STEUERUNGSWISSEN UND HANDLUNGSORIENTIERUNG FÜR DEN AUFBAU EFFEKTIVER INTERDISZIPLINÄRER VERSORGUNGSNETZWERKE FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN

-

ZWISCHENBERICHT

zum Stand der Auswertung der standardisierten Befragung von Fachkräften

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Projektdurchführung durch:

IKJ INSTITUT FÜR KINDER- UND JUGENDHILFE

Mainz, den 30.06.2021

Inhalt

1. Einleitung 3
1.1 Auswertung 4
1.2 Plausibilitätsprüfung 4
1.3 Beteiligung/Beschreibung der Stichprobe 5
2. Vorstellung der Ergebnisse 8
2.1 Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau 9
2.2 Kooperation 14
2.3 Qualifizierung 23
2.4 Individuelle Situation der Mitarbeitenden 26
3. Fazit und Ausblick 26
4. Anhang 29
4.1 Kooperationsvereinbarungen 29
4.2 Formalisierung von Kooperation 32
4.3 Qualifizierung 33
5. Quellen- und Literaturverzeichnis 36

1. Einleitung

Nach den acht regionalen Fokusgruppen bildet die standardisierte Fachkräftebefragung den zweiten Erhebungsstrang des Moduls *Strukturbedingungen* im Forschungsprojekt zur Versorgungssituation suchtbelasteter Familien. Die Befragung war für interessierte Fachkräfte zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 abrufbar und wurde von insgesamt 355 Personen vollständig ausgefüllt (Mehr Informationen finden Sie unter Punkt 1.3 Beteiligung/Beschreibung der Stichprobe).

Die Umfrage gliedert sich in folgende Schwerpunktbereiche:

(1) Arbeitsfeld und -situation des:der Ausfüllenden
(2) Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau
(3) Kooperation
(4) Qualifizierung
(5) Offenes Frageformat
(6) Individuelle Situation der Mitarbeitenden

Übergreifende Zielsetzung der Fachkräftebefragung war es, Antworten auf diese Fragen zu generieren:

(1) Welche strukturellen Änderungsbedarfe bzw. Schwerpunktthemen identifizieren die an der Versorgung suchtbelasteter Familien beteiligten Fachkräfte hinsichtlich einer gelingenden Netzwerkarbeit?
(2) Welche Akteur:innen und Entscheidungsträger:innen sehen sie dabei vorrangig in der Verantwortung für die Umsetzung der identifizierten Änderungsbedarfe?

Dabei lag ein weiteres Anliegen in der genauen Differenzierung, ob es zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern, Funktionen der Ausfüllenden, den Regionen sowie den Geschlechtern Unterschiede hinsichtlich der identifizierten Änderungsbedarfe und Verantwortungszuschreibung gibt. Die Aufschlüsselung der Ergebnisse und Sichtbarmachung spezifischer Bedarfe und Schwerpunktsetzungen nach diesen Kriterien sollten aufschlussreiche Ansatzpunkte für den Dialog zum Netzwerkaufbau liefern.

Die Items der inhaltlichen Schwerpunktbereiche (2 – 5) wurden in erster Linie auf Grundlage der Erkenntnisse der im Rahmen dieses Forschungsprojekts durchgeführten Fokusgruppen entworfen. Angereichert wurden sie durch Erkenntnisse ausgewählter aktueller Forschungen und diskursrelevanter Veröffentlichungen (vgl. AFET 2020; Feist-Ortmanns/ Macsenaere 2020; Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW 2015). Die Abfrage der individuellen Situation der Mitarbeitenden diente der Feststellung, ob aussagekräftige Unterschiede zwischen den an der Versorgung beteiligten, verschiedenen Arbeitsfeldern und Funktionen der Organisation hinsichtlich der Selbsteinschätzung zu zwölf Lebensbereichen vorliegen.

1.1 Auswertung

In den quantitativen Untersuchungssträngen fanden übliche deskriptive und inferenzstatistische Auswertungen Anwendung. Statistisch relevante Unterschiede zwischen spezifischen Personengruppen, Merkmalen und/oder Merkmalsausprägungen wurden gemäß den Forschungsfragestellungen mithilfe von paarweisen t-Tests und z-Tests auf ihre statistische Signifikanz hin analysiert. Die statistischen Testverfahren wurden entsprechend des Messniveaus des vorliegenden Datenmaterials eingesetzt. Bei kategorialen Variablen wurden Anteilsunterschiede in den relativen Häufigkeiten der relevanten Merkmale mit z-Tests verglichen, während bei metrisch skalierten diskreten oder stetigen Variablen t-Tests zum Einsatz kamen. t-Tests ermöglichen die Untersuchung einer womöglich statistischen Signifikanz von Mittelwertsunterschieden (Bortz, 2005): Wird wie im vorliegenden Fall eine Vielzahl von Einzeltests durchgeführt („multiple testing“), steigt statistisch gesehen das Risiko, dass die Tests einen signifikanten und damit statistisch relevanten Unterschied nahelegen, auch wenn dieser in Wirklichkeit nicht vorhanden ist. Im Fachjargon spricht man in diesem Zusammenhang von einer sog. „Alphafehlerkumulierung“. Um fehlerhafte Schlussfolgerungen aus den Daten weitestmöglich zu vermeiden, durchliefen die Testergebnisse eine Bonferroni-Korrektur. Bei dieser Methode wird das Signifikanzniveau der Einzeltests im Sinne einer konservativen Forschungsstrategie so adjustiert, dass eine Alphafehlerkumulierung zuverlässig verhindert wird (Chen, Feng & Yi, 2017). Das mit dieser Vorgehensweise ermittelte Signifikanzniveau wird auch als Irrtumswahrscheinlichkeit oder p-Wert bezeichnet. Entsprechend der gängigen Konventionen liegt ab einer Irrtumswahrscheinlichkeit von kleiner 5 % ($p < 0{,}05$) ein statistisch signifikantes Ergebnis vor. Wird nachfolgend ein Ergebnis als signifikant bezeichnet, liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit demnach unter 5 %. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 1 % ($p < 0{,}01$) spricht man von einem hoch signifikanten Ergebnis.

1.2 Plausibilitätsprüfung

Die vorliegenden Daten wurden im Zuge eines mehrstufigen, multimodalen hypothesengeleiteten Prozesses auf ihre Plausibilität hin untersucht. Die Prüfungen waren an zwei grundlegenden Zielrichtungen ausgerichtet: Da die Datensammlung in Form von Online-Befragungen erfolgte, bei der zur Sicherstellung einer hohen Beteiligung ein technisch niederschwelliger Zugang bei gleichsam höchstmöglicher Anonymität gewährleistet werden musste, war nicht vollständig auszuschließen, dass die Fragebögen von einzelnen Personen ggf. mehrfach bearbeitet wurden. Zunächst schloss deshalb eine eingehende Dublettenprüfung solche Verfälschungen aufgrund von Mehrfacheingaben weitestmöglich aus. In einem zweiten Schritt wurde das Datenmaterial einer umfangreichen inhaltlichen Plausibilitätsprüfung unterzogen, um sachlogische Unstimmigkeiten innerhalb der Datensätze zu identifizieren.

Potenzielle Dubletten und Mehrfacheingaben wurden durch Programmierung von Datenbankabfragen zuerst im Datensatz als auffällig markiert. Bei der Erstellung der Prüfroutinen fand vor allem die Prüfung auf zeitliche Aspekte der Teilnahme Berücksichtigung: Hierbei wurden sowohl Fälle mit ungewöhnlich kurzen Bearbeitungsdauern ausfindig gemacht, aber auch der Zeitpunkt der Teilnahme wurde mit weiteren Merkmalen wie etwa Ort und IP-Adresse in Beziehung gesetzt. Ferner wurden

Fälle mit exakt gleichen Bearbeitungszeiten betrachtet, die bspw. auf den Einsatz von Bots hinweisen könnten.

Die Prüfung und Entscheidungsfindung bzgl. des Umgangs mit den identifizierten Auffälligkeiten erfolgte in aufwendiger Form mittels eingehender individueller Begutachtung der Falleingaben durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Anders als bei automatisierten Entscheidungsprozessen konnte so das Risiko für fälschliche Fallausschlüsse minimiert werden. Nach der Begutachtung als Dubletten identifizierte Falleingaben fanden keinen Eingang in die Auswertung des herangezogenen Datensatzes. Dies war allerdings nur in spezifischen Einzelfällen angezeigt.

Die inhaltliche Plausibilisierung untersuchte die fallbezogenen Angaben auf ihre sachlogisch-inhaltliche Stimmigkeit und Konsistenz und umfasste insbesondere folgende Schritte:

- univariate Prüfung von Häufigkeitsverteilungen und Extremwerten
  Bei der Analyse wurden etwa mithilfe von Boxplots auffällige Werte und Ausreißer in den Merkmalsverteilungen in den Blick genommen.
- Prüfung auffälliger Antwortmuster
  Diese werden im Fachjargon auch als sog. „response sets“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um systematische Antworttendenzen von befragten Personen, die die Ergebnisse verfälschen können. Neben doppelten und mehrfachen Falleingaben wurden im Zuge der Analysen auch ähnliche Antwortmuster sowie Falleingaben ohne Freitextnennung als auffällig gekennzeichnet und begutachtet. Bei der Prüfung auffälliger Antwortmuster kamen ebenfalls Cluster- und diskriminanzanalytische Verfahren (siehe unten) zum Einsatz, die eine multivariate Betrachtung der Ähnlichkeit von Falleingaben ermöglichen.
- Prüfung unvollständiger Falleingaben
  Als implausibel und für die Analyse ungeeignet wurden diejenigen Falleingaben angesehen, bei denen der überwiegende Teil des Fragebogens unbearbeitet geblieben ist.

Auf Grundlage der plausibilisierten Daten erfolgte anschließend in den einzelnen Erhebungssträngen die Auswertung.

1.3 Beteiligung/Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben sich 355 in der Versorgung suchtbelasteter Familien tätige Personen aus allen 16 Bundesländern an der Befragung beteiligt. Die meisten befragten Mitarbeiter:innen kamen aus Nordrhein-Westfalen (17,5 %). Überproportional vertreten sind, gemessen an der Bevölkerungsgröße der Bundesländer, Rheinland-Pfalz (16,3 %) und Berlin (7,3 %).

ABBILDUNG 1 - BETEILIGUNG DER BUNDESLÄNDER IN ABSOLUTEN HÄUFIGKEITEN

Von den 355 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, geben 267 an, **weiblich** zu sein, 83 **männlich**.[1] Auffällig ist die Geschlechterverteilung in Hinblick auf die Funktion im Arbeitsfeld: 51,8 % der männlichen Befragten sind laut Fragebogen in leitender Tätigkeit im Arbeitsfeld beschäftigt gegenüber nur 23,6 % der weiblichen Befragten. Diese Verteilung spiegelt sich entsprechend im Fachkräfteanteil wider. So sind 37,3 % der männlichen Befragten als Fachkraft tätig, gegenüber 65,9 % der weiblichen. Auf Ebene der koordinierenden Tätigkeit zeigt sich hingegen kein relevanter Unterschied: Hier kreuzten 10,8 % der männlichen und 10,5 % der weiblichen Befragten an, in dieser Funktion beschäftigt zu sein.

[1] Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, ihr Geschlecht neben **männlich** und **weiblich** als **divers** oder als **ohne Angabe** zu benennen. Keine Person gab an, divers zu sein, und drei wählten „ohne Angabe“. Zwei Teilnehmende ließen das Feld zum eigenen Geschlecht unausgefüllt.

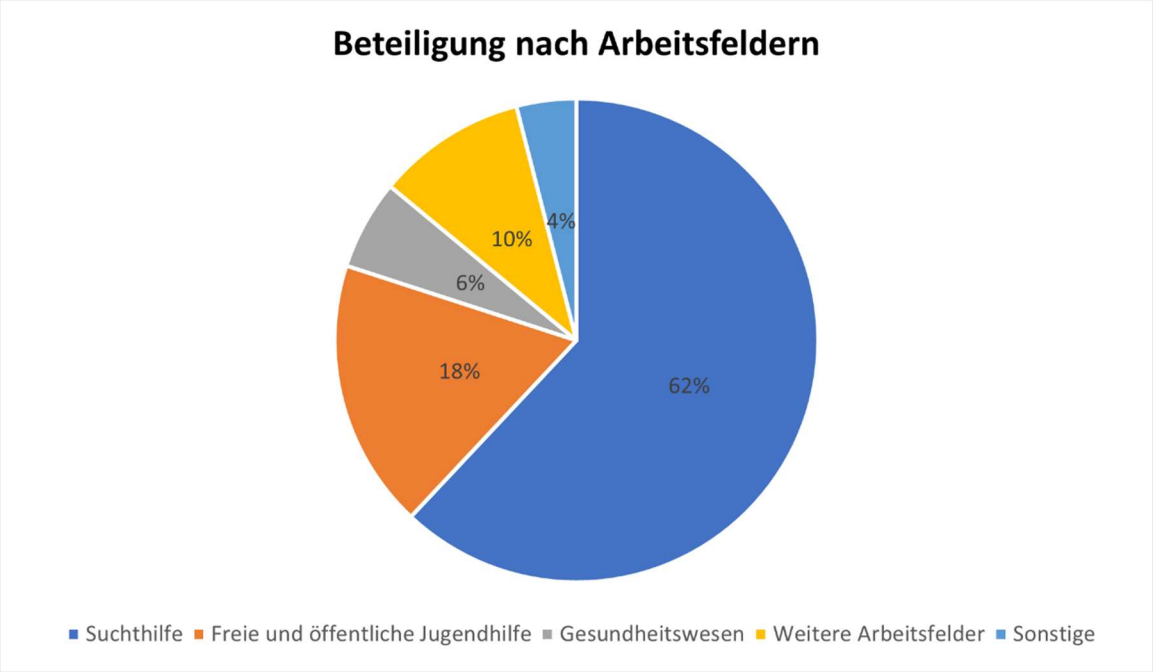

ABBILDUNG 2 - GRAFIK BETEILIGUNG NACH ARBEITSFELDERN

Für die Auswertung der Ergebnisse werden die Angaben aufgeschlüsselt nach den Arbeitsfeldern **Suchthilfe**, **öffentliche und freie Kinder- und Jugendhilfe** (die *gesamte* Kinder- und Jugendhilfe wird im Folgenden mit „**KJH**" abgekürzt) und **Gesundheitswesen**. Ähnlich der Zusammensetzung der Fokusgruppen im Projektmodul 1 A ist mit 62 % die Beteiligung der Fachkräfte aus der Suchthilfe deutlich höher als die aus der KJH (18 %) und dem Gesundheitswesen (6 %).

Die Gruppe der **weiteren Arbeitsfelder** umfasst die Eingliederungshilfe,[2] Koordinierende Stellen auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene, Schule und Bildung, Justiz, Wohnungslosenhilfe, Ombudschaftliche Beratung und Migrations-/Flüchtlingshilfe. Die stärkste Beteiligung in dieser Gruppe geht vom Arbeitsfeld der Koordinierenden Stellen auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene aus.

In der Gruppe der **Sonstigen** finden sich die Teilnehmenden, die sich mittels einer freien Angabe den zuvor beschriebenen Arbeitsfeldern nicht zuordneten. Unter diesen offenen Nennungen findet sich das Arbeitsfeld *Wissenschaft und Forschung* sowie mehrfach der Arbeitsbereich der Suchtprävention sowie Angebote für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, verschiedene Beratungsstellen und psychiatrische und psychotherapeutische Angebote. Bis auf das Arbeitsfeld der Wissenschaft und Forschung lassen sich alle genannten Arbeitsbereiche den zur Auswahl stehenden übergeordneten Arbeitsfeldern zuteilen. Dass die Teilnehmenden die Einordnung nicht vornahmen, kann

[2] Nicht unter dem Arbeitsfeld *Eingliederungshilfe* sind Eingliederungshilfeleistungen mit Suchtbezug gefasst.

u. a. im Aufbau des Fragebogens begründet sein, der die – für die Eigenzuordnung möglicherweise notwendige – Spezifizierung erst nach der Angabe eines übergeordneten Arbeitsfeldes abfragt oder aber die genaue Spezifizierung aus Sicht der Befragten nicht beinhaltet. Gerade Fachkräfte kooperativ erbrachter Leistungen für die Zielgruppe suchtbelasteter Kinder haben vermutlich die Möglichkeit der offenen Nennungen genutzt, um sich nicht vorrangig der KJH oder der Suchthilfe zuordnen zu müssen.

Bei der Berechnung der arbeitsfeldspezifischen Antworten wurde eine gemeinsame Gruppe aus den weiteren und den sonstigen Arbeitsfeldern gebildet. Die Ausführungen zu den Unschärfen bei den offenen Nennungen offenbaren eine gewisse Schwierigkeit, diese Gruppe mit den o. g. anderen Arbeitsfeldern ins Verhältnis zu setzen, weil es innerhalb dieser Gruppe verhältnismäßig viele Überschneidungen mit der *Suchthilfe* und der *KJH* gibt. Um die Ergebnisse der vorliegenden Auswertung nicht zu verzerren, wird die zusammengesetzte Gruppe nachstehend außen vor gelassen werden.

Die Fachkräfte hatten im Verlauf der Befragung außerdem die Möglichkeit, ihren Tätigkeitsbereich innerhalb des Arbeitsfeldes zu spezifizieren. Diesbezügliche Angaben fließen in dieser ersten Auswertungsphase der Fragebögen noch nicht mit ein. Eine Ausnahme gilt für die Spezifizierungen des Tätigkeitsbereichs der KJH, die zu den Hilfen zur Erziehung (im Folgenden „HzE“) zählen. Die Ergebnisse der Mitarbeitenden aus den HzE wurden im Sinne des Projektvorhabens den Daten aller anderen Ausfüllenden (einschließlich der Gruppen *Suchthilfe, KJH, Gesundheitswesen*) gegenübergestellt.

2. Vorstellung der Ergebnisse

In dem standardisierten Fragebogen wurden die Fachkräfte zur Versorgungssituation suchtbelasteter Familien unter den Themenkomplexen (1) **Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau**, (2) **Kooperation** und (3) **Qualifizierung** befragt. Außerdem umfasste der Bogen eine Abfrage der (4) **individuellen Situation** der Befragten und ein (5) **offenes Frageformat**. Die Antworten der Befragten im offenen Frageformat werden als qualitatives Element des Fragebogens im weiteren Prozess gesondert ausgewertet.

Die hier vorgestellten Ergebnisse bilden zum einen die Mittelwerte[3] (im Folgenden „MW“) aus den Angaben der Befragten zu den o. g. Items auf globaler Ebene ab. In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Ausführungen aufgeschlüsselt nach den Variablen *Arbeitsfeld, Funktion* und *Bundesland*. Diese Differenzierung ermöglicht beispielsweise, die Antworten der Mitarbeitenden aus den verschiedenen Arbeitsfeldern oder aus verschiedenen Regionen zueinander ins Verhältnis zu setzen.

[3] Die Mittelwerte der Angaben zu den abgefragten Items sind im Folgenden gerundet dargestellt.

2.1 Verantwortlichkeiten für den Netzwerkaufbau

Im ersten inhaltlichen Fragenkomplex wurden die Teilnehmenden eingangs gebeten, den Grad der Verantwortung der einzelnen Akteur:innen für die Unterstützung und Förderung des Netzwerkaufbaus bundesweit und innerhalb einer Kommune einzuschätzen.

Betrachtet man hier das Meinungsbild arbeitsfeldübergreifend, wird deutlich, dass allen vorgeschlagenen Akteur:innen sowohl überregional als auch kommunal überwiegend Verantwortung für die Unterstützung und Förderung des Netzwerkaufbaus zugeschrieben wird. Auf einer Skala, welche den Grad der Verantwortung von 0 = *keine Verantwortung* bis 100 = *sehr hoch* abbildet, liegen alle Mittelwerte über 50 (vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2).

Mit Blick auf die überregionalen Akteur:innen wird der höchste Grad an Verantwortung bei den Kommunen gesehen (MW = 90), wobei sowohl den Bundesländern (MW = 82) als auch den Fachverbänden (MW = 84) und den Leistungserbringern (MW = 85) ebenfalls sehr hohe Verantwortung für den Netzwerkaufbau zugeschrieben wird. Den geringsten Grad an Verantwortung messen die Befragten den Rentenversicherungsträgern zu (MW = 57). Arbeitsfeldspezifisch lassen sich überregional nur geringe, nicht signifikante Abweichungen innerhalb der Zuschreibungen feststellen.

Betrachtet man das Abstimmungsverhalten nach Bundesländern, wird deutlich, dass die Abstimmenden aus Berlin den Leistungserbringern einen signifikant höheren Grad an Verantwortung für den Netzwerkaufbau gegenüber den Abstimmenden aus Bayern attestieren (MW = 97 vs. 76).

	MW
Bund	72
Bundesländer	82
Kommune	90
Rentenversicherungsträger	57
Gesetzliche Krankenkassen	68
Wohlfahrtsverbände	77
Fachverbände	84
Leistungserbringer	85

TABELLE 1 - MITTELWERTE GLOBAL (0 = *KEINE VERANTWORTUNG* BIS 100 = *SEHR HOCH*) AUF DIE FRAGE *WIE HOCH IST AUS IHRER SICHT DER GRAD DER VERANTWORTUNG DER FOLGENDEN AKTEUR:INNEN FÜR DIE UNTERSTÜTZUNG UND FÖRDERUNG DES NETZWERKAUFBAUS FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN?*

Innerhalb der Kommunen sehen die Befragten die vorrangige Verantwortung für den Netzwerkaufbau bei den Suchtbeauftragten (MW = 92), dicht gefolgt vom Jugendamt (MW = 90). Hier lassen sich jedoch abhängig vom vorrangigen Arbeitsfeld der Ausfüllenden teils signifikante Unterschiede hinsichtlich der

Zuschreibung von Verantwortung zu den einzelnen Akteur:innen feststellen. So sahen die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens ein signifikant höheres Maß an Verantwortung beim Sozialpsychiatrischen Dienst und beim Sozialamt (MW = 95 und 68) als die Mitarbeitenden der Suchthilfe (MW = 74 und 60) und der KJH gesamt (MW = 81 und 63). Interessant erscheint ebenfalls, dass die KJH den Grad der Verantwortung des Jugendamts für den Netzwerkaufbau am geringsten von allen Arbeitsfeldern bewertet (MW bei der JH = 87 im Vergleich zu SH = 92 und GW = 97). Vergleicht man hierzu das Abstimmungsverhalten aller Mitarbeitenden aus den HzE mit dem aller anderen Fachkräfte, bestehen hier nur noch marginale Unterschiede.

	MW
1 Akteur:in: Gesundheitsamt	68
2 Akteur:in: Sozialpsychiatrischer Dienst	77
3 Akteur:in: Suchtbeauftragte	92
4 Akteur:in: Jugendamt	90
5 Akteur:in: Sozialamt	62

TABELLE 2 - MITTELWERTE GLOBAL (0 = *KEINE VERANTWORTUNG* BIS 100 = *SEHR HOCH*) AUF DIE FRAGE *WIE HOCH IST AUS IHRER SICHT DER GRAD DER VERANTWORTUNG DER FOLGENDEN AKTEUR:INNEN INNERHALB DER KOMMUNEN FÜR DIE UNTERSTÜTZUNG UND FÖRDERUNG DES NETZWERKAUFBAUS FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN?*

Des Weiteren bestand für die Fachkräfte in der Online-Befragung die Option, sich einen vertiefenden Fragenblock anzeigen lassen. Darin konnten sie darüber abstimmen, für wie zielführend sie die Implementierung von 20 spezifischen Maßnahmen zur Förderung des Netzwerkaufbaus halten und welche Akteur:innenebene sie für die Umsetzung der jeweiligen Maßnahme vorrangig in der Verantwortung sehen. Von dieser Möglichkeit machten etwa ¾ der Teilnehmer:innen Gebrauch. Die zur Wahl stehenden Maßnahmen wurden aus den Auswertungen der Fokusgruppen abgeleitet oder ergaben sich aus den Empfehlungen, die die AG KipkE Anfang 2020 im Rahmen ihres Abschlussberichts an den deutschen Bundestag übergeben hat.

Übergreifend muss festgehalten werden, dass keine der vorgestellten Maßnahmen in einem stärkeren Maße als nicht zielführend bewertet wurde. Die Spanne der gültigen Prozente reicht bei der Ablehnung der vorgestellten Maßnahmen von 0,4 % bis zu einem Maximalwert von 14,9 % bei Maßnahme 19 *Abrechenbarkeit der Weitervermittlung von Familien in spezialisierte Angebote als Einzelfallleistungen über die gesetzlichen Krankenkassen*.

Im Folgenden sind die abgefragten Maßnahmen tabellarisch dargestellt. Jeder Maßnahme werden die Akteur:innen so zugeordnet, wie die Befragten ihnen jeweils vorrangig die Verantwortung für die Umsetzung dieser Maßnahme zuordneten. Für eine Nennung wurde der Schwellenwert von 10 % Zustimmung definiert.

Maßnahmen	Höchste Verantwortlichkeit	Zweihöchste Verantwortlichkeit	Dritthöchste Verantwortlichkeit
1. Stärkere Verankerung des Themas im öffentlichen Diskurs	Bund 45%	Kommunen 20 %	Länder 19%
2. Förderung durch Modellprojekte	Bund 42 %	Länder 36 %	Kommunen 12 %
3. Ausbau von überregionaler Netzwerkstruktur zur Förderung der zielgruppenspezifischen Arbeit	Länder 53 %	Bund 17 %	Kommunen 14 %
4. Schaffung und Finanzierung von kommunalen Planstellen zur Koordination und Förderung der Netzwerkarbeit	Länder 44 %	Kommunen 37 %	Bund 12 %
5. Festlegung von Qualifizierungsanforderungen und fachlichen Standards für Fachkräfte im Bereich der Versorgung von suchtbelasteten Familien	Länder 29 %	Bund 26 %	Wohlfahrtsverbände 17 %
6. Entwicklung eines kommunalen Vorgehens zur Risiko- und Gefährdungseinschätzung, um die Handlungssicherheit bei Fachkräften v. a. außerhalb der KJH zu erhöhen	Kommunen 56 %	Länder 23 %	
7. Entwicklung von fachlichen Standards im (ggf. kommunenübergreifenden) Übergangsmanagement von stationärer in ambulante Behandlung/Versorgung	Länder 31 %	Träger/Leistungserbringer 25 %	Bund 17 %
8. Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit und Qualität der Angebotsstruktur und Vernetzung durch verbindliche Sozialplanungs- und Qualitätsentwicklungsvorgaben	Länder 33 %	Kommunen 29 %	Bund 17 %
9. Schaffung und Ausbau niedrigschwellig zugänglicher Angebote in der KJH, die pauschal finanziert sind und keine Antragsstellung erfordern	Kommunen 38 %	Länder 25 %	Träger/Leistungserbringer 14 %
10. Schaffung direkt zugänglicher Angebote zur familiären Krisenintervention, auf die Familien bei einer Gefährdungslage unmittelbar zugreifen können, um Alternativen zu Inobhutnahmen zu schaffen	Kommunen 45 %	Länder 17 %	Träger/Leistungserbringer 15 %

11. Stärkerer Einbezug von Einzelfallhilfen in den Sozialraum	Kommunen 57 %	Träger/Leistungserbringer 21 %	
12. Auf- und Ausbau von Onlineplattformen, die anonym betroffene Kinder und Jugendliche berät und über wohnortnahe Hilfestrukturen informiert	Bund 31 %	Länder 24 %	Kommunen 15 %
13. Förderung der kooperativen Leistungserbringung durch eine regelhafte multiprofessionelle, am Familiensystem ausgerichtete Hilfeplanung für suchtbelasteten Familien	Kommunen 46 %	Länder 20 %	Träger/Leistungserbringer 18 %
14. Ausbau einer auf den Bedarf der Familie abgestimmten, koordinierten Vermittlung aus der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung in die KJH bzw. Suchthilfe einschließlich der Bereitstellung von passgenauen Informationen zu regional zur Verfügung stehenden Angeboten	Kommunen 43 %	Länder 20 %	Träger/Leistungserbringer 18 %
15. Förderung interdisziplinärer Angebotserbringung und Finanzierung, mit Integration der verschiedenen Leistungsbereiche *Suchthilfe, Jugendhilfe* und *medizinische Versorgung*	Länder 39 %	Kommunen 26 %	Bund 20 %
16. Schaffung von gesetzlichen Regelungen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, die SGB-übergreifende einheitliche Komplexleistungen mit auf Landesebene vertraglich definierten Finanzierungsbeteiligungen der zuständigen Leistungsträger ermöglichen, die die Leistungserbringer der KJH, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens zusammenführen	Bund 72 %	Länder 16 %	
17. Beförderung einer gemeinsamen Strategie für auf Prävention bezogene Hilfenetzwerke und Gruppenangebote	Länder 30 %	Bund 25 %	Kommunen 24 %
18. Finanzielle Unterstützung für den Aufbau von Hilfenetzwerken für finanzschwächere Kommunen	Länder 49 %	Bund 46 %	
19. Möglichkeit der Abrechnung von Weitervermittlung von Familien(-mitgliedern) in spezialisierte Angebote als Einzelfallleistungen für Mitarbeitende der medizinischen Versorgung über die gesetzlichen Krankenkassen	Bund 39 %	Länder 22 %	Nicht zielführend 15 %

20. Bereitstellung und Entwicklung von Arbeitshilfen und Informationsmaterial, um den kommunalen Netzwerkaufbau zu fördern und fachlich abzusichern/zu unterstützen	Länder 31 %	Bund 30 %	Wohlfahrtsverbände 11 %

TABELLE 3 - ANGABE DER GÜLTIGEN PROZENTE AUF DIE FRAGE *WELCHER DER AKTEUR:INNEN SOLLTE/KANN AUS IHRER SICHT AM EHESTEN ZUR UMSETZUNG DER AUFGELISTETEN MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER NETZWERKARBEIT FÜR SUCHTBELASTETE FAMILIEN BEITRAGEN?*

Es wird deutlich, dass die Befragten die vorrangige Verantwortung bei allen vorgestellten Maßnahmen am stärksten bei den politischen Steuerungsebenen im Bund, in den Ländern oder den Kommunen verorten. Am eindeutigsten ausgeprägt ist das Votum bei der 16. Frage nach der Verantwortung hinsichtlich der Schaffung gesetzlicher Regelungen, um Komplexleistungen mit Beteiligung der KJH, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens zu ermöglichen: Hier wird dem Bund mit 72 % am eindeutigsten Verantwortung zugeschrieben. Außerdem sehen die Fachkräfte hauptsächlich den Bund in der Pflicht, das Thema der (kooperativen) Versorgung suchtbelasteter Familien im öffentlichen Diskurs zu verankern (45 % Zustimmung).

Den Ländern wird Verantwortung am stärksten in Bezug auf den Aufbau überregionaler Netzwerkstrukturen zugewiesen (52 %). Ebenfalls eine hohe Verantwortung messen die Befragten den Ländern hinsichtlich der Finanzierung von kommunalen Planstellen zur Förderung der Netzwerkarbeit bei (44 % ggü. 37 % bei den Kommunen).

Die Bundesländer werden bei insgesamt acht Maßnahmen – und damit am häufigsten – in der hauptsächlichen Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen gesehen, wobei sich jedoch abzeichnet, dass es nur in Bezug auf die Maßnahme *Ausbau von überregionaler Netzwerkstruktur zur Förderung der zielgruppenspezifischen Arbeit* mit 53 % (ggü. 20 % für den Bund) eine eindeutige Verantwortungszuschreibung für diesen Akteur gibt. Bei allen anderen Maßnahmen folgen andere Akteur:innen (meist der Bund) mit ähnlichen Prozentniveaus.

Die Kommunen sind laut Umfrage bei insgesamt sechs der 20 vorgestellten Maßnahmen am stärksten in der Verantwortung. Insbesondere hinsichtlich eines verbesserten Einbezugs von Einzelfallhilfen in den Sozialraum bzw. die sozialräumliche Angebotsstruktur (57 %) sowie der Entwicklung eines kommunalen Vorgehens zur Risiko- und Gefährdungseinschätzung mit Blick auf suchtbelastete Familien wurde den kommunalen Akteur:innen die Hauptverantwortung sehr deutlich zugeschrieben (56 %).

Interessanterweise sind die Länder (49 %) und der Bund (46 %) ungefähr in gleicher Ausprägung als Verantwortliche für die finanzielle Unterstützung finanzschwächerer Kommunen beim Aufbau von Hilfenetzwerken bestimmt.

Die Leistungserbringer hingegen werden bei keiner Maßnahme am stärksten in der Verantwortung gesehen. Einen verhältnismäßig hohen Grad an Verantwortung messen die Fachkräfte ihnen allerdings

hinsichtlich der *Entwicklung fachlicher Standards für ein gelingendes Übergangsmanagement zwischen stationären und ambulanten Angeboten* (25 %) und des stärkeren Einbezugs von Einzelfallhilfen in Angebote des Sozialraums bei (21 %).

Den Wohlfahrtsverbänden wurde von den Teilnehmenden an der Umfrage lediglich bei zwei Maßnahmen die dritthöchste Verantwortlichkeit zugeschrieben. Das betrifft zum einen die Festlegung und Entwicklung fachlicher Standards zur Versorgung suchtbelasteter Familien (17 %) sowie die Bereitstellung und Entwicklung von Arbeitshilfen für den Netzwerkaufbau (11 %).

Betrachtet man die Ergebnisse zu diesem Fragenblock mit Blick auf die verschiedenen Arbeitsfelder, Funktionen der Ausfüllenden sowie regionalen Ausprägungen, lassen sich keine Unterschiede in einem signifikanten Maße feststellen.

2.2 Kooperation

2.2.1 Kooperationsqualität

Ein wesentliches Anliegen der Fachkräftebefragung bestand darin, die Mitarbeiter:innen zu ihren Erfahrungen mit kooperativer Zusammenarbeit in der Versorgung suchtbelasteter Familien zu befragen. Hierzu gehörte die Beurteilung der Qualität von Kooperationen mit verschiedenen Arbeitsfeldern auf Einzelfallebene und fallübergreifender Ebene. Die Befragten hatten die Möglichkeit, auch die Kooperationen mit anderen Institutionen des eigenen Arbeitsfeldes zu beurteilen. Die folgenden Mittelwerte (siehe Tabelle 4) geben dementsprechend nur bedingt Auskunft über die *gegenseitige* Einschätzung der Kooperationsqualität, sondern bilden die globalen Werte der Beurteilung zur Kooperation mit den jeweiligen Arbeitsfeldern ab, die sich zwischen 0 = *sehr schlecht* und 100 = *sehr gut* bewegen.

Zu beurteilendes Arbeitsfeld	Suchthilfe	Freie Kinder- und Jugendhilfe	Öffentliche Kinder- und Jugendhilfe	Med. Versorgung Erwachsene	Med. Versorgung Kinder u. Jugendliche
fallübergreifend	72	57	51	56	52
auf Einzelfallebene	76	63	60	61	58

TABELLE 4 - MITTELWERTE GLOBAL (0 = *SEHR SCHLECHT* BIS 100 = *SEHR GUT*) ZU DER FRAGE *WIE BEURTEILEN SIE DIE FALLBEZOGENE UND FALLÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN FOLGENDEN ARBEITSFELDERN IN HINBLICK AUF DIE VERSORGUNG SUCHTBELASTETER FAMILIEN?*

Ersichtlich wird hier, dass die Qualität der Zusammenarbeit auf fallübergreifender Ebene arbeitsfeldübergreifend niedriger beurteilt wird als die Zusammenarbeit auf Einzelfallebene. Im Vergleich mit den anderen Arbeitsfeldern schätzen die Befragten die Kooperationsqualität der mit der *Suchthilfe* sowohl fallübergreifend als auch auf Einzelfallebene am höchsten ein. Kooperationen mit der *Freien Kinder- und Jugendhilfe* (im Folgenden „FKJH“) werden höher bewertet als die Zusammenarbeit mit der *Öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe* (im Folgenden „ÖKJH“). Die fallübergreifende Zusammenarbeit mit

der *ÖKJH* wird in dieser Gruppe der Arbeitsfelder am niedrigsten beurteilt. Die Angaben zur Kooperation mit der medizinischen Versorgung divergieren in Hinblick auf die Zielgruppe der Versorgung: So schätzen die befragten Mitarbeiter:innen die Kooperationsqualität mit dem Arbeitsfeld der *Medizinischen Versorgung für Kinder und Jugendliche* etwas niedriger ein als die mit der *Medizinischen Versorgung für Erwachsene*.

Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Bundesland zeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede bei der Beurteilung der Kooperationsqualität zwischen den Angaben aus den verschiedenen Bundesländern gibt.

Die Befragten hatten im Fragebogen außerdem die Möglichkeit, neben der Spezifizierung des Arbeitsfeldes auch anzugeben, in welcher Funktion sie in der Versorgung suchtbelasteter Familien tätig sind. Die Befragten sagten aus, entweder als Fachkraft, in koordinierender oder in leitender Funktion tätig zu sein. Signifikante Unterschiede bei der Beurteilung der Kooperationsqualität in Abhängigkeit von der Funktion der befragten Person zeigen sich für die Arbeitsfelder der *Migrations- und Flüchtlingshilfe*, der *Justiz* und der *Ombudschaftlichen Beratung*. Die Zusammenarbeit mit allen drei Arbeitsfeldern wird auf fallübergreifender Ebene von Fachkräften signifikant positiver beurteilt als von Befragten, die in leitender Position in der Versorgung suchtbelasteter Familien beschäftigt sind. Das Arbeitsfeld der *Suchthilfe* wird auf Einzelfallebene von den Befragten, die als Fachkraft in der Versorgung tätig sind, signifikant positiver beurteilt als von Befragten, die koordinierend tätig sind.

Wie wird die Kooperation zwischen den Arbeitsfeldern der KJH gesamt, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens beurteilt?

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und die ersten Auswertungen der Interviews mit suchtbelasteten Elternteilen zeigten bereits die besondere Relevanz gelingender Kooperation zwischen den Arbeitfeldern der KJH, der Suchthilfe und des Gesundheitswesens für die Versorgung der Zielgruppe. Um ein differenziertes Bild davon zu erhalten, wie die befragten Fachkräfte bestehende Kooperationen beurteilen, wurden für diese Arbeitsfelder folgende Daten erhoben:

(1) globale Mittelwerte (siehe Tabelle 4)
(2) Einschätzungen, wie die Fachkräfte sich gegenseitig in Hinblick auf gelingende Kooperation beurteilen
(3) Mögliche Übereinstimmungen in der Beurteilung der gemeinsamen Arbeit.

Kooperation zwischen der KJH und der Suchthilfe

Die Kooperation zwischen der KJH und der Suchthilfe wird von den Mitarbeiter:innen, die sich dem Arbeitsfeld der KJH zugeordnet haben, positiver beurteilt als von den Mitarbeiter:innen der Suchthilfe. Auf globaler Ebene geht aus den Ergebnissen hervor, dass die Kooperationserfahrungen mit der *FKJH* und die mit der *ÖKJH* divergieren (siehe Tabelle 4). Diese Tendenz zeigt sich auch in der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe. So wird die Qualität der Zusammenarbeit mit der *FKJH* von

den Mitarbeiter:innen aus dem Bereich der Suchthilfe höher beurteilt als die Zusammenarbeit mit der *ÖKJH* (siehe Tabelle 5).

Kooperation zwischen KJH und Suchthilfe			
	KJH *(zu Suchthilfe)*	Suchthilfe *(zu ÖKJH)*	Suchthilfe *(zu FKJH)*
fallübergreifend	63	49	56
auf Einzelfallebene	69	58	64

TABELLE 5 - MITTELWERTE NACH ARBEITSFELD AUFGESCHLÜSSELT (0 = *SEHR SCHLECHT* BIS 100 = *SEHR GUT*) ZU DER FRAGE *WIE BEURTEILEN SIE DIE FALLBEZOGENE UND FALLÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN FOLGENDEN ARBEITSFELDERN IN HINBLICK AUF DIE VERSORGUNG SUCHTBELASTETER FAMILIEN?*

Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Suchthilfe

Die bestehenden Kooperationen zwischen dem Versorgungssystem des Gesundheitswesens und der Suchthilfe werden von den Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens sowohl fallübergreifend als auch auf Einzelfallebene positiver eingeschätzt als von den Befragten aus dem Bereich der Suchthilfe. Ein Unterschied zeigt sich in den Angaben der Mitarbeiter:innen der Suchthilfe in Hinblick auf die Zielgruppe der Versorgung. So wird die Qualität der Kooperation mit dem Bereich der medizinischen Versorgung für Erwachsene positiver beurteilt als die für Kinder und Jugendliche.

Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Suchthilfe			
	Gesundheitswesen *(zu Suchthilfe)*	Suchthilfe *(zu med. Versorgung Kinder/Jugendliche)*	Suchthilfe *(zu med. Versorgung Erwachsene)*
fallübergreifend	68	50	58
auf Einzelfallebene	74	55	63

TABELLE 6 - MITTELWERTE NACH ARBEITSFELD AUFGESCHLÜSSELT (0 = *SEHR SCHLECHT* BIS 100= *SEHR GUT*) ZU DER FRAGE *WIE BEURTEILEN SIE DIE FALLBEZOGENE UND FALLÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN FOLGENDEN ARBEITSFELDERN IN HINBLICK AUF DIE VERSORGUNG SUCHTBELASTETER FAMILIEN?*

Der Vergleich der gegenseitigen Bewertungen der Kooperationsqualität zeigt, dass die Fachkräfte der Suchthilfe die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen und der KJH negativer beurteilen als die Befragten dieser beiden Arbeitsfelder. Ein Grund könnte die spezifische Perspektive der Suchthilfe auf die Versorgung suchtbelasteter Familien sein.

Kooperation zwischen Gesundheitswesen und KJH

Auch die Befragungsteilnehmenden aus dem Gesundheitswesen sehen die Kooperation mit der *FKJH* positiver als die mit der *ÖKJH* an (siehe Tabelle 7). Bei der Beurteilung der Kooperationsqualität mit

der medizinischen Versorgung durch die Teilnehmenden der KJH gesamt zeigt sich ein Unterschied zwischen den verschiedenen Bereichen: Die Angaben zur Zusammenarbeit mit der *Medizinischen Versorgung für Erwachsene* sind deutlich schlechter als die zur *Medizinischen Versorgung für Kinder und Jugendliche*, was sich darauf zurückführen lässt, dass die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe überwiegend an junge Menschen gerichtet sind.

Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe				
	Gesundheitswesen *(zu ÖKJH)*	Gesundheitswesen *(zu FKJH)*	KJH *(zu med. Versorgung Kinder/Jugendliche)*	KJH *(zu med. Versorgung Erwachsene)*
fallübergreifend	55	60	53	44
auf Einzelfallebene	58	66	61	53

TABELLE 7 - MITTELWERTE NACH ARBEITSFELD AUFGESCHLÜSSELT (0 = *SEHR SCHLECHT* BIS 100 = *SEHR GUT*) ZU DER FRAGE *WIE BEURTEILEN SIE DIE FALLBEZOGENE UND FALLÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN FOLGENDEN ARBEITSFELDERN IN HINBLICK AUF DIE VERSORGUNG SUCHTBELASTETER FAMILIEN?*

Wie beurteilen die Teilnehmenden aus den HzE die Kooperation mit den verschiedenen Arbeitsfeldern?

Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse zur Qualität der Zusammenarbeit nach dem Arbeitsfeld der HzE zeigt, dass die Befragten auf Einzelfallebene die Kooperationsqualität mit der *Justiz*, *Eingliederungshilfe/Behindertenhilfe*, *medizinischen Versorgung für Erwachsene* und den *Landesstellen/Landesjugendamt* signifikant niedriger beurteilen als die Fachkräfte aller anderen Arbeitsfelder. Gleiches gilt auch auf fallübergreifender Ebene für die Arbeitsfelder *Justiz*, *Eingliederungshilfe/Behindertenhilfe*, und *medizinische Versorgung für Erwachsene*. Zudem wird hier auch die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe signifikant niedriger beurteilt.

Wie beurteilen die Mitarbeiter:innen der Suchthilfe, der KJH und des Gesundheitswesens die Qualität der Zusammenarbeit mit der Gruppe der weiteren Arbeitsfelder?

Neben der Zusammenarbeit mit den Arbeitsfeldern der Suchthilfe, der KJH und des Gesundheitswesens hatten die Befragten die Möglichkeit, Kooperationen mit weiteren Arbeitsfeldern (siehe Tabelle 8) zu beurteilen. In der Gruppe dieser Arbeitsfelder sind vor allem die Angaben zur Kooperationsqualität mit *Speziellen Kinderschutzfachkräften* und mit dem *Netzwerk Frühe Hilfen* vergleichsweise hoch ausgeprägt. Im Vergleich mit den anderen Arbeitsfeldern erhält die *Psychotherapeutische Versorgung* eine eher geringe Bewertung. Hier sei angemerkt, dass die Umfrageteilnehmenden aus dem Gesundheitswesen die Kooperationsqualität mit der *Psychotherapeutischen Versorgung* deutlich positiver – wenn auch nicht mit signifikantem Unterschied – beurteilen als die mit der Suchthilfe und der KJH. Tendenziell negativ beurteilt werden auch die Kooperationserfahrungen mit dem Arbeitsfeld *Ombudschaftliche Beratung* und den Bereichen *Schule und Bildung* und *KiTas*.

Arbeitsfeld (fallübergreifend / auf Einzelfallebene)	Suchthilfe	Kinder- und Jugendhilfe	Gesundheitswesen	MW gesamt
Schule und Bildung	48 / 53	43 / 48	43 / 47	46 / 51
Justiz	51 / 57	38 / 41	46 / 52	48 / 53
Ombudschaftliche Beratung	45 / 49	29 / 31	53 / 57	42 / 46
Eingliederungshilfe/Behinderten-hilfe	56 / 59	43 / 49	40 / 53	52 / 57
Wohnungslosenhilfe	60 / 66	51 / 60	60 / 64	57 / 63
Psychotherapeutische Versorgung	37 / 44	39 / 51	47 / 52	39 / 46
KiTas	45 / 52	51 / 60	48 / 55	48 / 55
Landesstellen/Landesjugendamt	50 / 47	43 / 34	50 / 49	49 / 45
Netzwerk Frühe Hilfen	64 / 66	69 / 68	63 / 64	64 / 65
Spezielle Kinderschutzfachkräfte	68 / 71	69 / 73	68 / 71	68 / 72
Migrations-/Flüchtlingshilfe	53 / 56	51 / 55	53 / 53	53 / 55

TABELLE 8 - MITTELWERTE NACH ARBEITSFELD (0 = *SEHR SCHLECHT* BIS 100 = *SEHR GUT*) ZU DER FRAGE *WIE BEURTEILEN SIE DIE FALLBEZOGENE UND FALLÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN FOLGENDEN ARBEITSFELDERN IN HINBLICK AUF DIE VERSORGUNG SUCHTBELASTETER FAMILIEN?*

Die Aufschlüsselung der Angaben zur Kooperationsqualität nach Arbeitsfeld zeigt bemerkenswerte Unterschiede in den Angaben von Teilnehmenden aus der Suchthilfe gegenüber denen aus der KJH und dem Gesundheitswesen. Die Kooperation mit den Arbeitsfeldern der *Schule und Bildung*, *Justiz*, *Eingliederungshilfe/Behindertenhilfe*, und der *Wohnungslosenhilfe* wird sowohl fallübergreifend als auch auf Einzelfallebene von der Suchthilfe am positivsten beurteilt, an einigen Stellen sogar signifikant besser als durch die Mitarbeiter:innen der KJH.

2.2.2. Kooperationsvereinbarungen

Neben der Beurteilung der Qualität von Kooperationen in der Versorgung suchtbelasteter Familien konnten die Befragten zusätzlich angeben, mit welchen Arbeitsfeldern Kooperationsvereinbarungen vorliegen. Kooperationsvereinbarungen als eine Möglichkeit der Formalisierung von Zusammenarbeit wurden auch in dem qualitativen Forschungsstrang der Fokusgruppen diskutiert. Im Ergebnis zeigte sich dort ein diverses Bild zur Einschätzung der Bedeutung von formalisierten Kooperationsvereinbarungen für die konkrete Zusammenarbeit.

Im Folgenden sind erst die Angaben zu Kooperationsvereinbarungen zwischen der KJH, der Suchthilfe und dem Gesundheitswesen dargestellt. In einem zweiten Schritt wird aufgezeigt, mit welchen

weiteren Arbeitsfeldern Kooperationsvereinbarungen vorliegen (dazu ausführlich Tabelle 10 im Anhang) und wie der Vergleich der Bundesländer hinsichtlich solcher bestehenden Formalisierungen ausfällt.

Kooperationsvereinbarungen zwischen der Suchthilfe, der KJH und dem Gesundheitswesen

Die Kooperationsvereinbarungen mit der *Suchthilfe* stehen bei der KJH zwar quantitativ an zweithöchster Stelle (MW = 38), im Vergleich mit den Angaben aus dem Gesundheitswesen zu Kooperationsvereinbarungen mit der *Suchthilfe* (MW = 56) liegen aber deutlich weniger Vereinbarungen vor.

Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich in den Angaben des Gesundheitswesens zu den Kooperationsvereinbarungen mit der *KJH*. Auch hier geben die Teilnehmenden aus dem Gesundheitswesen die meisten Kooperationsvereinbarungen an (MW = 68 für ÖKJH und MW = 18 für FKJH im Vergleich zu den Angaben aus der Suchthilfe MW = 55 und MW = 13). Auch wenn die Zahlen aus dem Gesundheitswesen hier nicht signifikant von denen aus der KJH bzw. Suchthilfe abweichen, lässt sich eine Tendenz dahingehend ablesen, dass eine Formalisierung von Kooperation mittels Kooperationsvereinbarungen verstärkt in der Zusammenarbeit mit den Institutionen des Gesundheitswesens eine Rolle spielt.

Das Gesundheitswesen ist im Fragebogen in Hinblick auf die Zielgruppe ausdifferenziert in die *medizinische Versorgung für Erwachsene* und die *medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche*. Vergleicht man die Angaben der KJH mit denen der Suchthilfe, so sind für die Suchthilfe signifikant mehr Kooperationsvereinbarungen mit der *medizinischen Versorgung für Erwachsene* zu verzeichnen als für die KJH. Dieser Unterschied erklärt sich aus den verschiedenen Zielgruppen der Arbeitsfelder, denn es ist naheliegend, dass die KJH weniger Kooperationsvereinbarungen mit Hilfen für Erwachsene hat. Ein ähnliches Verhältnis ließe sich umgekehrt erwarten für die *medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche*. Hier gibt die Suchthilfe aber nur eine geringfügig geringere Anzahl an Kooperationsvereinbarungen als die KJH an.

	Suchthilfe	**KJH**	**Gesundheitswesen**
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: ÖKJH (Jugendamt/ASD)	193	52	19
	55	75	68
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: FKJH	184	50	17
	13	40	18
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Suchthilfe	169	50	18
	73	38	56
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Medizinische Versorgung für Erwachsene	183	48	17
	30	4	41

Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche	**179**	**48**	**17**
	11	**13**	**41**

TABELLE 9 - AUFSCHLÜSSELUNG DER ANGABEN ZU KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN NACH ARBEITSFELD (1. ZEILE = GÜLTIGE WERTE BZW. N, 2. ZEILE = MITTELWERTE)

Die Angaben zur Kooperation mit der KJH gesamt zeigen deutliche Unterschiede zwischen der *ÖKJH* und der *FKJH*. So vermerken die Fachkräfte aus der Suchthilfe und aus dem Gesundheitswesen deutlich weniger Kooperationsvereinbarungen mit der *FKJH* als mit der *ÖKJH*. Diese Differenz ist auch deshalb interessant, weil die Kooperationsqualität mit der *FKJH* aus Perspektive beider Arbeitsfelder dennoch positiver beurteilt wird als die mit der *ÖKJH* (siehe Tabelle 5 und Tabelle 7). Ein nächster Auswertungsschritt soll zeigen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Qualität von Zusammenarbeit und dem Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung gibt.

Kinder- und Jugendhilfe

Die meisten Kooperationsvereinbarungen liegen aus Perspektive der Teilnehmenden der KJH für das *Netzwerk Frühe Hilfen* (MW = 44) vor. Mehr Kooperationsvereinbarungen als mit der Suchthilfe und dem Gesundheitswesen werden angegeben für Arbeitsfelder, die der KJH klassischerweise nahestehen, wie die Bereiche *Schule und Bildung* und *KiTas*. Sehr wenige Kooperationsvereinbarungen bestehen indessen zwischen der KJH und dem Arbeitsfeld der *Justiz*.

Eine gesonderte Auswertung der Angaben der HzE zeigt, dass Teilnehmende, die sich diesem Bereich zuordnen, deutlich weniger Kooperationsvereinbarungen mit der Suchthilfe melden (MW = 29) im Vergleich zur KJH (MW = 38).

Suchthilfe

Die Suchthilfe hat signifikant mehr Kooperationsvereinbarungen mit der *Justiz* als alle anderen Arbeitsfelder (MW = 27). Auch mit der *Eingliederungshilfe* existieren vergleichsweise viele Kooperationsvereinbarungen (MW = 33). Für die Zusammenarbeit mit *KiTas* (MW = 5) und mit dem Bereich *Schule und Bildung* (MW = 19) liegen wenige bis sehr wenige Kooperationsvereinbarungen vor. Auffällig ist für die beiden letztgenannten Arbeitsgebiete, dass die Anzahl der angegebenen Kooperationsvereinbarungen nicht nur mit der KJH gesamt erwartungsgemäß hoch ist, sondern dass auch deutlich mehr Kooperationsvereinbarungen mit dem Gesundheitswesen bestehen als mit der Suchthilfe.

Gesundheitswesen

Die meisten Kooperationsvereinbarungen geben die Befragten aus dem Gesundheitswesen neben denen mit der ÖKJH und der Suchthilfe für das *Netzwerk Frühe Hilfen* (MW = 56) an. Ein weiterer Bereich, für den deutlich mehr Kooperationsvereinbarungen zum Gesundheitswesen vorliegen als zur Suchthilfe und der KJH, ist die *Psychotherapeutische Versorgung* (MW = 29 gegenüber MW = 11 der Suchthilfe und MW = 8 der KJH). Wenige Kooperationsvereinbarungen gibt es indessen für die Bereiche der *Justiz* (MW = 9) und der *Wohnungslosenhilfe* (MW = 4).

Kooperationsvereinbarungen der HzE

Die gesonderte Auswertung der Angaben der HzE-Fachkräfte belegt, dass diese gegenüber dem Mittelwert aus den Angaben aller anderen Arbeitsfelder signifikant weniger Kooperationsvereinbarungen mit den Arbeitsfeldern *Justiz, Eingliederungshilfe, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe* und der *medizinischen Versorgung für Erwachsene* aufweisen.

Kooperationsvereinbarungen im regionalen Vergleich

Eine Aufschlüsselung der Angaben nach Bundesland zeigt eine signifikante Ausprägung von Kooperationsvereinbarungen mit der *ÖKJH* in NRW gegenüber den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Niedersachsen. Ein weiterer signifikanter Unterschied lässt sich in Hinblick auf Kooperationsvereinbarungen mit der *Ombudschaftlichen Beratung* festmachen: Hier hat Hamburg deutlich – in Hinblick auf einige Bundesländer signifikant – mehr Kooperationsvereinbarungen als alle anderen Bundesländer (MW = 33). Fachkräfte aus der Mehrheit der Bundesländer geben an, keine Kooperationsvereinbarungen mit der *Ombudschaftlichen Beratung* zu haben. Sie fallen nach Hamburg am stärksten in NRW mit einem Mittelwert von 4 aus.

Weitere signifikante Unterschiede treten für die Forschungsteilnehmenden aus Berlin auf: Ihre Angaben zu Kooperationsvereinbarungen mit der *Suchthilfe* und der *medizinischen Versorgung für Erwachsene* sind signifikant ausgeprägt gegenüber denen aus Rheinland-Pfalz und im Falle der *medizinischen Versorgung für Erwachsene* auch aus Niedersachsen. In Bezug auf Kooperationsvereinbarungen mit KiTas ist die Anzahl aus Berlin signifikant niedriger als aus Hamburg.

2.2.3 Gelingensfaktoren interdisziplinärer Zusammenarbeit

In einem weiteren Item befragte die Online-Erhebung die Fachkräfte hinsichtlich der Relevanz einzelner Gelingensfaktoren für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Faktoren konnten auf einer Skala von *Gar nicht wichtig* bis *Sehr wichtig* beurteilen werden. Das Ergebnis zeigt, dass alle getesteten Größen aus Sicht der Fachkräfte tendenziell als relevant für eine gelingende Zusammenarbeit einzuschätzen sind (siehe Abbildung 3).

ABBILDUNG 3 - GLOBALE MITTELWERTE (0 = *GAR NICHT WICHTIG* BIS 100 = *SEHR WICHTIG*) ZU DER FRAGE *WIE BEWERTEN SIE DIE FOLGENDEN FAKTOREN HINSICHTLICH IHRER BEDEUTUNG FÜR EINE GELINGENDE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT?*

Bei der Frage: „Wie bewerten Sie die folgenden Faktoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?“, wird dem Vorliegen einer formalisierten Kooperationsvereinbarung im Vergleich zu allen anderen abgefragten Faktoren die niedrigste Relevanz zugeschrieben (siehe Abbildung 3). Der Faktor *Gemeinsame Hilfeplankonferenzen für das gesamte Familiensystem* (bspw. über Nutzung der Gesamtplankonferenzen der Eingliederungshilfe) hat die stärkste Ausprägung bei der Beurteilung der Relevanz für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Aufschlüsselung der Daten nach Arbeitsfeld der Befragten zeigt kaum signifikante Unterschiede. Lediglich die Relevanz des Faktors *Möglichkeiten der einfacheren fachbereichsübergreifenden Angebotsfinanzierung* wird von den Befragten aus dem Bereich der Suchthilfe signifikant höher beurteilt als von denen aus dem Bereich der KJH.

Die Auslegung der Angaben zu den Gelingensfaktoren interdisziplinärer Zusammenarbeit nach der Funktion der Fachkräfte zeigt, dass die Gruppe der koordinierend Tätigen die Relevanz der *Implementierung von Koordinierungsstellen in den Kommunen* signifikant höher einschätzt als die in leitender Funktion tätigen Befragten.

Die Kategorisierung der Bewertungen der Gelingensfaktoren interdisziplinärer Zusammenarbeit nach Bundesland zeigt keine signifikanten Unterschiede.

2.2.4 Formalisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Als ein möglicher Faktor gelingender Kooperation wurde im qualitativen Strang des Projekts, in den Fokusgruppen, die Bedeutung von standardisierten Prozessabläufen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit diskutiert. Neben der Formalisierung von Zusammenarbeit über Kooperationsvereinbarungen nannten die Teilnehmenden der Fokusgruppen verschiedene Prozesse, die in die standardisierte Befragung der Fachkräfte mit eingeflossen sind. Auch hier ist aus Sicht der befragten Fachkräfte für alle abgefragten Prozesse eine tendenziell hohe Relevanz der Standardisierung für eine gelingende Zusammenarbeit festzuhalten. Die geringste Relevanz einer Standardisierung in der interdisziplinären Zusammenarbeit sehen die Befragten für die *Entwicklung einer einheitlichen Falldokumentation unter Einhaltung des Datenschutzes, um Informiertheit aller Helfenden im Netzwerk zu gewährleisten* (siehe Abbildung 4 im Anhang). Die stärkste Ausprägung hingegen zeigt sich in Hinblick auf *Vereinbarungen zu Zuständigkeiten und Ansprechpartner:innen in der Zusammenarbeit*.

Einen signifikanten Unterschied zwischen den Angaben aus den verschiedenen Arbeitsfeldern lässt sich nur für die Relevanz der Formalisierung von *Gemeinschaftlicher Öffentlichkeitsarbeit, die negatives Placing von Sucht in der Gesellschaft verringern soll,* feststellen. Hier sind die Angaben von den Befragten aus der Suchthilfe (MW = 84) signifikant höher ausgeprägt gegenüber den Angaben aus der KJH (MW = 72). Auch die übrigen Arbeitsfelder beurteilen die Relevanz hier etwas höher als die KJH.

2.3 Qualifizierung

Die Fokusgruppen diskutierten als einen Faktor erfolgreicher Zusammenarbeit die interdisziplinäre Qualifizierung der Arbeitsbereiche, wobei sowohl arbeitsfeldübergreifende Qualifizierungsbedarfe als auch Inhalte zusammengetragen wurden, für die aus Perspektive spezifischer Arbeitsfelder Fortbildungsbedarf besteht. Hieran anknüpfend liefert die Auswertung des Fragebogens vertiefende Erkenntnisse zu den Qualifizierungsbedarfen der Mitarbeiter:innen, die in der Versorgung suchtbelasteter Familien tätig sind. Auf einer Skala von *Gar nicht* bis *Sehr gut* kreuzten die Befragten an, wie gut sie sich in Bezug auf die abgefragten Inhalte qualifiziert fühlen (dazu ausführlich Tabelle 12 im Anhang).

Wie hoch schätzen die Mitarbeiter:innen der Suchthilfe, der KJH und des Gesundheitswesens ihre Kenntnis über die jeweils anderen Arbeitsfelder ein?

Die KJH und die Suchthilfe betrachten ihre Kenntnis über das jeweils andere Arbeitsfeld in ähnlicher Weise als durchschnittlich. Die Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens wiederum schätzen ihr Wissen über die beiden anderen Arbeitsfelder im Vergleich relativ hoch ein (MW = 78 zur Suchthilfe und

MW = 72 zur KJH). So wird die *Kenntnis des Versorgungssystems und -spektrums der Suchthilfe* von den Befragten aus dem Gesundheitswesen signifikant höher beurteilt als von denen aus der KJH. Bei der *Kenntnis über das Versorgungssystem der Jugendhilfe und über pädagogische Konzepte* zeigt sich zwar kein signifikanter Unterschied, aber auch hier sind die positiven Angaben des Gesundheitswesens ausgeprägter als die der Suchthilfe. Die *Kenntnis des medizinischen Versorgungssystems* ist bei den Teilnehmenden aus der KJH (MW = 57) deutlich niedriger als bei denen aus der Suchthilfe (MW = 72).

Für welche Inhalte gibt es arbeitsfeldübergreifend den stärksten Qualifizierungsbedarf?

Ein recht ausgeprägter Qualifizierungsbedarf zeigt sich für Inhalte, die genderspezifische Aspekte in der Versorgung der Zielgruppe fokussieren. So fallen die Selbsteinschätzungen zu *Kenntnisse über geschlechterspezifische Anforderungen in der Elternarbeit mit der Zielgruppe* (MW gesamt = 53) und zu *Geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien der betroffenen Kinder und Jugendlichen* (MW gesamt = 52) relativ gering aus im Vergleich zu den meisten anderen abgefragten Qualifizierungsinhalten. Weitere Inhalte, für die sich die Teilnehmenden arbeitsfeldübergreifend tendenziell weniger stark qualifiziert fühlen, beziehen sich auf die Kenntnis über bereits generiertes (Forschungs-) Wissen im Kontext der Verbesserung der Versorgungssituation der Zielgruppe, wie *Wissen über evaluierte (Gruppen-) Konzepte zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen* (MW gesamt = 51) und *Kenntnisse über Best-Practice-Lösungen interdisziplinärer Zusammenarbeit* (MW gesamt = 46).

Qualifizierungsbedarfe im regionalen Vergleich

Die Aufschlüsselung der Angaben nach Bundesland legt hinsichtlich einiger Inhalte signifikante Unterschiede der Einschätzung der eigenen Kenntnisse von Teilnehmenden aus Rheinland-Pfalz gegenüber Teilnehmenden aus anderen Bundesländern offen. So fühlen sich die Befragten aus Rheinland-Pfalz signifikant niedriger qualifiziert hinsichtlich der überwiegend suchtspezifischen Inhalte *Kenntnis des Versorgungssystems und -spektrums der Suchthilfe, Kenntnisse über Substitution, Kenntnisse über die Auswirkung eines negativen Placings von Sucht in der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Beratungs- und Hilfeprozesse* und *Kenntnis des medizinischen Versorgungssystems*.

Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigt sich zwischen den Angaben zu *Kenntnisse über Schwangerschaft und Sucht*. Hier fühlen sich die Teilnehmenden aus Thüringen signifikant besser qualifiziert als die Teilnehmenden aus Hamburg.

Welche Qualifizierungsbedarfe werden für die einzelnen Arbeitsfelder Suchthilfe, KJH und Gesundheitswesen deutlich?

Suchthilfe

Die Mitarbeiter:innen der Suchthilfe fühlen sich signifikant niedriger qualifiziert als die Befragten der KJH in Hinblick auf *Rechtliche Kenntnisse über Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung, Kenntnisse zu Kriseninterventionsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe* und *Kenntnisse der pädagogischen Wirkfaktoren in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien*.

Kinder- und Jugendhilfe

Signifikante Unterschiede bei den Qualifizierungsbedarfen zeigen sich vor allem zwischen den Angaben von Mitarbeiter:innen aus den Arbeitsfeldern der Suchthilfe und der KJH. Die Mitarbeiter:innen der KJH fühlen sich signifikant weniger qualifiziert als die Mitarbeiter:innen der Suchthilfe in einigen suchtspezifischen Inhalten, wie etwa bezüglich ihrer *Kenntnisse zu Substitution, Schwangerschaft und Sucht, Traumata und Sucht* aber auch ihrer *Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen möglicher Leistungsgewährung für suchtbelastete Familien*. Signifikant niedriger als die Befragten der Suchthilfe und des Gesundheitswesens fühlen sich die befragten Mitarbeiter:innen der KJH in Hinblick auf *Kenntnisse über die Auswirkung eines negativen Placings von Sucht in der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Beratungs- und Hilfeprozesse* qualifiziert. Dies spiegelt sich auch in den Angaben zur Formalisierung von Kooperation wider: Hier beurteilten die Mitarbeiter:innen der KJH die Relevanz von *Gemeinschaftlicher Öffentlichkeitsarbeit gegen negatives Placing von Sucht* geringer als die Befragten der anderen Arbeitsfelder.

Die gesonderte Auswertung der Angaben der HzE zeigt, dass sich die Forschungsteilnehmenden aus diesem Arbeitsfeld im Vergleich zu den Fachkräften der gesamten KJH tendenziell stärker qualifiziert fühlen für die meisten Inhalte.

Gesundheitswesen

Die Selbsteinschätzungen der Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens sind an keiner Stelle signifikant niedriger ausgeprägt als die der KJH und Suchthilfe. Insgesamt zeigt die Auswertung eine vergleichsweise hohe Ausprägung hinsichtlich vieler Inhalte und bei bestimmten Inhalten auch signifikant höhere als bei den entsprechenden Angaben aus der KJH: Beispielsweise sind die *Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen möglicher Leistungsgewährung für suchtbelastete Familien* und die *Kenntnisse zu arbeitsfeldübergreifender, familienzentrierter Hilfeerbringung* am stärksten ausgeprägt bei den Befragten aus dem Gesundheitswesen. Gleiches gilt für die Inhalte, die genderspezifische Aspekte in der Versorgung der Zielgruppe fokussieren.

In Bezug auf die suchtspezifischen Inhalte *Kenntnis über das Versorgungssystem und -spektrum der Suchthilfe, Kenntnisse über Traumata und Sucht, Kenntnisse über Substitution, Kenntnisse über Konzepte zur Angehörigenarbeit, Kenntnisse über die Auswirkung eines negativen Placings von Sucht in der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Beratungs- und Hilfeprozesse* fühlen sich die Befragten aus dem Gesundheitswesen signifikant besser qualifiziert als die der KJH.

Für Inhalte, die besonders die Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen fokussieren, sind die Bewertungen der Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen an einigen Stellen ausgeprägter als die aus der Suchthilfe. So etwa für *Kenntnisse der pädagogischen Wirkfaktoren in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien, Rechtliche Kenntnisse über Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung, Kenntnisse über Prävention und Gesundheitsförderung für suchtbelastete Kinder*

und *Kenntnisse über Möglichkeiten der Weitervermittlung von suchtbelasteten Kindern, die noch nicht in Hilfen eingebunden sind, in spezielle Hilfeformen*.

2.4 Individuelle Situation der Mitarbeitenden

Abschließend bewerteten die Ausfüllenden ihre individuelle Situation anhand von zwölf Lebensbereichen. Diese Lebensbereiche wurden auf Basis des Capability-Approaches nach Nussbaum und Sen vom Institut für Kinder- und Jugendhilfe operationalisiert, sodass zu deren Bewertung zwölf positiv formulierte Aussagen anhand einer 6-stufigen Skala von 100 = *stimmt völlig* bis 0 = *stimmt gar nicht* eingeschätzt werden konnten.

Die globale Auswertung macht deutlich, dass die Befragten alle zwölf Lebensbereiche überwiegend positiv einschätzen. Besonders die Einschätzung der Aussage zum Lebensbereich Werte und Ethik: *Gesellschaftliche Werte wie Toleranz, Solidarität, Gleichberechtigung und ökologische Verbundenheit sind mir wichtig*, ist mit einer Zustimmung von 96 am eindeutigsten positiv ausgeprägt. Die geringste Zustimmung finden die Ausführungen zum Lebensbereich körperliche Integrität: *Ich fühle mich gesund und wohl in meinem Körper* (74) sowie zur Lebensmotivation und Zufriedenheit: *Mir geht es gut und ich freue mich auf den Tag* (75), wobei auch diese Aussagen noch weitestgehend Zustimmung erhalten.

Zwischen den Funktionen der Ausfüllenden lassen sich hinsichtlich der Bewertung Unterschiede identifizieren: Für die Aussagen zu den Lebensbereichen Resilienz: *Ich fühle mich ausgeglichen und kann gut mit herausfordernden Situationen umgehen* sowie Kognition: *Die fachlichen Anforderungen und handlungsleitenden Theorien in meinem Arbeitsfeld nachzuvollziehen, fällt mir leicht,* ist die Zustimmung der Ausfüllenden, die eine Leitungsfunktion innehaben, signifikant höher gegenüber den Ausfüllenden in koordinierenden Positionen und Fachkräften. In Bezug auf den Lebensbereich Kognition ist die zustimmende Selbsteinschätzung der männlichen Ausfüllenden gegenüber den weiblichen Ausfüllenden in einem signifikanten Ausmaß erhöht.

Für die verschiedenen Arbeitsfelder sowie hinsichtlich regionaler Besonderheiten lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

3. Fazit und Ausblick

Die vorgestellten Ergebnisse dienen im weiteren Verlauf der Studie als Grundlage für den nächsten Auswertungsschritt, in welchem Hypothesen gebildet und diese anhand des Datenmaterials überprüft werden. Die große Beteiligung von 355 Fachkräften bietet dabei eine verlässliche Basis für die Berechnung weiterer reliabler Ergebnisse. Diese werden im Zuge der Triangulation mit den Ergebnissen aller

weiteren Erhebungsstränge in Bezug gesetzt und im Abschlussbericht präsentiert, um so zu einer größeren Verständnistiefe zu gelangen.

Mit Blick auf die bereits vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass in vielen Bereichen Einigkeit bzw. Erfahrungskongruenz zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern und Bundesländern besteht. Dies tritt vor allem hinsichtlich der Zuschreibung von Verantwortung hervor, denn hier haben die verschiedenen abgebildeten Gruppen in ähnlichem Maße den Grad der Verantwortung sowohl den Akteur:innen auf Bundesebene als auch den Kommunen zugeschrieben. Ebenso wurden die Verantwortlichkeiten hinsichtlich der konkreten Maßnahmen vorwiegend den politischen Steuerungsebenen in Bund, Ländern und Kommunen beigemessen.

Mit Blick auf den Bereich der Kooperation fallen insbesondere folgende Ergebnisse ins Auge:

- Die arbeitsfeldübergreifend geringere Beurteilung der Kooperationsqualität auf fallübergreifender sowie auf Einzelfallebene zeigt erneut einen Bedarf an, Kooperation über die Zusammenarbeit im akuten Einzelfall hinaus zu stärken und zu verstetigen.
  Als Beleg für den Zusammenhang von forcierter Netzwerkarbeit und Kooperationsqualität lassen sich die Angaben der Arbeitsfelder etwa zum *Netzwerk Frühe Hilfen* interpretieren: In der Gruppe der weiteren Arbeitsfelder liegen für diesen Bereich die meisten Kooperationsvereinbarungen vor und die Zusammenarbeit wird sehr positiv beurteilt. Zudem fällt hier die im Vergleich zu den Angaben zu den meisten anderen Arbeitsfeldern geringfügige Differenz zwischen der Beurteilung der fallübergreifenden Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit auf Einzelfallebene auf.
- Es wurde deutlich, dass die Suchthilfe wenig formalisierte Kooperation (Kooperationsvereinbarungen) mit *KiTas* und *Schule und Bildung* hat. Daraus lassen sich Hinweise auf einen Entwicklungsbedarf ableiten, vor allem da die Kooperationsqualität mit diesen Akteur:innen eine besonders hohe Bewertung zeigt.
- In den Interviews mit suchtbelasteten Eltern(teilen) wird vielfach sowohl von den Eltern(teilen) als auch von den teilweise als Begleitperson anwesenden Fachkräften der Kontakt mit Mitarbeiter:innen des Jugendamts problematisiert bzw. das Jugendamt als Institution mit negativen Zuschreibungen versehen. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich in der Beurteilung der Zusammenarbeit mit der ÖKJH, die negativer ausfällt als die mit der FKJH.
- Entgegengesetzt zu den Schlussfolgerungen, die sich etwa aus den Angaben zur Kooperation mit dem *Netzwerk Frühe Hilfen* ziehen lassen, wird die Qualität der Kooperation mit der ÖKJH trotz vieler vorliegender Kooperationsvereinbarungen niedriger eingeschätzt. Deshalb erhärtet sich ein Eindruck, der sich schon in den Fokusgruppen zeigte: Ob Kooperationsvereinbarungen zu einer gelingenden Zusammenarbeit beitragen, ist vom Kontext ihrer Einbettung und Umsetzung abhängig. Die befragten Fachkräfte weisen dem *Vorliegen einer Kooperationsvereinbarung* zwar absolut gesehen eine hohe Relevanz für eine

gelingende Zusammenarbeit zu, jedoch sind diese Angaben verglichen mit den anderen abgefragten Faktoren am niedrigsten ausgeprägt. Ein Grund hierfür könnten negative Erfahrungen der Befragten in der Umsetzung von Kooperationsvereinbarungen sein. In einem nächsten Auswertungsschritt werden die offenen Nennungen der Teilnehmenden zur Bedeutung von Kooperationsvereinbarungen und insbesondere in Hinblick auf mögliche Änderungsbedarfe in ihrer Umsetzung untersucht.

Zu den Gelingensfaktoren für erfolgreiche Kooperation sowie den Inhalten und Prozessen, die hinsichtlich einer Formalisierung für relevant erachtet wurden, lässt sich übergreifend festhalten, dass alle vorgeschlagenen Items überwiegend positive Bewertung erfahren.

Die Auswertung der Angaben der Beteiligten zum Bereich *Qualifizierung* zeigt eine ähnliche Tendenz an Qualifizierungsbedarfen, wie sie die Fokusgruppen zusammengetragenen haben. Für die Mitarbeiter:innen der KJH besteht ein Bedarf an Qualifizierung insbesondere für suchtspezifische Inhalte, während bei den Mitarbeiter:innen der Suchthilfe analog hierzu vor allem die Kenntnisse zu Inhalten wie Kinderschutz oder zu pädagogischen Aspekten am niedrigsten ausgeprägt sind.

Arbeitsfeldübergreifend sind Qualifizierungsbedarfe in Bezug auf genderspezifische Faktoren in der Versorgung der Zielgruppe suchtbelasteter Familien festzustellen. Außerdem geben die niedrigen Ausprägungen in Hinblick auf bereits generiertes Wissen im Kontext der Verbesserung der Versorgungssituation der Zielgruppe Hinweise auf den Bedarf, das – etwa über Evaluationen – erworbene Wissen gezielt wieder ins Netzwerk zurückzugeben.

Anschließend an die hier vorgestellten Ergebnisse muss sich auch dieses Forschungsprojekt daran messen lassen, wie es am Ende gelingt, das generierte Wissen in die Steuerungsebene und Praxis zurückzuspielen. Aus diesem Grund bleibt es für die Entwicklung des Handlungsleitfadens für die Steuerungsebene und für die Erstellung des Praxismanuals das zentrale Ziel, die Ergebnisse pragmatisch nutzbar, ansprechend und zugleich qualitativ hochwertig aufzubereiten.

4. Anhang

4.1 Kooperationsvereinbarungen

	Suchthilfe	KJH	Gesundheitswesen	gesamt
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Öffentliche Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt/ASD)	193	52	19	304
	55	75	68	59
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Freie Kinder- und Jugendhilfe	184	50	17	289
	13	40	18	18
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Schule und Bildung	181	51	18	290
	19	33	28	24
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Justiz	183	46	16	283
	27	9	0	19
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Ombudschaftliche Beratung	157	43	16	252
	0	2	6	2
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Eingliederungshilfe	185	48	15	286
	34	19	13	27
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Suchthilfe	169	50	18	279
	73	38	56	61
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Wohnungslosenhilfe	183	48	16	284
	16	4	6	12
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Medizinische Versorgung für Erwachsene	183	48	17	285
	30	4	41	25

Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche	179	48	17	283
	11	13	41	15
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Psychotherapeutische Versorgung	183	49	17	286
	11	8	29	13
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: KiTas	184	51	18	290
	5	33	17	14
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Landesstellen/Landesjugendamt	177	45	17	275
	14	24	18	16
Formalisierte Kooperationsvereinbarung: Netzwerk Frühe Hilfen	177	50	18	281
	33	44	56	38

TABELLE 10 - AUFSCHLÜSSELUNG DER ANGABEN ZU KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN NACH ARBEITSFELD (1. ZEILE = GÜLTIGE WERTE BZW. N, 2. ZEILE = MITTELWERTE)

Arbeitsfeld	Häufigkeit des Vorliegens einer Kooperationsvereinbarung	Gültige Prozente
ÖKJH	179	58,7
FKJH	52	18,0
Suchthilfe	170	60,7
Schule und Bildung	69	23,8
Justiz	56	19,7
Ombudschaftliche Beratung	5	2,0
Eingliederungshilfe	78	27,2
Wohnungslosenhilfe	35	12,3
Med. Versorgung für Erwachsene	70	24,6
Med. Versorgung für Kinder/Jugendliche	42	14,8
Psychotherapeutische Versorgung	36	12,5
KiTas	40	13,8

Landesstellen/Landesjugendamt	45	16,4
Netzwerk Frühe Hilfen	107	37,9

TABELLE 11 - HÄUFIGKEIT UND GÜLTIGE PROZENTE ZU DER FRAGE *LIEGT BEI IHRER INSTITUTION EINE FORMALISIERTE KOOPERATIONS-VEREINBARUNG MIT DEN FOLGENDEN ARBEITSFELDERN VOR?*

4.2 Formalisierung von Kooperation

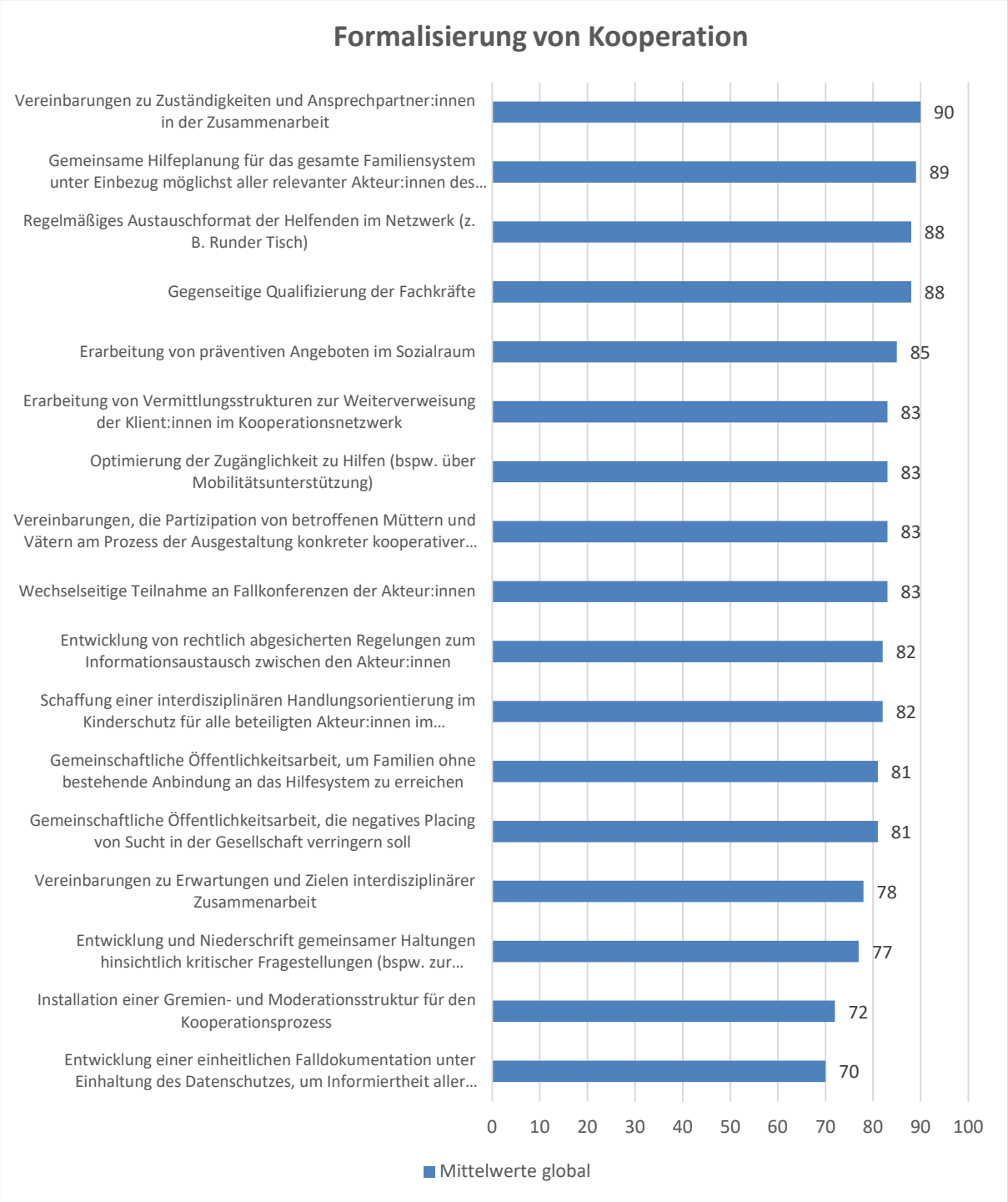

ABBILDUNG 4 - GLOBALE MITTELWERTE ZU DER FRAGE *WIE WICHTIG SCHÄTZEN SIE DIE STANDARDISIERUNG DER FOLGENDEN PROZESSE BZW. ZUSTÄNDIGKEITEN FÜR DAS ZIEL, DIE VERSORGUNG DER ZIELGRUPPE ZU VERBESSERN, EIN?*

4.3 Qualifizierung

Qualifizierungsinhalte	Suchthilfe	KJH	Gesundheitswesen	gesamt
Kenntnis des Versorgungssystems und -spektrums der Suchthilfe	216	64	20	350
	90	63	78	81
Kenntnis über das Versorgungssystem der Jugendhilfe und über pädagogische Konzepte	215	62	20	347
	63	86	72	69
Kenntnis des medizinischen Versorgungssystems	215	63	19	347
	72	57	95	69
Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen möglicher Leistungsgewährung für suchtbelastete Familien	215	62	20	347
	58	46	63	54
Kenntnisse der pädagogischen Wirkfaktoren in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien	215	63	20	348
	73	83	75	75
Kenntnisse über Konzepte zur Elternarbeit für die Zielgruppe	214	62	20	345
	58	63	57	59
Kenntnisse zu arbeitsfeldübergreifender, familienzentrierter Hilfeerbringung	211	63	20	343
	55	62	67	57
Rechtliche Kenntnisse über Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung	216	64	20	349
	70	91	80	75
Kenntnisse über Prävention und Gesundheitsförderung für suchtbelastete Kinder	216	64	20	349
	71	66	78	71
Kenntnisse über Schwangerschaft und Sucht	215	64	20	349

	82	73	87	80
Kenntnisse über Traumata und Sucht	216	64	20	350
	81	69	87	78
Kenntnisse über geschlechterspezifische Anforderungen in der Elternarbeit mit der Zielgruppe	214	61	20	345
	53	52	63	53
Techniken sensibler Gesprächsführung mit suchtbelasteten Eltern(-teilen)	215	64	20	348
	82	72	80	78
Spezifisches Wissen über Auswirkungen von Substanzkonsum auf die Erziehungsfähigkeit und Entwicklung der Kinder und Jugendlichen	216	64	20	350
	84	76	82	81
Kenntnisse über Substitution	215	64	20	349
	82	53	72	74
Kenntnisse über Konzepte zur Angehörigenarbeit	214	64	20	348
	74	47	70	67
Kenntnisse über Konzepte zur Arbeit mit den „kleinen Angehörigen“	214	62	20	345
	56	59	65	57
Kenntnisse über die Auswirkung eines negativen Placings von Sucht in der Gesellschaft und die Auswirkungen auf Beratungs- und Hilfeprozesse	209	61	18	337
	71	49	74	66
Kenntnisse über Möglichkeiten der Weitervermittlung von suchtbelasteten Kindern, die noch nicht in Hilfen eingebunden sind, in spezielle Hilfeformen	213	64	19	345
	65	66	72	64
Geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien der betroffenen Kinder und Jugendlichen	214	64	19	347
	52	53	56	52
Wissen über evaluierte (Gruppen-) Konzepte zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen	212	62	20	344
	52	47	53	51

Kenntnisse zu Kriseninterventionsmöglichkeiten der KJH	215	63	20	348
	59	86	72	66
Kenntnisse über Best-Practice-Lösungen interdisziplinärer Zusammenarbeit	208	61	19	337
	45	42	56	46
Sonstiges	6	1	0	10
	39	0	-	37

TABELLE 12 - GLOBALE MITTELWERTE (0 = *GAR NICHT* BIS 100 = *SEHR GUT*) ZU DER FRAGE *WIE GUT FÜHLEN SIE SICH IN BEZUG AUF DIE FOLGENDEN INHALTE QUALIFIZIERT?* (1. ZEILE = GÜLTIGE WERTE BZW. N, 2. ZEILE = MITTELWERTE)

5. Quellen- und Literaturverzeichnis

AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2020): Abschlussbericht Arbeitsgruppe Kinder-psychisch- und suchtkranker Eltern.

Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (6 Aufl.), Berlin: Springer.

Chen, S.Y., Feng, Z., & Yi, X. (2017). A general introduction to adjustment for multiple comparisons. Journal of thoracic disease, 9 (6) , 1725–1729. Online verfügbar: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506159/

Feist-Ortmanns, M. / Macsenaere, M. (Hg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Referat Öffentlichkeitsarbeit) (2020): Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Dialogprozess „Mitreden – Mitgestalten: Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“.

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna (Hg.) (2015): Arbeitshilfe – Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung.