

---

# STEUERUNGSWISSEN UND HANDLUNGSORIENTIERUNG FÜR DEN AUFBAU EFFEKTIVER INTERDISZIPLINÄRER VER- SORGUNGSNETZWERKE FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

## ZWISCHENBERICHT

### ZUM STAND DER AUSWERTUNG DER FOKUSGRUPPEN

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Projektdurchführung durch:



Mainz, den 23.06.2020

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



*„[Suchtkranke Eltern] sind Menschen mit Behinderungen und die haben ein Menschenrecht auf Elternschaft und Unterstützung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Genauso wie die Kinder ein Recht auf Schutz und Fürsorge haben. Aber in diesem Spannungsfeld bewegen wir uns und wir alle müssen diese Verantwortung annehmen und wir können uns nicht spalten lassen.“*



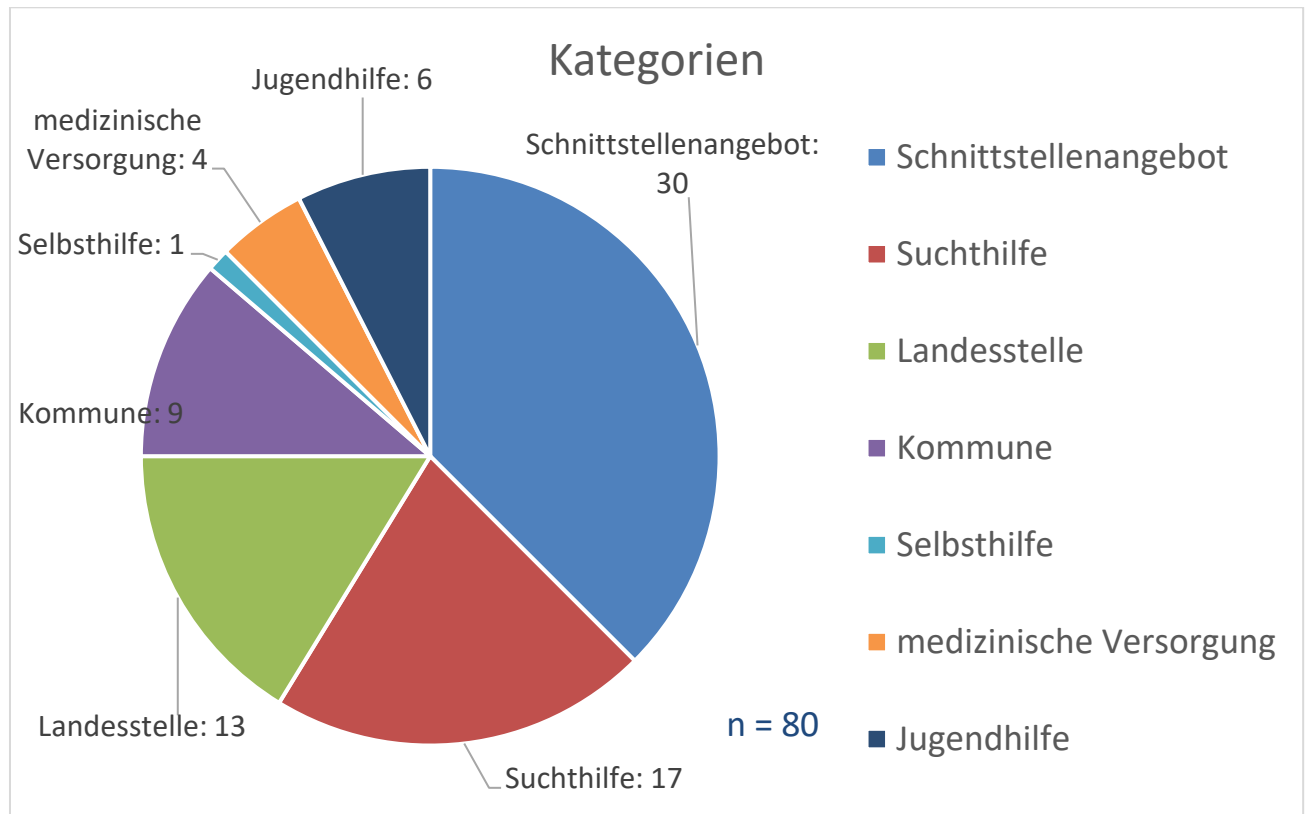
## Zwischenbericht zum Stand der Auswertung der Fokusgruppen der Fachkräfte

Bis zum November 2019 wurden alle acht regionalen Fokusgruppen durchgeführt. Für den vorliegenden Zwischenbericht wurden alle acht Diskursprotokolle bearbeitet, um auf dieser Grundlage ein Categoriesystem für die vertiefende Inhaltsanalyse der einzelnen Diskussionen zu erarbeiten. Für die vorliegende Veröffentlichung wurden die Protokolle umfassend inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei ließen sich zentrale Diskursschwerpunkte, Argumentationsmuster, Problembeschreibungen und -bearbeitungen sowie Haltungen identifizieren, welche ein Spiegelbild der Herausforderungen darstellen, denen sich dieses Forschungsprojekt und mittelbar alle Akteur\*innen der Versorgungslandschaft stellen müssen. Da es sich um einen Zwischenbericht handelt, werden vor allem übergreifende Muster thematisiert und bspw. regionsspezifische Ausprägungen und/oder Divergenzen nur peripher bzw. bei augenscheinlicher, unmittelbarer Relevanz erwähnt. Bis zum Abschlussbericht wird hier noch ein höherer Detaillierungsgrad herausgearbeitet und die Befunde mit den Ergebnissen der anderen Erhebungsstränge trianguliert werden.

### Beteiligung in Zahlen:

- 8 regionale Fokusgruppen
  - Standorte: Berlin, Dresden, München, Stuttgart, Mainz, Münster, Hannover, Kiel
- 80 Teilnehmende, davon 24 männlich und 56 weiblich
- größte Fokusgruppe mit 18 Teilnehmenden (Dresden)
- kleinste Fokusgruppe mit 5 Teilnehmenden (Stuttgart)

Betrachtet man die Zusammensetzung der Fokusgruppen, wird deutlich, dass sowohl die öffentliche als auch die freie Jugendhilfe sowie die medizinische Versorgung und auch die Eingliederungshilfe deutlich schwächer repräsentiert sind als die Akteur\*innen der Suchthilfe, was hinsichtlich der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden muss (Abbildung 1).



**ABBILDUNG 1 - ZUSAMMENSETZUNG DER FOKUSGRUPPEN**

Da jedoch auf der einen Seite in allen Gruppen bis auf Stuttgart Vertreter\*innen der Jugendhilfe zugegen waren und auf der anderen Seite inhaltsanalytische Verfahren Redebeiträge nicht vorrangig quantifizieren, bietet der vorliegende Bericht trotzdem eine aussagekräftige Übersicht der gewichtigen Diskurse zwischen den Repräsentant\*innen der verschiedenen Disziplinen und Arbeitsfelder in der Bundesrepublik. Darüber hinaus gab es einige Akteur\*innen, die zwar in erster Linie in der Suchthilfe verankert sind, aber in der Rolle als Netzwerkoordinator\*innen oder -beteiligte auch Perspektiven der Jugendhilfe und anderer Systeme mit einbringen konnten oder sogar den expliziten Auftrag dazu aus ihren Netzwerken erhielten. Die größte Gruppe der Beteiligten bilden die Anbieter\*innen von Schnittstellenangeboten für suchtbelastete Familien. Schlüsselt man diese Gruppe auf (Abbildung 2), zeigt sich, dass der Großteil dieser Angebote an Träger der Suchthilfe angebunden ist, wobei innerhalb dieser Angebote teilweise klassische Jugendhilfeleistungen erbracht werden. Die Zurodnung zur Suchthilfe erfolgte beispielsweise, wenn ein Anbieter eine stationäre Rehabilitationsleistung für suchtkranke Eltern(-teile) und begleitend Gruppenangebote nach Leistungsrecht der Jugendhilfe für

die Kinder anbietet. Analog wird die Zuordnung zur Suchthilfe vorgenommen, wenn ein Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien an eine Suchtberatungsstelle angegliedert ist, auch wenn dort eine Jugendhilfeleistung erbracht wird.

Fünf der Teilnehmenden bieten innerhalb ihrer Verbandsstrukturen gleichwertig Jugendhilfeleistungen und Suchthilfeleistungen an, sodass das Schnittstellenangebot keinem der beiden Bereiche schwerpunktmäßig zugeordnet werden konnte (Abbildung 2).

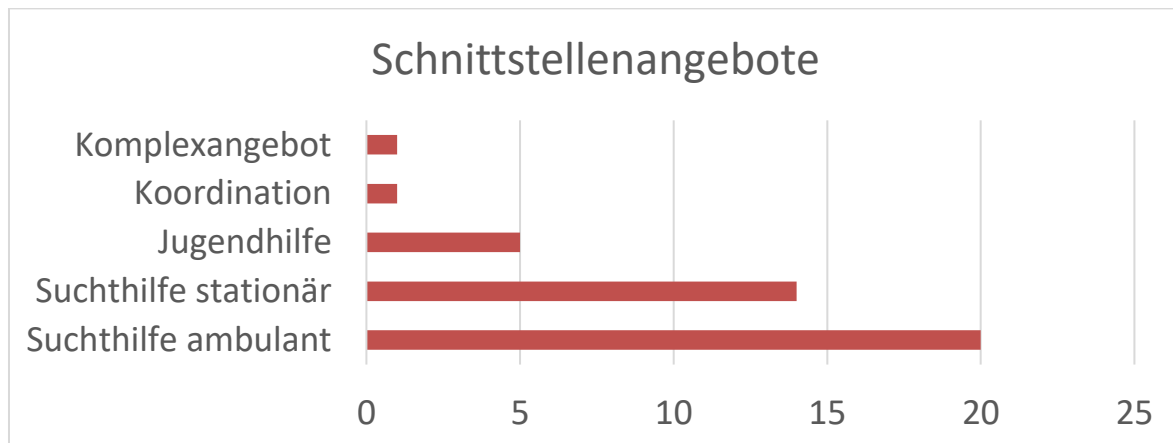


ABBILDUNG 2 - AUFSCHLÜSSELUNG DER SCHNITTSTELLENANGEBOTE NACH PRIMÄRER ZUGEHÖRIGKEIT IM HILFESYSTEM<sup>1</sup>

Insgesamt ließen sich Vorbehalte gegenüber den jeweils anderen Systemen feststellen, wobei der überwiegende Teil der Diskutant\*innen konstruktiv an einer systematischen Offenlegung struktureller und systemischer Probleme interessiert war und pauschalisierte Schuldzuschreibungen für bestehende Schwierigkeiten eine Seltenheit blieben.

Die Ergebnisse werden im Folgenden entlang des im Zuge der Fokusgruppen eingesetzten Gesprächsleitfadens systematisiert (siehe Fragen im Anhang). Dabei wird deutlich, dass sich Schwerpunkte auch außerhalb dieser Leitfragen entwickelt haben, die aber größtenteils den vorab gebildeten Kategorien zugeordnet werden können. Alle weiteren Aspekte finden sich unter dem Abschnitt **WEITERE DISKURSSCHWERPUNKTE**.

<sup>1</sup> Für die Aufschlüsselung wurden die Angebotsformen anhand des primären Tätigkeitsfeldes der Teilnehmenden der Diskussion zugeordnet. Die Aufschlüsselungen der weiteren Bereiche finden sich im Anhang.

## STELLENWERT/FUNKTION VON BUND, LAND UND KOMMUNE BEI DER IMPLEMENTIERUNG VON VERSORGUNGSNETZWERKEN

- Ist eine Förderung/Koordination des Aufbaus von interdisziplinären Netzwerkstrukturen auf Bundesebene vorhanden/erwünscht?

Die Rolle des Bundes sahen die Teilnehmenden der Fokusgruppen eher in einer Förderung als in einer Koordination des Ausbaus von Netzwerkstrukturen. Diese könne er vor allem dadurch sicherstellen, das Thema *Versorgungsstrukturen für suchtbelastete Familien* im öffentlichen Diskurs zu platzieren. Positiv bewertet wurden hierzu die Initiative der letzten Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler und die Einrichtung der *Arbeitsgemeinschaft Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern* (AG KpkE). Die zweite zentrale Möglichkeit der Förderung von Seiten des Bundes wurde in der Anpassung der Bundesgesetzgebung gesehen. Die Anpassungen sollten dabei vor allem die (Hilfe-)Systemgrenzen aufweichen und eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit, auch hinsichtlich der Finanzierung, vereinfachen. Hier wurden vor allem Hoffnungen auf die Empfehlungen der AG KpkE sowie den parallel gestarteten SGB VIII-Reformprozess gelegt.

*„Das liegt nicht am Gesetz, sondern es liegt daran, dass die kommunale Hilfestellungspraxis... die müssen Etatvorgaben folgen [...]. Da fehlt der Durchgriff vom Bund auf die Kommune, dass das SGB VIII überall ähnlich ausgestaltet wird und die Angebotsformen vergleichbare Lebensverhältnisse ermöglichen“.*

Fokusgruppe München

Durch die SGB VIII-Reform solle die Leistungsgewährung durch die kommunalen Kostenträger weniger von finanziellen Restriktionen der jeweiligen Kommune abhängen, sondern das Leistungsrecht unabhängig vom Haushaltsplan umgesetzt werden. Die Leistungsansprüche eines Kindes/einer Familie dürften nicht vom Wohnort abhängen. Hier sahen einzelne Diskutant\*innen den Bund in der Verantwortung, klarere Regelungen zu schaffen, aber auch *finanzschwache* Kommunen besser auszustatten.

- Ist eine Förderung/Koordination des Aufbaus von interdisziplinären Netzwerkstrukturen auf Länderebene vorhanden/erwünscht?

Eine Förderung der Vernetzung der Akteur\*innen auf Länderebene wird föderal sehr unterschiedlich gehandhabt. Grundsätzliche Einigkeit bestand in allen durchgeführten Gruppen darin, dass Vorgaben durch die Landespolitik begrüßt würden, weil sich dadurch positive Auswirkungen auf die kommunale Vernetzungspraxis erwarten ließen. Diese Erwartungen wurden von Vertreter\*innen mit Erfahrungen etablierter Unterstützung bestätigt, wobei die Einschränkung angemerkt wurde, dass die letztliche

Umsetzung immer am Willen der kommunalen Repräsentant\*innen hinge. Dennoch sei das Bewusstsein in den Kommunen, dass die Versorgung suchtbelasteter Familien zur politischen Agenda der Landespolitik gehört, eine Unterstützung. Gerade die Schnittstelle zwischen Landesebene und der Kommune wurde als problematisch beschrieben: Hier seien Zuständigkeiten und Kompetenzen an einigen Punkten nicht klar geregelt, aber es bestünden zu wenig Durchgriffsmöglichkeiten der Länder auf die Kommunen.

Hinsichtlich der konkreten Maßnahmen zum Netzwerkaufbau wurde die Rolle der Länder in erster Linie in einer steuernden und koordinierenden Funktion der Zusammenarbeit gesehen. Hier sei es die Verantwortung des Landes, Impulse für die Zusammenarbeit der einzelnen Akteur\*innen zu liefern und diese mit den nötigen Wissensbeständen zu versorgen, um kommunal abgestimmt und zielgerichtet agieren zu können. Dazu wurden zum einen das Wissen über bestehende Angebotsformen, rechtliche Rahmenbedingungen (bspw. zum Kinderschutz, zu Änderungen bestehender Rechtsnormen der jeweils anderen Arbeitsbereiche und zu Auswirkungen auf die Zusammenarbeit), zum anderen auch zielgruppenspezifische Wirkfaktoren benannt.

Als positives Beispiel, wie der Transfer zwischen Landesebene und den Kommunen gelingen kann, wurde Baden-Württemberg angeführt. Hier gibt es, durch die Landesebene vorgegeben, jeweils eine\*n kommunale\*n Suchtbeauftragte\*n, der/die für die Steuerung und Abstimmung der suchtbetragenen Fragen- und Problemstellungen zuständig ist. Die Schaffung dieser Stelle wurde durch ihre Multiplikator\*innenfunktion als Schlüsselstelle einer gelingenden Netzwerkarbeit für suchtbelastete Familien benannt und entsprechend im [schulterchluss]-Projekt Baden-Württemberg evaluiert.

Analog zur Bundesebene würde auch von der Landesebene ein Agenda-Setting begrüßt. Als Beispiel wurde hier das Aufstellen von landesweiten Aktionsplänen herangezogen, wie es etwa zur Bekämpfung der „Crystal-Epidemie“ in Sachsen geschehen ist. Durch solche organisatorisch übergeordneten, politischen Statements würde der Basis eine Argumentationsgrundlage im Rahmen der Vor-Ort-Verhandlungen sowohl mit anderen Beteiligten der Hilfeketten als auch mit den politischen Entscheidungsträger\*innen und Leistungserbringern an die Hand gegeben.

*„[Damit] [d]ie Vernetzung auch nachhaltig und permanent durchgeführt werden kann. Sowohl ressourcenmäßig als auch nicht nur durch Modellprojekte. Modellprojekte können immer nur ein erster Tropfen auf dem Stein sein.“*

Fokusgruppe Dresden

Kontrovers diskutiert wurde die Landesfinanzierung von Modellprojekten. Zwar wurden Finanzierungen solcher Projekte grundsätzlich begrüßt, allerdings fehle in der Konzeption der

Fördervoraussetzung häufig die Vereinbarung von klaren Zielen mit den Kommunen oder anderen Leistungsträger\*innen, die eine Verstetigung absichere. Ein zentrales Qualitätskriterium und eine Mindestanforderung für nachhaltige Wirkung dieser Modellprojekte sei eine begleitende Evaluation, die messbare Kriterien für erfolgreiches Arbeiten ins Auge fasse. Insgesamt müsse die Nachhaltigkeit der Projekte mit Sicht auf die Zielgruppe gewährleistet werden. Vor allem die Kinder und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien erlebten häufig inkonsistente Beziehungsverhältnisse innerhalb ihrer Bezugsfamilien. Dieses schädliche Muster dürfe nicht systemisch durch zeitlich limitierte Modellprojekte reproduziert werden.

- Gibt es eine Förderung/Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit seitens der Kommune, bzw. ist diese erwünscht?

Hier zeigten sich kommunal große Unterschiede hinsichtlich der Förderung von Zusammenarbeit in den einzelnen Kommunen, obwohl diese allenthalben als notwendige Voraussetzung für eine effektive Versorgung betrachtet wurde. Die Gründe für die verschiedenen Handhabungen sahen die Teilnehmenden der Fokusgruppe dabei vor allem darin, dass sich die Bedarfe kommunal stark unterscheiden bzw. das Problembewusstsein für den bestehenden Bedarf noch nicht bestehe. Letzteres wurde vor allem in dem Mangel an fachspezifischem Wissen begründet. Hier fehle es noch an politischem Agenda-Setting. Die Verantwortung für dieses Agenda-Setting und die Transmission der Erkenntnisse auf die kommunale Ebene wurde auch der Landes- und sogar Bundespolitik zugeordnet. Es müsse jedoch auch innerhalb der Kommunen dafür gesorgt werden, dass das Thema kritische Aufmerksamkeit erhalte. Dafür müssten auf der einen Seite Mittler\*innen in die Stadtpolitik, d. h. Ratsmitglieder oder Personen in zentralen Positionen in den Kommunen, identifiziert werden. Hier wurden konkret Jugendamtsleitungen, Leitungen der Fachstellen Sucht oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Gesundheitsämter benannt. Auf der anderen Seite wünschten sich die Fokusgruppenteilnehmenden mehr Formate, die einen Dialog zwischen kommunalen Entscheidungsträger\*innen sowie der Fachpraxis ermöglichen, um Bedarfe verdeutlichen zu können.

Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Handhabungen innerhalb der Kommunen wurde in den haushälterischen Restriktionen gesehen. Einige Kommunen arbeiten seit Jahren mit einem Nothaushalt, der Strukturaufbau verhindere (vgl. hierzu die Ausführungen zur Bundesebene).

In den Fokusgruppen wurde sichtbar, dass eine große Herausforderung beim Aufbau kommunaler Netzwerke in der Überwindung von Systemgrenzen (bspw. zwischen Suchtberatung und ASD) und den damit einhergehenden Handlungslogiken liegt. Aus den Diskussionen konnte geschlossen werden, dass die Überwindung dieser Systemgrenzen als einfacher wahrgenommen wird, wenn eine *Willensbekundung* durch die kommunale Politik vorliegt. Als besonders hilfreich wurden hier Ratsbeschlüsse mit anhängigem strategischem Versorgungsplan empfunden, da hierdurch ein klarer Handlungsauftrag für die beteiligten Akteur\*innen erteilt wird. Diese Willensbekundung von Seiten der Politik bilde damit



eine Argumentationsgrundlage für den Aufbau von Netzwerken, dem sich schwierig zu erreichende Akteur\*innen nicht so leicht widersetzen könnten.

Ebenfalls wurde das Einrichten von Planstellen für die Schnittstellenarbeit als hilfreich bis sogar notwendig erachtet. Eine Planstelle mit klarer Stellenbeschreibung hätte aus Sicht der beteiligten Fokusgruppenteilnehmer\*innen die Folge, die Personenabhängigkeit des Netzwerks reduzieren zu können.

Außerdem wurden die Kommunen aufgefordert, Mittel für Netzwerkarbeit der beteiligten Akteur\*innen bereitzustellen. In diesem Zuge kam immer wieder das Problem der Versäulung der verschiedenen Hilfesysteme zur Sprache, welche eine pauschalfinanzierte Netzwerkarbeit für Mitwirkende aus verschiedenen Leistungsrechten unmöglich mache. Hierzu wurden verschiedene Lösungsmöglichkeiten diskutiert: Vor allem die sozialraumorientierte Organisation von Hilfesystemen erscheine dabei als vielversprechend.

Grundsätzlich müsse auf kommunaler Ebene noch zwischen dem Aufbau von Netzwerken auf Steuerungsebene sowie den Netzwerken auf Fallebene unterschieden werden. Steuerungsnetzwerke, die unter den zuvor angesprochenen Kriterien erfolgreich sein können, repräsentieren vor allem eine Unterstützung für die Netzwerke auf Fallebene. Diese Netzwerke seien instabilere Systeme, zum einen aufgrund von Faktoren, die sich schwer bearbeiten ließen, wie bspw. die durch Hilfepläne begrenzte Versorgungsdauer, wodurch die Netzwerke per se temporär angelegt sind, und zum anderen durch häufige Mitarbeiter\*innenwechsel, vor allem bei den Jugendämtern. Hier liege es in der Verantwortung der Kommunen, über die Steuerungsebene Haltung und Wissen zum kooperativen Handeln an die operative Ebene weiterzugeben. Übergreifend wurde deutlich, dass der Netzwerkaufbau und die Gewährleistung einer nicht gleichmäßigen Versorgungsqualität in kleinen Kommunen als einfacher erlebt wird als in großen Kommunen. Beispielsweise in Berlin oder Hamburg wurden große Divergenzen in der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Jugendämtern beschrieben. Hier sei die Kommune verantwortlich, einheitliche Qualitätsstandards zu beschreiben und den Dialog zu fördern.

*„Ansatzpunkt für eine Kommune: Alle diese unterschiedlichen, vielfältigen Hilfen und Hilfebereiche in einen gemeinsamen Dialog zu bringen.“*

Fokusgruppe München

Es müsse dabei vor allem vermieden werden, dass sich einzelne Ämter, bspw. an der Schnittstelle SGB VIII und SGB XII (jetzt SGB IX), gegeneinander abgrenzen.

*„Das heißt aber überhaupt nicht, dass das, was sie an Ideen entwickeln, in der Kommune umgesetzt wird. Im Gegenteil. [...] Das ist der Teil, wo [in] Kommunen sich sozusagen (auch haushälterisch) die einzelnen Ämter gegeneinander abschotten.“*

Fokusgruppen Mainz

Wiederholt wurde angeführt, dass die meisten Netzwerke in den Kommunen derzeit in der Regel Bottom-Up aus den Bedarfen vor Ort etablieren würden. Im Sinne einer kommunalen bzw. sozialräumlichen Angebotssteuerung werden hier strukturierte Möglichkeiten gewünscht, an bestehende kommunale Netzwerke anzuknüpfen. Dies schaffe zum einen die ideelle Anerkennung der geschaffenen Strukturen, zum anderen die praktische Verzahnung mit bestehenden Hilfenetzwerken.

Eine unbearbeitete Problemstellung, die jedoch in den Gruppen mehrfach aufgerufen wurde, war die schwere Erreichbarkeit spezifischer Akteur\*innen, die als wichtiger Teil des Versorgungsnetzwerkes gesehen werden. Hier wurden insbesondere (Haus- und Kinder-)Ärzte sowie Schulen und Schulsozialarbeiter\*innen und mit Einschränkungen KiTa-Mitarbeiter\*innen aufgeführt. Außerdem wurde als Problem benannt, dass die Schaffung von kommunalen Suchtkoordinationsstellen nicht analog zum Vorhalten von Suchtberatungsstellen gesetzlich verankert sei. Diese Koordinationsstellen seien aber notwendig, um den Erhalt von Netzwerken personenunabhängiger zu machen, und böten den Kommunen eine gute Möglichkeit der Steuerung politischer Ziele im Suchthilfebereich.

- Gibt es andere überregionale Programme/Stellen, die eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Suchthilfe und medizinischer Versorgung fördern/steuern?

Wie zuvor angesprochen wurde auch dem Bund eine Verantwortung für den Netzwerkaufbau zugeschrieben. Diese liege vor allem in der Sensibilisierung für das Thema. Es werden dabei Hoffnungen in die Ergebnisse der Bundesarbeitsgemeinschaft für Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (AG KpkE) gelegt. Gerade die interministerielle Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsministerium und Familienministerium sowie die interdisziplinäre Zusammensetzung wecken Hoffnungen, dass die Hilfemöglichkeiten für diese Zielgruppe breiter im kollektiven Bewusstsein verankert werden.

Ferner wurden die großen Sozialverbände als mögliche gewichtige Initiatoren von Netzwerken benannt. Außerdem besäßen Krankenkassen über die Förderungen präventiver Angebote die Chance und Verantwortung, Netzwerkaufbau über Mitteleinsatz zu fördern. Dies geschehe bereits mittelbar durch die Förderung präventiver Projekte, aber bundesweit betrachtet noch in zu geringem Maße.

## FORMALISIERUNGSGRAD DER KOOPERATION

- Welchen Auftrag und Stellenwert hat die Kooperationsvereinbarung in dem lokalen Netzwerk?

Hierzu ließen sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Mitwirkenden in den Fokusgruppen feststellen, die eine Einteilung in die folgenden vier Kategorien erlauben:

1. Es gibt eine schriftliche Kooperationsvereinbarung, die von den Akteur\*innen als hilfreich empfunden wird und das Fundament der Zusammenarbeit bildet.
2. Es gibt eine schriftliche Kooperationsvereinbarung, die von den Akteur\*innen nicht umgesetzt wird und somit keine Unterstützung darstellt.
3. Es gibt keine Kooperationsvereinbarung, aber gute, systematische Zusammenarbeit im lokalen Netzwerk aufgrund von persönlichen Bezügen und einer kooperativen Grundhaltung der Akteur\*innen.
4. Es gibt keine Kooperationsvereinbarung und auch keine systematische Zusammenarbeit, die über singuläre Kontakte mit anderen Institutionen hinausgeht.

Als Grundlage für eine erfolgreiche Kooperationsvereinbarung wurde überwiegend ein gemeinschaftlicher, partizipativer Entwicklungsprozess unter Einbezug der verschiedenen Instanzen der Hilfesysteme angesehen. Dadurch würden die Akzeptanz und Kenntnis der vereinbarten Prozesse gewährleistet und folglich erhöht. Zusätzlich sorgte der Prozess der Ausarbeitung für ein Kennenlernen der zentralen Akteur\*innen. Hierzu wurde die Entwicklung eines Prozesses angeregt, der die dialogische Erstellung von Kooperationsvereinbarungen systematisiert: Er solle so rekursiv gestaltet werden, dass kooperative Prozesse jeweils auf Einrichtungsebene in Arbeitsgruppen entwickelt und dann auf der Leitungsebene systematisiert und interinstitutionell angepasst werden. Diese Änderungen sollen dann wieder in die Einrichtungen zurückgegeben werden. Das Ziel sei hierbei, dass die auf Fallebene aktiven Akteur\*innen ihre Erfahrungen mit in die Entwicklung der Kooperationsvereinbarung einbringen und somit die Umsetzung auch auf dieser Ebene verbessern. Übergeordnet müsse es immer ein zentrales Anliegen sein, zwischen den verschiedenen Beteiligten zu klären, wer im Netzwerk welche Verantwortungen übernimmt und bei wem welche Kompetenzen liegen. Zentral sei es außerdem, den Austausch zum Netzwerk regelmäßig und dialogisch aufzubauen, um die Vereinbarungen auf der einen Seite an sich verändernde Bedarfe anpassen zu können und auf der anderen Seite die Kooperation *am Leben zu erhalten*.

In der Diskussion wurden zahlreiche weitere Gelingensfaktoren für den Aufbau von Netzwerken für die Zielgruppe benannt. Beispielsweise sei es wichtig, dass in den Prozess der Ausgestaltung auch die Leitungsebene miteinbezogen sei: Sie könne sicherstellen, dass sich die vereinbarten Inhalte der

Zusammenarbeit bspw. in Arbeitsplatzbeschreibungen wiederfinden lassen und somit institutionalisiert würden. Außerdem sei es notwendig, dass die Leitung Mitarbeitenden die Haltung vorlebe und somit eine kooperative *Unternehmenskultur* unterstütze.

Bezogen auf die Strukturebene wurde angemerkt, dass die Zusammenarbeit mit Kostenträger\*innen als teilweise problematisch erlebt werde und sich diese nicht als Teil eines Netzwerks verstünden, sondern als losgelöste Entitäten mit divergierenden Zielen. Ein stärkerer Einbezug auf Augenhöhe verhindere eine Bittstellerposition.

Als zentraler Vorteil der Formalisierung der Zusammenarbeit durch eine Kooperationsvereinbarung wurde die Reduzierung von Zusammenbrüchen der Netzwerke aufgrund von Mitarbeiter\*innenwechsel benannt. Herausfordernd sei es in diesem Zusammenhang, tragfähige Systeme zu erschaffen, die zugleich laufend weiterentwickelt werden, um die Akzeptanz auch langfristig - unabhängig von Einzelpersonen - zu sichern.

Kontrovers wurde diskutiert, welche Akteur\*innen immanenter Teil einer Kooperationsvereinbarung sein sollten, da eine universelle, übergreifende Kooperationsvereinbarung die Gefahr beinhalte, das Netzwerk zu überlasten und damit arbeitsunfähig zu machen.

Vereinzelt berichteten Fokusgruppenteilnehmende von Negativerfahrungen mit formalisierten Kooperationen. Jede Kooperationsvereinbarung sei nur so gut wie die aktiven Akteur\*innen. Deshalb sei es die wichtigste Aufgabe der zentralen, steuernden Akteur\*innen, eine kooperative Haltung intrainstitutionell zu vermitteln und somit für eine Grundlage der Zusammenarbeit im Netzwerk zu sorgen, die sich dann verbreite. Dieser *Graswurzelansatz* wurde vor allem in Kommunen als hilfreich bewertet, in denen insbesondere die Zusammenarbeit mit den Akteur\*innen der öffentlichen Verwaltung als problematisch betrachtet wurde.

Es konnte herausgearbeitet werden, dass die Bereinigung der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe auf Ebene der Leistungserbringung die Zielgruppenarbeit enorm verbessern konnte. Fünf Suchthilfeanbieter bemühten sich erfolgreich um eine Zulassung als Jugendhilfeanbieter mit dem Schwerpunkt Kinder aus suchtbelasteten Familien, um Kooperation zwischen beiden Bereichen als internen Prozess steuern zu können. Gleichzeitig sei die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Jugendhilfe seitdem deutlich verbessert. Der Prozess der Zulassung wurde dabei als langwierig und kompliziert beschrieben.

- Sollte es/Gibt es standardisierte Prozessabläufe (geben) in der interdisziplinären Zusammenarbeit? Wenn ja, welche?

Die Befürworter\*innen fixierter Kooperationsvereinbarungen sprachen sich für standardisierte Prozessabläufe aus. Neben dem zuvor angeführten Metaprozess der partizipativen Entwicklung der kooperativen Zusammenarbeit wurden die folgenden sieben Prozesse als besonders wichtig identifiziert.

Die Reihenfolge orientiert sich dabei an der zum jetzigen Zeitpunkt festgestellten Häufigkeit der Nennungen:

## 1. Kinderschutz

Zentrales Anliegen in der Versorgung suchtbelasteter Familien sei die Gewährleistung des Kinderschutzes. Hierfür wurden die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Kindeswohlgefährdung als hilfreiche Orientierung für die Prozessentwicklung betrachtet. Außerdem lässt sich feststellen, dass es in verhältnismäßig vielen Kommunen bereits Vereinbarungen zum Kinderschutz gibt, die sich bspw. in Aktionsplänen mit Prozessmodellen und gesteuerter Informationsweitergabe manifestieren. Dazu ist zu bemerken, dass es dabei selten zielgruppenspezifische Prozesse für Kinder aus suchtbelasteten Familien gibt und dass sich die Kinderschutzkonzepte häufig auf die Kindeswohlgefährdung konzentrierten.

Diese Engführung wurde in den Diskussionen als problematisch beurteilt. Neben der akuten Kindeswohlgefährdung durch bspw. körperlichen oder seelischen Missbrauch sowie Verwahrlosung werde die latente Kindeswohlgefährdung, welche bspw. durch reduzierte emotionale Responsivität der suchtbelasteten Eltern(-teile) induziert ist, vernachlässigt. Um den Kinderschutz auch in diesen Fällen zu gewährleisten, wurde der Aufbau spezialisierter Angebote für Kinder und Eltern(-teile) als notwendig erachtet.

## 2. Gemeinsame Hilfeplanung

Die gemeinsame, familiensystembezogene Hilfeplanung wurde als ein Schlüsselprozess in der kooperativen Leistungserbringung angesehen. Dieser Prozess ermögliche die Bearbeitung verschiedener Schlüsselprobleme:

- abgestimmte Leistungserbringung
- Kennenlernen der beteiligten Akteur\*innen
- umfassende Informiertheit aller Beteiligten
- Transparenz in den Entscheidungen

Bezogen auf die gemeinsame Hilfeplanung wurde darauf verwiesen, dass die Gesamtplankonferenz, welche im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes festgeschrieben ist, eigentlich die notwendigen Instrumentarien böte, hier allerdings die Umsetzung der Vernetzung nicht ausreichend forciert werde.

### 3. Schweigepflichtsentbindung

Ein Schlüsselprozess sei es, sich im Hilfesystem darauf zu verständigen, dass Schweigepflichtsentbindungen eine notwendige Bedingung für die Zusammenarbeit auf Fallebene darstellen. Dafür sei grundlegendes Wissen über die rechtlichen Anforderungen auf Mitarbeiter\*innenebene notwendig.

### 4. Erreichbarkeit von Familien, die noch nicht im Hilfesystem angebunden sind / Öffentlichkeitsarbeit

Familien, die bereits über die Suchtberatung oder Familienhilfe angebunden sind, seien trotz bestehender Vermittlungshemmnisse gut in spezialisierten Angeboten oder abgestimmt, bereichsübergreifend zu versorgen. Als problematisch wurde festgehalten, dass der Großteil der Familien mit vorliegender Suchtproblematik noch nicht ins Hilfesystem integriert und schwer zu erreichen ist. Hierfür seien präventive Angebote im Sozialraum nötig, die an den Lebensorten von Familien, also vor allem an Schulen, Betreuungsangeboten für Schulkinder und Kindertagesstätten, angebunden sind.

### 5. Präventionsprozesse

Die Ausgestaltung eines Präventionskonzeptes müsse zwischen den zentralen Akteur\*innen im Netzwerk abgestimmt werden, um einen „Wildwuchs“ zu verhindern und gleichzeitig Akzeptanz bei den jeweiligen Partner\*innen zu sichern. Folgende Aspekte sollten zentral abgesprochen sein:

- Definition der Inhalte aus Perspektive von Medizin, Suchthilfe und Jugendhilfe
- Definition der Zielgruppen für die präventiven Angebote
- Definition der Inhalte bezogen auf die Anforderungen der Zielgruppe
- Relevante Netzwerkpartner\*innen für präventive Prozesse: KiTas, Schulen, Polizei, Familienzentren, Hebammen, Schwangerschaftsberatung

### 6. Prozess der kommunenübergreifenden Finanzierung

Aus den Kreisen der stationären Suchthilfeanbieter, die eine parallele Behandlung von Begleitkindern anbieten und die über Hilfen zur Erziehung finanziert werden, wurde angemerkt, dass es nicht möglich sei, deutschlandweit Kooperationen mit Jugendämtern zu schließen. Hier wünsche man

sich eine bundeseinheitliche Regelung über den Prozess der Leistungsgewährung, der einen begleitenden Rechtsanspruch für die Kinder regelt und so einen Anspruch zu einem festgelegten Tarif gegenüber den jeweiligen Kommunen festschreibt.

## 7. Dokumentation

Auf Prozessebene sei die Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation unter Einhaltung des Datenschutzes ein Faktor, der zu einer abgestimmten, wirkungsvollen Leistungserbringung beitragen könne.

### INTERDISZIPLINÄRE QUALIFIZIERUNG DER ARBEITSBEREICHE

Als wichtigen Baustein einer erfolgreichen Zusammenarbeit nannten alle Fokusgruppen gemeinsame Fortbildungen. Diese würden vor allem als hilfreich dafür erlebt, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und das gegenseitige Kennenlernen zwischen den handelnden Personen im Netzwerk zu fördern.

Bezogen auf die gegenseitige Fortbildung lässt sich festhalten, dass diese vor allem von der Suchthilfe für die Jugendhilfe und medizinische Versorgung angeboten wird. Insgesamt festigte sich der Eindruck, dass bezogen auf die Versorgung suchtbelasteter Familien viel Initiative von der Suchthilfe zur gemeinsamen Fallarbeit und Qualifizierung ausgeht. Ob die Fortbildungsangebote angenommen werden, sei dabei aber vielerorts abhängig von der Motivation der Mitarbeitenden oder der zuständigen Leitungsperson. Die Versuche, *Eulen nach Athen zu tragen*, werden als ermüdend und demotivierend beschrieben:

*„Es gibt eine Ambivalenz zwischen: ‚Wir haben genug zu tun, wir müssen jetzt nicht noch hinterherlaufen und Leuten unsere Antwort nachwerfen.‘ [und] sich dem Jugendamt aufdrängen und sagen: ‚Wir müssen uns mal wieder hinsetzen und Fortbildungen machen‘.“*

*Fokusgruppe Dresden*

Neben gemeinsamen Fortbildungen wurden auch andere Formate aufgezählt, die zu einem gegenseitigen *Verstehen* und/oder Kennenlernen beitragen können: gemeinsame Fallkonferenzen (bspw. Round-Table-Verfahren), anonyme Beratungsangebote zu § 8a SGB VIII-Fällen oder gemeinsame arbeitsfeldübergreifende Supervisionen. Dieses *Kennenlernen* vereinfache es, Kompetenzen und Zuständigkeiten der jeweils anderen Bereiche zu klären und Vertrauensbrücken zu bauen. Außerdem würden in solchen Formaten gemeinsame Ziele der verschiedenen Akteur\*innen deutlich. Des Weiteren könne hier ein gemeinsames Vokabular entwickelt werden, welches den Austausch nachhaltig verbessere.

Voraussetzung sei in diesem Bereich ein Ausbau adäquater Angebote und parallel ein Ausbau der Finanzierung solcher Formate.



- Welche Inhalte werden für die gegenseitige/gemeinsame Qualifizierung für relevant befunden?

Die Fokusgruppen formulierten folgende arbeitsfeldübergreifende Qualifizierungsbedarfe im Themenfeld:

1. Schwangerschaft und Sucht
2. genderspezifische Fragestellungen/Unterschiede hinsichtlich Elternschaft und Sucht
3. Früherkennung und Sensorik
4. Placing von Sucht in der Gesellschaft und die Auswirkungen der Tabuisierung auf Beratungs-/Hilfeprozesse. In der Folge: Sensible Gesprächsführung, um gemeinsame Ziele von Helfenden und Klient\*innen zu verdeutlichen
5. arbeitsfeldübergreifende Gestaltung von familienorientierten Arbeitsweisen

Als zentrale Inhalte für gegenseitige Qualifizierung wurden u. a. benannt:

Aus Perspektive der Suchthilfe:

1. Wissen über Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung
2. Wissen über Hilfsangebote der Jugendhilfe und pädagogische Konzepte
3. Rechtliche Rahmenbedingung der Leistungsgewährung und das Hilfespektrum
4. Wissen über Wirkfaktoren in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen
5. Konzepte zur Angehörigenarbeit (inklusive der *kleinen Angehörigen*), die zu häufig noch der Selbsthilfe überlassen werde
6. Wissen über medizinischen Kinderschutz und das medizinische Hilfesystem abseits der Suchtmmedizin/Psychiatrie

Aus Perspektive der Jugendhilfe:

1. Suchtspezifisches Wissen, um Handlungsorientierung hinsichtlich passender Interventionen zu erlangen. Konkret benannt wurde: Wissen über Auswirkungen von Substanzkonsum auf die Erziehungsfähigkeit
2. Kenntnisse über das Versorgungssystem der Suchthilfe und das Hilfespektrum. Explizit benannt wurde hier: Substitution



3. Befunde zu den Folgen von Suchterkrankung für die Salutogenese
4. Wissen über Komorbiditäten, insbesondere über den Zusammenhang von Traumata und Sucht
5. Wissen über medizinischen Kinderschutz und das medizinische Hilfesystem

Aus Perspektive der medizinischen Versorgung:

1. Wissen über Hilfsangebote der Jugendhilfe und pädagogische Konzepte
2. Suchtspezifisches Wissen, um Handlungsorientierung hinsichtlich passender Interventionen zu erlangen
3. Kenntnis der Versorgungssysteme der Suchthilfe und des Hilfespektrums
4. Kinderschutz: Beratungsansprüche nach § 8b-SGBV III sowie Grenzen der Berufsgeheimnisträgerschaft

Neben der Suchthilfe, den klassischen Jugend- und Familienhilfeangeboten der HzE und der medizinischen Versorgung wurden vor allem folgende Akteur\*innen als Adressaten für spezialisierte Fortbildungsangebote identifiziert: Kindertagesstätten, (Familien-)Hebammen, Schulen, inklusive der offenen Ganztagsangebote und Schulsozialarbeit, offene Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Frühe Hilfen, Stadtteilzentren und weitere Angebote im Sozialraum wie bspw. Sportvereine, Musikschulen etc.. Zentrale (und teilweise bereits erprobte) Inhalte der Fortbildungsangebote für diese Zielgruppen seien vor allem Wissen zum Kinderschutz (§§ 8a & b SGB VIII + § 4 KKG) und die Schärfung von Sensorik zur Suchterkrankung der Eltern(-teile) sowie die Vermittlung von Kompetenzen zur Ansprache des Suchtmittelkonsums. Darüber hinaus müsse das Hilfenetzwerk bekannt gemacht werden, damit die Fachkräfte eine adäquate Verweisberatung durchführen können.

Des Weiteren müssten sich Präventionsangebote auch vermehrt an Fachkräfte wenden: Konkret wurde hier das Beispiel benannt, das Hebammen teilweise in der Schwangerschaft ein Glas Sekt empfehlen würden, um Wehen auszulösen.

- Welche Gelingensfaktoren wurden für eine erfolgreiche Qualifizierung der Arbeitsfelder identifiziert?

Die Entwicklung und der Ausbau von Multiplikator\*innenprojekten, wie beispielsweise die KiTa-Move-Fortbildungen, wurde im Rahmen der ausgewerteten Fokusgruppen am häufigsten als Prozess benannt, der eine umfassende Qualifizierung der verschiedenen Arbeitsbereiche hinsichtlich suchtbelasteter Familien erzielen kann. Im Vorfeld sei es jedoch wichtig, sich im Hilfesystem auf einen Kanon zentraler Inhalte zu verständigen, der bei diesen Fortbildungen weitergetragen werden müsse. Dadurch würden Mittel möglichst gezielt eingesetzt, einer inhaltlichen Überlastung der Fachkräfte

könne vorgebeugt werden und dadurch bleibe die Effektivität gewahrt. Ergänzend wurde der Aufbau von kommunalen Wissensmanagement-Systemen angeregt. Die genaue Ausgestaltung oder organisatorische Verortung wurde dabei jedoch offengelassen.

- Welche Vorbehalte und Unsicherheiten bestehen gegenüber den anderen Arbeitsbereichen und wie könnten diese abgebaut werden?

Von Seiten der Suchthilfe wurde wiederholt die Erfahrung geschildert, dass die öffentliche Jugendhilfe für sie häufig schwer zu erreichen sei und darüber hinaus viele Mitarbeiter\*innenwechsel die Zusammenarbeit und den Aufbau langfristiger Kooperationen zusätzlich erschweren würden.

Sowohl die schlechte Erreichbarkeit als auch die hohe Personalfluktuation wurden mit einer hohen Arbeitsbelastung und Unterbesetzung erklärt. Die Bearbeitung dieses Problems liege also auf struktureller und gesetzlicher Ebene und müsse auch auf dieser bearbeitet werden.

Ein weiteres gegenseitiges Hemmnis sei die jeweils geringe Kenntnis des anderen Hilfesystems, vor allem auf lokaler Ebene, was dazu führe, dass häufig keine angemessene Intervention im Partnersystem angeregt werde. Eine Möglichkeit, hier Abhilfe zu schaffen, sei das gegenseitige Kennenlernen sowie eine gegenseitige Qualifizierung und die Aufnahme des Themenkomplexes suchtbelasteter Familien in das Ausbildungs- bzw. Hochschulcurriculum der Erzieher\*innenausbildung sowie der Studiengänge Soziale Arbeit/Sozialpädagogik.

#### **WEITERE DISKURSSCHWERPUNKTE**

Im Folgenden werden weitere Aspekte wiedergegeben, die sich nicht in die übergeordneten Kategorien einordnen ließen, aber wiederholt in verschiedenen Gruppen thematisiert wurden:

- Welche Strukturen und fachliche Anforderungen werden für die Zielgruppe benötigt?

Grundsätzlich wurde neben den zuvor thematisierten Verbesserungen der kooperativen Leistungserbringung vor allem auch Bedarf für einen Angebotsauf- und Ausbau spezialisierter Hilfen für die Zielgruppe deutschlandweit konstatiert. Das Spektrum der Äußerungen reicht hier von einem Ausbau der präventiven Angebote, Bildungsprogrammen wie Elternschulen bis zu mehr genderspezifischen Angebotsformen. Zusätzlich müssten bestehende Angebotsformen besser auf die Arbeit mit der Zielgruppe eingestellt werden: Konkret wurde hier die Gemeinwesenarbeit sowie die Beratung Schwangerer benannt, in denen Versorgungslücken und teilweise fehlende Fachkompetenzen vorlägen.

Außerdem wurde die Möglichkeit familiensystembezogener Finanzierungen als ein Faktor ausgewiesen, der zu einer Verbesserung der bestehenden Angebotsstrukturen beitragen könne, da Arbeit, die bisher nebenbei erledigt wird, nun eine Gegenfinanzierung erhalte. Das ermögliche eine weitere Professionalisierung und einen qualitativen Strukturaufbau.

Eine Grundvoraussetzung für den Aufbau von neuen Angeboten sei eine langfristig angelegte Finanzierung. Gerade einer Klientel, die häufig bereits destruktive Beziehungserfahrungen mitbringe, müssten konstante Strukturen gegenüberstehen.

- Placing von Sucht in der Gesellschaft

Als ein weiterer wesentlicher Aspekt wurde innerhalb der verschiedenen Diskussionen nach wie vor das negative Placing von Sucht in der Gesellschaft konstatiert, welches Sucht häufig als persönliche Schwäche ansehe. Es bestünden demnach noch immer erhebliche Vorurteile gegen Suchterkrankungen, die dazu beitragen, dass Hilfen zu spät oder gar nicht gesucht würden.

*„Gleichzeitig – und das sage ich aus einer menschenrechtlichen Perspektive heraus – müssen wir suchtkranke Eltern, auch psychisch erkrankte Eltern, als das sehen, was sie sehr häufig sind, nämlich Menschen mit Behinderung, die – vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention – ein Anrecht haben, in ihrer Elternschaft unterstützt zu werden.“*

Fokusgruppe München

Leider lasse sich diese Sichtweise auch bei Fachkräften wiederfinden und verstärke damit das (Selbst-)Bild der Klientel. Aufgabe des Hilfesystems sei es, dieses Problem zu bearbeiten, beispielsweise durch Ansprache und gegenseitige Fortbildungen (siehe Punkt zur Interdisziplinären Qualifizierung). Dabei wurde die Arbeit mit Parallelbildern („Wie würden Sie die Situation bewerten, wenn diese Person eine Krebserkrankung hätte?“) als erfolversprechend festgestellt.

*„Die sind nicht an allen Punkten hilfebedürftig. Wir müssen das Bild der Erkrankten in der Gesellschaft auch ein bisschen verändern, indem man sie anders unterstützt, indem man sie wirklich noch einmal anders in die Verantwortung nimmt und da auch eine Förderung anbietet.“*

Fokusgruppe Mainz

## Resümee und Ausblick

Sowohl im Fachdiskurs als auch in den durchgeführten Fokusgruppen wurde die Notwendigkeit gelingender Kooperation für eine adäquate Versorgung suchtbelasteter Familien herausgestellt. Abgestimmtes oder sogar gemeinschaftliches Handeln zwischen den verschiedenen Hilfesystemen und dabei insbesondere zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe wurde von allen Akteur\*innen als wichtigstes Ziel hervorgehoben. Dabei zeigte sich jedoch, dass aktuell noch diverse spezifische sowie übergreifende, strukturelle und prozessuale Herausforderungen existieren, zu denen es ein evidenzbasiertes Steuerungswissen und eine Handlungsorientierung braucht, um diese erfolgreich bearbeiten zu können. Hier wurde deutlich, dass die Akteur\*innen gemeinsam erarbeitete, ausdefinierte Schlüsselprozesse als hilfreiche Stütze für die Praxis erleben.

Unstrittig blieb dabei weiterhin, dass der Aufbau einer interdisziplinären, bedarfsorientierten Versorgung nur unter dem Einsatz finanzieller Mittel gelingen kann. Dafür müssen von Seiten der Kostenträger finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Vor allem die Schaffung von Koordinationsstellen für die kommunale Netzwerkarbeit manifestiert sich als ein Kernkriterium für die Implementierung und Aufrechterhaltung eines effektiven kooperativen Versorgungssystems für die Zielgruppe.

Neben den notwendigen Ressourcen für den Netzwerkaufbau und -erhalt werden gesetzliche Grundlagen zur Regelfinanzierung von spezialisierten Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche aus betroffenen Familien benötigt. Positive Berichte zur Versorgungsqualität und Inanspruchnahme gibt es vor allem im Hinblick auf Gruppenangebote, die mit einer (kommunalen) Pauschalfinanzierung ausgestattet sind.

Die Befunde der Evaluation des interdisziplinären Kooperationsprojekts „Chance for Kids“ des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln bestätigen die Hypothese, dass der zielgruppenspezifische Spezialisierungsgrad von Angeboten einen wichtigen Wirkfaktor bildet. So zeigt sich, dass Angebote, die auf die spezifischen Bedarfe von Kindern aus suchtbelasteten Familien zugeschnitten sind, wirksamer sind als vergleichbare Angebote der Regelversorgung. Weitere Ergebnisse aus der vorbenannten Evaluation stützen die Prämisse des Forschungsprojektes, dass - obwohl Suchterkrankungen eine Teilmenge der psychischen Erkrankungen darstellen und Komorbiditäten häufig auftreten - bedarfsgerechte Strukturen und Prozesse im Hinblick auf die elterliche Suchtbelastung ein zentraler Wirkfaktor für eine effektive Versorgung sind.

Deutlich wird im Rahmen der bisherigen Forschung auch, dass für die (Weiter-)Entwicklung dieser spezifischen Angebote ein erfolgreicher Einbezug der Zielgruppe notwendig ist, um umfassende Informationen über die Bedarfe, Bedürfnisse und Schwellenängste der Adressat\*innen zu erhalten. Die herausgearbeiteten erfolgskritischen Faktoren aus Perspektive der Fachkräfte müssen dabei unbedingt um die Perspektive der Adressat\*innen erweitert werden. Dafür müssen Partizipationskonzepte für den Einbezug von Eltern(-teilen) und Kindern aus suchtbelasteten Familien entwickelt und in Forschung und Praxis implementiert werden.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Eine Beteiligung am Forschungsprojekt ist für interessierte Institutionen weiterhin möglich. Für Informationen wenden Sie sich bitte an [biernatowski@ikj-mainz.de](mailto:biernatowski@ikj-mainz.de).



## Anhang

### Teilnehmende der Fokusgruppen - Spezifizierung der übergeordneten Kategorien

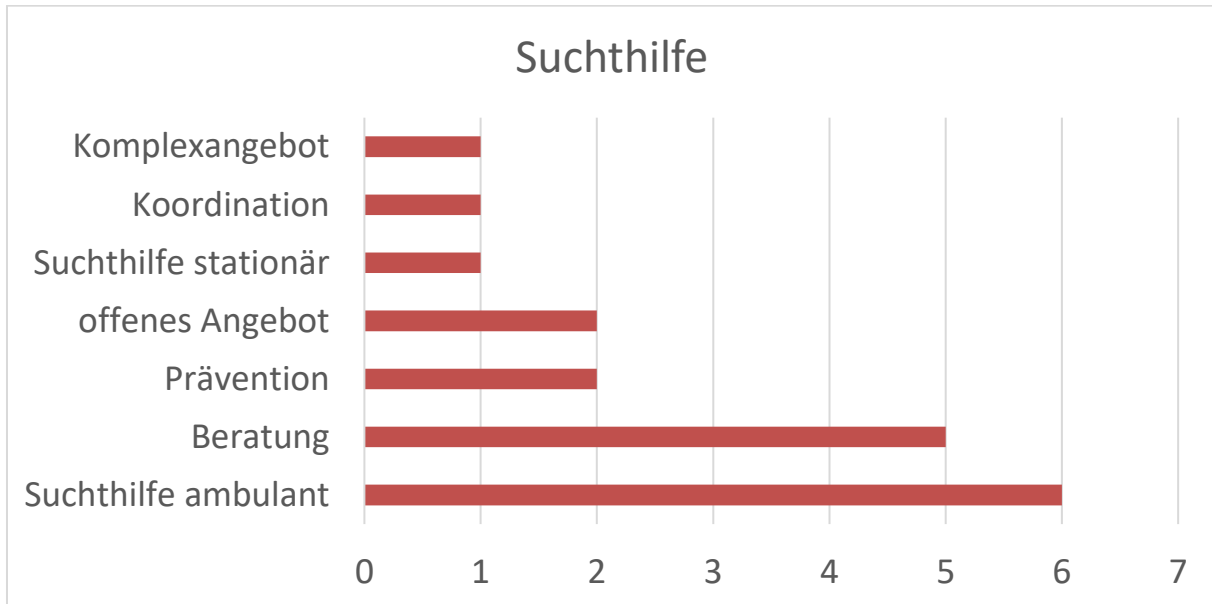


ABBILDUNG 3 - AUFSCHLÜSSELUNG DER SUCHTHILFEANGEBOTE NACH PRIMÄRER ZUGEHÖRIGKEIT IM HILFESYSTEM

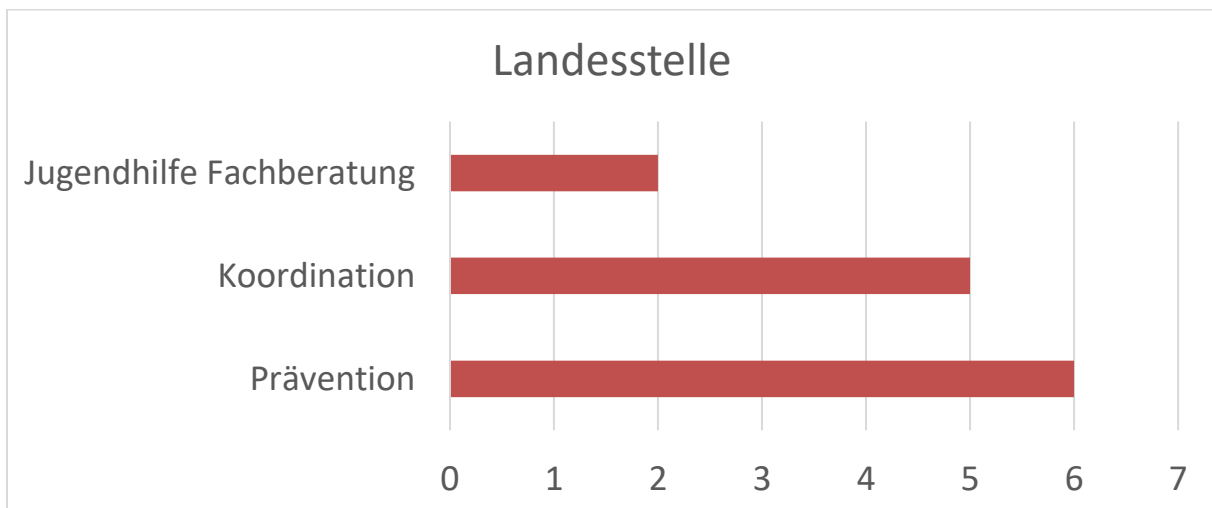


ABBILDUNG 4 - AUFSCHLÜSSELUNG DER LANDESSTELLEN NACH PRIMÄREM AUFGABENBEREICH

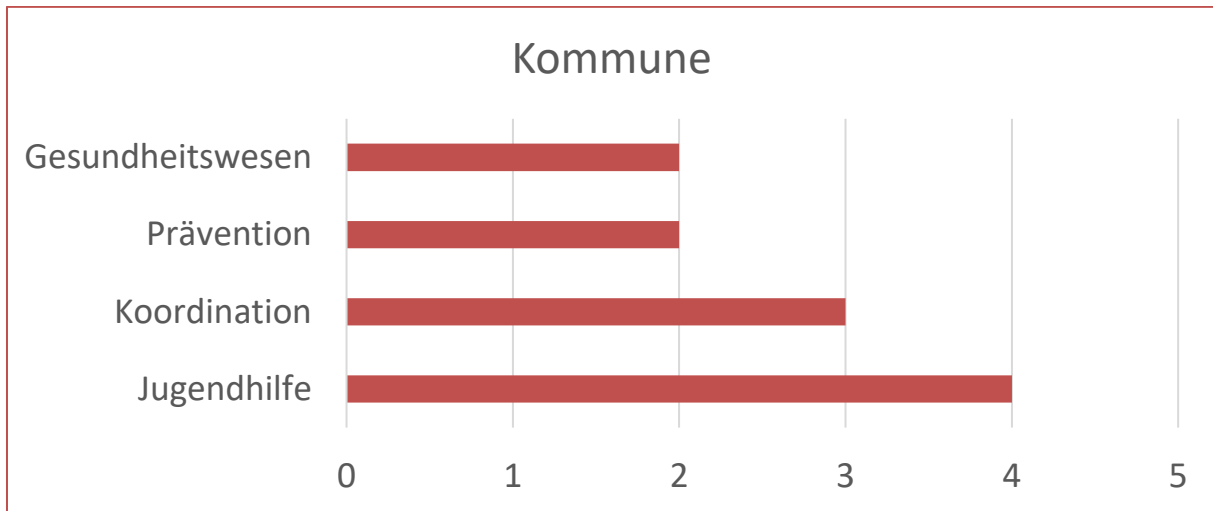


ABBILDUNG 5 - AUFSCHLÜSSELUNG DER KOMMUNALEN STELLEN NACH PRIMÄREM AUFGABENBEREICH

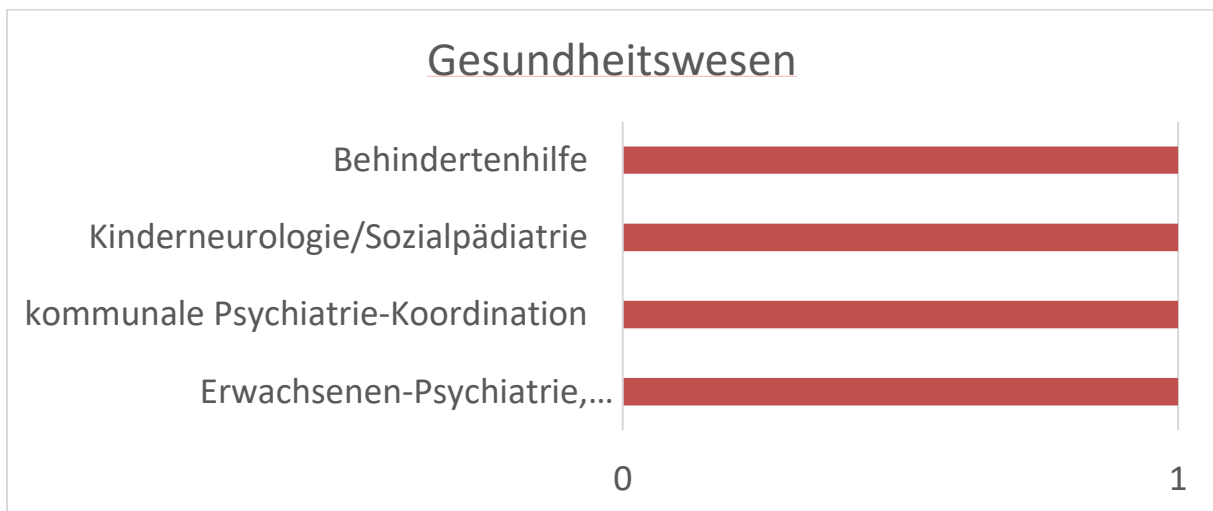


ABBILDUNG 6 - AUFSCHLÜSSELUNG DES GESUNDHEITSWESENS NACH PRIMÄREM AUFGABENBEREICH

## Schwerpunkthemen der Fokusgruppen:

- **Stellenwert/Funktion von Land und Kommune bei der Implementierung von Versorgungsnetzwerken**
  - Ist eine Förderung/Koordination des Aufbaus von interdisziplinären Netzwerkstrukturen auf Länderebene vorhanden/erwünscht?
  - Gibt es eine Förderung/Koordination der multidisziplinären Zusammenarbeit seitens der Kommune, bzw. ist diese erwünscht?
  - Gibt es andere überregionale Programme/Stellen, die eine Zusammenarbeit von Suchthilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung fördern/steuern?
- **Formalisierungsgrad der Kooperation**
  - Welchen Auftrag und Stellenwert hat die Kooperationsvereinbarung in dem lokalen Netzwerk?
  - Sollte es standardisierte Prozessabläufe in der multidisziplinären Zusammenarbeit geben bzw. gibt es diese schon? Wenn ja, welche?
  - Wie werden der Auftrag und die Bedeutung eines gemeinsamen Gremiums der beteiligten Kooperationspartner\*innen eingeordnet?
- **Interdisziplinäre Qualifizierung der Arbeitsbereiche**
  - Gibt es gemeinsame/gegenseitige Fortbildungsveranstaltungen?
  - Welche Inhalte werden für die gegenseitige/gemeinsame Qualifizierung für relevant befunden?
  - Wie wichtig ist das gegenseitige Kennenlernen der Fachkräfte der unterschiedlichen Arbeitsfelder?
  - Welche Vorbehalte und Unsicherheiten bestehen gegenüber den anderen Arbeitsbereichen und wie könnten diese abgebaut werden?
  - Wie könnte das Finden einer „gemeinsamen Sprache“ und die Annäherung an eine gemeinsame Haltung als Basis der Kooperation gefördert werden?

Des Weiteren haben sich folgende Themenbereiche im Diskurs als relevant erwiesen:

- Ressourcen



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

- Werte und ethische Grundlagen der Zusammenarbeit
- rechtliche Rahmenbedingungen
- Förderung und Finanzierung
- Programmatik und Praxistransfer

