

# **Schwangere und Eltern mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem – wie wirkt die Netzwerkarbeit?**

## **Schlussbericht**

im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit

Von:

Dr. Peter-Michael Sack  
Prof. Dr. Christel Zenker

Wissenschaftliche Durchführung:

Susanne Borchers-Tempel  
Dr. Peter-Michael Sack  
Prof. Dr. Christel Zenker  
Janine Ziegel Müller

Herausgeber:

Thomas Bader  
Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (**fdr**)

Prof. Dr. Rainer Thomasius  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Hannover, Hamburg, im Juli 2009

**Kontakt:**

Jost Leune  
Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (fdr)  
Odeonstraße 14  
30159 Hannover  
E-Mail: [mail@fdr-online.info](mailto:mail@fdr-online.info)

Prof. Dr. Rainer Thomasius  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
E-Mail: [thomasius@uke.de](mailto:thomasius@uke.de)

**Schwangere und Eltern  
mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem  
– wie wirkt die Netzwerkarbeit?**

Schlussbericht

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>0 Projektbeschreibung</b> .....	<b>4</b>
<b>I Fragestellung</b> .....	<b>5</b>
I.1 Hintergrund des Projektes .....	5
I.2 Zum eingesetzten Fragebogen .....	6
<b>II Methodik</b> .....	<b>7</b>
<b>III Die Befragung</b> .....	<b>8</b>
III.1 Mündliche Befragung .....	8
III.2 Schriftliche Befragung: Zeitraum, Rücklauf .....	8
<b>IV Teilnehmende Netzwerke</b> .....	<b>10</b>
IV.1 Welche Institutionen sind in den Netzwerken vertreten?.....	10
IV.2 Wer hat sich an der Befragung beteiligt? .....	11
IV.3 Welche Institutionen sind in den Leitungsgremien der teilnehmenden Netzwerke präsent? 12	
IV.4 Wie übereinstimmend sind die Aussagen der Netzwerkteilnehmer?.....	13
IV.5 Sind einzelne Institutionen überrepräsentiert? .....	15
<b>V Die Netzwerke</b> .....	<b>18</b>
V.1 Allgemeines .....	18
V.2 Arbeitsweise der Netzwerke .....	19
V.3 Bisherige Erfahrungen der Netzwerke .....	21
V.4 Fallarbeit in den Netzwerken .....	23
V.6 Erfordernisse künftiger Netzwerk- und Fallarbeit.....	24
<b>VI Die Netzwerkarbeit aus Sicht der Sektoren</b> .....	<b>28</b>
VI.1 Allgemeines .....	28
VI.2 Arbeitsweise .....	29
VI.3 Bisherige Erfahrungen .....	31
VI.4 Fallarbeit .....	31
VI.5 Erfordernisse künftiger Arbeit .....	32
<b>VII Weitere Ergebnisse</b> .....	<b>34</b>
VII.1 Leitfaden für die Netzwerkarbeit.....	34
<b>VIII Zusammenfassende Diskussion</b> .....	<b>36</b>
VIII.1 Ablauf der Befragung .....	36
VIII.2 Zusammensetzung der Netzwerke .....	37
VIII.3 Größe der Netzwerke .....	37
VIII.4 Heterogenität der Sichtweisen .....	38
VIII.5 Geringe Übereinstimmung und Repräsentativität .....	39
VIII.6 Differenzen und Kompromisse .....	39
VIII.7 Erfolge der Netzwerkarbeit.....	40
VIII.8 Zufriedenheit mit der Fallarbeit und künftige Erfordernisse der Netzwerkarbeit .....	40
VIII.9 Differenzen, Erfolg, Zufriedenheit .....	41
VIII.10 Exkurs: In 2009 wie in 1999?.....	41
VIII.11 Die Zukunft.....	42
VIII.12 Zielerreichung .....	42
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>44</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>45</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>46</b>
Tabellen.....	46
Anschreiben.....	47
Fragebogen .....	47

## Zusammenfassung

Zur Darstellung der Kooperation von Netzwerken im Bereich „Suchtmittel konsumierende Schwangere und Eltern“, die als regionale Hilfen für suchtgefährdete und/oder Substanz abhängige Schwangere, Eltern und deren Kinder gegründet worden waren, wurde im Quartal IV 2008 und Quartal I 2009 eine Fragebogenaktion durchgeführt. Die Auskünfte von 78 Personen zu ihrer Arbeit in Netzwerken dieser Art konnten eingeholt werden. Der Rücklauf betrug bei vorheriger erklärter Zustimmung und erklärter Unterstützung 42 %, bezogen auf alle angefragten Netzwerke insgesamt 31 %.

Die 78 an der Befragung teilnehmenden Personen – im weiteren Verlauf als „Befragte“ bezeichnet – arbeiten in insgesamt 16 Netzwerken, die im vorliegenden Bericht zu sogenannten übergreifenden „Sektoren“ zusammengefasst werden:

1. Ambulante und stationäre Suchthilfe
2. Soziales / Erziehung
3. Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung
4. Juristischer Bereich
5. Selbsthilfe und Angehörige
6. Landes-/Fachstelle

Der Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ – und zwar fast ausschließlich Drogen- und Suchtberatungsstellen – ist am häufigsten an der Befragung beteiligt (nämlich mit 30 %), gefolgt von der nächst größeren Gruppe, der Jugendhilfe, aus dem Sektor „Soziales / Erziehung“ (19 %). Mit insgesamt 15 % haben aus dem Sektor „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“, nämlich Gesundheitsämter, Schwangerschafts-(konflikt-)beratungsstellen und Allgemeinärzte (mit je 5 %) den Fragebogen beantwortet.

Welche Institutionen sind an den Netzwerken beteiligt und haben Leitungsfunktionen?

Die am häufigsten als Netzwerk-Kooperationspartner benannten Institutionen arbeiten auch proportional häufig in Leitungsgremien mit, sofern diese denn existieren: 29 % der Nennungen zufolge haben teilnehmende Netzwerke kein Leitungsgremium, in weiteren 13 % der Netzwerke gibt es wechselnde Personen mit Leitungsfunktionen.

Zu den Sektoren, die in Leitungsgremien vertreten sind, gehören „Suchthilfe“, „Soziales / Erziehung“, „Gesundheitsversorgung“ und „Landes-/Fachstellen“. Die größten Personen-gruppen mit Leitungsfunktion kommen aus Drogen- und Suchtberatungsstellen (20 % der Nennungen), der Jugendhilfe (16 %) und den Gesundheitsämtern (9 %). Weitere Nennungen entfallen auf ein bis zwei Personen, die aus den unterschiedlichen Sektoren kommen, wobei insgesamt weitere 9 % der Nennungen auf Personen aus dem Gesundheitsbereich entfallen.

Zur Arbeitsweise der Netzwerke

Die Netzwerkarbeit im Bereich „Suchtmittel konsumierende Schwangere und Eltern“ ist anscheinend selbst für beteiligte Akteure schwer durchschaubar: Übereinstimmungen zu Angaben, wer konkret Kooperationspartner ist, lagen häufig bei Null. Die tatsächliche Netzwerkarbeit scheint sich vermutlich eher in Subnetzwerken zu vollziehen, wo sich die Fachkräfte persönlich kennen und „kurze Wege“ möglich sind.

Die fehlende Bekanntheit untereinander ist z. T. dadurch erklärbar, dass an den Treffen der Netzwerke jeweils unterschiedliche Kooperationspartner bzw. unterschiedliche Personen aus den verschiedenen Institutionen teilnehmen. Hier deutet sich eine Komplexität in der Netzwerkorganisation an, zu deren Handhabung die einzelnen Netzwerke oder Leitungsgremien effektive Instrumente benötigen (Projektmanagement).

Weiter wurde beobachtet, dass kein Netzwerk und kein Sektor eine durchweg höhere Übereinstimmung aufweist als die jeweils anderen. Dies wird so verstanden, dass eine all-gemeine „heterogene Sicht“ typisch zu sein scheint, und dass die vorgefundenen (Nicht-)Übereinstimmungen im Wesentlichen von Profession, Informationsstand und der Perspektive der jeweiligen *einzelnen Befragten* abhängen. Entscheidend ist, wie zu dieser „Pluralität der Perspektiven“ in der Praxis eine Übereinstimmung bezüglich der Überwindung einer gegebenen Problematik hergestellt werden kann. Voraussetzung dafür ist die Anerkennung von Pluralität als Wert und eine kompetente „innere Lenkung“ der Netzwerke.

Zu den bisherigen Erfahrungen mit der Netzwerkarbeit

Die beiden Themen, die laut Befragten „mindestens manchmal“ zu Differenzen führen, sind die der Fremdplatzierung von Kindern und der Zwangsmaßnahmen bei beeinträchtigendem Drogenkonsum, also Eigen- und Fremdgefährdung. Dabei ist zu betonen, dass die typische Antwort auf die Frage, inwiefern Kompromisse erreicht werden, „häufig“ lautet – mit insgesamt 68 % der Nennungen.

Der kontroverse Gehalt der Themen ergibt sich nicht netzwerkspezifisch, sondern eher aus der Sichtweise der Sektoren und vermutlich vor dem professionellen Hintergrund und legitimum Bestreben, ein Optimum für die jeweilige eigene Klientel zu erreichen. So erleben „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ und „Soziales / Erziehung“ vermutlich gerade aus diesem Grund als häufigste kontroverse Themen „Substitution“, „Zwangsmaßnahmen“ und „Betreuungsintensität“. Nach Einzelbeobachtungen arbeiten Netzwerke denn auch in den Spannungsfeldern „Kindeswohl / Elternkompetenz“ und „Zuständigkeit / Kooperation“.

Die typischen Erfolge der Netzwerkarbeit liegen in der gelungenen Effektivitätssteigerung der eigenen Arbeit, bei zugleich wenig Anerkennung von außen. Die erreichten Verbesserungen betreffen die konkrete Alltagspraxis: jeweils mindestens 71 % der Befragten berichten von Synergie-Effekten in der Versorgung, mehr Austausch zwischen Ressorts und Fachkräften, erlebter Erleichterung und/oder Verbesserung sowie netzwerkspezifischen Fortbildungen. In Netzwerken arbeitende Personen müssen also über hohe Fähigkeiten zur intrinsischen (Eigen-) Motivierung verfügen, d. h. dass sie eine innere Beziehung zu ihrem Arbeitsfeld haben, die diese Motivation erzeugt. Gute Netzwerk-Leitungen führen den Fachkräften immer wieder die erreichten Fortschritte vor Augen, bzw. die Kooperationspartner untereinander tragen über ihre Erfolge zu weiterer Motivation und gelingender Arbeit bei.

Künftige Bedarfe

Bezogen auf künftige Erfordernisse haben Netzwerkpartner insbesondere folgende Bedürfnisse: An erster Stelle wird die bessere „Früherkennung und Frühintervention“ gefordert, gefolgt von „mehr personellen Ressourcen“ (jeweils 89 %) und der „Qualifizierung durch Fortbildung“

(88 %). All diese Forderungen beziehen sich vor allem auf eine Verbesserung der Fallarbeit, die die Kernarbeit der Netzwerke bildet. Demgegenüber wird von „nur“ 77 % der Befragten „mehr fachlicher Austausch“ gewünscht. Gemessen an den allseits bekannten Animositäten und Vorbehalten bei kooperierenden Sektoren ist dieser Wert allerdings als sehr hoch einzuschätzen.

Insgesamt ist der Wunsch groß, den Anteil der Erfolge und zufriedenstellender Arbeitsbedingungen zu erhöhen, zumal die Netzwerkarbeit wenig externe Anerkennung findet. Unbefriedigende Fallarbeit birgt das Risiko von Prozessverlusten durch eine nicht-optimale Versorgung und wäre somit der Intention der Netzwerkarbeit genau entgegengesetzt. Somit gilt es, über eine Erhöhung der fallbezogenen Zufriedenheit ein langfristig mögliches Auseinanderbrechen von Netzwerken oder auch ein „Abwandern“ der besonders engagierten Einzelpersonen oder Institutionen zu verhindern. In diesem Zusammenhang ist der Wunsch der Befragten nach „mehr fachlichem Austausch“ und „mehr Qualifizierung durch Fortbildung“ als besonders positiv einzuschätzen.

Neben der notwendigen Verbesserung der Fallarbeit vor allem durch qualifizierende, sektorenübergreifende Maßnahmen, lassen sich zwischen den drei hauptsächlichen Sektoren („Ambulante und stationäre Suchthilfe“, „Soziales / Erziehung“, „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“) gewisse Schwerpunkte identifizieren, die möglicherweise schon länger „im Raum stehen“ und für „Differenzen“ gesorgt haben könnten. Die Leitungsgremien werden bei der entsprechenden Interessenharmonisierung viel Fingerspitzengefühl zeigen müssen, und es hängt vom Erfolgswillen der teilnehmenden Netzwerkpartner ab, ob sie sich auf Änderungsprozesse einlassen und auch den Bedürfnissen der jeweils anderen Partner mehr Raum lassen und diese ernst nehmen.

#### Zukunft der Netzwerkarbeit

Die „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ hält klarere fallbezogene Verbindlichkeiten für notwendiger als die anderen zwei Sektoren; damit sind sensible Fragen der Zuständigkeit und Kooperation innerhalb der Netzwerke angesprochen, da die Institutionen eine quasi-anwaltliche Haltung ihrem Klientel gegenüber haben. Der Sektor „Soziales / Erziehung“ sieht die Überwindung getrennter Kostenträgerzuständigkeiten mehr im Vordergrund, also ein eher politisches Hemmnis. Die „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ hält mehr finanzielle Ressourcen sowie eine Intensivierung der Kooperation für dringlicher, also netzwerkexterne wie -interne Aspekte. Das bedeutet, dass die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert werden muss, um die Arbeit erleichternden politischen Entscheidungen voranzutreiben. Bezüglich mangelnder fallbezogener Verbindlichkeiten und anderer netzwerkinterner Hemmnisse zur Intensivierung der Kooperation brauchen die Netzwerkpartner Hilfen – höchst-wahrscheinlich von außen –, um verbindliche Absprachen zur Arbeitserleichterung und -verbesserung treffen zu können.

## 0 Projektbeschreibung

Die Situation von Kindern suchtmittelkonsumierender Eltern stand in den vergangenen Jahren im Mittelpunkt der fachlichen Diskussionen. Um leistungsträgerübergreifende Hilfen sicher zu stellen, haben sich an vielen Orten Netzwerke entwickelt. Um ihre Struktur und Wirksamkeit kennen zu lernen, hat der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., dem Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagen, dazu eine Befragung der Netzwerke zu organisieren. Unter dem Titel „Schwangere und Eltern mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem - wie wirkt die Netzwerkarbeit?“ wurde versucht, möglichst viele Akteure bestehender Netzwerke erreichen und mit Hilfe des Fragebogens die jeweiligen Erfahrungen zu Strukturen, Prozessen und Veränderungsbedarfen in der Netzwerkarbeit abbilden.

Ziele des Projekts waren:

- die schriftliche und mündliche Evaluierung zu „guter Praxis“ von ca. 10 praktizierenden Netzwerk-Modellen zu Hilfen für suchtgefährdete und –abhängige Eltern und ihren Kindern in möglichst unterschiedlichen Regionen (Stadt-Land, Ost-West)
- Erfahrungsaustausch mit Fachleuten aus Kommunen mit einer Vereinbarung zur Hilfe für schwangere Abhängigkeitskranke und Familien mit suchtmittelkonsumierenden Eltern.

Die abschließende Konzeption der Befragung wurde in der Sitzung des wissenschaftlichen Beirats des (fdr) am 8. Dezember 2008 beschlossen.

# I Fragestellung

## I.1 Hintergrund des Projektes

In Deutschland werden jedes Jahr ca. 4.000 Kinder mit Alkohol bedingten Schädigungen geboren. Die Zahl der durch illegale Drogen und Medikamente belasteten Neugeborenen lässt sich kaum seriös schätzen. In einigen Städten und Gemeinden ist die Gestaltung der Hilfen für betroffene Kinder und Eltern bereits in einer Vereinbarung geregelt. Dennoch überwiegen die Defizite in der Organisation der Hilfen für Substanzen konsumierende Schwangere und Eltern sowie deren Kinder. Auf Initiative des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. (fdr) wurde deshalb ein Projekt initiiert, das die Erfahrungen der vorhandenen Netzwerke zur Unterstützung der genannten Zielgruppen erfasst und diese Ergebnisse für eine Stärkung der regionalen Kooperation bundesweit aufbereitet.

Bereits in der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Expert(inn)enanhörung „Drogen – Schwangerschaft – Kind“ am 29. Januar 2007 in Berlin wurde deutlich, dass Ziele, Verfahren und Kooperationsangebote bei der Betreuung von Suchtmittel konsumierenden Müttern und Familien entweder nicht bekannt sind oder uneinheitlich gehandhabt werden. Auf dem 31. BundesDrogenKongress am 28. und 29. April 2008 in Hamburg wurde u. a. berichtet, dass jede(r) dritte Drogenabhängige Kinder habe, bei denen ein hohes Potenzial an Störungsmustern vorhanden sei (Fachverband Drogen und Rauschmittel, 2008). Insbesondere drogenabhängige bzw. substituierte Frauen sind meist alleinerziehend.

Trotz hoher Medienwahrnehmung, vielfältigen fachlichen Problemdefinitionen in Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und einer ausführlichen Beschreibung in der Fachliteratur erfordert die Situation in Deutschland nach Ansicht des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. (fdr) ein Projekt, das vorhandenes Wissen und vorhandene Erfahrungen bündelt, bewertet und an Interessierte vermittelt. Denn Hilfen für Kinder, Mütter und Eltern erfordern eine nahtlose und übergreifende Betreuung von kooperierenden Institutionen während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes und ein abgestimmtes multiprofessionelles Handeln, insbesondere in anspruchsvollen „Case Management“-Ansätzen (Schu, 2008).

Die Autorinnen und Autoren der Kurzevaluation der „Frühe Hilfen“ geben an, dass Erfahrungen in der Netzwerkarbeit noch nicht in generalisierbarer Form vorliegen, die Netzwerke müssten ihre Erfahrungen selbst machen, und auch die Kurzevaluation der „Frühe Hilfen“ könne hierzu keine Empfehlungen vorlegen (Helming, Sandmeir, Sann & Walter, 2007). Ebenso skizzieren Arenz-Greiving und Köber (2007) im Ausblick ihrer „Meta-Studie“ ein „Projekt mit Modellcharakter“, das vorliegende Erfahrungen erst noch bündeln soll. Dafür sollte auf allen Ebenen eines Netzwerkes eine grundsätzliche Bereitschaft vorliegen zur

- Erarbeitung, Erprobung und Umsetzung eines wirkungsorientierten Dokumentationssystems,
- Implementierung eines (Selbst-)Evaluationskonzeptes, das sowohl die inner-institutionelle Weiterentwicklung als auch einen (freiwilligen) „Benchmarking“-Vergleich mit anderen Einrichtungen einschließt.

## I.2 Zum eingesetzten Fragebogen

Die Befragung sollte schriftlich bei möglichst vielen Partnern der jeweiligen Netzwerke bzw. Versorgungsverbände durchgeführt werden. Zur Rekonstruktion der Kooperation der unterschiedlichen Akteure wurde ein bewusst kurz gehaltener Fragebogen entwickelt. Seine Fragen beziehen sich zumeist auf Kriterien, welche Netzwerke in ihren Berichtlegungen und Bilanzen selbst verwenden (v. a. im Internet), wozu im Zuge der Fragebogenentwicklung entsprechende Recherchen durchgeführt wurden. Die Fragen beziehen sich auf folgende Themenkomplexe:

■ *Welche Institutionen sind an Ihrem Netzwerk beteiligt?*

Hier wurden i. W. die beteiligten Akteure (im Fragebogen: „Institutionen“) erfragt sowie die Zusammensetzung von Leitungsgremien.

■ *Arbeitsweise der Netzwerke*

Hier wurde erfragt, wie häufig sich die Netzwerke treffen, wie dort Vereinbarungen getroffen werden, wie mit kontroversen Themen umgegangen wird und inwieweit Kompromisse gefunden werden

■ *Erfahrungen mit der Netzwerkarbeit*

Hier wurde nach Netzwerk-internen und -externen Veränderungen gefragt. Die Fragen werden als Ausdruck bisheriger Erfolge des jeweiligen Netzwerks gesehen.

■ *Fallarbeit im Netzwerk*

Die Fallarbeit ist von zentraler Bedeutung, denn verbesserte Versorgung geschieht durch effiziente Fallarbeit. Darum wurden die Einschätzungen zur bisherigen Fallarbeit als Indikatoren für die Zufriedenheit mit der Netzwerkarbeit formuliert.

■ *Was erfordert die zukünftige Arbeit in Ihrem Netzwerk?*

Hier wurde nach Handlungsbedarf gefragt.

Das Anschreiben des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. (fdr) und der Fragebogen ist im Anhang zu finden.

## II Methodik

Die Daten wurden zumeist deskriptiv ausgewertet, da die unterschiedlichen und vor allem niedrigen und stark divergierenden Fallzahlen in den Tabellenzellen keine zufallskritische Prüfung erlauben.

Zur Kennzeichnung der Verteilungen wurde der Mittelwert „M“ und die Standardabweichung (Streuung) „SD“ verwendet.

Für die Tabellen mit Mehrfachnennungen wurde der Modus „abhängig von der Zahl der Nennungen“ (nicht „abhängig von der Zahl der Fälle“) gewählt. Zur Sicherheit sei gesagt, dass sich Prozentangaben bei Mehrfachnennungen zu über 100% addieren können.

Als Maß zur Berechnung von Übereinstimmungen zwischen den Angaben wurde der Intraklassenkoeffizient ICC eingesetzt, der von -1 bis +1 reicht. Der ICC zeigt im Minusbereich gegenläufige und im Plusbereich gleichläufige Angaben an. Ein ICC ab .41 zeigt eine „mäßige“ Übereinstimmung an, ein ICC ab .61 eine „mittlere“ Übereinstimmung, ein ICC von Null bedeutet „völlige Nicht-Übereinstimmung“ (Shrout, 1998).

Alle Berechnungen von Indizes beruhen auf Korrelationsanalysen, sodass die jeweilige Summe aus den verschiedenen Items technisch korrekt gebildet ist, nämlich aus korrelierenden Items.

## III Die Befragung

### III.1 Mündliche Befragung

Die Netzwerkarbeit im Bereich suchmittelkonsumierender Schwangere und Eltern erwies sich selbst für die Kooperationspartner schwer durchschaubar: Es wurde sowohl nachgefragt, welches Netzwerk Befragungsgegenstand sei, als auch betont, dass Träger mehreren Netzwerken angehörten. Selbst Personen, die einen Kooperationsvertrag mitunterzeichnet hatten wiesen darauf hin, keinem Netzwerk anzugehören. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass Kooperationsvereinbarungen eher ein theoretisches Konstrukt sind und nur wenig Bedeutung in der praktischen Arbeit haben. Deutlich wird aber auch, dass Netzwerke keine „geschlossenen Kreise“ sind.

### III.2. Schriftliche Befragung: Zeitraum, Rücklauf

Die Befragung wurde im Quartal IV 2008 und Quartal I 2009 durchgeführt. Die Anfragen legen die vorhandene Adressendatei des (fdr) zugrunde, die durch Internet-Recherchen und entsprechend eines sogenannten „Schneeballsystems“ durch Hinweise von bereits an der Befragung beteiligten Personen erweitert wurden. Hilfreich waren ferner Verweise bei Arenz-Greiving und Köber (2007) sowie bei Bürger (2006). Es wurde stets eine „Top-down“-Strategie befolgt, d. h. ohne Wissen eines Netzwerkes bzw. einer offiziellen Ansprechperson wurden keine Fragebögen versendet.

Die Fragebögen wurden selten durch koordinierende Personen bei Netzwerktreffen ausgegeben, sondern meist als Anhänge der E-Mail-Verteilern der Netzwerke. In einem Ausnahmefall wurde der Fragebogen von eigens dazu beauftragten Personen beantwortet, in den sonstigen Fällen entschied das persönliche Engagement von Einzelpersonen über die Beteiligung an der Befragung.

Die Motivierung zur Teilnahme an der Befragung war sehr zeitaufwändig. In mindestens zwei Anschreiben und in mehreren Telefonaten mit koordinierenden Personen wurde an die Befragung erinnert, bis entweder durch eindeutige Absagen direkt oder durch andauernde Nicht-Reaktion indirekt eine Absage erteilt bzw. signalisiert wurde. Einige Angefragte gaben freiwillig Gründe für eine Absage an, nämlich allgemeine Arbeitsüberlastung, derzeit laufende zusätzliche Evaluationen in den Institutionen oder parallel laufende andere Befragungen durch sonstige Forschungseinrichtungen.

Der Rücklauf betrug bei den Netzwerken mit vorheriger erklärter Zustimmung und Unterstützung 42 %, bei allen angefragten Netzwerken 31 %. An der Befragung beteiligten sich 78 Personen aus 16 Netzwerken. Die Netzwerke verteilen sich regional wie folgt:

- 4 Netzwerke aus dem Norden,
- 2 Netzwerke aus dem Osten,
- 4 Netzwerke aus der Mitte,
- 3 aus dem Westen,
- 3 aus dem Süden Deutschlands.

Fast alle Netzwerke sind in größeren Städten angesiedelt.

Im Folgenden wird die professionelle Zusammensetzung der Netzwerke charakterisiert, wobei den Netzwerken wegen der im Fragebogen-Anschreiben zugesagten pseudonomisierten Auswertung willkürlich Zahlen zugeordnet wurden, sodass keine Rückschlüsse auf die Identität dieser Netzwerke ermöglicht werden. Die an den Netzwerken beteiligten Institutionen bzw. Personen werden in der Darstellung überwiegend zu versorgungsrelevanten Bereichen („Sektoren“) zusammengefasst. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit sind im Tabellen-Anhang einzelne Ergebnistabellen ergänzend zu finden, welche die Untergliederung in Institutionen / Personen detailliert wiedergeben.

Es ist wichtig zu beachten, dass nicht „die Netzwerke“ oder die einzelnen Versorgungsbereiche / Sektoren Auskunft gaben, stattdessen handelt es sich bei der gesamten folgenden Darstellung um die Wiedergabe der Auskünfte von Einzelpersonen aus teilnehmenden Einrichtungen mit ihren institutionell und individuell geprägten beruflichen Erfahrungshintergründen und Perspektiven.

## IV Teilnehmende Netzwerke

### IV.1 Welche Institutionen sind in den Netzwerken vertreten?

Die Angaben der N = 78 Befragten dazu, welche Institutionen als Kooperationspartner in den eigenen Netzwerken mitarbeiten, wurden nach der Methode der Mehrfachnennungen ausgewertet. Die genannten Institutionen wurden in sechs Sektoren plus „Sonstige“ und „Ohne Angabe“ eingruppiert:

1. Ambulante und stationäre Suchthilfe
2. Soziales / Erziehung
3. Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung
4. Juristischer Bereich
5. Selbsthilfe und Angehörige
6. Landes-/Fachstellen
7. Sonstige
8. Ohne Angabe

Eine detaillierte Aufführung befindet sich in Tabelle A1 im Anhang. Einige nicht selbst erklärende Aspekte zur Eingruppierung seien hier erläutert:

- Als im Sektor „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ mitarbeitende Krankenkassen wurden genannt: „alle“ (3-mal), Deutsche Betriebskrankenkasse (Deutsche BKK, 1-mal), Techniker Krankenkasse (TK, 1-mal).
- Als im Sektor „Selbsthilfe und Angehörige“ mitarbeitende Gruppen wurden genannt als (a) Angehörigengruppen: Guttempler, Kreuzbund, Al-Anon, Blaues Kreuz, Netzwerk e. V., Elterinitiativen und (b) als Selbsthilfegruppen: Unterstützerguppen Jugend hilft Jugend e. V., NACoA e. V.<sup>1</sup>
- „Landes-/Fachstellen“ umfassen Landesstellen für Suchtfragen, Suchthilfekordinationsstellen und Drogenbeauftragte.
- Die Rubrik „Sonstige“ enthält NADA e. V.<sup>2</sup> (2-mal) und eine Arbeitsgemeinschaft nach dem SGB II (Arge).

Als Kooperationspartner werden vor allem Institutionen aus dem Sektor der „Ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung“ angegeben. Dieser Sektor bezieht sich auf 42.1 % aller Nennungen, umfasst jedoch eine Fülle unterschiedlicher Kooperationspartner, wobei mit 5.3 % am häufigsten Kinderkliniken genannt werden. Als zweitgrößten Sektor benennen die Befragten die „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ mit 27.3 % aller Nennungen, darin repräsentieren die Institutionen der Drogen- und Suchtberatung mit 11.2 % die größte Gruppe. Drittgrößter Sektor ist „Soziales / Erziehung“, in dem mit 7.0 % die Jugendhilfe am häufigsten benannt ist. Bei Betrachtung der einzelnen beteiligten Institutionen steht somit die Drogen- und Suchtberatung an erster Stelle, gefolgt von der Jugendhilfe und den Kinderkliniken.

Die Resultate bezogen auf die Sektoren sind in Tabelle 1 aufgeführt. Insgesamt geben die 78 Befragten an, dass inklusive „Sonstige“ 50 verschiedene Institutionen in ihren Netzwerken mitarbeiten bzw. ohne „Sonstige“ 47 verschiedene Institutionen.

---

<sup>1</sup> National Association for Children of Alcoholics (NACoA) Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.

<sup>2</sup> National Acupuncture Detoxification Association – Deutsche Sektion e. V.

Tabelle 1 Welche Sektoren werden als Netzwerk-Kooperationspartner benannt? (Mehrfachnennungen)

Sektoren	Häufigkeit der Nennungen	Prozent aller Nennungen (%)
Ambulante und stationäre Suchthilfe	278	27.3 %
Soziales / Erziehung	250	24.6 %
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	430	42.2 %
Juristischer Bereich	14	1.4 %
Selbsthilfe und Angehörige	25	2.5 %
Landes-/Fachstelle	7	0.7 %
Sonstige	3	0.3 %
Ohne Angabe	4	0.4 %

Anmerkungen. Details siehe Tabelle A1 im Anhang.

## IV.2 Wer hat sich an der Befragung beteiligt?

Wie zu erwarten, kommen die Personen, die an der Befragung teilnahmen, aus denjenigen Sektoren, die am häufigsten als Kooperationspartner benannt wurden (Tabelle 2). Die Befragungsteilnehmer aus dem Sektor der ambulanten und stationären Suchthilfe kommen fast ausschließlich (nämlich mit 29.5 %) aus der Drogen- und Suchtberatung. Mit 19.2 % stellt im Sektor „Soziales / Erziehung“ die Jugendhilfe die größte Gruppe dar. Die Befragungsteilnehmer aus der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung (15,3 %) kommen am häufigsten aus Gesundheitsämtern und Schwangerschafts-(konflikt-)beratungsstellen bzw. sind Allgemeinärzte (mit je 5.1 %).

Der „Juristischer Bereich“ und der Sektor „Selbsthilfe und Angehörige“ sind nur einmal vertreten. Zwar wurden noch folgende Einrichtungen / Personen als Kooperationspartner benannt, sie haben jedoch nicht an der Befragung teilgenommen: aus dem Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ die Substitutionseinrichtungen, aus dem Sektor „Soziales / Erziehung“ die Erziehungsberatung und Erziehungshilfe sowie aus dem Sektor „Selbsthilfe und Angehörige“ die Selbsthilfegruppenteilnehmer (im Einzelnen siehe Tabelle A1 im Anhang).

Tabelle 2 Aus welchen Sektoren kommen die N = 78 Personen, die an der Befragung teilnahmen?

Sektoren	Häufigkeit	Prozent (%)
Ambulante und stationäre Suchthilfe	25	31.2 %
Soziales / Erziehung	18	23.4 %
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	29	37.7 %
Juristischer Bereich	1	1.3 %
Selbsthilfe und Angehörige	1	1.3 %
Landes-/Fachstelle	3	3.9 %
Ohne Angabe	1	1.3 %

Anmerkungen. Details siehe Tabelle A2 im Anhang.

### IV.3 Welche Institutionen sind in den Leitungsgremien der teilnehmenden Netzwerke präsent?

In 58.2 % der Netzwerke existiert ein Leitungsgremium mit einem oder mehreren Hauptverantwortlichen. Die zahlenmäßig am häufigsten vertretenen Sektoren sind erwartungsgemäß auch in diesen Leitungsgremien am häufigsten repräsentiert. Der Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ wird in den Leitungsgremien ausschließlich durch Personen aus der Drogen- und Suchtberatung (32.1 %) repräsentiert, der Sektor „Soziales / Erziehung“ mit 13.6 % durch Personen aus der Jugendhilfe. Aus dem Sektor der „Ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung“ kommen zu je 7.4 % Personen aus Gesundheits-ämtern, Medizinischen Drogen-Ambulanzen und aus Kinderkliniken.

Tabelle 3 In Leitungsgremien mitwirkende Institutionen in den Netzwerken, in denen ein solches Gremium existiert (Mehrfachnennungen)

Institution	Häufigkeit	Prozent (%)
Ambulante und stationäre Suchthilfe	25	32.1 %
Soziales / Erziehung	18	23.1 %
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	29	37.2 %
Juristischer Bereich	1	1.3 %
Selbsthilfe und Angehörige	0	0 %
Landes-/Fachstelle	4	5.1 %
Ohne Angabe	1	1.3 %

Anmerkungen. Details siehe Tabelle A3 im Anhang.

Wie Tabelle 3 zeigt, sind in den Netzwerken, in denen es Leitungsgremien gibt, vor allem die Sektoren „Gesundheitsversorgung“ und „Suchthilfe“ präsent, gefolgt von „Soziales / Erziehung“.

Auch wenn es Lenkungsaufgaben in diesen Gremien gibt, werden diese von Institutionen aus diesen Sektoren am häufigsten wahrgenommen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4 fasst die Angaben zu Lenkungs- bzw. Koordinationsaufgaben zusammen. 41.8 % der Befragten aus den fünf Netzwerken mit einem Leitungsgremium berichten, dass in ihren jeweiligen Netzwerken keine Institution eine ausgesprochene Lenkungsfunktion innehatte bzw. dass diese wechselt. Die größte Personengruppe mit Lenkungsaufgaben bilden im Sektor der „Ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung“ zu 9.2 % Personen aus Gesundheits-ämtern. Im Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ kommen wiederum alle Personen mit Lenkungsaufgaben aus der Drogen- und Suchtberatung (19.8 %) und im Sektor „Soziales / Erziehung“ fast alle (15.8 %) aus der Jugendhilfe.

Tabelle 4 *Hauptverantwortung / Geschäftsführung / Koordination in den Netzwerken, in denen ein Leitungsgremium existiert (Mehrfachnennungen)*

Institution	Häufigkeit	Prozent (%)
Keine Institution hat eine solche Hauptverantwortung inne	22	28.9 %
Wechselnde Verantwortung unter den Institutionen	9	12.9 %
Ambulante und stationäre Suchthilfe	15	19.8 %
Soziales / Erziehung	13	17.1 %
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	14	19.5 %
Juristischer Bereich	1	1.3 %
Selbsthilfe und Angehörige	0	0 %
Landes-/Fachstelle	1	1.3 %

Anmerkungen. Details siehe Tabelle A4 im Anhang.

#### IV.4 Wie übereinstimmend sind die Aussagen der Netzwerkteilnehmer?

Im Schnitt beantworteten fünf Personen aus unterschiedlichen Institutionen / Sektoren pro Netzwerk den Fragebogen ( $M = 5.43$ ;  $SD = 2.38$ ). Tabelle 5 zeigt, wie viele Personen sich in den einzelnen Netzwerken an der Befragung beteiligten, wie viele Kooperationspartner sie maximal und wie viele sie im Durchschnitt benannt haben. Angesichts dieser mitunter weit auseinander liegenden Angaben ist es interessant zu sehen, wie hoch die faktische Übereinstimmung ist.

Die Netzwerke scheinen insgesamt zu groß zu sein oder bezüglich ihrer Mitgliedsorganisationen oder deren beteiligter Personen zu sehr zu schwanken, als dass die Befragten die tatsächlich beteiligten Institutionen insgesamt überblicken oder kennen würden.

So werden z. B. im Netzwerk 13 von den insgesamt drei Befragten zwölf am Netzwerk beteiligte Kooperationspartner angegeben, der Mittelwert von 10.3 scheint zunächst eine hohe Übereinstimmung anzudeuten. Die Übereinstimmung, ermittelt über den exakten Intraklassenkoeffizienten ICC, liegt jedoch um Null: Kooperationspartner, die ein Befragter aus einem Netzwerk X nennt, werden von einem anderen Befragten desselben Netzwerkes nicht genannt, son-

dem stattdessen völlig andere Kooperationspartner. Da ein ICC ab .41 als „mäßige Übereinstimmung“ gilt, kann festgestellt werden, dass in keinem Netzwerk die Antworten bezüglich der beteiligten Kooperationspartner auch nur „mäßig“ übereinstimmen.

Tabelle 5 *Übereinstimmungen der Angaben der N=78 Befragten zu den am jeweiligen Netzwerk beteiligten Institutionen je nach Netzwerk*

Netzwerk	Anzahl der Befragten N = 78	Maximale Zahl genannter Kooperationspartner	Mittlere Zahl genannter Kooperationspartner	Übereinstimmung via ICC
Eins	8	22	11.6	.104
Zwei	6	22	13.6	.082
Drei	4	10	9.0	-.017
Vier	4	17	11.8	.082
Fünf	11	24	17.6	.050
Sechs	4	15	8.3	.124
Sieben	4	10	6.8	.021
Acht	5	15	12.0	.013
Neun	5	19	9.6	.113
Zehn	7	17	13.3	.023
Elf	5	30	12.4	.265
Zwölf	1	5	—	—
Dreizehn	3	12	10.3	-.005
Vierzehn	2	24	16.5	.222
Fünfzehn	1	20	—	—
Sechzehn	8	29	18.0	.139

In Tabelle 6 werden die Ergebnisse aus *Sektorensicht* (und nicht *Netzwerksicht*) dargestellt. Es zeigt sich, dass der Befund aus Tabelle 5 hier repliziert wird, denn auch innerhalb der Sektoren ist trotz plausibler größerer „Ähnlichkeit“ der jeweiligen dortigen Professionen und Aufgabenstellungen keine größere Übereinstimmung in der Nennung von Kooperationspartnern festzustellen. Dies lässt sich so verstehen, dass sowohl innerhalb der Netzwerke als auch der Sektoren eine heterogene Wahrnehmung anzutreffen ist. Diese ist einerseits dadurch möglich, dass an den Treffen der Netzwerke jeweils unterschiedliche Kooperationspartner bzw. unterschiedliche Personen aus den verschiedenen Institutionen eines Sektors teilnehmen, andererseits könnte die mangelnde Übereinstimmung auch auf Unterschiede in der *individuellen* Wahrnehmung, den Präferenzen und Erfahrungshintergründen zurückgeführt werden.

Tabelle 6 *Übereinstimmungen der N = 78 Befragten je nach Sektor zu den am eigenen Netzwerk beteiligten Institutionen*

Sektor	Anzahl der Befragten N = 78	Maximale Zahl genannter Kooperationspartner	Mittlere Zahl genannter Kooperationspartner	Übereinstimmung via ICC
Ambulante und stationäre Suchthilfe	25	30	19.8	.052
Soziales / Erziehung	18	30	22.1	.066
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	29	30	19.4	.117
Juristischer Bereich	1	17	—	—
Selbsthilfe und Angehörige	2	10	9.5	—
Landes-/ Fachstelle	4	22	16.5	.124

*Anmerkungen.* ICC = Intraklassenkoeffizient, der den Einfluss zufälliger Übereinstimmungen korrigiert. Ein ICC ab .41 gilt als „mäßige Übereinstimmung“.

#### IV.5 Sind einzelne Institutionen überrepräsentiert?

Die oben berichtete niedrige Übereinstimmung wird im folgenden Text gegebenenfalls aufgegriffen und im Diskussionsteil inhaltlich zusammenfassend interpretiert. Es sei aber bereits jetzt erwähnt, dass hierdurch keine Verzerrung in den Daten gegeben ist, wie folgende Kontrollberechnungen nahe legen.

Ein Problem scheint zu sein, dass die Fragebogen-Angaben fast ausschließlich durch die Befragten aus den Sektoren „Ambulante und stationäre Suchthilfe“, „Soziales / Erziehung“ sowie „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ zustande gekommen sind, und dass die Netzwerksicht somit eine Sektorensicht wiedergibt. Damit bliebe unklar, inwieweit zahlenmäßig gering in den Netzwerken repräsentierte Institutionen ähnliche Wahrnehmungen, Erfahrungen und Einschätzungen haben wie diejenigen, die hauptsächlich antworten, oder ob sie stark davon abweichen.

Tabelle 7 gibt zur Klärung dieser Frage einen Überblick der Verteilung der Institutionen über Netzwerke und Sektoren, wobei die zahlenmäßig verschwindenden Nennungen aus den Sektoren „Juristischer Bereich“, „Selbsthilfe und Angehörige“ und „Landes-/Fachstelle“ fortgelassen wurden. Eine Überprüfung auf Basis der Prozentwerte, inwiefern die Einschätzungen der Netz-

werke überzufällig durch hauptsächlich teilnehmenden Institutionen aus den drei Sektoren bedingt sind, ergab *keinen* signifikanten Effekt und zudem eine gegenläufige Übereinstimmung zwischen Netzwerken und Sektoren von ICC =  $-0.50$ .

Tabelle 7 Verteilung der Institutionen über Netzwerke und Sektoren (Anzahl und Prozentwerte)

Netzwerk	Ambulante und stationäre Suchthilfe	Soziales / Erziehung	Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	Gesamt Anzahl / (%)
	Anzahl / (%)	Anzahl / (%)	Anzahl / (%)	
Eins	3 60.0 %	1 20.0 %	1 20.0 %	5 100.0 %
Zwei	1 16.7 %	3 50.0 %	2 33.3 %	6 100.0 %
Drei	2 50.0 %	1 25.0 %	1 25.0 %	4 100.0 %
Vier	0 0 %	1 33.3 %	2 66.7 %	3 100.0 %
Fünf	2 18.2 %	4 36.4 %	5 45.5 %	11 100.1 %
Sechs	1 25.0 %	0 0 %	3 75.0 %	4 100.0 %
Sieben	1 25.0 %	1 25.0 %	2 50.0 %	4 100.0 %
Acht	3 60.0 %	0 0 %	2 40.0 %	5 100.0 %
Neun	1 20.0 %	1 20.0 %	3 60.0 %	5 100.0 %
Zehn	2 33.3 %	1 16.7 %	3 50.0 %	6 100.0 %
Elf	2 40.0 %	1 20.0 %	2 40.0 %	5 100.0 %
Dreizehn	2 66.7 %	0 0 %	1 33.3 %	3 100.0 %
Vierzehn	1 50.0 %	1 50.0 %	0 0 %	2 100.0 %
Fünfzehn	1 100.0 %	0 0 %	0 0 %	1 100.0 %

Sechzehn	3 37.5 %	3 37.5 %	2 25.0 %	8 100.0 %
Gesamt	25 34.7 %	18 25.0 %	29 40.3 %	72 100.0 %

*Anmerkungen.* Angegeben sind ganzzahlige und prozentuale Werte. — Geprüft wurde über die Rangvarianzanalyse nach Friedman auf Basis der Prozentwerte. Es ergab sich eine exakte Wahrscheinlichkeit von  $p = .10$  bei  $\chi^2(2; N = 16) = 4.61$  und einer kleinen Effektstärke von  $w = .22$ .

Somit sind über alle teilnehmenden Netzwerke und Sektoren hinweg die Befragten aus den Institutionen nahezu zufällig verteilt, keine Sektorinstitution ist insgesamt überproportional repräsentiert. Der Übereinstimmungskoeffizient in den Zellenbesetzungen von Tabelle 7 von  $-.50$  ist „mäßig“ gegenläufig.

Die wichtige Schlussfolgerung hieraus lautet: Es gibt zwar in allen Netzwerken eine Dominanz der drei Sektoren „Gesundheitsversorgung“, „Suchthilfe“ und „Soziales“, aber es gibt keine sektorbedingte Verzerrung der Netzwerkdaten durch überproportionale Teilnahme einzelner Gruppen.

Darum lassen sich auch die beobachteten Ergebnisse insgesamt weder auf spezielle Unterschiede zwischen den Netzwerken noch zwischen den Sektoren zurückführen, noch darauf, dass in den Netzwerken oder Sektoren vorwiegend die gleichen Institutionen an der Befragung teilgenommen hätten.

## V Die Netzwerke

### V.1 Allgemeines

Wie im vorigen Abschnitt in Tabelle 5 gesehen, beruhen die Auswertungen zu den Netzwerken auf den Auskünften von unterschiedlich vielen Befragten pro Netzwerk. Zur besseren Lesbarkeit werden diese hier so zusammengefasst, als seien es Auskünfte „der Netzwerke“; es handelt sich gleichwohl um Angaben von Einzelpersonen. Alle Auswertungen wurden deskriptiv vorgenommen, da die unterschiedlichen und vor allem niedrigen Fallzahlen in den Tabellenzellen keine zufallskritische Prüfung erlauben.

Zu den Angaben der Befragten wurde auf Basis der Netzwerk-Zugehörigkeit wieder der Intraklassenkoeffizient ICC als Übereinstimmungsmaß zu den in diesem Abschnitt mitgeteilten Daten berechnet (siehe Tabelle 8). Sie wären üblicherweise als Nachweis für eine Beurteilerübereinstimmung unannehmbar, da sie praktisch bei Null liegen. Allerdings weist kein Netzwerk eine *durchweg* höhere Übereinstimmung auf als die anderen, sodass eine heterogene Sicht in den Netzwerken typisch zu sein scheint, die man auch als „Pluralität der Perspektiven“ auffassen kann.

Erfragt wurden Differenzen in Form von kontroversen Themen in der Netzwerkarbeit, wie etwa zu Drogenfreiheit, Fremdplatzierung oder Betreuungsintensität. In keinem Netzwerk gibt es Übereinstimmungen bezüglich „wahrgenommener Differenzen“, „bisheriger Erfahrungen“ und „bisheriger Fallarbeit“. Eine mittlere Übereinstimmung der Antworten befindet sich in zwei Netzwerken bezüglich „künftiger Erfordernisse“, in zwei anderen eine mäßige bezüglich der „Zufriedenheit“ mit der Fallarbeit. Übereinstimmungen in den Einschätzungen befinden sich demnach vor allem bei den eher „weichen“ Items, wie „künftigen Erfordernissen“ und „Zufriedenheit“ (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8 *Übereinstimmungskoeffizienten ICC der Angaben je Netzwerk zu bisherigen Erfahrungen und künftigen Erfordernissen*

Netzwerk	Wahrgenommene Differenzen	Bisherige Erfahrungen	Bisherige Fallarbeit	Künftige Erfordernisse	Zufriedenheit
Eins	.028	-.011	.186	.000	.395
Zwei	.069	.049	.037	-.028	.016
Drei	---	-.014	-.028	.271	-.029
Vier	.020	-.020	.174	---	.237
Fünf	.016	-.018	.037	.170	.054
Sechs	---	.046	.125	.000	.237
Sieben	.124	.029	.269	.167	.412
Acht	.175	-.002	-.010	.118	-.007
Neun	.014	.058	-.052	.333	---
Zehn	.003	.027	.011	.202	.036

Netzwerk	Wahrgenommene Differenzen	Bisherige Erfahrungen	Bisherige Fallarbeit	Künftige Erfordernisse	Zufriedenheit
Elf	---	-.022	.221	.074	.408
Zwölf	---	---	---	---	---
Dreizehn	.071	.000	-.027	.667	-.049
Vierzehn	---	---	---	---	---
Fünfzehn	---	---	---	---	---
Sechzehn	---	-.020	.071	.667	.220

Anmerkungen. „---“ = zu niedrige Fallzahl für die Berechnung von ICC. Ein ICC ab .41 gilt als „mäßige Übereinstimmung“.

## V.2 Arbeitsweise der Netzwerke

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie häufig sich die Netzwerke treffen, wie Vereinbarungen getroffen werden, wie mit kontroversen Themen umgegangen wird und ob Kompromisse gefunden werden.

### ■ Getroffene Vereinbarungen

Vereinbarungen werden in den Netzwerken sowohl mündlich, schriftlich-freiwillig wie auch schriftlich-bindend getroffen. Charakteristisch ist die Mischform. Leider kann durch diese Befragung nicht geklärt werden, ob bei unterschiedlichen Themen oder Aufgaben im Netzwerk unterschiedliche Formen der Vereinbarung gewählt werden oder ob die unterschiedlichen Angaben pro Netzwerk Ausdruck der mangelnden Transparenz der Netzwerkarbeit sind bzw. der mangelnden Kenntnisse der beteiligten Institutionen bezüglich ihrer Netzwerkarbeit geschuldet sind.

### ■ Regelmäßigkeit und Häufigkeit der Arbeitstreffen

Präferenzen für „regelmäßige“ oder „unregelmäßige“ Treffen sind nicht auszumachen. Die Netzwerke treffen sich 2- bis 5-mal pro Jahr. Im Gesamtmittel werden  $M = 3.82$  ( $SD = 2.15$ ) Treffen pro Jahr berichtet.

Es gibt zwei „Ausreißer“: Ein Netzwerk trifft sich seltener als jährlich, ein anderes etwa 8-mal ( $M = 8.33$ ) pro Jahr, bei allerdings hoher Streuung der Angaben von  $SD = 6.35$ . Die fehlende Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Netzwerkteiligten wird an diesem letzten Beispiel noch einmal besonders deutlich.

### ■ Erlebte Differenzen und Kompromisse

Netzwerkarbeit, besonders wenn sie sich mit gesundheitlich und gesellschaftlich brisanten Themen befasst, ist sowohl aus diesem Grund schwierig als auch deshalb, weil die damit Befassten – hier die Netzwerkteilnehmer – unterschiedliche Aufgabenstellungen haben bzw. unterschiedliche gesetzlich verankerte Vorgaben erfüllen müssen. Als konfliktbesetzte

Themen gelten bei Schwangeren und Eltern mit problematischem Suchtmittelkonsum: Drogenfreiheit, Substitution, Fremdplatzierung von Kindern, Zwangsmaßnahmen in Bezug auf den Suchtmittelmissbrauch, Betreuungsintensität und Maßnahmenfinanzierung.

Aus den Angaben der Netzwerke zu diesen möglichen Konfliktbereichen und der Häufigkeit ihres Vorkommens wurde ein Index „Differenzen / Konfliktfelder“ gebildet, dessen theoretischer Maximalwert bei 28 liegt; dieser Wert würde bedeuten, dass es höchst unterschiedliche Auffassungen in allen Konfliktfeldern gibt (alle sechs Konfliktfelder kämen „immer“ in der Netzwerkarbeit vor).

Im Durchschnitt werden elf bis zwölf Konfliktfelder angegeben ( $M = 11.42$ ,  $SD = 3.70$ ), was der Graduierung „diese Differenzen kommen im Netzwerk ‚manchmal‘ vor“ entspricht. Demnach werden alle genannten kontroversen Themen „manchmal“ virulent, bis auf Fragen der Finanzierung, die sich „nie“ oder „manchmal“ stellen.

Zur Frage, welche kontroversen Themen es gibt und inwieweit Kompromisse für solche Konfliktfelder gefunden werden, wurden die netzwerkspezifischen Mittelwerte herangezogen. Diese liegen allerdings so nahe beieinander, dass Unterschiede zwischen den Netzwerken vernachlässigbar erscheinen. Auch in der Beurteilung der Brisanz der einzelnen Themen liegen die Netzwerke nicht weit auseinander. Tabelle 9 fasst daher die Auskünfte der Befragten als Durchschnitt aller Netzwerke zusammen.

Die Kompromissbereitschaft der Netzwerkteilnehmer bei diesen Themen ist hoch: Kompromisse werden „häufig“ oder „immer“ gefunden (66.7 % resp. 7.4 % der Nennungen).

Tabelle 9 Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zu etwaigen Differenzen und kontroversen Themen (Prozentangaben)

Thema	Nie (%)	Manchmal (%)	Häufig (%)	Immer (%)
Drogenfreiheit	35.1 %	54.1 %	9.5 %	1.4 %
Substitution	38.4 %	42.5 %	19.2 %	0 %
Fremdplatzierung	16.7 %	72.2 %	9.7 %	1.4 %
Zwangsmaßnahmen	20.8 %	65.3 %	19.9 %	0 %
Betreuungsintensität	20.5 %	58.9 %	19.2 %	1.4 %
Finanzierung	47.1 %	38.2 %	10.3 %	4.4 %
Kompromisse werden gefunden	0 %	24.1 %	66.7 %	7.4 %

Von verschiedenen Netzwerken wurde eine Reihe zusätzlicher kontroverser Themen als Einzelnennungen benannt, die – in übergeordneten Kategorien zusammengefasst – in Tabelle 10 aufgeführt werden. Diese Nennungen sind also nicht „typisch“ für die insgesamt befragten Netzwerke.

Tabelle 10 Kategorisierung der Angaben, welche weiteren Konfliktfelder in der eigenen Netzwerkarbeit beobachtet werden (Einzelnennungen)

Kategorie	Angaben
Spannungsfeld Kindeswohl / Elternkompetenz	- Kindeswohlgefährdung - Sicht der Drogenhilfe - können (bei)konsumierende Eltern ihr Sorgerecht / die Versorgung wahrnehmen?
Spannungsfeld Zuständigkeit / Kooperation	- fachliche Zuständigkeit der Netzwerkpartner „vor Ort“ - Konkurrenz / Kooperation - gegensätzliche Interessen
Spannungsfeld Schweigepflicht	- Datenschutz, Schweigepflicht
Verschiedenes	- einzelne Betreuungsfälle - einzelne Mitarbeiter - Sonderfälle der Therapie/Betreuung

### V.3 Bisherige Erfahrungen der Netzwerke

Die im Fragebogen angesprochenen „bisherigen Erfahrungen“ (neun Items) beziehen sich auf Resultate der Netzwerkarbeit; sie stellen Ergebnis- bzw. Outcome-Indikatoren dar und sind somit Erfolgsmaße. Es kann vermutet werden, dass die Fachkräfte in allen Netzwerken entsprechende Verbesserungen gezielt angestrebt haben.

#### ■ Der Erfolgs-Index

Aus den Angaben zu den erfragten Erfahrungen (siehe Tabelle 10) wurde ein Index „Erfolg“ gebildet, der aus den folgenden drei Items besteht:

1. Die Kostenträger zeigen eine größere Aufmerksamkeit für das Netzwerkthema.
2. Es gibt netzwerkbezogene Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der regionalen Strukturen.
3. In meiner / anderen Netzwerkinstitutionen wurden personelle Ressourcen verstärkt.

Der maximal zu erreichende Wert des Index liegt bei 6. Die beobachteten Werte reichen von 0.67 bis 4.25. Zwei Netzwerke sind „Ausreißer“ wegen der sehr hohen Streuung ihrer diesbezüglichen Angaben ( $M = 3.00$ ,  $SD = 4.24$ ; resp.  $M = 1.20$ ,  $SD = 1.30$ ), was bedeutet, dass die abgegebenen Einschätzungen innerhalb des jeweiligen Netzwerkes von „geringem“ bis „hohem“ Erfolg reichen. Der Mittelwert über alle Netzwerke beträgt 2.68 ( $SD = 1.91$ ), ein „befriedigender“ Erfolg.

Aufgrund ihrer Angaben zu den Erfahrungen erscheinen die Netzwerke nicht separierbar, d. h. eine Gruppe der besonders Erfolgreichen scheint es nicht zu geben. Somit erscheinen die Durchschnittsangaben für die bisherigen Erfahrungen der Netzwerkarbeit als insgesamt repräsentativ (siehe Tabelle 11). Danach bestehen die typischen Erfolge der Netzwerkarbeit in der Effektivierung der eigenen Arbeit: Mehr Austausch zwischen Ressorts und Fachkräften, Erleichterung bzw. Verbesserung der Arbeit durch die Netzwerkteilnahme, Synergie-Effekte in der Versorgung, netzwerkspezifische Fortbildungen, netzwerk-spezifische Ar-

beitsgruppen zur Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit, Erstellung netzwerk-spezifischer Anleitungen / Handbücher. Die Anerkennung „von außen“: „größere Aufmerksamkeit der Politik“, „größere Aufmerksamkeit der Kostenträger“ ist eher gering: 26,8 % der Befragten berichten davon, dass Aufstockungen von Stellenanteilen vorgenommen wurden, am häufigsten (66.7 % der Nennungen) um 0.6 bis 1 Stelle.

Tabelle 11 *Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zu den bisherigen Erfahrungen ihrer Netzwerkarbeit (Prozentangaben)*

<b>Erfahrungen mit der Netzwerkarbeit</b>	<b>Ja (%)</b>	<b>Manchmal (%)</b>	<b>Nein (%)</b>
Größere Aufmerksamkeit der Politik	39.0 %	44.2 %	16.9 %
Größere Aufmerksamkeit der Kostenträger	36.8 %	32.9 %	30.3 %
Synergie-Effekte in der Versorgung	71.4 %	26.0 %	2.6 %
Mehr Austausch zw. Ressorts und Fachkräften	77.3 %	22.7 %	0 %
Erleichterung bzw. Verbesserung	72.7 %	26.0 %	1.3 %
Netzwerkspezifische Fortbildungen	71.2 %	---	28.8 %
Netzwerkspezifische Anleitungen/Handbücher	60.5 %	---	38.2 %
Netzwerkspezifische Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit	61.6 %	---	38.4 %
Personelle Ressourcen wurden verstärkt	26.8 %	---	73.2 %
Anzahl Stellen, <i>falls</i> verstärkt (15 Nennungen)	(bis 0.5) 20.1 %	(bis 1) 66.7 %	(bis 2) 13.3 %

*Anmerkungen.* Summieren sich die Angaben nicht zu 100%, ist dies durch fehlende Angaben bedingt.

## V.4 Fallarbeit in den Netzwerken

Die hier erfragten Merkmale der Netzwerk-Fallarbeit (siehe Tabelle 12) stellen indirekt auch Outcome-Indikatoren der Netzwerkarbeit dar, wenn man annimmt, dass sich in den Antworten Zielerreichungsgrade abbilden. Die Formulierungen im Fragebogen legen das Gewicht auf den Aspekt der Zufriedenheit.

### ■ Der Zufriedenheits-Index

Aus den Angaben zu den erfragten Themen wurde ein Index „Zufriedenheit mit der Fallarbeit“ gebildet. Er kann einen Maximalwert von 18 annehmen, der beobachtete Mittelwert liegt bei  $M = 10.19$  ( $SD = 4.20$ ). Die Mittelwerte reichen insgesamt von 7.71 bis 14.00. Drei Netzwerke weisen zwar Werte von 11 und höher auf, diese Daten beruhen jedoch auf den Nennungen jeweils einer einzigen Person/Institution des jeweiligen Netzwerks.

### ■ Zufriedenheit mit dem Stand der Fallarbeit

In Tabelle 12 sind die Zufriedenheiten mit den im Fragebogen thematisierten Aspekten der Fallarbeit aufgeführt. Die durchschnittliche Häufigkeit der Angabe, dass die Fallarbeit „zufriedenstellend“ sei, liegt insgesamt bei 42.7 % ( $SD = 10.1$ ). Den höchsten Prozentsatz bezüglich zufriedenstellender Fallarbeit erreichen die „Dokumentation der Fallarbeit“, der „Einbezug von Betroffenen“ und die „anonymisierten Fallbesprechungen“. Gemessen an der belegten Unüberschaubarkeit der Netzwerkteilnehmer pro Netzwerk und den – bezogen auf die Fallarbeit – seltenen Treffen, ist dieser Wert positiv einzuschätzen. Nur im Mittel 20.3 % der Angaben weisen auf Unzufriedenheit bezüglich der Fallarbeit hin. „Nicht zufrieden“ sind die Netzwerkteilnehmer vor allem mit der „kollegialen Supervision“, gefolgt von der „Transparenz für die Beteiligten“.

Tabelle 12 Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zur Zufriedenheit mit dem Stand der Fallarbeit in ihrem Netzwerk (Prozentangaben)

Zufriedenheit mit der Fallarbeit	Nicht zufrieden (%)	Könnte besser sein (%)	Zufriedenstellend (%)
Fallmanagement vorhanden	9.9 %	45.1 %	45.1 %
Verbindliche Standards vorhanden	18.1 %	37.5 %	44.4 %
Dokumentation der Fallarbeit	13.4 %	32.8 %	53.7 %
Transparenz für Beteiligte	31.9 %	31.9 %	36.2 %
Anonymisierte Fallbesprechungen	28.6 %	21.4 %	50.0 %
Kollegiale Supervision	43.1 %	19.4 %	37.5 %
Betroffene werden einbezogen	14.7 %	33.8 %	51.5 %
Es gibt Sanktionsvereinbarungen	23.1 %	53.8 %	23.1 %
Fallarbeit ist langfristig angelegt	Nein 2.9 %	Manchmal 47.1 %	Ja 50.0 %

Vereinbarungen mit den Betroffenen sind...	Mündlich 69.1 %	Schriftlich- bindend 47.0 %	Schriftlich- freiwillig 31.8 %
--	--------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

## V.6 Erfordernisse künftiger Netzwerk- und Fallarbeit

Dieser Fragebogenteil umfasst acht Items in geschlossenem und ein Item in offenem Antwortformat. Fragen nach künftigen Erfordernissen der Netzwerkarbeit, die vor allem die Fallarbeit meint, stellen zwar bedingt auch Outcome-Indikatoren der Netzwerkarbeit dar (indem sie indirekt eine Art „Bilanz des Wünschbaren aber bisher Nicht-Erreichten“ formulieren), sie sollen hier jedoch ausschließlich als Zielvorstellungen verstanden werden.

Das Muster der Angaben scheint keine Separierbarkeit der Netzwerke zu erlauben, stets bilden sich die gleichen Schwerpunkte. Darum wird auch hier nicht zwischen den einzelnen Netzwerken unterschieden.

Die Netzwerke stimmen mehrheitlich fast allen angesprochenen Erfordernissen zu. Alle wünschen sich die Überwindung getrennter Kostenzuständigkeiten, der überwiegende Teil vor allem „bessere Frühinterventionen“, „Erhöhung personeller Ressourcen“ und eine „Qualifizierung (der Fallarbeit) durch Fortbildung“. Nur von etwa der Hälfte der Netzwerke wird „mehr Verbindlichkeit bei den fallbezogenen Verantwortlichkeiten“ als künftig erforderlich gesehen wird. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 zu finden.

Tabelle 13 *Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zu künftigen Erfordernissen in ihrer Netzwerkarbeit (Prozentangaben)*

Künftige Erfordernisse	Nein (%)	Ja (%)
Klarere fallbezogene Verbindlichkeiten	47.2 %	52.8 %
Mehr personelle Ressourcen	11.0 %	89.0 %
Mehr finanzielle Ressourcen	20.5 %	79.5 %
Intensivierung der Kooperation	23.0 %	77.0 %
Qualifizierung durch Fortbildung	12.5 %	87.5 %
Mehr fachlicher Austausch	23.6 %	76.4 %
Bessere Früherkennung und Frühintervention	10.7 %	89.3 %
Überwindung getrennter Kostenträgerzuständigkeiten	0 %	100.0 %

Von verschiedenen Netzwerken wurde über die obigen Angaben hinaus eine Reihe von Einzelnennungen zu zusätzlichen Erfordernissen angeführt, welche, in übergeordneten Kategorien zusammengefasst, in folgender Tabelle (Tabelle 14) dargestellt werden. Diese Nennungen sind nicht „typisch“ für die insgesamt befragten Netzwerke.

Tabelle 14 *Kategorisierung der Angaben zur Frage, welche weiteren Wünsche bzw. Anregungen für die Netzwerkarbeit bestehen (Einzelnennungen)*

Kategorie	Angaben
Mehr Fokus auf die Kinder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mehr Kinderschutz</li> <li>- mehr Berücksichtigung der Frühen Hilfen</li> <li>- weniger Parteinahme für die Eltern von Seiten der Drogenberatung</li> </ul>
Mehr Fokus auf die Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bessere Betreuung der drogenkranken Eltern</li> </ul>
Alle Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alle im Fragebogen genannten Aspekte sind wünschenswert</li> </ul>
Verschiedenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mehr Aufmerksamkeit durch die Politik</li> <li>- Eigenverantwortung und Kooperation</li> <li>- [Vorschlag für] spezielle Zuständigkeiten</li> <li>- „weiter wie bisher“</li> <li>- eigener Newsletter</li> <li>- Begleitforschung</li> </ul>

■ **In welchem Verhältnis stehen Konfliktfelder, Erfolg und Zufriedenheit in den Netzwerken zueinander?**

Für Tabelle 15 wurden die Indexwerte aus den Bereichen „Differenzen“, „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ für jedes Netzwerk getrennt berechnet und vergleichend nebeneinander gestellt. Es ergibt sich, dass auch eine hohe Wahrnehmung kontroverser Themen („Differenzen“) mit zufriedenstellendem „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ in der Fallarbeit einhergehen kann.

Dies lässt sich an Beispielen aus Tabelle 15 gut illustrieren: Netzwerk 16 hat hohe Differenzen, ist durchschnittlich erfolgreich, aber hoch zufrieden mit der Fallarbeit. Netzwerk 2 berichtet ebenfalls von vielen Konfliktthemen, ist hoch erfolgreich, ist aber wenig zufrieden mit der derzeitigen Fallarbeit.

Tabelle 15 Zusammenfassende Übersicht je nach Netzwerk auf den Indizes zu Differenzen, Erfolg und Zufriedenheit

<b>Netzwerk</b>	<b>Wahrgenommene Differenzen</b> <i>(theoretischer Maximalwert: 28)</i>	<b>Erfolg</b> <i>(theoretischer Maximalwert: 6)</i>	<b>Zufriedenheit mit der Fallarbeit</b> <i>(theoretischer Maximalwert: 18)</i>
Eins	9.50 (4.07)	3.38 (2.00)	9.13 (3.98)
Zwei	13.33 (4.80)	3.17 (1.84)	8.83 (2.40)
Drei	10.25 (3.50)	3.00 (0.82)	12.75 (1.50)
Vier	9.00 (2.94)	4.25 (2.06)	10.33 (4.72)
Fünf	11.00 (3.19)	4.18 (2.04)	10.45 (5.13)
Sechs	12.75 (2.63)	1.25 (1.26)	11.75 (2.50)
Sieben	12.00 (6.68)	2.00 (1.41)	3.25 (2.63)
Acht	11.80 (4.27)	1.40 (1.34)	8.60 (1.67)
Neun	11.40 (2.97)	2.80 (2.17)	1.50 (4.73)
Zehn	12.43 (1.27)	2.00 (1.63)	7.71 (3.09)
Elf	10.20 (2.68)	1.20 (1.30)	10.20 (4.15)
Zwölf	11.00 --	2.00 --	14.00 --
Dreizehn	10.67 (4.16)	0.67 (0.58)	12.67 (1.53)
Vierzehn	8.00 (8.49)	3.00 (4.24)	12.00 --
Fünfzehn	15.00 --	3.00 --	11.00 --
Sechzehn	14.00	2.63	14.00

<b>Netzwerk</b>	<b>Wahrgenommene Differenzen</b> <i>(theoretischer Maximalwert: 28)</i>	<b>Erfolg</b> <i>(theoretischer Maximalwert: 6)</i>	<b>Zufriedenheit mit der Fallarbeit</b> <i>(theoretischer Maximalwert: 18)</i>
	(2.77)	(1.51)	(3.25)
Insgesamt	11.54 (3.56)	2.66 (1.92)	10.24 (4.10)

*Anmerkungen.* „--“ = n = 1. In jedem Feld stehen oben die Mittelwerte und darunter in Klammern die Standardabweichungen.

## VI Die Netzwerkarbeit aus Sicht der Sektoren

### VI.1 Allgemeines

Die Auswertungen aus der Perspektive der Sektoren beruhen wiederum, genau wie bei denen zu den Netzwerken, auf den Angaben unterschiedlich vieler Einzelpersonen / Institutionen (vgl. Tabelle 3) aus den verschiedenen Sektoren. Auch hier werden diese Angaben zu einer „Sektorausage“ zusammengefasst. Ebenso wurden alle Auswertungen zur „Sektorenperspektive“ deskriptiv vorgenommen, da die unterschiedlichen und vor allem niedrigen Fallzahlen in den Tabellenzellen keine zufallskritische statistische Prüfung erlauben.

Die folgenden Angaben sind allerdings nur solche, die über die Schnittmenge „Netzwerksicht × Sektorensicht“ hinausgehen. Denn eine sektorenbezogenen Auswertung der Daten kommt (bis auf minimale Abweichungen) fast immer zu den gleichen Schwerpunkten und Präferenzen wie die netzwerkbezogene Auswertung. Wie im Kapitel IV bereits erläutert, liegt dies daran, dass über alle teilnehmenden Netzwerke und Sektoren hinweg die Befragten aus den Institutionen nahezu zufällig verteilt sind. Mithin lassen sich die beobachteten Ergebnisse weder auf spezielle Unterschiede zwischen den Netzwerken noch zwischen den Sektoren zurückführen, noch darauf, dass in den Netzwerken oder Sektoren vorwiegend die gleichen Institutionen an der Befragung teilgenommen hätten.

Da aus dem juristischen Bereich und von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen jeweils nur ein beantworteter Fragebogen vorlag, werden diese entsprechenden Daten nur aus Gründen der Vollständigkeit mitgeteilt. Zu den Angaben der N = 78 Befragten wurde ebenfalls – hier auf Basis der Sektorzugehörigkeit – der Intraklassenkoeffizient ICC als Übereinstimmungsmaß berechnet. Die Ergebnisse sind in der nachstehenden Tabelle 16 zu finden. Wie auch die Koeffizienten nach Netzwerk-Betrachtung liegen sie praktisch bei Null, auch weist kein Sektor durchweg höhere Koeffizienten auf als andere, sodass die Befragungsergebnisse eine heterogene Sicht auch innerhalb der Sektoren nahe legen. Das erscheint umso erstaunlicher, als in der Suchthilfe und im Sektor „Soziales / Erziehung“ die antwortenden Institutionen (Sucht- und Drogenberatungsstellen resp. Jugendämter) jeweils ganz ähnliche Aufgabenstellungen und – daraus ableitbar – ähnliche Auffassungen haben dürften.

Die Übereinstimmungen im Fall der Landes-/Fachstellen wird durch folgende Überlegungen plausibel: Die Aufgaben und Tätigkeitsfelder dieser drei Befragten sind vermutlich ähnlich, sodass sich schon deshalb gewisse höhere Übereinstimmungen ergeben sollten; außerdem kommen zwei dieser drei Befragten aus dem gleichen Netzwerk. Trotzdem stimmt laut Tabelle 16 der Sektor „Landes-/Fachstellen“ nur in den „künftigen Erfordernissen“ und in der „Zufriedenheit“ überein, nicht jedoch in den „bisherigen Erfahrungen“, den „wahrgenommenen Differenzen“ und der Einschätzung der „bisherigen Fallarbeit“.

Tabelle 16 Übereinstimmungskoeffizienten ICC zu den bisherigen Erfahrungen und künftigen Erfordernissen, je nach Sektor

Sektor	Wahrgenommene Differenzen	Bisherige Erfahrungen	Bisherige Fallarbeit	Künftige Erfordernisse	Zufriedenheit
Ambulante und stationäre Suchthilfe	.019	.003	.016	.313	.183
Soziales / Erziehung	.008	-.000	.013	.122	.182
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	.055	.005	.019	.215	.221
Landes-/ Fachstellen	-.015	-.049	.080	.625	.457

Anmerkungen. Für Sektoren mit mehr als einer Nennung. Ein ICC ab .41 gilt als „mäßig“.

Dies stützt unsere Interpretation, dass sich trotz unterschiedlicher Beteiligung sowohl der Sektoren als auch der darin vertretenen Institutionen in unseren Daten keine Verzerrung durch Gruppenansichten abbildet, sondern die niedrige Übereinstimmung eher auf Unterschiede in der individuellen Wahrnehmung, den Präferenzen und Erfahrungshintergründen zurückgeführt werden kann.

Gleiche Professionen und Aufgabenstellungen bedeuten nicht zwingend eine größere Übereinstimmung in allen Fragen.

## VI.2 Arbeitsweise

Dieser Abschnitt betrifft Auskünfte darüber, wie häufig sich die Netzwerke treffen, in denen sie engagiert sind, wie dort Vereinbarungen getroffen werden, wie zu den im Fragebogen benannten Konfliktthemen Kompromisse gefunden werden.

### ■ Häufigkeit der Arbeitstreffen

Nach Erfahrung der „Landes-/Fachstellen“ treffen sich die Netzwerke, zu denen sie gehören, etwa 2- bis 3-mal im Jahr, die „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ berichtet von etwa 5-maligen Treffen ( $M = 4.76$ ,  $SD = 3.05$ ). Im Gesamtmittel werden  $M = 3.82$  ( $SD = 2.15$ ) Treffen pro Jahr angegeben. Netzwerke, in denen die „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ beteiligt ist, treffen sich anscheinend überdurchschnittlich oft. Präferenzen für „regelmäßige“ oder „unregelmäßige“ Treffen sind nicht festzustellen.

### ■ Getroffene Vereinbarungen

Aus Sicht der Sektoren werden in ihren Netzwerken Vereinbarungen sowohl mündlich, schriftlich-freiwillig wie auch schriftlich-bindend getroffen. Charakteristisch ist die Mischform, wie auch schon von den Netzwerken genannt. Einige Sektoren berichten aber von einer Präferenz für schriftlich-*freiwillige* Vereinbarungen in ihren Netzwerken, so der Sektor „Soziales / Erziehung“ mit 66.7 % und die „Landes-/Fachstellen“ mit 75.0 % (bei letzteren ist allerdings die kleine Fallzahl zu berücksichtigen). Eine Präferenz für schriftlich-*bindende* Vereinbarungen von 60.0 % benennen die Befragten des Sektors „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ für ihre Netzwerke, wobei nicht geklärt werden kann, ob diese Vereinbarungen für alle oder nur für einige Arbeitsfelder getroffen werden. Ansonsten sind Netzwerksicht und Sektorensicht praktisch identisch.

#### ■ Erlebte Differenzen und Kompromisse

Wie auch die Netzwerke untereinander, so unterscheiden sich die Sektoren ebenfalls nicht auffällig in ihren Urteilen darüber, wie oft welche Differenzen auftreten, welche Konfliktfelder für gewöhnlich virulent werden und inwieweit Kompromisse gefunden werden. Die Einschätzungen betrafen: „Drogenfreiheit“, „Substitution“, „Fremdplatzierung“, „Zwangmaßnahmen“, „Betreuungsintensität“, „Finanzierung“ und „Kompromisse“. Die oben aufgeführte Tabelle 9 gibt insofern also auch die Einschätzungen aus Sektorensicht wieder.

Tabelle 17 zeigt darüber hinaus eine Liste derjenigen Themen, die mindestens von 19 % des jeweiligen Sektors genannt wurden, und stellt dar, welche insofern die am ehesten kontroversen Themen darstellen. Erstaunlicherweise taucht in der Wahrnehmung der Sektoren, im Gegensatz zu den Netzwerkangaben, die „Fremdplatzierung“ nicht auf und die „Substitution“ erhält einen höheren Stellenwert. Diese beiden Themen werden zwar manchmal oder häufig in Netzwerken kontrovers diskutiert, gehören jedoch nicht zu den dringlichsten Feldern der Differenzen oder notwendigen Kompromisse.

Tabelle 17 Die häufigsten benannten kontroversen Themen und die jeweiligen Sektoren

Sektor	Kontroverses Thema
Ambulante und stationäre Suchthilfe	- Substitution - Zwangsmaßnahmen - Betreuungsintensität
Soziales / Erziehung	- Substitution - Zwangsmaßnahmen - Betreuungsintensität
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	- Betreuungsintensität

### VI.3 Bisherige Erfahrungen

In der Einschätzung der bisherigen Erfahrungen in der Netzwerkarbeit sind die Auswertungen nach Netzwerksicht und nach Sektorensicht wiederum praktisch identisch. Es kann also auf Tabelle 11 verwiesen werden.

#### ■ Der Index „Erfolg“

Der Index „Erfolg“ wurde aus den drei Fragebogen-Items „größere Aufmerksamkeit der Kostenträger“, „netzwerkbezogene Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung“ und „personelle Ressourcen wurden verstärkt“ gebildet. Sein theoretischer Maximalwert ist 6.

Die höchsten Werte in diesem Index weisen die „Landes-/Fachstellen“ ( $M = 3.67$ ,  $SD = 2.08$ ) und die „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ ( $M = 3.03$ ,  $SD = 2.21$ ) auf. „Soziales / Erziehung“ gibt Erfolge von  $M = 2.72$  ( $SD = 1.87$ ) an, die „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ von  $M = 2.20$  ( $SD = 1.50$ ). Keinen Erfolg (Wert von 0.00) gibt der Sektor „Juristisches“ an, hier liegt jedoch nur ein Fragebogen vor.

### VI.4 Fallarbeit

Die Fragen zur Fallarbeit (siehe Tabelle 12) messen vor allem Aspekte von Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand.

#### ■ Der Zufriedenheits-Index

Aus den Angaben zu den obigen Themen wurde ein Index „Zufriedenheit“ gebildet. Sein Maximalwert liegt bei 18, der Gesamtmittelwert bei  $M = 10.24$  ( $SD = 4.10$ ). Die höchsten Zufriedenheitswerte weist der Sektor „Soziales / Erziehung“ auf ( $M = 11.22$ ,  $SD = 3.77$ ), dann folgen die Sektoren „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ ( $M = 10.41$ ,  $SD = 4.14$ ) und „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ ( $M = 10.08$ ,  $SD = 3.99$ ).

#### ■ Zufriedenheit mit dem Stand der Fallarbeit

Die Ergebnisse über alle Sektoren gemittelt entsprechen den Werten der netzwerkbezogenen Auswertung von Tabelle 12 bis auf Rundungsungenauigkeiten.

#### ■ In welchem Verhältnis stehen Konfliktfelder, Erfolg und Zufriedenheit in den Sektoren zueinander?

Für Tabelle 18 wurden die Indexwerte aus den Bereichen „Differenzen“, „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ getrennt nach Sektoren berechnet und vergleichend nebeneinander gestellt. Es ergibt sich, dass auch eine hohe Wahrnehmung kontroverser Themen („Differenzen / Konfliktthemen“) mit zufriedenstellendem „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ in der Fallarbeit einhergehen kann. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Ergebnisse der Sektorauswertung nicht von denen der Netzwerkauswertung.

Tabelle 18 Zusammenfassende Übersicht je nach Sektoren auf den Indizes zu Differenzen, Erfolg und Zufriedenheit

<b>Sektor</b>	<b>Wahrgenommene Differenzen</b> (theoretischer Maximalwert: 28)	<b>Erfolg</b> (theoretischer Maximalwert: 6)	<b>Zufriedenheit mit der Fallarbeit</b> (theoretischer Maximalwert: 18)
Ambulante und stationäre Suchthilfe	10.83 (4.28)	2.20 (1.50)	10.08 (3.99)
Soziales / Erziehung	13.00 (3.09)	2.72 (1.87)	11.22 (3.77)
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	11.28 (3.25)	3.03 (2.12)	10.41 (4.14)
Juristischer Bereich	12.00 --	0 --	2.00 --
Selbsthilfe und Angehörige	8.00 --	2.00 --	5.00 --
Landes-/Fachstellen	12.00 (1.73)	3.67 (2.08)	8.67 (5.03)
Insgesamt	11.54 (3.56)	2.66 (1.92)	10.24 (4.10)

Anmerkungen. – Nur n = 1. In jedem Feld stehen oben die Mittelwerte und darunter in Klammern die Standardabweichungen.

## VI.5 Erfordernisse künftiger Arbeit

Das Muster der Angaben scheint wiederum keine Separierbarkeit nach Sektoren zu erlauben, dafür liegen die Angaben zu nah beieinander. Wieder werden die mittleren Angaben aller Befragten als repräsentativ angesehen; sie sind oben in Tabelle 13 bereits mitgeteilt.

Die Sektoren stimmen mehrheitlich fast allen angesprochenen Erfordernissen zu, bis auf den Aspekt „mehr Verbindlichkeit bei den fallbezogenen Verantwortlichkeiten“, der nur von etwa der Hälfte der Sektoren als künftig erforderlich angesehen wird, auf den jedoch gerade die „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ besonderen Wert legt.

Gewisse Schwerpunktsetzungen der Sektoren in Bezug auf künftige Erfordernisse ergeben sich, wenn man eine Zustimmungshäufigkeit von mehr als 90 % verglichen mit dem Durchschnitt als Kriterium nimmt (siehe Tabelle 19). Dann nämlich scheint der Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ verbesserte fallbezogene Verbindlichkeiten für wichtiger zu erachten, als es die anderen Sektoren tun. Der Sektor „Soziales / Erziehung“ betrachtet die Verbesserung netzwerkexterner Gegebenheiten, nämlich die Überwindung der getrennten Kostenträgerzuständigkeiten, als relativ vordringlich, während der Sektor „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ sowohl netzwerkexterne wie auch -interne Verbesserungspunkte nennt.

Tabelle 19 *Schwerpunkte bei der Beurteilung der Wichtigkeit künftiger Erfordernisse*

<b>Sektor</b>	<b>Thema</b>
Ambulante und stationäre Suchthilfe	- klarere fallbezogene Verbindlichkeiten
Soziales / Erziehung	- Überwindung getrennter Kostenträgerzuständigkeiten
Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung	- mehr finanzielle Ressourcen Intensivierung der Kooperation

## VII Weitere Ergebnisse

### VII.1. Leitfaden für die Netzwerkarbeit

Bei einer Auswertung der den Netzwerken zugrunde liegenden Kooperationsvereinbarungen aus Hamburg, Wolfsburg, Braunschweig, Paderborn, Gütersloh, Essen und München werden eine Reihe gemeinsamer Themen deutlich, die einen Leitfaden der Netzwerkarbeit darstellen können.

Thema	Erforderliche Inhalte	
Präambel /Vorwort	Problembeschreibung Rechtliche Grundlagen Angestrebtes Ziel Entwicklung des Netzwerkes	
Zielgruppen und Ziele der Netzwerkarbeit	<u>Zielgruppe:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schwangere Frauen</li> <li>• werdende Väter</li> <li>• Eltern sowie deren Kinder</li> </ul> <u>Ziele (Exemplarisch)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Wahrnehmung und der Diagnostik von Suchtgefährdung und Abhängigkeit bei schwangeren Frauen und Eltern</li> <li>• Erkennen der Belastungen des Aufwachsens in einer suchtblasteten Umgebung und frühzeitige Unterstützung der Familie und der Kinder</li> <li>• Verbesserung der Voraussetzungen für eine risikoarme Schwangerschaft und Geburt</li> <li>• Verhinderung bzw. Verminderung suchtmittelinduzierter Beeinträchtigungen bei den Kindern</li> <li>• Kompetente Begleitung der suchtkranken Frauen (und ihrer Partner) und Unterstützung bei der mittel- bis langfristigen Überwindung der Sucht</li> <li>• Beratung und Unterstützung der Eltern in der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung</li> <li>• Frühzeitiges Bereitstellen von Hilfen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung, so dass das gemeinsame Leben von suchtkrankgefährdeter bzw. suchtkranker Mutter und ihrem Kind (ihren Kindern) erhalten bleibt oder ermöglicht wird</li> <li>• Einleitung der notwendigen Schutzmaßnahmen bei Kindeswohlgefährdung<sup>3</sup></li> </ul>	
Zuständigkeiten Aufgabenbereiche Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtberatungsstellen</li> <li>• Stellen zur psychosoziale Betreuung Substituierter</li> <li>• AIDS-Hilfe</li> <li>• Gynäkologen</li> <li>• Niedergelassene und Familienhebammen</li> <li>• Hausärzte</li> <li>• Psychiater</li> <li>• Kinderärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder-/ Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• Drogenentzugseinrichtungen</li> <li>• Suchtfachkrankenhäuser</li> <li>• Jugendhilfe</li> <li>• Gesundheitsamt</li> <li>• Sozialpädiatrisches Zentrum</li> <li>• Frühförderstelle</li> <li>• Sozialamt</li> <li>• Erziehungsberatungsstellen</li> </ul>

<sup>3</sup> Quelle: Rahmenvereinbarung zur Kooperation „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“, Hamburg 2008

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen- und Geburtsklinik</li> <li>• Neonatologie</li> <li>• Kinderklinik</li> <li>• Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amtsvormundschaft</li> <li>• Familiengericht</li> <li>• Justizvollzug</li> <li>• Polizei</li> </ul>
Standards der Beratung / Behandlung und Umsetzung	<p>Formulierung von Standards zu:</p> <p><u>Personenbezogen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreichbarkeit und Information von Frauen / Eltern</li> <li>• Motivation und Hilfe zur Verhaltensänderung</li> <li>• Unterstützung der Abstinenz</li> <li>• Rückfallbewältigung</li> <li>• Voraussetzungen eine risikoarme Schwangerschaft und Geburt</li> <li>• Anforderungen an das Leben mit dem Kind</li> <li>• Hilfemöglichkeiten</li> <li>• Kontaktaufnahme zu einer Hebamme</li> <li>• Unterstützung zur Grundsicherung (z.B. Wohnen, Krankenversicherung, Ärztliche Versorgung, Einkommen)</li> <li>• Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung (Gynäkologie: regelmäßige Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchung, Suchtmedizin: Substitution oder Reduktion des Konsums)</li> <li>• Elternrolle thematisieren</li> <li>• Kontakt zu (später) behandelnden Kinderärztinnen oder Kinderärzten</li> <li>• Auf Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen hinweisen</li> </ul> <p><u>Kooperationsbezogen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formen kollegialer Beratung.</li> <li>• Verfahren zur Entbindung von der Schweigepflicht</li> <li>• Kontaktgestaltung zwischen den betreuenden Institutionen,</li> <li>• Definition der Fallverantwortung</li> <li>• Transparenzregelungen</li> <li>• Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls und daraus folgender Regelungen</li> </ul>	
Verfahren	<p>Regelungen zum Kooperationsverfahren</p> <p>Festlegen der Netzwerkführung</p> <p>Einzelfallbezogene Kooperationen mit unterschiedlichen Partnern</p> <p>regelmäßig Netzwerkgespräche zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallberatung</li> <li>○ Einzelfallbezogene Hilfeplanung</li> <li>○ Zielformulierung einschließlich Überprüfung</li> <li>○ Schriftliche Vereinbarungen</li> </ul> <p>Konfliktmanagement</p> <p>Ggfs. idealtypisches Verlaufsdigramm</p>	
Qualitätssicherung	Nachweis eines entsprechenden Verfahrens	
Verpflichtungserklärung Datenschutz	<p>Schutz personenbezogener Daten</p> <p>Schweigepflichtsentbindung</p> <p>Regelungen für Notfälle</p>	
Informationen	Kontaktdaten der beteiligten Personen / Institutionen	

## VIII Zusammenfassende Diskussion

Es ist wichtig zu beachten, dass nicht „die Netzwerke“ Auskunft gaben oder „die Sektoren“, obwohl diese vereinfachenden Formulierungen im vorliegenden Bericht benutzt werden, sondern es sich stattdessen um die Wiedergabe der Auskünfte von *individuellen Personen bzw. Institutionsvertretern* mit ihren je eigenen beruflichen Erfahrungshintergründen und Perspektiven handelt.

Kontrollberechnungen ergaben ferner, dass sich die beobachteten Ergebnisse insgesamt weder auf spezielle Unterschiede zwischen den Netzwerken noch zwischen den Sektoren zurückführen lassen, noch darauf, dass in den Netzwerken oder Sektoren vorwiegend die gleichen Institutionen an der Befragung teilgenommen hätten. Vielmehr verteilen sich die an der Befragung teilnehmenden Institutionen annähernd zufällig über Netzwerke und Sektoren.

### VIII.1 Ablauf der Befragung

Im Quartal IV 2008 und Quartal I 2009 wurden mittels eines hierfür entwickelten Fragebogens die Auskünfte von N = 78 Personen zu ihrer Arbeit in solchen Netzwerken eingeholt, die als regionale Hilfen für suchtfgefährdete und/oder Substanz abhängige Schwangere, Eltern und deren Kinder gegründet worden waren. Die Anfragen zur Teilnahme gingen vor allem von der vorhandenen Adressendatei des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. (fdr) aus und wurden durch Internet-Recherchen und persönliche Kontakte erweitert. Dabei wurde stets eine „Top-down“-Strategie befolgt, d. h. ohne Wissen eines Netzwerkes bzw. einer „offiziellen“ Ansprechperson wurden keine Fragebögen verschickt.

Je nach Berechnungsmodus betrug der Rücklauf bei vorheriger erklärter Zustimmung und erklärter Unterstützung 42 %, bei allen angefragten Netzwerken insgesamt 31 %. Zum Vergleich: Fegert (2008) berichtet zu einer Netzwerkbefragung im Kontext des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ von einem Rücklauf von 15 % der Institutionen bei acht angefragten Netzwerken.

Die 78 an der Befragung teilnehmenden Personen, die sogenannten „Befragten“, arbeiten in insgesamt 16 Netzwerken, die sich regional wie folgt verteilen:

- 4 Netzwerke aus dem Norden
- 2 Netzwerke aus dem Osten
- 4 Netzwerke aus der Mitte
- 3 aus dem Westen
- 3 aus dem Süden Deutschlands

Fast alle Netzwerke sind in größeren Städten angesiedelt. Ländliche Netzwerke existieren scheinbar nicht oder sind nicht als solche lokalisierbar.

Die im Netzwerk organisierten Personen und Institutionen werden im vorliegenden Bericht zu übergreifenden Sektoren zusammengefasst:

1. Ambulante und stationäre Suchthilfe
2. Soziales / Erziehung
3. Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung
4. Juristischer Bereich

5. Selbsthilfe und Angehörige
6. Landes-/Fachstelle

Als *Kooperationspartner* in den Netzwerken werden von den Befragten am häufigsten Angehörige der „Ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung“ (42 %) genannt, gefolgt vom Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ (27 %) und dem Sektor „Soziales / Erziehung“ (25 %).

Demgegenüber hat sich der Sektor „Ambulante und stationäre Suchthilfe“, und zwar fast ausschließlich Drogen- und Suchtberatungsstellen, am häufigsten an der Befragung beteiligt (nämlich mit 30 %). Die nächst größere Gruppe der *Befragungsteilnehmer* wird von Personen aus dem Sektor „Soziales / Erziehung“, und zwar aus der Jugendhilfe, gebildet (19 %). Mit insgesamt 15 % haben aus dem Sektor „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“, nämlich Gesundheitsämter, Schwangerschafts-(konflikt-)beratungsstellen und Allgemeinärzte (mit je 5 %) den Fragebogen beantwortet.

Die bisherigen Erfahrungen und Perspektiven der dort tätigen Befragten determinieren das Befragungsergebnis. Es ist leider nicht zu beantworten, inwieweit die zahlenmäßig gering in den Netzwerken repräsentierte Sektoren ähnliche Wahrnehmungen haben oder stark davon abweichen, da sie sich kaum oder gar nicht an der Befragung beteiligten.

## VIII.2 Zusammensetzung der Netzwerke

Die am häufigsten als Netzwerk-Kooperationspartner benannten Institutionen arbeiten auch proportional häufig in Leitungsgremien mit, sofern diese denn existieren: 29 % der Nennungen zufolge haben teilnehmende Netzwerke kein Leitungsgremium, in weiteren 13 % der Netzwerke gibt es wechselnde Leitungsfunktionen.

Die größten Personengruppen mit Leitungsfunktion kommen aus Drogen- und Suchtberatungsstellen (20 % der Nennungen), der Jugendhilfe (16 %) und den Gesundheitsämtern (9 %). Weitere 9 % dieser Nennungen entfallen auf Personen aus anderen Gesundheitsversorgungsbereichen.

## VIII.3 Größe der Netzwerke

Die Befragten nannten insgesamt 50 verschiedene Institutionen, die in allen 16 hier erfassten Netzwerken mitarbeiten. Die tatsächliche Zahl ist den Befragten jedoch nicht präsent: Die maximale Zahl der genannten Kooperationspartner (von 10 bis 30) und die Durchschnittszahl der genannten (von 5 bis 20) liegen weit auseinander. Die exakte Übereinstimmung der Nennung, berechnet über den Intraklassenkoeffizienten ICC, reicht von Null bis maximal .27, wobei ein ICC ab .41 allgemein als „mäßige Übereinstimmung“ gilt. Die Netzwerkarbeit im Bereich „Suchtmittel konsumierende Schwangere und Eltern“ ist also offenbar selbst für die beteiligten Akteure schwer zu durchschauen. Folgendes illustriert dies: Häufiger wurde von den um Teilnahme an der Befragung Gebetenen nachgefragt, *welches* Netzwerk Befragungsgegenstand sei, da sie mehreren Netzwerken angehören. Andere wiederum, die augenscheinlich einen Kooperationsvertrag mit unterzeichnet hatten, sendeten den nicht ausgefüllten Fragebogen zurück mit dem Hinweis, dass sie keinem Netzwerk angehören würden. Hier deutet sich bezüg-

lich der Überschaubarkeit und der Verbindlichkeit eine Komplexität an, die auch ein hauptamtlich arbeitendes Leitungsgremium nur mit hohem Organisationsaufwand managen kann.

Kooperationsvereinbarungen sind womöglich eher abstrakte Konstrukte mit geringer Bedeutung für die praktische Arbeit. Die tatsächliche Netzwerkarbeit scheint sich vermutlich eher in Subnetzwerken zu vollziehen, wo sich die Fachkräfte persönlich kennen und „kurze Wege“ möglich sind. Der Netzwerk-*Organisation* kommt dabei wahrscheinlich das Verdienst zu, die Entwicklung dieser Arbeitsstrukturen initiiert zu haben.

#### VIII.4 Heterogenität der Sichtweisen

Aus den Angaben der Befragten wurde auf Basis der Netzwerk- bzw. Sektorenzugehörigkeit der Intraklassenkoeffizient ICC als Übereinstimmungsmaß zu einzelnen Fragebogenbereichen (kontroverse Themen, bisherige Erfahrungen, Fallarbeit und künftige Erfordernisse) berechnet. Die Werte zu diesen Bereichen reichen bei den Netzwerken von Null bis .41, bei den Sektoren von .18 bis .46. Sie wären üblicherweise als Nachweis für eine Beurteilerübereinstimmung unannehmbar, da sie im Gesamtdurchschnitt praktisch nahe Null liegen.

In gewissem Umfang ist die beobachtete Heterogenität wahrscheinlich dadurch erklärbar, dass an den Treffen der Netzwerke jeweils unterschiedliche Kooperationspartner bzw. unterschiedliche Personen aus den verschiedenen Institutionen teilnehmen. Hier scheint sich eine Komplexität in der Netzwerkorganisation anzudeuten, zu deren Handhabung die einzelnen Leitungsgremien effektive Instrumente benötigen. Die Organisationsstrukturen sollten unter Einbeziehung von Leitprinzipien des Projektmanagements reflektiert werden, denn ohne diese Diskussion ist eine künftige Netzwerkarbeit mit Prozessverlusten verbunden. Entsprechende Notwendigkeiten werden an anderer Stelle der Sozialen Arbeit ebenfalls gesehen (Nüß & Schubert, 2004).

Die geringe bzw. meist fehlende Übereinstimmung zu den nachgefragten Themen sowohl innerhalb der Netzwerke wie auch innerhalb der Sektoren in den Netzwerken erscheint überraschend, obwohl eine „Konsens-Illusion“ ein bekanntes Gruppenphänomen ist: Das Ausmaß tatsächlicher Gemeinsamkeiten wird gerade in Expertengruppen oft überschätzt und gerade das Leugnen von differenten Wahrnehmungen behindert oft eine adäquate Lösung (Janis, 1982).

Weiter wurde beobachtet, dass kein Netzwerk und kein Sektor eine durchweg höhere Übereinstimmung aufweist als die jeweils anderen. Dies wird so verstanden, dass eine allgemeine „heterogene Sicht“ typisch zu sein scheint, und dass die vorgefundenen (Nicht-) Übereinstimmungen im Wesentlichen von Profession, Informationsstand und der Perspektive der jeweiligen *einzelnen Befragten* abhängen. Diese individuelle oder zumindest jeweilige Sicht einer antwortenden Institution ist offenbar bedeutsamer als die qua Versorgungsauftrag professionell übergreifende Übereinstimmung bei unterschiedlichen Institutionen aus demselben Sektor, wie dies bei der Sucht- und Jugendhilfe erwartet werden könnte. Manches spricht außerdem dafür, wahrgenommene Differenzen als Ausdruck der Befähigung für eine adäquate Situationsbeurteilung anzusehen, wie dies für Sozial- und Gesundheitsberufe auch erwünscht ist: Niemandem ist damit gedient, unterschiedliche Perspektiven zu leugnen.

Hinter einer „heterogenen Sichtweise“ muss sich nicht notwendig ein Bias oder eine fehlerhafte Wahrnehmung verbergen, sie kann durchaus positiv gedeutet werden: Da jede beteiligte Institu-

tion / Person nur einen Ausschnitt der Problematik überblickt und sehr unterschiedliche Aufgabenstellungen aufeinander abgestimmt werden müssen, wäre eine einheitliche Sicht eher überraschend und möglicherweise auch nicht wünschenswert. Entscheidend ist, wie zu dieser „Pluralität der Perspektiven“ in der Praxis eine Übereinstimmung bezüglich der Überwindung einer gegebenen Problematik hergestellt werden kann. Voraussetzung ist die Anerkennung von Pluralität als Wert und eine kompetente „innere Lenkung“ der Netzwerke unter anderem durch entsprechende Moderation (vgl. Witte, 2007) und weiterhin durch professionelle Ermittlung von Fortbildungsbedarfen, gerade auch dann, wenn diese fachlich übergreifend und netzwerk-spezifisch sein sollen (Seider & Ziegenhain, 1999).

### VIII.5 Geringe Übereinstimmung und Repräsentativität

Wie stichhaltig sind die Angaben in der vorliegenden Befragung, wenn die Übereinstimmungen so niedrig sind? Diese Frage ist nach der vorangegangenen Diskussion beantwortbar: Die Angaben sind stichhaltig als *Auskünfte von individuellen Personen* mit ihren je eigenen und sehr verschiedenen beruflichen Erfahrungshintergründen und Perspektiven. Aus diesem Grund wird in diesem Bericht – z. B. auch eingangs dieser zusammenfassenden Diskussion – so betont, dass nicht *die* „Netzwerke“ Auskunft gaben und auch nicht *die* „Institutionen / Sektoren“, so wie man auch nicht von *den* Suchtkranken reden kann.

### VIII.6 Differenzen und Kompromisse

Die beiden Themen, die laut Befragten „mindestens manchmal“ zu Differenzen führen, sind die der Fremdplatzierung von Kindern (83 %) und der Zwangsmaßnahmen bei beeinträchtigendem Drogenkonsum, also Eigen- und Fremdgefährdung (79 %). Es ist nachvollziehbar, dass in einer freiheitlichen Kultur alle die Maßnahmen zu kontroversen Diskussionen herausfordern, welche die Freiheiten des Individuums einschränken, zumal dann, wenn es sich um möglicherweise eingeschränkt schulfähige, weil psychisch kranke Personen handelt. Es bleibt zu betonen, dass die typische Antwort auf die Frage, inwiefern Kompromisse erreicht werden, „häufig“ lautet: mit insgesamt 68 % der Nennungen. Und, dass „nie“ Kompromisse erreicht würden, gibt niemand von den Befragten an. Fasst man als Indikator für „Kompromissfähigkeit“ die Tendenz auf, getroffene Einigungen bei kontroversen Themen als gelungene Kompromisse einzuordnen und anzunehmen (statt etwa als „Niederlagen“), so erscheinen weder einzelne Netzwerke noch einzelne Sektoren „kompromissbereiter“ als andere.

Der kontroverse Gehalt der Themen ergibt sich nicht netzwerkspezifisch, sondern eher aus der Sichtweise der Sektoren und vermutlich vor dem professionellen Hintergrund und legitimen Bestreben, ein Optimum für die jeweilige eigene Klientel zu erreichen (vgl. auch Münzel & Scheiblich, 2008). So erleben „Ambulante und stationäre Suchthilfe“ und „Soziales / Erziehung“ vermutlich gerade aus diesem Grund als häufigste kontroverse Themen: „Substitution“, „Zwangsmaßnahmen“ und „Betreuungsintensität“. Nach Einzelbeobachtungen arbeiten Netzwerke denn auch in den Spannungsfeldern „Kindeswohl / Elternkompetenz“ und „Zuständigkeit / Kooperation“. Im ambulanten und stationären medizinischen Sektor wird dagegen die „Betreuungsintensität“ der Klienten als am häufigsten kontrovers behandeltes Thema angenommen, wobei unklar bleibt, mit welchem / welchen Kooperationspartnern es hier mangelnde Übereinstimmungen gibt.

### VIII.7 Erfolge der Netzwerkarbeit

Die typischen Erfolge der Netzwerkarbeit liegen in der gelungenen Effektivitätssteigerung der eigenen Arbeit bei zugleich wenig Anerkennung von außen (Kostenträger, Politik). Die erreichten Verbesserungen betreffen die konkrete Alltagspraxis, jeweils mindestens 71 % der Befragten berichten von Synergie-Effekten in der Versorgung, mehr Austausch zwischen Einrichtungen und Fachkräften, erlebter Erleichterung und/oder Verbesserung und netzwerk-spezifischen Fortbildungen.

In Netzwerken arbeitende Personen müssen also über hohe Fähigkeiten zur intrinsischen (Eigen-)Motivierung verfügen, d. h. dass sie eine innere Beziehung zu ihrem Arbeitsfeld haben müssen, die diese Motivation erzeugt. Gute Netzwerk-Leitungen führen den Fachkräften immer wieder die erreichten Fortschritte vor Augen und die Kooperationspartner untereinander tragen über ihre Erfolge zu weiterer Motivation und gelingender Arbeit bei.

### VIII.8 Zufriedenheit mit der Fallarbeit und künftige Erfordernisse der Netzwerkarbeit

Die Zufriedenheitsrate liegt insgesamt bei einem Mittelwert von 43 %, wonach die Personen etwa zur Hälfte mit der Fallarbeit zufrieden sind. Gemessen an der geschilderten Unüberschaubarkeit der Netzwerkteilnehmer pro Netzwerk und den, bezogen auf die Fallarbeit, seltenen Treffen, ist dieser Wert positiv einzuschätzen. Darüber hinaus scheinen die Netzwerkteilnehmer über eine hohe Frustrationstoleranz zu verfügen, die bei der schwierigen Klientel (Schwangere und Eltern mit Alkohol- bzw. Problemen mit illegalen Drogen) auch unabdingbar ist.

Bezogen auf die künftigen Erfordernisse haben die Netzwerkpartner insbesondere folgende Bedürfnisse: An erster Stelle wird die bessere „Früherkennung und Frühintervention“ gefordert, gefolgt von „mehr personellen Ressourcen“ (jeweils 89 %) und der „Qualifizierung durch Fortbildung“ (88 %). All diese Forderungen beziehen sich vor allem auf eine Verbesserung der Fallarbeit, die die Kernarbeit der Netzwerke bildet. Erstaunlich ist, dass demgegenüber von „nur“ 77 % der Befragten „mehr fachlicher Austausch“ gewünscht wird. Gemessen an den allseits bekannten Animositäten und Vorbehalten bei den kooperierenden Sektoren ist dieser Wert allerdings als sehr hoch einzuschätzen.

Insgesamt ist der Wunsch groß, den Anteil der Erfolge und zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen zu erhöhen, zumal die Netzwerkarbeit wenig externe Anerkennung findet. Unbefriedigende Fallarbeit birgt das Risiko von Prozessverlusten durch eine nicht-optimale Versorgung und wäre somit der Intention der Netzwerkarbeit genau entgegengesetzt. Somit gilt, über eine Erhöhung der fallbezogenen Zufriedenheit ein langfristig zu befürchtendes Auseinanderbrechen von Netzwerken oder auch ein „Abwandern“ von besonders engagierten Einzelpersonen oder Institutionen zu verhindern. In diesem Zusammenhang ist der Wunsch der Befragten nach „mehr fachlichem Austausch“ und „mehr Qualifizierung durch Fortbildung“ als besonders positiv einzuschätzen.

Die Aussagen zur „Zufriedenheit mit dem Stand der Fallarbeit“ können gewissermaßen als Skizze für ein Weiterbildungscurriculum angesehen werden, um Netzwerkarbeit zu effektivieren. Die höchsten Anteile der Nennungen in der Kategorie „unzufrieden“ entfallen mit 43 % der Nen-

nungen auf die „kollegiale Supervision“ und mit 32 % auf die Kategorie „Transparenz für die Beteiligten“. In der Kategorie „zufrieden“ mit der Fallarbeit bleiben alle Nennungen unter 55 %, wie z. B. die „Sanktionsvereinbarungen“ (23 % der Nennungen).

Für eine konkrete Curriculumplanung wäre über eine gesonderte Erhebung jedoch genauer zwischen den jeweiligen Bedarfen der beteiligten Berufsgruppen zu differenzieren.

### VIII.9 Differenzen, Erfolg, Zufriedenheit

Stellt man die Werte bei den Indizes „Differenzen“, „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ vergleichend nebeneinander, so ergibt sich, dass auch eine hohe Wahrnehmung von kontroversen Themen („Differenzen / Konfliktbereichen“) mit guter Entwicklungsarbeit der Netzwerke („Erfolge“) und „Zufriedenheit“ in der Fallarbeit einhergehen kann.

Dies lässt sich an Beispielen illustrieren: Ein Netzwerk hat viele Differenzen, ist durchschnittlich erfolgreich, aber hoch zufrieden mit der Fallarbeit, ein anderes wiederum hat viele Differenzen, ist hoch erfolgreich, aber wenig zufrieden mit der Fallarbeit.

### VIII.10 Exkurs: In 2009 wie in 1999?

Mit folgender Gegenüberstellung werden Ergebnisse eines Praktiker-Workshops zu Netzwerkarbeit aus dem Jahre 1999 (Pirani & Friedrichs, 1999) denen der vorliegenden Studie gegenüber gestellt (in Klammern gesetzt). Als der Netzwerkarbeit förderlich wurde vor über zehn Jahren festgehalten:

- ein gegenseitiges Kennenlernen der Aufgaben, der Methoden, der Ziele, der Strukturen; Gemeinsamkeiten ausloten und definieren (*fachlicher Austausch; Kooperation*)
- gegenseitiges Vertrauen, Wissen um die Arbeitsbedingungen der anderen (*Pluralität als Wert, fachliche Weiterbildung*)
- klare Absprachen; Verantwortlichkeiten und Strukturen der Zusammenarbeit sollten festgelegt werden (*Verbindlichkeit, Organisation*)
- persönlicher Kontakt, gleich bleibende (Ansprech-)Partner, eine überschaubare Anzahl von Kooperationspartnern (*Transparenz, Arbeiten in Subnetzwerken*)
- finanzielle Planungssicherheit; Öffentlichkeit (*dito*)
- persönliche Kompetenz „Konfliktfähigkeit“ (persönliche Kompetenzen „*intrinsische Motivation*“ und „*Frustrationstoleranz*“)

Auch in jüngerer Zeit (Baudis, 2007) wurden folgende Bereiche angeführt: langfristige Verlässlichkeit und Struktur, Kommunikation, klare Verantwortlichkeiten und innere wie äußere Transparenz.

Die Ähnlichkeit in den prinzipiellen Themen von früher und heute scheint nahe zu legen, dass sich in den vorliegenden Befragungsergebnissen Praxisrelevanz abbildet – wenn vermutlich auch Schwerpunkte und Dringlichkeiten anders gewichtet gewesen sein mögen (dazu sind die Angaben der damaligen Fachtagung nicht differenziert genug). In der vorliegenden Studie konnten relevante Themen identifiziert werden.

### VIII.11 Die Zukunft

Neben der notwendigen Verbesserung der Fallarbeit, vor allem durch qualifizierende, sektorenübergreifende Maßnahmen, lassen sich zwischen den drei hauptsächlichen Sektoren gewisse Schwerpunkte identifizieren, die möglicherweise schon länger bestehen und für „Differenzen“ gesorgt haben können. Die Leitungsgremien werden bei der entsprechenden Interessenharmonisierung viel „Fingerspitzengefühl“ zeigen müssen und es hängt vom Erfolgswillen der teilnehmenden Netzwerkpartner ab, ob sie sich auf Änderungsprozesse einlassen und auch den Bedürfnissen der jeweils anderen Partner mehr Raum lassen und diese ernst nehmen.

Die ambulante und stationäre Suchthilfe hält klarere fallbezogene Verbindlichkeiten für notwendiger als die anderen zwei Sektoren; damit sind sensible Fragen der Zuständigkeit und Kooperation innerhalb der Netzwerke angesprochen, da die Institutionen eine quasi-anwaltliche Haltung ihrer Klientel gegenüber haben. Der Sektor „Soziales / Erziehung“ sieht die Überwindung getrennter Kostenträgerzuständigkeiten mehr im Vordergrund, also ein eher politisches Hemmnis. Die „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“ hält mehr finanzielle Ressourcen sowie eine Intensivierung der Kooperation für dringlicher, also netzwerkexterne wie -interne Aspekte. Das bedeutet, dass die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert werden muss, um die Arbeit erleichternde politische Entscheidungen voranzutreiben. Bezüglich mangelnder fallbezogener Verbindlichkeiten und anderer netzwerkinterner Hemmnisse zur Intensivierung der Kooperation brauchen die Netzwerkpartner Hilfen, höchstwahrscheinlich von außen, um verbindliche Absprachen zur Arbeitserleichterung und -verbesserung treffen zu können und um ihren Fortbildungsbedarf zu decken.

### VIII.12 Zielerreichung

Die auf Seite 4 genannten Ziele konnten aufgrund des zur Verfügung stehenden geringen finanziellen wie Zeitbudgets nur mit Modifikationen erreicht werden:

- 16 Netzwerke wurde erreicht und schriftlich befragt. Die Befragung gestaltete sich äußerst schwierig und zeitaufwändig, wobei die Hauptprobleme darin bestanden, koordinierende Ansprechpartner zu finden und/oder die beteiligten Institutionen zur Teilnahme zu bewegen, da diese Teilnahme überwiegend ohne die Unterstützung bzw. Vorbereitung durch „das Netzwerk“ initiiert werden musste.
- Die mündliche Evaluierung konnte aus verschiedenen Gründen im Rahmen des Projektes nicht durchgeführt werden:
  - ▶ Bereits bei der Netzwerkrecherche wurde deutlich, dass innerhalb der befragten Netzwerke nur lockere Strukturen bestanden und in der Regel keine Koordinierungsfunktion durch eine am Netzwerk beteiligte Institution ausgeübt wurde. Eine mündliche Evaluierung hätte keine weiter gehenden Erkenntnisse ergeben, da Ansprechpartner -auch als Vertreter eines Sektors- zu häufig wechselten und nicht für das Netzwerk sprechen konnten. Dies zeigen sehr eindrücklich die schlechten Werte bei den übereinstimmenden Aussagen (ICC-Wert), z.B. sogar bezüglich der Anzahl der Netzwerkteilnehmer, aber auch bei *allen* weiteren Themen der Netzwerkarbeit. Die Ergebnisse der schriftlichen Evaluation sind daher, unter den gegebenen Bedingungen der Netzwerkarbeit, als optimal zu werten, da hier die Einstellungen und Erfahrungen unterschiedlicher Kooperationspartner und Sektorbeteiligter zusammen getragen werden konnten.

- ▶ Eine denkbare Teilnahme an Netzwerksitzungen kam einerseits wegen der seltenen Treffen der Netzwerke, beim vorgegebenen Zeitrahmen der Studie, und deren ausgeprägtem Wunsch, anonym zu bleiben, nicht in Frage - neben den nicht gedeckten Reisekosten. Aus den genannten Gründen wurde auch kein Interviewleitfaden entwickelt.
- Auch die Darstellung von „guter Praxis“ ließ sich aufgrund wechselnder Ansprechpartner und der geringen Bereitschaft, Informationen nach außen zu geben (s.o.), nicht in der gewünschten Weise realisieren. Als gute Praxis können jedoch folgende Teilbereiche der Netzwerkarbeit identifiziert werden, die von den meisten Befragten als positiv gewertet wurden:
  - ▶ Vereinbarung wesentlicher Grundsätze wenigstens „schriftlich-freiwillig“ oder „schriftlich-bindend“
  - ▶ Regelmäßige Netzwerktreffen 3 - 4 Mal im Jahr.
  - ▶ Synergie-Effekte in der Versorgung
  - ▶ Mehr Austausch zwischen Ressorts und Fachkräften
  - ▶ Netzwerkspezifische Fortbildungen
  - ▶ Netzwerkspezifische Anleitungen/Handbücher
  - ▶ Netzwerkspezifische Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Netzwerke zur Zeit eine Plattform bieten, in der die Akteure/-innen sich kennenlernen, gegenseitige Erwartungen abstimmen und eine Zusammenarbeit bei konkreten Aufgabenstellungen entwickeln *können*. Auf diesem Hintergrund ist es als Erfolg der Netzwerkarbeit zu werten, dass die teilnehmenden Institutionen eine Effektivitätssteigerung der Alltagspraxis angeben und zwar durch Synergie-Effekte in der Versorgung und mehr Austausch zwischen Einrichtungen und Fachkräften. Die Netzwerke helfen also bei der Entwicklung informeller sektorübergreifender (möglicherweise sogar sektorinterner) Arbeitsbezüge. Die dokumentierte auffallend heterogene Sichtweise der unterschiedlichen Sektoren *und* innerhalb der Sektoren kann positiv gedeutet werden: „Da jede beteiligte Institution / Person nur einen Ausschnitt der Problematik überblickt und sehr unterschiedliche Aufgabenstellungen aufeinander abgestimmt werden müssen, wäre eine einheitliche Sicht eher überraschend und möglicherweise auch nicht wünschenswert.“ Best practice wäre wohl erst dann erreicht, wenn „eine kompetente innere Lenkung der Netzwerke, unter anderem durch entsprechende Moderation“, zur Überwindung auftretender Probleme in den Netzwerken verankert wäre (vgl. S. 44-45 „Heterogenität der Sichtweisen“). Dies ist bisher nicht der Fall. Ebenso wenig wie die notwendige und gewünschte systematisch verankerte Fortbildung und kollegiale Supervision.

- Auch zu einem Erfahrungsaustausch waren die Fachleute aus Kommunen mit einer Vereinbarung zur Hilfe für schwangere Abhängigkeitskranke und Familien mit suchtmittelkonsumierenden Eltern nicht zu gewinnen. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. hat daher unter einem anderen Thema diesen Erfahrungsaustausch beim BundesDrogenKongress realisiert (s. Kap. VII „Weitere Ergebnisse“).

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Welche Sektoren werden als Netzwerk-Kooperationspartner benannt? (Mehrfachnennungen)</i>	11
Tabelle 2	<i>Aus welchen Sektoren kommen die N = 78 Personen, die an der Befragung teilnahmen?</i>	12
Tabelle 3	<i>In Leitungsgremien mitwirkende Institutionen in den Netzwerken, in denen ein solches Gremium existiert (Mehrfachnennungen)</i>	12
Tabelle 4	<i>Hauptverantwortung / Geschäftsführung / Koordination in den Netzwerken, in denen ein Leitungsgremium existiert (Mehrfachnennungen)</i>	13
Tabelle 5	<i>Übereinstimmungen der Angaben der N = 78 Befragten zu den am jeweiligen Netzwerk beteiligten Institutionen je nach Netzwerk</i>	14
Tabelle 6	<i>Übereinstimmungen der N = 78 Befragten je nach Sektor zu den am eigenen Netzwerk beteiligten Institutionen</i>	15
Tabelle 7	<i>Verteilung der Institutionen über Netzwerke und Sektoren (Anzahl und Prozentwerte)</i>	16
Tabelle 8	<i>Übereinstimmungskoeffizienten ICC der Angaben je Netzwerk zu bisherigen Erfahrungen und künftigen Erfordernissen</i>	18
Tabelle 9	<i>Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zu etwaigen Differenzen und kontroversen Themen (Prozentangaben)</i>	20
Tabelle 10	<i>Kategorisierung der Angaben, welche weiteren Konfliktfelder in der eigenen Netzwerkarbeit beobachtet werden (Einzelnennungen)</i>	21
Tabelle 11	<i>Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zu den bisherigen Erfahrungen ihrer Netzwerkarbeit (Prozentangaben)</i>	22
Tabelle 12	<i>Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zur Zufriedenheit mit dem Stand der Fallarbeit in ihrem Netzwerk (Prozentangaben)</i>	23
Tabelle 13	<i>Über alle Netzwerke gemittelte Angaben zu künftigen Erfordernissen in ihrer Netzwerkarbeit (Prozentangaben)</i>	24
Tabelle 14	<i>Kategorisierung der Angaben zur Frage, welche weiteren Wünsche bzw. Anregungen für die Netzwerkarbeit bestehen (Einzelnennungen)</i>	24
Tabelle 15	<i>Zusammenfassende Übersicht je nach Netzwerk auf den Indizes zu Differenzen, Erfolg und Zufriedenheit</i>	25
Tabelle 16	<i>Übereinstimmungskoeffizienten ICC zu den bisherigen Erfahrungen und künftigen Erfordernissen, je nach Sektor</i>	28
Tabelle 17	<i>Die häufigsten benannten kontroversen Themen und die jeweiligen Sektoren</i>	29
Tabelle 18	<i>Zusammenfassende Übersicht je nach Sektoren auf den Indizes zu Differenzen, Erfolg und Zufriedenheit</i>	30
Tabelle 19	<i>Schwerpunkte bei der Beurteilung der Wichtigkeit künftiger Erfordernisse</i>	31
Tabelle A1	<i>Welche Institutionen werden als Netzwerk-Kooperationspartner benannt? (Mehrfachnennungen)</i>	41
Tabelle A2	<i>Aus welchen Institutionen kommen die N = 78 Auskunftspersonen?</i>	43
Tabelle A3	<i>In Leitungsgremien mitwirkende Institutionen in den Netzwerken, in denen ein solches Gremium existiert (Mehrfachnennungen)</i>	44
Tabelle A4	<i>Zur Hauptverantwortung / Geschäftsführung / Koordination in den Netzwerken, in denen ein Leitungsgremium existiert (Mehrfachnennungen)</i>	45

## Literaturverzeichnis

- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). *Metastudie „Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern“ für das Bundesministerium für Gesundheit*. Münster: trialog.
- Baudis, R. (2007). Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge – Verbundlösungen mit Methode. In R. Baudis (Hrsg.), *Verbundqualität in der Suchthilfe. Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge* (S. 41-53). Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Bürger, J. (2006). *Kinder suchtkranker Eltern. Prävention, Projekte und Hilfsangebote*. Diplomarbeit, Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften.
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (Hrsg.). (2008). *Ergebnisse des 31. BundesDrogenKongress am 28./29. April 2008 in Hamburg* [online März 2009]. Verfügbar unter <http://fdonline.info/pages/fachkraeftebereich/tagungen-seminare-fortbildungen/bundesdrogenkongress/31.bundesdrogenkongress.php>
- Fegert, J.M. (2008). *Frühe Gesundheitsprävention durch Vernetzung und Koordinierung von Angeboten aus Gesundheits- und Jugendhilfe*. Stadthauspräsentation, Ulm, 11. April 2008.
- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A. & Walter, M. (2007). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern* (BMFSFJ-Abschlussbericht). München: Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Janis, I.L. (1982). *Groupthink: Psychological studies of policy decisions and fiascoes* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston MA: Houghton Mifflin.
- Münzel, B. & Scheiblich, W. (2008). Netzwerkarbeit. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen* (S. 450-462). Stuttgart: Schattauer.
- Nüß, S. & Schubert, H. (2004). *Projektmanagement in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Akteuren der sozialen Arbeit zum Projektmanagement in Kalker Einrichtungen*. Köln: Fachhochschule Köln, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften.
- Pirani, U. von & Friedrichs, D. (1999). Bericht der Arbeitsgruppe 1: Wie kann eine sinnvolle Kommunikation und Kooperation vor Ort gelingen? In Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hrsg.), *Hilfen von Anfang an – Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999 in Bogensee bei Berlin* (S. 127-135). Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften e. V.
- Schu, M. (2008). Case-Management. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen* (S. 463-472). Stuttgart: Schattauer.
- Shrout, P.E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7, 301-317.
- Witte, E.H. (2007). Interpersonale Kommunikation, Beziehungen und Zusammenarbeit in Gruppen. In U. Six, U. Gleich & R. Gimmler (Hrsg.), *Kommunikationspsychologie – Medienpsychologie* (S. 178-208). Weinheim: Beltz.

## Anhang

### Tabellen

Tabelle A1 Welche Institutionen werden als Netzwerk-Kooperationspartner benannt? (Mehrfachnennungen)

Institution	Häufigkeit aller Nennungen	Prozent aller Nennungen (%)
<b>Ambulante Suchthilfe</b>		
Drogenberatung	39	3.8 %
Suchtberatung	25	2.5 %
Drogen- und Suchtberatung	50	4.9 %
Medizinische / stationäre Rehabilitation	3	0.3 %
Betreutes Wohnen	10	1.0 %
Substitution	5	0.5 %
<b>Erziehung</b>		
Erziehungsberatung	30	2.9 %
Familienbildungsstätte	5	0.5 %
Frühförderstelle	19	1.9 %
Kindertagesstätte	14	1.4 %
Schulpsychologischer Dienst	7	0.7 %
Schulsozialarbeit	6	0.6 %
Jugendhilfe	70	7.0 %
Ehe-/Familienberatung	3	0.3 %
Beratung Prostituerter	3	0.3 %
Sozialdienst Krankenhaus	2	0.2 %
Erziehungshilfen	2	0.2 %
<b>Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung</b>		
Gesundheitsamt	44	4.4 %
Kinder-/Jugendgesundheitsdienst	36	3.6 %
Familienhebamme	30	3.0 %
Kinderpflegedienst	3	0.3 %
Sozialpsychiatrischer Dienst	32	3.2 %
Kinder-/Jugendpsychiatrische Beratung	13	1.3 %

<b>Institution</b>	<b>Häufigkeit aller Nennungen</b>	<b>Prozent aller Nennungen (%)</b>
Medizinische Ambulanz (Drogen)	46	4.6 %
AIDS-Beratung	15	1.5 %
Schwangerschafts-(konflikt-)beratung	35	3.5 %
Sozialpädiatrisches Zentrum	28	2.8 %
Niedergelassene Hebamme	24	2.4 %
Allgemeinarzt	31	3.1 %
Gynäkologe	31	3.1 %
Kinderarzt	35	3.5 %
Psychiater	18	1.8 %
Kinder-/Jugendpsychiater	13	1.3 %
Krankenkasse	8	0.8 %
Kinder-/Jugendpsychiatrie	18	1.8 %
Erwachsenenpsychiatrie	27	2.7 %
Frauenklinik	43	4.3 %
Neonatalogie	37	3.7 %
Kinderklinik	53	5.3 %
<b>Juristischer Bereich</b>		
Sozialamt	22	2.2 %
Amtsvormundschaft	13	1.3 %
Familiengericht	13	1.3 %
Justizvollzug	4	0.4 %
Polizei	5	0.5 %
Kinderschutz	4	0.4 %
<b>Selbsthilfe und Angehörige</b>		
Angehörigenverband	11	1.1 %
Selbsthilfegruppe	14	1.4 %
<b>Landes-/Fachstellen</b>	7	0.7 %
<b>Sonstige</b>	3	0.3 %

Tabelle A2 Aus welchen Institutionen kommen die N = 78 Auskunftspersonen?

Institution	Häufigkeit	Prozent (%)
<b>Ambulante und stationäre Suchthilfe</b>		
Drogenberatung	12	15.4
Suchtberatung	5	6.4
Drogen-/Suchtberatung	6	7.7
Medizinische / stationäre Rehabilitation	1	1.3
Betreutes Wohnen	1	1.3
<b>Soziales / Erziehung</b>		
Jugendhilfe	15	19.2
Ehe-/Familienberatung	1	1.3
Beratung Prostituerter	1	1.3
Sozialdienst der Krankenhäuser	1	1.3
<b>Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung</b>		
Gesundheitsamt	4	5.1
Kinder-/Jugendgesundheitsdienst	2	2.6
Sozialpsychiatrischer Dienst	2	2.6
Medizinische Ambulanz (Drogen)	3	3.8
Schwangerschafts-(konflikt-)beratung	4	5.1
Sozialpädiatrisches Zentrum	1	1.3
Allgemeinarzt	4	5.1
Gynäkologe	3	3.8
Erwachsenenpsychiatrie	1	1.3
Frauenklinik	1	1.3
Neonatalogie	1	1.3
Kinderklinik	3	3.8
<b>Juristischer Bereich</b>		
Familiengericht	1	1.3
<b>Selbsthilfe und Angehörige</b>		
Angehörigenverband	1	1.3
Landes-/Fachstelle	3	3.8
Ohne Angabe	1	1.3
Sonstige	3	0.3

Tabelle A3 In Leitungsgremien mitwirkende Institutionen in den Netzwerken, in denen ein solches Gremium existiert (Mehrfachnennungen)

Institution	Häufigkeit	Prozent (%)
<b>Ambulante und stationäre Suchthilfe</b>		
Drogenberatung	9	13.2 %
Suchtberatung	4	5.9 %
Drogen-/Suchtberatung	9	13.2 %
<b>Soziales / Erziehung</b>		
Erziehungsberatung	2	2.9 %
Frühförderstelle	1	1.5 %
Jugendhilfe	9	13.2 %
<b>Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung</b>		
Gesundheitsamt	5	7.4 %
Kinder-/Jugendgesundheitsdienst	3	4.4 %
Kinder-/Jugendpsychiatrische Beratung	1	1.5 %
Medizinische Ambulanz (Drogen)	5	7.4 %
Sozialpädiatrisches Zentrum	1	1.5 %
Allgemeinarzt	1	1.5 %
Kinderarzt	3	4.4 %
Kinder-/Jugendpsychiatrie	3	4.4 %
Erwachsenenpsychiatrie	2	2.9 %
Frauenklinik	2	2.9 %
Neonatalogie	1	1.5 %
Kinderklinik	5	7.4 %

Anmerkungen. Anzahl der Nennungen N = 68.

Tabelle A4 Zur Hauptverantwortung / Geschäftsführung / Koordination in den Netzwerken, in denen ein Leitungsgremium existiert (Mehrfachnennungen)

Institution	Häufigkeit	Prozent (%)
Keine Institution hat eine solche Hauptverantwortung inne	22	28.9 %
Wechselnde Verantwortung unter den Institutionen	9	12.9 %
<b>Ambulante und stationäre Suchthilfe</b>		
Drogenberatung	5	6.6 %
Suchtberatung	4	5.3 %
Drogen-/Suchtberatung	6	7.9 %
<b>Soziales / Erziehung</b>		
Erziehungsberatung	1	1.3 %
Jugendhilfe	12	15.8 %
Sozialamt	1	1.3 %
<b>Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung</b>		
Gesundheitsamt	7	9.2 %
Sozialpsychiatrischer Dienst	1	1.3 %
AIDS-Beratung	1	1.3 %
Allgemeinarzt	1	1.3 %
Gynäkologe	1	1.3 %
Neonatalogie	1	1.3 %
Kinderklinik	2	2.8 %
<b>Landes-/Fachstelle</b>	1	1.3 %

Anmerkungen. Anzahl der Nennungen N = 76.



fdr Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. - Ordeonstr. 14 - 30159 Hannover

**Geschäftsstelle**  
**Odeonstraße 14 · 30159 Hannover**  
**Tel. 05 11/1 83 33 · Fax 1 83 26**  
**mail@fdr-online.info**  
**www.fdr-online.info**

**Büro für Suchthilfe Erfurt**  
 Dubliner Str. 12 · 99091 Erfurt  
 Tel. 03 61/3 46 17 46 · Fax 3 46 20 23  
 Erfurt@fdr-online.info

**Büro Potsdam**  
 Carl-von-Ossietzky-Straße 29  
 14471 Potsdam  
 Tel./Fax 03 31/9 67 83 44  
 Potsdam@fdr-online.info

**Fachstelle Fort- und Weiterbildung**  
 Dubliner Str. 12 · 99091 Erfurt  
 Tel. 03 61/3 46 17 46 · Fax 3 46 20 23  
 Fortbildung@fdr-online.info

**Modellprojekt „KoSMOs + Exjuse“**  
 Dorkas-Gruppen e.V.  
 Bahnhofplatz 6  
 73525 Schwäbisch Gmünd  
 Tel. 07171/99 85 42  
 kosmos@fdr-online.info

**Projekt Glücksspielsucht**  
 Dubliner Str. 12 · 99091 Erfurt  
 Tel. 03 61/3 46 17 46 · Fax 3 46 20 23  
 gluecksspiel@fdr-online.info

**Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention**  
 Dubliner Str. 12 · 99091 Erfurt  
 Tel.: 0361/ 7 46 45 62 - 64  
 Fax: 0361/ 7 92 06 40  
 tks.thueringen@fdr-online.info  
 www.tks-tkg.de



Ihr Schreiben:

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: Ba/Le

Datum: 1. Dezember 2008

**(fdr)-Projekt: Netzwerkbefragung „Schwangere und Eltern mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem - wie wirkt die Netzwerkarbeit?“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) wendet sich an Sie mit der Bitte, uns bei der Umfrage „Schwangere und Eltern mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem - wie wirkt die Netzwerkarbeit?“ zu unterstützen. Die Umfrage wird unter IIA5-BMG-fdr vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Der (fdr) will möglichst viele Akteure bestehender Netzwerke erreichen und mit Hilfe des Fragebogens die jeweiligen Erfahrungen zu Strukturen, Prozessen und Veränderungsbedarfen in der Netzwerkarbeit abbilden.

Ziel ist die Darstellung der Strukturen der Netzwerke, die Erarbeitung von best practice-Modellen sowie mittelfristig die Entwicklung von Fortbildungsangeboten für die Fachkräfte. Da es sich um eine kleinere Studie handelt, werden wir Ihnen die Befragungsergebnisse schon im Frühjahr 2009 zur Verfügung stellen können.

Das Ausfüllen des Fragebogens erkennen wir mit 20,00 Euro an.

**Wir versichern, dass die Auswertung der Daten weder personen- oder institutions- noch auf einzelne Netzwerke bezogen sondern ausschließlich synoptisch, über alle Netzwerke hinweg, erfolgt.**

Unsere dringende Bitte ist, dass Sie den ausgefüllten Fragebogen

**bis 15. Januar 2009**

an uns zurück senden, ein frankierter Umschlag für die Rücksendung liegt bei.

Alternativ können Sie den Fragebogen auch elektronisch ausfüllen. Dazu können Sie ihn unter

<http://fdr-online.info/pages/fachkraeftebereich/aktuelles.php> herunter laden.

Für eventuelle telefonische Rückfragen stehen die wissenschaftlich Verantwortlichen

Susanne Borchers-Tempel Tel.: 0421 / 357 849

Dr. Christel Zenker Tel.: 030 / 2556 1166

gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.**



Thomas Bader  
1. Vorsitzender

Jost Leune  
Geschäftsführer

# I. Welche Institutionen sind an Ihrem Netzwerk beteiligt?

Bitte markieren Sie die jeweilige Institution durch Ankreuzen

## Amb. Suchhilfe

1.  Drogenberatung  
 2.  Suchtberatung  
 3.  beides

## Erziehung

4.  Erziehungsberatung  
 5.  Familienbildungsstätte  
 6.  Frühförderstelle  
 7.  Kindertagesstätte  
 8.  Schulpsychologischer Dienst  
 9.  Schulsozialarbeit

## Ambulante Gesundheitsversorgung

10.  Gesundheitsamt  
 11.  Kinder u. Jugend-  
 gesundheitsdienst  
 12.  Familienhebamme  
 13.  Sozialpsychiatrisch. Dienst  
 14.  KiJuPsy Beratung  
 15.  Med. Ambulanz (Drogen)  
 16.  AIDS-Beratung  
 17.  Schwangerschafts-  
 (konflikt)beratung  
 18.  Sozialpädiatrisches Zentrum  
 19.  Niedergelassene Hebamme  
 20.  Allgemeinarzt  
 21.  Gynäkologe

22.  Kinderarzt  
 23.  Psychiater  
 24.  Kinder- und Jugendpsychiater  
 25.  Krankenkasse  
 Name (Abk.):

## Stationäre Gesundheitsversorgung

26.  Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 27.  Erwachsenen-Psychiatrie  
 28.  Frauenklinik  
 29.  Neonatalogie  
 30.  Kinderklinik

## Soziales / Juristischer Bereich

31.  Sozialamt  
 32.  Jugendhilfe  
 33.  Amtsvormundschaft  
 34.  Familiengericht  
 35.  Justizvollzug  
 36.  Polizei

## Selbsthilfe

37.  Angehörigenverband  
 Name \_\_\_\_\_  
 38.  Selbsthilfegruppe  
 Name \_\_\_\_\_

## Weitere Institutionen?

39.  Welche?  
 Name: \_\_\_\_\_

1. Welcher dieser Institutionen gehören Sie selbst an? Nr. \_\_\_\_\_
2. Falls es ein Leitungsgremium z.B. auf Trägerebene gibt: Welche der Institutionen gehören diesem Leitungsgremium an?  
 Nummern:     i     i     i     i     i     i     i     i
3. Bei welcher Institution liegt die Hauptverantwortung / Geschäftsführung / Koordination? Nr. \_\_\_\_\_ So etwas gibt es bei uns nicht

## II. Zur Arbeitsweise Ihres Netzwerkes

4. Das Netzwerk trifft sich  regelmäßig;  unregelmäßig; Ca. \_\_\_\_\_ Mal / Jahr
5. Wie werden Vereinbarungen getroffen?  
 mündlich  schriftlich-freiwillig  schriftlich-bindend

Gibt es Differenzen bezüglich folgender Themen?

- |                          |                              |                                   |                                 |                                |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 6. Drogenfreiheit        | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> immer |
| 7. Substitution          | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> immer |
| 8. Fremdplatzierung      | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> immer |
| 9. Zwangsmaßnahmen       | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> immer |
| 10. Betreuungsintensität | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> immer |
| 11. Finanzierung         | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> immer |

12. Es gibt andere Differenzen, nämlich:

Diese gibt es  manchmal  häufig  immer

Werden bei Differenzen Kompromisse gefunden?

nie  manchmal  häufig  immer

## III. Zu den bisherigen Erfahrungen Ihrer Netzwerkarbeit

13. Die Politik zeigt eine größere Aufmerksamkeit für das Netzwerkthema.  
 ja  manchmal  nein
14. Die Kostenträger zeigen eine größere Aufmerksamkeit für das Netzwerkthema.  
 ja  manchmal  nein
15. Es gibt Synergie-Effekte in der Versorgung der Betroffenen  
 ja  manchmal  nein
16. Es gibt im Arbeitsalltag mehr Austausch zwischen Ressorts und Fachkräften.  
 ja  manchmal  nein
17. Die Netzwerkteilnahme wird von meiner Institution als Erleichterung bzw. Verbesserung der eigenen Arbeit erlebt  
 ja  manchmal  nein
18. Es gibt netzwerkspezifische Fortbildungen für die Fachkräfte.  
 ja  nein
19. Es gibt netzwerkspezifische Anleitungen / Handbücher für die Fachkräfte.  
 ja  nein
20. Es gibt netzwerkbezogene Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der regionalen Strukturen  
 ja  nein
21. In meiner / anderen Netzwerkinstitutionen wurden personelle Ressourcen verstärkt.  
 ja, und zwar um \_\_\_\_\_ Stellen  nein

#### IV. Zur Fallarbeit in Ihrem Netzwerk

22. Es gibt ein Fallmanagement  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
23. Es gibt verbindliche Standards in der Fallarbeit  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
24. Die Fallarbeit wird dokumentiert.  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
25. Die Fallarbeit ist für die beteiligten Institutionen einsehbar.  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
26. Es gibt anonymisierte Fallbesprechungen.  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
27. Es gibt kollegiale Supervision.  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
28. Die Betroffenen werden in die Fallarbeit einbezogen.  
 ja, zufrieden stellend       könnte besser sein       nein
29. Es werden Vereinbarungen mit den Betroffenen beschlossen.  
 mündlich       schriftlich-bindend       schriftlich-freiwillig
30. In der Fallarbeit gibt es Sanktionsvereinbarungen  
 ja       manchmal       nein
31. Die Fallarbeit ist langfristig, auf weiterführende Behandlung angelegt.  
 ja       manchmal       nein

#### V. Was erfordert die zukünftige Arbeit in Ihrem Netzwerk?

32. Mehr Verbindlichkeit bei den fallbezogenen Verantwortlichkeiten  
 ja       nein
33. Stärkung der personellen Ressourcen  
 ja       nein
34. Stärkung der finanziellen Ressourcen  
 ja       nein
35. Intensivierung der Kooperation  
 ja       nein
36. Qualifizierung bei der Fallarbeit durch Fortbildung  
 ja       nein
37. Mehr fachlicher Austausch  
 ja       nein
38. Verbesserung von Früherkennung und Frühintervention  
 ja       nein
39. Überwindung der Trennung von Kostenträgerzuständigkeiten  
 ja       nein
40. **Sonstige Wünsche oder Anregungen für die Netzwerkarbeit**

