

Entwicklung einer Landesstrategie Sucht

Ergebnisse der wissenschaftlichen Feldanalyse

Zusammenfassung und Empfehlungen

im Auftrag der



Dr. Peter Tossmann

Lorenz Kasten

delphi-Gesellschaft für Forschung,

Beratung und Projektentwicklung mbH

Berlin, 6. Dezember 2023



Inhalt

1	Ausgangslage.....	6
2	Aufgabenstellung und Ziele des Forschungsauftrages	8
3	Methodisches Vorgehen	8
3.1	Methodische Einschränkungen	11
4	Bereichsübergreifende Ergebnisse	12
5	Bereichsspezifische Ergebnisse und Empfehlungen	14
5.1	Suchtprävention in Berlin	14
5.1.1	Struktur/Angebote	14
5.1.2	Zielgruppenerreichung	16
5.1.3	Herausforderungen und Probleme	18
5.1.4	Perspektiven.....	20
5.2	Niedrigschwellige Angebote	22
5.2.1	Kontaktläden	22
5.2.2	Drogenkonsumräume	24
5.2.3	Substitution	26
5.2.4	Perspektiven.....	29
5.3	Beratungsstellen.....	31
5.3.1	Struktur/Angebote	31
5.3.2	Zielgruppenerreichung	32
5.3.3	Herausforderungen und Probleme	34
5.3.4	Perspektiven.....	35
5.4	Angebote für Frauen, Kinder und Jugendliche und Mitglieder der LSBTIQ-Community	36
5.4.1	Struktur/Angebote	36
5.4.2	Zielgruppenerreichung	37
5.4.3	Herausforderungen und Probleme	40
5.4.4	Perspektiven.....	43
5.5	Verhaltenssüchte.....	45
5.5.1	Struktur/Angebote	45
5.5.2	Zielgruppenerreichung	45
5.5.3	Herausforderungen und Probleme	46

5.5.4	Perspektiven.....	47
5.6	Wohnprojekte.....	49
5.6.1	Struktur/Angebote	49
5.6.2	Zielgruppenerreichung.....	50
5.6.3	Herausforderungen und Probleme	50
5.6.4	Perspektiven.....	51
5.7	Angebote zur Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben	53
5.7.1	Struktur/Angebote	53
5.7.2	Zielgruppenerreichung.....	54
5.7.3	Herausforderungen und Probleme	54
5.7.4	Perspektiven.....	55
5.8	Einrichtungen der Suchtbehandlung.....	57
5.8.1	Struktur und Angebote der Suchtbehandlung.....	57
5.8.2	Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungen	58
5.8.3	Herausforderungen und Probleme der Entzugsbehandlung.....	59
5.8.4	Herausforderungen und Probleme der Übergangseinrichtung.....	60
5.8.5	Herausforderungen und Probleme der stationären Entwöhnungsbehandlung	61
5.8.6	Herausforderungen und Probleme der ambulanten Entwöhnungsbehandlung	62
5.8.7	Herausforderungen und Probleme der Nachsorge.....	63
5.9	Sucht-Selbsthilfe.....	65
5.9.1	Struktur/Angebote	65
5.9.2	Zielgruppenerreichung.....	66
5.9.3	Herausforderungen und Probleme	66
5.9.4	Perspektiven.....	68
5.10	Suchthilfekoordination	70
5.10.1	Struktur/Angebote	70
5.10.2	Herausforderungen und Probleme	71
6	Transformation der Berliner Suchtberatung zu einem integrativen Angebot	75
6.1	Ausgangslage	75
6.2	Methodisches Vorgehen.....	75
6.3	Ergebnisse.....	76
7	Ergebnisse der Fokusgruppengespräche	81

7.1	Fokusgruppe zum Thema: „Finanzierung der Suchtberatung“	81
7.1.1	Zielsetzung der Fokusgruppe	81
7.1.2	Ergebnisse der Sitzung	81
7.2	Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Jugendhilfe	87
7.2.1	Zielsetzung der Fokusgruppe	87
7.2.2	Ergebnisse der Sitzung	87
7.3	Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Psychiatrie	91
7.3.1	Zielsetzung der Fokusgruppe	91
7.3.2	Ergebnisse der Sitzung	91
7.4	Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Justiz	96
7.4.1	Zielsetzung der Fokusgruppe	96
7.4.2	Ergebnisse der Sitzung	96
7.5	Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Wohnungslosenhilfe.....	100
7.5.1	Zielsetzung der Fokusgruppe	100
7.5.2	Ergebnisse der Sitzung	100
7.6	Fokusgruppe Schnittstellen Suchtprävention – Frühintervention - Beratung	104
7.6.1	Zielsetzung der Fokusgruppe	104
7.6.2	Ergebnisse der Sitzung	104
8	Empfehlungen.....	110
9	Quellen.....	117
10	Anhang	119
10.1	Liste der Beiratsmitglieder	119
10.2	Liste aller Interviewpartnerinnen und -partner	120
10.3	Liste aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Analyse zur Entwicklung eines Stufenplans zur Umwandlung des Suchthilfesystems in ein komplett integratives Angebot 122	
10.4	Liste aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	123

Abkürzungsverzeichnis

APG	Aktionsprogramm Gesundheit
ag-kpke	Arbeitsgruppe - Kinder psychisch und suchtkranker Eltern
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BTMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Caritas	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
ESF	Europäischer Sozialfond
fdr	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.
FrauSuchtZukunft	FrauSuchtZukunft Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.
FreD	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten
FriDA	Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz
FTND	Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit
GD	Gaming Disorder
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz
HaLT	Hart am LimiT - Alkoholpräventionsprogramm für Kinder und Jugendliche
IGD	Internet Gaming Disorder
IGPP	Integriertes Gesundheits- und Pflege-Programm
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KFM	Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch
KGC	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
LRV	Landesrahmenvereinbarung
Notdienst e. V.	Notdienst Berlin e. V.
PBAM	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Abhängige von Alkohol, Medikamenten und anderen Suchtmitteln
PEP	Berliner Psychiatrieentwicklungsprogramm
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
QPK	Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes
SDS	Severity of Dependence Scale
SenBJF	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
SenFin	Senatsverwaltung für Finanzen
SenWGP	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
SGB	Sozialgesetzbuch
SIBUZ	Schulpsychologische und Inklusionspädagogische Beratungs- und Unterstützungszentren
SMDS	Social Media Disorder Scale
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
Stiftung SPI	Stiftung SPI, Sozialpädagogisches Institut Berlin »Walter May«.
SuHiKo	Suchthilfekoordination
Vista/ vista gGmbH	Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

1 Ausgangslage

Bevölkerungsentwicklung in Berlin

Seit der Wiedervereinigung im Jahr 1990 ist Berlin mit einer Vielzahl von Veränderungen und damit verbundenen Herausforderungen konfrontiert. So galt es in den 90er Jahren, u.a. die soziokulturellen und infrastrukturellen Unterschiede zwischen Ost und West auszugleichen und für die Suchtprävention und die Suchthilfe ein gesamtstädtisches Konzept zu entwickeln und umzusetzen. Eine weitere Herausforderung, mit der Berlin in den vergangenen 30 Jahren befasst war, betrifft das Bevölkerungswachstum. So ist die Zahl der in Berlin lebenden Menschen seit der Wiedervereinigung (ca. 3,4 Millionen) um etwa 400.000 auf knapp 3,8 Millionen Menschen gestiegen. Dieses Wachstum wurde durch eine starke Zuwanderung, sowohl aus anderen Teilen Deutschlands als auch aus dem Ausland, angetrieben. Viele junge Menschen, Studentinnen und Studenten, Künstlerinnen und Künstler und Start-ups zogen nach Berlin. Mit diesem vergleichsweise schnellen Wachstum sind Herausforderungen verbunden, mit denen sich die Stadt bis heute konfrontiert sieht. Für soziale Einrichtungen im Allgemeinen und für Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe im Besonderen bedeutet dies, dass die Infrastruktur der psychosozialen Hilfen quantitativ und qualitativ angepasst werden muss. Ein besonderes Problem des Berliner Bevölkerungswachstums betrifft den Immobilienmarkt: Der Wohnungsbau kann der gestiegenen Nachfrage nach Miet- und Gewerbeflächen kaum gerecht werden, weshalb Mieten – auch für Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe - deutlich gestiegen sind und eine Verdrängung aus dem Innenstadtbereich droht.

Eine ähnlich komplexe Problemstellung, die mit der stark wachsenden Bevölkerung Berlins verbunden ist, betrifft die soziale Integration von Menschen bzw. Gruppen. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung Berlins ist von 2012 bis 2022 von 11,9 % auf 22,2 % gestiegen¹. Dabei geht das Bevölkerungswachstum primär auf Menschen aus Ländern Europas zurück, aber auch auf Zuwanderung aus Kriegs- und Krisengebieten wie z.B. aus Syrien, Afghanistan und der Ukraine. Herausforderungen, die mit der Migration dieser Gruppen verbunden sind, sind neben der Frage nach geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten, der Erwerb deutscher Sprachkenntnisse sowie die Integration in das Bildungssystem und in den Arbeitsmarkt. Sehr häufig sind Einrichtungen der Suchthilfe konfrontiert mit Menschen, deren Aufenthaltsstatus in Deutschland ungeklärt ist, die unterschiedliche Sprachen sprechen und über keine Kranken- bzw. Sozialversicherung verfügen. Diese mit dem Bevölkerungswachstum verbundenen Probleme gilt es, bei einer strategischen Weiterentwicklung der Berliner Suchtprävention und Suchthilfe zu berücksichtigen.

Epidemiologische Grundlagen

Epidemiologischen Studien zufolge sind Suchtstörungen in Berlin vergleichsweise weit verbreitet. So kann davon ausgegangen werden, dass derzeit etwa 25 % der erwachsenen Männer und 12 % der Frauen einen zumindest problematischen Konsum von Alkohol

¹ Quelle: Statista. Gefunden am 15.07.2023 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/255796/umfrage/auslaenderanteil-in-berlin/>

aufweisen. Insgesamt dürften in Berlin mehr als 400.000 Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum leben (Olderbak et al., 2023). Die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllen 6,5 % der erwachsenen Männer Berlins und 3,4 % der Frauen (Kraus, Seitz & Rauschert, 2020). Unter den 15- bis 17-jährigen Jugendlichen in Berlin zeigen nach repräsentativen Studien 6,6 % (Olderbak et al., 2023) bzw. knapp 6.000 Personen einen problematischen Alkoholkonsum.

Ein aktueller Konsum von Cannabis (Konsum in den letzten 12 Monaten) konnte in der Hauptstadt bei 29,1 % der 18- bis 24-Jährigen festgestellt werden, wobei etwa jede bzw. jede zehnte Konsumentin bzw. jeder zehnte Konsument eine Cannabisabhängigkeit aufwies. Auch ein aktueller Konsum von Amphetaminen (8 %), Ecstasy (8,8 %) und Kokain (4,5 %) ist unter 18- bis 24-Jährigen in Berlin deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (Kraus, Seitz & Rauschert, 2020).

Im Hinblick auf das Glücksspielverhalten und die Glücksspielsucht hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Repräsentativbefragung durchgeführt (Banz, 2019). Demnach kann für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland davon ausgegangen werden, dass ca. 230.000 Personen ein problematisches und ca. 200.000 Personen ein pathologisches Glücksspielverhalten zeigen. Als am stärksten mit glücksspielassoziierten Problemen belastet erweisen sich junge Männer im Alter zwischen 18 und 25 Jahren. Repräsentative Daten aus Berlin liegen hierzu nicht vor. In einer neueren Studie des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (Buth et al. 2022) fanden die Autoren eine deutlich höhere Prävalenz für glücksspielbezogene Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Ihrer Untersuchung zufolge war bei 2,3 % der untersuchten Personen eine „Störung durch Glücksspielen“ anhand der DSM- 5-Kriterien erkennbar. Bei weiteren 5,7 % ist von einem riskanten Spielverhalten auszugehen. Für Berlin würde dies bedeuten, dass ca. 180.000 Personen ein problematisches und ca. 72.000 Personen ein pathologisches Glücksspielverhalten zeigen.

Suchtspezifische Hilfen

Die Bundesrepublik Deutschland hat im internationalen Vergleich ein sehr gut ausgebautes Hilfesystem für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen. Auch in Berlin wurden Angebote der Suchtprävention und der Suchthilfe kontinuierlich weiterentwickelt. Heute gewährleisten Suchtberatungsstellen die Grundversorgung, zu deren Aufgabenspektrum bspw. Kontaktangebote, Beratung, Motivierung, Indikationsstellung und eine Behandlungsplanung ebenso gehören wie die Einleitung weiterer Hilfen wie die medizinische oder berufliche Rehabilitation. Ergänzt werden die Angebote der Grundversorgung durch niedrigschwellige (z.B. Drogenkonsumräume) und zielgruppenspezifische Angebote z.B. für Frauen, für Minderjährige und für Menschen, die von nichtstoffgebundenen Suchtstörungen betroffen sind (z.B. pathologischem Glücksspiel).

Im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen werden in der Fachöffentlichkeit primär zwei Aspekte kritisch diskutiert (DHS, 2019): Zum einen zeigen die Fallzahlen aus unterschiedlichen Bereichen der Suchthilfe, dass nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Menschen mit Suchtproblemen den Weg zu suchtspezifischen Hilfen findet.

Vor diesem Hintergrund muss es Ziel einer Weiterentwicklung der Suchthilfe (auch in Berlin) sein, diese Zugangsprobleme zu minimieren. Die zweite von der DHS (2019) skizzierte Problematik betrifft die Schnittstellen: *„Das Suchthilfesystem ist immer komplexer geworden und durch unterschiedliche leistungsrechtliche Vorgaben in den einzelnen Bereichen stark „segmentiert“. Damit ist gemeint, dass eine sinnvolle Verzahnung von verschiedenen Hilfen und Maßnahmen teilweise schwierig ist, insbesondere wenn dabei unterschiedliche Sozialleistungsbereiche tangiert werden“* (DHS, 2019).

2 Aufgabenstellung und Ziele des Forschungsauftrages

Im Rahmen der vorliegenden Beauftragung wurden zwei Ziele verfolgt. Zum einen galt es, eine differenzierte Analyse des *aktuellen Status quo* vorzunehmen. Hierzu wurden epidemiologische Daten, Daten aus Beratungs- und Behandlungsdokumentationen wie auch Informationen zur Bereitstellung und Nutzung der unterschiedlichen Angebote herangezogen. Im Mittelpunkt standen jedoch Informationen, die aus Interviews mit Praxisexpertinnen und -experten der Berliner Suchtprävention und Suchthilfe gewonnen wurden. So galt es zu untersuchen, wie die Suchtprävention und Suchthilfe aktuell bewertet wird und welche Probleme bei der Umsetzung der suchtspezifischen Arbeit vorliegen. Auf der Grundlage dieser Analyse war es zum anderen Ziel der vorliegenden Untersuchung, *Entwicklungsbedarfe für die Suchtprävention und die Suchthilfe in Berlin* zu formulieren.

3 Methodisches Vorgehen

Die gegebene Aufgabenstellung erfordert die Umsetzung eines mehrdimensionalen Untersuchungsansatzes, mit dem verschiedene Verfahren der empirischen Sozialforschung miteinander kombiniert werden können. Die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden ist gut geeignet, Hilfesysteme und deren Vernetzung zu analysieren. Durch den Einbezug unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure im Feld der Suchtprävention und der Suchthilfe können Strukturen und Maßnahmen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund war es von großer Bedeutung, ein breites Spektrum an Trägern, Einrichtungen und Akteuren der Suchtprävention und der Sucht(selbst)hilfe ebenso in das Vorhaben einzubinden wie Vertreter und Vertreterinnen der Bezirke, der Jugendhilfe, der Psychiatrie, der Wohnungslosenhilfe und der Strafverfolgungsbehörden.

Damit eine zu erarbeitende Landesstrategie Sucht auf einer breiten Mitwirkung beteiligter Akteurinnen und Akteure fußt, wurde in einem ersten Schritt ein Projektbeirat eingerichtet. Hierdurch wurde Transparenz und damit die für eine Umsetzung der Strategie erforderliche Akzeptanz unter den verschiedenen Stakeholdern hergestellt. Bei der Zusammensetzung wurden Vertreterinnen und Vertretern der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, von Einrichtungen der Suchthilfe und Suchtprävention und der Suchtselbsthilfe sowie Vertreterinnen und Vertreter der bezirklichen Suchthilfekoordination und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzelner Senatsressorts (z.B. Jugend, Schule, Soziales, etc.) eingebunden.

Analyse quantitativer Daten

Um eine Datengrundlage für die Landesstrategie zu erarbeiten, wurde eine Vielzahl von Quellen einbezogen: Daten zur Epidemiologie des Suchtmittelkonsums und zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen (Dot.sys), die Suchthilfestatistik (DSHS) sowie Jahres- und Sachberichte der Einrichtungen, Daten der Polizei und der Strafverfolgungsbehörden sowie Daten aus der Krankenhausstatistik.

Einrichtungsbezogene Daten bezogen sich vor allem auf Einrichtungen, die durch den Auftraggeber (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege) koordiniert oder finanziert werden. Ergänzend dazu wurden auch die Sachberichte der bezirklich koordinierten Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen ausgewertet.

Erhebung und Analyse qualitativer Daten

Ergänzt wurden die Daten aus der Sekundäranalyse mit Befragungsdaten aus qualitativen Erhebungen. Um einen differenzierten Überblick über den Status quo der Suchtprävention und der Suchthilfe und der Versorgung von Menschen mit Suchtstörungen in Berlin zu erlangen, wurde eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen in die Befragungen einbezogen. Alle Interviews wurden als Einzel- oder Gruppeninterviews im Video-Chat durchgeführt und elektronisch dokumentiert.

Zuerst wurden alle Suchthilfekordinatorinnen und -koordinatoren der Berliner Bezirke in die Untersuchung einbezogen, um eine sozialraumnahe, regionale Perspektive zu gewinnen. In einem zweiten Schritt wurden Träger bezirklicher Suchtberatungsstellen zu ihrer Perspektive auf die Suchtprävention und die Suchthilfe in Berlin befragt. Diese Befragung wurde im Rahmen eines Gruppeninterviews durchgeführt. Weitere Gruppeninterviews folgten zu verschiedenen zielgruppenspezifischen Angeboten (z.B. für Minderjährige, Frauen, Substituierte, etc.). Auch hier wurden leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Träger im Rahmen mehrerer Gruppeninterviews befragt. Ein weiterer Bereich, der in die Befragung zur Landesstrategie einbezogen wurde, war die Suchtbehandlung. Hier wurden Repräsentantinnen bzw. Repräsentanten von Entgiftungskliniken, ambulanter und stationärer Entwöhnungseinrichtungen und Beschäftigte aus dem Nachsorgebereich jeweils in Gruppeninterviews befragt. Zu guter Letzt wurden mit Vertreterinnen und Vertretern von Selbsthilfeorganisationen und der Suchtprävention Interviews geführt.

Insgesamt fanden 11 Einzelinterviews und 16 Gruppeninterviews mit insgesamt 85 Repräsentanten unterschiedlicher Bereiche der Berliner Suchtprävention und Suchthilfe statt. Eine Aufstellung aller Interviewpartnerinnen und -partner ist dem Anhang (Abschnitt 0) zu entnehmen.

Zusätzlich wurden im Rahmen der Analyse zur Entwicklung eines Stufenplans zur Umwandlung des Suchthilfesystems in ein komplett integratives Angebot acht Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Beratungsstellen geführt sowie ein Workshop mit sechs Teilnehmerinnen und Teilnehmern abgehalten. Die Auflistung der verschiedenen Vertreterinnen und Vertreter ist im Anhang (Abschnitt 10.3) zu finden.

Die Akteurinnen und Akteure der Berliner Suchthilfe und Suchtprävention wurden im Rahmen der Einzel- bzw. Gruppeninterviews zu folgenden Themen befragt:

- Strukturelle Stärken und Schwächen der Suchtprävention und der Suchthilfe in Berlin
- Zielgruppen: Welche werden erreicht – welche (noch) nicht?
- Einschätzung des Angebotsspektrums von Suchthilfe und Suchtprävention
- Einschätzung der Zusammenarbeit innerhalb der Suchthilfe und der Suchtprävention
- Einschätzung der Zusammenarbeit mit Einrichtungen angrenzender Sektoren
- Entwicklungsbedarfe im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Suchtprävention in Berlin

Die aufgezeichneten Interviews wurden themenspezifisch nach den Prinzipien der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ ausgewertet.

Fokusgruppen

Ergänzend zu den Befragungen der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure im Feld der Berliner Suchthilfe und Suchtprävention und nach Vorliegen erster Zwischenergebnisse wurden Fokusgruppen zu spezifischen Schnittstellenproblemen durchgeführt. In Abstimmung mit dem Beirat wurden folgende Schnittstellen adressiert:

- Jugendhilfe – Suchthilfe
- Psychiatrische Versorgung - Suchthilfe
- Wohnungslosenhilfe – Suchthilfe
- Strafvollzug – Suchthilfe
- Suchtprävention – Frühintervention - Suchtberatung

In einer weiteren Fokusgruppe wurden Probleme diskutiert, die mit der unterschiedlichen Finanzierung von Alkohol- und Drogenberatungsstellen verknüpft sind.

Ziel der Fokusgruppenarbeit war es, eine differenzierte Bestandsaufnahme der Problemlagen und ggf. Lösungsstrategien zu erarbeiten, um die Schnittstellenarbeit zu optimieren und den Zugang von Menschen mit Suchtstörungen zu suchtspezifischen Hilfen zu erleichtern. In der Sozialforschung gelten Fokusgruppen als ein Partizipationsverfahren, das unterschiedliche Sichtweisen auf ein Themengebiet hervorbringen möchte (Schulz, et al. 2012). Primäres Ziel ist es dabei nicht, Übereinstimmungen zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu erzielen, sondern unterschiedliche Facetten eines Themas zur Sprache zu bringen. Fokusgruppen gelten als ergiebiger und leistungsfähiger als Einzelinterviews aufgrund des kollektiven Wissensbestands der Teilnehmenden.

Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde darauf geachtet, dass alle Gruppenmitglieder über einen mehrjährigen Erfahrungshintergrund zu den spezifischen Themenbereichen verfügen. In aller Regel waren jeweils Vertreterinnen und Vertreter der Suchthilfe und dem angrenzenden Bereich (z.B. Jugendhilfe) an der Gruppenarbeit beteiligt. Personell ergänzt wurden die Gruppen durch ein oder zwei Mitarbeiterinnen der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Die Fokusgruppe zur Schnittstelle zur psychiatrischen Versorgung bestand ausschließlich aus Führungskräften der Suchthilfe und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Hier bestand das Ziel nicht in der Erarbeitung einer (besseren) Kooperationsstrategie, sondern darin, eine umfängliche

Analyse der bestehenden Schwierigkeiten in der (psychiatrischen) Versorgung suchtmittelabhängiger Menschen zu generieren. Eine Liste aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der verschiedenen Fokusgruppen kann dem Anhang (Abschnitt 10.4) entnommen werden.

3.1 Methodische Einschränkungen

Mit dem vorliegenden Methoden-Mix sind unterschiedliche Einschränkungen hinsichtlich der Auswertung der vorliegenden Daten verbunden.

Im Hinblick auf zu erwartende Prävalenzen im Bereich der Suchterkrankungen wurde ein Teil der Daten aus aktuellen Studien bzw. Erhebungen gewonnen. Im Zentrum steht hier der Suchtsurvey (Olderbak et al., 2023), der eine berlinspezifische Auswertung der KDS-Daten vornimmt. Keine Rückschlüsse lassen die Daten jedoch auf Unterschiede in den jeweiligen Bezirken zu. Eine weitere Datenquelle sind die Sachberichte der untersuchten Projekte. Eine zentrale Problematik ist hier, dass je nach Bereich unterschiedliche Anforderungen an die Erhebungssystematik gestellt werden, sodass in der Darstellung der Daten oft auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zurückgegriffen werden musste. Dadurch gingen teilweise Daten verloren. Hinzu kommt, dass zur Darstellung der Beratungsstellen im Sinne des Forschungsauftrags nicht nur die Sachberichte der IGPP-geförderten Projekte, sondern auch die PEP-geförderten Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen in die Untersuchung einbezogen wurden. Da die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen nicht vom Land Berlin, sondern von den jeweiligen Bezirken gefördert werden und für die Dokumentation kein einheitliches Instrumentarium verwendet wird, sind die Daten zu diesem Bereich lückenhaft. Hier wird auch deutlich, dass es keine zentrale Stelle gibt, in der alle Bereiche der Suchthilfe erfasst werden.

Ein anderes Problem in Bezug auf die Darstellung der Inanspruchnahme der Angebote der Suchthilfe in Berlin hängt mit dem Beobachtungszeitraum zusammen. Dieser fällt in die Zeit der Corona-Pandemie. Um den Einfluss pandemiebedingter Rückgänge in den Einrichtungen möglichst minimieren zu können, wurde vor allem das Jahr 2021 untersucht. Allerdings muss auch in diesem Jahr von coronabedingten Rückgängen in den Nutzungszahlen ausgegangen werden. Unklar dabei bleibt allerdings, ob dadurch auch die Beschreibung der Nutzerinnen und Nutzer verzerrt wurde, weil bestimmte Personengruppe überdurchschnittlich häufig fernblieben oder nicht.

Der zentrale Teil dieser Untersuchung sind die geführten Interviews. Hier muss zunächst festgehalten werden, dass die nachfolgende Darstellung der Rückmeldungen aus den Gesprächen die Sichtweisen der eingeladenen Expertinnen und Experten widerspiegelt. Um ein möglichst breites Bild der Lage zu bekommen, sollten deshalb Vertreterinnen und Vertreter aller Bereiche und Ebenen der Suchthilfe und Suchtprävention in die Untersuchung eingebunden werden. Um dies sicherzustellen, wurde auf umfangreiche Kontaktübersichten der Auftraggeberin zurückgegriffen. Aufgrund terminlicher Abstimmungsschwierigkeiten konnten nicht alle kontaktierten Interviewpartnerinnen und -partner in die Interviews einbezogen werden. Um zu verhindern, dass im so gewonnenen Bild der Berliner Suchthilfe systematische blinde Flecken bestehen, wurden die gewonnenen Ergebnisse im Projektbeirat diskutiert und auf mögliche Lücken geprüft.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass mit der vorliegenden Untersuchung eine Momentaufnahme eines sich beständig verändernden Systems erstellt wurde. Es wurde deutlich, dass im Laufe des Untersuchungszeitraums bereits verschiedene Problemfelder von den entsprechenden Akteurinnen und Akteuren im Feld adressiert wurden. Eventuelle Veränderungen können im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht dargestellt werden.

4 Bereichsübergreifende Ergebnisse

In allen Einzel- und Gruppeninterviews wurden die Stakeholder der Berliner Suchtprävention und Suchthilfe danach gefragt, welche positiven Entwicklungen in den vergangenen Jahren aus ihrer Sicht festzustellen sind und welche Schwierigkeiten im Rahmen ihrer Arbeit aktuell von Bedeutung sind. Es ist an dieser Stelle wichtig, darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Aussagen der Beteiligten um persönliche Einschätzungen handelt, die von den Professionellen vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Erfahrung getroffen wurden. Mit der Identifikation von Schwachstellen und Entwicklungsbedarfen ist das Ziel verbunden, Ansatzpunkte für eine weitere Optimierung und Entwicklung von Strukturen und Angeboten der Berliner Suchtprävention und Suchthilfe zu definieren. Diese bilden die Grundlage der hier vorliegenden Empfehlungen, die im Rahmen der Erstellung der Landesstrategie berücksichtigt werden sollten.

Positive Einschätzungen zu Situation und Entwicklungen

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten der Suchthilfeeinrichtungen hob die gute Zusammenarbeit zwischen den Trägern hervor. Sowohl auf der Ebene einzelner Klientinnen und Klienten als auch auf der Ebene einer einrichtungsbezogenen Zusammenarbeit. So werden derzeit bspw. einige Angebote von mehreren Trägern in Kooperation erbracht (z.B. HaLT, SONAR, etc.). Auch die Innovationskraft, die Vielfalt und Ausdifferenziertheit der Angebote in Berlin wird von den Professionellen sehr geschätzt. Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Berliner Suchthilfe und Suchtprävention der letzten 10 Jahre schätzen die Befragten heute den Ausbau von Angeboten im Bereich der Verhaltenssuchte, eine größere Selbstverständlichkeit frauenspezifischer Angebote und eine veränderte Haltung im Umgang mit Transpersonen. Als ein für die Suchthilfe wichtiges neues Angebot wird die Etablierung der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen hervorgehoben.

Herausforderungen und Probleme

In den Interviews mit den unterschiedlichen Professionellen der Berliner Suchthilfe wurden – unabhängig vom jeweiligen Betätigungsfeld - einige Probleme benannt, die genereller Natur sind. So wurde mehr oder weniger von allen ein massiver Fachkräftemangel beklagt, was zum einen Einschränkungen in der Versorgung suchtmittelabhängiger Menschen, zum anderen Überlastungen der in diesem Feld tätigen Kolleginnen und Kollegen zur Folge hat. Opiatabhängige haben Schwierigkeiten, substituierende Ärztinnen oder Ärzte zu finden, Beratungsstellen können einen Teil ihrer Stellen für die Sozialarbeit nicht besetzen und stationäre Behandlungseinrichtungen müssen ihre Platzkapazität reduzieren, weil Pflegekräfte fehlen. Da auch Jugendämter von dem Mangel an Fachkräften betroffen sind,

ist deren Zusammenarbeit mit Suchthilfeeinrichtungen immer wieder erschwert, sodass zeitnahe Hilfen nicht geleistet werden können. Insgesamt ist die Wahrnehmung im Feld, dass die Arbeitsbelastung in den unterschiedlichen Verwaltungen so hoch ist, dass die einzelnen Bereiche mit den bestehenden Ressourcen überfordert scheinen.

Eine ähnlich schwierige Herausforderung für Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe stellt die aktuelle Situation auf dem Immobilienmarkt dar. Geeignete Gewerbeflächen in halbwegs zentralen Lagen sind schwer zu finden und die Mieten haben sich in den vergangenen 3-5 Jahren deutlich erhöht. Hinzu kommt, dass mit der Zielgruppe oft Probleme verbunden sind, die für eine ablehnende Haltung in der Nachbarschaft und bei möglichen Vermietern sorgen können. Dieser Notstand betrifft jedoch nicht nur Einrichtungen der suchtspezifischen Hilfen, sondern auch eine große Zahl suchtmittelabhängiger Menschen.

Schwierig wird auch die historisch gewachsene Trennung der Versorgung in einen legalen bzw. illegalen Bereich gesehen. Vor dem Hintergrund zunehmend polytoxischer Konsummuster sei diese Trennung fachlich nicht mehr aufrechtzuerhalten. Hinzu komme, dass es mit den unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen nicht nur zu Ungleichheiten in der Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel komme, sondern dadurch auch eine zentrale Steuerung der gesamten Berliner Suchthilfe erschwert werde.

Insbesondere Suchtberatungsstellen und niedrigschwellige Einrichtungen beklagen das Fehlen von suchtspezifischen Angeboten für Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche. In diesem Zusammenhang wird zwar die Kooperation mit der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen sehr geschätzt, allerdings auch bemängelt, dass diese überlastet scheint.

Einige Träger der Suchthilfe und der Suchtprävention beklagen eine mangelnde Steuerung durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. In diesem Zusammenhang werden eine bessere Aufgabenklärung und Koordinierung zwischen verschiedenen Einrichtungen und Akteurinnen und Akteuren sowie mehr Transparenz in der Förderung von Maßnahmen gewünscht. Insbesondere die Kriterien, auf deren Grundlage die Förderungen bemessen werden, stehen hier in der Kritik.

Hier wird auch ein weiteres Thema angeschnitten, das in allen Bereichen zumindest kritisch diskutiert wird. Im Zusammenhang mit der Finanzierung ergeben sich für die Befragten unterschiedliche Probleme. So ist für die Befragten mit der Form der Zuwendungsfinanzierung nicht nur ein extrem hoher Verwaltungsaufwand verbunden, es wird vor allem kritisiert, dass im Rahmen der Fehlbedarfsfinanzierung Kosten, die den Trägern im Rahmen der Erbringung der finanzierten Leistungen entstehen, nicht oder nur teilweise refinanziert werden. Insbesondere im Bereich der bezirklichen Finanzierung führt zudem die jährliche Schwankung der Mittelhöhe, bedingt durch haushaltstechnische Regelungen und das bestehende System der Verteilung in den Bezirken, zu einem schwer kalkulierbaren wirtschaftlichen Risiko für die Träger.

Ein weiteres Problem betrifft die noch immer mangelhafte Datengrundlage der Suchtprävention und Suchthilfe: Für eine differenzierte Planung und Steuerung von

Maßnahmen der Suchtprävention und Suchthilfe sind Erkenntnisse über die Verbreitung suchtspezifischer Problemlagen und zur Inanspruchnahme von Hilfen zwingend erforderlich.

Von vielen befragten Professionellen der Suchthilfe wird die nach wie vor erkennbare gesellschaftliche Stigmatisierung Suchtkrankter beklagt. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtstörungen kann schwerwiegende Folgen haben, einschließlich einer geringeren Lebensqualität, einer schlechteren psychischen Gesundheit und einem verringerten Zugang zu Unterstützungsressourcen. Gleichzeitig können auch hohe Kosten für die Gesellschaft, u. a. durch Krankheitstage, die Versorgung mit Obdach, oder Kosten im Zusammenhang mit Kinderschutzfragen entstehen.

5 Bereichsspezifische Ergebnisse und Empfehlungen

5.1 Suchtprävention in Berlin

Suchtprävention ist eine der vier Säulen der Berliner Drogenpolitik und „eine Aufgabe aller Personen, gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen“ (Leitlinien Senatsverwaltung, 2006²). Die Umsetzung der Suchtprävention erfolgt in Berlin dementsprechend auf unterschiedlichen Ebenen und durch verschiedene Akteurinnen und Akteure.

Suchtpräventionsangebote können darauf abzielen, die Verhältnisse oder das Verhalten des Einzelnen so zu beeinflussen, dass idealerweise eine Suchterkrankung vermieden werden kann. Auf der Verhaltensebene wird dabei zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Die Berliner Suchtpräventionsangebote decken alle diese Bereiche ab.

Der Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten zufolge hat Berlin ein breites Angebot an Suchtpräventionsmaßnahmen. Durch die besonderen Herausforderungen, denen sich Berlin gegenübergestellt sieht, nimmt die Stadt immer wieder eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung neuer Angebote für unterschiedlichste Zielgruppen ein.

Die Entwicklung der letzten Jahre zeige aber auch, dass Suchtprävention insgesamt stärker in den Fokus der Gesellschaft gerückt sei. Trotz dieser positiven Entwicklungen erleben die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer in der täglichen Arbeit jedoch, dass Suchtprävention oft eine untergeordnete bzw. nachrangige Rolle der Suchthilfe gegenüber einnehme.

5.1.1 Struktur/Angebote

Die Förderung der Suchtprävention erfolgt in Berlin durch unterschiedliche Akteurinnen und Akteure. Hier sind die öffentliche Hand sowie die unterschiedlichen Sozialversicherungsträger und hier insbesondere die Krankenkassen zu benennen. Zu den Institutionen im öffentlichen Sektor gehören auf Landesebene die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie und nicht zuletzt die Polizei. Für die Steuerung und Koordinierung der Suchtprävention in

² Quelle: Leitlinien für die Suchtprävention im Land Berlin; Gefunden am 24.07.2023 unter: <https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/assets/service/leitlinien.pdf?ts=1670257698>

Berlin ist die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege federführend. Auf bezirklicher Ebene fällt die Funktion der Steuerung und Koordinierung der Suchtprävention den jeweiligen Suchthilfekoordinatorinnen und –koordinatoren zu. In den Interviews wurde in diesem Zusammenhang der Wunsch geäußert, dass die unterschiedlichen Verwaltungen stärker zusammenarbeiten. Insbesondere im Hinblick darauf, einen stärkeren Einfluss auf den Bereich Schule ausüben zu können.

Die Umsetzung von Maßnahmen der Suchtprävention in Berlin obliegt in der Regel Einrichtungen in freier Trägerschaft. In der Folge der „Expertise zur strukturellen Weiterentwicklung der Suchtprävention in Berlin“ (Tossmann & Nöcker, 2003) wurde 2005 die Fachstelle für Suchtprävention ins Leben gerufen, mittlerweile in der Trägerschaft der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH. Parallel dazu sind in den letzten Jahren eine Vielzahl weiterer Projekte und Angebote mit spezifischen Suchtpräventionsaufgaben bzw. –zielen entstanden. Träger, die diese Angebote vorhalten, sind der Caritasverband Berlin (HaLT, Digital – voll normal?!, Café Beispiellos mobil, Lost in Space mobil), Fixpunkt e. V. gemeinsam mit der Schwulenberatung Berlin (Drug-Checking) bzw. mit dem Notdienst e. V. (SONAR – Safer Nightlife Berlin), Karuna e. V. (Drugstop, PREVENTS), NACOA Deutschland e. V. (Fluffi-Club), Notdienst e. V. (MOFA - Mobile Familiensprechstunde), das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg (Vergiss mich nicht), vista gGmbH (Wigwam) und die pad gGmbH (Präventionsprojekt Glücksspiel, Peer-Präventionsprojekt ZGS – Zocken.Gamen.Suchten). Hinzu kommen Angebote der Beratungsstellen wie FreD (Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum), KISS (Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum) oder SKOLL (Selbstkontrolltraining). Nicht zuletzt gibt es in Berlin noch Maßnahmen der Suchtprävention, die gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern umgesetzt werden. Im Rahmen der Umsetzung des sogenannten Präventionsgesetzes werden die Sozialversicherungsträger, hauptsächlich aber die Krankenkassen, verpflichtet, sich an Maßnahmen der Prävention zu beteiligen. Die mit dem Gesetz verbundene Präventionsstrategie soll in Form von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention formuliert werden und gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder benennen.

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene „*schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen*“ ab³. Für Berlin wurde diese Landesrahmenvereinbarung (LRV) am 11.07.2018 abgeschlossen. Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung vertritt dabei das Land Berlin und stimmt sich insbesondere mit bezirklichen Vertreterinnen und Vertretern, wie den Stellen für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (QPK) sowie weiteren Ressorts wie Bildung, Jugend, Sport, Stadtentwicklung und Wohnen oder Pflege ab⁴. In diesem Zusammenhang stellen

³ Quelle: § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Gefunden am 06.07.2023 unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20f.html>

⁴ Quelle: Landesrahmenvereinbarung (LRV). Gefunden am 06.07.2023 unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesrahmenvereinbarung/>

hauptsächlich die Krankenkassen Mittel zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zur Verfügung, die von den unterschiedlichen Trägern beantragt werden können.

Finanzierung

Für die Finanzierung der Suchtprävention stehen in Berlin Mittel des Landes bzw. der Bezirke sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Mittel der Sozialversicherungsträger zur Verfügung. Das Land Berlin fördert die Umsetzung suchtpreventiver Angebote überwiegend durch Zuwendungen. Darüber hinaus erhalten manche Projekte/Träger auch Fördergelder von den Krankenkassen, den Bezirken oder auch aus der privaten Wirtschaft. Eine zentrale Steuerung wird aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der Angebote somit erschwert.

In den Interviews war das zentrale Thema im Bereich der Finanzierung der Wunsch nach einer verlässlichen und auskömmlichen Finanzierung von Angeboten der Suchtprävention mit einer langfristigen Abrechnungsperspektive. Aus Sicht der Befragten müsse es das Ziel sein, dass alle erbrachten Leistungen refinanziert werden und der Verwaltungsaufwand möglichst klein bleibe. Gleichzeitig wird vor dem Hintergrund, dass Suchtprävention ein Thema ist, das sowohl die Bereiche „Bildung“ und „Jugend“ als auch „Gesundheit“ betreffe, die Forderung formuliert, dass beide Senatsverwaltungen bei der Finanzierung in die Verantwortung genommen werden müssten. Es wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass Investitionen in die Suchtprävention die Kosten im Bereich der Suchthilfe reduzieren können.

5.1.2 Zielgruppenerreichung

In Deutschland werden Suchtpräventionsmaßnahmen im Rahmen des Dokumentationssystems Dot.sys erfasst. Das Dokumentationssystem wird durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung gestellt und dient der Erhebung und Dokumentation bundesweit durchgeführter Suchtpräventionsmaßnahmen in Deutschland. An der Datenerfassung beteiligen sich hauptamtlich in der Suchtprävention tätige Mitarbeitende aus Fachstellen, Beratungsstellen, Ämtern, Vereinen, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen der Suchtprävention aller Bundesländer.

Bei der Auswertung der Daten fiel auf, dass es an einer einheitlichen Systematik mangelt, mit der Prävention erfasst wird. So dokumentieren nicht alle Suchtpräventionsprojekte in Dot.sys gleichermaßen. Vor allem Suchtpräventionsmaßnahmen der Schulen werden nicht in Dot.sys erfasst. Gleichzeitig entsteht der Eindruck, dass die in Dot.sys dokumentierenden Einrichtungen unterschiedlich genau Maßnahmen dokumentieren, wodurch ein Ungleichgewicht bei der Bewertung der Anzahl der Maßnahmen entstehen kann. Nicht zuletzt geht aus den Daten ebenfalls nicht hervor, auf welcher Finanzierungsgrundlage die jeweilige Maßnahme basiert. Eine Auswertung rein zuwendungsfinanzierter Maßnahmen durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege wird dadurch erschwert. So war es beispielsweise auch nicht möglich zu unterscheiden, welche Maßnahmen auf den zuwendungsfinanzierten Bereich der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin entfallen und welche vom Träger Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH durchgeführt wurden. Vor diesem Hintergrund sind die vorliegenden Daten nur eingeschränkt aussagekräftig.

Insgesamt wurden im Jahr 2021 2.030 Maßnahmen für Berlin dokumentiert. Die Spannweite der dokumentierten Maßnahmen reicht dabei von Einzelgesprächen beispielsweise mit Eltern, über Gruppenveranstaltungen wie die Durchführung von Seminaren und Workshops, bis hin zur Planung und Koordinierung. Die dokumentierten Maßnahmen unterteilen sich in solche, die sich an Endadressaten bzw. Endadressatinnen (45,1 %) oder Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren (40,0 %) richten. Darüber hinaus wurden Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit dokumentiert (14,9 %). So konnten im Jahr 2021 insgesamt 19.206 Endadressaten bzw. Endadressatinnen und 8.882 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angesprochen werden.

Suchtprävention für Endadressaten bzw. Endadressatinnen

In Dot.sys dokumentierte Maßnahmen für Endadressaten bzw. Endadressatinnen richten sich zum einen an Kinder und Jugendliche, hauptsächlich im Alter zwischen 14 und 17 Jahren, und zum anderen Teil an Eltern oder andere Familienmitglieder.

Das Setting „Schule“ ist dabei der Lebensraum, in dem die meisten Menschen angesprochen wurden. Nicht ganz jede dritte dokumentierte Maßnahme ist dort angesiedelt. Hier agieren laut Dot.sys insbesondere spezifische Suchtpräventionsprojekte. An zweiter Stelle steht das Setting „Familie“. Hier wurden fast ausschließlich Maßnahmen durch die Fachstelle für Suchtprävention dokumentiert. Im Bereich der betrieblichen Prävention wurden dagegen nur etwa 5 % der Maßnahmen dokumentiert und Maßnahmen, die sich an Geflüchtete richten, liegen sogar nur bei 3,1 %.

Suchtprävention für Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren

Etwa 40 % der in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen richteten sich an Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren. Knapp 90 % dieser Maßnahmen wurden von der Fachstelle für Suchtprävention dokumentiert. Am häufigsten werden Beschäftigte der Suchthilfe angesprochen, gefolgt von Beschäftigten der Kommunen bzw. Behörden und der Jugendarbeit.

Anregungen zur Verbesserung der Zielgruppenerreichung

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden auch gefragt, inwieweit das bestehende Angebot besser an die Bedarfe der Zielgruppen angepasst werden müsste. Zentral ist für die Expertinnen und Experten in diesem Zusammenhang die Frage, wie die Menschen noch früher erreicht werden können. Hierbei gelte es, die unterschiedlichen Lebenswelten, insbesondere Jugendlicher, stärker zu berücksichtigen und eine mögliche Stigmatisierung bereits in der Form der Ansprache zu vermeiden. Hilfreich wäre auch eine größere Transparenz des bestehenden Angebotsspektrums.

Darüber hinaus sei die Arbeit mit Jugendlichen meist von dem Umstand geprägt, dass es ihnen häufig an einem Problembewusstsein fehle. Hier wird deshalb dafür plädiert, Menschen im Umfeld der Jugendlichen, vor allem die Eltern, stärker in der Suchtprävention zu berücksichtigen, auch wenn dies personell aufwendiger sei. Weiterhin wurde angeregt, Angebote für Flüchtlinge zu verbessern und bei der Planung weiterer Angebote die gesamte Lebensspanne stärker in den Blick zu nehmen.

Nicht zuletzt besteht bei den Befragten der Eindruck, dass die umgesetzten Maßnahmen keiner übergeordneten Strategie bzw. Systematik folgen. Dies werde insbesondere in den Schulen offensichtlich. Gleichzeitig sei es den externen Anbietern von Suchtpräventionsmaßnahmen mit den bestehenden Mitteln nicht möglich, in allen Berliner Schulen Maßnahmen systematisch umzusetzen. So kommen die Gesprächspartnerinnen und -partner zu dem Schluss, dass mit den bestehenden Ressourcen eine großflächige, systematische Umsetzung von Suchtprävention nicht möglich sei.

5.1.3 Herausforderungen und Probleme

Zugang zur Zielgruppe muss verbessert werden

Die Suchtprävention steht am Anfang der Versorgungskette in der Suchthilfe. Eine gute Verzahnung der einzelnen Glieder dieser Kette ist von großer Bedeutung. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie nach der Identifikation von Menschen mit weiterem Unterstützungsbedarf die Weiterleitung ins Hilfesystem am besten gelingen kann. Dabei gelte es in einem ersten Schritt, noch stärker bzw. systematischer in den unterschiedlichen Lebenswelten Präsenz zu zeigen.

Die Arbeit an den Schnittstellen zu den unterschiedlichen Lebenswelten ist für einen gelingenden Zugang zu den Zielgruppen besonders wichtig. Die wichtigste Schnittstelle für die Suchtprävention ist die Schule. Der Hauptanteil der in Dot.sys dokumentierten Maßnahmen wird in diesem Setting umgesetzt. Dennoch ist die Rückmeldung der Expertinnen und Experten, dass es keine flächendeckende bzw. systematische Umsetzung von Suchtprävention in Schulen gäbe. So gäbe es zwar schulische Suchtpräventionsprogramme und ergänzend würden schulische Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult, in der Einschätzung der Interviewten fände eine systematische Umsetzung von Suchtprävention in den Schulen jedoch nicht statt. In den Interviews entstand der Eindruck, dass Suchtprävention in den Schulen vor allem dann stattfindet, wenn eine aktuelle Problemsituation die Schulen zum Handeln zwingt. Als Gründe sehen die Interviewten, dass den Schulen bzw. den Lehrkräften bzw. den Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern die Kapazitäten fehlen, um das Thema „Suchtprävention“ neben anderen Themen wie z. B. Gewaltprävention selbständig umsetzen zu können. Gleichzeitig fehle es den freien Trägern an personellen Ressourcen, um großflächig in Schulen externe Angebote anbieten zu können. Erschwerend komme hinzu, dass es den schulischen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oft an Wissen fehle, welche (externen) Angebote ihnen zur Verfügung stünden. Die Befragten wünschen sich hier mehr Einfluss auf die Schulen, beispielsweise um feste Strukturen bzw. feste Kooperationen zwischen den Schulen und den Anbietern von Suchtprävention etablieren zu können.

Übergang von der Suchtprävention zur Beratung gestaltet sich schwierig

Weitere Hürden ergeben sich an den Übergängen von der Suchtprävention in die Beratung. Suchtpräventionsangebote seien nicht gut mit der Beratung verzahnt. Zentral für einen gelingenden Übergang wird hier die Frühintervention bei allen Beteiligten wahrgenommen. Von der Fachstelle für Suchtprävention wird jedoch kritisiert, dass gerade diese

Frühinterventionsangebote in Berlin nicht sichtbar seien. Hier wird eine „Wiederbelebung“ der Frühintervention in Berlin gewünscht.

In den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten wurde deutlich, dass bei einer Neuorganisation der Frühintervention insbesondere der Zugang zu „at-risk“-Personen sichergestellt werden muss. Dafür müsse die Früherkennung gestärkt werden. Gleichzeitig helfe es, mögliche Zugangshürden zur Beratung abzubauen, wenn eine personelle Kontinuität zwischen dem Angebot der Frühintervention und der Beratung bestünde.

Je nach Sichtweise wird in diesem Zusammenhang gefordert, dass entweder die Frühintervention zukünftig auch Bestandteil der Suchtprävention sein sollte oder dass Anbieter der Frühinterventionsmaßnahmen weiterhin Teil der ambulanten Suchthilfe sein sollten.

Stärkere Regionalisierung der Suchtprävention

Vor diesem Hintergrund kommen die Interviewbeteiligten zu dem Schluss, dass für eine stärkere systematische Umsetzung der Suchtprävention, die sich gezielt auch an den jeweiligen (unterschiedlichen) Bedarfen in den einzelnen Bezirken orientieren kann, eine stärkere Regionalisierung der Suchtprävention notwendig sei. Dabei müsse in einem ersten Schritt eine genaue Aufgabenklärung vorgenommen werden. Zur Stärkung einer regionalen Suchtprävention müssten aber auch die Bezirke personell und finanziell so ausgestattet werden, dass sie den erweiterten Auftrag umsetzen können. Denkbar sei hier der Einsatz spezieller Suchtpräventionsfachkräfte in den Bezirken und/ oder ein stärkerer Einbezug der bezirklichen Beratungsstellen. Aus Sicht der Beratungsstellen scheitert eine Beteiligung der Beratungsstellen an der Suchtprävention aktuell jedoch daran, dass den Beratungsstellen einerseits die Ressourcen für die Umsetzung fehlen und andererseits eine Beteiligung der Einrichtungen seitens der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege ausgeschlossen wird.

Mehr Steuerung wird gewünscht

Das Thema Steuerung nahm in den Interviews einen breiten Raum ein. Die Interviewpartnerinnen und –partner würden diesbezüglich gerne die Senatsverwaltung(en) stärker in die Pflicht nehmen. Hier müssten vor allem die Senatsverwaltungen für „Jugend“ und „Gesundheit“ zukünftig stärker zusammenarbeiten - idealerweise in Form einer landesweiten Suchtpräventionsstrategie. Darüber hinaus werden eine stärkere inhaltliche Steuerung und eine klarere Positionierung bei Fragen der Umsetzung von Suchtprävention gewünscht. Im Hinblick auf eine inhaltliche Ausgestaltung wird eine stärkere Positionierung bezüglich der Definition, Ziele, Zielgruppen und Botschaften der Suchtprävention gefordert. Aus der Sicht der Befragten müssen dafür in einem ersten Schritt die (regionalen) Bedarfe besser bekannt sein. So wird der Wunsch nach einer systematischen Bedarfsermittlung in den Bezirken formuliert.

Ein wichtiger Aspekt bei der Koordination von Maßnahmen ist das Ziel, den Aufbau von Doppelstrukturen möglichst zu vermeiden. Zentral dabei sind die Fragen: Wer macht was, und wie können vorhandene Ressourcen effizient genutzt werden? Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Verortung der Frühintervention, aber auch ganz allgemein hinsichtlich der

Frage, welche Aufgaben die Fachstelle für Suchtprävention bzw. die anderen überregionalen Suchtpräventionsprojekte, aber auch die Beratungsstellen oder die Polizei haben, wünschen sich alle Befragten eine Klärung der Aufgaben, Zuständigkeiten und Rollen. Erhofft wird dadurch auch eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Insbesondere was die Nutzung der vorhandenen Expertise in Berlin anbelangt, sehen alle Beteiligten Raum für eine bessere, effizientere Zusammenarbeit. Hierzu müsse der Austausch unter den Akteurinnen und Akteuren zukünftig verbessert werden.

Vor diesem Hintergrund müsse insbesondere die Rolle der Fachstelle für Suchtprävention zukünftig stärker definiert sein. Sowohl die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Suchthilfe wie auch die der Suchthilfeoordination wünschen sich die Fachstelle stärker als einen „Dienstleister“. Umgekehrt könne die Fachstelle bei der Umsetzung insbesondere in den Bezirken durch die unterschiedlichen bezirklichen Kräfte entlastet werden.

Qualitätsmanagement und Controlling

Das Thema Qualitätssicherung war ein Thema, das vor allem von den Vertreterinnen der Fachstelle für Suchtprävention angesprochen wurde. Aus der Sicht der Fachstelle erfüllen nicht alle Angebote ein modernes Verständnis von Suchtprävention. Sie regen deshalb die Einführung von verpflichtenden Qualitätsstandards an. Bei der Umsetzung solcher Standards sehen sie zunächst die Verwaltungsebene in der Pflicht, die diese im Sinne verpflichtender Regelungen einfordern müsse.

Abschließend wurde die Frage nach einem Controlling bzw. nach Formen der (Erfolgs-) Kontrolle angesprochen. So gäbe es mit Dot.sys zwar ein Erfassungssystem für durchgeführte Maßnahmen, aber nicht alle Anbieterinnen bzw. Anbieter würden hier dokumentieren. Ein besonderes Problemfeld sind in diesem Zusammenhang die Schulen, die weitestgehend autark in ihrer Planung seien. Der Sozialraum „Schule“ bleibe somit eine „Black Box“. Hier wünschen sich die Expertinnen und Experten eine stärkere Verpflichtung der Schulen zur Suchtprävention beispielsweise im Rahmen von Lehrplänen oder Schulkonzepten.

5.1.4 Perspektiven

Aus der Sicht der Expertinnen und Experten hat Prävention oft eine untergeordnete bzw. nachrangige Rolle der Suchthilfe gegenüber. Hier besteht die Forderung, die Säule der Suchtprävention insgesamt zu stärken. Diese Forderung unterstreicht auch die DHS in einer Stellungnahme zur Suchtprävention in Deutschland und merkt an, dass *„öffentliche Suchtprävention [...] als eigenständiger und – neben Beratung und Behandlung (Therapie und Rehabilitation) – gleichberechtigter Typ der öffentlich finanzierten Gesundheitsförderung abgesichert werden“* (DHS 2014) muss. Zu einer Stärkung der Suchtprävention gehört neben einer Aufstockung finanzieller bzw. personeller Ressourcen auch die Weiterentwicklung des gesamten Systems. Hallmann (2013) fordert in diesem Zusammenhang eine Entwicklung auf struktureller und inhaltlicher Ebene. Gleichzeitig gilt es im Hinterkopf zu behalten, dass Prävention nur eine von vier Säulen der Sucht- und Drogenpolitik ist. Damit diese gelingen kann, ist die reibungslose Verzahnung der einzelnen Bereiche bzw. Säulen zwingend notwendig. Gerade in Anbetracht der Tatsache, dass Prävention als Querschnittsaufgabe

unterschiedlichste Institutionen, Akteure und Zielgruppen vernetzen muss und die Zielgruppen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Methoden anspricht, braucht es eine bessere Zusammenarbeit über Ressortgrenzen hinweg.

Weiterhin zeigt sich sowohl aus der Analyse der Daten als auch in den Rückmeldungen der Expertinnen und Experten, dass suchtpreventive Maßnahmen noch nicht in der Breite in Berlin ankommen, wie es notwendig wäre. Hier muss mehr in den einzelnen Bezirken stattfinden. Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine stärkere Regionalisierung der Suchtprevention vor (vgl. Kapitel 8).

Besonders im Fokus steht der Bereich Schule. Den Rückmeldungen zufolge wird Suchtprevention in Berliner Schulen wenig systematisch umgesetzt. Hier gilt es in einem ersten Schritt gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie Strategien zu entwickeln (vgl. Kapitel 8). Zentral für das Gelingen wird sein, inwieweit es gelingt, verpflichtende Abläufe in den Schulen zu etablieren, bei denen die externen Angebote der Suchtprevention eingebunden werden können. So sollten Multiplikatorinnen- bzw. Multiplikatorenschulungen für Schule in definierten Abständen stattfinden. Im Gegenzug entwickelt der Bereich Schule Strukturen, die die über Schulungen vermittelten suchtpreventiven Inhalte nachhaltig verankern und „vergesellschaften“. Dies ist im Hinblick auf die knappen Ressourcen im Bereich Gesundheit unbedingt erforderlich.

Ebenfalls braucht es einen Ausbau an Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung. Hier ist es erforderlich, suchtpreventive Maßnahmen speziell für diese Zielgruppe zu entwickeln und anzubieten. Sprachliche Barrieren müssen dabei genau so berücksichtigt werden wie Aspekte der Kultursensibilität.

Ein weiteres Hindernis, das die Umsetzung von Maßnahmen erschweren kann, ist die Ansprache der Zielgruppen. Generell wird hier gefordert, die Lebenswelt der unterschiedlichen Zielgruppen stärker zu berücksichtigen. Zum anderen betrifft auch die Prävention ein Thema, das unter dem Titel „Stigmatisierung“ eingeordnet werden kann. Berger (2022) spricht davon, dass *„Suchtprevention und Stigma konstitutiv miteinander verknüpft“* seien und kommt in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass *„eine ethisch reflektierte Praxis [...] zur Entstigmatisierung von Sucht und Suchtkranken“* beitrage. In Hinblick auf eine mögliche Eingliederung von Suchtpreventionsfachkräften in die bezirklichen Sucht- und Drogenberatungsstellen (vgl. Kapitel 8) muss über Zugangshürden im Zusammenhang mit einer Stigmatisierung aufgrund einer „Suchtdiagnose“ diskutiert werden. Denkbar wäre, in Folge der Umstrukturierung stärker dem Markenkern der Prävention und Beratung in der Bezeichnung der „Präventions- und Beratungsstellen“ Rechnung zu tragen.

Nicht zuletzt braucht es für eine gelingende Steuerung eine valide Datengrundlage. Für eine systematische Bedarfs- und Maßnahmenplanung müssen bezirkliche Daten stärker Berücksichtigung finden. In einem ersten Schritt sollte festgelegt werden, welche Bereiche der Suchtprevention welche Maßnahmen dokumentieren sollen. Zu prüfen ist dabei, inwieweit Dot.sys dafür das geeignete Werkzeug ist. Wichtig für die Steuerungsentscheidung ist, dass diese Daten zeitnah der Senatsverwaltung vorliegen (vgl. Kapitel 8).

5.2 Niedrigschwellige Angebote

Mit niedrigschwelligen Hilfen wird das Ziel verbunden, Eintrittshürden in das Hilfesystem zu beseitigen. Basierend auf einem konsumakzeptierenden Ansatz werden ohne Voraussetzungen Leistungen der Sofort- und Überlebenshilfe in den Einrichtungen, aber auch bei den Betroffenen vor Ort angeboten. Bei gelingendem Kontaktaufbau kann dann für die Inanspruchnahme weiterer Hilfen motiviert und gegebenenfalls weitervermittelt werden.

Niedrigschwellige Hilfen sind teilweise in andere Hilfedienste integriert. Für den vorliegenden Bericht wurden im Bereich der niedrigschwelligen Angebote vor allem Kontaktläden und Drogenkonsumräume untersucht. Thematisch naheliegend, aber nicht im klassischen Sinne ein niedrigschwelliges Angebot, soll ergänzend die Substitution mitbesprochen werden.

Auch hier werden im Rahmen eines konsumakzeptierenden Ansatzes Maßnahmen der Sofort- und Überlebenshilfe angeboten mit dem Ziel, die Betroffenen gesundheitlich und sozial zu stabilisieren. Idealerweise wird im Rahmen dieser Maßnahmen auch die Motivation zur Abstinenzentscheidung aufgebaut. Begleitend zur Substitution steht den Betroffenen die Möglichkeit offen, psychosoziale Betreuungsmaßnahmen (PSB) in Anspruch zu nehmen.

5.2.1 Kontaktläden

Als Kontaktläden werden Einrichtungen bezeichnet, die eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit verfolgen und insbesondere in den unterschiedlichen Lebenswelten der Zielgruppen agieren. Somit sind Kontaktläden häufig die ersten Anlaufstellen für die betroffenen Personen. In Berlin gibt es eine Vielzahl an niedrigschwelligen Angeboten, wobei sich nur ein Teil davon spezifisch an Menschen mit einer Suchtproblematik richtet. Im Rahmen dieser Untersuchung war es jedoch schwierig, eine einheitliche Definition zur Beschreibung von Kontaktangeboten zu finden. Auch wurde nicht deutlich, mit welcher Systematik Kontaktläden in Berlin geplant, koordiniert bzw. finanziert werden.

Als zentrale Eintrittsstelle in das Suchthilfesystem ist für eine gelingende Weitervermittlung der Betroffenen die Vernetzung mit weiterführenden Hilfen elementar. Und so überrascht es nicht, dass in den Interviews insbesondere die gute Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Bezirk hervorgehoben wurde. Ein wichtiger Schritt sei auch die Einrichtung der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen bzw. all diejenigen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz gewesen.

Struktur/Angebote

Im Rahmen der Untersuchung wurden zunächst einmal 11 Kontaktläden dokumentiert, die sich aus eigenen bzw. Drittmitteln finanzieren bzw. über die Bezirke koordiniert und finanziert werden. Weiterhin gibt es mit dem Frauentreff Olga und dem Kontaktladen Bülowstraße zwei Projekte, die im Bereich der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege koordiniert und finanziert werden und sich primär an drogenkonsumierende Menschen richten. Ergänzend hierzu fördert die Senatsverwaltung

noch Kontaktstellen mit integriertem Konsumraumangebot (Drogenkonsumräume). Allen gemeinsam ist ein barrierearmer, anonymer und kostenloser Zugang.

Zielgruppenerreichung

Die Zielgruppen der niedrigschwelligen Kontaktangebote sind Menschen, für die Beratungsstellen oder andere Einrichtungen des Hilfesystems zu hochschwierig sind. Eine übergeordnete Definition, wie diese Gruppe beschrieben werden kann, liegt nicht vor. Vielmehr sind mit den unterschiedlichen Finanzierungsquellen mehr oder weniger bestimmte Zielgruppen impliziert. So legen die bezirklich koordinierten Kontaktläden ihren Fokus auf Menschen mit einer Problematik im legalen Substanzbereich, primär mit langjähriger Alkoholproblematik. Überregional finanzierte Projekte sprechen zum Teil spezifische Personengruppen an. So richtet sich das Projekt Frauentreff Olga vorrangig an drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen und hält kein Konsumangebot vor. Der Kontaktladen Bülowstraße ist ebenfalls ein niedrigschwelliges Kontaktangebot ohne Konsummöglichkeit mit dem Schwerpunkt opiatabhängige Menschen. Die in die Drogenkonsumräume integrierten Kontaktstellen werden vor allem von Menschen mit einer Opiatabhängigkeit genutzt. Die Rückmeldungen aus den Interviews zeigen, dass sich insbesondere die bezirklich finanzierten Einrichtungen für Alkoholkonsumierende eine weitere Öffnung auch für Menschen mit einem problematischen Konsum illegaler Substanzen wünschen, zumal auf der praktischen Ebene die Trennung in illegale und legale Substanzen zunehmend an Gewicht verliere.

Auch fehlt es an einem klaren Bild, wie viele Personen eigentlich genau mit niedrigschwelligen Angeboten erreicht werden bzw. wie die Gruppen, die erreicht werden, beschrieben werden können. Es gibt weder einen einheitlichen Dokumentationsstandard noch eine zentrale Stelle, die einen Überblick über die verschiedenen bezirklichen und überregionalen Einrichtungen hat. Aus den Sachberichten der von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege finanzierten Projekte konnten für den Berichtszeitraum nur Aussagen für den Frauentreff Olga getroffen werden. Der Kontaktladen Bülowstraße wurde erst im Sommer 2022 eröffnet, so dass noch keine validen Daten zur Verfügung standen. Aus den Sachberichten der Kontaktstellen im Zusammenhang mit Drogenkonsumräumen lassen sich die vorliegenden Daten nicht nach Nutzerinnen bzw. Nutzern, die ausschließlich die Kontaktstelle nutzten, und jenen des Konsumraums differenzieren. Die Sachberichte der bezirklich koordinierten Kontaktläden sowie die der drittmittelfinanzierten Angebote liegen der Senatsverwaltung nicht vor und konnten somit nicht genutzt werden.

Herausforderungen und Probleme

Vermittlung in weiterführende Hilfen oft zu hochschwierig

Eine zentrale Problematik ist die Vermittlung in weiterführende Angebote, die oft als zu hochschwierig von den Betroffenen wahrgenommen werde. Eine zentrale Hürde ist aus der Sicht der Befragten, dass es insbesondere Angeboten der öffentlichen Hand nicht gelinge, sich an die Lebensrealitäten der Betroffenen anzupassen. Aus der Sicht der Kontaktläden beharren Institutionen wie die soziale Wohnhilfe und der Sozialpsychiatrische Dienst darauf,

dass sich die Zielgruppe an ihre Strukturen anpasse. Hier wünschen sich die Befragten einen Perspektivwechsel dahingehend, dass systematisch überprüft werde, inwieweit mit dem bestehenden Angebot die Zielgruppe erreicht werde, um gegebenenfalls die Angebote anpassen zu können. Ergänzend dazu müssten sich Angebote noch stärker an den Bedarfen der Zielgruppen orientieren. Die Weitervermittlung werde darüber hinaus dadurch erschwert, dass beispielsweise die Antragstellung für Leistungen im Entgeltbereich nicht nur kompliziert, sondern auch aufwändig sei und es keine gesonderte Finanzierung für die Begleitung bei der Antragstellung gibt.

Keine einheitliche Systematik bei der Finanzierung

Die Finanzierung der Projekte wird als „Finanzierungs-Flickenteppich“ mit hohem Verwaltungsaufwand wahrgenommen. Eine einheitliche Systematik bei der Finanzierung der Kontaktläden gibt es nicht. Ein Teil wird aus Mitteln des Landes finanziert, andere mit Mitteln der Bezirke. Was die Höhe der Mittel anbelangt, so wird zwar positiv wahrgenommen, dass es hier in den letzten Jahren einen Aufwuchs gab, ausreichend zur Umsetzung der Grundversorgung sei dieser jedoch nicht. In diesem Zusammenhang besteht zudem der Eindruck, dass die Einrichtungen hier genötigt werden, fehlende finanzielle Ressourcen durch verstärktes Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auszugleichen, was auch ein Gefühl fehlender Wertschätzung hervorruft.

Ein anderes Problem ergibt sich, wenn Leistungen, wie beispielweise im medizinischen Bereich, durch externe Anbieter erbracht werden müssen. Hier reichen die vorgesehenen Honorarsätze nicht aus, um die Leistungen adäquat vergüten zu können.

Weiterentwicklungsbedarf

Zentrales Anliegen der niedrigschwelligen Angebote sei es, Menschen in das Hilfesystem integrieren zu können. Hier wird angestrebt, die Weitervermittlungs-Quote weiter zu erhöhen, indem vor allem bürokratische Hürden abgebaut werden. Analog zum „Housing first“-Ansatz sollte darüber nachgedacht werden, wie eine schnelle und unbürokratische Vermittlung, beispielsweise in Psychotherapie, gelingen kann.

Ein anderes großes Thema steht im Zusammenhang mit der Sozialraumverträglichkeit. Hier gelte es, die Zielgruppen in der Stadtplanung stärker zu berücksichtigen. Neben großen Anlaufstellen, wo essentielle Versorgungsansprüche wie Schlafen, Essen, medizinische Versorgung befriedigt werden, brauche es auch kleinere Nischen im öffentlichen Raum, wo sich die Betroffenen ohne Anfeindungen aufhalten können.

5.2.2 Drogenkonsumräume

Mit dem Betrieb von Konsumräumen werden Ziele auf drei Ebenen avisiert. Zu den gesundheitlichen Zielen gehört die Vermeidung von Infektionen und schweren Folgeerkrankungen. Lang- bzw. mittelfristig werden pädagogische bzw. therapeutische Ziele in den Blick genommen. Dabei steht die Erhöhung der Motivation zur Veränderung der aktuellen Lebenssituation im Vordergrund. Auf einer ordnungspolitischen Ebene wird primär das Ziel verfolgt, die Belastung der Öffentlichkeit durch den Betrieb der Konsumräume zu reduzieren.

In den Interviews wurde einerseits gelobt, dass sich die Konsumräume durch eine hohe Diversität bezüglich der Sprachkompetenzen auszeichnen. Gleichzeitig wäre aber sicherzustellen, dass bestehende sprachliche Barrieren weiter abgebaut werden. Zum anderen wird es als Fortschritt angesehen, dass die Regelungen dahingehend aufgeweicht wurden, dass auch Substituierende die Konsumräume nutzen können.

Struktur/Angebote

In Berlin werden Drogenkonsumräume von drei Trägern, Fixpunkt (e. V. und gGmbH) und Vista gGmbH, betrieben. Entsprechend des dezentralen Charakters der Berliner Drogenszene verteilen sich die Drogenkonsumräume auf fünf feste Standorte und drei Drogenkonsummobile, deren Standorte sich flexibel den ändernden Szenestandorten anpassen können. Die Finanzierung erfolgt über Zuwendungen des Landes Berlin.

Zielgruppenerreichung

Von den 2.480 Personen, die 2021 einen Drogenkonsumraum genutzt haben, war die absolute Mehrheit (87,5 %) männlich. Etwa die Hälfte der Besucherinnen bzw. Besucher ist 38 Jahre oder älter. Der Anteil an Personen mit einer anderen Staatsangehörigkeit als der deutschen hat in den letzten Jahren abgenommen und lag 2021 bei 36,4 %. Mit weitem Abstand wird am häufigsten Heroin konsumiert. Allerdings sank der Anteil der Heroinkonsumierenden von 65,6 % (2019) auf 47,7 % im Jahr 2021. Zugenommen hat im gleichen Zeitraum vor allem der Konsum von Kokain und Crack. Hinsichtlich der Konsumart gab es Veränderungen. Im Jahr 2019 wurden die Substanzen vor allem inhalativ konsumiert. Diese Applikationsform nahm im Beobachtungszeitraum kontinuierlich ab, während der Anteil der intravenösen Applikation zunahm.

Aus der Sicht der Interviewpartnerinnen und –partner sei besonders der Zugang für Menschen mit ungeklärtem sozialrechtlichen Anspruch erschwert. Das gilt insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund. Hier sei die Installation der Clearingstelle zwar ein guter und wichtiger Schritt gewesen, allerdings wird sie aus Sicht der Befragten als völlig überlastet wahrgenommen. Eine weitere Gruppe, die in den Konsumräumen unterrepräsentiert scheint, sind (Trans-) Frauen. Ein genderspezifisches Angebot scheiterte aber auch an der schwierigen Immobilienlage in Berlin, die es nicht erlaube, einen geschützten Raum für diese Zielgruppe vorzuhalten.

Herausforderungen und Probleme

Probleme an den Schnittstellen

Befragt nach Hürden, die die Arbeit der Drogenkonsumräume erschweren, werden unterschiedliche Problemfelder benannt. Am häufigsten werden Hürden benannt, die an den unterschiedlichen Schnittstellen zu verorten sind. So stellt oft die Weitervermittlung in weiterführende Hilfen ein Problem dar. Insbesondere dann, wenn der sozialrechtliche Anspruch nicht geklärt bzw. nicht vorhanden ist. Erschwerend für die Betroffenen käme hinzu, dass Angebote in den angrenzenden Bereichen teilweise die Lebensrealitäten der Betroffenen nicht ausreichend berücksichtigen und somit den Übergang erschweren. Wie eine zielgruppenadäquate Lösung aussehen kann, zeige ein Best-Practice-Modell, bei der die

Beratungsstellen eine Art „sozialarbeiterische Sprechstunde“ in den Drogenkonsumräumen anbieten und den Übergang begleiten. Eine weitere Schnittstelle, die als schwierig wahrgenommen wird, ist die zum Bereich der Justiz bzw. zu den Haftanstalten. Hier wird bemängelt, dass die Betroffenen oft nicht ausreichend auf die Situation nach der Entlassung vorbereitet werden, insbesondere was den Krankenversicherungsstatus oder die Beantragung von Sozialleistungen anbelange.

Neben anderem sei es ein zentrales Ziel, den Anteil an Personen zu erhöhen, die in die Substitution vermittelt werden. Aus der Sicht der Befragten wäre ein Anteil von 80 % wünschenswert. Hierfür müsste der Zugang zu Substitution vereinfacht werden. Im Bereich der Substitution ist es zusätzlich ein großes Problem, dass es immer weniger Arztpraxen gibt, die Substitution anbieten. Hier wurde angeregt, auch neue Versorgungsmodelle zu diskutieren.

Weiterentwicklungsbedarf

Neben einem vereinfachten Zugang zu den unterschiedlichen Angeboten im Hilfesystem wurden auch Maßnahmen benannt, die die gesundheitliche Situation der Betroffenen verbessern können. Zentral sind hier die Safer-Use-Beratung bzw. Informationen im Drogennotfall. Im Zusammenhang mit Drogennotfällen werden insbesondere die Vorteile bzw. Chancen des sogenannten Naloxon Trainings beschrieben. Weiterhin wurde angeregt, auch noch einmal das Verbot von Drug-Checking in den Konsumräumen zu überdenken. Darüber hinaus könnte ein vereinfachter Zugang zu Schlaf- bzw. Wohnmöglichkeiten die Situation der Betroffenen verbessern.

5.2.3 Substitution

Das Spektrum niedrigschwelliger Zugänge zum Hilfesystem wird durch das Angebot zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Menschen ergänzt. Auf der Grundlage eines akzeptierenden Ansatzes ist es ein Ziel, mit Hilfe der Substitutionsbehandlung eine dauerhafte therapeutische Einbindung der Zielgruppe ins Hilfesystem zu erreichen.

Substitutionsgestützte Behandlungen richten sich an opioidabhängige Menschen. Dabei wird ein Substitutionsmittel (beispielsweise Levamethadon oder Methadon) im Rahmen einer medizinisch-therapeutischen Betreuung verschrieben. Seit 2009 ist auch pharmazeutisch erzeugtes Heroin (Diamorphin) zur Substitutionsbehandlung zugelassen.

Begleitend steht den Betroffenen die Möglichkeit offen, psychosoziale Betreuungsmaßnahmen (PSB) in Anspruch zu nehmen. Bis zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) 2017 waren diese Maßnahmen verpflichtend. Mit der Änderung obliegt die Entscheidung über die Erforderlichkeit nun der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt. Diese Änderung wurde in den Interviews überraschend als gut beschrieben. Entgegen erster Befürchtungen erleben die Befragten die Änderung eher als einen Schritt in eine bessere, weil einfachere Versorgung der Klienten und Klientinnen.

Studien belegen, dass insbesondere mit einer kombinierten Behandlung, die sowohl die ärztliche und pharmakologische Therapie als auch die psychosoziale Betreuung (DHS, 2010)

umfasst, besonders wirksam ist. Auch in den Interviews betonen die Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Projekte den Wert der Substitution und der begleitenden PSB für die Betroffenen.

Zusätzlich wird hervorgehoben, dass das Berliner Angebot leicht zugänglich und sehr ausdifferenziert sei. Zu letzterem gehöre auch die Möglichkeit, unterschiedliche Medikamente zur Substitution nutzen zu können. Übergeordnet werden die hohen Qualitätsstandards der Arbeit und die gute Zusammenarbeit der Träger untereinander gelobt.

Struktur/Angebote

In Deutschland ist Substitution bzw. das Verschreiben von Substitutionsmitteln im Rahmen des § 5 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt. In Berlin hatten 2021 laut Substitutionsregister 141 Ärztinnen bzw. Ärzte die Genehmigung zur Durchführung einer Substitution. Ergänzend dazu gibt es in Berlin zwei Praxen, die eine Behandlung mit Diamorphin („Originalstoffvergabe“) anbieten. Begleitend steht den Betroffenen die Möglichkeit offen, psychosoziale Betreuungsmaßnahmen (PSB) in Anspruch zu nehmen (bei Diamorphinsubstitution ist die Inanspruchnahme von PSB nach wie vor verpflichtend). In Berlin bieten 19 Einrichtungen diese Maßnahmen für Substituierte an.

Finanzierung

Die Substitutionsbehandlung wird als ärztliche Leistung nach SGB V über die Krankenkasse abgerechnet. Bedürftige Personen ohne Krankenversicherung mit Lebensmittelpunkt in Berlin können nach einem Beratungsgespräch in der Clearingstelle für Nichtkrankenversicherte eine Kostenübernahme für eine Substitutionsbehandlung erhalten, sofern dies medizinisch indiziert ist. Die PSB wird im Rahmen der Eingliederungshilfe (§ 78 i. V. m. mit § 123 SGB IX) über die bezirklichen Teilhabefachdienste finanziert.

Das bestehende Finanzierungsmodell wird von den Interviewteilnehmenden ebenfalls als etwas Besonderes wahrgenommen. Mit einem Gefühl der Unsicherheit werden jedoch die Neuerungen gesehen, die im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes anstehen. Es wird befürchtet, dass der hohe Betreuungsaufwand, der im Zusammenhang mit der spezifischen Klientel zu erbringen ist, dann nicht mehr refinanzierbar sei, insbesondere dann, wenn es darum geht, Leistungen für den Klienten bzw. die Klientin ohne seine bzw. ihre Anwesenheit zu erbringen.

Zielgruppenerreichung

Insgesamt wurden im Jahr 2021 5.780 Personen in Berlin substituiert. Rund ein Drittel (1.692 Personen) davon nahm begleitend eine psychosoziale Betreuung in Anspruch, wobei die Mehrheit männlich war und die meisten Klientinnen und Klienten zur Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen gehörten. Die Vermittlung in die PSB erfolgt dabei erwartungsgemäß am häufigsten durch die kooperierenden Substitutionspraxen, mit abnehmender Tendenz auch durch Drogenberatungsstellen.

Die Maßnahmen haben keine zeitliche Begrenzung, dennoch beenden etwa 300 bis 400 Personen die PSB pro Jahr. Etwa ein Drittel davon bricht ab. Knapp 30 % werden in eine

andere Einrichtung weitervermittelt. Wenn weitervermittelt wird, erfolgt dies entweder in eine Sucht- und Drogenberatungsstelle, in eine andere Form der Suchtbehandlung oder in einen anderen Bereich der Eingliederungshilfe.

Perspektivisch sehen die Befragten übergeordnet das Ziel, die Quote der Menschen, die Angebote der Substitution in Anspruch nehmen (können), weiter zu erhöhen. Um dies erreichen zu können, seien unterschiedliche Maßnahmen denkbar. Eine Möglichkeit bestünde darin, noch stärker Angebote für spezifische Zielgruppen zu entwickeln. Zentral sei in diesem Zusammenhang die Gruppe der Menschen, die aus sozialrechtlichen Gründen bisher schwer zu versorgen sind. Eine zusätzliche Möglichkeit, die Quote zu erhöhen, könnte auch im weiteren Abbau von Zugangshürden liegen. Aus der Sicht der Befragten ist die Substitutionsvergabe in Praxen für einen Teil der Zielgruppe schwer einzuhalten. Eine Idee in diesem Zusammenhang wäre deshalb, die Vergabe auch in Konsumräumen zu ermöglichen.

Neben dem Ziel, den Zugang zu Angeboten der Substitution zu vereinfachen, gelte es auch, andere Zielgruppen nicht aus dem Auge zu verlieren. So gäbe es einen weiteren Bedarf an Diamorphinpraxen. Zusätzlich wurde angeregt, das System der Originalstoffvergabe auch auf andere Substanzen auszuweiten. Eine andere stetig anwachsende Gruppe seien substituierte Seniorinnen und Senioren.

Herausforderungen und Probleme

Ärztinnen und Ärzte sind das Nadelöhr der Substitution

Ein zentrales Problem im Zusammenhang mit Angeboten für substituierte Menschen ist der zunehmende Mangel an Ärztinnen bzw. Ärzten, die eine Substitutionsbehandlung anbieten. Während die Patientenzahlen steigen, nimmt die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzten seit Jahren ab.

Für den Ärztemangel sehen die Befragten maßgeblich zwei Gründe. Zum einen sei die Versorgung von Substituierten und die damit verbundene Mehrbelastung nicht attraktiv. Zum anderen haben Angebote der Substitution das Stigma der „dirty medicine“. Das bedeutet, dass diese Art der Versorgung häufig mit Vorurteilen und Bedenken verbunden sei, die teilweise auch auf ein Informationsdefizit zurückzuführen sei.

Aber gerade weil die Ärztinnen und Ärzte das Nadelöhr der Versorgung von Substituierten bleiben, wurden unterschiedliche Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsstruktur gemacht. Diskutiert wurde die Möglichkeit, die Versorgung breiter aufzustellen. Zusätzliche Angebote könnten in den Institutsambulanzen der Krankenhäuser oder in den unterschiedlichen Versorgungszentren entstehen. Auch eine Versorgung in der Trägerschaft der Suchthilfe wie auch ein Ausbau des Konsiliarmodells sei denkbar. Unabhängig von den jeweiligen Hürden, die mit den unterschiedlichen Modellen verbunden sind, bleibt das zentrale Problem, Ärztinnen und Ärzte für diese Form der Behandlung zu gewinnen. Hier gelte es, mögliche Berührungspunkte frühzeitig, am besten schon im Studium, abzubauen. Erschwerend komme hinzu, dass es neben Ärztinnen und Ärzten in den Einrichtungen der PSB auch an Fachkräften fehle.

Probleme an den Schnittstellen

Weitere Hürden wurden an den Schnittstellen zu angrenzenden Bereichen identifiziert. Ein Problem an der Schnittstelle zu den Arztpraxen ist, wie beschrieben, dass mit abnehmender Anzahl an Ärztinnen und Ärzten auch die Vermittlungen in die PSB zurückgingen. Gleichzeitig kommt es auch bei der Vermittlung in die Gegenrichtung zu Schwierigkeiten. Substituierte mit gesundheitlichen Problemen wie beispielsweise Zahnschmerzen gelinge es nur schwer, Ärztinnen oder Ärzte zu finden, die sie behandeln.

Eine Schnittstelle, die an vielen Stellen problematisch ist, ist die zur Justiz bzw. zu den Haftanstalten. Der Übergang in dieses System hinein und wieder hinaus stelle die Betroffenen vor unterschiedliche Hürden. So sei es aus der Sicht der Befragten hilfreich, bestehende Bindungen zum Hilfesystem, sei es zu Substitutionspraxen oder zu Einrichtungen der PSB, auch beim Wechsel in die Haft aufrechterhalten zu können. Wünschenswert sei es deshalb, dass externe Angebote stärker in die Haftanstalten integriert werden können. Probleme gibt es auch beim Übergang zurück in die Regelversorgung. So unterscheide sich beispielsweise die Art der Substitution in der Haft von der in den Praxen. Hier gelte es, das Übergangsmanagement insgesamt besser zu gestalten. Wie dies gelingen kann, wird nach Meinung der Befragten anhand der Arbeit der JVA für Frauen in Lichtenberg gezeigt, wo besonders die gute Zusammenarbeit mit externen Angeboten hervorgehoben wurde.

Eine andere Schnittstelle, die wichtig ist, aber Probleme aufweise, ist die zu den Jugendämtern. Hier wird eine Überlastung auf Seiten der Jugendämter wahrgenommen, die dazu führe, dass die Einrichtungen insbesondere mit Klientinnen, die entweder Kinder haben oder auch schwanger werden alleingelassen würden.

5.2.4 Perspektiven

Zentrale Herausforderung der niedrigschwelligen Projekte ist es, Menschen einen Zugang zu Hilfen zu ermöglichen, die von selbst nur schwer den Weg ins Hilfesystem finden. Für den Zugang zur Zielgruppe sind deshalb Angebote notwendig, die die spezifischen Einschränkungen der Zielgruppe berücksichtigen, wie traumatische Erfahrungen, psychische Beeinträchtigungen oder einfach nur fehlende technische Geräte zur (elektronischen) Terminvereinbarung oder zur Teilnahme an einer Online-Beratung.

Die Kontaktaufnahme ist dabei immer nur der erste Schritt. Idealerweise gelingt in der Folge die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Auch hier gilt es die spezifischen Einschränkungen der Zielgruppen zu berücksichtigen. So sollte ein enger Austausch an den Schnittstellen stattfinden, um systematisch überprüfen zu können, ob es an den Übergängen gelingt, mögliche Hürden zu minimieren. Gerade im Zusammenhang mit den Haftanstalten ist ein verbessertes Übergangsmanagement dringend notwendig. Hier gilt es in enger Zusammenarbeit Abläufe sowie Ansprechpartnerinnen und -partner schriftlich festzuhalten. Als besonders niedrigschwellig hat sich der Ansatz des „Housing first“ erwiesen. Der Grundsatz: Erst Versorgung, dann Klärung der Finanzierung bzw. des Anspruches sollte in Berlin weitere Verbreitung finden (vgl. Kapitel 8). Insgesamt braucht es eine Systematik, wie niedrigschwelliger Zugang zum Hilfesystem aussehen soll. Es muss festgelegt werden, welche

Zielgruppen mit welchen Angeboten angesprochen werden sollen. Hier müssen sich Land und Bezirke absprechen.

5.3 Beratungsstellen

Zentrale Anlaufstellen für suchtkranke Menschen in den Bezirken sind die Suchtberatungsstellen. Zu ihren Aufgaben gehören der Erstkontakt und die Beratung sowie die Vermittlung in weiterführende Angebote. Insgesamt wird dem Berliner Suchthilfesystem durch die Befragten eine gute Entwicklung in den letzten Jahren attestiert. Dementsprechend ist die übergeordnete Wahrnehmung der Suchthilfe überwiegend positiv. Besonders hervorgehoben wird die hohe Qualität der Angebote. Beschrieben wird dabei ein gut auffindbares System mit verschiedenen Angebotstypen auf einem hohen Qualitätsstandard, welches Angebote der Grundversorgung genauso wie Angebote für spezifische Zielgruppen vorhält. Neben der Qualität der Angebote wird auch die Kooperation unter den verschiedenen Anbietern bzw. Trägern, aber auch mit den Suchthilfekordinatorinnen und -koordinatoren und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege gelobt.

5.3.1 Struktur/Angebote

Die Struktur der Suchtberatungsstellen hat in Berlin in den letzten Jahren verschiedene Entwicklungen vollzogen. Übergeordnet lassen sich heute Beratungsstellen im Bereich der legalen Drogen, also Alkohol, Medikamente und Nikotin, von denen im illegalen Bereich unterscheiden. Diese Unterscheidung ist historisch gewachsen, setzt sich aber bis heute auch in der Organisations- bzw. Verwaltungsstruktur fort. So sind Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen bezirklich und Sucht- und Drogenberatungsstellen überregional koordiniert bzw. finanziert. In Berlin sind diese Angebote auf die 12 Bezirke verteilt und in sechs sogenannten Versorgungsregionen organisiert. Im Laufe der Zeit hat sich an einigen Standorten darüber hinaus ein Angebot entwickelt, das sowohl Beratung für legale wie illegale Substanzen, aber auch Verhaltenssuchte anbietet. Aktuell gibt es in Berlin sechs dieser sogenannten „integrierten“ Beratungsstellen. Insgesamt gibt es in Berlin 27 Suchtberatungsstellen, wovon acht Sucht- und Drogenberatungsstellen sind und 13 Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen. Darüber hinaus gibt es sechs Beratungsstellen, die als sogenannte integrative Beratungsstelle sowohl Konsumierende legaler, wie auch illegaler Substanzen betreuen. Die Einrichtungen werden von insgesamt 10 Trägern betrieben bzw. organisiert.

Die Landessuchtbeauftragte ist zuständig für die fachliche Steuerung der Suchtprävention und Suchthilfe im Land Berlin. Die Finanzierung der Drogen- und Suchtberatungsstellen ist im Integrierten Gesundheits- und Pflege-Programm verankert (IGPP). Dies bedeutet, dass die Verantwortung hier beim Kooperationsgremium des IGPPs liegt. Alle Entscheidungen im Hinblick auf die Finanzierung der Suchtberatungsstellen müssen durch das Kooperationsgremium getroffen werden. Die Landessuchtbeauftragte ist an den Entscheidungen des Kooperationsgremiums beteiligt, da sie eine Vertreterin dieses Gremiums ist.

Die Koordination und Finanzierung der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen erfolgen auf Bezirksebene durch die Vertreterinnen und Vertreter der bezirklichen Suchthilfekoordination. Finanziert werden diese Beratungsstellen aus Mitteln des Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP). Die Integrierten Beratungsstellen werden von der

Bezirksebene und der Landesebene finanziert und gesteuert. Dadurch ergibt sich die Besonderheit, dass sechs integriert arbeitende Beratungsstellen gleichzeitig hinsichtlich der Drogenberatung von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und hinsichtlich der Alkohol- und Medikamentenberatung von den Bezirken auf unterschiedlichen Grundlagen (PEP, IGPP) finanziert werden.

5.3.2 Zielgruppenerreichung

Zur Bewertung der Zielgruppenerreichung wurden die jährlichen Sachberichte der Beratungsstellen ausgewertet. Für die vom Senat finanzierten Sucht- und Drogenberatungsstellen liegen für alle Beratungsstellen die Sachberichte mit einer einheitlichen Systematik vor. Probleme gab es bei der Auswertung der Sachberichte der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen. Diese sind den jeweiligen Bezirken rechenschaftspflichtig, die jeweils unterschiedliche Anforderungen an die Sachberichte stellen. Eine vergleichende Auswertung wurde dadurch eingeschränkt. Dies führte dazu, dass für die Darstellung der Inanspruchnahme der Angebote nur auf Sachberichte der Beratungsstellen zurückgegriffen werden konnte, die vergleichbare Daten lieferten. Diese Daten konnten aufgrund fehlender Ressourcen der Beratungsstellen auch nicht nachträglich erstellt werden. Diese wiesen ihrerseits jedoch darauf hin, dass die Daten bereits dem IFT vorlägen. Durch die Unterstützung des IFT konnte in der Folge der bestehende Datensatz weiter ergänzt werden, leider nicht vollumfänglich.

Inanspruchnahme

Alle Beratungsstellen zusammen haben für das Jahr 2021 insgesamt 20.273 Einzel- (9.188 Personen) bzw. Mehrfachkontakte (11.085 Personen) dokumentiert, wobei die meisten Klientinnen (7.737 Personen) ihren Weg in eine der acht Sucht- und Drogenberatungsstellen gefunden hatten. Angebote der zehn untersuchten bezirklichen Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen wurden 2021 von 7.397 Personen in Anspruch genommen. Weitere 5.139 Personen wurden in einer der sechs integrierten Beratungsstellen dokumentiert.

Etwa zwei Drittel der Menschen, die Hilfe in einer Beratungsstelle suchen, sind männlich (65,6 %). In Sucht- und Drogenberatungsstellen und den integrierten Beratungsstellen liegt der Anteil bei den Mehrfachkontakten bei 72 % bis 75 %. In den Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen liegt der Frauenanteil mit knapp 40 % der Mehrfachkontakte deutlich höher als in den anderen Beratungsstellentypen.

Der Vergleich der Altersstrukturen der unterschiedlichen Einrichtungstypen deutet daraufhin, dass die Sucht- und Drogenberatungsstellen die jüngste Klientel haben. Nicht ganz ein Viertel (22,9 %) aller Klientinnen und Klienten sind Jugendliche oder junge Erwachsene im Alter bis 25 Jahre. In den integrierten Beratungsstellen hat diese Gruppe einen Anteil von 16,2 % und in den Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen liegt er sogar nur bei 4 %. Bei Letzteren ist die größte Altersgruppe die der 50- bis 59-Jährigen. In den anderen beiden Beratungsstellenarten ist die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen am häufigsten vertreten.

Über alle Beratungsstellentypen hinweg sind Klientinnen bzw. Klienten, die illegale Substanzen konsumieren, am häufigsten vertreten. Sie machen etwa 60 % aller dokumentierten Personen aus. Nicht ganz 40 % sind Konsumentinnen und Konsumenten legaler Substanzen wie Alkohol (39,0 %) oder Tabak (0,7 %). Menschen mit einer Verhaltenssucht werden fast gar nicht registriert (0,5 %). Hier gibt es allerdings zwei gesamtstädtische Spezialangebote, zu denen im Bedarfsfall weitervermittelt werden kann (Café Beispiellos/Lost in Space, Deck 24).

Ausdifferenzierung der bestehenden Angebote

Ergänzend zu den verfügbaren Zahlen der Beratungsstellen wurden auch die Vertreterinnen und Vertreter der Beratungsstellen um eine Einschätzung bezüglich der Zielgruppenerreichung gebeten. Unabhängig von spezifischen Zielgruppen machen die Befragten darauf aufmerksam, dass Konsumierende legaler Drogen, gemessen an der Verbreitung in der Bevölkerung, in den Beratungsstellen unterrepräsentiert seien. Dies gilt sowohl für nikotin- als auch für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Betroffenen in diesen Bereichen eher ein gesundheitliches Problem bei sich wahrnehmen als ein Suchtproblem. Hier müssten die Betroffenen stärker im medizinischen Kontext angesprochen werden.

Was spezifische Zielgruppen anbelange, so wird festgestellt, dass bestimmte Zielgruppen bisher in den Beratungsstellen unterrepräsentiert seien. Es wird spekuliert, dass eine bessere Kenntnis der jeweiligen Lebenswelten den Zugang zu Menschen im sogenannten Party-Setting, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen aus der LSBTIQ-Community oder auch aus der immer größer werden Start-Up-Szene verbessern könnte. Weitere Zielgruppen, die zwar bereits angesprochen werden, aber dennoch in den Beratungsstellen unterrepräsentiert scheinen, sind Jugendliche, Familien, Seniorinnen, Frauen und Obdachlose. Eine Gruppe, die bisher fast komplett vernachlässigt werde, seien kognitiv beeinträchtigte Menschen.

Spezifischere Zielgruppenansprache

Um die Kontaktflächen der Beratungsstellen weiter zu vergrößern, müsse z. B. über die Schaffung von digitalen Angeboten, den Ausbau von niedrigschwelligen Angeboten oder intensivere aufsuchende Sozialarbeit nachgedacht werden. Ein weiterer Schritt zu einer besseren Inanspruchnahme sei es, die Attraktivität bestehender Angebote weiter zu erhöhen. Im Sinne eines Diversity-Ansatzes müsse eine kultursensiblere Herangehensweise in den Beratungsstellen angestrebt werden. Dazu gehöre auch, dass das Sprachenangebot in den Beratungsstellen weiter verbessert werde. Darüber hinaus müsse es das Ziel sein, noch stärker genderspezifisch zu arbeiten, wobei insbesondere auch spezifische Angebote für Männer angedacht seien.

Neben einer verbesserten Zielgruppenansprache kann aus der Sicht der Befragten auch die Qualität der Versorgung verbessert werden. Ein hilfreicher Ansatz in der Betreuung von Familien seien dabei „systemische“ Angebote. Zusammenfassend kann man sagen, dass eine weitere Spezialisierung und Ausdifferenzierung des bestehenden Angebots angestrebt wird.

5.3.3 Herausforderungen und Probleme

Hürden verbunden mit der Finanzierung

Die Befragten sehen ein Problem in der finanziellen Ausstattung der Beratungsstellen. Aktuell könnten mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die geforderten Standards nicht eingehalten werden. Eine grundlegende Forderung ist deshalb, dass sich die Finanzierung an der Höhe der den Beratungsstellen entstandenen Kosten orientiere. Dafür sei nötig, die bestehenden Standards zu überarbeiten, Ziele der Suchthilfe zu definieren und Kennzahlen zur Überprüfung bzw. ein adäquates Monitoringsystem zu entwickeln. Ungeeignet scheint den Vertreterinnen und Vertretern der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen der Bezirke dagegen die Kosten- und Leistungsrechnung. Dieses verleite mehr dazu, die Dokumentation so anzupassen, dass die erbrachten Leistungen im Berliner Durchschnitt, dem sogenannten „Median“ liegen.

Erschwerend komme hinzu, dass mit den beiden Finanzierungsrahmen (PEP vs. IGPP) kein einheitliches Finanzierungssystem vorliege. Insbesondere die PEP-Finanzierung wird kritisiert. Die Höhe der Finanzierung liege unter der, die im Rahmen des IGPP gezahlt werde, und unterliege noch der Gefahr, dass sie nicht komplett an die bezirklichen Beratungsstellen weitergereicht würde, sondern mit anderen PEP-Projekten der gemeindepsychiatrischen Versorgung (Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienste) geteilt werden müsse. Nicht zuletzt erhöhe diese Finanzierung, die nach „legalen“ bzw. „illegalen“ Drogen unterscheide, enorm den Verwaltungsaufwand, obwohl die Erfahrungen in den Beratungsstellen diese Unterscheidung nicht mehr rechtfertige.

Vor diesem Hintergrund wird die bestehende Finanzierung in Frage gestellt. Statt eine zweigleisige Finanzierung nach „Gutsherrenart“ wird eine einheitlichere und transparente Verfahrensweise erhofft. Gewünscht wird, dass zukünftig alle Bereiche der Suchthilfe einer zentralen Steuerung unterliegen. Zudem sollte ein überarbeitetes System langfristige verlässliche Verträge, in denen die zu erbringende Leistung beschrieben und entsprechend finanziert wird, ermöglichen. Sollte es jedoch bei einer Zuwendungsfinanzierung bleiben, wird angeregt, die Leistungen im Rahmen einer Festbetragsfinanzierung zu finanzieren.

Vernetzung und Schnittstellen

Die Beratungsstellen sind in der Regel gut vernetzt, dennoch gibt es Schnittstellen, die aus der Sicht der Befragten verbessert oder ausgebaut werden könnten.

Eine wichtige Partnerin für die Beratungsstellen ist die Jugendhilfe. Hier werden einerseits gute Beziehungen beschrieben, andererseits werden Schwierigkeiten der Zusammenarbeit benannt. So werden die Jugendhilfe bzw. das Jugendamt als chronisch überlastet wahrgenommen, was die Zusammenarbeit erschwere. Zusätzlich erschwerend käme die hohe Personalfuktuation in den entsprechenden Abteilungen hinzu.

Unabhängig von der Qualität der Zusammenarbeit beschreiben die Befragten weitere Probleme an den Schnittstellen. Beklagt wird, dass eine Überleitung in weiterführende Angebote oft erschwert sei. Diese scheitere einerseits an bürokratischen, hochschwelligten Hürden, wie begrenzten Öffnungszeiten bei Behörden, fehlenden spezifischen

Sprachangeboten oder fehlenden Terminen. Hilfreich wäre hier eine entsprechende Begleitung und Betreuung, wofür aber die Ressourcen fehlten. Zum anderen scheiterte eine Weitervermittlung auch daran, dass entsprechende Angebote, vor allem Therapieplätze, fehlten.

5.3.4 Perspektiven

Ausgehend von den beschriebenen Schwierigkeiten wird in den Gesprächen mit den verschiedenen Stakeholdern ein Diskurs über grundlegende Fragen der Suchthilfe angestrebt. Dabei gelte es, die bestehenden Strukturen zu überdenken sowie über Ziele und Zielgruppen und Methoden der Suchthilfe allgemein und über das Selbstverständnis der Beratungsstellen im Speziellen zu diskutieren.

Aus unserer Sicht braucht es eine Neuausrichtung der Beratungsstellen hin zu einem integrativen Versorgungssystem, bei dem die Bereiche Suchtprävention, Beratung und ambulante Reha berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 8). Vor dem Hintergrund sich ändernder Konsummuster hin zu polytoxischem Konsum gilt es zudem die strukturelle Trennung nach legalen und illegalen Substanzen zu überwinden (vgl. Kapitel 8). Auf der organisatorischen Ebene muss es in der Konsequenz zu einheitlichen Dokumentationsstandards für alle Beratungsstellen kommen. Der Senatsverwaltung müssen zukünftig verlässliche Zahlen aller Beratungsstellen in Berlin zeitnah vorliegen (vgl. Kapitel 8).

Im Hinblick auf die Vernetzung und Kooperation muss die Zusammenarbeit insbesondere mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeuten und Therapeutinnen, der Psychiatrie sowie der Suchtselbsthilfe weiter ausgebaut werden.

Zielgruppen, die zukünftig noch stärker erreicht werden müssen, sind vor allem Menschen mit einer Alkoholproblematik. Diese gilt es vor allem früher in die Suchthilfe zu bekommen. Dafür gilt es geeignete Maßnahmen zu entwickeln (vgl. Kapitel 8). In diesem Zusammenhang kann über einen Ausbau digitaler Angebote nachgedacht werden wie auch über Angebote der aufsuchenden Arbeit. Wichtig scheint es auch zu überprüfen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Unterschiede in der tariflichen Struktur der unterschiedlichen Beratungsstellen zu reduzierten Öffnungszeiten führen, ob mit den bestehenden Öffnungszeiten bestimmte Gruppen systematisch benachteiligt werden. Gegebenenfalls muss über Öffnungszeiten in den Abendstunden oder am Wochenende nachgedacht werden.

5.4 Angebote für Frauen, Kinder und Jugendliche und Mitglieder der LSBTIQ-Community

Sucht ist ein Querschnittsthema, das alle Bereiche der Gesellschaft betreffen kann. Neben den bereits benannten allgemeinen Herausforderungen und Problemen, die mit Beratung von Menschen mit einer Suchterkrankung auftreten können, gibt es zusätzlich besondere Zielgruppen, die spezifische Problemlagen mit sich bringen. In Berlin gibt es deshalb spezialisierte Angebote bzw. Einrichtungen, die sich an Frauen, Kinder und Jugendliche sowie an Mitglieder der LSBTIQ-Community richten. Ziel dieser Angebote ist, den spezifischen Problemlagen gerecht zu werden.

5.4.1 Struktur/Angebote

Angebote für Frauen

Frauenspezifische Suchtarbeit ist vor allem ein Querschnittsthema, das sich in allen Aspekten der Suchtarbeit widerspiegelt oder widerspiegeln sollte. So bilden frauenspezifische Angebote das ganze Spektrum der Berliner Suchtarbeit ab. Das Angebot in Berlin reicht dabei von niedrigschwelliger Grundversorgung wie Kontaktläden über Sucht- und Drogenberatung, aufsuchende Arbeit in der JVA, psychosoziale Betreuung substituierter drogenabhängiger Frauen, Therapieangebote (sowohl ambulant, als auch im Rahmen von Wohngemeinschaften) bis hin zu Wohn- und Beschäftigungsangeboten. Die Interviewpartnerinnen schätzen das breite Angebot, vor allem aber sehen sie es als großen Fortschritt an, dass frauenspezifische Angebote mittlerweile als selbstverständlich wahrgenommen werden.

Angebote Kinder und Jugendliche

Hauptanliegen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es, einen Verlauf hin zu manifesten Suchterkrankungen möglichst früh zu erkennen und zu verhindern. Da, wo Sucht bereits manifest ist, sollen die Betroffenen befähigt werden, ein suchtfreies Leben führen zu können. Gleichzeitig gilt es da, wo die Zielgruppe passiv von Suchterkrankungen betroffen ist, die negativen Konsequenzen zu reduzieren und gleichzeitig dem gesamten betroffenen Familiensystem Hilfe anzubieten. So gibt es Angebote in den Bereichen „Suchtprävention“, „Beratung“, „Therapie“ und „Wohnen & Beschäftigung“. Perspektivisch besteht hier der Wunsch der Expertinnen und Experten, auch Angebote für Kinder und Jugendliche mit Verhaltenssuchten in diesen Bereichen stärker zu implementieren. Die Projektbegleitung der Angebote obliegt unterschiedlichen Bereichen des Landes Berlin. Auf Landesebene zeichnen sich die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie sowie die für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege verantwortlich. Auf Bezirksebene sind die jeweiligen Jugendämter verantwortlich.

Für eine gelingende Betreuung der Jugendlichen und ihrer Familien ist ein reibungsloses Ineinandergreifen der unterschiedlichen Hilfeangebote, aber auch die Zusammenarbeit mit den koordinierenden Stellen überaus wichtig. Aus den Rückmeldungen der Interviewten wird jedoch deutlich, dass gerade die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Verwaltungen nicht optimal ist. Dies betrifft die Zusammenarbeit auf Landesebene zwischen

den einzelnen Verwaltungen wie auch die Zusammenarbeit zwischen den Senatsverwaltungen und den Jugendämtern. Darüber hinaus gibt es kein einheitliches Vorgehen auf Bezirksebene. Für die befragten Akteurinnen und Akteure im Feld wird dies immer dann spürbar, wenn es um Zuständigkeiten geht, z. B. bei der Beantragung von Hilfen, wenn es um inhaltliche Standards hinsichtlich der Versorgungsqualität geht oder um Versorgungsstrukturen, die in den einzelnen Bezirken unterschiedlich gut sind. Hier wird sich zukünftig ein einheitliches, besser abgestimmtes Vorgehen gewünscht.

Angebote LSBTIQ

Die Abkürzung „LSBTIQ“ definiert als Zielgruppe lesbische, schwule, bisexuelle, trans*- und intergeschlechtliche sowie queere Menschen. Aus den Interviews wird deutlich, dass es sich hier um eine besonders vulnerable Zielgruppe handelt, deren spezifischen psychosozialen Belastungen mit spezialisierten Angeboten Rechnung getragen werden sollte.

In Berlin gibt es drei Einrichtungen, die ein derartiges Angebot für Menschen der LSBTIQ-Community mit einer Suchtproblematik anbieten. So hat sich ein frauenspezifisches Projekt auch für Menschen in Transition geöffnet und LSBTIQ-Einrichtungen halten zunehmend auch Angebote der Suchthilfe vor.

Herausfordernd sei es, insbesondere für die in der Regelversorgung verorteten Projekte, den nötigen Schutzraum für die Betroffenen zu bieten. Hier sehen die Befragten auch das wichtigste Argument, das für die Existenz spezifischer Projekte spreche, da es für andere Einrichtungen der Regelversorgung oft schwierig sei, den Betroffenen diesen Schutzraum anbieten zu können. Gleichzeitig sei es aber wichtig, dass auch in der Regelversorgung die Bedürfnisse der LSBTIQ-Zielgruppe stärkere Berücksichtigung fänden. So müsse eine Sensibilisierung stattfinden und stärker die psychodynamische Entwicklung der Sucht berücksichtigt werden.

5.4.2 Zielgruppenerreichung

Frauen

In die Auswertung sind die Daten von zwei Beratungsstellen FAM – Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle und Frauenladen – Drogen- und Suchtberatungsstelle für Mädchen*, Frauen*, trans*, inter* und nicht-binäre Menschen (jeweils FrauSuchtZukunft e. V.) und einer Kontakt- und Anlaufstelle Frauentreff Olga – Kontakt- und Beratungsstelle (Notdienst e. V.), eingeflossen. Die Daten der frauenspezifischen Projekte aus den Bereichen „Therapie“, „Wohnen“ und „Beschäftigung“ werden im Rahmen der jeweiligen Kapitel ausgewertet.

Bei der Auswertung musste berücksichtigt werden, dass die drei Projekte unterschiedlichen Berichtspflichten unterliegen. Deshalb können an dieser Stelle nur die Gesamtanzahl (Einfach- und Mehrfachkontakte aggregiert) sowie Alter und Geschlecht und die Hauptdiagnose dargestellt werden. Beim Alter kann darüber hinaus nicht das Kategoriensystem des Kerndatensatzes verwendet werden, da eine Einrichtung in ihrem Bericht ein größeres Raster verwendet, auf das hier zurückgegriffen werden muss.

Im Jahr 2021 haben insgesamt 1.098 Personen Angebote der drei untersuchten Einrichtungen in Anspruch genommen. Darunter wurden 1.073 (2019: 1.224; 2020: 1.120) als weiblich dokumentiert. Die Altersstruktur hat über beide Jahre und beide Untersuchungsgruppen hinweg eine ähnliche Verteilung, wobei die meisten Klientinnen und Klienten im Alter zwischen 30 und 40 Jahren sind. Betrachtet man die Hauptdiagnose, mit der die Hilfesuchenden in den Frauenberatungsstellen aufgenommen werden, sind es vor allem Probleme mit den legalen Drogen Alkohol und Tabak. Leider wird mit dem Kerndatensatz der Missbrauch von Medikamenten nicht erfasst. Folgt man jedoch den Erkenntnissen des Suchtsurveys (Olderbak et al., 2023) muss in dieser Zielgruppe auch von einem hohen Anteil an Frauen mit einer medikamentenbezogenen Problematik ausgegangen werden. Anhand der vorliegenden Sachberichte der Einrichtungen lässt sich sagen, dass im Jahr 2021 etwa ein Viertel der Betreuten mit einem problematischen Alkoholkonsum (24,7 %) und 23,7 % mit einem problematischen Tabakkonsum beraten wurde. Erst dann folgen Menschen mit einer Opioidproblematik (19,6 %) bzw. mit cannabisbezogenen Störungen (12,7 %). Hier zeigt der Vergleich der Jahre, dass insbesondere die Gruppe der Frauen mit einer Opioidproblematik anteilig in den letzten Jahren um etwa 10 % zurückgegangen ist (2019: 29,4 %; 2020: 23,2 %; 2021: 19,6 %). Aus dem vorliegenden Zahlenmaterial ging allerdings nicht hervor, worauf dieser Rückgang zurückzuführen ist.

Kinder und Jugendliche

Zur Beschreibung der Inanspruchnahme sollen Beratungsangebote für Jugendliche und deren Familien beschrieben werden. Die Heterogenität der Angebote, die sich an Jugendliche bzw. deren Eltern und Familien, aber auch an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richten, macht eine einheitliche vergleichende Darstellung der Inanspruchnahme schwierig. Zentral soll deshalb der Frage nachgegangen werden, wie gut die jeweiligen Zielgruppen im Jahr 2021 erreicht werden konnten.

Angebote für Familien

Vom Notdienst e. V. werden zwei Projekte für Familien benannt. Für das Projekt ESCAPE notiert der Jahresbericht 2021, dass insgesamt 60 suchtbelastete Familien mit einer Gesamtzahl von 195 Personen betreut wurden. Für das Projekt MOFA – Mobile Familiensprechstunde wurden für das Berichtsjahr 2021 40 Schulungen und Fachberatungen mit 363 Teilnehmenden dokumentiert. Darüber hinaus konnten im selben Jahr die Bedarfe von 24 Familien mit 51 Kindern ermittelt und diese zumeist in weitergehende Hilfen vermittelt werden.

Mit WIGWAM Support hält vista gGmbH ein Angebot für Eltern-(teile) mit einer substanzbezogenen Störung vor. Im Jahr 2021 konnten 21 Eltern-(teile) beraten werden. Zusätzlich beinhaltet das Projekt die Möglichkeit, an einer Kindergruppe teilzunehmen. Im Berichtsjahr 2021 konnten so sechs Kinder im Alter zwischen sieben und zehn Jahren betreut werden.

Das Patenschaftsprojekt für Kinder aus suchtbelasteten Familien „Vergiss mich nicht“ (Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.) betreute im Jahr 2021 18 Patenschaften, wobei das Alter der Patenkinder zwischen 3 und 18 Jahren lag.

Beratungsangebote für Jugendliche

Eine Einschätzung, wie stark Beratungsangebote durch Jugendliche bzw. Minderjährige wahrgenommen wurden, ist aus dem vorliegenden Datenmaterial nur eingeschränkt möglich. Eine detaillierte Dokumentation liegt nur für das Projekt „Drugstop“ (Karuna e.V.) vor. Die drei ebenfalls benannten Projekte „LogIn“ (Notdienst e.V.), die „Jugend- und Suchtberatung Spandau“ (Caritas Erzbistum Berlin) und „NordPassage“ (Stiftung SPI) haben neben ihrer erwachsenen Klientel auch Angebote für Jugendliche. Eine detaillierte Beschreibung der minderjährigen Zielgruppe lässt sich anhand des vorliegenden Datenmaterials jedoch nicht vornehmen.

Für das Jahr 2021 dokumentierte das tagesstrukturierende Beratungsangebot „Drugstop“ 99 Einmalkontakte zu Jugendlichen im Alter bis 27 Jahre (männlich: 64,6 %; weiblich: 35,4 %). Knapp die Hälfte (48,5 %) davon war minderjährig. Die Anzahl der Mehrfachkontakte belief sich im Berichtsjahr 2021 auf insgesamt 304 (männlich: 63,8 %; weiblich: 34,2 %). Davon waren 38,8 % minderjährig. Aus den Daten geht weiterhin hervor, dass die meisten Hilfesuchenden (60,9 %) mit einer cannabisbezogenen Problematik beim „Drugstop“ vorstellig wurden. An zweiter Stelle steht mit 51 % eine Problematik im Zusammenhang mit Tabak.

In der Suchtberatungsstelle „LogIn“ wurden 2021 198 Jugendliche bzw. junge Erwachsene (bis 24 Jahre) betreut. Das macht einen Anteil von 36 % aller in der Beratungsstelle betreuten Personen aus. Der Anteil der Minderjährigen lag 2021 in dieser Beratungsstelle bei 11,5 %.

Die Beratungsstelle „Nordpassage“ gibt in ihrem Sachbericht für das Jahr 2021 an, dass sie 76 Ratsuchende in der Altersgruppe der 14- bis 27-Jährigen betreuen konnten. Der überwiegende Teil davon war männlich (67,1 %).

Die „Jugend- und Suchtberatung Spandau“ gibt in ihrem Sachbericht für das Jahr 2021 an, dass im Berichtsjahr 602 Klientinnen und Klienten verzeichnet werden konnten, wovon etwa 12 % (75 Personen) unter 25 Jahre alt waren. Der Anteil der Minderjährigen in dieser Einrichtung lag bei unter einem Prozent. Gleichzeitig betreibt die Caritas in Spandau ein integriertes Suchthilfeangebot für junge Menschen bis 25 Jahre. Hier wurden im Jahr 2021 131 Jugendliche und junge Erwachsene beraten.

LSBTIQ

Eine Darstellung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Angebote durch LSBTIQ-Personen ist auf der Grundlage des vorhandenen Datenmaterials nur sehr eingeschränkt möglich. Vor allem, weil die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Suchthilfe in diesem Feld, nicht gesondert dokumentiert wird.

Allerdings findet man Angaben zu suchtspezifischen Beratungen in den Jahresberichten der Schwulenberatung Berlin gGmbH und Mann-O-Meter e. V. So hat die Schwulenberatung Berlin gGmbH 2021 897 Suchtberatungen sowie 1.327 Suchttherapien bzw. Nachsorgen

durchgeführt⁵. Das Beratungsangebot {quapsss} von Mann-O-Meter e. V. konnte 2021 „126 individuelle psychologische Beratungen für Chemsex-User“⁶ durchführen.

5.4.3 Herausforderungen und Probleme

Hürden und Probleme bezogen auf Frauen

Angesprochen auf wahrgenommene Hürden oder Probleme in der frauenspezifischen Suchtarbeit besteht für die Befragten ein ganz zentrales Problem: Viele Frauen mit einer Sucht-Problematik seien im öffentlichen Raum immer weniger sichtbar. Dies hänge vor allem mit neuen Konsumtrends, insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Crack zusammen. Dadurch ist ein Teil der Zielgruppe gar nicht oder nur schwer erreichbar. Hinzu kommt, dass gerade in dieser Zielgruppe Medikamentenmissbrauch eine dominierende Problematik ist. Auch hier kann von einer Zielgruppe ausgegangen werden, die nicht im öffentlichen Raum anzutreffen ist. Hier gelte es, neue Zugangswege zu finden, zum Beispiel noch stärker an anderen Schnittstellen bzw. Eintrittsbereichen ins Hilfesystem präsent zu sein, wie beispielsweise in der Wohnungslosenhilfe. Ergänzend gibt es die Idee, dass die bestehende Infrastruktur der Suchthilfe noch stärker die Bedürfnisse der Frauen mitbedenkt und beispielsweise für Frauen spezifische Angebote vorhalte. Auch könnten digitale Suchtberatungsangebote die Lücken noch stärker schließen.

Eine als Hürde wahrgenommene Problematik an den Schnittstellen zu weiterführenden Hilfen ist, dass durch das Fehlen von frauenspezifischen Angeboten bzw. Ansätzen die Vermittlung zusätzlich erschwert werde. Hier wird beschrieben, dass es insbesondere an der nötigen Sensibilität für die spezifische Situation der Betroffenen fehle. Hier wünschen sich die Befragten vor allem mehr Respekt für die Zielgruppe.

Hürden können auch dort entstehen, wo die Zuständigkeiten der Kostenträger sich überschneiden, insbesondere dann, wenn durch die Suchtproblematik auch weitere Familienmitglieder bzw. Kinder betroffen sind. Wenn unterschiedliche Leistungsträger, wie Eingliederungshilfe bzw. Jugendamt, potentiell zuständig sind, könne es dazu kommen, dass keiner die Verantwortung bzw. Leistung übernehme oder eine erbrachte Leistung nicht weiter erbracht werde mit dem Verweis darauf, dass ein anderer Leistungsträger nun zuständig sei.

Als gut wird dagegen die Schnittstelle zu den anderen Beratungsstellen beschrieben. Aus der Sicht der Befragten werden Frauen, die besonders von dem spezifischen Angebot der Frauensuchtberatungsangebote profitieren können, von den anderen Beratungsstellen auch dorthin vermittelt.

Steuerung von Angeboten

Die Steuerung betrifft in diesem Teilbereich vor allem die Frage, wie bestehende Kapazitäten – insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe – überregional besser verwaltet werden

⁵ Quelle: Geschäftsbericht 2021 Schwulenberatung Berlin gGmbH. Gefunden am 16.03.2023 unter: https://schwulenberatungberlin.de/wp-content/uploads/2022/08/Schwube_A4_GB2021_web-komprimiert.pdf

⁶ Quelle: Jahresbericht 2021 Mann-O-Meter e. V. Gefunden am 16.03.2023 unter: <https://www.mann-o-meter.de/wp-content/uploads/Jahresbericht2021.pdf>

können. Da die Versorgung meist regional gesteuert wird, also im jeweiligen Bezirk, kann es für Querschnittsthemen in einzelnen Bezirken schwer werden, ein entsprechendes Angebot vorzuhalten, da in einem Bezirk teilweise nicht ausreichend Fälle vorhanden sind, um die vorhandenen Kapazitäten zu belegen. Gleichzeitig ist aber der Zugang für Klientinnen aus anderen Bezirken, in denen es keine spezifischen Angebote gibt, mit hohen Hürden versehen. Hier steht der Wunsch im Raum, dass die Vergabe solcher Plätze überregional gesteuert werden sollte.

Weiterentwicklungsbedarf für die Frauensuchthilfe

Um den Zugang zu einem Teil der Klientel verbessern zu können, wird angeregt, noch stärker an anderen Schnittstellen bzw. Eintrittsbereichen ins Hilfesystem präsent zu sein.

Insbesondere eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Wohnungslosenhilfe scheint hier zielführend zu sein. Neben einem verbesserten Zugang zur Zielgruppe sollten auch bestehende Angebote gestärkt oder neue Angebote geschaffen werden. Im Bereich der Arbeitsangebote ist es den Befragten zum Beispiel wichtig, mit solchen Angeboten die Betreuungskette aufrechterhalten zu können. Hier wird auch eine bessere Finanzierung von spezifischen Frauenarbeitsprojekten gewünscht, weil da zum Beispiel auch noch die Kinderbetreuung hinzukomme.

Ergänzend gibt es die Idee, dass die bestehende Infrastruktur der Suchthilfe noch stärker die Bedürfnisse der Frauen mitbedenkt. Auch könnten digitale Suchtberatungsangebote hier stärker die Lücken schließen. Gleichzeitig steht für die Befragten aber auch fest, dass Online-Beratung nicht für jede passt.

Hürden und Probleme bezogen auf Kinder und Jugendliche

In den letzten Jahren haben sich die Angebote für Jugendliche qualitativ positiv weiterentwickelt. Neben verbesserten Therapieansätzen rückt immer stärker auch der systemische Ansatz in den Fokus der Helfenden. Um Maßnahmen weiter optimal den Bedarfen anpassen zu können, könnten zukünftig aktuelle Entwicklungen wie beispielsweise Konsumtrends noch stärker berücksichtigt werden.

Gleichzeitig konstatieren die Expertinnen und Experten, dass Jugendliche in Berlin im Durchschnitt deutlich später Hilfen in Anspruch nehmen als Jugendliche im Bundesvergleich. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass problematischer Konsum immer früher beginne, gelte es hier die Zielgruppe früher zu erreichen. Dazu wird vorgeschlagen, noch stärker die Eltern einzubeziehen. Hier müsste gegenüber den Eltern eine neue Haltung entwickelt werden, die sich stärker an den Bedarfen der Eltern orientiere und weniger die Schuld der Eltern thematisiere. Gleichzeitig gelte es, insbesondere bei sozial benachteiligten Familien, stärker noch aufsuchende Arbeit ins Auge zu fassen. Weiterhin müsste durch geeignete Öffentlichkeitsarbeit die Sichtbarkeit der Angebote erhöht werden.

Auf die besondere Bedeutung des kooperativen Zusammenarbeitens der unterschiedlichen Hilfeangebote in diesem Bereich wurde bereits hingewiesen. Als gutes Beispiel wurde die Kooperation zwischen einem Träger und einer Klinik hervorgehoben. Dennoch wird aus den Interviews deutlich, dass es auch für Kinder und Jugendliche an den Schnittstellen zu Problemen kommt. Hürden treten zumeist dort auf, wo Angebote fehlen, in welche die

Jugendlichen vermittelt werden können. Das betrifft die Vermittlung in die Entgiftung wie auch in weiterführende Hilfen. So reiche das bestehende Angebot an Plätzen zur Entgiftung nicht aus. Da die Entgiftung bezirklich koordiniert wird, könnten in allen Bezirken die bekannten „Best-Practice“-Modelle der Zusammenarbeit zwischen Trägern und Kliniken zur Verbesserung der Situation umgesetzt werden. Auch nach der Entgiftung komme es, am Übergang zur Reha, zu Problemen - besonders für Jugendliche, die von multiplen Problemlagen betroffen sind. Hier fehle es an stationären Angeboten. Erschwerend für die Jugendlichen komme hinzu, dass da, wo Plätze vorhanden sind, die Antragsverfahren die nächste Hürde darstellten. Aus den Rückmeldungen wird deutlich, dass die Träger hier unterschiedliche Wege gefunden haben, um im Alltag die Belastungen für die Jugendlichen diesbezüglich zu minimieren. Hier wird bei der Auswahl möglicher Kostenträger das Kriterium angelegt, welcher Kostenträger Anträge am schnellsten bearbeitet. Dabei bestand jedoch die Befürchtung, dass das Wohl der Jugendlichen gegen eine schnelle Finanzierung von Therapie ausgespielt werde. Zusätzlich wird angeregt, die Fachexpertise der Beratungsstellen noch stärker in das Fallmanagement einzubinden, um so das Verfahren weiter beschleunigen zu können. Als Lösungsmöglichkeit benannt wurde hier beispielsweise das Erstellen eines Sozialberichts vergleichbar zum Erwachsenenbereich.

Suchtprävention

Den Angaben in Dot.sys folgend sind Kinder und Jugendliche eine Hauptzielgruppe der Suchtprävention. So gibt es in Berlin ein vielfältiges Angebot an unterschiedlichen Maßnahmen, die vor allem im Setting Schule umgesetzt werden. In den Interviews entsteht aber auch der Eindruck, dass mit den bestehenden Ressourcen eine systematische Umsetzung, insbesondere im Setting Schule, nicht möglich sei.

Insgesamt fehle es hier an einer landesweiten einheitlichen Strategie, in die auch die Bezirke eingebunden seien. Ziel sei eine systematische und großflächige Umsetzung von Suchtprävention in Berlin. Komplementär zu einer zentralen Steuerung brauche es gleichzeitig noch stärker eine regionale Umsetzung der Suchtprävention in den Bezirken. Hier sollten neben überregionalen Suchtpräventionsangeboten vor allem bezirkliche Suchtpräventionsfachkräfte eingesetzt werden, um die Vermittlungsprozesse in die jeweils zuständige Beratungsstelle vor Ort oder andere Hilfen optimieren zu können.

Aber auch qualitativ sehen die Befragten Weiterentwicklungsbedarf. So wird die Schnittstelle zur Schule als problematisch wahrgenommen, weil die schulinternen Strukturen als überlastet angesehen werden. Aus der Sicht der Befragten wäre es zentral, die Schulen bezüglich der Umsetzung von Suchtpräventionsangeboten zu entlasten. Denkbar wäre hier, dass die Schulen durch externe Fachkräfte unterstützt werden. Dabei müsse ein Ziel sein, Suchtpräventionsansätze fest im Schulalltag zu verankern. Dazu könnten auch bereits gut etablierte Programme genutzt werden. Ein anderes Ziel wäre, dass durch die Einsätze der (Suchtpräventions-)Fachkräfte vor Ort langfristig ein Wissenstransfer stattfände. Unter anderem müssten in den Schulen feste Verfahrensabläufe bzw. Kooperationen etabliert werden.

Hürden und Probleme bezogen auf LSBTIQ

Probleme bei der Finanzierung

Aus den Interviews wurde deutlich, dass insbesondere die Finanzierung der suchtspezifischen Angebote in den LSBTIQ-Projekten ein Problem darstelle. Abgesehen davon, dass hier eine Aufstockung oder wenigstens verlässliche Finanzierung gewünscht wird, die nicht durch andere Töpfe mitfinanziert werden muss, ist vor allem die Finanzierungsstruktur ein Problem. Die Projekte erhalten zwar Mittel der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, allerdings aus dem Budget für „besondere Lebenslagen“. Dadurch seien die Projekte nicht in den entsprechenden Suchthilfe-Strukturen vertreten und das System somit blind für die Probleme der Zielgruppe. Dies mache es vor allem schwer, auch entsprechende Zusatzmittel akquirieren zu können.

Schwierige Versorgung von nicht-deutschsprachigen Menschen

Ein weiteres Problem sind Sprachbarrieren. Die persönliche Erfahrung der Befragten zeige, dass die LSBTIQ-Zielgruppe überdurchschnittlich häufig einen internationalen Hintergrund habe. Jedoch gäbe es deutlich zu wenig englischsprachige Angebote, besonders in weiterführenden Hilfeangeboten.

Mehr Unterstützung im Umgang mit der Chemsex-Problematik

Ein weiteres Problem, das im Interview angesprochen, hänge zusammen mit „Chemsex“. Verbunden mit dem Phänomen seien einerseits spezifische Konsummuster und -settings und andererseits eine spezifische Selbstwahrnehmung der Betroffenen, die bei sich weniger eine Suchtproblematik als vielmehr ein Problem mit Sexualität sehen. Dies habe Implikationen für die Beratung und Behandlung, aber auch für die Prävention. Hier leisteten die Projekte bereits viel Präventionsarbeit. Gleichzeitig wird aus den Rückmeldungen aber auch deutlich, dass sich die LSBTIQ-Projekte im Zusammenhang mit dem Chemsex-Phänomen von der Fachstelle für Suchtprävention alleingelassen fühlten bzw. sich mehr Unterstützung gewünscht hätten.

5.4.4 Perspektiven

Die Versorgung spezifischer Zielgruppen ist häufig mit der Frage verbunden, ob eine Erhöhung der Sensibilität für die jeweiligen Zielgruppen in allen Einrichtungen der Regelversorgung ausreicht oder ob es zusätzliche spezifische Angebote braucht. Aus unserer Sicht ist beides notwendig. So muss im Hinblick auf die Sensibilisierung der Regelversorgung nicht nur über eine angemessene Ansprache und genderspezifische Beratungsansätze gesprochen werden. Auch hier gilt es Schutzräume für die Betroffenen zu ermöglichen, wo dies möglich ist. Wo dies nicht möglich ist, sind weiterhin spezifische Angebote für die Betroffenen notwendig. In beiden Fällen gilt es zukünftig stärker, auch Möglichkeiten der Kinderbetreuung zu schaffen.

Im Hinblick auf eine bessere Erreichung der Zielgruppen muss die Zusammenarbeit mit angrenzenden Bereichen verbessert werden. Um die Versorgung der Frauen verbessern zu können, sollte die Sensibilität bzw. das Angebot für Medikamentenabhängigkeit in allen

Beratungsstellen erhöht werden, da dies ein Thema ist, das ganz besonders Frauen betrifft. Als zielführend sehen wir auch den Ansatz an, verbindliche Kooperationen mit der Wohnungslosenhilfe einzugehen, um spezifische Angebote für Frauen zu schaffen zu können. Nicht zuletzt kann auch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten gefördert werden.

Für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen braucht es engere Kooperation von Jugend- und Suchthilfe und einen systematischen Einbezug der Schulen in die Suchtprävention (vgl. Kapitel 8). Hier teilen wir den Gedanken, die Eltern zukünftig noch stärker in der bestehenden Angebotsstruktur mitzudenken. Die AG KPKE empfiehlt dazu: *„den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz, in den Bundesrahmenempfehlungen Kinder von psychisch und suchterkrankten Eltern und deren Familien fokussiert in den Blick zu nehmen [Empfehlung Nr. 9]“* (AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. 2020). Ergänzend dazu wird in den Interviews wie auch von der DHS (DHS 2019) gefordert, verstärkt Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien vorzuhalten.

Ein regelhaftes Angebot der Suchthilfe für Menschen der LSBTIQ-Community gibt es derzeit noch nicht. Aktuell findet Suchtberatung „nebenbei“ statt. Aus den Interviews, aber auch aus der wissenschaftlichen Forschung wird deutlich, dass es sich bei Menschen der LSBTIQ-Community um eine besonders vulnerable Zielgruppe handelt, die einen sensiblen Umgang, spezifische Kenntnisse der Suchtgenese und ganz besonders Schutzräume braucht, um diese Angebote überhaupt anzunehmen. Wo spezifische Angebote in diesem Bereich nicht zwangsläufig erforderlich sind, sollte sich die Regelversorgung für die benannten Aspekte noch stärker sensibilisieren. Hier ist eine spezifische Qualifizierung denkbar. Prof. Dr. Timmermanns benennt dazu folgende Schulungsbereiche⁷:

- Sachkompetenz: Wissen über Lebenslagen von LSBTIQ*
- Methodenkompetenz: Handlungs- und Verfahrenswissen für die Begleitung von LSBTIQ*
- Sozialkompetenz: Kommunikationskompetenz im Bereich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
- Selbstkompetenz: Reflexion eigener Gefühle, Vorurteile und Werte in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

⁷ Quelle: Dokumentation des 4. Regenbogenparlaments (2020). Gefunden am 17.03.2023 unter: <https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de/wp-content/uploads/2021/01/lsvd-dokumentation-regenbogenparlament-2020.pdf>

5.5 Verhaltenssüchte

Von nichtstoffgebundenen Süchten oder auch Verhaltenssüchten spricht man, wenn ein bestimmtes stoffungebundenes Verhalten exzessive Formen angenommen und den Charakter einer Abhängigkeit angenommen hat.

Aus der Sicht der befragten Vertreterinnen und Vertreter des Bereichs Verhaltenssüchte verfügt Berlin über ein vielfältiges Angebot an Maßnahmen für die unterschiedlichen Formen der Verhaltenssüchte. Diese reichen von Suchtpräventionsangeboten, niedrigschwelligen Angeboten und Frühintervention über Beratungs- und Behandlungsangebote bis hin zu Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Insgesamt sei mit dem bestehenden Angebot tendenziell eine gute Erstversorgung Betroffener gewährleistet.

Darüber hinaus bestehe in Berlin ein Klima, in dem Neues umgesetzt werden kann, woran auch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung entscheidenden Anteil habe. Das gute Klima wird auch durch die gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure im Feld geprägt. Dies betreffe einerseits die gute Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung und andererseits die Kooperation mit anderen Projekten. So könnten gemeinsam neue Ideen ohne Konkurrenzgedanken entwickelt werden. Ausbaufähig sei die Klärung der Rollen, Aufgaben und Schnittstellen zwischen den überregionalen Angeboten mit Spezialisierung auf Verhaltenssüchte und der Fachstelle für Suchtprävention.

5.5.1 Struktur/Angebote

In Berlin haben sich Suchtpräventionsprojekte, Frühinterventionsprogramme und Beratungsstellen etabliert, die den Fokus auf Verhaltenssüchte legen. Träger dieser Angebote sind pad - präventive, altersübergreifende Dienste im sozialen Bereich – gGmbH, Caritasverband Berlin, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, KARUNA – Zukunft für Kinder in Not e.V und Stiftung SPI. Darüber hinaus bieten das Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH und der Elisabeth Vinzenz Verbund Spezialsprechstunden zu Verhaltenssüchten an.

Finanzierung

Die Suchtpräventionsprojekte und Beratungsstellen werden durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung überwiegend zuwendungsfinanziert

Darüber hinaus gibt es Angebote, die aus Drittmitteln finanziert werden. Hier wird angeregt, diese Angebote, so sie sich etablieren konnten, zukünftig leichter in eine regelhafte Finanzierung durch die Senatsverwaltung überführen zu können.

5.5.2 Zielgruppenerreichung

Die Darstellung der Inanspruchnahme bezieht sich hier ausschnitthaft auf die Beratungsstelle „Café Beispiellos/Lost in Space“ für Menschen mit Verhaltenssüchten und deren Bezugspersonen. Da das Beratungsangebot „Deck 24“ im Jahr 2021 erst errichtet wurde, ist die Klientelstatistik für jenes Jahr noch nicht aussagekräftig gewesen.

Für das Berichtsjahr 2021 wurden im „Café Beispiellos/Lost in Space“ im Bereich „Glücksspiel“ 106 Einmalkontakte (männlich: 89,6 %; weiblich: 10,4 %) und 305 Mehrfachkontakte (männlich: 89,5 %; weiblich: 10,5 %) dokumentiert. Die Hauptgruppe der Betreuten liegt in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen. Minderjährige Glücksspielerinnen und Glücksspieler wurden nicht betreut. Darüber hinaus wurden 2021 im Bereich „Glücksspiel“ insgesamt 175 Angehörige beraten. Die große Mehrheit davon war weiblich (82,9 %) und zumeist die Partnerin bzw. der Partner (44,6 %) oder ein Elternteil (29,1 %) der Betroffenen.

Für den Bereich „Medien“ wurden 68 Einmalkontakte (männlich: 88,2 %; weiblich: 11,8 %) und 23 Mehrfachkontakte (männlich: 95,7 %; weiblich: 4,3 %) mit Minderjährigen dokumentiert. Bei den (jungen) Erwachsenen gab es 97 Einmalkontakte (männlich: 84,5 %; weiblich: 15,5 %) und 368 Mehrfachkontakte (männlich: 86,1 %; weiblich: 13,9 %). Für den Bereich „Medien“ wurden 2021 zusätzlich 434 Angehörige im Einzelberatungskontext beraten (männlich: 32,1 %; weiblich: 67,9 %) und weitere 371 Angehörige mittels Videokonferenz angesprochen (männlich: 86,1 %; weiblich: 13,9 %). In diesem Bereich waren es vor allem die Eltern (63,9 %), die den Kontakt suchten.

Nicht zuletzt konnten im Rahmen der Frühintervention des Café Beispiellos 401 Angehörige, 68 Betroffene und 85 Fachkräfte erreicht werden.

Bei der Frage nach Zielgruppen, die bisher noch nicht optimal versorgt werden, sei eine große Gruppe Frauen mit einem problematischen Medienkonsum. Eine zweite Gruppe, die unterrepräsentiert sei, sind Menschen mit Migrationshintergrund. Obwohl bereits unterschiedliche Menschen mit Migrationshintergrund erreicht werden, gibt es noch spezifische Untergruppen, die man nur schwer erreiche. An erster Stelle werden hier Menschen aus der vietnamesischen Community benannt. Darüber hinaus sei es schwierig, Migrantinnen und Migranten zu erreichen, die mit dem System nicht vertraut sind bzw. dem System misstrauen. Weitere Zielgruppen, die mehr Beachtung finden sollten, seien Kinder oder Minderjährige in Familien mit Verhaltensstörungen sowie Rentnerinnen und Rentner. Unabhängig von soziodemographischen Vulnerabilitätsfaktoren seien den Aussagen der Expertinnen und Experten zufolge auch Menschen mit einer Kaufsucht in den Einrichtungen unterrepräsentiert.

5.5.3 Herausforderungen und Probleme

Probleme an den Schnittstellen

Ein wichtiger Teil der Maßnahmen in diesem Arbeitsfeld sind Maßnahmen der Suchtprävention. Hier werden die Settings „Schule“ und „Sport“ angesprochen, die einerseits zentral für die Arbeit mit den Zielgruppen sind und andererseits als schwer zugänglich wahrgenommen werden. So würde aus dem Bereich Sport wenig Interesse an einer Zusammenarbeit zurückgemeldet werden und im Bereich Schule bestünde hauptsächlich ein Interesse an Maßnahmen zur Prävention von exzessivem Mediennutzungsverhalten. An Maßnahmen zu Glücksspielbezogener Suchtprävention dagegen sind die Kenntnis der Handlungsbedarfe und das Interesse geringer. Erschwerend

käme hinzu, dass den Schulen sowohl Geld wie auch Zeit für die Umsetzung von Maßnahmen fehlten.

Weitere Hürden gäbe es bei der Vermittlung in weiterführende Angebote. Herausgestellt wird dabei vor allem das begrenzte Angebot an Psychotherapeutinnen bzw. –therapeuten.

Eine weitere Herausforderung ist, dass sich viele der Klientinnen und Klienten in der Phase zwischen Jugend und entwickeltem Erwachsensein befinden. Hier falle es den Betroffenen teilweise noch schwer, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Deshalb wird im Sinne eines „*Emerged Adulthood Konzepts*“ angeregt, die Betroffenen noch enger begleiten zu können, um so mögliche Hürden an den Schnittstellen leichter überwinden zu können.

Positiv in Hinblick auf Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure im Feld wurde exemplarisch ein Symposium zu „Sucht und Gesellschaft“ hervorgehoben. Dieses sollte möglichst wiederbelebt werden, da es ein gutes Mittel der Vernetzung gewesen sei, insbesondere zu angrenzenden Bereichen wie Arbeitsagenturen oder Polizei.

Es fehlt an spezifischen Wohnangeboten für Menschen mit Verhaltensstörungen

In den Interviews wurde zum Ausdruck gebracht, dass es einen Ausbau des bestehenden Angebots an betreutem Wohnen entweder in eigenem oder in Trägerwohnraum sowie spezifische Ergänzungen brauche. Hauptargument ist, dass im Zusammenleben mit Personen, die eine substanzgebundene Störung haben, für die Zielgruppe mit Verhaltensstörungen kein Setting geschaffen werden kann, das frei von spezifischen verhaltensbezogenen Triggern (z. B. Gaming) sei. Da es pro Bezirk an der nötigen Anzahl an Spielerinnen und Spielern zum kostendeckenden Betrieb einer solchen Einrichtung fehle, müsste hier über überbezirkliche Angebote nachgedacht werden.

Systematisches Screening auf Verhaltensstörungen in allen Bereichen der Suchthilfe

Ein letzter Wunsch betrifft die Früherkennung von Verhaltensstörungen in unterschiedlichen Bereichen der Suchthilfe bzw. in angrenzenden Bereichen. Hier wird eine systematische Diagnostik gewünscht. Übergeordnet sehen die Expertinnen und Experten hier den Bedarf, noch stärker - auch im Bereich der Suchthilfe - für die Erkrankung an Verhaltensstörungen zu sensibilisieren, um so einer Marginalisierung von Verhaltensstörungen im Vergleich zu stoffgebundenen Suchterkrankungen entgegenzuwirken.

5.5.4 Perspektiven

Den Rückmeldungen der Expertinnen und Experten zufolge ist Berlin ein innovativer Standort, der gerade in Hinblick auf Verhaltensstörungen viel in den letzten Jahren bewegen konnte. Die Analyse vorhandener Studien zeigt aber auch, dass dieses noch relative junge Feld weiteren Forschungsbedarf hat. Auch in Berlin gilt es die Datengrundlage zu Verhaltensstörungen zu verbessern. Für eine valide Einschätzung der Bedarfe, aber auch für eine flexible Justierung der eingesetzten Ressourcen braucht es ein zeitnahes Monitoring auch der Verhaltensstörungen in Berlin (vgl. Kapitel 8). In einem ersten Schritt könnte das bestehende Bild der Verhaltensstörungen in Berlin geschärft werden, wenn in allen Bereichen

der Suchthilfe und in den angrenzenden Bereichen, systematisch auf Verhaltenssüchte gescreent wird. Für Störungen im Bereich Glücksspiel sind hier bereits Kriterien formuliert, und es liegen Screeningverfahren für Jugendliche vor, wie beispielsweise das DSM-IV-Multiple Response-Adapted for Juveniles (DSM-IV-MR-J). Für Menschen mit einer Internetnutzungsstörung kann als ein besonders kurzes und validiertes Screeningverfahren die Short CIUS (Besser, Rumpf, Bischof et al., 2017) genutzt werden. Auf der Grundlage genauerer Daten können auch Maßnahmen der Prävention in diesem Feld angepasst werden. Gleichzeitig können diese Daten auch die argumentative Grundlage für die Verstetigung erfolgreicher Projekte bilden.

Darüber hinaus empfehlen wir eine Ausdifferenzierung bzw. einen Ausbau der bestehenden Angebote. So ist die Problematik bei Verhaltenssüchten oft ähnlich wie bei substanzgebundenen Suchterkrankungen, jedoch gibt es Spezifika, die ein eigenes Angebot rechtfertigen. So ist nachvollziehbar, dass das bestehende Angebot an Trägerwohnungen im betreuten Wohnen nicht immer für die Zielgruppe passt. Hier muss über spezifische Trägerwohnungen für Menschen mit Verhaltenssüchten nachgedacht werden.

Weiterhin befinden sich viele der Klientinnen und Klienten im Übergang zwischen Jugend und entwickeltem Erwachsensein. Hier wird eine engere Betreuung der Klientel beispielsweise durch Fallmanager gewünscht, da eine adäquate Versorgung der Betroffenen häufig am Übergang von einem Versorgungsbereich zum anderen scheitert. Diese Übergänge intensiver personell zu begleiten, scheint sinnvoll zu sein.

Bei der Frage nach Zielgruppen, die bisher noch nicht optimal versorgt werden, werden Frauen mit einem problematischen Medienkonsum und spezifische Untergruppen von Menschen mit Migrationshintergrund benannt. Was die Inanspruchnahme der Angebote durch Frauen in den unterschiedlichen Einrichtungen anbelangt, scheinen sich die Befragten der Problematik bewusst zu sein. Ein Umdenken und ein damit verbundenes Handeln scheinen zudem begonnen zu haben. Müller & Wölfling (2020) haben, diesen Umstand untersuchend, zwei Faktoren identifizieren können, die den Zugang zu Frauen mit internetbezogenen Störungen verbessern können. So fanden sie zum einen, dass bei betroffenen Frauen das Umfeld erst spät auf die Problematik aufmerksam wird. Hier gelte es, gender-sensitive Kommunikationsstrategien und Aufklärungskampagnen zu entwickeln, um so bei betroffenen Frauen und Mädchen frühzeitig ein Problembewusstsein befördern zu können. Zum anderen zeigte es sich, dass Frauen mit internetbezogenen Störungen häufig zuerst in anderen Versorgungssystemen vorstellig werden, ohne dass jedoch die (komorbid) bestehenden internetbezogenen Störungen erkannt werden. Müller & Wölfling (2020) fordern deshalb einen „*forcierten Einsatz von diagnostischen Maßnahmen zur (differenzialdiagnostischen) Abklärung*“. Dies unterstreicht noch einmal die oben beschriebene Forderung nach einem regelhaften Screening auf Verhaltenssüchte in allen Bereichen der Suchthilfe.

5.6 Wohnprojekte

Wohnprojekte bieten Leistungen im Wohnumfeld der Betroffenen mit dem Ziel, Menschen, die chronisch suchterkrank sind oder eine Suchterkrankung überstanden haben, die soziale Integration zu erleichtern. Die Unterstützung findet dabei in vom Anbieter zur Verfügung gestelltem Trägerwohnraum, in eigenem Wohnraum oder in gesondert vom Anbieter angemieteten Gemeinschaftsräumen statt.

Aus der Sicht der Interviewteilnehmenden werde in Berlin ein gutes, sich ergänzendes Hilfeangebot mit vielen unterschiedlichen Schwerpunkten vorgehalten, das es so differenziert in anderen Städten und auch in anderen Bereichen des Hilfesystems nicht gebe. Nicht zuletzt wird auch hier die gute Zusammenarbeit unter den verschiedenen Trägern gelobt, die zu einer verbesserten Versorgung der Klientinnen und Klienten führe.

5.6.1 Struktur/Angebote

Der größte Teil der Angebote in diesem Bereich der Suchthilfe ist im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX geregelt. Dies sind Angebote, die durch die Bezirke gesteuert werden und überwiegend Menschen mit einer Alkoholerkrankung erreichen. Sie sind zum einen Teil der bezirklichen gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung (Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung) als auch überregional für bestimmte Zielgruppen (Betreutes Wohnen für Substituierte und Psychosoziale Übergangseinrichtung für ausstiegsorientierte Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung).

Darüber hinaus gibt es für spezifische Zielgruppen überregionale Angebote, die durch das Land koordiniert werden. Hinzu kommt betreutes Gruppenwohnen für ehemals drogenabhängige Menschen nach einer abgeschlossenen Therapie, welches nach SGB XII (Sozialhilfe) geregelt ist. Wohnprojekte für Kinder und Jugendliche werden über das SGB VIII finanziert und durch die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie koordiniert.

Aus dem Blickwinkel der Vertreterinnen und Vertreter der entsprechenden Wohnprojekte konnte somit in den letzten Jahren ein sehr differenziertes Hilfeangebot für die Zielgruppe geschaffen werden, das nicht zuletzt wegen seiner besonderen Funktion, die Betroffenen in ihrer Lebenswelt erreichen zu können, erhalten und ausgebaut werden muss.

Finanzierung

Der größte Teil der Angebote von betreuten Wohnprojekten für suchtkranke Menschen findet sich in der Eingliederungshilfe (§ 78 i. v. m. § 123 SGB IX) wieder. Die Plätze für Erwachsene, die ein Anrecht gemäß „*Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen*“ SGB IX, Teil 2 haben, werden über die Teilhabefachdienste der Bezirke vergeben. Sie sind zum einen Teil der bezirklichen gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung (Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung), aber auch überregional für bestimmte Zielgruppen da (Betreutes Wohnen für Substituierte und Psychosoziale Übergangseinrichtung für ausstiegsorientierte Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung).

Darüber hinaus gibt es für auch überregionale Angebote, die über das Integrierte Gesundheits- und Pflegeprogramm (IGPP), Handlungsfeld Drogen und Sucht, bei der für

Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung finanziert werden. Dazu zählen die Wohnprojekte „die Therapeutische Wohngemeinschaft für Migranten – Nokta“ und „die Therapeutische Wohngemeinschaft Violetta Clean für suchtmittelabhängige Frauen“. Darüber hinaus gibt es noch eine Not- und Krisenübernachtung für obdachlose Suchtkranke die „Krisenwohnung – des Notdienst e. V.

Weiterhin gibt es spezielle überregionale Wohnangebote für wohnungslose Suchtkranke nach einer Suchtrehabilitation im Rahmen der Einrichtungen und sozialen Dienste für den Personenkreis nach §§ 67, 68 SGB XII (Leistungstyp Betreutes Gruppenwohnen für ehemals drogenabhängige Menschen nach abgeschlossener Therapie). Wohnprojekte für Kinder und Jugendliche werden über das SGB VIII finanziert und durch die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie koordiniert.

Mit dieser komplizierten Finanzierungsstruktur sind für die Projekte verschiedene Hürden verbunden. Die Einrichtungen erhalten Leistungen von unterschiedlichen sozialrechtlichen Leistungsträgern in unterschiedlichen Abrechnungsformen. Damit verbunden sind vielfältige rechtliche bzw. verwaltungstechnische Anforderungen, die einen hohen Verwaltungsaufwand erfordern und eine angemessene Versorgung der Betroffenen erschweren. Ein zusätzlicher Unsicherheitsfaktor für die Projekte, die Wohnraum vorhalten, ist, wenn steigende Kosten, die im Zusammenhang mit dem Wohnraum anfallen, nicht analog ihres Anstiegs erstattet werden. Insgesamt wünschen sich die Projekte deshalb eine Finanzierung, die den tatsächlich anfallenden Kosten entspreche. Zugleich wünschen sie sich, stärker ihre Expertise in die Bedarfsplanung einbringen zu können, um so schwer zu refinanzierende Leistungen, die am Bedarf der Zielgruppe vorbeigingen, im Vorfeld vermeiden zu können.

5.6.2 Zielgruppenerreichung

Berlinweit stehen mit der oben beschriebenen Angebotsstruktur für Erwachsene im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik fast 12.000 Plätze zur Verfügung. Hinzu kommen 39 Wohn- und Übernachtungsplätze, die über das Integrierte Gesundheits- und Pflegeprogramm (IGPP) finanziert werden. Dabei entfallen 17 Plätze auf die Krisenwohnung – niedrigschwellige Not- und Krisenübernachtung für obdachlose Suchtkranke, 8 Plätze auf die Therapeutische Wohngemeinschaft Violetta Clean für suchtmittelabhängige Frauen und 14 Plätze auf die Therapeutische Wohngemeinschaft für Migrantinnen und Migranten – Nokta.

Zielgruppen, die aus der Sicht der Expertinnen und Experten aktuell noch nicht so gut versorgt werden können, seien vor allem Personen, deren sozialrechtlichen Ansprüche unklar oder nicht vorhanden seien.

5.6.3 Herausforderungen und Probleme

Ein Teil der Leistungen zielt darauf ab, die Klientel in eine angemessene medizinische Versorgung zu vermitteln. Aus den Rückmeldungen wird jedoch deutlich, dass dies nicht immer gelingt. So fehle es an Angeboten der ärztlichen Versorgung allgemein, an Therapieplätzen, aber auch an der Möglichkeit, zeitnah Entgiftungsplätze bei Rückfällen zu finden. Erschwerend komme hinzu, dass Menschen mit einer Suchterkrankung oft mit einem

Stigma behaftet seien, welches die Hürden für eine Inanspruchnahme weiterführender Hilfen erhöhe.

Gleichzeitig wurde festgehalten, dass auch bei der Entlassung aus Haftanstalten oder Kliniken häufig ein systematisches Übergangsmangement beispielsweise bezüglich möglicher Kostenträger fehle. Hier brauche es einen besseren Informationsaustausch unter den beteiligten Systemen. Auch und gerade im Hinblick auf eine hohe Personalfuktuation wären verbindliche Regeln bei der Aufnahme und Entlassung von Menschen mit einer Suchterkrankung hilfreich. Gleichzeitig müsse schon in der Ausbildung beispielsweise von Medizinerinnen und Medizinern einer möglichen Stigmatisierung der Betroffenen entgegengewirkt werden.

Zum anderen werden Probleme aufgezeigt, die sich aus der hohen Problembelastung der Klientel ergeben. Vor allem hinsichtlich der psychischen Belastung der Betroffenen gelte es, stärker bereichsübergreifend zu arbeiten. Die Zusammenarbeit und der fachliche Austausch mit der Sozialpsychiatrie sollte verbessert werden. In letzter Zeit verstärke sich in diesem Zusammenhang ein Phänomen, das mit der starken psychischen Belastung zusammenhänge: zunehmende Gewalt in den Einrichtungen. Hier fehle es an Angeboten der Gewaltprävention.

Kritisch wird die Organisation der Hilfen im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung gesehen. Schwierig sei, dass die letzte Meldeadresse ausschlaggebend für die Versorgung im jeweiligen Bezirk sei, denn nicht bei jeder Person sei diese auch übereinstimmend mit dem aktuellen Lebensmittelpunkt. Zum anderen seien die bürokratischen Hürden für die Betroffenen so hoch, dass es zu langen Wartezeiten käme.

5.6.4 Perspektiven

Menschen, die von einer Suchterkrankung betroffen sind oder waren, werden überwiegend im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung versorgt, zumeist im Rahmen der Eingliederungshilfe. Der strukturellen Aufteilung der Suchthilfe in legale und illegale Substanzen folgend, steht zu vermuten, dass bezirklich gesteuerte Angebote sich hauptsächlich an Menschen mit einer Alkoholproblematik wenden. Hier müsste in einem ersten Schritt eine Datengrundlage geschaffen werden, die eine Aussage zur Inanspruchnahme dieser Angebote auch durch Konsumierende illegaler Substanzen erlaubt. Sollte es sich bewahrheiten, dass hier ein unverhältnismäßig großes Ungleichgewicht besteht, muss darüber nachgedacht werden, wie dieses ausgeglichen werden kann.

Nimmt man hinzu, dass immer mehr Menschen in diesem Bereich unter einer zusätzlichen psychiatrischen Störung leiden, muss kommt man um eine stärkere Ausrichtung der Steuerung bzw. der konkreten Angebote am tatsächlichen Bedarf der Klientel nicht herum. Ein erfolgreicher Ansatz, der Wege aufzeigt, wie dies gelingen kann, ist der „Housing first“-Ansatz. Die Grundhaltung: Erst die Versorgung sichern, dann die Kostenübernahme prüfen, muss stärkere Anwendung, nicht nur im Bereich „Wohnen“, finden (vgl. Kapitel 8).

Schnittstellenprobleme ergeben sich auch für die Wohnprojekte meist dort, wo benötigte Plätze fehlen. Für eine adäquate Betreuung ist es insbesondere bei abstinenzorientierten Projekten wichtig, bei Rückfällen zeitnah Entgiftungsplätze zu erhalten. Hier braucht es

engere Kooperationen mit den entsprechenden Krankenhäusern auf schriftlicher Basis. Umgekehrt gilt es zukünftig die Entlassung aus stationären Versorgungssystemen und hier insbesondere aus der Haft besser zu organisieren. Als Problem erweist sich hier insbesondere die formale Trennung der Kostenträger beim Wechsel zwischen den Systemen. Hier muss zukünftig im Vorfeld der Entlassung ein enger Austausch zwischen den Ämtern, den Haftanstalten und den Vertreterinnen und Vertretern der Suchthilfe stattfinden. Idealerweise wird auch die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ (EUTB) mit eingebunden. Zusätzlich müssen, gerade im Zusammenhang mit einer hohen Personalfuktuation, verbindliche Leitlinien für einen reibungslosen Übergang von den beteiligten Einrichtungen erarbeitet werden. Dabei ist jeder Bereich für die interne Umsetzung dieser Leitlinien verantwortlich.

Zentrales Thema im Hinblick auf die Versorgung der Zielgruppe ist, wie eingangs erwähnt, die Versorgung von Menschen mit Mehrfachdiagnosen bzw. mit einer hohen persönlichen Belastung (vgl. Kapitel 8). Hier geraten die Wohnprojekte immer stärker an ihre Grenzen. Die damit verbundene Belastung erschwert nicht nur die Rekrutierung dringend benötigter neuer Fachkräfte. Vielmehr noch entsteht das Gefühl, die eigene Klientel nicht angemessen betreuen zu können. Hier schlagen wir vor, zukünftig noch stärker den Bedarf der Betroffenen in den Vordergrund zu stellen und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungssysteme zu verbessern. Dabei muss geprüft werden, wie der Einbezug psychiatrischer Kompetenz in die Versorgung dieser Zielgruppe gelingen kann.

5.7 Angebote zur Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben

Die soziale (Re-) Integration von Menschen mit einer Suchterkrankung ist ein zentrales Ziel der Suchthilfe. Die Integration hat dabei zum einen eine tragende Funktion in der Rehabilitation, Stabilisierung und Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen. Zum anderen ist die Teilhabe am Arbeitsleben auch ein identitätsstiftender Faktor. Sie fördert soziale und fachliche Kompetenzen, schafft eine Struktur und ist ein Kristallisationspunkt für soziale Beziehungen.

In den Interviews wurde hervorgehoben, dass es sowohl für Menschen, die bereits clean sind, aber auch für Menschen, die noch konsumieren, vielfältige Angebote gäbe. Diese werden im Bereich der Integration als hochschwellige oder niedrigschwellige Maßnahmen bezeichnet. Hier wird es als eine wichtige Entwicklung in den letzten Jahren wahrgenommen, dass Projekte mit einem „akzeptierenden Ansatz“ gleichberechtigt neben „abstinenzorientierten“ Projekten existieren können. Auch wurde die gute Zusammenarbeit der einzelnen Träger untereinander gelobt.

5.7.1 Struktur/Angebote

Übergeordnetes Ziel ist eine soziale (Re-)Integration der Betroffenen. Dies betrifft einerseits die Teilhabe am sozialen Leben und andererseits die Integration in die Arbeitswelt. Je nach Zielgruppe liegt der Fokus der Maßnahmen mehr auf dem einen als auf dem anderen Aspekt. Das Angebot in Berlin reicht dabei von Begegnungsstätten und tagesstrukturierenden Maßnahmen über Schul- und Ausbildungsangebote bis hin zu Zweckbetrieben bzw. Zuverdienst-Projekten und wird von 15 verschiedenen Trägern vorgehalten.

Finanzierung

Die Organisation der Beschäftigungsangebote ist im Wesentlichen eng verbunden mit der Art der Finanzierung. Maßnahmen, die Landesmittel oder eine EU-Förderung durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) erhalten, sind überregional organisiert. Projekte, die mit kommunalen Mitteln bzw. auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches abrechnen, sind Teil der bezirklichen Versorgung.

Die Projekte erhalten teilweise eine kommunale bzw. Landesförderung im Rahmen einer Fehlbedarfsfinanzierung. Hauptsächlich erfolgt die Finanzierung aber über eine ESF-Förderung (Europäischer Sozialfonds für Deutschland) oder aus passiven (indirekten) Mitteln zur Kofinanzierung, die auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches beantragt und herangezogen werden können, wie der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), der Arbeitsförderung (SGB III), der Eingliederungshilfe (SGB IX) und der Sozialhilfe (SGB XII).

Mit der Vielfalt der Finanzierungsquellen ist für die Befragten aber vor allem auch ein hoher Verwaltungsaufwand verbunden. Weiterhin wird als problematisch wahrgenommen, dass eine zeitliche Befristung von Fördergeldern die Planungsunsicherheit erhöhe. Für mehr Planungssicherheit werden längerfristige Perspektiven und Zeiträume von mindestens fünf Jahren gewünscht. Darüber hinaus wurde der Wunsch geäußert, stärker in die Planung neuer Förderbedingungen eingebunden zu werden, um so die vorhandenen Gelder

effizienter im Sinne der Klientel verwenden zu können. Beiden Wünschen stehen häufig die Einschränkungen der jeweiligen Haushaltsordnungen entgegen.

Weiterhin besteht bei der großen Anzahl an unterschiedlichen Finanzierungsquellen auch immer das Problem, dass Geldgeber vor Bewilligung einer Maßnahme prüfen, ob nicht eine andere Instanz zuständig sei, was zu Wartezeiten für die Betroffenen führe. Nicht zuletzt ist für die Befragten die unzureichende Finanzierung auch ein wichtiger Grund dafür, dass es immer schlechter gelingt, neue Kolleginnen und Kollegen anzuwerben.

5.7.2 Zielgruppenerreichung

Im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung wurden nur die Sachberichte der folgenden fünf geförderten IGPP Projekte ausgewertet: Tagesstruktur für drogenabhängige Menschen – tageswerkstatt (Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.), ABO-Prolog (vista - Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit – gGmbH), Café Seidenfaden, Unterstützung zur Qualifizierung und beruflichen Integration (FrauSuchtZukunft Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.), Unterstützung zur schulischen Qualifikation an der Tannenhof-Schule (Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V.) sowie Unterstützung zur Qualifizierung im Holzbereich/ ADV-Tischlerei (Anti-Drogen-Verein e. V.).

Den Sachberichten dieser Projekte für das Jahr 2021 ist zu entnehmen, dass sie 205 Einmalkontakte und 265 Mehrfachkontakte hatten, wovon die meisten männlich (74,6 % bzw. 72,1 %) waren. Im Hinblick auf das Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegt die Hälfte (50,5 %) der Beschäftigten in der Altersgruppe von 25 bis 39 Jahren. Die größte Gruppe machen dabei die 30- bis 34-Jährigen aus.

5.7.3 Herausforderungen und Probleme

Zielgruppen bringen häufig multiple Problembelastungen mit

In der Zielgruppe wird vor allem eine Zunahme der Problembelastung der Klientel wahrgenommen. Vorherrschend seien mittlerweile polytoxische Konsummuster und häufig bestehe neben der Suchterkrankung auch noch mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose. In diesem Zusammenhang wurde ein gewisser Unmut geäußert, dass das Gefühl bestehe, hochbelastete, schwierige Klientinnen und Klienten würden schnell in die Suchthilfe weitergereicht, sobald auch eine Suchtmittelproblematik vorliegt. Wo aber eine weitere psychiatrische Erkrankung dominiert, fühlen sich die Projekte strukturell nicht ausreichend ausgestattet, um mit diesen Störungen adäquat umgehen zu können. Hier wünschen sich die Vertreterinnen und Vertreter der Projekte eine Steuerung, die sich vor allem an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiere.

Diese schwierige Zielgruppe vor Augen besteht zudem Unverständnis darüber, dass Beschäftigungsprojekte an der Weitervermittlungsquote, beispielsweise am Anteil derer, die in Therapie vermittelt werden können, beurteilt würden. Hier werde vernachlässigt, dass ein Teil der Klientel dauerhaft betreut werden müsse, für die das Ziel einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch ist. Für diese Zielgruppe müsse über spezifische

Angebote und Finanzierungen nachgedacht werden. Hinzu komme, dass durch die verbesserte medizinische Versorgung ebenfalls das Thema „Sucht und Alter“ zukünftig stärker adressiert werden müsse.

Verbindliche Absprachen an den Schnittstellen

Wichtige Schnittstellen für die Beschäftigungsprojekte sind vor allem die zu den Jobcentern und zu den Kliniken. Die größte Ambivalenz besteht an der Schnittstelle zu den Jobcentern. In Abhängigkeit von den jeweiligen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern kann die Zusammenarbeit sehr gut, aber auch von Ohnmacht und Resignation geprägt sein. Hier wäre es aus der Sicht der Befragten wichtig, dass es einen zentralen Ansprechpartner bzw. eine Ansprechpartnerin gäbe, mit dem bzw. mit der regelmäßige Schulungen für die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter koordiniert werden können. Auch wären Leitlinien hilfreich, die bestimmte Abläufe festlegen. Die Kooperation mit den Kliniken funktioniere eigentlich gut. Nichtsdestotrotz sei auch hier eine gute Zusammenarbeit abhängig davon, dass die Kooperation gepflegt werde. Schwieriger sei, dass es an Psychiaterinnen und Psychiatern in diesem Bereich fehle. In Hinblick auf die Steuerungsrunden der gemeindepsychiatrischen Versorgung wünschen sich die Projekte, stärker eingebunden zu werden.

5.7.4 Perspektiven

Die Integration in Erwerbsarbeit bzw. in eine individuell wertstiftende und existenzsichernde Tätigkeit bildet für viele Menschen mit Suchtproblemen bzw. im Anschluss an eine Therapie einen Hauptanker für ein suchtfreies und selbstbestimmtes Leben. Doch wird in den Interviews beschrieben, dass es an unterschiedlichen Stellen zu Hürden komme, die den Erfolg der Maßnahmen beeinträchtigen können.

An erster Stelle werden hier die finanziellen Hindernisse genannt, die eine langfristige, sichere Planung von Maßnahmen behindern können. Hier stehen die Wünsche der Befragten nach längerfristigen Förderzeiträumen in Einklang mit der Analyse der DHS (2019), die darin zu dem Schluss kommt, dass die *„Schaffung einer festen rechtlichen Grundlage zur Finanzierung, Gestaltung und Aufrechterhaltung von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen im Übergang in eine Erwerbstätigkeit bzw. Ausbildung und Qualifizierung [...] eine der Hauptforderungen an politische Verantwortungsträger/-innen bleiben.“* (DHS 2019).

Insbesondere vor dem Hintergrund der Vielzahl an Finanzierungsmöglichkeiten sehen Expertinnen und Experten der DHS auch eine Hürde für die Betroffenen, die sich in diesem undurchsichtigen Angebot schwer zurechtfinden. Hier fordert die DHS die Politik auf, mit eigenen Arbeitsangeboten oder durch qualifizierte Vermittlung bzw. im Rahmen einer Lotsenfunktion die konkrete Umsetzung der Teilhabebemühungen zu erleichtern (DHS 2019).

In Hinblick auf die Zielgruppe und die mit ihr verbundene zunehmende Problembelastung, vor allem im Zusammenhang mit immer stärker psychisch belasteten Klientinnen und Klienten, ist es hilfreich, im Rahmen der Steuerung genauer hinzuschauen, welche

Problematik die zentrale ist. Hierzu sollten die Beschäftigungsprojekte auch in die Steuerungsrunden eingebunden werden. Hinzu kommt, dass ein Teil der Betroffenen dauerhaft betreut werden muss, ohne dass eine mittel- oder gar kurzfristige Chance auf eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt besteht. Hier gilt es spezifische Beschäftigungsangebote zu entwickeln.

An den Schnittstellen wird vor allem die Zusammenarbeit mit den Jobcentern als schwierig erlebt. Die Tatsache, dass jeder Bezirk eigene Jobcenter hat und die einzelnen Jobcenter mit unterschiedlich hoher Personalfuktuation zu kämpfen haben. Auch hier können zentrale und langfristige Kontaktpersonen die Arbeit der Projekte erleichtern. Hier gilt es Leitfäden für die Zusammenarbeit für hausinterne Schulungen in den Jobcentern zu erarbeiten, die für die Sachbearbeitung handlungsleitend wären.

5.8 Einrichtungen der Suchtbehandlung

5.8.1 Struktur und Angebote der Suchtbehandlung

In Deutschland besteht die Behandlung von Menschen mit Suchtstörungen aus einer Vielzahl von Elementen, die auf einer multidisziplinären und ganzheitlichen Herangehensweise basieren. In aller Regel wird die Behandlung Suchtmittelabhängiger durch die Suchtberatung eingeleitet. Suchtberaterinnen und -berater helfen dabei, den individuellen Bedarf zu analysieren und angemessene Behandlungsoptionen aufzuzeigen. Der erste Behandlungsschritt besteht in einer Entzugsbehandlung, die üblicherweise in einem stationären Kontext erfolgt.

Ziele einer Entzugsbehandlung bei Suchtmittelabhängigen sind in erster Linie die körperliche Stabilisierung des Patienten sowie die Unterstützung bei der Überwindung der Sucht. Die Methoden einer Entzugsbehandlung können je nach Einrichtung und individuellem Bedarf variieren. Häufig werden jedoch Medikamente zur Linderung der Entzugssymptome und zur Unterstützung der Abstinenz eingesetzt. Ferner erhalten Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entzugsbehandlung psychologische Unterstützung zur Bewältigung von psychischen Belastungen und zur Förderung der Motivation. Die Kosten für Entzugsbehandlungen werden in aller Regel von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Nach erfolgreich abgeschlossener Entzugsbehandlung haben Betroffene die Möglichkeit, eine Entwöhnungsbehandlung bzw. eine medizinische Rehabilitation zu absolvieren. Eine stationäre Behandlung kann in aller Regel nur abstinent angetreten werden. Ein nahtloser Übergang von der Entzugs- in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung ist oft aus organisatorischen Gründen (Antragstellung, Kostenübernahme, etc.) nicht realisierbar. Menschen, die auf einen Platz in einer Entwöhnungsklinik warten müssen und dabei ihre Abstinenz aufrechterhalten wollen, können in Berlin das Angebot der Übergangseinrichtung nutzen. Diese Einrichtung dient der Sicherung einer stabilen sowie die suchttypische Ambivalenz überwindende Ausstiegs- und Behandlungsmotivation und wird im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen nach dem Bundesteilhabegesetz gemäß §78 in Verbindung mit §123 SGB IX gefördert.

Für die Entwöhnungsbehandlung Suchtmittelabhängiger gibt es seit 1978 die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit zahlreichen Behandlungsoptionen. Im Mittelpunkt der Suchtrehabilitation steht die Förderung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Abhängigkeit und der psychischen und sozialen Situation Betroffener kann die Entwöhnungsbehandlung entweder stationär oder ambulant erfolgen.

Stationäre Entwöhnungsbehandlung: Für Menschen mit schweren Suchtproblemen kann eine stationäre Rehabilitation in Betracht gezogen werden. In spezialisierten Suchtkliniken oder Abteilungen von Krankenhäusern erhalten die Patientinnen und Patienten eine

umfassende Behandlung, einschließlich medizinischer Betreuung, psychotherapeutischer Unterstützung und sozialer Rehabilitation.

Ambulante Entwöhnungsbehandlung: Ambulante Rehabilitation richtet sich an Personen, bei denen eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist oder die bereits eine stationäre Rehabilitation absolviert haben und weiterhin Unterstützung benötigen. Dies kann verschiedene Formen annehmen, insbesondere aber geht es um Einzel- oder gruppentherapeutische Maßnahmen.

Entwöhnungsbehandlungen werden in aller Regel von der Deutschen Rentenversicherung finanziert, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen tritt teilweise auch die Krankenkasse in die Finanzierung ein.

Nach der Entwöhnungsbehandlung ist die Nachsorge von großer Bedeutung, um den langfristigen Erfolg der Suchtbehandlung zu unterstützen. Hierzu können regelmäßige Einzel- und Gruppengespräche in Beratungsstellen gehören oder die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen.

5.8.2 Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungen

Folgt man den Daten der Berliner Krankenhausdiagnosestatistik, so wurden in den Jahren 2020 und 2021 in den Berliner Kliniken jeweils knapp 15.000 Entgiftungsbehandlungen (2020=14.923; 2021=14.098) durchgeführt. Mit Abstand am häufigsten wurden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) diagnostiziert (2020=9.994; 2021=9.166). Insgesamt 1.205 Behandlungsfälle wiesen 2020 Suchtstörungen durch Opiate auf (2021=993) und etwa ähnlich viele Fälle betrafen Suchtstörungen durch Cannabinoide (2020=1.099; 2021=1.032). Männer mit Suchtstörungen werden deutlich häufiger in Berliner Kliniken behandelt (2020=11.034; 2021=10.468) als Frauen (2020=3.889; 2021=3.639).

Die Übergangseinrichtung wurde 2021 von insgesamt 93 Männern und 13 Frauen genutzt. Im Jahr 2022 waren es 78 Männer und 12 Frauen. Die Mehrzahl der Nutzerinnen und Nutzer hält sich zwischen einem bis drei Monaten in der Übergangseinrichtung auf, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 2022 insgesamt 61 Tage. Regulär entlassene Patientinnen und Patienten nutzten die Übergangseinrichtung im Durchschnitt 73,5 Tage, während irregulär Entlassene durchschnittlich 44,4 Tage in der Einrichtung verbleiben.

Nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung haben im Jahr 2020 insgesamt 980 in Berlin gemeldete Personen eine stationäre medizinische Suchtrehabilitationsbehandlung absolviert. 613 Personen waren alkoholabhängig, 355 waren drogenabhängig. Im Jahr 2021 war das Aufkommen von Patientinnen und Patienten in der stationären Rehabilitation mit 1.051 Betroffenen etwas höher (Alkohol= 620; Drogen=414). Die Deutsche Rentenversicherung dürfte zwar Kostenträger der meisten stationären Rehabilitationen von Abhängigkeitserkrankten sein, dennoch werden auch einige Behandlungen von Krankenkassen übernommen, sodass die tatsächliche Zahl der stationären Rehabilitationen von Abhängigkeitserkrankten etwas höher liegen dürfte.

Um abschätzen zu können, wie viele Menschen aus Berlin mit einer Suchtstörung eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, wurden die Leistungserbringer

in Berlin gebeten, Angaben dazu zu machen, wie viele Klientinnen und Klienten das ambulante Reha-Angebot ihrer Einrichtung in diesen beiden Jahren genutzt haben. Danach haben im Jahr 2021 insgesamt 513 Personen und 2022 insgesamt 531 Personen mit einer ambulanten medizinischen Rehabilitation begonnen. Nach den Daten der Deutschen Rentenversicherung dürfte der Anteil drogenabhängiger Patientinnen und Patienten etwas höher sein als der Anteil alkoholabhängiger Rehabilitanden. Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass die ambulanten Entwöhnungsbehandlungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Jugendämtern bzw. von gesetzlichen Krankenkassen refinanziert werden.

Folgt man den Ergebnissen der Befragung unter Suchtberatungsstellen, die in den letzten Jahren im Rahmen einer Suchtrehabilitation ein Nachsorgeangebot bereitgestellt haben, nutzen in Berlin jährlich 500-600 Personen die Nachsorgegruppen der Beratungsstellen. Danach haben im Jahr 2021 insgesamt 551 Personen und 2022 insgesamt 539 Personen mit einer Nachsorgemaßnahme begonnen. Dabei dürfte der Anteil alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten höher sein als der Anteil drogenabhängiger Rehabilitanden. Insgesamt jedoch sprechen diese Daten dafür, dass nur etwa die Hälfte aller Personen, die eine stationäre Rehabilitation absolviert haben, eine ambulante Nachsorge in Anspruch nimmt.

Nachfolgend soll nun skizziert werden, wie die Berliner Suchthilfe von Beschäftigten der Suchtbehandlung eingeschätzt wird, welche Herausforderungen und Probleme in der Versorgung Suchtmittelabhängiger und welche Weiterentwicklungspotentiale gesehen werden.

5.8.3 Herausforderungen und Probleme der Entzugsbehandlung

Eine zentrale Aufgabenstellung in der Behandlung Suchtmittelabhängiger ist eine möglichst zeitnahe Vermittlung Betroffener aus der Entzugsbehandlung in weiterführende Hilfen, z.B. in eine Entwöhnungsbehandlung. Hierzu hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 zusammen mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine gemeinsame Handlungsempfehlung für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug zur Suchtrehabilitation herausgegeben. Dabei soll der Übergang vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtungen durch ein sog. „Nahtlosverfahren“ zeitnah erfolgen. Die Umsetzung dieser Richtlinie gelingt jedoch nicht reibungslos. Probleme im Übergang von der Entzugsbehandlung in die medizinische Suchtrehabilitation ergeben sich vor allem, wenn Betroffene die Entgiftung antreten, ohne vorher mit Hilfe einer Beratungsstelle einen Antrag für die Entwöhnungsbehandlung gestellt zu haben.

Ein weiteres Problem wird erkennbar, wenn man die Zahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen zur Zahl der Entwöhnungsbehandlungen ins Verhältnis setzt. Hieraus wird ersichtlich, dass nur ein sehr kleiner Teil aller Patientinnen und Patienten nach dem Entzug eine Entwöhnungsbehandlung beginnen. Ob dieser Sachverhalt durch eine mangelnde Behandlungsmotivation Betroffener, die Hochschwelligkeit des Zugangs zur Entwöhnung oder durch andere Faktoren beeinflusst ist, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht entschieden werden. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang jedoch das

Ergebnis einer Stichtagsuntersuchung eines Krankenhauses der Regelversorgung, wonach 22 % der Patientinnen und Patienten einer Entzugsstation wohnungslos oder obdachlos waren. Für sehr viele Suchtmittelabhängige dürfte demnach die fehlende Wohnung das größte Problem nach dem Abschluss der Entgiftungsbehandlung sein. Personen, die eine Entzugsbehandlung absolviert haben, benötigen eigentlich ein abstinentes Umfeld. Zwar stehen in Berlin einige wenige Wohnplätze für „cleane“ suchtmittelabhängige Menschen zur Verfügung, diese decken den Bedarf jedoch bei weitem nicht. Aber auch abstinente Wohnangebote stellen für die Betroffenen, die aus der Entzugsbehandlung kommen, manchmal ein Problem dar: In aller Regel führt ein Rückfall zum sofortigen Verlust dieses Wohnplatzes.

Substituierte sind von den hier skizzierten Schwierigkeiten bei der Wohnraumversorgung in doppeltem Sinn betroffen: Als Suchtmittelabhängige haben sie keinen oder zumindest erschwerten Zugang zu Wohnraum von Nicht-Abhängigen und auch nicht zu Wohnangeboten für abstinente Suchtmittelabhängige.

Perspektiven

Aus der Sicht der befragten Professionellen der Entzugskliniken gibt es einen erheblichen Entwicklungsbedarf im Bereich der Entwöhnungsbehandlung Substituierter, insbesondere vor dem Hintergrund, dass aktuell eine vergleichsweise große Zahl drogenabhängiger Menschen substituiert wird. Folgt man den aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung Opiatabhängiger, so stellt die substitutionsgestützte Behandlung komplexer Abhängigkeitserkrankungen und der häufig bestehenden komorbiden Erkrankungen einen bedeutsamen Baustein der Suchthilfe dar. Diese Option wird in Berlin jedoch bislang wenig genutzt.

5.8.4 Herausforderungen und Probleme der Übergangseinrichtung

Auf die Frage nach Schwierigkeiten in der Arbeit wurden von der Übergangseinrichtung zwei Themenbereiche benannt, die auch an anderer Stelle der Berliner Suchthilfe deutlich wurden. Die erste Problematik besteht in einer angemessenen psychiatrischen Versorgung von Personen, die – zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung – von einer schweren psychischen Störung betroffen sind. An diesem Beispiel wird u.a. deutlich, wie wichtig eine systematische Vernetzung der Suchthilfe mit dem System der psychiatrischen Versorgung ist. Suchtmittelabhängige mit schweren komorbiden psychischen Störungen lassen sich nur in einem Verbund versorgen. Die psychiatrische Versorgung ist jedoch regional, d.h. auf Bezirksebene organisiert. Probleme entstehen häufig, wenn eine überregionale Einrichtung wie die Übergangseinrichtung für ihre Patientinnen und Patienten eine psychiatrische Notfallversorgung in Anspruch nehmen möchte. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind an psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angegliedert und haben einen auf die jeweilige Region bezogenen Versorgungsauftrag. Patientinnen und Patienten der Übergangseinrichtung sind vor diesem Hintergrund gehalten, die psychiatrische Notfallversorgung jenes Bezirks in Anspruch zu nehmen, in dem sie polizeilich gemeldet sind. Für Betroffene kann dies bedeuten, dass eine Notfallhilfe z.B. in Spandau aufgesucht werden muss, obgleich z.B. die Psychiatrische

Institutsambulanz im Klinikum Friedrichshain in einer vergleichsweise kurzen Entfernung von der Übergangseinrichtung angesiedelt ist.

Ein zweiter Problembereich, der von den Führungskräften der Übergangseinrichtung benannt wurde, betrifft die Versorgung suchtmittelabhängiger Menschen, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesteilhabegesetz haben. Dieser Personenkreis kann zwar im Rahmen einer Akutversorgung eine stationäre Entzugsbehandlung absolvieren, für weitergehende suchtspezifische Maßnahmen wie eine Aufnahme in die Übergangseinrichtung oder eine Entwöhnungsbehandlung fehlt diesem Personenkreis die sozialrechtliche Grundlage.

Perspektiven

Obgleich die Übergangseinrichtung seit mehr als 40 Jahren ein fester Bestandteil der Berliner Suchthilfe ist, hat die Einrichtung aufgrund ihres Alleinstandsmerkmals den formalen Charakter eines „Modellprojekts“.

Mit dem Modellstatus konnte die Einrichtung mit Hilfe der Senatsverwaltung Regelungen treffen, die dem besonderen Leistungsauftrag und der Zielgruppe gerecht werden. Die vertragliche Grundlage bildet die Eingliederungshilfe auf der Grundlage des §§123 ff. SGB IX (BTHG) in Verbindung mit §§ 78 ff BTHG – Leistungen zur sozialen Teilhabe. Künftig wird die Übergangseinrichtung als psychosozial betreutes Übergangswohnen über Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe als fester Bestandteil der suchtspezifischen Versorgung Berlins auf einer nachhaltigen vertraglichen Basis zu verankern sein.

5.8.5 Herausforderungen und Probleme der stationären Entwöhnungsbehandlung

Die befragten Führungskräfte der Berliner Rehabilitationskliniken sehen in dem Mangel an Fachkräften, insbesondere im Pflegebereich, ein zentrales Problem, das die Versorgungssituation Suchtmittelabhängiger ebenso bedroht wie die wirtschaftliche Existenz der Träger. Die Befragten kritisierten in diesem Zusammenhang die Deutsche Rentenversicherung, zum einen im Hinblick auf die Vorgaben zur Personalausstattung und zum anderen wegen eines wenig kooperativen Kommunikationsstils. Gemäß den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Personalausstattung der stationären Einrichtung müssen Kapazitäten abgebaut werden, wenn die im Stellenplan vorgesehenen Stellen nicht besetzt werden können.

Ein weiteres Problemfeld der stationären Rehabilitationen von Abhängigkeitserkrankten stellt eine fachgerechte Weiterbehandlungsoption dar. Suchtkranke Menschen, die eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, weisen sehr häufig neben ihrer Suchtstörung weitere, oft schwerwiegende psychische Störungen auf. Sehr häufig – so wird berichtet – werden diese Patientinnen und Patienten aus der Sucht-Rehabilitation entlassen, ohne dass eine entsprechende ambulante Weiterbehandlung daran anschließt. Nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten gefährdet dies einen nachhaltigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation.

Ein erhebliches Weiterentwicklungspotential sehen die Befragten aus den Rehabilitationskliniken im Bereich der medizinischen Rehabilitation Substituierter. Bereits im Jahr 2001 haben sich Krankenversicherung und Rentenversicherung auf „Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels“ verständigt, was die Möglichkeit für Betroffene auf eine substitutionsgestützte stationäre Behandlung geschaffen hat. Die Vernetzung niedrigschwelliger und ausstiegsorientierter Hilfen könnte nach der Einschätzung von Expertinnen und Experten für Betroffene eine Chance bieten, ihre gesundheitliche Situation und die Integration auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern.

Perspektiven

Im Zusammenhang mit der Bestandsaufnahme zur Situation der stationären Behandlung Suchtmittelabhängiger sind in dem Gruppeninterview auch Perspektiven diskutiert worden, die möglicherweise zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen könnten. Eine dieser Ideen betrifft die Frage, wie eine fachgerechte Weiterbehandlung von Rehabilitanden mit schweren komorbiden Störungen sichergestellt werden könnte. Hier wurde angeregt, verstärkt und vor allem systematisch psychiatrische Institutsambulanzen einzubinden.

5.8.6 Herausforderungen und Probleme der ambulanten Entwöhnungsbehandlung

Ein Großteil der von den Professionellen der ambulanten Rehabilitation formulierten Probleme beziehen sich auf den Kostenträger, die Deutsche Rentenversicherung (DRV).

Ein aktueller Konflikt zwischen der DRV und den Leistungserbringern der ambulanten Rehabilitation betrifft die Nutzung von Telefon und Internet in der Behandlung der suchtmittelabhängigen Klientel. Während der Pandemie wurden Einzel- und Gruppeninterventionen überwiegend über Telefon und/oder Video-Chat durchgeführt. Diese „Notlösung“ hat aus der Sicht der Praktikerinnen und Praktikern teilweise zu guten Erfahrungen geführt, weshalb eine flexible Nutzung von Chat und Telefon in der suchtttherapeutischen Behandlung nach der Pandemie gefordert wird.

Anders als die Deutsche Rentenversicherung sehen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV- SV) die Vorteile in einem flexiblen Einsatz elektronischer Medien und haben beschlossen, dass bis zu 30 % der psychotherapeutischen Leistungen pro Quartal per Videositzungen erbracht werden können.

Ein weiteres Ärgernis aus der Perspektive der ambulanten Behandlungsstellen ist die nach wie vor lange Bearbeitungszeit der DRV, um die Rechnungen der Leistungserbringer zu begleichen. Auch wird kritisiert, dass nicht mehr die Behandlungseinrichtungen den Bescheid zur Kostenübernahme durch die DRV erhalten, sondern die Klientinnen und Klienten.

Insbesondere Beratungsstellen beklagen die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung hinsichtlich der vorzuhaltenden Personalausstattung. So sieht das „Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vor, dass Leistungserbringer „pro Gruppe (bis 8 teilnehmende Rehabilitanden) mindestens zwei Stunden pro Woche“ (Deutsche Rentenversicherung, 2020) eine Ärztin oder einen Arzt

beschäftigen müssen. Angesichts des hiermit verbundenen Kostenaufwands und des aktuellen Fachärztemangels haben in den letzten Jahren einige Beratungsstellen in Berlin die Durchführung ambulanter Rehabilitation eingestellt.

Die Kosten für die Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation werden von der Deutschen Rentenversicherung pauschaliert vergütet. Mit diesem pauschalen Kostensatz werden jedoch ausschließlich therapeutische Einzel- bzw. Gruppengespräche refinanziert. Therapievorbereitende oder -begleitende Maßnahmen sind in dem Kostensatz ebenso wenig berücksichtigt wie Kosten für die ärztlichen Leistungen, medizinische Laboruntersuchungen (Drogen-Screenings), Räumlichkeiten und Verwaltung.

Vor dem Hintergrund dieser Situation fördert die Berliner Senatsverwaltung seit mehr als 20 Jahren drei ambulante Rehabilitationsangebote mit einer „Sockelfinanzierung“ (FrauSuchtZukunft e. V., Kokon e. V., Therapieladen e. V.), die insbesondere die therapievorbereitenden und -begleitenden Maßnahmen sicherstellen sollen. Allerdings wird angemerkt, dass die jeweilige Höhe dieser Zuwendung eher historisch begründet als rational nachvollziehbar ist und es bei der Förderung durch den Berliner Senat an Transparenz fehlt.

Ein ganz spezifisches Schnittstellenproblem tritt nach der Einschätzung der Leiterinnen und Leiter der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oft dann zutage, wenn eine Patientin bzw. ein Patient während der Behandlung rückfällig werde, die Reha aber fortsetzen möchte. Hier wünschen sich die Befragten die Möglichkeit, ihre Klientel kurzfristig in eine Entgiftungsklinik zu vermitteln. Diese „Auffang-Behandlung“ in einer Krisensituation würde die Chance bieten, dass Behandlungen nicht abgebrochen, sondern fortgesetzt werden können.

Perspektiven

Aus der Sicht der befragten Führungskräfte der ambulanten Behandlungseinrichtungen ließen sich in Berlin deutlich mehr Menschen mit Suchtstörungen vor Ort behandeln, wenn die institutionellen Voraussetzungen hierfür günstiger wären. Dies betrifft zum einen die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung im Hinblick auf die verpflichtende Mitarbeit ärztlich-psychiatrischer Beschäftigter (2 Wochenarbeitsstunden pro 8 Rehabilitanden), als auch die Sockelfinanzierung für vorbereitende und begleitende Therapiemaßnahmen. Auch stellt sich die Frage, ob niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sich zukünftig nicht stärker an der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik beteiligen könnten. Gerade für einen Personenkreis, der im Rahmen einer suchtspezifischen medizinischen Rehabilitation erfolgversprechende Prozesse begonnen habe, wäre eine psychotherapeutische Anschlussbehandlung eine Möglichkeit, Behandlungserfolge nachhaltiger abzusichern.

5.8.7 Herausforderungen und Probleme der Nachsorge

Die Nachsorge ist im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtmittelabhängiger von großer Bedeutung, da sie dazu beiträgt, den Erfolg der Rehabilitation aufrechtzuerhalten und Rückfälle zu vermeiden. Einrichtungen der ambulanten Nachsorge sind darauf angewiesen,

dass die Beschäftigten der stationären Rehabilitationsklinik Betroffene zur Durchführung einer ambulanten Nachsorge motivieren. Nach Einschätzung der in der Nachsorge engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben die Zuweisungen aus den Suchtkliniken in den letzten Jahren jedoch eher abgenommen.

Seit jeher stellen Rückfälle in jeder Phase der Behandlung suchtmittelabhängiger Menschen eine große Herausforderung dar. Insbesondere wenn es gilt, Betroffene möglichst zeitnah für die Fortsetzung des Suchtmittelverzichts und der suchtspezifischen Behandlung zu motivieren. Sehr häufig führen Rückfälle während der Nachsorge zu einem kompletten Kontaktabbruch zur Beratungsstelle. Diese Problemlage ließe sich deutlich minimieren, wenn Nachsorgeeinrichtungen in derartigen Krisensituationen sehr kurzfristig rückfällige Suchtmittelabhängige in einer Entzugsklinik unterbringen könnten.

Die Befragten kritisierten die finanzielle Ausstattung der Nachsorge und die damit verbundene Frage nach den Qualitätsstandards. So haben die Kostenträger der medizinischen Rehabilitation vor wenigen Jahren den Vergütungssatz für die Nachsorge reduziert und die Anforderungen an das Nachsorgepersonal gesenkt. In diesem Zusammenhang muss die Frage gestellt werden, ob die finanzielle Ausstattung der Nachsorge den teilweise sehr schwer komorbid erkrankten Suchtmittelabhängigen gerecht werden kann.

Perspektiven

Die in der Nachsorge engagierten Kolleginnen und Kollegen wünschen sich, abgesehen von einer hinreichend soliden Finanzierung ihrer Arbeit, vor allem ein weniger aufwändiges administratives Verfahren.

5.9 Sucht-Selbsthilfe

Die Sucht-Selbsthilfe ist als Hilfe für Betroffene von Betroffenen ein elementarer Baustein des Berliner Suchthilfesystems. Für die Betroffenen kann sie zum einen der Einstieg in das Hilfesystem sei. Zum anderen kann sie eine Entgiftung oder therapeutische Maßnahme begleiten oder sich an solche Maßnahmen im Sinn einer Nachsorge anschließen. Sucht-Selbsthilfe kann aber auch unabhängig davon Menschen Angebote machen, die sich nicht ins „professionelle“ Suchthilfesystem begeben wollen.

Die allgemeine Bewertung der Sucht-Selbsthilfe in Berlin fällt insgesamt positiv aus. Hier wird bildhaft von einem „Sucht-Selbsthilfe-paradies“ gesprochen, wenn von etwa 600 Selbsthilfegruppen in Berlin berichtet wird. Positiv wird auch die Entwicklung der Zusammenarbeit mit den „beruflichen“ Suchthilfeträgern beschrieben.

Kritik wird laut, wenn es um die wahrgenommene Bedeutung der Selbsthilfe für die Suchthilfe gehe. Aus der Sicht der Protagonistinnen und Protagonisten ist die Selbsthilfe ein zentraler bzw. ergänzender Baustein der Suchthilfe, ohne den die Suchthilfe nicht so gut funktionieren würde, was aber von der professionellen Suchthilfe noch nicht in dem Ausmaß wahrgenommen werde, wie es als angemessen gesehen wird.

5.9.1 Struktur/Angebote

In der Regel werden die Angebote ehrenamtlich von Freiwilligen durchgeführt. Kern des Angebots sind Gruppentreffen, in denen sich Betroffene und deren Angehörige, teilweise unter Anleitung, austauschen und gegenseitig unterstützen können. Einen vollständigen Überblick über das gesamte Angebot an Sucht-Selbsthilfegruppen in Berlin gibt es nicht. Die Datenbank der Landesstelle für Suchtfragen führt insgesamt 545 suchtbetragene Selbsthilfegruppen auf (Stand: 2021). Das tatsächliche Angebot scheint aber noch deutlich größer zu sein.

Der allergrößte Teil der Gruppen sind Angebote für Menschen mit einer Alkoholproblematik. Für verhaltensbezogene Suchtproblematiken dagegen ist das Angebot noch sehr begrenzt, was zum Teil auch die Verbreitung der Problematik in der Bevölkerung widerspiegelt.

Finanzierung

In der Regel werden die Selbsthilfegruppen durch die Arbeit von Ehrenamtlichen getragen und sind ohne Gewinnabsicht. Dennoch gibt es gerade im Bereich der Verwaltung größerer Organisationen auch Stellen, die refinanziert werden. Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände unterstützen und fördern die Strukturen und Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Auch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) fördert Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeaktivitäten. Nicht zuletzt finanziert die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sieben Projekte im Bereich der Sucht-Selbsthilfe. Allerdings bleibt unklar, nach welchen Kriterien eine Förderung durch die Senatsverwaltung bewilligt wird bzw. mit welcher Systematik Sucht-Selbsthilfe in Berlin gefördert wird.

5.9.2 Zielgruppenerreichung

In den von der Senatsverwaltung geförderten Projekten wurden im Jahr 2021 insgesamt 2.136 Veranstaltungen dokumentiert, wovon der Hauptanteil der durchgeführten Veranstaltungen erwartungsgemäß die Durchführung von Selbsthilfegruppen ist (90,1 %, 1.925 Veranstaltungen).

Alle senatsgeförderten Selbsthilfeprojekte zusammen haben 5.564 Personen über das Jahr verteilt in eine Selbsthilfegruppe einbinden können. Im Rahmen von Kontakt- und Informationsveranstaltungen konnten weitere 1.122 Personen angesprochen werden. Darüber hinaus wurden 194 Personen im Rahmen von Freizeitaktivitäten eingebunden, 111 haben ein Fort- oder Weiterbildungsangebot in Anspruch genommen. Insgesamt wurden 7.017 Personen im Jahr erreicht.

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Mehrzahl der Selbsthilfegruppen unabhängig von der Förderung der Senatsverwaltung angeboten wird. Über die Teilnehmenden dieser Gruppen und deren Angebotsstruktur kann in diesem Bericht keine Aussage getroffen werden.

5.9.3 Herausforderungen und Probleme

Fest angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter könnten die Arbeit der Ehrenamtlichen erleichtern

Theoretisch braucht es für Angebote der Selbsthilfe nur einen Raum und eine Person, die eine Gruppe betreut. Aus den Interviews wird jedoch deutlich, dass die Realität deutlich mehr Anforderungen an die mehrheitlich ehrenamtlich organisierten Selbsthilfeanbieter stellt. So gibt es einen enormen bürokratischen Aufwand beim Beantragen von Fördergeldern. Gleichzeitig stellt die Akquise neuer Mitglieder bzw. die Netzwerkarbeit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfe vor große Herausforderungen, da sie ihr Arbeitspensum zumeist in ihrer Freizeit erledigen müssen. Unter dem Stichwort „Professionalisierung der Sucht-Selbsthilfe“ stellt sich für die Akteurinnen und Akteure hier die Frage, ob die ehrenamtlich Wirkenden von bezahlten Kräften unterstützt werden können oder ob Selbsthilfe per Definition nur von Betroffenen geleistet werden kann. Konsens bestand zumindest darin, dass zusätzliche, gut ausgebildete Kräfte die Arbeit erleichtern könnten. Hier würden die Anbieterinnen und Anbieter zukünftig die Dachorganisationen wie beispielsweise die Landesstelle für Suchtfragen dahingehend stärker einbinden wollen, dass zumindest die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker geschult werden.

Überalterung der Mitglieder führt zu Problemen

Ein zunehmendes Problem ist der Rückgang und die Überalterung von Mitgliedern. Dies betreffe aktive wie auch passive Mitglieder. Für die Expertinnen und Experten stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie neue Mitglieder rekrutiert werden können. Denkbar wäre für die Befragten eine Form der staatlichen Honorierung ehrenamtlicher Arbeit beispielsweise mit einem Bonus beim Rentenanspruch.

Neben den ehrenamtlich engagierten Mitgliedern, geht auch die Zahl der Mitglieder zurück, die in den Gruppen Hilfe suchten. Zur Beantwortung der Frage, wie neue Mitglieder in diesem Feld gewonnen werden können, wurden mögliche Zugangshürden diskutiert. Ein Punkt scheint zu sein, dass die möglichen Zielgruppen oft kein realistisches Bild gerade auch von den Vorteilen einer Selbsthilfegruppe hätten. Vielmehr würden mit Selbsthilfe verschiedenen Klischees und Stigmata verbunden. Diese gelte es, bei der Vorstellung zukünftig stärker zu adressieren bzw. auszuräumen. Aus der Sicht der Befragten muss die Selbsthilfe zudem für neue Zielgruppen attraktiver werden. Es gelte, sich breiter aufzustellen und neue Konzepte für neue Zielgruppen und Konsummuster zu entwickeln, auch und gerade im Austausch mit der professionellen Suchthilfe. Nicht zuletzt werden auch im Bereich der Selbsthilfe verstärkt Angebote für Eltern gefordert, da sie einen großen Einfluss auf Jugendliche hätten, gerade dann, wenn diese selbst noch keinen Veränderungsbedarf sehen.

Aber auch auf der Seite der Helfenden gibt es Barrieren, die abgebaut werden können. Kritisch wurde gesehen, dass die Leitung von Gruppen, erwartungsgemäß, hauptsächlich auf den eigenen Konsumerfahrungen basiere. Hier wird erneut eine dahingehende Professionalisierung gefordert, dass eine Öffnung für neue Zielgruppen mit differierenden Konsumerfahrungen erfolge. Gerade jüngere, weibliche Konsumentinnen illegaler Substanzen würden sich in den bestehenden Gruppen zu wenig verstanden fühlen. In Bezug auf diese Professionalisierung der Selbsthilfe wird sich mehr Unterstützung durch die Landesstelle für Suchtfragen gewünscht.

Neben der inhaltlichen Aufstellung gelte es auch noch stärker, die Menschen dort anzusprechen, wo sie im Suchthilfesystem auftauchen. Hier wird eine noch stärkere Kooperation mit den professionellen Suchthilfeträgern angeregt.

Suchtselbsthilfe als integrativer Bestandteil des gesamten Hilfesystems

In der Erfahrung der Selbsthilfegruppen habe es sich gezeigt, dass die Inanspruchnahme von Selbsthilfeangeboten das professionelle Suchthilfeangebot an unterschiedlichen Stellen unterstützen kann, insbesondere bei der Motivierung und der Aufrechterhaltung von Abstinenz. Dadurch könnten vor allem schwierige Übergangsphasen an den Schnittstellen des beruflichen Hilfesystems überbrückt werden. Vor diesem Hintergrund müsse die Selbsthilfe ein fester Bestandteil der Suchthilfe werden. So erscheint es den Befragten sinnvoll, an allen Übergängen innerhalb der Hilfekette gemeinsam mit den Betroffenen zu klären, ob Selbsthilfeangebote für die Genesung hilfreich wären, um dann gegebenenfalls in die entsprechenden Angebote zu vermitteln. Hierzu müssten noch stärker Kooperationen mit den unterschiedlichen Einrichtungen vereinbart werden. Dabei könne es auf einer strukturellen Ebene hilfreich sein, auch in die Abläufe der kooperierenden Einrichtungen eingebunden zu sein.

Um die Vermittlungen aus den Beratungsstellen zusätzlich erhöhen zu können, gelte es, die Mitarbeitenden vor Ort noch stärker vom positiven Wert der Selbsthilfe zu überzeugen. Auch könnten positive Rückmeldungen der Vermittelten helfen, die Motivation zur Vermittlung weiter zu erhöhen. Nicht zuletzt kann bereits die räumliche Nähe zur vermittelnden Einrichtung mögliche Hürden bei der Vermittlung beseitigen.

Selbsthilfe gibt es nicht mehr zum Nulltarif

Die Finanzierung der Selbsthilfe war lange kein zentrales Thema der Gruppen, da man sich im Selbstverständnis der Gruppen eben selbst organisiert. Hinsichtlich einer Weiterentwicklung und stärkeren systematischen Einbindung der Selbsthilfe in die professionelle Suchthilfe brauche es aus der Sicht der Befragten vor allem eine verlässliche Finanzierung von Strukturen.

Nicht zuletzt wird angeregt, gerade im Hinblick auf Werbemaßnahmen, die Krankenkassen und Schulen stärker in die Pflicht nehmen zu können. So könnten Verweise auf Selbsthilfegruppen auf den jeweiligen Webseiten kommuniziert werden.

5.9.4 Perspektiven

Die Sucht-Selbsthilfe bietet in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Chancen, die bisher noch nicht optimal ausgeschöpft werden. Insbesondere an den Schnittstellen zwischen den Versorgungssystemen kommt es immer wieder zu Brüchen. Hier bietet die Sucht-Selbsthilfe Strukturen an, die den Übergang begleiten und damit stabilisieren können. Für die professionelle Suchthilfe bedeutet dies, dass es regelhaft zu prüfen gilt, inwieweit die eigene Klientel von Angeboten der Selbsthilfe profitieren kann. Hierzu wird eine engere Einbindung der Selbsthilfeangebote in die Strukturen der Suchthilfe vorgeschlagen (vgl. Kapitel 8). Die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege könnte dazu ein Forum für den geregelten Austausch zwischen z. B. den Beratungsstellen und Selbsthilfeanbietern schaffen, um beide Bereiche stärker zu verbinden. Parallel dazu muss geprüft werden, ob die Landesstelle für Suchtfragen zukünftig noch stärker als Koordinierungsstelle für Suchtselbsthilfe in Berlin umgebaut werden kann.

Gleichzeitig ist die Sucht-Selbsthilfe aufgefordert zu prüfen, ob ihre Angebote den aktuellen Bedarfen entsprechen. Aus den Rückmeldungen der Vertreterinnen und Vertreter der Sucht-Selbsthilfe wird deutlich, dass die Selbsthilfe vor allem mit einer Überalterung ihrer Mitglieder zu kämpfen hat, sowohl was die aktiven als auch die passiven Mitglieder anbelangt.

Um neue, jüngere Mitglieder zu gewinnen, könnte eine Imagekampagne zur Bedeutung von Selbsthilfe helfen, Nachwuchs für ein Engagement zu interessieren. Zum anderen muss das Angebot der Sucht-Selbsthilfe für diverse Gruppen attraktiver werden. So gibt es ein immanentes Problem, das mit dem Ansatz der Selbsthilfe verbunden ist: Gruppenleiterinnen und -leiter greifen bei ihrer Arbeit vor allem auf ihre eigenen Erfahrungen zurück. Hier besteht die Herausforderung darin, den jeweiligen Personen einen Transfer ihres Wissens auch auf andere Substanzen zu ermöglichen. Eine solche Qualifizierung könnte durch die Landesstelle für Suchtfragen angeboten werden. Die DHS (2029) regt zusätzlich an, eine „Trinkmengenreduzierung als Einstiegshilfe zu akzeptieren und das Erreichen einer Suchtmittelabstinenz als einen dynamischen Prozess begreifen zu lernen“ (DHS, 2019). Nicht zuletzt muss auch hier über den Einsatz digitaler Angebote nachgedacht werden.

Für die Umsetzung der Änderungen müssen zumindest die Strukturen der Sucht-Selbsthilfe zukünftig regelhaft durch das Land finanziert werden. Hierbei gilt es in einem ersten Schritt einheitliche Kriterien für die Förderung von Selbsthilfeprojekten festzulegen.

5.10 Suchthilfekoordination

Die Versorgung von Menschen mit psychischen und suchtbefragten Problemen erfolgt im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung auf Bezirksebene. Die Umsetzung wird dabei durch die Psychiatrie- bzw. Suchthilfekoordination koordiniert. In Berlin betrifft das vor allem die Koordination der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen. Hinzu kommt der Bereich der Suchtprävention, welcher ebenfalls anteilig in den Bereich der Suchthilfekoordination fällt. Die Stabsstelle ist somit die zentrale Ansprechpartnerin für alle Dienste, Institutionen und Einrichtungen, die im Bezirk mit der Versorgung suchtmittelgefährdeter, suchtbelasteter und suchtkrank Menschen befasst bzw. beauftragt sind.

5.10.1 Struktur/Angebote

Jeder Bezirk hat eine Suchthilfekoordination, die gemeinsam mit der Psychiatriekoordination in der Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) angesiedelt ist. Die QPK ihrerseits unterstützt das jeweils zuständige Mitglied des Bezirksamtes bei der Erfüllung der Aufgaben, die in § 1 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) beschrieben werden. Vor diesem Hintergrund ist die wichtigste Aufgabe der Suchthilfekoordination die Entwicklung, Planung und Steuerung der Suchthilfeangebote in den Bezirken. Jede OE QPK sollte eine personelle Grundausstattung von insgesamt 6,0 Personalstellen (Evers & Henke, 2013) haben. Aus den Interviews mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren wird jedoch deutlich, dass dies nicht in jedem Bezirk zutrifft und nicht in jedem Bezirk die Suchthilfekoordination mit einer vollen Stelle ausgestattet ist. Darüber hinaus unterscheiden sich auch die Stellenzuschnitte: teilweise ist die Suchtprävention an die Stelle der Gesundheitsförderung und Prävention der QPK geknüpft.

Finanzierung

Zur Umsetzung stehen den Koordinatorinnen und Koordinatoren vor allem Mittel aus dem Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) zur Verfügung, welche an die Träger der bezirklichen Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienste und Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen weitergeleitet werden. Diese Mittel werden den Bezirken nach einem bestimmten Verteilungsverfahren (Planmengenverfahren) von der Senatsverwaltung für Finanzen zugewiesen. Grundsätzlich sind die zugewiesenen Mittel jedoch nicht zweckgebunden und können nach der Schwerpunktsetzung des Bezirks verteilt werden.

Aus der Sicht der Befragten bietet die Struktur des Finanzierungsrahmens wenig Planungssicherheit und Flexibilität. So wird die Höhe des Budgets jährlich neu berechnet und die Kriterien, die der Berechnung zu Grunde gelegt werden, teilweise als veraltet angesehen.

Gleichzeitig besteht Unmut darüber, dass die PEP-Mittel, als so genannte Produktbudgets ausgewiesen sind, die über den PEP finanzierten bezirklichen Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienste und Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen erhalten sollten, dies aber nicht zwangsläufig bedeutet, dass dieser Anteil auch bei den Projekten

produktscharf, ankomme. Hier wird bemängelt, dass die Gelder in der QPK neu aufgeteilt werden, wobei ein Ungleichgewicht zuungunsten der Suchthilfe bestünde, was sich in einem niedrigeren Anteil am Gesamtbudget widerspiegelt.

Zudem besteht das Gefühl, dass die Mittel insgesamt nicht ausreichen und somit die vom Land vorgegebenen Standards der Versorgung nicht eingehalten werden können. Das hat für die Befragten vor allem auch Auswirkungen auf ihre Möglichkeiten, Prozesse zu steuern. Da die Projekte ohnehin „prekär“ finanziert seien, werden Gelder meist nur weitergereicht. Eine Steuerung mittels des Budgets scheint so nicht möglich, da dies den Grundversorgungsauftrag gefährden würde. Spontan auf lokale Problemstellungen reagieren zu können, ist nur mit Drittmitteln möglich. Erschwerend kommt hinzu, dass Indikatoren bzw. Daten, die eine Steuerung bzw. die Planung und Weiterentwicklung von Projekten ermöglichen würden, den Koordinatorinnen und Koordinatoren nicht systematisch bzw. gar nicht vorliegen.

Für Suchtprävention auf Bezirksebene fehlen die Mittel

Aus der Sicht der Befragten ist Suchtprävention auf Bezirksebene ebenfalls ein Teil des Aufgabenbereichs der Suchthilfekoordination. Versorgungslücken bzw. Bedarfe werden meist in den entsprechenden Gremien der Suchtprävention diskutiert. Wenn Projekte ohne die Unterstützung überregionaler Suchtpräventionsangebote umgesetzt werden sollen, müssen Drittmittel eingeworben werden. Die ersten Ansprechpartner könnten hier die Krankenkassen sein, jedoch scheint der Prozess der Antragstellung so aufwendig und kompliziert zu sein, dass die Koordinatorinnen und Koordinatoren davon meist Abstand nehmen. Hier wird der Wunsch nach einem eigenen Budget für Suchtprävention formuliert, aus dem sowohl Stellen als auch Projekte finanziert werden könnten.

5.10.2 Herausforderungen und Probleme

Die Suchthilfe ist qualitativ wie quantitativ gut aufgestellt, sollte aber partiell ausgebaut werden

Im Rahmen der Interviews wurden die Suchthilfekoordinatorinnen und -koordinatoren um eine Einschätzung gebeten, wie die Versorgung im Rahmen der Suchthilfe im jeweiligen Bezirk bzw. landesweit zu bewerten sei. Die Bewertung fällt trotz der zuvor beschriebenen Schwierigkeiten sehr positiv aus. Insbesondere die Vielfalt der verschiedenen Angebote wird lobend hervorgehoben. Aber auch quantitativ ist das Angebot der Berliner Suchthilfe soweit ausgestattet, dass aus der Sicht der Koordinatorinnen und Koordinatoren in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine zeitnahe Versorgung der Betroffenen möglich ist.

Ausbau der bestehenden Angebote

Als wichtigste Zielgruppe, die bisher gar nicht oder nur schlecht erreicht wird, wurden Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf ausgemacht. Hier wird von sogenannten „Systemsprengern“ gesprochen, die schon unterschiedlichste Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen haben, sie aber nicht nutzen konnten oder gar nicht erst den Einstieg

fanden. Hier bräuchte es Angebote, die noch stärker die individuellen Lebenssituationen der Betroffenen berücksichtigen und eine deutlich intensivere Betreuung ermöglichen.

Ein weiterer, häufig benannter Wunsch ist der Ausbau von Angeboten im Bereich der Opiatabhängigkeit, insbesondere in den Randbereichen der Stadt. Ein Nadelöhr der Versorgung wird dabei in der Anzahl und der räumlichen Verteilung von Ärztinnen und Ärzten gesehen, die Angebote der Substitution vorhalten.

Weitere Zielgruppen, die bisher unterversorgt seien, sind Menschen, die nicht abstinenzfähig sind, Menschen mit stoffungebundenen Süchten (insbesondere zu den Themen Exzessive Mediennutzung und Glücksspielsucht), Menschen ohne Obdach, Menschen ohne sozialrechtliche Ansprüche und nicht zuletzt (junge) Familien. Darüber hinaus wird ein weiterer Bedarf an Wohnangeboten gesehen und es wird der Einsatz von Drug-Checking angeregt.

Die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure im Feld ist zentral für den Erfolg der Arbeit

Die Vernetzung der relevanten Akteure im Feld ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der Suchthilfekoordination. Die Erfahrung zeige, dass eine gute Schnittstellenarbeit insbesondere vom Interesse der unterschiedlichen Akteure an einer Zusammenarbeit abhängig ist.

Ein Großteil der Schnittstellen sind solche zu anderen Bereichen der Verwaltung. Hier wird beklagt, dass sich aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der unterschiedlichen Bereiche die Zusammenarbeit oft schwierig gestaltet. Insbesondere wird aber eine bessere Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gewünscht.

Die Kooperation mit den Vertreterinnen und Vertretern der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen wie auch mit den Sucht- und Drogenberatungsstellen und den niedrigschwelligen Projekten wird als sehr gut beschrieben. Überbezirkliche Netzwerkarbeit ist geprägt von der Zusammenarbeit mit den anderen Koordinatorinnen und Koordinatoren der Suchthilfe. Diese wird sehr geschätzt und als sehr hilfreich eingestuft. Hier stehen die landesweiten Treffen im Vordergrund. Der Nutzen der Regionalkonferenzen ist für viele der Befragten hingegen nicht mehr nachvollziehbar. Hier erachten die Koordinatorinnen und Koordinatoren die landesweiten Treffen als praktikabler. Wo lokale Zusammenschlüsse notwendig wären, sollten diese sich eher an der räumlichen Verortung eines Problems orientieren.

Die Vernetzung auf Landesebene beschreibt zum einen die Zusammenarbeit mit den Abteilungen der Senatsverwaltung und zum anderen mit den überregionalen Suchtpräventionsangeboten, hier vor allem mit der Fachstelle für Suchtprävention. Die Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege wird einerseits als sehr informativ und respektvoll beschrieben. Gleichzeitig besteht das Gefühl, nur Empfänger von Informationen zu sein. Dies scheint ganz generell als kritisch im Rahmen von Gremienarbeit wahrgenommen zu werden, wenn das jeweilige Forum nur als „Verkündigungs-Gremium“ gesehen wird. Gewünscht wird deshalb, dass die Expertise aus den Bezirken stärker in den Planungsprozess des Landes eingebunden wird.

Die Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Suchtprävention wird ambivalent gesehen. Das Team der Fachstelle wird als sehr kompetent wahrgenommen und die von der Fachstelle entwickelten bzw. vorgehaltenen Materialien und Maßnahmen werden geschätzt und gerne in Anspruch genommen. Kritik wird meist dort geäußert, wo sich die Aufgabenbereiche überschneiden. So wünschen sich die Suchthilfekoordinatorinnen bzw. -koordinatoren, insgesamt stärker in die Planung bzw. Koordination von Suchtpräventionsmaßnahmen einbezogen zu werden. Insbesondere bezüglich der Bestimmung der Bedarfe vor Ort sehen sie eine große Expertise bei sich selbst bzw. beklagen, dass diese Expertise nicht wahrgenommen wird.

Hürden an den Schnittstellen reduzieren

Auch an anderen Schnittstellen der Suchthilfe in Berlin sehen die Koordinatorinnen und Koordinatoren Ansatzpunkte zur Veränderung. Als wichtigste Baustelle wurden Brüche in der Versorgungskette identifiziert. Zum einen sei es schwer, bestimmte Zielgruppen ins Hilfesystem zu bekommen und zum anderen kommt es zu Brüchen, wenn an den Schnittstellen der Übergang zu hochschwierig ist oder Weitervermittlungsangebote fehlen.

Wunsch nach Auflösung der unterschiedlichen Finanzierungssysteme

Ein Thema, das von allen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern zur Sprache gebracht wurde, ist die inhaltliche wie auch organisatorische Trennung des Bereichs der legalen von den illegalen Drogen. Auf der inhaltlichen Ebene wird die Trennung als nicht mehr zeitgemäß wahrgenommen, da immer mehr Klientinnen und Klienten mit mehrfachen Diagnosen bzw. mit polytoxischem Konsumverhalten in den Beratungsstellen erscheinen. Hier wird für den weiteren Ausbau von integrierten Beratungsstellen geworben. Dies hätte auch Auswirkungen auf die Organisation der Suchthilfe in Berlin. Bisher werden Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen aus Mitteln des PEP bezahlt, während die Sucht- und Drogenberatungsstellen über den IGPP finanziert werden. Hier besteht ein starker Wunsch nach Veränderung. Ziel der Neugestaltung müsse es sein, dass alles in einer Hand liege, mit dem Vorteil, dass die finanziellen Ungleichheiten durch unterschiedliche Budgethöhen beseitigt würden und dadurch eine bessere landesweite Steuerung ermöglicht werde. Gleichzeitig sollte eine Neuordnung für mehr Handlungsspielräume und eine größere Planungssicherheit sorgen. Präferiert wird dabei ein Modell, bei dem eine Steuerung auf Landesebene erfolgt, wobei die Planung und Koordination weiterhin auf Bezirksebene gewährleistet wird.

Darüber hinaus gibt es aus der Sicht der Befragten einen Wunsch nach einer zentralen Steuerung immer dann, wenn Themen bezirksübergreifend sind. Dies betrifft z. B. begrenzte Angebote oder auch rechtliche Fragen, die landesweit Gültigkeit haben. Nicht zuletzt ist es den Befragten ein Anliegen, dass die Bedeutung der Suchthilfe für die Gesellschaft stärker kommuniziert wird.

Wunsch nach systematischer Umsetzung der Suchtprävention

Ein Hauptkritikpunkt im Bereich der Suchtprävention ist, dass das jetzige Angebot der Suchtprävention, so wie es in den Bezirken wahrgenommen wird, nicht viel mehr sei als „ein

Tropfen auf den heißen Stein". Hier werden strukturelle Veränderungen gewünscht, die einerseits eine systematische Umsetzung der Suchtprävention in unterschiedlichen Settings ermöglicht und andererseits mehr Klarheit über die strukturelle Verteilung der Aufgaben vermittelt. Eine Idee skizziert eine stärkere Verortung der Planung und Koordination der Suchtprävention in den Bezirken, wobei die bezirklichen Strukturen verstärkt durch die Fachstelle für Suchtprävention unterstützt werden sollen. Damit verbunden ist der Wunsch nach zusätzlichen finanziellen und personellen Ressourcen für die Bezirke.

Setting Schule bleibt problematisch

Suchtprävention auf Bezirksebene findet vor allem in den unterschiedlichen Settings bzw. Lebensräumen statt. Die Befragten beschreiben dabei ein vielfältiges Angebot, das zum Großteil gemeinsam mit der Fachstelle für Suchtprävention umgesetzt wird. Daneben werden viele Einzelaktionen beschrieben, die je nach verfügbaren Mitteln und dem persönlichen Engagement der jeweiligen Koordinatorin bzw. des jeweiligen Koordinators umgesetzt werden. Das größte Arbeitsfeld dabei ist der Bereich Schule, der allerdings nicht immer unproblematisch ist. Es besteht das Gefühl, dass Schulen das Thema Suchtprävention eher meiden. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren wünschen sich hier mehr Einfluss, um Suchtprävention systematisch in den Schulen umsetzen zu können. Neben den Schülerinnen und Schülern sehen die Befragten weitere Zielgruppen, die in den Fokus genommen werden sollten, welche bisher noch unterrepräsentiert sind. Dazu gehören zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Familien, aber auch Erwachsene sowie Seniorinnen und Senioren.

6 Transformation der Berliner Suchtberatung zu einem integrativen Angebot

6.1 Ausgangslage

Die Suchtberatung in Berlin ist in etwa der Hälfte der Berliner Bezirke noch immer in zwei unterschiedliche Systeme eingebunden: Die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen werden im Rahmen des Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP) und von den jeweiligen Bezirken gefördert. Dagegen erhalten die Drogenberatungsstellen Berlins ihre Förderung aus Mitteln der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Diese „Zweiteilung“ ist (nur) aus der Historie der Suchthilfe in Berlin nachvollziehbar. In der Praxis führt dies zu einer ungleichen Finanzierung und in der Folge zur Ungleichbehandlung von Beschäftigten und zu Personalabwanderung. Darüber hinaus stellen sich fachliche Fragen: Entsprechen Angebote, die sich an Konsumentinnen und Konsumenten spezifischer Substanzen richten, noch den Bedarfen, wenn festgestellt werden muss, dass ein polytoxikomanes Konsumverhalten von Zielgruppen aktuell eher die Regel als eine Ausnahme darstellt? Wie kann die Suchtberatung in Berlin adäquat auf die Veränderungen von Zielgruppen und Konsummustern reagieren? Aktuell ist aufgrund der genannten Faktoren keine gesamtstädtische Steuerung der Suchtberatung möglich.

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Problematik war es im Rahmen der Erarbeitung einer Landesstrategie Sucht erforderlich, ein Konzept bzw. Vorschläge zur Verfahrensweise der Entwicklung einer integrierten Suchthilfe in allen Berliner Bezirken auszuarbeiten.

6.2 Methodisches Vorgehen

Die Konzeption zur Entwicklung einer integrierten Suchtberatung in Berlin wurde in mehreren Stufen erarbeitet. Mit Hilfe einer Dokumentenanalyse wurden in einem ersten Schritt schriftliche Konzepte und Publikationen zum Themenbereich „Integrierte Suchtberatung“ ausgewertet. Ziel dieser Rechercharbeit war eine Begriffsbestimmung, d.h. die Klärung der Frage: Was genau wird unter einer „Integrierten Suchtberatung“ verstanden?

In einem zweiten Schritt wurde im Oktober 2022 mit jenen Beratungsstellen ein Workshop durchgeführt, die bereits Erfahrung mit einer integrierten Suchtberatung im Bezirk aufweisen. Hierzu zählten die Beratungsstellen in Steglitz-Zehlendorf (Caritas), in Pankow (vista) und Lichtenberg (Stiftung SPI). Ziel des Workshops war es herauszuarbeiten, welche Anforderungen mit einer Weiterentwicklung von Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen und Drogenberatungsstellen zu Einrichtungen einer „Integrierten Suchtberatung“ verbunden sein können. Hierzu waren jene drei Berliner Träger eingeladen, die bereits Erfahrung mit dieser Transformation haben.

Ziel des Workshops war es, zentrale Charakteristika einer integrierten Suchtberatung herauszuarbeiten und fachliche wie auch organisatorische Herausforderungen zu bestimmen, die mit einer Transformation zu einer integrierten Suchtberatung verbunden sind.

Mit dem dritten Schritt wurden Träger von Sucht- und Drogenberatungsstellen in die Konzeptentwicklung einbezogen, die bislang noch keine integrierte Suchtberatung vorhalten. Zu den Interviews eingeladen waren jeweils die Geschäftsführung und die Leiterinnen bzw. Leiter der Beratungsstellen. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Gespräche ausschließlich mit der Leitung der Beratungsstelle geführt.

Bei diesen Interviews wurden die Leiterinnen und Leiter bzw. Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der Beratungsstellen gefragt, was sie von einer Weiterentwicklung ihrer Beratungsstelle zu einer integrierten Beratungsstelle halten, welche Bedenken sie hierbei haben und welche Voraussetzungen für diese Transformation geschaffen sein müssten.

6.3 Ergebnisse

Charakteristika einer „Integrierten Suchtberatung“

Die Frage nach den Spezifika einer „Integrierten Suchtberatung“ lässt sich nach dem Ergebnis des Workshops sowohl aus der Perspektive von Ratsuchenden als auch von Beschäftigten beantworten. Klientinnen und Klienten mit einer Suchtproblematik sollten die Erfahrung machen können, dass eine „Integrierte Suchtberatung“ die „richtige“ Erstanlaufstelle für ihr Anliegen darstellt, unabhängig von der vorliegenden Suchtproblematik. Die oft schwierige Lebenssituation suchtkranker Menschen und die in aller Regel fragile Motivation zur Verhaltensänderung erfordern einen möglichst zeitnahen Aufbau einer helfenden Beziehung. Nach dem Verständnis der an dem Workshop beteiligten Träger stellt das Angebot der „Integrierten Suchtberatung“ sicher, dass Ratsuchende nicht erst (lange) nach der „richtigen“ Beratungsstelle suchen müssen, sondern mit dem Erstkontakt zur Beratungsstelle den Hilfeprozess beginnen können. Eine Weitervermittlung in spezifische Einrichtungen (z.B. in eine Behandlung bei pathologischem Glücksspiel) wird eher erfolgreich sein, wenn es gelungen ist, mit Klientinnen und Klienten eine tragfähige Beratungsbeziehung aufzubauen.

Beschäftigte integrierter Suchtberatungsstellen berichten zudem davon, dass eine Zuweisung von Ratsuchenden zu Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen oder Drogenberatungsstellen in den vergangenen 10 Jahren immer schwieriger wurde und insbesondere junge Menschen ein komplexeres Bild problematischer Verhaltensweisen zeigen. So nehmen u.a. Glücksspieler mit einem riskanten Alkoholkonsum oder „Internet-Gamer“ mit problematischem Cannabiskonsum Kontakt zur Beratungsstelle auf. Diese Entwicklung verdeutlicht die Notwendigkeit, die „Integrierte Suchtberatung“ in Berlin angemessen weiter zu entwickeln.

Für Beschäftigte einer „Integrierten Suchtberatung“ dürfte die Vielzahl an fachlichen Anforderungen ein zentrales Charakteristikum dieser Arbeit sein. Die mit der Zielgruppenheterogenität verbundene Vielfalt fordert die Beschäftigten heraus, sich mit einem breiteren Spektrum an Störungsbildern und Methoden der Suchtarbeit auseinanderzusetzen und gewährleistet die Entwicklung einer breiten Expertise in der Suchtarbeit.

Wie groß ist die Akzeptanz für eine Transformation zur integrierten Suchtberatung?

Diese Frage wird von Beratungsstellen, die bislang entweder Alkohol- und Medikamentenabhängige oder Menschen mit einem Konsum illegaler Drogen versorgt haben, recht unterschiedlich beantwortet. Das Konzept einer integrierten Suchtberatung wird von den meisten Befragten grundsätzlich befürwortet. Herausgehoben wird dabei, dass eine integrierte Suchtberatung für Ratsuchende eine schnelle und passgenaue personenbezogene Hilfe ermöglicht – unabhängig von der Suchtdiagnose. In einem Gespräch wurde die gute Kooperation zwischen Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen und Drogenberatungsstellen im Bezirk als Äquivalent für ein integratives Beratungsangebot betrachtet.

In den meisten Ausführungen wurde deutlich, dass die grundsätzliche Idee einer integrierten Suchtberatung befürwortet wird und dass die Beratungsstellen derzeit versuchen, mit Ausnahmeregelungen und mit möglichst guten Kooperationen eine zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung der ratsuchenden Klientel sicherzustellen.

Bei der Frage nach der Bereitschaft, die eigene Beratungsstelle zu einer integrierten Suchtberatung weiter zu entwickeln, tauchen aber teilweise erhebliche Bedenken auf. Träger von Beratungsstellen, die in den letzten Jahrzehnten drogenkonsumierende Menschen beraten, zeigten sich in den Interviews offen für den Transformationsprozess. Dagegen formulieren klassische Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen eher Bedenken.

Welche Bedenken bestehen?

Die von den Trägern der Suchtberatungsstellen geäußerten Bedenken sind recht vielfältig. Unterscheiden lassen sich ganz grundsätzliche Bedenken gegenüber der integrierten Suchtberatung, Argumente, die unter „Passungsproblemen“ zusammengefasst werden können, und Argumente, die die materielle Grundlage der Suchtberatung betreffen.

Grundsätzliche Bedenken

Grundsätzliche Bedenken gegenüber einer Transformation der Alkohol- und Medikamentenberatung zu integrierten Beratungsstellen sind insbesondere von Beratungsstellen zu hören, die seit mehr als 30 Jahren mit ihrem Angebot Menschen mit Alkoholproblemen erreichen. Hier wird die Befürchtung geäußert, dass eine Transformation zu einer integrierten Suchtberatungsstelle über Jahre aufgebaute und bewährte Kooperationsbeziehungen im Bezirk gefährden würde. Eng verknüpft mit dieser Sorge ist, dass Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit von drogenabhängigen Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsstelle verdrängt werden könnten.

Passungsprobleme

Passungsprobleme werden insbesondere im Hinblick auf die Kompatibilität der unterschiedlichen Gruppen von Klientinnen und Klienten gesehen. So ist die Frage in Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige beispielsweise, wie der Medikamentenkonsum drogenabhängiger Klientinnen und Klienten einzuschätzen ist. Das „Passungsproblem“ betrifft nicht nur die Frage, ob Klientinnen und Klienten mit einer Drogenabhängigkeit mit der in aller Regel deutlich älteren Klientel mit einer

Alkoholabhängigkeit „harmonieren“, sondern es stellt sich auch die Frage, ob die Alkoholberatungsstelle für Menschen mit Drogenproblemen angemessene Angebote bereithalten kann.

Weitere Bedenken von Alkoholberatungsstellen betreffen die subjektiv wahrgenommene unterschiedliche Beratungskultur und Beratungskonzepte. So wird bspw. angenommen, dass in Drogenberatungsstellen Klientinnen und Klienten geduzt werden, während in der Arbeit mit Menschen mit Alkoholproblemen das „Sie“ die Alltagskommunikation beherrscht. Auch wird ein unterschiedliches Beratungsselbstverständnis im Hinblick auf Abstinenz deutlich.

Strukturelle Bedenken

Aus der Sicht der befragten Beratungsstellen bestehen in der Suchtberatung gravierende Ressourcen- und Finanzierungsprobleme. Es wurde die Sorge formuliert, dass die Transformation der Suchtberatung zu integrierten Beratungsstellen zu Einsparungen und zum Abbau von Beratungskapazitäten führen könnte. Die ungleiche Bezahlung von Professionellen in der Alkohol- und Medikamentenberatung (PEP gefördert) und der Drogenberatung (IGPP gefördert) wird von allen Befragten stark kritisiert. Auch eine einheitliche Steuerung der Berliner Suchtberatung wird für zwingend erforderlich gehalten.

Welche Voraussetzungen sollten für diese Transformation geschaffen sein?

Folgt man den bisherigen Ergebnissen der hier vorliegenden Arbeit, lassen sich zwei Sachverhalte festhalten: Zum einen gibt es unter den befragten Führungspersonen der Berliner Suchtberatungsstellen einen Konsens darüber, dass das Angebot einer integrierten Suchtberatung als Erstanlaufstelle für Klientinnen und Klienten deutliche Vorteile hat. Hier können Suchtmittelabhängige ohne lange Suchen und Weitervermittlung in einen Beratungsprozess geleitet werden. Zum anderen muss festgehalten werden, dass die Mehrzahl der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen im Zusammenhang mit einer Transformation der eigenen Beratungsstelle in eine integrierte Suchtberatung Bedenken formuliert haben.

Wie also können die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen und die Drogenberatungsstellen zu integrierten Suchtberatungsstellen weiterentwickelt werden? Welche Voraussetzungen sollten hierfür geschaffen werden?

Zuerst einmal gilt es, die formulierten Bedenken der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen ernst zu nehmen und sicherzustellen, dass der Transformationsprozess die teilweise über Jahrzehnte entstandenen Kooperationsbeziehungen und Versorgungsstrukturen nicht negativ beeinträchtigt. Eine weitere wichtige Voraussetzung für den Transformationsprozess dürfte in der Sicherstellung einer soliden Finanzierung der Suchtberatung liegen. Damit dies gelingen kann, wird vorgeschlagen, die Finanzierung und die Steuerung der Berliner Suchtberatung durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sicherzustellen. Das Zusammenführen der unterschiedlichen Finanzierungen und der Steuerung dürfte einen entscheidenden Schritt für die Etablierung einer integrierten Suchtberatung in Berlin darstellen.

Mit diesem Schritt dürfte sich auch die Arbeitsbeziehung zwischen der Suchtbeauftragten des Berliner Senats und den bezirklichen Suchthilfekordinatorinnen und -koordinatoren signifikant verändern. Einerseits verlieren sie die Steuerung der bezirklichen Alkohol- und Medikamentenberatung, andererseits kommt ihnen eine größere Bedeutung in der Umsetzung einer gesamtstädtischen Strategie der Suchtprävention und der Suchthilfe zu. Die Aufgabe der Landessuchtbeauftragten besteht hier darin, in Kooperation mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Bezirke die bezirksspezifischen Bedarfe zu definieren und – auf der Basis der verfügbaren Ressourcen – Ziele und Maßnahmen der Suchtprävention und Suchthilfe festzulegen. Die teilweise recht unterschiedlichen Bedingungen und Bedarfe der einzelnen Bezirke sollten hierbei berücksichtigt werden.

Eine weitere Voraussetzung für die Transformation zu integrierten Suchtberatungsstellen ist die Bereitschaft der Träger und Beschäftigten von Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen und Drogenberatungsstellen. Im Rahmen der Interviews mit den entsprechenden Trägern bzw. Leitungspersonen war erkennbar, dass sich alle Träger von Drogenberatungsstellen, die bislang noch kein integriertes Beratungsangebot vorhalten (FrauSuchtZukunft e. V., Notdienst e. V.), grundsätzlich bereit erklärt haben, ihre Einrichtungen zu integrierten Suchtberatungsstellen innerhalb der nächsten Jahre weiterzuentwickeln. Die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen in Berlin sind in aller Regel personell deutlich schlechter ausgestattet als Drogenberatungsstellen und zeigen gegenüber einer Transformation zu integrierten Beratungsstellen eine eher ambivalente Haltung. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, den entsprechenden Trägern eine Weiterentwicklung zu einer integrierten Suchtberatung als Option offenzuhalten.

Geht man einmal davon aus, dass neben jenen Trägern, die bereits heute eine integrierte Suchtberatung vorhalten, auch der Notdienst e. V. und FrauSuchtZukunft e. V. ihr Beratungsangebot weiterentwickeln, so kann konstatiert werden, dass in einem ersten Schritt in jedem Berliner Bezirk zumindest eine integrierte Suchtberatung vorhanden ist.

Grundsätzlich wäre vorstellbar, dass Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen ihre Expertise weiterhin für die Beratung und ambulante Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger einsetzen und das Berliner System der Suchtberatung mit diesem zielgruppenspezifischen Angebot unterstützen. Mittelfristig wäre jedoch auch eine Weiterentwicklung dieser Einrichtungen zu integrierten Suchtberatungsstellen denkbar.

Welche Schritte sind für eine Transformation zur integrierten Suchtberatung erforderlich?

Alkohol- und Drogenberatungsstellen benötigen auf dem Weg zur integrierten Suchtberatung zuerst einmal die erforderlichen spezifischen Fachkenntnisse. Beschäftigte von Drogenberatungsstellen könnten bspw. von einer Qualifizierung im Bereich der Diagnostik und Intervention alkoholassoziierter Störungen profitieren, während Teams aus Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige neben Fortbildungen zur „Stoffkunde“ illegaler Drogen z.B. über die juristischen Grundlagen des Drogenstrafrechts geschult werden müssten. Der konkrete Qualifizierungsbedarf sollte im Vorfeld in Abstimmung mit den Einrichtungen differenziert erfasst werden. Vorstellbar wäre auch, dass die Fachkenntnisse im Austausch mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen z.B. im Rahmen von Hospitationen erworben werden können.

Besonders wichtig für die Integration von Alkohol- und Medikamentenberatung und der Drogenberatung in Berlin dürfte die strukturelle Anpassung der Finanzierung der Suchtberatung in Berlin sein. Hier wird empfohlen, die Förderung aller Suchtberatungsstellen über die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung sicherzustellen und alle Beschäftigten nach Tarif zu entlohnen. Die jahrelange Unterfinanzierung der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen dürfte in diesem Zusammenhang einen deutlichen finanziellen Mehrbedarf nach sich ziehen.

Ein weiterer Schritt in der Transformation besteht in der Angebotserweiterung, die entsprechend kommuniziert werden sollte: Aus Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige und aus Drogenberatungsstellen werden „Integrierte Suchtberatungsstellen“. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, in den ersten 2-3 Jahren des Transformationsprozesses ein zeitnahe Monitoring zu installieren, um zu beobachten, in welchem Ausmaß die „Durchmischung“ von Klientinnen und Klienten gelingt. Gegebenenfalls muss hier in der Kommunikation der Angebote nachgesteuert werden. In diesem Zusammenhang wurde seitens der Beratungsstellen jedoch darauf hingewiesen, dass die Erweiterung des Angebots (lediglich) qualitativer Natur ist. Sollten die Beratungskapazitäten nicht erweitert werden, können wohl auch nicht mehr Hilfebedürftige beraten werden als bisher.

Ein weiterer Umsetzungsschritt zur Transformation der Suchtberatung in Berlin wird in der Abstimmung zwischen der Suchtbeauftragten des Landes Berlin mit der jeweiligen bezirklichen Koordination und der im Bezirk ansässigen Suchtberatung gesehen. Vor dem Hintergrund, dass sich Bezirke sowohl hinsichtlich der Problemlagen als auch in Bezug auf die bezirkliche Infrastruktur der Suchthilfe teilweise deutlich unterscheiden, besteht die Aufgabe dieser Abstimmung darin, eine für den jeweiligen Bezirk angemessene Strategie der Suchthilfe zu erarbeiten.

Wie die Transformation zur integrierten Suchtberatung im Detail umgesetzt werden soll, muss in einem Umsetzungskonzept beschrieben werden. Dies sollte in Abstimmung mit den beteiligten Akteuren erfolgen.

7 Ergebnisse der Fokusgruppengespräche

7.1 Fokusgruppe zum Thema: „Finanzierung der Suchtberatung“

Zur Teilnahme an der Fokusgruppe zum Thema der Finanzierung der Suchtberatung in Berlin wurden Vertreterinnen und Vertreter der Träger, der bezirklichen Suchthilfekoordination und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sowie eine Vertreterin der LIGA – Fachausschuss Suchthilfe eingeladen.

7.1.1 Zielsetzung der Fokusgruppe

In der Fokusgruppe sollten die im Rahmen der Interviews benannten strukturellen Probleme mit den zentralen Akteurinnen und Akteuren im Feld diskutiert werden. Dabei sollte herausgearbeitet werden, ob die Beschreibung der Ausgangslage die zentralen Kritikpunkte bzw. Problemstellungen beschreibt und an welchen Stellen sie ergänzt oder korrigiert werden muss. Gleichzeitig sollte die Gruppe den Raum bieten, um über Bedingungen bzw. Kriterien zu diskutieren, die bei einer möglichen Weiterentwicklung berücksichtigt werden müssen.

7.1.2 Ergebnisse der Sitzung

Budget reicht nicht aus zur Umsetzung der vorgegebenen Standards der Arbeit

Eine zentrale Rückmeldung der Träger in fast allen Interviews ist, dass die bestehende Finanzierung nicht ausreicht, um die Aufgaben adäquat bewältigen zu können. Dies wird auch von den entsprechenden Vertreterinnen und Vertretern in der Fokusgruppe so bestätigt. Beschrieben wird, dass die der Arbeit zugrundeliegenden Standards im Grunde nicht umgesetzt werden können, weil es an Geld und damit an den personellen Ressourcen fehle, um beispielsweise aufsuchende Sozialarbeit umsetzen zu können. Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Pflichtversorgung somit nicht in dem Umfang geleistet werden kann, wie es den Standards entsprechen sollte. Als eine grundlegende Ursache dafür, dass nicht ausreichend Geld im System ist, wird gesehen, dass die Senatsverwaltung für Finanzen dem Bereich der Suchthilfe nicht genügend Geld zur Verfügung stelle. Dies betreffe sowohl die Mittel, die im Rahmen des IGPP verwaltet werden, wie auch die, die im PEP zur Verfügung stehen. Ein Grund dafür ist aus der Sicht der Teilnehmenden, dass die Zielgruppen der Projekte keine starke Lobby haben.

PEP als Sorgenkind

Neben dem grundlegenden Geldmangel im gesamten System werden zusätzliche Einschränkungen angesprochen, die vor allem PEP-finanzierte Projekte betreffen. So seien die zugewiesenen Mittel des PEP niedriger als die Gelder, die im Rahmen des IGPP zur Verfügung stehen. Ein Grund für die niedrigere Finanzausstattung könne sein, dass mit der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung als landesweite Vertreterin aller Sucht- und Drogenberatungsstellen ein stärkerer Verhandlungspartner der Senatsverwaltung für Finanzen gegenüber trete und somit mehr Druck ausüben könne, als wenn die 12 Bezirksvertreterinnen und -vertreter dies einzeln tun.

Für die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen wird die unterschiedliche Höhe der Mittel vor allem bei der Bezahlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichtbar. So könnten die Fachkräfte auf der Grundlage der PEP-Finanzierung theoretisch nicht nach Tarif bezahlt werden. Für die Träger stellt das ein Problem dar, da die Tarifentlohnung aufgrund interner Gehaltsregelungen zwingend einzuhalten ist. Um hier dennoch Tariflohn auszahlen zu können, muss bei PEP-finanzierten Projekten der Leistungsumfang reduziert werden. Dies geschieht meist auf Kosten der Öffnungszeiten. Reicht dies nicht aus, müssen Verluste mit anderen Mitteln ausgeglichen bzw. querfinanziert werden. Gleichzeitig befürchten die Träger, dass es auf der Basis der aktuellen Entlohnung zukünftig immer schwieriger werde, neue Fachkräfte anzuwerben.

Arbeit der Einrichtungen hat wenig Einfluss auf Verteilungsschlüssel

Ein weiteres Problem sei die Verteilung der PEP-Mittel. Hier sei einerseits die „Verteilungslogik“, nach der festgelegt werde, wie viel die einzelnen Bezirke jeweils erhalten, nicht geeignet, den tatsächlichen Bedarf der Träger in den Bezirken abzubilden. Die Höhe der Bezirksmittel würde dabei von Faktoren abhängen, die beispielsweise die Träger gar nicht beeinflussen könnten. Verdeutlicht wurde dies am Beispiel der Anzahl der SpD-Kontakte, die in die Berechnung des PEP einfließen, auf die die Beratungsstellen aber keinen Einfluss hätten.

Kein festes Budget für die Suchthilfe in den Bezirken

Darüber hinaus wird die Verteilung der Gelder in den jeweiligen Bezirken angesprochen. So teilt sich die Suchthilfe Koordination ein Budget mit der Psychiatriekoordination. Welcher Anteil davon der Suchthilfe in den Bezirken zur Verfügung stehe, hänge auch davon ab, welche Prioritäten der jeweilige Bezirk setzt bzw. ob andere defizitäre Bereiche querfinanziert werden müssen. So könne es sein, dass das Budget der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen zugunsten anderer Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienste) gekürzt werde.

Fehlende Planungssicherheit erhöht das wirtschaftliche Risiko

Vor diesem Hintergrund entsteht für die so finanzierten Einrichtungen eine Situation, in der sie wenig Planungssicherheit haben. Ganz grundlegend wird in diesem Zusammenhang die Art der Finanzierung kritisiert. So sei Zuwendungsfinanzierung eine freiwillige Leistung, die ohne Begründung jederzeit eingestellt werden könne. Die teilnehmenden Vertreterinnen und Vertreter der Träger können nicht nachvollziehen, warum Leistungen der Pflichtversorgung im Rahmen von freiwilligen Leistungen vergütet werden. Abgesehen davon erhöht ein fehlender Rechtsanspruch das Risiko der Träger.

Weiterhin weisen die Beratungsstellenvertreterinnen und -vertreter darauf hin, dass die realen Kosten für Suchthilfe zu 85-90 % bekannt und stabil seien, trotzdem orientierten sich die jährlichen Budgets nicht daran. Stattdessen müssten sie immer wieder neu ausgehandelt werden. Dabei entstehe das Gefühl, dass die Höhe der Mittel sich weniger an realen Bedarfen orientiere als vielmehr an Haushaltszwängen. Beklagt wird hier, dass es keine

Rationale gäbe, auf deren Grundlage der finanzielle Bedarf der Träger berechnet werden könnte. So würden zwar Standards der Arbeit definiert, was das konkret für die personelle Ausstattung bedeute, wie sie beispielsweise in der Vergangenheit von der DHS beziffert wurde, wird jedoch nicht festgehalten.

Hinzu kommt, dass die Förderdauer begrenzt ist auf zwei Jahre. Während beim IGPP Rahmenförderverträge geschlossen werden, in denen Leistungen für fünf Jahre vereinbart werden, die jährlich an die tatsächlichen Bedarfe angepasst werden können, wird für den PEP im Rahmen eines Doppelhaushalts eine Globalsumme für zwei Jahre festgelegt. Diese Summe wird im Rahmen von jährlichen Zuwendungen ausgezahlt. Aus den Rückmeldungen wird jedoch deutlich, dass diese Mittel trotz festgeschriebener Gesamtsumme für zwei Jahre nicht immer in gleichen Anteilen auf die beiden Haushaltsjahre ausgezahlt würde. Gleichzeitig hätten die Träger nicht die Möglichkeit, Gelder aus einem Jahr ins nächste Jahr zu übertragen. Somit könne eigentlich immer nur für ein Jahr geplant werden.

Diese „Jährlichkeit“ birgt unterschiedliche Risiken für die Träger. So ist es für sie schwer, auf dieser Grundlage langfristige Verträge mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu vereinbaren, ohne das Risiko eingehen zu müssen, auf den Kosten sitzen zu bleiben. Teilweise müssen die Träger auch in Vorleistung gehen in dem Vertrauen, dass Leistungen rückwirkend finanziert werden. Dieses Vertrauen basiert vor allem auf persönlichen Beziehungen.

Der Berechnungsgrundlage für Mittelhöhe fehlt es an Genauigkeit und Transparenz

Gleichzeitig seien die bestehenden Berechnungsgrundlagen häufig nicht nachvollziehbar oder veraltet. Auch hier zeigen sich wieder Unterschiede zwischen IGPP-Finanzierung und PEP-Finanzierung. Im Rahmen des IGPP wurden 2004 Richtwerte von FOGGS empfohlen, die als Referenzwerte für die Berechnung des IGPP dienen. Diese Werte waren der Ausgangspunkt und unterliegen einer jährlichen Überprüfung, bei der zusätzliche Bedarfe erfasst werden und gegebenenfalls die Referenzwerte für das Folgejahr erhöhen. Auch der PEP sieht eine jährliche Steigerung von 1,5 % vor, unklar bliebe aber, auf welcher Berechnungsgrundlage diese Steigerung beruhe und ob das den realen Bedarfen entspreche.

Tatsächliche Kosten können nicht adäquat abgerechnet werden

Ein weiterer Punkt, der beklagt wurde, hängt mit der spezifischen Form der Finanzierung zusammen. So würden im Rahmen der Zuwendungsfinanzierung Sach- bzw. Regiekosten nur teilweise refinanziert. Besonders beklagt in diesem Zusammenhang wurde, dass es in den Bezirken keine einheitliche Regelung gäbe, bis zu welcher Höhe beispielweise Sachkosten abgerechnet werden können. Es sei nicht transparent, wie hier Unterschiede von ein bis acht Prozent je nach Bezirk zustande kämen.

Themenbereich Steuerung

Mit der Frage der Finanzierung ist auch das Thema Steuerung verbunden. Vor dem Hintergrund begrenzter Budgets ist es Aufgabe einer Steuerung, gegebenenfalls Prioritäten zu setzen und gleichzeitig im Rahmen eines Controllings die Wirtschaftlichkeit der Arbeit zu bewerten.

Aus den Rückmeldungen wird deutlich, dass die Befragten die fachliche Steuerung, auch der legalen Drogen, in der Senatsverwaltung verorten. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Steuerungsmöglichkeiten der Senatsverwaltung beispielsweise über die Verteilung der Mittel eingeschränkt seien. Insbesondere für den Bereich der legalen Substanzen, da hier die finanzielle Steuerung in der Hoheit der Bezirke liege. Damit verbunden sei, dass auch eine Berichtspflicht nur gegenüber den jeweiligen Bezirken bestehe, womit es der Senatsverwaltung in der Folge auch an Daten für die fachliche Steuerung fehle.

Die Bezirke merken an, dass ihre (finanziellen) Steuerungsmöglichkeiten dadurch begrenzt seien, dass sie die Gelder im besten Fall eins zu eins weitergäben. Das erlaube keine Flexibilität bzw. keinen Handlungsspielraum für die Suchthilfekordinatorinnen und -koordinatoren.

Controlling

Auch was das Controlling anbelangt, werden unterschiedliche Kritikpunkte benannt. Der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung würden die Daten fehlen, um eine Bewertung der Arbeit vornehmen zu können. Insbesondere für den Bereich der legalen Substanzen sei die Senatsverwaltung auf Daten aus den Bezirken bzw. der Senatsverwaltung für Finanzen angewiesen. Diese lägen aber nur eingeschränkt vor.

Ein Instrument zur Bewertung der geleisteten Arbeit ist die Kosten- und Leistungsrechnung (KLR). Hier werden die Kosten den Leistungen gegenübergestellt. Ziel ist es, die Kosten für einen gewünschten Output besser bewerten zu können. Unklar sei für die Träger aber, welcher genaue Output, also welche Leistung genau, erbracht werden soll.

Ohne genaue Zielvorgaben sei ein Effizienzvergleich aber nicht möglich. Statt konkreter vergleichbarer Zielvorgaben wird stattdessen eine relative Größe eingeführt. So werde erwartet, dass die Beratungsstellen im „Median“ der erbrachten Leistungen aller Bezirke blieben.

Für die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen ist diese Art der Bewertung nicht zielführend. So werde bei der Bewertung hauptsächlich auf die Anzahl der erbrachten Leistungen geschaut. Dabei würde vernachlässigt, dass die Arbeit häufig davon geprägt sei, dass für eine gleiche Leistung, selbst bei Personen aus der gleichen Zielgruppe, unterschiedlich viel Aufwand betrieben werden müsse. Weiterhin würden auf der Seite der Anbieter Faktoren wie Krankenstand oder Urlaub nicht berücksichtigt. In diesem Zusammenhang wird darüber hinaus kritisiert, dass das damit verbundene Menschenbild, der Mensch als Produkt, der ethischen Grundhaltung der Träger widerspräche.

Hoher Verwaltungsaufwand

Ein anderes Thema, das den Trägern unter den Nägeln brennt, ist der unverhältnismäßig hohe Verwaltungsaufwand, der sich aus den Spezifika der Finanzierungsstrukturen und Finanzierungsformen ergäbe und der gleichzeitig nicht angemessen refinanzierbar sei. Ein Teil des erhöhten Verwaltungsaufwands lässt sich mit der doppelten Finanzierungsstruktur erklären. Insbesondere für integriert arbeitende Beratungsstellen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl mit PEP-Mitteln als auch mit IGPP-Mitteln finanzieren müssen, sei der

Verwaltungsaufwand enorm hoch. Darüber hinaus müssten noch Mittel aus weiteren Töpfen beantragt werden, was den Verwaltungsaufwand weiter erhöhe.

Hinzu kämen Spezifika des Zuwendungsrechts, die zu Problemen führten. So sei teilweise der Verwaltungsaufwand für die Abrechnung von Kleinstbeträgen teurer als der beantragte Betrag selbst. Größere Träger, die in mehreren Bezirken vertreten sind, weisen zudem darauf hin, dass Vereinbarungen mit jedem Bezirk einzeln getroffen werden müssen. Hier könnten einheitliche Lösungen den Verwaltungsaufwand auch für die Bezirke deutlich reduzieren. Als Fußnote wird in diesem Zusammenhang erwähnt, dass die Komplexität dieser Finanzierungssituation es auch zusätzlich erschwere, qualifizierte Fachkräfte zu finden.

Ziele der Weiterentwicklung

Übergeordnetes Ziel einer Weiterentwicklung müsse es sein, Strukturen zu schaffen, die zu mehr Planungssicherheit für die Träger führen und die helfen, den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Nicht zuletzt gelte es, die Höhe der zur Verfügung stehenden Gelder stärker an den tatsächlichen Bedarfen sowohl der Beratungsstellen, aber viel wichtiger noch, an den Bedarfen der Zielgruppen zu orientieren. In diesem Zusammenhang werden unterschiedliche Anforderungen und Ideen benannt. So seien vor allem Finanzierungszusagen präferiert, die verlässlich wenigstens für zwei Jahre bestehen.

Die Höhe der zur Verfügung stehenden Gelder sollte sich an den tatsächlichen Kosten, die den Beratungsstellen entstehen, orientieren. Ziel müsse es beispielsweise sein, für die anspruchsvolle Arbeit auch eine angemessene Bezahlung bieten zu können.

Nicht zuletzt gelte es, die Bedarfe der Zielgruppe nicht aus den Augen zu verlieren. So reiche die jetzige Finanzierung nicht aus, um die formulierten Standards der Arbeit, wie beispielsweise die aufsuchende Arbeit, auch umsetzen zu können. Hier müsse eine Finanzierung her, die sich am Bedarf der unterschiedlichen Zielgruppen orientiert. Um den Bedarf ermitteln zu können, brauche es ein systematisches Vorgehen, bei dem sich verändernde Problemlagen zeitnah berücksichtigt werden können. Dabei muss die Bedarfsermittlung transparenter und systematischer werden.

Abbaus des bürokratischen Aufwands

Sowohl die Vertreterinnen und Vertreter der Träger, als auch die der Bezirke wünschen sich einen Abbau des bürokratischen Aufwands. Aus Sicht der Bezirke könnte mit einer gesamtstädtischen Lösung eine neue Aufgabenverteilung angestrebt werden, in der die Suchthilfekoordinatorinnen und -koordinatoren von der finanziellen Steuerung befreit würden und sich primär um die fachlich-inhaltliche Steuerung der Suchthilfe in den Bezirken kümmern könnten. Auch die Träger erhoffen sich einen Abbau an Bürokratie durch eine Zentralisierung der Finanzierungsstrukturen. Gleichzeitig werden einheitliche Standards gewünscht. Das betrifft einerseits Regelungen wie beispielsweise die Höhe der Sachkostenfinanzierung. Hier wird ein überregionaler Austausch aller Beteiligten zum Thema vorgeschlagen. Andererseits wird auch eine Vereinfachung bzw. Vereinheitlichung der Antrags- und Berichterstattung gewünscht.

Strukturelle Veränderungen vorgeschlagen

Den größten Bedarf sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinsichtlich der Überwindung der Doppelstruktur, wie sie sich im PEP bzw. im IGPP darstelle. Hiervon erhoffen sich die Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer einen Abbau von Bürokratie sowie einen einheitlichen Finanzierungsstandard. Aber vor allem erhoffen sie sich davon eine gesamtstädtische zentrale Steuerung der Suchthilfe, auch im Hinblick auf zukünftige Budgetverhandlungen mit der Senatsverwaltung für Finanzen. Trotz zentraler Steuerung müsse die bezirkliche Perspektive aber eng eingebunden sein.

Zuwendungsfinanzierung überprüfen

Im Plenum kam auch der Vorschlag, die jetzige Form der Zuwendungsfinanzierung auf den Prüfstand zu stellen. Dies solle von einem grundlegenden Standpunkt aus passieren, weil für alle Beteiligten nicht nachvollziehbar sei, warum Aufgaben der Pflichtversorgung, welche die Träger übernehmen, über eine Fehlbedarfsfinanzierung alimentiert werden. In diesem Zusammenhang gelte es zu prüfen, inwieweit andere Modelle, wie beispielsweise eine Festbetragsfinanzierung, für die Situation in Berlin besser geeignet wären.

7.2 Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Jugendhilfe

Zur Fokusgruppe eingeladen waren neben Mitarbeiterinnen der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege auch Vertreter aus zwei Berliner Bezirken. Außerdem beteiligten sich an der Fokusgruppe der leitende Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes Klinikums sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten der für die Schnittstellenarbeit relevanten Träger der Straßensozialarbeit und der Berliner Suchthilfe.

7.2.1 Zielsetzung der Fokusgruppe

Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) hat jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit. Dabei kommt der Jugendhilfe die Aufgabe zu, dieses Recht durch verschiedene Maßnahmen zu realisieren. Ebenso wie die Suchthilfe engagiert sich die Jugendhilfe überwiegend für vulnerable Personengruppen. Eine zentrale Aufgabe besteht darin, Suchtentwicklungen entgegenzuwirken und chronische Verläufe zu verhindern. Aus der Forschung gibt es Hinweise, dass Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe einen im Durchschnitt häufigeren und intensiveren Konsum von Alkohol und illegalen Drogen aufweisen (Schu, Mohr & Hartmann, 2014). Die Probleme an der Schnittstelle zwischen der Jugendhilfe und der Suchthilfe können vielfältig sein, sie gehen oft zurück auf unterschiedliche gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsformen sowie auf Unterschiede in den fachlichen Selbstverständnissen, Beratungs- und Betreuungsansätzen.

Mit der Fokusgruppe wurde das Ziel verfolgt, eine differenzierte Beschreibung der Schnittstellenproblematik zwischen Einrichtungen der Suchthilfe, der Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe vorzunehmen. Ferner sollten Lösungsstrategien für eine bessere Verzahnung der Jugendhilfe mit der Suchthilfe erarbeitet werden.

7.2.2 Ergebnisse der Sitzung

Überlastung der Jugendämter

Die Überlastung der Berliner Jugendämter ist nach der Einschätzung der an der Fokusgruppe beteiligten Professionellen einer der bedeutendsten Gründe für die Probleme in der Jugendhilfe. So sind aktuell eine Vielzahl von Stellen in allen Berliner Jugendämtern und in den Jugendpsychiatrischen Diensten nicht besetzt. Folgen hiervon sind lange Antragsverfahren, Abstimmungsprobleme mit Trägern der Jugend- und Suchthilfe sowie Brüche in der Vermittlung in weiterführende Hilfen.

Versorgungsprobleme

Ogleich die Infrastruktur der Berliner Jugend- und Suchthilfe ein vergleichsweise differenziertes Hilfe- und Unterstützungssystem bereithält, werden seitens der Expertinnen und Experten der Fokusgruppe jedoch gravierende Mängel in der Versorgung vulnerabler Kinder und Jugendlicher ausgemacht. So scheinen insbesondere Wohnplätze, Kriseneinrichtungen und ambulante wie stationäre therapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche zu fehlen. Diese Situation hat sich seit der Pandemie noch zugespitzt.

Problematisch ist diese Situation insbesondere für Jugendliche, die einen Substanzkonsum aufweisen. Einrichtungen der stationären Jugendhilfe nehmen in der Regel keine Jugendlichen mit einem Drogenkonsum auf.

Ein weiteres Versorgungsproblem betrifft den weitestgehend fehlenden Zugang von Jugendlichen zu psychotherapeutischen Hilfen. Nach Auskunft einiger Expertinnen und Experten der Fokusgruppe gab es in den vergangenen Jahren einen deutlichen Rückgang in der Inanspruchnahme von KJHG-Therapien, der insbesondere auf die aktuell vergleichsweise schlechte Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in diesem Bereich zurückgeht. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), auch bekannt als SGB VIII, regelt in Deutschland die rechtlichen Grundlagen für die Förderung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Im Rahmen des KJHG können auch psychotherapeutische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche gefördert werden. Dieser Versorgungsbaustein könnte – neben anderen zielgruppenspezifischen Angeboten – zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Kindern und Jugendlichen beitragen. Dies setzt jedoch eine Vergütung der therapeutischen Leistungen voraus, die sich an den Honoraren der gesetzlichen Krankenkassen orientiert.

Qualifizierung

Ein Vorschlag aus der Fokusgruppe adressiert die Unterstützung und Qualifizierung von Einrichtungen der Jugendhilfe durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen aus der Suchthilfe. Hier wird angeregt, unter Mitarbeit von Professionellen der Suchthilfe – ggf. mit Supervisionserfahrung – auf Bezirksebene regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen zu installieren, die alle Jugendeinrichtungen des Bezirks nutzen können. Diese Idee geht weit über übliche Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Sucht hinaus und fokussiert nachhaltig das professionelle Handeln in besonders schwierigen Situationen.

Berufsorientierung

Eine wichtige Komponente in der Jugendhilfe ist die Entwicklung einer Berufsperspektive. Hierzu gehören die Förderung von Eigenverantwortung und Schlüsselkompetenzen (Kommunikation, Teamarbeit, Problemlösefähigkeit, etc.) wie auch die individuelle Unterstützung beim Übergang in die Berufstätigkeit. Für die Umsetzung einer derartigen Maßnahme bedarf es einen trägerübergreifenden Verbund zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe und die Kooperation mit entsprechenden Stellen bei der Agentur für Arbeit.

Kooperationsidee

Die Jugendhilfe in Deutschland befasst sich mit verschiedenen Zielgruppen, die Unterstützung, Förderung und Betreuung benötigen. Dabei kann es sich sehr häufig um Kinder und Jugendliche handeln, die sich in schwierigen Lebenssituationen oder in Konfliktsituationen befinden. Hierzu zählen beispielsweise Konflikte in der Familie, psychische Probleme, Obdachlosigkeit, Straffälligkeit oder eine Schwangerschaft im Jugendalter. Die Jugendhilfe verfolgt das Ziel, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen, ihre Entwicklung zu fördern und ihre gesellschaftliche Teilhabe sicherzustellen. Angesichts der oft sehr komplexen Problemlagen von Betroffenen ist die Jugendhilfe auf

eine multidisziplinäre Kooperation unterschiedlicher Fachkräfte und Organisationen angewiesen.

Eine besondere Herausforderung der Jugendhilfe besteht darin, vulnerable Kinder und Jugendliche überhaupt zu erreichen und bei Bedarf spezifische Hilfen für sie zugänglich zu machen. Eine proaktive Inanspruchnahme von Hilfen ist im Jugendalter deutlich unwahrscheinlicher als unter Erwachsenen, unabhängig von dem gegebenen objektiven Bedarf. Gefühle von Scham oder Stolz können die Inanspruchnahme von Hilfen ebenso erschweren wie ein Misstrauen gegenüber gesellschaftlichen Institutionen.

Im Rahmen der Fokusgruppe wurde eine Idee entwickelt, die zu einer besseren Versorgung von diesen Kindern und Jugendlichen beitragen kann. Bei der Konstruktion der Idee wurden unterschiedliche Voraussetzungen definiert, die bei einer Umsetzung berücksichtigt werden sollten. Die erste Voraussetzung, die für eine Arbeit mit Jugendlichen gewährleistet sein sollte, ist die Niedrigschwelligkeit des Kontakts und der Angebote.

Die Basis niedrigschwelliger sozialer Arbeit ist eine akzeptierende Grundhaltung: Wenn sich hilfebedürftige Jugendliche auf Hilfe einlassen sollen, dann muss sich die professionelle Arbeit auf die Jugendlichen einlassen. Es geht darum, die Jugendlichen erst einmal grundsätzlich zu akzeptieren und sie und ihr soziales Umfeld, ihre Handlungsweisen, Wünsche, Ängste und Probleme zu verstehen. Nur so lässt sich Vertrauen etablieren und eine gemeinsame Entwicklungs- bzw. Hilfeplanung erarbeiten.

Eine zweite Voraussetzung für die Entwicklung eines in der Praxis tragfähigen multidisziplinären Kooperationskonzepts ist die Ressourcensensibilität. Hiermit ist zum einen gemeint, dass ein wie auch immer konzipiertes Kooperationsmodell die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen der Berliner Jugendämter und anderer Organisationen berücksichtigen sollte.

Ressourcensensibilität bedeutet aber auch, dass das Potential der gegebenen Infrastruktur aller an einer Kooperation beteiligten Einrichtungen der Jugend- und Suchtarbeit möglichst optimal genutzt werden sollte. So gilt es, auf bezirklicher Ebene die Straßensozialarbeit und andere Jugendhilfeeinrichtungen, die Suchtberatung und Jugendpsychiatrie wie auch Einrichtungen der Jugendfreizeitarbeit in das Kooperationsmodell einzubinden.

Die Jugendfreizeiteinrichtung im Bezirk hat hier für Jugendliche, die im Kontakt mit der Straßensozialarbeit stehen, mehrere Funktionen. Hier kann zum einen der Kontakt zur „Streetwork“ verortet werden. Zum anderen kann die Freizeitstätte auch für Beratungsgespräche mit Professionellen aus der Suchthilfe, der Jugendpsychiatrie oder anderen Organisationen genutzt werden. Und natürlich können Freizeitangebote der Einrichtung in Anspruch genommen und so eine soziale Anbindung gefördert werden.

Damit dieses Modell für eine bessere suchtspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgreich umgesetzt werden kann, muss eine weitere Voraussetzung geschaffen werden. Die einzelfallbezogene Steuerung und die Koordination der Hilfen sollten auf Bezirksebene durch mobile Teams sichergestellt werden.

Ein mobiles Team arbeitet nach den Prinzipien des Case Managements und hat die Aufgabe, die individuelle Versorgung der Jugendlichen optimal zu koordinieren. Sie agieren und

kommunizieren als Mittlerinnen bzw. Mittler zwischen den beteiligten Berufsgruppen, den Schnittstellen (z.B. Krisendienst, Suchtberatung, Bewährungshilfe) und den betroffenen Jugendlichen.

Bevor ein derartiges Konzept zur Verbesserung der suchtspezifischen Versorgung Jugendlicher im Bezirk umgesetzt werden kann, müssen viele Fragen beantwortet werden. So stellt sich die Frage, ob Jugendfreizeiteinrichtungen bereit sind, diese damit verbundene Transformation mitzumachen, wer Träger der mobilen Teams sein sollte und wie die Suchtberatung des Bezirks in das Vorhaben einbezogen werden kann. Schlussendlich dürfte dieses Vorhaben auch einen höheren finanziellen Bedarf nach sich ziehen, obgleich hierzu keine neuen Einrichtungen, wohl aber neue Formen einer systematischen Kooperation geschaffen werden müssten.

7.3 Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Psychiatrie

Zur Teilnahme an der Fokusgruppe zu Problemen an der Schnittstelle Suchthilfe-Psychiatrie wurden neben Vertreterinnen der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege auch zwei Vertreter der bezirklichen Suchthilfe Koordination, eine Vertreterin des LIGA-Fachausschuss sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten von Suchthilfeträgern eingeladen.

7.3.1 Zielsetzung der Fokusgruppe

Die Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Berliner Suchthilfe haben auf Probleme aufmerksam gemacht, die an der Schnittstelle der Einrichtungen der Suchthilfe mit dem psychiatrischen Versorgungssystem anzusiedeln sind. Die übergeordnete Problematik besteht darin, dass Patientinnen und Patienten der Suchthilfe nicht adäquat oder gar nicht versorgt werden können. In diesem Zusammenhang sind Fragen der spezifischen Bedarfe suchtmittelabhängiger Menschen, der Zuständigkeit und regionalen Verortung von Hilfen und dem Fehlen spezifischer Angebote von Relevanz.

Mit der Fokusgruppe wurde das Ziel verfolgt, eine differenzierte Beschreibung und Analyse der Schnittstellenproblematik zwischen Einrichtungen der Suchthilfe und der psychiatrischen Versorgung vorzunehmen. Hierbei wurden Fragen bearbeitet wie „Welche Personengruppen Suchtmittelabhängiger haben Zugangsprobleme zu adäquaten Hilfen?“, „Steht das Prinzip der regionalen Pflichtversorgung im Widerspruch zum Wunsch- und Wahlrecht von Leistungsberechtigten?“ und „Welche Probleme der Versorgung ergeben sich bei der Umsetzung der Eingliederungshilfe?“

7.3.2 Ergebnisse der Sitzung

Historische Entwicklung

Um die aktuelle Problematik in der Kooperation zwischen Suchthilfe und Psychiatrie in Berlin besser verstehen zu können, bedarf es eines Rückblicks: Traditionell waren die Hilfen für alkoholranke Menschen immer Teil der psychiatrischen Versorgung. Im Jahr 1968 erfolgte durch das Bundessozialgericht die Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit, woraus sich für Betroffene ein Anspruch auf Behandlung ableitete. Eine gravierende Veränderung der psychiatrischen Versorgung erfolgte 1975 durch die Psychiatrie-Enquete. Damit verbunden war ein Abbau von Psychiatrie-Betten und ein gleichzeitiger Ausbau ambulanter psychiatrischer Hilfen, auch für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit.

Menschen mit Drogenproblemen wurden erst in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts gesellschaftlich sichtbar. Das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ beschreibt im August 1970 die Situation von Junkies, die zwangsweise per gerichtlicher Anordnung zur „Entziehungskur“ in einer geschlossenen Abteilung für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik untergebracht sind. In dieser Zeit gab es weder professionelle Behandlungsprogramme noch Maßnahmen, die die gesundheitlichen und sozialen Probleme der Drogenabhängigkeit adressierten. Die psychiatrische Versorgung konnte mit dieser „neuen“ Gruppe von Patientinnen und Patienten ebenso wenig anfangen wie die

hausärztliche Medizin. Vor diesem Hintergrund legte die damalige Bundesregierung im Jahr 1971 das sogenannte „Großmodell des Bundes“ auf. Über sieben Jahre und mit 32 Mio. DM wurden Drogenberatungsstellen, Entzugskliniken und Therapeutische Einrichtungen aufgebaut. Angesichts des vergleichsweise jungen Alters und der „Andersartigkeit“ der drogenkonsumierenden Klientel wurde die Drogenhilfe in Berlin damals nicht der Gesundheits-, sondern der Jugendverwaltung zugeordnet.

Die Hilfen für Alkohol- und Medikamentenabhängige wurden in der Folge der Psychiatrie-Enquete als Teil der psychiatrischen Versorgung regionalisiert und im Rahmen der gemeindenahen Versorgung bezirklich organisiert. Im Rahmen der Verwaltungsreform von 1995 wurden Aufgaben der Landesgesundheitsbehörde in die dezentrale Fach- und Ressourcenverantwortung der Berliner Bezirke gegeben. Die daran beteiligten Leistungsträger sind zur Versorgung dieser Personen verpflichtet und werden durch Zuwendungen über die Bezirke vom Land Berlin finanziert.

Die Zuständigkeit für die Drogenhilfe wechselte im Jahr 2001 von der Jugendverwaltung zur Gesundheitsverwaltung. Dieser Wechsel wurde vorgenommen, um eine bessere gesamtstädtische Koordination und Integration der verschiedenen Maßnahmen im gesamten Bereich der Suchthilfe zu ermöglichen. Die Gesundheitsverwaltung ist seitdem für die Planung, Umsetzung und Steuerung von Maßnahmen der Drogenhilfe in Berlin zuständig.

In der Fokusgruppe besteht weitgehend Konsens darüber, dass ein Teil der Probleme an der Schnittstelle Suchthilfe und Psychiatrie mit der unterschiedlichen strukturellen Entwicklung dieser beiden Versorgungssysteme und der teilweise recht großen Unterschiede hinsichtlich des zielgruppenspezifischen Hilfebedarfs zusammenhängt.

Spezifische Bedarfe suchtmittelabhängiger Menschen

Nach der Einschätzung der an der Fokusgruppe Beteiligten muss davon ausgegangen werden, dass Menschen mit einer Suchterkrankung eher in der Regel als in Ausnahmefällen von psychischen Störungen wie Depressionen, Angst oder Persönlichkeitsstörungen, ADHS oder Posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen sind. Dies ist in einschlägigen Studien immer wieder nachgewiesen worden. Aus der Versorgungsperspektive ist wichtig festzuhalten, dass eine gleichzeitige Behandlung von Suchtstörungen und komorbiden psychischen Störungen erforderlich ist, um eine ganzheitliche Genesung zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund ist von einem komplexen Hilfebedarf Suchtmittelabhängiger auszugehen, und ein Ineinandergreifen von psychiatrischen und suchtspezifischen Hilfen scheint zwingend geboten.

Pflichtversorgung und Wunsch- und Wahlrecht

Die regionale Pflichtversorgung ist ein Kernelement der psychiatrischen Versorgung überall in Deutschland. Durch sie wird eine wohnortnahe Versorgung und eine enge Verknüpfung mit komplementären Trägern gesichert. Dies ist wichtig, um den individuellen Bedürfnissen und Lebensumständen aller Betroffenen gerecht zu werden - besonders für Menschen, die aufgrund ihrer Lebenssituation (z.B. Obdachlosigkeit) oder ihrer schwerwiegenden psychischen Störung (z.B. Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen) in unserem Gesundheitssystem oft unterversorgt oder gar unversorgt bleiben. Die Pflichtversorgung

durch gemeindepsychiatrische Dienste gewährleistet ihnen das Recht auf eine angemessene Versorgung. Ferner gewährleistet die gemeindenahere psychiatrische Pflichtversorgung eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung. Dies wird sichergestellt durch den Grundkonsens „ambulant vor stationär“.

Das Wunsch- und Wahlrecht in der medizinischen Versorgung basiert auf dem Prinzip der Patientenautonomie und des Selbstbestimmungsrechts. Jeder Mensch hat das Recht, informierte Entscheidungen zu treffen und diejenigen medizinischen Leistungen zu wählen, die seinen individuellen Bedürfnissen, Werten und Präferenzen am besten entsprechen. Dies kann dazu beitragen, dass die Behandlung besser auf die spezifischen Bedürfnisse und Vorlieben des Einzelnen abgestimmt ist, was zu besseren Behandlungsergebnissen führen kann.

Die psychiatrische Pflichtversorgung und das Wunsch- und Wahlrecht von Patientinnen und Patienten können jedoch in gewissen Situationen miteinander in Konflikt geraten. Die psychiatrische Pflichtversorgung bezieht sich auf die Verpflichtung des Staates, eine angemessene psychiatrische Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen, insbesondere in Notfällen oder bei akuter Gefährdung. Das Wunsch- und Wahlrecht von Patientinnen und Patienten hingegen bezieht sich auf das Recht des Einzelnen, selbst über seine medizinische Behandlung zu entscheiden und die Einrichtung oder den Arzt seiner Wahl zu wählen. Eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts kann nur bei akuter Gefährdung oder bei Notfällen gerechtfertigt werden.

Leistungen der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe umfasst eine Vielzahl von Leistungen und Maßnahmen, die auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Leistungsberechtigten abgestimmt sind. Dazu gehören beispielsweise finanzielle Unterstützung, Hilfen im Wohnbereich, Assistenzleistungen, Hilfsmittelversorgung, Maßnahmen zur beruflichen Integration sowie Freizeitangebote. Die zentrale Funktion der Eingliederungshilfe besteht darin, Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen. Sie soll ihnen ermöglichen, ein möglichst selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu führen. Neben dem klassischen Suchthilfesystem (Beratung, Entzug, Rehabilitation, etc.) versorgt die Eingliederungshilfe heute eine große Zahl von Menschen mit Suchterkrankungen. Hierbei handelt es sich überwiegend um Maßnahmen im Bereich des Wohnens, der Tagesstrukturierung inklusive Beschäftigung. Primäres Ziel der Eingliederungshilfe ist weniger die Überwindung der Suchterkrankung bzw. die Herstellung von Abstinenz, als vielmehr die Entwicklung einer selbstbestimmten Lebensführung und die Ermöglichung der gesellschaftlichen Teilhabe Betroffener.

Gesetzliche Grundlage für eine Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe ist der jeweils gegebene individuelle Hilfebedarf, der in der Regel von den zuständigen Behörden oder Sozialleistungsträgern festgestellt wird. In Berlin wird dies von den Teilhabefachdiensten der bezirklichen Gesundheitsämter vorgenommen.

Bezirksgebunden oder gesamtstädtisch?

Die gemeindenahere psychiatrische Versorgung stellt sicher, dass Menschen mit psychischen Problemen lebensweltnahe Hilfen erhalten. So sehr sich dieses Prinzip wohl für die meisten Personen mit psychiatrischen Erkrankungen bewährt hat, für bestimmte Gruppen Drogenabhängiger geht das „Wohnortprinzip“ an der Realität vorbei. Unabhängig von ihrer Meldeadresse haben viele Menschen mit einer Drogenabhängigkeit ihren Lebensmittelpunkt in der Nähe der Infrastruktur der Drogenhilfe (substituierender Arzt / substituierende Ärztin, Kontakt- und Beratungsstellen) oder in Szenetreffpunkten. Vor diesem Hintergrund wird gefordert, dass sich die Eingliederungshilfe hinsichtlich suchtspezifischer Hilfen nicht an Bezirksgrenzen, sondern am Wunsch- und Wahlrecht von Patientinnen und Patienten und an dem gegebenen Hilfebedarf orientieren sollte.

Ein weiteres Problem betrifft die in den Bezirken vorgehaltene Infrastruktur der gemeindenahen psychiatrischen Hilfen. Kontaktstellen, Tagesstätten und Wohngruppen der ambulant-psychiatrischen Versorgung im Bezirk sind für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit in aller Regel keine Hilfeoption. Oft entsprechen diese nicht den gegebenen individuellen Hilfebedarfen und in aller Regel werden drogenkonsumierende Menschen dort auch gar nicht aufgenommen.

Während alle Berliner Bezirke suchtspezifische Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer Alkoholproblematik vorhalten, gilt dies nicht für Menschen mit einer Drogenproblematik. Dies dürfte auch daran liegen, dass nicht in jedem Bezirk ein Bedarf nach Tagesstätten oder Arbeitsplätzen für diese Zielgruppe besteht. Dies bedeutet jedoch auch, dass Menschen mit einer Drogenproblematik – gemäß ihres Wunsch- und Wahlrechts - die Möglichkeit haben sollten, Einrichtungen der Eingliederungshilfe in anderen Stadtbezirken zu nutzen. In der praktischen Umsetzung ist dies jedoch oft schwierig: Ist der individuelle Hilfebedarf im Meldebezirk einer Person festgestellt worden und Klientinnen bzw. Klienten bewerben sich in einem anderen Bezirk um einen Platz in einer Maßnahme der Eingliederungshilfe, so wird eine Absage sehr oft damit begründet, dass freie Plätze prioritär an Bewohnerinnen und Bewohner des Bezirks vergeben werden, welche die Einrichtung vorhält. So kann der gesetzlich zugesicherte Anspruch auf eine Maßnahme der Eingliederungshilfe nicht realisiert werden. Geradezu kurios wird die Ablehnung auf eine Maßnahme der Eingliederungshilfe, wenn der aufnehmende Bezirk nicht der Einschätzung des Meldebezirks folgt, dass es sich um einen Menschen mit einer Suchtproblematik handelt, sondern um eine andere psychiatrische Diagnose, was eine andere Maßnahme erforderlich macht. Dieses Vorgehen hebt nicht nur das Prinzip des Wunsch- und Wahlrechts von Betroffenen aus, auch wird der Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe untergraben.

Die hier skizzierten Beispiele zeigen jedoch auch, dass die Versorgung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeit im Rahmen der Eingliederungshilfe ein Ressourcenproblem aufweist. Es fehlt insbesondere an Tagesstätten, Wohn- und Arbeitsplätzen. Dieser Umstand ist u.a. auch auf den erheblichen Fachkräftemangel im Bereich der Suchthilfe zurückzuführen. Eine besondere Herausforderung ist die Versorgung drogenkonsumierender Klientinnen und Klienten, die primär ein psychiatrisches Problem haben. Träger der Suchthilfe berichten, dass psychiatrische Einrichtungen die Aufnahme wegen des

Substanzkonsums verweigern, und Suchthilfeeinrichtungen haben i.d.R. nicht die personelle Ausstattung, um diese Personengruppe adäquat zu versorgen.

Abschließend soll die Frage beantwortet werden, ob Leistungen der Eingliederungshilfe für den Personenkreis leistungsberechtigter suchtkranker Menschen bezirksgebunden oder gesamtstädtisch vorgehalten werden sollen: Liegt ein individueller Hilfebedarf vor, haben Betroffene einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Um einen schnellstmöglichen Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen, ist zu prüfen, ob ein gesamtstädtischer bzw. überbezirklicher Zugang für die Zielgruppe der drogenabhängigen Menschen nicht adäquater wäre.

Bundesteilhabegesetz

Eine Herausforderung für Leistungserbringer wie auch für Leistungsberechtigte stellen nach Ansicht der Expertinnen und Experten der Fokusgruppe die Neuerungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) dar. Das BTHG zielt darauf ab, die Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zu stärken und das bisherige System der Eingliederungshilfe zu reformieren. Mit der Umsetzung des BTHG durch das SGB IX wird ein neues Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs etabliert, was eine stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse, Wünsche und Fähigkeiten Betroffener gewährleisten soll. Diese Veränderungen haben für die Praxis der Suchthilfe erhebliche Konsequenzen, da die Zugänge zur Eingliederungshilfe für Klientinnen und Klienten sehr komplex sind. Das bedeutet entweder, dass Suchtberatung qualifiziert und mit entsprechenden Ressourcen für die Begleitung ausgestattet sein muss. Oder aber die Entgeltdienste müssen die entsprechenden Ressourcen haben, um die Menschen zu den Teilhabefachdiensten zu begleiten. Leistungsberechtigte haben das Recht auf Unterstützung bei der Antragstellung und auf eine Begleitung.

7.4 Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Justiz

Zur Teilnahme an der Fokusgruppe zu Problemen der Suchthilfe an der Schnittstelle zur Justiz wurden unterschiedliche Vertreterinnen und Vertreter der Träger im Feld, der bezirklichen Suchthilfe Koordination und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege eingeladen

7.4.1 Zielsetzung der Fokusgruppe

An der Schnittstelle zwischen Suchthilfe und Strafvollzug können verschiedene Probleme entstehen, die sich auf die suchtspezifischen Hilfen von suchtmittelabhängigen Straftätern auswirken. Dies geht zum einen auf eine teilweise komplexe Problemlage von suchtmittelabhängigen Straftätern zurück, zum anderen werden Hilfeprozesse manchmal durch Probleme der Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren der Suchthilfe und dem Strafvollzug beeinträchtigt. Zur Fokusgruppe eingeladen waren neben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Bereiche der Berliner Justiz eine Vertreterin der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sowie für die Schnittstellenarbeit relevante Träger der Berliner Suchtberatungsstellen (Liste der Teilnehmenden im Anhang).

Mit der Fokusgruppe wurde das Ziel verfolgt, eine differenzierte Beschreibung und Analyse der Schnittstellenproblematik zwischen Einrichtungen der Suchtberatung und unterschiedlichen Organisationseinheiten (z. B. Haftanstalten, Soziale Dienste) der Justiz vorzunehmen. Hierbei wurden auch Fragen bearbeitet, die eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Strafvollzug betreffen.

7.4.2 Ergebnisse der Sitzung

Im Rahmen der Diskussion hat die Fokusgruppe mehrere Themen der Zusammenarbeit adressiert, die in den vergangenen Jahren immer mal wieder zu Schwierigkeiten geführt haben.

Zugangs- und Arbeitsbedingungen

Berliner Suchtberatungsstellen bieten in allen Haftanstalten Suchtberatung an. Die organisatorischen, räumlichen und personellen Bedingungen der unterschiedlichen Haftanstalten sind jedoch recht unterschiedlich. Auch die Bedarfe seitens der Klientel variieren in Abhängigkeit davon, ob sie sich aktuell in der Untersuchungshaft, im Offenen Vollzug oder in einer Justizvollzugsanstalt für Männer, Frauen oder für Jugendliche befinden. Die Qualität der Arbeitsbedingungen in Haftanstalten ist insbesondere abhängig von der Verfügbarkeit von Personal und Beratungsräumen. Probleme treten immer wieder auf, wenn Beschäftigte einer Suchtberatung nach einer Terminabstimmung mit Inhaftierten vor der Haftanstalt stehen und damit konfrontiert sind, dass entweder gerade kein Beratungsraum zu Verfügung steht oder aber, dass der Besuch der Beraterin oder des Beraters durch das Personal der Anstalt nicht begleitet werden kann. So kommt es immer mal wieder dazu, dass die vereinbarte Beratung nicht stattfinden kann. Ganz abgesehen davon, dass Inhaftierten so der Zugang zur Beratung verwehrt bleibt, bleiben hier personelle Ressourcen der

Suchtberatung ungenutzt. Als vergleichsweise optimal schildern die Suchtberaterinnen und Suchtberater die Arbeitsbedingungen in der Justizvollzugsanstalt Moabit. Hier stehen mehrere Beratungsräume und oft auch Sprachmittlerinnen und -mittler zu Verfügung und durch die Präsenz von Justizangestellten kann die Suchtberatung in einem vergleichsweise sicheren Milieu stattfinden. Auch aus der (vergleichsweise kleinen) Frauenhaftanstalt in Lichtenberg wird eine gute Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe berichtet.

Standards der Suchtberatung und Definition der Aufgaben

Aus der Sicht der Beschäftigten der Justiz wären eine größere Transparenz und eine trägerübergreifende konzeptionelle Einheitlichkeit der Suchtberatung in Haft wünschenswert. Auch unter den an der Fokusgruppe beteiligten Professionellen der Suchtberatung ergibt sich ein eher unklares Bild, worin deren Aufgabe in der Haftanstalt (genau) besteht. Und auch hier wird ein Bedarf gesehen, gemeinsame Standards für die Suchtberatung in Haft zu erarbeiten. In der Diskussion über die Standards wurde die historische Bedeutung der Suchtberatung in Haft deutlich. Mit der Einführung des § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG), Therapie statt Strafe, Mitte der siebziger Jahre hatten Gerichte bei Vorliegen einer schweren Suchterkrankung die Möglichkeit, statt einer Freiheitsstrafe eine suchtspezifische Behandlung anzuordnen. So bestand eine zentrale Aufgabe der Drogenberatung in Haft ursprünglich in der Vermittlung drogenabhängiger Menschen in entsprechende Behandlungseinrichtungen. Heute scheinen die Anforderungen deutlich komplexer, da Suchtmittelabhängige zum einen mehrere unterschiedliche Optionen in der Suchthilfe haben (stationäre Rehabilitation, Substitutionsprogramme, etc.) und zum anderen Sprachprobleme sowie existentielle Probleme (Wohnung, Aufenthaltsstatus, etc.) die Beratungsarbeit herausfordern.

Probleme im Übergangsmanagement

Eine besondere Perspektive auf die Schnittstelle zwischen der Suchthilfe und der Justiz haben die sozialen Dienste der Justiz. Die nachgeordnete Behörde der Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz -Die Sozialen Dienste der Justiz – Gerichts- und Bewährungshilfe - ist zuständig für alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen in den Fachbereichen Gerichtshilfe, Bewährungshilfe und Führungsaufsicht. Ziele dieser Organisation sind die Resozialisierung erwachsener Straffälligen, die Vermeidung erneuter Straffälligkeit und die Unterstützung von Geschädigten einer Straftat.

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass Übergangssituationen für viele aus der Haft entlassene Menschen eine besondere Herausforderung darstellen, insbesondere aber für Suchtkranke. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die während der Haft begonnene Suchtberatung nach der Entlassung in einer Beziehungskontinuität fortgesetzt werden kann. Sehr häufig ist die Haftentlassung jedoch mit einem Wechsel der Beratungsstelle verbunden, da die Angebote der Suchtberatungsstellen primär auf den jeweiligen Bezirk ausgerichtet sind. Die an der Fokusgruppe beteiligten Suchtberatungsstellen machen jedoch deutlich, dass dem Prinzip der Regionalisierung grundsätzlich die Wahlfreiheit von Betroffenen entgegensteht. Das bedeutet, dass Suchtberatungsstellen zwar die Aufgabe haben, Klientinnen und Klienten ihres Bezirks zu

versorgen, Menschen mit Suchtproblemen sind jedoch frei in der Wahl ihrer Suchtberatungsstelle.

Ob das Übergangsmanagement von der Haft in das System der Regelversorgung gelingt, hängt aus der Sicht der Experten der Fokusgruppe jedoch nicht nur vom Engagement des Sozialdienstes der Haftanstalt und der externen Suchtberatung und der Motivation der Inhaftierten ab. Es sind auch objektiv-strukturelle Bedingungen, die für einen erfolgreichen Übergang entscheidend sind. So haben beispielsweise Menschen im offenen Vollzug deutlich bessere Bedingungen, diesen Übergang erfolgreich bestreiten zu können als z. B. Personen im geschlossenen Vollzug, die keine Lockerungen bekommen, deren Aufenthaltsstatus unklar ist, die von Abschiebung bedroht sind und/oder die keinerlei Ansprüche nach einem der Sozialgesetzbücher haben.

Eine besonders schwierige Problematik, die einer systematischen Lösung bedarf, betrifft die Krankenversicherung von Menschen, die aus der Haft entlassen werden. Ist während der Haft die Krankenversorgung sichergestellt, so stehen Inhaftierte mit dem Tag der Entlassung ohne Krankenversicherung da. Für suchtmittelabhängige Menschen, die auf eine psychiatrische Versorgung angewiesen sind oder die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, ist dies in aller Regel eine Situation, die eine erhöhte Rückfallgefahr bedeuten und den Prozess der Resozialisierung gefährden kann.

Die Fokusgruppe diskutierte Ideen, wie diese für Betroffene äußerst problematische Situation behoben werden könnte. Hierzu wurde zum einen angeregt, Krankenkassen dazu zu veranlassen, gegen Ende der Haftzeit eine vorläufige Versicherungskarte an Inhaftierte auszugeben, die für einen begrenzten Zeitraum von Inhaftierten bereits unmittelbar nach der Entlassung genutzt werden kann. Zum anderen wurde angeregt, Leistungen wie die medizinische Substitutionsbehandlung in die kassenärztliche Notfallversicherung aufzunehmen. Eine Notfallversicherung in der Krankenversicherung tritt normalerweise in Situationen ein, in denen akute und lebensbedrohliche medizinische Notfälle auftreten. Diese Art von Versicherung deckt in der Regel Kosten für dringende medizinische Behandlungen ab, die unmittelbar erforderlich sind, um das Leben des Versicherten zu retten oder ernsthafte gesundheitliche Schäden zu verhindern (z. B. Behandlung von Unfallverletzungen).

Menschen mit Ersatzfreiheitsstrafen

Eine Klientel, für die sich nur sehr schwer ein Zugang zur Suchthilfe herstellen lässt, sind aus der Sicht der Beschäftigten der Haftanstalten Personen, die Ersatzfreiheitsstrafen verbüßen. Ersatzfreiheitsstrafen werden in der Regel verhängt, wenn eine Geldstrafe nicht gezahlt wird oder nicht gezahlt werden kann. Dies bedeutet, dass jemand, der eine Geldstrafe nicht bezahlen kann oder will, stattdessen eine bestimmte Anzahl von Tagen im Gefängnis verbringen muss, um die Strafe abzubüßen. Suchtkranke Menschen, die eine Ersatzfreiheitsstrafe verbüßen, bekommen eher selten einen Kontakt zu einer Suchtberatung, da sie sich meist nur kurz in Haft befinden, um danach wieder entlassen zu werden.

Digitalisierung

Im Zusammenhang mit der Organisation der Suchtberatungen in Haft diskutierte die Fokusgruppe auch über die Möglichkeiten des Einsatzes digitaler Medien. Vor dem Hintergrund, dass in den vergangenen 2-3 Jahren immer mehr Dienstleistungen (auch) über digitale Instrumenten erbracht werden, gilt es nach Einschätzung der anwesenden Expertinnen und Experten zu prüfen, ob Video-Chats (bzw. Video-Telefonie) nicht auch in der Suchtberatung von Inhaftierten genutzt werden können. Wesentliche Gegenargumente betreffen zum einen Fragen des Datenschutzes und zum anderen Kostenfragen.

Um den Schutz persönlicher Daten sicherzustellen, sollte geprüft werden, welche Anwendungen für die Suchtberatung in Haft genutzt werden können. Hierzu liegen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen bereits hinreichende Erfahrungen mit einer webbasierten Kommunikation vor (Psychotherapie, ärztliche Kommunikation, etc.).

Auch hinsichtlich der Kostenfrage gilt zu prüfen, welche Kosten mit der Nutzung einer Kommunikationssoftware tatsächlich verbunden sind. Bei der Abwägung von Kosten und Nutzen sind auch die Aufwände zu berücksichtigen, die durch die ausschließliche Beratung in Präsenz anfallen.

Angebote der Gerichtshilfe

Eine Grundlage für eine gute Kooperation zwischen der Suchthilfe und der Justiz dürfte die gegenseitige Bekanntheit der jeweiligen Angebote sein. So machte die Vertreterin der sozialen Dienste der Berliner Justiz darauf aufmerksam, dass in dieser Behörde nicht nur die Bewährungshilfe angesiedelt ist, sondern dass die vielleicht weniger bekannten Angebote der sozialen Dienste für die Klientel der Suchtberatung von Bedeutung sein können.

Suchtberatung oder Drogenberatung?

Im Rahmen der Fokusgruppe wurde deutlich, dass in der Diskussion zwar kontinuierlich von der Suchtberatung in Haft gesprochen wurde, obgleich mit der adressierten Zielgruppe eigentlich ausschließlich drogenabhängige Inhaftierte gemeint waren. Suchtberatungsstellen haben demnach offensichtlich nicht den Auftrag, andere von Suchterkrankungen betroffene Menschen in Haft zu beraten. Insbesondere vor dem Hintergrund epidemiologischer Erkenntnisse wird in diesem Zusammenhang angeregt, ein Gesamtkonzept von Suchtberatung zu erarbeiten und umzusetzen, in dem alle Formen von Suchterkrankungen (Alkoholabhängigkeit, pathologisches Spielen, etc.) beinhaltet sind.

7.5 Fokusgruppe Schnittstellen Suchthilfe - Wohnungslosenhilfe

Zur Teilnahme an der Fokusgruppe zu Problemen der Suchthilfe an der Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe wurden unterschiedliche Vertreterinnen und Vertreter der Träger im Feld, der bezirklichen Suchthilfekoordination und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege eingeladen.

7.5.1 Zielsetzung der Fokusgruppe

Die Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Berliner Suchthilfe haben auf unterschiedliche Probleme aufmerksam gemacht, die einerseits an der Schnittstelle der Einrichtungen der Suchthilfe mit denen der Wohnungslosenhilfe anzusiedeln sind und andererseits in den (rechtlichen) Strukturen des Hilfesystems begründet sind. Vor diesem Hintergrund wurde mit der Fokusgruppe das Ziel verfolgt, eine differenzierte Beschreibung und Analyse dieser Problematik in der Versorgung von wohnungslosen Menschen mit einer Suchtproblematik vorzunehmen.

7.5.2 Ergebnisse der Sitzung

Zwei Hilfesysteme, eine Zielgruppe

Die vorliegenden Zahlen belegen, dass ein großer Anteil unter wohnungslosen Menschen mit einer oder mehreren psychischen Erkrankungen zu kämpfen hat. Am häufigsten sind dies Suchterkrankungen. Je nach Perspektive haben wir es also mit Suchtkranken, die wohnungslos sind oder aber mit Wohnungslosen, die auch eine Suchterkrankung haben, zu tun. Für die Fokusgruppenteilnehmenden wird an diesem Beispiel die grundlegende Problematik an dieser Schnittstelle sinnbildlich: der Blick auf die Zielgruppe aus der jeweils eigenen Leistungsperspektive heraus. Hieraus ergeben sich für die Betroffenen unterschiedliche Probleme, die einer erfolgreichen Re-Integration entgegenstehen können.

Hauptfokus liegt auf der Unterbringung in eigenem Wohnraum

Da die Hilfesysteme getrennt sind, ist es für die Betroffenen oft entscheidend, in welchem Bereich ihnen der Eintritt in das Hilfesystem gelingt. Aus der Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist der Verlauf günstiger, wenn der Eintritt im Rahmen der Suchthilfe gelingt. Hier scheint die weitere Versorgung einfacher zu sein.

Häufiger scheint diese Zielgruppe jedoch den Eintritt ins Hilfesystem im Bereich der Wohnungslosenhilfe zu suchen. Dies hat verschiedene Gründe: Zum einen wünschen sich viele Betroffene primär eigenen Wohnraum und auch aus Helferperspektive ist das eigene „Dach über dem Kopf“ notwendige Voraussetzung, um weitere Maßnahmen überhaupt umsetzen zu können. Zum anderen ist die Beantragung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe deutlich aufwendiger. Damit verbunden ist eine Begutachtung, die für viele der Betroffenen eine Hürde darstellt. Die „67er“-Hilfen sind dagegen leichter zu beantragen und können bereits einsetzen, wenn die Notlage bekannt wird.

Der Fokus in der Wohnungslosenhilfe ist jedoch eng gefasst: zentral ist die Versorgung mit Wohnraum. Dies spiegelt sich auch im Personalschlüssel wider, der für Problematiken, die

über die Wohnungslosigkeit hinausgehen, keine Stellenanteile vorsieht. So fehlt in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oft das entsprechende Fachpersonal, um Menschen mit einer Suchterkrankung entsprechend motivieren, beraten oder betreuen zu können.

Alleiniger Fokus auf Wohnung erhöht Rückfallgefahr

Mit der Unterbringung in eigenem Wohnraum als zentralem Leitgedanken ist ein weiteres Problem verbunden. Wo nur eine Wohnung vermittelt wird, ohne sich parallel um die Suchterkrankung oder dahinterliegende psychiatrische Störungen zu kümmern, besteht eine hohe Gefahr, dass der (Elends-)Kreislauf Wohnungslosigkeit/Suchterkrankung/Entgiftung stets von neuem beginnt. Hier setzten Projekte wie „Housing first“ oder „ASOG+“ an. Insbesondere der „Housing first“-Ansatz wird dahingehend geschätzt, dass die Befähigung zum eigenständigen Wohnen nicht mehr von den Betroffenen nachgewiesen werden muss. Entscheidend sei es dabei aber, inwieweit es gelingt, die Zielgruppe dann auch für weitere Maßnahmen gewinnen zu können.

Gleichzeitig berichten die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Zusammenhang mit den Vorgaben des § 67 SGB XII von einem hohen Vermittlungsdruck, der wenig Zeit lässt, genau diese Problematiken zu adressieren. Aus ihrer Sicht besteht der Wunsch der Kostenträger, dass die Betroffenen möglichst schnell in eigenen Wohnraum vermittelt werden, unabhängig von der jeweiligen individuellen Problemlage.

Unterschiedliche Finanzierungsstrukturen für Wohnungslosenhilfe (§ 67 SGB XII) und Eingliederungshilfen (§ 99 SGB IX)

Hauptproblem ist aus der Sicht der Expertinnen und Experten, dass mit der Suchthilfe bzw. Wohnungslosenhilfe zwei verschiedene Systeme bestehen, die mit unterschiedlichen Zielsetzungen agieren und sich bezüglich der Finanzierung auch strukturell unterscheiden, wobei die Trennung entlang der Sozialgesetzbücher verläuft.

Dies führt dazu, dass die Kostenträger bemüht sind, die Kosten für das jeweils eigene Budget möglichst gering zu halten. Hier wird nicht mehr die Gesamtproblematik der Zielgruppe wahrgenommen, sondern vielmehr geprüft, ob die vorliegende Problematik nicht doch einem anderen Kostenträger zuzuordnen ist. Wenn neben der Wohnungslosigkeit auch noch eine Suchterkrankung vorliegt, sei dann in der Praxis letztlich die Suchthilfe zuständig. Einen Weg zurück gebe es dann nicht mehr.

Hier wird auch ein Kernproblem der Finanzierung deutlich. Mit den unterschiedlichen Hilfesystemen wird auch ein sich gegenseitig ausschließendes Hilfesystem angenommen. Die Frage ist nicht, welchen Beitrag kann das jeweilige System leisten, um die unterschiedlichen Probleme der Zielgruppe lösen zu können. Vielmehr wird nach dem Ausschlussverfahren geschaut, an welcher Stelle man Verantwortung abgeben kann. Die Betroffenen stehen diesem Vorgehen oft hilflos gegenüber, da sie nicht in der Lage sind, sich rechtlich zu wehren.

Übergänge zwischen den Systemen

Die Probleme dieser getrennten Finanzierung werden meist dann sichtbar, wenn Menschen aus der Wohnungslosenhilfe auch Angebote der Suchthilfe bzw. Eingliederungshilfe in

Anspruch nehmen wollen. Hier sind es meist die unterschiedlichen Zuständigkeiten, die den Prozess erschweren. So ist die Vergabe von Wohnraum beispielsweise im Rahmen des § 67 SGB XII über die Bezirke geregelt. Hier entscheidet die letzte Meldeadresse darüber, welcher Bezirk die Zuständigkeit hat. Dies führt vor allem dann zu Schwierigkeiten, wenn der aktuelle Lebensmittelpunkt nicht im gleichen Bezirk liegt. Projekte der Suchthilfe für diese spezifische Zielgruppe sind meist überregional organisiert. So kommt es, dass die suchtspezifische Betreuung dort stattfinden würde, wo der Lebensmittelpunkt des Betroffenen ist, die Versorgung mit Wohnraum dann aber in einem ganz anderen Bezirk wäre.

Bei der Beantragung von Hilfen der Eingliederungshilfe und den damit verbundenen Begutachtungen ergeben sich darüber hinaus oft so lange Wartezeiten für die Betroffenen, dass es in diesen Zeiträumen schwerfällt, den Kontakt zu den Betroffenen zu halten. Hinzu kommt, dass die Hilfesysteme es hier mit Menschen zu tun haben, die insgesamt schwer zu erreichen sind bzw. denen es von Anfang an schwerfällt, eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Dieser hochschwellige Prozess ist für die Betroffenen nur sehr schwer ohne professionelle Begleitung durchzustehen. Hier fehlt es neben der Vereinfachung der Übergänge auch an einer Anpassung der Angebote an diese unterschiedlichen Lebensrealitäten der Betroffenen, was im Endeffekt dazu führt, dass die bestehenden Angebote nicht genutzt werden.

Ziele/Anforderungen der Weiterentwicklung

Ziel ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Klientel. Dabei gilt es, zukünftig eine stärker personenzentrierte Sichtweise einzunehmen. Nicht die Zielgruppe sollte sich an das Hilfesystem anpassen müssen, sondern die verschiedenen Hilfsangebote müssen bereichsübergreifend so zusammenarbeiten, dass die Betroffenen optimale, an den individuellen Bedürfnissen orientierte Leistungen erhalten.

Weiterhin ist es für eine langfristige gelingende Re-Integration der Betroffenen in die Gesellschaft elementar wichtig, dass sowohl mit der Wohnungslosigkeit als auch mit der psychiatrischen Störung bzw. der Suchterkrankung angemessen umgegangen wird. Jede Lösung, die nur einen Teil adressiert, erhöht die Rückfallwahrscheinlichkeit.

Orientierung an den Bedarfen und Möglichkeiten der Zielgruppen

Handlungsleitend muss deshalb die Orientierung an den Bedarfen der Zielgruppen sein und nicht das Sozialgesetzbuch. Am Anfang des Hilfeprozesses steht dabei für die Expertinnen und Experten eine Klärung des Hilfebedarfs. Hier können die Bedürfnisse des Klienten bzw. der Klientin erfasst werden und in der Folge die entsprechenden Kostenträger eingebunden werden. Sind diese Punkte geklärt, ist für eine zielführende Umsetzung des Hilfeplans eine gute Betreuung notwendig, idealerweise im Rahmen eines Case-Managements. Parallel ist es wichtig, dass der Druck bei der Wohnungssuche reduziert wird, um den Betroffenen den Raum zur persönlichen Entwicklung geben zu können.

Insgesamt braucht es dafür einen besseren Austausch der Hilfebereiche im Sinne eines systemübergreifenden Zusammenarbeitens und mehr Ressourcen. Im Hinblick auf die Ressourcen gilt es, die personelle wie fachliche Ausstattung insbesondere im Bereich der Wohnungslosenhilfe zu verbessern.

Zentrale Forderung im Plenum war jedoch die „Neu-Interpretation“ des § 67 als sogenannte Leithilfe. Die tradierte Auslegung des Paragraphen dahingehend, dass sich eine Versorgung nach § 67 SGB XII und Maßnahmen der Eingliederungshilfen ausschließen, ist für die Expertinnen und Experten weder inhaltlich nachvollziehbar noch rechtlich tragbar. Hier wird eine neue Kultur der Anwendung gefordert, nach der im Rahmen des § 67 eine Klärung des Bedarfs vorgenommen werden kann und dann entsprechend des Bedarfs zusätzlich Leistungen der Eingliederungshilfe das Angebot ergänzen.

Hier gilt es vor allem die verschiedenen Verwaltungen in die Umstellung einzubeziehen. Im Rahmen von Schulungen muss zunächst einmal für die Belange der Zielgruppe sensibilisiert werden. Zentral ist aber, eine einheitliche rechtliche Auslegung der unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten zu etablieren. Hierbei müssen auch die Veränderungen im Hinblick auf die Neuorganisation des BTHG berücksichtigt werden.

Best-Practice-Beispiel

Mit dem Modellprojekt „Teupe“ wurde in diesem Zusammenhang ein Best-Practice-Ansatz vorgestellt, der den Betroffenen im Sinne einer Clearing-Funktion bei der Orientierung hilft. Um wiederkehrende Verläufe zu durchbrechen, werden suchtkranke Menschen direkt vom Krankenhaus abgeholt und in einer ASOG-Einrichtung untergebracht. Begleitend dazu gibt es sozialpädagogische Unterstützung. Gemeinsam mit der Klientin bzw. dem Klienten wird dann der Auftrag geklärt. Je nach Auftrag werden die Personen bei der weiteren Umsetzung unterstützt, bis die entsprechende Finanzierung geklärt ist. Die beteiligten Träger gehen bis dahin mit ihrem Leistungsangebot in Vorleistung. Garantiert wird für diese Arbeit ein Grundversorgungssatz, bis der eigentliche Hilfebedarf festgestellt wurde. Dieser wird dann rückwirkend ausgezahlt. Der Vorteil dieses Modellprojekts zeigt sich an vielen Stellen. So haben die Krankenhäuser nicht immer wieder die selben Patientinnen bzw. Patienten in der Entgiftung und die ASOG-Einrichtungen können neben ihrem eigentlichen Versorgungsauftrag mit Wohnraum auch die weitere Problematik der Klientel angehen. Und nicht zuletzt profitiert die Klientel davon, dass die Versorgung unmittelbar beginnen kann, ohne dass vor Beginn die Finanzierung geklärt sein muss.

7.6 Fokusgruppe Schnittstellen Suchtprävention – Frühintervention - Beratung

Zur Teilnahme an der Fokusgruppe zu Problemen der Suchthilfe an den Schnittstellen Suchtprävention – Frühintervention - Beratung wurden unterschiedliche Vertreterinnen und Vertreter der Träger im Feld, der bezirklichen Suchthilfe Koordination und der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege eingeladen.

7.6.1 Zielsetzung der Fokusgruppe

Mit der Einberufung der Fokusgruppe wurde das Ziel verfolgt, mehr Verständnis über die Verzahnung zu erlangen, wie die Zusammenarbeit an den Schnittstellen tatsächlich aussieht, welche Probleme es aus der Sicht der zentralen Akteurinnen und Akteure gibt und welche Veränderungen eingeleitet werden müssen, um eine effizientere Umsetzung von Suchtprävention, aber vor allem eine reibungslosere Weiterleitung ins Hilfesystem gewährleisten zu können. Für die Beantwortung der Fragestellung, welche Probleme an den benannten Stellen zu identifizieren seien, wurde zu Beginn der Diskussion der Fokus noch etwas enger auf die Schnittstelle der Prävention zur Frühintervention gelegt. Dies sei der Übergang von der Prävention in die Beratung. Gleichzeitig wurde hervorgehoben, dass sich die Schnittstellenproblematik am besten dort beleuchten ließe, wo Prävention und Frühintervention auf eine gemeinsame Zielgruppe, nämlich Menschen mit einem „at risk“-Konsum, treffen. Hieraus ließen sich die Fragen ableiten, wo diese Zielgruppen anzutreffen sind bzw. welche Lebenswelten für einen verbesserten Zugang zu diesen Zielgruppen in den Fokus genommen werden müssen und wie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in diesen Bereichen systematisch in ein Präventionskonzept eingebunden werden können.

7.6.2 Ergebnisse der Sitzung

Versorgungsgrad erhöhen

Konsens bestand in der Gruppe, dass mit den aktuell verfügbaren Ressourcen ein flächendeckendes Angebot präventiver Maßnahmen nicht umgesetzt werden kann. Am Beispiel Schule wurde aufgezeigt, dass es selbst mit aufgestockten Mitteln nicht möglich sei, eine flächendeckende Präsenz der Suchtprävention allein in diesem Setting zu ermöglichen, weshalb es nötig wäre, insgesamt eine realistischere Perspektive bezüglich der Umsetzung von Suchtprävention zu entwickeln. Ziel müsse es aber dennoch sein, die Reichweite von Suchtprävention weiter zu erhöhen.

Suchtprävention sollte mit größerer Systematik umgesetzt werden

Einigkeit bestand auch darüber, dass Suchtprävention zukünftig mit größerer Systematik umgesetzt werden soll. Zu den Aspekten, die einer größeren Systematik bedürfen, wurde an erster Stelle der Zugang zur Zielgruppe benannt. Ebenfalls müssen Hürden beim Eintritt in das Hilfesystem sowie beim Übergang von Angeboten der Prävention zu denen der Beratung minimiert werden. Im Zentrum steht hier die Frage, wie die Wahrscheinlichkeit erhöht werden kann, dass Menschen, die von Beratungsleistungen profitieren könnten, auch tatsächlich in den Angeboten ankommen. Dabei müssten Hürden an der Schnittstelle universelle/selektive Prävention zur Beratung/Frühintervention genauso betrachtet werden

wie solche, die an den Schnittstellen der Beratung/Frühintervention zu den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den jeweiligen Lebenswelten bestünden.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren müssen systematisch eingebunden werden

Prävention ist eine gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe und gerade vor dem Hintergrund, dass die Ressourcen sowohl in der Suchthilfe als auch in der Prävention nicht ausreichen, um eine flächendeckende Umsetzung von Präventionsmaßnahmen gewährleisten zu können, ist es wichtig, möglichst viele weitere Akteurinnen und Akteure in ein Präventionsnetzwerk einzubinden. Hier wurden zwei Bereiche benannt, die es gilt, zukünftig auszubauen. Zum einen müssten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Lebenswelten noch stärker geschult und eingebunden werden. Zum anderen muss auch eine Qualifizierung auf der Verwaltungsebene stattfinden. Hier gilt es, Bereiche wie beispielsweise die Jugendhilfe, Jugendamt oder Jobcenter über Angebote und Strukturen der Prävention besser zu informieren.

Um den Zugang zu den Zielgruppen zumindest optimieren zu können, sollen Synergie-Effekte genutzt werden, um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren stärker einzubeziehen. Inhaltlich besteht Einigkeit darüber, dass Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Problematiken der Zielgruppe besser sensibilisiert werden müssen, sodass Menschen mit problematischem Konsum bzw. „at-risk“-Konsumierende seltener „durchs Netz fielen“. Gleichzeitig gelte es zu vermitteln, welche Unterstützungsmöglichkeiten den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Verfügung stünden. Zentral sei dabei, dass für alle Beteiligten klar geregelt sei, am besten in der Form schriftlicher Vereinbarungen, wie es nach der Identifikation der Betroffenen weitergeht.

Schulen durch attraktive Angebote enger einbinden

Zentral im Bereich der Prävention ist die Zielgruppe der Jugendlichen. Hier steht das Setting Schule im Fokus. Alle Beteiligten sind sich einig, dass deutlich mehr Suchtprävention in Schulen stattfinden muss. Bisher sei Suchtprävention in Schulen wenig systematisch realisiert worden, was auch damit zusammenhänge, dass die Akteurinnen und Akteure der Suchtprävention wenig Einfluss darauf hätten, was und auch wie Suchtprävention in Schulen umgesetzt wird. So wurden zwar bereits viele Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Schulen geschult, die tatsächliche Umsetzung von Maßnahmen in der Folge hinge jedoch vor allem vom Engagement einzelner Personen in den Schulen ab. Nicht zuletzt auch aufgrund der schlechten Datenlage bleibt das Setting Schule in Hinblick auf die Suchtprävention eine „Black Box“.

Übergeordnet besteht der Eindruck, dass es den Schulen an Kapazitäten fehle, um Angebote der Suchtprävention regelhaft vorzuhalten. Aus der Sicht der Anbieter von Präventionsmaßnahmen brauche es in den Schulen dahingehend einen Haltungswechsel, dass stärker externe Angebote in Anspruch genommen werden. In Hinblick auf eine nachhaltige Verankerung von Suchtprävention in den Schulen muss jedoch eine schulinterne Lösung anvisiert werden. Aus der Sicht der Interviewteilnehmenden müssten dazu Angebote, welche von den Schulen eigenständig umgesetzt werden sollen, passgenau vorbereitet werden, sodass sie ohne großen Mehraufwand umsetzbar seien.

Parallel dazu müssen Schulen dabei unterstützt werden, Suchtprävention verbindlich und nachhaltig umzusetzen. Hierbei gelte es, ein koordiniertes Vorgehen gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie abzustimmen.

Im Rahmen der Diskussion wurde aber auch darauf hingewiesen, dass Jugendliche nicht nur im Setting Schule erreicht werden können. So gelte es, auch Jugendhilfeeinrichtungen und andere Einrichtungen, in denen Jugendliche präsent sind, stärker einzubinden. Gleichzeitig müsse auch überlegt werden, inwieweit beispielsweise das Quartiersmanagement, die Jobcenter oder mobile Beratungsangebote zusätzlichen Zugang zur Zielgruppe ermöglichen können.

Digitalisierung nutzen

Unabhängig von den realen Lebensräumen, in denen sich Jugendliche aufhalten, sind die digitalen Räume. Hier gäbe es bereits einige Angebote, die sich aber meist an spezifische Zielgruppen, wie Menschen mit einer Internet- oder „gaming disorder“, richteten. Deshalb wird hier noch ein großes Potential gesehen, um Jugendliche besser ansprechen zu können. Die Ansprache über digitale Kanäle wie „Instagram“ und ähnliche müsse deshalb ausgebaut werden. Hier sei zu prüfen, inwieweit auch neue Ansätze wie beispielsweise das „digitale Streetwork“, bei der Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter, ähnlich den auf den Straßen tätigen Streetworkerinnen und Streetworkern, den digitalen Raum nach der Zielgruppe absuchen und sie dort gezielt ansprechen, genutzt werden können.

Ansätze für eine verbesserte Vermittlung von Betroffenen

Ein großes Problem in der gesamten Suchthilfe ist die Vermittlung an den Übergängen von einem Angebot ins andere. Übergeordnetes Ziel müsse hier sein, die Vermittlungsqualität weiter zu verbessern.

Klare Abläufe, schriftlich geregelt

Die Vermittlung von Menschen in Hilfeangebote könne verbessert werden, wenn für alle an diesem Prozess Beteiligten die Abläufe klar geregelt seien. Dies habe sich im Rahmen von Best-Practice-Modellen unter anderem mit ausgewählten Schulen gezeigt. Hier wurden im Rahmen detaillierter Kooperationsvereinbarungen die Aufgaben der Schulen wie auch der Beratungsstellen festgelegt, feste Ansprechpersonen benannt und den Beratungsstellen Raum gegeben, um ihr Angebot regelhaft vorzustellen. Die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme werde dabei weiter erhöht, wenn das Beratungsangebot in räumlicher Nähe zur Schule ist. Diese Art der Zusammenarbeit sei auch mit anderen Schulen denkbar. Vor dem Hintergrund der großen Anzahl an Schulen wurde in einem ersten Schritt eine Art Zertifizierungsmodell für Schulen angeregt, die sich aus eigener Motivation beteiligen wollen. Der Vorteil solcher Kooperationen bestehe auch darin, dass durch die Zusammenarbeit die Personen des Hilfesystems nicht nur den Zielgruppen bekannt seien, sondern auch den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Dadurch können mögliche Hürden am Übergang abgebaut werden.

Strukturelle Implikationen für die Berliner Suchtpräventionslandschaft

Suchtprävention muss verstärkt auf regionale Ebene ausgerichtet sein

Maßnahmen der Prävention finden zumeist in den Lebenswelten der Zielgruppen und damit in den unterschiedlichen Bezirken statt. Vor diesem Hintergrund sehen die Diskussionsteilnehmenden den Bedarf einer stärkeren Regionalisierung der Suchtprävention. Stichworte sind hier eine bedarfsgerechte Planung und wohnortnahe Angebote.

So wurde darauf hingewiesen, dass die einzelnen Bezirke eine hohe Heterogenität bezüglich der Suchtpräventionsbedarfe aufweisen. Aktuell fehle es an validem Datenmaterial, um die Situation in den Bezirken einschätzen zu können. Hier gelte es, zukünftig die Expertise der Bezirke stärker in der Planung zu berücksichtigen.

Auch zeige die Praxis, dass bei der Vermittlung der in aller Regel eher ambivalent motivierten jugendlichen Zielgruppen eine Anlaufstelle im Bezirk die Chancen auf eine erfolgreiche Vermittlung erhöhe. In diesem Zusammenhang wurde angeregt zu überlegen, wie Angebote der ambulanten Grundversorgung in den Bezirken stärker an der Suchtprävention beteiligt werden können.

Suchtprävention muss kooperativer werden

Die Berliner Leitlinien sehen Suchtprävention als eine Gemeinschaftsaufgabe, die nur dann gut funktioniere, wenn sich alle daran beteiligten. Dies wird auch im Plenum so gesehen. Beim Rückblick auf die bisherige Kooperation, insbesondere zwischen der Fachstelle für Suchtprävention und den Suchtberatungsstellen, wird festgehalten, dass es zwar bereits Beispiele für gute Zusammenarbeit gäbe, nichtsdestotrotz sollte die Kooperation hinsichtlich des inhaltlichen und fachlichen Austausches aber auch in Bezug auf die konkrete Zusammenarbeit verbessert werden.

Austausch

Konkret bedeutet dies für die Expertinnen und Experten, dass es einen stärkeren Austausch über Angebote bzw. die jeweils eigene Arbeit geben muss. Die Fachstelle weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es bereits jetzt schon eine Vielzahl an Kooperationen zwischen der Fachstelle und der Suchthilfe gäbe. Gleichzeitig entstand bei den anderen Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern oft der Eindruck, dass dieser Austausch noch verbessert werden könnte. Darüber hinaus wünschen sich die Beratungsstellen, stärker von der Expertise und den Angeboten der Fachstelle profitieren zu können.

Zusammenarbeit

Für eine effiziente Ansprache der Zielgruppe sei es wichtig, dass die verschiedenen Anbieter im Feld gut zusammenarbeiten. Hier wurde aus der Vergangenheit von negativen Erfahrungen berichtet, die teilweise dazu führten, dass die Zusammenarbeit beendet wurde bzw. es gar nicht erst zu einer Zusammenarbeit kam. Gleichzeitig könne aber auch auf positive Erfahrungen der Zusammenarbeit, beispielsweise im Rahmen der Arbeit in den Landesprogrammen, aufgebaut werden. Im Laufe der Diskussion wurde deutlich, dass alle Beteiligten in der Zukunft eine bessere Zusammenarbeit anstreben. Bei einer solchen

Zusammenarbeit müssen Aufgaben bzw. Rollen klar geregelt sein. Als Beispiel für eine mögliche Zusammenarbeit wurden Kooperationen mit der Fachstelle im Rahmen von Maßnahmen der universellen Suchtprävention benannt.

Maßnahmen der Frühintervention müssen besser kommunizierbar sein

Im Hinblick auf die Verzahnung von universeller, selektiver und indizierter Suchtprävention besteht Konsens, dass der Frühintervention, also Maßnahmen der indizierten Prävention, eine Brückenfunktion zukomme. Ein Dissens bestand jedoch dahingehend, inwieweit Maßnahmen der Frühintervention überhaupt noch in Berlin angeboten werden. Unter dem Schlagwort „*FreD ist tot*“ sehen einige einen stetigen Rückgang solcher Angebote in den Beratungsstellen. Dem gegenüber steht die Erkenntnis, dass beispielsweise die Konzeption von „*FreD*“ für Berliner Zielgruppen nicht attraktiv genug gewesen sei. Nichtsdestotrotz hätten sich die Methoden dieses frühinterventiven Ansatzes in den Beratungsstellen durchgesetzt. Somit gäbe es Angebote der Frühintervention, allerdings nicht mehr unter einem Label wie beispielsweise „*FreD*“, welches in den Zielgruppen kommuniziert werden könnte.

Angehörige stärker einbinden

Im Zusammenhang mit der Diskussion um „*FreD*“ wurde auch auf ein anderes Problem hingewiesen: Die Arbeit mit Jugendlichen sei oft schwierig, weil es den Betroffenen häufig an einem Problembewusstsein mangle. Hier bestand große Einigkeit im Plenum, dass zukünftig die Eltern im Rahmen der Präventionsarbeit stärker eingebunden werden müssen. Nicht zuletzt die guten Erfahrungen mit dem Projekt „*FriDA - Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz*“, das in Berliner Einrichtungen großen Anklang fände, hätten die Expertinnen und Experten bestärkt, dass die Eltern ein wichtiger Faktor im Veränderungsprozess der Jugendlichen seien.

Suchtpräventionsfachkräfte

Für die Umsetzung der oben benannten Veränderungen spricht aus der Sicht der Expertinnen und Experten vieles dafür, spezifische Suchtpräventionsfachkräfte auszubilden. Diese könnten in den Beratungsstellen verortet werden. Dadurch könnte die Suchthilfe entlastet und gleichzeitig der Suchtprävention ein angemessener Raum in der Helfelandschaft gegeben werden. Darüber hinaus könnte dadurch auch der (inhaltlich/fachliche) Austausch zwischen Suchthilfe und Suchtprävention verbessert werden.

Hierfür müsste jedoch die bisherige Praxis, dass Beratungsstellen keine Suchtprävention anbieten sollen, geändert werden. Nicht zuletzt ermöglichen die dann gezielt geschulten Fachkräfte eine zielgruppenspezifische Ansprache und bilden gleichzeitig das „*Gesicht*“, das einen wohnortnahen Zugang zur Beratung erleichtern soll.

Wichtig bei der Umsetzung sei, dass sichergestellt wird, dass bei Ressourcenknappheit in den Beratungsstellen die Suchtprävention nicht hintenangestellt werden würde.

Suchtprävention braucht Steuerung

Die Ideen zur Weiterentwicklung, aber auch die Unklarheiten im Bereich der Aufgabenklärung bzw. Zuständigkeiten machen deutlich, dass die Umsetzung eines systematischen Suchtpräventionsangebots bei knappen Ressourcen Steuerung braucht.

Es braucht eine übergeordnete Koordination

Aus der Sicht der Fokusgruppenteilnehmerinnen und –teilnehmer bedarf es einer übergeordneten Koordination, die das große Ganze im Blick hat – also auch Suchtpräventionsangebote, die außerhalb der senats- bzw. bezirksfinanzierten Maßnahmen stehen, wie beispielweise die Angebote der Krankenkassen. Weiterhin müssten die einzelnen Teile so zusammengefügt werden, dass Prävention „wie aus einem Guss“ entstünde. Das heißt, dass die oben beschriebenen bzw. geforderten Kooperationen reibungslos funktionieren. Gleichzeitig gilt es, Prioritäten bei der Umsetzung zu setzen.

Es braucht klare Zuständigkeiten

Einigkeit besteht darin, dass es im Hinblick auf die Vermeidung von Parallelstrukturen und eine effizientere Umsetzung von Prävention unerlässlich sei, ein gemeinsames Vorgehen stärker zu koordinieren. Hierbei gelte es, zukünftig zu klären, wer welche Aufgaben übernimmt, wer welche Angebote vorhält bzw. wer für welche Zielgruppen zuständig ist.

Es braucht mehr Ressourcen, um Suchtprävention adäquat umsetzen zu können

Konsensfähig war auch die Forderung nach einer besseren und stabileren Finanzierung der Suchtprävention. Wichtig sei, dass die Finanzierung, insbesondere in den Bezirken sichergestellt ist. Nur dann wäre die Suchtprävention auf Augenhöhe mit der Suchthilfe. Aber auch insgesamt müsse überprüft werden, inwieweit stärker Strukturen und weniger einzelne Projekte finanziert werden können. Darüber hinaus ist für die Teilnehmenden eine Umsetzung der beschriebenen Veränderungen nur mit einem „Mehr“ an finanziellen und personellen Ressourcen denkbar.

8 Empfehlungen

Im Rahmen der Interviews mit den Professionellen der Berliner Suchtprävention und Suchthilfe sind eine Vielzahl von Herausforderungen und Bedarfe für Weiterentwicklungen sichtbar geworden. Nachfolgend werden nun für einige Bereiche Handlungsempfehlungen formuliert, die aus der Sicht der Autoren besonders prioritär umgesetzt werden sollten:

Berlin braucht mehr Suchtprävention

In Berlin engagieren sich mehrere Organisationen im Bereich der Suchtprävention. In aller Regel handelt es sich hierbei um überregionale Präventionsangebote, mit denen spezifische Zielgruppen junger Menschen angesprochen werden (HaLT, SONAR, etc.). Ergänzt werden diese zielgruppenbezogenen Angebote von der Fachstelle für Suchtprävention, deren Aufgabe u.a. in der Qualifikation von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und der Umsetzung von übertragenen Landes- und Bundesprogrammen besteht.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der hier vorliegenden Expertenbefragungen muss jedoch konstatiert werden, dass die Suchtprävention in Berlin zu wenig „Breite“ aufweist: Zu wenig Kinder und Jugendliche profitieren von Maßnahmen der Suchtprävention. Damit Suchtprävention zielgerichteter und großflächiger umgesetzt werden kann, sind strukturelle Maßnahmen zwingend erforderlich:

- Grundlage für eine systematische Umsetzung von Suchtprävention in einer erforderlichen Breite ist die Verständigung auf eine gemeinsame Strategie zwischen den beiden Senatsverwaltungen für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie. Suchtprävention sollte ein verbindlicher Baustein in der Jugendarbeit, der Jugendhilfe und der schulischen Bildung sein.
- Kooperationsvereinbarungen zwischen o.g. Verwaltungen sollten die Abstimmung und ihre Zusammenarbeit verbindlich regeln
- Suchtprävention muss stärker sozialräumlich verankert sein. Aus diesem Grund sollten Sucht- und Drogenberatungsstellen und die Suchthilfekoordination aller Bezirke in die Suchtprävention einbezogen werden. Dies gewährleistet die räumliche Nähe zu Zielgruppen und die fachliche Basis für frühe Interventionen. Hierzu sollte jeder Bezirk eine zusätzliche Ausstattung von 1,5-2 Personalstellen für die Prävention erhalten.
- Die vorhandenen überregionalen Präventions- und Frühinterventionsangebote bedürfen einer Ausweitung, um mehr vulnerable Zielgruppen zu erreichen und in regionalen Netzwerken mitzuwirken.
- Im Zuge der Steuerung durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung müssen die Aufgaben der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin neu definiert und mit den zu verändernden Strukturen überregional und regional in Einklang gebracht werden.
- Die Aufgabe der Fachstelle für Suchtprävention wird vorrangig in der Qualifizierung von Multiplikatoren, von Präventionsfachkräften der Beratungsstellen, der Umsetzung von übertragenen Landes- und Bundesprogrammen sowie der

Durchführung öffentlichkeitswirksamer Massenkommunikation gesehen.
Personalkommunikative Maßnahmen (Frühintervention, Beratung von Erziehenden) sollten den Beratungsstellen zugeordnet werden.

- Die Maßnahmen der Suchtprävention werden von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege gesteuert. Angesichts der Heterogenität der Berliner Bezirke muss die Detailabstimmung der Maßnahmen gemeinsam mit der bezirklichen Koordination, den Suchtberatungsstellen und Präventionsprojekten des Bezirks und Vertretungen der überregionalen Suchtpräventionsprojekte erfolgen. Für die Umsetzung von Maßnahmen gilt es, die entsprechenden Vertreterinnen und Vertretern aus der Jugendhilfe bzw. aus dem Bereich der Schule einzubeziehen.
- Kultursensible Angebote müssen ausgebaut werden, um mehr Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bzw. mit Fluchterfahrung zu erreichen

Suchtberatung sollte sich neu ausrichten

Die Suchtberatung in Berlin ist in etwa der Hälfte der Berliner Bezirke noch immer in zwei unterschiedliche Systeme eingebunden: Die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen werden im Rahmen des Psychiatrieentwicklungsplans (PEP) und von den jeweiligen Bezirken gefördert. Dagegen erhalten die Drogenberatungsstellen Berlins ihre Förderung aus Mitteln der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Diese „Zweiteilung“ ist (nur) aus der Historie der Suchthilfe in Berlin nachvollziehbar. In der Praxis führt dies zu einer ungleichen Finanzierung und in der Folge zu Ungleichbehandlung von Beschäftigten und zu Personalabwanderung. Darüber hinaus stellen sich fachliche Fragen, z.B.: Entsprechen Angebote, die sich an Alkohol- oder Drogenkonsumierende richten, noch den Bedarfen, wenn festgestellt werden muss, dass ein polytoxikomanes Konsumverhalten von Zielgruppen aktuell eher die Regel als eine Ausnahme darstellt?

- Vor dem Hintergrund dieser Aspekte wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu integrierten Suchtberatungsstellen empfohlen. Nur so haben Klientinnen und Klienten mit allen Suchtstörungen in der Beratungsstelle eine kompetente Adresse.
- Grundlage hierfür ist die Förderung und Steuerung aller Angebote der Suchtberatung durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung. Das Zusammenführen der unterschiedlichen Finanzierungen und der Steuerung dürfte einen entscheidenden Schritt für die Etablierung einer integrierten Suchtberatung in Berlin darstellen.
- Die Weiterentwicklung zu integrierten Suchtberatungsstellen sollte in mehreren Schritten erfolgen und für die Träger der Beratungsstellen freiwillig sein. Die Bereitschaft zu dieser Transformation ist insbesondere unter aktuellen Drogenberatungsstellen groß, sodass in einem ersten Schritt für alle Berliner Bezirke zumindest eine integrierte Suchtberatung in den nächsten 1-2 Jahren etabliert werden könnte.
- Grundsätzlich wäre vorstellbar, dass Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen ihre Expertise weiterhin für die Beratung und ambulante Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger einsetzen und das Berliner System der Suchtberatung mit diesem zielgruppenspezifischen Angebot unterstützen. Mittelfristig wird jedoch auch eine Weiterentwicklung dieser Einrichtungen zu integrierten Suchtberatungsstellen empfohlen.

- Die Digitalisierung der Suchtberatung sollte ausgebaut und auf alle Beratungsstellen der Stadt erweitert werden, damit mehr Berlinerinnen und Berliner diese niedrigschwelligen Hilfen in Anspruch nehmen können. Hiermit verbunden ist ein Ausbau personeller Kapazitäten, sowohl in den Beratungsstellen als auch in der koordinierenden Senatsverwaltung.
- Die Suchtberatung in Berlin sollte verstärkt jüngere Zielgruppen ansprechen. Hierzu wird empfohlen, eine systematische Kooperation mit Einrichtungen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie zu etablieren und Maßnahmen der Frühintervention anzubieten bzw. weiterzuentwickeln. Ein weiterer Zugang zu jugendlichen Zielgruppen sollte durch Angebote der Familien- bzw. Elternberatung etabliert werden. Eine besondere Herausforderung für die Suchtberatung dürfte eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme junger Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum sein. Um dies zu erreichen, wird eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit empfohlen, mit der das Online-Beratungsangebot der Berliner Suchtberatungsstellen kommuniziert wird.

Der Zugang von substanzkonsumierenden Jugendlichen in psychosoziale und suchtspezifische Hilfen sollte verbessert werden

Obgleich die Infrastruktur der Berliner Jugend- und Suchthilfe ein vergleichsweise differenziertes Hilfe- und Unterstützungssystem bereithält, sind gravierende Mängel in der Versorgung vulnerabler Kinder und Jugendlicher festzustellen. Eine besondere Herausforderung der Jugendhilfe besteht darin, vulnerable Kinder und Jugendliche zu erreichen und bei Bedarf spezifische Hilfen für sie zugänglich zu machen.

Vor diesem Hintergrund wird die Konzipierung und Durchführung eines Kooperationsmodells zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und ggf. der Jugendpsychiatrie vorgeschlagen. Kern des Modellprojekts sind mobile Teams, die aus Fachkräften der Jugendhilfe/Streetwork, der Suchtberatung und ggf. der Jugendpsychiatrie bestehen. Damit dieses Modell für eine bessere suchtspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgreich umgesetzt werden kann, muss die einzelfallbezogene Steuerung und die Koordination der Hilfen auf Bezirksebene durch das mobile Team sichergestellt werden. Ein mobiles Team arbeitet nach den Prinzipien des Case Managements und hat die Aufgabe, die individuelle Versorgung der Jugendlichen optimal zu koordinieren. Sie agieren und kommunizieren als Mittler zwischen den beteiligten Berufsgruppen, den Schnittstellen (z.B. Krisendienst, Suchtberatung, Bewährungshilfe) und den betroffenen Jugendlichen. Es wird vorgeschlagen, dieses Modellprojekt in 2-3 Berliner Bezirken zu erproben und die Entwicklungsprozesse zu dokumentieren.

Die Zugänge zur Behandlung Suchtmittelabhängiger sollten verbessert werden

Epidemiologischen Untersuchungen zufolge leben in Berlin mehr als 300.000 Menschen mit einer Suchtstörung. Jährlich begeben sich knapp 15.000 von ihnen in eine Entgiftungsbehandlung und weniger als 2.000 Menschen beginnen eine Entwöhnungsbehandlung. Diese Zahlen verdeutlichen, dass mehr als 90 % aller Suchtkranken keine suchtspezifische Behandlung erfährt. Eine besonders unterversorgte Gruppe sind Menschen mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.

- Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, dass die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und den ambulanten und stationären Trägern Berlins eine Strategie erarbeitet, wie deutlich mehr Betroffene Zugang zu einer Suchtbehandlung finden können.
- Insbesondere im Bereich der ambulanten Rehabilitation könnten die Aufnahmekapazitäten deutlich erhöht werden. So wird vorgeschlagen, dass in jedem Berliner Bezirk ein bis zwei Suchtberatungsstellen ambulante Suchtrehabilitation vorhalten. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Rahmenbedingungen (Personalvorgaben, Kostensätze) für Träger der ambulanten Rehabilitation attraktiv sind.
- Eine weitere Empfehlung betrifft die Verbesserung der Behandlungssituation für Substituierte. Hierzu wird vorgeschlagen, dass sich Beratungsstellen, die mit der psychosozialen Betreuung Substituierter befasst sind, gemeinsam mit Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation über Strategien verständigen, die geeignet sind, die Behandlungsquoten für Substituierte zu erhöhen.
- Entgiftungskliniken sollten für Patientinnen und Patienten der Übergangseinrichtung, der stationären und ambulanten Entwöhnung und der Nachsorge zuverlässig die Option einer zeitnahen „Auffangbehandlung“ sicherstellen.
- Der Zugang zu Substitutionsbehandlungen sollte auch für Menschen ohne Sozialversicherung ermöglicht werden. In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, ob dies im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes möglich wäre.
- Niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sollten sich zukünftig stärker an der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik beteiligen (z.B. Nachsorge). Hier wird angeregt, gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung und der Psychotherapeutenkammer Berlin ein entsprechendes Modellprojekt auf den Weg zu bringen.

Die Sucht-Selbsthilfe sollte gestärkt werden.

Die Selbsthilfe leistet einen enormen Beitrag in der Stabilisierung und Genesung suchtmittelabhängiger Menschen. Hierin sollte die Selbsthilfe durch unterschiedliche Maßnahmen unterstützt werden:

- Selbsthilfe sollte als integraler Bestandteil der Suchthilfe angesehen werden. Beratungs- und Behandlungsstellen sollten ihre Kooperation mit der Selbsthilfe systematisch ausbauen und kontinuierlich pflegen. Die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege könnte dies unterstützen, indem ein Forum für den geregelten Austausch (1-2 Mal jährlich) zwischen den Beratungs- und Behandlungsstellen und Selbsthilfegruppen etabliert wird.
- Die Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V. als Dachorganisation der Sucht-Selbsthilfe sollte gebeten werden, eine Übersicht über alle in Berlin aktiven Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen und deren Unterstützungsbedarf zu erstellen.
- Die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sollte Förderkriterien definieren und die Finanzierung der Infrastruktur und Administration der Selbsthilfearbeit in Berlin unterstützen.

- Die Qualifizierung einzelner Akteure der Selbsthilfe (z.B. Gruppenleitung) sollte durch Professionelle ermöglicht werden.

Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf

Suchterkrankungen als isoliertes Phänomen zu denken, ist eine verkürzte Wahrnehmung der Problematik. Häufig befinden sich die Betroffenen in einem Kreislauf aus Sucht, Wohnungs- oder Arbeitslosigkeit und Armut. Für einen Teil der Betroffenen ist die Suchterkrankung zudem nur ein Symptom einer dahinterliegenden psychischen Erkrankung, die sich unter dem Etikett „Doppeldiagnose“ auch noch in weiteren Ausprägungen darstellen kann. Wiederkehrende Rückfallepisoden führen dabei zu einer Chronifizierung der Problematik und enden nicht selten in einer Verelendungsspirale.

Die Suchthilfe trifft hier auf Menschen mit einem erhöhten Betreuungsbedarf, die schwer zu erreichen und zu halten sind und aufgrund ihrer Mehrfachbelastung ein hohes Rückfallpotential haben. In der Versorgung der Klientel steht deshalb an erster Stelle die Forderung, der individuellen Problematik der Betroffenen ganzheitlich zu begegnen. Das Hilfesystem ist dabei aufgefordert, sich stärker an den Bedarfen zu orientieren und Wege zu finden, wie unterschiedliche Kostenträger in die Versorgung eingebunden werden können. Nicht zuletzt gilt es, neue Zugangswege zu den Betroffenen zu finden und eine schnellere unbürokratische Eingliederung ins Hilfesystem zu ermöglichen.

- In Einklang mit der Forderung der DHS (2019) muss auch in Berlin darüber nachgedacht werden, wie der zunehmenden Problematik der psychiatrischen Komorbidität systematisch begegnet werden kann. Die DHS regt diesbezüglich eine „Weiterentwicklung der Dienste und Einrichtungen mit entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und die enge Vernetzung mit weiteren gesundheitsbezogenen Angeboten“ an. Insbesondere braucht es aber einen systematischen Einbezug psychiatrischer Hilfen in das Versorgungssystem. In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, ob die psychiatrischen Kapazitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der mobilen Krisendienste der Bezirke genutzt werden können.
- Schwierigkeiten beim Einstieg in das Hilfesystem sollten abgebaut werden. Dies gilt insbesondere für bürokratische Hürden (z.B. Antragstellung) und für Öffnungszeiten, die der Lebensrealität Betroffener nicht entspricht.
- Aufgrund der guten nationalen wie internationalen Erfahrungen mit dem Ansatz von „Housing first“ sollte das Prinzip „zuerst Hilfe organisieren, dann Kosten klären“ Alltagspraxis im Umgang mit Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf sein.
- Der Zugang zu suchtmittelabhängigen Menschen, für die der Weg in das Hilfesystem zu hochschwellig ist, sollte verbessert werden. Hier wird ein Ausbau der aufsuchenden Sozialarbeit empfohlen.
- Vor dem Hintergrund anwachsender Zahlen krisenbedingter Zuwanderung von Menschen ohne Leistungsanspruch sollte das Angebot der Clearingstelle ausgeweitet werden.

Dokumentation und Steuerung

Die Dokumentation spielt in der sozialen Arbeit eine entscheidende Rolle für die Steuerung und Qualitätssicherung von Leistungen. Sie dient der Transparenz und ist eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung von Angeboten. In Berlin ist die Datengrundlage sowohl für die Suchtprävention als auch für die Suchthilfe und Suchtselbsthilfe unzureichend.

- Dokumentation sollte in allen Einrichtungen/Projekten systematisch erfolgen. Projekte und Einrichtungen der Suchtprävention dokumentieren ihre Arbeit mit Hilfe des bundesweiten Dokumentationssystems Dot.sys. An der Datenerfassung beteiligen sich jedoch bislang nicht alle vom Berliner Senat geförderten Projekte, sodass weiterhin kein Überblick über suchtpreventive Maßnahmen in Gänze erzielt werden kann.
- Dokumentation sollte nach einheitlichen Standards erfolgen. Während die von der Senatsverwaltung geförderten Einrichtungen der Suchthilfe sich in ihrer Dokumentation an dem Deutschen Kerndatensatz orientieren, dokumentieren die über die Berliner Bezirke geförderten Projekte der Suchthilfe nicht alle nach diesen Standards (z.B. Kontaktläden). Für eine übergreifende Nutzung von Daten sind jedoch einheitliche Datenformate und Kategoriensysteme zwingend erforderlich.
- Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung sollte über eine möglichst aktuelle und vollständige Datengrundlage aus allen suchtspezifischen Einrichtungen und Maßnahmen der Prävention und der Suchthilfe verfügen. Um dies zu gewährleisten, sollte mit den Bezirken eine Vereinbarung zum Transfer pseudonymisierter Daten aus suchtspezifischen Einrichtungen getroffen werden. Im Bereich der Prävention sollten auch die Daten aus Jahresberichten jener Akteure (Krankenkassen, Polizei, etc.) in eine Gesamtdokumentation integriert werden, die suchtpreventive Aktivitäten in Berlin durchführen.
- Damit die dokumentierten Daten für die Steuerung und Weiterentwicklung von Suchtprävention und Suchthilfe genutzt werden können, muss die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung mit einer Fachkraft für das Datenmanagement und die Datenanalyse ausgestattet werden.
- Für die Steuerung suchtspezifischer Einrichtungen und Projekte ist in einem ersten Schritt die Formulierung von Zielen und die Klärung von Aufgaben und Zuständigkeiten erforderlich. Insbesondere bei innovativen Projekten (z. B. Transformation zur integrierten Suchtberatung) wird ein Monitoring des Umsetzungsprozesses empfohlen. In jedem Fall gilt es jedoch, zum Abschluss eines Projektes bzw. am Ende eines Haushaltsjahres zu überprüfen, ob und wie die formulierten Ziele realisiert werden konnten. Es wird empfohlen, Zieldefinitionen und Zielüberprüfungen auf bezirklicher Ebene gemeinsam mit der Bezirkskoordination und den entsprechenden Trägern der Suchthilfe und der Suchtprävention umzusetzen.

- Der Aufwuchs an ministeriellen Aufgaben, der mit einer zielgerichteten gesamtstädtischen Steuerung einhergeht, erfordert eine Verstärkung der Personalressourcen auf Seiten der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung.

9 Quellen

- AFET Bundesverband für Erziehungshilfe eV, (2020). Abschlussbericht–Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern. Gefunden am 27.11.2023 unter: www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinderpsychisch-kranker-Eltern.pdf
- Banz, M. (2019). Glücksspielverhalten in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berger, C. (2022, March). Suchtprävention in der Verantwortung: Stigmatisierung überwinden. In Public Health Forum (Vol. 30, No. 1, pp. 51-53). De Gruyter.
- Besser, B., Rumpf, H. J., Bischof, A., Meerkerk, G. J., Higuchi, S., & Bischof, G. (2017). Internet-related disorders: development of the short compulsive internet use scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(11), 709-717.
- Buth, S., Meyer, G., & Kalke, J. (2022). Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2010). Positionspapier „Psychosoziale Betreuung Substituierter“; Gefunden am 22.07.2023 unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Positionspapier_PSB.pdf
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014). Suchtprävention in Deutschland: Stark für die Zukunft.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Gefunden am 07.03.2023 unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf
- Deutsche Rentenversicherung (2020). Ergänzende Hinweise zum „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 20. Mai 2020.
- Elvers, H.-D. und Henke, H. (2013). Die Organisationseinheiten "Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes" im Land Berlin : Abschlussbericht der bezirksübergreifenden Arbeitsgruppe "Qualitätszirkel der OE QPK". Gefunden am 01.06.2022 unter: https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/assets/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/2012-08-15_handreichung_rev_20_druckversion_pdfvorlage.pdf
- Hallmann, H.-J. (2013). Qualitätssicherung der Suchtprävention – Stand der Dinge in Deutschland aus Sicht der Praxis. *Suchttherapie*, 14(3), 103–109.

- Kraus, L., Seitz, N. N., & Rauschert, C. (2020). Epidemiologischer Suchtsurvey Berlin 2018 Ergänzende Ergebnisse zu illegalen Drogen und substanzbezogenen Störungen. Gefunden am 27.11.2023 unter: https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Berlin.pdf
- Müller, K. W., & Wölfling, K. (2020). Internetbezogene Störungen bei weiblichen Betroffenen: Nosologische Besonderheiten und deren Effekte auf die Inanspruchnahme von Hilfen (IBSfemme). Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bonn, Germany.
- Olderbak, S., Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Hoch, E., & Kraus, L. (2023). Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. IFT Institut für Therapieforschung. Gefunden am 26.07.2023 unter: https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/esa_laenderberichte/ESA-2021-Bundeslaenderbericht_2023-02-16_fin.pdf
- Schu, M., Mohr, S. & Hartmann, R. (2014). Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe. Abschlussbericht im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. Forum Sucht, Sonderband 8. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht.
- Schulz, M., Mack, B. & Renn, O. (2012). Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer. Wiesbaden.

10 Anhang

10.1 Liste der Beiratsmitglieder

Bereiche	Name		Organisationen/Institution/Verwaltungsbereich
Suchtbeauftragte des Landes Berlin	Heide	Mutter	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
Liga Fachausschuss Suchthilfe	Heike	Drees	Liga Fachausschuss Suchthilfe
Bezirkliche Suchtkoordination	Markus	Graw	Suchthilfekoordination Pankow
	Robert	Ringel	Suchthilfekoordination Treptow-Köpenick
	Petra	Scholz	Suchthilfekoordination Mitte
	Wolfgang	Jas	Suchthilfekoordination Neukölln
Regionale Suchtberatungsstellen	Silke	Biester	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
	Michael	Frommhold	Notdienst e. V.
	Wiebke	Them	Stiftung SPI
	Nina	Pritszens	Vista gGmbH
Suchtbehandlung	Dr. Darius	Tabatabai	Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH
	Andreas	Gantner	Therapieladen e. V.
	Joachim	Hottmann	Drogentherapie-Zentrum Berlin e. V.
	Ulrike	Nimir	ADV - Reha gGmbH / Haus Lenné gGmbH
	Manuela	Schulze	Tannenhof Berlin-Brandenburg gGmbH
	Dr. Ute	Keller	Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH
Suchtspezifische Angebote für spezifische Zielgruppen	Gordon	Emons	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.
	Angela	Grube	Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.
	Kristine	Leicht	FrauSuchtZukunft e. V.
	Astrid	Leicht	Fixpunkt e. V.
	Jörg	Richert	Karuna e. V.
	Andreas	von Blanc	Qualitätskommission bei der KV Berlin
Betroffenenvertretung	Markus	Birkenkämper	BOA e. V.
	Sabine	Hinze	Landesverband der Elternkreise Berlin-Brandenburg EKBB e. V.
Suchtprävention	Johannes	Olschewski	Trägerverbund der Caritas & der Stiftung SPI
	Jörg	Kreutziger	Stiftung SPI
	Christina	Schadt	Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
	Sophie	Schmid	pad gGmbH
Angrenzende Versorgungssektoren	Herbert	Backes	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
	Thomas	Dr. Götz	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
	Norma	Kusserow	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
	Stefanie	Fried	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
	Mathias	Nagel	Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz
	Wiebke	Zech	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
	Andrea	Buch	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
	Sven	Reiners	Krankenhaus des Maßregelvollzugs
	Alexandra	Richter	Gebewo gGmbH
Strafverfolgungsbehörde	Olaf	Schremm	Landeskriminalamt - Rauschgiftdezernat

10.2 Liste aller Interviewpartnerinnen und -partner

Name		Organisation
Lars	Behrends	Vista gGmbH
Gerd	Bergmann	Suchthilfekoordination Lichtenberg
Silke	Biester	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Markus	Birkenkämper	BOA e. V.
Lilli	Boewe	Suchthilfekoordination Neukölln
Dr. Katharina	Böhmert-Baum	Wuhletal-Psychosoziales Zentrum gemeinnützige GmbH
Werner	Brose	Vista gGmbH
Peter	Brümmer	Johannisches Sozialwerk e. V.
Dr. Dirk	Buchwald	Krankenhaus Havelhöhe
Jörg	Ciomber	Fixpunkt e. V.
Sabine	Daubitz	Guttempler in Deutschland e. V.
Gudula	Dirks	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V
Hans	Eckert	Kokon e. V.
Claudia	Ehnert	Fixpunkt e. V.
Gordon	Emons	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V
Ove	Fischer	Suchthilfekoordination Marzahn-Hellersdorf
Dr. Jakob	Florack	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Monika	Fonfara	Fixpunkt gGmbH
Anna	Freiesleben	Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Constanze	Froelich	Notdienst e. V.
Michael	Frommhold	Notdienst e. V.
Andreas	Gantner	Therapieladen e. V.
Christian	Geurden	Karuna e. V.
Michael	Glöckner	Stiftung SPI
Markus	Graw	Suchthilfekoordination Pankow
Claudia	Hannig	FrauSuchtZukunft e. V.
Ralf	Hepprich	Suchthilfekoordination Steglitz-Zehlendorf
Sabine	Hinze	Elternkreise Berlin-Brandenburg e. V.
Michael	Holz	Suchthilfekoordination Steglitz-Zehlendorf
Angelika	Horn	Notdienst e. V.
Joachim	Hottmann	Drogentherapie-Zentrum gGmbH
Wolfgang	Jas	Suchthilfekoordination Neukölln
Dr. Christina	Jochim	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Prof. Christian	Killiches	Guttempler in Deutschland e. V.
Romy	Kistmacher	Suchthilfekoordination Friedrichshain-Kreuzberg
Carmen	Kliche	Rettungsring e. V.
Herr	Klose	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Hildegard	Kohlhaas	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Sonia	Laucht	Vista gGmbH
Astrid	Leicht	Fixpunkt e. V.
Kristine	Leicht	FrauSuchtZukunft e. V.
Ulrich	Letzsch	Drogentherapie-Zentrum Berlin e. V.

Name		Organisation
Franziska	Liewald	Wuhletal gGmbH
Oliver	Mann	Lenné gGmbH
Antje	Matthiesen	Notdienst e. V.
Lena	Merenz	Notdienst e. V.
Andreas	Mühling	Notdienst e. V.
Claudia	Nachbaur	ADVg GmbH
Daniel	Nasar	Drogentherapie-Zentrum Berlin
Mario	Nätke	Suchthilfekoordination Tempelhof-Schöneberg
Ulrike	Nimir	ADV Rehabilitation und Integration gGmbH
Doris	Nithammer	Stiftung SPI
Julia	Notthoff	FrauSuchtZukunft e. V.
Johannes	Olschewski	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Andrea	Piest	Notdienst e. V.
Marlene	Plappert	St. Hedwig Krankenhaus
Nina	Pritzens	Vista gGmbH
Dr. Frank	Puchert	Drogentherapie-Zentrum Berlin
Dr. Thomas	Reuter	Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.
Jörg	Richert	Karuna e. V.
Robert	Ringel	Suchthilfekoordination Treptow-Köpenick
Frederik	Rühmann	Karuna e. V.
Dagmar	Rünger	FrauSuchtZukunft e. V.
Christina	Schadt	Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Manuela	Schulze	Tannenhof Berlin
Sophie	Schmid	pad gGmbH
Lonneke	Schmidt-Bink	Notdienst e. V.
Rüdiger	Schmolke	Notdienst e. V.
Petra	Scholz	Suchthilfekoordination Mitte
Katrin	Siewert	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Rolf	Souschek	Lenné gGmbH
Lena	Stelzel	Drogentherapie-Zentrum Berlin gGmbH
Svenja	Stuhrmann	Suchthilfekoordination Reinickendorf
Marion	Swietlik	ADV e. V
Dr. Darius	Tabatabaei	Hartmut-Spittler-Fachklinik am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
Wiebke	Them	Stiftung SPI
Anke	Timm	Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Conor	Toomey	Schwulenberatung Berlin gGmbH
Monika	Trendelenburg	Krankenhaus Neukölln
Martina	Treptow	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Charly	Uckert	Stiftung SPI
Andreas	von Blanc	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Karin	Waltz	ADV gGmbH
Joachim	Westphal	Suchthilfekoordination Charlottenburg-Wilmersdorf
Stefan	Wiedemann	Vista gGmbH

10.3 Liste aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Analyse zur Entwicklung eines Stufenplans zur Umwandlung des Suchthilfesystems in ein komplett integratives Angebot

Name		Organisation
Alf	Achterberg	Rettungsring e. V.
Denise	Asshoff	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Silke	Biester	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Dr. Katharina	Böhmert-Baum	Wuhletal-Psychosoziales Zentrum gGmbH
Werner	Brose	Vista gGmbH
Peter	Brümmer	Johannisches Sozialwerk e. V.
Michael	Frommhold	Notdienst e. V.
Rolf	Glemser	Stiftung SPI
Heike	Herzberg	PBAM Therapeutische Arbeitsgemeinschaft e. V.
Carmen	Kliche	Rettungsring e. V.
Kristine	Leicht	FrauSuchtZukunft e. V.
Ulrich	Liedholz	Diakonischen Werk Berlin Stadtmitte e. V.
Veronika	Lockhorn	Stiftung SPI
Nina	Pritzens	Vista gGmbH

10.4 Liste aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

Name		Organisation
Holger	Kamp	Jugendamt Tempelhof-Schöneberg
Lars	Behrends	vista gGmbH
Silke	Biester	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Elke	Brachaus	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
Werner	Brose	vista gGmbH
Sandra	Buermann	JVA für Frauen Berlin
Arthur	Coffin	Notdienst e. V.
Heike	Drees	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V.
Hannah	Ebenauer	Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz
Gordon	Emons	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Sebastian	Festtag	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
Ove	Fischer	Suchthilfekoordination Marzahn-Hellersdorf
Michael	Frommhold	Notdienst e. V.
Andreas	Gantner	Therapieladen e. V.
Angelina	Goschew	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
Anastasia	Heit	Soziale Dienste der Justiz Berlin
Dr. Tobias	Hellenschmidt	Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
Wolfgang	Jas	Suchthilfekoordination Neukölln
Juliane	Kerzmann	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Romy	Kistmacher	Suchthilfekoordination Friedrichshain-Kreuzberg
Thomas	Knof	PBAM Therapeutische Arbeitsgemeinschaft e. V.
Larissa	Kunzler	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
Matthias	Kusch	Tannenhof Berlin-Brandenburg gGmbH
Veronika	Lockhorn	Stiftung SPI
Jens	Mathauser	ADV gGmbH
Antje	Matthiesen	Notdienst e. V.
Peter	McCarty	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Ute	Meybohm	APK AG (im Ruhestand)
Manuela	Mühlhausen	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
Heide	Mutter	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, zugleich Suchtbeauftragte des Landes Berlin
Mathias	Nagel	Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz
Ulrike	Nimir	ADV – Rehabilitation und Integration gGmbH
Nina	Pritzens	Vista gGmbH
Daniela	Radlbeck	Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Berlin e.V
Anett	Reschke	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
Jörg	Richert	Karuna e. V.
Alexandra	Richter	GEBEWO -Soziale Dienste- Berlin gemeinnützige GmbH
Robert	Ringel	Suchthilfekoordination Treptow-Köpenick
Rosa	Rodriguez	Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung

Name		Organisation
Martina	Saddey	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
Juri	Schaffranek	Gangway e. V.
Vera	Schiepe	JVA Heidering
Sophie	Schmid	pad gGmbH
Ansgar	Schmitjans	Stiftung SPI
Petra	Scholz	Suchthilfekoordination Mitte
Verena	Schröder	Stiftung SPI
Michael	Sommer	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Wiebke	Them	Stiftung SPI
Anke	Timm	Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Martina	Treptow	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Ute	Urbanowicz	Wuhletal – Psychosoziales Zentrum gGmbH
Robin	Walborn	JVA Plötzensee
Joachim	Westphal	Suchthilfekoordination Charlottenburg-Wilmersdorf
Dorothea	Zimmerman	Wildwasser e. V.