelliges Ergebnis der Experteninterviews in Bezug auf diese Frage ist, dass aus Sicht der Teilnehmer die Pluralität der Hilfeanbieter im Landkreis Fulda nicht zu Effekten einer Überversorgung oder zu Störungen in den Hilfeprozessen führt.

Zu dieser Frage wird daher keine Empfehlung formuliert.

5.4 Versorgungslücken und Angebotsüberhänge

In den Experteninterviews zeigt sich eine hohe Zufriedenheit der Interviewpartner mit dem Hilfesystem. Angebotsüberhänge wurden in den Interviews nicht genannt. Es wurde auf eine Reihe fehlender Angebote hingewiesen. Genannt wurden insbesondere

stationäre Hilfe für Abhängigkeitskranke, Angebote für nicht abstinenzfähige Suchtkranke, Präventive Angebote für Jugendliche, Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern, Sucht im Alter (Kooperation mit Seniorenhilfe), tagesstrukturierende Angebote, Hilfen für Angehörige/stärkere Einbeziehung von Angehörigen in den Hilfeprozess, neue Drogen, Computerbezogene Störungen, Angebote zur Anti-Stigma-Arbeit, Adaptionsangebot und Hilfen bei Komorbidität.

Vertreter von Leistungsanbietern wiesen im Zusammenhang mit Versorgungslücken regelmäßig auf die damit verbundenen Finanzierungsfragen hin.

5.4.1 Empfehlungen

Landkreisbezogene Bedarfsplanung und Bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Hilfen

Angesichts der Fülle der genannten Bedarfe ist eine konkrete Empfehlung für die Schaffung oder den Ausbau einzelner Angebote nicht sinnvoll. Die Identifizierung und Schließung von Bedarfslücken sollte sinnvoller Weise im Rahmen einer landkreisbezogenen Bedarfsplanung erfolgen, die eine Priorisierung und gezielte Planung von Maßnahmen ermöglicht. Die Implementierung einer Bedarfsplanung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung entspräche den Vorgaben des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 13 HGöGD) und der Hessischen Rahmenvereinbarung Kommunalisierung. § 5 der Rahmenvereinbarung schreibt eine bedarfs-, beteiligungsbezogene und ressourcenorientierte Planung vor. Dabei sollten auch Leitziele der Entwicklung des Hilfesystems formuliert werden, die als Richtschnur für die Entwicklungsplanung dienen können.

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung genannten Versorgungsdefizite sollten unter einer Bedarfsperspektive geprüft werden. So kann z.B. der mehrfach geäußerte Hinweis auf ein fehlendes stationäres Wohnangebot auch dahingehend gedeutet werden, dass ambulante Hilfen im gegebenen Rahmen nicht ausreichen, um spezifische Bedarfe suchtkranker Menschen zu decken. Hier wäre die Möglichkeit einer entsprechenden Anpassung der ambulanten Leistungen zu prüfen.

5.5 Schnittstellenprobleme

5.5.1 Kreisjobcenter

Wie im 3.4.4 dargestellt wird die sekundärpräventive Wirkung von Kooperationen zwischen SGB-II-Trägern und Suchthilfeeinrichtungen im Fachdiskurs skeptisch betrachtet, da die Anzahl der in die Beratung vermittelten Klienten im Vergleich zur Anzahl der Langzeitarbeitslosen mit Suchterkrankungen gering ist. Im Dokumentationssystem des Landkreises Fulda wurden im Jahr 2014 217 Personen mit ALG-II-Bezug registriert, während 29 Klienten im Rahmen der Kooperationsvereinbarung nach § 16a SGB II beraten wurden. Dies bedeutet, dass ein weitaus höherer Anteil von Betroffenen Kunden des Kreisjobcenters den Weg in die Beratung nicht auf Initiative des Kreisjobcenters findet. Allerdings hat die Studie von Henke u.a. (2009) auch gezeigt, dass im

Rahmen der Kooperationen insbesondere auch Betroffene an die Beratungsstellen vermittelt werden, die zur Beratung schwer zu motivieren sind.

Bereits in der Phase der Datenerhebung begann das Kreisjobcenter Fulda den Prozess der Vermittlung von Klienten in die ambulante Suchtberatung umzustellen. War bisher vor der Vermittlung in die Beratungsstellen ein Clearing-Gespräch im Kreisgesundheitsamt vorgeschaltet, so erfolgt nach dem neuen Prozessmodell die Vermittlung unmittelbar in die Suchtberatung. Dieser Umstellung lag die Hypothese zugrunde, dass die geringen Vermittlungszahlen auch durch die Einbeziehung des Gesundheitsamtes bedingt sind, da dadurch eine zusätzliche Schnittstelle besteht und bei den Klienten auch Vorbehalte gegenüber einer öffentlichen Behörde vorliegen könnten.

Das alte und neue Prozessmodell sind in den Anlagen 6 und 7 enthalten. Zahlen zu den Auswirkungen der Umstellung lagen zum Berichtszeitpunkt noch nicht vor.

Die schriftliche Befragung im Kreisjobcenter des Landkreises Fulda hat gezeigt, dass sich etwa die Hälfte der dortigen Mitarbeiter eine engere Kooperation mit der Suchthilfe wünscht, wobei sich dieser Wunsch insbesondere auf eine engere Absprache im Einzelfall bezieht. Etwa zwei Drittel würden eine umfangreichere Schulung im Umgang mit suchtkranken Kunden begrüßen. Etwas weniger als die Hälfte der Mitarbeiter spricht sich für eine interne Spezialisierung von Kollegen im Kreisjobcenter aus.

5.5.2 Empfehlungen

Die von Henke u.a. (2009) formulierten Kriterien guter Praxis für die Kooperation zwischen Suchthilfe und SGB-II-Trägern sollten im Landkreis Fulda umgesetzt werden (vgl. Kap. 3.4.4). Dazu gehören insbesondere

- Eine suchtspezifische Qualifizierung, Supervision und kollegiale Fachberatung für Mitarbeiter des Kreisjobcenters, die mit Suchtproblemen befasst sind
- Die Entwicklung spezifischer Fachkonzepte für die Betreuung und Integration von Menschen mit Suchterkrankungen
- Ein breites Indikationsspektrum für die Vermittlung von Klienten an die Suchtberatung
- Eine frühe Einbeziehung der Suchtberatung in die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung
- Die Sicherung möglichst nahtloser Übergänge zwischen Grundsicherungsstellen, Suchtberatung und Rehabilitationseinrichtungen
- Die Schaffung geeigneter Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen
- Eine sorgfältige Klärung und Beachtung von Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen.

Die vom Kreisjobcenter vorgenommene Prozessumstellung ist aus Sicht der Begleitforschung positiv zu bewerten, da sie die Vermittlung erleichtert und eine schnittstellenübergreifende Kooperation erleichtert.

5.5.3 Gemeindepsychiatrie

Angesichts der schlechten Datenbasis sind Empfehlungen für die Schnittstelle zwischen Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe nur sehr eingeschränkt möglich. Die Ergebnisse werfen mehr Fragen auf, als dass sie Antworten liefern würden. Aus der Epidemiologie ist bekannt, dass der Anteil komorbider Klienten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich ist (vgl. Kap. 3.4.5). Dies scheint auch im Landkreis Fulda nicht anders zu sein. Acht von 20 befragten Mitarbeitern der Gemeindepsychiatrie benennen den Anteil von komorbiden Betroffenen in ihrem Arbeitszusammenhang mit über 20%. Etwa drei Viertel sieht den Rehabilitationserfolg bei diesen Klienten durch die Suchtstörung als gefährdet an. 13 von 20 Befragten wünschen sich mehr spezifische Schulungsangebote. Allerdings sieht eine Mehrzahl der Befragten keinen Bedarf für spezifische Angebote für diesen Personenkreis. Eine verstärkte Kooperation mit der Suchthilfe wird von einer Mehrzahl der Befragten sogar explizit nicht gewünscht. Dieses Meinungsbild widerspricht der Auffassung im Fachdiskurs, wonach eine Entwicklung integrierter Konzepte und der Einsatz von Case Management-Konzepten bei schweren Verläufen zu favorisieren ist.

Von den üblichen gemeindepsychiatrischen Hilfestrukturen wird offensichtlich ein Teil der Betroffenen mit komorbiden Störungen gar nicht erreicht. Dies ist zumindest der Eindruck, der sich angesichts der Ergebnisse der in der Münchener Wohnungslosenhilfe durchgeführten „SEEWOLF"-Studie aufdrängt (Jahn / Brönner 2014), die einen hohen Anteil komorbid erkrankter Menschen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ermittelt hat.

5.5.4 Empfehlungen

Schulungsangebote und weitere Bedarfsklärung

Der in der Befragung von Mitarbeitern geäußerte Bedarf nach Schulung sollte durch entsprechende Angebote beantwortet werden. Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse der Befragung erscheint die Durchführung einer zusätzlichen explorativen Untersuchung sinnvoll, die im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes die Wahrnehmung von Mitarbeitern zum Bedarf komorbider Klienten und sinnvollen Konzepten für eine bedarfsgerechte Versorgung erhebt. Dies könnte im Rahmen einer studentischen Abschlussarbeit erfolgen und wäre insofern nicht mit wesentlichen Kosten verbunden. Zur Klärung des Verbleibs komorbider Klienten, die nicht durch das gemeindepsychiatrische Hilfesystem erreicht werden, sollten die Angebote der Wohnungslosenhilfe im Landkreis Fulda in die Untersuchung einbezogen werden.

5.6 Spezialisierung der Angebote nach Suchtmitteln

In den Experteninterviews wurde ein Bedarf nach einer Spezialisierung der Einrichtungen nach Suchtmitteln so gut wie gar nicht genannt. Eine Spezialisierung besteht bereits auch insofern als die Ärztliche Suchthilfe Fulda als einziger Anbieter die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen vorhält. Eine Angebotsspezialisierung würde

zusätzliche Abgrenzungsfragen aufwerfen und die Möglichkeit einer flexiblen Ausrichtung der Angebote auf neue Bedarfe behindern.

5.6.1 Empfehlung

Inhalt der Empfehlung ist die Beibehaltung der inhaltlichen Ausrichtung der Angebote im Landkreis Fulda.

5.7 Entwicklungsstand des Versorgungssystems im Landkreis Fulda

Im Fachdiskurs der Suchthilfe wird seit Jahren für Verbundkonzepte und die Implementierung von Case Management-Ansätzen plädiert. Weit weniger einhellig sind die Auffassungen, inwieweit Verbünde auch politisch verordnet werden sollten. In den durchgeführten Experteninterviews artikuliert sich Skepsis gegenüber einer verbindlicheren Gestaltung der Kooperation zwischen den Einrichtungen, die mit einem Verlust von Flexibilität und Handlungsautonomie gleichgesetzt wird. Betont wird dem gegenüber die Bedeutung der persönlichen Beziehungsebene im Arbeitsalltag als Grundlage einer als positiv wahrgenommenen Kooperation.

In Bezug auf das Thema Case Management zeigen sich Schwierigkeiten der Interviewpartner, diese Methode auf das Arbeitsfeld der Suchthilfe zu beziehen. Die Zuständigkeit von Case Management und seine organisatorische Zuordnung erscheinen unklar. Auch hier bestehen Befürchtungen in Bezug auf eine Einschränkung der eigenen Handlungsmöglichkeiten und eine Instrumentalisierung der Methode für sachfremde Zielsetzungen wie Kosteneinsparungen und die Bevormundung von Klienten. Am ehesten wird ein Bedarf für schwierige Fallkonstellationen anerkannt, die im Regelsystem schwer bedient werden können.

Die Gremienarbeit erfährt sowohl Lob als auch Kritik. Gelobt wird die Möglichkeit und gelebte Praxis des fachlichen Austausches, kritisiert wird, dass sich die Arbeit in den Gremien in eben diesem Austausch erschöpft und nicht für eine diskursive Auseinandersetzung über aktuelle und zukünftige Fragen des Hilfesystems genutzt wird.

Besonderes Augenmerk verdient das in den Interviews thematisierte Verhältnis zwischen Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe. Damit ist ein Aspekt des Versorgungssystems angesprochen, der eine Besonderheit der Suchthilfe darstellt. Die Selbsthilfe bildet ein erhebliches Potential an ehrenamtlichem Engagement. Daher ist die Frage einer möglichst sinnvollen und effektiven Kooperation zwischen Selbsthilfe und dem professionellen Hilfesystem von besonderer Bedeutung.

5.7.1 Empfehlung

Entwicklung eines Case Management-Ansatzes für Klienten mit komplexen Hilfebedarfen

Am plausibelsten erscheint der Einsatz eines koordinierenden Case Managements bei Betroffenen, die aufgrund der Komplexität ihres Bedarfes im herkömmlichen Hilfesystem nur schwer bedarfsdeckend versorgt werden können. Dies können z.B. Menschen mit mehrfachen Problemlagen wie Sucht, sozialen Schwierigkeiten und psychischen

Erkrankungen sein, wie sie etwa im Rahmen der Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes auffällig werden.

Die Entwicklung eines Case Management-Ansatzes in Form eines Projektes bietet die Möglichkeit, mit der Methode Erfahrungen zu sammeln und in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess Kriterien für eine erfolgreiche Umsetzung zu entwickeln.

Weiterentwicklung der Kooperation auf freiwilliger Ebene mit der Zielsetzung verbindlicher Absprachen

Die in den Experteninterviews dokumentierten positiven Ansätze einer Kooperation auf freiwilliger Basis sollten weiterentwickelt werden. Hier wäre auch zu prüfen inwieweit schon bestehende Formen der Zusammenarbeit auch in Richtung einer gemeinsamen Trägerschaft von Angeboten fortgeführt werden könnten. Mögliche und erstrebenswerte Effekte wären die Gewinnung von Synergien im und eine bessere Nutzung von Ressourcen im Organisationsbereich.

Initiierung eines „Lotsen-Projektes" zur Verbesserung der Einbindung der Selbsthilfe.

Die in Kap. 3.5 beschriebenen Lotsenprojekte haben das Potential mehrfacher Integrationseffekte. Zum einen ermöglichen sie eine stärkere Kooperation zwischen Strukturen der Selbsthilfe und der beruflichen Suchthilfe. Zum anderen können sie die Vielfalt der Selbsthilfeverbände und –organisationen auf lokaler Ebene stärker zusammenführen. Letztlich stellt die Möglichkeit einer frühzeitig im Hilfeprozess einsetzenden Intervention auch eine Option für eine stärkere Einbindung der Selbsthilfe in den Rehabilitationsprozess dar. Dem viel beklagten Mitgliederschwund der Selbsthilfegruppen und dem damit verbundenen Bedeutungsverlust eines sozialpolitisch bedeutsamen Bereiches bürgerschaftlichen Engagements könnte so begegnet werden.

Zur Finanzierung eines Lotsenprojektes bestehen unterschiedliche Fördermöglichkeiten, so dass sich die damit verbundenen Belastungen in Grenzen halten lassen.

5.8 Fördersystematik

Die Frage der Zuwendungsfinanzierung der ambulanten Suchtberatungsstellen stand im Vergleich zu Fragen einer bedarfsgerechten Entwicklung des Hilfesystems und der Kooperationsstrukturen im Landkreis Fulda eher im Hintergrund. So erfolgte auch keine Aufarbeitung der bestehenden Finanzierungsbedingungen für einzelne Träger oder ein Vergleich zwischen Umfang der Zuwendungen und der dokumentierten Leistung der Einrichtungen.

Auf die Probleme der Finanzierung der ambulanten Suchthilfe in Hessen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten einer übergreifenden Steuerung der Angebotsentwicklung wurde in Kap. 1.2 hingewiesen. In den Experteninterviews haben insbesondere die Vertreter der konfessionellen Beratungsstellen auf eine aus ihrer Sicht unzureichende öffentliche Finanzierung der Beratung explizit hingewiesen. Allerdings haben auch andere Interviewpartner die Wahrnehmung mitgeteilt, dass die Kapazitäten der Beratungsstellen ausgelastet sind.

Fragen der Finanzierung sozialer Dienste im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sind vor allem politischer Natur und wissenschaftlich schwer zu begründen. Dennoch sollen an dieser Stelle einige Anmerkungen erfolgen, die bei der Entwicklung einer Fördersystematik Berücksichtigung finden können.

- Grundsätzlich beinhaltet die Rahmenvereinbarung über die Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in § 5 ein sogenanntes „Besserstellungsverbot". Eine Bevorzugung bestimmter Träger oder Verbände widerspricht demnach dem „Grundprinzip der offenen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit" (StAnz Hessen 2013).
- Grundsätzliche sind Förderungsmodelle vorstellbar und üblich, die eine Finanzierung an die Auslastung der Einrichtungen, bestimmte Stellenkontingente oder Festbeträge binden (Pittrich u.a. 2003; Schridde u. Blanke 1998). Diese Modelle sind mit jeweils sehr unterschiedlichen Konsequenzen hinsichtlich der Schaffung von Anreizeffekten und Möglichkeiten zur Anpassung an eine Nachfragedynamik verbunden. Es existieren auch Vorschläge, die eine kontinuierliche Anpassung der Finanzierung in Orientierung an gewichteten Indikatoren vorsehen (vgl. z.B. Oliva u. Görgen 2003). Mögliche Indikatoren sind dabei z.B. die Bevölkerungsentwicklung, die Anzahl der Leistungsempfänger im SGB II, die Anzahl suchtspezifischer Diagnosen in der stationären Krankenhausbehandlung, die Anzahl der bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen für Suchterkrankte, die Anzahl der Substitutionspatienten und die Inanspruchnahme der Angebote der ambulanten Suchthilfe. Die Implementierung eines indikatorenbasierten Finanzierungssystems wäre allerdings auch mit einem entsprechenden Aufwand verbunden.

Literatur

AG Freie Wohlfahrtspflege NRW (2006): Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen: Qualifizierte ambulante Suchthilfe in der Region - Qualitätsmodell Sucht NRW für die kommunal- und landesgeförderte ambulante Sucht- und Drogenhilfe. Grundsatzpapier vom 31.10.2006. Online: http://www.ahnrw.de/aidshilfe-nrw2012/upload/newsletter/2006/2006_11_15_titel_23/QualitaetsmodellSuchtRegionLIGA.pdf [1.12.2015].

Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Bonn 2005.

Alisch, M.: Soziale Stadtentwicklung. Opladen 2002.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbedingter Störungen. Stand: 09.02.2015. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-04.pdf [1.8.2015].

Arenz-Greiving, I. / Kober, M.: Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern - Metastudie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Münster 2007.

Arenz-Greiving, I.: Traditionelle Selbsthilfe – ein Auslaufmodell? In: G. Wienberg: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn 2001.

AWMF (2015): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.): S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF-Register Nr. 076-001. Stand: 09.02.2015. Online: http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/ [1.12.2015].

Baudis, R. (Hrsg.): Verbundqualität in der Suchthilfe – Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. Rudersberg 2007.

Borgetto, B.: Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen. In: SuchtMagazin 4/2013. S. 20-24.

Brand, H. / Künzel, J. / Braun, B.: Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München 2015.

Bröning, S.; Thomasius, R.; Klein, M.: Trampolin - Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Abschlussbericht an das Bundeministerium für Gesundheit. Hamburg/Köln 2012.

Bt-Drs. 7/4200: Drucksache des Deutschen Bundestages 7/4200 vom 25. November 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.

Bundesamt für Statistik,
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Migrationshintergrund.html [Abruf 10.12.2015].

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Dritter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellennach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 16. Februar 2011. Online: http://www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/Traegeruebergreifen-de_Zusammenarbeit/Gemeinsame_Servicestellen/downloads/Gemeinsame_Servicestellen_Bericht_2010_01.pdf [1.12.2015].

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12. Frankfurt am Main 2006.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Drogen und Suchtbericht 2014. Berlin 2014.

Daßler, H.: Gemeindepsychiatrisches Case Management. In: Soziale Arbeit 6/2013. S. 231-239.

Decker, H. u.a.: Sucht im Alter - Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie. Stuttgart 2008.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. 2014. Online: http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html [1.12.2015].

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS): Selbsthilfe Sucht. In: Dies.: Informationen zur Suchtkrankenhilfe 2/2001. Hamm 2001.

Deutscher Caritasverband e.V.: (Hrsg.): Suchtberatung, Suchtbehandlung und Selbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund. Freiburg 2014.

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin 2013.

Dilling, H. / Mombaur, W. / Schmidt, M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Kempten 2004.

Drake, R.E. / Mueser, K.T.: Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzstörungen. In: F. Moggi (Hrsg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern 2007, S. 197-220.

Expertenkommission (1988): Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung vom 11.11.1988.

Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. 2012: Positionspapier Arbeit Beschäftigung und Qualifizierung für suchtkranke Menschen. Dezember 2012. http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/fdr_Positionspapier_Arbeit_2012.pdf. [1.12.2015].

Fergusson, D.M. / Poulton, R. / Smith, P.F. / Boden, J.M.: Cannabis and Psychosis: A Summary and Synthesis of the Evidence. In: BMJ, 2006, 332, S. 172-175.

Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hrsg.): Handreichung zur Implementierung personenzentrierter Hilfen und Persönlicher Budgets in der Suchthilfe – Leitfaden für die Praxis (2006) Online: http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/handreichung_pb.pdf [1.12.2015].

Galuske, M.: Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim 2013.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie / ST-RL); BAnz AT 14.04.2015 B5.

HGöGD: Hessisches Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen Nr. 21 vom 8.10.2007.

Henke, J. / Henkel, D. / Nägele, B. / Pagels, N. / Wagner, A.: Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. BMG Forschungsbericht 2009.

Henkel, D. / Zemlin, U. / Dornbusch, P.: Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projektes und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: D. Henkel / U. Zemlin (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt/Main 2008.

Henkel, D.: Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Abeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In: D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S. 10-69). Frankfurt/Main 2008.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) – Grunddaten 2012. Frankfurt a.M. 2013.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen: Manual zum Hessischen Kerndatensatz (HKDS) – Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Frankfurt a.M. 2014.

Hessischer Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII. Online: http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/__79_SGB_XII/RV79SGBXII_Hessen_27022014.pdf [5.11.2015].

Hinte, W / Fürst, R..(Hrsg.): Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien 2014.

Hurrelmann, K. / Razum, O.: (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim 2006.

Jahn, Th. / Brönner, M. (2014): Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung. Online: http://www.mri.tum.de/pressemeldungen/seewolf [2.12.2015].

Institut für Therapieforschung: Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München 2015.

Institut für Therapieforschung: Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. Kurzbericht Nr. 1/2013 im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik. München 2012.

Klein, M. (2008): Alkoholsucht und Familie - Kinder in suchtbelasteten Familien. Online http://www.bpb.de/apuz/31101/alkoholsucht-und-familie-kinder-in-suchtbelasteten-familien [5.11.2015].

Klemperer, D.: Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern 2010.

Kleve, H. / Haye, B. / Hampe-Grosser, A. / Müller, M.: Systemisches Case Management. Heidelberg 2011.

Kraus, L. u.a.: Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012. In: SUCHT, 59(6), 2013, 309-320.

Kraus, L. u.a.: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. In: SUCHT, 59(6), 2013, 333-345.

Kruckenberg, P.: Der Mensch im Mittelpunkt. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten Hilfesystem. In: Sozialpsychiatrische Informationen 3/2000. S. 17-21.

Landkreis Fulda: Berichtswesen Sucht- und Drogenhilfe - Jahresstatistik für das Berichtsjahr 2012. o.J.

Lange, W. / Reker, M. / Driessen, M.: Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In: SUCHT 54 (1) 2008. S. 13–23.

Lesehr, K.: Verbundqualität in der Grundversorgung – Wie selbstverständlich ist eigentlich Case Management in der Suchthilfe? In: Baudis, R. (Hrsg.): Verbundqualität in der Suchthilfe – Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. Rudersberg 2007. S. 121-131.

Lesehr, K.: Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung: Ein kritischer Überblick. In: D. Henkel/U. Zemlin (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt/Main 2008, S. 416-434.

Lieb, R. / Isensee, B.: Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi, F. (Hrsg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern 2007, S. 27-58.

Meier, M.H. / Caspi, A. / Ambler, A. / Harrington, H.L. / Houts, R. / Keefe, R. / McDonald, K. / Ward, A. / Poulton, R. / Moffit, T.E.: Persistent Cannabis Users Show Neuropsychological Decline from Childhood to Midlife. In: Proceedings of National Academy of Sciences of the USA, 2012, 109, E2657-64.

Meuser, M. / Nagel, U.: ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: A. Bogner / B. Littig / W. Menz: Das Experteninterview. Wiesbaden 2005. S. 71-93.

Dies.: ExpertInneninterview – Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In: R. Becker / B. Kortendieck: Handbuch Frauen und Geschlechterforschung. Wiesbaden 2004. S. 376-379.

Miller, W.R. / Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg 2005.

Missel, P.: Weiterentwicklung des Suchthilfesystems aus der Praxis der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell Jg. 16, 2009, Nr. 9, S. 48-51.

Moggi, F. (Hrsg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern 2007.

Moggi, F.: Problemstellung Doppeldiagnose – eine artifizielle oder reale Komorbidität? In: Ders. (Hrsg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern 2007, S. 15-26.

Neuffer, M.: Case Management – Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim 2007.

Niestrat, F.: Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von Systemen, die sprengen, zu Menschen, die leiden, kämpfen und vorankommen. In: H. Sadowski / F. Niestrat (Hrsg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn 2010, S. 46-61.

Oliva, H. / Walter-Hartmann, R.: Suchthilfe in Netzwerken. Praxishandbuch zu Strategien und Kooperation. Freiburg/Breisgau 2013.

Oliva, H / Görgen, W.: Verbesserung der Ressourcensteuerung der ambulanten Drogenhilfe durch eine indikatorengestützte regionale Bedarfsanalyse. In: Nachrichten des Deutschen Vereins 10/2003. S. 1-4.

Pabst, A. u.a.: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: SUCHT, 59(6), 2013, 321-331.

Petermann, F.: Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In Ders. (Hrsg.), Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren. Göttingen 1997.

Pittrich W., Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.) Kommunale Suchthilfe –Planung, Steuerung, Finanzierung. Forum Sucht Bd. 32. Münster 2003.

Raschke, P. / Kalke, J. / Buth, S. / Rosenkranz, M. / Hiller, P.: Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glücksspielverhalten in Hessen Bd. I und II. Hamburg 2008.

Raschke, P. u.a.: Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glücksspielverhalten in Hessen. Bd. I. Hamburg 2008.

Reimer, J.: Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunktes „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ Abschlussbericht 10.7.2014. Online: http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/alter-und-sucht.html [1.12.2015].

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2008.

Rummel, C. / Janßen, H.-J. / Engelke, J. / Naundorf, J. / Schneider, W. (Hrsg.): Chancen nahtlos nutzen – konkret! Sucht-Selbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk. Praktische Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit von Sucht-Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe. Dortmund 2015.

Sadowski, H. / Niestrat, F. (Hrsg.): Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation. Bonn 2010.

Schmid, M. u.a.: Suchthilfe im ländlichen Raum – neue Ansätze zur Suchthilfeplanung. Abschlussbericht Kath. Hochschule Mainz 2012.

Schmid, M.: The Same Procedure as Every Year? Ein Kommentar zum COMBASS-Jahresbericht 2011. In: Hessische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) Grunddaten 2011. Frankfurt am Main 2012. S. 52-64.

Schridde, H. / Blanke, B.: Finanzierungs- und Förderungsbedingungen von Suchtberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland. Gutachten im Rahmen des Projektes Controlling und Benchmarking im Sozialbereich: Förderung der Drogen- und Suchtberatungsstellen in Niedersachsen 1998. Online: http://www.econbiz.de/archiv1/2008/42080_foerderungsbedingungen_suchtberatungsstellen_deutschland.pdf [11.10.2015].

Schu, M. / Martin, M. / Czycholl, D.: Zugänge finden, Türen öffnen: transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer. Lengerich 2013.

Schwoon, D.R.: Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige. In: J. Fengler (Hg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg 2002, S. 94-99.

Soellner, R. / Oeberst, A. / Glowitz, F.: Chancen nahtlos nutzen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Exploration zum Thema Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk. Universität Hildesheim 2012. http://www.blaues-kreuz.de/fileadmin/bkd/redakteur/5-verbaende/CNN_1/CNN_Abschl_UNI_2012.pdf [1.8.2015].

StAnz Hessen (2005): Staatsanzeiger für das Land Hessen Nr. 12 vom 21.3.2005, S. 1124-1128.

StAnz Hessen (2013): Staatsanzeiger für das Land Hessen Nr. 38 vom 16.9.2013, S. 1176-1185.

Urbaniak, H.: Grundsätze im Organisieren von personenbezogenen Versorgungszusammenhängen. In: Baudis, R. (Hrsg.): Verbundqualität in der Suchthilfe – Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. Rudersberg 2007. S. 152-162.

Walter, M. / Gouzoulis-Mayfrank, E.: Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. Stuttgart 2014.

Welti, F.: Rehabilitations- und Teilhaberecht: Die aktuelle Reformdiskussion. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2014. S. 4-17.

Wendt, W.R.: Die Bedeutung des Case Management für die Profession der Sozialen Arbeit. In: Baudis, R. (Hrsg.): Verbundqualität in der Suchthilfe – Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. Rudersberg 2007. S. 29-40.

Ders.: Soziale Einzelfallhilfe: Von der Falldiagnose zum Unterstützungsmanagement. In: Brennpunkte Sozialer Arbeit, Themenheft Soziale Einzelhilfe 1988. S. 9-30.

Wendt, W.R. / Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg 2006.

Wolin, S. / Wolin, S.: Resilience among youth growing up in substance-abusing families. In: Substance Abuse (1995) 42, 415-429.

Anlagen

Anlage 1: Konsumraten und Prävalenzwerte für den Landkreis Fulda

Prävalenzwerte für substanzbezogene Störungen für den Landkreis Fulda in Relation zu den Dokumentationsdaten der ambulanten Suchthilfe

Epidemiologische Ausgangsdaten						Hochrechnung auf den LK Fulda					Abgleich mit COMBASS und Doku-system LK Fulda				Erreichungsgrad LK Bergstaße
Quelle	Substanz	Konsum	mind. Riskanter Konsum	Missbrauch	Abhängigkeit	Einwohner LK Fulda	Riskanter Konsum	Missbrauch	Abhängigkeit	Summe Missbrauch und Abhängigkeit	Combass 2012	Erreichungsgrad	Dokumentation LK Fulda 2012	Erreichungsgrad	
Epidemiologischer Suchtsurvey 2012	Alkohol	71,50%	14,20%	3,10%	3,40%	133780	18996,76	4147,18	4548,52	8695,7	369	1,94%	900	4,74%	2%
	Tabak	30,20%			10,80%	133780		0	14448,24	14448,24	0	0,00%	nicht erfasst		
	Cannabis	4,50%		0,50%	0,50%	133780		668,9	668,9	1337,8	48	3,59%	106	7,92%	7%
	Heroin	0,20%				133780	267,56				57	21,30%	146	54,57%	57%
	Kokain	0,80%			0,20%	133780		0	267,56	267,56	2	0,75%		0,00%	
	Amphetamine	0,70%		0,20%	0,10%	133780		267,56	133,78	401,34	14	3,49%		0,00%	3%
	Schmerzmittel	61,90%		8,70%	3,40%	133780		11638,86	4548,52	16187,38					
	Schlafmittel	5,50%		0,80%	0,80%	133780		1070,24	1070,24	2140,48	8	0,16%	18	0,35%	
	Beruhigungsmittel	5,40%		0,80%	1,40%	133780		1070,24	1872,92	2943,16					
Repräsentativerhebung Hessen 2007		Konsum	mind. Riskanter Konsum												
Hessen gesamt	Alkohol	69,60%	7,80%			133780	10434,84				369	3,54%	900	8,62%	2%
	Schlaf- und Beruhigungsmittel	5,90%	2,30%			133780	3076,94				8	0,26%	18	0,58%	
	Tabak	33,20%				133780					0		nicht erfasst		
	Cannabis	2,10%		0,23%	0,23%	133780		307,69	307,69	615,39	48	7,80%	106	17,22%	7%
	andere illegale Drogen	0,50%				133780	668,9				73	10,91%	146	21,83%	
Nordhessen	Alkohol	68,50%	6,90%			133780	9230,82				369	4,00%	900	9,75%	2%
	Schlaf- und Beruhigungsmittel	7,70%	3%			133780	4013,4				8	0,20%	18	0,65%	
	Tabak	30,50%				133780					0		nicht erfasst		
	Cannabis	1,20%		0,12%	0,12%	133780		160,54	160,54	321,07	48	14,95%	106	33,01%	7%
	andere illegale Drogen	0,40%				133780	535,12				73	13,64%	146	27,28%	

Anlage 2: Interviewleitfaden

Forschungsprojekt „Sucht im ländlichen Raum“
Prof. Dr. Henning Daßler
Leitfaden Experteninterview
Stand: 6.5.2015

Phase	Formulierung	Erzählstimuli / Kommentar
Einleitung	- Begrüßung - Kurze Vorstellung der Interviewerin - Hinweis auf Datenschutz und Anonymisierung *0. „Im Rahmen des Forschungsprojektes „Sucht im ländlichen Raum“ möchten wir Sie befragen, wie Sie das die Situation in der Suchthilfe im Landkreis wahrnehmen. Dabei interessiert uns besonders inwieweit Sie Verbesserungspotentiale in der ambulanten Suchthilfe sehen.*	
Inhaltliche Fragestellungen - Strukturaspekt	*1. „Wie schätzen Sie die Versorgungssituation in der ambulanten Suchthilfe im Landkreis ein?“* *2. „Gibt es aus Ihrer Sicht fehlende Hilfeangebote in der Suchthilfe im Landkreis Fulda?“*	Allgemeine Eröffnung mit dem Ziel, die Themenstellung nicht von vornherein zu verengen und den Erzählfluss in Gang zu bringen. Nachfolgende Fragen des Leitfadens können dabei bereits angesprochen und beantwortet werden. Allgemeine Formulierung, als Stimuli Nennung von Zielgruppen/Bedarfslagen, die aus dem Fachdiskurs bekannt sind: - Nicht abstinenzfähige Suchtkranke, - komorbide Klienten - Migranten - Konsumenten von Designerdrogen - Prävention . Die Frage bezieht sich auf die gesamte Suchthilfe, d.h. nicht nur auf ambulante Hilfen oder Beratung. Mögliche Stimuli:

	3. *„Bestehen aus Ihrer Sicht in der ambulanten Suchthilfe Doppelstrukturen (z.B. Beratungsstellen mit gleicher Ausrichtung)? Wie wirken sich diese aus Ihrer Sicht aus?“*	- Spezialisierung nach Suchtmitteln?
	4. „Wie schätzen Sie die regionale Verteilung der Angebote im Landkreis Fulda ein?“ Sollten z.B. noch mehr Beratungsstellen außerhalb der Stadt Fulda vorgehalten werden?	Frage wird zunächst allgemein formuliert, ohne z.B. gleich von einer „Angebotskonzentration“ zu sprechen und präskriptiv auf die Befragten einzuwirken. Mögliche Stimuli: - Bedarf an zusätzlichen Angeboten in der Fläche?
- Prozessaspekt	*5. „Wie schätzen Sie die Qualität der Hilfeabläufe ein?“*	Frage zielt auf die Einschätzung der Prozesse in der Suchthilfe allgemein ohne Unterscheidung von eigener Einrichtung und andern und ohne Unterscheidung von Phasen des Hilfeverkaufs Stimuli: - Sind die Hilfen so, dass sie von Betroffenen gut angenommen werden können? - Vermittlung von Klienten in weiterführende Angebote - Klarheit von Zuständigkeiten
- Vernetzung	*6. „Wie erleben Sie die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen?“*	Allgemeine einleitende Frage ohne Unterscheidung zwischen einzelfallbezogener und einrichtungsbezogener Zusammenarbeit. Stimuli: - Übergänge im Hilfeverlauf (z.B. Entgiftung – Abschlussbehandlung)

		Allgemeine Frage in Richtung der Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit
	7. *„Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit in Suchthilfe in den Gremien auf Landkreisebene?“*	Mögliche Stimuli: - Verbindlichkeit über Verträge? - Inhalt solcher Verträge? - Suchthilfeplanung
	8. *„Wie verbindlich sollte die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen in der Suchthilfe aus Ihrer Sicht geregelt werden?“*	Frage zielt auf eine der wesentlichen Leitvorstellungen im Fachdiskurs.
	9. *„In Fachpublikationen wird häufiger als Ziel die einrichtungsübergreifende Fallsteuerung (Case Management) in der Suchthilfe diskutiert. Wie ist Ihre Einschätzung zu dieser Zielsetzung?“*	Wechsel auf imaginative Ebene. Möglichkeit zur freien Formulierung „alltagsferner“ Zielvorstellungen ohne Vorbeschränkung durch die erlebte Gegenwart.
	10. *„Wenn Sie eine Zukunftsvision für die Suchthilfe im Landkreis Fulda 2025 formulieren dürften, was wären deren wesentlichen Bestandteile?“*	
Ausklang / Verabschiedung	11. *„Gibt es etwas, das Sie noch sagen möchten oder das auch Ihrer Sicht noch offen geblieben ist?“*	Frage dient als Indikator für die Validität des Leitfadens

Anlage 3: Leitfaden Gruppeninterview

Forschungsprojekt „Sucht im ländlichen Raum“
Prof. Dr. Henning Daßler
Leitfaden Gruppendiskussion Selbsthilfe
Stand: 15.7.2015

Phase	Formulierung	Erzählstimuli / Kommentar
Einleitung	- Begrüßung - Kurze Vorstellung der Moderatoren - Hinweis auf Datenschutz und Anonymisierung 1. *„Im Rahmen des Forschungsprojektes „Sucht im ländlichen Raum“ möchten wir Sie befragen, wie Sie das die Situation in der Suchthilfe im Landkreis wahrnehmen. Dabei interessiert uns besonders inwieweit Sie Verbesserungspotentiale in der ambulanten Suchthilfe sehen.*	
Inhaltliche Fragestellungen - Strukturaspekt	12. *„Wie schätzen Sie die Versorgungssituation in der ambulanten Suchthilfe im Landkreis ein?“* 13. *„Gibt es aus Ihrer Sicht fehlende Hilfeangebote in der Suchthilfe im Landkreis Fulda?“*	Allgemeine Eröffnung mit dem Ziel, die Themenstellung nicht von vornherein zu verengen und den Erzählfluss in Gang zu bringen. Nachfolgende Fragen des Leitfadens können dabei bereits angesprochen und beantwortet werden. Allgemeine Formulierung, als Stimuli Nennung von Zielgruppen/Bedarfslagen, die aus dem Fachdiskurs bekannt sind: - Nicht abstinenzfähige Suchtkranke, - Menschen, die außer der Sucht noch andere Erkrankungen haben - Migranten - Konsumenten von Designerdrogen - Vorbeugung / Prävention . Die Frage bezieht sich auf die gesamte Suchthilfe, d.h. nicht nur auf ambulante Hilfen oder Beratung.

	14. *„Bestehen aus Ihrer Sicht in der ambulanten Suchthilfe Doppelstrukturen (z.B. Beratungsstellen mit gleicher Ausrichtung)? Wie wirken sich diese aus Ihrer Sicht aus?“*	Mögliche Stimuli: - Spezialisierung nach Suchtmitteln?
- Prozessaspekt	*15. „Wie schätzen Sie die regionale Verteilung der Angebote im Landkreis Fulda ein?“ Sollten z.B. noch mehr Beratungsstellen außerhalb der Stadt Fulda vorgehalten werden?*	Frage wird zunächst allgemein formuliert, ohne z.B. gleich von einer „Angebotskonzentration“ zu sprechen und präskriptiv auf die Befragten einzuwirken. Mögliche Stimuli: - Bedarf an zusätzlichen Angeboten in der Fläche?
	16. „Wie schätzen Sie die Qualität der Hilfeabläufe ein?“	Frage zielt auf die Einschätzung der Prozesse in der Suchthilfe allgemein ohne Unterscheidung von eigener Einrichtung und andern und ohne Unterscheidung von Phasen des Hilfeverkaufs Stimuli: - Sind die Hilfen so, dass sie von Betroffenen gut angenommen werden können? - Vermittlung von Klienten in weiterführende Angebote - Klarheit von Zuständigkeiten
- Vernetzung	*17. „Wie erleben Sie die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen?“*	Allgemeine einleitende Frage ohne Unterscheidung zwischen einzelfallbezogener und einrichtungsbezogener Zusammenarbeit. Stimuli:

		- Übergänge im Hilfeverlauf (z.B. Entgiftung – Abschlussbehandlung) Frage zielt auf eine der wesentlichen Leitvorstellungen im Fachdiskurs.
	18. *„Wäre es für den Therapieerfolg besser, wenn es eine Person gäbe, die die Gesamtverantwortung hat und die Hilfen der einzelnen Einrichtungen koordiniert? (Case-ManagerIn)“* 19. *„Wenn Sie eine Zukunftsvision für die Suchthilfe im Landkreis Fulda 2025 formulieren dürften, was wären deren wesentlichen Bestandteile?“*	Wechsel auf imaginative Ebene. Möglichkeit zur freien Formulierung „alltagsferner“ Zielvorstellungen ohne Vorbeschränkung durch die erlebte Gegenwart.
Ausklang / Verabschiedung	20. *„Gibt es etwas, das Sie noch sagen möchten oder das auch Ihrer Sicht noch offen geblieben ist?“*	Frage dient als Indikator für die Validität des Leitfadens

Anlage 4: Fragebogen Kreisjobcenter Fulda

Fragebogen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Kreisjobcenters Fulda

a) Perspektive Kunde/ Kundin

1) Wie hoch ist der Anteil Ihrer Kunden bzw. Kundinnen die Ihrer Meinung nach Suchtprobleme haben?

Weniger als 5% 5-10% 10-20% 20-50% mehr

2) Um welche Suchtproblematiken handelt es sich? Bitte geben Sie an, wie häufig aus Ihrer Sicht das jeweilige Suchtverhalten bei Ihren Klienten vorkommt.

Substanzgebundene Abhängigkeiten:

Alkohol	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Schlaf- und Beruhigungsmittel	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Cannabis	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Andere illegale Drogen	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Sonstige:	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr

Nicht substanzgebundene Abhängigkeiten:

Glücksspiel	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Kaufsucht	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Computerspiel-sucht	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Soziale Netzwerke[16]	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Sonstige:	Weniger als 5%	5-10%	mehr		

Für substanzgebundene und nicht substanzgebundene Abhängigkeiten:

Mehrfachabhängigkeit	Weniger als 5%	5-10%	mehr

3) Ist die Krankheitseinsicht der betroffenen Kunden/ Kundinnen in Bezug auf ihre Suchtproblematik vorhanden?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

4) Stellen Sie bei den betroffenen Kunden und Kundinnen Widerstand gegen die Bearbeitung ihrer Suchtproblematik fest?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

5) Bei wie vielen Ihrer von Suchtproblemen betroffenen Kunden/ Kundinnen sind mangelnde Deutschkenntnisse ein Problem bei der Ansprache der Suchtproblematik?

[16] Z.B. Facebook, Chats usw.

Unter 10% 10-20% 20-50% über 50%

b) Perspektive Mitarbeiter/ Mitarbeiterin

1) Trauen Sie sich, Kunden/Kundinnen auf mögliches Suchtverhalten anzusprechen?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

2) Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Kunden/ Kundinnen mit möglichem Suchtverhalten?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

3) Können Sie sich ausreichend Zeit für eine Beratung bei vorhandenen Suchtproblemen der Kunden/ Kundinnen nehmen?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

4) Wünschen Sie sich mehr Schulung im Umgang mit Kunden/ Kundinnen mit ggf. vorhandenen Suchtproblemen?

Ja Nein

5) Wäre ein fachkundiger Kollege/ Kollegin in ihrer Einrichtung, der/ die bei Suchtproblematiken genauer berät eine Entlastung bzw. Unterstützung für Sie?

Ja Nein teilweise

6) Wissen Sie in der Regel, in welches Suchthilfeangebot Sie den Kunden/ die Kundin vermitteln können bzw. sollten?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

7) Können Sie Kunden/ Kundinnen mit Beratungsbedarf zeitnah in die Suchthilfe vermitteln?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

8) Der Kontakt mit Kunden/ Kundinnen mit Suchtproblemen ist gegenüber dem mit anderen Kunden hinsichtlich der emotionalen Belastung

Besser gleich schlechter

c) Perspektive Hilfeangebote/ Kooperation

1) Sind die Angebote der Suchthilfe für Ihre Kunden/ Kundinnen räumlich gut erreichbar?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

2) Sind die Angebote der Suchthilfe für Ihre Kunden/ Kundinnen zeitlich gut erreichbar?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

3) Fehlen aus Ihrer Sicht Angebote für Menschen mit Suchtproblemen?

Ja Nein

4) Wenn Sie mit ja geantwortet haben, können Sie fehlende Angebote benennen?

_____

5) Wünschen Sie sich mehr Kooperation mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen?

Ja Nein

6) Wenn ja, worin sollte diese Kooperation bestehen?

_____

7) Nutzen Sie die Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II zur Motivation betroffener Kunden/ Kundinnen, Beratung oder Hilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja Nein teilweise

8) Nutzen Sie die bestehende Kooperation zwischen dem Kreisjobcenter und der ambulanten Suchtberatung in Fulda?

Ja Nein teilweise

9) Kennen Sie die in die Verfahrensabläufe für die Vermittlung von Kunden/ Kundinnen in die Suchtberatung?

Ja Nein teilweise

10) Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation zwischen dem Kreisjobcenter und der ambulanten Suchthilfe?

Sehr zufrieden ziemlich zufrieden weniger zufrieden Gar nicht zufrieden

Statistische Angaben

Ihr Alter bis 29J 30-39J 40-49J 50J und älter

Ihr Zuständigkeitsbereich: Stadt Fulda Landkreis Fulda

Anlage 5: Fragebogen Gemeindepsychiatrische Einrichtungen

Fragebogen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gemeindepsychiatrie

a) Perspektive Klient/ Klientin

1) Wie hoch ist der Anteil Ihrer Klienten bzw. Klientinnen die Ihrer Meinung nach Suchtprobleme haben?

Weniger als 5% 5-10% 10-20% 20-50% mehr

2) Um welche Suchtproblematiken handelt es sich? Bitte geben Sie an, wie häufig aus Ihrer Sicht das jeweilige Suchtverhalten bei Ihren Klienten vorkommt.

Substanzgebundene Abhängigkeiten:

Alkohol	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Schlaf- und Beruhigungsmittel	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Cannabis	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Kokain	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Heroin	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Amphetamine[17]	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Halluzinogene[18]	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Legal Highs	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Sonstige:	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr

Nicht substanzgebundene Abhängigkeiten:

Glücksspiel	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Kaufsucht	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Computerspiel-sucht	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Soziale Netzwerke[19]	Weniger als 5%	5-10%	10-20%	20-50%	mehr
Sonstige:	Weniger als 5%	5-10%	mehr		

Für substanzgebundene und nicht substanzgebundene Abhängigkeiten:

Mehrfachabhänigkeit Weniger als 5% 5-10% mehr

3) Ist die Krankheitseinsicht der betroffenen Klienten/ Klientinnen in Bezug auf ihre Suchtproblematik vorhanden?

---

[17] (Speed, Ecstasy, MDMA, Chrystal Meth usw.)

[18] z.B. LSD, Psylocibin (Pilze)

[19] Z.B. Facebook, Chats usw.

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

4) Stellen Sie bei den betroffenen Klienten und Klientinnen Widerstand gegen die Bearbeitung ihrer Suchtproblematik fest?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

5) Bei wie vielen Ihrer von Suchtproblemen betroffenen Klienten sind mangelnde Deutschkenntnisse ein Problem bei der Ansprache der Suchtproblematik?

Unter 10% 10-20% 20-50% über 50%

6) Fällt es Ihnen schwer, Klienten und Klientinnen mit schlechter Therapieprognose an Suchthilfeeinrichtungen zu vermitteln?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

7) Der Rehabilitationserfolg bei meinen Klienten/ Klientinnen mit Suchtproblemen ist gegenüber anderen Klienten

gleich schlechter

b) Perspektive Mitarbeiter/ Mitarbeiterin

1) Trauen Sie sich Klienten/Klientinnen auf mögliches Suchtverhalten anzusprechen?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

2) Fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Klienten/ Klientinnen mit möglichem Suchtverhalten?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

3) Können Sie sich ausreichend Zeit für eine Beratung bei vorhandenen Suchtproblemen der Klienten/ Klientinnen nehmen?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

4) Wünschen Sie sich mehr Schulung im Umgang mit Klienten/ Klientinnen mit ggf. vorhandenen Suchtproblemen?

Ja Nein

5) Wäre ein fachkundiger Kollege/ Kollegin in ihrer Einrichtung, der/ die bei Suchtproblematiken genauer berät eine Entlastung bzw. Unterstützung für Sie?

Ja Nein teilweise

6) Wissen Sie in der Regel, in welches Suchthilfeangebot Sie den Klienten/Klientin vermitteln können bzw. sollten?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

7) Können Sie Klienten mit Beratungsbedarf zeitnah in die Suchthilfe vermitteln?

Ja meistens teilweise eher nicht Nein

8) Der Kontakt mit Suchtklienten gegenüber anderen Klienten/ Klientinnen ist hinsichtlich der emotionalen Belastung

Besser gleich schlechter

c) Perspektive Hilfeangebote/ Kooperation

1) Sind die Angebote der Suchthilfe für Ihre Klienten/ Klientinnen räumlich gut erreichbar?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

2) Sind die Angebote der Suchthilfe für Ihre Klienten/ Klientinnen zeitlich gut erreichbar?

Ja Nein Kann ich nicht beurteilen

3) Fehlen aus Ihrer Sicht Angebote für Menschen mit Suchtproblemen?

Ja Nein

4) Wenn Sie mit ja geantwortet haben, können Sie fehlende Angebote benennen?

_____

5) Wünschen Sie sich mehr Kooperation mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen?

Ja Nein

6) Wenn ja, worin sollte diese Kooperation bestehen?

_____

7) Wünschen Sie sich regelmäßig Informationen über neue Beratungsangebote?

Ja Nein teilweise

Statistische Angaben

Ihr Alter bis 29J 30-39J 40-49J 50J und älter

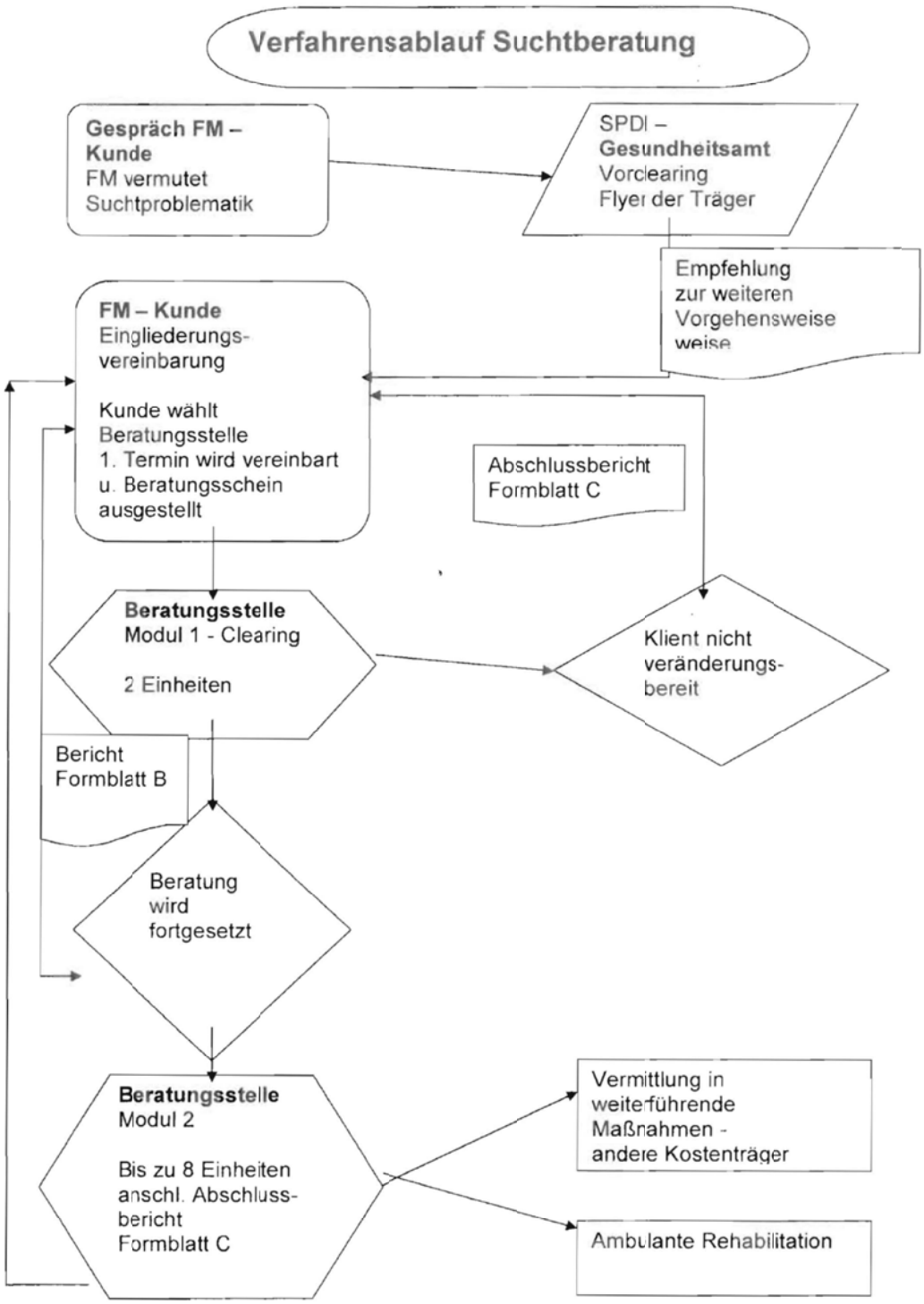
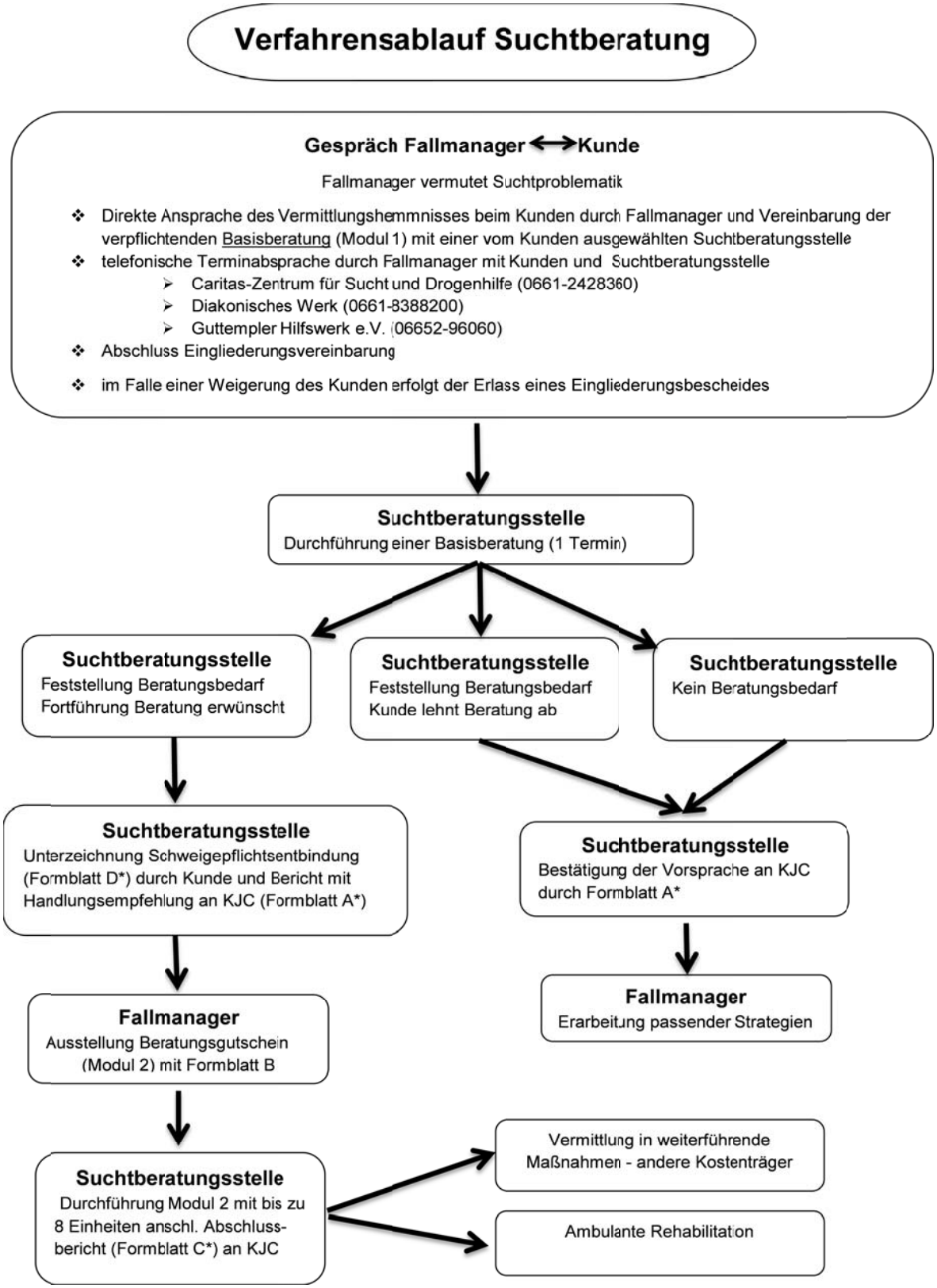
Männlich weiblich

Beschäftigt in einem Wohnheim Betreutes Wohnen
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Tagesstätte,
Werkstatt für Menschen mit Behinderungen

Zielgruppe: Menschen mit psychischen Erkrankungen / seelischen Behinderungen; Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)

Qualifikation:

Anlage 6: Prozessmodell des Kreisjobcenters zur Vermittlung in die ambulante Suchtberatung (alt)



Anlage 7: Prozessmodell des Kreisjobcenters zur Vermittlung in die ambulante Suchtberatung (Stand Juli 2015)