

Evaluierung von Beratungsmöglichkeiten für Menschen mit pathologischem Spielverhalten

unter Berücksichtigung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke im Land Brandenburg

für das
Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie

Abschlussbericht

FOGS

FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221-973101-0
Fax: 0221-973101-11

E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

bearbeitet von:

Martina Schu
Tom Wünsche
Sandra Kirvel

Köln, im Dezember 2009
738/2008

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	AUSGANGSSITUATION	1
2	ARBEITSSCHRITTE	2
2.1	Informationsveranstaltung	2
2.2	Sekundäranalysen	2
2.2.1	Analyse verschiedener Unterlagen und Materialien	2
2.2.2	Auswertung der strukturierten Sachberichte	3
2.3	Schriftliche Erhebung	3
2.4	Vertiefende Interviews	4
2.5	Teilnahme an Arbeitskreisen	4
2.6	Projektarbeitsgruppen	4
3	ERGEBNISSE DER BESTANDSAUFNAHME	5
3.1	Methoden	6
3.2	Ergebnisse der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke	6
3.2.1	Rahmendaten und Finanzierung	6
3.2.2	Konzeption	8
3.2.3	Öffnungszeiten	10
3.2.4	Personal und Qualifikation	11
3.2.5	Klientel	14
3.2.6	Angebote und Leistungen der BBS	21
3.2.7	Qualitätssicherung und Berichterstattung	25
3.2.8	Kooperation und Gremienarbeit	27
3.2.9	Zusammenfassende Beurteilung der Einrichtungen	30
3.3	Ergebnisse der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke	31
3.3.1	Rahmendaten und Finanzierung	31
3.3.2	Konzeption	32
3.3.3	Öffnungszeiten	33
3.3.4	Personal und Qualifikation	34
3.3.5	Klientel	37
3.3.6	Angebote und Leistungen der KBS	41
3.3.7	Qualitätssicherung und Berichterstattung	46
3.3.8	Kooperation und Gremienarbeit	48
3.3.9	Zusammenfassende Beurteilung der Einrichtungen	52
3.4	Die Sicht der Kommunen	53
3.4.1	Bedarf	53
3.4.2	Planung und Steuerung	54
3.4.3	Abstimmung mit den Einrichtungen und Controlling	55
3.4.4	Kooperation Kommune – Land	56
4	BILANZ UND EMPFEHLUNGEN	58
4.1	Ergebnisse	58
4.2	Empfehlungen	61
4.2.1	Handlungsfeldübergreifende Empfehlungen	61

4.2.2	Empfehlungen für den Bereich der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke	65
4.2.2.1	BBS: Fachliche Standards	65
4.2.2.2	BBS: Dokumentation und Berichterstattung	66
4.2.3	Empfehlungen für den Bereich der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke	68
4.2.3.1	KBS: Fachliche Standards	68
4.2.3.2	KBS: Dokumentation und Berichterstattung	70
4.3	Zur Umsetzung	72
5	LITERATUR	73

Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
Tab. 1:	BBS: Haupt- und Nebenstellen	7
Tab. 2:	BBS: Finanzierung der Einrichtung im Jahr 2008	8
Tab. 3:	BBS: Jahr der letztmaligen Aktualisierung der Konzeption, Berücksichtigung von Aspekten zu pathologischem Glücksspiel sowie Veränderungsbedarf hinsichtlich der Konzeption	9
Tab. 4:	BBS: Öffnungs- und Erreichbarkeitszeiten	10
Tab. 5:	BBS: Personalausstattung	12
Tab. 6:	BBS: Supervision	14
Tab. 7:	BBS: Klientelzahlen	15
Tab. 8:	BBS: Primäre Abhängigkeit der KlientInnen	17
Tab. 9:	BBS: Alter der KlientInnen	18
Tab. 10:	BBS: Alter der KlientInnen mit pathologischem Glücksspiel	19
Tab. 11:	BBS: Zugangswege der KlientInnen	20
Tab. 12:	BBS: Angebote und Leistungen im Jahr 2008	22
Tab. 13:	BBS: Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund und geschlechtsspezifische Angebote	24
Tab. 14:	BBS: Vermittlungen nach Bereich	25
Tab. 15:	BBS: Anamneseprozess formalisiert bzw. standardisiert	26
Tab. 16:	BBS: Dokumentation	26
Tab. 17:	BBS: Berichterstattung und Kommunikation mit Kommune	27
Tab. 18:	BBS: Kooperationspartner	28
Tab. 19:	BBS: Abschließende Einschätzungen	30
Tab. 20:	KBS: Haupt- und Nebenstellen	31
Tab. 21:	KBS: Finanzierung der Einrichtung im Jahr 2008	31
Tab. 22:	KBS: Jahr der Konzeption, Berücksichtigung von Aspekten zu pathologischem Glücksspiel sowie Veränderungsbedarf hinsichtlich der Konzeption	32
Tab. 23:	KBS: Öffnungszeiten	33

Tab.		Seite
Tab. 24:	KBS: Personalausstattung	35
Tab. 25:	KBS: Supervision	36
Tab. 26:	KBS: KlientInnenzahlen	38
Tab. 27:	KBS: Psychische Störungen/Problembereiche der KlientInnen	39
Tab. 28:	KBS: Altersverteilung der KlientInnen	40
Tab. 29:	KBS: Zugangswege der KlientInnen	41
Tab. 30:	KBS: Personenbezogene Angebote und Leistungen im Jahr 2008	42
Tab. 31:	KBS: Gruppenangebote im Jahr 2008	43
Tab. 32:	KBS: Betreuung/Unterstützung von Selbsthilfe- und Angehörigen- gruppen	45
Tab. 33:	KBS: Dokumentation	46
Tab. 34:	KBS: Berichterstattung und Kommunikation mit Kommune	47
Tab. 35:	KBS: Teilnahme an Gremien und Arbeitskreisen	48
Tab. 36:	KBS: Kooperationsbeziehungen	50
Tab. 37:	KBS: Abschließende Einschätzungen	52
Tab. 38:	Kommunale Suchthilfe- bzw. Psychiatrieplanungen	54
Tab. 39:	Planungs- und Zielerreichungsgespräche sowie (weiterer Austausch) mit BBS und KBS	55
Tab. 40:	Berichtswesen und Controlling in den Kommunen	56
Tab. 41:	Rolle der Standards und Qualitätsmerkmale für BBS bzw. der Leistungsbeschreibungen für KBS und Überprüfung der Einhaltung	56
Tab. 42:	Zustimmung bzw. Ablehnung von Landesaktivitäten zur Verbesserung der Berichterstattung und Weiterentwicklung der Standards	57

1 Ausgangssituation

Das Land Brandenburg hat mit Blick auf die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom März 2006, des Glücksspielstaatsvertrags und des brandenburgischen Glücksspielgesetzes vom Januar 2008 Anstrengungen unternommen, Suchtprävention und Hilfen für pathologische Glücksspieler und –spielerinnen vorzuhalten. Für diese Aufgabe stehen vornehmlich die etablierten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (im Folgenden: BBS) und die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke (im Folgenden: KBS) zur Verfügung. Zuständig für die Versorgung sind vor allem die 14 Landkreise und die vier kreisfreien Städte im Land Brandenburg, doch unterstützt das Land die Kommunen bei dieser Aufgabe. Im Vordergrund des Landesinteresses steht dabei die Entwicklung der Fachlichkeit der Angebote sowie von Mindeststandards, die landesweit gelten.

Allerdings gibt es bisher noch keine über das gesamte Land verbindliche Ziel- und Aufgabendefinition und keine festgelegten Standards der Hilfeerbringung. Und so verweist ein Prüfbericht des Landesrechnungshofes von 2007 darauf, dass Finanzierung und Strukturen der ambulanten Beratung sehr heterogen sind. Darauf hat das Land reagiert und die seit 2006 erarbeiteten Standards und Qualitätsmerkmale der BBS sowie eine Leistungsbeschreibung für die KBS zum 01.01.2008 zum Bestandteil der Förderrichtlinie gemacht. Zum gleichen Zeitpunkt kamen mit dem Glücksspielgesetz weitere Neuerungen auf die Einrichtungen zu, die – wie o.g. – den Ausbau der Beratung von Menschen mit pathologischem Glücksspiel und der dementsprechenden Qualifizierung verlangen.

Im Rahmen eines Projekts sollten nunmehr diese Maßnahmen evaluiert werden, um zu prüfen, ob und in welchem Umfang Hilfen für die Zielgruppe der Menschen mit pathologischem Glücksspiel zur Verfügung stehen und in welcher Qualität (Ausstattung, Organisation, Fachlichkeit und Standards etc.). Zudem galt es, die Erreichung der Zielgruppe zu betrachten.

Da die Versorgung von Menschen mit pathologischem Spielverhalten in die bestehenden Strukturen der Versorgung Suchtgefährdeter und -kranker sowie psychisch Kranker eingebettet ist, war es sinnvoll, die ambulante Versorgung insgesamt in den Blick zu nehmen, also die Gesamtheit der BBS und KBS. Das Land beabsichtigte mit der Evaluation über die spezifische Frage der Versorgung von Menschen mit pathologischem Glücksspiel hinaus auch generell zu prüfen, wie das Versorgungssystem fachlich und organisatorisch verbessert werden kann. Diese Aufgabe stellte – angesichts des insgesamt begrenzten Angebots und mit Blick auf die in Brandenburg wie andernorts weithin unbewältigten Aufgaben, Hilfen nach SGB II, § 16,2 zu entwickeln und entsprechende Abstimmungsprozesse mit den SGB-II-Trägern zu gestalten – eine besondere Herausforderung dar.

Zusammengefasst war es also Ziel der Evaluation, das Leistungsspektrum, die Umsetzung der Standards sowie die Klientenstrukturen, die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (Vernetzung) und Finanzgebern (Berichterstattung) auf der Grundlage einer methodisch-empirischen Analyse zu erfassen und zu bewerten. Die Bewertung bezieht Expertenstandards mit ein und erfolgt in Abstimmung mit den Versorgungsbeteiligten im Land.

Die Evaluation hat des Weiteren mögliche Handlungsansätze für eine Weiterentwicklung und verbindliche Implementierung von Qualitätsmerkmalen entwickelt und dazu beigetragen, Voraussetzungen für eine wirksame ambulante Versorgung von Menschen mit pathologischem Spielverhalten und anderen suchtbefragten Problemlagen in Brandenburg zu schaffen bzw. zu verbessern. Dabei ging es auch um die Entwicklung und Implementierung *landesweit einheitlicher* Standards von Hilfeerbringung und Qualitätssicherung. So sollen neue Möglichkeiten zur Professionalisierung, zur inhaltlichen Systematisierung

und nicht zuletzt zu Dokumentation und Qualitätssicherung, zu Transparenz und Berichterstattung in BBS und KBS eröffnet werden.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) beauftragte im August 2008 die FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH mit der Evaluierung von Beratungsmöglichkeiten für Menschen mit pathologischem Spielverhalten unter Berücksichtigung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS) und der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke (KBS) im Land Brandenburg.

Hiermit legt die FOGS GmbH den Abschlussbericht vor. Darin werden die Arbeitsschritte und die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt sowie Empfehlungen für die Weiterentwicklung in den Handlungsfeldern gegeben.

2 Arbeitsschritte

FOGS hat im Rahmen der Evaluation einen Untersuchungsansatz umgesetzt, der verschiedene quantitative und qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung verknüpfte. Die Basis bildete dabei eine *Breitenevaluation*, bei der alle BBS und KBS befragt wurden. In einer anschließenden *Tiefenevaluation* wurden ausgewählte Einrichtungen mit Blick auf die Aufgabenstellungen der Evaluation vertieft untersucht. Dabei wurden, wie bei der im Anschluss erfolgenden *Erarbeitung von Handlungsempfehlungen*, objektive Daten ebenso berücksichtigt wie subjektive Einschätzungen und Erfahrungen der Beteiligten vor Ort. Dies war insbesondere deshalb wichtig, weil im Rahmen der Evaluation die komplexen und jeweils spezifischen Realisierungsbedingungen von Konzepten, Zugangswegen und Angeboten sowie von Schnittstellenproblemen nur durch Expertinnen und Experten bewertet werden konnten. Im Einzelnen wurden durchgeführt:

2.1 Informationsveranstaltung

Am 5. September fand die Auftaktveranstaltung zum Projekt statt, zu der VertreterInnen aller Landkreise und Städte des Landes Brandenburg sowie die zu untersuchenden Einrichtungen und ihre Träger eingeladen waren. Den etwa 50 TeilnehmerInnen wurden seitens des Landes die Ziele und Aufgaben der Evaluation erläutert. FOGS stellte den Untersuchungsansatz und die Vorgehensweise (inkl. der geplanten Arbeitsschritte) dar und bat um Mitarbeit.

In der Veranstaltung und erneut in einem darauffolgenden Schreiben des MASGF (Referat 46) wurden alle Träger und Einrichtungen sowie die regional Verantwortlichen gebeten, AnsprechpartnerInnen für die Untersuchung zu benennen sowie relevantes Material zur eigenen Arbeit zusammenzustellen.

2.2 Sekundäranalysen

2.2.1 Analyse verschiedener Unterlagen und Materialien

In einem ersten Arbeitsschritt wurden relevante Unterlagen, Papiere und Materialien sekundäranalytisch ausgewertet. Seitens des zuständigen Referats wurden FOGS hierzu diverse Materialien zur Verfügung gestellt bzw. von FOGS anderweitig zusammengetragen wie z.B. der Prüfbericht des Landesrechnungshofs Brandenburg zu Bewilligung und Verwendung von Zuweisungen an Landkreise und kreisfreie Städte zur Förderung der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke und der ambulanten Beratungs- und

Behandlungsstellen für Suchtkranke vom März 2007, das Brandenburgische Landesprogramm „Gegen Sucht!“ (Dezember 2001), Übersicht des Landesamtes für Soziales und Versorgung über die Personalausgaben in den BBS (21. Mai 2008) und in den KBS (10. November 2008) sowie weitere Unterlagen.

Die Materialien wurden mit Blick auf die Ziele und Aufgabenstellung der Untersuchung auf ihren Informationsgehalt analysiert. Darunter waren wesentliche Aspekte, die in die Gestaltung der Befragung (vgl. 2.3) einfließen wie z.B. die in den Richtlinien formulierten Anforderungen an die Einrichtungen.

Seitens des MASGF erhielt FOGS Angaben zu AnsprechpartnerInnen in den Landkreisen und kreisfreien Städten sowie zu den geförderten Einrichtungen, allerdings haben 17 Einrichtungen oder kommunale Stellen aus insgesamt sieben Landkreisen bzw. kreisfreien Städten keine AnsprechpartnerInnen benannt.

2.2.2 Auswertung der strukturierten Sachberichte

Schließlich wurden die strukturierten Sachberichte vertieft ausgewertet. Im Vordergrund standen dabei bisher Fragen zum einen nach der personellen Ausstattung der Einrichtungen und zum anderen nach dem Output der (ambulanten) Beratungsangebote, z.B. hinsichtlich der

- Öffnungszeiten der Angebote
- erreichten Klientel
- Angebote und Leistungen
- Kooperation und Hilfeabstimmung
- Art der Berichterstattung.

Die Auswertung der Sachberichte wurde im ersten Zwischenbericht vorgestellt. Es zeigte sich dabei vor allem, dass es „den“ strukturierten Sachbericht nicht gibt, vielmehr werden mehrere Varianten verwendet, Formulare abgeändert, ergänzt u.ä. Die Berichterstattung unterscheidet sich über die verschiedenen Kommunen hinweg, auch ist nur z.T. erkennbar, dass die Kommune die Sachberichte geprüft hat.

Zudem zeigt sich, dass die Einrichtungen unter den abgefragten Dimensionen z.T. offensichtlich Verschiedenes verstehen bzw. von verschiedenen Arten von Daten berichten. Aufgrund der verschiedenen Probleme gestaltete sich eine vergleichende Auswertung schwierig und es wurde deutlich, dass eine eigenständige Erhebung vonnöten war (ausführlich dazu s. 1. Zwischenbericht).

In den folgenden Bericht fließen die verwertbaren Daten aus den strukturierten Sachberichten ebenso ein wie jene aus der schriftlichen Erhebung.

2.3 Schriftliche Erhebung

Im Rahmen der Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungssituation wurde eine schriftliche standardisierte Befragung aller 25 Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS) sowie aller 24 Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke durchgeführt, die auf eine vergleichbare Darstellung der ambulanten Versorgung in Brandenburg ausgerichtet war. Zusätzlich zu den Befragungen der Einrichtungen erfolgte eine ursprünglich nicht geplante schriftliche Erhebung bei den 18 Kommunen im Land Brandenburg (vgl. ausführlich Kapitel 3).

2.4 Vertiefende Interviews

Die Bestandsaufnahme wurde in einem weiteren Arbeitsschritt qualitativ ergänzt und vertieft. Hierzu wurden verschiedene Interviews und Gespräche geführt:

- leitfadengestützte Interviews in BBS und KBS in drei Kommunen (März/April 2009)
- leitfadengestützte Interviews mit Vertretern und Vertreterinnen dieser drei Kommunen (März/April 2009)
- Gespräche mit Vertreterinnen des MASGF.

Alle Gespräche wurden leitfadengestützt durchgeführt und protokolliert. Die Ergebnisse sind in die Darstellung der Bestandsaufnahme (Kap. 3.2 ff) eingeflossen.

2.5 Teilnahme an Arbeitskreisen

Im Rahmen der Evaluation nahm FOGS an mehreren Arbeitskreisen teil, um zum einen ins Gespräch über die Situation in Brandenburg zu kommen und Bedarfe zu erfragen sowie zum anderen, um Zwischenergebnisse vorzustellen und zu diskutieren. Im Einzelnen handelte es sich um folgende Treffen:

- Teilnahme am Arbeitskreis „Ambulante Suchthilfe“ (Ende März 2009)
- Teilnahme am 4. Plenum der Landessuchtkonferenz (Juni 2009)
- Teilnahme an der Arbeitsgruppe KBS Brandenburg (November 2009).

2.6 Projektarbeitsgruppen

Nach Abschluss der Bestandsaufnahme wurde zur Unterstützung der weiteren Arbeit eine Projektarbeitsgruppe (PAG) gebildet. Die Aufgabe dieses Gremiums bestand darin, auf der Basis der vorliegenden Bestandsaufnahme Ziele für die Weiterentwicklung zu formulieren, Prioritäten zu setzen, Machbarkeit zu hinterfragen und auch im Detail Anregungen für die Umsetzung zu entwickeln. An dieser PAG nahmen neben VertreterInnen der auftragerteilenden Behörde (Psychiatrie-/Suchtreferat) und von FOGS, VertreterInnen der Verbände, Träger der BBS und der KBS sowie von Kommunen teil.

Die PAG nahm am 8. Mai 2009 ihre Arbeit auf. Weitere Sitzungen fanden am 15. Juni 2009 und am 2. September 2009 statt. Die Treffen dienten vor allem der Diskussion relevanter Aspekte im Kontext der Weiterentwicklung der Standards für die BBS und die KBS in Brandenburg sowie der Berichterstattung der Einrichtungen. In Unterarbeitsgruppen zu beiden Themen (Standards, Berichterstattung) erarbeiteten ExpertInnen aus Brandenburg in weiteren vier Sitzungen Empfehlungen für die Weiterentwicklungsprozesse, die in die in diesem Bericht vorgestellten Empfehlungen einfließen.

FOGS bedankt sich an dieser Stelle für die wichtigen Impulse und die engagierte Unterstützung der Evaluation bei den Mitarbeitenden in der Projektgruppe und in den Unterarbeitsgruppen:

- Frau Ammer, Landkreis Märkisch-Oderland
- Frau Arnold, AWO Suchtberatung Strausberg
- Frau Bauroth, Landkreis Teltow-Fläming
- Frau Eckert, Suchtberatung des Diakonischen Werkes Märkisch-Oderland e.V.
- Frau Hardeling, Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen

- Herrn Hauk, MASGF – Referat 46
- Frau Hellfors, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Haus Schönbirken
- Frau Kaminski, Der Paritätische LV Brandenburg
- Frau Krug, Stadt Brandenburg
- Herrn Lein, Landesausschuss für Innere Mission
- Herrn Leydecker, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Suchtberatung Königswusterhausen
- Frau Mlosch-Richter, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Suchtberatung Forst
- Frau Pravemann, MASGF – Referat 46
- Frau Schütz, Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg e.V.
- Frau Steinke-Schmitt, Suchthilfe Prignitz e.V.
- Frau Weegh, AWO Brandenburg
- Frau Willsch, Türklinke e.V. Teltow
- Frau Weigelt, MASGF – Referat 46
- Frau Ziezow, MASGF – Referat 46.

3 Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Im Rahmen der Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungssituation wurde eine schriftliche standardisierte Befragung aller 25 Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS) sowie aller 24 Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke (Vollerhebung) durchgeführt, die auf eine vergleichbare Darstellung der ambulanten Versorgung in Brandenburg ausgerichtet war. Gefragt wurde in insgesamt 43 Fragen nach Rahmenbedingungen, Ausstattung, Konzept, Personal/Qualifikation, Angeboten und Leistungen, Klientel, Kooperation/Hilfekoordination, Dokumentation/Qualitätssicherung und Berichterstattung sowie Einschätzungen zu Weiterentwicklungsbedarfen. Die Befragungen waren in einigen Aspekten so angelegt, dass Angaben der strukturierten Sachberichte ergänzt werden konnten.

Zusätzlich zu den Befragungen der Einrichtungen erfolgte eine ursprünglich nicht geplante schriftliche Vollerhebung bei den 18 Kommunen im Land Brandenburg. Diese Befragung fokussierte in 29 Fragen auf Einschätzungen zum Versorgungsbedarf, zu Planung und Steuerung in der Kommune sowie auf Berichtswesen und Controlling, um schließlich Perspektiven und Bedarfe aus Sicht der AnsprechpartnerInnen einzuholen.

Die Befragung zielte u.a. auf einen Abgleich der Vorgaben aus den Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen an die Landkreise und kreisfreien Städte für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und für Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke¹. Zudem griff sie, wo es sinnvoll erschien, auf Gliederungsformen und Angaben aus dem strukturierten Sachbericht zurück. Wurden Daten anders als

¹ Richtlinie des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie über die Gewährung von Zuwendungen an die Landkreise und kreisfreien Städte für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und für Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke, vom 31. Januar 2008. In: Amtsblatt für Brandenburg – Nr. 8 vom 27. Februar 2008.

im strukturierten Sachbericht abgefragt, so wurden die Einrichtungen explizit darauf hingewiesen. Bezugszeitraum und Stand der Daten ist das Jahr 2008.

Die Befragung war strukturiert und halboffen angelegt, sodass die Befragten umfassend Gelegenheit hatten, ihre Situation und Sichtweisen darzustellen.

3.1 Methoden

Die drei Befragungen wurden Ende Januar 2009 als Paper-and-Pencil-Befragung verschickt. Allen Befragten wurde angeboten, den Fragebogen auch als Datei bekommen zu können. Diese Möglichkeit wurde jedoch nur vereinzelt genutzt. Nach einem sehr zögerlichen Rücklauf wurden die fehlenden Einrichtungen und Kommunen von Ende Februar 2009 an per Mail und Telefon motiviert, sich doch noch an der Erhebung zu beteiligen. Mit hohem Aufwand gelang es so bis Anfang März 2009, den Rücklauf auf folgende Werte zu erhöhen:

- BBS: 17 von 25 befragten BBS beteiligten sich (68 %)
- KBS: 14 von 24 Einrichtungen (58 %)
- Kommunen: 11 von 18 (61 %)

Auch nach Eingang der Fragebogen wurden einige Absender telefonisch kontaktiert, um Fragen zu den Angaben zu klären, Erläuterungen einzuholen u.ä.

Die Fragebogen wurden bei FOGS eingegeben und dabei auf Plausibilität geprüft. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Neben der Auszählung wurden dabei Mittelwerte sowie Gesamtsummen berechnet.

Sowohl bei Kommunen wie auch bei BBS und KBS war es bei einigen Fragebogen notwendig, die ausfüllende Einrichtung/Stelle zu kontaktieren, um Nachfragen zu stellen und Missverständnisse zu klären.

Die Befragungen von Kommunen, BBS und KBS wurden getrennt ausgewertet, Ergebnisse werden jedoch, soweit sinnvoll, miteinander in Bezug gesetzt. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse pro Bereich vorgestellt, um daraus im Abschnitt 3.5 eine zusammenfassende Bilanz zu ziehen und (erste) Konsequenzen abzuleiten.

3.2 Ergebnisse der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke

Es wurden alle 25 Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS) angeschrieben, davon antworteten 17. Dies entspricht einem Rücklauf von 68 %. Die 17 BBS, die geantwortet haben, verteilen sich auf 14 der 18 Brandenburger Landkreise und kreisfreien Städte. Befragt nach Gründen für eine Nicht-Teilnahme verwiesen einige Befragte auf den Zeitraum der Befragung: Es sei zu früh im Jahr, um schon über Daten aus dem Jahr 2008 berichten zu können. Andere Befragte sahen keinen Veränderungs- oder Beratungsbedarf und beteiligten sich deshalb nicht.

3.2.1 Rahmendaten und Finanzierung

Die Einrichtungen wurden gefragt, ob sie nur über eine Hauptstelle oder über eine Hauptstelle mit Nebenstellen berichten, weil dies z.B. von Bedeutung ist, wenn man verstehen

will, wie das Personal eingesetzt wird: zusammen in einer Hauptstelle oder verteilt über mehrere Einsatzorte. Zu vermuten ist, dass in einem Flächenland wie Brandenburg viele Einrichtungen mit Blick auf eine bessere Erreichung der (potenziellen) Klientel in mehreren Orten präsent sind.

Tab. 1: BBS: Haupt- und Nebenstellen (n=17)

	Anzahl	in %
nur Hauptstelle	5	29,4
Hauptstelle mit einer Nebenstellen	3	17,6
Hauptstelle mit zwei Nebenstellen	7	41,2
Hauptstelle mit drei oder mehr Nebenstellen	2	11,8
Gesamt	17	100,0

Tatsächlich berichten lediglich fünf Einrichtungen, dass sie nur über einen Standort (Hauptstelle) verfügen. D.h. 70% der Einrichtungen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, sind in einer oder mehreren Nebenstellen präsent. Davon haben zwei Einrichtungen sogar drei oder mehr Nebenstellen. Eine Einrichtung gibt an, dass sie Außenberatungsstellen im gesamten Landkreis verteilt hat, quantifiziert diese aber nicht näher.

Die Förderrichtlinie sieht vor, dass die Förderung der Personalkosten der BBS und KBS nur dann erfolgt, wenn die Landkreise und kreisfreien Städte im Sinne der kommunalen Daseinsfürsorge die erforderliche Grundfinanzierung für den ordnungsgemäßen Betrieb der BBS und KBS absichern. Dazu wird näher definiert, dass der kommunale Anteil an den zuwendungsfähigen Gesamtausgaben der BBS und KBS mindestens 20 % betragen muss. Welche Verteilung zeigt sich im befragten Spektrum? 16 der 17 Einrichtungen machten dazu Angaben:

Tab. 2: BBS: Finanzierung der Einrichtung im Jahr 2008 (n=16; Angaben in %)

Einrichtung	Kommune	SGB II	Mittelherkunft			amb. Reha	Sonstiges
			Land	Gesamt Komm./ Land			
1*				90,0		10,0	
2	65,0		30,0	95,0	5,0		
3*	73,0	3,0		76,0	12,0	12,0	
4	1,4	49,0	44,6	95,0	4,5	0,5	
5	36,0	12,0	14,0	62,0	19,0	19,0	
6	70,0		17,0	87,0	3,0	10,0	
7	20,0		70,0	90,0		10,0	
8*				66,0	32,0	2,0	
9*				87,0	10,0	3,0	
10*	80,0			80,0	20,0		
11	70,0		18,0	88,0		12,0	
12**	80,0		0,0	80,0	7,0	3,0	
13	30,0		70,0	100,0			
14	37,2	26,7	12,6	76,5	20,5	3,0	
16*				83,0	13,4	1,3	
17	45,1	22,8	20,4	88,3	8,0	3,7	

* Diese Einrichtungen gaben Landes- und kommunale Mittel nur zusammengefasst an, sie konnten die Mittel nicht trennen oder es war ihnen nicht bekannt, ob Landesmittel fließen.

** Die Angaben addieren sich auf 90 %, was nicht näher aufgeklärt werden konnte. Auch werden hier explizit 0 % Landesmittel angegeben, obgleich solche geflossen sind.

Wie die fettgedruckte Spalte zeigt, entfällt erwartungsgemäß der höchste Anteil der Finanzierung auf Zuwendungen aus Landes- oder kommunalen Mitteln. I.d.R. übernimmt die Kommune den größten Anteil an den Kosten, nur in einem Fall entspricht der kommunale Anteil genau den in der Richtlinie geforderten mindestens 20 %. Der Anteil der Landesmittel liegt lediglich in zwei Einrichtungen über dem der Kommune.

Zwölf der 16 Einrichtungen berichten über Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation, doch variieren die Größenordnungen hier deutlich zwischen Anteilen von wenigen Prozent an der Gesamtfinanzierung bis hin zu einem Fünftel (n = 3) und sogar einmal einem Drittel der Gesamtfinanzierung.

In der Spalte „Sonstiges“ sind weitere Mittel zusammengefasst: In vier Einrichtungen fließen auch Eigenmittel des Trägers, drei Einrichtungen erhalten Bußgelder, zwei Einrichtungen erzielen Mittel aus der Durchführung von MPU-Schulungen. Schließlich fließen in kleinerem Umfang Förder-/Regionalmittel der Deutschen Rentenversicherung RV, Spenden sowie Honorare.

3.2.2 Konzeption

Die „Standards und Qualitätsmerkmale(n) der Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg“ verlangen „eine wissenschaftlich fundierte, den Erfordernissen des Versorgungsbereiches angepasste Konzeption“. Wir fragten des-

halb nach dem Vorhandensein einer Konzeption, nach dem Zeitpunkt der Erstellung bzw. der letzten Aktualisierung sowie – mit Blick auf die Versorgung von Menschen mit pathologischem Glücksspiel – nach der Berücksichtigung dieses Themas in der Konzeption.

Tab. 3: *BBS: Jahr der letztmaligen Aktualisierung der Konzeption, Berücksichtigung von Aspekten zu pathologischem Glücksspiel sowie Veränderungsbedarf hinsichtlich der Konzeption (n=16, n=14, n=16)*

Einrichtungsnummer	letzte Konzeption aus dem Jahr	Aspekte zu path. Glücksspiel in Konzeption vorhanden	Veränderungsbedarf bei der aktuellen Konzeption
1	2003		x
2	2000		x
3	2006	x	
4	2007	x	
5	2008		x
6	-		x
7	2007	x	
8	2007	x	x
9	2008	x	x
10	1994		x
11	2008	x	x
12	2006	x	
13	2009		
14	2001	x	x
15	1991	x	
16	2008		x
17	2008		x
Gesamt		9	11

16 von 17 befragten Einrichtungen verfügen über eine Konzeption und geben an, aus welchem Jahr sie stammt bzw. wann diese letztmalig aktualisiert wurde. Elf der 16 Konzeptionen sind recht aktuell, maximal drei Jahre alt, demgegenüber sind zwei Konzeptionen 15 bzw. 18 Jahre alt und damit vermutlich weder den aktuellen Bedürfnissen angepasst noch fachlich auf der Höhe der Zeit.

Und tatsächlich sehen auch die meisten Einrichtungen Veränderungsbedarf bei ihrer Konzeption (n=11; 65%), wobei die Einschätzung erstaunlicherweise nichts mit dem Alter der Konzeption zu tun hat. Ergänzungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarf besteht bzgl. des Themas Essstörungen, Drogenkonsum bei 16- bis 24-Jährigen, Veränderungen in der demographischen Struktur, generell zum Suchtverständnis sowie im Bezug auf den Umgang mit Störungen der Impulskontrolle.

Neun Einrichtungen berücksichtigen in ihrer Konzeption pathologisches Glücksspiel, davon haben zwei Einrichtungen eine eigenständige Konzeption für die Teilnahme am Modellprojekt „Frühintervention bei pathologischem Glücksspiel“, drei weitere sehen gerade zu diesem Thema Veränderungsbedarf bzw. arbeiten bereits daran.

3.2.3 Öffnungszeiten

Die Standards zu den BBS treffen im Gegensatz zu denen der KBS keine quantitativen Vorgaben, sondern beschreiben lediglich, dass sich die Öffnungszeiten „nach dem Bedarf, dem Versorgungsauftrag und den vorhandenen Ressourcen“ richten sollen. Für die folgende Darstellung wurden die Öffnungszeiten der Einrichtungen auf der Basis der Angaben in den strukturierten Sachberichten sowie ggf. erfolgter Ergänzungs- oder Änderungsmitteilungen (von sieben Einrichtungen) in der schriftlichen Erhebung zusammengestellt.

Tab. 4: BBS: Öffnungs- und Erreichbarkeitszeiten (n=16)

Einrichtung	Anzahl NS	Wochenstunden	Samstag	sonstiges	Personalstellen
1	0	13	-	Mo & Fr nach Vereinbarung, Termine außerhalb der Sprechzeiten sind möglich	3,5
2	>3*	29	-	Termine außerhalb der Öffnungszeiten möglich	4,5
3	2	45,5 / 3 / 2	-		4,5
4	0	15	nach Vereinbarung	Mo. & Fr. nach Vereinbarung	1,0
5	2	42 / 29,5 / 28	-		5,3
6	0	37	-		2,5
7	0	19	-	nach Vereinbarung weitere Termine möglich	1,0
8	0	32,5	-	Mo. & Do. nach Vereinbarung Termine bis 20:00 Uhr möglich	5,1
9					4,5
10	1	49 / 36	-		3,3
11	2	43	-		4,0
12	1	28 / 30			4,5
13	2	36	-		1,8
14	3	31 / 12 / 12	-		6,7
15**	3	45 / 2 / 2	-	Mo – Fr Nachmittag Termine nach Vereinbarung möglich	1,0
16	2	14 / 17	-	zusätzl. Termine nach Vereinbarung möglich	3,8
17	0	53	-		4,8

* Die Einrichtung hat Außenberatungsstellen im gesamten Landkreis, quantifizierte dazu jedoch nichts.

** Abweichend vom sSB 2007 (drei Nebenstellen, darunter eine mit 50 Wochenstunden Öffnungszeit) gab die Einrichtung nun an, dass die große Nebenstelle schon seit 2006 nicht mehr existiert.

Die Öffnungszeiten der einzelnen Einrichtungen variieren deutlich. Die Spanne reicht dabei bei den Hauptstellen von 13 bis zu 53 Wochenstunden, im Mittel 33,3 Stunden in der Woche. Sieben Einrichtungen gaben zudem an, dass die Möglichkeit besteht, Termine

außerhalb der Sprechstunden zu vereinbaren. Am Samstag bietet lediglich eine Einrichtung die Möglichkeit zur Beratung an, jedoch nur nach Vereinbarung. Die Nebenstellen sind z.T. nur sehr kurz, einmal pro Woche zwei Stunden, besetzt, andere hingegen realisieren dort bis zu 30 Stunden Öffnungszeit.

Wenn man die Öffnungs- und Erreichbarkeitszeiten in Bezug zur Personalausstattung setzt, zeigt sich, anders als zu vermuten wäre, dass eine stärkere Personalausstattung nicht unbedingt längere Öffnungs- und Erreichbarkeitszeiten nach sich zieht. Bspw. realisieren die Einrichtungen, die über nur eine Personalstelle (und Honorarkräfte) verfügen, Öffnungszeiten von 15, 19 bzw. 49 Wochenstunden. Die letztgenannte Einrichtung berichtete von insg. 49 Wochenstunden Öffnungszeit in Haupt- und zwei Nebenstellen und bestätigte auf Nachfrage, dass diese Zeit tatsächlich mit nur einer Stelle und zwei Honorarkräften geleistet werde.

Unterschiede zeigen sich auch bei den Einrichtungen Nr. 2, 3 und 12, die alle gleichermaßen über 4,5 Personalstellen verfügen. Die Spanne der Öffnungszeiten liegt bei den Einrichtungen bei 29, 50,5 und 58 Wochenstunden, z.T. plus Terminabsprachen außerhalb der Öffnungszeiten. Hier muss offenbleiben, wovon die Öffnungszeiten (noch) abhängen, welche Schwerpunktsetzung hier Auswirkungen zeigt o.ä.

Zwei Einrichtungen gaben an, dass sie in der nächsten Zeit Änderungen bei den Öffnungs- bzw. Erreichbarkeitszeiten planen, darunter Veränderungen bzgl. der Platzierung von Nebenstellen.

3.2.4 Personal und Qualifikation

In den „Standards und Qualitätsmerkmale(n) der Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg“ gibt es hinsichtlich der Personalausstattung mehrere Empfehlungen bzw. Vorgaben. Zum einen heißt es dort, „eine BBS sollte über ein multiprofessionelles Team verfügen, in dem nach Möglichkeit folgende Fachkräfte zusammenarbeiten: Dipl.-Sozialpädagogen/Dipl.-Sozialpädagoginnen, Dipl.-Sozialarbeiter/Dipl.-Sozialarbeiterinnen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit vergleichbaren Berufsabschlüssen, Psychologen/Psychologinnen, Ärzte/Ärztinnen; Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe und entsprechender Zusatzqualifikation sowie Verwaltungsmitarbeiter/Verwaltungsmitarbeiterinnen“. Zudem sollte sich die „Anzahl der Fachkräfte und deren Qualifikationen nach dem Versorgungsauftrag und der Größe und Einwohnerzahl der Versorgungsregion“ richten. Dabei wird auf die Empfehlung der DHS² verwiesen, wonach auf je 10.000 EinwohnerInnen eine Fachkraft kommen soll.

Die hier dargestellte Personalausstattung basiert auf den Angaben in den strukturierten Sachberichten 2007 und ggf. berichteten Veränderungen bzgl. der Mitarbeitenden. Die Einordnung in die einzelnen Kategorien erfolgte aufgrund der Angaben der Einrichtungen zu der Funktion der einzelnen Mitarbeitenden. Oftmals wurden bei einer Person mehrere Funktionen angegeben, die Einordnung erfolgte dann in die zuerst genannte Kategorie. Nicht berücksichtigt wurden in dieser Darstellung zudem die im strukturierten Sachbericht angegebenen Zusatzqualifikationen. Bei der Anzahl der beschäftigten Personen wurden die Honorarkräfte nicht mit eingerechnet.

² Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige (Stand 14.05.1992). http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/rahmenplan.pdf (01.04.2009).

Tab. 5: BBS: Personalausstattung (n=17)

Einrichtungs- nr.	Lei- tung	Psycho- logInnen	Therapeu- tInnen	Soz.arb./ Beratung	Personal		Präventions- Fachkraft	Gesamt Stellen	Anzahl Beschäftigte
					Verwaltung	Arzt/Ärztin			
1	1			2,3			0,25	3,55	5
2	0,5	1		3		1 bis 09/08		5,5 (bis 09/08) 4,5 (ab 09/08)	6 5
3	0,9	1		2,1	0,5	Honorar		4,5	5
4				1				1	1
5	1			3,3	1			5,3	6
6	1			1,5				2,5	3
7	1							1	1
8	1			2,75	0,875	Honorar	0,5	5,125	6
9				4,5		Honorar		4,5	6
10				3,25				3,25	4
11	1			3				4	4
12	0,75			3,775				4,525	8
13	1			0,75				1,75	3
14 (mit 3 NS)	1	0,75	Honorar	4	0,75	0,15		6,65	9
15		0,455		0,5 + Honorar		Honorar		0,955	2
16		0,75	1	1,5	0,55			3,8	5
17	1			2,8	1			4,8	5
Gesamt	11,15	3,955	1*	40,025*	4,675	1,15*	0,75	62,205	78

* plus Honoraranteile.

In den BBS arbeiten im Jahr 2008 insgesamt 78 Beschäftigte auf 62,2 Stellen. Der Umfang der Honorartätigkeit kann nicht genau angegeben werden. Die Einrichtungen verfügen zwischen knapp einer Stelle (VZÄ) und 6,65 Stellen, im Mittel 3,7 Stellen. Die Zahlen der beschäftigten Personen variiert von eins bis neun. Im Mittel arbeiten in den Einrichtungen 4,7 Personen.

Zwölf Einrichtungen verfügen über Leitungspersonal. De facto gibt es vermutlich häufiger Leitung, da z.B. mehrere Einrichtungen von einer Person geführt werden können, die Stelle aber nur einer Einrichtung zugeschrieben wird. Des Weiteren ist es möglich, dass vor allem kleinere Einrichtungen vom Mitarbeitendenteam geführt werden oder dass die Funktion der Einrichtungsleitung beim Träger angesiedelt ist. Soweit die Qualifikationen der Leitenden angegeben wurden, handelt es sich um PsychologInnen (n = 6), SozialarbeiterInnen (n = 4) und einmal um eine Fachärztin für Psychiatrie. Alle Leitungskräfte sind auch als TherapeutInnen oder BeraterInnen tätig.

Der größte Teil der beschäftigten Personen ist als SozialarbeiterIn oder BeraterIn tätig. In elf Einrichtungen werden PsychologInnen beschäftigt, davon sechsmal in Leitungsfunktion. Ein Großteil der Mitarbeitenden verfügt über eine suchttherapeutische Qualifikation. In einigen Einrichtungen ist diese Zusatzqualifikation, zumindest jedoch die Bereitschaft, diese zu erwerben, Grundvoraussetzung für die Einstellung. Nur sechs Einrichtungen geben an, dass Ärzte/innen zumindest als Honorarkräfte beschäftigt sind. Hier liegt vermutlich ein Dokumentationsfehler vor, da allein zwölf Einrichtungen angegeben haben, dass sie ambulante Rehabilitation durchführen. Und dazu ist es notwendig, ärztliche Kompetenz vorzuhalten. Das gilt ebenso für das vorgeschriebene Mindestmaß an suchttherapeutischer Ausstattung: Auch diese gibt es nicht überall im erforderlichen Maß³. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die meisten Einrichtungen vorgabengemäß ein multiprofessionelles Team einsetzen. Dies trifft lediglich auf die sehr kleinen Einrichtungen nicht zu.

Mit Blick auf die Empfehlungen der DHS zur Fachkräftebemessung ist festzustellen, dass diese in Brandenburg bei Weitem nicht umgesetzt sind. Brandenburg hat etwa 2.500.000 EinwohnerInnen, was einen Bedarf von 250 Fachkräften bedeuten würde. Wenn man das Ergebnis der 17 Einrichtungen (68%), die sich an der Befragung beteiligt haben, hochrechnet, ergibt sich daraus ein Wert von etwa 90 Stellen.⁴ Brandenburg reiht sich damit in die gesamte bundesdeutsche Landschaft ein, denn die DHS-Empfehlung wird nirgendwo umgesetzt. Allerdings zeigt sich je nach Kommune ein differenziertes Bild: Die Personalausstattung in den Kommunen schwankt um den Faktor 10: zwischen 1 Fachkraft für 12.400 EinwohnerInnen und 1:124.900. Generell verfügen die kreisfreien Städte über eine etwas bessere Ausstattung (1:12.400 bis 32.800, im Mittel knapp 1:20.000), demgegenüber streut die Ausstattung in den Landkreisen zwischen 1:17.000 bis zu den o.g. 124.900 und liegt im Mittel bei 1 zu etwa 43.000.

Die Einrichtungen wurden mit Blick auf die Vorgaben der Förderrichtlinien bzgl. Qualifikation und Qualitätssicherung nach Supervision und Fortbildung befragt. Hierzu zeigt sich folgendes Bild:

³ Zur Erbringung von spezifischen Leistungen zur ambulanten Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung müssen mindestens drei therapeutische Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen (mit zusammen mind. 2,0 Vollzeitstellen) und anerkannter Sucht-Zusatzqualifikation sowie ein Arzt/eine Ärztin mit mind. 3 Wochenstunden (pro Patienten-Gruppe) in der BBS beschäftigt sein.

⁴ In den sSB für das Jahr 2007 wird über 85 Stellen berichtet.

Tab. 6: BBS: Supervision (Stand 2008; n=17)

	Anzahl	in %
ja, regelhaft	12	70,6
ja, bei Bedarf	4	23,5
nein	1	5,9
Gesamt	17	100,0

In 16 Einrichtungen wird 2008 Supervision genutzt, darunter in zwölf regelhaft, was i.d.R. etwa monatlich bedeutet. Vier Einrichtungen gewähren Supervision „bei Bedarf“, womit meist eine geringere Frequenz von alle drei bis sechs Monate einherging.

Die lt. Richtlinien verpflichtende Nutzung von Fort- und Weiterbildung hängt wesentlich von den zur Verfügung stehenden Mitteln ab. Deshalb wurde an dieser Stelle nach der Höhe der Mittel für Fort- und Weiterbildung gefragt.

Fast alle Einrichtungen verfügen über Fortbildungsmittel (n = 16), doch schwankt die Höhe der Mittel stark: Fünf Einrichtungen haben nur einen Etat zwischen 200 und 500 Euro, drei Einrichtungen gaben an, dass ihnen im Jahr 2008 1.000 Euro zur Verfügung standen und einer weiteren sogar 2.400 Euro. Ein Gesundheitsamt berichtet, dass 9.000 Euro bereitstehen und je nach Notwendigkeit – u.a. – der Suchtberatung zugewiesen werden.

Fokussiert man auf Fort- und Weiterbildung zu Pathologischem Glücksspiel, so zeigt sich, dass Mitarbeitende von elf Einrichtungen entsprechende Qualifikationen haben. Dabei haben Mitarbeitende von drei Einrichtungen zu diesem Thema Fortbildungen im Rahmen des Landesprojekts „Frühintervention bei pathologischem Glücksspiel“ besucht. Eine der befragten Einrichtungen nimmt an dem entsprechen Bundesprojekt teil und erhielt in diesem Rahmen Fortbildungen für die Mitarbeitenden. Das gute Ergebnis ist im Wesentlichen der brandenburgischen Ausweitung des Bundesmodellprojekts zu verdanken. Da im Jahr 2009 weitere Einrichtungen in das Brandenburgische Modellprojekt aufgenommen wurden, darf davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Einrichtungen, in denen Mitarbeitende für dieses Thema geschult werden, weiterhin steigen wird.

3.2.5 Klientel

Kernangaben zu den Einrichtungen betreffen Zahl und Art der Klientel. In der schriftlichen Erhebung wurde detaillierter als im strukturierten Sachbericht nach der Klientel gefragt, z.B. generell nach männlichen und weiblichen NutzerInnen. Doch machten drei Einrichtungen keine Angaben zu den KlientInnen. U.a. schien es für die Einrichtungen problematisch gewesen zu sein, diese Fragen zu beantworten, bevor der strukturierte Sachbericht bearbeitet wurde. Des Weiteren war es nur sechs der 14 Einrichtungen möglich, die Klientel nach dem Geschlecht zu unterteilen. Vier Einrichtungen gaben nur die Zahl der Fälle im Jahr 2008 an. Lediglich vier Einrichtungen konnten alle abgefragten Daten angeben. Insgesamt bestätigt sich das Ergebnis der Sekundäranalyse, wonach die Dokumentations- und Datenqualität stark zwischen den Einrichtungen differiert.

Tab. 7: BBS: Klientelzahlen (n=14)

Einr Nr.	VZÄ	Gesamt				davon Neuzugänge				davon Betroffene				davon Angehörige			
		weib- lich	männ- lich	Ge- samt	Fälle	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	Fälle	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	Fälle	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	Fälle
1	3,6			297				160				259				38	
3	4,5	47	216	263	273	30	131	161	161	54	207	261	261	8	3	11	12
4	1,0				143				77				137				6
5	5,3	96	251	347	347	47	131	178	181	66	244	310	246	30	7	37	37
6	2,5	29	177	206	242				224				197				9
7	1,0			91				66	74			86	101			5	5
8	5,1			761				376		156	452	608	831			153	
9	4,5			573				301		86	404	490	581			83	
10*	3,3				193	35	158	193		35	158	193		3	6	9	
11	4,0	73	280	353	353	44	176	220	220	52	218	270	270	11	8	19	19
14	6,7				675				398	523	123	646	646				28
15	1,0				126				107				114				12
16	3,8	85	267	352	352	43	140	183	183	61	255	316	316	24	12	36	36
17	4,8	82	275	357	357	56	177	233	233								
Ges		412	1.466	3.500	3.061	255	913	2.071	1.858	1.033	2.061	3.439	3.700	76	36	391	164

* Bei dieser Einrichtung stimmen die Zahlen von Neuzugängen und Betroffenen überein. Auf telefonische Nachfrage wurde erklärt, dass zu Beginn des Jahres 2008 ein neues elektronisches Dokumentationssystem eingeführt wurde, und deshalb scheinbar alle KlientInnen als Neuzugänge dokumentiert wurden. Beim Ausfüllen des Fragebogens war dies der ausfüllenden Person jedoch nicht aufgefallen.

Bevor näher auf die Daten eingegangen wird, soll darauf hingewiesen werden, dass viele Einrichtungen nur einen Teil der erfragten Angaben machen können und dass zudem die Qualität der Daten nur eine sehr vorsichtige Betrachtung zulässt, Gesamtzahlen für Brandenburg lassen sich daraus gar nicht ableiten. Bspw. berichten die Einrichtungen über zusammen 3.500 KlientInnen, aber nur über 3.061 Fälle.

Auf eine einzelne Einrichtung bezogen reichen die Zahlen der betreuten/beratenen Personen von 91 bis 761 bzw. die Fallzahlen streuen zwischen 126 und 675.

Nur ein Teil der Einrichtungen differenziert die Klientel nach Geschlecht. In diesen Einrichtungen sind die männlichen Klienten in der Überzahl: Nur etwa ein Viertel der Klientel ist weiblich und drei Viertel männlich. Erstaunlicherweise verschiebt sich das Geschlechterverhältnis bei den selbst Betroffenen auf ein Drittel weibliche Klientinnen und zwei Drittel männliche Klienten. Die angegebenen Zahlen stimmen also zum großen Teil mit den bekannten Verteilungen überein.

Erstaunlich ist die Verteilung bei den Angehörigen: Bei den Einrichtungen, die hier nach Geschlecht unterteilen konnten, ist immerhin etwa ein Drittel der Angehörigen männlich. Demgegenüber wird in der aktuellen Suchthilfestatistik⁵ ein Verhältnis von einem Mann zu fünf Frauen dargestellt.

Vergleicht man die Klientenzahlen mit der pro Einrichtung zur Verfügung stehenden Personalausstattung (VZÄ), wird deutlich, dass eine vergleichbare Zahl von Stellen nicht automatisch eine vergleichbare Zahl von KlientInnen bedeutet. So berichtet zum Beispiel Einrichtung Nr. 8 bei 5,1 VZÄ über 761 KlientInnen. Einrichtung Nr. 5 hat ähnliche 5,3 VZÄ, betreut damit jedoch nur 347 KlientInnen. Die Personal-Klientelrelation reicht von 1:58,4 (Einrichtung Nr. 3) bis 1:149,2 (Einrichtung Nr. 8). Hier ist aber nicht zu entscheiden, ob diese Unterschiede Dokumentationsproblemen geschuldet sind oder auf anderen konzeptionellen Schwerpunktsetzungen und Unterschieden in der Art der betreuten Klientel basieren.

Angesichts der Datenqualität soll hier nicht weiter spekuliert werden. Zur Erinnerung: Viele Angaben scheinen nicht valide. Eine Einrichtung müsste z.B., addiert man die Zahlen der Betroffenen und jene der Angehörigen insgesamt, mehr KlientInnen haben, als bei Gesamt angegeben wurden. Bei anderen Einrichtungen ist es umgekehrt: die Addition von Betroffenen- und Angehörigenzahlen liegt deutlich unter denen, die bei Gesamt angegeben wurden. Es fehlen Unterscheidungen nach Personen und Fällen sowie nach Geschlecht. Bei den hier aufgezeigten Problemen mit der Datenqualität ist nicht zu vermuten, dass es sich um ein falsches Verständnis der Frage handelt. Vielmehr scheinen sich bei der Auswertung der Fragebogen wie auch bei der Betrachtung der strukturierten Sachberichte des Jahres 2007 strukturelle Probleme anzudeuten. Die Dokumentationsstandards zwischen den Einrichtungen scheinen stark zu differieren und es sollte versucht werden, einen einheitlichen Standard zu schaffen.

Trotz der Probleme sollen im Folgenden einige weitere Daten zur Klientel vorgestellt werden, so wie sie in der Befragung genannt wurden.

⁵ Deutsche Suchthilfestatistik. <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm> (01.04.2009).

Diagnosen

Welche Probleme haben die KlientInnen der Brandenburger BBS? 13 der 17 Einrichtungen machten Angaben zu den primären Abhängigkeiten ihrer Klientel, die übrigen verwiesen darauf, dass vor der Erstellung der Sachberichte keine Klientendaten geliefert werden können. Von den 13 Einrichtungen unterschieden nur neun nach dem Geschlecht der Klientel, sodass die Angaben nicht addiert oder gegenübergestellt werden können. Deshalb werden sie auch nicht in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 8: BBS: Primäre Abhängigkeit der KlientInnen (n=13)

Primäre Abhängigkeit	Anzahl Einrichtungen	Gesamt
Störung durch Alkohol	13	2.585
Störung durch Cannabinoide	13	214
Pathologisches Glücksspiel	12	100
Störung durch Opioide	8	60
Störung durch sonstige Stimulantien	9	40
Störung durch Sedativa oder Hypnotika	8	33
Störung durch Kokain	6	33
Essstörung	9	22
Störung durch Tabak	7	30
Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	4	12
Störung durch flüchtige Lösungsmittel	1	1
Störung durch Halluzinogene		
keine Angaben zum Suchtproblem	5	147
Gesamt		3.277

Insgesamt zeigt sich die erwartete Verteilung: Alkoholabhängigkeit ist die mit weitem Abstand häufigste Störung (79 % aller Störungen, 2.585 Fälle) und kommt in allen Einrichtungen vor. Auch das Geschlechterverhältnis ist wie erwartet. Deutlich mehr Männer als Frauen lassen sich wegen Alkoholproblemen behandeln bzw. beraten.

An zweiter Stelle folgt die Cannabisabhängigkeit, jedoch in einer Größenordnung von unter 10 % verglichen mit Alkoholabhängigkeit (knapp 7 %, n = 214). KlientInnen mit Cannabisabhängigkeit werden aus allen Einrichtungen gemeldet. Auf andere illegale Drogen entfallen deutlich geringere Anteile.

Ebenfalls in allen Einrichtungen werden KlientInnen mit Störungen durch Cannabinoide behandelt bzw. beraten.

Schon an dritter Stelle folgen – in zwölf und damit fast allen Einrichtungen – Personen mit pathologischem Glücksspiel (n = 100, ca. 3 % der Gesamtklientel). Auch hier handelt es sich deutlich öfter um Männer als um Frauen. Betrachtet man die wenigen Personen mit Essstörungen in den Einrichtungen, so ist es erstaunlich, dass darunter fast genauso viele Männer wie Frauen sind.

Die Situation bei den Angaben zur primären Missbrauchsproblematik bestätigt das oben Genannte: 13 der 17 Einrichtungen machen dazu Angaben, wiederum neun unterscheiden nach dem Geschlecht der Klientel. Auch beim Missbrauch ist die Alkoholproblematik mit

Abstand am größten, gefolgt von Störungen durch Tabak sowie durch Cannabinoide. Und wieder dominieren die Männer.

Alter der Klientel

Welche Altersgruppen werden in Brandenburg betreut? Hierzu machten 14 der 17 Einrichtungen Angaben:

Tab. 9: BBS: Alter der KlientInnen (n=14)

Altersgruppe (Jahre)	Anzahl Einrichtungen	weiblich	männlich	Gesamt
bis 13 Jahre	2	3		3
14 – 17 Jahre	11	36	38	74
18 – 21 Jahre	14	88	129	217
22 – 25 Jahre	14	128	188	316
26 – 27 Jahre	14	44	90	134
28 – 37 Jahre	14	233	405	638
38 – 47 Jahre	14	497	669	1.166
48 – 57 Jahre	14	337	627	964
58 – 67 Jahre	14	88	131	219
> 67 Jahre	11	17	32	49
keine Angabe	1	4	4	8
Gesamt		1.475	2.313	3.788

Insgesamt gibt es von 3.788 KlientInnen Angaben zum Alter.⁶ Davon sind 294 jünger als 22 Jahre und 268 älter als 57, was je nur etwa 7 % der Gesamtklientel entspricht. Drei Einrichtungen haben keine KlientInnen unter 18 Jahren, wobei hier offen bleiben muss, ob in den betreffenden Versorgungsregionen unter 18-Jährige kaum Suchtprobleme haben oder ob die Angebote wenig jugendgerecht sind.

Die meisten KlientInnen sind zwischen 38 und 57 Jahren alt, etwas geringere, wenngleich immer noch große Gruppen stellen die 18- bis 27-Jährigen. Der Knick, der bei der Altersgruppe von 26 – 27 Jahren zu erkennen ist, ist „künstlich“ herbeigeführt, weil die Altersgruppen mit Blick auf das SGB II (Alter bis 25 Jahre) bzw. das SGB VIII (Alter bis 27 Jahre) kleinteiliger geschnitten wurden als in den übrigen Stufen. Werden die Gruppen gleichmäßig verteilt, löst sich der Knick auf.

Ähnliches wie für die unter 18-Jährigen gilt für die über 67-jährigen Personen. Auch hier haben drei Einrichtungen keine KlientInnen in dieser Altersgruppe und die übrigen nur geringe Anteile.

Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Altersgruppen weist die übliche Verteilung auf, wenngleich bei Jugendlichen eine – auch anderenorts beschriebene – Tendenz zur Angleichung festzustellen ist. Mit steigendem Alter besteht aber weiterhin der bekannte Geschlechterunterschied. Männer werden deutlich häufiger wegen Suchterkrankungen behandelt als Frauen.

⁶ Und damit von mehr Menschen als o.g. (vgl. Tab. 7). Ein weiterer Hinweis auf Dokumentationsprobleme.

Ein detaillierterer Blick soll den pathologischen GlücksspielerInnen gelten. Alle zwölf Einrichtungen, die pathologische GlücksspielerInnen beraten, machten Angaben zum Alter der Betroffenen:

Tab. 10: BBS: Alter der KlientInnen mit pathologischem Glücksspiel (n=12)

Einr. Nr.	Anzahl der KlientInnen mit path. Glücksspiel	jüngste/r KlientIn mit path. Glücksspiel	älteste/r KlientIn mit path. Glücksspiel	Ø
3	9	25	45	32,3
4		30	40	*
5	7	25	41	34,0
6		22	40	*
7	9	18	47	*
8		22	78	35
10	2	20	32	26
11	4	22	41	33,5
14		35	45	*
15	3	35	49	44,3
16	2	23	26	24,5
17	16	27	60	40,4

* Diese Einrichtungen gaben nur die Altersspanne der KlientInnen mit pathologischem Glücksspiel an, daher war es nicht möglich einen Durchschnitt zu errechnen

Die in Brandenburg betreuten GlücksspielerInnen sind zwischen 18 und 78 Jahren alt, zumeist Mitte 30. Ausreißer sind eine Person mit 78 Jahren und ein Jugendlicher mit 18 Jahren. Es werden keine Minderjährigen wegen pathologischem Glücksspiel betreut. Mit Blick auf Suchtformen wie Internet- oder Onlinesucht ist hier erneut die Frage zu stellen, ob die Einrichtungen jugendgerechte Angebote machen. Eine Einrichtung erläuterte, dass sie im Jahr 2008 drei Elternpaare wegen problematischen Computerverhaltens der Kinder beraten habe.

Das Ergebnis zeigt eine über das Land ungleiche Verteilung, es scheint so etwas wie „Hochburgen“ zu geben. Unterschiede liegen jedoch nicht im städtischen versus ländlicheren Setting begründet: Zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen besteht kein systematischer Unterschied. Erstaunlich ist, dass auch kein Unterschied zwischen Einrichtungen, die schon im Jahr 2008 am Modellprojekt „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel in Brandenburg“ teilgenommen haben, und anderen festgestellt werden kann.

Zugangswege

Auf welchen Wegen finden die KlientInnen in die BBS? Zehn Einrichtungen machten Angaben hierzu, doch nur acht Einrichtungen quantifizierten auch, wie viele KlientInnen diesen Zugang gewählt hatten (während die anderen nur die jeweiligen Stellen ankreuzten).

Tab. 11: BBS: Zugangswege der KlientInnen (n=10)

	Anzahl von Nennungen/Nennungen mit KlientInnenzahlen	Min. Anzahl KlientInnen	Max. Anzahl KlientInnen	Gesamtzahl KlientInnen
keine Vermittlung/Selbstmelder	10/8	39	215	1.094
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	9/7	3	219	307
Familie/Freunde	10/8	5	72	287
Krankenhaus/Krankenhausabteilung	9/7	15	64	214
Justizbehörde/Bewährungshilfe	10/8	2	39	151
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	9/7	3	33	97
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	10/8	1	25	95
ärztliche- oder psychotherapeutische Praxis	9/7	2	32	86
stationäre Rehabilitationseinrichtung	5/5	4	40	77
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung etc.)	8/7	1	13	48
Einrichtung der Jugendhilfe	8/6	2	21	41
teilstationäre Rehabilitation	6/5	1	36	40
Kosten-, Leistungsträger	8/8	2	27	35
ambulantes betreutes Wohnen	5/5	2	10	24
Adaptionseinrichtung	6/5	1	16	21
Abstinenz-, Selbsthilfegruppen	6/5	2	6	18
niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	5/4	1	6	18
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	5/4	1	7	15
Sozialdienst JVA	7/5	1	7	14
andere Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	6/5	1	5	14
Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	6/5	1	5	11
Sozialpsychiatrischer Dienst	7/5	1	5	10
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	6/4	1	4	9
Institutsambulanz	3/3	1	3	6
teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie	3/3	1	2	4
Jugendamt	3/2	1	2	3
Pflegeheim	1/1	1	1	1
Sonstiges ohne Angaben	4/4	9	104	256

Die meisten KlientInnen kommen auf eigene Initiative oder durch Vermittlung von Familie oder Freunden in die Einrichtung.

An zweiter Stelle steht der Zugang über ARGE, Job-Center u.ä.: 307 KlientInnen kamen auf diesem Weg. Bei den sieben Einrichtungen, die Angaben zu der Zahl der KlientInnen machen, schwanken diese zwischen zehn und 219 KlientInnen. Leider muss einschränkend gesagt werden, dass der hohe Wert im Wesentlichen auf eine Einrichtung zurückzuführen ist. Diese Einrichtung gibt bei der Frage nach den Kooperationspartnern (s. Abschnitt 3.2.8) an, dass mit der ARGE eine schriftliche Kooperationsvereinbarung besteht und fallbezogen gut zusammengearbeitet wird. Jedoch scheint sowohl die Formalisierung als auch der Grad an Kooperation eine Ausnahme darzustellen, da die übrigen Zahlen, wie gezeigt, deutlich niedriger sind.

Mit zusammen 248 KlientInnen kommt auch dem (wohl meist fremdmotivierten) Zugang über das Justizsystem Bedeutung zu. Weitere Zugangswege, die auf mehr als die Hälfte der Einrichtungen zutreffen, gehören dem medizinischen Bereich an: Krankenhaus, Sozialpsychiatrische Dienste, Sozialtherapeutische und Rehabilitations-Einrichtungen sowie niedergelassene Praxen.

Es folgen Arbeitgeber, Betrieb und Schule. Jedoch unterscheiden sich auch hier die Zahlen der KlientInnen, die über einen der Zugangswege kamen, zwischen den Einrichtungen deutlich: So kam bspw. in einer Einrichtung nur eine Person über den Arbeitgeber in die Einrichtung, in einer anderen waren es 25 Personen.

Das Ergebnis zeigt zwar eine große Bandbreite an Zugangswegen und verweist auf die Bedeutung einer umfassenden Vernetzung im regionalen Versorgungssystem, zeigt aber auch noch einige Ausweitungsbedarfe, z.B. in Richtung Jugendhilfe/Schule.

3.2.6 Angebote und Leistungen der BBS

Die Einrichtungen wurden gefragt, welche Angebote und Leistungen sie im Jahr 2008 vorgehalten haben. Anders als im strukturierten Sachbericht wurde hier sehr detailliert nach Leistungen gefragt. Die dafür vorgegebene Liste von Angeboten und Leistungen wurde an die Leistungsbeschreibung in den brandenburgischen Standards (vgl. „Anlage zu den Standards und Qualitätsmerkmalen von BBS für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg“) sowie an jene für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe der DHS angelehnt. Von den 17 an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen machten 16 Angaben zu ihren Angeboten und Leistungen (Stand 2008).

Die Einrichtungen wurden nicht nur um Auskunft gebeten, welche Angebote sie vorhalten. Um Reichweite und Inanspruchnahme der Einrichtung besser erfassen zu können, baten wir zudem um Angaben, wie oft die Leistung durchgeführt wurde und wie viele verschiedene Personen sie in Anspruch genommen haben (jeweils im Jahr 2008). Ein Beispiel: Eine Einrichtung bietet Beratungsgespräche an. 2008 wurden 800 Beratungen durchgeführt für 150 Personen (die Personen nutzen meist mehrere Beratungsgespräche). Ein anderes Beispiel: Eine BBS bietet eine Therapievorbereitungsgruppe an, die Gruppe traf sich 12-mal mit einer festen Teilnehmerzahl von 10 Personen. Hier wären also zwölfmal Durchführungen und zehn TeilnehmerInnen einzutragen (10 TeilnehmerInnen à 12 Treffen) und nicht etwa 120 Teilnahmen.

Bevor nun das Ergebnis dargestellt wird, soll erläutert werden, dass nur sieben der 16 Einrichtungen Angaben zu diesen Punkten machten. Dabei war auffällig, dass die Zahl der Leistungen oftmals mit der Zahl der KlientInnen identisch war. Die telefonische Nachfrage bei drei Einrichtungen bestätigte die Vermutung, dass hier nicht von verschiedenen KlientInnen berichtet wurde, sondern über jeden Fall, in dem die Leistung durchgeführt wurde. Die Einrichtungen gaben an, dass es nicht möglich sei, die Zahl der verschiedenen KlientInnen anzugeben, da nur Leistungen erfasst wurden, jedoch nicht, ob

diese von einer Person ein- oder mehrfach genutzt werden. Dies sei zu aufwändig. Gleiches gilt für Gruppenangebote. Auch war es den meisten Einrichtungen nur möglich, die Zahl der Sitzungen mit der ungefähren Zahl der TeilnehmerInnen zu multiplizieren, Aussagen über die tatsächliche Zahl von TeilnehmerInnen i.S. verschiedener Personen waren nicht möglich.

Aufgrund der beschriebenen Probleme wird hier auf eine tabellarische Darstellung der Daten zu Häufigkeit und Klientenzahl verzichtet und nur das Leistungsangebot allgemein vorgestellt. Auf die spezifischen Daten wird lediglich in einigen (sinnvoll erscheinenden) Einzelfällen eingegangen.

Tab. 12: BBS: Angebote und Leistungen im Jahr 2008 (n=16)

Angebote und Leistungen werden vorgehalten	Anzahl Einrichtungen	in %
Primärprävention		
in Schulen und Jugendeinrichtungen	9	56,3
in Betrieben	4	25,0
Sekundärprävention		
in der Einrichtung	10	62,5
außerhalb der Einrichtung	9	56,3
niedrigschwellige Hilfen und Schadensminimierung		
Krisenintervention und Notfallhilfe	8	50,0
Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischen Hilfen, Kontaktcafé o.ä.	7	43,8
Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung allgemein		
Übernachtungsangebote in Notschlafstellen/Krisenwohnungen		
aufsuchende Maßnahmen		
Hausbesuche, aufsuchende Arbeit im Lebensumfeld der KlientInnen	11	68,8
Beratung in Krankenhäusern, Arztpraxen, Altenheimen	7	43,8
aufsuchende Arbeit in der Wohnungslosenhilfe	3	18,8
Beratung in Justizvollzugsanstalten	3	18,8
Beratung in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung (z.B. Jugend-, Wohnungslosenhilfe)	2	12,5
Streetwork	1	6,3
nachgehende Arbeit	1	6,3
aufsuchende Arbeit in der Jugendhilfe	1	6,3
aufsuchende Arbeit im Bereich Migration und Asylbewerber		
Beratung		
Beratung von Angehörigen	16	100,0
Informationsvermittlung	15	93,8
Vermittlung	15	93,8

Angebote und Leistungen werden vorgehalten	Anzahl Einrichtungen	in %
Motivationsarbeit	14	87,5
problemorientierte Beratung	13	81,3
psychosoziale Betreuung/Begleitung		
allgemeine psychosoziale Betreuung (auch von Substituierten)	5	31,3
psychosoziale Betreuung in Verbindung mit privat genutztem Wohnraum	2	12,5
Behandlung		
Führerscheinkurse	8	50,0
Früherkennung und -intervention	6	37,5
Raucherentwöhnung	6	37,5
ambulante Reha nach Vereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht	6	37,5
ambulante Behandlung/Therapie	6	37,5
Kurzintervention	4	25,0
Behandlung unter Einbeziehung einer Substitution	2	12,5
ambulanter Entzug	1	6,3
Integrationshilfen		
Vermittlung in, Initiierung und Kooperation mit der Selbsthilfe	10	62,5
Gesprächs- u.a. Gruppen	9	56,3
betreute Wohnangebote	7	43,8
Freizeitangebote	2	12,5
Arbeits- und Beschäftigungsangebote und -projekte	2	12,5
Entschuldungshilfen	1	6,3
MultiplikatorInnenarbeit		
Beratung	8	47,1
Schulung	8	47,1

Ein Blick auf das Angebotsspektrum der Einrichtungen zeigt, dass die Beratung von Betroffenen und Angehörigen das vorrangige Angebot darstellt. An zweiter Stelle folgen Primär- und Sekundärpräventionsangebote, die von 13 der 16 Einrichtungen vorgehalten werden. Dabei geht es in der Regel um Primärprävention in Schulen und Jugendeinrichtungen und eher selten in Betrieben. Die Einrichtungen führten 2008 zwischen zwei und 60 Veranstaltungen für zwölf bis 60 TeilnehmerInnen durch.

Obgleich Krisenintervention und Notfallhilfe laut den „Anlagen zu den Standards und Qualitätsmerkmalen von BBS für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg“ zu den Kernaufgaben im Bereich Beratung und Betreuung gehören, hält nur die Hälfte der Einrichtungen dies vor und noch weniger (n = 7) bieten Aufenthalts-, Kontakt- und lebenspraktische Hilfen. Gar nicht zum Leistungsspektrum gehören Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung sowie niedrigschwellige Übernachtungsmöglichkeiten.

Alle 16 Einrichtungen führen aufsuchende Maßnahmen durch, unterscheiden sich aber in Form und Zielort: Am häufigsten werden KlientInnen (auch) zu Hause besucht ($n = 11$) – für das Jahr 2008 wird von zwei bis 124 Hausbesuchen berichtet. Sieben Einrichtungen suchen KlientInnen auch in Krankenhäusern auf; deutlich seltener wird in Heimen, in Justizvollzugsanstalten und an weiteren Orten beraten.

Genauer nachgefragt zeigte sich, dass sieben Einrichtungen einen Teil ihrer Klientel ausschließlich telefonisch bzw. außerhalb der Einrichtung betreuen, Letzteres bezieht sich meist auf Einzelkontakte im Rahmen von Sprechstunden im Krankenhaus. Bei den rein externen Betreuungen handelt es sich in der Regel um Einzelfälle – bis auf eine Einrichtung: Sie gibt an, dass 197 KlientInnen ausschließlich telefonisch und weitere 32 KlientInnen ausschließlich aufsuchend betreut werden und begründet dies u.a. mit dem Wunsch der Klientel nach Anonymität.

Nur sechs Einrichtungen geben an, ambulante Rehabilitation (nach der Vereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht) vorzuhalten, obgleich zwölf Einrichtungen angeben, finanzielle Mittel dafür zu erhalten (vgl. Tab. 2).

Nur zehn Einrichtungen geben an, KlientInnen zu Selbsthilfegruppen zu vermitteln oder Selbsthilfe zu initiieren bzw. mit Selbsthilfegruppen zu kooperieren.

MultiplikatorInnenarbeit führen acht Einrichtungen durch, sowohl in Form von Beratungen als auch von Schulung, überwiegend als Gruppenangebote. Eine Einrichtung erklärt, dass MultiplikatorInnenarbeit im Rahmen von Suchtprävention stattfindet. Eine andere Einrichtung schulte MultiplikatorInnen aus den Bereichen Migrationshilfe (Asylbewerberheim), Integrationshilfe gemäß § 16, SGB II (Job-Center, FallmanagerInnen) und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Werkstätten).

Migrations- und geschlechtsspezifische Angebote

Nach den Standards und Qualitätsmerkmalen von BBS für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg sollen die Einrichtungen auch Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund und geschlechtsspezifische Angebote vorhalten. Dies stellt jedoch eher die Ausnahme dar:

Tab. 13: BBS: Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund und geschlechtsspezifische Angebote ($n=17$)

	Anzahl	in %
spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund	3	17,6
geschlechtsspezifische Angebote	4	23,5

Tatsächlich berichten nur drei Einrichtungen über spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei handelt es sich in zwei Einrichtungen um Kooperationen mit Integrationsfachdiensten für Sprachmittlungsaufgaben.

Vier Einrichtungen geben an, geschlechtsspezifische Angebote vorzuhalten. Dabei handelt es sich jedoch – bei allen Einrichtungen – jeweils um eine Frauengruppe, darunter eine für Essgestörte. Von einer Ausdifferenzierung geschlechtsspezifischen oder gendersensiblen Vorgehens wird ebensowenig berichtet wie über männerspezifische Angebote.

Vermittlungen

Fast alle Einrichtungen hatten angegeben, KlientInnen zu anderen Stellen zu vermitteln (vgl. Tab. 14). 14 Einrichtungen beschreiben genauer, wie viele Vermittlungen in welchem Bereich im Jahr 2008 stattfanden. Allerdings sind die Zahlen nicht vergleichbar, da manche Einrichtungen alle Vermittlungen im Betreuungsverlauf dokumentieren, andere hingegen nur, wohin bei Betreuungsende vermittelt wurde.

Tab. 14: BBS: Vermittlungen nach Bereich (n=14)

Zahl der Vermittlungen	Gesamt	davon Einrichtungen mit Vermittlungen im Bereich ...			
		Alkohol/ Medika- mente	Drogen	Path. Glücks- spiel	Sonstiges
1 bis 5			7	8	3
6 bis 10			3		1
11 bis 20	1	1	3		
21 bis 50	5	4	1		
51 bis 100	4	5			
101 bis 150	2	2			
151 bis 200	2	1			
Gesamt	14	14	14	8	4

Insgesamt nennen die Einrichtungen 15 bis 198 Vermittlungen, die zum größten Teil im Bereich Alkohol/Medikamententherapie stattfinden (zwischen 69 % und 97 % der Vermittlungen). Die KlientInnen werden zumeist in (Fach-)Kliniken vermittelt, des Weiteren aber auch zu Arztpraxen, Wohnhilfen, Schuldnerberatungsstellen, Selbsthilfegruppen sowie zu anderen Suchtberatungsstellen.

Entsprechend der geringeren Betreuung von KlientInnen mit Drogenproblemen, nehmen auch die Vermittlungen in die Drogenhilfe meist unter 20 % der Gesamtvermittlungszahlen ein.

Nur acht der 14 Einrichtungen haben im Jahr 2008 KlientInnen wegen pathologischem Glücksspiel vermittelt, wobei es sich um maximal fünf Fälle handelte.

3.2.7 Qualitätssicherung und Berichterstattung

Der Evaluationsauftrag fokussiert – unter Hinweis auf diesbezügliche Vorgaben in den Richtlinien – in besonderer Weise auf Qualitätssicherungselemente und die Berichterstattung der Einrichtungen. Deshalb wurden die Einrichtungen um Auskunft dazu gebeten, welche Daten auf welche Weise dokumentiert wurden sowie ob und welche Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Fast alle Einrichtungen gaben hierzu Auskunft (s.u. Tab. 16; Angaben in Klammern).

Zunächst jedoch gilt der Blick dem Anamneseprozess, da eine systematische Anamnese den Grundstein für eine zielgerichtete Hilfe legt. Eine Formalisierung trägt hier dazu bei, Mindeststandards zu halten.

Tab. 15: BBS: Anamneseprozess formalisiert bzw. standardisiert (n=16)

	Anzahl	in %
ja	9	56,3
nein	7	43,8
Gesamt	16	100,0

Von den befragten Einrichtungen haben lediglich knapp 56 % den Anamneseprozess formalisiert bzw. standardisiert, darunter einige nur für den Bereich der ambulanten Rehabilitation. Zwei Einrichtungen geben an, dass die Formulare an den EBIS-Datensatzbogen angelehnt sind, der nur begrenzt geeignet ist, Betreuungsbedarf zu bestimmen. Eine Einrichtung gibt an, Anamnese- und andere Daten mit Patfak zu erfassen. Zwei Einrichtungen verfügen über einen Anamnese- und einen Diagnostikbogen.

Welche (weiteren) Maßnahmen der Dokumentation und der Qualitätssicherung gibt es?

Tab. 16: BBS: Dokumentation (n=s. Angaben in Klammern)

	Anzahl	in %
Dokumentation nach KDS (n=17)	17	100,0
EDV-gestützte Dokumentation (n=17)	16	94,1
Erfassung von Leistungen und Maßnahmen (n=15)	15	100,0
regelmäßige Auswertung der erhobenen Daten (n=15)	14	93,3
Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung (n=14)	11	78,6

Alle Einrichtungen dokumentieren auflagentgemäß nach dem deutschen Kerndatensatz, davon 16 EDV-gestützt (zumeist mit Patfak oder EBIS). Eine Einrichtung weist darauf hin, dass der Kerndatensatz nur insofern Beachtung findet, wie es für die Bearbeitung des strukturierten Sachberichts notwendig ist.

Drei Einrichtungen geben an, dass die Daten halbjährlich für den notwendigen Bericht an die Kommune ausgewertet werden. Neun Einrichtungen werten einmal im Jahr aus, meist im Zusammenhang mit der Erstellung des strukturierten Sachberichts.

Elf Einrichtungen berichten über Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wobei sich hier die Angaben zu Art und Ausmaß deutlich unterscheiden. Bspw. werden standardisierte Qualitätsmanagementsysteme eingeführt (DQS, DIN-ISO). Andere besuchen Weiterbildungen oder berichten von der Weiterentwicklung der EDV-gestützten Dokumentation in der Einrichtung. Wiederum andere Einrichtungen verweisen lediglich auf die Nutzung von Teamsupervision oder darauf, dass „Maßnahmen der Geschäftsführung zur Qualitätssicherung durchgeführt [wurden]“.

Berichterstattung

Die Einrichtungen sind verpflichtet, jährlich einen strukturierten Sachbericht anzufertigen, der dann von der Kommune geprüft wird und mit einer Stellungnahme an das Land weitergeleitet werden soll. Die zu Beginn des Projekts durchgeführte Sekundäranalyse hatte jedoch Hinweise erbracht, dass die Verfahren in den Kommunen sich unterscheiden und nur ein Teil der kommunal Verantwortlichen die Berichte prüft. Oben verwiesen ins-

gesamt zwölf Einrichtungen auf Berichte an die Kommune. Wir wollten nun wissen, ob die Einrichtungen über den strukturierten Sachbericht hinaus an die Kommune berichten und welche Kommunikation mit den Kommunen überhaupt stattfindet.

Tab. 17: BBS: Berichterstattung und Kommunikation mit Kommune (n=s. Angaben in Klammern)

	Anzahl	in %
Berichten Sie über den strukturierten Sachbericht hinaus an die Kommune? (n=17)	11	64,7
Planungs-/Zielerreichungsgespräche mit Kommune (n=17)	6	35,3
Sonstiger Austausch mit der Kommune (n=16)	9	56,3

Elf Einrichtungen schildern, dass sie über den strukturierten Sachbericht hinaus an die Kommune berichten. Dieser Wert überschreitet erheblich den von Kommunen gemeldeten Stand: Vier Kommunen hatten die gleichlautende Frage mit „ja“ beantwortet (vgl. Abschnitt 3.4.3). Sechs der Einrichtungen geben an, dass sie der Kommune ausführliche Jahresberichte zur Verfügung stellen und zwei Einrichtungen verweisen auf Darstellungen der Arbeit in politischen Gremien bzw. im Gesundheitsausschuss.

Nur ein knappes Drittel der Einrichtungen führt Planungs- bzw. Zielerreichungsgespräche mit der zuständigen Kommune.

Etwas über die Hälfte der Einrichtungen hat stattdessen oder darüber hinaus in sonstiger Form Austausch mit den Kommunen, zumeist im Rahmen von PSAG- oder anderen Arbeitskreis-Treffen.

3.2.8 Kooperation und Gremienarbeit

Vernetzung und fallbezogene Kooperation gehören zu den in den Standards festgelegten Aufgaben für BBS in Brandenburg. Die Einrichtungen wurden deshalb gefragt, an welchen Gremien sie mitarbeiten und mit welchen Einrichtungen sie kooperieren.

Alle 17 Einrichtungen machten Angaben zu den Gremien und Arbeitskreisen, an denen sie im Jahr 2008 als Einrichtung teilgenommen haben. Demnach beteiligten sich zehn Einrichtungen an der regionalen PSAG und sechs an dem regionalen AK Sucht, eine Einrichtung sogar an beidem. Insgesamt sind 15 der 17 Einrichtungen in eines der Gremien eingebunden, die sich zwischen drei- und sechsmal im Jahr treffen. Sieben Einrichtungen beteiligten sich am AK Suchtprävention und sechs Einrichtungen am AK ambulante Einrichtungen. Drei Einrichtungen nehmen am AK ambulante Einrichtungen der BLS (Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren) teil.

Hinzu kommen verschiedene regionale und überregionale Gremien, die zumeist von einer Einrichtung besucht wurden. Hierzu zählen bspw. der AK Daten/Berichterstattung und der AK Patfak Light, der AK Frauen und Sucht sowie die Netzwerktreffen zu FReD plus und Realize it!

Bei der Frage nach den Kooperationsbeziehungen der BBS wurde zwischen institutioneller und fallbezogener Kooperation unterschieden. Des Weiteren wurde jeweils danach gefragt, ob diese Kooperation formalisiert, i.d.R. mit einer schriftlichen Vereinbarung, erfolgt oder auf mündlichen/informellen Kontakten, auf Traditionen etc. beruht. Das Ergebnis ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tab. 18: BBS: Kooperationspartner (n=17)

Kooperation mit ...	institutionelle Kooperation				fallbezogene Kooperation			
	informell		schriftlich vereinbart		informell		schriftlich vereinbart	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Selbsthilfe(-Gruppe)	14	82,4	3	17,6	7	41,2	1	5,9
Krankenhaus/Krankenhausabteilung	8	47,1			12	70,6	1	5,9
Suchtberatungs- und/oder Behandlungsstelle	7	41,2	3	17,6	7	41,2	2	11,8
stationäre Einrichtung	7	41,2			13	76,5		
Sozialpsychiatrischer Dienst	7	41,2	2	11,8	13	76,5	2	11,8
Arbeitsagentur, ARGE/Job-Center	7	41,2	4	23,5	12	70,6	5	29,4
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	6	35,3	1	5,9	14	82,4	1	5,9
niedrigschwellige Einrichtung	6	35,3	2	11,8	7	41,2	2	11,8
Gesetzliche Betreuer	6	35,3			15	88,2	1	5,9
Institutsambulanz	5	29,4			10	58,8		
stationäre Rehabilitation/Fachklinik	5	29,4			15	88,2	1	5,9
Bewährungshilfe	5	29,4			13	76,5	1	5,9
ambulant betreutes Wohnen	4	23,5	3	17,6	8	47,1	1	5,9
Adaptionseinrichtung	4	23,5			11	64,7	1	5,9
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	4	23,5			6	35,3		
Jugendgerichtshilfe	4	23,5	1	5,9	11	64,7	3	17,6
Jugendhilfe/Jugendamt	4	23,5	1	5,9	14	82,4	1	5,9
Dienste zur Beratung im Strafvollzug	3	17,6	1	5,9	9	52,9	1	5,9
KBS	3	17,6			1	58,8		
teilstationäre Einrichtung	2	11,8			5	29,4		
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung					6	35,3		
Gesamt	111		21		209		24	

Alle befragten Einrichtungen berichten über Kooperationen mit anderen Stellen, insgesamt werden 132 institutionelle und 233 fallbezogene Formen von Zusammenarbeit angegeben. Diese sind jedoch eher selten schriftlich fixiert (insgesamt 45-mal). Zum Teil ist jedoch auch die Schriftlichkeit kein Gütekriterium. In den Gesprächen mit den BBS gab es Hinweise auf vom Zuwendungsgeber „verordnete“ Kooperationsverträge, die aufgrund fachlicher Differenzen in der Praxis nicht umgesetzt werden. Fallbezogene Kooperationen sind fast durchgängig häufiger als institutionelle Kooperationen und basieren noch öfter auf informellen Kontakten.

Betrachtet man zunächst die Ergebnisse zur *institutionellen Kooperation*, so fällt auf, dass mit 14 Einrichtungen, die angeben, mit Selbsthilfegruppen zu kooperieren, diese Vernetzung an erster Stelle steht. Das Ergebnis verwundert allerdings in der Höhe, da nur zehn Einrichtungen angegeben hatten, KlientInnen zu Selbsthilfe zu vermitteln (vgl. Abschnitt 3.2.6).

Etwa die Hälfte der Einrichtungen berichtet über Kooperationen mit Krankenhäusern und (anderen) stationären Einrichtungen sowie mit anderen Suchtberatungsstellen und mit Sozialpsychiatrischen Diensten. Im Vergleich zu den anderen Kooperationen ist die Kooperation mit Arbeitsagenturen, ARGEN/ und Job-Centern eher häufig schriftlich fixiert. Die BBS übernehmen hier Aufgaben nach SGB II, § 16.

Die weiteren Kooperationspartner werden nur noch von maximal einem Drittel der Einrichtungen genannt, obwohl sich hierunter so relevante Instanzen wie niedergelassene ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen, Fachkliniken und andere Rehabilitationsangebote befinden. Entsprechend der insgesamt geringen Erreichung Jugendlicher durch die BBS spielen auch die entsprechenden Instanzen wie z.B. Jugendamt oder Jugendgerichtshilfe nur marginale Rollen. Mit Blick auf die – mögliche – Kooperation der BBS mit Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke ist festzuhalten, dass darüber drei Einrichtungen berichten, darunter nur einmal zu konkreten Fällen. Dies kann als erster Hinweis dafür gelten, dass diese beiden Einrichtungsformen wenig gemeinsame Aufgaben bzw. Klientel haben.

Wie schon genannt, kommt *fallbezogene Kooperation* insgesamt öfter vor. Ausnahmslos alle Befragten berichten über fallbezogene Kooperation mit den SGB-II-Einheiten, davon fünf auf der Grundlage von Verträgen. Fast alle (13 bis 15 von 17) Einrichtungen haben fallbezogen mit gesetzlichen BetreuerInnen, Fach- und Allgemeinkliniken, sozialpsychiatrischen Diensten und niedergelassenen ÄrztInnen zu tun. Dass auch 15 Einrichtungen fallbezogene Kontakte mit Jugendämtern angeben, resultiert vermutlich eher aus der Arbeit mit betroffenen Eltern als aus der Beratung Jugendlicher. Allerdings verweisen 14 Einrichtungen auch auf eine Zusammenarbeit mit der Jugendgerichtshilfe sowie – in ähnlichem Umfang – mit der Bewährungshilfe.

Fallbezogene Kooperation kann eine große Breite von Maßnahmen umfassen. Wir wollten genauer wissen, ob es dabei auch um gemeinsame Hilfeplanung oder Fallkonferenzen geht. Dies ist jedoch nur ausnahmsweise der Fall:

Neun Einrichtungen berichten über Fallkonferenzen mit anderen Diensten im Jahr 2008. Sechs Einrichtungen quantifizierten dies: Demnach wurden für 3, 6, 8, 9, 20 und 60 Fälle gemeinsame Fall- oder Hilfekonferenzen durchgeführt, vor allem mit Jugend- und Sozialämtern.

3.2.9 Zusammenfassende Beurteilung der Einrichtungen

Abschließend wurden die Einrichtungen gefragt, wie sie insgesamt ihre Situation derzeit einschätzen. Alle 17 Einrichtungen machten dazu Angaben.

Tab. 19: BBS: Abschließende Einschätzungen (n=17)

	sehr gut		eher gut		unentschieden		eher schlecht		sehr schlecht	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
personelle Situation/Ausstattung	4	23,5	6	35,3	5	29,4	1	5,9	1	5,9
räumliche/sachliche Situation/Ausstattung	4	23,5	10	58,8	2	11,8	1	5,9	0	0,0
finanzielle Situation/Ausstattung	1	5,9	7	41,2	3	17,6	3	17,6	3	17,6
Zusammenarbeit mit anderen Diensten/Einrichtungen	2	11,8	11	64,7	4	23,5	0	0,0	0	0,0
Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen der Kommune	3	17,6	4	23,5	7	41,2	2	11,8	1	5,9

Insgesamt beurteilen die Einrichtungen ihre Lage überwiegend positiv. Vor allem mit der räumlichen/sachlichen Ausstattung besteht überwiegend Zufriedenheit, über 80 % der Einrichtungen bewerten diesen Aspekt als (*eher*) *gut*. Positiv wird meist auch die Zusammenarbeit mit anderen Diensten oder Einrichtungen bewertet, wenngleich auch einige Befragte Bedarf nach mehr und verbindlicherer Kommunikation äußerten.

Im mittleren Bereich liegen die Wertungen für die finanzielle Situation/Ausstattung: Acht Einrichtungen sagen (*eher*) *gut*, drei sind unentschieden und sechs Einrichtungen bewerten die finanzielle Situation als (*eher*) *schlecht*. In den Gesprächen wurde deutlich, dass Unzufriedenheit sich weniger aus der Höhe der Mittel ergibt als aus fehlender Planungssicherheit aufgrund der Jährlichkeit der Zuwendungen.

Am schwierigsten erscheint die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen der Kommune: Zwar zeigen sich sieben Befragte zufrieden, aber weitere sieben Einrichtungen sind *unentschieden* und dreimal wird die Kooperation als (*eher*) *schlecht* eingeschätzt. Alle Befragten bekamen Gelegenheit, detaillierter darzulegen, wo sie Schwachstellen in der Zusammenarbeit mit der Kommune sehen. Davon machten sechs Einrichtungen Gebrauch. Drei Einrichtungen bemängeln, dass es keine Rückmeldungen zum Sachbericht gebe und die Kommune, speziell die SGB-II-Einheit, wenig Interesse an inhaltlichen Aspekten der Suchthilfe zeige und auch nur diffuse Aufträge an die BBS formuliere. Eine Einrichtung sieht bei der Kommune wenig Flexibilität und zudem eine zu hohe Anspruchshaltung. Weitere Hinweise betreffen unzureichende Mittel für die Suchthilfe, Schwierigkeiten bei der Gewährung von Eingliederungshilfen für Suchtkranke sowie die fehlende Planungssicherheit.

Dementsprechend regen die Befragten an, eine regelmäßige Kooperation schriftlich zu fixieren oder in feste Strukturen einzubinden und so einen besseren Informationsaustausch, regelmäßige Fallkonferenzen u.ä. sicherzustellen. Gewünscht wurden zudem klarere Verantwortlichkeiten in der Kommune und Ressourcen für Planung.

3.3 Ergebnisse der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke

Es wurden 24 Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke (KBS) in 18 Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten angeschrieben. Davon sandten 14 den Fragebogen ausgefüllt zurück (58 %). Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt, wobei die gleiche Binnengliederung wie im Kapitel zu den Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke verwendet wird.

3.3.1 Rahmendaten und Finanzierung

Die Einrichtungen wurden gefragt, ob sie nur über eine Hauptstelle oder über eine Hauptstelle mit Nebenstellen berichten. Alle 14 Einrichtungen beantworteten diese Frage.

Tab. 20: KBS: Haupt- und Nebenstellen (n=14)

	Anzahl	in %
nur Hauptstelle	9	64,3
Hauptstelle mit einer Nebenstelle	3	21,4
Hauptstelle mit 2 Nebenstellen	2	14,3
Gesamt	14	100,0

Anders als bei den BBS handelt es sich bei zwei Drittel der Einrichtungen um die Hauptstelle i.S. des einzigen Standortes. Lediglich fünf Einrichtungen haben eine oder zwei Nebenstellen.

Wie auch bei den BBS gilt für die Finanzierung der KBS die Vorgabe, dass der Anteil der Kommune mindestens 20 % betragen muss. Eine Einrichtung machte keine Angaben zur Herkunft der Finanzmittel, bei den übrigen stellt sich die Finanzierung „einfacher“ dar als im Falle der BBS, wie die folgende Übersicht belegt:

Tab. 21: KBS: Finanzierung der Einrichtung im Jahr 2008 (n=13)

Einrichtung	Mittelherkunft			
	Kommune	Land	Ges. Kom. / Land	Sonstiges
1	73,2	23,6	96,8	3,2
2	40,0	60,0	100,0	
3	25,0	48,0	73,0	27,0
4	35,0	60,0	95,0	5,0
5	79,3	20,2	99,5	0,5
7	75,0	25,0	100,0	
8	30,0	70,0	100,0	
9	73,0	24,0	97,0	3,0
10	27,5	72,5	100,0	
11			100,0	
12	53,2	27,0	80,2	19,8
13	20,0	80,0	100,0	
14	33,0	67,0	100,0	

Die Tabelle belegt, dass die Finanzierung nahezu ausschließlich bei Land und Kommunen liegt, lediglich sechs Einrichtungen nannten weitere und meist geringe Mittel, darunter vor allem Eigenmittel des Trägers. Zudem kann eine Einrichtung Spenden zur Deckung der Mietkosten einsetzen.

Bei den zwölf Einrichtungen, die differenzierte Angaben zur Verteilung der Mittel aus Land und Kommune machten, entsprechen die Anteile den Vorgaben der Richtlinie. Allerdings differieren die Verteilungen sehr: Die kommunalen Mittel streuen z.B. von den geforderten 20 % bis hin zu 79,3 %.

3.3.2 Konzeption

Die Einrichtungen wurden gefragt, ob sie über eine Konzeption verfügen und falls ja, von wann diese ist bzw. in welchem Jahr die schriftliche Konzeption zuletzt aktualisiert wurde. Zudem wurden auch die KBS gefragt, ob in der Konzeption auch Aspekte zu path. Glücksspiel in der Konzeption vorhanden sind und ob die Einrichtungen im Hinblick auf die Konzeption einen Veränderungsbedarf sehen. Alle 14 Einrichtungen beschrieben ihre Konzeption:

Tab. 22: *KBS: Jahr der Konzeption, Berücksichtigung von Aspekten zu pathologischem Glücksspiel sowie Veränderungsbedarf hinsichtlich der Konzeption (n=14)*

Einrichtungsnummer	letzte Konzeption aus dem Jahr	Aspekte zu path. Glücksspiel in Konzeption vorhanden	Veränderungsbedarf bei der aktuellen Konzeption
1	2008		
2	2008		
3	2007		
4	2008		
5	2006		
6	2002		x
7	2002		x
8	2007		x
9	2006		x
10	2007		
11	2005		x
12	2006		
13	2008		
14	2008		
Gesamt		0	5

Alle Einrichtungen verfügen über eine schriftliche Konzeption, die zwischen ca. einem und sieben Jahren alt sind, womit sie deutlich aktueller sind als diejenigen der BBS. Die befragten Kontakt- und Beratungsstellen verfügen also vermutlich mehrheitlich über eine den aktuellen Gegebenheiten angepasste Konzeption, was auch dadurch bestätigt wird, dass nur fünf Einrichtungen Ergänzungs- bzw. Weiterentwicklungsbedarfe bzgl. ihrer Konzeption sehen.

Veränderungsbedarf wird gesehen hinsichtlich der Beratung von Personen mit Suchtproblemen, der Hilfe für Kinder von psychisch kranken Eltern und der Hinzunahme niedrigschwelliger therapeutischer Angebote in Form von Einzelgesprächen.

Keine Einrichtungskonzeption behandelt Pathologisches Glücksspiel. In den Gesprächen mit den Einrichtungen wurde bestätigt, dass diese Gruppe nicht zur Zielgruppe der Angebote gehört und hier auch nicht erscheint.

3.3.3 Öffnungszeiten

Im Gegensatz zu den BBS gibt es bei den KBS klare Vorgaben zu den Öffnungszeiten. In der „Leistungsbeschreibung für die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke im Land Brandenburg“ heißt es dazu: „Die Öffnungszeiten richten sich nach dem Bedarf, dem Versorgungsauftrag und den vorhandenen personellen Ressourcen. Es soll eine Öffnungszeit von mindestens 29 Stunden pro Woche gewährleistet werden.“ Die im Folgenden dargestellten Öffnungszeiten beruhen auf den Angaben im strukturierten Sachbericht und ggf. in der Befragung gemeldeten Veränderungen. Wenn Öffnungszeiten von Nebenstellen explizit angegeben wurden, dann sind diese in der Tabelle nach den Öffnungszeiten der Hauptstelle dargestellt.

Tab. 23: KBS: Öffnungszeiten (n=14)

Einrichtung	Anzahl NS	Wochenstunden	Samstag	Sonntag	sonstiges
01	1	35	-	-	
02	-	36	6	6	Sa/So nur 2x/Monat und z.T. an Feiertagen geöffnet
03	2	24,5 / 10 / 11	0,5	-	wochentags zusätzlich nach Vereinbarung geöffnet, samstags einmal monatlich für alle drei Stellen
04	-	31	3	-	weitere Termine, auch an Feiertagen, auf Anfrage möglich
05	-	37	-	-	montags zusätzlich 1x/Monat 2 Std. Psychoseseminar
06	-	30	-	-	
07	-	29,5	-	-	samstags nur zu Festen und Feiern
08	-	30	-	-	samstags: Ausflüge usw.
09	1	28	-	-	Sa./So.: nach Vereinbarung, bei Veranstaltungen
10	2	25,5	-	-	außerhalb der Öffnungszeiten Termine für Beratung nach Absprache möglich
11	1	27,5	-	-	
12	-	30	-	-	
13	-	29	-	-	montags keine festen Öffnungszeiten, aber nach Absprache Einzelgespräche

Einrichtung	Anzahl NS	Wochenstunden	Samstag	Sonntag	sonstiges
14	-	35	-	-	jeden 3. Freitag 3 Std. länger geöffnet (bis 17:00)

Die Öffnungszeiten der Einrichtungen variieren zwischen 25,5 und 37 Stunden pro Woche, d.h., einige KBS (n = 4) unterschreiten die vorgeschriebene Öffnungszeit oder realisieren sie nur, wenn man die Zeiten von Haupt- und Nebenstelle(n) addiert. Die durchschnittliche Dauer der Öffnungszeit beträgt 28 Wochenstunden. Vier Einrichtungen betonen, dass außerhalb der regulären Öffnungszeiten auf Anfrage weitere Termine vereinbart werden können, davon in drei Einrichtungen ggf. auch an Samstagen und Sonn- bzw. Feiertagen.

Nur drei Einrichtungen halten samstags Beratungsangebote vor, meist aber nur ein- bis zweimal im Monat oder nur zu bestimmten Anlässen. Eine öffnet alle zwei Wochen auch sonn- und/oder feiertags. Auch hier gilt: Sonn- oder feiertags wird nur ein- bis zweimal monatlich geöffnet oder nur nach Vereinbarung bzw. Bedarf. Hinzu kommen situativ veranlasste Öffnungen zu bestimmten Anlässen.

Zwei Einrichtungen planen Änderungen der Öffnungszeiten, eine Einrichtung möchte – aufgrund der hohen Anzahl neuer Besucher – die Öffnungszeiten um vier Stunden verlängern. Demgegenüber plant eine andere Einrichtung eine Kürzung der Öffnungszeiten, da die finanziellen Mittel „schon jetzt nicht ausreichen, um ein dem Bedarf angemessenes personelles und inhaltliches Angebot vorzuhalten“.

Die insgesamt knappen Öffnungszeiten stehen in direktem Zusammenhang mit einer ebenso knappen personellen Ausstattung (vgl. nächster Abschnitt).

3.3.4 Personal und Qualifikation

Die Vorgaben für die Personalausstattung der KBS sehen vor, dass „Jede KBS mit mindestens 1,3 Vollkräften (VK) zu besetzen [ist]. Dabei sollen pro KBS in der Regel zwei Mitarbeiter eingesetzt werden, wovon eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter Fachkraft sein soll, die den überwiegenden Teil der Öffnungszeiten abdeckt. Als Fachkraft gelten insbesondere Psychologen/Psychologinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, Krankenschwester/-pfleger mit psychiatrischer Zusatzausbildung, Heilpädagogen/Heilpädagoginnen, Heilerziehungspfleger/Heilerziehungspflegerinnen, pädagogisches Personal mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“

Die hier dargestellte Personalausstattung basiert auf den Angaben in den strukturierten Sachberichten 2007 und ggf. in den in der schriftlichen Befragung genannten Veränderungen.

Tab. 24: KBS: Personalausstattung (n=14)

Nr.	Personal						GESAMT Stellen	Anzahl Beschäftigte
	Leitung	Psychologe	Therapeut	Betreuer/Pfleger/Pädagoge/Sozialarbeiter/Berater	MAE	Sonstige		
01	1,0			0,8	x		1,8	4
02	1,0			0,5			1,5	2
03	0,875			0,625			1,5	4
04		Psychologe als zusätzlicher Mitarbeiter (nicht dauerhaft)		1,5			1,5	3
05	0,9			1,125	0,625		2,65	4
06	0,875		0,8				1,675	2
07				1,55			1,55	2
08				1,0			1,0	1
09				0,8	0,25		1,05	2
10				1,3			1,3	4
11	0,3			1,0			1,3	3
12				1,15			1,15	2
13	0,75					0,55	1,3	2
14	0,5			1,0			1,5	3
Gesamt	6,2	?	0,8	12,35	0,875	0,55	20,775	38

In den KBS sind insgesamt 38 Personen auf knapp 21 Stellen (im Sinne von Vollzeit-äquivalenten) beschäftigt. Die Zahl der Vollzeitstellen pro KBS variiert zwischen 1,0 und 2,65, im Durchschnitt beträgt sie 1,37 Stellen pro Einrichtung und entspricht damit in elf Fällen den Mindestvorgaben. In drei Einrichtungen liegt die personelle Ausstattung jedoch unter dieser Vorgabe, davon ist in einer dieser Einrichtungen auch nur ein einzelner Mitarbeiter tätig. In den übrigen Einrichtungen variiert die Beschäftigtenzahl zwischen zwei und vier Personen.

Sechs von 14 Einrichtungen verfügen nicht über eine Leitung, was angesichts der beschränkten Personalausstattung nicht weiter wundert. Zudem wurde in den Gesprächen erläutert, dass ein Teil der KBS zu größeren Einrichtungsverbänden mit einer Gesamtleitung gehört.

Die größten Beschäftigtengruppen sind BetreuerInnen, Pflegekräfte, PädagogInnen oder SozialarbeiterInnen. PsychologInnen sind gar nicht eingebunden – mit einer zeitlich befristeten Ausnahme. Damit ist das Personalspektrum deutlich homogener als in den BBS.

Wie stellt sich die Situation bezüglich Supervision und Fortbildung dar?

Tab. 25: KBS: Supervision (Stand 2008, n=14)

	Anzahl	in %
ja, regelhaft	8	57,1
ja, bei Bedarf	2	14,3
nein	4	28,6
Gesamt	14	100,0

2008 erhielten die Mitarbeitenden in insgesamt zehn Einrichtungen (71,4 %) Supervision; davon in acht Einrichtungen regelhaft. Die Häufigkeit der Supervision variiert zwischen vier- und elfmal im Jahr, im Mittel siebenmal im Jahr.

Mittel zur Fort- und Weiterbildung stehen elf der 14 Einrichtungen zur Verfügung. Die Höhe des Weiterbildungsbudgets variiert zwischen 75,- Euro und 1.500,- Euro, im Mittel beträgt der Etat 740,- Euro. Damit unterschreiten die Fortbildungsmittel den Rahmen in den BBS erheblich und es ist fraglich, wie viel Fortbildung damit realisierbar ist.

Die Einrichtungen fokussierten 2008 mit der Fortbildung auf Weiterbildungen zu ausgewählten Krankheitsbildern sowie zu Doppeldiagnosen, darunter auch zum Themenbereich Sucht und psychiatrische Erkrankungen. Weitere Themen waren: Wege der störungsspezifischen und lebenslagenbezogenen Intervention/Krisenintervention, Wirkung von und Umgang mit Psychopharmaka, Gesprächsführung in Konfliktsituationen, Gestaltung des Tages und sinnstiftende Beschäftigung, personenzentrierte Hilfen, Änderungen der Pflegereform sowie Veränderungen in der Psychiatrielandschaft. Einige Maßnahmen galten dem Abgleich mit Standards und Ansätzen anderer Leistungsanbieter sowie der Vertiefung und Aktualisierung von Grundlagenkenntnissen. Eine Person nahm an einer gemeindepsychiatrischen Zusatzausbildung teil.

Das Thema Pathologisches Glücksspiel spielte bisher keine Rolle, lediglich eine Einrichtung plant für 2009, Fortbildungen in dieser Richtung zu besuchen.

3.3.5 Klientel

Analog zu den BBS wurden auch die KBS nach ihrer Klientel gefragt. Die Abfrage der Klientelzahlen erfolgte ähnlich wie im strukturierten Sachbericht, nur dass die Einrichtungen gebeten wurden, die BesucherInnen nach Geschlecht zu unterscheiden. Auf eine Unterscheidung nach Stammbesuchern und anderen wurde verzichtet.

Alle Einrichtungen machten Angaben zu den Klientenzahlen, doch konnte kaum eine Einrichtung an dieser und den folgenden Stellen alle erfragten Daten angeben. Dies wurde u.a. damit begründet, dass die fehlenden Angaben weniger in einer fehlenden Dokumentation begründet liegen als vielmehr „in dem durch die Leistungsbeschreibung umrissenen Auftrag“. Die gewünschten Zahlen würden in dieser Form nicht erfasst, weil die Einrichtungen sich als niedrighschwelliges Angebot verstehen, in dem die NutzerInnen nicht „ausgefragt“ würden. Eine Einrichtung merkte an, dass für die Beantwortung der Fragen die internen Übersichten zu den Stammbesuchern zugrunde gelegt wurden und die Angaben deshalb lediglich Schätzungen darstellen.

Gleichwohl werden in der folgenden Tabelle die von den Einrichtungen gemachten Angaben vorgestellt.

Tab. 26: KBS: KlientInnenzahlen (n=13)

Einr. Nr.	Betroffene			davon ausschließ- lich telefonisch			davon ausschließ- lich außerhalb der Einrichtung			Angehörige			davon ausschließ- lich telefonisch			davon ausschließ- lich außerhalb der Einrichtung		
	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	weib- lich	männ- lich	Ge- samt	weib- lich	männ- lich	Ge- samt
1	30	28	58							4	3	7						
2	38	35	73	10	8	18				12	5	17	2	2	4			
3	121	59	180							28	8	36						
4	63	30	93	5	2	7				13	2	15						
5	120	40	160									150			80			
7	18	15	33	2	0	2	0	0	0	7	2	9	1	0	1	0	0	0
8	65	25	90	0	0	0	0	0	0	5	3	8	2	3	5	3	0	3
9	73	51	124	5	3	8	1	0	1	12	5	17	2	0	2	0	0	
10	169	95	264	10	2	12				34	28	62	6	2	8			
11	50	40	90	0	1	1	2	1	3	8	4	12	0	0	0	0	0	0
12	21	17	38							2	0	2						
13	48	33	81	9	5	14				7	4	11	7	3	10			
14	185	96	281				26	11	37	51	22	73				4	0	4
Gesamt	1.001	564	1.565	41	21	55	29	12	41	183	86	419	20	10	110	7	0	7

Erfreulich ist, dass es allen Einrichtungen möglich war, sowohl die Gesamtzahl der selbst betroffenen NutzerInnen, als auch die Gesamtzahl der Angehörigen anzugeben. Bei den Betroffenen war es auch allen Einrichtungen möglich, das Geschlecht der KlientInnen anzugeben. Bei den Angehörigen war dies nur einer Einrichtung nicht möglich.

Insgesamt nennen die Einrichtungen über 1.565 Betroffene und 419 Angehörige. Auffallend sind die großen Unterschiede zwischen den Einrichtungen, die in etwa vergleichbar groß sind. Die Zahl der KlientInnen (Betroffene und Angehörige) schwankt zwischen 40 und 354 Personen. Betrachtet man nur die KlientInnen, die selbst betroffen sind, reichen die Zahlen von 33 bis 281 Personen. Möglicherweise wurden hier z.T. nicht Klientenzahlen im erfragten Sinn angegeben, sondern die Anzahl der Stammbesucher.

Acht Einrichtungen betreuen einen kleineren Teil ihrer Klientel ausschließlich telefonisch (55 Betroffene und 110 Angehörige). Der hohe Wert von 110 ausschließlich telefonisch beratenen Angehörigen fällt zu drei Viertel bei einer Einrichtung an ($n = 80$) und verzerrt insofern das Gesamtbild, als die übrigen Einrichtungen nur ein bis zehn Angehörige rein telefonisch beraten.

Insgesamt betreuen oder beraten die einzelnen KBS zwischen zwei und 150 Angehörigen. Betrachtet man die prozentualen Anteile der Betroffenen und Angehörigen an der Gesamtzahl der Klienten, zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Einrichtungen der Anteil der Betroffenen an den Klienten insgesamt zwischen 78 % und 89 % liegt.

Die Geschlechterverteilung zeigt, dass es unter der Klientel sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Angehörigen mit einem Anteil von knapp zwei Drittel mehr Frauen als Männer gibt.

Diagnosen

Die Einrichtungen wurden gefragt, welche Störungen und Probleme bei ihrer Klientel vorliegen, wobei auftragsgemäß explizit auch pathologisches Glücksspiel erfragt wurde. Zwölf Einrichtungen machten Angaben dazu, z.T. jedoch ohne eine Quantifizierung, wie viele KlientInnen von der jeweiligen Störung betroffen waren. Dies werde zahlenmäßig nicht erfasst. Drei Einrichtungen wiesen darauf hin, dass sich die Angaben nur auf Stammbesucher beziehen.

Die Daten unterliegen also Einschränkungen, sollen hier gleichwohl vorgestellt werden:

Tab. 27: KBS: Psychische Störungen/Problembereiche der KlientInnen ($n=12$)

Psychische Störungen und Problembereiche	Anzahl Einrichtungen	KlientInnen		Gesamt
		weiblich	männlich	
Psychosen des schizophrenen Formenkreises	12	126	108	234
affektive Störungen, z.B. depressive oder manische Störungen	12	203	107	310
neurotische und Persönlichkeitsstörungen, z. B. Angstpatienten	12	132	71	203
Pathologisches Glücksspiel	3	0	5	5
Sonstiges	9	84	49	133
Gesamt		545	340	885

Die Einrichtungen nennen Störungen und Problembereiche von 885 KlientInnen. Am häufigsten handelt es sich dabei um affektive Störungen und Psychosen des schizophrenen Formenkreises. Personen mit neurotischen und Persönlichkeitsstörungen werden zwar ebenfalls in der Mehrzahl aller Einrichtungen betreut, treten aber etwas seltener auf.

Die Geschlechterverteilung zeigt, dass mit Ausnahme des Problembereichs Pathologisches Glücksspiel die Anzahl der Frauen bei allen psychischen Störungen und Problembereichen im Vergleich zu der Anzahl der Männer deutlich überwiegt.

Nur in drei Einrichtungen gibt es insgesamt fünf Einzelfälle mit Pathologischem Glücksspiel. Die Einrichtungen erläuterten, dass für diese Zielgruppe im Allgemeinen Sucht- und Schuldnerberatungsstellen die vorrangigen Ansprechpartner darstellen und man Personen mit dieser Problematik, sollten sie in die KBS kommen, aktiv dorthin verweisen würde. Lediglich eine Einrichtung zeigt sich aufgeschlossen für das Thema Pathologisches Glücksspiel und wünscht mehr Informationen zu diesem Problembereich sowie eine Erörterung im Ligafachausschuss Psychosoziale Hilfen.

Alter

Nach dem Alter der Klientel befragt, machten zwölf KBS Angaben. Die übrigen verwiesen darauf, dass das Alter generell – wenn überhaupt – nur bei StammbesucherInnen erfasst wird. Dies gilt auch für weitere fünf Einrichtungen, sodass sich die Altersangaben einmal auf die Gesamtklientel, ein anderes Mal nur auf die StammbesucherInnen beziehen.

Tab. 28: KBS: Altersverteilung der KlientInnen (n=12)

Altersgruppe (Jahre)	Anzahl Einrichtungen	weiblich	männlich	Gesamt
bis 19 Jahre	4	5	5	10
20 – 25 Jahre	7	16	9	25
26 – 29 Jahre	11	31	21	52
30 – 39 Jahre	12	72	58	130
40 – 49 Jahre	12	175	102	277
50 – 59 Jahre	12	211	123	334
> 60 Jahre	12	77	45	122
keine Angabe	2			
Gesamt	14	587	363	950

Insgesamt wird von 950 KlientInnen das Alter angegeben. Demnach werden schwerpunktmäßig Menschen zwischen 30 und 59 Jahren betreut. Die größte Gruppe ist zwischen 50 und 59 Jahren alt.

Wie im Suchtbereich, werden auch in den KBS nur wenig junge Menschen betreut: Nur in einem Drittel der Einrichtungen sind KlientInnen unter 20 Jahre alt, etwas mehr betreuen Personen zwischen 20 und 25 Jahren. Wieder überwiegen durchgängig die Frauen.

Von den betreuten Glücksspielern waren vier unter 30 und einer über 50 Jahre alt.

Zugangswege

Auf welchen Wegen kommen die KlientInnen in die KBS? Alle 14 Einrichtungen schilderten Zugangswege der KlientInnen. Im Gegensatz zur Befragung der BBS wurden hier jedoch nicht die Zahlen der KlientInnen abgefragt, die auf die einzelnen Zugangswege entfielen. Stattdessen wurden die fünf wichtigsten Zugänge erfragt. Tatsächlich beschränkte sich eine Einrichtung auf nur einen Zugangsweg und zwei Einrichtungen benannten je nur drei Zugangswege. Die Tabelle zeigt das Ergebnis:

Tab. 29: KBS: Zugangswege der KlientInnen (n=14)

	Anzahl von Nennungen
Selbstmelder, Öffentlichkeitsarbeit, Flyer, Zeitung	10
Ärzte und Fachärzte	10
Psychiatrische Klinik, Fachklinik, Landeskrankenhaus	10
Tagesklinik, Institutionsambulanz	10
Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt	7
Psychologen, Therapeuten	3
andere Besucher/Betroffene	3
Angehörige/Freunde/Bekannte	3
gesetzliche BetreuerInnen	2
Sozialamt	2
Selbsthilfegruppe	1

Ein Blick auf die Zugangswege zeigt deutlich, dass die KlientInnen entweder aus eigenem Antrieb in die KBS kommen, d.h. nach Informationen aus den Medien. Oder sie kommen auf Hinweis von (Fach)ÄrztInnen oder von Fachkliniken (stationär und ambulant). Die KBS scheinen im psychiatrischen Versorgungssystem gut bekannt zu sein, denn die Institutionen der Psychiatrie sind die mit Abstand wichtigsten „Zubringer“ für die KBS.

Auch niedergelassene TherapeutInnen motivieren die KlientInnen, eine KBS aufzusuchen. Zudem finden KlientInnen auf Hinweis anderer NutzerInnen oder von Angehörigen den Weg in die Einrichtungen. Eine Selbsthilfegruppe wird lediglich einmal als relevanter Zugangsweg genannt, vielleicht ist der Weg hier ein umgekehrter: Erst durch die KBS wird die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen initiiert.

3.3.6 Angebote und Leistungen der KBS

Die Abfrage der Angebote und Leistungen der Einrichtungen erfolgte anders als im strukturierten Sachbericht. So wurde z.B. getrennt nach personenbezogenen Leistungen und Gruppenangeboten gefragt. Bei den personenbezogenen Leistungen wurde eine Liste von verschiedenen Leistungen, unterteilt in niedrigschwellige Hilfen, Beratung sowie aufsuchende Arbeit/Begleitung vorgelegt, die von den Befragten nach Bedarf ergänzt werden konnte. Die in der Liste aufgeführten Leistungen orientierten sich an den Vorgaben zum Leistungsspektrum der KBS in den Leistungsbeschreibungen des Landes Brandenburg.

Neben der Frage, ob die jeweilige Leistung vorgehalten wurde, wurden die Einrichtungen auch gebeten, die Anzahl der Leistungen bzw. der Termine im Jahr 2008 sowie die Zahl

der KlientInnen, die diese Leistung in Anspruch nahmen, anzugeben. Diese Fragen konnten jedoch kaum beantwortet werden. Vielen Einrichtungen war es nicht möglich, Teilnahmen und TeilnehmerInnen zu differenzieren. Bspw. wurden so aus einem Klienten, der 30 Beratungsgespräche in Anspruch genommen hat, in einem Fall 30 Nutzer im Jahr 2008, sodass darauf verzichtet wird, die Angaben in der folgenden Tabelle darzustellen.

Einige Einrichtungen erläuterten dazu, dass die Anzahl der NutzerInnen bzw. TeilnehmerInnen nicht pro Leistung/Angebot erfasst wird, u.a. weil dies für den strukturierten Sachbericht nicht notwendig sei.

Tab. 30: KBS: Personenbezogene Angebote und Leistungen im Jahr 2008 (n=13)

wird vorgehalten	Anzahl	in %
niedrigschwellige Hilfen		
Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischen Hilfen, Kontaktcafé o.ä.	13	100,0
Notfalltelefon	3	23,1
Übernachtungsangebote in Notschlafstellen/Krisenwohnungen	1	7,7
Streetwork	0	0,0
Beratung		
Beratung von Angehörigen	12	92,3
Informationsvermittlung	11	84,6
Motivationsarbeit	11	84,6
problemorientierte Beratung	10	76,9
Vermittlung	8	61,5
aufsuchende Arbeit/Begleitung		
Hausbesuche, aufsuchende Arbeit im Lebensumfeld der KlientInnen	10	76,9
Begleitung zu anderen Hilfen/Diensten/Ämtern zur Sicherung rechtlicher und materieller Ansprüche	9	69,2
Begleitung zu medizinischen/psychologischen Hilfen	6	46,2

Der Angebotsschwerpunkt der KBS liegt im Bereich der Beratung. Fast alle Einrichtungen bieten Informationsvermittlung, Motivationsarbeit, problemorientierte Beratung sowie Beratung von Angehörigen an.

Alle Einrichtungen bieten Aufenthaltsmöglichkeiten mit lebenspraktischen Hilfen an, ein Kontaktcafé o.ä. Weitere niedrigschwellige Hilfen werden jedoch in nur geringem Umfang vorgehalten.

Im Rahmen der aufsuchenden Arbeit/Begleitung leisten drei Viertel der Befragten Hausbesuche und knapp 70 % der Einrichtungen begleiten ihre KlientInnen zu anderen Hilfen/Diensten oder Ämtern. Die Daten zu der Anzahl der Leistungen und der Anzahl der KlientInnen in diesem Bereich schwanken stark. So wurden ein bis 41 KlientInnen von der jeweiligen Einrichtung zwischen einem und insgesamt 64-mal besucht.

Um sicherzustellen, die gesamte Bandbreite möglicher Gruppenangebote zu erfassen, wurden Gruppenangebote der KBS in offener Form erfragt, lediglich grob vorgegliedert

nach den Bereichen Hilfen zur Tagesstruktur und Alltagsgestaltung, Krankheitsverständnis und –bewältigung, Hilfen zur Teilnahme am öffentlichen kulturellen Leben, sportliche Aktivitäten, Arbeits- und Beschäftigungsangebote und –projekte sowie Sonstiges. Gleiche oder ähnliche Angebote wurden zusammengefasst.

Zwölf Einrichtungen berichteten über folgende Angebote:

Tab. 31: KBS: Gruppenangebote im Jahr 2008 (n=12)

wird vorgehalten	Anzahl der Nennungen
Hilfen zur Tagesstruktur und Alltagsgestaltung	
gemeinsames Einkaufen/Kochen/gemeinsame Mahlzeiten	12
Pflege- und Reinigungsarbeiten	3
Gesprächsrunden/Austausch und Unterhaltung	2
Freizeitgestaltung	1
Krankheitsverständnis und -bewältigung	
Psychoseseminar, Gesprächsforum psychische Krankheiten/Gesprächsforum Diabetes, Psychoedukative Themen, Vorträge (Ärzte, SpDi), Filmvorführung über Psychoseseminar	8
Einzel- und Gruppengespräche/Gesprächsgruppen/Gruppengespräche	6
Informationsveranstaltungen/-vermittlung/-runden	3
Ernährungsberatung, Ernährungskurs	2
Motivationsgespräche	1
Expertenbegleitete Selbsthilfegruppe	1
Krisenintervention	1
Qi Gong	1
Hilfen zur Teilnahme am öffentlichen kulturellen Leben	
Feiern/Feste/Veranstaltungen (auch Besuche von Festen andernorts)	12
Kulturelle Angebote: Kino-/Theaterbesuche, Museums-/Ausstellungsbesuche	12
Ausflüge/Tagesfahrten	10
Urlaubsreisen	4
Gottesdienste/Feiertagsvorbereitungen	2
Wochenendfahrten	1
sportliche Aktivitäten	
Wandern/Spaziergänge/Walken/Laufgruppe	8
Radfahren/Radtouren	7
Kegel/Bowling	7
Sport/Sportaktivitäten/Sportgruppe (in der Turnhalle)	7
Gymnastik	6
Schwimmen/Therme	5
(Behinderten-)Sportfest	4
Ergotherapie, Mobilitätstraining/Bewegungstherapie	3

wird vorgehalten	Anzahl der Nennungen
Tischtennis	3
Arbeits- und Beschäftigungsangebote und -projekte	
Kreativangebote/Kreatives Gestalten	12
Gartenarbeit, Reparatur- und Renovierungsarbeiten	7
Spiele/Gesellschafts- und Brettspiele, DVD-Nachmittage	6
Musikgruppe/Singgruppe	4
Konzentrations- und Gedächtnistraining, Entspannungs- und mentales Training	3
Lesen	1
eigene MAE-Maßnahme	1
Projekt „Computer verstehen und beherrschen lernen“	1
Selbsthilfeprojekt	1
Theatergruppe	1

Die Gruppenangebote beschreiben eine große thematische Vielfalt und reichen in alle Lebensbereiche. Bei den Hilfen zur Tagesstruktur und Alltagsgestaltung rangiert gemeinsames Kochen und Backen an erster Stelle und wird in allen Einrichtungen vorgehalten. Feste feiern und kulturelle Aktivitäten wie z.B. Museums-, Ausstellungs-, Theater- und Kinobesuche werden überall angeboten. Sie stellen eine Hilfe zur Teilnahme am öffentlichen Leben dar. In den Einrichtungen wird in großem Umfang kreatives Gestalten angeboten, wobei die verschiedensten Techniken vermittelt und geübt werden wie z.B. Malen, Töpfern, Papier schöpfen u.ä. In diesen Kursen werden Gestaltungskräfte, Verlässlichkeit und Zielorientierung gefördert.

Gut die Hälfte der KBS widmet sich Krankheitsverständnis und -bewältigung durch Seminare, Gesprächsforen, Informationsveranstaltungen und Vorträge. Ausflüge und Tagesfahrten, sportliche Aktivitäten und gesellige Nachmittage runden das Bild ab.

Von den 14 Einrichtungen hält keine Einrichtung spezielle Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund vor, und nur zwei Einrichtungen berichten über geschlechtsspezifische Angebote: Dabei handelt es sich in beiden Fällen um eine nicht näher beschriebene Frauengruppe.

Selbsthilfe

Ähnlich wie im strukturierten Sachbericht wurden die Einrichtungen gefragt, welche Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sie im Jahr 2008 betreut bzw. unterstützt haben. Darüber hinaus wurden die Einrichtungen gebeten, anzugeben, ob sie die Gruppen vorrangig durch die Bereitstellung von Räumen oder auch durch Mitarbeitende unterstützen. Gleiche bzw. ähnliche Gruppennennungen wurden zusammengefasst.

Neun Einrichtungen machten Angaben dazu.

Tab. 32: KBS: Betreuung/Unterstützung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen (n=9)

Art der Gruppe	Anzahl der Nennungen	Anzahl der Treffen im Jahr 2008	Bereitstellung von Räumen	Betreuung durch Mitarbeitende der Einrichtung
Angehörigengruppe	5	12/12/4/1/10	ja	ja
Selbsthilfegruppen	5	12/6/6/3	ja	nein/ja
Frauengruppe	2	12/24	ja	ja/nein
Psychoseminare	2	2/8	ja	ja
Selbsthilfegruppe für psychisch kranke Menschen bis 60 Jahre	2	35/48	ja	ja
Selbsthilfegruppe Angst und Depression	2	50/10	ja	nein
IRENA Nachsorgegruppe	1	40	ja	nein
Anonyme Alkoholiker	1	48	ja	nein
zeitweise Selbsthilfegruppen mit Projektvorhaben (z. B. Organisation von Urlaubsfahrten)	1	10	ja	ja
Kreuzbund (Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige)	1	52	ja	nein
SHIA (Verein Selbsthilfeinitiative Alleinerziehender)	1	1	ja	nein
Patientenclub	1	12	ja	ja
Trauercafé	1	20	ja	ja
Moderatorenaustausch	1	2	ja	ja

Von den neun Einrichtungen wurden insgesamt 32 Gruppen genannt. Die Vielfalt der Nennungen verweist auf ein breites Spektrum an unterschiedlichen Gruppen, die von den Einrichtungen unterstützt wurden. Nur sechs Gruppen werden mit zwei bis fünf Nennungen mehrfach genannt. Auch die Anzahl der Treffen weist eine hohe Varianz auf und variiert zwischen zwei und 52 Treffen im Jahr. In ca. 60 % der Fälle wurden die Gruppen nicht nur durch die Zur-Verfügung-Stellung von Räumlichkeiten, sondern auch durch Beschäftigte der KBS unterstützt.

Multiplikatorenarbeit

Drei der 14 Einrichtungen haben im Jahr 2008 Maßnahmen für MultiplikatorInnen angeboten. Eine Einrichtung führte sowohl Beratungen als auch Schulungen durch, machte jedoch weder Angaben zur Anzahl der Termine noch zur Anzahl der TeilnehmerInnen. In einer Einrichtung fanden drei Gruppenberatungen mit insgesamt 60 TeilnehmerInnen statt und die dritte Einrichtung führte fünf Schulungsmaßnahmen für zwölf Personen durch.

3.3.7 Qualitätssicherung und Berichterstattung

Der Evaluationsauftrag fokussiert – unter Hinweis auf diesbezügliche Vorgaben in den Richtlinien – in besonderer Weise auf Dokumentation, Qualitätssicherungselemente und die Berichterstattung der Einrichtungen. Deshalb wurden die Einrichtungen um Auskunft dazu gebeten, welche Daten auf welche Weise dokumentiert wurden sowie ob und welche Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Fast alle Einrichtungen gaben hierzu Auskunft (s.u. Tab. 33; Angaben in Klammern).

Wie bei den BBS richtet sich nun auch bei den KBS der Blick zunächst auf den Anamneseprozess, da eine systematische Anamnese den Grundstein für eine zielgerichtete Hilfe legt. Tatsächlich aber berichtet lediglich eine Einrichtung, dass die Anamnese mit Hilfe standardisierter Instrumente erfolgt. Die Standardisierung bettet sich in einen umfassenden Qualitätsmanagementprozess ein und ist im QM-Handbuch beschrieben.

Von den 14 Befragten schildern zehn, welche klientenbezogenen u.a. Daten in ihrer Einrichtung dokumentiert werden. Mehrheitlich werden – von den StammesbesucherInnen – Name, Adressdaten und Geburtsdatum notiert – sofern die KlientInnen dem zustimmen, z.T. nicht alle Angaben. Einige Einrichtungen dokumentieren dazu ggf. Betreuungsbeginn, Anliegen, aktuelle Lebenssituation (beruflicher Status und Lebensform/Familienstand [wenn Stammesbesucher], Krankheitsbild [wie es sich für die Berater darstellt], aktuelle Beschwerden und die Diagnose [von der Klientel genannt] sowie Klinikaufenthalte und behandelnde ÄrztInnen). Die Notizen werden jedoch unstrukturiert angelegt und gehen nicht in systematische Betrachtungen, z.B. der Klientelstruktur, ein.

Einige Einrichtungen räumen ein, dass diese oder ein Teil dieser Daten ihnen zwar bekannt sind, sie dies aber nicht dokumentieren, da es sich bei der KBS um ein offenes, niedrigschwelliges und anonym zugängliches Angebot handelt. Die Einrichtungen betonen, dass dies zum einen dem Wunsch der Klientel nach Anonymität entspreche und dass zum anderen die Freiwilligkeit der Angabe von personenbezogenen Daten konstitutiv für das berufliche Selbstverständnis sei. Vier weitere Einrichtungen berichten, dass für den strukturierten Sachbericht zwar eine statistische Erfassung der Daten erfolgt, doch streng anonym ohne Zuordnung zu konkreten KlientInnen und Namen.

Wie auch bei den BBS wurden den KBS fünf Fragen zu der Art und Weise, wie Daten dokumentiert werden, und zur Qualitätssicherung gestellt. Dabei bestätigt sich der o.g. Befund:

Tab. 33: KBS: Dokumentation (n=s. Angaben in Klammern)

	Anzahl	in % (von 14)
Dokumentation nach bestimmten Vorgaben/Standards/Systemen (n=14)	5	35,7
EDV-gestützte Dokumentation (n=13)	4	28,6
Erfassung von Leistungen und Maßnahmen (n=12)	3	21,4
regelmäßige Auswertung der erhobenen Daten (n=8)	6	42,8
Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung (n=12)	9	64,3

Lediglich fünf KBS geben an, (einige) Daten nach definierten Vorgaben zu dokumentieren. Als Vorgaben werden genannt: strukturierter Sachbericht des MASGF, QM-System nach DIN EN ISO 9001 sowie Vorgaben der Kommune.

Ebenso dokumentieren lediglich vier Einrichtungen EDV-gestützt, zwei davon mit MS-Excel, eine nutzt trägerinterne QM-Dokumente. Die übrigen Einrichtungen führen (hand)schriftlich in „Tagebüchern“ oder im Kalender Namens-, Anwesenheitslisten u.ä.

Lediglich drei Einrichtungen erfassen ihre Leistungen, meist nach den Vorgaben des strukturierten Sachberichts. Sechs Einrichtungen geben an, die erfassten Daten regelmäßig auszuwerten, meist jährlich und im Zusammenhang mit der Erstellung des Sachberichts.

Etwas im Kontrast zu den bisherigen Ergebnissen steht, dass neun Einrichtungen berichten, dass sie im Jahr 2008 Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt haben. Allerdings beschreiben die Maßnahmen einen breiten Bogen von der Beachtung der Arbeitsschutz- und Hygieneregeln, über die Nutzung von Supervision und Teamgesprächen bis hin zu regelmäßigen Kunden- und Mitarbeiterbefragungen, Konzeptüberprüfungen oder zum Einsatz trägerintern entwickelter QM-Handbücher sowie Zertifizierung/Auditierung.

Berichterstattung

Wie auch bei den BBS erfolgt die Berichterstattung der KBS an das Land durch den jährlich zu verfassenden strukturierten Sachbericht. Laut den Leistungsbeschreibungen sind die Kommunen verpflichtet: „dem Sachbericht eine Einschätzung/Bewertung der KBS beizufügen“. Wie die Sekundäranalyse zeigte (vgl. erster Zwischenbericht vom Dezember 2008) kommen die Kommunen ihrer Pflicht zur Stellungnahme eher selten nach. Deshalb wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie weitergehend an die Kommunen berichten und welche Kommunikation ganz generell mit den Kommunen stattfindet.

Tab. 34: KBS: Berichterstattung und Kommunikation mit Kommune (n=14)

	Anzahl	in %
Einrichtung berichtet über den strukturierten Sachbericht hinaus an die Kommune	5	35,7
Planungs-/Zielerreichungsgespräche mit Kommune	2	14,3
sonstiger Austausch mit der Kommune	9	64,3

Fünf Einrichtungen berichten über den strukturierten Sachbericht hinaus an die Kommune, überwiegend in persönlichen Gesprächen in Sozial- oder Gesundheitsamt oder mit der Psychiatriekoordination. Z.T. wird bei Treffen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft berichtet.

Lediglich zwei Einrichtungen schildern, dass die Kommune „nach Bedarf“ mit ihnen Planungs- und/oder Zielgesprächen durchführt.

Neun Einrichtungen verfügen über (weitere) Austauschforen mit der Kommune. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die auch oben schon genannten Varianten: um Austausch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, mit dem Psychiatriekoordinator, mit dem Sozialamt und mit der PSAG. Eine Einrichtung beteiligt sich am Gesundheits- und Sozialausschuss, eine andere an den Facharbeitskreisen des Landkreises. Insgesamt betrachtet stellt sich der Kontakt mit der Kommune sehr unterschiedlich, aber eher informell geprägt dar und hat kaum den Charakter von Planung und Controlling.

3.3.8 Kooperation und Gremienarbeit

Die Arbeit der KBS findet eingebettet in ein differenziertes Hilfesystem über verschiedene Versorgungsbereiche statt. Deshalb ist es wichtig, die Einrichtung mit anderen Akteuren im System zu vernetzen, wie es auch in der Leistungsbeschreibung gefordert wird: „Das Leistungsspektrum der KBS umfasst ... Zusammenarbeit mit den anderen Anbietern innerhalb des Versorgungssystems (z.B. fachlicher Austausch, Kontaktpflege, Öffentlichkeitsarbeit)“. Und so wurden die Einrichtungen gefragt, an welchen Gremien und Arbeitskreisen sie im Jahr 2008 teilgenommen haben und in welcher Form sie mit welchen Stellen institutionell und fallbezogen kooperieren.

Die Teilnahme an Gremien und Arbeitskreisen stellt sich wie folgt dar:

Tab. 35: KBS: Teilnahme an Gremien und Arbeitskreisen (n=13)

Gremien/Arbeitskreis	Anzahl der Nennungen
PSAG	11
AG KBS	4
DPWV AG	4
Arbeitskreis Liga/Liga-Sitzung	2
Bündnisse für Familien	2
Fachausschuss psychosoziale Hilfen	2
Fallkonferenz mit Klinik/ Fallgespräche mit Fachärzten	2
Arbeitstreffen Psychoseseminar/ Psychoseseminar	2
Behindertenbeirat	2
Behindertenforum zum Thema persönliches Budget	1
VEBA Fachausschuss offene Hilfen	1
Arbeitskreis Gemeindepsych. Versorgung in der Stadt Potsdam	1
DRK Landesarbeitsgemeinschaft	1
LIGA Fachausschuss Rehabilitation	1
Jugendhilfeausschuss	1
Netzwerk ambulante soziale Dienste im Landkreis PM	1
AG Kommunalisierung	1
Sozialamt/Gesundheitsamt	1
Trägerkonferenz ARGE	1
Weiterbildungskreis KM Rückersdorf	1
Fachtagungen der Angehörigen	1
AK Mehrgenerationenhaus	1

Von den 13 Einrichtungen werden insgesamt 25 verschiedene kommunale und regionale Arbeitskreise und Gremien genannt, an denen sie im Jahr 2008 teilgenommen haben. Mit Abstand am häufigsten arbeiten sie in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften mit sowie in weiteren kommunal verorteten Gremien. An zweiter Stelle wurden verbandsbezogene Gremien genannt, und nur vier Einrichtungen verweisen auf die AG KBS im Land. Eine Einrichtung arbeitet in der Trägerkonferenz der lokalen ARGE mit.

Die Einrichtungen wurden des Weiteren nach ihren institutionellen und fallbezogenen Kooperationen befragt und inwiefern die Kooperation formalisiert, i.d.R. mit einer schriftlichen Vereinbarung, erfolgt oder auf mündlichen/informellen Kontakten, auf Traditionen etc. beruht. Das Ergebnis ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tab. 36: KBS: Kooperationsbeziehungen (n=14)

Kooperationspartner	institutionelle Kooperation				fallbezogene Kooperation			
	informell		schriftlich vereinbart		informell		schriftlich vereinbart	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	12	85,7	0	0,0	6	42,9	0	0,0
psychiatrische Kliniken oder Abteilungen	11	78,6	0	0,0	13	92,9	0	0,0
ambulant betreutes Wohnen	9	64,3	2	14,3	11	78,6	2	14,3
Sozialpsychiatrische Dienste	8	57,1	2	14,3	12	85,7	1	7,1
PSAG	8	57,1	3	21,4	1	7,1	0	0,0
gesetzliche BetreuerInnen	7	50,0	0	0,0	12	85,7	0	0,0
Sozialstationen/ambulanten Pflegediensten	7	50,0	0	0,0	11	78,6	0	0,0
Laienhilfe, Selbsthilfe-, Angehörigengruppen	7	50,0	2	14,3	7	50,0	1	7,1
Werkstätten für psychisch Kranke	7	50,0	1	7,1	9	64,3	1	7,1
kommunale Ämter	7	50,0	0	0,0	10	71,4	0	0,0
Tagesstätten	6	42,9	0	0,0	7	50,0	0	0,0
Rehabilitationseinrichtungen	6	42,9	0	0,0	5	35,7	0	0,0
niedergelassene ÄrztInnen/TherapeutInnen	4	28,6	0	0,0	8	57,1	1	7,1
berufsbegleitende-/Integrationsfachdienste	4	28,6	0	0,0	7	50,0	0	0,0
Wohnstätten	3	21,4	1	7,1	5	35,7	1	7,1
Gerichte	3	21,4	0	0,0	8	57,1	1	7,1
psychiatrische (Tages-)Pflege	2	14,3	0	0,0	6	42,9	0	0,0
Familien- und Erziehungshilfen	2	14,3	0	0,0	6	42,9	0	0,0
Arbeitsprojekte, Zuverdienstfirmen	2	14,3	0	0,0	4	28,6	0	0,0
Übergangwohnheime	1	7,1	0	0,0	1	7,1	0	0,0
Sozialpsychiatrischen Zentren	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
betriebsärztliche Dienste	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	116		11		149		8	

Wie auch in den BBS wird in den KBS insgesamt häufiger fallbezogen als institutionell kooperiert: Die Anzahl der fallbezogenen Kooperationen insgesamt liegt bei 157; die Zahl der institutionellen Kooperationen beträgt hingegen 127. Betrachtet man die beiden Kooperationsformen differenzierter, zeigt sich weiter, dass die informellen Kooperationen deutlich überwiegen. Sowohl institutionelle als auch fallbezogene Kooperationen basieren i.d.R. nicht auf schriftlichen Vereinbarungen.

Institutionelle Kooperation erfolgt besonders häufig mit anderen Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, aber auch mit psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Krankenhausabteilungen (in Allgemeinkrankenhäusern), ambulant betreutem Wohnen für psychisch Kranke, SpDi sowie der PSAG.

Bei der fallbezogenen Kooperation wurden besonders häufig psychiatrische Kliniken oder Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, SpDi, gesetzliche BetreuerInnen sowie ambulant betreutes Wohnen für psychisch Kranke genannt.

Mit Blick auf die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen beschreiben die KBS einige Schwachstellen: So würden keine gemeinsamen Hilfeplankonferenzen durchgeführt oder es fehle die Kooperation mit einer bestimmten Kontaktstelle in der Nähe der Einrichtung. Es gebe zu wenige Angebote und die Einrichtungen ließen sich unter ökonomischen Gesichtspunkten auf Konkurrenzverhalten ein und unterbieten sich gegenseitig („Die Kommunen fragen nur: „Wer oder was ist am billigsten? Der bekommt am meisten Klientel ab.“), wodurch „eigene Möglichkeiten einer klientelzentrierten am Hilfebedarf orientierten gemeindenahen Versorgung“ nicht genutzt würden. Eine weitere Schwachstelle in der Zusammenarbeit stelle die Versorgung von KlientInnen mit Mehrfach-Problemen dar.

Die Einrichtungen regen zur Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit an, Hilfeplankonferenzen und Fallbesprechungen einzuführen. Es werden verbindlichere Absprachen gewünscht und eine Einrichtung spricht sich für die Herstellung eines „Konsens(es) über die Inhalte einer Versorgungsstruktur mit allen Beteiligten“ aus – unter Vorrang der ambulanten Hilfen – sowie für Standards. Schließlich wird eine nachhaltige Förderung von Hilfen gewünscht.

Wie oft werden denn aktuell Fallkonferenzen realisiert? Für 2008 berichten lediglich drei Einrichtungen, dass sie an Fall- oder Hilfekonferenzen beteiligt waren, meist zusammen mit Tageskliniken, ASB, SpDi und gesetzlichen BetreuerInnen.

3.3.9 Zusammenfassende Beurteilung der Einrichtungen

Abschließend wurden die Einrichtungen gefragt, wie sie insgesamt ihre derzeitige Situation einschätzen. Alle 14 Einrichtungen machten dazu Angaben.

Tab. 37: KBS: Abschließende Einschätzungen (n=14)

	sehr gut		eher gut		unentschieden		eher schlecht		sehr schlecht	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
personelle Situation/Ausstattung	2	14,3	3	21,4	2	14,3	7	50,0	0	0,0
räumliche/sachliche Situation	1	7,1	7	50,0	5	35,7	1	7,1	0	0,0
finanzielle Situation	1	7,1	2	14,3	4	28,6	6	42,9	1	7,1
Zusammenarbeit mit anderen Diensten	1	7,1	10	71,4	3	21,4	0	0,0	0	0,0
Zusammenarbeit mit der Kommune	4	28,6	4	28,6	4	28,6	2	14,3	0	0,0

Die Übersicht zeigt ein differenziertes Bild: Die KBS sind überwiegend unzufrieden mit ihrer personellen und finanziellen Ausstattung, was angesichts der durchgehend minimal besetzten Einrichtungen auch nicht wundert.

Die räumliche Situation hingegen wird von mehr als der Hälfte der KBS als (*eher*) *gut* eingeschätzt. Auch mit der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten sind die KBS mehrheitlich zufrieden: Insgesamt 78,5 % bezeichnen die Zusammenarbeit als *eher gut* (71,4 %) oder *sehr gut* (7,1 %). Auch wenn diese Einschätzung immer eine mittlere Einschätzung über die Erfahrungen mit verschiedenen Institutionen verlangt, kann es als deutlich positives Signal gewertet werden, dass hier nicht ein Votum im negativen Bereich liegt.

Anders als im Bereich der BBS wird die Zusammenarbeit mit der Kommune überwiegend als (*eher*) *gut* eingeschätzt (57 %). *Unentschieden* zeigen sich weitere vier KBS und *eher unzufrieden* sind nur zwei Einrichtungen. Allerdings beschreiben viel mehr Einrichtungen Schwachstellen: Z.T. fände Kontakt zur Kommune nur dann statt, wenn die KBS dies anstoße. Der Austausch sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Arbeit als auch in Hinblick auf die Beteiligung an Entscheidungsprozessen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sei unzureichend. Kritisiert werden die unangemessene räumliche Situation und Probleme bei der Mittelbewilligung für notwendige Anschaffungen. Eine Einrichtung verwies auf eine – durch die Abschaffung der Stelle des Psychiatriekoordinators bedingte – reduzierte Wirksamkeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Eine andere Einrichtung bemängelte insgesamt fehlende (psychosoziale) Angebote in der Kommune sowie eine „katastrophale“ Situation bei der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung. Unzufriedenheit bestand mit der mangelhaften Sachkenntnis bei Ämtern und Dienststellen zu psychosozialen Hilfebedarfen und –formen.

Die Einrichtungen sahen aber auch verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten: Die Öffnungszeiten und die Personalsituation sollten bedarfsadäquater, also umfangreicher, sein. Um einen größeren Austausch über die inhaltliche Arbeit und eine bessere Information der kommunalen Stellen über die Anforderungen an die SozialarbeiterInnen zu gewährleisten, werden Arbeitstreffen und regelmäßige Besprechungen (einmal jährlich) vorgeschlagen. Eine Einrichtung plädiert für eine stärkere Ausrichtung der Hilfen an

Selbstbestimmungs- und Selbsthilfepotenzialen und für eine Rückkehr zu den Reformansätzen der Sozialpsychiatrie der 1990er Jahre.

Einige Kommentare kritisieren den Fragebogen als „wenig geeignet für die Erfassung der Situation der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen“. Zudem wird eine ganzheitliche und lebensraumorientierte Betrachtung der Bedarfe psychisch Kranker gefordert.

3.4 Die Sicht der Kommunen

Von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten beantworteten elf den Fragebogen (61%). In fünf Fällen wurde der Fragebogen von der zuständigen Psychiatriekoordinatorin/dem zuständigen Psychiatriekoordinator bearbeitet, zweimal von einer/einem Dipl.-PsychologIn im Sozialpsychiatrischen Dienst, zweimal von der Leiterin des Sozialpsychologischen Dienstes, einmal von dem stellvertretenden Amtsarzt und einmal von der Sachbearbeiterin für Sozialplanung.

3.4.1 Bedarf

Alle befragten Kommunen sehen (weiteren) Bedarf nach suchtspezifischen Hilfen, zu zwei Drittel verweisen sie sogar auf einen hohen Bedarf, ganz unabhängig davon, ob es sich um Landkreise oder kreisfreie Städte handelt. Gleichzeitig bewerten aber nur vier Kommunen die suchtspezifische Versorgungssituation in ihrer Kommune als „gut“, weitere fünf Kommunen, also fast 50 %, bewerten die Versorgungssituation als „mittel“. Nur zwei Kommunen schätzen sie als „nicht ausreichend“ ein.

Mit Blick auf den Bedarf an psychiatrischen Hilfen wird die Situation in den Kommunen ähnlich eingeschätzt: Mehr als zwei Drittel der Kommunen sehen hier einen hohen Bedarf, die übrigen drei bewerten den Bedarf als „mittel“. Auch die tatsächliche Versorgungssituation wird ähnlich bewertet: Nicht einmal 50 % schätzen diese als „gut“ ein. Ein gutes Drittel (n = 4) bewertet seine Versorgungssituation als „mittel“ und wiederum zwei Kommunen sogar als „nicht ausreichend“.

Eine gesonderte Frage galt dem Bereich der **Glücksspielsucht** und den Versorgungsbedarf. Erstaunlicherweise sieht nur ein Drittel der Befragten (n = 4) hier Entwicklungsbedarfe. Sie verweisen auf einen steigenden Beratungsbedarf und fehlende kompetente AnsprechpartnerInnen. Zudem wünschen sie sich mehr präventive Arbeit. Demgegenüber schätzen sieben Kommunen die Versorgung als ausreichend ein. Möglicherweise reflektieren die Kommunen hier den Zuwachs an Kompetenz und Versorgung durch das Bundesmodellprojekt „Frühintervention bei pathologischem Glücksspiel“ und das hieran angegliederte Landesprojekt, an dem sich inzwischen fast alle brandenburgischen Kommunen beteiligen. Andererseits wurde in den Gesprächen mit Einrichtungen auch deutlich, dass der Bedarf noch gar nicht richtig eingeschätzt werden kann. Bspw. wurde berichtet, dass die BeraterInnen und TherapeutInnen eher zufällig auf eine Glücksspielsuchtproblematik bei Personen stoßen, die wegen anderer Probleme behandelt bzw. beraten werden.

Versorgungsstrukturbezogene Anforderungen können sich auch aus den Veränderungen im Zusammenhang mit dem neuen Leistungsgesetz, dem **SGB II**, ergeben. Und tatsächlich berichten sechs von elf Kommunen, dass sie in dem Zusammenhang ihre Versorgungsstrukturen verändert bzw. ausgebaut haben: So hat eine Kommune zum Beispiel sowohl für die BBS als auch für die KBS zusätzliche Vollzeitstellen eingerichtet. Ein anderer Landkreis fördert eine intensivere Zusammenarbeit zwischen BBS, SpDi und

ARGE zur Bereitstellung der Leistungen nach §16 Abs. 2 SGB II. Trotz der schon erfolgten Umstellungen sehen neun von zehn Kommunen weiteren Entwicklungsbedarf mit Blick auf die Versorgung von SGB-II-BezieherInnen.

Dabei ordnen wiederum zehn der elf Kommunen den BBS eine wichtige Rolle bei der Betreuung von SGB-II-BezieherInnen zu und sehen hier auch einen steigenden Bedarf. Und tatsächlich haben die meisten BBS schon jetzt einen hohen Anteil von KlientInnen mit SGB-II-Bezug, oft über 50 %. Demgegenüber nutzen nur wenige SGB-II-EmpfängerInnen die KBS, hier überwiegen SGB-XII-BezieherInnen und (früh-)berentete Personen.

Dementsprechend zeigen sich Unterschiede bei der Kooperation zwischen BBS bzw. KBS und SGB-II-Einheiten in den Kommunen: Neun von zehn Kommunen beschreiben, dass es Austausch bzw. Kooperation zwischen BBS und SGB-II-Einheit gibt, während dies nur für vier KBS zutrifft.

3.4.2 Planung und Steuerung

Zunächst wurden die Kommunen nach ihren Planungsgremien und –instrumenten befragt.

Tab. 38: Kommunale Suchthilfe- bzw. Psychiatrieplanungen (n = 11)

	Anzahl	in %
Suchthilfeplanung	3	27,3
Psychiatrieplanung	4	36,4
integrierte kommunale Suchthilfe- und Psychiatrieplanung	3	27,3
keine Planung	4	36,4

Das Ergebnis zeigt, dass sechs der elf Kommunen über eine integrierte kommunale Suchthilfe- und Psychiatrieplanung oder über je spezifische kommunale Suchthilfe- und Psychiatrieplanungen verfügen. Eine Kommune hat eine Psychiatrieplanung und vier Kommunen gaben an, dass überhaupt keine Planung vorhanden sei.

Soweit Angaben dazu vorliegen, von wann die Pläne datieren, zeigt sich, dass die Suchthilfepläne aus dem Jahr 1998 und aus dem Jahr 2002 stammen, also schon eher alt sind (einmal: ohne Angaben). Die Psychiatriepläne sind etwas jünger: Sie stammen aus den Jahren 2003, 2004 und 2008 (einmal: ohne Angaben), und die integrierten Pläne können als aktuell bewertet werden (2007 bzw. 2008).

Die Kommunen wurden gefragt, ob sie eine/einen Psychiatrie- oder/und Suchthilfekoordinator/in oder eine ähnliche Funktion, z.B. Sozialplanung, vorhalten. Dies ist in neun von zwölf Kommunen, über die Angaben vorliegen, der Fall – i.d.R. beim Gesundheitsamt angesiedelt. Schaut man jedoch genauer hin, zeigt sich, dass hierfür z.T. sehr geringe Stundenkapazitäten zur Verfügung stehen: Für Koordination/Planung stehen zwischen fünf und 30 Wochenstunden zur Verfügung, meist unter elf Wochenstunden.

Die Psychiatrie- bzw. SuchthilfekoordinatorInnen arbeiten zudem beim Sozialpsychiatrischen Dienst mit (einmal als PsychologIn, einmal als Sachbearbeiterin) oder sind direkt dem/der Amtsarzt/in zugeordnet.

Ein wichtiges Gremium zur Abstimmung der regionalen Versorgung ist die kommunale Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG). Alle Kommunen geben an, dass eine PSAG existiert, jedoch räumen zwei Kommunen ein, dass diese schon seit längerem „ruht“, einmal aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen der Mitarbeitenden sowie von unklaren

Arbeitsaufteilungen in der Kommune. Auch ist die Zahl der Treffen der PSAG sehr unterschiedlich. In sieben Kommunen findet die PSAG alle zwei bis drei Monate statt, während in den übrigen beiden Kommunen ein bis zwei Treffen im Jahr ausreichen (müssen). An den PSAG-Treffen nehmen 15 der 17 BBS (s.o.) teil.

Werden die BBS und die KBS in die kommunale Planung einbezogen? Alle Kommunen bejahen dies und verweisen meist auf die Zusammenarbeit in der PSAG.

Trotz der relativ geringen Wahrnehmung von Planungs- und Steuerungsaufgaben durch die Kommunen sehen fünf Kommunen keine Entwicklungsbedarfe mit Blick auf die Planung und Steuerung ambulanter Hilfen und noch weniger auf die Berichterstattung.

3.4.3 Abstimmung mit den Einrichtungen und Controlling

Zunächst war zu fragen, in welcher Weise die Kommunen sich mit den Einrichtungen verständigen und Ziele abstimmen, um dann das Thema Controlling und Berichterstattung zu vertiefen. Mit Blick auf den Bereich der Planung zeigt sich folgendes Bild:

Tab. 39: *Planungs- und Zielerreichungsgespräche sowie (weiterer Austausch) mit BBS und KBS (n = 10)*

Frage	mit BBS	mit KBS
Planungs-/Zielerreichungsgespräche	6	4
(ansonsten) regelmäßiger Austausch	9	9

Nur sechs von zehn antwortenden Kommunen berichten, dass sie Planungs- und Zielerreichungsgespräche mit den BBS und KBS führen, weitere drei stehen dazu oder zu anderen Themen in einem regelmäßigen Austausch mit den Einrichtungen. Dieses Ergebnis widerspricht teilweise den oben dargestellten Befunden, wonach alle Kommunen angeben, sowohl die KBS als auch die BBS in die kommunale Planung einzubeziehen, scheinen also eher große lokale Abstimmungsprozesse stattzufinden, aber weniger konkrete Detailplanungen. Zudem müssen die Angaben hinterfragt werden, da die BBS und KBS auf die gleiche Frage anders geantwortet hatten: Nur 35 % der BBS und 14 % der KBS gaben an, dass Planungsgespräche stattfinden, ebenso gaben weniger Einrichtungen als Kommunen an, dass regelmäßiger Austausch stattfindet. Die Unterschiedlichkeit der Angaben resultiert möglicherweise daher, dass beide Seiten etwas anderes unter „regelmäßigem Austausch“ oder „Planungs- bzw. Zielerreichungsgesprächen“ verstehen.

Wie sieht nun das Controlling der zu evaluierenden Einrichtungen durch die Kommunen, die die vorrangig Zuständigen für die regionale Versorgung sind, aus. Auch sehen die Richtlinien für die Landesförderung vor, dass die Kommunen den Sachbericht der Einrichtungen vor der Weiterleitung ans Land kommentieren sollen. Wir fragten deshalb nach dem Berichtswesen der Einrichtungen an die Kommunen. Eine Kommune beantwortet dabei jeweils nur die Frage, ob es ein strukturiertes Berichtswesen der Einrichtungen an die Kommune gibt, nicht jedoch die folgende Frage, nach der Art und Weise wie dies geschieht. Demnach zeigt sich folgendes Bild:

Tab. 40: *Berichtswesen und Controlling in den Kommunen (n= s. Angaben in Klammern)*

	mit BBS	mit KBS
strukturiertes Berichtswesen an die Kommune (n = 11)	10	8
Nutzung des strukturierten Sachberichts des Landes für Berichterstattung (n = 10)	8	8
darüber hinausgehende Berichterstattung (n = 10)	4	3

Angesichts der Vorgaben der Richtlinie erstaunt es, dass mit Blick auf die Arbeit der BBS nur zehn Kommunen und bezüglich der KBS nur acht Kommunen angeben, dass es ein strukturiertes Berichtswesen an die Kommune gibt. Meist (n = 8) handelt es sich dabei tatsächlich um den vom Land vorgegebenen strukturierten Sachbericht, nur selten geht die Berichterstattung an die Kommune darüber hinaus.

Dieser Eindruck wurde in den Gesprächen bestätigt – ebenso wie durch die Sekundäranalyse: Die strukturierten Sachberichte scheinen von den Kommunen z.T. bestenfalls formal geprüft zu werden. Eine intensivere Prüfung und Rückmeldung an die Einrichtungen, z.B. hinsichtlich von Zielerreichung, ist selten, ebenso eine Nutzung für Planungszwecke. Ganz generell scheint Controlling wenig vorhanden und wo doch, beschränkt es sich z.T. auf eine Prüfung der Mittelverwendung (Richtigkeit der Sach- und Personalmittel).

Befragt nach Schwachstellen in der Zusammenarbeit mit den BBS bzw. den KBS zeigen sich fünf Kommunen zufrieden. Drei andere wünschen sich mit Blick auf die BBS mehr Ressourcen für Fallbesprechungen und eine engere Zusammenarbeit zwischen BBS und SpDi. Lediglich eine Kommune bemängelt, dass die Mittelverwendung der BBS ihr nicht transparent genug sei. Hinsichtlich der KBS sind zwei Kommunen unzufrieden mit den häufigen personellen Wechseln in der Leitung der KBS und der damit verbundenen Diskontinuität in der Zusammenarbeit, und eine Kommune wünscht allgemein eine engere Zusammenarbeit mit der KBS.

3.4.4 Kooperation Kommune – Land

Zunächst wurden die Kommunen gefragt, welche Rolle die Standards und Qualitätsmerkmale für BBS bzw. die Leistungsbeschreibungen für KBS für sie spielen. Die Vorgaben zielen auf ein Mindestmaß an vergleichbaren Strukturen und Qualität über das gesamte Land hinweg und beschreiben auch die Mindestanforderungen für die Zuschussgewährung.

Tab. 41: *Rolle der Standards und Qualitätsmerkmale für BBS bzw. der Leistungsbeschreibungen für KBS und Überprüfung der Einhaltung (n = 11)*

	bzgl. BBS	bzgl. KBS
wichtig	7	7
weder noch	3	4
unwichtig	1	0
Kontrolle der Einhaltung der Standards und Qualitätsmerkmale für BBS bzw. der Leistungsbeschreibungen für KBS durch die Kommune	7	6

Tatsächlich zeigte sich, dass jeweils nur sieben (bzw. sechs) der elf Kommunen die Rahmenvorgaben des Landes für wichtig halten und ihre Einhaltung kontrollieren. Bei den Standards und Qualitätsmerkmalen für BBS gab eine Kommune sogar an, dass diese für

sie unwichtig sei. Demgegenüber überprüfen vier bzw. fünf Kommunen die Einhaltung der Vorgaben nicht – obgleich sie deren Überprüfung sicherstellen müssten.

Dieser Befund leitet über zu den auch in diesem Projekt angestrebten Bemühungen des Landes, sowohl die Versorgung im Land vergleichbarer zu gestalten als auch die Berichterstattung zu verbessern. Die Kommunen wurden gefragt, wie sie diesem Vorhaben und damit wesentlichen Projektzielen gegenüberstehen.

Tab. 42: Zustimmung bzw. Ablehnung von Landesaktivitäten zur Verbesserung der Berichterstattung und Weiterentwicklung der Standards (n = s. Angaben in Klammern)

Frage	wird befürwortet?	
	ja	nein
Verbesserung und Vereinheitlichung der Berichterstattung der BBS gegenüber den Kommunen (n = 11)	3	8
Verbesserung und Vereinheitlichung der Berichterstattung der KBS gegenüber den Kommunen (n = 11)	3	8
Weiterentwicklung und Präzisierung der Standards bzw. Leistungsbeschreibungen für die BBS (n = 9)	6	3
Weiterentwicklung und Präzisierung der Standards bzw. Leistungsbeschreibungen für die KBS (n = 9)	6	3

Etwa drei Viertel der Kommunen lehnen eine Weiterentwicklung der Berichterstattung sowohl für die BBS als auch für die KBS ab. Zwei Kommunen erläutern dazu, dass dies eine originäre Aufgabe der Kommunen sei und dass „alles was über die schon sehr ausführlichen Qualitätsstandards des Landes hinausgehen würde, [...] zu sehr in kommunale Strukturen und deren Bedürfnisse“ eingreifen würde. Zwei Kommunen wollen „nicht noch mehr Bürokratie“ und finden die derzeitige „Berichterstattung komplex, umfangreich und aussagekräftig genug [...] Die Arbeit soll am Klienten und nicht in einer immer umfangreicher werdenden Dokumentation geleistet werden.“

Die drei Kommunen, die eine Verbesserung der Berichterstattung befürworten, erhoffen sich eine bessere Vergleichbarkeit der Daten, „eine bessere Information über das Klientel und die Bedarfe des Klientels“, um damit dann „noch gezielter Einfluss auf eine weitere Verbesserung der Angebote zu nehmen und bereits bestehende Synergien noch effektiver nutzen zu können“.

Deutlich positiver gestalten sich die Reaktionen auf die Fragen, ob eine Weiterentwicklung und Präzisierung der Standards bzw. Leistungsbeschreibungen für die BBS bzw. für die KBS befürwortet wird: Sechs Kommunen befürworten dies, wengleich z.T. nicht die gesamten Standards bzw. Leistungsbeschreibungen für überarbeitungsbedürftig gehalten werden, sondern vor allem einzelne Parameter präziser definiert werden sollten, die Standards „zielführend und überschaubar“ sein sollten und Befürwortung oder Ablehnung besser begründen helfen sollten. Zudem wird erhofft, dass eine Überarbeitung den Verwaltungsaufwand verringern und Vergleichbarkeit verbessern kann. Vor allem soll es um mehr Nutzen für die Klientel gehen.

Drei Kommunen zeigen sich ablehnend und begründen das damit, dass „Standards erfahrungsgemäß keine finanzielle Verbesserung gewährleisten“ oder – wie oben – mit Verweis darauf, dass die Festlegung und Weiterentwicklung von Standards eine kommunale Aufgabe sei. Zudem werden die Standards bzw. Leistungsbeschreibungen für die BBS bzw. für die KBS bereits jetzt als „umfassend und ausführlich genug“ eingeschätzt. Die beiden Kommunen, die diese Fragen nicht mit „ja“ oder „nein“ beantwortet haben, tun dies jedoch bei den Anmerkungen dazu.

4 Bilanz und Empfehlungen

Gegenstand der auf den vorhergehenden Seiten vorgestellten Bestandsaufnahme sind die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (BBS) und die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke (KBS) im Land Brandenburg – unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung von Menschen mit pathologischem Glücksspiel. Die Untersuchung fokussierte dabei zum einen auf die Versorgung und zum anderen auf Berichterstattung und Kommunikation im Land.

Grundlage der Bestandsaufnahme war zunächst eine Sekundäranalyse vorhandener Unterlagen und der strukturierten Sachberichte der Einrichtungen und des Weiteren einer umfassenden schriftlichen Erhebung, an der sich 68 % der Suchtberatungsstellen und 58 % der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke sowie 61 % der Kommunen im Land beteiligten. Schließlich wurde dies ergänzt durch vertiefende qualitative Interviews mit VertreterInnen von Einrichtungen und Kommunen in drei Städten und Landkreisen.

Nachfolgend werden die Evaluationsergebnisse zusammenfassend bewertet und Empfehlungen für die Weiterentwicklung dargestellt.

4.1 Ergebnisse

Brandenburg verfügt über ein **flächendeckendes System** von BBS und KBS. Verschiedene (größere und kleinere) Träger halten insgesamt 25 Suchtberatungsstellen und 24 Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke vor. Allerdings unterscheiden sich die Einrichtungen erheblich in ihrer Größe: So sind die meisten BBS deutlich größer als die KBS, von denen die meisten gerade eben die in den Richtlinien vorgegebene Mindestgröße erreichen, und es fraglich erscheint, welchen Versorgungsauftrag die kleinen Einrichtungen tatsächlich erfüllen können.

Auch mit Blick auf die Relation Fachkräfte zu Bevölkerung unterscheidet sich die **Versorgung in den Kommunen** – allein im Bereich der BBS z.B. um den Faktor zehn (1:12.4000 bis zu 1:124.900). Diese Unterschiede liegen zum einen in der Praxis der Bemessung der Landesförderung begründet, die nicht einwohner-, sondern einheitlich kommunenbezogen erfolgt. Die Einrichtungen **finanzieren** sich im Wesentlichen durch Landes- und kommunale Mittel. Dabei unterscheidet sich der finanzielle Beitrag der Kommunen, die meist den größeren Anteil übernehmen, erheblich zwischen Zuwendungen, die etwa 20 % der Finanzierung der BBS und KBS ausmachen, bis hin zu viermal so großen Anteilen. Zwölf der befragten 16 BBS berichteten über Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation. Auch hier schwanken die Umfänge deutlich und machen zwischen 3 % und 32 % der Gesamtfinanzierung der BBS aus. Von den KBS haben sechs der befragten 13 Einrichtungen andere Finanzmittel als jene von Land und Kommunen zur Verfügung und dies auch i.d.R. nur in kleineren einstelligen Anteilen. Bezüglich der Finanzierung bleibt zudem anzumerken, dass die Finanzierung nur begrenzt transparent ist.

Mit Blick auf die **Einrichtungskonzeptionen** ist zu konstatieren, dass die Projekte ihre Ziele auf unterschiedlichem Niveau und mit unterschiedlicher Aktualität beschreiben. Vor allem die Arbeit der BBS basiert z.T. auf deutlich veralteten Konzepten, die ältesten sind von 1991 und 1994, während die KBS über vergleichsweise neue Konzeptionen verfügen. Der Aufgabenbereich pathologisches Glücksspiel wird in zwei Drittel der BBS-Konzeptionen und in einem Drittel der KBS-Konzepte berücksichtigt.

Die **Öffnungszeiten** der Einrichtungen liegen im Wesentlichen zwischen Montag und Freitag, darunter befinden sich jedoch nur bei wenigen Einrichtungen Zeiten vor 9 Uhr und nach 18 Uhr, sodass Berufstätige nur begrenzt die Möglichkeit haben, die Einrich-

tungen zu nutzen. Auch sind die Wochenenden kaum besetzt, insbesondere die BBS sind an Samstagen und Sonntagen – wenn überhaupt – nur nach expliziter Vereinbarung zugänglich. Demgegenüber steht etwa die Hälfte der KBS ihrer Klientel auch an Wochenenden zur Verfügung, doch können die KBS aufgrund ihrer minimalen Personalausstattung insgesamt nur sehr begrenzte Öffnungszeiten anbieten.

Die Einrichtungen realisieren z.T. mit einer ähnlichen Personalausstattung deutlich unterschiedliche Öffnungszeiten, ohne dass dies mit den vorliegenden Informationen ausreichend erklärt werden könnte. Einzelne Einrichtungen berichten über Öffnungszeiten, die die Gesamtarbeitszeit der angegebenen Personalressourcen deutlich überschreiten. Auch dieser Befund konnte nicht aufgeklärt werden. Vermutet werden kann zudem, dass bisher kaum erreichte Gruppen wie z.B. Jugendliche oder MigrantInnen, zusätzlich zur Komm-Struktur und den realisierten Ansätzen, weitere und andere Zugänge benötigten, z.B. aufsuchende Arbeit in jugendrelevanten Szenen.

Für die Umsetzung des Angebotsspektrums stehen in den BBS **rd. 85 Stellen** plus Honorarmittel zur Verfügung. Und obgleich unter den **Fachkräftedisziplinen** die Sozialarbeit/-pädagogik dominiert, kann man bei vielen BBS von interdisziplinär besetzten Teams sprechen: Häufig sind PsychologInnen eingebunden, auch ÄrztInnen (mindestens da, wo ambulante Rehabilitation angeboten wird) sowie weitere Berufsgruppen. Die KBS verfügen mit **38 Stellen** (beides: Stand 2007) über eine deutlich geringere Personalausstattung, fast keine Einrichtung erreicht eine Ausstattung von zwei Stellen oder mehr. Weitgehend werden BetreuerInnen, Pflegekräfte, PädagogInnen eingesetzt – psychologisches und ärztliches Personal fehlt völlig. Die Aussagen zum Personal sind jedoch nur begrenzt belastbar, weil die Darstellung der personellen Situation – insbesondere bzgl. der Erfassung honorarärztlicher Mitarbeit – nicht vollständig ist.

Die Beschäftigten von BBS und KBS nutzen **Fort- und Weiterbildungen**, wobei der jeweilige Etat, insbesondere in den KBS z.T. zu gering erscheint, um substanziell Fortbildung zu ermöglichen. **Supervision** ist in den BBS weitgehend Standard, jedoch verzichtet fast ein Drittel der KBS, vermutlich aufgrund fehlender Mittel, darauf.

Die BBS und die KBS richten sich an die definierten **Zielgruppen**, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Die BBS erreichen deutlich mehr Männer, während die KBS mehr weibliche Klientel haben. Junge Menschen werden (zu) wenig angesprochen. Ungewöhnlich ist der hohe Männeranteil unter den in den BBS beratenen Angehörigen. **Pathologische GlücksspielerInnen** werden zwar von fast allen BBS erreicht, doch in sehr unterschiedlicher Ausprägung. Auf dem Bundesmodellprogramm aufsetzend wurden in Brandenburg seit 2008 Fachstellen für Glücksspielsucht implementiert (unterstützt durch eine zentrale Fachstelle und ein einheitliches Dokumentationsinstrumentarium), wo schon jetzt, und perspektivisch vermutlich zunehmend, schwerpunktmäßig GlücksspielerInnen angesprochen werden. In den KBS ist diese Klientel hingegen fast nicht anzutreffen. Insgesamt kann aufgrund der begrenzten Reichweite der Befragung und der Qualität der Dokumentation nicht ausreichend beurteilt werden, in welchem **Umfang** die **Zielgruppen erreicht** werden und um welche Art Klientel es sich im Detail handelt.

Die **Angebote** umfassen die meisten in den Rahmenrichtlinien bzw. ihren Anlagen beschriebenen Leistungssegmente, wenngleich in einigen Einrichtungen Kernangebote wie z.B. Krisenintervention fehlen. In den BBS dominieren Einzelberatungsleistungen, während die Arbeit der KBS stärker von gruppenbezogenen Angeboten und Kursen geprägt ist. Die klientenbezogene Arbeit wird in den KBS vor allem im anonymen Setting durchgeführt, strukturierte Assessments und eine personenbezogene Datenerfassung sind die Ausnahme. Das ist in den BBS anders, deren Dokumentation auf den deutschen Kerndatensatz ausgerichtet ist. In beiden Einrichtungsformen werden jedoch Leistungen eher wenig, und wenn dann ohne Bezug zur Klientel dokumentiert. Vorgehalten wird des Wei-

teren – in einigen BBS – ambulante Rehabilitation, wobei die Erhebung hierzu kein klares Bild herstellen konnte. Prävention findet in vielen BBS, nicht jedoch durch die KBS, statt. Die überwiegende Zahl der BBS und der KBS sucht KlientInnen auch an anderen Orten, in anderen Einrichtungen, Krankenhäusern etc. auf und betreut KlientInnen (gelegentlich) zu Hause. Online-Beratung findet kaum statt.

Generell wenig ausgeprägt sind geschlechts- und migrationsspezifische bzw. kultursensible Angebote. Hier zeigt sich ein deutlicher Aufholbedarf in beiden Versorgungssegmenten. Ähnliches gilt für die Erreichung pathologischer GlücksspielerInnen, wengleich hier erste Schritte umgesetzt und schon viel Qualifizierung von Fachkräften durchgeführt wurden – insbesondere durch die landesweite Ausweitung des Bundesmodellprojekts.

Etwa die Hälfte der BBS, jedoch nur wenige KBS, führen Beratungs- und Schulungsveranstaltungen für MultiplikatorInnen durch.

Betrachtet man **Kooperation und Vernetzung** im Handlungsfeld, so lässt sich feststellen, dass die Projekte vor allem **fallbezogene Kontakte** haben und dass Kooperation meist auf persönlichen Kontakten und Traditionen basiert. Formale Kooperationsvereinbarungen und gemeinsame Fall- oder Hilfeplankonferenzen sind selten. Die Einrichtungen arbeiten vor allem mit medizinischen Diensten zusammen wie z.B. Fachkliniken und ÄrztInnen sowie mit Selbsthilfegruppen. Als positiv kann gewertet werden, dass die BBS fast ausnahmslos mit den SGB-II-Einheiten vernetzt sind, wengleich weniger mit Beschäftigungsprojekten. Beide Stellen sind für die KBS keine relevanten Kooperationspartner, da ihre Klientel zu größeren Teilen keine SGB-II-Leistungen bezieht.

Die zentralen Gremien der trägerübergreifenden Kooperation sind regionale Arbeitskreise, wengleich nicht alle BBS und KBS sich an den PSAG beteiligen (die es jedoch auch nicht in allen Kommunen gibt). In landesbezogenen Gremien arbeitet nur ein Teil der Einrichtungen mit. Es fehlt zudem weitgehend an Kooperationen mit Diensten aus anderen Arbeitsfeldern.

Wengleich alle BBS im Rahmen der Sachberichterstattung zumindest einige Items kompatibel mit dem deutschen Kerndatensatz dokumentieren, so fehlt doch überwiegend die Beteiligung an der bundesdeutschen **Kerndatensatzdokumentation**. Insgesamt zeigen die BBS einen fortgeschritteneren Umgang mit Dokumentation als die KBS, die ihren Auftrag mehrheitlich als niedrigschwellig und „datenfern“ verstehen und Dokumentation mit Verweis auf ihr niedrigschwelliges Selbstverständnis und auf Datenschutz ablehnen. Schon der strukturierte Sachbericht wird als zu umfangreich und teilweise als den Aufgaben der Einrichtungen zuwiderlaufend eingeschätzt.

Für beide Bereiche, für KBS mehr als für BBS, gilt: Die über strukturierte Sachberichte oder in der FOGS-Befragung erhobenen Angaben zur Klientel und zu den Leistungen sind durch **drei grundlegende Probleme** gekennzeichnet: Die Handhabung, Daten meist arbeitsbegleitend zu erheben, begünstigt eine unterschiedliche und lückenhafte Informationslage. Zudem werden vielfach nur *Kontakte* und nicht *Personen* erfasst, sodass keine validen Aussagen über die Merkmale der Klientel, tatsächliche KlientInnenzahlen und die Reichweite der Projekte möglich sind. Die Beschränkung in den KBS auf die „Stammbeisucher“ vertieft die Probleme. Die Angaben schwanken zudem so stark, dass vermutet werden muss, dass die Einrichtungen ein unterschiedliches Verständnis davon haben, was wie zu zählen ist. D.h., die im Land verwendeten Kategorien sind offensichtlich weder eindeutig noch allgemeingültig definiert, so wie auch die Aufgaben und das Leistungsspektrum nicht ausreichend beschrieben sind. Die KBS erleben zudem die Anforderungen des **strukturierten Sachberichts** als nicht kongruent zu ihren Aufgaben. Vermutlich besteht keine Einigkeit zum Angebots- und Leistungsspektrum zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern. Ein Beispiel dafür ist das Thema Diagnostik: Der Sachbericht fragt da-

nach, doch die Einrichtungen lehnen es mehrheitlich ab, die Klientel danach zu fragen: Man realisiere einen niedrigschwelligen Arbeitsansatz und frage die Klientel nicht aus, und die Beschäftigten seien selbst nicht qualifiziert, Diagnosen zu stellen oder zu bewerten.

Zu diesem Befund passt, dass sich nur ein kleiner Teil der Einrichtungen mit **Qualitätssicherung** auseinandersetzt. Der Stand der Qualitätssicherung zeigt erhebliche Unterschiede nach Art und Grad des Qualitätsmanagements. Es werden verschiedene Systeme genutzt bzw. eigene Varianten entwickelt. Landesweite Aktivitäten dazu gibt es kaum bzw. wo es sie gibt, beteiligen sich nur wenige Einrichtungen daran.

Die Rolle der Kommunen als wesentlich zuständige Instanz für die hier betrachteten Hilfen erscheint unklar bzw. wird sehr unterschiedlich interpretiert. Von kommunaler Seite findet in diesen Handlungsfeldern kaum Planung und Steuerung statt. Die Funktion einer Sucht- und/oder Psychiatriekoordination ist zwar in drei Viertel der Kommunen implementiert, aber oft mit nur sehr geringen Zeitressourcen und z.T. auch einer ungeeigneten organisatorischen Verortung.

Und während einzelne Kommunen Zielvereinbarungs- und Controllinggespräche mit den Einrichtungen durchführen, stellen diese im Allgemeinen die Ausnahme dar. Auch in der Mittlerfunktion zwischen Land und Einrichtungen übernehmen Kommunen vielfach nicht die z.B. im Rahmen der Berichterstattung vorgesehene Kontrollfunktion.

Die beobachteten Diskrepanzen zwischen landesweiten Vorgaben und Zielsetzungen für die KBS sind möglicherweise zwischen Kommunen und Trägern weniger ausgeprägt, deutlich ist dies jedoch nicht. Insgesamt erscheinen viele Kommunen wenig aktiv und gestaltend. Manche wünschen sich als Ausgleich oder Hilfestellung eine stärkere Rolle des Landes – sowohl hinsichtlich inhaltlicher Vorgaben als auch mit Blick auf eine vergleichbare Berichterstattung. Andere verwarren sich mit Verweis auf ihre originäre Zuständigkeit und den schon jetzt zu hohen bürokratischen Aufwand dagegen.

4.2 Empfehlungen

Das Land Brandenburg hat vor einigen Jahren seine Zuwendungen kommunalisiert und ist seither dabei, Gestaltungs- und Controllingaufgaben neu zu organisieren. Parallel dazu wurden einige Instrumente implementiert wie z.B. Förderrichtlinien und eine einheitliche Struktur der Berichterstattung. Sowohl die Untersuchung des Landesrechnungshofs von 2007 als auch die Evaluationsergebnisse verweisen auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Dies gilt insbesondere mit Blick auf das Ziel, landesweit eine vergleichbare Versorgung der BürgerInnen sicherzustellen. Damit diese Herausforderung gelingt, ist jedoch die Mitwirkung aller Akteure notwendig: der Landes- und Kommunalpolitik, der jeweiligen Verwaltungen, der Verbände sowie der Träger und Einrichtungen.

Im Folgenden sollen Empfehlungen für Weiterentwicklungen formuliert werden, zunächst handlungsfeldübergreifende Vorschläge, die sich sowohl auf den Bereich der BBS als auch der KBS beziehen. Im Anschluss folgen bereichsspezifische Anregungen. In die hier vorgestellten Empfehlungen fließen die Beiträge der ExpertInnendiskussionen im Land mit ein.

4.2.1 Handlungsfeldübergreifende Empfehlungen

Nach der Kommunalisierung kommt der Weiterentwicklung des Verhältnisses Land – Kommunen besondere Bedeutung zu. Die Kommunen sind vorrangig für die Daseinsfür-

sorge ihrer BürgerInnen zuständig und finanzieren diese auch mit den größten Anteilen. Deshalb und mit Blick auf das Öffentliche Gesundheitsdienstgesetz liegt hier bei den Kommunen die größte Verantwortung für die *adäquate und fachlich hochwertige Versorgung* ihrer BürgerInnen. Demgegenüber hat das Land u.a. dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der BürgerInnen auf einem *vergleichbaren Niveau* erfolgt und sie landesweit eine ähnliche Chance auf Hilfe haben. Um in diesem Spannungsfeld allseits zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen, sollte die Beschreibung von Versorgungsaufträgen und Standards gemeinsam von Land und Kommunen erarbeitet werden. Sinnvoll erscheint des Weiteren die Einbeziehung der Expertise der Träger im Land.

FOGS schlägt vor, dass der Austausch Land – Kommunen eine regelhafte Struktur erhält. Sinnvoll erscheinen z.B. kommunenbezogene **Regionalkonferenzen**. Hierbei wäre jeweils konkret festzuhalten, welche landes- und welche kommunalen Interessen bestehen, was Auftrag der Einrichtungen ist und sein soll, wer welche Leistungssegmente finanziert und welche Aufgaben für die Kommune und welche für das Land bestehen. Des Weiteren sollten (s.u.) den Kommunen jährlich ihre kommunenbezogenen Ergebnisse rückgemeldet werden. Dabei können Perspektiven der weiteren Entwicklung diskutiert und abgestimmt werden. Perspektivisch sollten diese Prozesse in einen **regelhaften Planungs- und Steuerungskreislauf** einmünden, allerdings sind hierfür ggf. mehr personelle Kapazitäten auf Landesseite (und ggf. auch in den Kommunen) notwendig.

Planungs- und Steuerungskonzept

In den Kommunen sollten Suchtprävention und Suchtkrankenversorgung, ebenso wie die Hilfen im Bereich psychischer Probleme, zunehmend in den Blick kommunaler Planungs- und Steuerungsprozesse genommen werden. Dabei sollten die kommunalen Konzepte in Bezug zu landesweiten Zielsetzungen gesetzt werden. Dies erfordert Fachlichkeit und personelle Ressourcen in den Kommunen und die Bereitstellung/Verankerung von Planungskompetenzen.

Seitens des Landes sollte ein unter der Rahmenbedingung Kommunalisierung auf die Zuständigkeiten zugeschnittenes Planungs- und Steuerungskonzept entwickelt werden. Dies sollte mit Blick auf die landesweite Gültigkeit in Verantwortung des Landes, doch prozesshaft und in enger Kooperation mit den Kommunen und den Trägern erfolgen. Zu einem derartigen Planungs- und Steuerungskonzept gehören **fachliche Leitlinien**, die die übergreifenden Zielsetzungen des Landes in praktische Arbeit „übersetzen“ und u.a. die übergeordneten Prinzipien der Hilfeerbringung, die umzusetzenden fachlichen Standards sowie die Zielgruppen konkretisieren (vgl. dazu auch Abschnitte 4.2.2 und 4.2.3). Insbesondere für den Bereich der KBS scheint es erforderlich, den **Versorgungsauftrag** konkreter zu definieren.

Die Weiterentwicklungen in beiden betrachteten Handlungsfeldern in Brandenburg folgten in den letzten Jahren implizit bestimmten Leitlinien wie z.B. Gemeindenähe, Qualitätssicherung, Vernetzung; im Bereich der BBS zudem suchtmittelübergreifende Versorgung und der Aufbau von Hilfen für die neue Zielgruppe der pathologischen GlücksspielerInnen. Für die KBS müsste es um personenzentrierte Hilfeerbringung, Zusammenarbeit mit SHG sowie mit Bezugspersonen oder die Rolle der KBS im regionalen Verbundsystem gehen. Damit diese Leitlinien jedoch eine stärkere Verbindlichkeit erhalten und transparent werden, sollten sie explizit ausformuliert und schriftlich niedergelegt werden.

Qualitätsstandards

Das Planungs- und Steuerungskonzept sollte eine, ebenfalls zwischen Land und Kommunen (und dort auch mit den Trägern) abgestimmte Vereinbarung über Mindestqualitätsstandards umfassen, mit der Standards überprüfbar beschrieben und Instrumente der Qualitätssicherung eingefordert werden. In den Kommunen ist zu überprüfen, wo Anschlussfähigkeit an ggf. in anderen Bereichen bereits etablierte Standards gewährleistet werden müsste. Hierzu gehört, insbesondere im Bereich der KBS, auch die Diskussion um Mindesteinrichtungsgrößen und über den Zusammenhang von Versorgungsauftrag, (Fachkräfte-)Ausstattung und strukturellen Bedingungen (→ Kongruenz von Aufgaben und Ausstattung). Generell sollten alle Einrichtungen über Konzeptionen auf dem Stand der Fachlichkeit verfügen. Hierfür sollten eine Art Konzeptstruktur oder Gliederung sowie ein Aktualisierungsturnus festgelegt werden.

Auf Basis der Evaluationsergebnisse schlägt FOGS vor, zukünftig Gender Mainstreaming und gendersensible Arbeit konzeptionell zu vertiefen und in den methodischen Ansätzen für BBS und KBS zu berücksichtigen. Gender Mainstreaming und gendersensible Arbeit stellen keine zusätzliche Sonderaufgabe dar, sondern sind vielmehr Querschnittsaufgaben und Qualitätsstandards (vgl. Schu u.a., 2009). Insbesondere erscheinen die Nutzung und Entwicklung fachlicher Konzepte für eine jungen- und männerspezifische Arbeit wichtig.

Auch müssen der Zugang bzw. die Erfassung von Menschen mit Migrationshintergrund (meist aus dem osteuropäischen Raum) zum Hilfesystem und ihre kultursensible Betreuung und Behandlung als verbesserungsbedürftig bewertet werden. Auch hierbei handelt es sich um eine qualitätssicherungsrelevante Querschnittsaufgabe. Dabei geht es nicht um Spezialangebote, sondern um eine **kultursensible** Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der normalen Versorgung (Barth & Czycholl, 2005).

Eine derartige Verbesserung der zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Arbeit ist – wie generell die Implementierung neuer Ansätze – verbunden mit themenbezogener Reflexion in den Teams, Fortbildung und der Etablierung einer darauf abgestellten Berichterstattung, die eine Evaluation der Umsetzung ermöglicht.

Perspektivisch sollte die Beschreibung des **Qualitätsmanagements** mit Blick auf die Leistungsbeschreibung und in Verknüpfung mit den Zielvorgaben erfolgen. Die Beschäftigung fachlich qualifizierten Personals, Supervision und Fortbildung sollten regelhaft Standard sein und bei der Zuwendung berücksichtigt werden. Das Gleiche gilt für Evaluation und systematische (datengestützte) Reflexion der Arbeit. Qualitätsmanagement und Berichterstattung an die Zuwendungsgeber (s.u.) haben eine große Schnittmenge. Die Sammlung von Daten für (Selbst-)Evaluation und für Berichterstattung sollte integriert über dasselbe Instrumentarium erfolgen, um in den Einrichtungen Doppelarbeit zu verhindern. Zudem wird so die Qualität der Erhebungen gesteigert. Aus Landessicht ist es schließlich wichtig, dass eine landesweite Vergleichbarkeit zentraler Daten gegeben ist.

Vernetzung

Die beiden untersuchten Versorgungsstrukturen zeigten sich unterschiedlich gut in ihren Regionen vernetzt. Insbesondere die KBS scheinen nur begrenzt in das psychiatrische Versorgungssystem und darüber hinaus eingebunden. Und generell kann die fallbezogene Kooperation optimiert werden. FOGS empfiehlt deshalb, in den Rahmenrichtlinien bzw. über Qualitätsstandards Art, Kernelemente, Umfang und Voraussetzungen für eine verstärkte klientenbezogene Vernetzung und ggf. die Übernahme von Case-Management-Aufgaben konkret zu formulieren.

Des Weiteren ist die (notwendige) Vernetzung in den Handlungsfeldern und mit Angeboten und Hilfen in ihrem Umfeld zu präzisieren und die dafür geltenden Dokumentationsstandards sind verbindlich festzulegen.

Monitoring und Berichterstattung

Steuerung, ob durch das Land oder die Kommunen, braucht Monitoring auf Basis einer qualifizierten **Berichterstattung** – gleichermaßen über beide Handlungsfelder. FOGS schlägt deshalb vor, die Struktur der Berichterstattung in beiden Handlungsfeldern weiterzuentwickeln (Detailvorschläge s.u.). Von übergreifender Bedeutung ist dabei, weiter an Validität und Vergleichbarkeit der Daten zu arbeiten. Deshalb und aus grundsätzlichen Erwägungen zu Fairness und Transparenz wird vorgeschlagen, ein (zeitnahes) **Rückmeldesystem** zu implementieren, das die Ergebnisse für alle Beteiligten transparent macht.

Ein solches Rückmeldesystem sollte (1.) Daten über ganz Brandenburg auswerten und darstellen. Das kann solitär erfolgen oder im Rahmen der Sozial- bzw. Gesundheitsberichterstattung. (2.) sollte es kommunenbezogene Rückmeldungen im Rahmen eines regelmäßigen (auch fach-inhaltlichen) Controllings geben. Diese Daten sollten zunehmend zur landesweiten und zur kommunalen Versorgungsplanung und -steuerung genutzt werden (Verbindung von System- und Projektsteuerung). Allerdings besteht hierfür in einem Teil der Kommunen Unterstützungsbedarf.

Die Berichterstattung sollte schließlich (3.) ein Benchmarking der Einrichtungen im Land und (4.) auf Einrichtungsebene einen Soll-Ist-Vergleich mit Abweichungsanalyse ermöglichen. (5.) sollte die landesweit einheitliche Mindest-Berichterstattung sowohl um landesbezogene Schwerpunktthemen als auch um kommunal je unterschiedlich fokussierte Themen erweiterbar sein. Die Berichterstattung sollte deshalb wie bisher in Teilbereichen vereinheitlicht und standardisiert erfolgen. Sie sollte jedoch – orientiert an fachlichen Zielsetzungen – um qualitative Aspekte ergänzt werden, mittels derer Einrichtungen oder Kommunen je spezifische Aspekte nachvollziehbar beschreiben können. Begriffe und zu dokumentierende Daten zu Qualitätsmanagement und -entwicklung sollten klarer definiert werden. Im Suchtbereich sollte der **deutsche Kerndatensatz** verbindlich und EDV-gestützt erhoben werden, für die KBS sollte ein Grunddatensatz erstellt werden, der mit anderen Instrumenten im psychiatrischen Bereich kompatibel ist.

Zum Verfahren

Die Einrichtungen sollten ihren jeweiligen Kommunen mindestens **jährlich einen Bericht** erstatten, der über die KDS-Daten hinaus inhaltlich stärker an die Aufgabenstellung angepasste Elemente und wie o.g. mehr qualitative Darstellungen beinhaltet.

Auf der Grundlage dieser Berichte der BBS sollten **die Kommunen dem Land berichten** und dabei auch Entwicklungen im Sozialraum und Planungen/Schwerpunktsetzungen im nächsten Jahr erläutern.

Zur Sicherstellung/Unterstützung einer landesweiten Vergleichbarkeit der Berichterstattung wird empfohlen, die im Suchtbereich bereits bestehende **AG Dokumentation und Evaluation** weiterzuführen und eine ähnliche AG für die KBS zu gründen. Die Arbeitsgruppen sollten sich der Abstimmung veränderter Berichtformen widmen. Sie sollten zudem (weiter) daran arbeiten, zentrale Begriffe einheitlich zu definieren und somit auch zu einer inhaltlichen Verständigung über die Aufgaben von BBS und insbesondere von KBS beitragen. Im Rahmen dieser Arbeitskreise könnten die Auswertung der Daten begleitet und durch Fragen an das Datenmaterial vorbereitet werden. Die Beratung der jährlichen

Auswertung und die Ableitung neuer Arbeitsschritte gehören schließlich ebenso hierher wie die Diskussion von Konsequenzen für die Praxis.

Seitens des Landes sollte die **Rezipierung der Berichterstattung durch die Kommunen** gefördert werden. Hierzu erscheinen zum einen kommunale Auswertungen und Rückmeldung der Daten im Rahmen regelmäßiger bilateraler Auswertungs- und Planungsbesprechungen zielführend (z.B. im Rahmen der vorgeschlagenen Regionalkonferenzen). Dabei sollten die daran interessierten Kommunen Hilfestellung erhalten, ihre kommunenbezogenen Ergebnisse stärker für die Entwicklung der kommunalen Versorgungsstruktur zu nutzen.

Zum anderen erscheint eine **regelmäßige landesweite und vergleichende Auswertung** sinnvoll. Diese ist auch deshalb von Bedeutung, weil sie den Kommunen die Möglichkeit gibt, ihre spezifischen Ergebnisse in einen Kontext zu setzen.

FOGS erachtet es als unverzichtbar, dass auch die Leistungserbringer eine **qualifizierte Rückmeldung** über ihre Berichterstattung und damit zu ihrer Arbeit bekommen. Einzelrückmeldungen – in Bezug gesetzt zu landesweiten Entwicklungen und Entwicklungen in vergleichbaren Kommunen/BBS/KBS – können für Benchmarking i.S. eines **Fachaus-tauschs/kollegialen Diskussionsprozesses** über Aufgaben, Vorgehen etc., also für **konzeptionelle Weiterentwicklungen** (Zielgruppen, Vorgehen, Qualitätssicherung), genutzt werden. Dabei müssen die unterschiedliche Situation in den Kommunen und die damit einhergehenden verschiedenen Rahmenbedingungen und Aufgabenstellungen für die Einrichtungen in angemessener Weise berücksichtigt werden. Deshalb sollten z.B. Vergleiche i.e.S. gruppiert nach BBS bzw. KBS mit ähnlichen Rahmenbedingungen erfolgen.

Die Rückmeldungen der kommunenbezogenen und landesweiten Ergebnisse sollten **zeitnah** erfolgen. Dies sollte zukünftig über eine zentrale Auswertung der Daten sichergestellt werden, ggf. durch Dritte oder über die Nutzung von Kapazitäten im Statistischen Landesamt bzw. aus dem Bereich der Gesundheitsberichterstattung. Zudem wird empfohlen, die einrichtungsbezogene Auswertung des KDS bzw. der Grunddaten der KBS durch die Förderung praktikabler Auswertungsmodule zu unterstützen, damit die Daten tatsächlich für die Selbstevaluation nach je individuellen Fragestellungen genutzt werden können.

Die Ergebnisse der Einrichtungen sollten in die **Gesundheits- und Sozialberichterstattung** der Kommunen (soweit vorhanden) sowie des Landes einfließen und in Bezug gesetzt zu sonstigen Daten (z.B. zu Armut, zu weiteren Gesundheitsentwicklungen) zur Weiterentwicklung der Versorgung beitragen. Sie sollten sich zudem am Gesundheitsziele-Prozess und der Gesundheitsberichterstattung orientieren.

4.2.2 Empfehlungen für den Bereich der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke

4.2.2.1 BBS: Fachliche Standards

Die bisherigen Förderrichtlinien des Landes beschreiben die Aufgaben der BBS weitgehend gut. Hier zeigt sich lediglich an einzelnen Punkten Konkretisierungsbedarf. Deshalb wird empfohlen:

- Die **Kernaufgaben** der BBS sind derzeit sehr umfangreich beschrieben. Hier wäre zu überlegen, was im engeren Sinne Kern- und was weitere Aufgaben von Suchtberatung sind. Lediglich die Kernaufgaben sollten über landesweite Rahmenrichtlinien geregelt werden, die diese Kernaufgaben i.S. von Grundversorgung beschreiben und soweit möglich mit Zielvorgaben unterlegen. Eine solche Zielvorgabe wäre z.B. die Beschreibung von Mindest-Personalausstattungen oder –Öffnungszeiten, online-Erreichbarkeit etc.

Bei der Beschreibung sollte auch auf die Bedeutung von ambulanter Reha im Angebotsspektrum eingegangen werden. Unzweifelhaft kommen den Suchtberatungsstellen zunehmend Aufgaben nach dem SGB II zu. Hier erscheint jedoch eine kommunal zugeschnittene Aufgabendefinition in Abstimmung zwischen Kommune und Träger sinnvoller als landesweite Vorgaben, da die Umsetzung des SGB II kommunal verschieden erfolgt (hier sind nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts weitere Entwicklungen zu erwarten, vgl. BVerfG, 2007).

- Generell sollte die **Zielbestimmung** der Einrichtungen sowohl landesweit vorgesehene als auch spezifisch kommunal zugeschnittene Aspekte umfassen.
- Bei der Beschreibung von Rahmendaten wie z.B. Öffnungs- bzw. Erreichbarkeitszeiten und Aufgaben wie beispielsweise Vermittlung, Beratung, aufsuchende Hilfe sollte auf größtmögliche **begriffliche Klarheit** geachtet werden und über (weitere) Workshops eine einheitliche Verwendung gefördert werden. Die bisherigen Aktivitäten zur Begriffsklärung, die im Kontext von Dokumentation stattfanden, sollten deshalb ausgebaut werden. Die Neufassung des Anforderungsprofils sollte am Deutschen Kerndatensatz bzw. an Vorgaben im psychiatrischen Bereich orientiert werden.
- Mit Blick auf die **Zielgruppen** der BBS sollte die suchtmittelübergreifende Ausrichtung beibehalten und um weitere nicht stoffgebundene Suchtformen erweitert werden. Für pathologisches Glücksspiel baut Brandenburg derzeit systematisch Kapazitäten und Kompetenz auf bzw. aus, dies sollte weitergeführt und auf den gesamten online- und Medien-Bereich ausgedehnt werden. Perspektivisch ist die integrierte Orientierung konzeptionell und im Angebotsspektrum weiter zu schärfen.

Angesichts der aktuell geringen Nutzung der BBS durch jüngere KlientInnen, sollten die BBS zukünftig verstärkt Jugendliche mit suchtbefragten Problemlagen ansprechen und entsprechende, auch niedrigschwellig-zugehende, Angebote ausbauen.

In den Suchtberatungsstellen sollten die psychischen/psychiatrischen Störungen vieler KlientInnen verstärkt in den Blick genommen und über entsprechende fachliche Kooperationen abgestimmte Betreuungen realisiert werden.

4.2.2.2 BBS: Dokumentation und Berichterstattung

Das derzeitige Berichtssystem wird nicht im zu wünschenden Maß umgesetzt. Um perspektivisch hier eine Weiterentwicklung zu erreichen, werden im Folgenden verschiedene Veränderungen des Berichtswesens selbst, aber auch des Umgangs damit vorgeschlagen.

Zunächst sollte geklärt werden, wer wem zu berichten hat: Zum einen stehen die Einrichtungen in der Pflicht, den Kommunen als ihren direkten und vorrangigen Zuwendungsgebern zu berichten und die Kommunen dann dem Land. Zum anderen ist es jedoch aus der Zeit der direkten Landesförderung von Einrichtungen – gute – Tradition, landesweite Standards für die Berichterstattung zu definieren. Nur eine vergleichbare Berichterstat-

tung ermöglicht ein Controlling des aus Landessicht wichtigen Förderungsziels: Die Suchtkrankenversorgung in Brandenburg landesweit vergleichbar zu gestalten. Zudem sollte auch Brandenburg sich an der bundesweiten Dokumentation beteiligen. FOGS schlägt deshalb vor, einerseits die Standards weiterzuentwickeln und landesweit verbindlich mit der Förderung zu verknüpfen sowie andererseits den Austausch Kommunen – Land mit Blick auf ein stärkeres Commitment zu verstärken.

Da die Berichterstattung – über die o.g. Selbstevaluation der Arbeit hinaus – sowohl kommunen- wie landesbezogene Zielsetzungen erfüllen sollte, sollte die Weiterentwicklung abgestimmt mit beiden Akteuren und den Leistungserbringern erfolgen. Im Einzelnen wird empfohlen:

- Einführung und EDV-gestützte Erhebung des **deutschen Kerndatensatzes** sollten verbindlich für alle BBS vorgeschrieben werden. Diese Verpflichtung sollte mit der Gewährung von Landesmitteln verbunden werden, um eine flächendeckende Umsetzung sicherzustellen. Über den Arbeitskreis Evaluation und mit Unterstützung des Landes könnten Fachtage (evtl. regional) bzw. Workshops alle Einrichtungen darauf vorbereiten und über den Wert einer qualitativen Berichterstattung (Information zum Suchtgeschehen/Argumentation für gemeindenahe Versorgungsstrukturen) informieren. Die fachlich zuständigen Stellen der Gesundheitsämter sind in diesen Prozess einzubeziehen. Eine derart fachlich unterstützte Einführung des KDS wird sich positiv auf die Qualitätssicherung in den Einrichtungen auswirken.
- Das Land hat in den vergangenen Jahren Schulungen zu **Patfak-light** finanziert, an denen die BBS teilnehmen konnten. Einige BBS setzen seither Patfak-light für die Dokumentation ein und im Rahmen des Modellprojekts „Pathologisches Glücksspiel“ werden die Daten grundsätzlich einheitlich mit Patfak-light erhoben. Das System bietet eine praktikable und kostengünstige Dokumentationsbasis, deshalb wird angeraten, den KDS auf Basis von Patfak-light einzusetzen. Wo BBS andere Systeme präferieren, müssen die Daten zumindest elektronisch erfasst und die Schnittstelle zu Patfak-light definiert werden, sodass landesweite Auswertungen (schnell) möglich sind.
- Die BBS sollten ihrer jeweiligen Kommune mindestens jährlich einen Bericht erstatten, der über die KDS-Daten hinaus inhaltlich stärker an die Aufgabenstellung angepasste Elemente und mehr qualitative Darstellungen beinhaltet und die Grundlage für die Berichterstattung der Kommunen an das Land darstellt.

Im Einzelnen könnte die bestehende Sachberichtsstruktur folgende **Ergänzungen/Veränderungen** erfahren:

- Strukturdaten: Barrierefreiheit, Alter und Geschlecht der Beschäftigten, Beratungssprachen und kultureller Hintergrund, Art und Umfang ärztlicher Mitarbeit.
- Klientendaten: ergänzende qualitative Erläuterung zur Entwicklung der NutzerInnenstruktur.
- Leistungen für KlientInnengruppen, Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen u.ä.
- Allgemeine, auf den Sozialraum bezogene Leistungen: Netzwerkleistungen, Beteiligung an Gremien, Arbeitskreise u.ä., Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Multiplikatoren, in Schulen, Betrieben etc., offene Angebote.
- Schwerpunktthemen im Berichtszeitraum, je nach kommunaler oder landesweiter Akzentsetzung (z.B. Beratung von GlücksspielerInnen, Erreichung von jugendlichen KonsumentInnen).
- Beschreibung der Qualitätssicherung nach internen Maßnahmen (Teamsitzun-

gen, Fallbesprechungen, Fortbildungen, Fachaustausch, Konzept-/fortschreibung, Beschwerdemanagement, Selbstevaluation) sowie nach ziel(gruppen-)bezogenen Aspekten (Befragungen von BesucherInnen, NetzwerkpartnerInnen und im Sozialraum [standardisiert, ggf. anonymisiert]).

- Perspektivisch sollten verstärkt Wirkungen in den Blick genommen werden. Dabei ist zum einen an Katamnesen zur Erfassung *klientenbezogener* Wirkungen zu denken (regelmäßig für alle intensiver/länger betreuten KlientInnen) und zum anderen die Nachhaltigkeit *allgemeiner Maßnahmen* zu erheben (dafür notwendig: Bestimmung von Zielen und Indikatoren) und darüber ein Rückmeldesystem/Zielerreichungsgespräche mit den zuständigen Stellen der Kommune, z.B. dem Sucht- bzw. Psychiatriekoordinator zu implementieren.

4.2.3 Empfehlungen für den Bereich der Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke

4.2.3.1 KBS: Fachliche Standards

Die Evaluation hat gezeigt, dass weder Aufgabenbereich der KBS noch ihre Rolle im regionalen psychiatrischen Versorgungssystem deutlich definiert ist. Deshalb wird vorgeschlagen, dass der Weiterentwicklungsprozess in diesem Bereich zunächst auf die nähere Bestimmung von Zielsetzung und Aufgaben der KBS-Arbeit – als integraler Bestandteil der regionalen Versorgung – fokussiert. Während die Kontaktstellenfunktion mit niedrigschwelligem Zugang weitgehend konsensual ausgestaltet wirkt, scheinen insbesondere die Aufgaben „Beratung“ und „Vernetzung“ inhaltlich wenig gefüllt und mit Standards unterlegt.

Notwendig erscheinen hier zunächst die Entwicklung eines Selbstverständnisses und die Positionierung der KBS als **professionelles** Angebot im Rahmen einer differenzierten psychiatrischen Versorgungsstruktur. Dafür wird jedoch eine neue Beschreibung der **Mindestgrößen** von KBS als notwendig erachtet, die deutlich über den bisher formulierten liegen sollte.

Als **Ziele** für die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke werden vorgeschlagen:

- Kontaktherstellung zu psychisch Kranken, gegen Isolation und Ausgrenztheit wirken, neue Kontakte ermöglichen
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Hilfen zur Inanspruchnahme sozialrechtlicher und medizinischer Hilfesysteme
- Förderung des Krankheitsverständnisses und des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung – und dadurch Reduzierung der medizinischen und therapeutischen Behandlungsbedürftigkeit
- geschlechtssensible Ausrichtung der psychiatrischen Angebote und Verbesserung der Berücksichtigung der Problematik von psychisch kranken MigrantInnen
- Entwicklung und Förderung des Dialogs zwischen Betroffenen, professionellen Helfern und Angehörigen und Bezugspersonen

- Mitwirkung an der psychiatrischen Versorgung und an der Weiterentwicklung der (gemeindepsychiatrischen) Hilfestrukturen, Vernetzung und Kooperation
- Entwicklung und Förderung von Integration/Inklusion und Verständnis für die Situation und Belange psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen in ihrer Umgebung.

Aus den o.g. Zielsetzungen ergibt sich eine Reihe von **klientenbezogenen Kernaufgaben** für die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen, die soweit möglich mit Zielvorgaben unterlegt werden sollten:

- Gewährung von niedrigschwelligen Aufenthalts- und Kontaktmöglichkeiten – mit definierten Mindest-Öffnungs- bzw. Erreichbarkeitszeiten
- Aufbau bzw. Sicherstellung von Online-Erreichbarkeit und -Beratung
- aktives Zugehen auf die Klientel in der Einrichtung
- Eruierung von Lebenssituation, Ressourcen und Unterstützungsbedarf der Klientel, von bisherigem Inanspruchnahmeverhalten bzgl. psychiatrischer u.a. Hilfen sowie den Erfahrungen damit
- Information, Motivation, Vermittlung und Begleitung zur Inanspruchnahme bzw. Sicherung sozialrechtlicher Ansprüche und medizinischer Hilfen
- Beratung von psychisch Kranken, deren Angehörigen und Bezugspersonen zur Stärkung der Selbsthilfepotenziale, Hilfestellung zur Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten, Unterstützung und Aktivierung, Psychoedukation
- Wahrnehmung, begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, des Krankheitsverlaufs und der -folgen sowie der Hilfe- und Kompensationsmöglichkeiten
- entlastende Gespräche zur Vorbeugung und Bewältigung von Krisen
- Begleitung bei der Einübung alternativen Verhaltens, der Bewältigung der seelischen Belastung, Einleitung von Kriseninterventionen, ggf. unter Einbeziehung des Umfelds
- Aktivierung des Selbsthilfepotenzials durch Förderung von Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten
- Förderung der Selbstwahrnehmung durch angeleitete Entspannungsübungen, Rollenspiele, Austausch und Rückmeldung in den Bezugsgruppen
- Hilfen zur Tagesstruktur und Alltagsgestaltung (z.B. gestalterische Tätigkeiten, Kochen, Beschäftigung, Teilnahme am kulturellen Leben oder an sportlichen Aktivitäten – einschließlich Planung und Organisation) sowie zum Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Kontakte
- Einbeziehung des Sozialraumes als Begegnungsfeld und soziales Lernfeld
- aufsuchende Kontakte zur Aufrechterhaltung der Kommunikation
- Organisation und Moderation von Gruppenprozessen sowie Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Mit Blick auf die derzeit erreichten **Zielgruppen** der KBS ist perspektivisch zunächst anzustreben, verstärkt jüngere KlientInnen zu erreichen. Inwiefern auch Suchtkranke, insbesondere pathologische GlücksspielerInnen und Menschen mit problematischem PC-, Medien-, Internet-Konsum u.ä. angesprochen werden sollen, bleibt abzuklären. Doch ist die-

ser Störungsbereich verstärkt mit in den Blick zu nehmen und ihm ggf. über Kooperationen mit Suchthilfeeinrichtungen fachlich kompetent zu begegnen.

FOGS rät des Weiteren dazu, dass die KBS sich verstärkt als **Teil der regionalen Versorgung** definieren und profilieren. Den KBS kommt innerhalb der gemeindepsychiatrischen Verbände eine wichtige Aufgabe zu, die sie in enger Abstimmung mit dem sonstigen Versorgungssystem in der Region wahrnehmen sollten. Hier wird es notwendig sein, sich intensiver zu **vernetzen**. Hierzu gehören zuvörderst die Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen/Anbietern innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems (z.B. fachlicher Austausch, Kontaktpflege, fallbezogene Kooperation und Standards dazu) und die Mitwirkung an der (Gestaltung der) regionalen Versorgung. Des Weiteren: Teilnahme an Veranstaltungen in der Gemeinde, Gestaltung von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen sowie allgemein Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Hier ist je zu überlegen, welche Aufgaben konkret bei den KBS liegen und welche, so vorhanden, über den Einrichtungsverbund des Trägers übernommen werden.

- **Qualitätsmanagement:** Perspektivisch sollte die Beschreibung des Qualitätsmanagements mit Blick auf die Leistungsbeschreibung und in Verknüpfung mit den Zielvorgaben erfolgen. Bspw. sollten so zentrale Aspekte wie z.B. personenzentrierte Hilfeerbringung, Beteiligung der BesucherInnen an der Angebotsgestaltung, Zusammenarbeit mit SHG sowie der Einbezug von Bezugspersonen oder Mitwirkung am regionalen Verbundsystem Qualitätsstandards der Arbeit und damit Aspekte des Qualitätsmanagements sein, die über Dokumentation und KlientInnenbefragungen überprüfbar werden.

4.2.3.2 KBS: Dokumentation und Berichterstattung

Die psychiatrische Versorgung verfügt nicht über ein dem deutschen Kerndatensatz im Suchtbereich vergleichbares Instrumentarium. Tatsächlich sind die bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern vorhandenen Daten bruchstückhaft und unzusammenhängend, sodass in den Kommunen und im Land kaum Aussagen über die Ist-Situation oder die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung möglich sind. Zwar werden im stationären Bereich Daten zunehmend EDV-gestützt erfasst, doch stehen die KBS hier eher abseits. Zudem gehen die Träger je individuell vor, weder mit der Kommune noch anderen Trägern abgestimmt, sodass keine Zusammenschau möglich ist.

FOGS empfiehlt deshalb, das Dokumentationskonzept für die KBS an bestehende Instrumente in Brandenburg anzulehnen bzw. ein einheitliches Dokumentationskonzept für die psychiatrische Versorgung in Brandenburg zu entwickeln, das sowohl landesweit und trägerübergreifend Mindestdaten versammelt und das sich am Prinzip der Personenzentrierung orientiert. Hierin enthalten sein sollte die Dokumentation in den KBS. Die Dokumentation klientenbezogener Daten sollte in Abhängigkeit von der Art der Nutzung unterschiedlich intensiv sein. Datenschutz bzw. die informationelle Selbstbestimmung der Klientel müssen respektiert werden, doch sollten mit Blick auf Bedarfe der Gesundheitsberichterstattung regionale Austauschprozesse und Nutzungsprofile abgebildet werden können. Das System sollte stufenweise aufgebaut sein und einrichtungs-, klientInnen- und leistungsbezogen folgende Bestandteile umfassen:

Grunddaten:

- Beschreibung der **Rahmendaten** (wie bisher im strukturierten Sachbericht, zusätzlich jedoch eingehend auf Barrierefreiheit) inkl. Daten zu Vernetzungsaktivitäten (Gremienarbeit, fallbezogene und institutionelle Kooperation) und der Qualitätssicherung in den KBS (Konzept, Teamsitzungen, Fallreflexionen, Fortbildungen, Fachaustausch, Beschwerdemanagement, Befragungen von NutzerInnen und Externen). Kernbegriffe wie z.B. Öffnungszeiten, Erreichbarkeit sollten einheitlich und klar definiert werden.
- **KlientInnen-Basisdaten** zur Beschreibung aller einzelnen KlientInnen (anonymisiert: Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Wohnort, Familienstand, Lebenssituation, wichtige beschreibende Daten zur Lebens- und Krankheitsgeschichte, Nutzung von Hilfen etc.).
- **Dokumentation weiterer Aktivitäten:** offene Angebote oder Gruppen für die KlientInnen, Sprechstunden in anderen Institutionen, Unterstützung von Selbsthilfe, Netzwerkleistungen und Gremienarbeit im Sozialraum und Beratungen von MultiplikatorInnen, in anderen Institutionen, Betrieben o.ä. Diese Dokumentation sollte nicht zu detailliert sein, jedoch eine Aggregation ermöglichen, die Transparenz fördert und landesweit Vergleiche ermöglicht.
- **Ergänzende Ausführungen zu Schwerpunktthemen/-zielen** im Berichtszeitraum sowie qualitative Ergänzungen, z.B. zur Entwicklung von KlientInnenstruktur und Vernetzung.

Für intensivere Beratungs- bzw. Betreuungsprozesse:

- strukturierte **Anamnese- und Falldokumentation** (Ressourcen, psychische Probleme, Ziele und Hilfeplanung etc., ggf. unter Einsatz diagnostischer Instrumente) sowie
- fallbezogene **Leistungsdokumentation** (nicht zu detailliert).

Perspektivisch:

- **klientInnenbezogene Abschluss-Ergebnisevaluationen** für intensiver betreute Fälle (z.B. bzgl. Entwicklung von Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Inanspruchnahme weiterer Hilfen), **Katamnesen**
- **Zufriedenheitsbefragungen** von NutzerInnen und KooperationspartnerInnen (z.B. bzgl. der Erreichbarkeit der Einrichtungen).

Die Daten sollten EDV-gestützt erhoben und weitergeleitet werden, ein Teil davon sollte zentral erfasst werden (Rahmendaten, Klientenbasisdaten, weitere Aktivitäten und ggf. ergänzende Aspekte). Die Daten sollten die Grundlage von Zielerreichungs- und Planungsgesprächen zwischen Einrichtungen und den zuständigen kommunalen Stellen darstellen und von der kommunalen Berichterstattung an das Land. Über das Land sollte eine Auswertung der zentralen Daten und ihr Einbringen in die kommunale und landesweite Gesundheitsberichterstattung erfolgen.

Das Dokumentationssystem sollte überschaubar und anwenderfreundlich sein doch gleichwohl neben quantitativen Daten auch qualitative und zielorientierte Beschreibungen umfassen. Ob ein derartiges Dokumentationssystem implementiert werden kann, hängt wesentlich davon ab, ob die Einrichtungen Nutzen für die eigene Arbeit erfahren. FOGS sieht Nutzen für die KBS vor allem darin, dass entlang der Diskussionen um Begriffe wie z.B. Beratung, Vermittlung, Betreuung das Aufgabenprofil der Einrichtungen und ihre besondere Leistung im System deutlich wird. Zum anderen kann eine derartige Doku-

mentation zu einer Schärfung des fachlichen Profils der KBS beitragen – insbesondere indem die Klientel anamnestisch intensiver betrachtet und der Hilfeprozess systematischer strukturiert und transparenter werden.

Die Erarbeitung eines Instrumentariums sowie die Begleitung des – stufenweisen – Implementierungsprozesses sollten, wie im Bereich der BBS, von einem „Arbeitskreis Evaluation und Berichterstattung“ begleitet und fachspezifische Expertise genutzt werden (z.B. Aktion Psychisch Kranke, 2006). Zudem ist die Abstimmung mit den Kommunen zwingend erforderlich (s.o.: Regionalkonferenzen, bilaterale Planungsgespräche, Unterstützung bzgl. kommunaler Steuerung). Die Abstimmung mit den Kommunen sollte durch zeitnahe Rückmeldungen der Ergebnisse der Dokumentationen unterstützt werden (s.o. Abschnitt 4.2.1).

4.3 Zur Umsetzung

Die Versorgung von Menschen mit pathologischem Spielverhalten ist in Brandenburg in die bestehenden Strukturen der Versorgung Suchtgefährdeter und -kranker sowie, wenn auch deutlich weniger, der psychisch Kranken eingebettet. Deshalb wurde die ambulante Versorgung durch die BBS und KBS insgesamt in den Blick genommen. Der vorliegende Bericht gibt eine Reihe von Anregungen für fachliche und organisatorische Weiterentwicklungen der Versorgung von Menschen mit suchtbezogenen oder psychischen/psychiatrischen Problemlagen in Brandenburg durch BBS und KBS sowie für Dokumentation und Berichterstattung. Ein Schwerpunkt der Empfehlungen liegt auf der Neujustierung des Verhältnisses von Land und Kommunen, da aus Sicht von FOGS die (stärkere) Übernahme der Verantwortung durch die Kommunen und die Kooperation von Land und Kommunen zentral für eine gute Weiterentwicklung ist.

Der Vorschlag setzt folglich zum einen auf eine Stärkung der kommunalen Steuerungskompetenz. Zum anderen kann jedoch nur über Rahmenrichtlinien des Landes die Versorgungsgerechtigkeit im Land gestärkt werden, mit dem Ziel, allen Brandenburger BürgerInnen, unabhängig von ihrem Wohnort, möglichst gleiche Chancen auf eine fachlich gute Versorgung einzuräumen.

Die Empfehlungen zielen schließlich auf die (weitere) Professionalisierung der Versorgung, insbesondere bzgl. der KBS und den Ausbau von Vernetzung.

Eine Reihe von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Berichterstattung zielen, neben der schon erwähnten Stärkung von Steuerungsgrundlagen und -kompetenz, auf die Förderung von Transparenz und Vergleichbarkeit in den Systemen. Hiervon wird nicht zuletzt eine Förderung des Fachdiskurses und konzeptioneller Entwicklungen erwartet.

Nunmehr ist im Land über die Empfehlungen zu befinden und ein Aktionsplan zu verabschieden, der Maßnahmen und Schritte (wie z.B. die Umsetzung der vorgeschlagenen Regionalkonferenzen) in einen Zeitplan bringt.

Angesichts der begrenzten finanziellen Mittel in Brandenburg soll mit dem letzten Satz jedoch zu bedenken gegeben werden, dass (neue) Anforderungen und die Ausstattung/Ressourcen der Einrichtungen sich kongruent zueinander verhalten müssen.

5 Literatur

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2006). *Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Barth, W. & Czycholl, D. (2005). *Sucht Migration Hilfe. Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe*. Ein Manual. Hrsg. von AWO Bundesverband e.V. und FDR e.V. Geesthacht: Neuland.

BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2007). *Urteil zur Umsetzung des SGB II. 2 BvR 2433/04 vom 20.12.2007*.

DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2007). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: DHS.

Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, P., Jonas, B., Zenker, C. & Stolle, M. (2009). *Geschlechtsspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen*. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums. Köln: FOGS.