



## Suchthilfe im ländlichen Raum - neue Ansätze zur Suchthilfeplanung

Forschungs- und Entwicklungsprojekt

Masterstudiengang Soziale Arbeit - Beratung und Steuerung

Abschlussbericht

November 2012

Martin Schmid  
Dominik Weber

Unter Mitwirkung von  
Florian Eutebach  
Daniel Klos  
Simon Richarz  
Eva-Maria Baudy

## Inhalt

1	Ausgangslage und Projektziele.....	1
2	Projektverlauf .....	8
3	Literaturrecherche.....	10
3.1	Zum Stand der aktuellen Literatur.....	10
3.2	Die Implementierung eines Verbundsystems - der neue Weg in der kommunalen Suchthilfe? .....	12
3.2.1	Definition Verbund.....	12
3.2.2	Merkmale eines Verbundes .....	14
3.2.3	Verbundsqualität.....	17
3.2.4	Anforderungen der DHS an den kommunalen Versorgungsverbund ....	17
3.3	Versorgung von Klienten im Verbund .....	18
3.3.1	Ziele von Suchthilfe .....	18
3.3.2	Case Management bei komplexen Fällen.....	20
3.4	Suchthilfe im Verbund .....	23
3.5	Der Community Reinforcement Approach.....	24
3.6	Kooperation der Suchthilfe mit Institutionen der Kommune.....	26
3.6.1	Jugendhilfe .....	26
3.6.2	Beschäftigungsförderung.....	27
4	Projektergebnisse .....	34
4.1	Prävalenzschätzungen.....	34
4.2	COMBASS-Auswertung .....	38
4.3	Expertengespräche .....	51
4.4	Erhebung Jobcenter .....	55
4.5	Erhebung Jugendamt .....	58
5	Umstrukturierung der ambulanten Suchthilfe im Kreis .....	61
	Literatur.....	66

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Akteure der Suchthilfe im Kreis Bergstraße .....	6
Tabelle 2: Klientel der ambulanten Suchthilfe 2011: .....	
Hauptdiagnosen, differenziert nach Geschlecht* .....	39
Tabelle 3: Prävalenzschätzungen und Erreichungsquoten .....	40
Tabelle 4: Durchschnittsalter in ausgewählten Diagnosegruppen .....	44
Tabelle 5: Alter (Mittelwert und Standardabweichung) 2010, .....	
ausgewählte Diagnosegruppen .....	45
Tabelle 6: Diagnose Alkohol: Wichtigste Leistungen 2011 .....	46
Tabelle 7: Diagnose Opiate und Stimulantien: Wichtige Leistungen 2011 .....	47
Tabelle 8: Erwerbssituation in ausgewählten ICD-10-Diagnosegruppen .....	48
Tabelle 9: Erleben Sie bei Ihren Kunden .... (N=43).....	56
Tabelle 10: Befragung Jugendamt: Welche Suchtprobleme erleben Sie? (N=28)...	59

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe .....	
2009 - 2011 (ohne Angehörige und ohne Einmalkontakte) .....	41
Abbildung 2: Trendanalyse 2003 - 2011 COMBASS (77 Einrichtungen)* .....	42
Abbildung 3: Anzahl der Substitutionsbehandlungen in Deutschland 2002 - 2011* .	43
Abbildung 4: Erstkontakte 2009 - 2011	
(ohne Angehörige und ohne Einmalkontakte) .....	44
Abbildung 5: Vermittelt durch ... (Angaben in %, N = 317).....	50
Abbildung 6: Am Betreuungsende: Vermittelt zu (Angaben in %, N = 149) .....	51

## 1 Ausgangslage und Projektziele

Ambulante Beratungsstellen für Menschen mit Suchtproblemen gehören in den meisten Regionen Deutschlands seit mehreren Jahrzehnten zu den etablierten Hilfe- und Unterstützungsangeboten. Viele der auf Alkoholprobleme spezialisierten ambulanten Einrichtungen sind aus der Abstinenzbewegung hervorgegangen und gehören einem kirchlichen Wohlfahrtsverband an. Sie finanzieren sich weitgehend aus Eigenmitteln sowie zusätzlichen kommunalen Zuwendungen. In den 70er Jahren entstanden in Deutschland als Reaktion auf die damals neuen Drogenszenen Jugend- und Drogenberatungsstellen (Schmid 2003), die bis in die 80er Jahren in Hessen in allen Landkreisen und kreisfreie Städte implementiert wurden. Während sich das Angebot der klassischen Alkoholberatungsstellen an Erwachsene mit Alkoholproblemen richtete, wendeten sich die Jugend- und Drogenberatungsstellen an Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkoholproblemen und an alle, die mit den damals die neuen Drogenszenen dominierenden illegalen Substanzen wie Cannabis und Heroin Probleme hatten.

Die Implementierung der neuen Jugend- und Drogenberatungsstellen wurde vom Land vorangetrieben, das sich auch an der Finanzierung beteiligte und durch die Position des Landesdrogenbeauftragten eine steuernde Funktion einnahm. Für die meisten Jugend- und Drogenberatungsstellen etablierte sich eine Mischfinanzierung, die vor allem aus Mitteln des Landes, des Kreises und der Kommunen sowie in geringerem Umfang aus Eigenmitteln der Träger bestand. In den 90er Jahren wurde dieses hessische ambulante Drogenhilfesystem in den Großstädten durch niedrigschwellige Einrichtungen ergänzt. Zudem wurde die Suchtprävention ausgebaut.

Seit dem Jahr 2005 fallen die Landesmittel für die Suchthilfe unter die „Rahmenvereinbarung über die Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen“ und werden den Landkreisen und kreisfreien Städten in Form von Budgets zur Verfügung gestellt. Damit einher ging auch eine Verlagerung der Steuerungsfunktion: „Die Gebietskörperschaften steuern den Einsatz der Landesmittel selbständig auf Basis des Bedarfs vor Ort“ (Hessisches Sozialministerium 2011, 86). Zur Unterstützung werden den Gebietskörperschaften jährlich Daten aus dem landesweiten Dokumentationssystem der ambulanten Suchthilfe COMBASS (Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen, vgl. HLS 2012) zur Verfügung gestellt. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. veröffentlicht regelmäßig landesweite Auswertungsberichte, die zeigen, in welchem großem Ausmaß dieses Hilfesystem genutzt wird. So liegen etwa aus dem Jahr 2011 Daten

zu mehr als 20.000 Bürgerinnen und Bürgern vor, die sich mit Suchtproblemen an eine dieser ambulanten Beratungsstellen gewandt haben (HLS 2012, 16).

Parallel zu dieser Entwicklung haben sich die Angebote für Menschen mit Suchtproblemen in den letzten zehn Jahren weiter ausdifferenziert. Neben den ambulanten Beratungsangeboten gibt es Entzugsbehandlungen, unterschiedliche ambulante und stationäre Therapieangebote, ambulante und stationäre Nachsorgeeinrichtungen, verschiedene Formen des betreuten Wohnens, Substitutionsbehandlungen, Beschäftigungsprogramme, niedrighschwellige Hilfen und weitere Angebote. In Hessen steht somit den Bürgerinnen und Bürgern ein professionelles und ausdifferenziertes Hilfeangebot bei Suchtproblemen zu Verfügung, über dessen Leistungen regelmäßig berichtet wird.

Diese Angebote unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Zielgruppen und Konzepte, sondern auch in Bezug auf die Finanzierung und Steuerung. So sind für die Durchführung der Entzugsbehandlungen die Krankenhäuser und für die Finanzierung die Krankenkassen zuständig, während die ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation in den Verantwortungsbereich der Rentenversicherungen fällt. Die Substitutionsbehandlung wird als medikamentöse Therapie primär von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Krankenkassen, Ärzteorganisationen und Rentenversicherungen haben für die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche Richtlinien, Standards und qualitätssichernde Maßnahmen beschlossen und nehmen insofern für die jeweiligen Sektoren eine steuernde Funktion wahr.

Eine eindeutige Zuständigkeit für die ambulanten Beratungsstellen gibt es hingegen nicht, und somit ist auch die Steuerungsfrage im ambulanten Bereich ungeklärt. Aus den Sozialgesetzbüchern lässt sich jedenfalls keine zwingende umfassende Zuständigkeit der Bundesländer oder der Kommunen für ambulante Suchthilfeeinrichtungen herauslesen. Im SGB II wird in § 16a die Suchtberatung explizit als kommunale Eingliederungsleistung erwähnt, die zur Eingliederung Erwerbsfähiger in das Erwerbsleben erbracht werden kann. Auch aus dem SGB XII ergeben sich Ansprüche für Menschen mit Suchtproblemen, die aber nicht zwingend zu einer pauschalen Finanzierung von ambulanten Beratungsstellen führen. Das bestehende System der Finanzierung und Steuerung der ambulanten Suchthilfe wird meist mit dem Verweis auf das Sozialstaatsprinzip, die allgemeine kommunale Daseinsvorsorge und das Subsidiaritätsprinzip begründet. Aus dem Blickwinkel der Versorgungsforschung stellt sich die Suchthilfe heute als vielfach fragmentiertes System dar, in dem es zahlreiche Schnittstellen gibt. Aus der Perspektive der Träger der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen erscheint die Finanzierung als Flickenteppich, zu dem

Kreismittel, kommunalisierte Landesmittel, Zuschüsse einzelner Kommunen, Leistungsentgelte für spezifische Leistungen, die wahlweise mit den unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträgern oder den Klientinnen und Klienten selbst abgerechnet werden müssen, Modellprojektmittel und Eigenmittel gehören.

Die Landkreise und Kommunen sehen sich wiederum einer kaum lösbaren Steuerungsaufgabe gegenüber: Ohne mit dem erforderlichen Steuerungswissen und den notwendigen Steuerungsmitteln ausgestattet zu sein, sollen sie finanzielle Mittel für Teilbereiche eines Hilfesystems bewilligen und dabei möglichst auch noch Steuerungsfunktionen wahrnehmen. Eine einheitliche Steuerung für das Gesamtsystem der Suchthilfe ist aktuell kaum vorstellbar. Angesichts dieser Situation verwundert es nicht, dass in der Fachliteratur sowie bei den beteiligten Verbänden und Organisationen zunehmend über Fragen der Vernetzung und der Steuerung der Suchthilfe diskutiert wird (vgl. hierzu Kapitel 3).

Vor diesem Hintergrund haben der Kreis Bergstraße und die Katholische Hochschule Mainz im April 2011 einen Kooperationsvertrag über ein Forschungs- und Entwicklungsvorhaben mit dem Titel „Suchthilfe im ländlichen Raum - Neue Ansätze zur Suchthilfeplanung“ abgeschlossen. Im Rahmen dieses Kooperationsprojektes soll die Struktur der ambulanten Suchthilfe im Kreis Bergstraße analysiert und ein Prozess zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Strukturen der ambulanten Suchthilfe in Gang gesetzt werden. Gemäß Kooperationsvertrag sollen insbesondere Fragen nach der Nutzung der vorhandenen Angebote, nach Schnittstellen (z.B. zur Beschäftigungsförderung), nach Versorgungslücken und nach Bereichen mit Überversorgung, nach Optimierungs- und Steuerungsmöglichkeiten, nach der Gestaltung eines Optimierungsprozesses und der Beteiligung der Akteure aus der freien Wohlfahrtspflege, der Übertragbarkeit auf andere Regionen sowie der Verbesserung der Effizienz - in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht - analysiert werden. Die Suchtprävention ist nicht Gegenstand des Kooperationsprojektes.

Im Einzelnen soll das Kooperationsprojekt sich mit folgenden Fragen beschäftigen:

- Welche Angebote der Suchthilfe gibt es zurzeit im Landkreis, wie werden diese genutzt und welche Daten und Evaluationsergebnisse liegen hierzu vor?
- Welche Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Angeboten und insbesondere zu den sozialen, psychiatrischen und gesundheitlichen Basisangeboten gibt es? Wie funktioniert z.B. die Schnittstelle zur Beschäftigungsförderung?
- Gibt es Versorgungslücken und/oder Bereiche mit Überversorgung?

- Wie lässt sich vor dem Hintergrund des aktuellen Standes der Wissenschaft und der Suchtforschung zu Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen die Versorgungsstruktur im ländlichen Raum optimieren? Welche Steuerungsmöglichkeiten gibt es?
- Wie lässt sich ein solcher Planungs- und Steuerungsprozess so gestalten, dass die regional vorhandenen Anbieter aus der freien Wohlfahrtspflege und die kommunalen Vertreter von Anfang an daran beteiligt sind und diesen Prozess mitgestalten können?
- Wie lassen sich die Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsvorhabens auf andere Regionen übertragen?
- Wie effizient werden die Angebote in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht umgesetzt? Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?

Um diesen Fragen unter Beteiligung der vorhandenen Anbieter nachzugehen, wurde die Einsetzung einer Projektgruppe verabredet, in der Vertreter des Kreises, Vertreter der Anbieter sowie Vertreter der Katholischen Hochschule Mainz zusammenarbeiten. Diese Projektgruppe soll vorliegende Daten auswerten und eine Ist-Analyse vornehmen, Entwicklungsmöglichkeiten im Sinne einer Soll-Analyse diskutieren und schließlich einen Handlungsplan erarbeiten, der den Weg zu optimierten Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten Suchthilfe aufzeigen soll. Diese Soll-Analyse orientiert sich am aktuellen Stand der Suchtforschung.

Zur Erreichung dieser Ziele sollen Experteninterviews, Sekundäranalysen vorhandener Daten sowie - im Rahmen des Masterstudiengangs der Katholischen Hochschule Mainz - eigene studentische Erhebungen insbesondere zu den Schnittstellen durchgeführt werden. Angestrebt wird ein partizipativer und kommunikativer Prozess unter Beteiligung der Experten aus der Suchthilfe und angrenzender Hilfesystem.

Der Kreis Bergstraße ist der südlichste Landkreis im Bundesland Hessen, erstreckt sich über eine Fläche von 719,53 Quadratkilometer zwischen dem den Ballungsräumen Rhein-Main und Rhein-Neckar und hat gemäß Homepage etwa 264.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand 23.11.2012). Der Kreis umfasst 22 Gemeinden in den vier Teilregionen Ried, Bergstraße, Odenwald und Neckartal. Im Westen grenzt der Kreis Bergstraße an das Bundesland Rheinland-Pfalz, im Süden an das Bundesland Baden-Württemberg, im Osten an den Odenwaldkreis und im Norden an den Landkreis Groß-Gerau und den Landkreis Darmstadt-Dieburg. Dieser Struktur eines Flächenkreises mit unterschiedlichen regionalen Prägungen, Verkehrsanbindungen und historisch gewachsenen räumlichen Orientierungen versucht auch die ambulante Suchthilfe durch ein regional verteiltes Angebot nachzukommen.

In der Suchthilfe im Kreis Bergstraße sind derzeit verschiedene Akteure tätig, die von verschiedenen Trägern mit unterschiedlichen Angeboten, Konzepten und Ausrichtungen betrieben werden. Zu den wichtigsten Akteuren im Kreis zählen die Fachambulanz für Suchtkranke des Caritasverbandes Darmstadt e.V. und die Jugend- und Drogenberatungsstelle Prisma der AWO Bergstraße Soziale Dienste gGmbH. Beide Akteure bieten ambulante Beratung, Behandlung und Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen an. Während sich die Fachambulanz der Caritas bislang primär um Beratung im Umgang mit legalen Suchtmitteln (größtenteils Alkohol) kümmert, ist die Arbeiterwohlfahrt mit ihrer Jugend- und Drogenberatungsstelle „Prisma“ auf Jugendliche und illegale Drogen spezialisiert. Die Fachambulanz der Caritas bietet auch betreutes Wohnen und ambulante Rehabilitation für Menschen mit Alkoholproblemen an. Für suchtkranke Männer, die abstinent leben, bietet die Wohngemeinschaft Bergstraße e.V. eine Übergangseinrichtung, betreutes Wohnen und Betreutes Einzelwohnen. Betreutes Wohnen für substituierte Opiatabhängige bietet der Psychosoziale Hilfsverein, der aus der psychiatrischen Klinik in Heppenheim hervorgegangen ist. Diese Klinik trägt inzwischen den Namen Vitos Heppenheim, gehört zum Landeswohlfahrtsverband Hessen, und bietet neben Entzugsbehandlungen für alle Substanzen auch eine Substitutionsambulanz mit dazugehöriger psychosozialer Betreuung. Zur Caritas gehört im Kreis Bergstraße auch noch die Suchtklinik Falkenhof, in der Alkoholabhängige und andere Drogenabhängige eine stationäre Entwöhnungsbehandlung machen können. Wohnungslose mit Suchtproblemen finden im Zentrum der Wohnungslosenhilfe der Diakonie in Bensheim eine Tagesaufenthaltsstelle, Beratung und verschiedene Übernachtungs- und Wohnmöglichkeiten.

Diese Akteure der Suchthilfe im Kreis Bergstraße sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Aufzählung nur die für den Projektzusammenhang wichtigsten Akteure enthält. Nicht in der Auflistung enthalten sind z.B. niedergelassene Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser sowie Einrichtungen aus anderen Hilfesegments, die im weiteren Sinne Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen erbringen wie z.B. Einrichtungen der Jugendhilfe oder der Beschäftigungsförderung.

Tabelle 1: Akteure der Suchthilfe im Kreis Bergstraße

Einrichtung	Angebote	Zielgruppe	Finanzierung
Jugend- und Drogenberatungsstelle Prisma, AWO	Beratung	Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkoholproblemen, Menschen mit illegalem Drogenkonsum, Menschen mit Verhaltenssüchten	Kommunalisierte Landesmittel, Kreismittel, kommunale Zuschüsse
	Beratung	Pathologische Spieler	Modellprogramm (Landesmittel)
	Psychosoziale Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung	Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärzten	Kommunalisierte Landesmittel, Kreismittel, kommunale Zuschüsse
Fachambulanz für Suchtkranke, Caritasverband Darmstadt e.V.	Beratung	Menschen mit Alkoholproblemen, Medikamentenabhängige, Nikotinabhängige	Eigenmittel, in kleinem Umfang Kreismittel und kommunalisierte Landesmittel
	Betreutes Wohnen	Menschen mit Alkoholproblemen	LWV
	Ambulante Rehabilitation	Menschen mit Alkoholproblemen	Rentenversicherungen
	Adaption	Menschen mit Alkoholproblemen	Rentenversicherung
Fachklinik „Am Birkenweg“, Caritasverband Darmstadt e.V.	Tagesrehabilitation	Patienten mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	Rentenversicherung
Klinik „Schloss Falkenhof“, Caritasverband Darmstadt e.V.	Stationäre Rehabilitation	Patienten mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	Rentenversicherung
Wohngemeinschaft Bergstraße e.V.	Übergangseinrichtung, betreutes Wohnen, betreutes Einzelwohnen	Suchtkranke Männer mit Abstinenzziel	örtliche u. überörtliche Sozialhilfeträger, Jugendamt, Selbstzahler
Psychosoziale Hilfsverein e.V.	Betreutes Wohnen	Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung der Vitos Klinik	LWV
	Betreutes Einzelwohnen	Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung	LWV

Zentrum der Wohnungslosenhilfe, Diakonie	Tagesaufenthalt, Beratung, Übernachtung, betreutes Wohnen, Wiedereingliederung	Wohnungslose	Kreismittel, LWV
Vitos Heppenheim	Entzugsbehandlung	Patienten mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	Krankenkassen
	Substitutionsbehandlung	Opiatabhängige	Krankenkassen
	Psychosoziale Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung	Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung	

Die differenzierte Angebotsstruktur der hessischen Suchthilfe findet sich demnach auch im Kreis Bergstraße wieder. Die Akteure der Suchthilfe im Kreis Bergstraße haben sich schon vor mehreren Jahren in einer AG Sucht zusammengeschlossen, die u.a. einen umfangreichen Suchthilfeführer für den Kreis herausgegeben hat.

An der Katholischen Hochschule Mainz wird das Kooperationsvorhaben im Rahmen des Masterstudiengangs „Soziale Arbeit - Beratung und Steuerung“ unter Beteiligung von Studierenden durchgeführt. Studierenden wird im Rahmen des Projektes Gelegenheit zu eigenständigen empirischen Projekten sowie zur Erstellung der Masterthesis gegeben. Bislang waren die Studierenden Dominik Weber, Florian Eutebach, Daniel Klos, Simon Richarz und Eva-Maria Baudy am Projekt beteiligt.

## 2 Projektverlauf

Das Kooperationsprojekt startete am 17. Juni 2011 mit einem Auftaktworkshop zur Neuorientierung der Suchthilfe im Kreis Bergstraße, an dem Vertreter des Kreises, der verschiedenen Anbieter der Suchthilfe, des Landeswohlfahrtsverbandes sowie der Katholischen Hochschule Mainz teilnahmen. Bei diesem Auftaktworkshop wurden Inhalt, Zielsetzung und Struktur des Projektes vorgestellt und diskutiert. Die Katholische Hochschule Mainz präsentierte landesweite Daten aus der hessischen Repräsentativerhebung und aus dem Projekt Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen (COMBASS). Bei diesem Auftaktworkshop wurde die Einrichtung einer Steuerungsgruppe beschlossen. Mitglieder in dieser Steuerungsgruppe sind Herr Geßner (AWO, Prisma), Herr Gohlke (AWO, AG Sucht), Herr Bickel (Caritas, Fachambulanz für Suchtkranke), Herr Schön (Caritas, Klinik Schloss Falkenhof), Herr Schreck (WG Bergstr.), Frau Perkowski, Frau Scholz, Herr v. Gatterburg (Kreisverwaltung) und Herr Schmid (KH Mainz).

Die Projektgruppe traf sich am 15. September 2011 zu ihrer ersten Sitzung. Dabei wurde beschlossen, die Analyse auf die beiden ambulanten Beratungsstellen, auf die Wohngemeinschaft Bergstraße, das betreute Wohnen für Substituierte des Psychosozialen Hilfsvereins sowie die Ambulanz der Heppenheimer Vitos-Klinik zu konzentrieren. Zentrale Schnittstellen, die möglichst analysiert werden sollen, sind das Jugendamt und das kommunale Jobcenter. Die Obdachlosenhilfeeinrichtungen des Diakonischen Werkes sollten soweit erforderlich ebenfalls einbezogen werden. Weiterhin wurde beschlossen, neben den in den Jahresberichten veröffentlichten Daten (vgl. z.B. Caritas 2011a, Caritas 2011b, Caritas 2012, AWO Jugend- und Drogenberatung Prisma 2012 und 2012, Vitos 2011) insbesondere die COMBASS-Daten auszuwerten. Die Projektgruppe und vor allem die Vertreter der betroffenen Einrichtungen stimmten einer Sonderauswertung der an das Institut für Drogenforschung der Universität Hamburg (ISD) exportierten Daten durch die KH Mainz zu.

Zwischen dem 12.12.2011 und dem 19. 11.2012 wurden Experteninterviews mit Vertretern der Fachambulanz der Caritas, der Jugend- und Drogenberatungsstelle Prisma der AWO, mit dem Jobcenter Bergstraße „Neue Wege“, mit der Vitos Klinik, mit dem Jugendamt, mit dem Zentrum der Wohnungslosenhilfe der Diakonie, der Übergangseinrichtung Wohngemeinschaft Bergstraße mit angeschlossenem Betreuten Wohnen und mit dem Psychosozialen Hilfsverein e.V. geführt. Parallel hierzu wurde eine umfangreiche Literaturrecherche und -analyse zum Thema kommunale ambulante Suchthilfeplanung durchgeführt.

Eigene Datenerhebungen wurden im Rahmen von studentischen Praxisforschungsprojekten im Jugendamt und im kommunalen Jobcenter „Neue Wege Kreis Bergstraße“ durchgeführt. Diese quantitativen Erhebungen, an denen sich 43 Fallmanager im Jobcenter und 28 Fachkräfte im ASD des Jugendamtes beteiligten, ergänzen und vertiefen die Informationen, die in den Expertengesprächen zusammengetragen wurden.

Im Projektverlauf wurden die Ergebnisse der quantitativen Analysen und der Expertengespräche immer wieder in der Projektgruppe diskutiert und die Bedeutung dieser Daten und Konzepte für die Weiterentwicklung der Suchthilfe im Kreis besprochen. Als externer Experte referierte Herr Thomas Bader, Vorsitzender des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. und Geschäftsführer des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH, zum Thema Kommunale Drogen- und Suchthilfeplanung.

Zwischen August und Oktober 2012 wurden als Folgerung aus den Erhebungen und Zieldiskussionen verschiedene Vorschläge zur Weiterentwicklung der Suchthilfe im Kreis Bergstraße erarbeitet und besprochen. Daraus wurde dann im Oktober 2012 ein gemeinsamer Vorschlag der Steuerungsgruppe zur Weiterentwicklung erstellt, der am 1. November 2012 bei einer Abschlussveranstaltung, zu der wiederum alle Akteure der Suchthilfe und angrenzender Bereiche eingeladen wurden, vorgestellt und diskutiert wurde.

### 3 Literaturrecherche

#### 3.1 Zum Stand der aktuellen Literatur

Bei der Betrachtung der Fachliteratur zum Themengebiet der Sucht- und Drogenhilfe zeigt sich, dass jährlich eine große Anzahl neuer und interessanter Werke über Ansätze und Methoden zum Themenkomplex Drogen und Suchthilfe erscheint. Hierzu zählen Beschreibungen und Ausführungen zu primären, sekundären und tertiären Präventionsprogrammen, die auf verschiedene komplexe Bereiche und Anwendungsgebiete, wie bspw. der Arbeit mit jungen und älteren Klienten, Alkohol-, Internet-, oder Heroinabhängigen spezifiziert sind. Im Rahmen der Literaturrecherche zur Evaluation der Suchthilfe im Kreis Bergstraße liegt der Schwerpunkt auf der Betrachtung und Analyse von neuen Ansätzen in der kommunalen Suchthilfe, was zu einer Minimierung der Betrachtungsmenge führt. Im Folgenden sollen verschiedene Veröffentlichungen dargestellt werden, die sich inhaltlich auf das Themengebiet und auf Kriterien einer gelingenden Umstrukturierung beziehen.

Im Jahr 2001 beschreibt **Rainer Baudis** den Zusammenhang von Case Management und einem sogenannten „Behandlungsverbund“ im Rahmen eines Aufsatzes in der Zeitschrift Suchttherapie. Neben der Umschreibung des Begriffes Verbund und den Voraussetzungen zur Wirksamkeit des Case Managements nähert sich der Autor der Definition von Qualität eines Verbundes (vgl. Baudis 2001, S. 80 ff.).

Den Begriff der Verbundqualität wird von Baudis selbst eingeführt (vgl. Baudis 2011, S. 20) und im Jahr 2007 im Tagungsband **Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge** (Baudis, 2011) ausführlich dargestellt. In diesem Band sind verschiedene Vorträge einer Fachtagung der Four Steps Einrichtung der Jugendhilfe und Hilfe für Suchtkranke im Landkreis Böblingen zusammengefasst. Es werden neben der Beschreibung des Verbundes und der Verbundqualität auch Zusammenhänge zur Methode des Case Management geknüpft. Hierbei werden sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch aus der Perspektive der Leistungsträger und Leistungserbringer Praxisbeispiele vorgestellt.

Der Verein **Jugendberatung & Jugendhilfe e.V. Frankfurt am Main** beschreibt in seinem Buch zur **Suchthilfe im Verbund** (Jugendberatung & Jugendhilfe e.V. Frankfurt am Main 2008) die eigenen verschiedenen Therapieeinrichtungen und Arbeitsweisen mit seinen Klienten.

Eine Publikation des **Forum Sucht zur Kommunale Suchthilfe Planung - Steuerung - Finanzierung** (Pittrich, Rometsch, Sarrazin 2003) beinhaltet mehrere Aufsätze

und Vorträge zur Finanzierung und Gestaltung des kommunalen Suchthilfeangebotes unter der Berücksichtigung der aktuellen finanziellen Gegebenheiten und Entwicklungen im Sozialstaat.

Der Verein **Aktion Psychisch Kranke** hat im Jahr 2009 zur Fragestellung **Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland - von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund** (Schmidt-Zadel u.a. 2009) einen Tagungsband veröffentlicht, welcher unter anderem regionale Verbundsysteme mit den verschiedenen Schwerpunkten Jugendhilfe, Alkoholabhängigkeit, substanzbedingte Störungen und chronisch Abhängigkeitskranke beinhaltet.

**Knut Tielking** und **Kerstin Ratzke** haben im Rahmen eines Modellprojektes **Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe** definiert, welche in verschiedenen Einrichtungen zur Behandlung von alkoholabhängigen Patienten angewendet werden. Diese werden unter anderem in der Klinik Schloss Falkenhof in Bensheim unter der Trägerschaft der Caritas angewendet. (vgl. Tielking, Ratzke 2004, 159 f.)

Daneben gibt es mehrere Präsentationen und Manuale diverser Träger von Suchthilfeeinrichtungen und Suchthilfeverbänden zum Themengebiet der kommunalen Suchthilfe als online Ressource. So verfasste unter anderem die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.** ein Papier zur **Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund** (DHS 2010) und zur **Situation und Perspektive der Suchthilfe** (DHS 2001). Hinzuweisen ist auch auf die Konsenspapiere der AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats (2012a und 2012b) zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen und zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben.

Dem Themenkomplex des Case Management widmen sich mehrere Bücher. In der Schriftreihe der Katholischen Hochschule Mainz beschreiben die Autoren den Themenkomplex der **Beratung und Steuerung im Case Management** (Löcherbach 2012). Zudem richtet sich ein Artikel explizit an das Case Management in der Drogenhilfe. Im Buch **Case Management - Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit** beschreibt **Löcherbach u.a.** (Löcherbach u.a. 2009) unter anderem den allgemeinen Ansatz und den des Case Managements in der Drogenhilfe. **Schmid, Schu und Vogt** beschreiben zu dem in ihrem Buch zum **Motivational Case Management** (Schmid, Schu, Vogt 2012) das Vorgehen und die Implementierung dieser Kombination aus Motivational Interviewing und Case Management.

Der **Community Reinforcement Approach** ist ein weiterer innovativer Ansatz, der verhaltenstherapeutische Ansätze in der Suchthilfe mit einem gemeindeorientierten und auf einen Verbund zielenden Konzept kombiniert. Entstanden in den USA

und dort auch erfolgreich in verschiedenen Studien getestet, wird dieses Konzept seit einigen Jahren auch in Deutschland verstärkt rezipiert (Meyers, Smith 2011; Lange, Reker, Driessen 2008).

Aus Beispielen und Darstellungen von Kooperationsverbänden in der aktuellen Literatur ist hierzu das **Projekt Faire** (Frietsch, Holbach, Link 2010a u. 2010b) herausgegriffen worden. Es beschreibt die Implementierung eines Förderprogramms zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt von Abhängigen bzw. ehemals abhängigen Klienten. Erarbeitet und evaluiert ist das Projekt von der **Hochschule Koblenz**. Ein weiteres Evaluationsprojekt widmet sich der Kooperation zwischen den Suchthilfeeinrichtungen und dem Jugendamt im Bundesland Brandenburg. **Hinze und Jost** betrachten dabei das **Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe** (Hinze, Jost 2006).

## 3.2 Die Implementierung eines Verbundsystems - der neue Weg in der kommunalen Suchthilfe?

### 3.2.1 Definition Verbund

Der Begriff Verbund wird in der aktuellen Literatur häufig verwendet. Aufgrund dessen Popularität wird dieser als mögliche Lösung deklariert, welche im Umstrukturierungsprozess der Suchthilfe im Kreis Bergstraße zur Anwendung kommen könnte. Zu Beginn bedarf es zunächst einer näheren Definition, um den Begriff deutlich zu machen. Dabei soll Bezug auf die Ausführungen von Baudis genommen werden, da später auch die von ihm eingeführte Verbundqualität näher erläutert wird.

Ein Verbund im Suchthilfesystem ist ein „differenziertes regionales Versorgungs- und Behandlungsangebot und eine verbindliche qualifizierte Zusammenarbeit mit der Zielsetzung, die Versorgung und Behandlung von Suchtkranken in der Region zu verbessern“ (Baudis 2001, 80 f.).

In der Entstehung eines Suchthilfeverbundes kommt es zu einem Zusammenschluss verschiedener Leistungsträger im Handlungsgebiet. Dabei sollen sinnvolle Versorgungspfade entstehen, die sich durch Kontinuität und Fallbezogenheit auszeichnen. Alle Akteure des Verbundes übernehmen eine gemeinsame Versorgungsverantwortung und richten ihre Arbeit personenzentriert aus. Die Handlungsgrundlage eines neuen verbesserten und verlässlichen Angebotes ist eine gemeinsame Leistungserbringung und eine sinnvolle Arbeitsteilung. Komplexere Hilfeleistungen können somit ressourcenschonender und effizienter gewährleistet werden. (vgl. Baudis 2007, 24 f.)

Weiter beschreibt Baudis **sechs Merkmale** eines Verbundes, die für eine gelingende Implementierung eines Hilfesystems grundlegend sind.

1. Die Kooperation, welche sich durch
  - a. „fallbezogene Zusammenarbeit,
  - b. klientenorientierte und integrierte Versorgungsabläufe,
  - c. personenzentrierte Hilfeplanung,
  - d. personenunabhängige Netzwerkschaffung,
  - e. qualifizierte Kooperation und Vernetzung zwischen den jeweiligen Einrichtungen
  - f. [sowie] Förderung zum Selbstmanagement [auszeichnet.]“ (Baudis 2007, 25)
2. Die Koordination,
  - a. von einrichtungsübergreifenden und klientenorientierten Prozessen,
  - b. einer umfassenden und ganzheitlichen Hilfeplanung,
  - c. einer koordinierten Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen,
  - d. und der Bestimmung einer verantwortlichen Person für die Aufgabe der Koordination sowie zur Einforderung der verbindlich getroffenen Vereinbarungen.
3. Die Organisationsentwicklung bezeichnet eine bewusste Realisierung der vereinbarten Arbeitsteilung. Es sollen unter der Berücksichtigung der nötigen Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren und deren Werte und ethischen Grundhaltungen sinnvolle Zusammenhänge im Gesamtprozess entstehen. Es entsteht eine „virtuelle“ Organisation, ein Gebilde, was über kein spezielles Machtzentrum verfügt, aber nach außen hin ein einheitliches Bild zeigt.
4. Die Entwicklung und Implementierung eines neuen Verbundsystems benötigt eine fortlaufende Begleitung und Steuerung, um den Veränderungsprozess voran und zum Abschluss bringen zu können.
5. In der Entstehung eines Verbundsystems bedarf es auch der Festlegung von Zielen und Standards in der Kooperation, dem Verfahren und der Messung von Ergebnissen. Es benötigt eine gemeinsamen Entwicklung der Verbundqualität, anhand derer die Leistung des Verbundes erfasst und bewertet werden kann.
6. Für die Sicherstellung der Funktionalität eines Verbundes bedarf es im Planungs- und Gestaltungsprozess der Zusammenarbeit und Beteiligung der zuständigen kommunalen Verwaltungen des Einzugsgebietes, um ein langfristiges Engagement sicher zu stellen (vgl. Baudis 2007, 25 ff.).

### 3.2.2 Merkmale eines Verbundes

Für die Umsetzung bzw. die Einführung eines Verbundsystems proklamiert Baudis verschiedene Schritte, die unter Betrachtung der aufgeführten Merkmale durchlaufen werden müssen. Sie umfassen dabei sowohl Aspekte der Koordination, Kooperation, Steuerung, Organisationsentwicklung, dem Management von Verbundqualität und der Beteiligung an der Versorgungsentwicklung. Unter der Zusammenwirkung dieser Punkte kann der Verbund als eine Methode wirken, in der eine qualifizierte, verbindliche und transparente Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren gelingt. Dabei werden Leistungen durch das Instrument einer virtuellen Organisation unter der Voraussetzung gesteuert, dass gemeinsame Grundsätze und ergänzende Zusammenarbeit praktiziert werden. (vgl. Baudis 2007, 41 f.)

Am Anfang der Entstehung eines Verbundes bedarf es der **Verständigung zur Versorgungsverantwortung** und der **Zielsetzung** zwischen den mitwirkenden Akteuren. Grundlegend dabei ist die Aufteilung der Region in Zuständigkeitsgebiete sowie die Absprache des jeweiligen Leistungsspektrums. Dabei ist zu überlegen, welche Institutionen noch zusätzlich in den Verbund mit aufgenommen werden müssen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist dabei die Betrachtung der Klientenstruktur innerhalb des entstehenden Verbundes. Welche Klienten nutzen welche Angebote und wie können diese in das neue System eingebunden werden? (vgl. Baudis 2007, 43)

Im zweiten Schritt soll die **Koordinierung und Definition der Fallführung** erfolgen. Baudis führt hierbei die Handlungsmethode des **Case Management** auf, die als geeignete Methode zur Umsetzung angesehen wird. Dabei sollen

- die **Kosten** einer kontrollierten und zweckmäßigen Versorgung,
- die **Koordination** der Dienste,
- die **Interaktion** des Dienstleistungssystem innerhalb des Hilfenetzwerkes, welche eine umfassende Leistung am Klienten unter der Berücksichtigung der Wirksamkeit und Kosten sicherstellt
- und die **Prozessbegleitung** in der entstehenden Zusammenarbeit, innerhalb dessen die angebotenen Leistungen der jeweiligen Akteure auf den notwendigen Bedarf und die vorhandenen Ressourcen angepasst werden,

innerhalb des Verbundes strukturiert werden. Zusätzlich nimmt das Case Management eine Lotsenfunktion im Verbundsystem ein, durch welche die Klienten und deren Angehörige an die jeweiligen Einrichtungen bzw. deren Leistungsangebote vermittelt werden. Auf den Ansatz des Case Managements wird im Folgenden noch differenzierter eingegangen. (vgl. Baudis 2007, 43 f.)

Der Handlungsansatz in der Arbeit mit den Klienten soll **personenzentriert** und **klientenorientiert** ausgerichtet sein. Personenzentriert meint in diesem Zusammenhang, dass eine kontinuierliche Versorgung der Klienten unter der Berücksichtigung seiner Bedürfnisse und Interessen gewährleistet wird. Hierfür sind ein integrierter Behandlungsplan, eine Hilfekonferenz, koordinierende Bezugspersonen und der zur Verfügung stehende Verbund essentiell. Zusätzlich bedarf es der Erweiterung des personenzentrierten Ansatzes um das Merkmal der Klientenorientierung, folglich einer aktiven Beteiligung und Motivierung in der Gestaltung und Behandlung des Klienten in allen Hilfeleistungsphasen. Hierzu zählen verschiedene Beratungs- und Therapieangebote einschließlich bis zum Übergang in die selbständige Alltagsbewältigung. (vgl. Baudis 2007, 44 f.)

Eine gemeinsame und übergreifende Fallführung bedarf eines **Netzwerkes**. Zum zielführenden und abgestimmten Handeln ist eine **Kooperationsstruktur** notwendig. Zum Entstehen und Erhalten von verlässlichen Netzwerken benötigt es Vertrauen zwischen den jeweiligen Kooperationspartnern. Konkurrenz und ein initiierter Wettbewerb durch bspw. Leistungsträger oder Sozialpolitik schaden der Verbundarbeit. Es ist wichtig mögliche Schnittstellenprobleme innerhalb dieses Umsetzungspunktes durch feste Vereinbarungen entgegenzuwirken. Hierzu zählen ein einheitliches und transparentes Dokumentationssystem, ein Beschwerdemanagement, Akzeptanz und verbindliche Mitwirkung im Gestaltungsprozess des Verbundes, einer fallbezogenen Intervision zwischen den jeweiligen Teams und Einrichtungen, sowie ein übergreifender Qualitätszirkel. Daneben ist die Erarbeitung einer gemeinsamen Kommunikationsstruktur zwischen den verschiedenen Akteuren notwendig, um die optimale Fallbearbeitung und eine funktionierende Verbundarbeit zu ermöglichen. So stützen diese Aspekte die Funktionalität des Verbundes grundlegend. Es ist so möglich, den Klienten den Zugang zu allen Angeboten der kommunalen Suchthilfe zu ermöglichen. Dabei müssen jedoch die örtlichen und strukturellen Gegebenheiten, wie beispielsweise die Erreichbarkeit der Angebote berücksichtigt werden. (vgl. Baudis 2007, 45 ff.)

Ein Verbund bietet Gemeinsamkeit im Sinne einer direkten Verbindung zwischen den jeweiligen Leistungsangeboten. So können Leistungen nahtlos ineinander übergehen, ohne dass Wartezeiten durch Vermittlungsprozesse und der Suche nach Einrichtungen entstehen. Unter dieser **integrierten und ggf. sektorenübergreifenden Leistungserbringung** fallen unter anderem Kooperationsvereinbarungen mit Trägern der Jugendhilfe, des Arbeitsamtes, Krankenhäusern oder Ärzten. (vgl. Baudis 2007, 47 f.)

Bei der Betrachtung des Verbundbegriffes mit seinen Merkmalen zeigt sich eine enge Verknüpfung mit der von Jürgen Wilke benannten „virtuellen Organisation“ (Wilke 2007, 110). Diese rechtlich unabhängige Organisation bildet über einen bestimmten Zeitraum und eine gemeinsame Zielsetzung einen Verbund. Die Akteure arbeiten in der Entstehung und im Handlungsprozess unter Berücksichtigung der bereits aufgeführten Aspekte selbstständig. Nach außen hin treten die beteiligten Institutionen als Einheit auf, so zu sagen als die kommunale Suchthilfe des Kreise Bergstraße. In diesem Zusammenhang sind weitere Aspekte zu beachten, die für die Entwicklung eines Verbundes von Bedeutung sind. Der Verbund benötigt ein **Lenkungsgremium**, welches die **Steuerung übernimmt**. In den Aufgabenbereich des Gremiums fallen unter anderem Aufgaben der Mitarbeiterschulung, der Auswertung von Verbundaktivitäten, des Ressourceneinsatzes, sowie die Verfolgung und Überprüfung der Zielsetzungen. (vgl. Baudis 2007, 48 und Willke 2007, 110 ff.)

Mit dem Begriff der Organisation ist auch die **Organisationsentwicklung** eng verknüpft. Dieser Punkt ist ein weiterer Bestandteil in der Entstehung und Weiterentwicklung eines Verbundsystems. Eine kontinuierliche „Organisationsentwicklung“ stellt sicher, dass alle Akteure ihrer Aufgabe im Verbund nachkommen, dass die eingesetzten Mittel, Methoden und die Dokumentation auf ihre Quantität und Qualität überprüfen und aufgedeckte Missstände behoben werden. Hierunter fallen auch die Betrachtung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen und das stetige Vorantreiben und Pflege von Netzwerkarbeit (vgl. Baudis 2007, 49 und Willke 2007, 110 ff.). Ebenfalls abgeleitet aus dem virtuellen Organisationsansatz ist der Punkt der **inneren und äußeren Transparenz**. Durch Transparenz wird den Klienten, den Leistungsträgern und der Politik offen dargestellt, welche Leistungen und welche Qualitäten der Verbund erbringt. Dies schafft Vertrauen in das Hilfesystem. Ein systematisches Dokumentationssystem ist hierfür unerlässlich. (vgl. Baudis 2007, 50 und Willke 2007, 111 f.)

Mit der Implementierung eines Verbundsystems steht eine Steigerung der Marktposition des jeweiligen Hilfesystems im ursächlichen Zusammenhang. Dies ist zwar durchaus so gewollt, bringt aber auch eine Marktmacht hervor, die in der Leistungserbringung mehr oder minder das Monopol besitzt. Für die Erhaltung des Verbundes ist jedoch diese marktbezogene Vormachtstellung im alleinigen weniger wichtig. Bedeutsamer ist der Qualitätsaspekt. Es bedarf eine beständigen **Versorgungsentwicklung**, die eine Überprüfung der eigenen Ansprüche und Leistungen beinhaltet, um eine dauerhafte Kooperation mit den Leistungsträgern und der Sozialpolitik zu gewährleisten und damit auch die Vorteil der Leistungserbringung durch jenen Verbund gegenüber anderen nicht verbundzugehörigen Institutionen zu festi-

gen. In diesem Zusammenhang nimmt die Qualität des Verbundes eine tragende Rolle ein. Die Entwicklung einer Verbundqualität ist somit der letzte und mit entscheidender Aspekt in der Konzeptionierung eines Verbundes (vgl. Baudis 2007, 51).

### 3.2.3 Verbundqualität

Ein Verbund ist, wie im vorhergegangenen Abschnitt dargelegt, ein Zusammenschluss von Versorgungsangeboten, welcher durch die Aspekte

- **Koordination** der Hilfeprozesse und der Fallführung,
- **Kooperation** zwischen den einzelnen Akteure,
- **Steuerung** unter dem Gesichtspunkt des Einsatzes eines Lenkungsgremiums,
- **Organisationsentwicklung** im Sinne einer virtuellen Organisation in Anbetracht der weiter zu entwickelnden Steuerungsziele und -konzepte
- und **Versorgungsentwicklung**, der beständigen Überprüfung der eigenen Leistung und Umsetzung definiert ist.

Durch ein solches Netzwerk soll ein „Mehrwert für die Suchtkranken“ (Baudis 2007, 71) erzielt werden. Dies ist gleichzeitig Anspruch als auch Nachweis für die Qualität des Verbundes. Nur durch die Definition und Dokumentation dieser fünf Indikatoren kann das Ergebnis „Mehrwert“ gewährleistet werden. Verbundqualität beschreibt sozusagen eine effektive Art zur Gewährleistung der Hilfe durch gemeinsame Erbringung aller Akteure. (vgl. Baudis 2007, 70 ff., vgl. Tielking & Ratzke 2004, 82 ff.)

Verbundqualität ist definiert „als Etablierung von Qualitätsprozessen, die geeignet sind, die Verbundaktivitäten - Koordination, Kooperation, Steuerung, Organisations- und Versorgungsentwicklung - zielorientiert zu entwickeln und auf ihre Ergebnisse hin zu prüfen“ (Baudis 2007, 71 f.).

### 3.2.4 Anforderungen der DHS an den kommunalen Versorgungsverbund

In der Stellungnahme zur Suchthilfe im Regionalen Verbund listet der DHS (DHS 2010) verschiedene Gestaltungsmerkmale auf. Der Verbund soll ein Einzugsgebiet von 250000 bis 300000 Menschen in einem Umkreis von 50 km haben. Hierbei sollen strukturelle Gegebenheiten nicht außer Acht bleiben, sodass in ländlichen Gebieten die Forderungen durchaus differenter ausfallen können. Neben zwei bis vier ambulante Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen sollte mindestens eine Akutpsychiatrie zum Versorgungsverbund gehören, welche eine ambulante, teilstationäre und stationäre Entzugsbehandlung ermöglichen soll. Alternativ ist ein somati-

ches Krankenhaus denkbar, welches eine qualifizierte Entzugsbehandlung und einen Sozialdienst in der Inneren Abteilung vorweisen kann. Der Verbund zeichnet sich zusätzlich durch Angebote der Eingliederungshilfe, einem ambulanten Wohnen, und einer vorhandenen Kooperation zwischen Jobcentern, ARGE n und Jugendhilfeeinrichtungen aus. Es sollen Angebote zur Arbeitserprobung und Arbeitsförderung angeboten werden. Zwei bis drei Rehabilitationseinrichtungen mit ggfs. ganztäglicher ambulanter, teil- bzw. stationärer Adaptionseinrichtung sind wünschenswert. Die Beratungs-, Behandlungs- und Therapieangebote haben alle stoffgebundenen Süchte und psychiatrischer und psychosomatische Komorbidität zu umfassen.

Ein Verbundsystem zeichnet sich zudem durch eine gemeinsame vertragliche Regelung über gemeinsame Ziele und Richtlinien aus. Ein wissenschaftlich begründetes und leitliniengerechtes Konzept ist schriftlich zwischen den beteiligten Akteuren zu vereinbaren. Es beinhaltet

- Ablaufregelungen,
- Angebotsprofile,
- Übergänge im Verbundgebiet,
- Gestaltung der Kooperation,
- formale Vereinbarungen,
- zeitnahe Informationsweitergabe in Beratungsfällen und in diesem Bezug einer Schweigepflichtenbindung
- sowie verbindliche und regelmäßige Steuerungstreffen.

(vgl. DHS 2010, 10 ff.)

### 3.3 Versorgung von Klienten im Verbund

#### 3.3.1 Ziele von Suchthilfe

Eine Suchterkrankung beeinflusst die somatische, psychische, soziale, rechtliche und finanzielle Lebenssituation der Betroffenen mit teilweise heftigem Ausmaß. Die Suchthilfe setzt an den Problemstellen an, um ein Voranschreiten der kritischen Lebensführung zu beenden bzw. zu mindestens die Geschwindigkeit zu reduzieren. Die Handlungsansätze werden hierbei individuell auf den Klienten mit seiner Lebenssituation angepasst. Hierfür stehen verschiedene Hilfeangebote zur Verfügung. Als Hauptziele der niederschweligen Suchtkrankenhilfe gibt der DHS eine Nachfragesenkung, Risiko- und Schadensminimierung aus (vgl. DHS 2001, 14). Daneben stehen in der Arbeit mit Klienten deren persönlichen und individuellen Ziele und Wünsche im Vordergrund, die je nach Komplexität und Umfang der Notsituation differente Ziele mit sich bringen. Im Allgemeinen verfolgt die Suchthilfe die Ziele zur:

- Sicherung des Überlebens von Klienten in akuten Substanzmissbrauchsphasen
- Verhinderung von Folgeschäden
- Soziale Sicherung und Verhinderung sozialer Isolation
- Vermittlung
- Erreichung dauerhafter Abstinenz
- Motivierung und Förderung von Akzeptanz professioneller Hilfeangebote
- Verbesserung der Lebensqualität
- Förderung autonomer Lebensführung
- Integration in Arbeitswelt
- Stabilisierung von Interventionserfolgen

(vgl. DHS 2001, 14. ff.)

Die Koordination von Hilfeangeboten orientiert sich an der Vernetzung und einem Delegieren der Klienten durch das Hilfesystem. Es sollen alle Angebote des Sozialraums in die Gestaltung des Hilfeplanes mit einbezogen werden. Eine möglichst frühzeitige, umfassende und wohnortnahe Intervention wird angestrebt. Dabei sollen die Ressourcen des Klienten erkannt und aktiviert werden, wobei auch die Prinzipien der *Hilfe zur Selbsthilfe* sowie *ambulant vor stationär* Beachtung finden. Das Hilfesystem muss über notwendige ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen verfügen, zu denen die jeweiligen Beratungsstellen ihre Klienten vermitteln. So braucht es einen Austausch zwischen den jeweils agierenden Akteuren im Suchthilfekomplex. Eine engmaschige Kooperation mit angrenzenden Hilfesystemen, wie der Wohnungslosenhilfe, Arbeitslosenhilfe und Jugendhilfe, ist daher von großer Bedeutung. (vgl. DHS 2001, 17 ff. & 25)

Zur Suchthilfe gehören in der heutigen Zeit viele verschiedene niederschwellige Suchthilfeangebote. So findet man Kontaktläden oder Beratungseinrichtungen, die u.a. über eine Lebensmittelausgabe, Schlaf- und Hygieneräume oder Konsumräume verfügen und in denen medizinische Betreuung und Spritzenaustausch möglich ist. Sind diese Hilfestrukturen bei Opiatabhängigen gut ausgebaut, so sieht die DHS für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit Nachholbedarf (vgl. DHS 2001, 23 ff.).

Zielen die niederschweligen Angebote primär auf eine Linderung einer akuten Not-situation und intervenieren entsprechend gegen eine Verschlechterung der Lebens-lage, bietet die Suchthilfe auch Unterstützung beim Ausstieg aus der Abhängigkeit. Einem hinreichend motivierten Klienten bietet das Hilfesystem über die Schritte der Kontaktaufnahme, Entgiftung bzw. Entzug, Entwöhnung und Weiterbehandlung bzw. Nachsorge, eine umfassende Begleitung und Unterstützung. (vgl. DHS 2001, 26 ff.)

### 3.3.2 Case Management bei komplexen Fällen

Im Methodenspektrum der Sozialen Arbeit befindet sich seit einigen Jahren der Handlungsansatz des Case Management. Die in den USA entstandene Methode verfolgt einen integrativen und prozessorientierten Ansatz. Es soll eine Separierung von Hilfe vermieden werden. Ferner sollen Bedürfnisse und Bedarfe ermittelt sowie ein verbindliches Ablaufschema in Zusammenarbeit mit dem Klienten umgesetzt werden. Die Ergebnisse sollen mit den bestehenden Unterstützungsangeboten optimal verknüpft werden. (vgl. Löcherbach 2012, 16 f.; vgl. Wendt 2004, 14 f.)

Case Management kann zudem als Steuerungsinstrument eingesetzt werden. Damit dies gelingt, bedarf es zunächst eine genaue Analyse des Handlungsfeldes. Hierunter fallen regionale und institutionelle Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen, Verträge zwischen den einzelnen Institutionen, das Zusammenspiel und die Wirkweisen innerhalb der kommunalen und überkommunalen politischen Entscheidungsträger. Zudem benötigt es einer Betrachtung der wirkenden Akteure, deren Interessen und Erwartungen, sowie die Berücksichtigung der differenzierten Interessenlage und Bedürfnisse der Klienten. (vgl. Hermsen & Schmid 2012, 99 ff.)

Im Handlungsgebiet der Suchthilfe ist das Case Management als Methode in verschiedenen Studien eingesetzt und evaluiert worden. Es konnten positive Erfahrungen in der Arbeit mit chronisch, mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken gemacht werden (vgl. Wendt 2004, 29, Schu 2004, 150 ff.). Unter anderem zeigt die Heroinstudie, dass der Einsatz eines Motivational Case Managements<sup>1</sup> sich in der Wirksamkeit von anderen Ansätzen wie dem Ansatz der Psychoedukation/Beratung in der Suchthilfe nicht signifikant unterscheidet (vgl. Schmid, Schu & Vogt 2012, 23). Im Folgenden soll der Fokus auf die strukturelle Wirksamkeit von Case Management gelegt werden, dessen Ansätze auf der Netzwerkebene und Steuerung

---

<sup>1</sup> Beim Motivational Case Management handelt es sich um die Zusammenführung der Methoden Case Management und Motivational Interviewing. Hierbei wird die therapeutische Grundhaltung des Motivational Interviewing, unter besonderer Berücksichtigung der motivationalen Aspekte bzw. der motivierenden Gesprächsführung, mit dem Ablaufschema des Case Management verbunden. Den Klienten können dadurch auf effektive und effiziente Art und Weise notwendige Unterstützungsangebote erschlossen und gleichzeitig Veränderungsmotivation und Hoffnung auf Erfolg gesteigert werden (vgl. Schmid, Schu, Vogt 2012, 19f.).

unter der besonderen Berücksichtigung der besonderen Herausforderung der Suchthilfe angewandt werden.

Um eine solche Steuerung ermöglichen zu können, ist die Implementierung eines funktionierenden Netzwerkes essentiell. Denn viele Hilfen werden im Unterstützungsnetzwerk nicht direkt von örtlich zuständigen Einrichtungen wie Jugendämtern oder Krankenhäuser erbracht. Vielmehr wird die umfassende Hilfeleistung durch Angebote von freien Trägern geleistet. Um folglich der Komplexität eines Falles gerecht zu werden, bedarf es der Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren die zum Prozess beitragen. Case Management verfolgt den Ansatz, die hierfür notwendigen Koordinations- und Kooperationsstrukturen unter Einbezug aller Leistungsträger, Leistungsanbieter und der Politik zu schaffen. (vgl. Hermsen & Schmid 2012, 75 f.)

Ein solcher systematischer Handlungsansatz zum Aufbau eines Case-Management-Systems beinhaltet sechs verschiedene Schritte.

1. In einer Analyse der jeweiligen Region gilt es **vorab zu klären**, ob und welche Strukturen innerhalb des Systems bereits bestehen und wie den Klienten der Zugriff auf jenes System möglich ist. Zudem soll erarbeitet werden, ob ausreichend viele Akteure der notwendigen Fachbereiche vorhanden sind oder ob ggfs. ein Verbesserungsbedarf besteht.
2. Es folgt die **Netzwerkplanung**. Die Zusammensetzung der neuen Netzwerkakteure ist abhängig von der Anzahl und Zuständigkeiten der Akteure. Zudem ist deren Kooperationsverständnis und Beitrag zur Versorgung zu berücksichtigen.
3. Der **Netzwerkaufbau** setzt ein. Inhalte, Struktur, Formalisierungsgrad und Organisationselemente werden unter Leitung eines Netzwerkmanagements gemeinsam zwischen den Netzwerkpartnern abgestimmt und im Anschluss implementiert. Zur Deckung der entstehenden Kosten können mögliche regionsspezifische Fördermittel von Bund, Land oder Kommune genutzt werden.
4. Dem Netzwerkmanagement kommt in Punkt **Programme** die Aufgabe zu, passgenaue Leistungsangebote anhand einer Bedarfs- und Bestandsanalyse für das Netzwerk einzuführen.
5. Anhand der Analyse und Implementierung von neuen Programmen soll nun die Klientenebene mit den Angeboten verknüpft werden. Durch die **Programmsteuerung** werden Dienstleistungsketten und Dienstleistungsprozesse an den neuen Bedarf angepasst, um eine optimale Versorgung der Klienten sicher zu stellen.

6. Im letzten Punkt sollen die Ergebnisse der einzelnen Programmpunkte und Angebote auf deren Effektivität und Effizienz **evaluiert** sowie Qualitätsrichtlinien und die Vorgehensweise standardisiert werden.

(vgl. Löcherbach 2012, 35 ff.)

Bei der Überlegung zur Einführung von Case Management in der Suchthilfe bedarf es der Betrachtung verschiedener Ebenen, auf welche die Methode Einfluss hat. Die handelnden Akteure müssen sich über ihr Grundverständnis zum Case Management im Klaren sein, um die **Entscheidung** pro Case Management treffen zu können. Zusätzlich bedarf es zentraler Leitlinien und einer klaren Führungsstruktur im Sinne der Methode. Fällt die Entscheidung für ein Case Management, liegt der Fokus des nächsten Schrittes auf der **Bedarfsklärung**, der Ausrichtung auf die jeweilige Klienten- bzw. Zielgruppe. Für die folgende **Konzeptionierung und Leistungsverantwortung** braucht es die Mitarbeit der Case Manager und der Leitungsebene, da ohne die gegenseitige Zusammenarbeit eine positive Implementierung nicht möglich ist. Hierbei müssen die Ebenen der Fallsteuerung, der Organisationsentwicklung, der Kooperation und Netzwerkarbeit explizit bedacht werden. Zudem ist eine schriftliche Fixierung der konzeptionellen Eckpunkte von Nöten. Dem Entschluss für ein Case Management in der Praxis folgt die **Bereitstellung von Ressourcen**. Es bedarf neben infrastruktureller Ausstattung einer systematische Personalentwicklung und eines Qualitätsmanagements. Damit die Umsetzung Case Management in der Suchthilfe gelingen kann, benötigt es besondere strukturelle Gegebenheiten. Eine intensive Kooperation, sowie Koordination des Hilfeprozesses sind dabei unerlässlich. Hierbei müssen oftmals alte Strukturen aufgebrochen werden und vorherig konkurrierende Einrichtungen und Institutionen zusammenarbeiten. Es ist eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit von Nöten, die die Arbeit, Organisation und Leistung transparent erscheinen lässt. Eine feste Implementierung in die jeweilige Region kann nur gelingen, sofern auch die Leistungsträger und die kommunale Sozialpolitik in den Prozess mit eingebunden werden. Zusätzlich sind ein **Monitoring** und eine **Ergebnisüberprüfung** für die Weiterentwicklung und Evaluierung der Arbeitsweise unerlässlich (vgl. Schu 2004, 158 f.; Wendt 2004, 30 f.; Schmid 2012a, 123 f.; Schmid, Schu & Vogt 2012, 31 ff.).

### 3.4 Suchthilfe im Verbund

Die Implementierung eines Verbundes wird in der aktuellen Literatur als ein Modell für die Zukunft beschrieben. Das verwundert nicht, gibt es doch bereits funktionierende Beispiele von Suchthilfeverbänden in Deutschland. Zudem entstanden und entstehen auch in anderen professionsübergreifenden Handlungsgebiete ähnliche Strukturen, wie bspw. der gemeindepsychiatrischer Verbund oder das im SGB V beschriebene Prinzip der integrativen Versorgung (vgl. Wienberg 2009, 46 ff.). Die Gewährleistung einer optimalen Versorgung der Klienten gelingt durch Kooperation und Koordination innerhalb des Hilfesystems. Es benötigt dabei Elemente der Steuerung, Überprüfung und die Vorgabe zur Weiterentwicklung. Gerade in der heutigen Zeit, in der politische Vorgaben in Form von Kommunalisierung und Schuldenbremse neue Handlungswege erfordern, scheint eine Umjustierung der Suchthilfe notwendiger denn je zu werden. Dies ist nicht gleichbedeutend, dass die vorherigen Ansätze und Strukturen überholt und nicht mehr praktikabel sind, doch ein Zusammenschluss und ein gemeinsam abgestimmtes Agieren im Gebiet der Suchthilfe als Verbund ist unter der Berücksichtigung der aktuellen Fachliteratur empfehlenswert (vgl. Görge 2008, 71 ff.; vgl. Baudis 2007, 50 ff.).

Die Umsetzung des Konstrukts Verbund erreicht seine Grenzen in den strukturellen Gegebenheiten, dem Aufwand für die zu leistenden Arbeit und den entstehenden Kosten. Es ist daher abzuwägen, in wie weit eine solche Einführung sinnig ist. Zumeist müssen neue und aufwendige Systeme wie etwa ein neues Softwareprogramm zur Kommunikation und Dokumentation von Hilfeplänen und Leistungen eingeführt und finanziert werden. Es entstehen längere und teurere Fahrtwege, wohlmöglich Zusammenlegungen von Einrichtungen, was sich negativ auf die Erreichbarkeit auswirken kann. Eine historisch gewachsene Segmentierung zwischen verschiedenen Leistungsanbietern und Konkurrenzdenken können zudem eine Entstehung behindern (vgl. Baudis 2007, 52).

Auch die von Baudis als notwendig erachtete Methode des Case Managements ist nicht automatisch und immer der beste Weg. Case Management (CM) bietet sich als Koordinationsbasis für komplexe Fälle in der Suchthilfe an. CM dient zur Orientierung in der Implementation des Verbundsystems der Suchthilfe. Die deklarierten systematischen Schritte für die Einführung eines Case Managements werden von Baudis als Wegweiser für den Aufbau des Verbundes gesehen. In der Betrachtung des Verbundansatzes und der Methode des Case Management zeigen sich einige überschneidende Vorgehensweisen. Koordination, Kooperation und systematische Netzwerkarbeit und Organisation sind Schlagworte, die bei beiden Ansätzen einen

enormen Stellenwert haben. Es ist daher empfehlenswert, sich bei der Umstrukturierung an dem methodischen Vorgehen des Case Managements zu orientieren. Zum einen sind hierbei die notwendigen Aspekte differenziert aufgefasst und beschrieben, zum anderen dienen sie dadurch als Vorlage, um die Komplexität des Umstrukturierungsprozesses erfassen und ausfüllen zu können. (vgl. Baudis 2007, 76 ff.)

Daneben bietet die Methode auch Ansatzpunkte in der Arbeit mit dem Klienten. Gerade bei komplexen Fällen, wo verschiedene Akteure aus unterschiedlichen Professionen zur Unterstützung des Klienten herangezogen werden, bedarf es einer Koordination des Hilfeprozesses. Dies bedeutet nicht, dass der gesamte Prozess der Suchthilfe an das Prinzip des Case Management angepasst werden soll. Viele Klienten benötigen keinen Case Manager, da sie entweder durchaus noch selbst in der Lage sind ihre Angelegenheiten zu organisieren, oder aber es Akteure im Helfersystem gibt, die auch ohne methodischen Überbau gute und professionelle Arbeit verrichten. Dennoch bietet die Methode des Case Management eine Orientierungs- und Strukturierungshilfe des Hilfeprozesses (vgl. Wendt 2007, 36 f.).

Ein Verbundsystem in der Suchthilfe ist für kommunale Versorgungsstrukturen ein hochaktuelles Thema. Es verbindet die verschiedenen handelnden Akteure innerhalb des Handlungsgebietes zu einer sinnvollen und funktionierenden Unterstützungseinheit. Case Management als methodisches Konzept, welches den individuellen Hilfeplan eines Klienten organisiert und überwacht, bietet sich aufgrund der fachliche Nähe als Methode zur Orientierung oder Handlungssteuerung an. Die Kombination des Verbundansatzes mit dem Case Management bietet ein umfassendes Konstrukt, welches alle Facetten der Implementierung und der Arbeit im Verbund umschließen kann.

### 3.5 Der Community Reinforcement Approach

Der Community Reinforcement Approach (CRA) stammt aus den USA und verbindet verhaltenstherapeutische Konzepte, motivationale Aspekte und spezifische psychotherapeutische und auch medikamentöse Interventionen mit einer gemeindeorientierten Ausrichtung der Suchthilfe (Meyers, Smith 2011; Lange, Reker, Driessen 2008). Aus den USA liegen eine Reihe von Studien vor, die die Effektivität dieses Ansatzes bei Alkohol-, Kokain- und Opiatabhängigen belegen.

Grundlegend für den CRA ist die Annahme, dass Belohnungs- und Verstärkerprozesse sowohl für die Aufrechterhaltung als auch für die Behandlung einer Suchterkrankung zentral sind. Im CRA geht es zunächst darum, den „kurzfristigen positiven Ef-

fechten des Substanzkonsums entgegenzuwirken“ (Lange, Reker, Driessen 2008, 21). In einem zweiten Schritt soll „die erreichte Abstinenz durch wirksame individuelle Verstärker aufrechterhalten werden. Als Verstärker dienen, den subjektiven Wertsetzungen der Patienten folgend, vor allem positive Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft und Familie, Arbeit und Freizeit, Wohnraum, ggf. sogar finanzielle Unterstützung“ (Lange, Reker, Driessen 2008, 21). Basis für den Behandlungsplan ist die aktuelle Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit/Ausbildung, Umgang mit Geld, Sozialleben, Familie oder auch juristischen Angelegenheiten. Der Konsum oder die Abstinenz von psychoaktiven Substanzen sind nur eine von mehreren Zufriedenheitsdimensionen. Davon ausgehend werden Behandlungsziele für die verschiedenen Lebensbereiche gemeinsam festgelegt. In der Folge geht es um die notwendigen Fähigkeiten, die gebraucht werden, um diese Ziele zu erreichen.

Um diese Schritte umsetzen zu können, bedarf es der Vernetzung mit anderen Hilfeangeboten in der Gemeinde oder Region wie z.B. der Beschäftigungsförderung oder dem Jugendamt und der Ausrichtung auf eine gemeinsame oder zumindest abgestimmte Arbeitsweise.

Der CRA versteht sich deshalb als Teil eines Paradigmenwechsels, „der u.a. dazu führte, dass sich Hilfesysteme auch für diejenigen Suchtkranken zuständig erklärten, die selbst noch gar keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Teile dieses Paradigmenwechsels sind auch eine gemeindeorientierte Öffnung und zunehmende Vernetzungsbemühungen der an der Suchtkrankenhilfe beteiligten, inhaltlich, wirtschaftlich, trägerbezogen und räumlich meist getrennten Institutionen“ (Lange, Reker, Driessen 2008, 20f).

Damit ergibt sich auch aus dieser Perspektive die Notwendigkeit einer Veränderung der Struktur der Suchthilfe. Gerade eine an den individuellen Bedürfnissen von unterschiedlichen Patienten oder Klienten orientierte Suchthilfe macht es erforderlich, die Träger der Suchthilfe und andere komplementäre Dienste strukturell zu vernetzen. Eine umfassende Umsetzung des CRA scheitert in Deutschland an fehlenden strukturellen und finanziellen Voraussetzungen: „Schließlich werden die wichtigsten Verstärker wie Arbeit, Wohnraum, Haftverschonung, Führerschein oder Sorgerecht von Institutionen vorgehalten, zu denen die meisten Therapieanbieter keine strukturelle Verbindung haben. Dies erfordert eine übergreifende kommunale Verankerung, die nur mit Aufwand und in wenigen Kommunen realisierbar scheint“ (Lange, Reker, Driessen 2008, 29). Alternativ diskutieren die deutschen Vertreter des CRA um den Bielefelder Arzt Reker deshalb, „Teile des CRA-Konzeptes auch

ohne komplexe Vernetzung durch Anpassung an die jeweils vor Ort bestehenden Strukturen umzusetzen“ und schlagen dabei z.B. ein tagesklinisches Setting, Adaptionsphasen nach Rehabilitationsbehandlungen, Projekte zur integrierten Versorgung oder ambulante Eingliederungshilfe nach SGB XII in Kombination mit einer kommunalen Hilfeplankonferenz vor (Lange, Reker, Driessen 2008, 29).

### 3.6 Kooperation der Suchthilfe mit Institutionen der Kommune

#### 3.6.1 Jugendhilfe

Der Zusammenhang zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe differenziert sich in zwei Betrachtungsschwerpunkte. Man unterscheidet zum einen die Arbeit mit suchtkranken Jugendlichen und zum anderen die mit suchtkranken Eltern. Hierbei gelten die Kinder als sogenannte Co-Abhängigen, die unter der Sucht der Eltern leiden. Hinze und Jost weisen darauf hin, dass im Jahr 2003 2,5 Mio. Kinder in Deutschland unter 18 Jahren mindestens einen suchtkranken Elternteil haben. Diese Kinder/Jugendliche haben ein sechsfach höheres Erkrankungsrisiko als nicht betroffene Menschen im gleichen Lebensabschnitt. Eine neuseeländische Studie aus jüngerer Zeit zeigt, dass bei Kindern suchtkranker Eltern ein signifikanter Zusammenhang zu Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Problemen, Substanzkonsum und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen besteht (vgl. Hinze & Jost 2006, 25). Zudem ist die Rate der Heimunterbringung nach § 34 SGB VIII bei alkoholbelasteten Familien signifikant höher als bei unbelasteten. Als möglicher Grund wird hierbei aufgeführt, dass ambulante Maßnahmen eine Mitarbeit der Eltern benötigen, die scheinbar bei abhängigen nicht ausreichend gegeben ist. (vgl. Hinze & Jost 2006, 67)

Für eine praktikable Arbeit bedarf es einer gemeinsamen kooperativen Vereinbarung zwischen den handelnden Akteuren in diesem Feld. Darin einbezogen sind Schulsozialarbeiter, Jugendamt, Gerichte, Polizeibehörden, Mediziner, Strafjustiz und Suchthilfe. Durch feste Vereinbarungen im Handlungsablauf werden Konflikte zwischen den einzelnen Institutionen und damit auch negative Auswirkungen für den Klienten vermieden. Diese umfassen eine klare Aufgaben und Kompetenzverteilung sowie feste Regeln in der Zusammenarbeit. Wichtig ist hierbei eine Steuerung der Prozesse inklusive einer Kontrollfunktion, die die Einhaltung der Vereinbarungen sicherstellt (vgl. Günther 2002, 92 ff.).

In der Studie von Hinze und Jost ist die Zusammenarbeit von drei ausgewählten Jugendämtern im Bundesland Brandenburg mit Suchthilfeeinrichtungen untersucht worden. Hierzu sind Jugendamtsmitarbeiter qualitativ befragt und zusätzlich eine quantitative Erhebung zum Ist-Zustand der kooperativen Zusammenarbeit der Ju-

gendämter mit anderen Behörden durchgeführt worden. Die Befragung zeigt, dass größtenteils eng mit Schulen und Kindergärten zusammengearbeitet wird. Nur halb so groß ist die bestehende Kooperation mit den Suchthilfeeinrichtungen. Suchtkliniken kommen derweil nur auf gut ein Fünftel des Wertes der Schulen/Kindergärten. Bei der Arbeit mit den Suchthilfeeinrichtungen wird von Seiten der Jugendamtsmitarbeiter bemängelt, dass die Mitarbeiter der Suchtberatung oftmals auf ihrem Prinzip der Freiwilligkeit beharren. Sie sehen sich nicht in der Pflicht, Hilfemaßnahmen für betroffene Kinder und Jugendliche zu initiieren, sondern schieben die Verantwortung für notwendige Interventionen auf die Handlungspflicht der Jugendamtsmitarbeiter. (vgl. Hinze & Jost 2006, 79 f.)

Für die hessische Landesstelle für Suchtfragen ist es daher angebracht, dass Suchthilfeträger die Sicherung des Kindeswohles in ihren eigenen Einrichtungen als eigenständiges Merkmal in das Qualitätsmanagement aufnehmen, auch wenn hierfür keine explizite rechtliche Aufforderung besteht. (vgl. HLS 2008, 4 ff.)

Hinze und Jost kommen zum Schluss, dass eine gute Kooperation zwischen Jugendamt und Einrichtungen der Suchthilfe eher eine lokale Besonderheit darstellt und daher aktuell kein allgemein gültiger Standard ist. Die Autoren sprechen sich für einen gezielten Aufbau von Kooperationsstrukturen aus, die eine gemeinsame Fallbearbeitung zum Ziel hat. Case Management wird hierbei als methodischer Ansatz vorgeschlagen, um das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure effektiv zu steuern (vgl. Hinze & Jost 2006, 82).

## **3.6.2 Beschäftigungsförderung**

### **3.6.2.1 Leistungen nach SGB II**

Für Klienten der Suchthilfe ist zumeist die Abhängigkeit nicht das alleinige Problem. Arbeitslosigkeit, Bildungsarmut oder Wohnungslosigkeit sind häufig Merkmale, die im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung auftreten. Im Bezug auf Arbeitslosigkeit zeigt sich in Hessen, dass lediglich 16 % der Klienten erwerbstätig waren. Der größte Teil mit 67 % ist im ALG-II Bezug, während jeweils zu 5 % ALG I und Sozialhilfe beziehen. Unter 7 % beziehen ihren Lebensunterhalt über Rentenleistungen, Angehörige oder sonstige Unterstützungsleistungen. (vgl. Schmid 2012, 111 f.)

Voraussetzung für den Leistungsbezug von ALG-II sind nach § 7 SGB II, dass der Leistungsempfänger

- das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach § 7a noch nicht erreicht hat,
- erwerbsfähig ist,

- hilfebedürftig ist
- und seinen gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Erwerbsfähig i.S.d. § 8 Abs. 1 SGB II ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Es zeigt sich, dass trotz einer Suchterkrankung die meisten Klienten zumindest aus rechtlicher Sicht erwerbsfähig sind. Die Suchthilfestatistik des Landes Hessen zeigt aber auch, dass in den Jahren von 2005 bis 2009 die Anzahl der ALG II Bezieher um 10 % gestiegen ist, während der Anteil der ALG I um 9 % gefallen ist. (vgl. Schmid 2012a, 112)

### **Studie: Erhebung guter Ansätze in der Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II**

Im Rahmen eines Forschungsauftrages des Bundesministeriums für Gesundheit wurden Maßnahmen untersucht, die die berufliche Eingliederung von suchtgefährdeten und suchtkranken Arbeitslosen fördern (FIA, Henkel, ZOOM 2009). Daneben wurden Daten über bestehende Kooperationen zwischen den Suchthilfeeinrichtungen und den ALG-II Einrichtungen erhoben worden. Dabei lag das Interesse unter anderem auf Schulungsangeboten und deren Bewertungen.

Zum Zeitpunkt der Erhebung verfügen 55 % der SGB II Stellen über eine Kooperation mit der örtlichen Suchthilfe. Hierrunter fallen sowohl mündliche als auch schriftliche Vereinbarungen. Jedoch hat nur ein kleiner Teil der Befragten ARGEs eine schriftliche Kooperationsvereinbarung bzw. einen Vertrag nach § 17 SGB II<sup>2</sup> abgeschlossen. Fachkreise und Verbände plädieren für eine Verschriftlichung solcher Kooperationsbeschlüsse, um ihnen einen höheren Stellenwert einzuräumen und um die Qualität und Vergütung der zu erbringenden Leistung zu definieren. Es wird aber auch darauf verwiesen, dass eine solche Vertragsform keine Garantie für eine funktionale Umsetzung ist (vgl. FIA, Henkel, Zoom 2009, 50 f.). Bei ALG II Stellen, bei denen Kooperationsvereinbarungen zwischen Suchthilfe und Grundsicherungsstellen bestehen, haben 70 % der Mitarbeiter bereits an einer suchtspezifischen Schu-

---

<sup>2</sup> § 17 SGB II beinhaltet die Aufforderung, dass die Agenturen für Arbeit keine eigenen Einrichtungen und Dienste einrichten sollen, sofern andere Anbieter die Leistungen zur Eingliederung erfüllen können. Die Agentur für Arbeit soll die Träger der freien Wohlfahrtspflege in der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützen.

lungsmaßnahme teilgenommen. In Kommunen, in denen keine Zusammenarbeit geregelt ist, sind dies lediglich 46 % (vgl. FIA, Henkel, Zoom 2009, 19 f.) .

Nur 5 % aller Grundsicherungsstellen empfinden sich auf die Betreuung suchtkranker ALG-II Bezieher gut vorbereitet. 84 % geben an, dass ein Mehrbedarf an Schulungen besteht. Bei 60 % der Einrichtungen hat ein entsprechendes Schulungsangebot stattgefunden, von denen jedoch 55 % der Meinung sind, dass jenes nicht ausreicht. Bei knapp 30 % aller Grundsicherungsstellen ist noch kein Schulungsprogramm durchgeführt worden. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Schulungsangebote liegen im Umgang mit Klienten und Techniken der Gesprächsführung. Daneben werden Kenntnisse zu Suchtmitteln und Suchterkrankungen sowie deren Behandlung vermittelt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Betrachtung von Hilfenetzwerken für Suchtkranke. Schließlich werden in einigen Einrichtungen Schulung zur besseren Zusammenarbeit der unterschiedlichen Träger der ambulanten Eingliederungshilfe, Fachstellen für Wohnungserhalt und Frauenhäusern vorgenommen. Die Schulungsdurchführungen werden größtenteils von Mitarbeitern der Suchthilfe geleitet. (vgl. FIA, Henkel, Zoom 2009, 19 f.) Die Erhebung ergab, dass für lediglich 4,2 % der geschulten Fachkräfte das Schulungsangebot völlig ausreichend war. Etwa 40 % waren „teils teils“ damit einverstanden, für 14,2 % war das Angebot nicht ausreichend (vgl. FIA, Henkel, Zoom 2009, 20 ff.).

Das Erkennen von Suchtproblemen wird als größtes Problem der Mitarbeiter der SGB II Stellen angesehen (91 %). Das scheint das zentrale Problem zu sein, denn bleibt ein Suchtproblem als entscheidendes Integrationshindernis unerkannt, können die Integrationsmaßnahmen in den Arbeitsmarkt nicht gelingen. Schulungen können dies ändern, diese müssen allerdings weiter ausgebaut werden. Schulungen werden u.a. deshalb immer wieder gewünscht, da vielfach Angst davor besteht, dass Suchtkranken ihre Sucht überspielen. Eine solche Verheimlichungstendenz kann bei einführender und empathischer Beratung und dem Thematisieren der Sucht konstruktiv aufgefangen werden. Eine mögliche Furcht der Klienten vor Sanktionen kann durch geeignete Formen der Gesprächsführung vorgebeugt werden (vgl. FIA, Henkel, Zoom 2009, 83 f.).

### **Modellprojekt Faire**

Die Fachhochschule Koblenz hat im Jahr 2005 unter der Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz das Modellprojekt Faire durchgeführt (Frietsch, Holbach & Link 2010a u. 2010b). Ziel dieses Projektes war es, eine Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe und Arbeitsagenturen zu untersuchen und

Maßnahmen zu implementieren, die eine Verbesserung in der Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Einrichtungen ermöglichen, um eine nachhaltige Arbeitsmarktintegration von Suchtkranken zu ermöglichen (vgl. Frietsch, Holbach & Link 2010a, 23). Im Rahmen dieses Projektes ist ein „4-Phasen-Modell“ für die Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe (Frietsch, Holbach & Link 2010a, 25) eingeführt worden. Konzeptionell ist es angelehnt an das methodische Vorgehen des Case Managements und integriert in den Prozess der Arbeitsmarktintegration der zuständigen Arbeitsagentur, unter Kooperation mit Einrichtungen des Verbundsystems der Suchthilfe, zu dem unter anderem Schuldnerberatungen, Bildungsträger, Beratungseinrichtungen und Psychosoziale Dienst gehören. (vgl. Frietsch, Holbach & Link, 2010b, 34)

In der ersten Phase soll ein **Profiling** durchgeführt werden. Dieses ist wiederum in drei Teilschritte unterteilt. Im ersten Schritt wird eine Stärkenanalyse unter Berücksichtigung des erreichten Bildungsabschlusses, der erworbenen persönlichen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen durchgeführt. Im zweiten Schritt wird das erarbeitete persönliche Profil mit dem Umgebungsprofil verglichen. Die Umgebung charakterisieren persönliche Rahmenbedingungen, Wohnsituation, familiäre und finanzielle Situation als auch die örtliche Mobilität. Zusätzlich wird die aktuelle Arbeitsmarktsituation mit deren regionalen und überregionalen Bedarf berücksichtigt. Der letzte Teilschritt bildet eine Integrationsprognose aus den erarbeiteten Profilen. Dabei unterscheiden Arbeitsagenturen zwei Arten, ein integrationsnahes und ein komplexes Profil. Klienten mit Suchtproblematiken werden größtenteils dem komplexen Profil zugeordnet. (vgl. Frietsch, Holbach & Link 2010b, 14 ff.)

In der zweiten Phase sollen **arbeitsmarktliche Ziele** erarbeitet werden. Bei komplexen Profilen werden hierbei Zieloptionen gewählt, deren Realisierungszeitraum auf zwei Jahre angesetzt ist. Bei der Zielerreichung wird eine intensive Begleitung angestrebt (vgl. Frietsch, Holbach & Link 2010b, 16 f.).

Individuell angepasste **Handlungsstrategien und Strategiebündel** sollen in der dritten Phase das Erreichen der gebildeten Ziele ermöglichen. Die Strategien sind dabei speziell auf hemmende Integrationsaspekte gerichtet, die zur Motivationserhaltung in kleineren Teilschritten erfolgen sollen. Zu den hemmenden Integrationsaspekten gehören unter anderem nachteilige strukturelle Rahmenbedingungen, wie Mobilität oder Wohnungssituation. Es sollen nachhaltige Verhaltensveränderungen im Lern-, Arbeits- Sozialverhalten erzielt werden. Dabei sollen auch Fachdienste anderer Institutionen, bspw. die Suchtkrankenhilfe oder Schuldnerberatung zur Unterstützung herangezogen werden (vgl. Frietsch, Holbach & Link 2010b, 17 f.).

Die vierte Phase der **Umsetzung und Nachhalten** beginnt mit der schriftlichen Vereinbarung des erarbeiteten Integrationsplans zwischen ARGE und Klient. Die hierin festgelegten Schritte werden kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls entsprechend modifiziert. Bei der Umsetzung ist zu beachten, dass die Schritte realistisch sind, da eine Nichterfüllung der Vereinbarungen Sanktionen nach sich zieht, was sich wiederum negativ auf die Mitwirkungsbereitschaft der Klienten auswirkt (vgl. Frietsch, Holbach & Link 2010b, 19 f.).

### **3.6.2.2 Leistungen nach SGB XII**

Im Rahmen der Steuerungsgruppe ist vermehrt auf eine mögliche Inanspruchnahme von Leistungen für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten gemäß §§ 67 & 68 SGB XII eingegangen worden. Hierbei handelt es sich i.S.v. § 67 SGB XII um Leistungen, die Personen zu gewähren sind, sofern besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind und die Überwindung dieser Schwierigkeiten nicht aus eigener Kraft erfolgen kann. Leistungen, die auf Grundlage von § 67 SGB XII erbracht werden, sind gegenüber Leistungen des SGB XII Kapitel 5 (Hilfe zur Gesundheit) und 6 (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) sowie Leistungen des SGB II und SGB VIII subsidiär.

Soziale Schwierigkeiten sind gemäß § 1 Abs. 3 Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer Sozialer Schwierigkeiten<sup>3</sup> gemäß § 69 SGB XII

- Schwierigkeiten bei der Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung,
- Schwierigkeiten bei der Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes,
- fehlende oder gestörte familiäre oder andere soziale Beziehungen,
- und Straffälligkeit (vgl. Drgala, 2008, S. 49).

So sind im Sinne des § 67 SGB XII i.V.m. § 1 Abs. 3 DVO gemäß § 69 SGB XII abhängige Menschen leistungsberechtigt, sofern sie Schwierigkeiten beim Erlangen eines Arbeitsplatzes haben. Merckens stellt zudem klar, dass die Leistungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sich nur auf sozialarbeiterische Interventionen beschränken und medizinisch-therapeutische Hilfen formal rechtlich ausschließen. Der Rechtsanspruch der Leistungen ist nur als ergänzende Leistung neben den bereits erhaltenden Sozialleistungen anzusehen (vgl. Merckens 2009b, 38 f.). Die Hilfeleistungen zielen vordergründig auf eine Befähigung zur Selbsthilfe ab,

---

<sup>3</sup> zur Verkürzung des Namens der Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer Sozialer Schwierigkeiten wird fortan die Abkürzung DVO (Durchführungsverordnung) verwendet.

welche durch Beratungs- und Betreuungsangebote gefördert werden soll. Zusätzlich sind auch Geld- und Sachleistungen möglich, sie stehen jedoch nicht im Vordergrund (vgl. Merckens 2009a, 16). Im Sinne dieser Regelung fördert das Land Niedersachsen als freiwillige Leistung eine berufliche Qualifizierung von langzeitarbeitslosen Leistungsberechtigten (vgl. Drgala 2008, 321).

In einer qualitativen Studie der Alice Salomon Hochschule Berlin ist im Zusammenhang mit § 67 ff. SGB XII der Erfolg der Maßnahmen bzw. die Herausarbeitung von hemmenden und fördernden Faktoren erarbeitet worden. Zwar liegt der Fokus der Betrachtung auf dem Wohnungslosenklientel, doch zeigt sich bei der Analyse, dass überproportional viele Klienten neben dem Merkmal der Wohnungslosigkeit auch das Charakteristikum einer Abhängigkeit zeigen (vgl. Merckens 2009b, 37).

Die Inanspruchnahme wird von den befragten Akteuren als positiv bewertet. Die offene Gestaltung des § 67 SGB XII lässt genügend Spielraum für die Antragstellung und wird sehr häufig als Unterstützungsleistung für die Klienten herangezogen. (vgl. Gerull 2009, 77) Kritisch wird hingegen angemerkt, dass die Abgrenzung und die Zuständigkeitsregelungen zwischen §§ 53 ff. SGB XII, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und den §§ 67 ff. SGB XII noch zu ungenau definiert und ausgearbeitet ist. So müssen Klienten teilweise aus 67er-Leistungen herausgenommen werden, da sie von Amtswegen falsch eingeordnet oder aber trotz gegensätzlicher Meinung der Sozialarbeiter keine 67er-Leistungen erhalten, da Leistungen nach §§ 53 ff. SGB XII von Amtswegen aus als ausreichend deklariert werden. Zudem werden bei der Hilfeplangestaltung von Seiten der Kostenträger zu geringfügige Zeitfenster zur Zielerreichung eingeräumt. Als Ursache hierfür werden zulange Wartelisten auf Leistungen der Eingliederungshilfe aufgeführt (vgl. Gerull 2009, 81 ff.).

Die Analyse ergibt, dass eine Suchterkrankung als ein hemmender Faktor angesehen wird. Die interviewten Sozialarbeiter berichten, dass gerade bei suchtkranken Klienten die Unzuverlässigkeit (Nichteinhalten von Vereinbarungen, Terminabsprachen und Regeln) besonders hoch ist. Da häufig eine Krankheitseinsicht fehlt, die Motivation zur Zieleerreichung niedrig und die Rückfallquote hoch ist, wird Klienten mit einer Opiatabhängigkeit aufgrund der negativen Erfahrungswerte die Zusammenarbeit verweigert (vgl. Gerull 2009, 85 ff.).

Das Beispiel der Studie zeigt, dass die Inanspruchnahme des § 67 SGB XII in der Praxis Anwendung und positiven Zuspruch empfindet. Zugleich liegt auch die These nahe, dass eine Umsetzung eines hierauf ausgerichteten Hilfeangebotes zur Überwindung von besonderen sozialen Schwierigkeiten, der drohenden Wohnungslosigkeit oder Arbeitsplatzverlust, unter dem Gesichtspunkt der Ursache Suchterkrankung

kung spezifisch den sich ergebenden Anforderungen anzupassen ist. Für Suchtkranke, die arbeitslos oder auch wohnungslos sind, besteht formal rechtlich ein Anspruch auf Leistungen nach §§ 67 ff. SGB XII. Zwar gibt es für diese Zielgruppe noch wenig adäquate Programme, aber eine zukünftige Finanzierung und Nutzung solcher Projekte wäre wünschenswert.

## 4 Projektergebnisse

### 4.1 Prävalenzschätzungen

Will man wissen, in welchem Umfang ambulante Beratungsangebote im Kreis Bergstraße benötigt werden, so ist es hilfreich, den Bedarf - also die Anzahl der Menschen im Kreis, die Bedarf nach Suchtberatung haben - abschätzen zu können. Hierzu bieten sich verschiedene Wege an. Eine Möglichkeit besteht darin, bundesweite Schätzzahlen auf den Landkreis herunterzurechnen. Hierzu kann z.B. auf die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 (Pabst et al. 2010) zurückgegriffen werden. Für diese Erhebung, die 2009 vom Institut für Therapieforschung (IFT) München durchgeführt wurde, wurden bundesweit 8.030 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren nach ihrem Alkohol-, Nikotin- und sonstigen Drogenkonsum befragt.

In Hessen liegen mit der „Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glückspielverhalten in Hessen“ (Raschke et al. 2008) räumlich geeignetere Zahlen als Ausgangspunkt für eine solche Schätzung vor. Diese Erhebung wurde im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums vom Hamburger Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Kooperation mit dem Meinungsforschungsinstitut infratest Dimap durchgeführt.

Im Rahmen dieser Studie wurden im Jahr 2007 in Hessen 5.600 Menschen im Alter von 17 bis 69 Jahre nach ihren Konsumgewohnheiten in Bezug auf psychoaktive Substanzen befragt. Diese große Stichprobe erlaubt regionalspezifische Vergleiche. In der Studie werden Prävalenzzahlen getrennt für die Stadt Frankfurt am Main, für die kreisfreien Städte Hessens sowie für die Regionen Nord-, Mittel- und Südhessen berechnet. Zur Region Südhessen gehören in dieser Systematik die Kreise Bergstraße, Darmstadt-Dieburg, Groß-Gerau, Hochtaunuskreis, Main-Kinzig-Kreis, Main-Taunus-Kreis, Odenwaldkreis, Offenbach, Rheingau-Taunus-Kreis und Wetteraukreis, wobei die kreisfreien Städte nicht mitberücksichtigt sind. In dieser Region leben rund 1,8 Millionen Menschen, von denen 2.394 im Rahmen der Repräsentativerhebung befragt wurden.

Gründe, weshalb das Konsumverhalten im Kreis Bergstraße sich grundlegend von den anderen Kreisen der Region Südhessen unterscheiden sollte, sind zunächst nicht erkennbar. Dennoch sind zum Vergleich im Folgenden neben den südhessischen auch die - in der Regel höheren - Prävalenzzahlen für die Stadt Frankfurt angegeben.

Der Anteil der 30-Tages-Prävalenz für Nikotin liegt nach dieser Befragung für Südhessen bei 32,7 % (Frankfurt: 36,6 %). Bei rund 194.000 Menschen im Kreis Bergstraße in der Altersgruppe 17 bis 69 errechnet sich daraus eine Zahl von 63.400 aktuellen Raucherinnen und Rauchern. In Hessen rauchen die Raucherinnen und Raucher im Durchschnitt 13,4 Zigaretten am Tag, jeder Zehnte aber mehr als 20 Zigaretten am Tag (Raschke et al. 2008, 2). Folgt man dem Epidemiologischen Suchtsurvey, so können rund 30 % der aktuellen Raucherinnen und Raucher in Deutschland als nikotinabhängig betrachtet werden. Im Kreis Bergstraße wären das etwa 19.000 nikotinabhängige Raucherinnen und Raucher.

70 % der im Rahmen der hessischen Repräsentativerhebung in Südhessen befragten Menschen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken. Die einzelnen hessischen Regionen unterscheiden sich dabei kaum. Der für die Suchthilfe handlungsrelevante Anteil der Menschen mit riskantem Alkoholkonsum liegt in Südhessen bei 7,5 % (Frankfurt: 8,9 %). Für den Kreis Bergstraße entspricht dies einer Anzahl von rund 14.500 Menschen mit riskantem Alkoholkonsum. Kriterium für riskanten Konsum waren dabei Grenzwerte von mehr als 30 Gramm Alkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20 Gramm Alkohol pro Tag bei Frauen. Inzwischen werden in der Fachliteratur zum Teil noch niedrigere Grenzwerte (24 Gramm bei Männern und 12 Gramm bei Frauen) herangezogen (vgl. Kraus, Baumeister 2008; Pabst et al. 2010). Anhand dieser niedrigeren Grenzwerte errechnet das Epidemiologische Suchtsurvey 2009 für ganz Deutschland einen Anteil von 16,5 % riskanten Konsumentinnen und Konsumenten, wobei weit mehr Männer als Frauen riskant Alkohol konsumieren. Auf der Basis des AUDIT - einem Testverfahren für problematischen Alkoholkonsum, der zu psychischen, physischen und sozialen Folgeschäden führt - errechnet das Epidemiologische Suchtsurvey einen Anteil von fast 30 % problematischer Konsumenten bei den Männern und knapp 8 % bei den Frauen. Zahlen von 14.500 Menschen mit Alkoholproblemen im Kreis Bergstraße sind also eher als konservative untere Schätzungen zu betrachten. Der Anteil der riskanten Alkoholkonsumenten liegt bei den unter-24-Jährigen am höchsten.

Angaben zum Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in den letzten 30 Tagen haben 4,7 % der Südhessen und 6,5 % der Frankfurter gemacht. Das entspricht einer Zahl von etwa 9.000 Menschen im Kreis Bergstraße.

Bei den illegalen Drogen dominiert sowohl in der hessischen Repräsentativbefragung als auch im Epidemiologischen Suchtsurvey Cannabis. In der Region Südhessen liegt die Jahresprävalenz für Cannabiskonsum bei 1,5 %, in Frankfurt bei 4,5 %. Hier fällt die große Differenz zu den Frankfurter Zahlen auf. Bezogen auf den Kreis

Bergstraße entsprechen die 1,5 % etwa 2.900 Menschen; wegen der deutlich höheren Frankfurter Zahlen sollte auch diese Schätzzahl eher als konservative untere Schätzung betrachtet werden. Der Anteil der Cannabis-Konsumenten liegt in der hessischen Repräsentativerhebung bei der Altersklasse der 17-24-Jährigen am höchsten und geht bereits bei den 30-39-Jährigen um mehr als zwei Drittel zurück. Bei Männern ist der Anteil der Cannabis-Konsumenten mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen. Das Epidemiologische Suchtsurvey 2009 geht davon aus, dass etwa 30 % der Menschen, die im letzten Jahr Cannabis geraucht haben, Abhängigkeitssymptome aufweisen. Das wären im Kreis Bergstraße dann mindestens 870 Menschen, bei denen nicht mehr präventive Maßnahmen, sondern weiterführende Hilfen, Beratung und Behandlung indiziert scheinen.

Andere illegale Drogen als Cannabis wurden in der hessischen Repräsentativbefragung von 0,5 % in Südhessen und von 0,9 % in Frankfurt konsumiert (12-Monats-Prävalenz). Das entspricht etwa 970 Menschen im Kreis Bergstraße. Gemäß Epidemiologischem Suchtsurvey 2009 sind Amphetamine und Kokain die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen außer Cannabis. Daten zum Konsum von Heroin wurden in der hessischen Repräsentativerhebung nicht einzeln berechnet. Laut Epidemiologischem Suchtsurvey lag der Anteil der Heroinkonsumenten in Deutschland im Jahr 2009 bei 0,1 %. Das entspricht im Kreis Bergstraße rund 190 Menschen. Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit (DBDD) schätzt die Prävalenz der Opiatabhängigkeit deutschlandweit - mit großen regionalen Schwankungen - zwischen 1,5 und 3,2 Fälle je 1.000 Einwohner (DBDD 2011, XXIII). Daraus errechnen sich Schätzzahlen, die zwischen 290 und 600 schwanken.

Zum problematischen Glückspiel liegen im Rahmen der hessischen Repräsentativerhebung nur wenige verlässliche Daten vor. Hessenweit wird der Anteil der problematischen Glücksspieler auf 1,1 % geschätzt. Andere bundeweite Studien kommen zum niedrigeren Ergebnissen um 0,5 % (Bühringer et al. 2007). Für den Kreis Bergstraße errechnen sich aus den Angaben der hessischen Repräsentativerhebung Schätzzahlen von etwa 2.100 Menschen mit problematischem Glückspielverhalten.

Fasst man diese Schätzzahlen zusammen, so ergibt sich eine quantitative Rangliste. Die größte Konsumentengruppe (in Bezug auf psychoaktive Substanzen) im Kreis Bergstraße sind mit 63.400 die Raucherinnen und Raucher, von denen rund 19.000 als nikotinabhängig betrachtet werden können. Geschätzte mindestens 14.500 Menschen haben Probleme mit ihrem Alkoholkonsum. Rund 9.000 Menschen haben in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen. Mindestens 2.900 Menschen - die meisten von ihnen deutlich unter 30 Jahren - haben in den letzten

12 Monaten Cannabis konsumiert. Bei knapp 900 davon ist von Abhängigkeitssymptomen auszugehen. Das Ausmaß des problematischen Glückspiels kann auf etwa 2.100 Menschen geschätzt werden. Andere illegale Drogen - meist Amphetamine oder Kokain - werden geschätzt von etwa 970 Menschen im Kreis Bergstraße konsumiert. Die Zahl der Heroinabhängigen dürfte zwischen 200 und 300 liegen.

Schließlich muss berücksichtigt werden, dass Prävalenzzahlen keine statischen Werte sind, sondern dynamischen Veränderungen unterliegen. Vor allem bei Heroin deutet sich in den letzten Jahren eine rückläufige Tendenz an. So kommt etwa das Bundeskriminalamt zu dem Schluss: „Heroin scheint in Deutschland an Bedeutung zu verlieren. Die Deliktzahlen sind ebenso rückläufig wie auch die jährliche Zahl an Sicherstellungsmengen“ (BKA 2012a, 29). Dieser Rückgang wird sogar europaweit registriert und wird im aktuellen Bericht der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle so beschrieben: „Nichtsdestoweniger deuten Indikatoren auf einen Rückgang im Konsum insgesamt und vor allem auf eine abnehmende Zahl neuer Konsumenten hin. Überall in Europa ist die Zahl der neuen Behandlungsnachfragen gesunken und das Durchschnittsalter der Patienten, die sich aufgrund von Heroinproblemen einer Behandlung unterziehen, gestiegen“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2012, 17).

Die Suchtprävention ist nicht Gegenstand dieses Projektes. Obwohl aktuelle epidemiologische Studien eher von leicht rückläufigen Konsumtendenzen bei Jugendlichen berichten, kommt dennoch der Lebensphase Jugend eine zentrale Bedeutung bei der Entwicklung riskanter, problematischer und abhängiger Konsummuster zu. Kritisch ist diese Lebensphase insbesondere für den Beginn des Rauchens, für Experimente mit illegalen Drogen und für riskante Konsumformen in Bezug auf Alkohol wie etwa das Binge-Drinking, den Konsum hoher Mengen Alkohols bei einer Trinkgelegenheit (vgl. z.B. Kraus et al. 2008, BzGA 2009). Über die Prävention hinaus ist bei sich verfestigenden riskanten Konsummustern eine möglichst frühe Kontaktaufnahme mit Beratungs- und Behandlungsangeboten hilfreich. Zu Jugendlichen liegen im Rahmen der hessischen Repräsentativerhebung keine Daten vor. Allerdings zeigt sich bei fast allen untersuchten Substanzen, dass der problematische Konsum in den jüngeren Altersgruppen (unter 24 Jahren) am höchsten liegt.

## 4.2 COMBASS-Auswertung

Seit mehr als zehn Jahren werden in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Hessen die Daten des deutschen und hessischen Kerndatensatzes (HKDS) im Rahmen des Projektes COMBASS (Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen) nach einem einheitlichen Verfahren erhoben. Im Zentrum des Kerndatensatzes stehen klientenbezogene Daten. Diese Daten fließen in die hessische Suchthilfestatistik (Kalke, Neumann-Runde 2011), in die deutsche Suchthilfestatistik (Steppan et al. 2011) und in den Jahresbericht der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit (EBDD 2012) ein. „Das im Rahmen der Kommunalisierung entwickelte Berichtswesen der kommunalen Gebietskörperschaften bedient sich ab dem Jahr 2006 ebenfalls der mit COMBASS erhobenen Daten“ (Kalke, Neumann-Runde 2011, 4). Auch für die quantitative Datenerhebung im Kooperationsprojekt wurde deshalb auf die COMBASS-Daten zurückgegriffen. Diese Daten werden den kreisfreien Städten und Landkreisen in Hessen jährlich in Form einer standardisierten Auswertung aggregiert über alle im jeweiligen Gebiet arbeiteten Einrichtungen als Excel-Tabellen übergeben.

Insgesamt liegen für das Jahr 2011 auswertbare Daten zu 681 Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen vor. Davon beziehen sich 90 auf sogenannte Einmalkontakte. Das sind Menschen, die nur einen Kontakt im jeweiligen Jahr hatten und bei denen eine umfassender Beratung oder Betreuung nicht zustande kam. Bei 591 Klientinnen und Klienten kam es zu mehreren Kontakten. Angehörige sind dabei nicht berücksichtigt. In der folgenden Tabelle sind die Klientenzahlen differenziert nach ICD-10-Diagnosegruppen und Geschlecht für das Jahr 2011 zusammengefasst.

Tabelle 2: Klientel der ambulanten Suchthilfe 2011: Hauptdiagnosen, differenziert nach Geschlecht\*

Diagnose	Gesamtzahl	Männer	Frauen
F10 Alkohol	318	227	91
F11 Opiate	114	90	24
F12 Cannabis	58	48	10
F13 Sedativa/Hypnotika	22	18	4
F14c Crack	0	0	0
F14k Kokain	7	7	0
F15 Amphetamine/MDMA/Ecstasy	19	15	4
F16 Halluzinogene	0	0	0
F17 Tabak	3	2	1
F18 Lösungsmittel	3	3	0
F19 andere psychotrope Substanzen	3	1	2
F50 Essstörungen	2	0	2
F63.0 Path. Spielen	42	38	4

\* ohne Einmalkontakte und ohne Angehörige

Die Zahl der Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen ist mit Abstand am größten. Verglichen mit den Schätzzahlen zur Prävalenz zeigt sich aber, dass nur ein kleiner Teil Klient bzw. Klientin der ambulanten Suchthilfe wird. Anders bei Opiaten: Hier liegen die Schätzzahlen und die Anzahl der Klienten vergleichsweise nah beieinander. Bei Cannabis und auch beim Glückspiel hingegen gehen die Prävalenzschätzungen und die Anzahl der Klienten wieder weit auseinander. Raucher kommen fast überhaupt nicht vor. In der nächsten Tabelle sind die Prävalenzschätzungen und die Klientenzahlen des Jahres 2011 gegenübergestellt.

Tabelle 3: Prävalenzschätzungen und Erreichungsquoten

Substanzgruppe	Prävalenzschätzung	Klienten gemäß COMBASS	Erreichungsquote
Alkohol	14.500	318	2 %
Opiate	200	114	57 %
Cannabis	870	58	7 %
Amphetamine, Kokain, Ecstasy/MDMA	970	26	3 %
Pathologisches Glückspiel	2.100	42	2 %

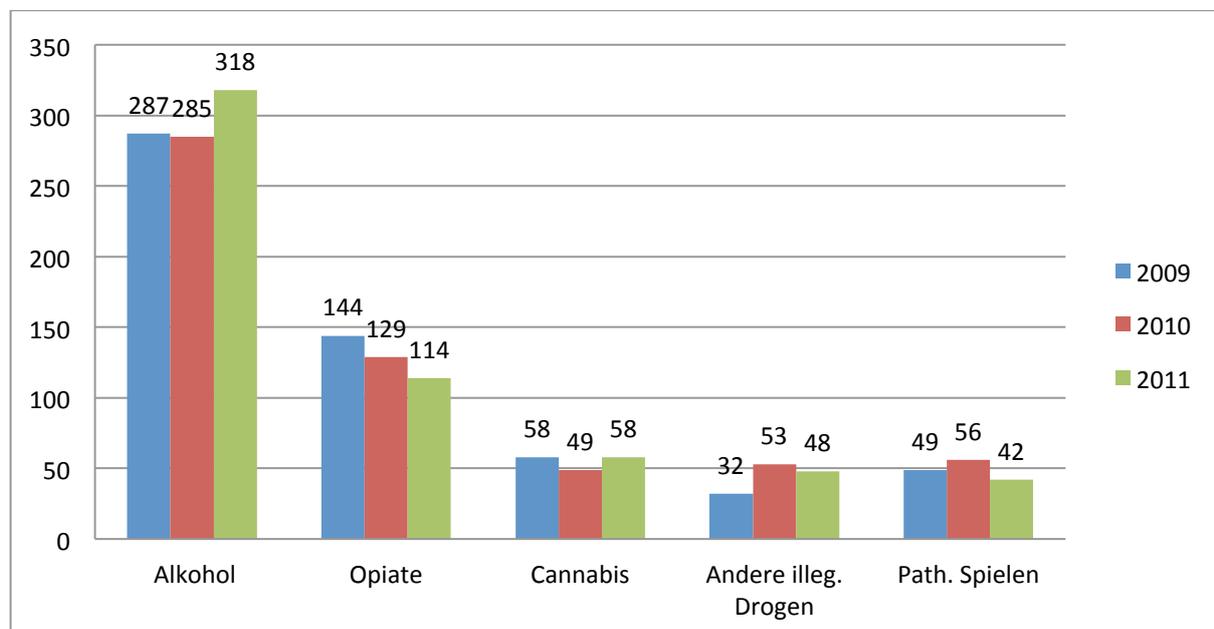
Es versteht sich von selbst, dass man bei der Gegenüberstellung dieser Zahlen vorsichtig sein muss. Bei den Prävalenzzahlen handelt es sich um Schätzungen mit zum Teil wenig validen Grundlagen, regionale Besonderheiten des Kreises bleiben unberücksichtigt, bei der Anzahl der Klienten fehlen die Klientinnen und Klienten mit Einmalkontakten, und ICD-10-Diagnoseangaben (die der Einteilung in Tabelle 2 zugrunde liegen) dürfen nicht mit problematischem Konsumverhalten gleichgesetzt werden. Raucher und Medikamentenabhängige haben noch nie zu den primären Zielgruppen der ambulanten Suchthilfe gehört; wegen der geringen Fallzahlen wurden sie nicht in Tabelle 3 aufgenommen. Bei Alkoholproblemen spielen die Selbsthilfe und die niedergelassenen Ärzte eine viel größere Rolle als bei Opiatabhängigkeiten. Aber trotz all dieser Einschränkungen bleibt das Missverhältnis zwischen den quantitativen Ausmaßen einzelner Suchtprobleme und deren Erreichungs- oder Versorgungsgrad im bestehenden ambulanten Suchthilfesystem im Kreis Bergstraße bestehen. Die Größenordnungen entsprechen dabei Erreichungsquoten, die für Deutschland (Hildebrand et al. 2009) und Hessen (Schmid 2012b) errechnet wurden. Der Kreis Bergstraße unterscheidet sich also nur in den Details hinsichtlich der Erreichungsquoten in den einzelnen Zielgruppen.

Insgesamt wird bei Alkohol, pathologischem Glückspiel und Kokain, Ecstasy/MDMA und Amphetaminen nur ein kleiner Teil der Menschen mit riskantem Konsumverhalten erreicht, während bei den Opiaten mit 60 % mehr als die Hälfte der geschätz-

ten Abhängigen erreicht wird. Berücksichtigt man noch, dass in der Substitutionsambulanz ein weiterer Teil dieser Zielgruppe medikamentös und psychosozial behandelt und betreut wird, so muss die Erreichung dieser Zielgruppe als sehr gut betrachtet werden. Offensichtlich gelingt es der Drogenhilfe mit all ihren Ausdifferenzierungen sehr gut, in Kontakt zur Gruppe der klassischen Heroinabhängigen zu kommen und diesen Kontakt auch zu halten. Hingegen findet die Drogenhilfe - wie in den meisten anderen Regionen Hessens auch - kaum Zugang zu den Drogenkonsumenten in den Club-, Musik- und Freizeitszenen, die eher Substanzen wie Amphetamine, Kokain, Ecstasy/MDMA bevorzugen.

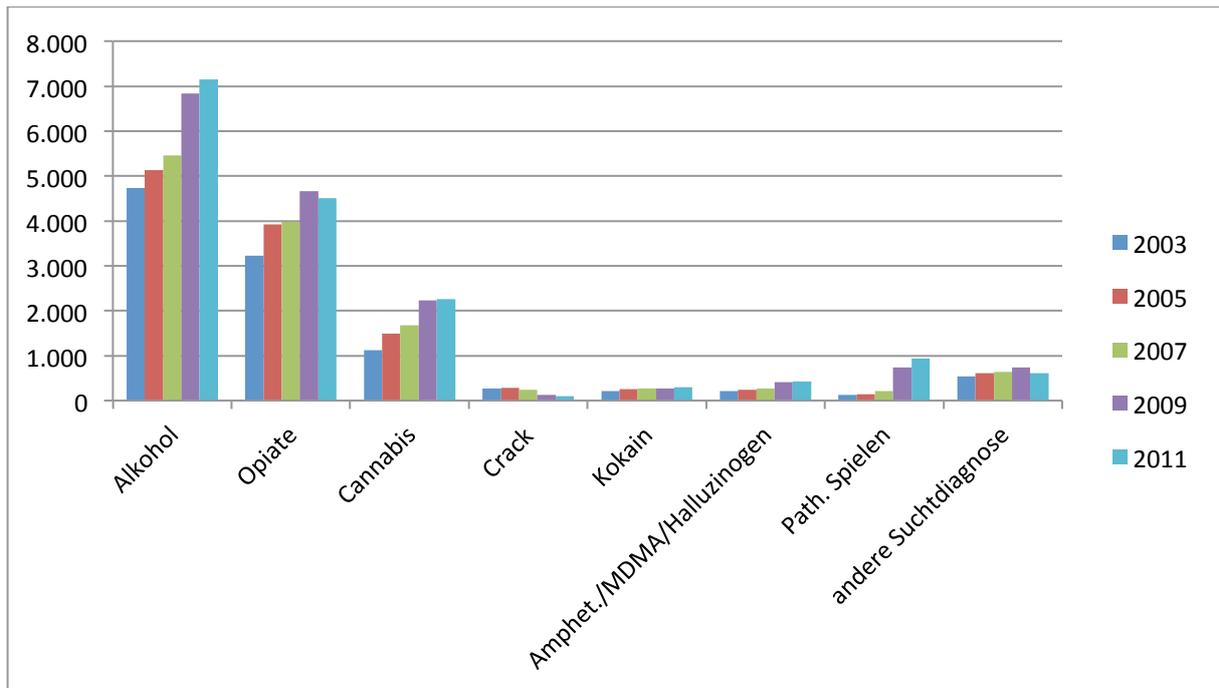
In der folgenden Tabelle sind die Veränderungen bei den Fallzahlen über die Jahre 2009 bis 2011 dargestellt.

Abbildung 1: Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe 2009 - 2011  
(ohne Angehörige und ohne Einmalkontakte)



Die leichten Schwankungen bei den einzelnen Zielgruppen über die drei Jahre können zufallsbedingt sein und sollten nicht überinterpretiert werden. Allerdings fügen sich diese Daten gut in die aktuelle Trendanalyse der Jahre 2003 - 2011 des hessenweiten COMBASS-Berichtes (Kalke, Neumann-Runde 2012) ein, die in der folgenden Abbildung zusammengefasst sind. Darin sind Daten aus 77 ambulanten hessischen Suchthilfeeinrichtungen enthalten, die sich in jedem der dargestellten Jahre an der COMBASS-Auswertung beteiligt haben.

Abbildung 2: Trendanalyse 2003 - 2011 COMBASS (77 Einrichtungen)\*

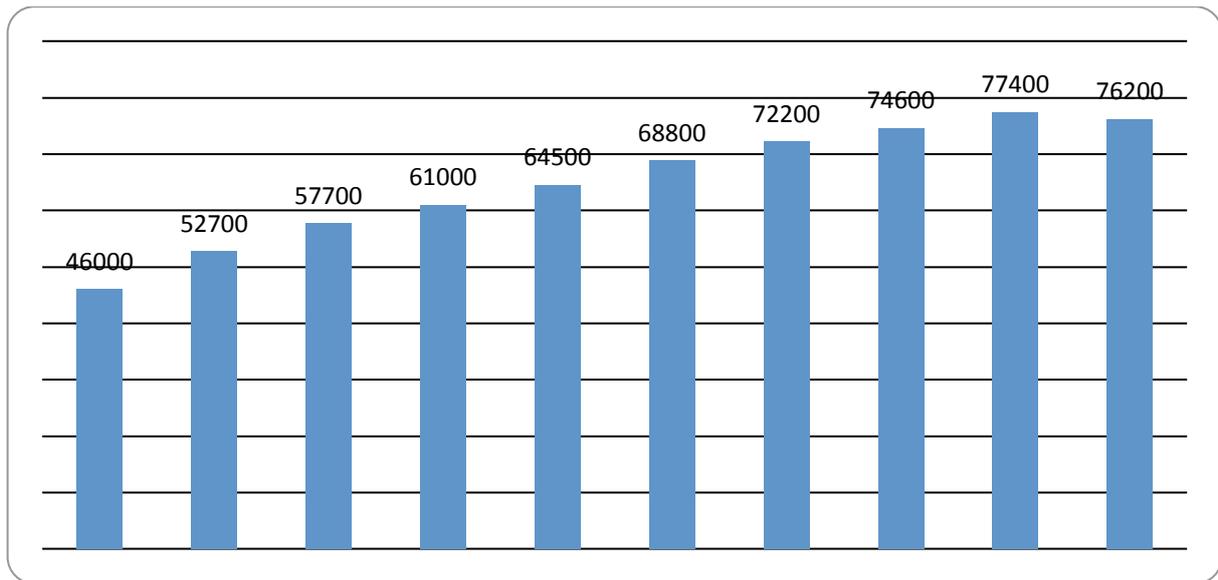


\* Quelle: HLS 2012

Dass die Opiatzahlen hessenweit zwischen 2003 und 2011 gestiegen sind, während sie im Kreis Bergstraße zwischen 2009 und 2011 eher gesunken sind, kann wahrscheinlich damit erklärt werden, dass der Anteil der Substitutionsbehandlungen in diesem Zeitraum stark angestiegen ist. Während sich aber in den hessenweiten Daten dieser Anstieg in den großen Ambulanzen in Frankfurt niederschlägt, betrifft er im Kreis Bergstraße die Jugend- und Drogenberatung Prisma nicht, da der größte Teil der Substitutionsbehandlungen in der Vitos Klinik durchgeführt wird, die auch die psychosoziale Begleitung übernimmt.

Der Anstieg der Substitutionsbehandlungen wird in der folgenden Abbildung deutlich, die auf Daten des Substitutionsregisters beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) beruht. Am 01.10.2011 waren hessenweit 7.059 Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung gemeldet. Der aktuellen COMBASS-Landesauswertung zufolge wurden in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen 2011 aber nur knapp 5.000 Klientinnen und Klienten mit einer Opiatdiagnose dokumentiert. Offensichtlich hat die medikamentöse Substitutionsbehandlung inzwischen für diese Zielgruppe eine größere Bedeutung als die Angebote der ambulanten Suchthilfe.

Abbildung 3: Anzahl der Substitutionsbehandlungen in Deutschland 2002 - 2011\*

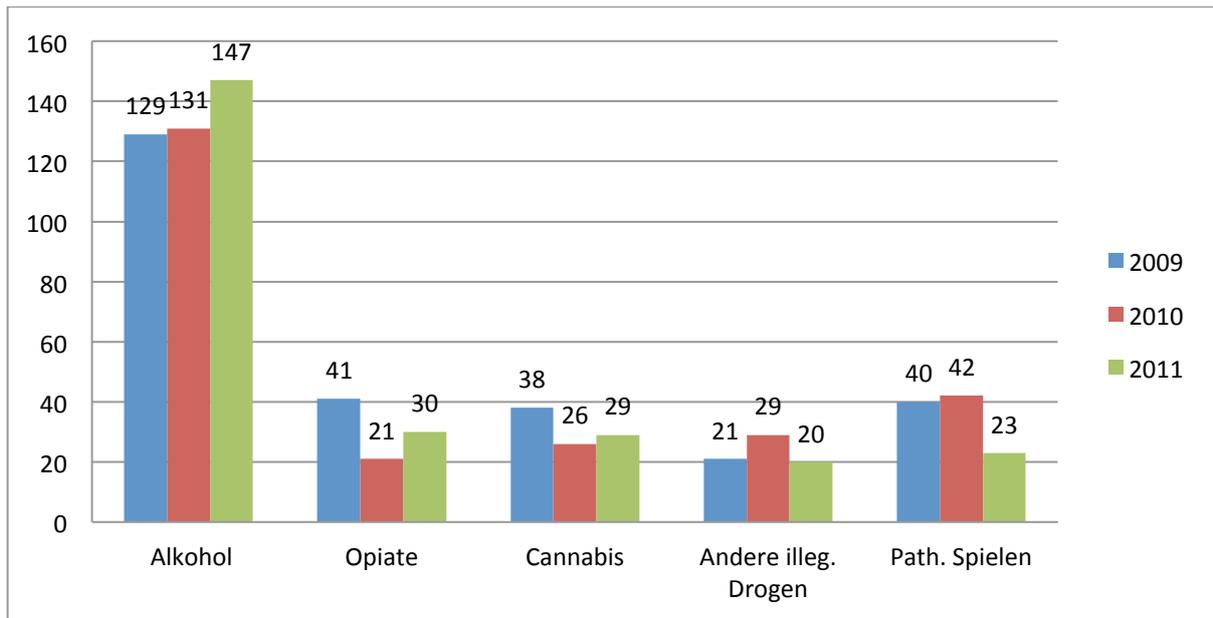


\* Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2012

Diese Zahlen sind umso erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass die Substitutionsbehandlung zum Zeitpunkt der Entstehung der ambulanten Drogenhilfe in Deutschland nicht existierte und verboten war. Erst Anfang der 90er Jahre wurde die Substitutionsbehandlung in Deutschland mit den NUB-Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eingeführt, hat sich diese Behandlung inzwischen offenbar zur Standardbehandlung bei Heroinabhängigkeit entwickelt. Damit hat sich der Schwerpunkt der Behandlung Heroinabhängiger von der ambulanten Drogenhilfe in die Medizin verschoben. Die aktuell gültigen BUB-Richtlinien sehen allerdings vor, dass ein substituierender Arzt „daraufhinzuwirken“ hat, dass seine Patientinnen und Patienten mit Einrichtungen des Drogenhilfesystems Kontakt aufnehmen, in denen „der Bedarf an psychosozialer Betreuung in Absprache mit dem behandelnden Arzt abgeklärt wird“ (Bundesärztekammer 2010, 4). Kommen Drogenberatung und Arzt zu dem Ergebnis, dass eine psychosoziale Betreuung nicht notwendig ist, so muss das lediglich schriftlich dokumentiert werden. In der Praxis gestaltet sich die Kooperation mit den substituierenden Ärzten sehr unterschiedlich.

Eine weitere interessante Perspektive ergibt sich, wenn man die Erstkontakte im Berichtsjahr 2010 betrachtet.

Abbildung 4: Kreis Bergstraße: Erstkontakte 2009 - 2011 (ohne Angehörige und ohne Einmalkontakte)



Bei Alkohol, Cannabis, anderen illegalen Drogen und dem pathologischen Spielen machen die Erstaufnahmen zwischen 42 % und 55 % der Klientinnen und Klienten aus, bei Opiaten sind es rund 26 %.

In der folgenden Tabelle ist das Durchschnittsalter für die Diagnosegruppen Alkohol, Opiate, Cannabis und pathologisches Spielen für die Jahre 2009 - 2011 zusammengefasst.

Tabelle 4: Durchschnittsalter in ausgewählten Diagnosegruppen

	2009	2010	2011
Alkohol	46,5	48,5	49,1
Opiate	36,7	36,8	37,9
Cannabis	23,2	25,1	26,5
Path. Spielen	36	36,3	34,2

Leider fehlen in den standardisierten Excel-Tabellen, die durch das COMBASS-Projekt an die Kommunen und Kreise weitergegeben werden, die Angaben zu den Standardabweichungen. Im Rahmen der Sonderauswertung der COMBASS-Daten aus

den beteiligten Beratungsstellen konnten diese Werte für das Jahr 2010 berechnet werden.

Tabelle 5: Alter (Mittelwert und Standardabweichung) 2010, ausgewählte Diagnosegruppen

	N	Mittelwert	Standardabweichung
F10 Alkohol	286	48,5	10,5
F11 Opiate	129	36,8	7,6
F12 Cannabis	50	25,1	7,4
F63.0 Path. Spielen	57	36,3	12,3

Nur 9 (von 286) Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen sind jünger als 25 Jahre. Bei Alkohol werden vor allem die „mittleren Jahrgänge“ zwischen 35 und 60 Jahren offensichtlich gut erreicht, die jüngeren hingegen kaum. Bei Cannabis sind 27 (von 50) Klientinnen und Klienten jünger als 25 Jahre, und der größte Teil der Klientinnen und Klienten ist zwischen 18 und 32 Jahren alt. Jugendliche unter 18 finden selten den Weg in die Jugend- und Drogenberatungsstelle. Bei den Opiaten lag das Durchschnittsalter 2010 bei 36,8 Jahren, und nur 6 (von 129) waren jünger als 25. Die meisten Opiatabhängigen waren zwischen 25 und 44 Jahren alt. Das passt zu anderen Daten, denen zufolge Heroinabhängige in den letzten Jahren deutlich gealtert sind. So stieg in der landesweiten COMBASS-Auswertung das Durchschnittsalter von 33,6 Jahren im Jahr 2003 auf 39,6 im Jahr 2011. Im selben Zeitraum stieg das Durchschnittsalter der Neuaufnahmen von 33,2 Jahre auf 36,5 Jahre. Ganze 15 % der 533 Neuaufnahmen mit Opiatdiagnose waren jünger als 27 Jahre. 2003 waren das noch 26 % von 1.414 Neuaufnahmen. In absoluten Zahlen entspricht das einem Rückgang von 368 Neuaufnahmen unter 27 Jahren im Jahr 2003 auf 80 im Jahr 2011.

Das passt durchaus zur bereits zitierten polizeilichen Einschätzung: „Heroin scheint in Deutschland an Bedeutung zu verlieren. Die Deliktzahlen sind ebenso rückläufig wie auch die jährliche Zahl an Sicherstellungsmengen“ (BKA 2012, 29). Dieser Trend gilt auch für die erstauffälligen Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin, deren Zahl sich bundesweit von 5.433 im Jahr 2003 auf 2.742 im Jahr 2011 halbiert hat. In Hessen ging die Gesamtzahl von erstauffälligen Konsumentinnen und Konsumenten harter illegaler Drogen in diesem Zeitraum von 562 auf 344 zurück,

von denen sich 289 im Jahr 2012 auf Heroin beziehen. Erinnert sei auch an den Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, der zu der Feststellung kommt, dass überall in Europa die Zahl der neuen Klientinnen und Klienten mit einer Opiatdiagnose rückläufig ist und das Durchschnittsalter steigt (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2012, 17). Fasst man all dies Befunde zusammen, so verdichtet sich der Eindruck, dass es in der Heroinszene zurzeit eher weniger Neueinsteiger gibt, und die Gruppe der heroinabhängigen Klientinnen und Klienten gemeinsam mit dem Hilfesystem älter wird. Dazu verhilft ihr insbesondere die methadongestützte Behandlung, die bei vielen zu einer gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung, aber nur bei einer Minderheit zur Abstinenz führt (Wittchen et al. 2011a).

Auch das Leistungsspektrum, das die Klientinnen und Klienten in Anspruch nehmen, differiert zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen. Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholdiagnose nahmen im Jahr 2011 im Schnitt 9,4 Leistungen in Anspruch. In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Leistungen für die Diagnosegruppe Alkohol dargestellt.

Tabelle 6: Diagnose Alkohol: Wichtigste Leistungen 2011

	N Personen	MW
Beratung	103	7,1
Vorbereitung auf stationäre Behandlung	56	5,3
AR Poststationär	48	13,8
AR Vorbereitungsphase	14	13,4
Allgemeine psychosoziale Betreuung	17	16,8

Allgemeine Beratungsleistungen, Vorbereitungen auf stationäre Rehabilitation und Leistungen der (rentenversicherungsfinanzierten) ambulanten Rehabilitation machen hier einen Großteil der dokumentierten Leistungen aus.

Klientinnen und Klienten mit illegalem Drogenkonsum (Opiate und Stimulantien) nehmen im Durchschnitt 4,5 Leistungen in Anspruch. Welche Leistungen dabei besonders häufig genutzt werden zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 7: Diagnose Opiate und Stimulantien: Wichtige Leistungen 2011

	N Personen	MW
PSB/Medikamenten-gestützte Behandlung/nicht integriert	47	3,7
Beratung	45	4,1
Ambulante Behandlung	29	5,7
Vorbereitung auf stationäre Behandlung	17	4,1

Hinter dem Kürzel PSB/Medikamenten-gestützte Behandlung/nicht integriert verbirgt sich die psychosoziale Betreuung von Heroinabhängigen in Substitutionsbehandlung, die im Kreis Bergstraße bei Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen die häufigste Leistungsart darstellt: 45 Drogenkonsumenten nehmen diese Leistung in Anspruch. Das passt durchaus zum allgemeinen Bedeutungszuwachs der Substitutionsbehandlung und damit auch zur psychosozialen Betreuung in den letzten Jahren (vgl. z.B. Wittchen et al. 2011a und 2011b, Gerlach, Stöver 2010). Was bei diesen Zahlen aber auffällt, ist die niedrige Zahl von durchschnittlich 3,7 Leistungen je Klient/Klienten im Jahr 2010 und die Tatsache, dass alle diese Leistungen in der Form „nicht integriert“ erbracht wurden. Der hessische Datensatz sieht hier insgesamt drei verschiedene Leistungsarten bei der psychosozialen Substitutionsbetreuung vor: integrierte Substitutionsbetreuung (wenn z.B. Ärzte und Suchtberater in einer Ambulanz integriert arbeiten), kooperativ (wenn es funktionierende Kooperationsbeziehungen zwischen (z.B. niedergelassenen) Ärzten und ambulanten Suchtberatungsstelle gibt) und nicht integriert (wenn die ersten beiden Fälle nicht zutreffen). Anders als in den hessenweiten Daten, bei denen kooperative und integrierte Formen der Substitutionsbetreuung dominieren, gibt es im Kreis Bergstraße in der kommunal geförderten ambulanten Suchthilfe nur die Form der nicht integrierten Substitutionsbetreuung. Eine integrative Form der Substitution und der psychosozialen Substitutionsbetreuung bietet die Suchtambulanz der Vitos-Klinik

an. 3,7 Leistungen im Jahr entsprechen ungefähr einem Termin je Quartal. Ein solcher Rhythmus mag bei langjährig substituierten Opiatabhängigen durchaus angemessen sein, bei erst kürzlich begonnenen Betreuungen hingegen wären wahrscheinlich engere Zeitintervalle sinnvoll. Eine rentenversicherungsträgerfinanzierte ambulante Rehabilitation wurde nur in einem Fall (Ambulante Rehabilitation poststationär) dokumentiert.

Bei Klientinnen und Klienten mit Problemen im Zusammenhang mit Cannabis kommt es im Durchschnitt zu 5,1 Leistungen. Als häufigste Leistungsarten zeigen sich die Leistungen Beratung (31), Vorbereitung auf stationäre Behandlungen (9), ambulante Behandlungen (6) und MPU-Beratungen (9). Durch die Rentenversicherung finanzierte Leistungen der ambulanten Rehabilitation kommen bei Cannabis nicht vor.

In der folgenden Tabelle sind die Daten zur Erwerbssituation zusammengestellt.

**Tabelle 8:** Erwerbssituation in ausgewählten ICD-10-Diagnosegruppen

	Alkohol	Opiate	Cannabis	Path. Spielen	Gesamt
Erwerbsarbeit	54,5 %	17,5 %	24,5 %	47,3 %	41,7 %
ALG I	8,3 %	6,3 %	2 %	7,3 %	6,6 %
ALG II	20,3 %	47,6 %	24,5 %	14,5 %	27,2 %
SGB XII	0 %	9,5 %	0 %	0 %	2,5 %
SchülerIn/StudentIn/ Ausbildung	1,5 %	3,2 %	36,7 %	5,5 %	6,6 %
Hausfrau/Hausmann/ Rente	13,2 %	2,4 %	2 %	0 %	7,8 %
Sonstiges	2,3 %	13,5 %	10,2 %	25,5 %	7,6 %
Gesamt	266	126	49	55	563

Rund 42 % der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe im Kreis Bergstraße sind insgesamt erwerbstätig. Bei der Diagnose Alkohol liegt dieser Wert hö-

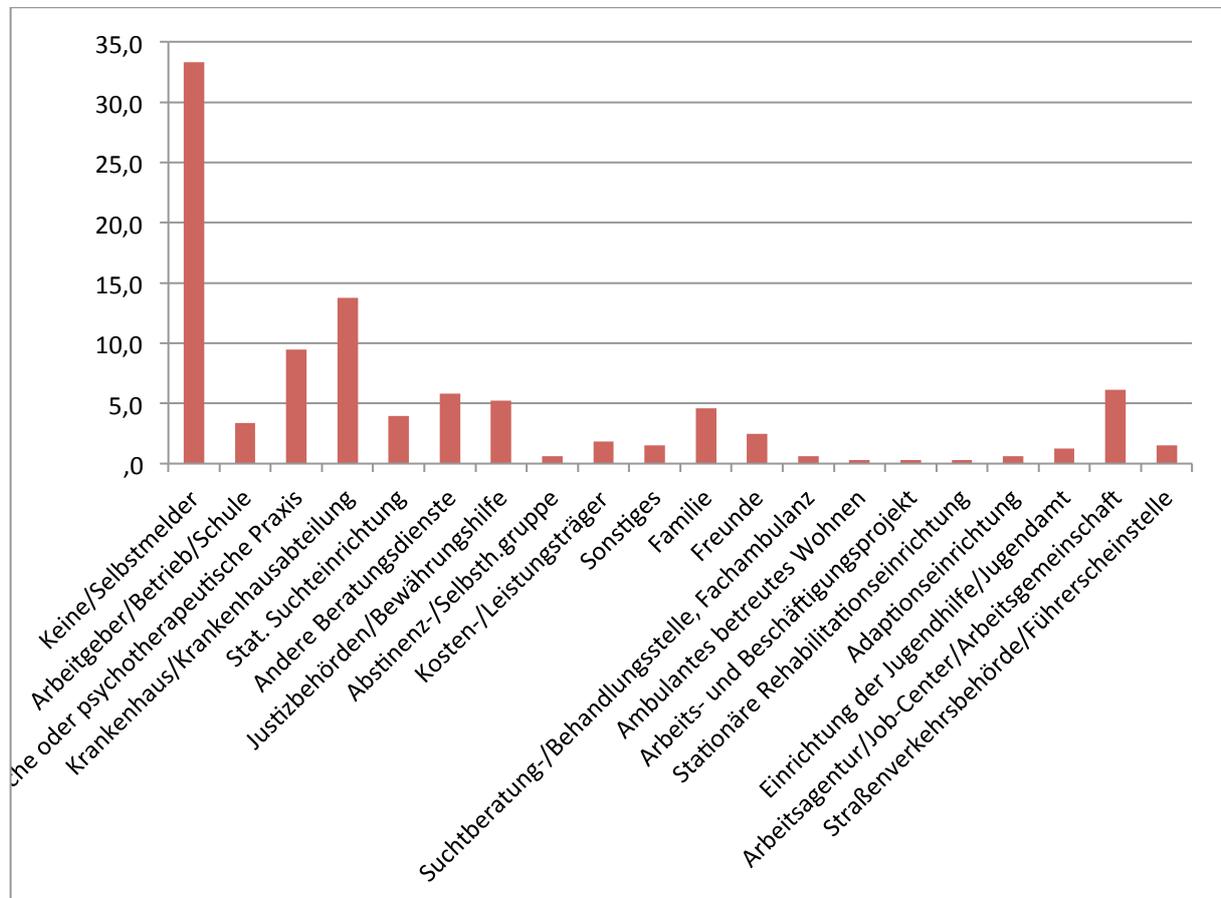
her, bei illegalen Drogen niedriger. 6,6 % sind Schüler bzw. Studierende und knapp 8 % beziehen Rente. Die Gruppe Schüler/Studenten/Ausbildung ist erwartungsgemäß bei Cannabis sehr viel größer als in allen anderen Gruppen. 6,6 % beziehen Leistungen aus dem SGB III (Arbeitslosengeld 1), 27,2 % Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld 2) und nur 2,5 % beziehen Leistungen aus dem SGB XII (Sozialhilfe). Bei illegalen Drogen liegt der Anteil der Bezieher von Transferleistungen - insbesondere Arbeitslosengeld 2 - höher, bei Alkohol etwas niedriger. Das rückt die Grundsicherungsstelle - im Kreis Bergstraße als optierender Kommune der Jobcenter „Neue Wege“ - besonders in den Fokus der Analyse der Schnittstellen und Kooperationsbeziehungen. Auch in der jüngsten Gruppe - bei den Cannabisklienten - liegt der Anteil der Arbeitslosengeld-2-Bezieher - bei 24,5 %. Fasst man Arbeitslosengeld 1, Arbeitslosengeld 2 und Sozialhilfe als Transfereinkommen zusammen, so zeigt sich, dass der Anteil der Transfereinkommensbezieher in der Opiatgruppe mit über 60 % am höchsten ist und bei allen anderen Diagnosen unter 30 % liegt.

Über 90 % aller Klientinnen und Klienten wohnen selbständig, also in einer eigenen Wohnung oder in einem eigenen Haus oder bei Angehörigen und Eltern. Nur bei 11 Klienten (3 % aller Klienten) ist von provisorischen Wohnverhältnissen oder gar von Wohnungslosigkeit auszugehen. In diesen Zahlen spiegeln sich sicherlich Strukturdaten eines Flächenkreises, in dem Wohnungslosigkeit - anders als etwa in Frankfurt - kein Problem darstellt. Allerdings wird in der Wohnungslosenstichtagserhebung 2009 der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen von 3.788 Wohnungslosen in Hessen berichtet (Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen 2010). Unklar ist deren räumliche Verteilung im Bundesland. Schätzungen gehen von einem Drittel Alkoholabhängigkeit und einem Drittel Alkoholmissbrauch unter Wohnungslosen aus. Demnach hätten rund 2.500 Wohnungslose in Hessen Bedarf nach suchtspezifischer Hilfe. Die Schnittstelle zu Wohnungslosenhilfe sollte deshalb ebenfalls analysiert werden.

Interessante Informationen zu Schnittstellen enthalten auch die Daten zu den Zugangswegen. Dabei soll Auskunft darüber gegeben werden, wie und durch welche Vermittlung die Klientinnen und Klienten in die ambulante Beratung gekommen sind. Bei gut einem Drittel ist dokumentiert, dass sie ohne Vermittlung anderer Personen oder Organisationen in die ambulante Suchthilfe gekommen sind. Weitere 23 % kommen durch Vermittlung durch Krankenhäuser, Arztpraxen und psychotherapeutische Praxen. Immerhin 6,1 % wurden vom Jobcenter vermittelt. Hierzu gibt es im Kreis Bergstraße auch ein spezielles Verfahren und einzelfallbezogene Abrechnungsmöglichkeiten. Angesichts der deutlich höheren Zahl von Klientinnen und Klienten, die Transferleistungen vom Jobcenter beziehen (s.o.) wäre zu überprü-

fen, ob dieser Anteil nicht gesteigert werden könnte. Studien zur Kooperation zwischen Suchthilfe und Beschäftigungsförderung weisen auf die hohe Bedeutung formalisierter Kooperationsbeziehungen hin (FIA, Henkel, ZOOM 2009).

Abbildung 5: Vermittelt durch ... (Angaben in %, N = 317)

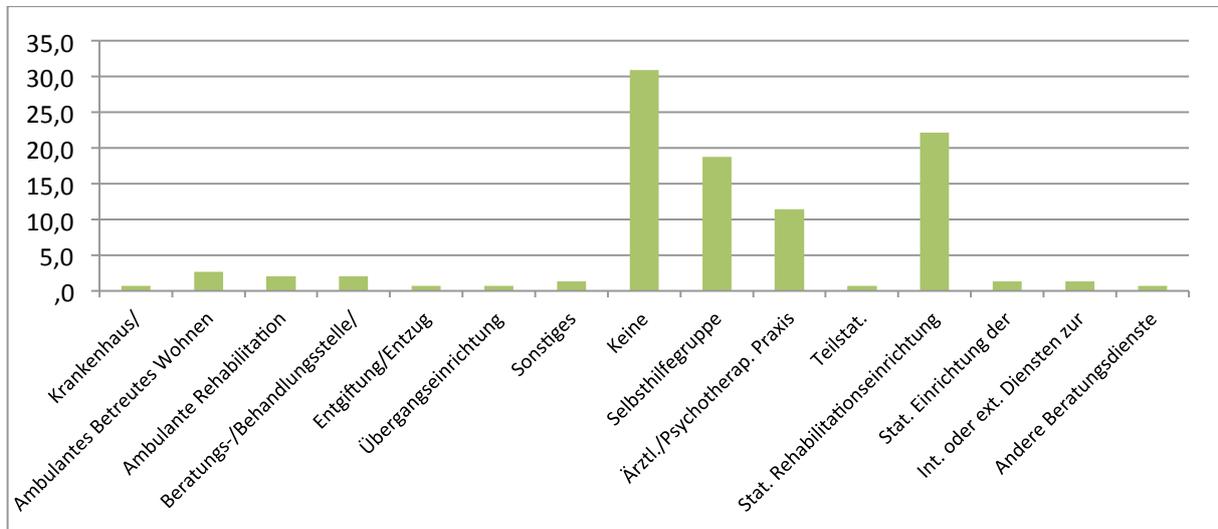


Weitere 5 % werden von den Justizbehörden oder der Bewährungshilfe geschickt. Vom Jugendamt oder aus Einrichtungen der Jugendhilfe wurden im Jahr 2010 gemäß der vorliegenden Daten ganze 4 Klientinnen und Klienten in die ambulante Suchthilfe vermittelt. Dieser niedrige Wert überrascht angesichts der großen Bedeutung, die dieser Schnittstelle in der Fachliteratur zukommt. Schließlich sind Suchtprobleme und die Jugendhilfe aus zwei unterschiedlichen Gründen aufeinander angewiesen: Zum einen beginnt für viele der riskante und später dann abhängige Konsum psychoaktiver Substanzen in der Lebensphase Jugend. Und zum anderen können Alkohol- und andere Drogenprobleme in der Familie - vor allem bei den Eltern, aber auch bei anderen Verwandten - eine Gefährdung des Kindeswohles bedeuten.

Am Betreuungsende wird nur ein Teil der Klientinnen und Klienten in eine andere Einrichtung weitervermittelt. Nach „keine Weitervermittlung“ erscheint der größte

Balken in Abbildung 6 bei „Stationären Rehabilitationseinrichtungen“, gefolgt von Selbsthilfegruppen (die vor allem im Alkoholbereich eine große Rolle spielen) und Ärzten/Psychotherapeutischen Praxen. Dahinter könnte sich wiederum die Substitution verbergen.

Abbildung 6: Am Betreuungsende: Vermittelt zu ... (Angaben in %, N = 149)



### 4.3 Expertengespräche

Im Verlauf des Projektes wurden Expertengespräche mit Vertretern der Jugend- und Drogenberatungsstelle Prisma der AWO, der Fachambulanz der Caritas, der Übergangseinrichtung Wohngemeinschaft Bergstraße mit angeschlossenem Betreuten Wohnen, der Vitos Klinik, des Jobcenters Neue Wege Bergstraße, des Jugendamtes, des Zentrums der Wohnungslosenhilfe der Diakonie sowie des Psychosozialen Hilfsvereins e.V. geführt. Im Focus dieser Expertengesprächs standen zunächst die Angebote und Dienstleistungen der Einrichtungen, dann um die spezifischen Umgangsweisen mit Suchtproblemen und schließlich um die Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen.

Die ambulanten Beratungsstellen der Caritas und der AWO grenzten in den Expertengesprächen die Zuständigkeit für die unterschiedlichen Zielgruppen der Einrichtungen klar voneinander ab: Konsumenten illegaler Drogen und jugendliche Alkoholkonsumenten fallen unter die Zuständigkeit der AWO, Probleme mit legalen Drogen bei Erwachsenen in die Zuständigkeit der Caritas. Aber auch darüber hinaus unterscheiden sich die Angebote und Arbeitsweisen. Bei der Jugend- und Drogenberatung Prisma dominieren die klassischen Suchthilfeangebote Beratung und Vermittlung. Wichtige Zugangsmöglichkeiten sind gerichtliche Auflagen oder die durch den Führerscheinverlust notwendig werdende Vorbereitung auf die Medizinisch-

Psychologische Untersuchung (MPU). Ansonsten spielen gerichtliche Auflagen bei der Kontaktaufnahme von Jugendlichen zur Suchthilfe eine große Rolle. Ein weiterer Schwerpunkt hat sich über die Beratung von Eltern von jugendlichen Cannabis-klienten entwickelt. Im Rahmen der Substitutionsbehandlung kommt der psychosozialen Betreuung von substituierten Heroinabhängigen eine steigende Bedeutung zu, da inzwischen der größere Teil dieser Klientengruppe substituiert wird. Im Rahmen eines Landesmodellprogramms hat die AWO eine zusätzliche Stelle für die Beratung von Menschen mit problematischem Glücksspiel eingerichtet. Bei der Caritas sind neben der Beratung die ambulante Rehabilitation und das betreute Wohnen wichtige Standbeine geworden. Seit längerem beschäftigen sich Leitung und Mitarbeiter der Fachambulanz mit dem Community Reinforcement Approach (CRA), der in den USA entwickelt wurde, verhaltenstherapeutische Elemente mit einem gemeinwesenorientierten Ansatz verbindet und der in mehreren Studien erfolgreich auf seine Wirksamkeit überprüft wurde (vgl. Meyers, Smith 2011; Lange, Reker, Driessen 2008).

Sowohl die Fachambulanz der Caritas als auch die Jugend- und Drogenberatungsstelle der AWO haben neben ihren zentralen Einrichtungen mehrere Nebenstellen eingerichtet, um den Landkreis auch in der Fläche zu versorgen.

Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich der Bewertung des Dokumentationssystems COMBASS. Während die Experten der AWO mehrfach auf die Schwerfälligkeit und Fehleranfälligkeit des Systems hinwiesen und nur geringe Chancen für eine sinnvolle Nutzung der COMBASS-Daten sahen, berichteten die Experten der Caritas von erfolgreichen Bestrebungen, aus den COMBASS-Daten steuerungsrelevante Kennzahlen zu entwickeln. Auch die Dokumentationspraxis unterscheidet sich zwischen den beiden ambulanten Beratungsstellen. So werden z.B. bei der Caritas Einmalkontakte mit COMBASS gezählt, bei der AWO hingegen mit einem eigenen Dokumentationsverfahren differenziert erhoben.

Die klare Abgrenzung hinsichtlich der Zielgruppen, die unterschiedliche Trägerstrukturen und die voneinander abweichenden Angebote und methodischen Ansätze haben anscheinend auch dazu geführt, dass es zwischen den beiden Einrichtungen nur wenige Kooperationsbeziehungen gibt. Das Verhältnis zwischen den beiden Einrichtungen wird trotzdem von beiden Seiten als durchaus gut beschrieben.

Grundsätzlich bezeichneten alle befragten Experten die Kooperation und Vernetzung mit den jeweils anderen Akteuren als gut und erfolgreich. Dennoch lassen sich mehrere Schnittstellen ausmachen, an denen Optimierungsbedarf erkennbar wird. Das gilt zunächst für die Schnittstelle zwischen den beiden ambulanten Trägern.

Unklar bleibt, an wen sich Menschen mit multiplem Substanzkonsum wenden sollen, wer zuständig ist, neue Abhängigkeiten wie z.B. Computer/Internet zu thematisieren, und wer sich um spezielle Zielgruppen und Interventionsstrategien kümmert (z.B. Frühintervention bei Jugendlichen, spezielle Szenen wie Club-, Musik- und Freizeitszenen, ältere Abhängige). Außerdem führt die kreisweite Präsenz beider Träger zu Überschneidungen. Dabei ist allerdings zu betonen, dass diese Struktur nicht von den beiden Trägern zu verantworten ist, sondern sich historisch entwickelt hat.

Eine weitere Schnittstelle betrifft die Kooperation zwischen der Suchthilfe und dem Gesundheitssystem. Hier zeigen sich Probleme gleich an mehreren Stellen. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten wird von beiden Einrichtungen als kompliziert beschrieben. Von den Krankenhäusern kommt der Vitos Klinik die größte Bedeutung zu, da dort die Entzugsbehandlung (sowohl für legale als auch für illegale Drogen) durchgeführt wird. Die Kooperation mit der Vitos Klinik wird von den anderen Kooperationspartnern überwiegend als schwierig beschrieben. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sind auch aus anderen Bereichen bekannt. Vereinzelt wird zu Entzugsbehandlungen auch in Allgemeinkrankenhäuser vermittelt. Aus der Perspektive der Vitos Klinik wird die Kooperation mit der Suchthilfe durchaus positiv beschrieben. Allerdings hat die ambulante Suchthilfe längst ihre Funktion als alleinige Vermittlungsstelle in die Entgiftung verloren. Viele Patientinnen und Patienten organisieren ihre Entzugsbehandlung ohne ambulante Suchtberatung, und die Hausärzte wenden sich ebenfalls direkt an die Klinik. Die Vitos Klinik ist auch der größte Anbieter für die Substitutionsbehandlung im Kreis, die integriert auch psychosoziale Betreuung durch eigens hierzu eingestellt Sozialarbeiter durchführt. Das umfassende Angebot der Vitos Klinik wird noch ergänzt durch die Projekte des betreuten Wohnens für Substituierte, die der Psychosoziale Hilfsverein anbietet, dessen Gründung auf die Klinik zurückzuführen ist. Während das betreute Wohnen nur für Heroinabhängige angeboten wird, die in der Vitos Klinik substituiert werden, stehen die Angebote des betreuten Einzelwohnens prinzipiell auch anderen Substituierten offen.

Zur Jugend- und Drogenberatungsstelle Prisma kommen Heroinabhängige, die bei niedergelassenen Ärzten substituiert werden. Mit diesen niedergelassenen substituierenden Ärzten wird die Zusammenarbeit als sehr schwierig beschrieben. Obschon eigentlich verpflichtet, eine psychosoziale Betreuung parallel zur medikamentösen Substitutionstherapie sicherzustellen, zeigen die meisten dieser Ärzte nur wenig Interesse an einer Zusammenarbeit mit der Drogenberatung.

Eine andere Schnittstelle zeigt sich zur Grundsicherungsstelle. Interessant sind die Angaben in den Interviews zur Kooperation mit dem Jobcenter „Neue Wege“. Beide Beratungsstellen berichteten von guten Erfahrungen in der Kooperation mit dem Jobcenter und lobten prinzipiell das Verfahren, mit dem Klientinnen und Klienten vermittelt werden und auch abgerechnet werden können. Allerdings wurden die Abrechnungssätze als nicht kostendeckend beschrieben. Das Gespräch mit den Experten des Jobcenters hat gezeigt, dass die Fallmanager der Suchtthematik offen gegenüber stehen. So wurden z.B. in Kooperation mit der Jugend- und Drogenberatungsstelle der AWO Fortbildungen zum Thema „Sucht“ durchgeführt. Dennoch scheint für die Fallmanager das Ansprechen und Erkennen einer Suchtproblematik und der Umgang mit einer solchen sehr schwierig zu sein. Ist die Hürde des Ansprechens der Suchtproblematik überwunden, erfolgt in der Regel innerhalb von 14 Tagen eine Vermittlung an die Beratungsstellen. U.a. Fragen des Datenschutzes, die sowohl von den Beratungsstellen als auch vom Jobcenter als hinderlich angesehen werden, verhindern aber, dass die Kommunikation über die Vermittlung hinaus weiter geht. Bis heute machen deshalb Vermittlungen über den Jobcenter und die damit erzielten Einnahmen nur einen geringen Teil der Klientel und der Gesamtfinanzierung aus.

Zahlreiche Schnittstellenprobleme zeigen sich auch in der Kooperation zwischen dem Jugendamt und der Suchthilfe. Im Jugendamt ist zwar die Brisanz von Suchtproblemen in Familien (bei Jugendlichen sowie bei den Eltern) bekannt, aber wie in vielen deutschen Jugendämtern dominieren dort im Moment andere Probleme wie z.B. die Themen Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung, Dokumentation, Qualitätsmanagement und Kosten. Eine auf Prävention spezialisierte Fachstelle gab es in der Vergangenheit. Diese ist aber nicht wiederbesetzt worden. Von den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen wird die Kooperation als stark personenabhängig beschrieben: mit manchen ASD-Fachkräften kann man gut kooperieren, mit anderen nicht. Strukturierte oder gar vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen gibt es nicht. Eine Beteiligung der Suchthilfe an der Hilfeplanung gibt es ebenfalls nicht.

Schließlich zeigt sich eine weitere Schnittstelle in der Kooperation zur Wohnungslosenhilfe. Träger des Zentrums für Wohnungslosenhilfe ist die Diakonie, die an ihrem zentralen Standort ein umfangreiches Angebot vorhält, das neben einer Tagesaufenthaltsstelle Beratung und verschiedene Formen des Übernachtens und Wohnens beinhaltet. Ein großer Teil der Klientinnen und Klienten, die diese Angebote nutzen, konsumieren Alkohol, und ein kleinerer Teil auch illegale Drogen. Die Übernachtungsplätze werden gelegentlich auch von Substituierten genutzt. Zu Prisma und der Fachambulanz der Caritas bestehen prinzipiell gute Kontakte, und in Ein-

zelfällen wird auch kooperiert. Dennoch wünscht sich die Wohnungslosenhilfe mehr Zusammenarbeit, z.B. in Form von Informationsveranstaltungen der Suchthilfe in den Räumlichkeiten der Wohnungslosenhilfe. Die Wohnungslosenhilfe erreicht - nicht nur im Kreis Bergstraße - den Teil der Alkoholabhängigen (und teilweise auch der von illegalen Drogen Abhängigen), den die Suchthilfe mit ihren klassischen Abstinenzangeboten nicht erreicht. Die Implementierung des Community Reinforcement Approaches in der Fachambulanz der Caritas wird sehr positiv gesehen, und generell habe sich die Kooperation in den letzten Jahren deutlich verbessert. Nach wie vor fehlt es aber an Suchthilfeangeboten, die auf die Gruppe der Wohnungslosen zugeschnitten sind und von diesen auch angenommen werden könnten. Zu denken ist dabei z.B. an Programme, die als Ziel ein kontrolliertes Trinkverhalten anstatt Abstinenz anstreben. Insgesamt lässt sich die Wohnungslosenhilfe als niedrigschwelliger Teil des Suchthilfesystems beschreiben, der aber nur bedingt mit weiterführenden Angeboten der Suchthilfe verknüpft ist

An einer ganz anderen Stelle des Suchthilfesystems steht die Übergangseinrichtung Wohngemeinschaft Bergstraße mit angeschlossenem Betreuten Wohnen. Sie arbeitet mit der Vitos Klink, mit der Fachklinik Schloss Falkenhof, mit der Adaption und dem CMA Projekt der Fachambulanz der Caritas zusammen. Weniger Berührungspunkte gibt es mit dem CMA-Projekt der Wohnungslosenhilfe bzw. der Wohnungslosenhilfe allgemein sowie der Jugend- und Drogenberatung Prisma. Klar auf Abstinenz ausgerichtet, wird in der Übergangseinrichtung Wohngemeinschaft Bergstraße mit angeschlossenem Betreuten Wohnen Männern mit Suchtproblemen dabei geholfen, abhängiges Verhalten zu überwinden. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Bereitschaft und die Fähigkeit, ohne Suchtmittel zu leben.

#### 4.4 Erhebung Jobcenter

Im Rahmen eines studentischen Praxisforschungsprojektes konnte im kommunalen Jobcenter „Neue Wege Kreis Bergstraße“ eine quantitative empirische Erhebung zur Relevanz von Sucht und Abhängigkeit bei den Leistungsempfängern nach SGB II durchgeführt werden. Mit einem anonymen standardisierten schriftlichen Fragebogen sollte die Meinung der Fallmanager zur Bedeutung von Suchtproblemen, zu den Handlungsoptionen der Fallmanager, zu den strukturellen Rahmenbedingungen und zur Kooperation mit der Suchthilfe erfragt werden.

Die Befragung fand im Mai 2012 statt. 120 Fragebogen wurden über die Leitung an die Fallmanager ausgegeben. Die ausgefüllten Fragebögen wurden auf dem Postweg direkt von den Fallmanagern an die Katholische Hochschule zurückgeschickt. Insge-

samt haben sich 43 Fallmanager an der Befragung beteiligt. Das ergibt eine Rücklaufquote von 36 %, die im Rahmen der bei solchen Befragungen üblichen Quoten liegt.

Die Angaben zur Fallzahl je Fallmanager streuten sehr weit und lagen im arithmetischen Mittelwert bei 145 (Standardabweichung 65,4). Der Median lag bei 130. Zunächst wurden die Fallmanager danach gefragt, bei wie vielen ihrer Fälle - im Jobcenter Kunden genannt - sie Bedarf nach Suchthilfe vermuten. Nur eine kleine Gruppe von 12 % geht von weniger als 5 % Suchtproblemen aus oder hält eine Einschätzung für nicht möglich. 31 % der Befragten schätzen den Anteil der „Kunden“ mit Suchtproblemen auf 5 - 10 %, weitere 57 % gehen von mehr Suchtproblemen aus. Bezieht man das auf die über den Median gemessene durchschnittliche Fallzahl von 130, so bedeutet dies mindestens 6 bis 13 Fälle mit Suchthilfebedarf je Fallmanager. Auf die Einschätzungsfrage, wie viele der sanktionierten Kunden Suchtprobleme haben, werden niedrigere Werte genannt. 50 % der befragten Fallmanager gehen davon aus, dass unter den sanktionieren Kunden mindestens 5 - 10 % Fälle mit Suchtproblemen sind. Erfahrungen mit Kunden mit Alkoholproblemen haben alle Fallmanager bereits gemacht, Erfahrungen mit Nikotinabhängigkeit fast alle. In der folgenden Tabelle sind die Antworten auf die Frage, welche Formen von Abhängigkeiten die Fallmanager bei ihren Kunden erleben, zusammengestellt.

Tabelle 9: Erleben Sie bei Ihren Kunden .... (N=43)

Alkoholabhängigkeit?	100,0%
Nikotinabhängigkeit?	83,7%
Heroinabhängigkeit?	58,1%
Computersucht bzw. Internetsucht?	55,8%
Glücksspielsucht?	51,2%
Cannabisabhängigkeit?	44,2%
Medikamentenabhängigkeit?	41,9%
Abhängigkeit von Partydrogen (Speed, Ecstasy)?	34,9%
Esssucht?	20,9%

Kokainabhängigkeit?	20,9%
Kaufsucht?	18,6%
Handysucht?	18,6%
Abhängigkeit von "Legal Highs" (z.B. "Spice")?	7,0%
Sonstige Arten von Abhängigkeit bei Ihren Kunden?	4,7%

Kunden mit Heroin- und Cannabisproblemen kennt fast jeder zweite Fallmanager, aber auch Verhaltensweisen, bei denen über Abhängigkeitsprobleme diskutiert wird wie z.B. Internetsucht, Glückspiel oder Essstörungen sind vielen Fallmanagern aus ihrem Berufsalltag bekannt. Kunden mit Partydrogen wie Amphetaminen oder Ecstasy kennt jeder dritte Fallmanager.

95 % der Fallmanager schätzen den Vermittlungserfolg von Kunden mit Suchtproblemen schlechter ein bei nicht abhängigen Kunden. Immerhin 60 % empfinden den Umgang mit abhängigen Kunden als genauso angenehm oder unangenehm wie den Umgang mit nicht abhängigen. Verunsichert im Umgang mit abhängigen Kunden fühlen sich 26 % nie, 35 % selten, 30 % manchmal und 9 % häufig. Fast alle dokumentieren Suchtprobleme ihrer Kunden, meist in Form einer Aktennotiz oder eines Vermerks im Dokumentationssystem. 79 % haben schon einmal an einer Fortbildung zum Thema Abhängigkeit teilgenommen. 91 % sprechen vermutete Abhängigkeitsprobleme ihrer Kunden an, und 33 von 43 Befragten (77 %) geben Kunden mit Suchtproblemen Kontaktdaten von Suchtberatungsstelle. Direkter Kontakt zu einer Suchthilfeeinrichtung wird hingegen deutlich seltener aufgenommen: 13 von 43 Befragten (30 %) nehmen Kontakt mit einer Suchthilfeeinrichtung auf. 72 % nutzen die Wiedereingliederungsvereinbarung, um in geeigneten Fällen zu Suchthilfemaßnahmen anzuregen. 16 % nutzen bei abhängigen Kunden die kollegiale Beratung durch andere Fallmanager. Nur ausnahmsweise werden andere Formen des Umgangs mit Suchtproblemen genannt wie z.B. das Einschalten des sozialpsychiatrischen Dienstes oder der ärztlichen Dienstes. Nur ein Fallmanager gibt an, gemeinsame Gespräche mit einem Suchtberater und anderen Helfern zu führen.

95 % der Fallmanager bejahen die Frage, ob das Jobcenter mit der lokalen Suchthilfe kooperiert. Die Zusammenarbeit wird von 12 % als sehr gut, von 56 % als gut und von 23 % als mittelmäßig beschrieben. Auf die Frage, welche Einrichtungen sie kontaktieren, nennen 81 % die Jugend- und Drogenberatung Prisma der AWO, 76 % die Fachambulanz der Caritas, 51 % die Vitos Klinik, 30 % die Fachklinik Falkenhof, 21 %

den Psychosozialen Hilfsverein und 16 % die Übergangseinrichtung Wohngemeinschaft Bergstraße mit angeschlossenem Betreuten Wohnen. Andere Einrichtungen werden nur in Einzelfällen genannt.

Angesichts dieser Ergebnisse fallen die Antworten auf die Frage nach der Bekanntheit der Kooperationsvereinbarungen überraschend aus: Nur 33 % kennen die Kooperationsvereinbarung mit der Jugend- und Drogenberatung Prisma und nur 28 % kennen die Kooperationsvereinbarung mit der Fachambulanz der Caritas. Anscheinend sind diese Kooperationsvereinbarungen innerhalb des Jobcenters nicht entsprechend bekannt gemacht worden. Die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung wird von denjenigen, die sie kennen, als gut bis mittelmäßig eingeschätzt.

72 % der Fallmanager glauben, dass die Suchthilfe abhängigkeitskranken Menschen gut helfen kann, wieder arbeitsfähig zu werden. 12 % stimmen dieser Aussage nicht zu, und 16 % wollen hierzu keine Aussage treffen. 55 % glauben, dass abhängigkeitskranke Kunden erst auf den Arbeitsmarkt vermittelbar sind, wenn Sie eine Suchttherapie erfolgreich abgeschlossen haben bzw. abstinent sind. Der Aussage, dass ein Arbeitsplatz abhängigkeitskranken Menschen helfen kann, ihre Abhängigkeit zu überwinden stimmten 29 Fallmanager (67,4%) zu. 6 Fallmanager (14%) stimmten total zu und 6 Fallmanager gaben an, diese Aussage nicht beurteilen zu können. Lediglich 2 Fallmanager (4,7% der Befragten) teilten diese Ansicht nicht.

Am Ende des Fragebogens wurden die Fallmanager mit einer offenen Frage gefragt, welche Wünsche sie in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe haben. Mehrere Fallmanager wünschen sich bessere Kommunikation, mehr Schulungen, mehr Austausch, direkte Ansprechpartner, mehr Transparenz und insgesamt mehr Informationen. Beklagt wurden Zeitdruck und Personalmangel, wodurch einen intensiven Austausch verhindert werde. Bei dieser offenen Frage wurde aber auch Lob für die Zusammenarbeit geäußert. Ein Fallmanager drückte das so aus: „Sehr gute und unbürokratische Zusammenarbeit - keine Wünsche offen“.

#### 4.5 Erhebung Jugendamt

Ein weiteres studentisches Praxisforschungsprojekt beschäftigte sich mit der Kooperation zwischen der Suchthilfe und dem Jugendamt. Auch hierzu wurde ein quantitativer standardisierter schriftlicher Fragebogen entworfen, der über die Jugendamtsleitung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Allgemeinen Sozialen Dienst verteilt wurde. Der Rücklauf erfolgte im Jugendamt wiederum über die

Amtsleitung. Allerdings gingen auf diesem Weg insgesamt nur 28 ausgefüllte Fragebogen bei der Katholischen Hochschule ein.

Zunächst wurden die Fachkräfte gefragt, wie viele Fälle sie betreuen, bei denen Suchtprobleme relevant sind. Die Antworten auf diese Frage variierten zwischen 0 und 26 Fälle. Der Mittelwert lag bei 8,6 Fällen (Standardabweichung 6,2, Median 7). Dann wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD gefragt, welche Suchtprobleme sie einerseits bei Kindern und Jugendlichen und andererseits bei Eltern und anderen Familienangehörigen erleben.

Bis auf eine haben alle befragten Fachkräfte Erfahrungen mit Eltern oder anderen Familienangehörigen mit Alkoholproblemen. Am zweithäufigsten wird Nikotin genannt, gefolgt von Cannabis und Computer/Internet. Jede zweite Fachkraft hat berufliche Erfahrungen mit heroinabhängigen Eltern/Familienangehörigen gemacht.

Bei den jugendlichen ergibt sich eine andere Rangliste. Nikotin steht hier auf dem ersten Platz, gefolgt von Alkohol, Computer/Internet und Cannabis. Alle anderen Substanzen und Verhaltensweisen werden deutlich weniger häufig genannt. Jugendliche Heroinkonsumenten sind völlig unbekannt.

Tabelle 10: Befragung Jugendamt: Welche Suchtprobleme erleben Sie? (N=28)

	... bei Kindern/ Jugendlichen	... bei Eltern/ Familienangehörigen
Nikotin	93%	93%
Alkohol	71%	96%
Computer/Internet	68%	54%
Cannabis	64%	61%
Handy	36%	25%
Essstörungen	32%	18%
Speed/Ecstasy	18%	14%
Glückspiel	14%	25%
Kaufsucht	11%	21%

Kokain	7%	25%
Heroin	0%	50%

Wenn die Fachkräfte Suchtprobleme in Familien vermuten, dokumentieren sie dies in der Regel mit einem Aktenvermerk. Ein standardisiertes Verfahren, wie mit solchen Problemen umgegangen werden soll, gibt es im Jugendamt nicht, und die Befragten sind sehr unterschiedlicher Meinung, ob ein solches Verfahren hilfreich wäre: 41 % bejahen diese Frage, 41 % sind sich unsicher, und 18 % halten ein solches Standardverfahren nicht für hilfreich. Keine Klarheit besteht hinsichtlich der Frage, ob es im Jugendamt eine spezielle Zuständigkeit für Abhängigkeitsprobleme gibt. 50 % verneinen diese Frage, 7 % antworten mit ja, und 43 % wissen es nicht. An einer Fortbildung zum Thema Abhängigkeit haben 36 % der Befragten schon einmal teilgenommen. Zu den typischen Umgangsweisen mit Suchtproblemen gehört auch die kollegiale Fallberatung: Fast jede zweite befragte Fachkraft gibt an, bei Suchtproblemen den Fall mit Kollegen zu besprechen.

Alle Befragten, die Suchtprobleme bei Jugendlichen oder Eltern erleben, sprechen diese auch an. 15 von 28 Befragten (54 %) händigen bei Suchtproblemen Kontaktdaten von Suchtberatungsstelle aus, und ebenso viele nehmen bei Suchtproblemen Kontakt mit Suchtberatungsstellen auf. 79 % regen zumindest in Gesprächen Suchthilfemaßnahmen an. Auf die offene Frage nach weiteren Vorgehensweisen nennt eine Kollegin die Inobhutnahme der Kinder und eine andere Fachkraft lässt die Kontakte zur Suchthilfe durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe überwachen.

86 % der Befragten kooperieren mit der Jugend- und Drogenberatungsstelle Prisma, 75 % mit der Vitos Klinik und 46 % mit der Fachambulanz der Caritas. Die Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen wird auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) mit 1,6 (Caritas), 1,8 (Prisma) und 2,5 (Vitos) bewertet.

Auch bei der Jugendamtsbefragung wurde zum Abschluss mit einer offenen Fragen nach Wünschen an die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe gefragt. Dabei wurden u.a. folgende Antworten gegeben:

- (gemeinsame) Fortbildungen, Fachtage
- Kooperationsvereinbarungen
- Abgleich fachlicher Haltungen der unterschiedlichen Institutionen
- Schnelle und unkomplizierte Kooperation

- Im Rahmen von Schutzkonzepten verbindliche Vereinbarungen
- standardisiertes Verfahren (ähnlich wie bei § 8a)
- Kooperation auf Augenhöhe, klare Aufgabenverteilung und Zuständigkeitsregelung, mehr Fachwissen vom jeweils anderen
- Mehr Austausch

## 5 Umstrukturierung der ambulanten Suchthilfe im Kreis

Die quantitativen und qualitativen Daten, die im Rahmen des Kooperationsprojektes erhoben und gesammelt wurden, wurden in der Steuerungsgruppe intensiv diskutiert und auf ihre Relevanz für die Suchthilfestrukturen im Kreis überprüft. Nach zum Teil auch kontroversen Diskussionen entwickelte sich in der Steuerungsgruppe allmählich ein Konsens sowohl in Bezug auf die Analyse der aktuellen Situation als auch in der grundsätzlichen Entwicklung eines Umstrukturierungskonzeptes.

Die Steuerungsgruppe sieht die Ausgangslage unter anderem gekennzeichnet durch Veränderungen im Bereich des Substanzmittelgebrauchs (Mischkonsum, älter werdende Drogenabhängige, veränderte riskante Konsummuster, veränderte jugendliche Konsummuster, Schwankungen bei Cannabis, Zunahme nichtstoffgebundener Süchte usw.). Parallel dazu hat sich auch die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen in der Suchthilfe verändert. Während die Nachfrage nach Beratungs- und Unterstützungsleistungen bei Alkoholabhängigkeit und riskantem Alkoholkonsum steigt, ist die Nachfrage von Konsumenten illegaler Drogen insgesamt eher stabil. Bei Heroinabhängigen wird mittelfristig von einem rückläufigen Bedarf ausgegangen.

Gleichzeitig haben sich die Angebotsstrukturen für Hilfe- und Unterstützungsleistungen und auch die Finanzierungsmöglichkeiten verändert. Medizinisch und rehabilitativ dominierte Angebote wurden ausgebaut und gleichzeitig sozialrechtlich abgesichert. Dabei wurden in den letzten Jahren insbesondere ambulante Angebote neu geschaffen und erweitert. Auch für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke gibt es inzwischen Hilfestrukturen und Finanzierungsmöglichkeiten auf der Basis der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Fachlich besteht Konsens, dass eine Frühe Intervention wünschenswert ist; in der Praxis erfolgen Beratung und Unterstützung immer noch relativ spät. Erforderlich sind deshalb Frühintervention und aufsuchende Angebote. Die Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit Suchtproblemen haben sich in den letzten Jahren zunehmend professionalisiert.

Für fast alle Bereiche liegen inzwischen fachliche Standards, für manche sogar Leitlinien vor, an denen sich die Interventionen orientieren sollten.

Veränderungsbedarf wird in folgenden Bereichen gesehen: Während die Vernetzung und Kooperation im Einzelfall durchaus gut funktioniert, sind Ansätze zur Koordination, Kooperation und Steuerung auf der Versorgungsebene schlecht entwickelt. Es gibt einerseits Parallelangebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, während es andererseits für eine funktionierende Verbundarbeit an vertraglich geregelten Zuständigkeiten (über den allgemeinen Begriff Beratung hinaus) und einer Übernahme einer regionalen Zuständigkeit und Versorgungsverantwortung mangelt. Die Kooperation zwischen den Suchthilfeeinrichtungen und zwischen Suchthilfe und anderen Versorgungs- und Unterstützungssystemen wie z.B. der Beschäftigungsförderung und der Jugendhilfe ist verbesserungsfähig. Beratung muss stärker in Richtung Clearing und Case Management entwickelt werden, um im Einzelfall aus den verschiedenen Diensten und Anbietern nachhaltiges ein fallbezogenes Unterstützungsnetzwerk zusammenstellen zu können. Die vorhandenen Beratungsstellen sollten sich zu Kontakt-, Beratungs-, Clearing- und Koordinierungszentren weiterentwickeln.

Die Aufteilung der Suchthilfe nach Substanzen (Alkohol / illegale Drogen) hat sich historisch entwickelt, gilt aktuell aber fachlich weitgehend als überholt. Angemessene Versorgungsstrukturen sollten nach fachlich begründeten Kriterien entwickelt werden.

Der Kreis Bergstraße hat (Stand 31.11.2011) insgesamt rund 262.802 Einwohner und gliedert sich in folgende Großregionen:

- Ried (Groß-Rohrheim, Biblis, Bürstadt, Lampertheim, Viernheim, insgesamt rund 92.250 Einwohner)
- Bergstraße (Heppenheim, Bensheim, Zwingenberg, Lorsch, Einhausen, Lautertal, insgesamt rund 98.150 Einwohner)
- Odenwald (Wald-Michelbach, Lindenfels, Fürth, Rimbach, Mörlenbach, Birkenau, Gorxheimertal, Abtsteinach, insgesamt rund 65.100 Einwohner)
- Neckartal (Hirschhorn, Neckarsteinach, insgesamt rund 7.300 Einwohner)

Die Amtsgerichtsbezirke (Lampertheim, Bensheim, Fürth) und das Jugendamt (Regionalteams Ried, Bergstraße, Odenwald) sind entlang dieser Strukturen organisiert. Ähnlich sind die Seniorenberatungsstellen strukturiert. Das Job-Center unterhält Dienststellen in Bürstadt, Viernheim, Heppenheim, Mörlenbach und Außen-

sprechstunden in Hirschhorn. Die Orientierung der Menschen erfolgt in der Regel entlang der Mittelzentren.

Der Kreis liegt an einer Landesgrenze mit den Städten Mannheim und Heidelberg sowie dem Mittelzentrum Weinheim in gut erreichbarer Nähe. Die berufliche Orientierung erfolgt nach Norden in Richtung Darmstadt/Frankfurt und nach Süden wie oben beschrieben. Ebenso erfolgt die subjektive Orientierung entlang dieser Ströme. Ein Teil der Riedregion hat eine Bindung an Worms und Umgebung. Die Viernheimer Bevölkerung ist sehr stark nach Mannheim und Weinheim orientiert.

Die Sozialstruktur des Kreises unterscheidet sich regional nicht erheblich. Im Osten (Odenwaldregion) finden sich eher ländlich strukturierte Rahmenbedingungen (längere Fahrtwege, schwache Infrastruktur, soziale Kontrolle, separierte Wohnbedingungen, teilweise intakte dörfliche Sozialstrukturen). Die Bergstraße zeichnet sich durch kleinstädtisch geprägte Rahmenbedingungen (gute Infrastruktur, gute Verkehrsanbindung auch an Städte, Wohnraum teuer, typische Separationstendenzen) und das Ried durch eine Mischung aus vorstädtischen Strukturen (Viernheim) und sozialen Problembereichen (Lampertheim) aus. Grundsätzlich aber gibt es eine gut ausgebaute Infrastruktur. Generell ist der Kreis nicht von extremen sozialen Unterschieden geprägt.

Vorgeschlagen wird eine sozialräumliche Verankerung der Suchthilfe im Kreis bei einer Beibehaltung von zwei Beratungszentren. Damit wird die Fachdiskussion über sozialräumlich orientierte psychosoziale Hilfen der letzten zehn Jahre aufgenommen. Die Umstrukturierung der Suchthilfe im Kreis Bergstraße hat einen Versorgungsverbund Suchthilfeverbund Kreis Bergstraße zum Ziel. Im Bereich der ambulanten Suchtberatung soll die bisherige substanzbezogene Aufteilung ersetzt werden durch eine sozialräumliche Aufteilung. Die AWO mit der Beratungsstelle PRISMA soll zuständig sein für die Region Ried / Bensheim, die Fachambulanz der Caritas für die Region Odenwald / Heppenheim .

Auch bei einer sozialräumlichen Aufteilung muss es möglich sein, dass Hilfesuchende, die - z.B. aus weltanschaulichen oder religiösen Gründen - eine Beratung speziell durch das Beratungszentrum der Caritas bzw. der AWO wünschen, diese natürlich auch in Anspruch nehmen können. Festgelegt werden soll die sozialräumliche Aufteilung im Rahmen vertraglicher Regelungen zwischen den Trägern und dem Kreis, die auch die Übernahme der Versorgungsverantwortung in der jeweiligen Region (innerhalb bestimmter Kontingente) sowie die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen bei den Trägern festlegen.

Diese sozialräumliche Verankerung der Suchthilfe soll kombiniert werden mit einer Überprüfung der Angebote der Träger der Suchthilfe. Die Träger der ambulanten Suchthilfe im Kreis Bergstraße bieten verschiedene Leistungen an, die sich im Lauf der Jahre in ein bestimmtes Angebotsspektrum ausdifferenziert haben. Dieses tatsächlich angebotene Leistungsspektrum soll abgeglichen werden mit den Leistungen, die aus fachlichen Gründen aktuell für die Suchthilfe diskutiert werden. Dabei sind die Zuständigkeiten für die jeweiligen Leistungen zu berücksichtigen. So sind für das Hilfesegment Akutbehandlung, Entgiftung und Substitution niedergelassene Ärzte, Fachärzte, Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Krankenhäuser und Institutsambulanzen zuständig. Für medizinische Rehabilitation, Entwöhnung und Adaption sind primär die Rentenversicherungsträger zuständig. Für Maßnahmen der sozialen Rehabilitation ergibt sich aus SGB XII eine Zuständigkeit der örtlichen bzw. überörtlichen Sozialhilfeträger, während für Arbeits- und Qualifizierungsmaßnahmen sowie für die Beseitigung von Vermittlungshindernissen auf dem Arbeitsmarkt die Agentur für Arbeit und - die Jobcenter zuständig sind. Für die Beratung und Vermittlungsleistungen liegt die Zuständigkeit nach der Kommunalisierung in Hessen weitgehend bei den Kommunen und Kreisen.

Suchtberatungs- und Behandlungszentren bieten Leistungen aus verschiedenen Zuständigkeitsbereichen an, um eine kontinuierliche Versorgung Abhängiger zu gewährleisten. Aus fachlichen Gründen sollten dazu insbesondere folgende Leistungen gehören:

- Früherkennung und Frühintervention bei Alkohol und Cannabis
- Niedrigschwellige Hilfen für chronisch Abhängige (CMA), z.B. durch offene Sprechstunde
- Beratung für verschiedene Zielgruppen (z.B. Menschen mit riskantem Cannabiskonsum, Alkoholkonsum, Medien-/Internetnutzung, Angehörige...)
- Krisenintervention
- Anamnese/Diagnostik, Hilfeplanung, Vermittlung, Clearing, Case Management
- in Kooperation mit substituierenden Ärzten: Psychosoziale Betreuung für Substituierte entlang vorliegender Konzepte oder Standards (soweit dies nicht bereits durch Institutsambulanzen u.ä. abgedeckt ist)
- ambulante Rehabilitation in den verschiedenen Phasen (Kostenträger Rentenversicherungsträger)

- Fallbezogene Kooperation bis hin zum fallbezogenen und sektorenübergreifenden Case Management - in Absprache mit Institutionen aus den verschiedenen Sektoren wie z.B. Jobcenter, Jugendamt, ...
- Einzelfallübergreifende und sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation mit den relevanten Organisationen, Einrichtungen und Anbietern im Kreis

Dieser Leistungskatalog soll in Diskussion mit den Trägern vervollständigt werden.

Die Schnittstellen zwischen den einzelnen Segmenten werden sollen soweit möglich vertraglich geregelt werden. Dazu gehören insbesondere Ablaufregeln, Absprachen über (datenschutzrechtlich zulässige) Informationsweitergabe und Übernahmeverpflichtungen. Die Kooperation mit anderen Segmenten (z.B. Psychiatrie, Jobcenter, Jugendamt) soll in Projektform erprobt und verbessert werden.

Im Gespräch mit den Trägern soll geklärt werden, wie sich diese Leistungen zu Leistungspaketen bündeln lassen und wer welche Pakete in Zukunft übernehmen soll. Dabei sollen sowohl die besonderen Kompetenzen der jeweiligen Träger als auch die Bedürfnisse der Zielgruppen nach kontinuierlicher Unterstützung berücksichtigt werden. Je nach Leistung soll dabei auch geklärt werden, ob diese Leistung für alle oder nur für bestimmte Zielgruppen (z.B. substanzspezifisch, nach Altersgruppen etc.) angeboten wird.

Ein eigenes Leistungssegment stellt die Koordination des Versorgungsverbundes dar. Dabei mischen sich Aufgaben kommunaler Planung und Steuerung mit moderierenden Aufgaben. Dieses Leistungssegment sollte deshalb beim Kreis angesiedelt sein.

Die Träger der Suchthilfe übernehmen für den jeweiligen Sozialraum bzw. für die jeweiligen Leistungen die Versorgungsverantwortung. Dieser Versorgungsauftrag wird begrenzt durch die Höhe der Zuschüsse und soll vertraglich festgelegt werden. Die vertraglichen Regelungen sehen auch Qualitätsstandards vor, die sich insbesondere auf folgende Bereiche erstrecken:

- Enge Verzahnung medizinischer und psychosozialer Hilfen
- Kooperation und Vernetzung mit komplementären Hilfen
- Qualitätsmanagement, Dokumentation (z.B. im Rahmen von COMBASS), Evaluation
- Schriftliche Kooperationsvereinbarungen der Anbieter untereinander
- leitliniengerechte verbindliche Konzepte, die den jeweiligen Stand der Fachlichkeit widerspiegeln

- zeitnahe Informationsweitergabe, Ablaufregeln und Übergänge zwischen den beiden Trägern sowie zwischen Suchthilfe und komplementären Hilfen

Die Finanzierung soll das Prinzip „Das Geld folgt den Leistungen“ widerspiegeln. Dies gilt sowohl für die Übernahme von Versorgungsgebieten (sozialräumliche Aufteilung) als auch für die Übernahme von Leistungspaketen in einem Versorgungsverbund. Soweit andere Kostenträger zuständig sind, sollen die Leistungen mit diesen Kostenträgern abgerechnet werden. Einzelheiten eines entsprechenden Finanzierungsmodells werden zwischen den Trägern und dem Kreis ausgehandelt.

Die Steuerungsgruppe verabredet ein Anschlussprojekt, das die konkrete Ausgestaltung des Suchthilfeverbundes plant und koordiniert. Dieses Anschlussprojekt wird ergänzt durch Modellprojekte an den Schnittstellen. Dabei geht es zum einen um ein Modellprojekt an der Schnittstelle zum Jugendamt, mit dem konkrete Modelle zur Verbesserung der Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendamt erprobt und evaluiert werden sollen. Das Modellprojekt betrifft darüber hinaus die Schnittstelle zur Beschäftigungsförderung. In diesem Modellprojekt sollen Konzepte zur Optimierung der Vernetzung zwischen Suchthilfe und Jobcenter erarbeitet, ausprobiert und evaluiert werden.

## Literatur

AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats (2012a): Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Berlin. Online unter:

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/drogen-und-suchtrat.html>

AG „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ des Drogen- und Suchtrats (2012b): Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. Berlin. Online unter:

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/drogen-und-suchtrat.html>

AWO Jugend- und Drogenberatung Prisma (2012): Jahresbericht 2011. Lampertheim, Bensheim, Viernheim, Waldmichelbach: AWO

Baudis, R. (2007). Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge - Verbund als Methode. In R. Baudis (Hrsg.). Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. (S. 41-53). Heidelberg: Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

Baudis, R. (2007). Verbinden, was zusammengehört - Einführung in das Thema Verbundqualität. In R. Baudis (Hrsg.). Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. (S. 10-28). Heidelberg: Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

Baudis, R. (2007). Was ist Verbundqualität und wie lässt sie sich in der Suchthilfe managen. In R. Baudis (Hrsg.). Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. (S. 70-97). Heidelberg: Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

Baudis, R. (2011). Verbundqualität in der Suchtrehabilitation - Ein Qualitätsversprechen an Rehabilitanden. In R. Baudis (Hrsg.). Baden-Württembergische Akzente in der Rehabilitation Suchtkranker (S. 20-25). Heidelberg: Rudersberg Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

Bühringer et al. (2007): Pathologisches Glückspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. In: Sucht 53, 296-308.

Bzga (2009): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: Bzga

Caritas Darmstadt (2011a): Qualitätsbericht 2010 Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“. Bensheim :Caritas

Caritas Darmstadt (2011b): Qualitätsbericht 2010 Klinik „Schloß Falkenhof“. Heppenheim: Caritas

Caritas Darmstadt (2012): Qualitätsbericht Fachambulanz Heppenheim. Heppenheim: Caritas.

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2001). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.. Hamm: Informationsdienst der DHS. Zugriff am 5.10.2012. Verfügbar unter:

[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/Situation\\_und\\_Perspektiven\\_der\\_Suchtkrankenhilfe\\_2001.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Situation_und_Perspektiven_der_Suchtkrankenhilfe_2001.pdf)

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (2010). Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund - Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektive. Hamm: In-

formationsdienst der DHS. Zugriff am 5.10.2012. Verfügbar unter: [http://www.sucht.org/fileadmin/user\\_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/DHS\\_Verbundpapier\\_web.pdf](http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/DHS_Verbundpapier_web.pdf).

Drgala, J. (2008). Die Wirkungslosigkeit des Hilfesystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§ 67, 68 SGB XII) - Zum Erfordernis angepasster Leistungen für diesen Personenkreis. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.

FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt/Dieter Henkel/ZOOM - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. (2009): Erhebungen von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Berlin

Frietsch, R., Holbach, D. & Link, S. (2010a). Projektbericht Suchtkrankenhilfe & Arbeitsmarktintegration - Zwei Seiten einer Medaille -. Koblenz: Institut für Weiterbildung und Angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit.

Frietsch, R., Holbach, D. & Link, S. (2010b). Handbuch Sucht & Arbeit - Arbeitshilfe für das Schnittstellenmanagement -. Koblenz: Institut für Weiterbildung und Angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit.

Gerlach, R.; Stöver, H. (Hg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Gerull, S. (2009). „Wir backen hier kleine Brötchen.“ Ergebnisse der Interviews. In S. Gerull, M. Merckens & C. Debrow (Hrsg.). „Erfolg“ in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (S. 66-97). Uckerland: Schibri.

Görgis, W. (2008). „Integrative Versorgung“ - Entwicklungsaufgabe der Suchthilfe. In Jugendberatung & Jugendhilfe e.V. Frankfurt am Main (Hrsg.). Suchthilfe im Verbund Aufsuche-Begleiten-Behandeln (S. 66-77). Freiburg: Lambertus.

Günther, C. (2002). Gelungene Kooperation Drogenhilfe- Jugendhilfe. In: Jugendliche nehmen Drogen - hilft Jugendhilfe? EREV Schriftenreihe 4/2002: S. 92-194.

Günther, C. (2002). Gelungene Kooperation Drogenhilfe- Jugendhilfe. In: Jugendliche nehmen Drogen - hilft Jugendhilfe? EREV Schriftenreihe 4/2002: S. 92-194.

Hermesen, T. & Schmid, M. (2012). Case Management und Steuerung im Sozialstaat. In R. Remmel-Faßbender, P. Löcherbach & M. Schmid (Hrsg.). Beratung und Steuerung im Case Management (S. 75-106). St. Ottilien: EOS Verlag.

Hessisches Sozialministerium (2011): Vierter Suchtbericht für das Land Hessen. 2005 - 2010. Wiesbaden.

Hildebrand, A., Sonntag, D. Bauer, C., Bühringer, G. (2009): Versorgung Suchtkrank-er in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht, 55 (Sonderheft 1), S15-S34.

Hinze, K. & Jost, A. (2006). Kindewohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe - Ergebnisse einer empirischen Studie in Jugendämtern des Landes Brandenburg. In K. Hinze & A. Jost (Hrsg.). Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe (S. 23-95). Freiburg: Lambertus-Verlag.

HLS (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.) (2008). Eckpunkte zur Schnittstellenarbeit von Suchthilfe und Jugendhilfe in unterschiedlichen Kontexten aus dem Blickwinkel des § 8a SGB VIII. Zugriff am 15.10.2012. Verfügbar unter: [http://www.hls-online.org/index.php?option=com\\_jdownloads&Itemid=386&task=view.download&cid=41](http://www.hls-online.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=386&task=view.download&cid=41).

HLS (Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.) (2012): Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Grunddaten 2011. Frankfurt am Main: HLS.

Kalke, J., Neumann-Runde, E. (2011): Landesauswertung der Computergestützten Basisauswertung der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) - Trends 2003 - 2010. Herausgegeben von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen. Frankfurt am Main: HLS.

Kraus, I., Baumeister, S.E. (2008): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. In: Sucht 54 (Sonderheft 1), 6-15.

Kraus, L., Pabst, A., Steiner, S. (2008): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. Und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. München: IFT

Lange, W., Reker, M., Driessen, M. (2008): Community Reinforcement Approach (CRA) - Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen. In: Sucht 54 (6), 20 - 30.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen (2010): Wohnungslosenstichtagserhebung 2009 der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen. Online unter [http://www.liga-hessen.de/material/Wohnungslosenstichtagserhebung\\_2009.pdf](http://www.liga-hessen.de/material/Wohnungslosenstichtagserhebung_2009.pdf)

Löcherbach, P. (2012). Case Management. In R. Remmel-Faßbender, P. Löcherbach & M. Schmid (Hrsg.). Beratung und Steuerung im Case Management (S. 15-46). St. Ottilien: EOS Verlag.

Merckens, M. (2009a). Gesetzliche Rahmenbedingungen. In S. Gerull, M. Merckens & C. Debrow (Hrsg.). „Erfolg“ in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (S. 12-16). Uckerland: Schibri

Merckens, M. (2009b). Forschungsstand: ‚Erfolg‘ in angrenzenden Arbeitsfeldern. In S. Gerull, M. Merckens & C. Debrow (Hrsg.). „Erfolg“ in der Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (S. 31-52). Uckerland: Schibri

Meyers, R.J., Smith, J.E. (2011): CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Ministerium für Arbeit & Soziales Baden Württemberg (2007). Empfehlung für die Entwicklung und Einrichtung von kommunalen Suchthilfenetzwerken in Baden Württemberg. In R. Baudis (Hrsg.). Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. (S. 54-57). Heidelberg Rudersberg Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

Pabst, A. et al (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2009. In: Sucht 56 (5), 327-336.

Pfeiffer-Gerschel, T.; Kipke, I.; Steppan, . (2011): Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). München. Online unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)

Pittrich, W., Rometsch, W. & Sarrazin, D. (2003). Kommunale Suchthilfe Planung-Steuerung-Finanzierung. Münster: Forum Sucht.

Raschke, P. et al. (2008): Repräsentativerhebung 2007 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen und zum Glückspielverhalten in Hessen. Band 1 und Band 2. Hamburg 2008: ISD.

Schmid, Martin (2003): Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970 - 2000. Frankfurt am Main: Campus.

Schmid, M. (2012a): Case Management in der Suchthilfe - Bestandsaufnahme und Ausblick. In R. Rimmel-Faßbender, P. Löcherbach & M. Schmid (Hrsg.). Beratung und Steuerung im Case Management (S. 107-128). St. Ottilien: EOS Verlag.

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

Schmid, M., Schu, M. & Vogt, I. (2012). Motivational Case Management - Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg: medhochzwei.

Schu, M. (2009). Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Ergebnisse aus zwei Modellprojekten. In P. Löcherbach u.a. (Hrsg.). Case Management - Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (S. 139 - 159) (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Vitos Heppenheim (2011): Strukturierter Qualitätsbericht 2010. Heppenheim: Vitos.

Wendt, W. (2007). Die Bedeutung des Case Managements für die Profession der Sozialen Arbeit. In R. Baudis (Hrsg.). Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge. (S. 29-40). Heidelberg: Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht

Wendt, W. (2009). Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In P. Löcherbach u.a. (Hrsg.). Case Management - Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (S. 14 - 39) (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Werner, H. (2008). JJ-Verbund für wohnortnahe Ambulante Rehabilitation. In Jugendberatung & Jugendhilfe e.V. Frankfurt am Main (Hrsg.). Suchthilfe im Verbund Aufsuche-Begleiten-Behandeln (S. 110-123). Freiburg: Lambertus.

Wienberg, G. (2009). Was könnte wirklich weiterführen? - Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. In R. Schmidt-Zadel, N. Pörkse & A. Heinz (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland (S. 32-53). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Wilke, J. (2007). Verbund als virtuelle Organisation und Schaffen eines Gütesiegels. In R. Baudis (Hrsg.). *Verbundqualität in der Suchthilfe - Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge*. (S. 110-121). Heidelberg: Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

Wittchen, H.-U. et al. (2011a): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. Suchtmed 13 (5) 2011, 232-246

Wittchen, H.-U. et al. (2011b): Die Rolle der psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. Suchtmed 13 (5) 2011, 258-262