

**Vernetzung, Planung und
Steuerung der Hilfen für
Suchtkranke -
Zur Arbeit regionaler
Suchtkoordinatoren**

**- Ergebnisse des Kooperations-
modells nachgehende Sozialarbeit -
Abschlußbericht der wissenschaft-
lichen Begleitung zum
Modellbestandteil Koordination**

**im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit**



FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich mbH

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 02 21-97 31 01-0
Fax: 02 21-97 31 01-11

e-mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Projektleitung:
Hans Oliva

Projektmitarbeiter:
Wilfried Görden
Günter Schlanstedt
Martina Schu
Lisa Sommer

Köln, im August 2000
555/95

KURZFASSUNG

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 1995 das „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln chronisch Abhängige stand. Das Modellprogramm zielte insbesondere darauf ab, die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung von (chronisch) Abhängigen Beteiligten zu erhöhen. Hierzu wurden Stellen für Koordinatoren geschaffen, die auf institutioneller Ebene - bezogen auf eine definierte Modellregion - Hilfeangebote erfassen und eine kontinuierliche, verbindliche lokale und regionale Vernetzung von Versorgungssektoren, der Träger und der Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten. Neben koordinativen Aufgaben sollte ein personenzentrierter ambulanter Hilfeansatz für chronisch Suchtkranke durch Case Manager/Lotsen entwickelt und implementiert werden. Im Rahmen des Modellprogramms wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen eingerichtet, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager/Lotse und ein Koordinator modellhaft (zusammen-)arbeiteten, während in den anderen Modellregionen jeweils nur ein Case Manager tätig war (sog. Solo-Regionen). Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren und 31 Case Manager) gefördert.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das BMG die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln beauftragt. Wegen der komplexen Ausgangsbedingungen regionaler Koordination der Hilfen für Suchtkranke beschäftigte sich die Begleitforschung sowohl mit der Programmevaluation als auch mit Begleitung und Beratung der Modellprojekte sowie der Konzeptionierung koordinativer Tätigkeit. Der vorliegende Abschlußbericht beschreibt detailliert Ergebnisse zu den strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen von Suchtkoordination sowie zu Prozeß und Verlauf der Koordinatorentätigkeit.

Wie die Ergebnisse des Modellprogramms zeigen, setzt sich die Tätigkeit der Koordinatoren aus einem vielschichtigen Handlungsspektrum zusammen. Die Suchtkoordinatoren waren in die kommunale *Planung und Steuerung von gesundheitlichen und sozialen Hilfen* eingebunden und haben insbesondere durch eine sektorübergreifende regionale Bestandsaufnahme Voraussetzungen für Planungsentscheidungen geschaffen. Gleichzeitig haben sie einen wichtigen Beitrag zur *Verbesserung der Versorgung* vor allem von chronisch Abhängigen geleistet, indem sie sich bspw. für die Schaffung bzw. den Umbau von Angeboten eingesetzt haben. Durch ihre Arbeit in Facharbeitskreisen und Gremien sowie durch die Anregung von verbindlichen Absprachen zwischen den Versorgungsbeteiligten haben sie die sektorübergreifende *Abstimmung und Vernetzung* von Hilfen gefördert. Einen wichtigen Stellenwert nehmen auch Dienstleistungen wie z.B. die Organisation von Fortbildungsangeboten, Sammlung und Weitergabe von versorgungsrelevanten Daten sowie die Beratung von Trägern und Einrichtungen ein. Gerade diese Dienstleistungen haben dazu beigetragen, die Akzeptanz der Suchtkoordinatoren im Versorgungsumfeld zu verbessern.

Neben diesen positiven Gesichtspunkten zeigen die Ergebnisse des Modellprogramms aber auch, daß trotz der Arbeit der Koordinatoren in vielen Kommunen noch wesentliche Voraussetzungen für eine zielgerichtete kommunale Steuerung der Hilfen fehlen (z.B. Gesundheitsberichterstattung, Leistungsverträge). Vor allem entspricht die Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe, psychosozialen Hilfeerbringern und niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern häufig auch weiterhin nicht den fachlich gebotenen Anforderungen (z.B. fehlen weitgehend verbindliche Vereinbarungen und Kooperationsroutinen sowie fachlich abgestimmte Leitlinien). Außerdem erschweren die unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kosten- und Leistungsträger mit ihrer unterschiedlichen regionalen und überregionalen Orientierung eine personenzentrierte Hilfeerbrin-

gung. Schließlich war der Wirkungsgrad der Bemühungen der Suchtkoordinatoren zur Schließung von Versorgungslücken u.a. aufgrund der begrenzten finanziellen Ressourcen von Städten und Gemeinden eher gering.

Aus den Ergebnissen des Modellprogramms können hinsichtlich der *organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen* folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

1. Suchtkoordination sollte grundsätzlich (sofern gesetzliche Regelungen keine andere Zuständigkeit vorschreiben) in kommunaler Trägerschaft erfolgen. Neben Fragen der Zuständigkeit für Planung und Steuerung der Hilfen und des Interessenausgleichs zwischen den Leistungserbringern ist die Einbindung des Suchtkoordinators in die politischen und administrativen Entscheidungsprozesse der Kommune von zentraler Bedeutung.
2. Die wichtigste Voraussetzung für Suchtkoordination ist die Bereitschaft der Kommune, diese Aufgabe zu übernehmen. Suchtkoordination erfordert deshalb ein Mindestmaß an (Gestaltungs-)Willen bei den politischen Entscheidungsträgern sowie an fachlich fundierter Handlungsbereitschaft der Kommunalverwaltung.
3. Das Wirkungsfeld von Suchtkoordinatoren sollte sich nicht nur auf spezifische Hilfen für Suchtkranke, sondern (idealerweise) auf alle Hilfen, die Suchtkranke potentiell in Anspruch nehmen (z.B. gesundheitliche Hilfen, Wohnhilfen, soziale und materielle Hilfen) beziehen.
4. Je nach Reichweite vernetzender und steuernder Aufgaben kann Suchtkoordination sowohl dem Bereich Sozialplanung als auch als (Stabsstelle) dem für Suchtfragen zuständigen Dezernenten oder Amtsleiter (z.B. Gesundheitsamt) zugeordnet sein. Die Frage der Stellenansiedlung ist unmittelbar verknüpft mit den Handlungs- und Einflußmöglichkeiten der Stelleninhaber. Gesichert werden muß, daß fachlich begründete Vorschläge der Suchtkoordinatoren politische und administrative Unterstützung erfahren und die Stelleninhaber bei der Umsetzung handlungsfähig bleiben. Außerdem ist es wichtig, daß die Rolle und Aufgaben der Suchtkoordinatoren gegenüber den Versorgungsbeteiligten der Region transparent gemacht werden.
5. Bei der Besetzung von Koordinatorenstellen sollten folgende Anforderungen formuliert werden: Suchtkoordinatoren sollten „fachliche Schwergewichte“ sein, d.h. sie benötigen umfassende fachliche Kompetenzen und Kenntnisse vor allem hinsichtlich Suchtproblematik, Suchtkrankenversorgung und regionaler Versorgungs- und Kommunikationsstrukturen sowie zum Organisations-, Projekt- und insbesondere Kooperationsmanagement. Erforderlich sind außerdem kommunikative und motivierende Kompetenzen sowie die Moderationserfahrung.

Hinsichtlich der *Aufgaben und Umsetzung von Suchtkoordination* können ausgehend von Ergebnissen des Modellprogramms nachfolgende Empfehlungen formuliert werden:

1. Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke sind auf eine sozialplanerische Grundlage zu stellen. Ausgangspunkt dafür müssen eine Bestandsaufnahme der Hilfen sowie der Kooperationsstrukturen, die Ermittlung des Bedarfs und eine Stärken-Schwächen-Analyse sein. Daraus sollte ein Maßnahmenplan mit Prioritätensetzung abgeleitet werden.
2. Die Fachlichkeit der Kommunalverwaltung in bezug auf die Suchtproblematik muß verbessert werden. Hierfür ist es bspw. notwendig, fachliche Standards in Planungs-

vorhaben einzubringen und die fachliche Steuerung des Ressourceneinsatzes zu stärken.

3. Die Abstimmung zwischen planenden und steuernden Aktivitäten muß optimiert werden. Hierzu ist es vor allem notwendig, die kommunalen Steuerungsmittel (weiter) zu entwickeln, z.B. Gesundheitsberichterstattung, Leistungsbeschreibungen und Dokumentation.
4. Suchtkoordinatoren können im Verhältnis von öffentlichem und freien Trägern eine Vermittlungs- und Lenkungsfunktion wahrnehmen. Dabei sollte ihre eigene Position in erster Linie durch Fachlichkeit begründet sein.
5. Mit den regionalen Versorgungsbeteiligten sind fachliche Leitlinien zu erarbeiten und abzustimmen. Gemeinsame Leitlinien liefern einen Orientierungs- und Bewertungsrahmen für die Beschreibung der Angebotssituation, die Feststellung von Defiziten sowie die Formulierung von Handlungsvorschlägen.
6. Kranken- und Rentenversicherung sind grundsätzlich in die regionale Planung mit einbeziehen. Dies ist sowohl hinsichtlich der Verknüpfung ambulanter und (teil-)stationärer Angebote zu einer abgestimmten Gesamtbehandlung als auch des Qualifizierungs- und Hilfebedarfs in der medizinischen Versorgung wichtig.
7. Suchtkoordinatoren können mit dazu beitragen, daß sowohl Versorgungslücken geschlossen als auch - bei schon vorhandenen differenzierten Versorgungsstrukturen - das Hilfesystem in Richtung einer bedarfsgerechten Hilfeerbringung umgebaut wird.
8. Suchtkoordination beinhaltet auch die Erfassung von regionalen Qualifizierungsbedarfen und in Kooperation mit professionellen Anbietern (z.B. Fachverbände, Bildungsträger) die Organisation von Fort- und Weiterbildung. Suchtbezogene Qualifizierungsbedarfe werden vermutlich noch für längere Zeit für Mitarbeiter der psychosozialen Hilfen und insbesondere für niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter von Krankenhäusern bestehen.
9. Im Spannungsfeld zwischen den multiplen Hilfebedarfen, insbesondere von chronisch Abhängigen, und unterschiedlichen Trägerinteressen, sektorspezifischen Routinen und Traditionen der Hilfeerbringung und Finanzierungsgrundlagen ist eine vermittelnde und ausgleichende Funktion von Bedeutung. Erreicht werden muß durch die Koordinatorentätigkeit die Verringerung der „Versäulung“ des Versorgungssystems in weitgehend abgeschlossene Sektoren insbesondere durch einen Brückenschlag zwischen Suchtkrankenhilfe, psychosozialen Hilfen und medizinischer Versorgung.
10. Suchtkoordinatoren müssen aktiv werden, wenn bestehende Versorgungsstrukturen bzw. Traditionen der Hilfeerbringung bestimmte Personengruppen, bspw. durch hohe Zugangsschwellen oder inadäquate Angebote, ausschließen (z.B. Komm-Struktur) oder aufgrund bestehender Finanzierungsregelungen Hilfebedarfe dieser Personengruppen nicht gedeckt werden.
11. Gefördert und angeregt werden müssen verbindliche Kooperationsvereinbarungen und -verträge im Bereich der Hilfen für Suchtkranke.
12. Suchtkoordination muß darauf abzielen, der strukturbedingten Unübersichtlichkeit von Zuständigkeiten und Hilfen durch eine verstärkte Transparenz entgegenzuwirken. Suchtkoordinatoren fällt u.a. die Aufgabe zu, Klienten, Patienten und Nutzern sowie Leistungsanbietern kontinuierlich Informationen zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus sollten sie Kosten und Nutzen („Mehrwert“) der Zusammenarbeit für die Beteiligten deutlich machen.

13. Durch die fachliche Beratung einzelner Leistungserbringer kann der Suchtkoordinator bspw. (mittelfristige) Überlegungen zur Bedarfsentwicklung und Versorgungsplanung oder Erfahrungen mit neuen Hilfeansätzen einbringen (z.B. Case Management).
14. Suchtkoordinatoren können mitwirken an der Erarbeitung eines sektorübergreifenden Gesamtkonzepts der Hilfen. Neben der Erarbeitung eines gemeinsamen Selbstverständnisses (z.B. Leitlinien) zählt hierzu u.a. auch die Einleitung eines Verständigungsprozesses zwischen Trägern bzw. Einrichtungen über eine abgestimmte Erbringung der Hilfen (z.B. Hilfeplanung) im Rahmen eines personenzentrierten Arbeitsansatzes.
15. Suchtkoordination bedeutet schließlich, „Lobby-Arbeit“ für Suchtkranke zu betreiben und deren Interessen in der (Fach-)Öffentlichkeit deutlich zu machen.

Die modellgeförderte Suchtkoordination hat - ungeachtet der Umsetzungsprobleme - in den Modellregionen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Hilfen, insbesondere für chronisch Abhängige, sowie zur Vernetzung der Hilfen insgesamt geleistet und vieles auf den Weg gebracht, das noch zu vollenden und weiterzuentwickeln sein wird.

SUMMARY

In 1995 Germany's Federal Ministry for Health (BMG) launched the "Cooperation Pilot Project of Follow-up Social Work", which was dedicated to improving support for chronic addicts dependent on legal or illegal substances. Specifically, the pilot program was designed to enhance the effectiveness of cooperation among agencies and people involved in the care of (chronic) addicts. To this end, coordination offices were set up, which on an institutional level – and applied to a defined pilot region – were tasked with surveying and quantifying the current provision of support and care services, and to forge a permanent, firmly established local and regional network of the various welfare sectors, sponsors and institutions. In addition to coordination tasks, a person-oriented out-patient support structure for chronic addicts by case managers was to be developed and implemented. Within the framework of the pilot program, two regions per federal state (*Land*) were defined: so-called "tandem regions" in which a case manager and a coordinator worked in cooperation, and so-called "solo regions" for which one case manager assumed responsibility. Altogether the BMG sponsored 46 fixed-term, full-time posts (15 coordinators and 31 case managers).

FOGS - the Cologne-based Society for Research and Consultancy in the Health and Social Sector was commissioned by the BMG to conduct the scientific research on the project. Due to the complex situation of regional coordination of addict aid, the research work focussed on program evaluation, lending support and advice during the pilot project and on shaping coordination activity. This final report describes in detail the results of the structural and organisational framework of aid coordinators as well as the process and progression of coordination activities.

As the results of the pilot program illustrate, the tasks of the coordinators encompass a broad and diverse spectrum of activity. Having been integrated into the *local planning and management of health-care and social welfare*, the aid coordinators have engineered the basic conditions for making planning decisions by means of a cross-sector, appraisal of regional aid provision. At the same time, they have also performed an important contribution towards improving care, particularly of chronic addicts, by advocating the creation or restructuring of services. By virtue of their activities in expert groups and bodies and their promotion of binding agreements between the different welfare organisations, they have fostered *cross-sector collaboration and networking* in aid provision. Of great significance here are services, such as the organisation of occupational training facilities, the collation and provision of care-relevant data, and consultancy to sponsors and institutions. Specifically these services have contributed to an improvement of the acceptance of aid coordinators in the addict welfare and support sector.

Apart from these positive aspects, the results of the pilot program also demonstrate that despite the work of the coordinators in many local districts, the basic structures for a targeted, local management of aid provision (e.g. health reports, service contracts) are not in place. Above all, cooperation between addict aid, psycho-social counsellors and general practitioners and clinics frequently fails to meet the standards of expertise required (e.g. there is a general lack of binding agreements and cooperation networks and professional guidelines). Furthermore, the different responsibilities of the funding and sponsoring organisations, e.g. health and pension insurers, with their different regional and national orientation tend to complicate the provision of person-oriented support. Finally, the efficiency of the aid coordinators' endeavours to close the gaps in aid provision has been impaired by the limited financial resources of urban and local authorities.

From the results of the pilot program, the following recommendations can be formulated with regards to the *organisational and structural framework*:

1. In principle, responsibility for aid coordination should be assumed by local authorities (insofar as legal regulations do not prescribe otherwise). In addition to issues concerning responsibility for the planning and management of support and the reconciliation of interests between the service providers, the integration of aid coordinators into the political and administrative decision-making processes of the local authorities is of central significance.
2. The most important requirement for aid coordination is the willingness of the local authorities to assume these tasks. Consequently aid coordination requires a minimum of (creative) will among the political decision-makers and a readiness on the part of the local authority to acquire the expertise to become active in this field.
3. The main sphere of aid coordinators' activity should not be restricted to specific addict aid but (ideally) also encompass other kinds of support (potentially) available to addicts (e.g. health care, accommodation provision, social welfare and material support).
4. Depending on the extent of the networking and managerial tasks, the aid coordinators can be assigned to social welfare departments or to the departments (e.g. health) responsible for addiction issues. Ultimately the issue of under whose auspices the post should fall, depends upon the powers invested in the coordinator to act. Provision must be made to ensure that the expert proposals advanced by aid coordinators receive political and administrative support and that staff retain the scope to implement them. Furthermore, it is important that the function and tasks of the aid coordinators be made transparent vis á vis the regional aid workers.
5. The staffing of the coordination centres should be subject to the following requirements: Aid coordinators should be "professional heavyweights", i.e. they should possess extensive professional expertise and competence, particularly in regard to problems of addiction, addict support, regional welfare and communications structures, and organisational, project and cooperation management. Furthermore communications and motivational skills, together with presentational experience are also required.

Based on the results and experience gained in the pilot project, the following recommendations can be formulated in regards to the *tasks and implementation* of aid coordinators:

1. The planning and administration of addict aid should be integrated into general social welfare policy. As the starting point, a review should be conducted quantifying the available support and cooperation structures and determining requirements, together with a strength-and-weakness analysis. On this basis, a catalogue of measures with clearly defined priorities should be compiled.
2. The professional expertise of the local authority in relation to the problem of addicts must be improved. For example, they could introduce a set of professional standards into planning projects and strengthen the administration of resource allocation.
3. The coordination between planning and administrative activities must be optimised. This will require (further) development of their local authority's

administrative resources, e.g. service-provision specification, documentation and health reports.

4. Aid coordinators could assume an intermediary and consultancy function in relation to public and private-sector funding bodies and organisations. At the same time, their own appointment should, in the first instance, be justified by reference to their professional expertise.
5. A set of professional guidelines with the regional teams of care-workers must be compiled and coordinated. Common guidelines furnish an orientation and evaluation framework for describing the service-provision situation, identifying deficits and formulating action proposals.
6. Health and pensions insurance should be integrated into regional social welfare planning. This is important both in terms of linking out-patient and (partial) in-patient services to create a coordinated overall treatment program; and in terms of the skills and support requirements in medical provision.
7. Aid coordinators could contribute towards closing the gaps in welfare service provision and – in respect of existing services – help restructure aid to establish a more accurately targeted, needs-driven care-provision.
8. Aid coordination also entails quantifying skill requirements on a regional level, and developing services in cooperation with professional providers (e.g. professional associations and educational authorities). In all likelihood the need for addiction-related skills among staff involved in psycho-social care and in particular among GPs and clinical staff will continue long into the future.
9. An intermediary function is required in the potential conflict between the multiple support needs, particularly among chronic addicts, and the differing interests of the sponsoring organisations and bodies, sector-specific operational routines and traditions in care-provision and funding sources. By virtue of the coordinators' activity the "gaps" between the pillars of the welfare systems are to be bridged, primarily through communication and cooperation between addict aid, psycho-social support and medical care.
10. Aid coordinators must become active primarily where existing welfare structures or traditional care-provision exclude specific groups of people, or are unable to address the needs of this group due to high access thresholds or inadequate service provision, (e.g. where the onus rests with clients to seek help) or due to existing financial regulations.
11. Binding agreements and contracts in the field of addict aid must be initiated and promoted.
12. Aid coordination must be geared towards counteracting the structurally-determined confusion regarding responsibilities and support by ensuring greater transparency. Among other things, aid coordinators should be tasked with providing clients, patients and other users together with service providers with ongoing information. In addition, they should highlight the cost benefits ("utility value") of cooperation accruing to all participants.
13. By advising aid agencies and service providers, the aid coordinators can, for example, introduce (medium-term) proposals on the development of needs and on social welfare planning or apply their experience to formulate new concepts of aid provision (e.g. case management).

14. Aid coordinators can participate in devising an integrated, cross-sector aid concept. Apart from formulating a mission statement (e.g. guidelines), this also includes initiating of a common understanding between the sponsoring organisations and bodies and service providers on achieving coordinated aid provision (e.g. planning) within a person-oriented approach.
15. Finally aid coordination also entails "lobbying" on behalf of addicts, in particular chronic addicts, and promote their interests to the (professional) public.

Irrespective of the implementation problems, the aid coordination within this pilot project has made an important contribution towards the strengthening addict aid, particularly for chronic addicts, and towards networking available support, and has accomplished much which must be completed and further developed.

INHALTSVERZEICHNIS

KAP.		SEITE
1	EINLEITUNG	13
1.1	Probleme der Versorgung Suchtkranker	13
1.2	Grundlagen von Koordination	15
1.3	Ziele und Förderstruktur des Modellprogramms	18
1.4	Aufgabenprofil für Suchtkoordinatoren	20
1.5	Aufbau des Berichts	22
2	VORGEHENSWEISE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	23
2.1	Überlegungen zum Evaluations- und Beratungsansatz	23
2.2	Methodisches Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung	25
2.2.1	Fragestellungen	25
2.2.2	Methodisches Vorgehen	27
3	ORGANISATORISCHE UND STUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN	30
3.1	Organisatorische Voraussetzungen	30
3.2	Qualifikation und Kompetenz von Suchtkoordinatoren	32
3.3	Rahmenbedingungen der Modellregionen	34
4	DAS HANDLUNGSFELD VON SUCHTKOORDINATION	40
4.1	Das Handlungsfeld im Überblick	40
4.2	Planung und Steuerung	44
4.3	Versorgung	47
4.4	Kooperation und Vernetzung	52
4.5	Dienstleistungen	56
4.6	Regionale Unterstützungsbedingungen	58
4.7	Zusammenfassende Bewertung der Suchtkoordination aus Sicht der Projekt- und Versorgungsbeteiligten	60

<u>KAP.</u>		<u>SEITE</u>
5	BILANZ DES MODELLPROGRAMMS UND EMPFEHLUNGEN	66
5.1	Zusammenfassende Bilanz des Modellprogramms	66
5.1.1	Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen regionaler Suchtkoordination	66
5.1.2	Prozeß und Ergebnis von Suchtkoordination	68
5.2	Empfehlungen	71
6	LITERATUR	75

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

<u>ABB.</u>		<u>SEITE</u>
Abb. 1:	Koordination im Verhältnis zu angrenzenden Funktionen	16
Abb. 2:	Tätigkeitsfeld Planung und Steuerung	45
Abb. 3:	Tätigkeitsfeld Versorgung (Schaffung/Erhalt von Angeboten)	48
Abb. 4:	Kooperationspartner eines Koordinators bei der Planung und Umsetzung eines Angebots für chronisch Abhängige - Sicherung der medizinischen Grundversorgung in Obdachlosenunterkünften	49
Abb. 5:	Tätigkeitsfeld (institutionelle) Kooperation	52
Abb. 6:	Tätigkeitsfeld Dienstleistungen	56

VERZEICHNIS DER TABELLEN

<u>TAB.</u>		<u>SEITE</u>
Tab. 1:	Geförderte Projekte	20
Tab. 2:	Organisatorische Anbindung der Koordinationsstellen	30
Tab. 3:	Qualifikation der Koordinatoren	32
Tab. 4:	Modellregionen und -standorte nach Größe, Einwohnerzahl und Fläche	35
Tab. 5:	Tätigkeitsfelder nach Stunden und Zeitanteilen in %	41
Tab. 6:	Ort der Tätigkeit bei Kernaufgabe (ohne Fahrzeiten)	42
Tab. 7:	Kontext der Koordinatorentätigkeit bei Kernaufgaben	43
Tab. 8:	An Besprechungen beteiligte Personen aus (Versorgungs-)Bereichen nach Anzahl der Nennungen	43
Tab. 9:	Angebote und Einrichtungen im Zusammenhang mit der Koordinatorentätigkeit	50
Tab. 10:	Neue bzw. „weiterentwickelte“ Gremien und Arbeitskreise in den Modellregionen	53
Tab. 11:	Bedingungen von Suchtkoordination in der Modellphase aus Sicht der Versorgungsbeteiligten	59
Tab. 12:	Akzeptanz der Suchtkoordinatoren in den Versorgungsbereich aus Sicht von 13 Modellmitarbeiter und 14 Projektträger	61
Tab. 13:	Umsetzungsalternativen regionaler Suchtkoordination	64

1 EINLEITUNG

Seit 1995 fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Modellprogramm Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit mit den Modellbestandteilen Case Management und Suchtkoordination. Während der Modellbestandteil Case Management (vgl. OLIVA u.a. 1998, 1999, 2000) bis Ende 2000 weitergeführt wird, endete die modellgeförderte Arbeit der Suchtkoordinatoren im Dezember 1999.

Der folgende Bericht der wissenschaftlichen Begleitung stellt die Ergebnisse der Evaluation für den Modellbestandteil Koordination dar.

1.1 Probleme der Versorgung Suchtkranker

Der Mißbrauch psychoaktiver Substanzen und seine Folgen stellen eine der bedeutendsten sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen in Deutschland dar. Zu den am häufigsten mißbräuchlich konsumierten Substanzen zählen in erster Linie Tabak und Alkohol, gefolgt von Medikamenten, Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy und Amphetaminen. Schätzungen gehen davon aus, daß

- ❑ 43 % der Männer und 30 % der Frauen Tabak rauchen und der Anteil der Tabakabhängigen ca. 25 % der Raucher beträgt (vgl. KRAUS, BAUERNFEIND, BÜHRINGER 1998)
- ❑ in der Altersgruppe der 18- bis 69jährigen 1,7 Mio. Menschen alkoholabhängig sind, 2,7 Mio. Alkohol mißbräuchlich konsumieren und 4,9 Mio. Alkohol riskant gebrauchen (vgl. HOLZ, LEUNE 1999)
- ❑ 800.000 bis 1.200.000 Personen medikamentenabhängig sind (vgl. HÜLLINGHORST 1994)
- ❑ 2,1 Mio. Menschen Cannabis konsumieren, davon 270.000 Personen mit einer hohen Konsumfrequenz
- ❑ 250.000 bis 300.000 Personen harte illegale Drogen (Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Opiate) konsumieren, davon 100.000 bis 150.000 Personen mit hoher Konsumfrequenz und hochriskantem Gebrauch (vgl. BÜHRINGER u.a. 1997).

Suchtkranke und -gefährdete Personen können in Deutschland auf eine Vielzahl von Hilfeangeboten und ein überwiegend gut ausgebautes und spezialisiertes Versorgungssystem zurückgreifen. So stehen ihnen bspw. 1.390 Beratungsstellen und -dienste, 14.550 vollstationäre Entwöhnungsbetten und ca. 6.450 stationäre Plätze für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige zur Verfügung (vgl. HOLZ, LEUNE 1999).

Trotz dieses vielfältigen und differenzierten Angebots weist die Gesamtversorgung von Suchtkranken, insbesondere von Alkohol- und Medikamentenabhängigen, erhebliche strukturelle Defizite auf. Hilfen für Alkoholabhängige werden in drei relativ voneinander unabhängigen Sektoren - traditionelle Suchtkrankenhilfe (Sektor I), psychosoziale/psychiatrische Grundversorgung (Sektor II) und medizinische Basisversorgung (Sektor III) - erbracht. Die versorgungsrelevanten Leistungen werden segmentiert und unabgestimmt voneinander vorgehalten. Darüber hinaus besteht nach wie vor eine relativ starke Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor. Diese generellen Strukturdefizite sowie sektorspezifische Arbeitsweisen und -traditionen (z.B. bei niedergelassenen Ärzten) haben dazu beigetragen, daß suchtbetragene Betreuungs-

und Behandlungskonzepte insbesondere bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der betroffenen Personen zur Verfügung stehen. Der größere Teil dieser Personengruppe nimmt zwar medizinische und soziale Hilfen in Anspruch, ohne allerdings hinsichtlich der suchtbetragenden Gefährdung und Abhängigkeit qualifiziert beraten, betreut oder behandelt zu werden (vgl. WIENBERG 1992, 1995).

Neben Problemen bei der Früherkennung und -intervention (vgl. JOHN u.a. 1996, KREMER u.a. 1998) von Suchtkrankheiten führen die genannten strukturellen Defizite dazu, daß chronisch Abhängige¹ mit multiplen Hilfebedarfen nur unzureichend versorgt werden. Vor allem für diesen Personenkreis ist das Versorgungssystem insgesamt zu kompliziert, sie wissen nicht (mehr), wer, wann, wo und auf welcher Grundlage zuständig oder verantwortlich ist. In der Folge bleiben viele, insbesondere die bedürftigsten Alkoholabhängigen, ohne (ausreichende) sachgemäße Hilfe (vgl. u.a. WIENBERG 1992, 1995).

Demgegenüber konnte in den vergangenen Jahren durch den Ausbau von (niedrigschwelligen) Hilfen und neuen (akzeptierenden) Arbeitsansätzen der Zugang von drogengefährdeten und -abhängigen Personen zum Hilfesystem deutlich verbessert werden. Gleichwohl kann hinsichtlich der Gruppe sog. „Schwerstabhängiger“ auch hier davon ausgegangen werden, daß ein Teil der Betroffenen, insbesondere Frauen, auch durch niedrigschwellige Angebote nicht bzw. aktuell nicht mehr erreicht wird (vgl. HARTMANN u.a. 1994).

Zur Verbesserung der Versorgungssituation von Suchtkranken im allgemeinen und chronisch Abhängigen im besonderen werden neben bedarfsgerechteren Angeboten vor allem Fragen der Kooperation und Abstimmung der Hilfen diskutiert. Dabei werden u.a. folgende Problemfelder deutlich:

- Innerhalb der Suchtkrankenhilfe findet i.d.R. eine (intensive) klientenbezogene Zusammenarbeit statt. Kooperationskontakte bestehen dabei zwischen allen Angebotssegmenten (niedrigschwellige, ambulante und stationäre Hilfen), insbesondere aber zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. Wie Ergebnisse und Erfahrungen aus unterschiedlichen Bundesmodellprogrammen (vgl. MÖLLER, OLIVA, SCHMID 1993; GÖRGEN u.a. 1996) zeigen, basieren die Kooperationsbeziehungen jedoch weitgehend auf informellen Absprachen zwischen einzelnen Versorgungsbeteiligten, oft sogar auf persönlichen Kontakten einzelner Mitarbeiter². Es fehlen formelle Regelungen und gesicherte Routinen, die eine personenunabhängige Kooperation sichern.
- Gleichzeitig hat die sektorübergreifende klientenbezogene Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sowie Diensten der medizinischen Versorgung und psychosozialen Hilfen erhebliche Schwachstellen. Insbesondere mit Blick auf die Zielgruppe des Modellprogramms, chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängige Menschen, führen Kooperationsmängel immer wieder zu „Reibungsverlusten“ bei der Hilfeerbringung (z.B. inadäquate Hilfen, Doppelbetreuungen).

¹ Der Begriff „chronisch abhängig“ wird hier als Arbeitsbegriff verwandt. Synonym werden die Begriffe „chronisch suchtkrank“ und bezogen auf Drogenabhängige „Schwerstabhängige“ verwendet. Im Rahmen des Modellprogramms wurde die Personengruppe als „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängigkeitskrank - CMA“ beschrieben (vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE 1996).

² Wir bitten um Nachsicht, daß wir für Begriffe wie „Mitarbeiter“, „Klient“ und „Patient“ die männliche Form gewählt haben, obwohl beide Geschlechter gemeint sind. Es gibt unseres Erachtens z.Z. keinen überzeugenden Weg, sich ohne stilistische Verrückungen auf beide Geschlechter gleichzeitig zu beziehen. Wir möchten betonen, daß damit keine diskriminierende Absicht verbunden ist.

- Vergleichbare Probleme müssen hinsichtlich der institutionellen Zusammenarbeit konstatiert werden. Hier bestehen, wenn auch regional unterschiedlich ausgeprägt, vielfältige Kontakte im Rahmen von Gremien und Arbeitskreisen. Zielsetzungen und Zuständigkeiten sind dabei aber häufig unklar. Es fehlt weitgehend an Geschäftsordnungen für die Gremien, verbindlichen Absprachen und (schriftlichen) Kooperationsvereinbarungen. Ohne die Güte der Zusammenarbeit generell in Frage zu stellen, bedarf damit auch die institutionelle Kooperation innerhalb der Suchtkrankenhilfe unter Effektivitätsgesichtspunkten der Weiterentwicklung.
- Als unzureichend und dem tatsächlichen Bedarf nur in Ansätzen entsprechend stellt sich die institutionelle Zusammenarbeit zwischen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe und anderen sozialen Hilfen (z.B. Wohnungslosenhilfe) sowie insbesondere der medizinischen Versorgung dar. Erste Schritte zur Verbesserung dieser Situation wurden (regional) im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen gemacht. Die umgesetzten Kooperationsformen (z.B. gemeinsame Arbeitskreise zwischen Ärzten und Drogenberatern) machen aber eher auf weitergehende Koordinationserfordernisse aufmerksam.

Darüber hinaus besteht hinsichtlich einer sozialplanerisch gestützten Steuerung der (regionalen) Versorgung von Abhängigen „ein immenser Planungs- und Regelungsbedarf“ (MÜLLER, SCHACKE, STIMMER 1991). Zwischen den Versorgungsbeteiligten abgestimmte Leitlinien und Standards sowie verlässliche Planungsdaten fehlen weitgehend. Eine Bestandsaufnahme der Versorgungsangebote unter Berücksichtigung der sachlichen und personellen Ressourcen liegt i.d.R. nicht vor. Außerdem bestehen Handlungsbedarfe im Hinblick auf Steuerungsmittel (z.B. Förderrichtlinien, Leistungsvereinbarungen), Abstimmungsgremien und Entscheidungsprozeduren.

Aus den beschriebenen Gründen hat sich in der Sucht- und Drogenhilfe gerade in den letzten Jahren die Einsicht durchgesetzt, daß die Weiterentwicklung des Hilfesystems bzw. dessen Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen nur gelingen kann, wenn die (politischen) Entscheidungsträger ihre planenden und steuernden Anstrengungen verstärken und neue (Steuerungs-)Instrumente entwickeln und anwenden (vgl. u.a. FREIE UND HANSESTADT HAMBURG 1996, MICHELS 1996).

Weder durch die Schaffung neuer Angebote, die Verbesserung der Zusammenarbeit einzelner Leistungserbringer noch durch sozialplanerische Aktivitäten allein können die genannten Strukturdefizite behoben werden. Erforderlich ist darüber hinaus eine generelle Umorientierung von einer bisher vorherrschenden institutionsbezogenen hin zu einer personenbezogenen Hilfeebringung (vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997, KRUCKENBERG u.a. 1997, 1999). Insbesondere bei chronisch Abhängigen ist eine abgestimmte und am individuellen Bedarf (Hilfeplanung) orientierte Nutzung der sektorübergreifend zur Verfügung stehenden Ressourcen für eine effektive und nutzbringende Hilfeebringung erforderlich.

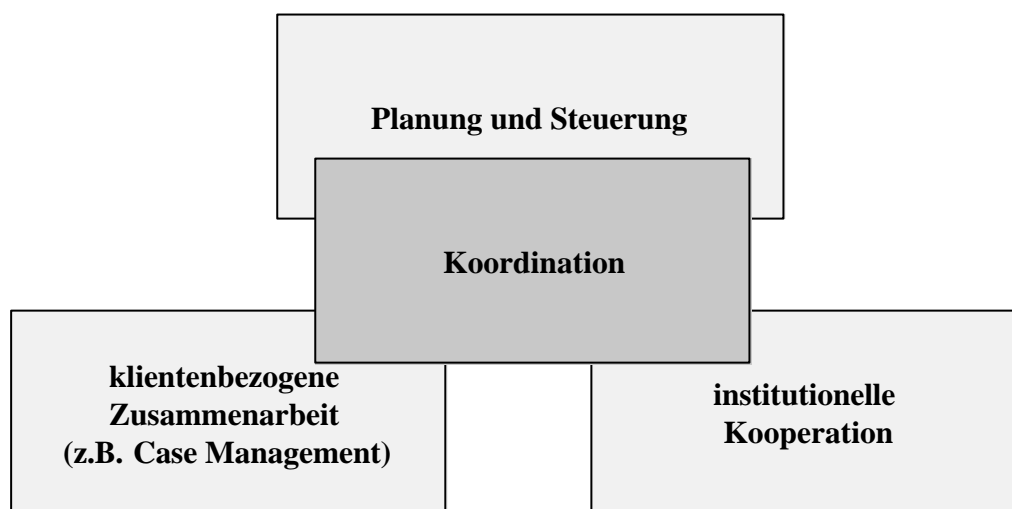
1.2 Grundlagen von Koordination

Wie auch in anderen Versorgungsbereichen (z.B. Jugend- und Altenhilfe) beschreiben die Begriffe Planung, Steuerung, Koordination und Kooperation ein Aufgabenfeld, dessen Stellenwert bei zunehmender Komplexität der Hilfesysteme steigt. Dies hat auch der Gesetzgeber deutlich gemacht, indem er darauf verweist, daß unterschiedliche Sozialleistungen koordinierter erbracht werden sollen. So fordert die Sozialgesetzgebung in einzelnen Bestimmungen u.a. die Zusammenarbeit der öffentlichen, gemeinnützigen

und freien Träger (§ 17 SGB I), der Sozialleistungsträger untereinander (§ 86 SGB X) sowie bei Planung und Forschung (§ 95 SGB X). In den §§ 93 - 95 BSGH und 4, 78, 80 und 81 SGB VIII werden Sozial- und Jugendamt zur Koordination und Kooperation mit der freien Wohlfahrtspflege bzw. Jugendhilfe verpflichtet. Die gesetzlichen Vorschriften liefern allerdings lediglich einen Rahmen, der von den Akteuren vor Ort mit Leben gefüllt werden muß (vgl. LANGNICKEL 1997). Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Abstimmung und Steuerung der komplexen und (versorgungs-)sektorübergreifenden Hilfen für (chronisch) Abhängige.

Zwischen Kooperation, Koordination sowie Planung und Steuerung bestehen mehr oder minder große Schnittflächen. Koordination als (Haupt-)Funktion der im Modellprogramm geförderten Koordinatoren berührt - wie Abb. 1 zeigt - folgende Aufgaben.

Abb. 1: Koordination im Verhältnis zu angrenzenden Funktionen



Nachfolgend sollen die einzelnen Begriffe präzisiert und voneinander abgegrenzt werden. *Planung* beschreibt eine Funktion der „methodische(n) Handlungsvorbereitung durch systematische Informationssuche, -auswahl und -verarbeitung ... Der Planungsprozeß besteht in der Entwicklung von Zielen, in der Analyse der Bedingungsstruktur des Systems, in der Auswahl geeigneter Mittel, in der Festlegung einer Durchführungsstrategie und in der Kontrolle der Zielerreichung“ (DEUTSCHER VEREIN 1997). Im sozialpolitischen Handlungsfeld ist der Planungsbegriff durch den umsetzungsorientierten Begriff der *Steuerung* zu ergänzen. *Steuerung* bezeichnet dabei eine Aufgabe, die auf eine systematische und planvolle Lenkung und Kontrolle der Leistungserbringung in Richtung abgestimmter Ziele ausgerichtet ist.

Kooperation im Feld sozialer Arbeit meint die „planmäßige Zusammenarbeit zur Erzielung umfassender Problemlösungen und ressortübergreifender sozialer Planung. Kooperation wird in verschiedenen Formen organisiert und findet informell statt. Sie hat einen ökonomischen und einen strukturändernden Aspekt ... Kooperation ist kein Ersatz für unzweckmäßige Organisation“ (ebd.).

Koordination ist schließlich die „zielorientierte Abstimmung und Steuerung verschiedener Funktionen. Durch Koordination soll optimale Wirksamkeit erreicht werden“ (ebd.). Koordination muß folglich im Sinne einer optimierten Abstimmung und Steuerung die unterschiedlichen Ebenen der Kooperation ebenso berücksichtigen wie Planungsgesichtspunkte und Umsetzungsstrategien. Koordination spannt damit ein breites

Funktionsfeld auf, das sowohl fall- als auch institutionenbezogen Wirksamkeit entfalten und planerische Überlegungen mit komplexen Umsetzungsstrategien verbinden muß. Koordination erfordert die Überwindung partieller Interessen und Perspektiven und im Sinne einer personenbezogenen Betrachtung einen fachlich orientierten Generalisten, der die Möglichkeiten und Grenzen der Einzelressorts abzuschätzen weis.

Funktionen und Verortung von Koordination

Bereits im Zusammenhang mit der Reform der psychiatrischen Versorgung wurde die zentrale Funktion der Koordination beim Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbunds hervorgehoben. Nach Auffassung der EXPERTENKOMMISSION (1988) kommt ihr eine „Initialfunktion“ zu, um den Aufbauprozess (des gemeindepsychiatrischen Verbunds) sowohl von seiten der Kommunalverwaltung als auch von seiten der beteiligten Träger in Gang zu bringen. GROENEMEYER und WIENBERG (1994) heben darüber hinaus die „Scharnierfunktion“ des Koordinators im kommunalen Interessenausgleich hervor. Dieser Aufgabe kommt um so größere Bedeutung zu, je differenzierter, spezialisierter und fragmentierter sich die Versorgungsangebote einer Gebietskörperschaft darstellen, was mit Blick auf die Versorgung chronisch Abhängiger zweifelsfrei der Fall ist. Auf die Notwendigkeit von Koordination bei knappen personellen und finanziellen Ressourcen sowie bei einer durch Pluralität, Unübersichtlichkeit und ein unverbundenes Nebeneinander der Angebote gekennzeichneten Versorgungsstruktur weisen auch EBEL, DILL UND SCHÖNBERGER (1991) hin. KRUCKENBERG (1997) stellt die Aufgaben des Koordinators in Verbindung mit einem Steuerungs- und Abstimmungsmodell dar, in dem dieser Vorarbeiten leistet, die Geschäftsführung des Abstimmungsgremiums wahrnimmt und Entwicklungsplanung erarbeitet.

Mit Blick auf das komplexe Gefüge der Erbringung sozialer Dienstleistungen stellt sich die Frage nach der Verortung der Koordinationsfunktion. Die EXPERTENKOMMISSION (1988) geht davon aus, daß die Förderung der Zusammenarbeit zum unerläßlichen Aufgabengebiet der zuständigen Kommune gehört und eine Koordinationsstelle bzw. ein Koordinator demzufolge bei einer kommunalen Gebietskörperschaft organisatorisch angebunden sein sollte. Auf der Grundlage von Erfahrungen im Modellprogramm Psychiatrie wird weiterhin vorgeschlagen, Koordination als Stabsstelle beim zuständigen Dezernenten anzusiedeln, um den „unmittelbaren Kontakt zwischen den an der Versorgung regional Beteiligten und den administrativen Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen“ zu gewährleisten (ebd., S. 318). Neben diesen fachlichen Überlegungen werden aber auch grundlegende Aspekte sozialstaatlicher Verfaßtheit berührt. Nach dem Sozialstaatsprinzip ist der Staat - abgeleitet aus Art. 20 und 28 Abs. 1 des Grundgesetzes - verpflichtet, für seine Bürger Lebensbedingungen zu schaffen, die der Würde des Menschen entsprechen (vgl. Art. 1 GG). Die Daseinsvorsorge und -fürsorge für ihre Bürger obliegt dabei insbesondere den Städten und Landkreisen, wobei diese als Gebietskörperschaften eine verfassungsrechtlich gewährte Garantie auf Selbstverwaltung besitzen (vgl. Art. 28 Abs. 2 GG). Die Daseinsvorsorge obliegt der Gemeinde auch als dem Bürger „nächste“ Körperschaft. Die Sozialgesetzgebung sieht im Rahmen des „Subsidiaritätsprinzips“ bei der Leistungserbringung die Beteiligung von freien Trägern vor, die Zuständigkeit (Verantwortung) der öffentlichen Träger besteht allerdings unabhängig davon, ob er selbst tätig wird oder sich Dritter bedient. Er hat die Letztverantwortung für die Versorgung, individuelle Leistungsansprüche sind immer an ihn zu richten. Insbesondere bei akuten Krisen- und Problemsituationen sowie bei komplexen Problemlagen ist der öffentliche Träger zur Erbringung der Hilfen (z.B. Krisenintervention bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung) verpflichtet. Diese „Letztverantwortung“ des öffentlichen Trägers sowie die „relative“ Neutralität der Kom-

mune im Interessenkonzert unterschiedlichster Leistungsträger lassen es sinnvoll erscheinen, die Koordination der Hilfen für Suchtkranke bei den Städten und Landkreisen anzusiedeln (vgl. ROHDE 1997).

Erfahrungen mit der Umsetzung von Koordination im kommunalen Kontext legen nahe, diese als „sozialen Lernprozeß“ der Beteiligten anzulegen und den Zeitaspekt („Koordination braucht viel Zeit“) ausreichend zu berücksichtigen (vgl. BRANDENBURG, MÜLLER 1987)

Qualifikationsanforderungen an (Sucht-)Kordinatoren

An Koordinatoren der Suchtkrankenhilfe sind im Schnittpunkt unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben und Interessenlagen spezifische Qualifikationsanforderungen zu stellen. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erfahrungen betonen Überlegungen zum Qualifikationsprofil von Suchtkoordinatoren insbesondere die Notwendigkeit einer hohen fachlichen Kompetenz. HÜLLINGHORST (1994, S. 32) formuliert eindeutig „fachliche Leichtgewichte sind als Koordinatoren verhängnisvoll, weil sie zum Spielball der Interessen werden und nicht zu Sachwaltern der Menschen, für die sie in besonderer Weise da sein sollen“. Koordinatoren sollten idealerweise über Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe, über Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen und der Strukturen freier und öffentlicher Träger sowie der Kommunalpolitik verfügen (vgl. DHS 1995). Im Rahmen der Modellerprobung wurden darüber hinaus Überlegungen angestoßen, die von Koordinatoren in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe ein hohes Maß an Verbindlichkeit und Verlässlichkeit, soziale Kompetenz, einen unbürokratischen Arbeitsstil sowie Kontinuität und Ausdauer fordern. Schließlich sollten Koordinatoren die fachlichen Themen, die politischen und finanziellen Entwicklungen sowie die Problemlagen der Kooperationspartner kennen.

1.3 Ziele und Förderstruktur des Modellprogramms

Ausgehend von den strukturellen Problemen der Versorgung Suchtkranker sowie auf Basis von Vorüberlegungen zur Funktion von Koordination hatte das BMG 1995 das Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit aufgelegt, in dessen Mittelpunkt *die Verbesserung der Hilfen für von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln chronisch Abhängige* stand. Konzeptionell war das Modellprogramm auf von legalen (Alkohol, Medikamente) und illegalen Drogen bzw. polytoxikoman Abhängige ausgerichtet, die - wie die Modellkriterien ausführen - mit hoher Dosis und Intensität langjährig Suchtmittel konsumieren und polyvalente Konsummuster aufweisen. In dieser Gruppe bestehen i.d.R. gravierende medizinische und psychische Probleme. Die als „chronisch Abhängige“ zu charakterisierenden Personen sind - im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung - überdurchschnittlich von Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Armut und sozialer Entwurzelung betroffen sowie häufig (erheblich) strafrechtlich belastet. Oft haben sie mehrere Therapien abgebrochen und verfügen aktuell über keine (weitere) Motivation für eine abstinenzorientierte Behandlung.

Das Modellprogramm zielte auf struktureller Ebene insbesondere darauf ab, die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den drei o.g. Sektoren der Versorgung Suchtkranker zu erhöhen. Hierzu wurden Stellen für Koordinatoren geschaffen, die auf institutioneller Ebene - bezogen auf eine definierte Modellregion - Hilfeangebote erfassen und eine kontinuierliche, verbindliche, lokale und regionale Vernetzung von Versorgungs-

sektoren, der Träger und der Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten. Dabei sollte z.B. die wechselseitige Information der Einrichtungen und Dienste der drei Versorgungssektoren verbessert werden, damit diese koordiniert auf eine positive Veränderung der Lebenslage chronisch Abhängiger hinwirken konnten. Mittel- und langfristig wurde im regionalen Kontext eine Vernetzung der verschiedenen Hilfeangebote angestrebt, so daß eine qualifizierte und arbeitsteilige Gesamtbetreuungsplanung mit einer Kooperation verschiedener Versorgungssektoren und -angebote stattfinden konnte. Dabei sollten klare, möglichst vertraglich vereinbarte Kooperationsverpflichtungen zwischen den Leistungserbringern erreicht werden.

Neben koordinativen Aufgaben sollte im zweiten Modellbestandteil ein personenzentrierter ambulanter Hilfeansatz für chronisch Abhängige durch Case Manager/Lotsen entwickelt und implementiert werden, der neben der (nachgehenden) Hilfeerbringung vor allem auf Hilfevermittlung und einzelfallbezogene Hilfeplanung und -koordination zielt. Schließlich sollte im Rahmen des Modellprogramms eine genauere und empirisch abgesicherte Beschreibung der o.g. Zielgruppe nach Merkmalen und hinsichtlich ihrer Größenordnung vorgenommen werden.

Im Rahmen des Modellprogramms wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen geschaffen, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager/Lotse und ein Koordinator modellhaft (zusammen)arbeiteten, während in den anderen Modellregionen jeweils nur ein Case Manager tätig war (sog. Solo-Regionen). Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren³ und 31 Case Manager) gefördert. Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das BMG die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH - beauftragt.

Zur fachlichen Beratung und Steuerung des Modellprogramms wurde ein wissenschaftlicher Beirat konstituiert, zu dessen Mitgliedern neben den Vertretern des BMG und verschiedener Forschungsinstitute (IFT, ISS und FOGS) folgende Experten gehören: Prof. Dr. John, Universität Greifswald; Herr Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren; Prof. Dr. Schmid, Universität Hannover; Prof. Dr. May, Knappschafts Krankenhaus Bergmannsheil Bochum.

In der folgenden Übersicht sind die geförderten Modellträger und -regionen des Modellbestandteils Koordination zusammengefaßt.

³ Das Land Sachsen-Anhalt ist hinsichtlich dieses Modellteils nicht vertreten, da kein entsprechender Förderantrag vorlag.

Tab. 1: Geförderte Projekte

Bundesland	Träger der Koordination	Modellregion
Baden-Württemberg	Stadt Heilbronn	Stadt und Landkreis Heilbronn
Bayern	Stadt Erlangen, Klinik am Europakanal und Sprungbretter e.V.	Stadt und Landkreis Erlangen (Höchstadt), Stadt und Landkreis Fürth
Berlin	Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport	Bezirke Mitte, Tiergarten, Kreuzberg, Wedding, Friedrichshain*
Brandenburg**	Brandenburgische Landsstelle gegen die Suchtgefahren	Landkreis Oberhavel
Bremen	Gesundheitsamt Bremerhaven	Stadt Bremerhaven
Hamburg	HIDA Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS	Stadtteil Wilhelmsburg im Bezirk Harburg
Hessen	Stadt Kassel	Stadt Kassel
Mecklenburg-Vorpommern	Landkreis Demmin	Landkreis Demmin
Niedersachsen	Stiftung Lukaswerk gGmbH	Kreisfreie Stadt Salzgitter und Landkreis Wolfenbüttel
Nordrhein-Westfalen	Stadt Bochum, Innere Mission-Diakonisches Werk Bochum e.V. und Krisenhilfe Bochum e.V.	Stadt Bochum
Rheinland-Pfalz	Kreisverwaltung Germersheim	Landkreise Germersheim, Südliche Weinstraße und Stadt Landau***
Saarland	Stadtverband Saarbrücken	Stadtverband Saarbrücken
Sachsen	Stadt Hoyerswerda	Stadt Hoyerswerda ****
Schleswig-Holstein	Hansestadt Lübeck	Stadt Lübeck
Thüringen	Landratsamt Schmalkalden-Meiningen	Landkreis Schmalkalden-Meiningen

* bis 6 /1998: Bezirke Mitte, Tiergarten, Kreuzberg, Schöneberg.

** bis 12/1998

*** bis 5/1998: Landkreise Germersheim, Südliche Weinstraße und Ludwigshafen, Städte Landau und Speyer

**** bis 12/1998: Stadt Hoyerswerda, Landkreis Kamenz, Altkreis Weißwasser

1.4 Aufgabenprofil für Suchtkoordinatoren

Grundsätzlich besteht die Funktion des Koordinators darin, die lokal bzw. regional vorhandenen Dienste und Hilfen systematisch zu erfassen, Versorgungsangebote zu planen, auf eine verbindliche Kooperation der Versorgungsbeteiligten hinzuwirken und koordinative und vernetzende Tätigkeiten zu verstärken (vgl. BMG 1995). Von diesen allgemeinen Überlegungen ausgehend wurden in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat im Mai 1996 die Aufgaben der Koordinatoren im Modellprogramm u.a. wie folgt präzisiert:

- Regionale institutionelle und zielgruppenbezogene Bestandsaufnahme als erste und prozessual weiterzuführende Aufgabe. Dazu gehören:
 - institutionelle Bestandsaufnahme von Angeboten und Diensten der drei Sektoren, die in den Modellregionen an der Versorgung von (chronisch) Abhängigen beteiligt sind

- zielgruppenbezogene Bestandsaufnahme zu Identifikation, Umfangschätzung und genauerer Beschreibung der chronisch Abhängigen in den Modellregionen
 - Ermittlung und Analyse von Schnittstellen, Kooperationsstrukturen und -defiziten zwischen den Einrichtungen und Diensten sowie von entsprechenden Kommunikations- und Kooperationsbedarfen
 - Erhebung von Versorgungsdefiziten bzw. -bedarfen im Hinblick auf chronisch Abhängige.
- Mitwirkung an der (Weiter-)Entwicklung und Vernetzung regionaler Versorgungsstrukturen (sektor-, träger- und einrichtungsübergreifend) mit dem Ziel, die Hilfeebringung für chronisch Abhängige zu effektivieren. Hierzu gehören z.B.:
- Förderung von Vernetzung durch Koordination und wechselseitige Information der Träger und Einrichtungen innerhalb der traditionellen Suchtkrankenhilfe (Sektor I) sowie zwischen den Sektoren
 - (Weiter-)Entwicklung von Kooperationsstrukturen und -regeln mit dem Ziel, verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu erarbeiten und die traditionelle Suchtkrankenhilfe an der Pflichtversorgung zu beteiligen
 - Schaffung von und Mitwirkung an Gremien und Facharbeitskreisen (ggf. Erarbeitung von Geschäftsordnungen)
 - Mitarbeit an der Suchthilfeplanung
 - Informationsweitergabe an kommunale Stellen und Träger/Einrichtungen (z.B. durch fachliche Stellungnahmen im Sozialausschuß).
- Zusammenarbeit und regelmäßiger Austausch mit dem Case Manager und Unterstützung desselben, z.B. bzgl. klientenbezogener Vernetzung von Hilfeleistungen (Initiieren von Fallkonferenzen, Informationsweitergabe von Daten zur Struktur des regionalen Versorgungssystems etc.)
- Förderung der Qualifikation von Träger- und Einrichtungsmitarbeitern der Suchtkrankenhilfe und insbesondere von Mitarbeitern der Sektoren II und III, was u.a. folgendes umfaßt:
- Ermittlung der Fortbildungsbedarfe (Modellziele, Mitarbeiter- und Trägerwünsche, regionale Bedingungen)
 - Anregung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen.
- Öffentlichkeitsarbeit für unterschiedliche Zielgruppen wie z.B. Träger und Mitarbeiter in den drei Sektoren, lokale Fachöffentlichkeit wie etwa:
- Vorstellung der Ziele des Modellprogramms und der Funktion des Koordinators bei Trägern, Einrichtungen, Diensten, Behörden etc.
 - Erstellung von Broschüren zu verschiedenen sucht(hilfe)- bzw. vernetzungsrelevanten Themen
 - Initiierung und Durchführung von thematisch einschlägigen Veranstaltungen und Tagungen etc.

In Regionen, in denen Psychiatriekoordinatoren beschäftigt sind, sollten die Aufgaben der beiden Stellen aufeinander abgestimmt werden, um Tätigkeitsüberschneidungen zu vermeiden.

1.5 Aufbau des Berichts

Der Bericht zur Suchtkoordination im Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit - gliedert sich - nach der Einleitung - in vier Hauptkapitel.

Im Kapitel 2 wird die Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung beschrieben. Ausgangspunkt bilden u.a. Überlegungen zum Verhältnis von Evaluation und Beratung, zur Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven (Innen- und Außensicht), zu Analysedimensionen sowie zur Wirksamkeitsmessung. Anschließend werden Fragestellungen der Begleitforschung formuliert sowie das methodische Vorgehen und die eingesetzten Erhebungsverfahren im einzelnen beschrieben.

Kapitel 3 richtet seinen Blick auf die strukturellen Ausgangsbedingungen in den Modellregionen. Dabei geht es um organisatorische Voraussetzungen (Trägerschaft, Verortung in der Aufbauorganisation der Modellträger), die Qualifikationen der Modellmitarbeiter, Zuschnitt und Größe der Modellregionen sowie die Versorgungs- und Kooperationsstrukturen zu Modellbeginn.

Im Mittelpunkt von Kapitel 4 steht das Handlungsfeld von Suchtkoordinatoren. Nach einem einleitenden Überblick werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zu den Kernfeldern der Koordinatorentätigkeit: Planung und Steuerung, Versorgung, Kooperation und Vernetzung sowie Dienstleistungen im einzelnen dargestellt. Daran anschließend werden die regionalen Bedingungen zur Unterstützung der Koordinatorentätigkeit beschrieben (u.a. Modellträger, Politik, Leistungserbringer). Das Kapitel schließt mit einer zusammenfassenden Bewertung des Modellprogramms durch Suchtkoordinatoren und Modellträger (interne Sicht) und regionale Versorgungsbeteiligte⁴ (externe Sicht) ab.

In den Kapiteln 3 und 4 werden zu den jeweiligen thematischen Schwerpunkten die Ergebnisse der Modellevaluation sowie Erfahrungen und Wertungen aus unterschiedlichen Perspektiven verknüpft.

In Kapitel 5 wird das Modellprogramm bilanziert. Dabei werden die wichtigsten Ergebnisse und Erfahrungen zur Arbeit regionaler Suchtkoordinatoren zusammenfassend dargestellt. Darüber hinaus werden Empfehlungen für eine regionale Suchtkoordination formuliert.

⁴ Unter den Begriff „Versorgungsbeteiligte“ werden im folgenden all diejenigen Akteure subsumiert, die einen Beitrag zur Versorgung von Suchtkranken leisten bzw. hiermit administrativ oder politisch befaßt sind. Hierzu zählen bspw. Mitarbeiter und Trägervertreter der Suchtkrankenhilfe, der medizinischen Versorgung und der psychosozialen Hilfen, Leistungsträger, Mitarbeiter von kommunalen Ämtern, Mitglieder von politischen Ausschüssen (z.B. Gesundheitsausschuß).

2 VORGEHENSWEISE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

Die Erfahrungen und Effekte des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit wurden hinsichtlich des Modellbestandteils Koordination seit Juli 1996 von der wissenschaftlichen Begleitung dokumentiert und evaluiert. Im Mittelpunkt des Interesses standen dabei Fragen nach den Rahmenbedingungen, dem Handlungsspektrum sowie den (Aus-)Wirkungen der Koordinatorentätigkeit. Darüber hinaus sollten - ausgehend von der Tätigkeit der Koordinatoren - übergreifende Erkenntnisse zur (regionalen) Koordination der Hilfen für Suchtkranke erzielt werden.

2.1 Überlegungen zum Evaluations- und Beratungsansatz

Die Versorgung von chronisch Abhängigen erfolgt durch eine Vielzahl lokaler und überregionaler Akteure aus unterschiedlichen Versorgungssektoren, Trägern, Einrichtungen und Professionen. Hinzu kommen unterschiedliche Kosten- und Leistungsträger sowie kommunale Ämter (Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Wohnungsamt), die für verschiedene Leistungsbereiche zuständig sind. Suchtkoordination stellt folglich eine mehrdimensionale Funktion in einem komplexen Interventionsfeld dar.

Diese Bedingungen korrespondieren mit einer eher allgemeinen und verschiedene Ebenen berührenden Ziel- und Aufgabenformulierung des Modellprogramms. Darin enthalten sind sowohl übergreifende Aufgaben wie der Aufbau eines regional vernetzten Versorgungssystem als auch konkret operationalisierbare Tätigkeiten wie die Durchführung einer Bestandsaufnahme. Diese, für innovative staatliche Handlungsprogramme durchaus nicht untypische offene Ziel- und Aufgabenbeschreibung (vgl. LANGE 1983, GRUNOW 1990), ging im Fall des Modellbestandteils Suchtkoordination mit geringen Erfahrungen und Erkenntnissen hinsichtlich der (kommunalen) Koordination von gesundheitlichen und sozialen Hilfen überhaupt einher.

Beratung als Teil der Evaluation

Vor diesem Hintergrund hatte FOGS einen Evaluationsansatz gewählt, der neben dem methodisch kontrollierten Sammeln, Auswerten und Bewerten von Informationen und Daten auch die Beratung der Projektträger und -mitarbeiter bei der Umsetzung der Modellziele vorsah. Die Begleitforschung war also von Anfang an i.S. einer „projektformenden Einflußnahme“ (vgl. FRANK u. SEIFERT 1998, S. 172) an der Realisierung der Modellziele beteiligt. Dabei wurden u.a. folgende Aktivitäten und Interventionen umgesetzt:

- ❑ die Modellträger wurden bereits in der Vorphase der Modellimplementierung mit Blick auf die Umsetzung der Modellvorstellungen durch FOGS beraten (vgl. OLIVA u.a. 1998)
- ❑ im Rahmen des durch das BMG einberufenen wissenschaftlichen Beirats des Modellprogramms wurde ein Aufgabenprofil für Suchtkoordinatoren entwickelt (vgl. Abschn. 1.4)
- ❑ für einzelne Aufgaben der Suchtkoordinatoren wurden Umsetzungshilfen erstellt (z.B. Erfassungsbogen für eine regionale Bestandsaufnahme)

- im Rahmen von regelmäßig durchgeführten Tagungen (zwei- bis dreimal jährlich) wurden qualifizierende Maßnahmen zu zentralen Aspekten der Koordinations-tätigkeit organisiert (z.B. zu Themen wie Kooperation und Vernetzung von Sucht-krankenhilfe und Psychiatrie, Finanzierung sozialer Dienstleistungen, kommunale Haushaltsplanung)
- die wissenschaftliche Begleitung war gefordert, einen Beitrag zur Konzeptualisie-rung von Suchtkoordination zu leisten. Als Quellen dienten hierbei u.a. (theoreti-sche) Beiträge aus der Public-Health-Forschung (vgl. u.a. HAMBURGER PROJEKT-GRUPPE 1998, MURZA, HURRELMANN 1996, SCHARF u. DICKERSBACH 1996; SCHRÄDER 1990) sowie sozialplanerische Erfahrungen von FOGS.

Struktur, Prozeß und Ergebnis als Analysedimensionen

Um die komplexen Handlungs- und Wirkzusammenhänge im Interventionsfeld (vgl. MAYNTZ 1980) angemessen beschreiben zu können, wurde zwischen den Dimensionen Struktur, Prozeß und Ergebnis unterschieden (vgl. DONABEDIAN 1980). Hinsichtlich der Tätigkeiten von regionalen Suchtkoordinatoren beinhalten die Dimensionen u.a.:

- Struktur: strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen wie bspw. die An-siedlung und Ausstattung der Koordinatorenstellen, die Qualifikation der Suchtko-ordinatoren, Zuschnitt und Größe der Modellregionen sowie die vorgefundenen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen
- Prozeß: Aktivitäten und Interventionen der Suchtkoordinatoren im Handlungsfeld wie bspw. Bestandsaufnahme, Gremienarbeit, Organisation von Fortbildungen als auch fördernde und hemmende Einflußnahmen anderer Versorgungsbeteiligter
- Ergebnis: direkte und indirekte Wirkungen der Koordinatorentätigkeit in den ein-zelnen Handlungsfeldern (s.u.) sowie Aspekte der regionalen Institutionalisierung von Suchtkoordination (a) als Stelle und (b) als Funktion.

Allerdings ist die Übertragung des Konzepts von DONABEDIAN, der Struktur, Prozeß und Ergebnis eher als kausale (aufsteigende) Voraussetzungen versteht, nicht umfas-send möglich (vgl. SALZER u.a. 1997). Der Suchtkoordinator selbst ist einerseits „Ak-teur“ im regionalen Feld, andererseits soll er die bestehenden Strukturen aber auch dy-namisieren und ist insofern auch Prozeßbegleiter, wobei die Ergebnisse seiner Tätig-keit auch zu Strukturveränderungen führen. Struktur, Prozeß und Ergebnis dienen folglich eher als analytische Begriffe zur Strukturierung von wechselseitigen Einfluß-faktoren.

Interne und externe Perspektive

Suchtkoordination im Modellprogramm wird als Personalstelle bei freien und öffentli-chen Projektträgern gefördert und erprobt. Die Evaluation erfaßte deshalb in einem er-sten Schritt damit zusammenhängende Informationen und Daten, wertete diese aus und beurteilte sie unter Berücksichtigung der Einschätzungen von Suchtkoordinatoren und Projektträgern. Die beschriebene Komplexität des Gegenstands erforderte ein differenziertes Vorgehen, *das neben der internen auch eine externe Perspektive ein-nahm*. Diese wurde durch eine Beurteilung der Suchtkoordination bzw. der Tätigkeit von Suchtkoordinatoren aus dem Blickwinkel zentraler örtlicher Akteure (z.B. Politik,

Verwaltung) und Versorgungsbeteiligter (z.B. Leistungserbringer und -träger) sichergestellt.

Wirksamkeitsmessung

Erfassung und Darstellung der Effekte der Koordinatorentätigkeit orientierten sich an zentralen Handlungsfeldern (z.B. Planung, Kooperation). Dabei mußte unterschieden werden zwischen Ergebniskriterien erster und zweiter Ordnung:

- Ergebniskriterien erster Ordnung sind dann erfüllt, wenn die Vorgaben des Modellprogramms (z.B. Durchführung der Bestandsaufnahme und von Qualifizierungsmaßnahmen, Schaffung von Angeboten) von den Koordinatoren tatsächlich realisiert werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß damit positive Wirkungen für die Regionen verbunden sind.
- Ergebniskriterien zweiter Ordnung zielen darauf ab, die mit dem Modellprogramm intendierten Ziele wie bspw. Verbesserung der Versorgung, Vernetzung der Angebote bzw. Erreichbarkeit zu erhöhen, Veränderungsbereitschaft zu stärken, hinsichtlich ihres Wirkungsgrads zu bewerten.

Die Effekte der Koordinatorentätigkeit können bezogen auf die Ergebniskriterien erster Ordnung durch die eingesetzten Instrumente der Begleitforschung dargestellt werden. Die Ergebniskriterien zweiter Ordnung sind in ihrer Kausalität - aus methodischer Sicht - letztlich unbestimmt, weil die Tätigkeit der Suchtkoordinatoren, nur einen Ausschnitt der Gesamtheit möglicher Faktoren für solche Veränderungen abdeckt. Hier können, falls quantitative und/oder qualitative Veränderungen in den einzelnen Handlungsfeldern festgestellt werden, Aussagen über die Wirkungen der Suchtkoordination letztlich nur mit Einschränkungen getroffen werden.

2.2 Methodisches Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

2.2.1 Fragestellungen

Die Implementierung der Stelle eines Suchtkoordinators kann als organisations- und systembezogene Intervention (vgl. ØVRETVEIT 1998) im kommunalen gesundheits- und sozialpolitischen Handlungsfeld verstanden werden. Die Kernaufgabe der Begleitforschung bestand darin, folgende zentrale Fragestellungen zu beantworten:

- Unter welchen Bedingungen und auf welche Art und Weise werden durch die Arbeit der regionalen Suchtkoordinatoren welche Wirkungen bzw. Ergebnisse erzielt?
- Welche Bedingungen bzw. Faktoren fördern bzw. hemmen die Umsetzung der Modellziele und - inhalte?

Über diese allgemeinen Fragen hinaus zielte die wissenschaftliche Begleitung u.a. auf folgende spezifische Fragestellungen:

Strukturbezogene Fragestellungen

- Welche organisatorische Anbindung der Koordinatorenstelle hatten die Projektträger realisiert?
- Über welche Qualifikationen und Kompetenzen verfügen die Modellmitarbeiter?
- Welche Versorgungs- und Kooperationsstrukturen bestanden in den Modellregionen insbesondere hinsichtlich der Versorgung von chronisch Abhängigen, und welche Aufgaben ergaben sich daraus für Suchtkoordinatoren?
- Welche Planungsdaten lagen vor und welche Steuerungsinstrumente wurden genutzt?
- Hatten Suchtkoordinatoren Zugang zum zuständigen Dezernenten und zu relevanten Entscheidungsgremien?

Prozeßbezogene Fragestellungen

- In welchen Handlungsfeldern lagen die Tätigkeitsschwerpunkte der Koordinatoren?
- Wurden von Suchtkoordinatoren regionale Bestandsaufnahmen durchgeführt und haben sie an Suchthilfeplanungen mitgewirkt?
- Wirkten Suchtkoordinatoren an einer sektorübergreifenden Vernetzung der Hilfen für (chronisch) Abhängige mit?
- Welche Aktivitäten haben Suchtkoordinatoren zur Weiterentwicklung der institutionellen Kooperation entfaltet?
- Fand eine Zusammenarbeit mit den Case Managern statt?
- Haben Suchtkoordinatoren versorgungs- und kooperationsrelevante Informationen gesammelt und weitergegeben?
- Wurden von den Suchtkoordinatoren Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiter organisiert und durchgeführt?
- Waren Suchtkoordinatoren auch öffentlichkeitswirksam tätig?

Ergebnisbezogene Fragestellungen

- Konnten Datenlage und Planungsvoraussetzungen verbessert werden?
- Wurde ein (neuer) Suchthilfeplan erstellt?
- Konnten abgestimmte Leitlinien zwischen den Versorgungsbeteiligten erarbeitet werden?
- Wurden Angebote für (chronisch) Abhängige geschaffen bzw. Zugangbedingungen zu bestehenden Angeboten verbessert?
- Konnten Gremien zur sektorübergreifenden institutionellen Kooperation neu geschaffen bzw. bestehende Gremien reorganisiert werden?
- Konnten schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern geschlossen werden?

- ❑ Wurden Informationsmaterialien (z.B. Beratungsführer, Infoblätter) erstellt?
- ❑ Wie (un-)zufrieden waren die regionalen Akteure und Versorgungsbeteiligten mit der modellgeförderten Suchtkoordination?

2.2.2 Methodisches Vorgehen

Orientiert an den spezifischen Bedingungen und Voraussetzungen des Evaluationsgegenstands wurde ein Forschungsdesign gewählt, *das qualitative und quantitative Erhebungsmethoden kombiniert*. Im folgenden werden die Erhebungsinstrumente und -verfahren im einzelnen aufgeführt und dabei den Analysedimensionen Struktur, Prozeß und Ergebnis zugeordnet.

Strukturdimension - Einrichtungsdokumentation

Mit einem (teil-)strukturierten Erhebungsbogen wurden zu folgenden Aspekten Daten erhoben: Zuschnitt und Größe der Modellregion, Schätzzahlen zur Suchtproblematik, Versorgungs- und Kooperationsstrukturen, Stand der Planung und Planungszuständigkeiten, Behörden- bzw. Trägerstruktur und Ansiedlung der Koordinatorenstelle, Qualifikation des Suchtkoordinators, Stellenbeschreibungen und Kompetenzen.

Prozeßdimension

❑ *Besuche vor Ort und zentrale Tagungen*

Die Begleitforschung hat die Koordinatoren regelmäßig vor Ort besucht und mit ihnen und - nach Bedarf - mit Projektträgern und Landesbeauftragten für Sucht- und Drogenfragen (leitfadengestützte) Interviews geführt. Eine wichtige Rolle im Kontakt zwischen Modellmitarbeitern und wissenschaftlicher Begleitung spielten zentrale Tagungen mit Suchtkoordinatoren und Case Managern. Diese wurden u.a. genutzt, um (Zwischen-)Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sowie daraus abgeleitete Konsequenzen und Schlußfolgerungen zu diskutieren. Von besonderem Interesse waren in diesem Zusammenhang Stellungnahmen der Case Manager zur Arbeit der Koordinatoren in den Modellregionen.

❑ *Tätigkeitsberichte*

In der ersten Phase des Modellprogramms haben die Suchtkoordinatoren Tätigkeitsberichte erstellt. In diesen Berichten wurden u.a. Rahmenbedingungen, Ziele und Aufgaben, Handlungsspielräume und Entscheidungswege, Arbeitsschritte und Tätigkeitsschwerpunkte sowie Planungen und Hilfebedarfe beschrieben und bewertet.

❑ *Projektbeschreibungen*

Etwa zur Mitte des Modellprogramms haben die Koordinatoren - im Rahmen von Falldarstellungen - zwei „Projektverläufe“ (z.B. Gründung eines Arbeitskreises Sucht; Aufbau von [neuen] Versorgungsangeboten) dokumentiert, qualitativ beschrieben und einzelne Schritte und Ereignisse nach einem vorgegebenen Kategoriensystem bewertet. Die Projektbeschreibungen dienten vor allen dazu, das Spektrum der beteiligten Akteure, Umsetzungstrategien, fördernde und hemmende

(Rahmen-)Bedingungen sowie die komplexen Wechselwirkungen politisch-administrativer, kollektiver und individueller Faktoren (zumindest in Ansätzen) zu erfassen (vgl. OLIVA u.a. 1999).

□ *Tätigkeitsdokumentation*

In jeweils achtwöchigen Erhebungszeiträumen wurden 1998 und 1999 die Tätigkeiten der Koordinatoren exemplarisch erhoben. Bei der ersten Erhebung wurde auf einem Wochenblatt die täglich anfallende Zeit (in Minuten) für insgesamt 36 Kategorien in acht Tätigkeitsfeldern (z.B. institutionelle Kooperation und Vernetzung, Versorgungsplanung und Koordination) erhoben (vgl. OLIVA u.a. 1999). Nach einer Überarbeitung des Instruments wurden bei der zweiten Erhebung acht Kernaufgaben (z.B. Schaffung neuer Angebote, institutionelle Kooperation, Planung der Versorgung, Dienstleistungen) sowie übergreifende Tätigkeiten (z.B. interne Tätigkeiten, Arbeit für die wissenschaftliche Begleitung) unterschieden. Mit diesem Instrument wurden die Aufgaben der Koordinatoren nach Einzeltätigkeiten und Tätigkeitsgruppen (Was?), die Art der Tätigkeit (Wie?), den Ort der Tätigkeit (Wo?) sowie die Beteiligten (mit Wem?) dokumentiert. Erfasst wurde - wie auch bei den übergreifenden Tätigkeiten - zudem jeweils die Dauer (in Minuten) (s. Anhang, Anlagen 1).

□ *Dokumentation von Teilaufgaben*

Kontinuierlich dokumentiert wurden die Tätigkeiten der Koordinatoren in Facharbeitskreisen und Gremien sowie ihre Aktivitäten im Bereich der Fort- und Weiterbildung.

Ergebnisdimension

□ *Abschlußbefragung der Koordinatoren und Projektträger*

Um Verlauf und Ergebnis des Modellprogramms aus der internen Perspektive zu erfassen, wurden Koordinatoren und Projektträger abschließend unter Verwendung eines schriftlichen (teil-)standardisierten Fragebogens sowie in einem Interview ausführlich befragt. Bei der Befragung der Suchtkoordinatoren wurden Veränderungen und Entwicklungen in den Handlungsfeldern Versorgungsstruktur, (institutionelle) Kooperation, Planung der Versorgung und Dienstleistungen (z.B. Fortbildung, Beratung) erfaßt. In beiden Befragungen wurden daneben Rahmenbedingungen der Koordinatorentätigkeit (z.B. Unterstützungspotentiale) erhoben und eine zusammenfassende Bewertung der Suchtkoordination des Modellprogramms vorgenommen⁵.

□ *Befragung von regionalen Versorgungsteiligten*

Regionale Rahmenbedingungen und Wirkungen von Suchtkoordination wurden auch aus der Sicht unterschiedlicher Gruppen von regionalen Akteuren erfaßt. Das Erhebungsinstrument enthielt u.a. Fragen zur Art des Kontakts zum Suchtkoordinator, zum gegenwärtigen Stand sowie zur Entwicklung der Suchtkoordination in der Region. Darüber hinaus sollten die Befragten Veränderungen in Teilbereichen beurteilen. Weiterhin wurde nach fördernden und hemmenden Faktoren mit

⁵ In die Auswertung einbezogen wurden die Befragungsergebnisse von 13 Suchtkoordinatoren und 13 Projektträgern.

Blick auf die Suchtkoordination sowie vorhandenen Unterstützungspotentialen gefragt. Schließlich sollte die Bedeutung der Suchtkoordination für die Versorgung von Suchtkranken und die Vernetzung der Hilfen eingeschätzt sowie die Zufriedenheit mit der modellgeförderten Suchtkoordination angegeben werden.

Zur Erfassung dieser externen Perspektive wurde 832 regionalen Versorgungsbeteiligten in 14 Modellregionen Ende 1999 ein (teil-)standardisierter Fragebogen zugesandt. Die Erhebung erfolgte anonym. Befragt wurden u.a. die Leiter der kommunalen Ämter (z.B. Gesundheitsamt, Sozialamt, Ordnungsamt), die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien, die Leiter der wichtigsten Gremien, leitende Mitarbeiter aus Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sowie des psychosozialen und medizinischen Versorgungssektors sowie Vertreter von Leistungsträgern⁶. Die Rücklaufquote der Befragung betrug insgesamt 52 %.

Kontinuierlich und übergreifend wurden Dokumente und Materialien (z.B. Suchtberichte, Stellungnahmen, Kooperationsverträge) ausgewertet.

Im Sinn einer „begleitenden Evaluation“ (vgl. KROMREY 1999, S. 11) wurde von FOGS ein kooperativer Arbeitsstil gewählt. So wurde bei der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten und Umsetzungsstrategien mit den Suchtkoordinatoren kooperiert, um bspw. die jeweiligen regionalen Bedingungen bei Befragungen angemessen zu berücksichtigen, ohne allerdings die methodischen Anforderungen einer wissenschaftlichen Evaluation dabei zu vernachlässigen.

⁶ Je nach Modellregion wurden zwischen 35 und 102 Personen persönlich angeschrieben.

3 ORGANISATORISCHE UND STUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN

Im folgenden werden wichtige organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Suchtkoordinatoren dargestellt. Hierzu zählen die Ansiedlung der Koordinatorenstelle, das Qualifikationsprofil der Suchtkoordinatoren sowie Zuschnitt und Größe der Modellregionen und die (Defizite der) Versorgungs- und Kooperationsstrukturen insbesondere im Hinblick auf chronisch Abhängige.

3.1 Organisatorische Voraussetzungen

Ansiedlung der Koodinatorenstelle

Im Konzept des Modellprogramms wurde eine organisatorische Anbindung der Koordinatorenstellen in kommunaler Trägerschaft empfohlen, da ein interessen- und trägerübergreifender Arbeitsansatz realisiert werden sollte (vgl. BMG 1995). Darüber hinaus wurden hinsichtlich der Stellenansiedlung Überlegungen zur besonderen Verantwortung der Kommune bei der Koordination der Hilfen sowie zur „Initial- und Scharnierfunktion“ von Suchtkoordinatoren herangezogen (vgl. Abschn. 1.2).

Dieser Empfehlung sind nicht alle Projektträger gefolgt. Zwar waren zwei Drittel der Koordinatoren bei kommunalen Trägern beschäftigt, gleichwohl waren in drei Modellregionen die Koordinationsstellen an freie Träger vergeben (s. Abschn. 1.3).

Tab. 2 zeigt die Verortung der Koordinatorenstellen in der jeweiligen Aufbauorganisation der Träger.

Tab. 2: *Organisatorische Anbindung der Koordinationsstellen (N= 15)*

Organisatorische Anbindung der Koordinatoren	Zahl der Koordinatoren
Stabsstelle bei der Landesdrogenbeauftragten als freier Mitarbeiter	1
Stabsstelle Sozialplanung beim Abteilungsleiter* Jugend, Gesundheit, Soziales	1
direkte Unterstellung beim Leiter des Gesundheitsamts	6
direkte Unterstellung beim Leiter des Jugendamts	1
direkte Unterstellung beim Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes/Sozialmedizinischen Beratungsdienstes	3
Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben in einer Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle	1
Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben in einer Landesstelle gegen die Suchtgefahren	1
Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben in einem Fortbildungsinstitut**	1

* entsprach Dezernent

** ab 1997 wurden die Aufgaben der Koordination von zwei Mitarbeitern (auf jeweils einer halben Stelle) wahrgenommen.

Zur Anbindung bei den kommunalen Trägern: Eine Koordinatorin war auf einer Stabsstelle Sozialplanung des Dezernenten für Jugend, Gesundheit und Soziales des Landkreises tätig. In sechs Modellprojekten waren die Koordinatoren dem Gesundheitsamt zugeordnet und den jeweiligen Amtsleitern als Stabsstelle unmittelbar unterstellt. Ein Koordinator wurde bei einem Kreisjugendamt angestellt, das in dieser Modellregion für die Jugend- und Drogenhilfe im Kreis zuständig war. In drei Fällen waren die Koordi-

natoren nachgeordneten Dienststellen (SpD, Sozialmedizinischer Beratungsdienst) des Gesundheitsamts organisatorisch angegliedert.

Die organisatorische Einbindung der drei Koordinatoren, die bei freien Trägern angestellt waren, läßt sich nicht mit gemeinsamen Merkmalen beschreiben. In Brandenburg fungierte die Koordinatorin als Mitarbeiterin des Leiters der Landesstelle gegen Suchtgefahren. In Hamburg nahmen ein Koordinator (halbe Stelle) gleichzeitig Leitungsaufgaben auf Trägerebene wahr, die Koordinatorin (halbe Stelle) war Mitarbeiterin mit besonderen Aufgaben. Eine weitere Koordinatorin arbeitete als Mitarbeiterin mit besonderen Aufgaben in einer Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle, war jedoch (auch) der Leitungsebene des Trägers zugeordnet.

Sachliche und technische Ausstattung

Die Koordinatoren verfügten i.d.R. über ein Büro mit entsprechender technischer Ausstattung. Eine eigene Sekretariats- oder Verwaltungskraft stand allerdings nicht zur Verfügung. Das BMG hatte Modellträgern Sachkosten in Höhe von 1.000,00 DM als monatlichen pauschalen Zuschuß zu den tatsächlichen Sachkosten gewährt. Darüber hinaus entstehende Sachkosten waren von den Trägern selbst zu übernehmen. Für einige Aufgaben oder Projekte waren zusätzliche Mittel zu beschaffen, z.B. zur Deckung der Kosten für Fortbildungsveranstaltungen (z.B. Raummiete, Referentenhonorare) oder Druckkosten für Broschüren.

Die sachliche und technische Ausstattung wurde von der überwiegenden Mehrzahl der Koordinatoren als (eher) gut beurteilt. Mit Blick auf eine effiziente Erfüllung der Aufgaben eines Suchtkoordinators sollte gleichwohl die Notwendigkeit von unterstützenden (und aktuell zur Verfügung stehenden) Personalkapazitäten im Bereich Sekretariat und Verwaltung nicht unterschätzt werden.

Bewertung der Modell- und Versorgungsbeteiligten⁷

Vor dem Hintergrund der Modellerfahrungen hielt immerhin die Hälfte der Suchtkoordinatoren selber ihre Ansiedlung für (eher) ungeeignet, während über zwei Drittel der Projektträger die Ansiedlung als (eher) geeignet beurteilt haben.

Aus Sicht der befragten Versorgungsbeteiligten⁸ hatte sich die organisatorische Anbindung der Suchtkoordinatoren überwiegend als (eher) fördernd (68,4 %) auf die Suchtkoordination in der Region ausgewirkt, wobei auffällt, daß die Vertreter der Suchtkrankenhilfe eine etwas abgeschwächte positive Bewertung vornehmen (59,2 %) (s. Anhang, Tab. 2).

In der Verwaltung besteht zwischen den Handlungsmöglichkeiten einer Stelle und der organisatorischen Verortung i.d.R. ein Zusammenhang. Mit Blick auf die erfahrungsgestützte Bewertung der Handlungsmöglichkeiten von Suchtkoordinatoren liefern die Befragungsergebnisse ein differenziertes Bild. Die Modellmitarbeiter selber haben bspw.

⁷ Zur Verteilung derjenigen Personen, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Arbeitsbereichen siehe Anhang, Tab. 1.

⁸ Informiert über die Tätigkeit eines Suchtkoordinators im Rahmen des Modellprogramms zeigten sich 87 % der Befragten, wobei 81,4 % angaben, direkten Kontakt zum Suchtkoordinator der Region gehabt zu haben. Dieser direkte Kontakt erfolgte überwiegend im Rahmen von Arbeitskreisen (31,9 %), Besprechungen (19,4 %) und Veranstaltungen (16,8 %). Darüber hinaus fanden Kontakte im Rahmen von Projekten (10,7 %) und Planungs- und Steuerungsaktivitäten (10,5 %) statt.

beschrieben, daß sie die Inhalte ihrer Tätigkeit als auch Kontakte nach außen/zu Dritten relativ autonom bestimmen konnten bzw. lediglich eine (informelle) Abstimmung mit Vorgesetzten notwendig war. Dieser internen Sicht steht die Perspektive der Versorgungsbeteiligten gegenüber. Diese bewerten die den Modellmitarbeitern zugestandenen Entscheidungsbefugnisse und Handlungsmöglichkeiten zu erheblichen Teilen (46,3 %) als (eher) hemmend für die Entwicklung der Suchtkoordinatorin in den Regionen, wobei Befragte aus der Kommunalpolitik (55,5 %) und aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe (62 %) die Handlungsmöglichkeiten skeptischer beurteilten als Befragte aus der kommunalen Verwaltung (31,6 %) und der psychosozialen Versorgung (35,7 %).

Eine differenzierte Betrachtung der Bewertungen zeigt, daß insbesondere dann Koordinatoren und Projektträger die organisatorische Anbindung als (eher) ungeeignet beurteilt haben, wenn Suchtkoordinatoren nicht in der kommunalen Verwaltung angesiedelt waren. Darüber hinaus haben Suchtkoordinatoren die Ansiedlung in kommunalen Verwaltungen als (eher) ungeeignet erlebt, wenn diese mit einem gebietskörperschaftübergreifenden Zuschnitt der Modellregion oder einem unzureichenden Handlungsspielraum verbunden waren.

Damit zeigen die Erfahrungen des Modellprogramms, daß sich die Ansiedlung von Suchtkoordinatoren als (Stabsstelle) bei den Leitern der für Suchtprobleme und -erkrankungen zuständigen Ämtern der kommunalen Verwaltung am ehesten bewährt hat.

Eine Zuordnung als Stabsstelle beim zuständigen Dezernenten - wie sie die EXPERTENKOMMISSION (1988) für Psychiatriekoordinatoren empfiehlt - wurde auch von verschiedenen Beteiligten des Modellprogramms angeregt. Erwartet wird hierdurch in erster Linie ein höheres (politisches) Realisierungspotential für Vorschläge des Suchtkoordinators. Dem steht gegenüber, daß eine solche Ansiedlung jedoch auf Mitwirkungsmöglichkeiten auf der die politischen Entscheidungen i.d.R. vorbereitenden Verwaltungsebene verzichten würde und darüber hinaus durch eine größere Praxisferne gekennzeichnet wäre.

3.2 Qualifikation und Kompetenz von Suchtkoordinatoren

Im folgenden wird dargestellt, über welche Qualifikationen die Suchtkoordinatoren zu Modellbeginn verfügten. Dazu zählen neben Ausbildung und Studium auch Berufserfahrung in der Suchtkrankenhilfe und Kenntnisse der Versorgungsstrukturen vor Ort. Einen Überblick zu diesen Qualifikationen gibt Tab. 3.

Tab. 3: Qualifikation der Koordinatoren (N = 15)

Studium/Ausbildung	Zahl der Koordinatoren	Berufserfahrung in der Suchthilfe			Kenntnis der regionalen Versorgungsstruktur	
		langjährig*	vorhanden	keine	ja	nein
Psychologie/ Pädagogik/ Soziologie/ Sozialwissenschaft/ Verwaltungswirtschaft/ Medizin	8	4	2	2	4	4
Sozialarbeit, -pädagogik	4	1	3	-	4	-
sonstiges (u.a. Lehramt)	3	1	1	1	2	1

*langjährig = > fünf Jahre

Sieben Koordinatoren hatten einen für ihre Tätigkeit einschlägigen Diplomstudiengang abgeschlossen, ein Koordinator hatte einen medizinischen Abschluß. In vier Modellstandorten arbeiteten Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen als Koordinatoren. Zwei Koordinatoren hatten ein Lehramtsstudium absolviert und ein Koordinator verfügte über eine Berufsausbildung im erzieherischen Bereich.

Die Berufserfahrung der Koordinatoren in der Suchtkrankenhilfe variierte erheblich: Während sich einige Mitarbeiter bereits seit mehr als 20 Jahren beruflich in der Suchtkrankenhilfe engagierten, war dieses Arbeitsfeld für drei Koordinatoren neu. Insgesamt verfügten vier Fünftel der Koordinatoren über Erfahrungen von mindestens einem Jahr in diesem Arbeitsfeld. Zwei Drittel der Mitarbeiter kannten die regionale Versorgungssituation aufgrund vorhergehender beruflicher Tätigkeit im Suchtbereich. Ein Drittel der Koordinatoren war mit den regionalen Versorgungsstrukturen vor Beginn der Arbeit nicht vertraut, da sie entweder neu in die Region zugezogen bzw. bisher nicht im Bereich der Suchtkrankenversorgung tätig waren.

Als hilfreich für die Arbeit von Koordinatoren wurden Erfahrungen in angrenzenden und aufgabennahen Bereichen angesehen. Ein Drittel der Koordinatoren hatte vor Antritt der Modellstelle in leitender Funktion gearbeitet - überwiegend als Leiter einer Einrichtung der Drogen- oder Suchtkrankenhilfe. Sechs Koordinatoren waren in kommunalen Verwaltungen/Einrichtungen tätig. Vier Koordinatoren hatten Fortbildungen im Bereich von Sozialplanung bzw. -management/Koordination absolviert oder durch vorhergehende berufliche Tätigkeiten in diesem Bereich Kenntnisse erworben. Über Erfahrungen im Bereich von wissenschaftlicher Arbeit oder Dozententätigkeit verfügte ebenfalls ein gutes Drittel der Koordinatoren.

Bewertung der Modell- und Versorgungsbeteiligten

Am Ende des Modellprogramms sollten Suchtkoordinatoren und Modellträger vor dem Hintergrund der Modellerfahrungen Anforderungen (Qualifikationen und Erfahrungen) für Suchtkoordinatoren gewichten. Die Befragten machten dabei deutlich, daß aus ihrer Sicht vor allem drei Anforderungsbereiche bedeutsam sind:

- Suchtkoordinatoren benötigen fachliche Kompetenzen, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Zu diesen zählen u.a. Wissen über Suchterkrankungen und zur Suchtkrankenversorgung sowie Kenntnisse der regionalen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen. Suchtkoordinatoren müssen im Diskurs vor allem inhaltliche Positionen vertreten können, die die aktuelle Fachdiskussion ebenso berücksichtigen wie fachliche Standards. Fachlichkeit ist darüber hinaus auch mit Blick auf die Koordinationstätigkeit im engeren Sinne erforderlich. Dabei sind Kenntnisse des Projekt- und Organisationsmanagements durch ein spezifisches Kooperationsmanagement zu ergänzen.
- Für Suchtkoordination kommt sozialen Kompetenzen ebenfalls ein hoher Stellenwert zu. Koordinatoren bewegen sich in einem Feld divergierender Interessen und kommunizieren mit Personen, die sich u.a. nach Professionen, Einfluß, Macht und persönlichen Eigenheiten unterscheiden. Diese gilt es häufig zusammenzubringen und für gemeinsame Aktivitäten zu gewinnen. Kommunikative, moderierende und motivierende Fähigkeiten stellen deshalb eine zentrale Basisqualifikation für die Arbeit von Suchtkoordinatoren dar.

Beide (Qualifikations-)Anforderungen sind zwingend für eine effektive und effiziente Aufgabenerledigung erforderlich. Aus Sicht der Suchtkoordinatoren sind persönliche

Fähigkeiten bedeutsam, die eine längerfristige und unablässige Zielverfolgung ermöglichen wie bspw. Geduld, Ausdauer, Beharrlichkeit, Hartnäckigkeit. Daneben spielen Verwaltungskennntnisse (einschließlich sozial- und verwaltungsrechtlicher Kennntnisse) sowie sozialpolitische Erfahrungen für Suchtkoordinatoren eine wichtige Rolle.

Koordinatoren und Projektträger haben im Rahmen der Abschlußbefragung (im nachhinein) die qualifikatorischen Voraussetzungen der Modellmitarbeiter zu Modellbeginn eingeschätzt. Selbst- wie Fremdeinschätzung kennzeichnen die Voraussetzungen der Modellmitarbeiter überwiegend als (sehr) gut. Lediglich hinsichtlich sozialrechtlicher Kennntnisse und Finanzierungsstrukturen sowie Verwaltungserfahrung haben Koordinatoren und Projektträger die Voraussetzungen der Modellmitarbeiter als (eher) schlecht beurteilt.

Aus Sicht der befragten Versorgungsbeteiligten (N = 275) hatte sich die Kompetenz der Suchtkoordinatoren (eher) fördernd (80 %) auf die Suchtkoordination in den Regionen ausgewirkt (s. Anhang, Tab. 2). Mitarbeiter aus kommunalen Verwaltungen haben dabei der Tendenz nach die Kompetenzen der Suchtkoordinatoren eher als (sehr) fördernd bewertet als Mitarbeiter aus der Suchtkrankenhilfe (85,5 % bzw. 72,6 %). Trotz der insgesamt positiven Bewertung: Jeder fünfte Befragte konstatierte Kompetenzdefizite bei einzelnen Koordinatoren, wobei eine Betrachtung der Einzelregionen eine breite Streuung in der Bewertung zeigt, was u.a. auch auf eine unterschiedliche Aufgabenerfüllung durch die Modellmitarbeiter zurückzuführen ist.

In der Summe zeigen die Ergebnisse des Modellprogramms, daß Fachlichkeit, soziale und kommunikative Kompetenz sowie Kennntnisse des Managements von intra- und interorganisatorischen Kooperationsbeziehungen wichtige Schlüsselqualifikationen der Suchtkoordination sind.

3.3 Rahmenbedingungen der Modellregionen

Zuschnitt und Größe der Modellregionen

Für die Koordination der Hilfen für Suchtkranke lagen zu Modellbeginn zu Zuschnitt und Größe einer Versorgungsregion keine Erfahrungen vor. Vorüberlegungen bezogen sich u.a. auf Empfehlungen aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgung, in denen für die ambulante Versorgung von Suchtkranken eine Versorgungsregion von 150.000 Einwohnern empfohlen wird (vgl. EXPERTENKOMMISSION 1988). Hierbei wird die Koordination der (psychiatrischen) Hilfen insgesamt eng mit der jeweiligen Gebietskörperschaft und ihren administrativen und (sozial-)politischen Strukturen verknüpft. Gleichzeitig war es wichtig, bei der Auswahl der Modellregionen die regionalen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen angemessen einzubeziehen, wobei hierbei u.a. Fragen der Dichte und Differenzierung der Versorgungsangebote sowie der Gremienstrukturen berücksichtigt werden sollten.

Die von den Projektträgern ausgewählten Modellregionen (zu Beginn des Modellvorhabens) sind der folgenden Tab. 4 zu entnehmen. Dabei sind die Modellregionen drei Gruppen zugeordnet: großstädtische, städtische und ländliche Regionen. Unterschieden wird zudem zwischen der Einwohnerzahl des Projektstandorts und der Modellregion. Daneben wurde bei der Zuordnung auch auf bestehende Versorgungsstrukturen sowie insgesamt auf den vorherrschenden „Charakter“ der Modellregion geachtet.

Tab. 4: Modellregionen und -standorte nach Größe, Einwohnerzahl und Fläche

Modellregion	EW im Standort in Tausend	EW in Modellregion	Fläche der Modellregion in km ²
großstädtisch			
Berlin: Bezirke Mitte, Tiergarten, Kreuzberg, Schöneberg	3.470,2	485,5	890,82 (Berlin insg.)
Hamburg: Stadtteil Wilhelmsburg im Bezirk Harburg	1.706,8	47,9	755,20 (HH insg.)
Stadt Bochum	400,5	400,5	145,43
Stadt und Landkreis Kassel	201,4	441,9	1.399,53
Stadt Lübeck	216,9	216,9	214,16
Stadtverband Saarbrücken	187,8	358,2	410,61
städtisch			
Stadt Bremerhaven	130,8	130,8	77,68
Stadt und Landkreis Erlangen (Höchstädt), Stadt und Landkreis Fürth	101,5	442,6	1.012,06
Stadt und Landkreis Heilbronn	121,7	422,5	1.199,57
Stadt Salzgitter und Landkreis Wolfenbüttel	117,7	239,2	946,09
ländlich			
Landkreis Demmin	< 20,0	99,3	1.921,38
Landkreise Germersheim, Südliche Weinstraße und Ludwigshafen, Städte Landau und Speyer	< 20,0	456,3	1.533,53
Stadt Hoyerswerda, Landkreis Kamenz, Altkreis Weißwasser	59,9	268,1	1.993,40
Landkreis Oberhavel (Oranienburg)	28,4	168,7	1.798,22
Landkreis Schmalkalden-Meinigen	23,8	147,3	1.210,18

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 1997.

Die Übersicht zeigt, daß in den alten Bundesländern sowohl großstädtische, städtische als auch ländliche Regionen vertreten waren, während die Modellregionen in den neuen Bundesländern alle zu den ländlichen Regionen zählten. Ferner wird deutlich, daß die Zahl der Einwohner in den Modellregionen erheblich variiert: Sie reichte von rd. 48.000 (im Stadtteil Hamburg-Wilhelmsburg) bis zu fast 500.000 Einwohnern in den vier Berliner Bezirken. Eine große Varianz war auch in bezug auf die flächenmäßige Ausdehnung der Modellregionen festzustellen.

In etwa der Hälfte der Modellregionen stimmten deren Grenzen mit denen kommunaler Gebietskörperschaften überein. In anderen Regionen gingen sie darüber hinaus und umfaßten weitere angrenzende Kommunen, Städte und Gemeinden (z.B. Region Südpfalz). In einigen Modellregionen wurde von den Antragstellern zwischen einer

„Kernregion“ und einer erweiterten Region (z.B. in Hamburg, Kassel, Erlangen) unterschieden, die benachbarte Gebietskörperschaften mit einschloß.

Grundsätzlich unterschieden sich die Modellregionen der alten und neuen Bundesländer in bezug auf die Suchtproblematik. Während in den alten Bundesländern die Abhängigkeit von legalen und von illegalen Drogen im Vordergrund stand, konzentrierte sich die Suchtproblematik in den neuen Bundesländern erwartungsgemäß auf Alkohol (vgl. HARTMANN u.a. 1998).

Im Verlauf des Modellprogramms haben sich Größe und Zuschnitt verschiedener Modellregionen insbesondere dort als problematisch erwiesen, wo mehrere Gebietskörperschaften (z.B. Stadt und Landkreis) in einer Modellregion zusammengefaßt waren. In diesen Regionen waren politische und administrative Abstimmungen zur Koordination und Planung der Hilfen z.T. kaum bzw. nur mit großem Mehraufwand zu erreichen. Dabei spielten unterschiedliche Interessenlagen und Mitwirkungsbereitschaft ebenso eine Rolle wie eine kritische Distanz gegenüber Suchtkoordinatoren, die von außerhalb kamen und nicht als Mitarbeiter der eigenen Verwaltung auftraten. Darüber hinaus stießen einzelne Koordinatoren auch an Grenzen hinsichtlich des anfallenden Zeitaufwands in der Zusammenarbeit mit den Akteuren mehrerer Gebietskörperschaften. Als eine Folge der beschriebenen Probleme wurden nach zwei Jahren die Modellregionen mit den Standorten Germersheim und Hoyerswerda verkleinert bzw. auf eine Gebietskörperschaft eingegrenzt (s. Abschn. 1.3). Darüber hinaus haben einige Koordinatoren ihren Arbeitsschwerpunkt auf einzelne Gebietskörperschaften konzentriert.

Versorgungs- und Kooperationsstrukturen

Die Koordinatoren haben in der ersten Modellphase jeweils eine regionale Bestandsaufnahme durchgeführt (vgl. Abschn. 4.2). Die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahmen lieferten in den Regionen einen vertieften Einblick in die Versorgung von chronisch Abhängigen sowie in bestehende Kooperationsstrukturen. Damit werden auch wichtige Ausgangsbedingungen für die Tätigkeit der Suchtkoordinatoren beschrieben, die als Vergleichsbasis für die Ergebnisse der Koordinatorentätigkeit in den Modellregionen dienen können.

Die Bestandsaufnahmen zeigten regionenübergreifend hinsichtlich der Versorgung von chronisch Abhängigen u.a. folgende Schwachstellen auf:

- ❑ Im Bereich Wohnen fehlen, wie weitgehend übereinstimmend aus der Perspektive aller drei Versorgungssektoren festgestellt wurde, u.a. betreute Wohnangebote für „nasse“ Alkoholiker bzw. aktiv konsumierende Drogenabhängige sowie flexible Möglichkeiten der Wohnraumversorgung, die über die Angebote der Wohnungslosenhilfe hinausgehen.
- ❑ In den Bereichen Arbeit und Freizeit bestehen Versorgungslücken bezüglich tagesstrukturierender Angebote, die elementare Kontaktbedürfnisse befriedigen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern sowie Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die sowohl tagesstrukturierende Aufgaben erfüllen und schrittweise auf die Anforderungen des ersten und zweiten Arbeitsmarkts vorbereiten.
- ❑ Vor allem für Alkoholabhängige fehlen niedrighschwellige Basishilfen wie bspw. Kontakt- und Anlaufstellen, kurzfristige Notunterkünfte sowie eine medizinische Notfallversorgung, die keine „Wartezimmerfähigkeit“ voraussetzt.

- ❑ In Abgrenzung zur „Komm-Struktur“ einer Vielzahl von Angeboten erforderte eine bedarfsgerechte Versorgung der Zielgruppe verstärkt Arbeitsansätze, die aufsuchende und nachgehende Arbeit praktizieren, um Beziehungskontinuität und systematische Hilfeebringung zu sichern.
- ❑ Die Chronizität der Erkrankung bzw. die sozialen Notlagen sowie eine fehlende Bereitschaft/Fähigkeit der Inanspruchnahme von Angeboten der Suchtkrankenhilfe erforderte bei der Zielgruppe häufig eine unbürokratische und je nach Betreuungsabschnitt auch intensive und langfristige Einzelfallbetreuung.
- ❑ In verschiedenen Regionen fehlten (qualifizierte) Entzugsangebote mit einer niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeit sowie adäquate Anschlußmaßnahmen bspw. Nachsorgeangebote, betreutes Wohnen.
- ❑ In einigen Modellregionen wurde auf fehlende Möglichkeiten, Klienten längerfristig unterzubringen, hingewiesen. Formuliert wurden hier bspw. Bedarfe nach speziellen Wohnheimen (sozialtherapeutischen Heimen) mit unbegrenzter Aufenthaltsdauer sowie Angebote für ältere und pflegebedürftige Abhängige, die in Altenpflegeheimen nicht adäquat untergebracht werden können.
- ❑ Es fehlt insbesondere an einem zwischen allen Versorgungsbeteiligten abgestimmten Gesamtkonzept, in dessen Rahmen sektorübergreifend Arbeitsansätze sowie Betreuungs- und Behandlungsmethoden aufeinander abgestimmt werden können.

Die beschriebenen Versorgungsdefizite bestehen in der überwiegenden Zahl der Modellregionen. *Gleichwohl lassen sich nach Umfang und Intensität Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern beschreiben.* Während in den alten Bundesländern eine relativ differenzierte Versorgungsstruktur für Suchtkranke - insbesondere für Drogenabhängige - bestand, wiesen die Bestandsaufnahmen in den neuen Bundesländern hinsichtlich bestimmter Bereiche Versorgungsdefizite auf. In Verbindung mit einem unterschiedlichen Differenzierungsgrad von Angeboten wurden in den neuen Bundesländern in erster Linie Grundversorgungsanforderungen (z.B. Aufbau von Angeboten, Einstellung von Fachkräften) formuliert, während in den alten Bundesländern häufiger auf spezifische Bedarfe hingewiesen wurde - wie bspw. Angebote besonderer Zielgruppen (z.B. Frauen, ältere Menschen) - oder auf Angebotsdifferenzierungen (z.B. Tagesklinik).

Deutliche Unterschiede bestehen im Versorgungsgrad von Drogen- und Alkoholabhängigen. Während bspw. niedrigschwellige Basishilfen häufiger für Drogenabhängige vorgehalten werden, fehlen sie für Alkoholabhängige weitgehend. Darüber hinaus variierten die zur Verfügung stehenden Betreuungskapazitäten im Verhältnis zur regional geschätzten Zahl von chronisch Abhängigen. Dabei überstiegen die Betreuungskapazitäten der Drogenhilfe die der Suchthilfen für Alkoholabhängige deutlich.

Die Bestandsaufnahmen in den Modellregionen lieferten ferner Ergebnisse zu Defiziten in der fallbezogenen und institutionellen Kooperation:

- ❑ Voraussetzungen für eine fallbezogene Kooperation sind gebahnte Kontakte zwischen verschiedenen Einrichtungen und Diensten, Informationen über die jeweils vorgehaltenen Angebote und Hilfen sowie im Einzelfall Absprachen über die Aufgabenverteilung bzw. Zuständigkeit. Mit Blick auf diese drei Kernelemente von Kooperation zeigten die Bestandsaufnahmen sowohl generelle Kooperationsdefizite als auch Schwachstellen bei der Versorgung von chronisch Abhängigen. Diese bezogen sich vor allem auf die sektorübergreifende Zusammenarbeit bspw. zwischen der Suchtkranken- und der Wohnungslosenhilfe oder zwischen diesen und nieder-

gelassenen Ärzten. Aber auch innerhalb der Sektoren wurden Kooperationsmängel bspw. zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen festgestellt.

- ❑ Multiple Hilfebedarfe der Zielgruppe erfordern über Einzelabsprachen hinaus eine fallbezogene Koordination von Hilfen im Sinne von Case Management. Die Bestandsaufnahmen stellten hier einen nicht gedeckten Bedarf fest, der häufig mit Mehrfachbetreuungen, Betreuungsabbrüchen oder kritischen Betreuungsverläufen einhergeht.
- ❑ Insbesondere bei der Versorgung von chronisch mehrfachgeschädigt Alkoholabhängigen wurde hinsichtlich der fallbezogenen Kooperation von Einrichtungen und Diensten der Sektoren II und III auf Schwachstellen im Bereich traditioneller Suchtkrankenhilfe verwiesen. Deren Arbeitsweise (z.B. Komm-Struktur, begrenzte Erreichbarkeit, Abstinenzorientierung) erschwert bspw. (gemeinsame) Sofortmaßnahmen im Krisenfall (z.B. von Krankenhaus und Beratungsstelle) oder eine direkte Übernahme der Klientel, z.B. nach einem stationären Aufenthalt.
- ❑ In den Sektoren II und III erwachsen Schwierigkeiten in der fallbezogenen Kooperation auch aus fehlenden bzw. geringen suchtspezifischen Kenntnissen von Mitarbeitern, der Ignorierung der Suchterkrankung, der persönlichen Ablehnung von Suchtkranken oder aus unzureichenden strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen bspw. in Arztpraxen und Wohnungsloseneinrichtungen.
- ❑ In vielen Versorgungsregionen fehlen geeignete Gremien und Facharbeitskreise. Obwohl in einigen Modellregionen eine Vielzahl entsprechender Gremien bestand, mangelt es auch hier i.d.R. an sektorübergreifenden Kooperationsstrukturen. Insgesamt fehlen zudem abgestimmte fachliche Leitlinien und Kooperationsstandards. Handlungsbedarfe wurden im Rahmen der Bestandsaufnahmen mit Blick auf die institutionelle Vernetzung von Einrichtungen und Diensten der Drogen- und Suchtkrankenhilfe mit denen der psychosozialen (einschließlich kommunaler Behörden) und psychiatrischen Versorgung aufgezeigt.
- ❑ Auch in den Bereichen, in denen fallbezogen zusammengearbeitet wird und eine institutionelle Kooperation besteht, wurde oftmals auf das Fehlen verbindlicher Absprachen und Regelungen hingewiesen. Vertragliche Vereinbarungen über die Kooperation in der Arbeit mit Suchtkranken bestehen lediglich vereinzelt. Ergänzend wurden als Hemmnisse für eine fachlich begründete Kooperation Konkurrenz- und Abgrenzungsdenken der an der Versorgung beteiligten Personen, Einrichtungen und Träger angeführt.
- ❑ Schließlich behinderten - in besonderem Maße bei chronisch Kranken - unklare und geteilte Kostenzuständigkeiten, bürokratische Strukturen und fehlende finanzielle Ressourcen die Entwicklung von tragfähigen Kooperationsstrukturen.

Hinsichtlich der skizzierten Kooperationsdefizite bestanden Unterschiede zwischen Modellregionen mit einer bereits entwickelten Kooperationskultur, fallbezogener Zusammenarbeit und einer differenzierten Gremienstruktur und Regionen, in denen diese Voraussetzungen nicht gegeben sind. Während es in der ersten Gruppe häufiger um eine „Feinabstimmung“ in der Zusammenarbeit ging (z.B. Übergang von niedrighem zu abstinenten Hilfen), mußten in der zweiten Gruppe Grundvoraussetzungen der Zusammenarbeit geschaffen werden. Auch fanden sich Modellregionen mit entwickelten Kooperationsstrukturen eher in den alten Bundesländern und in (groß-)städtischen Regionen. Regionen mit einer weniger entwickelten Struktur lagen eher in den neuen Bundesländern und in ländlichen Regionen. Bzgl. der neuen Bundesländer war allerdings zu berücksichtigen, daß aufgrund anderer Traditionen der Versorgung

noch persönliche Kontakte zwischen den Versorgungsbeteiligten bestanden, die eine fallbezogene Kooperation erleichterten.

Schließlich erwiesen sich solche Modellregionen als problematisch, in denen eine unzureichend entwickelte und/oder nur gering differenzierte Angebots- und Kooperationsstruktur vorhanden war. In einigen Fällen konnten folglich die Kapazitäten der Koordinatorenstelle wegen des begrenzten Koordinierungsbedarfs nur unzureichend genutzt werden.

Bewertung der Modell- und Versorgungsbeteiligten

Die mit Zuschnitt und Größe der Modellregionen sowie den Versorgungs- und Kooperationsstrukturen einhergehenden Problemfelder spiegeln sich auch in den Antworten der befragten Versorgungsbeteiligten wider.

Über ein Drittel der Befragten hielt bspw. die Größe der (Modell-)Region bzw. der Gebietskörperschaft mit Blick auf die Suchtkoordination für (eher) hemmend (s. Anhang, Tab. 2). Dies galt insbesondere für die Flächenkreise der ländlichen Regionen (57,7 %) und den Zuschnitt der Berliner Modellregion (65,2 %).

Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, daß eine die Grenzen der kommunalen Gebietskörperschaft überschreitende Suchtkoordination nur dort sinnvoll ist, wo entweder überregionale Institutionen bzw. Verbände für die Versorgungsplanung zuständig sind (z.B. Bayerische Bezirke) oder zwischen den Gebietskörperschaften institutionalisierte bzw. verbindliche Vereinbarungen über einen gemeinsamen Planungsrahmen bestehen.

In großstädtischen Regionen müssen in besonderer Weise die (sozial-)politischen, versorgungsrelevanten und administrativen Ausgangsbedingungen berücksichtigt werden. Eine auf einzelne oder mehrere Bezirke ausgerichtete Koordination der Hilfen für Suchtkranke kann dann wirkungsvoll sein, wenn sie entweder durch geklärte Zuständigkeiten administrativ (ab-)gesichert ist oder projektbezogen mit verbindlich definierten Aufgaben (z.B. Reorganisation von Kooperationsstrukturen, Umbau der Versorgungsstrukturen) organisiert wird.

Die regionalen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen wurden überwiegend als (eher) fördernd eingeschätzt (73,2 % bzw. 85,7 %). Dabei haben Vertreter der Selbsthilfe diese tendenziell als weniger fördernd bewertet (58,4 % bzw. 76,9 %), was u.a. auf die geringere Eingebundenheit von Selbsthilfe in die professionellen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen zurückzuführen sein dürfte.

Im Regionenvergleich wurden die differenzierten Versorgungsstrukturen in den alten Bundesländern allerdings zu größeren Anteilen als (eher) hemmend beurteilt als die weniger entwickelten Strukturen in den neuen Bundesländern (30 % bzw. 11,3 %). Spezifizierte Hilfen für Suchtkranke, die in unterschiedlichen Versorgungssektoren vorgehalten werden, stellen an Suchtkoordination erhöhte Anforderungen und machen in besonderem Maß ein abgestimmtes Vorgehen der für die Suchtkoordination zuständigen Administration erforderlich.

Zieht man die Ergebnisse einzelner Modellregionen in die Betrachtung mit ein, so waren aus Sicht der Versorgungsbeteiligten u.a. folgende Punkte problematisch: eine große Einwohnerzahl, eine erhebliche Ausdehnung in der Fläche bzw. die Zusammenlegung verschiedener Gebietskörperschaften. Darüber hinaus waren Regionen „problembelastet“, die entweder über eine besonders differenzierte Versorgungs- und Kooperationsstruktur verfügten bzw. wo solche Strukturen noch wenig entwickelt waren.

Schließlich hat es sich als schwierig erwiesen, wenn planende und steuernde Instanzen für Teilbereiche der Versorgung von Suchtkranken auf unterschiedliche kommunale Ämter verteilt waren.

4 DAS HANDLUNGSFELD VON SUCHTKOORDINATION

Im folgenden wird das Handlungsfeld der Suchtkoordinatoren beschrieben, wobei zunächst ein Überblick anhand der Ergebnisse der Tätigkeitsdokumentation gegeben wird. Darauf aufbauend werden Kernaufgaben von Suchtkoordination dargestellt. Dabei werden Ergebnisse der Modellevaluation einbezogen, die sich sowohl auf den Prozeß als auch auf die Effekte der modellgeförderten Suchtkoordination beziehen. Danach folgt die Beschreibung der regionalen Unterstützungsbedingungen, die die Suchtkoordinatoren vorgefunden bzw. erfahren haben. Es handelte sich dabei überwiegend um komplexe Sachverhalte wie bspw. „politischer Gestaltungswille“ und „Kooperationsbereitschaft“. Das Kapitel schließt mit einer zusammenfassenden Bewertung der modellgeförderten Suchtkoordination aus Sicht der Suchtkoordinatoren, der Modellträger sowie der Akteure und Versorgungsbeteiligten vor Ort ab.

4.1 Das Handlungsfeld im Überblick

Bei der Koordination der Hilfen für Suchtkranke war mit einem komplexen Handlungsfeld zu rechnen. Die Tätigkeit der Suchtkoordinatoren war darüber hinaus von unterschiedlichen regionalen Bedingungen geprägt. Betrachtet man die Vielfalt der Aufgaben, Aktivitäten und Tätigkeiten der Modellmitarbeiter unter analytischen Gesichtspunkten, traten im Modellverlauf folgende Kernaufgaben hervor:

- *Auf Planung und Steuerung bezogene Aufgaben:*
Suchtkoordinatoren haben Grundlagen für eine (sozial-)planerische und steuernde Weiterentwicklung der Versorgung durch Beschaffen, Erheben und Auswerten von Planungsdaten sowie das Erstellen von Berichten und Stellungnahmen (Abschn. 4.2) geschaffen.
- *Auf die Versorgung bezogene Aufgaben:*
Hierzu zählten (begleitende) Aktivitäten zur Schaffung neuer sowie zur Sicherung und zum Umbau bestehender Angebote. Dabei waren Suchtkoordinatoren mit organisatorisch-administrativen Aufgaben ebenso wie mit der inhaltlich-konzeptionellen Gestaltung der Angebote sowie deren Finanzierung (Abschn. 4.3) befaßt.
- *Auf die (institutionelle) Kooperation bezogene Aufgaben:*
Mit dem Ziel der (Weiter-)Entwicklung der Kooperation sowie der Vernetzung der Angebote haben Suchtkoordinatoren den Austausch und die Abstimmung zwischen den Versorgungsbeteiligten gefördert und auf verbindliche Absprachen hingewirkt. Zu den eingesetzten Instrumenten zählten hierbei bspw. (informelle) Besprechungen, Gremien, Arbeitsgruppen und Tagungen (Abschn. 4.4).
- *Aufgaben mit Dienstleistungscharakter:*
Hierzu zählten Servicefunktionen wie bspw. das Beschaffen und Weiterleiten von Informationen, Beratungsführer erstellen oder auch Tips und Hinweise zur Versorgung. Außerdem die Beratung von Einzelpersonen, Teams, Einrichtungen und Trägern, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungsmaßnahmen (Abschn. 4.5).

Diese Kernaufgaben der Suchtkoordinatoren wurden ergänzt durch eine *allgemeine Kontaktpflege zu Versorgungsbeteiligten* sowie übergreifende, vornehmlich *interne Tätigkeiten* wie bspw. Arbeitsorganisation, selbstgenutzte Fortbildung oder auch *Aktivitäten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung*. Die nachfolgenden Ausführungen basieren insbesondere auf den Ergebnissen der Tätigkeitsdokumentation.

Tätigkeitsfelder nach Art der Tätigkeit („was“)

Die folgende Tab. 5 liefert einen Überblick über die zeitlichen Anteile der Kern- und übergreifenden Aufgaben der (zweiten) Tätigkeitsdokumentation nach Art der Tätigkeit (s. Anhang, Tab. 4).

Tab. 5: *Tätigkeitsfelder nach Stunden und Zeitanteilen in %*

Tätigkeitsfeld	Stunden	Anteil in %
Kernaufgaben		
Planung der Versorgung	562,1	16,5
Schaffung neuer Angebote	282,7	8,3
Sicherung/Umbau bestehender Angebote	195,0	5,7
(institutionelle) Kooperation	494,3	14,6
Fortbildung/Qualifikation	245,0	7,2
Dienstleistungen (z.B. Informationsbeschaffung, Beratung)	435,2	12,8
Öffentlichkeitsarbeit	117,4	2,9
Kontaktpflege allgemein	98,9	2,9
Zwischensumme	2430,5	71,5
Übergreifende Tätigkeiten		
interne Tätigkeiten	783,8	23,1
Kontakte zur wissenschaftlichen Begleitung	182,1	5,4
GESAMT	3396,4	100,0

Wie aus Tab. 5 hervorgeht, entfielen auf die Tätigkeitsfelder: Planung der Versorgung (16,5 %), Schaffung bzw. Sicherung/Umbau von Angeboten (13 %) sowie institutionelle Kooperation (14,6 %) vergleichbar große Anteile der dokumentierten Zeit. Bei den auf die Versorgung bezogenen Tätigkeiten dokumentierten die Modellmitarbeiter größere Zeitanteile bei Schaffung von neuen (8,3 %) als bei der Sicherung bzw. dem Umbau bestehender Angebote (5,7 %). Faßt man die Tätigkeitsfelder Fortbildung/Qualifizierung, Dienstleistungen und Öffentlichkeitsarbeit zusammen, haben Suchtkoordinatoren knapp ein Viertel (23,4 %) ihrer Zeit für Aufgaben mit Dienstleistungscharakter verwendet.

Einschließlich eines Zeitanteils von 2,9 % zur (unspezifischen) Kontaktpflege entfielen damit knapp drei Viertel der dokumentierten Arbeitszeit auf Kernaufgaben von Suchtkoordinatoren.

Demgegenüber erfaßten die Koordinatoren bei übergreifenden Tätigkeiten 28,5 % Zeitanteile, wobei der Schwerpunkt mit knapp einem Viertel der Gesamtzeit bei den internen Tätigkeiten lag. Dabei machten Arbeitsbesprechungen (26,2 %) und Büroorganisation (27,2 %) den überwiegenden Teil der Arbeitszeit von Suchtkoordinatoren aus. Auf

die eigene Qualifizierung wurden 31,6 % der Zeit verwendet (7,3 % der insgesamt dokumentierten Zeit).

Bezogen auf einzelne Koordinatoren streuten die Ergebnisse breit. So waren die Suchtkoordinatoren bspw. zwischen 3,4 % und 29,3 % der dokumentierten Zeit mit Kooperation und Vernetzung, zwischen 1,6 % und 32,6 % mit Planung der Versorgung und zwischen 14,4 % und 37,8 % mit internen Tätigkeiten beschäftigt. Die Streubreite der Ergebnisse kann als ein Hinweis dafür gewertet werden, daß die Koordinatoren zwar insgesamt in den konzeptionell vorgesehenen Aufgabenbereichen tätig waren, hinsichtlich des individuellen Tätigkeitsprofils aber deutliche, von der persönlichen Aufgabeninterpretation und den jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen abhängige Handlungsprofile, entwickelt hatten.

Art der Koordinatorentätigkeit (wie?)

Die Kernaufgaben wurden von den Koordinatoren erwartungsgemäß überwiegend persönlich durchgeführt (61,7 %). Gut ein Viertel der Arbeitszeit (26,4 %) waren Koordinatoren mit schriftlichen Ausarbeitungen (z.B. Briefe, Stellungnahmen) beschäftigt und 11,9 % der Zeit entfiel auf telefonische Kontakte.

Ort der Koordinatorentätigkeit („Wo“)

Koordination erfordert Kontakt und Kommunikation mit vielen Personen. Außenkontakte stellen hierbei eine wichtige Aufgabe zur Koordination und persönlichen Kommunikation dar. Deshalb wurde erhoben, an welchen Orten Tätigkeiten von Suchtkoordinatoren stattgefunden haben (s. Anhang, Tab. 5) Die folgende Tab. 6 zeigt die Zeitannteile nach dem Ort der Tätigkeiten.

Tab. 6: Ort der Tätigkeit bei Kernaufgabe (ohne Fahrzeiten)

Ort der Tätigkeit	Stunden	Anteil %
Eigener Arbeitsplatz	1180,0	48,7
Eigene Institution	455,1	18,7
Außerhalb	790,8	32,6
GESAMT	2425,9	100,0

Die Hälfte ihrer Arbeitszeit haben Suchtkoordinatoren am eigenen Arbeitsplatz verbracht. Faßt man dies mit den Zeitananteilen der Arbeit in der eigenen Institution zusammen, dann wurde die Koordinatorentätigkeit in Kernaufgabenbereichen zu zwei Drittel in der Institution ausgeführt, in der die Suchtkoordinatoren beschäftigt waren. Demgegenüber entfiel ein Drittel auf Tätigkeiten außerhalb dieser Institutionen. Rechnet man Fahrzeiten mit ein, erhöht sich dieser Anteil auf 39 %. Erwartungsgemäß lag der Schwerpunkt im Tätigkeitsfeld Planung am eigenen Arbeitsplatz (69,4 %) und im Tätigkeitsfeld Kooperation außerhalb der eigenen Institution (45,3 %).

Beteiligte bei der Koordinatorentätigkeit („mit wem“)

Charakteristische Merkmale von Koordination sind Kommunikation und Kontakt. Diese dienen als Instrumente der Abstimmung zwischen den Versorgungsbeteiligten und zur Vernetzung der Hilfen. Erfasst wurde deshalb, mit wem und in welchem Kontext

die Tätigkeiten der Suchtkoordinatoren jeweils erfolgt sind (s. Anhang, Tab. 6). Tab. 7 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Tab. 7: Kontext der Koordinatorentätigkeit bei Kernaufgaben

Beteiligte an der Koordinatorentätigkeit	Stunden	Anteil %
Alleine	869,6	37,3
Besprechung	1242,9	53,4
(Fach-)Arbeitskreis	183,6	7,9
PSAG o.ä. Gremium	19,5	0,8
Gesundheits- oder Sozialausschuß o.ä	14,6	0,6
GESAMT	2330,2	100,0

Die Ergebnisse zeigen, daß die Suchtkoordinatoren mehr als die Hälfte der dokumentierten Zeit auf Besprechungen verwendet haben. Knapp ein Zehntel ihrer Arbeitszeit waren sie in (Fach-)Arbeitskreisen und Gremien tätig bzw. zu politischen Ausschüssen geladen, wobei der überwiegende Teil der Zeit auf die Arbeit in (Fach-)Arbeitskreisen entfiel (7,9 %). Gut ein Drittel der Arbeitszeit haben Suchtkoordinatoren allein gearbeitet. *Das Ergebnis bestätigt insgesamt den hohen Stellenwert von Kommunikation und Kontakt im Rahmen von (Sucht-)Koordination* und verweist damit auch auf spezifische Anforderungen an das Qualifikationsprofil von Suchtkoordinatoren (vgl. Abschn. 3.2).

Mit Blick auf Besprechungen wurden die beteiligten Personen im einzelnen nach neun (Versorgungs-)Bereichen dokumentiert. In der folgenden Tab. 8 wird dargestellt, aus welchen Bereichen die Personen kamen, mit denen Suchtkoordinatoren Besprechungen durchgeführt haben.

Tab. 8: An Besprechungen beteiligte Personen aus (Versorgungs-)Bereichen nach Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl der Nennungen	Anteil %
Sektor I	577	27,1
Sektor II	398	18,7
Sektor III	168	7,9
sonstige Einrichtungen /Dienste	176	8,3
eigenes Amt/Träger	367	17,2
anderes Amt/kommunale Verwaltung	196	9,0
Kranken- oder Rentenversicherung	40	1,9
Suchtreferent oder Drogenbeauftragter des Landes/andere Vertreter des Landes	57	2,7
sonstige	158	7,4
GESAMT	2133	100,0

An den Besprechungen der Modellmitarbeiter waren zu etwas mehr als einem Viertel Mitarbeiter aus der Suchtkrankenhilfe beteiligt. Darüber hinaus hatten Koordinatoren eine vergleichsweise hohe Kontaktdichte zu Personen aus der psychosozialen Versorgung (18,7 %) und erwartungsgemäß mit Vertretern der/des eigenen Amts/Trägers (17,2 %). Deutlich geringer waren Leistungsanbieter aus der medizinischen Versorgung (7,9 %) und Vertreter der Leistungsträger (1,9 %) an Besprechungen beteiligt. Diese Ergebnisse korrespondieren mit Einschätzungen der Koordinatoren, wonach es außeror-

dentlich schwierig ist, z.B. niedergelassene Ärzte oder Vertreter von Krankenkassen in Versorgungsplanungen bzw. Koordination einzubeziehen.

Betrachtet man die einzelnen Kernaufgaben genauer, entfielen knapp 30 % der Nennungen von Besprechungen auf Dienstleistungen (z.B. Fortbildung, Beratung), gut ein Fünftel auf institutionelle Kooperation und jeweils ca. ein Zehntel der Nennungen auf die Schaffung und Sicherung von Angeboten sowie auf die Versorgungsplanung. Bei Besprechungen, an denen Vertreter der Suchtkrankenhilfe beteiligt waren, wurden vor allem Fragen der institutionellen Kooperation und bei Besprechungen mit Personen aus der psychosozialen und medizinischen Versorgung mehrheitlich Dienstleistungsaspekte berührt.

Das Modellprogramm zielte auf eine sektorübergreifende und funktionsbezogene Koordination der Hilfen für Suchtkranke ab.

Bezogen auf die Anzahl der Kontakte bei Besprechungen zeigen die o.g. Ergebnisse, daß Suchtkoordinatoren über die Suchtkrankenhilfe hinaus vielfältige Kontakte zu Personen aus anderen Versorgungssektoren, insbesondere aus dem Bereich psychosozialer Hilfen, hatten.

Die deutlich geringere Kontaktdichte mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern verweist auf weiterhin bestehende Kooperationsbarrieren.

In den folgenden Abschnitten werden Ergebnisse und Erfahrungen des Modellprogramms zu den Kernaufgaben von Suchtkoordination im einzelnen dargestellt.

4.2 Planung und Steuerung

In den Modellregionen gab es zu Beginn der Arbeit der Suchtkoordinatoren überwiegend keine abgestimmte Suchthilfeplanung. Lediglich in drei (groß-)städtischen Regionen lagen Suchthilfepläne (Alkohol/Drogen) und in zwei Regionen ein Drogenhilfeplan vor. Diese Planungen wurden nur in Einzelfällen kontinuierlich fortgeschrieben und bezogen sich im wesentlichen auf die spezialisierten Angebote der Suchtkrankenhilfe. Die für die Versorgung von suchtgefährdeten und -kranken Personen bedeutsamen Hilfen im psychosozialen und medizinischen Versorgungssektor waren in den bestehenden Planungen i.d.R. nicht berücksichtigt worden. Darüber hinaus bestanden hinsichtlich der Versorgungsplanung zum Teil unterschiedlich entwickelte Abstimmungsroutinen zwischen den Versorgungsbeteiligten.

Im ersten Jahr der Modellarbeit haben die Suchtkoordinatoren regionale Bestandsaufnahmen durchgeführt. Diese lieferten sektorübergreifend Daten zu Versorgungsangeboten und -diensten von (chronisch) Abhängigen sowie zu bestehenden Kooperationsstrukturen. Schließlich wurden Defizite und entsprechende Handlungsbedarfe ermittelt (zusammengefaßte Ergebnisse: s. Abschn. 3.3). Unter Berücksichtigung der regionalen Rahmenbedingungen haben einige Suchtkoordinatoren eine umfassende Bestandsaufnahme aller Hilfen für Suchtkranke durchgeführt, während andere sich auf Hilfen für die Zielgruppe des Modellprogramms konzentriert haben. Für die Bestandsaufnahme hatte die wissenschaftliche Begleitung sektor- und bereichsspezifische Fragebogen und Auswertungsraster zur Verfügung gestellt, die eine sektorübergreifende vereinheitlichte Erfassung der Hilfen gewährleisten sollten. Die Anpassung der Instrumente an die regionalen Bedingungen, die Einbeziehung weiterer Datenquellen sowie die konkrete Vorgehensweise bei der Bestandsaufnahme (z.B. persönliche bzw. schriftliche Befragung) lagen bei den Koordinatoren. Bei der Umsetzung wurden diese durch die wissen-

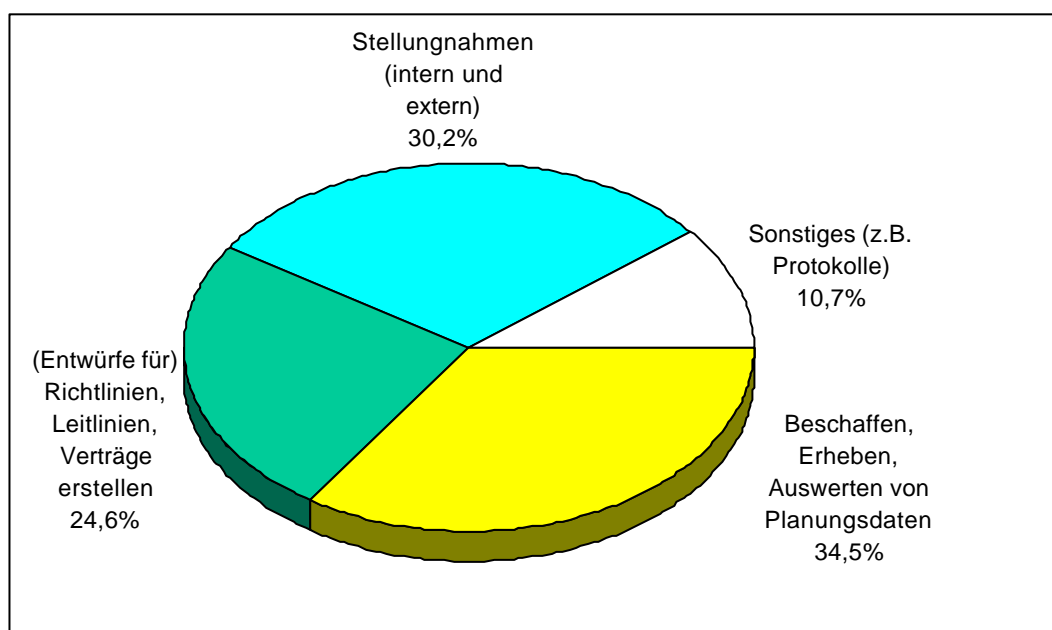
schaftliche Begleitung individuell beraten; außerdem fand eine Einführung zu Stellenwert von Sozialplanung (gesetzliche Grundlagen, Instrumente, Vorgehen etc.) im Rahmen einer zentralen Arbeitstagung statt. Die Erhebung der Daten erfolgte entweder im Rahmen eines persönlichen Gesprächs oder als schriftliche Befragung. Darüber hinaus haben verschiedene Koordinatoren weitere Datenquellen, bspw. Angaben aus Betrieben, amtliche Sterbefallstatistiken, überregionale Daten verwendet. Schließlich vervollständigen Hinweise der Case Manager zu Versorgungsdefiziten der Zielgruppe das Bild der regionalen Versorgungs- und Vernetzungssituation.

Die Suchtkoordinatoren haben - bis auf wenige Ausnahmen - die Ergebnisse der Bestandsaufnahmen (s. Abschn. 3.3) zusammengefaßt und ausgewertet, wobei jeder dritte Koordinator die Bestandsaufnahme in umfanglicheren, zur Veröffentlichung bestimmten Berichten aufbereitet hat. Überwiegend wurden die erhobenen Daten den Projektträgern vorgestellt und im Rahmen interner Planungsgespräche verwendet. Daneben erfolgte mehrheitlich eine Vorstellung der Ergebnisse der regionalen Bestandsaufnahme in Facharbeitskreisen und politischen Entscheidungsgremien (z.B. Sozial- und Gesundheitsausschüsse). Viele Suchtkoordinatoren haben die Bestandsaufnahme als Grundlage zur Erstellung eines regionalen Suchthilfeführers sowie zur Prioritätensetzung für die eigenen Aktivitäten genutzt. In der Hälfte der Modellregionen wurden die Ergebnisse in die Suchthilfeplanung eingebracht. Schließlich wurde die Defizitbeschreibung verschiedentlich zum Anlaß genommen, einzelne Angebotslücken zu schließen.

Durch die Bestandsaufnahmen und Rückkoppelung der Ergebnisse haben die Suchtkoordinatoren einen wichtigen Beitrag zur regionalen Planung der Hilfen für Abhängige geleistet, wobei insbesondere durch den sektorübergreifenden Charakter der Bestandsaufnahmen die Planungsgrundlagen erweitert wurden.

Nachfolgend werden die Schwerpunkte der Koordinatorentätigkeit im Bereich Planung und Steuerung im Zeitraum der Tätigkeitsdokumentation dargestellt.

Abb. 2: Tätigkeitsfeld Planung und Steuerung (n = 562 Stunden)



In über einem Drittel der dokumentierten Zeit haben Suchtkoordinatoren Planungsdaten beschafft, erhoben und ausgewertet. Zu diesen Aktivitäten zählten bspw. Feststellung der Anzahl der Substituierten bei Ärzten, Dokumentation von Klientendaten in der psychosozialen Begleitung Substituierter, vertiefte Befragung von ausgewählten Angeboten zu Fallzahlen und Personalstand, Analyse von Sozialdaten, Auswertung der Statistik der Sterbefälle bei chronisch Abhängigen.

Knapp ein weiteres Drittel der Zeit haben Koordinatoren für interne und externe Berichte und Stellungnahmen verwandt. Diese Tätigkeiten erfolgten sowohl zur routinemäßigen Berichterstattung bspw. der Verwaltung an die politischen Ausschüsse und Gremien als auch als spezielle Aufträge im Rahmen der Versorgungsplanung, wie bspw. zur Bedarfslagenschätzung (z.B. betreute Wohnplätze) oder zur Entwicklung von konzeptionellen Grundlagen (z.B. zur Qualifizierung der Substitutionsbehandlung). In einigen Modellregionen wurden Berichte und Stellungnahmen ausschließlich von der administrativen Leitungsebene erstellt, ohne die Suchtkoordinatoren zu beteiligen.

Jede vierte Zeiteinheit entfiel im Tätigkeitsfeld Planung und Steuerung auf das Erstellen von Richtlinien, Leitlinien und Verträgen. Dabei konnten sich die Modellmitarbeiter insbesondere bei der Erarbeitung von Kooperationsverträgen und der Entwicklung von Richtlinien einbringen. Lediglich in einem Fall hat ein Suchtkoordinator an der Entwicklung von trägerübergreifenden fachlichen Leitlinien mitgewirkt, was insgesamt als Indiz für den gegenwärtig noch geringen Entwicklungsstand in diesem Bereich interpretiert werden muß.

Suchthilfeplanung und Sicht der Modellbeteiligten

Während des Modellprogramms wurde in neun von 13 Modellregionen eine Suchthilfeplanung eingeleitet bzw. fortgeschrieben. In zwei Modellregionen waren Zuständigkeitsfragen zwischen kommunalen Ämtern unzureichend geklärt, in den weiteren Fällen war die Planung mit Beginn des Kooperationsmodells gerade erstellt worden bzw. die Zuständigkeit lag auf einer höheren Verwaltungsebene (z.B. Bayerische Bezirke). Am Ende des Programms waren drei Planungsvorhaben initiiert, zwei weitgehend und vier ganz abgeschlossen. Die Planungen bezogen sich in der überwiegenden Mehrzahl auf legale und illegale Suchtstoffe. In schriftlicher Form lagen schließlich sechs Suchtberichte (Alkohol/Drogen), ein Suchtbericht (Alkohol) und zwei Berichte zur Drogenhilfeplanung vor. An allen Planungsvorhaben waren die Suchtkoordinatoren beteiligt, wobei ihnen unterschiedliche Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt wurden, die von der Beschränkung auf die Bestandsaufnahme bis hin zur abschließenden Erstellung des Berichts reichten. In einigen Regionen haben Suchtkoordinatoren zur systematischeren Planung der Hilfen beigetragen und diese auf den Weg gebracht. Von besonderer Bedeutung war hierbei, daß eine sektorübergreifende Betrachtung der Hilfen für Suchtkranke eine lediglich auf die Suchtkrankenhilfe ausgerichtete Planung abzulösen begonnen hat. Darüber hinaus führten Entwicklungen in einigen Regionen dazu, daß die Suchthilfeplanung mit der psychiatrischen Versorgung verknüpft wurde („gemeindepsychiatrischer Verbund“).

Aus Sicht der meisten Suchtkoordinatoren erwies sich die Umsetzung der Modellziele im Bereich Planung und Steuerung als besonders schwierig. Die Modellmitarbeiter konstatierten hier nur wenige Erfolge und mehr Fehlschläge. Im Zentrum der Problembeschreibung standen dabei Schwierigkeiten, eine von allen Versorgungsbeteiligten und politisch Verantwortlichen gestützte Suchthilfeplanung zu realisieren; weiterhin die beschlossenen Maßnahmen auch umzusetzen sowie schließlich auf veränderte Bedarfe steuernd einzuwirken. Die Projektträger sehen die planungsbezogene Arbeit der

Suchtkoordinatoren der Tendenz nach positiver. Hervorgehoben wird bspw., daß durch die Bestandsaufnahme Planungsgrundlagen geschaffen bzw. eine Suchthilfeplanung auf den Weg gebracht wurde und die Notwendigkeit der Suchtkoordination nunmehr von Verwaltung und Politik (ein-)gesehen wird.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse des Modellprogramms darauf, daß in vielen Regionen - gemessen an sozialplanerischen Standards - die Planung und insbesondere die Steuerung der Hilfen noch in den Anfängen steckt.

Entsprechend begrenzt waren die faktischen Einflußmöglichkeiten und -nahmen der Suchtkoordinatoren auf Planungs- und Steuerungsvorgänge in den meisten Modellstandorten. Darüber hinaus haben einige Kommunen - u.a. wegen des zeitlich befristeten Modellvorhabens - verhindert, daß Suchtkoordinatoren ins Zentrum planerischer Aktivitäten in der Region rücken konnten. So hatte immerhin ein Drittel der Suchtkoordinatoren keinen Zugang zum zuständigen Dezernenten, und jeder zweite Koordinator wurde lediglich ein- bzw. zweimal in politische Entscheidungsgremien geladen. Über diese Gesichtspunkte hinaus zeigen die Erfahrungen des Modellprogramms aber auch allgemeine Schwachstellen kommunaler Steuerung auf, weil wesentliche Voraussetzungen für zielgerichtete kommunale Steuerung der Hilfen wie z.B. Gesundheitsberichterstattung und auf Tätigkeits- und Leistungsdokumentation aufbauende Leistungsverträge ganz fehlen oder nur zum Teil realisiert sind.

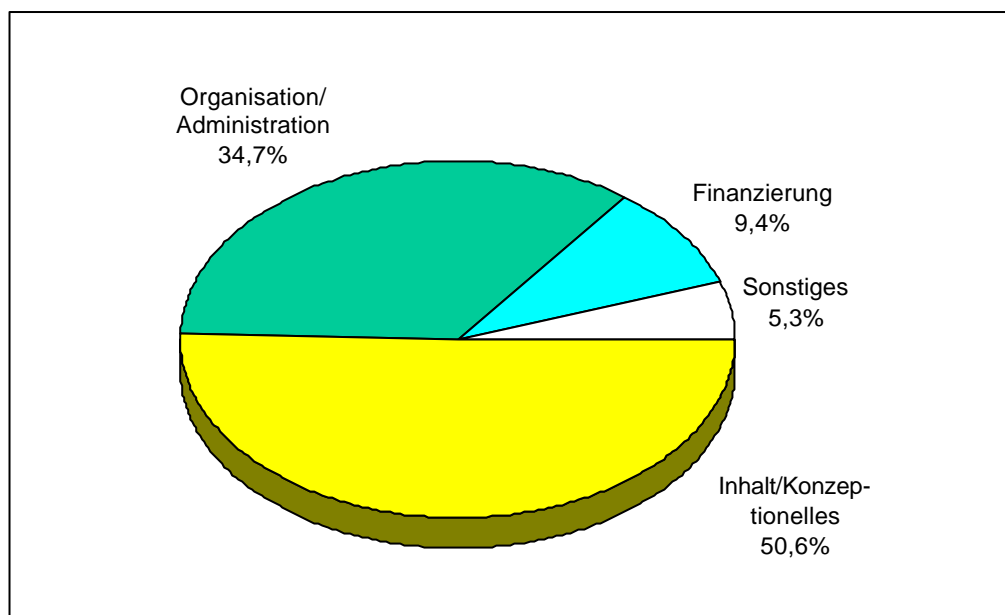
4.3 Versorgung

Zu den Aufgaben der Suchtkoordinatoren zählte auch die Verbesserung der Versorgung insbesondere von chronisch Abhängigen. Diese sollte weniger durch die additive Schaffung neuer Einrichtungen als vielmehr durch eine Umorientierung von einer institutionsorientierten hin zu einer personenbezogenen Hilfeerbringung mit der Nutzung und Verknüpfung der in allen Bereichen zur Verfügung stehenden Ressourcen geschehen. Allerdings konnte erwartet werden, daß bzgl. der Versorgung von chronisch Abhängigen sowie in den neuen Bundesländern auch bei der Grundversorgung von Suchtkranken neue bedarfsgerechte Angebote geschaffen werden mußten. Darüber hinaus wurde vermutet, daß vor dem Hintergrund „knapper Kassen“ Suchtkoordinatoren auch zum Erhalt bzw. zum Umbau bereits bestehender Angebote beizutragen hätten.

Bei der Weiterentwicklung des Hilfesystems konnten sich die Suchtkoordinatoren auf die Ergebnisse der regionalen Bestandsaufnahmen stützen. Diese ermöglichten differenzierte Aussagen zu bestehenden Versorgungslücken (vgl. Abschn. 3.3) und erleichterten die Abstimmung zwischen den Beteiligten hinsichtlich prioritärer Handlungsbedarfe.

Die folgende Abb. 3 gibt einen Überblick über die Schwerpunkte der Koordinatorentätigkeit im Bereich der Schaffung neuer bzw. dem Erhalt und Umbau bestehender Angebote.

Abb. 3: Tätigkeitsfeld Versorgung (Schaffung/Erhalt von Angeboten; n = 476,5 Stunden)



Die Modellmitarbeiter waren bei ihren versorgungsbezogenen Aktivitäten insbesondere bei inhaltlichen und konzeptionellen Fragen (50,6 %) sowie Fragen der organisatorischen und administrativen Umsetzung (34,7 %) gefordert. Hierbei benötigten sie fachliche Kompetenzen, um eigene Konzepte zu entwickeln bzw. vorgelegte Konzepte bewerten und in der (Fach-)Öffentlichkeit vertreten zu können. Dies galt insbesondere für sektorübergreifende Angebote, da hier i.d.R. unterschiedliche fachliche Sichtweisen zu vermitteln waren. Darüber hinaus mußten die Modellmitarbeiter Ausdauer bei der Zielverfolgung mitbringen, Umwege gehen und Kompromisse schließen können. Hilfreich waren des weiteren kommunikative Kompetenzen und die Fähigkeit, divergierende Interessen auszugleichen. Und schließlich spielte die Mobilisierung fachlicher und politischer Unterstützung eine wichtige Rolle bei der Schaffung neuer Angebote und Einrichtungen.

Eine deutlich untergeordnete Rolle nahmen demgegenüber Aktivitäten hinsichtlich der Finanzierung von Angeboten (9,4 %) ein. Allerdings spielen bei der Sicherung bzw. dem Umbau von Angeboten Aktivitäten im Zusammenhang mit der Finanzierung eine größere Rolle als bei der Schaffung neuer Angebote (16,3 % bzw. 4,6 %).

Bei der Planung und Schaffung von Angeboten kooperierten die Modellmitarbeiter mit einer Vielzahl von Versorgungsbeteiligten (z.T. unterschiedlicher Hierarchieebenen). Im Sinne eines top-down und bottom-up-orientierten Vorgehens stellten sie sowohl mit Entscheidern und Leitungskräften als auch mit Mitarbeitern Kontakt her. Nachstehende Abb. 4 gibt exemplarisch einen nach Ebenen und Sektoren gegliederten Überblick über Beteiligte bei der „Sicherung der medizinischen Grundversorgung von chronisch Abhängigen in Obdachlosenunterkünften“.

Abb. 4: Kooperationspartner eines Koordinators bei der Planung und Umsetzung eines Angebots für chronisch Abhängige - Sicherung der medizinischen Grundversorgung in Obdachlosenunterkünften

	Sektor I	Sektor II	Sektor III
Einrichtungen, Dienste	Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle, Case Manager, leitender Arzt der Suchtabteilung der Fachklinik	Mitarbeiter des SpD und der Betreuungsbehörde, Leiter der Obdachlosenunterkünfte	niedergelassene Ärzte, Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes Mitarbeiter des Pflegeheims Mitarbeiter des Sozialdienstes der Krankenkasse
Träger	freie Wohlfahrtspflege (Diakonisches Werk), öffentliche Träger	öffentlicher Träger, freie Wohlfahrtspflege	öffentliche Träger, privater Träger, Krankenkasse
Gremien (hier sektorübergreifend)	AK-Hilfen für CMA	AK-Hilfen für CMA	AK-Hilfen für CMA
Administration, Politik	Sozialdezernent, Psychiatriekoordinator, Amtsleiter von Ordnungs-, Gesundheits- und Sozialamt		
sonstige	Vormundschaftsrichter, Dienststellenleiter der Polizei, Wohnungsbaugesellschaft		

Wie das Beispiel verdeutlicht, erforderte insbesondere die (notwendige) sektorübergreifende Kooperation bei der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige einen hohen Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf, um der „Versäulung“ der Suchtkrankenversorgung (vgl. WIENBERG 1994) entgegenzuwirken.

Schaffung neuer bzw. konzeptionelle Veränderung von Angeboten

Die Suchtkoordinatoren waren im Modellprogramm aktiv an der Schaffung neuer Angebote beteiligt und haben zur konzeptionellen Veränderung von Angeboten beigetragen. Sie haben dabei u.a. Konzepte entwickelt bzw. geprüft, Gespräche mit Einrichtungsträgern geführt und Abstimmungsprozesse in Verwaltung und Politik organisiert und begleitet. Die folgende Tabelle zeigt Angebote und Einrichtungen, an deren Entstehung bzw. Veränderung Suchtkoordinatoren nach eigenen Angaben beteiligt waren.

Tab. 9: Angebote (A) und Einrichtungen (E) im Zusammenhang mit der Koordinatorentätigkeit

Funktionsbereiche	Neu geschaffene (A)ngbote und (E)inrichtungen	neue (A)ngbote und (E)inrichtungen in Planung	konzeptionell veränderte Angebote	davon (auch) für CMA (%)
Beratung/Begleitung	10 (A)	5 (A)	12	22 (81 %)
Behandlung/Rehabilitation	8 (A) 2 (E)	4 (A) 2 (E)	8	18 (75 %)
Arbeit/Beschäftigung	3 (A)	2 (A)	1	5 (100 %)
Wohnen	10 (E)	1 (E)	3	13 (93 %)
Tagesstruktur	3 (E)	2 (A) 3 (E)	2	7 (70 %)
Niedrigschwellige Hilfen (z.B. Kontaktladen)	4 (A) 3 (E)		4	11 (100 %)
GESAMT	25 (A); 18 (E)	13 (A); 6 (E)	30	75 (82 %)

In den 13 Modellregionen wurden in den letzten Jahren - im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Suchtkoordinatoren - 25 Angebote und 18 Einrichtungen neu geschaffen sowie 30 Angebote konzeptionell verändert. Darüber hinaus waren 13 Angebote und sechs Einrichtungen am Ende der Modellphase im Planungsstadium.

Während in den alten Bundesländern der Schwerpunkt der Koordinatorentätigkeit auf der Schaffung bzw. dem Umbau von Angeboten im Rahmen von bereits bestehenden Einrichtungen lag, wurde in den neuen Ländern die Versorgung vornehmlich durch neue Einrichtungen erweitert. Die örtlichen Bedingungen haben Umfang und Ausmaß der jeweiligen versorgungsbezogenen Aktivitäten der Suchtkoordinatoren wesentlich mitbeeinflusst. So streute die Anzahl der Projekte, mit denen einzelne Koordinatoren befaßt waren, zwischen drei und 13.

Gemäß der zielgruppenbezogenen Aufgabenstellung des Modellprogramms lag ein Schwerpunkt der Koordinatorentätigkeit in der Verbesserung der Versorgung chronisch Abhängiger. Dies setzten sie um, so daß in vier von fünf Fällen die Angebote und Einrichtungen (auch) diese Zielgruppe ansprachen.

Betrachtet man die neuen bzw. veränderten Angebote und Einrichtungen unter funktionellen Gesichtspunkten, so zeigt sich, daß Angebote insbesondere in den Bereichen Beratung/Betreuung sowie Behandlung/Rehabilitation und Einrichtungen in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur und niedrigschwellige Hilfen neu geschaffen bzw. umgebaut wurden. Ein Schwerpunkt lag dabei mit sechs Wohneinrichtungen in den (drei) neuen Bundesländern. In den Funktionsbereichen Arbeit/Beschäftigung, Wohnen und niedrigschwellige Hilfen waren durchweg immer auch Belange von chronisch Abhängigen berührt.

Ein Vergleich der Aktivitätsschwerpunkte in den Modellregionen mit den Ergebnissen der Bestandsaufnahmen (vgl. Abschn. 3.3) zeigt eine Orientierung der Entwicklungsschritte an den festgestellten Defiziten, insbesondere mit Blick auf die Versorgung von chronisch Abhängigen. Hierbei treten u.a. folgende Aspekte hervor:

- Mit einer regional unterschiedlichen Ausprägung wurden Versorgungslücken in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur/Freizeit geschlossen indem bspw. betreute Wohnangebote für „trockene“ und „nasse“ Alkoholiker,

„niedrigschwellige“ Arbeitsangebote für Alkohol- und Drogenabhängige und Tagesstätten in den neuen Ländern geschaffen wurden.

- ❑ Verbessert wurden in verschiedenen Regionen auch die niedrigschwelligen Basis-hilfen bspw. durch die Schaffung von Kontaktläden/Begegnungsstätten oder die Implementierung einer „aufsuchenden“ medizinischen Basisversorgung, die die fehlende „Wartezimmerfähigkeit“ von Betroffenen berücksichtigt.
- ❑ In Beratung, Betreuung und Behandlung wurden vielerorts die Zugangsvoraussetzungen und -bedingungen verändert (z.B. offene Sprechstunden, Aufenthaltsmöglichkeit), um der Zielgruppe des Modellprogramms den Zugang zu erleichtern. Darüber hinaus zielten die Aktivitäten der Suchtkoordinatoren und anderer Versorgungsbeteiligter darauf, einen aufsuchenden und nachgehenden Beratungs- und Betreuungsansatz zu implementieren (z.B. Case Management).
- ❑ Schließlich wurden vereinzelt qualifizierte Entzugsbehandlungen bzw. Angebote und Einrichtungen zur langfristigen Unterbringung von chronisch Abhängigen neu geschaffen.

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen der öffentlichen Hand wurde bereits zu Beginn des Modellprogramms deutlich, daß die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Suchtkoordination in entscheidender Weise (mit-)bestimmen. Befürchtet wurde deshalb, daß in der Modellphase eine „Suchtkoordination bei knappen Kassen“ auch mit Aktivitäten zum Abbau von Angeboten und Einrichtungen einhergehen würde. Tatsächlich haben Suchtkoordinatoren sich lediglich in zehn Fällen für den Erhalt von Angeboten und Einrichtungen einsetzen müssen, wobei ein Schwerpunkt bei niedrigschwelligen Angeboten lag. In einer Modellregion war der Koordinator sogar mit der Sicherung einer Grundversorgung für Suchtkranke befaßt. Am Abbau von Angeboten beteiligten sich Suchtkoordinatoren lediglich in Einzelfällen.

Aus Sicht der Modellmitarbeiter wurden im Tätigkeitsfeld „Versorgung“ die meisten Erfolge mit vergleichsweise großen Auswirkungen in den Modellregionen erzielt, wobei u.a. darauf hingewiesen wurde, daß durch die Koordinatorentätigkeit i.d.R. die (Fach-)Öffentlichkeit für die Belange von chronisch Abhängigen sensibilisiert werden konnte. Aus Sicht der Projektträger wurden die Erwartungen in diesem Tätigkeitsfeld weitgehend erfüllt, wobei vor allem als Erfolg gewertet wird, daß fachliche Standards in der Versorgung von chronisch Abhängigen gesetzt werden konnten.

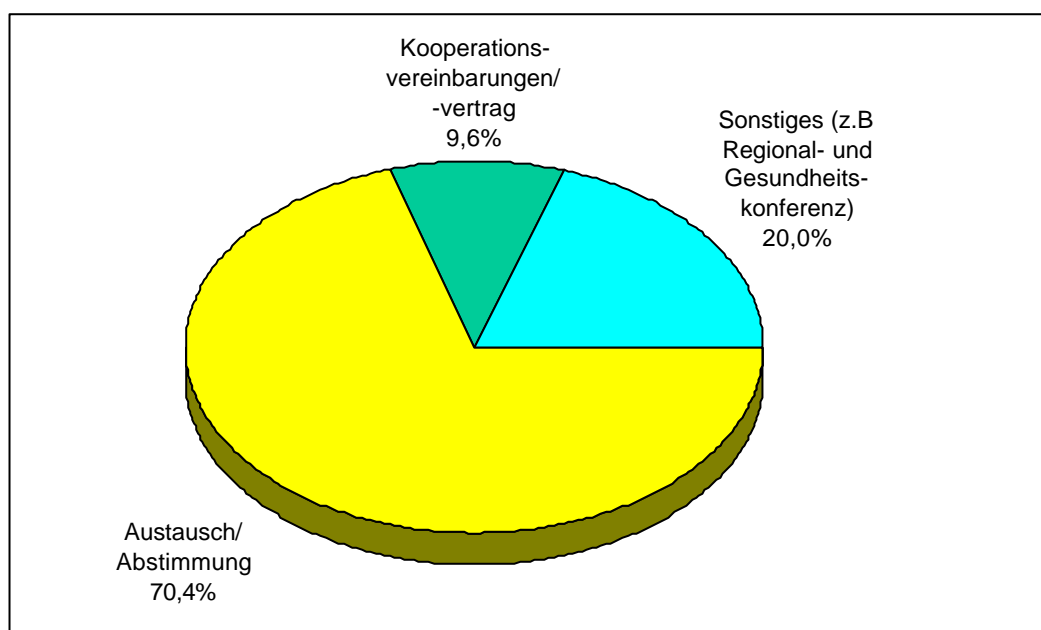
Aus Sicht der Begleitforschung besteht insbesondere für alkoholabhängige Menschen auch weiterhin Handlungsbedarf (z.B. sekundärpräventive Interventionen in der medizinischen Basisversorgung, niedrigschwellige Kontakt-Angebote). Nur schrittweise verbessert werden konnte zudem die Einordnung der (sektorspezifischen) Angebote in ein abgestimmtes Gesamtversorgungskonzept. Bewertet man die Tätigkeit der Koordinatoren in diesem Feld insgesamt, fällt auf, daß eine defizitorientierte Sichtweise vorherrscht und demgegenüber Fragen eines am Bedarf orientierten Umbaus sowie einer optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen zurücktreten. Neben einer tradierten eher ausbauorientierten Herangehensweise bei den meisten Akteuren, ist hier auch die Frage fehlender Grundlagen für eine Bedarfsschätzung berührt. Eine (kontinuierliche) Bestimmung der Hilfebedarfe kann deshalb als wichtige Zukunftsaufgabe von Planungs- und Steuerungsinstanzen angesehen werden.

4.4 Kooperation und Vernetzung

„Der besondere Bedarf sozialer Arbeit an Zusammenarbeit, Abstimmung, Verzahnung und Vernetzung hat seine Ursachen insbesondere in der Komplexität der Notlagen, in der historisch gewachsenen Vielfalt von Trägern, Wertorientierungen und Arbeitsformen, im Nachrang der Sozialhilfe und Jugendhilfe, in Einmischungsstrategien, im Selbstverständnis von Partizipation und Demokratisierung, in der Lebensweltorientierung“ (DEUTSCHER VEREIN 1997). Diese generelle Einschätzung gilt auch und gerade mit Blick auf die Versorgung von Suchtkranken und insbesondere für die Zielgruppe des Modellprogramms, wobei die kooperationsbezogenen Anforderungen an die Versorgungsbeteiligten in dem Maße steigen, wie die Grenzen der Versorgungssektoren überwunden und eine angebotsorientierte durch eine funktionsorientierte Hilfeerbringung schrittweise abgelöst wird. Eine wichtige Aufgabe von Suchtkoordination ist es folglich, die sektorübergreifende Kooperation und Vernetzung zu fördern, Voraussetzungen für eine fallbezogene Zusammenarbeit herzustellen und Kooperationsbeziehungen verbindlich zu regeln (vgl. Abschn. 1.4).

Die folgende Abb. 5 gibt einen Überblick über die Schwerpunkte der Koordinatorentätigkeit im Bereich der (institutionellen) Kooperation.

Abb. 5: Tätigkeitsfeld (institutionelle) Kooperation (n = 494,2 Stunden)



Nach entfallenen Zeiteinheiten wurde die Tätigkeit der Suchtkoordinatoren im Aufgabenfeld der (institutionellen) Kooperation von Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Austausch zwischen Versorgungsbeteiligten und der Abstimmung von Hilfen (70,4 %) bestimmt. Hierzu zählte neben der Gremienarbeit auch die Herstellung und Begleitung von Kontakten zwischen Versorgungsbeteiligten. Gefordert waren hierbei vor allem kommunikative Fähigkeiten und Erfahrungen in der Moderation unterschiedlicher Standpunkte und Interessen. In diesem Tätigkeitsfeld haben Suchtkoordinatoren mit deutlich erhöhten Anteilen „außer Haus“ (45,5 %) sowie in Facharbeitskreisen (11,5 %) gearbeitet.

Gremienarbeit

Während des Modellprogramms wurde jährlich die Gremienarbeit der Modellmitarbeiter dokumentiert. Nach der 1999 von der Begleitforschung durchgeführten Erhebung⁹ arbeiteten 13 Modellmitarbeiter in 100 Gremien und Arbeitskreisen mit. Sie waren in diesem Zusammenhang an 17 Facharbeitskreisen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe, 47 sektorübergreifenden Arbeitskreisen, 20 regionalen Abstimmungsgremien und 16 politischen Entscheidungsgremien beteiligt¹⁰. Dabei streute die Anzahl der Gremien, die auf einzelne Koordinatoren entfielen, zwischen drei und 22; durchschnittlich besuchte jeder Suchtkoordinator acht Arbeitskreise und Gremien. In Abhängigkeit von den unterschiedlich ausgeprägten Gremienstrukturen in den Modellregionen arbeiteten die Koordinatoren in unterschiedlichsten Gremien mit (z.B. AK Sucht, Untergruppe Sucht der PSAG, Dokumentation der Psychosozialen Begleitung, Koordinierungsausschuß Drogen, AK Soziale Infrastruktur, Streetworkertreffen, AK Gesundheitsförderung, Sozialpsychiatrischer Verbund, Gesundheitsausschuß).

Die Modellmitarbeiter haben jedes vierte Gremium selbst geleitet bzw. nahmen die Geschäftsführung wahr, wobei sie vor allem in Facharbeitskreisen der Suchthilfe bzw. sektorübergreifenden Arbeitskreisen Leitungsaufgaben erfüllten. An Abstimmungsgremien nahmen die Koordinatoren eher als regelmäßige Mitglieder teil, während sie an (politischen) Entscheidungsgremien nur ausnahmsweise beteiligt waren. Lediglich einige Suchtkoordinatoren nahmen regelmäßig an Sitzungen kommunaler Ausschüsse teil.

Über die Mitarbeit in bestehenden Arbeitskreisen und Gremien hinaus haben die Suchtkoordinatoren an der Weiterentwicklung der (institutionellen) Kooperationsstrukturen mitgewirkt. Die folgende Tab. 10 zeigt Entwicklungen in den Modellregionen auf.

Tab. 10: Neue bzw. „weiterentwickelte“ Gremien und Arbeitskreise in den Modellregionen

Teilnehmer aus Versorgungssektoren	Neu geschaffene Gremien	„weiterentwickelte“ Gremien	Schwerpunkt: (auch) CMA
Sektor I	6	7	8
Sektor I und II	20	10	15
Sektor I, II und III	11	4	5
GESAMT	37	21	28

In den Modellregionen wurden im Zusammenhang mit der Arbeit der Modellmitarbeiter 37 Arbeitskreise und Gremien neu geschaffen.

In Abhängigkeit von den vorgefundenen institutionellen Kooperationsstrukturen befassen sich die Gremien mit einem breiten Spektrum inhaltlicher Themen. Während in einzelnen Regionen z.T. erstmalig ein sektorübergreifender Arbeitskreis Sucht gegründet wurde, waren in anderen Regionen die neuen Gremien eher auf spezielle Themen ausgerichtet wie bspw. AG Dokumentation, AG Arbeit und Beschäftigung, Präventionsrat, AG Mobile Drogenberatung. Daneben wurden unter Mitwirkung von Suchtkoordinatoren Gremien implementiert, die direkt und umfassend eine Verbesse-

⁹ Die Erhebung zeigt gegenüber den Ergebnissen aus den Vorjahren keine wesentlichen Veränderungen.

¹⁰ Unterschieden wird zwischen *Facharbeitskreisen* zum primär fachlichen Austausch zwischen den Mitarbeitern, *Abstimmungsgremien* zur Koordination und Abstimmung von Angeboten zwischen den Versorgungsbeteiligten und *Entscheidungsgremien* der Politik bzw. der Verwaltungsspitzen. Nicht in allen Fällen war eine eindeutige Zuordnung möglich, da insbesondere die Funktionen des fachlichen Austauschs und der Abstimmung in einigen Gremien nicht getrennt werden.

rung der Kooperation und Abstimmung von Hilfen zum Ziel hatten wie bspw. AG Vernetzung, Regionalkonferenz, Sozialpsychiatrischer Verbund. Außerdem haben Suchtkoordinatoren dazu beigetragen, daß Arbeitskreise und Gremien weiterentwickelt bzw. in ihrer Arbeitsweise und Bedeutung gestärkt wurden. Die Modellmitarbeiter haben dabei bspw. für Gremien neue Aufgabenstellungen formuliert, die Erstellung von Protokollen eingeführt und Geschäftsordnungen erarbeitet.

In der überwiegenden Mehrzahl der Gremien sind neben Vertretern der Suchtkrankenhilfe auch Mitarbeiter der regionalen psychosozialen Hilfen bzw. in ca. jedem dritten Gremium Personen aus der medizinischen Versorgung vertreten. Orientiert an den Zielen des Modellprogramms haben Suchtkoordinatoren auch in der Gremienarbeit Fragen der Versorgung von chronisch Abhängigen akzentuiert. In zwei von drei Gremien spielten folglich (auch) die Belange dieses Personenkreises eine wichtige Rolle. In einigen Regionen haben die Modellmitarbeiter darüber hinaus spezielle Arbeitskreise zur Verbesserung der Arbeit mit der Zielgruppe initiiert.

In ca. der Hälfte der Gremien haben Suchtkoordinatoren deren Gründung selber ange-regt und in der überwiegenden Mehrzahl waren sie an der organisatorischen und inhaltlichen Vorbereitung sowie Gestaltung (verantwortlich) beteiligt. Die Aktivitäten der einzelnen Suchtkoordinatoren stellen sich auch in diesem Bereich unterschiedlich dar: Einzelne Koordinatoren haben ausschließlich in bereits bestehenden Gremien mitgearbeitet, während andere bis zu zwölf neue Gremien gegründet haben. Maßgeblich beeinflusst wurden die verschiedenen Vorgehensweisen u.a. durch Unterschiede im Entwicklungsstand der institutionellen Zusammenarbeit vor Ort.

Kooperationsabsprachen und -vereinbarungen

Mitgewirkt haben Suchtkoordinatoren auch an der (Weiter-)Entwicklung der Kooperationsbeziehungen zwischen den Diensten, Einrichtungen und Trägern in den Modellregionen. Hier konnten mit Unterstützung der Koordinatoren in 76 Fällen Kooperationsabsprachen zwischen Diensten, Einrichtungen und Trägern getroffen werden, die zu fast 90 % auch Absprachen zur Betreuung und Behandlung von chronisch Abhängigen beinhalteten. Die Absprachen wurden mehrheitlich zwischen Akteuren aus unterschiedlichen Sektoren getroffen, wobei insbesondere Einrichtungen und Dienste der Sektoren I und II verknüpft wurden. Im Hinblick auf chronisch Abhängige wurden in einigen Modellregionen auch verfahrensbezogene Absprachen zwischen psychosozialen bzw. suchtbezogene Hilfen und der Polizei getroffen, die i.d.R. auf einen Vorrang einer fachlichen Hilfeerbringung vor polizeilichen Maßnahmen abzielten.

Der überwiegende Teil dieser Kooperationsabsprachen erfolgte informell (54), schriftliche Vereinbarungen wurden in 24 Fällen ausgehandelt und 13 Kooperationsabsprachen wurden durch einen formellen Kooperationsvertrag gestützt. Dabei konnten die Koordinatoren die Bereitschaft der Beteiligten, verbindlichere Absprachen und vertragliche Vereinbarungen einzugehen, positiv beeinflussen. Nach intensiver Vorarbeit waren die Modellmitarbeiter insbesondere in der Schlußphase des Modellprogramms mit Kooperationsvereinbarungen und -verträgen beschäftigt.

Die Entwicklungen in den einzelnen Regionen zeigten erhebliche Unterschiede auf: Während Suchtkoordinatoren in einigen Regionen nur an einzelnen Vereinbarungen beteiligt waren, haben andere Koordinatoren bis zu zwölf solcher Vereinbarungen angeregt bzw. waren daran beteiligt. Regionale Entwicklungen wie bspw. die unterschiedlich intensiven Bemühungen der Versorgungsbeteiligten, die Kooperations- und Arbeitsbeziehungen generell auf eine vertragliche Grundlage zu stellen, haben die Unter-

schiede ebenso befördert wie örtlich bestehende bzw. fehlende Routinen in der vertraglichen Ausgestaltung von Kooperationsabsprachen oder auch starke Trägerkonkurrenzen.

Ein Vergleich der in der Bestandsaufnahme vorgefundenen Kooperationsdefizite mit den am Ende des Modellprogramms bestehenden Kooperationsstrukturen zeigt, daß die Suchtkoordinatoren regionenspezifisch zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung beigetragen haben. Dies gilt insbesondere mit Blick auf

- die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und Diensten der Suchtkrankenhilfe einerseits und der Suchtkrankenhilfe mit der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung andererseits. Die Modellmitarbeiter haben dabei u.a. die institutionelle Kooperation durch gemeinsame Arbeitsgruppen und Gremien sowie durch Kooperationsabsprachen (weiter-)entwickelt.
- In Zusammenarbeit mit den Case Managern förderten Suchtkoordinatoren die Abstimmung der Hilfen insbesondere für chronisch Abhängige, indem sie bspw. auf den fachlichen Austausch in Arbeitsgruppen bzw. konkrete Kooperationsabsprachen zwischen den Versorgungsbeteiligten hingewirkt haben.
- Außerdem haben die Modellmitarbeiter (u.a. durch Qualifizierungsmaßnahmen) in verschiedenen Regionen einen Beitrag zur schrittweisen Veränderung der Arbeitsweise der traditionellen Suchtkrankenhilfe geleistet. Mit der zunehmenden Orientierung an einer Hierarchie der Hilfen (vgl. SCHWON 1992) sowie der schrittweisen Aufgabe einer reinen Komm-Struktur durch aufsuchende und nachgehende Arbeitsformen wurden Voraussetzungen geschaffen, chronisch Abhängige angemessener zu betreuen.
- Wenn auch nicht im gleichen Umfang wie in Sektor II, so hat die Arbeit der Koordinatoren in verschiedenen Modellregionen doch auch zu einer Annäherung von Suchtkrankenhilfe und niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geführt. In einzelnen Regionen reicht dabei das Spektrum der Maßnahmen von der Information über die Angebote der Suchtkrankenhilfe über informelle Absprachen zwischen einzelnen Leistungsanbietern, der Erprobung spezifischer Ansätze bis hin zu verbindlichen Kooperationen (z.B. aufsuchende Arbeit im Krankenhaus).

Für die Suchtkoordinatoren stellte Koordination ein vergleichsweise erfolgreiches Feld ihrer Tätigkeit dar. Die Modellmitarbeiter und Projektträger haben am Ende des Modellprogramms insbesondere die positiven Auswirkungen der Koordinatorentätigkeit in den Modellregionen hervorgehoben und u.a. auf eine insgesamt offenerere Kooperationsatmosphäre hingewiesen.

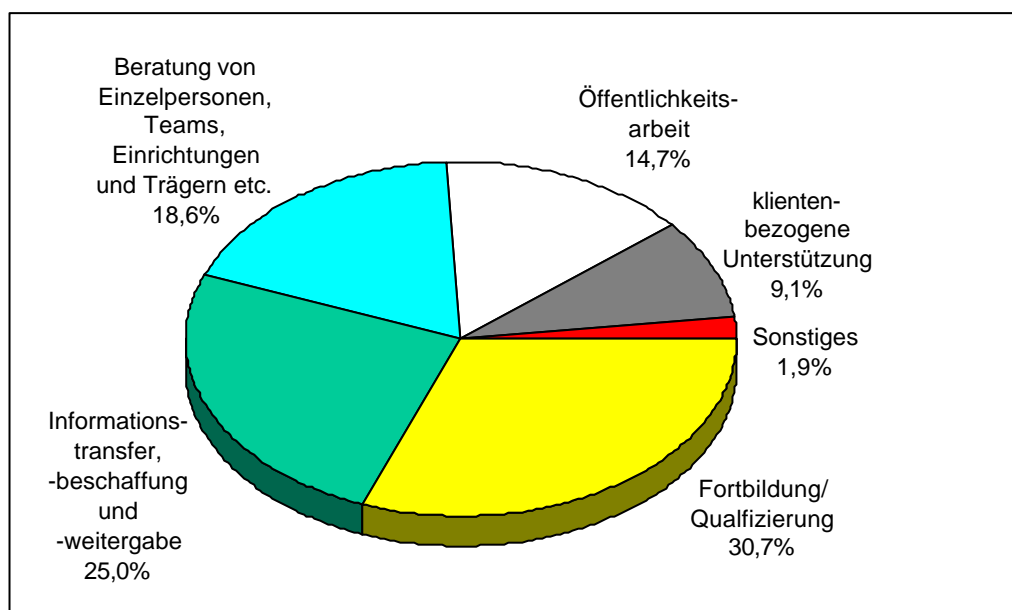
Aus Sicht der Begleitforschung müssen aber auch die Defizite koordinativer Tätigkeit betont werden: Die Kooperation zwischen speziellen Hilfen für Suchtkranke oder auch psychosozialen Hilfen sowie niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern entspricht häufig auch weiterhin nicht den fachlich gebotenen Anforderungen. So stießen die Suchtkoordinatoren dort häufiger an Grenzen, wo informelle Kooperationen durch verbindliche Vereinbarungen ergänzt werden sollten. Darüber hinaus waren Suchtkoordinatoren damit konfrontiert, daß auch bei bereits bestehenden, differenzierten Gremien- und Kooperationsstrukturen dann erhebliche Anstrengungen erforderlich waren, wenn Abstimmung und Zusammenarbeit zu Ritualen erstarrt und nicht mehr von Gestaltungs- und Veränderungswillen der Beteiligten getragen waren.

4.5 Dienstleistungen

Die Suchtkoordinatoren sollten in den Modellregionen u.a. versorgungsrelevante Informationen sammeln und den Versorgungsbeteiligten zur Verfügung stellen. Außerdem sollten sie Fortbildungsbedarfe ermitteln und -maßnahmen anregen, organisieren und durchführen sowie einen Beitrag zum fachlichen Austausch der verschiedenen Versorgungsbeteiligten, Leistungsträger etc. leisten (vgl. Abschn. 1.4).

In der nachfolgenden Abb. 6 sind die dem Tätigkeitsfeld Dienstleistungen zugeordneten Arbeitsschwerpunkte der verschiedenen Versorgungsbeteiligten, Leistungsträger etc. nach Zeitanteilen zusammengefaßt.

Abb. 6: Tätigkeitsfeld Dienstleistungen



Bei den Tätigkeiten mit Dienstleistungscharakter dominierten entsprechend der Modellvorgaben nach Zeitanteilen Fortbildungs- und Qualifizierungsaktivitäten (30,7 %).

Im Modellverlauf wurden diese Aktivitäten fortlaufend dokumentiert. Danach haben die Mitarbeiter 1999 bspw. 39 Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit einer durchschnittlichen Dauer von einem Tag durchgeführt. Erreicht wurden dabei insgesamt ca. 1.000 Teilnehmer vornehmlich aus dem psychosozialen Hilfebereich sowie der kommunalen Verwaltung. Nur jeder zehnte Teilnehmer war Arzt. Obwohl es einzelne Suchtkoordinatoren mit Unterstützung der ärztlichen Landesorganisationen geschafft haben, Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzten zu realisieren, konnte insgesamt das Ziel des Modellprogramms, zu einer suchtspezifischen Qualifizierung der medizinischen Basisversorgung beizutragen, nur ansatzweise verwirklicht werden. Thematisch wurden in den Veranstaltungen neben (allgemeinen) Einführungen in Suchterkrankungen die Versorgung von chronisch Abhängigen sowie spezifische Themen wie bspw. ICD-10-Diagnostik, Kooperationsverträge, Designer-Drogen, psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder behandelt. In einigen Fortbildungsmaßnahmen wurden spezielle Gesprächstechniken (z.B. Gesprächsführung, Motivational Interviewing) vermittelt. Die einzelnen Modellmitarbeiter haben die Qualifizierungsaufgabe unterschiedlich umgesetzt. So streut bspw. die Zahl der durchgeführten Veranstaltungen zwischen eins und neun pro Koordinator im Jahr 1999. Auch die inhaltlichen

Schwerpunkte sind wenig einheitlich, je nach Zielgruppe der Maßnahmen akzentuieren einzelne Koordinatoren die Vermittlung von suchtspezifischem Basiswissen, die Vermittlung von Kenntnissen zur Betreuung von chronisch Abhängigen oder kooperationsbezogene Themen. Darüber hinaus haben einige Suchtkoordinatoren zusätzlich Präventionsveranstaltungen mit Schülern, Eltern und Lehrern durchgeführt, wobei ebenfalls ca. 1.000 Personen erreicht wurden.

Bei den Qualifizierungsmaßnahmen fiel - je nachdem, aus welchem Versorgungssektor die Teilnehmer kamen - vor allem die unterschiedliche Nachfrage nach suchtspezifischen Informationen auf. Während im psychosozialen Sektor und in der Kommunalverwaltung diese Angebote stärker nachgefragt wurden, war dies bei Leistungsanbietern der medizinischen Versorgung nur begrenzt der Fall. Im Rahmen des Modellvorhabens haben die Koordinatoren Interessen geweckt, Anregungen gegeben und erste Maßnahmen durchgeführt. Aus Sicht der Begleitforschung müssen insbesondere hinsichtlich der Qualifizierung von Mitarbeitern der medizinischen Versorgung regionale Aktivitäten verknüpft werden mit generellen Anstrengungen zur Verbesserung der suchtspezifischen Versorgung in diesem Sektor (z.B. Aus- und Weiterbildung). Suchtkoordinatoren können bei der Qualifizierung von Mitarbeitern durch eigene Angebote eine „Initialfunktion“ wahrnehmen. Generell sollten Fortbildungsmaßnahmen allerdings unter Einbezug professioneller Anbieter (z.B. Fachverbände, Bildungsträger) organisiert werden.

Auf Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Beschaffung und Weitergabe von Informationen sowie der Förderung des Informationstransfers entfielen 25,0 % der für diesen Arbeitsbereich dokumentierten Zeit. In der Mehrzahl der Regionen haben Modellmitarbeiter Grundlagen für einen verbesserten Informationsfluß auch über Sektorgrenzen hinweg geschaffen indem sie bspw. Informationsbroschüren und Beratungsführer zu einzelnen Angebotssegmenten oder zu Suchthilfeangeboten in der Region insgesamt erstellt haben. Daneben haben einige Suchtkoordinatoren Fachtagungen organisiert, um spezielle Themen bspw. zur Arbeit mit chronisch Abhängigen fachöffentlich bekannt zu machen und den sektorübergreifenden Austausch der Versorgungsbeteiligten zu fördern. Die Modellmitarbeiter haben zudem in den Regionen die Funktion einer fachlichen Anlaufstelle („Info-Börse“) wahrgenommen. Dabei haben sie versorgungsrelevante Informationen gesammelt, an interessierte Nachfrager weitergegeben oder die Informationen selbst systematisch verbreitet (z.B. Briefe, Mitteilungen).

In knapp einem Fünftel der Zeit haben die Suchtkoordinatoren Einzelpersonen, Teams, Einrichtungen und Träger (18,6 %) bspw. zu konzeptionellen und Finanzierungsfragen fachlich beraten.

14,7 % der dokumentierten Zeit haben Suchtkoordinatoren auf Öffentlichkeitsarbeit verwandt. Etwa die Hälfte der Modellmitarbeiter konnte eine vergleichsweise eigenständige Öffentlichkeitsarbeit bspw. durch Pressemitteilungen und -gespräche betreiben. Neben der Bekanntmachung des Modellprogramms selbst bezogen sich Presseaktivitäten dabei auf konkrete Anliegen wie bspw. die Vorstellung neuer Angebote oder Fachtagungen. Nur in wenigen Fällen haben Suchtkoordinatoren auch zu übergreifenden Versorgungsproblemen - z.B. ordnungs- oder drogenpolitischen Fragestellungen - Stellung genommen. In einzelnen Modellregionen war den Suchtkoordinatoren der Zugang zu Presse und Öffentlichkeit explizit durch Vorgesetzte verwehrt. I.d.R. jedoch konnten die Modellmitarbeiter vor allem im Rahmen der Fachöffentlichkeit durch Informationsweitergabe und fachliche Inputs „Lobbyarbeit“ für die Zielgruppe betreiben.

Dienstleistungen stehen nicht im Zentrum der Wahrnehmung von Koordinatorentätigkeit, obwohl, wie die o.g. Ergebnisse zeigen, auf dieses Tätigkeitsfeld ein bedeutsamer Anteil der Arbeitszeit der Suchtkoordinatoren entfiel. Dienstleistungen sind in ihrer

Bedeutung für die Akzeptanz und die (fach-)öffentliche Wahrnehmung der Suchtkoordinatoren allerdings nicht zu unterschätzen, liefern sie i.d.R. doch „faßbare Ergebnisse“ in einem insgesamt eher „informellen“ Handlungsfeld.

4.6 Regionale Unterstützungsbedingungen

Bereits in der Modellausschreibung durch das BMG wurde davon ausgegangen, daß Suchtkoordinatoren bei der Aufgabenerfüllung die Unterstützung der Kommune benötigen. Regionale Suchtkoordination ist mehr als die Arbeit einer Person. Durch die Ansiedlung der Stelle in der kommunalen Verwaltung sollte einerseits die Tätigkeit der Suchtkoordinatoren unterstützt werden und andererseits sollten Suchtkoordinatoren ihrerseits dazu beitragen, die (kommunale) Koordination der Hilfen für Suchtkranke insgesamt zu optimieren. Über diese „interne“ Unterstützung hinaus waren die Modellmitarbeiter auf die Mitwirkungsbereitschaft der regionalen Versorgungsbeteiligten (z.B. freie Träger) angewiesen. Im folgenden werden verschiedene mit der Umsetzung der Koordinatorentätigkeit zusammenhängende Aspekte dargestellt.

Unterstützung durch Vorgesetzte/Projektträger

Die Unterstützung durch ihre Vorgesetzten wurde in der abschließenden Befragung von einer Mehrzahl der Modellmitarbeiter (85 %) und Projektträger (92 %) als (eher) hoch bewertet. Suchtkoordinatoren fühlten sich bspw. in fachlichen Fragen, durch das Bahnen von Zugängen zu Versorgungsbeteiligten (z.B. zu Ärzten) und Gremien sowie bei der Umsetzung von konkreten Maßnahmen und Programmzielen unterstützt. In der abschließenden Bewertung machten die Modellmitarbeiter aber auch deutlich, daß sie sich verschiedentlich eine stärkere Unterstützung bspw. beim (direkten) Zugang zum zuständigen Dezernenten sowie insbesondere der Realisierung von z.T. gemeinsam geplanten Vorhaben gegenüber anderen Verwaltungsbereichen und politischen Entscheidungsträgern gewünscht hätten.

Unterstützung durch die Kommune und Versorgungsbeteiligte

Die Beurteilung der Unterstützung durch die Kommune fiel auch überwiegend positiv aus, wobei Projektträger diese tendenziell häufiger als (eher) hoch bewerteten als Suchtkoordinatoren (69 % bzw. 57 %). Mit Blick auf die Verwaltung und den Dezernenten wiesen die Suchtkoordinatoren aber auch auf Unterschiede hin: Unterstützt sahen sich (einzelne) Koordinatoren eher durch Mitarbeiter, Abteilungen (z.B. SpD) und Amtsleitungen, während sie sich von Dezernenten in ihrer Arbeit z.T. eher ignoriert bzw. behindert fühlten. Einige Koordinatoren sowie ihre Vorgesetzten fühlten sich durch die Kommune allerdings nur unzureichend unterstützt. Dies erstaunt um so mehr, als sich die Kommunen aktiv um eine Beteiligung am Modellprogramm beworben haben.

Bzgl. der Unterstützung durch Versorgungsbeteiligte nennen die Modellmitarbeiter überwiegend Einrichtungen und Träger der Suchtkrankenhilfe sowie in Einzelfällen auch Einrichtungen und Träger der psychosozialen Versorgung sowie einzelne Ärzte.

Umsetzungsbedingungen aus Sicht der Versorgungsbeteiligten

Nachfolgend soll die interne Sicht der unmittelbar beteiligten Personen (Suchtkoordinatoren/Projektträger) durch die externe Sicht von Versorgungsbeteiligten in den Städten und Regionen ergänzt werden. In der folgenden Tab. 11 sind die Befragungsergebnisse zur regionalen Unterstützung der Suchtkoordinatoren dargestellt.

Tab. 11: Bedingungen von Suchtkoordination in der Modellphase aus Sicht der Versorgungsbeteiligten

	(eher) vorhanden (%)	(eher) nicht vorhanden/fehlt völlig (%)
Unterstützung durch die kommunale Verwaltung (N = 276)	64,5	35,5
Kooperationsbereitschaft der Versorgungsbeteiligten (N = 311)	84,9	15,1
Gestaltungswille der politisch Verantwortlichen (N = 275)	49,1	50,9
Mitwirkungsbereitschaft der Krankenkassen und Rentenversicherung (N = 221)	49,8	50,2

Die Sicht der befragten Versorgungsbeteiligten im Hinblick auf die Unterstützung der Suchtkoordination durch die kommunale Verwaltung deckt sich weitgehend mit den Angaben der Modellmitarbeiter und Projektträger. Danach gaben etwa zwei Drittel der Befragten an, daß diese Unterstützung (eher) vorhanden war. Für immerhin ein Drittel der Befragten fehlte die notwendige Unterstützung der Suchtkoordinatoren. Eine Detailanalyse zeigt allerdings deutliche Unterschiede: Während viele Befragte aus der kommunalen Verwaltung von einer guten Unterstützung ausgegangen sind (85,7 %), beurteilen Befragte aus der Suchtkrankenhilfe (51,7 %), der medizinischen Versorgung (46,4 %) sowie der Selbsthilfe (60,0 %) dies deutlich schlechter.

Die Versorgungsbeteiligten wurden von den meisten Befragten als (eher) kooperationsbereit eingeschätzt (84,9 %). Dies galt weitgehend für alle befragten Gruppen. Davon ausgenommen äußerten sich die (wenigen) Vertreter der Selbsthilfe: Sie waren mehrheitlich (62,5%) der Auffassung, daß diese Bereitschaft (eher) nicht vorhanden war.

Demgegenüber wurden Leistungsträger (Kranken- und Rentenversicherung) mehrheitlich als weniger kooperationsbereit beurteilt (50,2 %), wobei diese Einschätzung am wenigsten von Kommunalpolitikern getragen wurde (12,5 %). In den ländlichen Regionen (67,2 %) wurde die Mitwirkungsbereitschaft der Leistungsträger höher eingeschätzt als in großstädtischen Regionen (35,8 %). Die Notwendigkeit, Leistungsträger in regionale Planung der Versorgung Suchtkranker einzubeziehen, ist nicht zu unterschätzen, da wichtige Versorgungselemente (z.B. ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation, medizinische Grundversorgung) in ihre Zuständigkeit fallen.

Eine (knappe) Mehrzahl der befragten Versorgungsbeteiligten hat Gestaltungswillen bei den politisch Verantwortlichen vermißt (50,9 %).

In besonderem Maße war dies bei Personen aus der medizinischen Versorgung (63,3 %) und der Selbsthilfe (70,0 %) der Fall. Anders die Einschätzung der Befragten aus der Verwaltung: Sie gingen in der Mehrzahl von einem vorhandenen Gestaltungswillen aus (61,0 %). Interessanterweise gingen auch die befragten politischen Vertreter in einer Mehrzahl von einem eher nicht vorhandenen Gestaltungswillen aus (57,1%). Deutliche Unterschiede zeigen weitere Vergleiche: Während in den neuen Bundes-

ländern 76,2 % der Befragten von einem (eher) vorhandenen politischen Gestaltungswillen überzeugt waren, war dies in den alten Bundesländern lediglich bei 44,2 % der Fall. Ebenso wurden Unterschiede zwischen städtischen (37,8 %) und großstädtischen Regionen (55,2 %) festgestellt. Die Ergebnisse erstaunen einerseits, da die Gestaltung der Rahmenbedingungen sozialer Dienstleistungen ein Auftrag der Wähler an ihre politische Vertretung darstellt. Andererseits weisen die Ergebnisse aber auch auf Grenzen hin, die sich der fachlich orientierten Suchtkoordination im Modellprogramm gestellt haben.

Eine zusammenfassende Betrachtung zeigt, daß ursächlich für die o.g. Unterstützungspotentiale bzw. Behinderungen der Koordinatorentätigkeit neben strukturbedingten Voraussetzungen in der Kommunalverwaltung (z.B. Ansiedlung der Stellen, Zugang zum Dezernenten und Entscheidungsgremien) noch weitere, je spezifische politische und personale Faktoren waren. So gab es bspw. Modellregionen, in denen gute fachliche Voraussetzungen (z.B. Suchthilfeplanung, konzeptionelle Vorbereitung, fachliche Kompetenzen) für eine (Weiter-)Entwicklung der Versorgung Suchtkranker im Sinne des Modellprogramms vorhanden waren. Die Umsetzung schlug wegen genereller Finanzierungsvorbehalte, (partei-)politischer Konkurrenzen oder anderweitiger politischer Prioritäten fehl. Personale Faktoren spielten immer dann eine Rolle, wenn zentrale Akteure der Verwaltung oder der Politik aus eher persönlichen Motiven entweder kein Interesse an Fragen der Suchtkrankenversorgung hatten, zwischen den Akteuren Konkurrenzen die fachliche Arbeit lähmten oder die „persönliche Chemie“ zwischen dem Suchtkoordinator und einzelnen Akteuren nicht stimmte.

Im Verlauf des Modellprogramms hat das BMG gemeinsam mit FOGS über gezielte Interventionen in einzelnen Regionen hinaus in Form von zwei Projektträgerkonferenzen - unter Einbeziehung der Sucht- und Drogenbeauftragten der Länder - auf die komplexen Bedingungen vor Ort einzuwirken versucht. Dabei zielten die Bemühungen darauf ab, die Ziele des Modellprogramms prozessual zu verankern und die Projektträger in ihrer Unterstützung der Suchtkoordinatoren zu bestärken. In der Tendenz und in einigen Regionen hatten sich nach den Konferenzen die Bedingungen zur Umsetzung der Modellziele verbessert.

4.7 Zusammenfassende Bewertung der Suchtkoordination aus Sicht der Projekt- und Versorgungsbeteiligten

Am Ende des Modellprogramms wurden Suchtkoordinatoren, Projektträger sowie die regionalen Versorgungsbeteiligten nach den (Aus-)Wirkungen der Koordinatorentätigkeit in den Modellregionen befragt. Die verschiedenen Einschätzungen erfolgten auf vierstufigen Rating-Skalen, die von „verbessert“ bis „verschlechtert“ reichten.

Akzeptanz der Suchtkoordinatoren

Die folgende Tab. 12 zeigt, wie sich aus Sicht von Modellmitarbeitern und Projektträgern die Akzeptanz der Koordinatoren in einzelnen Versorgungsbereichen darstellt.

Tab. 12: Akzeptanz der Suchtkoordinatoren in den Versorgungsbereich aus Sicht von 13 Modellmitarbeiter und 14 Projektträger

Versorgungsbereich	Koordinatoren (eher) hoch	Projektträger (eher) hoch
Suchtkrankenversorgung	86 %	92 %
Psychosoziale Hilfen	79 %	92 %
Medizinische Basisversorgung	14 %	17 %
Komplementäre Hilfen	69 %	50 %
Ämter/Behörden	64 %	42 %
GESAMT	62 %	58 %

Die Suchtkoordinatoren fühlten sich in ihrer Rolle vor allem in der Suchtkrankenhilfe und im Bereich psychosozialer Hilfen anerkannt. Etwas weniger akzeptiert sahen sie sich im Bereich komplementärer Hilfen sowie von Ämtern und Behörden. Demgegenüber schätzten die Modellmitarbeiter ihre Akzeptanz in der medizinischen Versorgung deutlich geringer. Die Projektträger bewerteten die Akzeptanz der Suchtkoordinatoren ähnlich. Unterschiedliche Einschätzungen zwischen Modellmitarbeitern und Projektträgern zeigten sich vor allem hinsichtlich des psychosozialen Versorgungsbereichs (79 % vs. 92 %), der komplementären Hilfen (69 % vs. 50 %) sowie Ämter/Behörden (64 % vs. 42 %).

Generelle Bedeutung von Suchtkoordination

Befragt nach der generellen Bedeutung von Suchtkoordination gaben 92,6 % der befragten Versorgungsbeteiligten an, daß sie diese als (eher) hoch bewerten. Im Vergleich ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Versorgungsbeteiligten. Eine tendenziell geringere Bedeutung hatte Suchtkoordination lediglich aus Sicht der Leistungsträger (83,4 %). Das Ergebnis zeigt, daß die Koordination von Hilfen für Suchtkranke generell von allen Gruppen und aus unterschiedlichen Perspektiven als bedeutsame Aufgabe gesehen wurde. Vor diesem Hintergrund nahmen die Befragten folgende Bewertungen von modellgeförderter Suchtkoordination vor:

Gegenwärtiger Stand der Suchtkoordination

Aus Sicht des überwiegenden Anteils der Versorgungsbeteiligten war der Stand der Suchtkoordination nach Ablauf des Modellprogramms (eher) gut (63,4 %). Trotz dieser weitgehend positiven Bewertung schätzte immerhin ein Drittel der Befragten, auch nach der Durchführung des Modellprogramms, die regionale Suchtkoordination als (eher) schlecht ein.

Ein Vergleich der einzelnen Gruppen von Versorgungsbeteiligten zeigt Unterschiede auf: Interessanterweise schätzten Befragte aus der Kommunalverwaltung (80,6 %) den aktuellen Stand der Suchtkoordination deutlich besser ein als Kommunalpolitiker (41,2 %). Dies hängt möglicherweise damit zusammen, daß die für die Suchtkrankenhilfe zuständigen kommunalen Ämter (z.B. Gesundheits- und Sozialamt) die Effekte koordinativer Tätigkeiten unmittelbar beobachten können, während Politiker diesem Arbeitsfeld keine so große Bedeutung zumessen. Vergleichsweise skeptisch beurteilten auch die Leistungserbringer der medizinischen Versorgung (52,5%) den aktuellen

Stand der Suchtkoordination. Es fällt auf, daß insbesondere diejenigen Gruppen den Entwicklungsstand der Suchtkoordination vergleichsweise geringer einschätzten, zu denen die Modellmitarbeiter nur begrenzt Zugang gefunden haben.

Veränderungen in der Modellphase

Die Versorgungsbeteiligten hatten in der Modellphase deutliche Veränderungen hinsichtlich der Koordination von Hilfen für Suchtkranke festgestellt.

Nach Ansicht der überwiegenden Mehrheit (94,8 %) hatte sich die Suchtkoordination in der Modellphase (eher) verbessert.

Eine Detailanalyse zeigt: Personen aus der medizinischen Versorgung (84,4 %) beurteilen die eingetretenen Veränderungen in der Tendenz als geringer als Mitarbeiter der Kommunalverwaltung (93,9 %) und der psychosozialen Versorgung (97,3 %). Obwohl der gegenwärtige Stand der Suchtkoordination aus Sicht der Kommunalverwaltung und der Kommunalpolitik unterschiedlich eingeschätzt wurde (s.o.), waren sich beide Gruppen darin einig, daß in der Modellphase positive Veränderungen erfolgt sind.

Die Versorgungsbeteiligten hatten im Rahmen der Befragung auch Veränderungen der Suchtkoordination in Einzelbereichen bewertet (s. Anhang, Tab. 3). Danach haben sich aus Sicht der überwiegenden Mehrzahl der Befragten einzelne Aspekte (eher) verbessert:

- die Versorgungssituation der Suchtkranken in der Region (83,9 %)
- speziell die Versorgungssituation von chronisch Abhängigen (87,0 %)
- die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter (88,4 %)
- die fallbezogene Abstimmung der Hilfen (90,9 %)
- die Datenlage (94,0 %)
- die Voraussetzungen für eine kommunale Planung (84,1 %)
- die fachliche Qualität der Leistungserbringung (91,9 %)
- die Unterrichtung der Öffentlichkeit über die Belange Suchtkranker (87,7 %).

Lediglich die Finanzierungsvoraussetzungen der Hilfeebringung hatten sich - vor dem Hintergrund knapper Kassen - aus Sicht der Befragten deutlich (eher) verschlechtert (77,0 %).

In den meisten Einzelbereichen zeigt ein Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern keine wesentlichen Unterschiede. Aufgrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen hat sich allerdings in den neuen Bundesländern durch die Suchtkoordination die Versorgungssituation für Suchtkranke (95,2 % vs 81,2 %) eher verbessert als in den Regionen der alten Bundesländer. Tendenziell weniger verschlechtert als in den alten Ländern haben sich in den neuen Ländern aus Sicht der Befragten zudem die Finanzierungsmöglichkeiten der Hilfeebringung (79,1 % vs. 65,8 %). Aus Sicht der unterschiedlichen Gruppen von Versorgungsbeteiligten stellten sich die Veränderungen in der Modellphase in den Einzelbereichen ebenfalls weitgehend einheitlich dar. Lediglich Personen aus der medizinischen Versorgung sowie Vertreter der Selbsthilfe schätzten in den meisten Einzelbereichen die eingetretenen Veränderungen geringer ein.

Befragt nach dem Anteil des Modellmitarbeiters an den Veränderungen der regionalen Suchtkoordination, gaben die befragten Personen mehrheitlich (70,0 %) an, daß dieser Anteil (eher) hoch einzuschätzen ist. Dieser Befund weist darauf hin, daß dem Interventionsmodell „Suchtkoordinator“ tatsächlich eine „Initialfunktion“ im Rahmen der Hilfen für Suchtkranke zukommt. Darüber hinaus kann das Ergebnis auch als Hinweis für die Bedeutung des personalen Faktors interpretiert werden.

Gut die Hälfte der Befragten (54,3 %) gab an, daß die Zusammenarbeit mit dem Suchtkoordinator unmittelbare Auswirkungen auf ihre Arbeit hatte. Suchtkoordinatoren haben dabei insbesondere Informationen weitergegeben, zur Verbesserung der Kooperation mit anderen Versorgungsbeteiligten beigetragen, Angebote, in denen die Befragten arbeiteten, verbessert sowie den fachlichen Austausch ermöglicht.

Der „wichtigste Beitrag der Suchtkoordinatoren“ in den Gebietskörperschaften/Regionen betraf aus Sicht der Befragten - gewichtet nach der Häufigkeit der Angaben - Verbesserungen der Kooperation und Vernetzung, der Optimierung von Planung und Steuerung sowie eine Qualitätsverbesserung der Versorgung. Demgegenüber spielte ihr Beitrag zur Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit sowie zur Transparenz der Leistungserbringung weniger eine Rolle.

Aktuelle Handlungsbedarfe sahen die befragten Personen vor allem hinsichtlich der weiteren Verbesserung der Kooperationsbeziehungen und der Vernetzung der Hilfen. Darüber hinaus sollten Planung und Steuerung der Hilfen weiterentwickelt werden. Demgegenüber spielen Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung eine eher geringe Rolle.

Einschätzung von Bedeutung und Zufriedenheit mit der Suchtkoordination

Alle Projektträger und, mit einer Ausnahme, auch alle Modellmitarbeiter waren im Rückblick von der Wichtigkeit der modellgeförderten Suchtkoordination für die Weiterentwicklung und Abstimmung der Hilfen in ihrer Gebietskörperschaft/Region überzeugt. Auch aus Sicht der Versorgungsbeteiligten war die modellgeförderte Suchtkoordination mehrheitlich (eher) wichtig (86,7 %), wobei für einige Befragte aus der Suchtkrankenhilfe (21,3 %) erstaunlicherweise das Modellvorhaben (eher) unwichtig war.

In der Tendenz war dabei für die Regionen der neuen Bundesländer (94,0 %) die Suchtkoordination wichtiger als für die Regionen der alten Länder (85,2 %). Offensichtlich konnte, vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen durch das Modellprogramm in den neuen Ländern die (Weiter-)Entwicklung des Hilfesystems sowie der Kooperationsstrukturen in besonderer Weise gefördert werden.

Während mit einer Ausnahme alle Projektträger mit der modellgeförderten Suchtkoordination (eher) zufrieden waren, entfielen auf diese Antwortkategorien nur neun von 14 Antworten der Koordinatoren. D.h. fünf Koordinatoren waren mit der Umsetzung und Durchführung (eher) unzufrieden. Verantwortlich hierfür ist ein Bündel von Gründen, darunter vor allem: Verortung der Stellen, geringe Handlungsspielräume, unzureichende Unterstützung durch Vorgesetzte, fehlender (politischer) Gestaltungswille.

Zwei Drittel (66,8 %) der befragten Versorgungsbeteiligten waren mit der Suchtkoordination im Rahmen des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit (eher) zufrieden.

Immerhin noch jeder Dritte war allerdings (eher) unzufrieden. Die unterschiedliche Beurteilung von Bedeutung und Zufriedenheit der Versorgungsbeteiligten mit der modellgeförderten Suchtkoordination kann als ein weiterer Hinweis auf bereits genannte

Umsetzungsprobleme (z.B. geringe Handlungsmöglichkeiten von einzelnen Suchtkoordinatoren, fehlender politischer Gestaltungswille) interpretiert werden.

Umsetzungsalternativen regionaler Suchtkoordination

Im Rahmen des Modellprogramms wurde die Koordination der Hilfen für Suchtkranke durch die Schaffung von Stellen für regionale Suchtkoordinatoren erprobt. In der Abschlußbefragung haben sich die Modellmitarbeiter und -träger auch zu möglichen Alternativen geäußert, wobei neben der Anbindung von Koordinatoren auch die Integration der Koordinationsfunktion in andere Aufgabenbereiche diskutiert wurden. Nachfolgende Tabelle enthält eine Übersicht über verschiedene Alternativen von Suchtkoordination.

Tab. 13: *Umsetzungsalternativen regionaler Suchtkoordination*

Umsetzungsalternativen	Koordinatoren	Projekträger
Suchtkoordination als (unbefristete) Planstelle in kommunaler Anbindung	5	4
zeitlich begrenzter Einsatz eines Suchtkoordinators in kommunaler Anbindung (s. Modellprogramm)		1
Integration der Suchtkoordination unter die Psychiatriekoordination (Psychiatrie-/Suchtkoordinator)	1	4
Integration von Suchtkoordination in die Bereiche Sozialplanung und/oder Gesundheitsberichterstattung	5	2
Suchtkoordination als Projektauftrag an ein externes Institut mit Beratung und Moderation	1	1

Fast alle Modellmitarbeiter votieren für eine kommunale Verortung der Suchtkoordination, wobei mehrere Befragte diese als eigene unbefristete Planstelle präferieren. Andere schlagen vor, Suchtkoordination im Zusammenhang mit Sozialplanung und Gesundheitsberichterstattung zu organisieren. Daneben votieren Modellmitarbeiter nur vereinzelt für eine übergreifende Psychiatrie- und Suchtkoordination bzw. für eine externe Projektvergabe.

Im Zusammenhang mit einer unbefristeten Planstelle in der Kommunalverwaltung werden von den Befragten u.a. eine stärkere politische Unterstützung, die langfristige Sicherung der Suchtkoordination und die Umsetzung eines trägerübergreifenden Versorgungskonzepts genannt. Diejenigen, die sich für eine Integration der Suchtkoordination in die Bereiche Sozialplanung und Gesundheitsberichterstattung ausgesprochen haben, akzentuieren u.a. die Notwendigkeit einer sektor- und ämterübergreifenden Planung und Steuerung psychosozialer Hilfen. Schließlich führen die Befürworter einer Psychiatrie-/Sucht-Koordination u.a. die fachlichen Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Versorgungsfeldern an.

Über die o.g. Alternativen hinaus wurde von einigen Befragten vorgeschlagen, die Suchtkoordination als eigenständige Organisation (z.B. gGmbH, e.V.) zu organisieren, in die Kommune (ggf. mehrere Kommunen) und Träger einzubinden wären. Weitere Vorschläge akzentuieren insbesondere Koordination als Arbeit eines Teams, in dem (in kommunaler Anbindung) mehrere Personen unterschiedliche Versorgungsbereiche gemeinsam koordinieren (z.B. Suchthilfe, Jugendhilfe, Psychiatrie).

Die Begründungen der Befragten für die jeweils gewählten Alternativen basieren z.T. auf übergreifenden Überlegungen zu (Sucht-)Koordination und berücksichtigen auch besondere regionale Bedingungen. Trotz der Vielzahl von Modellvorschlägen machen die Antworten aber auch Prioritäten deutlich. Dabei sind insbesondere die langfristige, verbindliche und materiell abgesicherte Anlage der Koordinationsfunktion, die Sicherung der politischen und administrativen Unterstützung sowie die fachlichen Schnittstellen zu angrenzenden Bereichen zu berücksichtigen.

5 BILANZ DES MODELLPROGRAMMS UND EMPFEHLUNGEN

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 1995 das Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln chronisch Abhängige stand.

Das Modellprogramm zielte insbesondere darauf ab, die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung von (chronisch) Abhängigen Beteiligten zu erhöhen. Hierzu wurden Stellen für Koordinatoren geschaffen, die auf institutioneller Ebene - bezogen auf eine definierte Modellregion - Hilfeangebote erfassen und eine kontinuierliche, verbindliche, lokale und regionale Vernetzung von Versorgungssektoren, der Träger und der Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten. Neben koordinativen Aufgaben sollte ein personenzentrierter ambulanter Hilfeansatz für chronisch Abhängige durch Case Manager entwickelt und implementiert werden. Im Rahmen des Modellprogramms wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen eingerichtet, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager und ein Koordinator (zusammen-)arbeiteten, während in den sog. Solo-Regionen jeweils nur ein Case Manager tätig war. *Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren¹¹ und 31 Case Manager) gefördert.* Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das BMG die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH in Köln beauftragt.

5.1 Zusammenfassende Bilanz des Modellprogramms

5.1.1 Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen regionaler Suchtkoordination

Die Koordination der Hilfen für Suchtkranke ist auf der kommunalen Ebene immer eingebunden in spezifische lokale oder regionale Bedingungen. Diese werden u.a. von Größe und Zuschnitt der kommunalen Gebietskörperschaften und den dort bestehenden (sozial-)politischen und administrativen Strukturen bestimmt. Bei der Implementierung von Suchtkoordination müssen folglich diese Bedingungen und Voraussetzungen beachtet werden. Ziel muß es dabei sein, eine optimale „Paßform“ der Suchtkoordination für die kommunalen Gegebenheiten zu finden.

Wegen der hohen Bedeutung, aber auch Varianz regionaler Ausgangsbedingungen kann das Modellprogramm zwar hinsichtlich der strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen kein allgemeines „Rezept“ für Suchtkoordination liefern. Zudem wurden die Modellvoraussetzungen (z.B. Ansiedlung der Stelle, Qualifikation der Stelleninhaber) von einzelnen Modellträgern erweitert. Gleichwohl stecken die Modellergebnisse einen Bezugs- und Bewertungsrahmen ab, der zukünftig für regionale Suchtkoordination berücksichtigt werden sollte.

¹¹ In Sachsen-Anhalt wurde keine Tandem-Region eingerichtet, da kein entsprechender Förderantrag vorlag.

Ansiedlung der Stelle eines Suchtkoordinators

Der überwiegende Teil der Suchtkoordinatoren war bei kommunalen Trägern beschäftigt. In drei Modellregionen wurden die Koordinationsstellen bei freien Träger der Suchtkrankenhilfe gefördert. Bei öffentlicher Anbindung waren die Suchtkoordinatoren mehrheitlich auf Stabsstellen beim - für die Suchtproblematik - zuständigen Amtsleiter (ganz überwiegend Gesundheitsämter) beschäftigt; einige Koordinatoren waren den Leitern nachgeordneter Dienststellen (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst) unterstellt.

Die Ansiedlung der Suchtkoordinatoren bei öffentlichen Trägern und dort bei den zuständigen Amtsleitern hat sich insgesamt für deren Arbeit als förderlich herausgestellt.

Schwierig war es im Einzelfall dort, wo Koordinatoren von der Kommune bzw. ihren Vorgesetzten nur unzureichend unterstützt wurden. Außerdem ging die Ansiedlung in der nachgeordneten Dienststelle z.T. mit geringeren Handlungs- und Einflußmöglichkeiten einher.

Suchtkoordination in freier Trägerschaft hat sich im Rahmen des Modellprogramms nicht bewährt, wobei vor allem die relative Ferne zur Politik und insbesondere zur Verwaltung sowie Trägerkonkurrenzen als hemmende Faktoren hervorzuheben sind. Erschwert war es bspw., fachlich begründete Vorschläge in kommunale Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse einzubringen und hierbei die notwendige politische und administrative Unterstützung zu erreichen. Zudem hatten die Suchtkoordinatoren in freier Trägerschaft kaum Einfluß auf die (Weiter-)Entwicklung planerischer und koordinativer Aufgaben innerhalb kommunaler Strukturen (Verwaltung, Politik).

Qualifikation und Kompetenz von Suchtkoordinatoren

Dem Qualifikationsniveau und -spektrum kommt - wie die Modellergebnisse zeigen - ein zentraler Stellenwert für eine effektive Aufgabenerfüllung zu. Während die Hälfte der Koordinatoren einen Studiengang in Psychologie, Soziologie oder Medizin abgeschlossen hatte, arbeiteten in anderen Modellstandorten Dipl.-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen, Lehrer und Erzieher. Die Berufserfahrung der Koordinatoren in der Suchtkrankenhilfe reichte von langjährigen Erfahrungen bis hin zu Einsteigern in diesem Arbeitsfeld. Etwa zwei Drittel der Mitarbeiter war die regionale Versorgungssituation zu Modellbeginn bekannt.

Bei einer Mehrheit der Suchtkoordinatoren haben sich die Qualifikationen und beruflichen Vorerfahrungen als adäquat für die Anforderungen, die mit koordinativen Aufgaben einhergehen, erwiesen. Gleichwohl zeigten sich dort Grenzen, wo bei einzelnen Modellmitarbeitern fachliche und/oder kommunikative Kompetenzen fehlten bzw. nur wenig ausgeprägt waren.

Als hemmend wirkten sich vor allem unzureichende Kenntnisse zur Suchtproblematik, der regionalen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen sowie zum Organisations-, Projekt- und insbesondere Kooperationsmanagement aus.

Zuschnitt und Größe der Modellregion

Modellregionen waren sowohl ländliche als auch (groß-)städtische Gebiete. Die Größe der Regionen variierte nach Einwohnerzahl und Fläche stark. In etwa der Hälfte der Modellregionen stimmten deren Grenzen mit denen kommunaler Gebietskörperschaften überein. In anderen Regionen gingen sie darüber hinaus und umfaßten weitere an-

grenzende Kommunen, Städte und Gemeinden. Außerdem waren die Modellregionen durch den Umfang der Suchtproblematik sowie den Ausbaugrad der Hilfen für Suchtkranke charakterisiert.

Für die Koordination der Hilfen für Abhängige lagen im Hinblick auf die Größe einer Versorgungsregion keine fundierten Erfahrungen vor.

Als vorteilhaft für die Arbeit der Koordinatoren haben sich Modellregionen herausgestellt, die sich an den Grenzen kommunaler Gebietskörperschaften orientierten.

In diesen Regionen gingen Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit geringeren „Reibungsverlusten“ einher als in Modellregionen, die sich auf mehrere Kommunen bezogen. In letzteren war Suchtkoordination i.d.R. aufgrund der Größe der Region oder wegen unterschiedlicher, (konkurrierender) politischer und administrativer Strukturen z.T. erheblich erschwert. Diese waren nur dort geringer, wo überregionale Institutionen bzw. Verbände für die Versorgungsplanung und -steuerung zuständig waren (z.B. Bayerische Bezirke). In ländlichen Regionen der neuen Bundesländer, in denen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen z.T. nur gering entwickelt waren, beschäftigten sich Suchtkoordinatoren eher mit dem Aufbau entsprechender Strukturen. Schließlich stellten die (hoch-)differenzierten Versorgungs- und Kooperationsysteme sowie komplexe Zuständigkeitsregelungen in den großstädtischen Ballungsgebieten hohe Anforderungen an die Suchtkoordinatoren, da hier das Ausmaß koordinativer Aufgaben über die Kapazitäten der Modellstelle hinausging.

5.1.2 Prozeß und Ergebnis von Suchtkoordination

Im Mittelpunkt der Evaluation standen die Spezifizierung der zu Beginn des Modellprogramms nur summarisch formulierten Aufgaben sowie die genauere Beschreibung des Handlungsfelds von Suchtkoordination. Darüber hinaus sollten die Effekte koordinativer Tätigkeit genauer erfaßt werden.

Planung und Steuerung

Bei Arbeitsbeginn der Suchtkoordinatoren verfügten die Modellregionen überwiegend über keine abgestimmte Suchthilfeplanung. Bestehende Planungen wurden nur in einzelnen Modellregionen fortgeschrieben und bezogen sich im wesentlichen auf die spezialisierten Angebote der Suchtkrankenhilfe. Die unter einer funktionsbezogenen Sichtweise bedeutsamen psychosozialen und medizinischen Angebote waren in den bestehenden Planungen i.d.R. nicht berücksichtigt worden.

Suchtkoordinatoren haben insbesondere durch eine (sektorübergreifende) Bestandsaufnahme der Versorgungsangebote und Kooperationsstrukturen mit dazu beigetragen, daß in den Modellregionen eine systematische Suchthilfeplanung eingeleitet bzw. fortgeschrieben wurde.

Hervorzuheben ist, daß die Ergebnisse der Bestandsaufnahmen in weiten Teilen als repräsentativ für die z.T. defizitäre Versorgungssituation chronisch Abhängiger sowie die bestehenden - oftmals unzureichenden - Kooperationsstrukturen der Hilfen für Suchtkranke in der Bundesrepublik gelten können (s. Abschn. 3.3).

Suchtkoordinatoren haben Berichte und Stellungnahmen für verwaltungsinterne und externe Institutionen bspw. für politische Ausschüsse und Gremien oder im Rahmen

der Versorgungsplanung (z.B. zu betreuten Wohnplätzen) oder zur Entwicklung von Konzepten (z.B. zur Qualifizierung der Substitutionsbehandlung) erarbeitet. Schließlich waren sie an der Erstellung von Kooperationsverträgen beteiligt.

In der überwiegenden Zahl der Modellregionen wurde der Entwicklung trägerübergreifender fachlicher Leitlinien (noch) keine große Bedeutung zugemessen, obwohl ihnen - anerkanntermaßen - für die (Weiter-)Entwicklung von Kooperationsbeziehungen sowie der Erarbeitung eines abgestimmten regionalen Suchthilfekonzepts eine wichtige Aufgabe zukommt.

Die Koordinatoren haben in kommunalen Verwaltungen hinsichtlich planerischer und Steuerungsaktivitäten „initial“ gewirkt. Einige Kommunalverwaltungen haben sich erstmalig mit ihrer Aufgabe, die regionalen Hilfen für Suchtkranke zu koordinieren, auseinandergesetzt. Dabei konnten bestehende Einzelaktivitäten systematisiert und beim Suchtkoordinator gebündelt werden, was wiederum das weitere Vorgehen gefördert hat.

Das Wirkungsfeld der modellgeförderten Suchtkoordination war allerdings (entscheidend) dadurch eingeschränkt, daß einzelne Suchtkoordinatoren zu wichtigen Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen und -gremien keinen oder nur einen partiellen Zugang hatten. Hierfür waren u.a. begrenzte Veränderungsbereitschaft, Einhaltung der Verwaltungshierarchie, Konkurrenz von Ämtern (bzw. Stelleninhabern), mangelnde Konfliktbereitschaft ursächlich. Im Ergebnis wurden dadurch in einigen Modellregionen die Möglichkeiten, Planungsentscheidungen fachlich zu fundieren, nur unzureichend genutzt.

Die Modellerfahrungen zeigen zudem, daß in manchen Regionen - gemessen an sozialplanerischen Standards - die Planung und insbesondere die Steuerung der Hilfen noch in den Anfängen stecken.

In vielen Kommunen fehlen noch wesentliche Voraussetzungen für eine zielgerichtete kommunale Steuerung der Hilfen. Im Modellprogramm haben sich insbesondere eine fehlende bzw. nur gering entwickelte Gesundheitsberichterstattung, Leistungsdokumentation, Leistungsverträge etc. als hemmend erwiesen. Vor diesem Hintergrund stößt die Koordination der Hilfen für Suchtkranke an strukturelle Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten, die auf wichtige Entwicklungsaufgaben verweisen.

Versorgung

Suchtkoordinatoren haben, abgeleitet aus den Ergebnissen der Bestandsaufnahmen, in vielen Modellregionen einen (wichtigen) Beitrag zur Verbesserung der Versorgung insbesondere von chronisch Abhängigen geleistet.

In den Regionen konnten i.d.R. die (Fach-)Öffentlichkeit für die Belange dieser Zielgruppe sensibilisiert und teilweise auch Standards für deren Betreuung gesetzt werden.

Die Modellmitarbeiter waren bei ihren versorgungsbezogenen Aktivitäten (vor allem bei inhaltlichen und konzeptionellen Fragen) sowie der organisatorischen und administrativen Umsetzung gefordert. Ihre fachliche Kompetenz war wichtig, um Konzepte zu entwickeln bzw. vorgelegte Konzepte zu bewerten und in der (Fach-)Öffentlichkeit zu vertreten. Dies galt insbesondere für sektorübergreifende Angebote, da hier i.d.R. unterschiedliche fachliche Sichtweisen zu vermitteln waren. Außerdem waren Suchtkoordinatoren bei der Mobilisierung fachlicher und politischer Unterstützung zur Schaffung neuer Angebote und Einrichtungen aktiv.

Gemessen an den in den Bestandsaufnahmen erhobenen z.T. erheblichen Versorgungsdefiziten war der Wirkungsgrad der Bemühungen der Suchtkoordinatoren zur Schließung von Versorgungslücken eher begrenzt. Hierzu haben erwartungsgemäß sowohl die knappen Kassen der Städte und Gemeinden als auch die der anderen Kosten- und Leistungsträger erheblich beigetragen.

Kooperation und Vernetzung

Die Aktivitäten der Suchtkoordinatoren zielten vor allem auf die Weiterentwicklung der institutionellen Kooperation (z.B. Gremienarbeit), der fallbezogenen Zusammenarbeit sowie auf eine verbindliche Regelung der Kooperationsbeziehungen. Im Rahmen dieses Handlungsfelds haben die Modellmitarbeiter in entsprechenden Facharbeitskreisen und Gremien mitgearbeitet, diese z.T. geleitet und Arbeitskreise und Gremien neu gegründet. Dabei handelte es sich auch um Gremien, die sektor- und trägerübergreifend auf Kooperation und Vernetzung zielten (z.B. Regionalkonferenz).

Ein Schwerpunkt der Koordinatorentätigkeit lag in der Weiterentwicklung von Kooperationsbeziehungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe. In Zusammenarbeit mit den Case Managern haben Suchtkoordinatoren vor allem die Abstimmung der Hilfen für chronisch Abhängige verbessert. Die Modellmitarbeiter initiierten hierzu u.a. eine Vielzahl von (mehrheitlich) informellen Kooperationsabsprachen. Die Bereitschaft der Beteiligten, verbindlichere Regelungen und vertragliche Vereinbarungen einzugehen, konnte gefördert werden. Insbesondere in der Schlußphase des Modellprogramms wurden zunehmend auch schriftliche Kooperationsvereinbarungen und -verträge abgeschlossen, in denen Kooperationsinhalte und -routinen verbindlich vereinbart wurden. Übergreifend kann hervorgehoben werden, daß die „Kooperationsatmosphäre“ in vielen Regionen erheblich verbessert werden konnte.

Trotz dieser positiven Effekte entspricht die Kooperation zwischen den Anbietern von Hilfen für Suchtkranke und den Erbringern psychosozialer Hilfen sowie den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern häufig auch weiterhin nicht den fachlich gebotenen Anforderungen.

Das Fehlen von verbindlichen Vereinbarungen und Kooperationsroutinen sowie teilweise erstarrte Rituale der Zusammenarbeit und fehlender Gestaltung- und Veränderungswille der Beteiligten beschreiben weiterhin vorherrschende Problemfelder. Obwohl die Notwendigkeit zur Kooperation gerade bei chronisch Kranken (fachlich) grundsätzlich anerkannt ist, stößt der systematische Ausbau der Kooperationsbeziehungen häufig an Grenzen. Hierbei spielen Aufwand- und Kostengesichtspunkte ebenso eine Rolle wie der nur begrenzt darstellbare Gewinn für einzelne Leistungserbringer. Außerdem erschweren die unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kosten- und Leistungsträger mit ihrer unterschiedlichen regionalen und überregionalen Orientierung eine abgestimmte Hilfeerbringung. Wie die Ergebnisse des Modellprogramms zeigen, sind durch beharrliche Anstrengungen durchaus Verbesserungen zu erreichen. Gleichwohl werden voraussichtlich erst durch eine personenbezogene, an den tatsächlichen Hilfebedarfen des einzelnen Suchtkranken, orientierte Betrachtungsweise und Organisation der Hilfen die Voraussetzungen für eine qualitativ deutlich verbesserte abgestimmte Hilfeerbringung schaffen. Von zentraler Bedeutung ist dabei, daß sich konkrete Bemühungen einzelner Akteure um eine Verbesserung der fallbezogenen Zusammenarbeit und die Weiterentwicklung der Kooperation auf struktureller Ebene (z.B. durch Gesundheitskonferenzen oder vergleichbare Gremien) entsprechen und ergänzen müssen.

Dienstleistungen

Die Suchtkoordinatoren haben während des Modellprogramms zahlreiche Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen angeregt, organisiert und durchgeführt. Während z.T. bei den psychosozialen Hilfen und einzelnen Ämtern ein Beitrag zur Qualifizierung der Mitarbeiter geleistet wurde, konnten die Koordinatoren bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern lediglich Interesse wecken, Anregungen geben und erste Maßnahmen durchführen. Hier sind regionale Anstrengungen, verknüpft mit übergreifenden Initiativen zur Verbesserung der suchtspezifischen Kenntnisse von Ärzten (z.B. im Rahmen entsprechender Fortbildungsprogramme), auch weiterhin notwendig.

Vor dem Hintergrund festgestellter Informationsdefizite über Suchtkrankheiten und Angebote der Suchtkrankenhilfe im psychosozialen und medizinischen Versorgungsbereich haben die Modellmitarbeiter versorgungsrelevante Daten gesammelt, aufbereitet und der (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt. In der Mehrzahl der Regionen wurden *hierdurch Grundlagen für eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit geschaffen*, indem bspw. Informationsbroschüren und Beratungsführer zur Suchtkrankenhilfe bzw. zu einzelnen Angebotssegmenten erstellt wurden. Die Modellmitarbeiter nahmen zudem - wenn auch unterschiedlich ausgeprägt - die Funktion einer fachlichen Anlaufstelle („Info-Börse“) wahr. Daneben haben sie Einzelpersonen, Teams, Einrichtungen und Träger fachlich beraten. Die Bekanntmachung des Modellprogramms und seiner Ziele, die Vorstellung neuer Angebote oder die Ankündigung von Fachtagungen war wichtiger Teil ihrer Informationspolitik.

Auch wenn die durch Suchtkoordinatoren erbrachten „Dienstleistungen“ nicht im Zentrum der Suchtkoordination standen, sind sie in ihrer Bedeutung für die Akzeptanz der Stelleninhaber bzw. der kommunalen Suchtkoordination nicht zu unterschätzen. Die Weitergabe von Informationen, die fachliche Beratung von Einrichtungen und Fortbildungsangebote ermöglichen erst in vielen Fällen die Kontaktaufnahme zu den Versorgungsbeteiligten und lassen den „Mehrwert“ einer Kooperation mit dem Koordinator bzw. der kommunalen Suchtkoordination erfahrbar werden.

5.2 Empfehlungen

Aus den Ergebnissen des Modellprogramms läßt sich eine Vielzahl von Empfehlungen zur künftigen institutionellen Ausgestaltung sowie den Aufgaben von Suchtkoordination ableiten. Nachfolgend werden diese zusammenfassend dargestellt:

Suchtkoordination sollte grundsätzlich (sofern gesetzliche Regelungen keine andere Zuständigkeit vorschreiben) in kommunaler Trägerschaft erfolgen. Neben Fragen der Zuständigkeit für Planung und Steuerung der Hilfen und des Interessenausgleichs zwischen den Leistungserbringern ist die Einbindung des Suchtkoordinators in die politischen und administrativen Entscheidungsprozesse der Kommune von zentraler Bedeutung. Hierbei sollte sich die regionale Koordination der Hilfen für Suchtkranke an den Grenzen der kommunalen Gebietskörperschaft orientieren. Kommunale Gebietskörperschaften tragen nach dem Sozialstaatsprinzip und der verfassungsrechtlich gewährten Garantie der Selbstverwaltung in erster Linie die Verantwortung für die Daseinsvorsorge und -fürsorge ihrer Bürger. Die Kommunen bieten zudem die notwendigen strukturellen, administrativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Koordination von sozialen und gesundheitlichen Hilfen.

Eine gemeindeübergreifende Suchtkoordination ist nur dort sinnvoll, wo überregionale Institutionen bzw. Verbände für die Versorgungsplanung und -steuerung zuständig sind. Eine mehrere Gebietskörperschaften umfassende, als spezielles Aufgabengebiet organisierte Suchtkoordination kann u.U. dort angezeigt sein, wo die Versorgung und Kooperation nach Umfang und Differenzierungsgrad aufgrund infrastruktureller Bedingungen (z.B. ländliche Regionen) vergleichsweise gering ausgeprägt sind. Voraussetzung ist hierfür, daß zwischen den Gebietskörperschaften eine verbindliche Vereinbarung über einen gemeinsamen Planungsrahmen besteht, die von den politisch und administrativ Verantwortlichen und den wichtigsten Leistungserbringern getragen wird.

Anforderungen an die Kommune

Aufgrund der Ergebnisse des Modellprogramms lassen sich mit Blick auf die Koordination der Hilfen für Abhängige folgende Anforderungen an die Kommunen formulieren:

1.	Die wichtigste Voraussetzung von Suchtkoordination ist die Bereitschaft der Kommune, diese Funktion zu übernehmen. Suchtkoordination erfordert deshalb sowohl den (Gestaltungs-)Willen bei den politischen Entscheidungsträgern als auch eine fachlich fundierte Handlungsbereitschaft der Kommunalverwaltung. Die Implementierung bzw. (Weiter-)Entwicklung koordinativer und vernetzender Aufgaben kann dabei ein wichtiger Bestandteil der Verwaltungsreform, z.B. im Rahmen „Neuer Steuerungsmodelle“, sein.
2.	Das Wirkungsfeld von Suchtkoordinatoren sollte sich nicht nur auf spezifische Hilfen für Suchtkranke, sondern (idealerweise) auf alle Hilfen, die Suchtkranke potentiell in Anspruch nehmen (z.B. gesundheitliche Hilfen, Wohnhilfen, soziale und materielle Hilfen), beziehen.
3.	Je nach Reichweite vernetzender und steuernder Aufgaben kann Suchtkoordination sowohl dem Bereich Sozialplanung als auch (als Stabsstelle) dem für Suchtfragen zuständigen Dezernenten oder Amtsleiter (z.B. Gesundheitsamt) zugeordnet sein. Die Frage der Stellenansiedlung ist unmittelbar verknüpft mit den Handlungs- und Einflußmöglichkeiten der Stelleninhaber. Gesichert werden muß, daß fachlich begründete Vorschläge der Suchtkoordinatoren politische und administrative Unterstützung erfahren und die Stelleninhaber bei der Umsetzung handlungsfähig bleiben. Außerdem ist es wichtig, daß Rolle und Aufgaben der Suchtkoordinatoren gegenüber den Versorgungsbeteiligten der Region transparent gemacht werden. Vor dem Hintergrund mancher „Untiefen kommunaler Verwaltungen“ müssen die bisherigen Überlegungen um den Hinweis ergänzt werden, daß Suchtkoordination dort angesiedelt sein sollte, wo Veränderungsbereitschaft, Fachlichkeit und Umsetzungsmacht vorhanden sind. Erfahrungen zeigen, daß der Ort nicht immer die Kommunalverwaltung bzw. die formell „zuständige“ Verwaltungseinheit sein muß.
4.	Bei der Besetzung von Koordinatorenstellen sollten folgende Anforderungen berücksichtigt werden: Suchtkoordinatoren sollten die in der Fachdiskussion geforderten „fachlichen Schwergewichte“ sein, d.h. sie benötigen umfassende inhaltliche Kompetenzen, u.a. Kenntnisse zur Suchtproblematik, Suchtkrankenversorgung und regionalen Versorgungs- und Kommunikationsstrukturen sowie zu anerkannten fachlichen Standards. Darüber hinaus muß die Fachlichkeit auch den Bereich des (Kooperations-)Managements mit umfassen. Dies allein reicht aber nicht aus. Erforderlich sind außerdem weitere Qualifikationen wie kommunikative und motivierende Kompetenzen sowie die Fähigkeit zu moderieren. Beide (Qualifika-

tions-)Anforderungen sind für eine effektive und effiziente Aufgabenerledigung zwingend erforderlich. Hilfreich sind weiterhin persönliche Eigenschaften wie bspw. Geduld, Ausdauer, Beharrlichkeit sowie Verwaltungserfahrungen (einschließlich sozial- und verwaltungsrechtliche Kenntnisse) und sozialpolitische Vorerfahrungen.

Empfehlungen zur Tätigkeit von regionalen Suchtkoordinatoren

Hinsichtlich des Tätigkeitsfelds regionaler Suchtkoordination können - ausgehend von Ergebnissen des Modellprogramms - nachfolgende Empfehlungen formuliert werden:

1. Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtgefährdete und -kranke sind auf eine sozialplanerische Grundlage zu stellen. Ausgangspunkt dafür müssen eine Bestandsaufnahme der Versorgungs- sowie der Kooperationsstrukturen, die Ermittlung des Bedarfs und eine Stärken-Schwächen-Analyse sein. Daraus sollte ein Maßnahmenplan mit Prioritätensetzung abgeleitet werden.
2. Die Fachlichkeit der Kommunalverwaltung in bezug auf die Suchtproblematik muß verbessert bzw. (weiter-)entwickelt werden. Hierfür ist es bspw. notwendig, fachliche Standards in Planungsvorhaben einzubringen und die fachliche Steuerung des Ressourceneinsatzes zu stärken.
3. Als Planungsgrundlage sollte ein sektorübergreifendes Gesamtkonzept der Hilfen für Suchtgefährdete und -kranke dienen. Neben der Erarbeitung eines gemeinsamen Selbstverständnisses zählt hierzu u.a. auch die Einleitung eines Verständigungsprozesses zwischen Trägern bzw. Einrichtungen über eine abgestimmte Erbringung der Hilfen (z.B. Hilfeplanung) im Rahmen eines personenzentrierten Arbeitsansatzes.
4. Mit den regionalen Versorgungsbeteiligten sind fachliche Leitlinien zu erarbeiten und abzustimmen. Gemeinsame Leitlinien liefern einen Orientierungs- und Bewertungsrahmen für die Beschreibung der Angebotssituation, die Feststellung von Defiziten sowie die Formulierung von Handlungsvorschlägen.
5. Die Abstimmung zwischen planenden und steuernden Aktivitäten muß optimiert werden. Hierzu ist es vor allem notwendig, die kommunalen Steuerungsmittel (weiter) zu entwickeln. Zu Steuerungsmitteln zählen z.B. Gesundheitsberichterstattung, Leistungsbeschreibungen und -dokumentation.
6. Suchtkoordinatoren können im Verhältnis von öffentlichem und freien Trägern eine Vermittlungs- und Lenkungsfunktion wahrnehmen („Scharnierfunktion“). Dabei sollte ihre eigene Position in erster Linie durch Fachlichkeit begründet sein.
7. Kranken- und Rentenversicherung sind grundsätzlich in die regionale Planung mit einzubeziehen. Dies ist sowohl hinsichtlich der Verknüpfung ambulanter und (teil-)stationärer Angebote zu einer abgestimmten Gesamtbehandlung als auch des Qualifizierungs- und Hilfebedarfs in der medizinischen Versorgung wichtig.
8. Suchtkoordinatoren können mit dazu beitragen, daß sowohl Versorgungslücken geschlossen als auch - bei schon vorhandenen differenzierten Versorgungsstrukturen - das Hilfesystem in Richtung einer personenzentrierten Hilfeerbringung umgebaut wird. Koordinative Unterstützung ist insbesondere dort erforderlich, wo tradierte Träger- und Sektorgrenzen überschritten und Hilfen ggf. von mehreren Trägern und sektorübergreifend geplant und umgesetzt werden sollen.

- | | |
|-----|---|
| 9. | Suchtkoordinative Aktivitäten sollten immer auch dort entfaltet werden, wo bestehende Versorgungsstrukturen bzw. Traditionen der Hilfererbringung bestimmte Personengruppen bspw. durch hohe Zugangsschwellen oder inadäquate Angebote ausschließen (z.B. Komm-Struktur) oder aufgrund bestehender Finanzierungsregelungen Hilfebedarfe dieser Personengruppen nicht gedeckt werden. |
| 10. | Suchtkoordination beinhaltet auch die Erfassung von regionalen Qualifizierungsbedarfen und in Kooperation mit professionellen Anbietern (z.B. Fachverbände, Bildungsträger) die Entwicklung von bedarfsgerechten Angeboten. Suchtbezogene Qualifizierungsbedarfe werden vermutlich noch für längere Zeit für Mitarbeiter der psychosozialen Hilfen und insbesondere für niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter von Krankenhäusern, jedoch auch hinsichtlich spezifischer Fragen innerhalb der Suchtkrankenhilfe bestehen. |
| 11. | Im Spannungsfeld zwischen den multiplen Hilfebedarfen insbesondere von chronisch Abhängigen und unterschiedlichen Trägerinteressen, sektorspezifischen Routinen und Traditionen der Hilferbringung und Finanzierungsgrundlagen ist eine vermittelnde und ausgleichende Funktion von Bedeutung. Erreicht werden muß durch die Koordinatorentätigkeit die Verringerung der „Versäulung“ des Versorgungssystems in weitgehend abgeschlossene Sektoren u.a. durch einen Brückenschlag zwischen Suchtkrankenhilfe, psychosozialen Hilfen und medizinischer Versorgung. |
| 12. | Gefördert und angeregt werden müssen verbindliche Kooperationsvereinbarungen und -verträge im Bereich der Hilfen für Suchtkranke. Verbindlichkeit ist ein Strukturmerkmal von Vernetzung. Suchtkoordinatoren können folglich durch ihre Tätigkeit einen Beitrag zur Qualitätssicherung des Hilfesystems leisten. |
| 13. | Suchtkoordination muß darauf abzielen, der strukturbedingten Unübersichtlichkeit von Zuständigkeiten und Hilfen durch eine verstärkte Transparenz entgegenzuwirken. Suchtkoordinatoren fällt u.a. die Aufgabe zu, Klienten, Patienten und Nutzern sowie Leistungsanbietern kontinuierlich Informationen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus können sie die Transparenz in Kooperationsbeziehungen u.a. dadurch verbessern, daß über Konzeptionen hinaus Strukturmerkmale (z.B. Personaleinsatz) und dokumentierte Leistungen öffentlich sowie Kosten und Nutzen der Zusammenarbeit („Mehrwert“) für die Beteiligten deutlich gemacht werden. |
| 14. | Durch die fachliche Beratung einzelner Leistungserbringer kann der Suchtkoordinator bspw. (mittelfristige) Überlegungen zur Bedarfsentwicklung und Versorgungsplanung oder Erfahrungen mit neuen Hilfeansätzen einbringen (z.B. Case Management). |
| 15. | Suchtkoordination bedeutet schließlich „Lobby-Arbeit“ für Suchtkranke zu betreiben und deren Interessen in der (Fach-)Öffentlichkeit deutlich zu machen. Hierzu kann auch zählen, daß Suchtkoordinatoren von einem fachlichen Standpunkt aus Stellung zu ordnungs-, drogen- und sozialpolitisch relevanten Problemen in den Kommunen nehmen. |

Aus Sicht aller am Modellprogramm beteiligten Akteure (Suchtkoordinatoren Modellträger, regionale Versorgungsbeteiligte, Begleitforschung) kommt der Abstimmung und Koordination von Hilfen für Suchtkranke ein hoher Stellenwert zu. Die modellgeförderte Suchtkoordination hat - ungeachtet der Umsetzungsprobleme - in den Modellregionen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Hilfen, insbesondere für chronisch Abhängige, sowie zur Vernetzung der Hilfen insgesamt geleistet und vieles auf den Weg gebracht, das noch zu vollenden und weiterzuentwickeln sein wird.

6 LITERATUR

- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997
 Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, In: Psychosoziale Arbeitshilfen Bd. 11, Bonn.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE (Hg.) 1996
 Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe in den Diakonischen Werken der ev. Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche, Rahmenkonzept „Verantwortung für mehrfachbeeinträchtigte abhängige Menschen“, Münster.
- BMG (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT) 1995
 Vorschlag für ein Bund/Länder-Konzept zur Verbesserung der Drogen- und Suchthilfe insbesondere für "chronisch abhängige" Suchtkranke, unveröffentlichtes Manuskript, September 1995, Bonn.
- BRANDENBURG, A., MÜLLER, A. 1987
 Koordination als Aufgabe des Gesundheitsamts am Beispiel der psychosozialen Versorgung der Stadt Herne, in: LAASER u.a. (Hg.), Prävention und Gesundheitserziehung, Heidelberg, S. 406 - 413.
- BÜHRINGER, G. u.a. 1997
 Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland, in: SUCHT Sonderheft 2, 12/97.
- DONABEDIAN, A. 1980
 Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, MI.
- DEUTSCHER VEREIN (Hg.) 1997
 Fachlexikon der sozialen Arbeit, (4. Auflage), Frankfurt/Main.
- DHS (DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN) 1995
 Vorschläge für neue und zusätzliche Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Drogenhilfe, Manuskript, Hamm.
- EBEL, Th., DILL, H., SCHÖNBERGER, Ch. 1991
 Koordination und Kooperation ambulanter Dienste - Mangelverwaltung oder Königsweg? in: EBEL, Th., Dokumentation der Fachtagung „Koordination und Kooperation in der ambulanten Altenhilfe“, München, S. 6 - 10.
- ENGLER, U., SCHLANSTEDT, 1998
 Modellprojekt Bochum „Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker in einem städtischen Versorgungssektor“ - unter Mitarbeit von Sundermann, E, Holz, A. und Wortmann, U., in: ENGLER, U., OLIVA, H., SCHLANSTEDT, G., 1998, a.a.O., S. 96-151.
- ENGLER, U., OLIVA, H., SCHLANSTEDT, G., 1998
 Abschlußbericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 106, Baden-Baden.

- EXPERTENKOMMISSION 1988
Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn.
- FRANK, K. und SEIFERT, B. 1998
Evaluation von Modellprogrammen, in: HEINER, M. (Hg.) Experimentelle Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen, S. 167-192.
- FREIE UND HANSESTADT HAMBURG 1996
Ambulante Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg. Modernisierung als Prozeß - eine Dokumentation, Hamburg.
- GRÄBER, H., IHLE, H.J. 1998
Vom "Wildwuchs" zur Verbindlichkeit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 3+4/98, S. 69 - 71.
- GÖRGEN, W.; HARTMANN, R.; MÖLLER, I.; OLIVA, H. 1996
Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 81, Baden-Baden.
- GROENEMEYER, A.; WIENBERG, G. 1994
Konzeption für ein dynamisches Steuerungsinstrument im Bereich der Landesdrogen- und Alkoholpolitik im Auftrag des MAGS in NRW, Manuskript.
- GRUNOW, D. 1990
Die Erprobung wohnortnaher Rheumaversorgung als Gegenstand der Interventionsforschung und -theorie, in: SIGRIST, J. (Hg.), Wohnortnahe Versorgung Rheumakranker, Stuttgart, S. 15-50
- HAMBURGER PROJEKTGRUPPE 1998
Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung, Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen (Hg.), Düsseldorf.
- HARTMANN, R.; MÖLLER, I.; SCHMID, R.; SCHU, M. 1994
Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - „Booster-Programm“, Abschlußbericht, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 35, Baden-Baden.
- HARTMANN, R.; OLIVA, H.; SCHU, M.; SCHULZ, R.; ZACHARIAS, U. 1998
Modellprogramm Integrative gemeindenahe Hilfen für Suchtkranke "INTHIS", Abschlußbericht, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 101, Baden-Baden.
- HOLZ, A., LEUNE, J. 1999
Versorgung Suchtkranker in Deutschland, in: DHS (Hg.) 1999, Jahrbuch Sucht 2000, S. 139 - 160, Geesthacht
- HÜLLINGHORST, R. 1994
Gemeindeorientierte Suchtkrankenhilfe - Fachliche Erfordernisse und Wirklichkeit, in: Drogenkonferenz 1993, 15 Fachtagung der Landesregierung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz, Mainz.

- JOHN, U. u.a. 1996
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71, Baden-Baden.
- KREMER, G. u.a. 1998
Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke, in: ENGLER, U., OLIVA, H., SCHLANSTEDT, G. 1998, a.a.=., S. 8 - 52.
- KRAUS, L., BAUERENFEIND, R., BÜHRINGER, G. 1998
Epidemiologie des Drogenkonsums - Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 107, Baden-Baden.
- KROMREY, H. 1999
Die Bewertung von Humandienstleistungen - Fallstricke bei der Implementations- und Wirkungsforschung sowie methodische Alternativen, Ausführlicher Text zum Vortrag auf dem Europäischen Kongress für Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen am 3. September 1999 in Osnabrück, Manuskript.
- KRUCKENBERG, P. 1997
Die Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung auf regionaler und Landesebene, In: KRUCKENBERG, P., KUNZE, H., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Tagungsberichte, Bd. 24, Köln, S. 91 - 102.
- KRUCKENBERG, P. u.a. 1999
Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 1 Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung", Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 116, Baden-Baden.
- LANGE, E., 1983
Zur Entwicklung und Methodik der Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland, In: Zeitschrift für Soziologie 3, S. 253-270.
- LANGNICKEL, H. 1997
Patentrezept Vernetzung? Zwischen Sparzwängen und Qualitätsansprüchen, in: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.), Qualitätssicherung in der Zusammenarbeit, Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, S. 7 - 20, Bonn.
- MAYNTZ, R. 1980
Implementation politischer Programme, Empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts.
- MICHELS, I., 1996
Wie verändert der Wandel des Sozialstaats das Drogenhilfesystem, in: AKZEPT e.V. (Hg.), Drogen Visionen, Berlin, S. 233ff.

- MÖLLER, I.; OLIVA, H.; SCHMID, R. 1993
 Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 14, Baden-Baden.
- MÜLLER, H.R., SCHACKE, J., STIMMER, F. 1991
 Gemeindenahe Suchtkrankenhilfe - Versorgungswirklichkeit und Entwicklungsmöglichkeiten am Beispiel einer Region, Hamburg.
- MURZA, G./HURRELMANN, K. (Hg.) 1996
 Regionale Gesundheitsberichterstattung, Weinheim, München,
- OLIVA, H.; GÖRGEN, W.; SCHLANSTEDT, G.; SCHU, M.; SOMMER, L. 1998
 Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. Zwischenbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.
- OLIVA, H.; GÖRGEN, W.; SCHLANSTEDT, G.; SCHU, M.; SOMMER, L. 1999
 Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. 2. Zwischenbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.
- OLIVA, H.; GÖRGEN, W.; SCHLANSTEDT, G.; SCHU, M.; SOMMER, L. 2000
 Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. 3. Zwischenbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.
- ØVRETVEIT, J. 1998
 Evaluating health interventions. An introduction of health treatments, services, policies and organisational interventions. Buckingham, Open University Press.
- ROHDE, B. 1997
 Zur Funktion kommunaler Sozialplanung: Praxisorientiertes Plädoyer für (k)ein überzogenes Selbstverständnis, in: NDV Heft 12, S. 380 - 384.
- SALZER, M.S. u.a. 1997
 Validating quality indicators. Quality as relationship between structure, process and outcome, in: Evaluation Review, 21/3, 292-309.
- SCHARF, B.; DICKERSBACH, M. 1996
 Gesundheitsberichterstattung als Instrument modernen Gesundheitsmanagements, in: MURZA, G.; HURRELMANN, K. (Hg.), regionale Gesundheitsberichterstattung, Weinheim, München, S. 59 - 77.
- SCHRÄDER, W.F. 1990
 Gesundheitsplanung und Berichterstattung bei geringen Ressourcen, in: THIELE, W. u. TROJAN, A. (Hg.), Lokale Gesundheitsberichterstattung, St. Augustin, S. 133 - 143.
- SCHWOON, D.R. 1992
 Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker, in: WIENBERG, G. 1992, a.a.O.
- STATISTISCHES BUNDESAMT 1997
 Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.

WIENBERG, G. (Hg.) 1992

Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.

WIENBERG, G. 1994

Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.), Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen, Tagungsberichte Band 21, Köln, S. 18 ff.

WIENBERG, G. 1995

Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung, in: MANN, K., BUCHKEMER, G. (Hg.), Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, SUCHT Sonderheft, S. 13 - 18.

FOGS

ANHANG

TABELLEN

Tab. 1: Befragte nach Arbeitsbereichen
Tab. 2: Beurteilung der Bedeutung ausgewählter Faktoren hinsichtlich der Suchtkoordination
Tab. 3: Bewertung der Veränderung der Suchtkoordination in einzelnen Bereichen
Tab. 4: Tätigkeitsdauer in Stunden nach Art der Tätigkeiten
Tab. 5: Dauer einzelner Tätigkeiten in Stunden nach Ort
Tab. 6: Dauer einzelner Tätigkeiten in Stunden nach Gesprächspartner

Tab. 1: Befragte Personen nach Arbeitsbereichen

	Anzahl	%
kommunale Verwaltung	79	19,1
Kommunalpolitik	17	4,1
Krankenkassen/ Rentenversicherung	18	4,3
Leistungserbringer im Bereich der Suchtkrankenhilfe	116	27,9
Leistungserbringer im Bereich der psychozialen Hilfen	95	22,8
Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Versorgung	52	12,5
Selbsthilfe im Suchtbereich	20	4,8
sonstiges (u.a. Polizei, Justiz)	16	3,8
fehlende Angabe	3	0,7
GESAMT	416	100,0

Tab. 2: Beurteilung der Bedeutung ausgewählter Faktoren hinsichtlich der Suchtkoordination

	Kommunale Verwaltung	Kommunal- politik	Krankenkas- se/Renten- versicherung	Leistungser- bringung Suchtkran- kenhilfe	Leistungser- bringung psychosoz./ psychiatr. Hilfen	Leistungser- bringer mediz. Versorgung	Selbsthilfe	sonstiges	insgesamt
Versorgungssituation									
fördernd	18,9	10,0	0,0	17,9	25,5	12,5	10,0	33,3	18,4
eher fördernd	52,8	40,0	66,7	47,6	29,4	50,0	40,0	16,7	44,3
eher hemmend	20,8	50,0	33,3	27,4	41,2	33,3	50,0	50,0	32,0
hemmend	7,5	0,0	0,0	7,1	3,9	4,2	0,0	0,0	5,3
GESAMT (n =)	53	10	6	84	51	24	10	6	244
Bestehende Versorgungsstruktur									
fördernd	17,7	16,7	0,0	13,0	15,7	2,9	16,7	0,0	13,2
eher fördernd	58,1	58,3	90,0	59,0	58,6	67,6	41,7	75,0	60,2
eher hemmend	24,2	25,0	10,0	23,0	20,0	17,6	33,3	25,0	22,0
hemmend	0,0	0,0	0,0	5,0	5,7	11,8	8,3	0,0	4,6
GESAMT (n =)	62	12	10	100	70	34	12	4	304
Bestehende Kooperationsstruktur									
fördernd	27,7	20,0	8,3	22,4	30,9	11,8	15,4	37,5	23,6
eher fördernd	56,9	60,0	91,7	63,3	60,3	61,8	61,5	62,5	62,0
eher hemmend	15,4	20,0	0,0	13,3	8,8	8,8	23,1	0,0	12,1
hemmend	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	17,6	0,0	0,0	2,2
GESAMT (n =)	65	15	12	98	68	34	13	8	313
Organisatorische Anbindung des Suchtkoordinators									
fördernd	42,4	18,2	10,0	11,2	27,4	19,2	20,0	42,9	23,3
eher fördernd	40,7	36,4	80,0	48,0	40,3	42,3	50,0	42,9	44,9
eher hemmend	6,8	36,4	10,0	21,4	22,6	30,8	30,0	14,3	19,8
hemmend	10,2	9,1	0,0	19,4	9,7	7,7	0,0	0,0	12,0
GESAMT (n =)	59	11	10	98	62	26	10	7	283

Fortsetzung: Beurteilung der Bedeutung ausgewählter Faktoren hinsichtlich der Suchtkoordination

	kommunale Verwaltung	Kommunal- politik	Krankenkas- se/Renten- versicherung	Leistungser- bringung Suchtkran- kenhilfe	Leistungser- bringung psychosoz./ psychiatr. Hilfen	Leistungser- bringer mediz. Versorgung	Selbsthilfe	sonstiges	insgesamt
Kompetenz des Suchtkoordinators									
fördernd	47,3	45,5	37,5	32,6	51,6	44,0	20,0	57,1	41,8
eher fördernd	38,2	45,5	50,0	40,0	29,0	36,0	70,0	28,6	38,1
eher hemmend	12,7	9,1	0,0	17,9	12,9	12,0	10,0	14,3	13,9
hemmend	1,8	0,0	12,5	9,5	6,5	8,0	0,0	0,0	6,2
GESAMT (n =)	55	11	8	95	62	25	10	7	273
Entscheidungsbefugnis des Suchtkoordinators									
fördernd	21,1	11,1	25,0	7,6	14,3	10,5	33,3	20,0	13,4
eher fördernd	47,4	33,3	50,0	30,4	50,0	42,1	50,0	40,0	40,1
eher hemmend	23,7	33,3	25,0	30,4	19,0	26,3	16,7	20,0	25,7
hemmend	7,9	22,2	0,0	31,6	16,7	21,1	0,0	20,0	20,8
GESAMT (n =)	38	9	4	79	42	19	6	5	202
Sonstiges									
fördernd	33,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	20,0
eher fördernd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
eher hemmend	33,3	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0
hemmend	33,3	0,0	0,0	60,0	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0
GESAMT (n =)	3	0	0	5	1	1	0	0	10

Tab. 3: Bewertung der Veränderung der Suchtkoordination in einzelnen Bereichen

	kommunale Verwaltung	Kommunal- politik	Krankenkas- se/Renten- versicherung	Leistungser- bringung Suchtkran- kenhilfe	Leistungser- bringung psychosoz./ psychiatr. Hilfen	Leistungser- bringer mediz. Versorgung	Selbsthilfe	sonstiges	insgesamt
Die Versorgungssituation für Suchtkranke in der Region hat sich ...									
verbessert	26,9	25,0	15,4	20,4	24,7	21,1	7,1	33,3	22,5
eher verbessert	61,2	66,7	76,9	60,2	62,3	50,0	71,4	66,7	61,3
eher verschlechtert	9,0	8,3	7,7	15,5	9,1	18,4	21,4	0,0	12,3
verschlechtert	3,0	0,0	0,0	3,9	3,9	10,5	0,0	0,0	3,9
GESAMT (n =)	67	12	13	103	77	38	14	9	333
Speziell die Versorgungssituation von CMA hat sich ...									
verbessert	31,0	22,2	28,6	26,1	30,8	11,1	10,0	16,7	25,4
eher verbessert	60,3	66,7	57,1	59,8	63,1	63,9	60,0	66,7	61,5
eher verschlechtert	8,6	11,1	14,3	10,9	4,6	16,7	30,0	16,7	10,6
verschlechtert	0,0	0,0	0,0	3,3	1,5	8,3	0,0	0,0	2,5
GESAMT (n =)	58	9	7	92	65	36	10	6	283
Die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter hat sich ...									
verbessert	28,1	25,0	0,0	20,2	29,0	25,0	8,3	25,0	23,3
eher verbessert	68,4	58,3	92,3	70,2	60,9	47,2	58,3	75,0	65,1
eher verschlechtert	3,5	8,3	7,7	8,5	8,7	19,4	25,0	0,0	9,3
verschlechtert	0,0	8,3	0,0	1,1	1,4	8,3	8,3	0,0	2,3
GESAMT (n =)	57	12	13	94	69	36	12	8	301
Die fallbezogene Abstimmung der Hilfen hat sich ...									
verbessert	34,0	25,0	0,0	20,7	30,8	23,1	10,0	0,0	24,3
eher verbessert	62,3	62,5	100,0	72,8	61,5	56,4	50,0	100,0	66,5
eher verschlechtert	3,8	12,5	0,0	6,5	7,7	10,3	30,0	0,0	7,4
verschlechtert	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	10,0	0,0	1,8
GESAMT (n =)	53	8	12	92	65	39	10	5	284

Fortsetzung: Bewertung der Veränderung der Suchtkoordination in einzelnen Bereichen

	kommunale Verwaltung	Kommunal- politik	Krankenkas- se/Renten- versicherung	Leistungser- bringung Suchtkran- kenhilfe	Leistungser- bringung psychosoz./ psychiatr. Hilfen	Leistungser- bringer mediz. Versorgung	Selbsthilfe	sonstiges	insgesamt
Die Datenlage (z.B. Bestandsaufnahme, Dokumentation) hat sich ...									
verbessert	35,0	28,6	0,0	21,9	20,5	20,0	14,3	66,7	24,1
eher verbessert	65,0	42,9	100,0	72,6	75,0	75,0	42,9	33,3	69,8
eher verschlechtert	0,0	28,6	0,0	4,1	2,3	5,0	28,6	0,0	4,5
verschlechtert	0,0	0,0	0,0	1,4	2,3	0,0	14,3	0,0	1,5
GESAMT (n =)	40	7	5	73	44	20	7	3	199
Die Voraussetzungen für eine kommunale Planung (z.B. Plan, Leitlinien, Verträge) haben sich ...									
verbessert	25,9	8,3	0,0	17,6	23,1	12,5	11,1	28,6	19,1
eher verbessert	66,7	75,0	100,0	68,9	59,0	50,0	55,6	57,1	64,9
eher verschlechtert	5,6	16,7	0,0	9,5	15,4	29,2	33,3	14,3	12,9
verschlechtert	1,9	0,0	0,0	4,1	2,6	8,3	0,0	0,0	3,1
GESAMT (n =)	54	12	6	74	39	24	9	7	225
Die fachliche Qualifikation der Leistungserbringer (z.B. durch Qualifizierungsmaßnahmen von Mitarbeitern) hat sich ...									
verbessert	20,0	16,7	0,0	15,9	21,4	3,4	16,7	16,7	15,8
eher verbessert	73,3	66,7	100,0	75,4	73,8	82,8	83,3	66,7	76,1
eher verschlechtert	6,7	16,7	0,0	8,7	4,8	6,9	0,0	16,7	7,2
verschlechtert	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	1,0
GESAMT (n =)	45	6	6	69	42	29	6	6	209
Die Unterrichtung der Öffentlichkeit über Belange von Suchtkranken hat sich ...									
verbessert	22,7	15,4	8,3	23,5	20,6	15,8	18,8	23,1	20,6
eher verbessert	66,7	61,5	83,3	64,7	71,4	63,2	68,8	61,5	67,0
eher verschlechtert	9,1	23,1	8,3	10,6	4,8	15,8	6,3	0,0	9,5
verschlechtert	1,5	0,0	0,0	1,2	3,2	5,3	6,3	15,4	2,9
GESAMT (n =)	66	13	12	85	63	38	16	13	306

Fortsetzung: Bewertung der Veränderung der Suchtkoordination in einzelnen Bereichen

	kommunale Verwaltung	Kommunal- politik	Krankenkas- se/Renten- versicherung	Leistungser- bringung Suchtkran- kenhilfe	Leistungser- bringung psychosoz./ psychiatr. Hilfen	Leistungser- bringer mediz. Versorgung	Selbsthilfe	sonstiges	insgesamt
Die Finanzierungsvoraussetzungen der Hilfeerbringung haben sich ...									
verbessert	2,2	8,3	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
eher verbessert	35,6	33,3	37,5	15,7	19,6	18,2	0,0	0,0	20,7
eher verschlechtert	40,0	41,7	50,0	41,6	50,0	42,4	41,7	50,0	43,4
verschlechtert	22,2	16,7	12,5	38,2	30,4	39,4	58,3	50,0	33,5
GESAMT (n =)	45	12	8	89	46	33	12	6	251
Sonstiges									
verbessert	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	20,0	33,3	100,0	33,3
eher verbessert	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	20,0	0,0	0,0	13,3
eher verschlechtert	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	40,0	33,3	0,0	26,7
verschlechtert	0,0	100,0	0,0	25,0	0,0	20,0	33,3	0,0	26,7
GESAMT (n =)	3	0	0	5	1	1	0	0	10

Tab. 4: Tätigkeitsdauer in Stunden nach Art der Tätigkeiten

Tätigkeit	Stunden	
	Summe	in %
Schaffung neuer Angebote		
Organisation/Administration	100,58	3,0
Inhalt/Konzeptionelles	148,42	4,4
Finanzierung	12,83	0,4
sonstiges	19,50	0,6
Sicherung/Umbau eines bestehenden Angebots		
Organisation/Administration	64,47	1,9
Inhalt/Konzeptionelles	92,92	2,7
Finanzierung	31,73	0,9
sonstiges	5,83	0,2
Institutionelle Kooperation		
Austausch/Abstimmung	347,93	10,2
Kooperationsvereinbarung/-vertrag	47,50	1,4
sonstiges	98,83	2,9
Planung der Versorgung		
Beschaffen, Erheben, Auswerten von Planungsdaten	194,72	5,7
(Entwürfe) zu Richtlinien, Leitlinien, Verträgen	138,83	4,1
Berichte, Stellungnahmen (intern und extern)	170,08	5,0
sonstiges	58,42	1,7
Fortbildung/Qualifizierung	244,98	7,2
Dienstleistungen		
Informationstransfer, -beschaffung und -weitergabe	199,35	5,9
Beratung von Einzelpersonen, Teams, Einrichtungen, Trägern etc.	148,37	4,4
klientenbezogene Unterstützungen	72,42	2,1
sonstiges	15,08	0,4
Öffentlichkeitsarbeit	117,42	3,5
Kontaktpflege allgemein	98,75	2,9
Übergreifendes		
Arbeits-/Dienst-/Teambesprechungen	205,10	6,0
Büroorganisation	213,65	6,3
eigene Qualifikation (Fortbildung, Supervision, Fachliteratur, Tagungsbesuche)	247,67	7,3
vorrangig auf eigene Einrichtung/Dienst bezogene Tätigkeit (z.B. Vertretungen)	85,73	2,5
sonstiges	31,67	0,9
Kontakt zu/Arbeit für die wissenschaftl. Begleitung	182,13	5,4
GESAMT	3394,92	100,0

Tab. 5: Dauer einzelner Tätigkeiten in Stunden nach Ort

Tätigkeit		Ort			insges.
		eigener Ar- beitsplatz	eigene Institution	außerhalb	
Schaffung neuer Angebote					
Organisation/Administration	Summe	37,00	27,75	35,83	100,58
	in %	36,8	27,6	35,6	100,0
Inhalt/Konzeptionelles	Summe	65,58	55,50	27,33	148,42
	in %	44,2	37,4	18,4	100,0
Finanzierung	Summe	8,75	1,75	2,17	12,67
	in %	69,1	13,8	17,1	100,0
sonstiges	Summe	4,25	0,25	15,00	19,50
	in %	21,8	1,3	76,9	100,0
Sicherung/Umbau eines bestehenden Angebots					
Organisation/Administration	Summe	22,88	15,58	26,00	64,47
	in %	35,5	24,2	40,3	100,0
Inhalt/Konzeptionelles	Summe	51,00	20,83	21,08	92,92
	in %	54,9	22,4	22,7	100,0
Finanzierung	Summe	20,08	6,33	4,48	30,90
	in %	65,0	20,5	14,5	100,0
sonstiges	Summe	0,33	0,00	5,50	5,83
	in %	5,7	0,0	94,3	100,0
Institutionelle Kooperation					
Austausch/Abstimmung	Summe	118,42	52,68	176,83	347,93
	in %	34,0	15,1	50,8	100,0
Kooperationsvereinbarung/-vertrag	Summe	25,58	5,58	16,33	47,50
	in %	53,9	11,8	34,4	100,0
sonstiges	Summe	57,50	10,75	30,58	98,83
	in %	58,2	10,9	30,9	100,0
Planung der Versorgung					
Beschaffen, Erheben, Auswerten von Planungsdaten	Summe	101,97	49,75	42,00	193,72
	in %	52,6	25,7	21,7	100,0
(Entwürfe) zu Richtlinien, Leitlinien, Verträgen	Summe	87,17	42,75	8,42	138,33
	in %	63,0	30,9	6,1	100,0
Berichte, Stellungnahmen (intern und extern)	Summe	148,33	12,83	8,92	170,08
	in %	87,2	7,5	5,2	100,0
sonstiges	Summe	50,92	4,25	2,25	57,42
	in %	88,7	7,4	3,9	100,0
Fortbildung/Qualifizierung	Summe	100,58	13,33	131,07	244,98
	in %	41,1	5,4	53,5	100,0
Dienstleistungen					
Informationstransfer, -beschaffung und -weitergabe	Summe	118,02	37,92	42,92	198,85
	in %	59,3	19,1	21,6	100,0
Beratung von Einzelpersonen, Teams, Einrichtungen, Trägern etc.	Summe	51,08	31,37	65,92	148,37
	in %	34,4	21,1	44,4	100,0
klientenbezogene Unterstützungen	Summe	31,42	11,75	28,75	71,92
	in %	43,7	16,3	40,0	100,0
sonstiges	Summe	10,00	0,33	4,75	15,08
	in %	66,3	2,2	31,5	100,0
Öffentlichkeitsarbeit	Summe	44,83	15,17	57,42	117,42
	in %	38,2	12,9	48,9	100,0
Kontaktpflege allgemein	Summe	24,25	38,58	35,92	98,75
	in %	24,6	39,1	36,4	100,0

Tab. 6: Dauer einzelner Tätigkeiten in Stunden nach Gesprächspartner

Tätigkeit		Gesprächspartner					insges.
		allein	Bespre- chung	(Fach-) Arbeits- kreis	PSAG o.ä. Gremium	Gesund- heits- o. Sozial- ausschuß	
Schaffung neuer Angebote							
Organisation/Administration	Σ	35,17	55,50	8,58	0,00	0,00	99,25
	in %	35,4	55,9	8,6	0,0	0,0	100,0
Inhalt/Konzeptionelles	Σ	58,58	83,67	4,50	0,00	0,00	146,75
	in %	39,9	57,0	3,1	0,0	0,0	100,0
Finanzierung	Σ	3,33	8,75	0,33	0,00	0,00	12,42
	in %	26,8	70,5	2,7	0,0	0,0	100,0
sonstiges	Σ	0,00	10,50	0,00	0,00	0,00	10,50
	in %	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Sicherung/Umbau eines bestehenden Angebots							
Organisation/Administration	Σ	13,50	39,63	3,33	7,33	0,00	63,80
	in %	21,2	62,1	5,2	11,5	0,0	100,0
Inhalt/Konzeptionelles	Σ	43,00	42,08	3,25	0,42	2,33	91,08
	in %	47,2	46,2	3,6	0,5	2,6	100,0
Finanzierung	Σ	12,08	17,73	,58	0,33	0,00	30,73
	in %	39,3	57,7	1,9	1,1	0,0	100,0
sonstiges	Σ	0,00	2,83	0,00	0,00	2,50	5,33
	in %	0,0	53,1	0,0	0,0	46,9	100,0
Institutionelle Kooperation							
Austausch/Abstimmung	Σ	60,75	215,60	48,08	6,33	0,00	330,77
	in %	18,4	65,2	14,5	1,9	0,0	100,0
Kooperationsvereinbarung/ -vertrag	Σ	26,17	13,58	5,58	0,00	0,00	45,33
	in %	57,7	30,0	12,3	0,0	0,0	100,0
sonstiges	Σ	57,92	37,92	0,50	0,00	0,00	96,33
	in %	60,1	39,4	0,5	0,0	0,0	100,0
Planung der Versorgung							
Beschaffen, Erheben, Aus- werten von Planungsdaten	Σ	87,67	88,30	7,50	0,75	4,00	188,22
	in %	46,6	46,9	4,0	0,4	2,1	100,0
(Entwürfe) zu Richtlinien, Leitlinien, Verträgen	Σ	95,50	39,25	2,00	0,50	0,00	137,25
	in %	69,6	28,6	1,5	0,4	0,0	100,0
Berichte, Stellungnahmen (intern und extern)	Σ	138,92	26,25	3,42	0,00	0,50	169,08
	in %	82,2	15,5	2,0	0,0	0,3	100,0
sonstiges	Σ	49,50	3,92	1,00	0,00	2,25	56,67
	in %	87,4	6,9	1,8	0,0	4,0	100,0
Fortbildung/Qualifizierung	Σ	84,08	80,00	53,23	1,67	0,00	218,98
	in %	38,4	36,5	24,3	0,8	0,0	100,0
Dienstleistungen							
Informationstransfer, -be- schaffung und -weitergabe	Σ	45,08	133,77	12,42	0,67	2,00	193,93
	in %	23,2	69,0	6,4	0,3	1,0	100,0
Beratung von Einzelperso- nen, Teams, Einrichtungen, Trägern etc.	Σ	3,75	130,25	3,67	0,00	0,00	137,67
	in %	2,7	94,6	2,7	0,0	0,0	100,0
Klientenbezogene Unterstützungen	Σ	12,42	53,33	2,00	0,00	0,00	67,75
	in %	18,3	78,7	3,0	0,0	0,0	100,0
sonstiges	Σ	6,25	8,83	0,00	0,00	0,00	15,08
	in %	41,4	58,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Öffentlichkeitsarbeit	Σ	34,75	63,33	18,50	0,50	0,33	117,42
	in %	29,6	53,9	15,8	0,4	0,3	100,0
Kontaktpflege allgemein	Σ	1,17	87,83	5,08	1,00	0,67	95,75
	in %	1,2	91,7	5,3	1,0	0,7	100,0

FOGS