

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Master Soziale Arbeit

**Digitalisierung psychosozialer Angebote für Substituierte
in Deutschland.**

**Eine quantitative Untersuchung zum Stand und zur Be-
wertung aus Sicht von Fachkräften**

Master-Thesis

Tag der Abgabe: 25.08.2021

Vorgelegt von: Merle Krause

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Dieter Röh

Zweite Prüferin: Prof. Dr. Ulrike Voigtsberger

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Situationsanalyse.....	3
2.1 Substanzgebrauchsstörung von Opioiden	3
2.2 Lebenslage konsumierender Personen.....	6
2.3 Hilfesystem.....	10
2.3.1 Medizinische Behandlung.....	11
2.3.2 Beratung und Betreuung.....	15
3. Überlegungen zur unzureichenden Betreuung.....	22
4. Anforderungen an die psychosoziale Versorgung Substituierter.....	29
5. Onlineberatung als Lösungsvorschlag.....	31
5.1 Begriff.....	31
5.2 Stand in der psychosozialen Versorgung Substituierter.....	32
5.3 Chancen und Möglichkeiten.....	34
6. Empirische Untersuchung.....	39
6.1 Hypothesen.....	39
6.2 Methodisches Vorgehen	39
6.2.1 Grundlegende Überlegungen zum Erhebungsinstrument.....	39
6.2.2 Auswahl der ProbandInnen.....	41
6.2.3 Vorbereitung und Durchführung.....	42
6.2.4 Aufbau und Inhalt des Fragebogens.....	44
6.2.5 Testgütekriterien	49
6.3 Vorgehensweise der Auswertung.....	51
7. Ergebnisse	52
7.1 Soziodemographische Daten und Fachstellen	52
7.2 Stand der Digitalisierung	53
7.3 Bewertung von digitalen Hilfen	53
7.4 Hypothese 1	54
7.5 Hypothese 2.....	56
7.6 Hypothese 3	57
7.7 Hypothese 4.....	57
7.8 Sonstige Daten	58
8. Diskussion.....	59
8.1 Interpretation der Ergebnisse.....	59
8.1.1 Soziodemographische Daten und Fachstellen.....	59
8.1.2 Stand der Digitalisierung.....	60
8.1.3 Bewertung von digitalen Hilfen.....	61
8.1.4 Hypothese 1.....	62
8.1.5 Hypothese 2	62
8.1.6 Hypothese 3.....	62
8.1.7 Hypothese 4.....	63
8.2 Reflexion der Methode.....	63
9. Schlussfolgerung, Ausblick und Fazit	66
10. Literaturverzeichnis	69
11. Anhangsverzeichnis.....	85
12. Anhang.....	87
13. Eidesstattliche Erklärung.....	116

Abkürzungsverzeichnis

ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

APA – American Psychiatric Association

ATS – Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe

AWO – Arbeiterwohlfahrt

BarbBl – Bundesarbeitsblatt

BGB – Bürgerliches Gesetzbuch

BGBI – Bundesgesetzblatt

BKA - Bundeskriminalamt

BMG – Bundesministerium für Gesundheit

BMI – Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

BtMVV – Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

BUB-Richtlinien – Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

DAWO – „da wo man bleiben kann“

DGOB – Deutschsprachige Gesellschaft für psychosoziale Onlineberatung

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

EMA – European Medicine Agency

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EVA – eindimensional, vollumfänglich, ausschließlich

fdr – Fachverband Drogen- und Rauschmittel

FEVS – Fürsorgerechtliche Entscheidungen der Verwaltungs- und Sozialgerichte

FSP – Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss

GG – Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

GKV – gesetzliche Krankenversicherung

HIV – Humanes Immundefizienz-Virus

ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

i V. – intravenös

M-V –Mecklenburg-Vorpommern

NAKO – Nationale Kohorte

NRW – Nordrhein-Westfalen

OZG – Onlinezugangsgesetz

RKI – Robert-Koch-Institut

PSB – Psychosoziale Betreuung

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SARS-CoV-2 – Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

USA – United States of America

1. Einleitung

Bei Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung von Opioiden ist die Erkrankung in einem komplexen Wechselwirkungsverhältnis zwischen physischen, psychischen und sozialen Faktoren zu verstehen (vgl. Kielholz & Ladewig, 1973). Betroffene weisen deutlich höhere Belastungen in diesen Bereichen auf als Menschen ohne Substanzstörung (vgl. Deimel, 2013). Die Versorgung muss daher als Gesamtbehandlungskonzept durchgeführt werden, um Stabilisierung und Überwindung der Substanzstörung zu erreichen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2013). Von den schätzungsweise 166 000 opioidabhängigen Menschen in Deutschland (vgl. Kraus et al. 2019) befindet sich etwas weniger als die Hälfte in medizinischer Substitutionsbehandlung (vgl. Bundesopiumstelle, 2020). Von den so behandelten Personen erhält wiederum circa die Hälfte eine psychosoziale Betreuung, kurz PSB, im Sinne der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (vgl. DHS, 2019). Die Zahlen der Inanspruchnahme von PSB lassen vermuten, dass nicht alle Betroffenen erreicht werden, denen eine derartige Versorgung zugutekommen würde. Beim Blick auf die derzeitige Versorgungsstruktur der PSB lassen sich einige Faktoren identifizieren, die als Barriere zur Inanspruchnahme gesehen werden können. Laut DSH (2019) sei das Angebot sogar weitläufig unausgebaut und unzureichend.

Das Problem besteht also darin, dass die derzeitige PSB in Deutschland keine ausreichenden Strukturen bietet, damit alle Substituierten von einem Gesamtbehandlungskonzept profitieren. Eine Vielzahl an Betroffenen bleibt von psychosozialen Hilfen und deren Effekten unerreicht. Die problematische Versorgungssituation zeigt sich auch in anderen Bereichen der Gesundheits- und Sozialfürsorge in Deutschland. Als Lösung für mangelnde Erreichbarkeit sind dabei viele bereits existierende Angebote durch Onlineberatung ergänzt worden (vgl. Engelhardt, 2018). Der derzeitige Forschungsstand dazu weist auf eine Vielzahl an Chancen durch die Onlineberatung hin. Auch hinsichtlich der PSB ergäben sich sowohl neue Möglichkeiten für KlientInnen und deren Erreichbarkeit (vgl. Zschorlich et al., 2015; Schmidt-Rosengarten, 2018), sowie auch Vorteile auf Seite der Träger und Organisationsstrukturen (vgl. Isfort, 2019; Bobersky et al. 2020).

Unternehmungen hinsichtlich Onlineberatung, die speziell auf die Gruppe der Substituierten abzielt, sind bislang wenig bis gar nicht öffentlich kommuniziert. Auch zum Bedarf dieser Zielgruppe lassen sich bisher nur Erkenntnisse benachbarter Disziplinen oder der allgemeinen Suchthilfe heranziehen.

Da PSB derzeit noch keinen Platz als Akteur in der digitalen Beratung bzw. Forschung dahingehend einnimmt, soll mit dieser Arbeit ein Beitrag dazu geleistet werden. Es soll zum einen aufgezeigt werden, auf welchem Stand die psychosozialen Angebote für Substituierte im digi-

talen Bereich sind. Dazu werden Daten aus gesamt Deutschland gesammelt. Zum anderen soll die Bewertung dieser Angebote aus Sicht beteiligter Fachkräfte stattfinden. Um diese Daten zu sammeln, wird eine quantitative Umfrage mittels Onlinefragebogen mit Fachkräften aus den psychosozialen Hilfen für Substituierte in ganz Deutschland durchgeführt.

Durch die Analyse der Daten werden Erkenntnisse gewonnen, in welchem Maße Onlineangebote ihren Platz in der psychosozialen Versorgung bereits finden und ob hier ein Weiterentwicklungspotential besteht. Durch die Evaluation der Sicht der Fachkräfte wird deutlich, welche Aspekte der Versorgung ausgebaut werden müssen, damit die Betreuung Substituierter effektiv gestaltet wird und eine Teilhabe, auch digitale, erreicht werden kann. Durch die deutschlandweite Datengewinnung und der damit ermöglichte Vergleich der Regionen wird der Blick auch auf nationale Lösungen gerichtet.

2. Situationsanalyse

2.1 Substanzgebrauchsstörung von Opioiden

Die weitläufige Verwendung des Begriffs „Opiatabhängige“ im Kontext der Heroinabhängigkeit ist irreführend und veraltet. Opiate sind ausschließlich natürlich vorkommende Alkaloide, die aus dem Milchsaft des Schlafmohns gewonnen werden. Dazu gehören beispielsweise Codein und Morphin. Nach Einnahme docken sie im Gehirn an die Opioidrezeptoren an. Alle Substanzen, die dort andocken, werden unter dem Sammelbegriff Opiode zusammengefasst (vgl. Schäfer & Zöllner, 2012). Neben den natürlichen Opiaten binden sich auch semisynthetische und vollsynthetische Opioidsubstanzen an diesen Rezeptoren.

So führt eine künstliche Weiterverarbeitung des Opiats Morphin zum Opioid Heroin (vgl. Poehlke et al., 2020), dem wohl bekanntesten Opioid und der am häufigsten konsumierten Droge in der Straßen-Drogenszene (vgl. Werse et al., 2019). Vollsynthetisch gewonnene Opiode sind Fentanyl oder Methadon (vgl. Poehlke et al., 2020). Sie sind besonders aus dem medizinischen Kontext bekannt. Auch körpereigene Opiode, wie die Endorphine, binden sich an den Opioidrezeptoren und gehören somit zur Gruppe der Opiode (vgl. Schäfer & Zöllner, 2012).

Einer Schätzung zufolge waren 2016 circa 166 000 Menschen in Deutschland opioidabhängig, größtenteils von Heroin (vgl. Kraus et al. 2019). Abhängigkeiten von synthetischen Opioiden wie Fentanyl, Tilidin oder Tramadol werden häufig unter Medikamentenabhängigkeit gefasst und tauchen daher im Kontext solcher Zählungen nicht auf. Im Vergleich zur Europäischen Union befindet sich Deutschland mit der Gesamtzahl der Opioidabhängigen im Mittelfeld (vgl. EMCDDA, 2020). Detaillierte Zahlen der Bundesländer zeigen, dass in Bremen, Hamburg, Berlin und NRW pro 1000 Einwohner die meisten Betroffenen wohnen. Im Osten finden sich deutlich weniger Opioidabhängige als im Westen. Eine Ausnahme stellt dabei Berlin dar (vgl. Kraus et al., 2019). Zählungen der Opioidverschreibungen zeigen hingegen, dass besonders in Ostdeutschland synthetische Opiode häufiger verschrieben werden als im restlichen Gebiet Deutschlands (vgl. Rosner et al., 2019). Laut Kraus und KollegInnen gebe es innerhalb der letzten 20 Jahre kaum eine Veränderung beim Konsum von Opioiden mit hohem Mortalitätsrisiko (vgl. Kraus et al., 2019). Dies zeigt einen deutlichen Unterschied zum weltweit steigenden Trend des Opioidgebrauchs bzw. -missbrauchs, der sich besonders in Nordamerika und Afrika abzeichnet (vgl. UNODC, 2019). Mehrere Studien bestätigen, dass eine Opioidepidemie, wie in den USA, in Deutschland nicht erkennbar sei (vgl. Rosner et al., 2019). Trotzdem bringt auch hierzulande der Konsum von Opioiden weitreichende Gefahren mit sich, die sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene äußern und durch Morbidi-

tät und Mortalität die größte durch Drogen verursachte gesellschaftliche Belastung darstellen (vgl. Degenhardt et al., 2013).

Opioidabhängigkeit, mittlerweile als Substanzgebrauchsstörung von Opioiden bezeichnet, wird im Kontext des ICD-10 der WHO (2020) so definiert, dass ein starker Wunsch nach dem Konsum von Opioiden besteht, dieser schwer kontrollierbar ist und bei dessen Ausbleiben Entzugserscheinungen auftreten. Außerdem entwickelt sich eine Toleranz gegenüber den Opioiden und auch negative Konsequenzen halten nicht vom Konsum ab. Daneben werden andere Quellen von Freude vernachlässigt und Interessen oder Verantwortungen dem Konsum nachgestellt. Konsumbiographien bei Substanzabhängigkeiten sind durch fließende Übergänge und Ausprägungen in der Entwicklung gekennzeichnet sowie durch nicht geradlinige Aufrechterhaltung und Bewältigung. Menge und Häufigkeit des Konsums spielen dennoch keine Rolle für eine Klassifizierung nach dem in Deutschland verwendeten ICD-10. Eine Berücksichtigung der Konsumintensität findet im amerikanischen Diagnosemanual DSM-V statt, worin zwischen geringer, mittlerer und hoher Ausprägung unterschieden wird (vgl. APA, 2013).

Die Ätiologie von Abhängigkeitserkrankungen, einschließlich Opioidabhängigkeit, wird durch eine Vielzahl von Theorien aus unterschiedlichsten Disziplinen versucht zu erklären. Es existieren sowohl psychologische, biologische als auch soziologische Ansätze, warum sich eine Abhängigkeit zu einer Substanz oder einem Verhalten entwickelt. Im Folgenden werden einige dieser Ansätze kurz aufgeführt.

Unter den psychologischen Ansätzen finden Erklärungen ihren Platz, die auf der Psychoanalyse beruhen. Sigmund Freuds Überlegungen zum Unbewussten bieten die Grundlage für den Ansatz, dass eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung im frühen Alter sich später in Form von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit äußert (vgl. Rost, 1987).

Ebenfalls in der Psychologie angesiedelt sind Ansätze mit lerntheoretischem Hintergrund. Anknüpfend an Banduras Theorie zum Modelllernen, würde auch Abhängigkeit durch Vorbilder erlernt werden (vgl. Vollmer, 2000). Daneben seien ebenso die klassische und operante Konditionierung für die Entstehung von Abhängigkeit heranzuziehen. Da diese eng mit der physiologischen Beschaffenheit des Gehirns zu tun haben, wird dieser Punkt unter den neurobiologischen Ansätzen weiter ausgeführt.

Außerdem findet das kognitive Modelle in den psychologischen Ansätzen seinen Platz. Der Konsum von Drogen beruhe demnach auf dysfunktionalen Kognitionen, die auf Dauer zu einer Spirale führten und die Aufrechterhaltung der Sucht so begünstigten (vgl. Beck et al.,

1997).

Die Affektregulationshypothese besagt, dass Drogen als Mittel zum Zweck dienen, um aversiven Zuständen wie Langeweile oder Spannungszuständen entgegenzuwirken. Beruhend auf Überlegungen zur Psychodynamik würden besonders die Personen, die bereits vor dem Konsum durch Defizite in Verhaltenskontrolle und Impulsivität Belastungssituationen ausgesetzt waren, durch die Einnahme von Drogen Kompensation erfahren (vgl. Blanchard et al., [1999](#)). Alternative Copingstrategien würden dadurch vernachlässigt und verlernt.

Damit einher spielen Vorgänge auf neurobiologischer Ebene eine Rolle. Im limbischen System werden alle Handlungen nach dem Lustprinzip bewertet; so sollen arterhaltende Mechanismen erlernt und optimiert werden. Bei großer Lust werden Botenstoffe wie Dopamin ausgeschüttet, die als Belohnung fungieren (vgl. Meyer & Bachmann, 2017). Eine Wiederholung des Handelns wird damit angestrebt. Drogen, einschließlich Heroin, wirken auf die Ausschüttung der Botenstoffe ein, so dass deutlich mehr Lustempfinden entsteht als bei anderen Handlungen wie Essen, Sex, Beziehungen oder Sport. Der Auslöser der Belohnung, also der Konsum von Drogen, wird als überlebenswichtig gespeichert und verändert auf Dauer als sogenanntes Suchtgedächtnis die Hirnstruktur (vgl. ebd).

Ebenso findet sich das Modell der pharmakologischen Vulnerabilität im Bereich der biologischen Ansätze. Es bezeichnet die Beobachtung, dass Personen eine höhere Empfänglichkeit für die Belohnungseffekte einer Drogen aufweisen als für deren Bestrafungsreize. In Verbindung mit Alkohol ist dies durch Schuckit (1991) beschrieben.

Die sogenannte Gateway Theorie diskutiert, ob der frühe Konsum von Tabak, Cannabis oder Alkohol eine Disposition für spätere Abhängigkeiten darstelle (vgl. Kandel et al., 1992). Gleichzeitig seien für den Konsum aller Drogen, ob illegal oder legal, gemeinsame Bedingungsfaktoren auszumachen (vgl. Morral et al., 2002).

Dabei spielten soziologische Ansätze eine Rolle.

Darunter sind soziale und umweltbezogene Aspekte zu verstehen, wie zum Beispiel die Schaffung eines Zugehörigkeitsgefühls innerhalb der Peer-Group oder Kreierung von Anerkennung (vgl. Schnell, 2019).

Bereits die Vielzahl der Entstehungserklärungen weist darauf hin, dass Abhängigkeit komplexe Ursachen zugrunde liegen, die multifaktoriell und interindividuell vermutet werden. Durch das Erklärungsmodell der Bio-Psycho-Sozial Trias aus Mensch (Set), Milieu (Setting) und Mittel (Droge), wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der die Multifaktorialität und Kom-

plexität zu erklären versucht (vgl. Kielholz & Ladewig, 1973).

Alle drei Faktoren stehen dabei in einem Wechselwirkungsverhältnis. Unter dem Faktor Set verstehen sich Persönlichkeitseigenschaften wie Stärken, Schwächen, Beziehungsfähigkeit und Selbstwertgefühl sowie Erbanlagen und die individuelle Lebensgeschichte (vgl. Behrendt et al., 2018). Risikobehaftet für die Entstehung von Abhängigkeiten im Bereich der Person selbst sind beispielsweise traumatische Erfahrungen, fehlende Befriedigung von Liebe, Unfähigkeit von Gefühlskontrolle und -regulation oder vererbte Suchtanfälligkeit. Unter Setting sind Faktoren wie Familie, Freunde, Wohnsituation, Vorbilder, gesellschaftliche Rahmensetzungen, Arbeit, Bildung oder auch Freizeit aufzuführen (vgl. ebd.). Hier gelten brüchige Familienkonstellationen, kontraproduktiver Erziehungsstil der Eltern, unsichere Wohnverhältnisse, marginalisierte Position innerhalb der Gesellschaft oder auch die Akzeptanz bestimmter Drogen im Umfeld als Risikofaktoren. Bei der Droge an sich spielt das Abhängigkeitspotential, die Verfügbarkeit, Gesetze bezüglich des Erwerbs oder auch das Image eine Rolle (vgl. ebd.).

Opioide, und besonders Heroin, weisen ein hohes psychisches und körperliches Suchtpotential auf (vgl. Scherbaum & Lieb, 2013). Diese Stoffe fungiert durch ihre unter anderem schmerzstillende, entspannende und hemmende Wirkung als kurzzeitige Problemlösung und Selbstmedikation (vgl. Behrendt et al., 2018). Die Abhängigkeit von Opioiden zeichnet sich häufig durch eine besondere Schwere und Dauer des Krankheitsverlaufes aus. Bei der Behandlung zeigen sich ungünstige Prognosen hinsichtlich Abstinenz und eine erhöhte Abbruch- und Rückfallquote im Vergleich zur Rehabilitation von anderen Substanzen (vgl. Scherbaum, 2012). Um diese Phänomene weiter in einen Kontext zu rücken, wird im Folgenden ein detaillierter Blick auf die Personengruppe der Opioidkonsumierenden und ihre Lebenswelt geworfen.

2.2 Lebenslage konsumierender Personen

Im Folgenden werden Daten präsentiert, die sich auf die Lebenswelt abhängiger Opioidkonsumierender beziehen. Sie bieten lediglich einen Eindruck, welchen Problemlagen Betroffene ausgesetzt sein können. Es kann und soll keine Verallgemeinerung der Bedingungen angestrebt werden. Die Datenerhebung ist durch wenige Szenebefragungen geprägt, da durch Illegalisierung und Stigmatisierung die Gruppe der KonsumentInnen schwer erreichbar und auffindbar ist. Die Gruppe der Konsumierenden existiert auch außerhalb der Szene. Die hier auf-

geführten Daten sind daher nicht bedingungslos repräsentativ.

Nicht nur die Bedingungen zu einer Entstehung von Abhängigkeit, sondern auch Faktoren zur Aufrechterhaltung müssen in einem Wechselwirkungsverhältnis gesehen werden. Dies bedeutet, dass nicht eindeutig geklärt werden kann, inwieweit sich Lebensbedingungen auf die Aufrechterhaltung der Sucht auswirken oder inwieweit der Konsum und die Substanzstörung die Lebensverhältnisse beeinflussen.

Opioidabhängigkeit bringt oftmals komplexe physische und psychosoziale Belastungssituationen mit sich, die auf das Individuum sowie dessen Umfeld einwirken. Mit zunehmender Chronifizierung der Störung gewinnen die Belastungssituationen an stärkerer Bedeutung (vgl. Deloie, 2015). Die bereits angesprochene Schwere und Dauer des Krankheitsverlaufes zeigt sich in folgenden Daten: Durchschnittlich liegt der Erstkonsum von Opioiden bei 20 Jahren. Bei intravenösem Konsum liegt die Varianz des Erstgebrauchs zwischen 11 und 54 Jahren (vgl. RKI, 2015). Vom Zeitpunkt des Erstkonsums bis zum Störungsbeginn liegt durchschnittlich nur ein Jahr Zeit (vgl. Martens et al., 2019). Betroffene Personen treten oftmals erst zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr ins Hilfesystem ein, in welchem sie dann häufig mehr als 10 Jahre verbleiben (vgl. RKI, 2015). Eine Studie in der niedrigschwelligen Suchthilfe zeigt, dass zum Zeitpunkt der Befragung die Abhängigkeit durchschnittlich seit circa 18 Jahren bestand (vgl. Martens et al., 2019). Wie bereits angesprochen sind dies Ergebnisse aus Szenebefragungen entstanden. Zur Gruppe der Konsumierenden gehören ebenso Personen, die nach kurzer Konsumzeit bereits Hilfe in Anspruch nehmen und deren Konsumverhalten von dem hier beschriebenen abweicht.

Weitere Anhaltspunkte für die Intensität der Problematik stellen sich in der Häufigkeit des Konsums dar. Die Hälfte der Konsumierenden nimmt pro Tag drei bis acht Konsumeinheiten zu sich (vgl. Werse et al., 2019). Durch die Beschaffung des Geldes, die Beschaffung der Droge, den Konsumvorgang und die daraus resultierende Wirkung der Droge werden zwangsweise auch Ehepartner, Kinder, Geschwister, Eltern sowie weitere Angehörige, Freunde und Personen des Umfelds involviert (vgl. Deloie, 2015).

Beim Konsumvorgang wird laut Zählungen in fast der Hälfte der Vorgänge die intravenöse Verabreichung gewählt. Ein Drittel derer, die auf diese Art konsumiert, teilt sich das Spritzbesteck mit anderen Personen (vgl. RKI, 2015). Dabei ist das Risiko für Infektionskrankheiten erhöht und sorgt so für circa 5% der gemeldeten HIV-Infektionen in Deutschland (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019). Noch dramatischer sieht die Zahl der Hepatitis-Infizierten aus. Hier können 76% der Hepatitis-C-Infektionen auf DrogenverwenderInnen zu-

rückgeführt werden. In der Gesamtgruppe der intravenös Konsumierenden sind 60-80% mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert (vgl. EBDD, 2007). Werden mehrere Substanzen gleichzeitig intravenös konsumiert, so steigt das Infektionsrisiko deutlich an (vgl. RKI, 2016).

Neben Viruskrankheiten zählen auch psychiatrische Komorbiditäten zu den Belastungen Opioidabhängiger. Je nach Hinzunahme von Persönlichkeitsstörungen liegt die Epidemiologie bei 55-80% (vgl. Scherbaum, 2015). Auch wenn die Zahlen nicht aktuell sind, ist davon auszugehen, dass sie weiterhin in dieser Höhe auftreten oder sogar ein Anstieg stattgefunden hat. Vor allem Depressionen, generalisierte Angststörungen, soziale Phobien, posttraumatische Belastungsstörungen, unterschiedlichste Persönlichkeitsstörungen sowie ADHS stellen psychiatrische Belastungen der Personengruppe dar (vgl. Scherbaum, 2015; Lieb & Isensee, 2007). Gerade im Zusammenhang mit dem Ausbruch und Verlauf des SARS-CoV-2 ist in der Gesamtbevölkerung ein Anstieg der Depressionen und Angsterkrankungen zu verzeichnen (vgl. NAKO, 2020). Diese Beobachtung kann für die Gruppe der Abhängigen übernommen werden.

Neben Komorbiditäten stehen auch Todesfälle im Zusammenhang mit Drogen und deren Abhängigkeit. Die Zahl der Drogentoten lag 2020 deutschlandweit bei insgesamt 1.581 Fällen (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass dies nur die offiziell registrierten Daten sind, die auf einen Tod durch Drogen zurückführbar sind. Die Dunkelziffer kann durchaus höher liegen. Verantwortlich für die größte Gruppe der Drogentoten sind Opioide in Form von Heroin, Morphin, Opiat oder Substitutionsmitteln. Insgesamt liegt die Zahl der nachweislich daran Verstorbenen bei 572 Personen. Werden nur die Tode angeschaut, in denen Substitutionsmittel beteiligt waren, ist im Jahr 2020 die Anzahl der Toten im Vergleich zu 2019 leicht gesunken (vgl. ebd.). Aus den Zahlen für 2019 ergeben sich die meisten Todesfälle pro Einwohner in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie im Saarland (vgl. BKA, 2020).

Im Gegensatz zur Todesfolge durch Substitute nimmt die Todesfolge durch Langzeitschäden konstant zu (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Auch der Fakt, dass durch Drogen sterbende Personen ein immer höheres Lebensalter aufweisen (vgl. Karachaliou et al., 2020) spricht dafür, dass auch das generelle Lebensalter Abhängiger weiter steigt.

Riskante Konsummuster und lange Konsumdauer lassen sich besonders in Städten und deren Szenepunkten finden (vgl. AWO, 2019). In eben diesen Szenen findet auch die hauptsächliche Sozialisation der Abhängigen statt. Soziale Unterstützung durch nicht Drogenabhängige ist nur in einem geringeren Ausmaß verfügbar (vgl. Deimel, 2013). Menschen mit Abhängigkeiten sind eine vulnerable und sozial erschöpfte Personengruppe (vgl. Keicher, 2017), die hohe

Stigmatisierung erlebt und durch Ausgrenzungsprozesse betroffen ist.

In Befragungen berichteten viele Betroffene retrospektiv bereits in der Schule geringe bis gar keine Bildungsabschlüsse erreicht zu haben. 56% der Opiatabhängigen verfügen über einen Haupt- oder Volksschulabschluss, 19% über einen Realschulabschluss und 16% verließen die Schule ohne Schulabschluss. Auch die folgenden Berufsbiografien waren häufig brüchig. Die Arbeitslosenquote betrug in der Befragung 63% (vgl. Künzel et al., 2018). Wird die Arbeitslosenquote mit der der Verrentung zusammengezogen, bleiben nur circa 15% der Abhängigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen (vgl. Trillmich & Cuypers, 2020).

Nicht nur als Folge dessen ist bei einer großen Zahl der Abhängigen von einer problematischen Überschuldung auszugehen. Schulden und enorme Ausgaben für die Substanz treiben viele der Betroffenen in die Kriminalität. In einer Szenebefragung von Thane und KollegInnen (2008) hatten 78% der befragten Opiatabhängigen angegeben, bereits Hafterfahrungen gemacht zu haben. Mehrere Studien zeigen eine durchschnittliche Haftdauer von vier Jahren (vgl. Stöver, 2012). Der Anteil an OpioidkonsumentInnen liegt in Gefangenschaft bei 21-29% der Gesamtinhaftierten (vgl. Schulte et al., 2009). Außerhalb von Haft sind es unter ein Prozent der Gesamtbevölkerung (vgl. Kraus et al., 2019). 30-40% der inhaftierten Abhängigen setzt den Konsum in Haft fort (vgl. Stöver, 2012).

Neben delinquentem Verhalten gehen viele Betroffene der Prostitution nach. Besonders weibliche KonsumentInnen nutzen diese Form der Geldbeschaffung. Sie sind damit weiteren Risiken, wie Krankheiten und Gewalterfahrungen ausgesetzt. Knapp ein Viertel der Opioidabhängigen in Deutschland ist weiblich (vgl. Kraus et al., 2019).

Zerche (2017) beschreibt in der Gruppe der Abhängigen die Schwierigkeit, adäquate Bindungen einzugehen. Nicht nur Herkunftsbedingungen seien durch Brüche geprägt, sondern auch das Hilfesystem, in dem sie immer wieder neue Beziehungen eingehen müssen (vgl. Zechert, 2017). Viele Betroffene seien bereits in suchtbelasteten Familien aufgewachsen oder komplett in öffentlicher Erziehung groß geworden. Häufig wiederholte sich die Herausnahme aus der Familie bei den eigenen Kindern (vgl. Martens et al., 2019).

Des Weiteren stellt der Beikonsum von Alkohol, bei circa 50%, und anderen illegalen Drogen, bei knapp 40%, eine Hürde in der Lebensführung dar (vgl. Trillmich & Cuypers, 2020).

In Bezug auf Wohnverhältnisse lässt sich sagen, dass ca. 20-30% problematische Wohnverhältnisse aufweisen. Obdachlosigkeit und prekäre Wohnsituationen haben viele der Betroffenen bereits erlebt, unabhängig vom Aufenthalt in städtischen oder ländlichen Regionen (vgl. Caritas, 2019; Trillmich & Cuypers, 2020).

Ressourcen und Problembewältigungskompetenzen sind durch die häufig prekären Lebensbedingungen nur schwer oder gar nicht aktivierbar (vgl. Lutz, 2017). Eine Resozialisierung ist durch Vernachlässigung und Beeinträchtigung in körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Bereichen erschwert. Der späte Eintritt ins Hilfesystem trägt deutlich dazu bei, dass vor allem in der direkten Szene diese Bedingungen herrschen.

2.3 Hilfesystem

Die laienhafte Suchtkrankenhilfe in Deutschland wurde maßgeblich durch nordamerikanische Einflüsse geprägt und zunächst ausschließlich durch karitative Einrichtungen übernommen. Bereits 1838 gründete sich in Rixdorf bei Berlin die erste Abstinenzvereinigung Deutschlands (vgl. Spode, 2012). 1851 entstand dann eine Trinkerheilstätte in Lintorf, dem heutigen Ratingen (vgl. Abfalg, 2003). Um 1900 professionalisierte sich die Hilfe und ein 3-Säulen-Modell, welches Beratung inklusive Nothilfe, stationäre Therapie sowie Nachsorge umfasste, entstand (vgl. Sachße & Tennstedt, 1980). Der Fokus der Suchthilfe lag dabei auf der Heilung der „Trunksucht“.

Die Nazi-Diktatur bedeutete für die Suchthilfe in Deutschland rasch wieder eine Zäsur. Die Überzeugung, dass Alkoholabhängige volksschädigend seien, führte neben Ausgrenzung, Diskriminierung und Stigmatisierung der Betroffenen auch zur Tötung dieser (vgl. Hauschildt, 1995). Von diesem Einschnitt erholte sich die Suchthilfe lange Zeit nicht. Ihr Fokus blieb weiterhin vor allem in der Disziplinierung Abhängiger (vgl. ebd). Erst ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts fanden neue Ansätze, wie psychosoziale Angebote ihren Platz in der Suchthilfe (vgl. DHS, 2019). Neben Alkohol wurden damit auch diverse andere Süchte adressiert.

Bis zum heutigen Versorgungsnetz wurden bereits viele Meilensteine erreicht. Um der Komplexität der Sucht zu begegnen, muss auch Suchthilfe als komplexes, vielseitiges und -schichtiges Netz verstanden werden und als dieses agieren. Daher gibt es mittlerweile eine Vielzahl stationärer und ambulanter Angebote, die die Versorgung Abhängigkeitserkrankter sicherstellen sollen.

Die heutige deutsche Suchthilfelandchaft kann in zwölf Segmente eingeteilt werden, die die Versorgung Suchtkranker gewährleisten. Die DHS (2019) unterscheidet folgende Segmente:

1. Beratung und Begleitung
2. Medizinische Behandlung
3. Medizinische Rehabilitation
4. Eingliederungshilfe –Leistungen zur sozialen Teilhabe
5. Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben

6. Justiz
7. Selbsthilfe
8. Prävention
9. Betriebliche Gesundheitsförderung
10. Kinder- und Jugendhilfe
11. Pflege und Altenhilfe
12. Wohnungslosenhilfe

Innerhalb dieser Segmente finden sich suchtspezifische und -unspezifische Angebote, in denen Abhängigkeitserkrankte Hilfe in Anspruch nehmen können. Dabei verfolgen die Angebote unterschiedliche Ziele und sprechen unterschiedliche Bedarfe an. OpioidkonsumentInnen sind besonders in den ersten zwei Segmenten, Beratung und Begleitung sowie medizinische Behandlung, anzutreffen. Daher fokussiert diese Arbeit auch speziell jene Bereiche.

2.3.1 Medizinische Behandlung

Zur Behandlung von Opioidabhängigkeit gibt es verschiedenste Ansätze. Wie in der Behandlung jeder Sucht zeigen sich je nach PatientIn andere Maßnahmen als am wirksamsten. Für die Mehrheit der KonsumentInnen von Opioiden, insbesondere Heroin, ist jedoch die medikamentöse Behandlung, auch Substitution genannt, die Therapie der Wahl (vgl. Bundesärztekammer, 2017). Sie kann als dauerhafte Behandlung oder zeitlich befristete Therapie eingesetzt werden. Hierbei werden Ersatzstoffe durch eine ÄrztIn verschrieben, womit der Konsum illegal erworbener Opioide ersetzt werden soll. Ziel ist eine Stabilisierung der PatientInnen und gegebenenfalls eine Reduktion des Substituts bis hin zur vollständigen Abdosierung. Substitution ist wissenschaftlich gut evaluiert und gilt als Goldstandard in der Therapie von Opioidabhängigkeit (vgl. Deimel & Stöver, 2015). Am wirksamsten ist sie in Verbindung mit psychosozialer Betreuung (vgl. WHO, 2009). Nach der Entgiftung ist die Substitution die am häufigsten angewendete Behandlung bei Opioidabhängigkeit (vgl. Karachaliou et al., 2020). Sie stellt für viele eine Art Auffangnetz dar, wenn andere Behandlungsversuche scheitern, denn für viele Betroffene folgt nach einer stationären Entgiftung wieder der Konsum illegaler Substanzen (vgl. Martens et al., 2019). Generell sind Abstinenzbehandlungen in der Zielgruppe mit einer Karriere des Scheiterns verbunden und wirken überfordernd, da Voraussetzungen der Lebensbedingungen, die für eine Abstinenz wichtig sind, oftmals nicht gegeben sind (vgl. Körkel, 2012). Auch aus den vorangegangenen Schilderungen zur Lebenswelt Abhängiger zeigt sich, dass diese Gruppe durch besondere Problemlagen belastet ist.

Substitution kann dann in Anspruch genommen werden, wenn nach ICD-10 Maßstab ein

Missbrauch von erlaubt oder unerlaubt erlangten Opioiden vorliegt und Behandlungsziele voraussichtlich nicht durch andere Therapien erreicht werden können (vgl. G-BA, 2013).

Substitution fällt in die Zuständigkeit der Krankenkassen als Leistungsträger. Demnach können alle Versicherten bei entsprechender Indikation die Behandlung erhalten. Die Versorgung im ambulanten Bereich wird hauptsächlich durch niedergelassene Kassenärzte, Schwerpunktpraxen und Fachambulanzen übernommen (vgl. fdr, 2012). Im Zuge der Corona-Pandemie entstand eine punktuelle Versorgungsstelle für Abhängige in Hamburg, die nicht über einen Krankenversicherungsschutz verfügen (vgl. Tügel, 2020, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2020). Dieses Projekt trägt maßgeblich zur Verbesserung der Situation Opioidabhängiger bei und versucht dem gesteigerten Bedarf nach Substitution während der Corona-Pandemie entgegen zu kommen (vgl. Werse & Klaus, 2020). Dennoch bleibt deutschlandweit eine Vielzahl von Abhängigen freiwillig oder unfreiwillig unbehandelt. Besonders ländliche Regionen sind zunehmend von einer Unterversorgung bedroht, da substituierende ÄrztInnen auf Grund ihres hohen Lebensalters nicht mehr praktizieren und kaum Nachfolger gefunden werden können. Die Anzahl der PatientInnen pro substituierender ÄrztIn nimmt daher seit einigen Jahren immer weiter zu (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2020).

Wird die Zahl der Substituierten von 2016 (78.500) (vgl. Bundesopiumstelle, 2017) mit der Gesamtprävalenz für Opioidabhängigkeit 2016 verglichen, nahmen ca. 47% der Erkrankten Substitutionsbehandlung wahr. Aktuelle Zahlen für 2020 und 2021 liegen noch nicht vor, jedoch ist davon auszugehen, dass im Zuge der Pandemie, und damit verbundenen vereinfachten Zugängen zur Substitution, die Zahl der SubstitutionspatientInnen zugenommen hat (vgl. Werse & Klaus, 2020). Im europäischen Vergleich liegt die Substitutionsrate in Deutschland deutlich hinter Ländern wie Finnland oder den Niederlanden. In Szenebefragungen äußerten knapp 80% der akut konsumierenden OpioidnutzerInnen, bereits einmal in ihrem Leben substituiert worden zu sein (vgl. Martens et al., 2019). Warum sie nicht in der Substitution gehalten werden konnten und rückfällig wurden, ist in diesem Kontext nicht erfragt worden.

Seit 2002 gibt es eine Meldepflicht Substituierter. Damit soll eine Doppelversorgung vermieden werden und die Überprüfbarkeit der Betäubungsmittelverschreibung gewährleistet sein. Zum Zeitpunkt der Anmeldung waren deutschlandweit 46.000 PatientInnen gemeldet. Nach einem steilen Anstieg der Zahlen in den ersten Jahren pendelte sich die Zahl der Substituierten ab 2010 zwischen 70.000 und 80.000 ein. Bei der letzten Zählung in 2019 waren 79.700 PatientInnen in der Substitution gemeldet (vgl. Bundesopiumstelle, 2020).

Im Folgenden wird der historische Verlauf der Substitutionsbehandlung in Deutschland erläutert. Damit ein abweichendes Verhalten überhaupt einer Behandlung zugeordnet werden kann, muss es als Krankheit anerkannt sein. Für die Sucht erfolgte dies in Deutschland im Jahr 1968 (vgl. fdr, 2012). In anderen europäischen Ländern und Nordamerika wurden bereits früh Studien zur Substitutionsbehandlung gemacht und diese Therapieform als wirksam erkannt (vgl. SAMHSA, 2005). Der Deutsche Bundestag (1975) äußerte sich damals dahingehend noch folgendermaßen:

„Nach dem gegenwärtigen Stand zeigt die Substitutionsbehandlung keine wesentlichen Erfolge; sie enthält aber große Gefahren, daher ist sie nicht zu vertreten“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 271).

Mit fortlaufender Zeit fanden dennoch auch in Deutschland Studien zur Substitution statt, die positive Ergebnisse liefern konnten. 1988 begann das Modellprojekt „Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei i V. Opiatabhängigen“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (vgl. May et al., 1990).

Die positiven Ergebnisse trugen dazu bei, dass die Substitutionsbehandlungen 1991 als vertragsärztliche Leistung auch in Deutschland anerkannt wurde (BArbBl, Urteil vom 31.01.1991, Nr. 2/91). Die heute noch maßgeblich geltenden Regelungen zur Substitution entspringen einerseits der 1998 verabschiedeten Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, kurz BtMVV, (BGBl. 20.01.1998, I S. 74, 80) und andererseits den Substitutionsrichtlinien der Bundesärztekammer, die 2017 in Kraft traten. Beide Verordnungen werden laufend durch neue Wissensstände aktualisiert und den Bedingungen der Substitutionspraxis angepasst.

Substitutionsgestützte Behandlung verläuft in Deutschland vorrangig mit Methadon (31%), Levomethadon (35%) und Buprenorphin (23%) (vgl. Bundesopiumstelle, 2020). Methadon und Buprenorphin stehen auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel (WHO, 2007). Weitere verwendete Substanzen sind Morphin (1,5%), Diamorphin (1,1%), Dihydrocodein (0,1%) und Codein (0,1%) (vgl. Bundesopiumstelle, 2020). Auf die Pharmakologie dieser Substanzen wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da es für den Verlauf dieser Arbeit keine Relevanz darstellt.

Eine der neueren Substanzen, die für die Substitution zugelassen wurde, ist Diamorphin. Die Zulassung beruht auf den Ergebnissen der sogenannten Heroinstudie, die in gemeinsamer Initiative des BMG, verschiedener Länder und Städte Deutschlands sowie der Bundesärztekam-

mer von 2001 bis 2007 durchgeführt wurde (vgl. Verthein et al., 2008).

Diamorphin ist reines Heroin, welches unter strengen Auflagen innerhalb einer medizinischen Einrichtung täglich ein bis drei Mal intravenös injiziert wird. Besonders die Gruppe der Schwerstabhängigen profitiert laut Studienergebnissen von der Diamorphin-Behandlung gegenüber der herkömmlichen Substitutionsbehandlung. Seit der Verabschiedung des Gesetzes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in 2009 wird deutschlandweit in 12 Städten, an 13 Stellen Diamorphin für die Substitution bestimmter PatientInnen verwendet (vgl. Zsolnai, 2021).

Seit 2018 ist zudem ein weiteres Präparat und damit eine weitere Verabreichungsform zur Substitution in Deutschland zugelassen (vgl. EMA, 2018). Buvidal, welches den Wirkstoff Buprenorphin beinhaltet, ist ein sogenanntes Depotpräparat. Es wird als Injektion zunächst wöchentlich, später monatlich unter die Haut der PatientInnen gespritzt. Buvidal ist mit anderen Substitutionspräparaten vergleichbar bzw. teilweise wirksamer als diese (vgl. Lofwall et al., 2018). Voraussichtlich werden noch weitere Buprenorphinformulierungen in Deutschland zugelassen, welche eine Wirkzeit von bis zu 6 Monaten aufweisen (vgl. Soyka & Pogarell, 2019). Die besondere Einnahmeform bietet neue Perspektiven und Entlastungen für die Behandlung Opioidabhängiger.

Die Mehrzahl der Substituierten in Deutschland nimmt das Substitut auf oralem Wege, als Lösung oder Tablette, ein. Zu Beginn der Behandlung ist eine tägliche Einnahme unter medizinischer Aufsicht notwendig, damit die richtige Dosis ermittelt werden kann. Je nach vorangegangenen Opioidkonsum ist die Toleranz der PatientInnen unterschiedlich hoch und muss genauestens beobachtet werden, damit die Dosis so weit ausreicht, dass keine Entzugssymptome auftreten und andererseits keine Überdosis erreicht wird. Kann eine teilweise Stabilisierung der PatientInnen erreicht werden, erfolgt die Einnahme in der Apotheke. Auch hier wird das Substitut unter Sicht eingenommen. Eine stabile Substitutionsbehandlung liegt dann vor, wenn Arztkontakte eingehalten werden, die Einstellung auf das Substitut abgeschlossen ist, Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeschlossen sind, kein Beikonsum anderer Drogen stattfindet, Vereinbarungen eingehalten werden und psychosoziale Stabilisierung erfolgt ist. Sind diese Aspekte erfüllt, kann eine sogenannte „Take-home“ Verordnung des Substituts greifen. Dabei werden ein Rezept für bis zu vier Wochen ausgestellt und die Medikamente täglich zu Hause eingenommen (vgl. Wittchen et al., 2011).

Auch PatientInnen, die dauerhaft keine Stabilisierung in ihrem Konsum und anderen Berei-

chen erreichen, können in der Substitutionsbehandlung verbleiben. Erfolgsindikator ist nämlich nicht ausschließlich das zeitnahe Erreichen einer Abstinenz (vgl. fdr, 2012). Folgende Ziele sind durch die Bundesärztekammer festgelegt worden, die die Substitution verfolgt:

1. Sicherstellung des Überlebens, 2. Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes, 3. Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen, 4. Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden, 5. Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide, 6. Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel, 7. Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden, 8. Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt, 9. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, 10. Reduktion der Straffälligkeit sowie Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben (vgl. Bundesärztekammer, 2017).

Substitution ist besonders deshalb wirksam, da sie eine Therapietreue kreiert. PatientInnen erhalten Behandlung, die zumeist niedrigschwellig verfügbar ist und direkte Veränderungen mit sich bringt. PatientInnen nehmen mitunter jahrelang Substitution wahr und stehen daher in einem engen Verhältnis zum medizinischen Hilfesystem. Die chemische Wirkung des Substituts verhindert, zumindest in Bezug auf Opioide, ein Craving nach der Substanz, wodurch der Konsum deutlich minimiert wird. Dadurch fällt auch ein großer Teil der Beschaffung und Beschaffungskriminalität weg, was wiederum zu weniger justiziellen Problematiken führt und Raum für die Bearbeitung anderer Angelegenheiten zulässt. Die generelle Distanzierung von Illegalität durch legal verschriebene Medikamente fördert die Reintegration in die Gesellschaft. Der verringerte Konsum reduziert außerdem das Infektionsrisiko, welches durch intravenösen Drogenkonsum entsteht (vgl. Wittchen et al., 2011).

2.3.2 Beratung und Betreuung

Wie bereits im vorangehenden Abschnitt erläutert, ist in der Suchttherapie die medikamentöse Versorgung, wie zum Beispiel die Substitution, ein großer Wirkfaktor und daher weit verbreitet. Diese Intervention zielt vorerst sehr eindimensional auf die Überwindung der Sucht ab. Da sich Sucht jedoch in einem mehrdimensionalen Ursachen- und Wirkungsgefüge verorten lässt, bedarf es einer Orientierung an mehr als einer Dimension. Auch die Richtlinien zur Substitution halten fest, dass die medikamentöse Therapie in ein umfassendes Therapiekonzept eingebunden sein muss (vgl. G-BA, 2013). „Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel [stellt] keine geeignete Behandlungsmethode dar“ (vgl. Pöhlke et al.; 2020).

Auch eine Begegnung der Abhängigkeit auf psychotherapeutischer Ebene, ob ausschließlich oder neben der Substitution, ist für viele Abhängige vorerst kaum eine Möglichkeit der Überwindung ihrer Sucht. Gestalt- und verhaltenstherapeutische Interventionen lassen sich oftmals nicht in die Lebenswelten der Abhängigen übertragen und berücksichtigen keine strukturellen Hürden der Bewältigung, wie Arbeitslosigkeit, Armut, Marginalisierung und Ausgrenzung (vgl. Deloie, 2015). Um ein umfassendes Therapiekonzept zu erstellen, müssen medizinische BehandlerInnen also bedarfsgerechte Hilfen mit einbeziehen. Die immer weiter steigende PatientInnen-Zahl pro BehandlerIn (vgl. Bundesopiumstelle, 2020) bietet jedoch nur noch Platz für eine medikamentöse Einstellung. Andere Themenbereiche werden nicht im Rahmen der medizinischen Versorgung abgedeckt und müssen ausgelagert werden. Auch die Kampagne der deutschen Aidshilfe „100 000 Substituierte bis 2022“ fordert eine bessere Vernetzung der Akteure, so dass mehr PatientInnen die Substitution wahrnehmen können. ÄrztInnen seien demnach dazu aufgerufen, vereinfachte Abgaben, wie „take-home“, Langzeitpräparate und wohnortnahe Einnahmen dauerhaft zu etablieren, damit quantitativ mehr PatientInnen den Kontakt zur ÄrztIn aufnehmen können. Die psychosoziale Versorgung müsse durch andere Akteure gewährleistet werden, damit ein integrierter suchttherapeutischer Hilfe- und Behandlungsplan aufgestellt und bearbeitet werden kann.

Für viele KonsumentInnen, Abhängige und anderweitig Betroffene sind die deutschlandweit circa 1300 Suchtberatungsstellen (vgl. Leune, 2014) erste Anlaufpunkte im Suchthilfesystem. In vielen Fällen erreichen Betroffene die Beratungsstellen noch vor der medizinischen Behandlung und jene wird dort erst initiiert. Sucht- und Drogenberatungsstellen sind grundsätzlich als Orientierungspunkt im äußerst heterogen strukturierten und konzeptionierten Suchthilfesystem zu verstehen. Ihre Aufgaben und Tätigkeiten variieren je nach regionalen Anforderungen und Bedingungen. Dennoch versuchen sie dem kaum zu überblickenden komplexen System von Sucht, welches unterschiedlichste individuelle Belastungen mit sich bringt, entgegenzutreten (vgl. Deimel & Stöver, 2015). Vorrangig bieten diese Stellen Information und Beratung für KonsumentInnen und anderweitig Betroffene und übernehmen Betreuungen und ambulante Therapien. Außerdem vermitteln sie an weiterführende Hilfsangebote sowie in Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen. Auch die Klärung der Kostenübernahme, Nachsorge sowie psychosozialen Betreuung von Substituierten gehören zum möglichen Angebotspektrum. Eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren ist dabei ein wichtiges Instrument. Die Trägerschaft der Suchtberatungsstellen liegt zu 91% bei der Freien Wohlfahrt (vgl. Tossman

& Leuschner, 2021).

Die genaue Anzahl an Personen, die direkt von einer Suchterkrankung, einschließlich Verhaltenssüchten, betroffen sind, kann nur schwer bestimmt werden, da viele Süchte in Koexistenz auftreten. Es gibt jedoch Anhaltspunkte, dass circa zehn Millionen Menschen indirekt von einer Suchterkrankung betroffen sind (vgl. Berndt et al., 2017). Von dieser Personenzahl wird durch die allgemeine Suchthilfe nur ein einstelliger Prozentsatz erreicht (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018). Zu beachten dabei ist, dass der „verengte Blick auf das „Suchthilfesystem“ die Versorgungssituation nur unzureichend erfasst“ (DHS, 2019, S. 6). Dies soll heißen, dass viele Betroffene keinen Zugang zu den so verstandenen suchtspezifischen Hilfen aufnehmen können oder auch wollen. Sie finden individuelle Wege mit der Abhängigkeit klarzukommen, liefern sich ihr aus oder erhalten Hilfen, die nicht Sucht bezogen ausgerichtet sind. Die Versorgung findet also auch außerhalb der spezialisierten Angebote im professionellen Sozial- und Gesundheitswesen in Angebote wie der Schuldnerberatung, Erziehungs- und Familienberatung, Bewährungshilfe, Wohnungsnotfall- und Wohnungslosenhilfen oder im Sozialpsychiatrische Dienst statt (vgl. DHS, 2019). Auch die Versorgung durch medizinisches Personal ist nicht außer Acht zu lassen. Denkbar sind außerdem Hilfsstrukturen im privaten Umfeld und der Szene selbst. Die angebotenen Strukturen der professionellen Suchthilfe erreichen also nicht alle Betroffenen durch bedarfsgerechte Hilfe.

Die spezifische Versorgung von OpioidkonsumentInnen sieht anders aus. Von den insgesamt circa 166 000 KonsumentInnen in 2016 wurde etwas weniger als die Hälfte der Personen (78 500) substituiert und hatte somit Anbindung an die medizinische Suchthilfe (vgl. Bundesopiumstelle, 2017). Weitere knapp 40% waren an anderen Stellen in der Suchthilfe, wie bei Konsumzubehör- und Essensausgaben oder Übernachtungsstätten, angebunden. Die Schätzungen gehen von einer Dunkelziffer von etwa 10% aus, die sich nicht in der professionellen Suchthilfe bewegen (vgl. Kraus et al., 2019). Hier ist erneut anzumerken, dass die Stigmatisierung der Betroffenen und die Illegalität der Droge eine konkrete Zählung erschweren. Es ist also davon auszugehen, dass weit mehr Menschen Opiode in einem schädlichen Maße konsumieren.

Trotz der hier aufgeführten hohen Erreichungsquote durch die allgemeine Suchthilfe bleiben dennoch viele Opioidabhängige in Bezug auf psychosoziale Angebote unerreicht. Eindeutige Zahlen gibt es dazu nicht, jedoch ist zum Beispiel bei den Personen in Substitution nur circa die Hälfte in psychosozialen Angeboten angebunden (vgl. Trillmich & Cuypers, 2020; DHS, 2019). Trotzdem ist diese Form der Betreuung damit die zweithäufigste Maßnahme, welche im Rahmen ambulanter Suchtberatung und -betreuung wahrgenommen wird (vgl. Dauber et

al., 2019). Innerhalb der Suchtberatungsstellen machen die psychosozialen Angebote für Substituierte circa 10% der Maßnahmen aus (vgl. Tossmann & Leuschner, 2021).

Dass eine psychosoziale Betreuung, besonders für OpioidkonsumtInnen in der Substitution, wichtig und erforderlich ist, wurde bereits zu Beginn dieses Abschnitts erklärt. Sie zielt darauf ab, die PatientInnen in ihrer Entwicklung und Stabilisierung von materiellen, sozialen und psychischen Aspekten zu unterstützen (vgl. Poehlke et al., 2020). Diese Unterstützung findet einerseits mit Ausrichtung auf unmittelbar existierende Problemlagen und prekäre Verhältnisse statt; andererseits setzt sie auch dort an, wo Betroffene durch ehemalige Belastungen weiterhin beeinträchtigt sind. In Anlehnung an die bereits erläuterte Lebenswelt Konsumierender sind dies beispielsweise gesundheitliche und/oder psychische Probleme, familiäre Konflikte, Schulden, fehlende Ressourcen, Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen sowie Defizite in Problembewältigungskompetenzen.

Ein Auffangen und Bearbeiten dieser Aspekte soll die psychosoziale Reintegration sowie die Herstellung gesellschaftlicher Teilhabe ermöglichen (vgl. Deimel, 2017). Innerhalb der KlientInnengruppe wird außerdem das Ziel „das Leben besser in den Griff zu bekommen“ formuliert (vgl. RKI, 2015).

Der Begriff psychosoziale Betreuung dient dabei als Oberbegriff für Maßnahmen und Angebote, die soziale Aspekte im Kontext psychiatrischer Versorgung adressieren. Andere Bezeichnungen sind beispielsweise psychosoziale Begleitung oder Behandlung sowie Soziotherapie. Die Verwendung des Begriffs PSB wird in dieser Arbeit stellvertretend für alle psychosozialen Hilfen für Substituierte verwendet. Alle Angebote in dieser Hilfeform wirken im Gesamtbehandlungskonzept suchttherapeutischer Maßnahmen und bieten vielfältige psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen an. Es besteht kein Zusammenhang mit der im BGB festgehaltenen rechtlichen Betreuung (vgl. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2011). Für die Substitution ergibt sich die rechtliche Grundlage aus der BtMVV, in der laut § 5 eine Substitutionsbehandlung auch erforderliche, psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen beinhalten soll.

Methodisch bedienen sich psychosoziale Hilfen psychosozialer Diagnostik, Einzelfallhilfe, Case- Management, Krisenintervention und Verlaufsevaluation. Dabei werden aktuelle Erkenntnisse aus der Suchtforschung und Suchttherapie berücksichtigt (vgl. Deimel, 2017). Durch eine Orientierung am Alltag der KlientInnen, werden gesellschaftliche Widersprüche und bio-psycho-soziale Schwierigkeiten sichtbar (vgl. Ningel, 2011; Thiersch, 2012).

Die inhaltliche Bearbeitung erfolgt nach einer individuellen Bedarfsermittlung. Für Deimel (2017) ergeben sich folgende relevante Bereiche innerhalb der PSB. Im Bereich Gesundheit &

Sucht werden psychiatrische und somatische Begleitkrankheiten erfasst und deren Behandlung adressiert. Es sollen Hilfe und Unterstützung bei Suchtfragen sowie der Reduktion des Beikonsums geleistet werden. Auch eine Vermittlung in weiterführende Behandlungsmaßnahmen, wie Entgiftungen und Rehas, ist unter diesem Punkt zu verstehen. Im Bereich Arbeit/Qualifizierung wird auf Möglichkeiten der Ausbildung, Vorbereitung auf Arbeit und Integration in diese hingewirkt. Nicht nur durch Berufstätigkeit wird im Bereich Finanzen eine Sicherung des Lebensunterhaltes verwirklicht. Auch Schuldnerberatung kann stattfinden. Juristische Angelegenheiten sowie die Vermeidung von Kriminalität werden unter dem Bereich Justiz bearbeitet. Im Bereich soziale Beziehungen werden Beziehungsfähigkeit, Konflikte, der Aufbau förderlicher Kontakte sowie Hilfen zur Erziehung adressiert und geleistet. Der Bereich Wohnen befasst sich mit der Sicherung vorhandenen Wohnraumes oder der Schaffung eines solchen. Die Unterstützung bei Behörden und anderen sozialen Angelegenheiten sowie der Aufbau sozialer Kompetenzen wird im Bereich Soziale Kompetenzen und Unterstützung adressiert. Als letztes wird im Bereich Freizeit die Schaffung einer Tagesstruktur und sinnhafter Freizeitgestaltung angenommen. Die genannten Bereiche und deren Inhalt variieren je nach Leitlinien und Angeboten der Träger von PSB.

Im Vergleich zu nicht drogenabhängigen Personen weisen Menschen in Substitution ein dreieinhalb Mal so hohes Risiko für psychosoziale Belastungen auf. Die größten Differenzen lassen sich in den Bereichen Sucht, Finanzen, Justiz, Wohnen und der soziokulturellen Situation ermitteln (vgl. Deimel, 2013). Daher sollte besonders auf diese Bereiche der Fokus der Betreuung gelegt werden. Die Arbeit mit KlientInnen erfordert dennoch eine ständige Reflektion und Anpassung auf das Individuum. So spielen biographische Ereignisse wie (sexuelle) Gewalt, Heimerfahrungen oder Suizidalität je nach Gegenüber eine unterschiedlich große Rolle. Auch das Ausmaß an sozialer Verelendung und Desintegration ist bei jeder KlientIn neu zu überschauen. Faktoren wie die Dauer der Drogenkarriere, Haftaufenthalte oder familiäre Bedingungen wirken sich auf die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe aus und müssen individuelle Beachtung erfahren, damit ein effizienter Hilfeplan erstellt werden kann (vgl. Poehlke et al., 2020). Die PSB kann dabei alternativ zu anderen Angeboten, ergänzend zu diesen oder konsekutiv erfolgen.

Die Infrastruktur der PSB im Rahmen von Substitution besteht hauptsächlich aus Kooperationsmodellen zwischen Drogenberatungsstellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens (vgl. Poehlke et al., 2020). Die genauen Ausführungen und auch Kostenträgerschaften sind dabei jedoch heterogen organisiert, da sie durch Kommunen und Bundesländer unterschiedlich erfüllt werden (vgl. Deimel & Stöver, 2015). Auch die letztendlichen Leistungserbringer

variieren. So führen beispielsweise in Haftanstalten oftmals die VollzugsbeamtInnen selbst, und nicht spezialisierte Fachkräfte der Suchthilfe, die Leistungen der PSB durch (vgl. Deimel, 2017).

Die Verfügbarkeit von PSB ist seitens der Kostenträger, also heterogen organisiert, sicherzustellen (vgl. Bundesärztekammer, 2017). Durch lokale Regelungen der Finanzierung, und dadurch bestimmte Inhalte und Ziele der ausgeführten PSB, ist die Erstellung landesweiter Standards erschwert (vgl. Resing et al., 2014). So existiert eine Fülle an Leitlinien und Positionspapieren unterschiedlichster Fachverbände, Bundesländer und Träger (vgl. Deimel & Stöver, 2015).

Ein bestehendes Finanzierungsmodell der PSB ist die Einordnung der Leistungen in die kommunale Eingliederungshilfe nach §§ 53/54 SGB XII. „Die Leistungsbeschreibung besagt, dass volljährige drogensubstituierte Menschen zum Personenkreis des § 53 SGB XII gehören“ (Drees et al., 2015), da sie in existentiellen Lebensbereichen und in der Eingliederungsfähigkeit in die Gesellschaft wesentlich beeinträchtigt seien und einen daraus resultierenden besonderen Hilfebedarf zeigten (VGH Kassel, Urteil vom 28.04.1992, FEVS 44 S, 92 ff.). Eine konkrete Auflistung der Maßnahmen zur Leistungserbringung existiert nicht, da das Individualprinzip beachtet wird. Hierbei richtet sich die Art, Form und das Ausmaß der Hilfe nach den individuellen Besonderheiten der HilfeempfängerInnen, deren Bedarf und den zugrunde liegenden Verhältnissen (vgl. Eichhorn & Fergen, 1998).

Eine weitere Finanzierungsgrundlage findet sich im Rahmen der Landes- und Kommunalzuwendungen an Einrichtungen der Drogenhilfe (vgl. fdr, 2005). Die sogenannte kommunale Daseinsvorsorge, ist „im heutigen Verständnis [...] zu einem Synonym für die Schaffung einer kommunalen Infrastruktur geworden, die für ihre Einwohner die erforderlichen sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen öffentlichen Einrichtungen bereitstellt.“ (Bürkle, 2015).

Die kommunale Daseinsvorsorge ist zwar in Art. 20 Abs. 1 GG verankert, wird jedoch durch die Gemeindeordnungen der Bundesländer jeweils konkretisiert. Damit bildet sie mit Perspektive auf Gesamtdeutschland eine heterogene Versorgungsgrundlage. Die aus der kommunalen Daseinsfürsorge entspringenden Leistung, also auch die der PSB, sind von den Bundesländern weitgehend freiwillig finanziert und somit nicht einklagbar (vgl. Bürkle, 2015).

Die GKV wird nach den BUB-Richtlinien von 2002 aus sämtlicher Finanzierungsverantwortung in Bezug auf PSB herausgenommen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2002).

Dies führt besonders bei der psychosozialen Begleitung der Diamorphinsubstitution zu Finanzierungsfragen, denn „diese Form psychosozialer Betreuung im Rahmen einer diamorphingestützten Substitutionsbehandlung zählt [...] nicht zu den Aufgaben der landesgeförderten PSB-Fachkräfte in Niedersachsen“ (Trillmich & Cuypers, 2020, S.4).

Eine psychosoziale Betreuungsmaßnahme ist seit der Novellierung des BtMVV in 2017 nicht mehr im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gesetzlich obligatorisch, wird dennoch weiterhin empfohlen (vgl. Kunstmann et al., 2017).

Diese Änderung resultierte auch daraus, dass eine Sicherstellung der psychosozialen Betreuung nicht flächendeckend erreicht werden konnte und daher SubstitutionsärztInnen bei fehlender PSB auch keine Substitution durchführen konnten. In der Ärzteschaft sank (und sinkt weiterhin) die Motivation, SubstitutionspatientInnen aufzunehmen, da einerseits die “Pflicht-PSB” als unüberwindbare Hürde gesehen wurde und andererseits der Anteil schwerkranker Opioidabhängiger weiter wächst und damit herausfordernde Behandlungsverläufe mit sich bringt (vgl. Wittchen et al., 2004).

An den Stellen, wo weiterhin PSB-Angebote stattfinden, zeigen mehr und mehr KlientInnen großen Hilfebedarf und eine hohe Kontakthäufigkeit (vgl. Dauber et al., 2019). Obwohl die Gesamtzahl der SubstitutionspatientInnen nur langsam steigt (vgl. Bundesopiumstelle, 2020), nimmt die Anzahl der Kontakte im Rahmen der PSB deutlich zu. Dafür verantwortlich ist vor allem der erhöhte Bedarf einzelner Substituierter, die intensiverer und aufwendigerer Betreuungen bedürfen (vgl. Trillmich & Cuypers, 2020; AWO, 2019). Auch die Zahl der Erstbetreuungen nimmt deutschlandweit zu. So wurde von 2017 bis 2019 im Bereich der Erstbetreuungen von opioidbezogenen Störungen ein Zuwachs von fast 17% verzeichnet (vgl. Dauber et al., 2019). Neuaufnahmen zeigen fast 17 Jahre zwischen Störungsbeginn und Betreuungsbeginn (vgl. ebd.). Eine Anbindung an das System findet also erst bei weit fortgeschrittener Sucht und vermutlich verfestigten Problemlagen statt. Nachdem Hilfebedürftige in der Betreuung angegliedert sind, verbleiben sie, im Gegensatz zu KonsumentInnen anderer Substanzen, am längsten in der Betreuung (vgl. ebd.). Grund dafür ist unter anderem auch der lange Verbleib in der Substitutionsbehandlung. Die größte Gruppe der PatientInnen war hier länger als fünf Jahre in Behandlung. Dementsprechend ist auch die Dauer der Betreuungen in der PSB oftmals fünf Jahre und länger (vgl. Trillmich & Cuypers, 2020). Damit ist die PSB ein “kontinuierlicher Prozess aufgrund einer spezifischen Beziehung zwischen Betreuer/in und Klient/in“ (fdr, 2012, S. 3). Neben den Personen, die lange in der Hilfe verbleiben, zeigt sich

aber auch deutlich, dass die Aufrechterhaltung der Betreuungen erschwert ist. Nahezu die Hälfte der ambulanten Betreuungen werden laut Dauber und KollegInnen (2019) nicht planmäßig beendet.

Laut von Beobachtungen der allgemeinen Suchtberatungsstellen würden immer mehr OpioidkonsumentInnen in die vermeintlich niedrigschwellige Substitution wechseln und die Betreuungen in den Beratungsstellen nicht mehr wahrnehmen (vgl. Koch, 2020). Ob diese Gruppe alternative psychosoziale Betreuungen in Anspruch nimmt oder sich gänzlich diesen entzieht, ist nicht geklärt.

Auch Aussagen zur Effektivität und Wirkung von PSB lassen sich nur schwer treffen. Zwar gibt es auch für Deutschland Forschungen zur Wirksamkeit (vgl. Kuhn et al., 2007; Deimel, 2013), jedoch konnte dabei in erster Linie nur festgestellt werden, dass diese Maßnahmen überhaupt zu geringeren Belastungen der Teilnehmenden führten. Eine genau Abbildung der Wirksamkeit oder Effektivität lässt sich jedoch nicht treffen, da limitierte Probandenzahlen in den Studien, unterschiedliche Interessen der Finanzmittelgeber von PSB-Stellen und verschiedene Versorgungsnetze in den bestimmten Bundesländern und Kommunen keine vergleichbaren Strukturen zulassen.

Die Grundlagen der Versorgung von opiatabhängigen Personen sind im vorangehenden Teil beleuchtet worden. Es zeigt sich, dass KonsumentInnen in komplexen Problemlagen oftmals über lange Zeiträume verweilen (vgl. Dauber et al., 2019) und ihre Situation im Vergleich zu KonsumentInnen anderer Drogen häufiger problematische Züge in sozialen, beruflichen, finanziellen und gesundheitlichen Belangen annimmt (vgl. Deimel, 2013).

Angebote, die auf eine psychosoziale Stabilisierung ausgerichtet sind, werden im Bereich der Substituierten nur von circa der Hälfte der Personen in Anspruch genommen (vgl. DHS, 2019). Somit wird deutlich, dass das bestehende Versorgungssystem den Bedarf der zu Erreichenden nicht decken kann und viele Personen mit Hilfebedarf unerreicht bleiben.

Im Weiteren soll geklärt werden, welche Barrieren im Versorgungssystem herrschen, die den Zugang zu psychosozialen Hilfen und die Aufrechterhaltung von eben diesen erschweren.

3. Überlegungen zur unzureichenden Betreuung

Die bereits erläuterten heterogenen Versorgungs- und Finanzierungsbedingungen sind nur zwei der Faktoren, die bei der lückenhaften Versorgung eine Rolle spielen und ein flächendeckendes und effizientes Hilfesystem erschweren.

Um für die einzelnen Bundesländern das Versorgungsnetz und dessen Erreichungsquote von PSB für Substituierte zu ermitteln, bedarf es zunächst Daten der Bundesländer bezüglich stattfindender PSB-Betreuungen. Jedoch gibt es keine offizielle Zählung der Betreuten, weder für die Bundesländer noch deutschlandweit. Einziger Anhaltspunkt ist die Schätzung der DHS (2019), dass circa 50% der Substituierten PSB wahrnehmen. Aufschluss über die Anzahl der PSB-Stellen und deren geographische Lage ist zudem erschwert und muss durch aufwändige Recherche gesammelt werden, da keine Pflicht zur Meldung von PSB-Betreuungen besteht.

Auf eine Anfrage bei den zuständigen Landesstellen für Suchtfragen konnten von den 16 Bundesländern Daten bezüglich der PSB für 9 Länder gesammelt werden. Diese Daten sind leider nicht miteinander vergleichbar, da die Bundesländer uneinheitliche Berichte liefern.

Beispielhaft werden einige Daten der Bundesländer aufgeführt, um einen Überblick der Versorgung zu ermöglichen.

In Hessen werden im Rahmen der Landesauswertung der ambulanten Suchthilfe die Zahlen medikamentengestützter Behandlung festgehalten. Laut Bericht sind damit die Psychosozialen Betreuungen gemeint (vgl. Neumann-Runde et al., 2019). Im Jahr 2018 nahmen demnach 70% der OpioidkonsumentInnen, die in irgendeiner Form ambulante Betreuung erhielten, PSB in Anspruch. Jedoch bleibt unklar, inwiefern sich diese Zahlen wirklich auf PSB im Rahmen von Substitution beziehen oder doch auf medikamentöse Substitution allein.

In Schleswig-Holstein werden die Gesamtfallzahlen der PSB nicht erfasst und sind daher unbekannt. Jedoch lässt sich durch den Suchtkrankenhilfeführer der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein (2020) eine Liste der Beratungsstellen aufrufen, die angeben, PSB anzubieten. Dabei zeigt sich, dass die Verteilung der Beratungsstellen ausschließlich in Kiel, Quickborn und entlang der Ostseeküste bzw. Ostgrenze zu Mecklenburg-Vorpommern verläuft. Der gesamte Norden und Westen Schleswig-Holsteins besitzt nach dieser Auflistung keine PSB-Versorgung (vgl. Abbildung 1.1). Durch weitere Recherche zeigt sich eine zusätzliche Beratungsstelle in Flensburg. Als PSB noch gesetzlich an die Substitutionsbehandlung gebunden war, zeigte Schleswig-Holstein einen Betreuungsschlüssel von 1:300, während von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ein Betreuungsschlüssel zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen von 1:20 empfohlen wurde (vgl. Flindt et al., 2011). Da die Zahl der SubstitutionspatientInnen bis zur letzten Zählung 2019 nur leicht angestiegen ist (vgl. Bun-

desopiumstelle, 2020) und die Betreuungspflicht 2017 aufgelöst wurde (vgl. Kunstmann et al., 2019), ist davon auszugehen, dass die Versorgung mit psychosozialer Betreuung nicht weiter ausgebaut wurde. Im deutschlandweiten Vergleich zeigt sich in Schleswig-Holstein eine hohe Zahl von Menschen, die die Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung von Opioiden haben (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018).

Im Saarland gibt es laut Landesstelle zwei Träger der PSB für Substituierte. In deren Jahresberichten von 2019 sind insgesamt 741 Substituierte in der PSB im gesamten Saarland angebunden (vgl. AWO, 2019; Caritas, 2019). Da die Gesamtzahl der Substituierten im Saarland 2019 jedoch nur bei 665 PatientInnen lag (vgl. Bundesopiumstelle, 2020), ist davon auszugehen, dass Doppelzählungen die hohe Anzahl der PSB zu verantworten hat. Nach den Angaben zum Stellenumfang von ca. 3,7 Stellen für die gesamte PSB im Saarland (vgl. AWO, 2019; Caritas, 2019) liegt der Betreuungsschlüssel bei 1:200.

In Niedersachsen werden von den insgesamt 7806 Substituierten (vgl. Bundesopiumstelle, 2020) 61% in der PSB betreut (vgl. Trillmich & Cuypers, 2020).

In Sachsen werden insgesamt 479 KlientInnen in der PSB betreut. Dabei gibt es eine deutliche Konzentrierung auf die Stadt Leipzig, wo 71% der Betreuungen stattfinden (vgl. Rilke, 2020). Durch Recherche der Drogenberatungsstellen in Sachsen (vgl. Rilke, 2020), lassen sich weitere PSB-Betreuungsangebote in Dresden, Chemnitz und Reichenbach finden. Mancherorts müssen bis zu 120 Kilometer zurück gelegt werden um eine Beratungsstelle zu erreichen. 1082 Personen befanden sich 2019 in Substitutionsbehandlung (vgl. Bundesopiumstelle, 2020). Somit wurden 44,3% durch die vorhandene PSB erreicht. 2017 waren es laut Sächsischem Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2019) noch 56 % der Substituierten, die Betreuung erhielten. In Sachsen ist die Gesamtzahl der allgemeinen Suchtberatungen im Bereich Opioidkonsum in den letzten Jahren stabil. Ein Anstieg und eine deutlich höhere Zahl der Betreuungen lassen sich im Bereich Crystal-Problematik verzeichnen. Die Fallzahlen der Beratungen in Sachsen liegen dabei viermal so hoch wie für Opioiden (vgl. Rilke, 2020). Auch auf Grundlage dieser Daten sieht das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2019) keinen akuten Handlungsbedarf bezüglich der Opioidproblematik. Auch der Blick auf die Diagnosezählungen der Krankenhäuser bestätigt diese Einschätzung. Zumindest im Rahmen von Krankenhausbehandlungen sind in Sachsen pro 100000 Einwohnern im Vergleich zu den anderen Bundesländern die wenigsten OpioidkonsumentInnen verzeichnet (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018). Trotz Rückmeldung der Landesstelle für Suchtfragen in Mecklenburg-Vorpommern konnten keine offiziellen Daten über PSB-Einrichtungen und KlientInnen in Mecklenburg-Vorpommern gewon-

nen werden. Durch eine Einrichtungssuche konnten sieben Einrichtungen ausfindig gemacht werden, die angeben PSB anzubieten (vgl. Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V., 2020). Leider wurden auch hier keine Kontaktzahlen ermittelt. Es kann lediglich festgestellt werden, dass die geografische Lage der Betreuungsstellen nicht Mecklenburg-Vorpommern abdeckt, da der gesamte Westen nur durch Schwerin versorgt wird und der Süden und Osten gar keine Betreuungsstellen haben (vgl. Abbildung 1.2). Die geringe Zahl der SubstitutionspatientInnen in M-V, 275 in 2019 (vgl. Bundesopiumstelle, 2020), lässt darauf schließen, dass der Betreuungsschlüssel geringer ist als in den anderen Bundesländern. Auch in NRW gibt es keine offizielle Zählung der PSB anbietenden Beratungsstellen und der dort erreichten KlientInnen. In der Suchthilfedatenbank (vgl. Suchtkooperation NRW, 2020) geben 121 Stellen an, PSB durchzuführen. Die SubstitutionspatientInnen-Anzahl in NRW lag 2019 bei 25 765 PatientInnen, die an 756 Stellen substituiert wurden (vgl. Bundesopiumstelle, 2020). In Baden-Württemberg wurden 2019 10 257 PatientInnen substituiert (vgl. ebd.). Laut der Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg (2020) bieten 125 Stellen PSB an. Diese Zahl zeigt die höchste Dichte an Anlaufstellen in Deutschland.

Für Hamburg lassen sich 13 Stellen ermitteln, die PSB anbieten (vgl. Sucht.Hamburg, 2020). Diese versorgten 2019 3 952 SubstitutionspatientInnen von 92 ÄrztInnen (vgl. Bundesopiumstelle, 2020). In Hamburg findet die Substitution und PSB-Betreuung hauptsächlich in Suchtambulanzen statt. Hier ist eine Versorgung der PatientInnen durch ein multiprofessionelles Team an einem Ort gewährleistet.

Die Daten aus den Bundesländern weisen auf Probleme in der Versorgungsstruktur hin. Die bereits genannten und im Folgenden angesprochenen Lücken und Hürden bei der PSB-Versorgung sind nicht vollständig und allumfassend, vermitteln jedoch einen Eindruck der Situation.

Zunächst zeichnet sich deutlich ab, dass die Versorgung der ländlichen Regionen nicht ausreichend ausgebaut ist. Am Beispiel des Saarlands lässt sich dieses noch einmal verdeutlichen:

Die beiden Landkreise Saarlouis und Merzig-Wadern im Saarland werden nur durch eine PSB-Sprechstunde in Bous versorgt, die lediglich als teilzeit-besetzte Außenstelle dient. Hier findet alle zwei Wochen an drei Vormittagen PSB statt (vgl. AWO, 2019). Das Einzugsgebiet der Sprechstunde geht bis an die über 50 Kilometer entfernte luxemburgische Grenze. Eine Anreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln dauert von hier aus 3 Stunden. „Relevant ist die Tatsache, dass ein Großteil unserer Klient*innen außerhalb des Regionalverbandes Saarbrü-

cken lebt, wodurch die begleitende Arbeit mit erheblichem Zeitaufwand verbunden ist [...]. Aus unserer Sicht kann gesagt werden, dass der PSB-Bedarf [der ländlichen Regionen] in hohem Maße vorhanden ist. Daher ist es wichtig sich zeitnah nach einem alternativen Beratungsangebot für die Klient*innen umzuschauen“ (vgl. AWO, 2019, S. 7 ff.). Es wird deutlich, dass die derzeitige Situation dem Versorgungsbedarf nicht gerecht wird und eine logistische Hürde auf Seiten aller Beteiligten darstellt. Es müssen Räumlichkeiten für Außenstellen geboten werden und die MitarbeiterInnen nehmen zusätzliche Wege auf sich. Und trotzdem ist damit nicht sichergestellt, dass alle KlientInnen von den Außenstellen profitieren. Dazu schreibt die AWO Saarland: „Dadurch, dass viele Klient*innen mit minderjährigen Kindern im Landkreis Saarlouis und Merzig-Wadern wohnen, stellen die Hausbesuche [...] einen enormen zeitlichen Aufwand dar“ (vgl. AWO, 2019, S.12). Dies führt zu einer weiteren Hürde in der stattfindenden Versorgung. Selbst wenn Beratungsstellen in ländlicher Region installiert sind, können dennoch nicht alle durch diese erreicht werden. Besonders zeigt sich das an dem bereits erläuterten Umstand, dass auch suchtkranke Menschen durch den demografischen Wandel und bessere medizinische Versorgung höhere Lebensalter erreichen. Die Tendenz einer alternden Kohorte nimmt zu (vgl. Karachaliou et al., 2020), in der immer mehr KlientInnen über 50 Jahren alt sind (vgl. Caritas, 2019, Trillmich & Cuypers, 2020). Oftmals bleiben sie dann jedoch immobil zurück (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018). Ein Besuch der Beratungsstellen ist für viele alte und schwerkranke KlientInnen nicht mehr möglich. Die Substitutionsvergabe kann durch Sonderregelungen auch zu Hause, in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern sichergestellt werden. Die PSB ist weiterhin auf persönliche Kontakte vor Ort angewiesen. Konzepte für die psychosoziale Begleitung älterer Suchtkranker existieren kaum. Eines der wenigen Beispiele ist das Projekt DAWO des Vereins zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e.V. in Unna. In „herkömmlichen“ Altenheimen und Pflegeeinrichtungen fehlen diese bislang und immobile Opioidabhängige erhalten keine bedarfsgerechten psychosozialen Angebote.

Neben langen Anfahrtswegen sind auch komplizierte und kurze Öffnungszeiten, wie im Beispiel des Saarlands, in vielen Beratungsstellen eine Hürde für KlientInnen (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018). Eine Vereinbarung mit Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung oder sonstigen Verpflichtungen ist auf zeitlicher Ebene erschwert.

Für die KlientInnen, die den Weg in Beratungsstellen vornehmen könnten, zeigen sich noch andere Barrieren. So wurde festgestellt, dass die Betreuung in fest installierten Stellen zu meist durch ein bis zwei Mitarbeitende sichergestellt wird. Diese starke limitierte Auswahl an Fachkräften kann zu Gründen führen, die eine Betreuung an dieser Stelle ausschließen. Dabei

spielen Antipathien, traumatische Erfahrungen mit einem bestimmten Geschlecht oder privater Kontakt zur BeraterIn eine Rolle.

Auch auf Seiten der Träger ist die Unterhaltung von Beratungsstellen kosten- und planungsintensiv. Besonders deutlich wird dies beim Thema bedarfsgerechter Betreuung für KlientInnen, die nicht die deutsche Sprache sprechen. Es zeigt sich, dass der Migrationsanteil in der Gruppe der Opioidkonsumierenden in Beratungsangeboten ansteigt. 2019 lag er bei 37,2% (vgl. Dauber et al., 2019). Viele der angebundenen Personen stammen aus Russland, Polen oder der Türkei (vgl. RKI, 2015). Aber auch die Flüchtlingsströme als Folge der Unruhen im Nahen Osten spiegeln sich in der Gruppe der Opioidkonsumierenden wider (vgl. Karachaliou et al., 2020). Die Hauptdiagnose von MigrantInnen ist im ambulanten Bereich der Suchthilfe fast doppelt so häufig Substanzgebrauchsstörung von Opioiden wie bei NichtmigrantInnen (vgl. Künzel et al., 2018). Das Alter des Erstkonsums ist später als bei NichtmigrantInnen, jedoch ist das Alter des Störungsbeginns bei NichtmigrantInnen und MigrantInnen gleich (vgl. ebd). Dies bedeutet, dass der Konsum schneller in eine Störung übergeht. Besonders geflüchtete OpioidkonsumentInnen stellen die Beratungsstellen vor Herausforderungen der Adressierung, Begegnung und Betreuungsdurchführung (vgl. Karachaliou et al., 2020). Eine migrationssensible Versorgung ist daher gerade im Bereich der Suchthilfe für OpioidkonsumentInnen nötig; adäquate Hilfsangebote müssen früh und effektiv greifen. Dies schließt ein breites Sprachangebot in der PSB mit ein. Die Besetzung der Beratungsstellen mit Fachkräften, die der Sprachvielfalt der KlientInnen entgegenkommt, ist daher unumgänglich. Derzeit fehlt es an flexibler Reaktion auf diese Umstände.

Die Inflexibilität des Finanzierungssystems zeigt sich an der Stelle der Gebietszugehörigkeiten. PSB-Stellen werden nach lokalen Zugehörigkeiten finanziert und sind damit beauftragt, KlientInnen aus eben diesen Regionen zu versorgen. Gerade an Bundesländer- und Kommunengrenzen kommt es daher dazu, dass die nächstgelegene PSB-Stelle nicht von der KlientIn in Anspruch genommen werden bzw. die Versorgung dort nicht abgerechnet werden kann.

Außerdem spielt der Wohnortwechsel eine Rolle in der Versorgung. Durch Umzüge, lange Aufenthalte fernab vom Wohnort oder andere Umstände, die den Aufenthaltsort bestimmen, kommt es dazu, dass KlientInnen nicht mehr in der PSB-Stelle betreut werden können, in der sie bis dato angebunden waren. Dies hat Einfluss auf die Betreuungsbeziehung und letztendlich die gesamte Qualität der Hilfe.

Auch Schließungen seitens der Beratungsstellen selbst, wie durch Krankheit oder im Zuge

der Hygienebestimmungen der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020, lassen KlientInnen ohne oder nur mit mangelhafter Betreuung zurück. Obwohl es noch keine offiziellen Zahlen für die Betreuungsintensität während der Schließungen im Frühjahr 2020 gibt, ist aufgrund der Einschränkungen mit einem Rückgang der intensiven Kontakte zu rechnen. Telefon- und Kurzkontakte haben den Hauptanteil der Arbeit ausgemacht. Doch besonders in globalen Krisensituationen, die für die Mehrzahl der KlientInnen auch starke individuelle Krisen mit sich bringen, ist eine adäquate und engmaschige Betreuung unerlässlich.

Außerdem gibt es Gruppen von Personen, die sich gar nicht erst durch das stattfindende Angebot ansprechen lassen. Eine Studie zur psychosozialen Betreuung Krebskranker weist darauf hin, dass besonders männliche Patienten das Angebot der Betreuung weniger häufig wahrnehmen als Frauen. Gründe dafür seien „mangelnde Information über die Existenz, die genauen Inhalte und den konkreten Nutzen, Vorbehalte gegen und falsche Vorstellungen von [Beratungsstellen]“ (Bayer et al., 2020). Diese Ergebnisse lassen sich auf die PSB übertragen, denn auch hier ist deutlich, dass bereits die Informationsgewinnung über Angebote erschwert ist. So bieten Internetseiten kaum verwendbare Informationen (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018). Viele der PSB-Beratungsstellen verlassen sich darauf, dass das medizinische Versorgungssystem eine Verweisung auf die PSB durchführt. ÄrztInnen käme „eine zentrale Rolle als Zuweiser“ zu (vgl. Bayer et al., 2020). Jedoch übernehmen jene nicht immer diese Aufgabe, besonders seitdem die PSB-Pflicht weggefallen ist. So werden nur 23,8% der KlientInnen durch ärztliche Praxen vermittelt (vgl. Dauber et al., 2019).

Neben dem oben genannten Phänomen, dass besonders Männer nicht in die PSB finden, ist bei allen Geschlechtern die Suche nach Anonymität und Diskretion zu registrieren. Besonders junge Menschen finden diese eher in neuen Medien statt in örtlich ansässigen Beratungsstellen. Ein Besuch in Beratungsstellen, vor allem in ländlichen Regionen, wo sich viele Bewohner untereinander kennen, ist immer noch mit Scham und Stigmatisierungsangst verbunden. Andererseits finden sich gerade in Städten Betreuungsangebote in unmittelbarer Nähe von Szenepunkten, womit ein Aufsuchen ersterer oftmals den Kontakt zur Szene mit sich bringt. Nicht für alle KlientInnen ist dies förderlich in der Stabilisierung.

Es zeigt sich, dass innerhalb der PSB-Hilfandschaft einige Faktoren auftreten, die eine bedarfsgerechte Versorgung erschweren. Unsicherheiten und Unklarheiten, besonders auf organisatorischer Ebene führen zu nicht bedarfsgerechten Angeboten und unerreichten Zielgruppen. Die DHS fasst dies wie folgt zusammen: „Erforderliche psychosoziale Maßnahmen werden häufig nur marginal und unzureichend angeboten und durchgeführt oder entsprechende Angebote fehlen völlig“ (DHS, 2019, S. 11).

4. Anforderungen an die psychosoziale Versorgung Substituierter

Ziel der Suchthilfe für Opioidabhängige ist laut WHO, dass psychosoziale Hilfen allen Betroffenen zugänglich sind und dabei mindestens die psychosoziale Bedarfserhebung, unterstützende Beratung und Vermittlung an Familien- und Sozialhilfen stattfinden. Im besten Fall sei eine Vielzahl strukturierter psychosozialer Interventionen bedarfsgerecht verfügbar. Beispiele für solche Maßnahmen seien verschiedenste Formen von Beratung und Psychotherapie sowie die Unterstützung bei sozialen Bedarfen wie Unterkunft, Beschäftigung, Bildung, Gesundheit und Justiz (vgl. WHO, 2009).

Um diese Versorgung zu erreichen, ist eine Kooperation unterschiedlicher Professionen und Institutionen unerlässlich. Die Verzahnung zentraler und dezentraler Strukturen muss dabei beachtet werden. Die Steuerungen dieser müssen so ausgerichtet sein, dass Kooperationen ermöglicht werden und nicht durch Konkurrenzangebote und -denken verhindert werden. Alle Beteiligten müssen dabei auf die aktuellen Lebensverhältnisse der KlientInnen reagieren und diese mit in das Hilfefkonzept einschließen (vgl. Poehlke et al., 2020). Nicht alle örtlich verfügbaren Bedingungen sind per se dazu geeignet. Auch lange Verbleibe im Hilfesystem bedürfen flexibler Reaktionen auf die Veränderung des Settings. Um daher Übergänge zwischen Einrichtungen und Versorgungspunkten effektiv zu gestalten, ist ein „möglichst nahtloser Informationsaustausch zwischen den beteiligten Institutionen“ (DHS, 2019, S. 58) mithilfe von IT-Strukturen und elektronischem Datenaustausch unerlässlich (vgl. DHS, 2019).

Moderne Suchthilfe, unter die auch die PSB fällt, erfüllt folgende Kriterien: Regionalität, Effektivität und Erfolg (vgl. fdr, 2005). Dabei spielen Niedrigschwelligkeit, Flexibilität gegenüber individuellen Bedarfen von Hilfesuchenden und explizite Angebote für bestimmte Gruppen eine wichtige Rolle (vgl. DHS, 1999).

Die Erreichbarkeit der Hilfen ist dabei grundlegend für Effektivität und damit auch die Erzielung von Erfolgen. Bereits in der Psychiatrie Enquete 1975 wurden psychosoziale Versorgungseinrichtungen in unterversorgten Gebieten gefordert (vgl. Deutscher Bundestag, 1975). Als erreichbare Nähe galt demnach eine Versorgung, die innerhalb einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufgesucht werden konnte (vgl. ebd.). Erreichbare Nähe wird aber auch durch barrierefreie Zugänge hergestellt, indem bei der Planung der Versorgungssystems Faktoren gefördert werden, die der Inanspruchnahme von Hilfe entgegenkommen (vgl. DHS, 2019). Die DHS nennt darunter beispielsweise den „Zugang zu Informationen über spezifische und allgemeine Angebote, u.a. über digitale Medien und Online-Angebote“ (DHS, 2019). Besonders mit Blick auf die Inanspruchnahme von Suchtberatung und -begleitung müssen solche „Brücken“ in die Suchthilfe ausgebaut werden (vgl. Tossman & Leuschner,

2021).

Die Betreuungsdichte und -intensität der PSB richtet sich nach den individuellen Bedarfen der Zielgruppe. Der Betreuungsschlüssel muss daher Flexibilität berücksichtigen. Der vom Fachverband Drogen- und Rauschmittel, kurz fdr (2005), empfohlene Schlüssel von maximal 1:25 sei dennoch, laut Stimmen aus der Praxis, zu hoch gegriffen (vgl. Gerlach, 2003). Als besondere Anforderung an die Hilfe stellt sich an dieser Stelle jedoch heraus, dass BetreuerIn und KlientIn flexibel miteinander „gematcht“ werden müssen, um gemeinsam effektiv zu wirken. Letztendlich ist somit nicht nur der Betreuungsschlüssel an sich wichtig, sondern die Auswahl und Verfügbarkeit der BetreuerIn.

Durch das Heranziehen von Daten und Dokumenten konnte auf einer abstrakt-allgemeinen Ebene erfasst werden, dass zwischen Angeboten und Anforderungen in der PSB kein vollendetes Passungsverhältnis herrscht. Neben regional limitierenden Strukturen, Barrieren in der Inanspruchnahme und dem Verbleib in der Betreuung sowie exkludierenden Faktoren des Angebots sind uneinheitliche organisatorische Prozesse für die derzeitige mangelhafte Versorgung heranzuziehen. Ein Bedarf nach Passung in diesen Bereichen wird durch die aufgezeigten Recherchen der Zielgruppe jedoch nur zugeschrieben. Allerdings zeigen sich auch selbst artikulierte Bedarfe Betroffener, die sich mit den gefundenen Informationen decken. So besteht der Wunsch nach schnellem und direktem Kontakt in komfortablem Setting, welches keine Wartezeiten aufzeigt und dessen Inanspruchnahme einfach gestaltet ist (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018). Die bis dato erworbenen Erkenntnisse zum Bedarf sind einer Angebotsentwicklung vorgelagert. Damit aus diesen Daten letztlich Angebote entwickelt werden können, ist eine Konkretisierung auf die PSB und deren Akteure notwendig. Im Folgenden wird außerdem der Fokus auf eine bestimmte Angebotsform, die Onlineberatung, gelegt. So kann die Erhebung zur Formulierung von Bedarfen und Schaffung spezifischer Angebote beitragen.

5. Onlineberatung als Lösungsvorschlag

5.1 Begriff

Onlineberatung wird in Kontext psychosozialer Beratungsangebote als eine Interaktion verstanden, bei der Menschen mit Hilfe von digitalen Medien durch wechselseitige Kommunikation im Austausch stehen (vgl. Gehrman, 2010). Der Austausch findet dabei zwischen hilfesuchender Person und Fachpersonal statt und verfolgt eine aktive, helfende Begegnung (vgl. FSP, 2017). Onlineberatung „findet [...] im Internet mittels dessen spezifischen Kommunikationsformen (E-Mail, Chat, Forum etc.) statt, wobei die KlientInnen Ort und Zeitpunkt der Problemformulierungen selber bestimmen“ (Andermatt et al., 2003, S. 2). Sie versteht sich dadurch als ein besonders niedrigschwelliges Verfahren (vgl. DGOB, 2020).

Zur Kommunikation können Medien genutzt werden, die synchron oder asynchron textgebunden zum Einsatz kommen, wie Chats und Messenger oder Mails und Foren. Außerdem können synchrone und asynchrone textungebundene Medien, wie Videochat, Avatare, Internettelefonie sowie Sprach- oder Videonachrichten verwendet werden (vgl. Engelhardt, 2018).

Wie im persönlichen Kontakt auch ist der Begriff Onlineberatung von Onlinetherapie abzugrenzen. Auch bei digitalen Angeboten richtet sich die Therapie an die Behandlung einer klinisch relevanten Störung mit dem Ziel, eine Veränderung zu erreichen (vgl. Eichenberg & Kühne, 2014). Die Finanzierung findet dabei zumeist durch Kranken- oder Rentenversicherungen statt. Onlineberatung finanziert sich oftmals durch Träger der freien Wohlfahrt.

Die Pionierphase der Onlineberatung sei laut Kühne (2009) in Deutschland bereits abgeschlossen. Dies bedeutet, dass die vorbereitende Institutionalisierung durchlaufen wurde. Fragen, ob Onlineberatung überhaupt funktionieren kann, wurden in diesen Jahren mittels des learning-by-doing Ansatzes austariert. Die zweite Phase beschäftigt sich nun mit der Frage, wie potentielle KlientInnen erreicht werden können, Qualitätsstandards erarbeitet werden können und sich methodische Ansätze realisieren lassen (vgl. Reindl, 2018).

Als Pioniere der ersten Phase gehen die Telefonseelsorge, die seit 1995 Onlineberatungsangebote durchführt, sexta von pro familie (1996), kids-hotline.de (1999) und das-beratungsnetz.de (2001) voran. Ab 2010 nahmen sich auch kleinere Träger der Onlineberatung an (vgl. Engelhardt, 2018). Da es kein Register für Onlineberatung gibt, ist die aktuelle Zahl der Onlineberatungsangebote und durchgeführten Beratungen nur schwer zu ermitteln. Engelhardt (2018) geht davon aus, dass alle Beratungsstellen mit einem Internetauftritt und digitalen Kontaktmöglichkeiten Onlineberatung in mehr oder weniger professioneller Form anbieten. Laut einer Schätzung des Instituts für E-Beratung für 2016 machten die Onlineberatungen nur etwa 5% der insgesamt durchgeführten allgemeinen psychosozialen Beratungen in Deutsch-

land aus (vgl. Reindl, 2018). Die Zahlen sind dabei konstant und mitunter steigend (vgl. Engelhardt & Reindl, 2016). Dennoch wird die Unterrepräsentation der Onlineberatung deutlich. Engelhardt wünscht sich daher, dass „die Onlineberatung in Zukunft ihren teils noch vorhandenen Exotenstatus verliert und als selbstverständliches Instrument das Portfolio psychosozialer Beratung ergänzt“ (Engelhardt, 2018 S. 163).

5.2 Stand in der psychosozialen Versorgung Substituierter

Die Suchthilfe in Deutschland war schon immer damit konfrontiert, gesellschaftliche und politische Entwicklungen zu beobachten, damit Bedarfslagen erkannt und Hilfsangebote angepasst werden können (vgl. Koch, 2020). Eine Weiterentwicklung entsteht durch „veränderte Konsumgewohnheiten einzelner Zielgruppen, neue gesetzliche Rahmenbedingungen oder aktuelle wissenschaftliche, psychotherapeutische oder suchtmmedizinische Erkenntnisse bzw. aktuelle Erkenntnisse im Bereich der Sozialen Arbeit“ (DHS, 2019, S.5). Auch die Digitalisierung eröffnet die Notwendigkeit, sich erneut an den Bedarfen der Ratsuchenden zu orientieren und eine Optimierung der Versorgung voranzutreiben (vgl. DHS, 2019). Wie für die allgemeine psychosoziale Betreuung auch, gibt es in der Suchthilfe die Beobachtung, dass Ratsuchende sich im Internet über Angebote informieren, über soziale Netzwerke kommunizieren sowie nach seriösen Informationsmöglichkeiten und kompetenter Beratung suchen. Zudem nutzt das (potenzielle) Klientel der Suchtberatung verstärkt mobile Kommunikationskanäle und zeigt eine Nachfrage und Akzeptanz gegenüber digitalen Dienstleistungen (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018).

Etablierte Strategien, Angebote und Kommunikationsmedien der Suchthilfe (vgl. Bobersky et al., 2020), welche auch die PSB nutzt, würden besonders das junge Klientel nicht mehr ansprechen. Die Erwartungshaltung an das Hilfesystem ist durch die stattfindende alltägliche Digitalisierung geprägt (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018). Ohne eine Reaktion darauf läuft die Suchthilfe mit ihren Angeboten Gefahr unzugänglich zu werden (vgl. Bobersky et al., 2020) und Klientengruppen von der Betreuung auszuschließen bzw. nicht zu erreichen (vgl. Ebert & Harrer, 2018).

Die Suche in Internetbrowsern oder App-Stores zum Thema Onlineberatung führt nur selten zu Suchthilfeangeboten oder Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Vereinzelt lassen sich strukturierte Programme, Apps und Selbsthilfemanuale finden. Auch Informationsportale für unterschiedliche Zielgruppen existieren zwar (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018), weisen jedoch eine sehr geringe Angebotsintensität im Bereich strukturierter Beratung auf. Werden in diesem Bereich überhaupt Angebote digital vorgehalten, so liegt der Fokus be-

sonders auf textbasierter Beratung. Deutschlandweite Angebote gibt es unter drugcom.de mit den spezialisierten Tools „quit the shit“ oder „change your drinking“. Regionale Angebote liefern zum Beispiel die Diakonie Niedersachsen, die ATS in Schleswig-Holstein, kointer des Trägers jhj Hamburg e.V. oder die Caritas, welche bei einer Anfrage auf regionale Beratungsstellen verweist. In der Schweiz gibt es die Plattform SafeZone, die alle Suchtmittel einschließt und überregional zur Verfügung steht.

Wird eine synchrone Beratung, also beispielsweise über einen Chat angeboten, dann ist diese oftmals auf ein sehr begrenztes Zeitfenster festgelegt. So bieten einige der Träger Onlineberatung nur an wenigen Wochentagen oder für zwei Stunden pro Tag an. In ganz Niedersachsen gibt es zum Beispiel nur eine Beratungsstelle, die ein Videotool zur Beratung nutzt (vgl. Isfort, 2019b). Nach Rücksprache mit der ATS in Schleswig-Holstein wird hier die Chatberatung als nicht ausreichend gesehen und daher „an einer ausgedehnten und vernetzten digitalen Präsenz der Suchthilfe“ (Anhang 2.1, Willrodt, 2020) gearbeitet. Die stattfindende textbasierte Beratung wurde zum 31.12.2020 eingestellt.

Neben der begrenzten zeitlichen Verfügbarkeit besteht auch eine sprachliche Hürde für Menschen ohne Deutschkenntnisse. Die Chatsprache kann nicht vorher passend ausgewählt werden und schließt daher, wie auch schon die örtlichen Suchtberatungsstellen, Zielgruppen aus. Auch spezialisierte Angebote für KonsumentInnen illegaler Drogen, neben Cannabis, sind rar. So ist die psychosoziale Betreuung für Substituierte als Onlineberatung nicht niedrigschwellig zu finden. Wege in die Beratung sind hier, wie bereits von Engelhardt (2018) im Kontext genereller Onlineberatung beschrieben, das Suchen der Beratungsstellen über Internetseiten und den anschließenden Kontakt per Mail, der vermutlich in persönliche Beratung vor Ort übergeht.

Es ist davon auszugehen, dass im Zuge der Corona-Pandemie auch im Bereich der PSB die digitale Beratung zugenommen hat. Jedoch scheint dabei vor allem die Aufrechterhaltung bestehender Kontakte im Fokus zu stehen (vgl. Tossmann & Leuschner, 2021).

Eine Erhebung in Rheinland-Pfalz ergab, dass in den befragten Einrichtungen zwar die Voraussetzungen zur digitalen Informationsverarbeitung gegeben waren, z.B. durch Computer, interne Server und digitale Klientendokumentationssysteme, diese jedoch kaum zur onlinegestützten Beratung, die über E-Mail-Beratung hinausgeht, verwendet werden (vgl. Keitsch & Schmid, 2019).

Digitalisierungsfortschritte zeichnen sich langsam auf der Ebene der öffentlichen Verwaltung

im Zuge der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG) ab. Durch jenes soll bis Ende 2022 eine sogenannte digitale Sozialplattform erschaffen werden, auf der Verwaltungsleistungen online erreichbar gemacht werden (vgl. BMI, 2020). Auch die allgemeine Suchtberatung fällt unter eben diese Leistungen. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ist mit der Ausführung dieser digitalen Leistung beauftragt. In Kooperation mit der Gesellschaft delphi, welche das Projekt „DigiSucht“ konzeptioniert hat, soll im dritten Quartal 2021 der Prototyp der digitalen Suchtberatung getestet werden (vgl. Tossmann & Leuschner, 2021). Dabei liegt der Fokus jedoch besonders auf den Themen Alkohol, Cannabis, Glücksspiel und Angehörigen-Beratung sowie inhaltlich im Bereich der Verhaltensänderung. Psychosoziale Aspekte und die Versorgung Substituierter spielen laut Konzeption eine weniger große Rolle. Laut Projektleiter, Fabian Leuschner, ist eine schrittweise Ausweitung der Angebotspalette, wie zum Beispiel durch Selbsthilfegruppen oder Rehaangebote angedacht (vgl. Leuschner, 2021).

Das Konzept DigiSucht bietet eine trägerübergreifende Infrastruktur, in der durch verschiedenste Angebote und Tools die digitale Teilhabe und Versorgung von suchtbelasteten Personen adressiert wird. Das Konzept legt den Grundstein für eine niedrighschwellige digital erreichbare Suchthilfe in Deutschland.

5.3 Chancen und Möglichkeiten

Wie im vorangehenden Teil erläutert, schreitet die Digitalisierung in der Gesamtgesellschaft zwar voran, zeigt aber Schwachstellen im Bereich der Beratung, vor allem in der Suchtberatung. Nach ersten Recherchen scheint sie im Bereich der PSB gänzlich abwesend zu sein. Die digitale Revolution sei laut Schmidt-Rosengarten (2018) keine Entwicklung, die man befürworten oder ablehnen könne, sondern ein kultureller Wandel, den es zu gestalten gelte. Auch, oder gerade besonders, im Rahmen sozialer Hilfen müsse das Ziel verfolgt werden, digitale Teilhabe zu schaffen, da diese mittlerweile als Voraussetzung für eine gesellschaftliche Teilhabe zu sehen und anzunehmen sei (vgl. Pelka, 2018).

Dass sich die Gesundheits-Informationssuche zunehmend auf das Internet verlagert (vgl. Destatis, 2016), bietet auch für den Bereich psychosozialer Hilfen für Substituierte neue Chancen und Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung.

Durch Onlineberatung wird Ratsuchenden eine professionelle Anlaufstelle und erste Orientierungshilfe geboten. Die Inanspruchnahme kann frühzeitig stattfinden und auch jüngere Ziel-

gruppen werden erreicht (vgl. Jonas et al., 2012). Das Internet bietet dabei eine einfache Nutzung, ein breites Angebot von Informationen zu unterschiedlichen Themen, leichte Erreichbarkeit, Anonymität sowie Geschwindigkeit (vgl. Zschorlich et al., 2015). Die Forschung im Bereich digitaler Angebote in der Gesundheitsversorgung zeigt, dass besonders psychisch belastete Personen durch Online-Angebote erreicht werden können, wenn sie sonst durch Scham, Angst vor Stigmatisierung oder räumliche Einschränkungen keine Versorgung in Anspruch genommen haben bzw. hätten (vgl. Knaevelsrud & Maercker, 2010; Wandhoff, 2016). Laut einer Studie von Eichenberg und KollegInnen (2013) zieht mehr als ein Viertel der Deutschen es in Betracht, online nach Hilfe bei psychischen Problemen zu suchen. Das Internet würde bezüglich psychischer Probleme vor allem zur Recherche und zum Austausch genutzt werden. Es fehle dennoch oftmals das Wissen, dass entsprechende Angebote existieren.

Neben der Aufgeschlossenheit gegenüber digitalen Unterstützungsformen legen viele KlientInnen nach wie vor Wert auf den persönlichen Kontakt zu ihren BetreuerInnen. Aus der Depressionsforschung liegen Befunde vor, dass bei einer ausschließlich online durchgeführten Therapie keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Beziehungsqualität im Vergleich zu einer face-to-face-Therapie erkennbar sind (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018).

Einer Erhebung von Isfort (2019a) zufolge, sehen auch Fachkräfte der allgemeinen Suchthilfe in digitalen Betreuungsangeboten einen verbesserten Zugang zur Versorgung für KlientInnen, da die Barriere der persönlichen Kontaktaufnahme gesenkt wird. Die Akquise neuer Zielgruppen sei durch Niedrigschwelligkeit vereinfacht und biete einen anonymen Rahmen für bislang unerreichte Betroffene. Die Bereiche der Beratung und Betreuung müssten sich unumgänglich an das digitale Verhalten der Bevölkerung anpassen, damit dem kommunalen Versorgungsauftrag nachgekommen werden könne. Wichtige Faktoren für die digitalen Hilfen seien die zeitlich flexible Kontaktaufnahme und eine gewisse Icebreaker-Funktion. Diese Form der Betreuung leiste einen Beitrag zur Entstigmatisierung und biete ein Motivationstool für die Klientel (vgl. Isfort, 2019a).

Der Blick auf die Zielgruppe wird auch in den Essener Leitgedanken zur Digitalisierung in der Suchthilfe deutlich. So sollen Angebote an den Bedürfnissen der Zielgruppen ausgerichtet sein sowie Versorgungslücken schließen. Ebenso sollen die Angebote einfache Übergänge zwischen Maßnahmen bieten und frühzeitige Hilfen bereitstellen. Neben Vorteilen für die Zielgruppe sieht das Expertenteam auch Prozessoptimierungen innerhalb der Träger und Abläufe der Suchthilfe (vgl. Bobersky et al., 2020). Auch die DHS (2019) sieht die Digitalisierung als eine entscheidende Qualitätsentwicklung auf Seiten der Hilfeträger im Bereich der Betreuung Abhängiger an. Durch digitale Wege können Planungen und Dokumentationen ver-

einfach stattfinden und Übergänge effektiver gestaltet werden. Digitale Strukturen würden als Konsequenz die nötige Flexibilisierung der Leistungs- und Personalanforderungen möglich machen (vgl. DHS, 2019). Ein zielgenaues und ressourcensparendes Angebot an Betreuung könne dadurch erreicht werden (vgl. Gehrman, 2010). Die räumliche Flexibilität bietet neue Möglichkeiten des Einsatzes von Fachkräften sowie Chancen für die KlientInnen. Sie hebt einige der limitierenden Faktoren auf, die für die Nichtinanspruchnahme der Betreuung ausschlaggebend sind. Geringe örtliche Bedarfe, tabuisierte Problemstellungen, die nicht regional gelöst werden können, oder der Einsatz von Fachkräften mit Fremdsprachenkompetenz (vgl. fdr, 2005) sind durch Onlineberatung keine hindernden Faktoren zur Inanspruchnahme. Auch die zeitliche Flexibilität bietet neue Möglichkeiten für den Personaleinsatz. Personalmangel kann dadurch teilweise aufgefangen werden. Zudem können Versorgungsverantwortungen schnell und effizient ausgelotet werden und deren Klärung fällt nicht auf die Schultern der KlientInnen zurück.

Neben der Verbesserung der bestehenden Angebote und Inanspruchnahme dieser ist der Ausbau weiterer Hilfemaßnahmen durch das digitale Setting denkbar. Besonders im Bereich der Nachsorge und bei Menschen in kritischen Situationen zeigen sich Wege auf, wie Kontaktabbrüchen vorgebeugt werden kann und Rückfälle dadurch vermieden werden können. Dem Anspruch der Suchthilfe, auch besonders dem der PSB, individuell auf KlientInnen einzugehen und die Versorgung daran orientiert auszurichten, kann durch online gestützte Angebote nachgekommen werden (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018).

Zur Wirksamkeit von Onlineinterventionen im psychotherapeutischen Bereich liegt eine breite Evidenz vor, welche darauf schließen lässt, dass digitale Versorgung die herkömmlichen Maßnahmen effektiv ergänzen kann (vgl. Andersson et al., 2019; Eichenberg & Küsel, 2016). Auch im Bereich der Suchthilfe zeigen zwei deutschsprachige Studien Erkenntnisse hinsichtlich der Verbesserungen im Konsumverhalten bzw. Glücksspielverhalten, wenn digitale Interventionen involviert waren (vgl. Jonas et al., 2019; Tossman et al., 2011).

Eine Lücke zeigt sich jedoch in der Forschung zu den konkreten Wirkmechanismen. Vermutlich sei besonders bei der textbasierten Onlineberatung die verwendete Schriftlichkeit ein Vorteil für den Beratungsprozess. Erkenntnisse aus der Schreibtherapie weisen darauf hin, dass so Zugänge zu Unbewusstem erfahren werden können, Selbstreflexion stattfindet und verdeckte Ressourcen aufgedeckt werden (vgl. Reindl et al., 2012). Andere Studien geben Hinweise darauf, dass im Rahmen von strukturierten Online-Interventionsprogrammen die therapeutische Beziehung ausgeprägter sei und so effektiver wirken könne als in rein schriftlicher Beratung (vgl. Jonas et al., 2019).

Bei der Frage, inwieweit Onlineberatung die face-to-face Beratung beeinflusst und verändert, muss auch der Blick für das sogenannte „Blended Counseling“ geschärft werden. Die Kommunikation in der professionellen Interaktion kann durch verschiedene Medien realisiert und gestaltet werden. So können unterschiedliche Möglichkeiten der Kommunikation für KlientInnen genutzt werden und dadurch förderliche Entwicklung individuell entstehen (vgl. Wenzel, 2015). Eine Kombination aus textbasierten, videogestützten und face-to-face Kontakten ist dabei denkbar.

Eine besondere Chance der Versorgungsverbesserung durch Online Beratung zeigt sich durch ein überregionales Gesamthilfekonzept. Da bereits deutlich geworden ist, dass besonders regional unterschiedliche Finanzierungen, Verantwortungen und Organisationen der PSB Angebote zu einer Versorgungslücke führen, wird im Folgenden eine überregionale Versorgung erläutert. Werden die digitalen Angebote zum Gesamtportfolio einzelner Beratungsstellen in der freien Wohlfahrt ergänzt, scheinen eine Fokussierung und ein Ausbau dieser nicht möglich zu sein, da personelle, zeitliche und finanzielle Engpässe herrschen. Auch die mangelnde Erfahrung im Bereich Vermarktung und Bekanntmachung erschwere die Implementierung digitaler Angebote bei kleinen Trägern (vgl. Isfort, 2019a).

Ein Portal, wie es durch das Programm zur Digitalen Suchthilfe „DigiSucht“ voraussichtlich noch in diesem Jahr implementiert werden soll, ist für die allgemeine Suchthilfe ein Zugewinn. „Mit der vorliegenden Konzeption für eine „Digitale Suchtberatung“ wird ergänzend ein konkreter Schritt zum Aufbau eines bundesweit und trägerübergreifend nutzbaren digitalen Suchtberatungsangebots gemacht. Dadurch soll allen (potentiellen) Klientinnen und Klienten der Suchthilfe zukünftig (auch) ein digitaler Zugang zu professioneller Beratung eröffnet werden“ (Tossmann & Leuschner, 2021, S. 8).

Auch auf die PSB übertragen wären die Vorteile - einerseits in inhaltlichen und andererseits in organisatorischen Punkten der Beratung - bereichernd für die derzeitige Hilfelandschaft. So erleichtert sich eine regionale Zuordnung der Hilfesuchenden, da diese durch die Postleitzahl gefiltert werden können. Eine Überführung in andere Hilfeformen erleichtert sich und es gibt Raum für ein breites Angebot von Methoden und Interventionen. Diese können vor allem durch die organisatorische Natur erreicht werden. Ein überregionales Portal unterliegt auch einer überregionalen Entwicklung, Steuerung, Qualitätssicherung, Evaluation und Finanzierung. Es müssen nicht einzelne Träger all diese Aufgaben auf einmal übernehmen. Eine einheitliche

Sicherung ist somit gewährleistet. Außerdem ergeben sich aus Befragungen von Isfort (2019a), dass durch eine bundesweite Lösung zukunftsorientiertes Arbeiten ermöglicht würde und die Attraktivität eines solchen Angebots sowie deren Erreichbarkeit gesteigert werden könne. Durch die methodische Vielfalt erhielten alle Hilfesuchenden passgenaue Angebote, die deren Betreuungsbedarf deckten (vgl. Isfort, 2019a).

Bereits 1996 beschrieb Manuel Castells einen Mehrwert für Ratsuchende, wenn Einzeleinrichtungen einen netzwerkartigen Zusammenschluss bilden. Dadurch könnten Fragen und Bedarfe effektiv beantwortet werden. Diese Art des Netzwerks unterscheidet sich von der Verweispraxis, die derzeit in der Beratung herrscht (vgl. Reindl, 2018). Die großen Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege halten in der bestehenden Praxis, vermutlich aus wettbewerblichen Gründen, an einer verbandsspezifischen Versorgung fest, anstelle einer netzwerkorientierten Institutionalisierung der Onlineberatung (vgl. Gehrman, 2014).

Auch für Erkenntnisgewinne hinsichtlich Effektivität und Wirksamkeit der angebotenen Betreuungen sind bundesweit gleiche Strukturen der PSB sinnvoll. Besonders um der damit auftretenden Finanzierungsfrage zu begegnen, fordert Deimel (2017) eine Aufnahme der PSB in den Regelkatalog des SGB V. Die Sicherstellung flächendeckender Angebote dürfe nicht durch regionale Geldtöpfe gehindert werden.

Laut Schmidt-Rosengarten (2018) können neue Qualitätsanforderungen an zukünftige Suchthilfe nur mit digitalen Prozessen erreicht werden. So bieten diese bei anstehenden Veränderungen im Beratungssetting, der Verwaltung und dem Management Chancen. Auch rund 60% der Einrichtungen sehen Online-Beratung als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ für zukünftige Beratungsprozesse an (vgl. Keitsch & Schmid, 2019).

Die aufgezeigten Chancen und Möglichkeiten lassen vermuten, dass mithilfe von Onlineberatung eine Passung zwischen Soll-Ist-Zustand hergestellt werden kann und die PSB-Versorgung so deutschlandweit ausgebaut werden könnte.

Eine effizientere und bedarfsgerechtere Gestaltung der Angebote scheint damit möglich, wodurch eine breitere Zielgruppe erreicht wird und die Versorgung an vielen Stellen gesichert werden kann. Besonders die Schaffung eines überregional agierenden Angebots könnte für die zukünftige PSB-Versorgung von enormer Wichtigkeit sein.

Laut Nachforschungen in Niedersachsen sei bei Online-Beratungsangeboten in der Suchthilfe nicht die fehlende Akzeptanz der Ratsuchenden eine Hürde (vgl. Isfort, 2019b). Vielmehr stünde die Skepsis der Fachkräfte gegenüber diesen Maßnahmen im Vordergrund (vgl. Isfort,

2019a). Diese Aussage und die Vermutung, dass online gestützte PSB bestimmte Bedarfe decken könnten, lassen sich bislang nur aus Befunden herausarbeiten, die im Gesamtbereich der Suchhilfe oder der Gesundheitsversorgung, inklusive therapeutischer Interventionen, erlangt wurden.

6. Empirische Untersuchung

6.1 Hypothesen

Die Situation der PSB ist im Kontext digitaler Angebote bisher nicht beleuchtet und es liegen keine eindeutigen Daten aus der Praxis vor, ob und inwiefern Online-Beratung in diesem Bereich überhaupt als sinnvoll betrachtet wird. Die gesammelten Daten aus angrenzenden Themenbereichen sprechen jedoch dafür, dass Online-Beratung einen Beitrag zur verbesserten Versorgung auch im Bereich der psychosozialen Hilfen für Substituierte bieten kann.

Im Folgenden wird der Stand und die Bewertung digitaler Angebote in der PSB aus Sicht von Fachkräften erhoben. Zudem werden folgende Hypothesen gebildet, welche im Verlauf getestet werden:

Hypothese 1: Je schwerer Beratungsangebote im Bereich psychosozialer Hilfen für Substituierte erreichbar sind, desto schwerer sind auch Betreuungsbeginne und -aufrechterhaltungen.

Hypothese 2: Wenn bestimmte Merkmale einer Gruppe die psychosoziale Versorgung vor Ort ausschließen, dann kann durch Onlineangebote die Versorgung stattfinden.

Hypothese 3: Wenn Hilfebedürftige gegenüber face-to-face Betreuung schambehaftet sind, dann profitieren diese von Online-Angeboten.

Hypothese 4: Je älter Fachkräfte in Fachstellen für psychosoziale Hilfen sind, desto weniger Offenheit herrscht gegenüber digitalen Betreuungsformen.

6.2 Methodisches Vorgehen

6.2.1 Grundlegende Überlegungen zum Erhebungsinstrument

Um für die Untersuchung relevante Daten zu sammeln, wird eine quantitative Erhebung durchgeführt. Durch den deduktiven Charakter der Erhebung sollen bereits gesammelte Erkenntnisse aus anderen Bereichen auch auf die PSB Substituierter übertragen werden. Dies ist Grundlage dafür, dass ausgehend von dieser Arbeit bedarfsgerechte Angebote in der PSB verfolgt werden können und potenzielle Maßnahmenplanungen in den Fokus genommen werden. Das quantitative Verfahren wird auch deshalb gewählt, da es die Verarbeitung großer Datenmengen zulässt und damit die Daten deutschlandweit gesammelt werden können. Trotz feh-

lender Vereinheitlichung der PSB-Angebote in Deutschland kann dadurch eine Vergleichbarkeit angestrebt werden und eine deutschlandweite Gesamtlösung für zukünftige PSB in den Blick genommen werden.

Die im Querschnittsdesign erhobenen Daten werden mittels eines standardisierten Onlinefragebogens erhoben. Die Erhebung mit diesem Instrument bietet eine kostengünstige, organisierte und effektive Sammlung von großen Datenmengen.

Wäre eine qualitative Methode gewählt worden, wären diese mit einer deutlich kleineren Stichprobe einhergegangen, welche wiederum kaum Aussagekraft besessen hätte, die tatsächliche Situation und den Bedarf deutschlandweit abzubilden.

Bei Befragungen im Internet kommt dem Datenschutz eine besondere Rolle zu. Auch in dieser Arbeit hat der Datenschutz der Teilnehmenden höchste Priorität. Dazu wird die „Ethik-Checkliste“ nach Dzeyk (2001, S. 25) herangezogen, welche der ethischen Dimension von Online-Forschung Beachtung schenkt. Folgende Normen werden im Fragebogen beachtet:

Juristische Normen, zu denen ausreichende Anonymisierung, Zusicherung des Datenschutzes und die Gewährleistung des Datenschutzes zählen.

Konsensfähige Normen, zu denen die namentliche Nennung der durchführenden Institution zählt, die Adressangaben der Zuständigen, die Realisierung eines „informed consent“, also der selbstgewählten Teilnahme, Informationen zu Zielen und Zwecken, ein persönlicher Teilnahmeappell, die explizite Nennung von Adressaten, einführende Hintergrundinformationen, Angabe der Zeitdauer, das Veröffentlichungsdatum, der Erhebungszeitraum, mögliche Beeinträchtigungen/ Belastungen angeben, genaue Anweisungen zum Handling, Dankesformel am Ende sowie die Möglichkeit zur Rückmeldung.

Die sogenannten kontroversen bzw. unklaren Normen können nicht vollumfänglich beachtet werden. So stellt die Einholung des Einverständnisses für die Teilnahme keine Nützlichkeit dar, da die Teilnahme freiwillig ist. Auch werden keine Informationen zu zusätzlichen non-reaktiven Daten gegeben, da diese nicht erhoben werden. Auch die Forderung nach der Identifikation der Teilnehmer und die Überprüfung der Altersangabe spielt keine Rolle für die Erhebung. Es werden jedoch mögliche Anwendungsfehler beschrieben und eine Lösung dafür bereitgestellt. Auch die Information über Status/Beruf der Durchführenden wird in den soziodemographischen Daten abgefragt. Eine Aufklärung nach Untersuchungsabschluss findet durch die Ergebnisveröffentlichung statt. Das Angebot eines Ergebnisfeedbacks und weiterführende Links/ Literaturhinweise werden nicht gegeben.

6.2.2 Auswahl der ProbandInnen

Der Gegenstandsbereich einer Erhebung wird durch die Festlegung der Grundgesamtheit definiert. Diese trägt im Falle der hier durchgeführten Erhebung einerseits das Merkmal der Beschäftigung im Bereich psychosozialer Hilfen für Substituierte andererseits eine Tätigkeitsdurchführung in einem der 16 Bundesländer in Deutschland.

Die aktive Durchführung von Angeboten steht dabei im Vordergrund, damit ein Wissen und Bewusstsein über die KlientInnengruppe und die herrschenden Gegebenheiten besteht.

Darunter sind MitarbeiterInnen zu fassen, die pädagogische, psychologische oder sozialarbeiterische Qualifikationen besitzen. Die Einrichtung, in welcher die Aufgabe durchgeführt wird, ist dabei nicht ausschlaggebend. Da diese Merkmale operationalisierbar sind und die Grundgesamtheit in ihrer Größe überschaubar ist, wird eine Vollerhebung angestrebt.

Damit findet auch das Kriterium der deutschlandweiten Verteilung der Befragten Berücksichtigung. So ist es wichtig, dass Mitarbeitende aus allen Bundesländern befragt werden und eine Mischung von städtischen und ländlichen Angeboten verschiedener Träger repräsentiert wird. Damit diese bundesweite Streuung erreicht wird, soll die Zielgruppe über die jeweiligen Landesstellen für Suchtfragen der Bundesländer kontaktiert werden. In den Fällen, in denen die Landesstellen die Anfrage nicht an die Fachstellen weiterleiten, werden potenzielle Einrichtungen über die Internetrecherche auffindig gemacht und direkt kontaktiert.

Als Grundlage für die Vollerhebung soll zunächst die genaue Grundgesamtheit ermittelt werden. Dabei stellt sich heraus, dass es keine zuverlässige Zählung der Einrichtungen oder Fachkräfte gibt, die PSB für Substituierte in Deutschland durchführen. Das liegt besonders daran, dass die Stellen nicht ausmachbar sind, da die Information über psychosoziale Angebote nicht immer veröffentlicht wird und eine Meldung an die Landesstellen nicht in allen Fällen stattfindet. Zudem übernehmen Fachkräfte oftmals mehrere Aufgaben innerhalb von Einrichtungen, die neben den Angeboten für Substituierte auch andere Inhalte bereitstellen. Auch die Anstellung von Fachkräften in Teilzeit macht die Zählung der Grundgesamtheit nicht möglich, da selbst ein Betreuungsschlüssel nicht auf die tatsächlichen Fachkräfte schließen lässt. Es fehlen essentielle Daten, um eine valide Zahl zu ermitteln.

Einzigster Anhaltspunkt für eine Schätzung ist, dass die 1 300 allgemeinen Suchtberatungsstellen (vgl. Leune, 2014) teilweise auch psychosoziale Angebote für Substituierte anbieten. Durch Beobachtungen im Feld kann vermutlich bei einem Drittel der Einrichtungen davon

ausgegangen werden, also gerundet circa 400 Stellen. Täscher und KollegInnen (2010) sprechen von circa 1 000 psychosozialen Anlaufstellen in Deutschland. Da diese vermutlich nicht alle auf Substituierte spezialisiert sind, nehmen wir zum Zwecke dieser Arbeit eine Zahl von insgesamt 750 Fachstellen (Suchtberatungen und psychosoziale Stellen) an. Eine Umrechnung auf die Fachkräfte innerhalb dieser Stellen ist aus bereits genannten Gründen nicht möglich.

Um zu ermitteln, wie groß die Stichprobe in der Erhebung sein muss, damit diese repräsentativ und aussagekräftig ist, wird die folgende Formel verwendet:

$$n = \frac{N}{1 + d^2 \times (N-1)}$$

n steht dabei für den Umfang der Stichprobe.

N stellt die Grundgesamtheit aller Einrichtungen dar.

d spiegelt die Stichprobenfehler wider, welche laut Mayer (2006) bei 5% liegen.

Damit die Vollerhebung repräsentativ ist, müssen demnach 261 Fachstellen befragt werden. Da keine Kontrolle darüber stattfinden kann, wie viele Fachkräfte pro Fachstelle an der Umfrage teilnehmen, ist die Zahl 261 lediglich ein grober Richtwert.

6.2.3 Vorbereitung und Durchführung

Zur Datenerhebung wurde zunächst ein Online-Fragebogen mittels des Programms survio.com erstellt. Gründe dafür waren organisatorischer und ökologischer Natur. Durch die digitale Verfügbarkeit schien eine Weiterleitung durch die Landesstellen für Suchtfragen an die entsprechenden Einrichtungen vereinfacht. Dazu wurde ein Link des Portals verwendet, über welchen die Umfrage direkt aufgerufen werden konnte. Die Menge an zu erwartenden Daten ließ sich zudem digital besser verwalten. Auch im Zuge der Hygieneverordnungen bezüglich des Coronavirus war eine digitale Bearbeitung von Fragebögen angebracht.

Nach der Erstellung des Fragebogens wurde dieser an den Betreuer Prof. Dr. Dieter Röh des Departments Soziale Arbeit der HAW gesendet. Zeitgleich fand vom 07.04.2021 bis 16.04.2021 ein Pretest statt. An diesem nahmen 5 Personen teil. Die Gruppe der Teilneh-

menden bestand aus MitarbeiterInnen der PSB in Hamburg, welche alle bei demselben Träger arbeiten. Die letztendlichen Arbeitsstellen unterscheiden sich dennoch in ihrer Struktur und Arbeitsform. Die Rückmeldungen durch den Pretest und den Betreuer führten zu einer Überarbeitung des Fragebogens.

Die erste Änderung war, dass eine neue Plattform für die Umfragenerstellung und -durchführung gewählt wurde. Der Link zum Fragebogen in [survio.com](https://www.surveymonkey.com) war von einigen Browsern nicht direkt und dauerhaft stabil abrufbar. Damit alle potenziellen ProbandInnen problemlos auf den Fragebogen zugreifen können, wurde er erneut auf dem Portal [umfrageonline.com](https://www.umfrageonline.com) erstellt. So sollte vermieden werden, dass bereits zu Beginn der Befragung Teilnehmende durch technische Gegebenheiten aussortiert würden. Das neu gewählte Portal bot alle Eigenschaften des vorherigen Portals. Die Übersichtlichkeit wurde jedoch verbessert.

Als zweiter Punkt ist im Pretest deutlich geworden, dass nicht an allen Stellen verständlich war, aus welcher Perspektive etwas bewertet werden sollte. Eine Teilnehmerin gab das Feedback, dass sie den Bogen so beantwortet habe, als sei ihre Einrichtung mit digitalen Angeboten ausgestattet. Damit alle Teilnehmenden die Bewertungen zur digitalen PSB von einem möglichst gleichen Ausgangspunkt vornehmen, wurde ein Informationstext vor eben diese Fragen eingeschoben. Es wurde ein Szenario digitaler Betreuung beschrieben, auf dessen Grundlage die nachfolgende Bewertung stattfinden sollte.

Zudem fiel auf, dass oftmals bei der Beantwortung der Fragen keine konkreten Angaben gemacht wurden und Antworten ausgelassen wurden. Dies ließ darauf schließen, dass diese Fragen nicht verständlich genug formuliert waren oder keine konkreten Antworten zuließen. Eine Änderung einzelner Fragen wurde daraufhin vorgenommen. Außerdem änderte sich an einigen Stellen die Form der Fragen, damit diese übersichtlicher wurden.

Da die Landesstellen für Suchtfragen der Bundesländer die Verteilung an die Einrichtungen in den Bundesländern vornehmen sollten, wurde eine Liste mit den entsprechenden Adressen angefertigt. Dazu wurden zum einen die Adressen den jeweiligen Internetseiten entnommen, zum anderen wurden direkte Kontakte in den Landesstellen genutzt, welche sich aus der ersten Anfrage für den Theorieteil ergeben hatten. Durch das Vorkommen von mehreren Ansprechpartnern pro Landesstelle entstand eine Adressliste mit 20 Kontakten. Inhalt der Mail an die Landesstellen war ein Anschreiben mit Erklärungen zum Forschungsvorhaben, der Link zum fertigen Fragebogen und die Bitte um Weiterleitung an entsprechende Fachkräfte und Fachstellen. Der Versand der Mails erfolgte am 20.04.2021. Die Weiterleitung in-

nerhalb der Bundesländer konnte nicht überprüft oder organisiert werden. Einzig die Angabe im Fragebogen, in welchem Bundesland die Fachstelle tätig ist, konnte rückwirkend zeigen, ob alle Landstellen den Fragebogen weitergeleitet hatten. Nach 13 Tagen waren Antworten aus insgesamt 5 Bundesländern eingegangen. Da es keine direkte Rückmeldung der anderen Landstellen gab und die TeilnehmerInnenzahl über 4 Tage hinweg stagnierte, wurde ein Mailverteiler erstellt, mit dem die Fachstellen aller Bundesländer noch einmal direkt kontaktiert werden sollten. Der Verteiler bestand aus 703 Adressen, die sowohl Beratungsstellen, verwaltende Träger als auch andere Einrichtungen umfassten. Auch hierbei wurde eine zusätzliche Weiterleitung an andere Fachkräfte und Stellen erbeten. Lediglich das Saarland und Hamburg wurden nicht noch einmal mit aufgenommen.

Die Daten derjenigen, die den Bogen erhielten und ausfüllten, wurden direkt über die Plattform umfrageonline.com gesammelt. Eine weitere Anstrengung für das Zurücksenden oder Einsammeln der Ergebnisse war daher nicht erforderlich.

Während der Durchführung des Fragebogens gab es die Möglichkeit der Nachfrage über Mail- und Telefonkontakt, um Unklarheiten und Problematiken zu klären. Dieses Angebot wurde für Fragen bezüglich der Durchführung nicht genutzt. Den schriftlichen Kontakt nahmen lediglich einige Stellen auf, um inhaltliche Kommentare zu geben.

6.2.4 Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen beginnt mit einer Eröffnungsseite (vgl. Anhang 3.1).

Dort finden sich der Titel und ein Informationstext zur folgenden Erhebung. Der Text beinhaltet alle wichtigen Kriterien, die die ProbandInnen zur Erhebung wissen müssen. Die Inhalte orientieren sich an der Ethik-Checkliste von Dzeyk (2001), die speziell auf Online-Befragungen ausgerichtet ist.

Bereits zu Beginn wird eine Dankesformel ausgesprochen. Darauf folgen Hintergrundinformationen und Angaben zum Zweck der Erhebung. Auch die durchführende Instanz wird genannt. Im nächsten Absatz werden die Anonymität und Freiwilligkeit adressiert. Auf die Definition der AdressatInnen folgt eine Begriffsklärung, welche im Fragebogen selbst noch einmal aufgegriffen wird. Da der Begriff der PSB in Deutschland heterogene Verwendung erfährt, wird vom psychosozialen Hilfesystem für Substituierte gesprochen. Damit sollten alle Angebote angesprochen sein, die für diese Erhebung von Bedeutung sind. Weiter werden der Erhebungszeitraum und die voraussichtliche Veröffentlichung der Gesamtarbeit benannt. Noch einmal wird der Datenschutz zugesichert. Im letzten Abschnitt ist die Bearbeitungsdauer angegeben und es wird ein Teilnahmeappell geäußert. Danach folgen Informationen zum Hand-

ling, möglichen Beeinträchtigungen und der Rückmeldungsmöglichkeit durch Angabe von Kontaktdaten.

Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang (3.2)

Inhaltlich werden dort folgende Themenbereiche abgefragt:

- Bedingungen der derzeitigen PSB
- Einstellung zur digitalen PSB
- Angaben zur Arbeitsstelle
- soziodemographische Daten

Methodisch besteht der Fragebogen aus insgesamt 18 Fragen, welche als Single-Choice, Multiple-Choice und Bewertungen gestaltet sind. Ihre Reihenfolge folgt dabei keinem einheitlichen Muster, sondern ist auf die inhaltlichen Ziele der Fragen ausgerichtet.

Fragen 1 und 2 (vgl. Abbildung 3.2) bestehen jeweils aus einem Item, welche gemeinsam das Merkmal des derzeit verwendeten Beratungsmediums erfassen sollen. Frage 1 ist eine geschlossene Multiple-Choice Frage, Frage 2 eine Single-Choice Frage.

Beispiel für Multiple-Choice Fragen:

Frage 1

Welche digitalen Medien nutzt Ihre Fachstelle im direkten Umgang mit Substituierten?

Wählen Sie gegebenenfalls mehrere Antworten.

E-Mail
Videokonferenztool
Beratungschat
Mobile Messenger (WhatsApp, Telegram etc.)
E-Health-Programme (therapeutische Angebote mittels App)
Selbsttests mit computergestütztem individuellem Feedback
Sonstige digitale Medien
Weiß ich nicht

Beispiel für Single-Choice Fragen:

Frage 2

Welche Beratungsform wird am häufigsten von Ihnen angewendet?

Wählen Sie eine Antwort.

Face-to-face Kontakt in der Beratungsstelle
Face-to-face Kontakt während aufsuchender Arbeit
Telefonischer Kontakt
Digitaler Kontakt
Sonstige Form

Fragen 3, 4 und 5 (vgl. ebd.) sollen durch ihre Items die derzeitigen Betreuungsbedingungen ermitteln. Fragen 3 und 4 sind geschlossene Multiple-Choice-Fragen, Frage 5 beinhaltet fünf Bewertungsitems, die zusammen eine Skala abbilden, mit der das Merkmal der stattfindenden PSB- Versorgung abgebildet wird. Durch eine Likert-Type-Skala wird der Grad der Zustimmung mittels der Antwortdimensionen „Stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“ gemessen. Zusätzlich wird die Kategorie „Keine Antwort“ ermöglicht.

Beispiel für eine Bewertungsfrage:

Frage 5

Bewerten Sie folgende Aussagen mit Blick auf Ihre Fachstelle.

Psychosoziale Betreuung (PSB) steht dabei stellvertretend für alle Angebote psychosozialer Hilfen für Substituierte.

	Stimme gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu	Keine An- gabe
Die PSB Versorgung in meinem Bundesland ist ausreichend					
Alle Substituierten im Zuständigkeitsgebiet meiner Fach-					

stelle wissen von der Möglichkeit der PSB					
Alle Substituierten mit Hilfebedarf erhalten PSB					
Die PSB ist niedrigschwellig wahrnehmbar					
Alle Betreuungen werden geplant beendet					

Fragen 6 bis 8 (vgl. ebd.) messen die Einstellung zum Thema Digitalisierung der PSB. Fragen 6 und 8 sind Multiple-Choice-Fragen, die neben festgelegten Antwortmöglichkeiten auch eine freie Antwort zulassen. Frage 7 (vgl. ebd.) enthält drei Items, die wie bereits in Frage 5 bewertet werden sollen.

Auf der darauffolgenden Seite ist eine Zwischenfolie eingefügt.

Stellen Sie sich folgendes Szenario vor:

In Ihrem Bundesland gibt es eine digitale Plattform, auf der Substituierte psychosoziale Hilfen erhalten können. Die Angebote werden durch verschiedenste Kanäle (Video, Chat, Infoportal) bereitgestellt und durch Fachkräfte betreut.

Das Portal bietet die Möglichkeit einer ersten Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem für Substituierte im Bereich psychosozialer Angebote. Ein Verweis an örtliche Einrichtungen kann folgen.

Außerdem können Beratungen als "digitale PSB" (stellvertretend für alle Begriffe der psychosozialen Hilfen Substituierter) dauerhaft über das Portal durchgeführt werden.

Gehen Sie bei der Beantwortung der folgenden beiden Fragen von diesem Szenario aus.



(Abbildung 3.2)

Es wird ein Szenario beschrieben, welches dazu dient, alle Teilnehmenden auf die nächsten zwei Fragen vorzubereiten. Die in den Fragen vorkommenden Items sollen messen, welche Wirkung digitale PSB haben könnte und welche KlientInnen dadurch erreicht werden könnten.

Fragen 9 und 10 (vgl. ebd.) enthalten je zehn und 14 Items. Wie bereits beschrieben, dienen Sie der Erfassung subjektiv gedachter Wirksamkeit der digitalen PSB und der Erreichung potenzieller KlientInnen. Die Items aus Frage 10 beziehen sich auf die Antwortmöglichkeiten aus Frage 3 und 4, damit ein Vergleich angestrebt werden. Als Variable dient die Digitalisierung der Angebote.

Die darauffolgenden acht Fragen dienen zur Messung der Bedingungen des Arbeitsplatzes und soziodemographischer Daten. Sie sind alle als geschlossene Single-Choice-Fragen formuliert. Die Antwortmöglichkeiten sind entweder untereinander aufgelistet oder als Drop-down Auswahl bereitgestellt (vgl. ebd.).

Alle Fragen sind so formuliert, dass sie eindimensional sind und möglichst alle Antwortalternativen abbilden. Bei der Wahl der Antwortkategorien ist das sogenannte EVA-Prinzip beachtet. Die Antwortkategorien sind eindeutig, vollumfänglich sowie ausschließlich.

Es werden bewusst Bewertungsfragen mit mehreren Items gewählt, da auf diese Weise kompakt viele Daten gesammelt werden können und die persönliche Einschätzung der Befragten deutlich gemacht werden kann. Um die dabei vermehrt auftretende Tendenz zur Akquieszenz (vgl. Menold & Boger, 2015) zu vermeiden, sind einige Aussagesätze bewusst negativ formu-

liert. Auf Verneinungen wird dennoch verzichtet, da bei geringer Zustimmung dann eine doppelte Verneinung auftreten würde, welche vermutlich Verwirrung hervorrufen könnte.

Neben dem formalen Antwortstil der Akquieszenz sind auch sozialer Erwünschtheit, Endpolbevorzugung oder Ausweichtendenz Beachtung zu schenken.

Da es sich um einen Online-Fragebogen handelt, der anonym erhoben wird, und die Ergebnisse keinen direkten Einfluss auf die persönliche Arbeit der ProbandInnen haben, ist davon auszugehen, dass die soziale Erwünschtheit zu keiner großen Verzerrung der Ergebnisse führt.

Um aktiv der Ausweichtendenz entgegenzuwirken, ist die Skala der Bewertungsitems so gestaltet, dass eine ungerade Anzahl an Stufen vorliegt. Es muss also eine Entscheidung in die eher positive oder negative Richtung vorgenommen werden. Für eine neutrale Antwort muss die Kategorie „Keine Angabe“ gewählt werden. Einer Endpolbevorzugung kann innerhalb dieser Items nicht entgegengewirkt werden, da die Skalenbreite generell sehr schmal gewählt ist.

6.2.5 Testgütekriterien

Damit der Fragebogen die übergeordneten Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllt, sind folgende Aspekte beachtet.

Objektivität: Objektivität ist dann gewährleistet, wenn die Ergebnisse der Untersuchung unabhängig sind von Einflüssen außerhalb der befragten Person (vgl. Rost, 1996). Dies ist der Fall, wenn weder Untersuchungsverhalten noch Situationsvariablen die Messung beeinflussen. Die Durchführungsobjektivität ist bei dieser Befragung durch den standardisierten Fragebogen und ein einheitliches Layout geschaffen. Die Auswertungsobjektivität ist durch die Verarbeitung der Daten im digitalen Programm gegeben.

Um eine hohe Interpretationsobjektivität einer Skala zu gewährleisten, ist es notwendig, dass Vergleichswerte wie Mittelwerte und Standardabweichungen sowie eindeutige inhaltliche Beschreibungen der Skalen vorliegen. Dies ist bei der Auswertung mit der Plattform umfrageonline.com gegeben.

Reliabilität: Die Replizierbarkeit von Messergebnissen soll durch Retest-Reliabilität, die Paralleltest-Reliabilität, die Testhalbierungs-Reliabilität und Konsistenzanalysen erreicht werden (vgl. Rammstedt, 2004). Aufgrund der konzeptionellen Gegebenheiten der Befragung können die Retest-Reliabilität, Paralleltest-Reliabilität und Testhalbierungs-Reliabilität nicht innerhalb des Fragebogens erreicht werden. Die digitale Form der Erhebung trägt jedoch dazu bei, dass die Ergebnisse replizierbar sind.

Validität: Ein Verfahren gilt als valide, wenn es einen hohen Grad an Genauigkeit besitzt, das

zu messen, was es messen soll. Die Messinhalte müssen dabei repräsentativ für den zu messenden Bereich stehen. In dieser Arbeit wird daher die Operationalisierung der zu messenden Merkmale in Anlehnung an bereits existierende Verfahren durchgeführt. Besonders der Fragebogen von Isfort (2019b) ist leitgebend dafür, da er für die Digitalisierung der Suchthilfe ausgelegt ist. Ausgewählte Fragen dieser Erhebung werden für die PSB umformuliert und verwendet. Auch der Pretest bietet ein Feedback zur Validität.

In der Erhebung finden neben den genannten Gütekriterien noch weitere methodische Aspekte Beachtung. So wird durch die Verwendung eines standardisierten Fragebogens ein hoher Grad an Normierung erreicht. Des Weiteren wird die Testökonomie beachtet. Trotz guter Handhabbarkeit und kurzer Bearbeitungsdauer sollen möglichst viele Informationen gesammelt werden. Die digitale Durchführung ist zudem kostengünstig. Auch die Nützlichkeit wurde bereits angesprochen. So sind die Inhalte darauf ausgerichtet, eventuell Handlungsmaßnahmen folgen zu lassen und eine Ausgestaltung dieser konkret zu machen.

Die Befragung soll außerdem zumutbar sein, was durch den geringen Zeitaufwand der Beantwortung möglich gemacht wird. Der Zeitpunkt der Bearbeitung kann außerdem innerhalb des Erhebungszeitraums von fast zwei Monaten frei gewählt werden.

Die Fairness der Umfrage ergibt sich durch die Standardisierung und die Verteilung über die Sucht-Landesstellen der Bundesländer. Auch die Direktkontakte zu den Fachstellen werden anhand ausgeschriebener Listen durchgeführt und keine subjektive Sortierung vorgenommen.

Die Unverfälschbarkeit kann in dieser Arbeit nicht garantiert werden. Eine direkte Überprüfung der Identität der Teilnehmenden ist nicht möglich. Durch die Angabe von Bundesland und Region ist eine Sabotage jedoch vermutlich bemerkbar. Auch eine nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Frage ist bei dieser Form der Erhebung möglich, wird aber, genauso wie eine Verfälschung, auf Grundlage fehlender Anlässe nicht vermutet.

In Bezug auf die Items des Fragebogens werden folgende Aspekte beachtet.

Die Hypothesen, welche dem Fragebogen vorangehen, müssen operationalisierbar sein. Dabei wird an die bereits bestehende Forschung, größtenteils von Isfort (2019b) angeknüpft, um Items zu bilden, die diese Operationalisierung ermöglichen und Gütekriterien beachten. Die so entstehenden Items sollen transparent vermitteln, was sie messen. Um weitere Transparenz zu schaffen, werden die Hintergründe und Ziele der Gesamterhebung allen ProbandInnen zu Beginn der Umfrage bereitgestellt.

Da der Ist-Zustand bei der Befragung im Vordergrund steht, kann der Berücksichtigung zeitlich veränderbarer Merkmale, wie den soziodemographischen Daten der ProbandInnen, weniger Beachtung zukommen. Da es sich um ein Querschnittsdesign handelt, werden auch nur zum Zeitpunkt der Erhebung gewonnene Daten bei der Auswertung berücksichtigt. Bei der Bewertung hypothetischer Beratungssettings ist zu beachten, dass auch diese Bewertungen zeitlich veränderbar sind. Die Bewertung hängt von persönlicher, institutioneller und gesellschaftlicher Entwicklung ab. Doch auch hier wird vorerst nach dem Ist-Zustand gefragt, welcher die zu dem Zeitpunkt stattfindende Bewertung abfragt.

Auf Incentives wird aus methodischen Gründen verzichtet.

6.3 Vorgehensweise der Auswertung

Die Auswertungsgrundlage bilden die auf der Plattform umfrageonline.com gesammelten Antworten der Teilnehmenden des Fragebogens. Durch die Analysefunktion der Plattform müssen die Ergebnisse nicht in ein weiteres Auswertungsportal geladen werden. Die gesammelten Daten werden bereits im Programm in Diagrammen und Tabellen dargestellt. Ein Export aus dem Portal heraus, als beispielsweise Excel-Dokument, ist zudem möglich.

Damit der Zusammenhang zweier Merkmale ermittelt werden kann, wird im Rahmen der automatischen Auswertung für eben diese Merkmale eine Kreuzauswertung gewählt. Zur Veranschaulichung des Zusammenhangs werden die Daten in eine Excel-Datei exportiert und so als Diagramm veranschaulicht. In die Auswertung fließen nur die Antworten der Teilnehmenden ein, welche den Fragebogen bis zum Schluss beantwortet haben.

7. Ergebnisse

7.1 Soziodemographische Daten und Fachstellen

Insgesamt wurden 237 Teilnahmen an der Umfrage verzeichnet. Davon wurden 37 Teilnahmen zwar begonnen, aber nicht beendet. Der Abbruch der Teilnahme fand in den meisten Fällen zwischen der ersten und vierten Frage statt. 200 Personen nahmen an der Umfrage bis zum Schluss teil. Durch die fehlende Beantwortungspflicht der einzelnen Fragen sind nicht überall alle 200 Antworten gesammelt worden. Aus 15 der 16 Bundesländer haben Fachkräfte teilgenommen (vgl. Abbildung 4.12). Einzig aus Brandenburg gab es keine Teilnahme. Alle Teilnehmenden, die die Umfrage beendeten, gaben bei der Frage nach ihrem Bundesland eine Antwort ab. Die Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg waren die am häufigsten genannten Bundesländer. Bremen, das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern waren in der Befragung am wenigsten vertreten (vgl. ebd.). Die Sammlung der soziodemographischen Daten zeigte, dass 63,6% der Befragten weiblich waren (vgl. Abbildung 4.18). Drei Personen machten bewusst keine Angabe zu ihrem Geschlecht, zwei weitere ließen die Frage aus. Zwei Personen waren unter 25 bzw. über 66 Jahre alt. Die Verteilung der anderen Teilnehmenden gliederte sich annähernd gleichmäßig in den Stufen 25-35 Jahre, 36-45 Jahre, 46-55 Jahre und 56-65 Jahre (vgl. Abbildung 4.17). Die Berufserfahrung in der psychosozialen Betreuung lag zu 23% bei unter 5 Jahren. 39% arbeiteten zwischen 5 und 15 Jahren in diesem Bereich. 38% länger als 15 Jahre (vgl. Abbildung 4.16). 40% der Befragten konnten keine Angabe darüber geben, wie hoch der zeitliche Umfang der psychosozialen Betreuungen in der wöchentlichen Arbeitszeit ist. Vollzeit führten die Arbeit 23,5% aus (vgl. Abbildung 4.14). 76% der Befragten gaben an, ihre Betreuungen in allgemeinen Suchtberatungsstellen stattfinden zu lassen. 5% arbeiteten in direkter Anbindung an die Substitution in Ambulanzen oder Praxen. Weiter werden Betreuungen in ambulanten Beratungsstellen mit expliziter Ausrichtung auf Substituierte (13% der Befragten) und ohne diese Ausrichtung (5% der Befragten) durchgeführt (vgl. Abbildung 4.11). 1% der Befragten arbeitete in stationären Fachstellen (vgl. ebd.). 37,7% der Teilnehmenden betreuten unter 20 Substituierte im Rahmen psychosozialer Hilfen (vgl. Abbildung 4.15). Die Hälfte dieser (50,4%) hatte dabei keinen festen Umfang für diese Arbeit. Dies trat fast ausschließlich in allgemeinen Suchtberatungsstellen auf. Gleichzeitig gab es 13 Personen mit einer Vollzeitstelle im Rahmen der psychosozialen Angebote, die auch weniger als 20 Substituierte begleiteten. Diese Stellen lagen vor allem in Bayern (38,46%) und Berlin (23,08%). Betreuungen von mehr als 80 Substituierten fanden ebenso größtenteils in Suchtberatungsstellen statt (70,73%), aber auch in Beratungsstellen, die explizit für die psychoso-

ziale Betreuung Substituierter geschaffen wurden (18,05%) (vgl. Abbildung 4.15). Unabhängig von der zu betreuenden KlientInnenanzahl und des Stellenumfangs gab es eine besondere Häufung dieser Einrichtungen in Berlin.

Die Betreuungsangebote lagen in allen Stadttypen, die zur Auswahl standen. Am geringsten waren Angebote in Landgemeinden zu finden (1%). Am häufigsten in Mittelstädten (34,17%) (vgl. Abbildung 4.13).

7.2 Stand der Digitalisierung

Der Stand der Digitalisierung wurde aus den ersten 5 Fragen abgeleitet. So nannten 89% der Teilnehmenden zusätzliche Beratungsformen in ihrer Fachstelle, die außerhalb der face-to-face Beratung lagen (vgl. Abbildung 4.1). Am häufigsten wurde hier die E-Mail-Beratung genannt (89,1%). 37,5% führten Beratungen mithilfe von Videokonferenztools durch. Mobile Messenger wie WhatsApp oder Telegram wurden von 28,8% für die Beratung genutzt. Chats (9,8%), sonstige Medien (7,6%) sowie E-Health Programme (1,1%) und Selbsttests (1,1%) boten nur wenige Fachstellen an (vgl. ebd.).

Trotz alternativer Angebote gaben 92% der 200 Fachkräfte an, dass die hauptsächliche Beratungstätigkeit über face-to-face Kontakt durchgeführt wurde (vgl. Abbildung 4.2). 6,5% führten diese über telefonischen Kontakt durch und 0,5% in Form von digitalem Kontakt. 1% nutzte sonstige unbenannte Formen der Beratungsdurchführung (vgl. ebd.).

7.3 Bewertung von digitalen Hilfen

Von 370 Antworten bei der Frage nach einer effektiveren Gestaltung der psychosozialen Betreuung in Deutschland wurde 96-mal der Ausbau der digitalen Angebote genannt: zum einen durch bundesweite Strukturen sowie durch trägereigene Konzepte (vgl. Abbildung 4.6). 98-mal, und somit am häufigsten, wurde der methodische Ausbau der bestehenden Beratungsstellen vor Ort genannt. Am zweithäufigsten (83-mal) wurde die Errichtung weiterer Anlaufstellen genannt (vgl. ebd.). 6-mal wurde kein Verbesserungsbedarf gesehen. Dafür wurde 47-mal genannt, dass das Hilfesystem grundlegend umstrukturiert werden müsse. Neben den aufgelisteten Antworten wurden zudem folgende Verbesserungen genannt: Kooperation und Verbund von PSB und Substitution, Aufsuchende Arbeit, Sicherstellung der Finanzierung und ausreichend Personal, niedrigschwelligerer Zugang (vgl. ebd.).

Dass digitale Angebote die PSB vor Ort sinnvoll ergänzen könnten, stimmten 76,88% voll oder eher zu. 21,11% stimmten dabei eher weniger oder gar nicht zu (vgl. Abbildung 4.7).

Dass digitale Angebote die PSB ersetzen könnten, wurde von 86,5% gar nicht zugestimmt

(vgl. ebd.). 14 von 199 Befragten gaben an, dass die Digitalisierung gar keine Rolle in den psychosozialen Hilfen für Substituierte spiele (vgl. Abbildung 4.8).

Bei den Zielen der digitalen Angebote wurden die Vermittlung in Angebote, Informationsgewinnung und Aufbau einer beratenden Beziehung ähnlich häufig genannt (vgl. ebd.). Zusätzlich wurden niedrigschwelliger Zugang, schnelle Kontaktaufnahme, besserer Datenaustausch mit anderen Stellen und die Aufrechterhaltung von Kontakten als Ziele benannt.

In Frage 9 sollte die subjektiv empfundene Wirksamkeit von digitalen Angeboten angegeben werden. Für 61,11% bot die digitale PSB einen niedrigschwelligen Zugang. 35,63% stimmten dabei eher weniger oder gar nicht zu. 62,95% stimmten eher oder voll zu, dass die Beratungsbeziehung unter der digitalen Lösung leide. Gleichzeitig könnten damit jedoch durch Abbruch geprägte Kontakte aufrechterhalten werden, so zumindest 52,02% der Befragten. Auch ein frühzeitiger Zugang zu Hilfen wäre so laut 69,2% der befragten Personen geschaffen. Dass die Teilnahmemotivation durch die Methodenvielfalt negativ beeinflusst sei, sahen 62,44% der Befragten nicht so (weniger oder gar keine Zustimmung).

Deutliche Zustimmung gab es bei dem Item, dass die Kontakte in der digitalen Betreuung kürzer seien als in der face-to-face Betreuung mit einem arithmetische Mittel von 3,13. (1= stimme gar nicht zu, 2= stimme weniger zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme voll zu) und dass diese Angebote anonymer scheinen als die vor Ort (mit einem arithmetischen Mittel von 3,12). Einer erhöhten Häufigkeit der Inanspruchnahme wurde von 41,83% eher oder voll zugestimmt. Eine deutliche Enthaltung gab es bei dem Item, das nach der Passung bestimmter Merkmale von Fachkräften und KlientInnen fragt: 40 von 198 Personen machten hier keine Angabe.

7. 4 Hypothese 1

Je schwerer Beratungsangebote im Bereich psychosozialer Hilfen für Substituierte erreichbar sind, desto schwerer sind auch Betreuungsbeginne und -aufrechterhaltungen.

Die Hypothese wird folgendermaßen operationalisiert. Schwer zugängliche Angebote werden daran gemessen, dass sie wenig alternative Kontaktangebote bieten, nicht bekannt sind und als nicht niedrigschwellig gelten.

Erschwerte Betreuungsbeginne und -aufrechterhaltungen werden daran gemessen, dass bestimmte Gruppen nicht erreicht werden, dass nicht alle Substituierten mit Hilfebedarf Hilfe erhalten und dass die Betreuungsbeendigungen nicht geplant sind.

Bereits in 7.2 wurde der Stand der digitalen Hilfen aufgegriffen. Für die hier aufgestellte Hypothese wurden die Antworten gewertet, bei denen die digitalen Medien keine Verwen-

dung in der Beratung fanden. Dies war der Fall bei zwölf TeilnehmerInnen, die die erste Frage nicht beantworteten sowie sechs, die dabei angaben, von keinen digitalen Medien zu wissen. Somit war bei allen gegeben, dass die Kontaktangebote sehr begrenzt waren. Die Angaben zu den Fragen nach der Niedrigschwelligkeit und der Bekanntheit der Angebote wurden zusammengefasst. Dieser Wert wurde dann mit den zusammengefassten Angaben zum Erhalt von Hilfe bei Bedarf und den planmäßigen Beendigungen korreliert. Die Merkmale korrelieren mit einem Wert von Pearson- $r=0,66$ (vgl. Abbildung 5.3).

Wie in Kapitel 7.2 erläutert, macht die hauptsächliche Form der Beratung in Deutschland die face-to-face Beratung aus. Unter den stattfindenden Bedingungen zeigen sich folgende Ergebnisse in Bezug auf die Betreuung von KlientInnen: Besonders Personen ohne Motivation waren nur schwer für die Hilfen zu erreichen (81%) (vgl. Abbildung 4.3). 50% der Teilnehmenden gaben an, dass auch Personen mit keinen oder wenig Deutschkenntnissen schwer erreichbar waren. Mehr als 50 Personen nannten zudem folgende Gruppen als schwer erreichbar: Personen in äußerst multiplen Problemlagen (36%), Personen mit psychischen Erkrankungen (32,5%), immobile Personen (28%) sowie Personen mit weitem Anfahrtsweg (26%) (vgl. ebd.). Auch alle anderen aufgeführten Personengruppen wurden von mindestens 18 Befragten als schwer erreichbar eingestuft. Zudem wurden folgende Gruppen benannt, die nicht in der ursprünglichen Liste aufgenommen waren: Personen mit justiziel- len Auflagen, ohne festen Wohnsitz und/oder Telefon, Personen über 60 Jahren, Menschen ohne aktive Veränderungsbereitschaft, mit hohem Beikonsum sowie ohne Leistungsansprüche in Deutschland (vgl. ebd.). 2,5% der Befragten gaben an, dass ihnen keine Gruppe bekannt sei, bei der die Aufnahme oder Aufrechterhaltung einer Betreuung erschwert wäre (vgl. ebd.).

35,5% der Befragten stimmten eher zu, dass in ihrem Bundesland die Versorgung Substituierter mit psychosozialer Betreuung ausreichend sei (vgl. Abbildung 4.5). Jedoch stimmten auch 32,5% dieser Aussage eher weniger zu. Auf Gesamtdeutschland gesehen stimmten 80,5% eher oder voll zu, dass alle Substituierten im Zuständigkeitsbereich von der Möglichkeit der psychosozialen Hilfen wüssten (vgl. ebd.). Dabei gab es keine signifikanten Unterschiede aufgrund der Lage in ländlichen oder städtischen Gebieten. Beim Blick auf die einzelnen Bundesländer fiel auf, dass in Niedersachsen, Hessen und Baden-Württemberg das größte Wissen über die Hilfe herrsche. In Bremen und Mecklenburg-Vorpommern stimmten

alle teilnehmenden Fachkräfte eher weniger zu, dass es dieses Wissen bei den Substituierten gäbe. 1,5% stimmten dabei gar nicht zu. Die Frage, ob alle Personen mit Hilfebedarf Hilfe erhielten, wies die größte Standardabweichung (1,02) in Frage 5 auf (vgl. ebd.) In Bezug auf die Betreuungsbeendigungen gab die Mehrheit (85,5%) an, dass nicht alle Betreuungen geplant beendet werden. Die Standardabweichung bei diesem Item betrug 0,67 und war die geringste im Vergleich zu den anderen dieser Frage (vgl. ebd.). 76% aller Befragten bewerteten die Angebote der PSB als niedrighschwellig wahrnehmbar. Die Standardabweichung betrug 0,82 (vgl. ebd.).

Eine Stelle gab an, dass sie digitalen Kontakt als die hauptsächliche Beratungsform nutzte (vgl. Abbildung 4.2). Diese Stelle nannte als schwer erreichbare KlientInnen nur diejenigen mit wenig Motivation für Hilfen. Zudem seinen KlientInnen ohne Telefon schwer zu greifen. Die Stellen mit hauptsächlich digitalem, telefonischem oder sonstigem Zugang zur Beratung geben weniger häufiger an, folgende Gruppen nicht zu erreichen bzw. eine erschwerte Beratung Aufrechterhaltung zu erfahren im Vergleich zu den Stellen, in denen face-to-face Beratung hauptsächlich angewendet wird: immobile Personen, Berufstätige, Personen mit keinen oder wenig Deutschkenntnissen, Personen mit wenig Motivation (vgl. Abbildung 6.7 und 6.8).

7.5 Hypothese 2

Wenn bestimmte Merkmale einer Gruppe die psychosoziale Versorgung vor Ort ausschließen, dann kann durch Online-Angebote die Versorgung stattfinden.

Um zu testen, ob Gruppen mit bestimmten Merkmalen durch die Online-Beratung besser erreicht werden können als ohne, wurden Daten aus Frage 3 und 10 herangezogen. Es zeigte sich, dass durch die derzeit stattfindende Beratung, die hauptsächlich als face-to-face Kontakt stattfand (vgl. Abbildung 4.2), besonders die Personen nur schwer erreicht werden, die wenig Motivation für die Hilfen haben, keine oder wenig Deutschkenntnisse haben, psychische Erkrankungen haben, immobil sind und weite Anfahrtswege haben (vgl. Abbildung 4.3).

Mit der Möglichkeit der Onlineberatung schätzten die Fachkräfte die Erreichung bei den genannten Zielgruppen folgendermaßen ein. 86,37% gaben an, dass immobile Personen eher oder sehr wahrscheinlich digitale Angebote in Anspruch nehmen würden (vgl. Abbildung 4.10). Personen ohne Deutschkenntnisse würden zu 74,25% weniger oder sehr unwahrscheinlich eine Online-Beratung wahrnehmen. 77,78% der Fachkräfte schätzen, dass Personen aus ländlichen Gebieten, also mit weiter Anreise, eher oder sehr wahrscheinlich Onlineberatung nutzen würden. Psychisch Erkrankte würden laut 59,39% der Fachkräfte weniger

oder unwahrscheinlich Online-Angebote nutzen. 31,48% gehen davon aus, dass diese Personengruppe eher oder sehr wahrscheinlich online erreichbar wäre. Am unwahrscheinlichsten halten die Fachkräfte die Inanspruchnahme von Online-Angeboten bei Personen mit wenig Motivation für die Hilfen. Dennoch schätzen 15,38% es für eher oder sehr wahrscheinlich ein, dass auch diese Personengruppe Online-Beratung in Anspruch nehmen würde (vgl. ebd.).

7.6 Hypothese 3

Wenn Hilfebedürftige gegenüber face-to-face Betreuung schambehaftet sind, dann profitieren diese von Online-Angeboten.

Diese Hypothese wird mithilfe der Frage 4 und 10 getestet. Scharm stelle laut 58,5% der Befragten kein Grund für das Fernbleiben aus der Betreuung dar (vgl. Abbildung 4.4).

Falls bei Personen die Scham eine Zugangshürde zur Face-to-face Betreuung darstelle, schätzen 70% der Befragten es eher oder sehr wahrscheinlich ein, dass diese Personen die Online-Beratung wahrnehmen würden (vgl. Abbildung 4.10).

7.7 Hypothese 4

Je älter Fachkräfte in Fachstellen für psychosoziale Hilfen sind, desto weniger Offenheit herrscht gegenüber digitaler Betreuungsformen.

Für diese Hypothese wurde die Beziehung zwischen den Variablen Alter (vgl. Abbildung 4.17) und Grad der Zustimmung zur Aussage „PSB ist ausschließlich im face-to-face Kontakt möglich“ (vgl. Abbildung 4.7) ermittelt. Die Variablen weisen einen Korrelationswert von $\text{Pearson-}r=0,054$ auf (vgl. Abbildung 5.1). Es besteht keine Korrelation zwischen den Variablen. Anders sieht es bei der Korrelation von Alter und der Zustimmung zur Aussage „Digitale Angebote (diverse Formen) können die PSB vor Ort sinnvoll ergänzen“ aus. Dabei lässt sich ein Korrelationswert von $\text{Pearson-}r=-1$ errechnen (vgl. Abbildung 5.2). Je älter die Fachkräfte sind, desto weniger stimmen sie der Aussage zu. Je jünger sie sind, desto mehr stimmen sie der Aussage zu.

Der Aussage, dass die digitalen Angebote die PSB vollkommen ersetzen könnten, stimmten bis auf eine Person alle Befragten weniger bis gar nicht zu (vgl. Abbildung 4.7). Bei gar keiner Zustimmung war die Gruppe der über 45-Jährigen am stärksten (73,26%) (vgl. Abbildung 6.1), bei weniger Zustimmung war die Gruppe der unter 46-Jährigen am stärksten (60%) (vgl. Abbildung 6.2). Die Standardabweichung bei diesem Item betrug 0,39 (Abbildung 4.7).

Ähnliche Ergebnisse zeigte Frage 8. Die Personen, die dabei angaben, dass Digitalisierung

keine Rolle für die psychosozialen Hilfen für Substituierte spielen, waren zu 57,14% über 46 Jahre alt (vgl. Abbildung 6.3). Auffällig war, dass die Hälfte aller Teilnehmenden aus Sachsen (N=6, vgl. Abbildung 4.12) die Digitalisierung für nicht notwendig erachtete (vgl. Abbildung 6.4). Auf diesen Umstand konnte nicht weiter eingegangen werden.

Beim Vergleich der Antworten der Teilnehmenden, die über 55 Jahre alt waren und denen, die unter 36 Jahre alt waren, zeigten sich folgende Ergebnisse. Die ältere Gruppe stimmte bei den Items der Frage 9 (vgl. Abbildung 4.9) durchschnittlich weniger zu als die jüngere Gruppe, wenn es um Items ging, die positiv für die digitale Beratung sprachen. Bei allen Items, die negativ gegen die digitale Beratung sprachen, stimmte die ältere Gruppe durchschnittlich mehr zu (vgl. Abbildung 6.5 und 6.6).

7.8 Sonstige Daten

Neben den quantitativen Daten, die mittels Fragebogen erhoben wurden, entstand auch eine Sammlung an qualitativen Anmerkungen der ProbandInnen zur Erhebung. Diese erschienen während der Kommunikation zur Bearbeitung des Fragebogens auf.

Obwohl einige Einrichtungen aufgrund eines fehlenden PSB-Angebots nicht an der direkten Umfrage teilnehmen konnten, lieferten sie durch ihre schriftliche Rückmeldung wichtige Beiträge. So wurde durch den Kommentar einer Beratungsstelle in Sachsen besonders deutlich, welche problematische Versorgungssituation für OpioidkonsumentInnen mancherorts herrscht.

„In unserer Gegend werden kaum Opioide konsumiert, so dass auch nur sehr selten der Wunsch nach Substitution aufkommt. Und das scheitert dann daran, dass es hier keine Ärzte gibt, die Substitutionen durchführen. Entsprechenden Klienten bleibt leider nur, die Region zu verlassen.“ (Schlichting, 2021, Anhang 2.2).

Außerdem wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der Personenkreis der Substituierten im Bereich der digitalen Teilhabe schlecht aufgestellt sei. So verfüge der überwiegende Anteil von Hilfebedürftigen über kein Endgerät, mit welchem sie digitale Angebote nutzen könnten (vgl. Rotter, 2021, Anhang 2.3).

8. Diskussion

8.1 Interpretation der Ergebnisse

8.1.1 Soziodemographische Daten und Fachstellen

Trotz der durchaus hohen Stichprobe ist die Repräsentativität dieser fraglich. Wie bereits in 6.1.3 beschrieben, ist eine repräsentative Stichprobengröße durch fehlende Daten schwer ermittelbar. Die 237 Teilnahmen wären somit 90,8% der berechneten 261 Fachstellen. Da pro Fachstelle auch mehrere Fachkräfte an der Umfrage teilgenommen haben könnten, kann keine Aussage über die Stichprobe im Verhältnis zur Grundgesamtheit aller Fachkräfte in Deutschland gemacht werden. Ungeachtet der Schwierigkeit der Berechnung einer repräsentativen Stichprobengröße ist die räumliche Verteilung der Befragten als repräsentativ anzusehen. Aus den Bundesländern, in denen die meisten EinwohnerInnen leben, NRW, Bayern und Baden-Württemberg (vgl. Destatis, 2020), sind auch die meisten Antworten eingegangen. Auch decken sich die Länder mit den wenigsten Teilnahmen in der Umfrage und mit den wenigsten EinwohnerInnen. Diese sind Bremen, das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Destatis, 2020).

Werden die Bundesländer betrachtet, in denen die meisten Opioidkonsumierenden pro 1 000 Einwohner auftreten, nämlich Bremen, Hamburg und Berlin (vgl. Kraus et al., 2019), zeigt sich eine Lücke zwischen Bedarf und Angeboten. Besonders deutlich wird dies in Bremen, wo nur eine Person an der Umfrage teilnahm (vgl. Abbildung 4.12). Natürlich bedeutet dies nicht, dass auch nur eine Stelle die PSB in Bremen übernimmt, jedoch lässt es darauf schließen, dass die PSB nicht entsprechend des Bedarfs ausgebaut ist.

Dasselbe gilt für das Saarland. Laut BKA (2020) waren hier 2019 im Gesamtvergleich zu Deutschland besonders häufig Menschen durch den Gebrauch von Heroin verstorben. Bei der Umfrage nahm nur eine Person teil, welche durch ihre Angaben Preis gab, dass sie trotz Teilzeitstelle mehr als 80 Substituierte betreute.

Die Betrachtung der Daten zu den Fachstellen zeigt eine Unausgeglichenheit in der Versorgungsstruktur deutschlandweit. So gibt es wie oben benannt Gebiete mit einem hohen Bedarf und scheinbar geringer Zahl an Fachkräften und Kapazitäten, andernorts gibt es große Kapazitäten, die wenig ausgelastet sind. Die Verfügbarkeit der Fachkräfte kann jedoch durch die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten nicht ausgeglichen bzw. koordiniert werden. Die Versorgungsmöglichkeit für Substituierte ist damit stark davon abhängig, in welcher Region diese leben.

Zu Beginn wurde beschrieben, dass viele der Einrichtungen in den psychosozialen Hilfen für Substituierte als Kooperationen zwischen Beratungsstellen und medizinischen Angebo-

ten existieren (vgl. Poehlke et al., 2020). In der Umfrage zeigte sich deutlich, dass dies in der Realität nicht der Fall zu sein scheint, sondern der Großteil der Betreuungen als Leistung der Suchtberatungsstellen in sehr geringem und nicht festgelegtem Umfang ausgeführt wird. Ob die Qualität der Angebote darunter leidet, kann hier nicht beantwortet werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Kommunikation und Kooperation mit substituierenden Stellen nicht in dem Maße stattfinden kann, wie sie in Fachstellen abläuft, die direkt an das medizinische System angebunden sind. Auch Fachkräfte in der Befragung sahen dies als Mangel. Dass nur 5% der Fachkräfte in derartig angebundenen Fachstellen arbeiten, lässt Rückschlüsse darauf führen, dass eine Vielzahl an Substitutionsstellen ihre PatientInnen zwar medizinisch versorgen, jedoch keine psychosoziale Hilfe bieten können. Die Befunde der Erhebung decken sich mit den Recherchen, dass ein Verweis von medizinischen Stellen an die psychosozialen Fachstellen nur selten stattfindet (vgl. Dauber et al., 2019). Die Inanspruchnahme weiterführender Maßnahmen ist damit selbst zu organisieren und daher mit einer Hürde versehen. Als Lösung sind von Seiten der Befragten der methodische Ausbau der Fachstellen, aufsuchende Arbeit und die Digitalisierung der Angebote denkbar.

8.1.2 Stand der Digitalisierung

Die Recherchen zu dieser Arbeit wiesen darauf hin, dass es keine speziellen digitalen Angebote im Bereich der psychosozialen Hilfen für Substituierte in Deutschland gibt. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen jedoch auf, dass es vereinzelt Fachstellen gibt, die derartige Angebote leisten. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen öffentlicher Darstellung der Fachstellen und der wirklichen Angebotserbringung dieser. Es lässt sich vermuten, dass durch die Coronakrise viele Fachstellen kurzfristig auf digitale Lösungen der Betreuung, wie Video-Tools, Chats und Mobile Messenger umgestellt haben, ohne darüber öffentlich zu informieren. Bereits vorher angebundene KlientInnen können so von den Chancen der digitalen Beratung profitieren. Für neue InteressentInnen der PSB ist durch die fehlende Kommunikation alternativer Angebote jedoch eine Hürde in der Betreuungsaufnahme geschaffen. Wer nicht bereits angebunden ist oder Kontakte zu den jeweiligen Stellen und Personen besitzt, kann nur durch großen Aufwand die digitale Betreuung wahrnehmen. Auch Verweise durch andere Stellen und Fachkräfte gestalten sich schwierig, wenn die Angebotsmöglichkeiten nicht offen kommuniziert werden.

Wird berücksichtigt, dass der Großteil der Betreuungen in den Suchtberatungsstellen stattfindet, lässt sich vermuten, dass die digitalen Lösungen nicht als Online-Angebot der psychosozialen Betreuungen für Substituierte deklariert sind, sondern in den digitalen Möglich-

keiten der Suchtberatungsstellen mitlaufen. Ob dann gesonderte Konzepte für die psychosoziale Beratung im digitalen Kontext existieren, ist fraglich.

Da in der Erhebung nach den Angeboten der Fachstelle gefragt wurde, könnte es sein, dass zwar möglicherweise in der Fachstelle mit digitalen Angeboten gearbeitet wird, aber nicht von den Teilnehmenden an der Umfrage selbst. Diese Frage hätte konkreter auf die Mitarbeitenden ausgerichtet sein müssen. Außerdem wäre es wichtig gewesen zu erfragen, ob bereits vor der Coronapandemie digitale Angebote als Beratungsoption nutzbar waren.

8.1.3 Bewertung von digitalen Hilfen

Dass digitale Angebote eine Ergänzung zu den bestehenden Maßnahmen bieten könnten, stimmte der Großteil der Befragten zu. Deutliche Ablehnung gab es bei der Ersetzung der Regelangebote durch die digitalen Angebote. Dies zeigt sich auch dabei, dass der Fokus beim Ausbau der PSB auf den Fachstellen vor Ort liegen soll und die digitalen Angebote eine deutlich kleinere Rolle dabei spielen.

In der Recherche zeigte sich, dass bei psychischen Krankheiten besonders der Austausch und die Informationsgewinnung über digitale Angebote wahrgenommen werden (vgl. Eichenberg et al., 2013). Laut der Befragten ist dies auch für Substituierte zu übernehmen. Diese Zielgruppe zeigt also teilweise dieselben Bedürfnisse wie anderweitig psychisch Erkrankte. Dass sich trotz digitaler Angebote die Beziehungsqualität zwischen BeraterIn und KlientIn nicht verändert (vgl. Schmidt-Rosengarten, 2018), wird unter den Befragten anders gesehen. Vermutlich bewerten viele Fachkräfte die Möglichkeiten digitaler Versorgung vor dem Hintergrund, dass sich viele KlientInnen in multiplen Problemlagen und prekären Verhältnisse befinden. Nicht vergessen werden dürfen aber auch die KlientInnen, die weniger intensive Bedarfe zeigen oder jene, die bislang noch gar nicht in der PSB angebunden sind. Besonders Niedrigschwelligkeit, Anonymitätsgefühl, schnelle Kontaktaufnahme und verbesserter Datenaustausch werden von den Befragten größtenteils als Ziel oder positive Wirkung der digitalen Hilfen bewertet. Diese Ergebnisse decken sich mit Befunden aus interdisziplinären Studien von Jonas und KollegInnen (2012), Zschorlich und KollegInnen (2015), Isfort (2019a) und der DHS (2019). Benachbarte Disziplinen, die allgemeine Suchthilfe und die Angebote für Substituierte zeigen demnach Parallelen. Durch die Erkenntnis, dass die psychosozialen Angebote für Substituierte in den meisten Fällen in allgemeinen Suchtberatungsstellen stattfinden, scheint eine Trennung der Bereiche allemal in diesem Fall hinfällig zu sein.

Dass 35,63% der Befragten digitale PSB als weniger bis gar nicht niedrigschwellig empfanden, könnte am unterschiedlichen Begriffsverständnis der Niedrigschwelligkeit liegen. Man-

che Fachkräfte hielten diese Form der Beratung vielleicht nicht für niedrigschwellig zugänglich, weil nicht alle Personen der Zielgruppe über Endgeräte verfügten. Die Erhebungsergebnisse hängen also auch stark von Begriffsdefinitionen ab.

8.1.4 Hypothese 1

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass deutschlandweit die face-to-face Beratung als hauptsächliche Betreuungsform genutzt wird. Bestimmte KlientInnengruppen können dadurch nur schwer erreicht werden. Eine eindeutige Korrelation zwischen dem Nichtangebot von digitalen Maßnahmen und der defizitären KlientInnen-Erreichung konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht festgestellt werden. Jedoch zeigte sich, dass zwar die Mehrheit der Fachkräfte angab, dass ihre Angebote niedrigschwellig wahrnehmbar seien, jedoch viele Personengruppen trotzdem nicht erreicht wurden. Wenn jedoch digitale oder telefonische Beratung möglich war, dann nahm die Anzahl unerreichter Personengruppen ab. Es lässt sich also sagen, dass sich Alternativen zur face-to-face Beratung positiv auf die Erreichung der KlientInnen auswirken.

8.1.5 Hypothese 2

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Fachkräfte bestimmte Personengruppen durch Onlineberatung besser erreicht sehen als durch die bereits bestehende PSB-Beratung vor Ort. Bei bestimmten Merkmalen einer Gruppe, wie fehlender Mobilität, ländlichem Wohnort oder psychischen Krankheiten war diese Einschätzung stärker ausgeprägt als bei anderen Merkmalen.

Die Einschätzung, dass Personen ohne Deutschkenntnisse die Onlineberatung wahrscheinlich nicht in Anspruch nehmen würden, beruht vermutlich auf der Annahme, dass diese in deutscher Sprache stattfinden würde. Die Möglichkeit einer Sprachauswahl bei der Onlineberatung hätte hier mit angegeben werden müssen.

8.1.6 Hypothese 3

Die Frage, ob Scham ein Grund darstelle, die Betreuung nicht in Anspruch zu nehmen, wurde entgegen der Befunde aus Studien (vgl. Knaevelsrud & Maercker, 2010; Wandhoff, 2016) größtenteils verneint. Ob hier die Aussage der Fachkräfte jedoch die Wirklichkeit repräsentiert, ist fraglich. Personen, die schambehaftet sind, tauchen nicht in der Betreuung auf und werden daher gar nicht erst wahrgenommen. Die Frage hätte sich direkt an KlientInnen richten müssen, die kein Angebot der psychosozialen Betreuung wahrnehmen. Dennoch ergibt

sich bereits aus der Erhebung, dass diese Personengruppe von digitalen Angeboten profitieren würde.

8.1.7 Hypothese 4

Durch die annähernd gleichmäßige Teilnehmerzahl der Altersgruppen 25-35, 36-45, 46-55 sowie 56-65 konnten die Antworten gut miteinander verglichen werden. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Offenheit gegenüber digitalen Angeboten in den psychosozialen Hilfen für Substituierte.

In den Recherchen zu dieser Arbeit wurde herausgefunden, dass unter anderem die Skepsis vieler Fachkräfte das Vorantreiben der Digitalisierung in der Suchthilfe hindert (vgl. Isfort, 2019a). Die digitalen Strukturen hingegen seien bereits weitläufig vorhanden (vgl. ebd.). In den Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich, dass die Skepsis deutlich höher ist bei denjenigen, die ein höheres Alter besitzen. Dass 60% der Einrichtungen die Onlineberatung als wichtig oder sehr wichtig für die Zukunft empfinden (vgl. Keitsch & Schmid, 2019), lässt sich auch auf die PSB-Einrichtungen übertragen. Der Anteil der Befragten der Umfrage lag bei über 76%. Mit Blick auf die erhobenen Daten sind besonders jüngere Fachkräfte dieser Meinung. Da die Generation der Babyboomer nach und nach in Rente gehen wird, werden in Zukunft vermehrt Fachkräfte Beratungen durchführen, die tendenziell der Onlineberatung aufgeschlossener gegenüberstehen.

8.2 Reflexion der Methode

Zwar wurden durch die Erhebung die Ergebnisse gesammelt, die angestrebt waren, dennoch gibt es einige Aspekte, die reflektiert werden müssen.

So zum Beispiel das Vorgehen bei der TeilnehmerInnenauswahl. Die Suche nach ProbandInnen lief zum einen über die Landesstellen für Suchtfragen der einzelnen Bundesländer und zum anderen über direkten digitalen Kontakt mit Beratungsstellen. Damit hatte bereits eine Anpassung des Verfahrens stattgefunden, da die Rekrutierung über die Landesstellen nicht wie erwartet ablief. Der Rücklauf war zu gering, sodass eine direkte Ansprache für sinnvoller gehalten wurde. Mit einer ausgeweiteten Multiple-side-entry-technique (Dillman & Bowker, 2001) hätten vermutlich noch mehr ProbandInnen erreicht werden können. Der organisatorische Aufwand wäre dann jedoch vermutlich nicht händelbar gewesen.

Die Repräsentativität der Stichprobe war dadurch eingeschränkt, dass nur ProbandInnen an der Umfrage teilnahmen, die mindestens die E-Mail-Kommunikation nutzten. Einrichtungen, die nicht einmal über diesen Kanal erreichbar sind, schieden somit als ProbandInnen aus. Ver-

mutlich nahmen zusätzlich vorwiegend Personen teil, die ein Interesse an der Thematik zeigten. Diejenigen, die Digitalisierung für sehr unwichtig halten, haben den Fragebogen vermutlich nicht einmal begonnen oder nach den ersten Fragen wieder abgebrochen.

Bei der Auswertung fiel zusätzlich auf, dass die erste Frage bereits so gestellt war, dass sie sich ausschließlich an Fachkräfte wandte, die digitale Kommunikation in ihren Fachstellen anboten. Die Möglichkeit, dass keine digitalen Medien verwendet werden, wurde in dieser Frage nicht gegeben. Dies könnte ein weiterer Grund dafür sein, warum bereits zu Beginn einige ProbandInnen die Umfrage abgebrochen haben.

Die Berechnung der Grundgesamtheit bot einen groben Richtwert für diese Arbeit. Im Laufe der Arbeit wurde deutlich, dass zwar die Suchtberatungsstellen und psychosozialen Beratungsstellen berücksichtigt wurden, jedoch in einem vermutlich falschen Verhältnis. Die Zahl der Suchtberatungsstellen, die PSB anbieten, ist nach den Angaben aus der Erhebung höher zu schätzen als vorher angenommen wurde. Die Zahl der psychosozialen Beratungsstellen hingegen ist deutlich niedriger anzunehmen.

Auch die Reliabilität der Umfrage weist in einigen Punkten Mängel auf.

So wurden die ProbandInnen nur einmalig befragt. Es kann sein, dass Fachstellen ihre digitalen Angebote nach der Umfrage umgestellt haben oder dass die Bewertung digitaler Angebote durch strukturelle Veränderungen überdacht wird.

Auch der Zeitpunkt der Befragung stellte dabei eine Schwierigkeit dar. Zu Beginn der Arbeit war der erste Lockdown im Zuge der Corona Pandemie in etwa ein halbes Jahr her. Im Lauf der Arbeit veränderte sich die Situation der Beratungsstellen immer wieder bezüglich Hygienevorschriften und damit verbunden auch den Kontakten zur Klientel. Viele Beratungsstellen waren gezwungen, ihre Kontakte online durchzuführen. Ob diese Lösungen dauerhaft sein sollen oder bereits vor dem ersten Lockdown existierten, wurde in der Arbeit nicht erfragt. So ist die Zahl derer, die angaben, digital zu arbeiten, vermutlich nur temporär erhöht.

Ebenso hätten die Fragen und Items reliabler sein müssen. Mit beispielsweise der Split-half-Methode hätte eine Test-Halbierungsreliabilität erreicht werden können. Dabei wären die Items des Fragebogens mit multiplen Indikatoren in zwei Hälften aufgeteilt worden. Da der Fragebogen dann noch länger gewesen wäre, wurde darauf verzichtet.

Die Länge des Fragebogens ist ein weiterer Mangel. Die 18 Fragen, die teilweise in weitere Items unterteilt sind, ließen den Fragebogen unübersichtlich wirken. Im Endeffekt wurden

Daten erhoben, die für die Ergebnisse nicht relevant waren. Bei der Erstellung des Fragebogens war der Stand der generellen Versorgung im Vordergrund. Bei der Auswertung wurde dieser weniger beachtet und der Stand der Digitalisierung sowie die Bewertung dieser nahmen mehr Raum ein.

Bei denjenigen Fragen, bei denen es um eine Bewertung ging, fällt auf, dass die Skalen der Zustimmung zu wenig Auswahlmöglichkeiten boten. Zwischen geringer und hoher Zustimmung ließ sich kaum ein Unterschied feststellen. Durch die geringe Breite der Skalen konnte jedoch eine Übersichtlichkeit beibehalten werden, welche vermutlich durch weitere Auswahlmöglichkeiten verloren gegangen wäre.

In Bezug auf die Validität lässt sich anmerken, dass die unkontrollierbare Erhebungssituation Einfluss auf die Genauigkeit des zu messenden Sachverhalts haben konnte. Zwar wird davon ausgegangen, dass durch eine anonyme Erhebungssituation sozial erwünschtes Antwortverhalten abnimmt (vgl. Paulhus, 1984), jedoch kann dies nicht ausgeschlossen werden. Gerade weil die Befragung im Arbeitskontext der ProbandInnen durchgeführt wurde, könnte eine Beantwortung der Fragen mit Blick auf soziale Erwünschtheit stattgefunden haben.

Auch andere Faktoren, wie das Verständnis der Fragen, die Lesefähigkeit und die Fähigkeit mit Computern umzugehen, wurden innerhalb des Fragebogens gemessen. Da es wegen der Multidimensionalität menschlichen Verhaltens und Erlebens kaum Verfahren gibt, die vollkommen valide sind, ist dieser Faktor auch bei den Ergebnissen dieser Untersuchung mit einzubeziehen. Die Untersuchung ist lediglich eindimensional durchgeführt.

Dass in der Erhebung Fachkräfte befragt wurden, führte zu einer überschaubaren TeilnehmerInnengruppe, die gut zu erreichen war und rege Rückmeldung gab. Dass die Fachkräfte jedoch Einschätzungen über Personengruppen geben sollten, die nicht in der Betreuung angebunden sind und daher auch nicht bekannt sind, stellt eine Schwierigkeit der Erhebung dar. Nicht nur in diesem Punkt zeigt sich, dass eine Befragung der AdressatInnen deutlich wichtiger gewesen wäre und vermutlich brauchbarere Ergebnisse geliefert hätte. Der Aufwand an diese AdressatInnen zu gelangen, war im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht leistbar. Für weitere Forschung ist die Perspektive der Zielgruppe unerlässlich.

9. Schlussfolgerung, Ausblick und Fazit

Die Zielgruppe der psychosozialen Betreuung für Substituierte weist vulnerable Merkmale auf, die oftmals nicht aus eigener Kraft gelindert oder überwunden werden können. Das professionalisierte Hilfesystem, welches dies unterstützen soll, ist teils komplex und in vielerlei Hinsicht unzugänglich. Die angebotenen Maßnahmen sind an vielen Stellen unzureichend und bieten keine flächendeckende Passung mit den Bedarfen Substituierter. Besonders neue Herausforderungen wie die Coronakrise fordern ein Umdenken in der Angebotsbereitstellung. Andere Versorgungsbereiche machen es vor und setzen mehr und mehr auf digitale Lösungen zur Unterstützung der Zielgruppen.

Durch Internetrecherchen lassen sich derartige Strukturen für die PSB Substituierter gar nicht bis kaum finden. Die PSB setzt weiterhin auf die face-to-face Beratung in den Fachstellen und entzieht sich somit Chancen und Möglichkeiten der Onlinebetreuung.

Die Erhebung im Rahmen dieser Arbeit gab Aufschluss darüber, dass der Stand der digitalen Beratung deutschlandweit zwar gering ist, jedoch nicht so gering wie durch die Internetrecherche vermutet. Fachkräfte sehen die PSB nicht per se als unzureichend an, bemängeln aber einige Bereiche der Versorgung. Bestimmte Gruppen werden durch die derzeit stattfindenden Angebote nicht erreicht und bleiben daher ohne Unterstützung. Digitalen Angeboten wird dabei teilweise zugetraut, diese Gruppen zu erreichen. Es zeigt sich aber, dass die Befürwortung von Digitalisierung der Beratung bei älteren Fachkräften geringer ausgeprägt ist als bei jüngeren. Diese Entwicklung der Beratung wird zwar mehrheitlich als sinnvoll erachtet, jedoch nicht als einzige nötige Veränderung im System. Dass die Substitutionsversorgung von medizinischer Seite seit Jahren gefährdet ist, spiegelt sich auch in den weiteren Hilfen für Substituierte wider.

Eine zentrale Erkenntnis der Erhebung ist jene, dass die öffentliche Darstellung von Angeboten der psychosozialen Hilfen für Substituierte sich deutlich von den stattfindenden Maßnahmen unterscheidet. Als substituierte Person ist die selbstständige Suche nach Angeboten erschwert. Im Internet lassen sich nur wenige Stellen als Leistungserbringer identifizieren und die Kontaktaufnahme ist limitiert. Wer explizit nach psychosozialen Hilfen für Substituierte sucht, erhält über das Internet nicht ausreichend Informationen zu den Möglichkeiten. Falls sich Stellen überhaupt mit diesen Angeboten präsentieren, ist der Weg in die Maßnahmen laut Internetauftritt, vor allem durch das persönliche Vorsprechen geprägt. Kontaktaufnahme oder gar Beratung über digitale Wege scheinen nicht stattzufinden. Wer Hilfe erhalten möchte, der

muss in den Stellen vorsprechen - so zumindest der Eindruck im Internet.

Erst durch die Erhebung zeigte sich, dass deutlich mehr Stellen digitale Kontakte pflegen als im Vorhinein recherchiert werden konnten. Wenn Personen bereits an die Stellen angebunden sind oder sich im Hilfesystem aufhalten, dann eröffnen sich deutlich mehr Möglichkeiten für Beratungsanspruchnahme. Bestehende Klientel profitiert von Strukturen, die potentiellen KlientInnen noch vorenthalten werden. Erst nachdem Hilfebedürftige sich darauf eingelassen haben, vor Ort Betreuung in Anspruch zu nehmen, können sie auch digitale Beratung wählen. Wer jedoch von vornherein nicht in die face-to-face Beratung kommen möchte oder kann, dem bleibt in vielen Fällen jegliche Hilfe unzugänglich.

Die Strukturen der PSB sind vorhanden und teilweise bereits gut aufgestellt, um Teilhabe in allen Bereichen, auch dem digitalen, zu ermöglichen. Die Angebote müssen sich jedoch auch nach außen präsentieren, damit das System offen bleibt für potenzielle Zielgruppen.

Damit alle Hilfebedürftigen Hilfe erhalten, muss auch die Zielgruppe der PSB neu überdacht werden. Viele Personen werden nicht erreicht, da sich die Maßnahmen nicht an diese richten. Fremdsprachliche Angebote, aufsuchende Arbeit und die Erweiterung der Methoden sind dafür relevante Überlegungen. Besonders dem „Blended Counseling“ sollte erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eine Mischform von Offline- und Onlinekommunikation kann, wie es in anderen Bereichen des Gesundheitsfeldes bereits erforscht wurde, viele Chancen für die Arbeit mit Substituierten bieten. Dabei muss nicht nur von bereits existierender Klientel ausgegangen werden. Auch weiteren Zielgruppen wird so die Versorgung eröffnet. Es sollte erreicht werden, dass bereits früh Hilfe in Anspruch genommen wird und so komplexe Problemlagen vermieden oder gelindert werden können. Neben den bereits existierenden Aussagen zur Wirksamkeit der Angebote in diesem Bereich sollte der Fokus auch auf Wirkmechanismen gelegt werden. Dazu bedarf es weiterer Forschung und Aufmerksamkeit für die Hilfen und die KlientInnengruppe.

Mit Blick auf sehr junge Personen könnte es eine Überlegung sein, auch Menschen anzusprechen, die andere Opioide außer Heroin konsumieren. Vor allem in der Jugendszene ist ein Anstieg des Opioidkonsums in Form von Medikamenten zu verzeichnen. Die Problemeinsicht ist jedoch in dieser Gruppe eher gering, da es sich um scheinbar popkulturelle Phänomene handelt, die innerhalb der Gruppe anerkannt sind. In den herkömmlichen Suchtberatungsstellen werden vornehmlich Angehörige beraten, nicht jedoch die jungen Menschen selbst. Da diese

Gruppe durchaus mit der digitalen Welt vertraut ist, ist es sinnvoll, den Fokus auf digitale Angebote zu legen, die niedrigschwellig wahrnehmbar sind und nicht von vornherein als „Sucht-
krankenhilfe“ erscheinen.

Das Konzept DigiSucht, welches die Drogenberatungsstellen als digitale Maßnahmen auf der Sozialplattform der Bundesregierung zu schalten versuchen, sollte als Ankerpunkt für die Digitalisierung der PSB gesehen werden. Da psychosoziale Angebote für Substituierte häufig über die Suchtberatungsstellen ablaufen, sollten diese auch mithilfe des DigiSucht online stattfinden. Da das Konzept mit seiner Testphase noch dieses Jahr beginnt und bis 2022 vollständig umgesetzt sein soll, lässt sich vermuten, dass auch weitere Angebote neben den bereits geplanten Schwerpunkten nach und nach folgen werden. Die PSB sollte dabei explizite Berücksichtigung finden, damit sie niedrigschwellig im Internet verfügbar ist.

Außerdem wäre eine Kooperation mit anderen psychosozialen Angeboten, außerhalb der Substitution, möglich. Der digitale Ausbau von Maßnahmen betrifft genauso anderweitig psychisch Erkrankte, die psychosozialer Hilfe bedürfen. Mit Rücksicht auf Komorbiditäten zwischen Substanzsucht und psychischen Krankheiten ist eine Zusammenführung der Hilfen als durchaus sinnvoll anzusehen. Die PSB Substituierter würde damit nicht mehr als Randgebiet in der Versorgung dastehen.

Durch neue Möglichkeiten in der Substitutionspraxis, wie der Vergabe von Langzeitpräparaten können medizinische Stellen und PatientInnen entlastet werden. Die psychosoziale Versorgung kann damit in den Vordergrund rücken.

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich als Ausgangspunkt für weitere Forschung sehen. Die Erhebung hat einen bis dato kaum berührten Bereich der Suchtkrankenhilfe beleuchtet und bietet Erkenntnisse für einen Ausbau der psychosozialen Hilfen für Substituierte. Auf die sich durch Digitalisierung wandelnde Gesellschaft muss auch die Suchthilfe mit ihren speziellen Bereichen angemessen reagieren. Ihre KlientInnen sind Teil eben dieser Gesellschaft und sollen sich auch deren Möglichkeiten zu Nutze machen können. Ein Verbleib in bisherigen Strukturen treibt die Randständigkeit der Personengruppe weiter voran. Um (Re-)Integration für alle zu schaffen, müssen Klischees, Verantwortungen und Bedarfe in den Blick genommen und neu überdacht werden.

10. Literaturverzeichnis

Andermatt, O.; Flury, A.; Eidenbenz, F.; Lang, J.; Theunert, M (2003): Kompetenzprofil der Psychologischen Online-BeraterInnen. Abgerufen von <http://www.psychologie.ch/fsp/dok/d-online.html> [Datum des Zugriffs: 01.02.2021].

Andersson, G.; Titov, N.; Dear, B.F.; Rozental, A.; Carlbring, P. (2019): Internet-delivered psychological treatments: from innovation to Implementierung. *World Psychiatry*. Nr. 18. S. 20-28.

APA (American Psychiatric Association) (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. Auflage. Washington, DC.: American Psychiatric Association Publishing.

AWO (Arbeiterwohlfahrt) (2019): Jahresbericht für den Zeitraum 01.01.2019 bis 31.12.2019. Landesverband Saarland e.V. Verbund für Inklusion und Bildung.

Aßfalg, R. (2003): *Von der Bekämpfung des Lasters zur Behandlung des Kranken*. Landsberg: Ecomed.

Bayer, O.; Billaudelle, F.; Alt, J.; Heß, G.; Specht, M.; Höfinghoff, B.; Riedel, P.; Wickert, M.; Hechtner, M.; Singer, S. (2020): Was Männer davon abhält, ambulante Krebsberatungsstellen aufzusuchen. Eine qualitative Studie. *Der Onkologe*. Nr. 26. S. 1047–1055.

Beck, A.; Wright, F. D.; Newman, C. F.; Liese, S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Belz.

Behrendt, K.; Backmund, M.; Reimer, J. (2018): *Drogenabhängigkeit*. Suchtmedizinische Reihe. Meckenheim: DHS.

Berndt, J.; Bischof, A.; Besser, B.; Rumpf, H.J.; Bischof, G.(2017): *Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multi-modaler Ansatz (BEPAS)*. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf [Datum des Zugriffs: 29.12.2020].

BKA (Bundeskriminalamt) (2020): *Rauschgiftkriminalität*. Bundeslagebild 2019.

Blanchard, J. J.; Squires, D.; Henry, T.; Horan, W. P.; Bogenschutz, M.; Lauriello, J.; Bustillo, J. (1999): Examining an affect regulation model of substance abuse in schizophrenia. The role of traits and coping. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Nr. 187. S. 72–79.

BMI (Bundesministerium des Inneren) (2020): Onlinezugangsgesetz. Abgerufen von <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/moderne-verwaltung/verwaltungsmodernisierung/onlinezugangsgesetz/onlinezugangsgesetz-node.html> [Datum des Zugriffs: 04.05.2021].

Bobersky, A.; Böhl, H.; Egartner, E.; Goecke, M.; Hardeling, A.; Hellge-Antoni, D.; Kirschbaum, G.; Klein, T.; Köhler-Azara, C.; Kunze, B.; Lohmann, K.; Lörcher-Straßburg, B.; Neugebauer, F.; Pauly, J.; Raiser, P.; Reinhard, K.; Rosengarten, W.; Ruf, D.; Schmitt, S.; Schulte-Derne, F. (2020): Essener Leitgedanken zur digitalen Transformation in der Suchthilfe. Abgerufen von <https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/03/Essenener-Leitgedanken-2020.pdf> [Datum des Zugriffs: 29.12.2020].

Bundesärztekammer (2017): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002): BUB-Richtlinien. Abgerufen von <http://www.ufo-rd.de/ges-nub.htm> [Datum des Zugriffs: 15.02.2021].

Bundesopiumstelle (2020): Bericht zum Substitutionsregister. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Bundesopiumstelle (2017): Bericht zum Substitutionsregister. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Bürkle, S. (2015): Wo stehen die Beratungsstellen? Neue Herausforderungen in der ambulanten Suchthilfe. In: Schwerpunktthema. *Ambulante Suchthilfe*. Nr. 1/2015. Angerufen von <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2015-ambulante-suchthilfe/wo-stehen-die-beratungsstellen/> [Datum des Zugriffs: 07.04.2021].

Caritas (2019): Jahresbericht 2019. Beratungs- und Behandlungszentrum des Caritasverbandes Schaumberg-Blies e.V. Die Brigg. Fachstelle Psychosoziale Begleitung Substituierter.

Castells, M. (1996): The Rise of the Network Society. In: Ernst von Kardoff (Hrsg.) *Schlüsselwerke der Netzwerkforschung*. Wiesbaden: Springer VS. S. 105-109.

Dauber, H.; Künzel, J.; Schwarzkop, L.; Specht, S. (2019): Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. DSHS. München: Institut für Therapiefor- schung.

Degenhardt, L.; Whiteford, H. A.; Ferrari, A. J.; Baxter, A. J.; Charlson, F. J.; Hall, W. D.; Freedman, G.; Burstein, R.; Johns, N.; Engell, R. E.; Flaxman, A.; Murray, C. J. L.; Vos, T. (2013): Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. Nr. 382. S. 1564–1574.

Deimel, D. (2013): Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. *Praxis Klinischer Sozialarbeit*. Marburg: Tetctum.

Deimel, D. (2017): Ziele und Evidenz der Psychosozialen Betreuung substituierter Opiatab- hängiger. In: LWL Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) Herausforderung Substitutionsbehand- lung. Qualität, Kooperation, Verantwortung. Band 50. Münster: Forum Sucht. S. 21- 36.

Deimel, D.; Stöver, H. (2015): Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger – Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben. *Rausch. Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie*. 4. Jahrgang. Nr. 1. S.19-26.

Deloie, D. (2015): Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? *Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit*. *Rausch. Psychoso- ziale Dimensionen der Suchttherapie*. 4. Jahrgang. Nr. 1. S. 4-18.

Destatis (2016): 40 Millionen Menschen in Deutschland informieren sich im Internet über Ge- sundheitsthemen. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl- der-Woche/2016/PD16_14_p002.html [Datum des Zugriffs: 01.02.2021].

Destatis (2020): Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag. Abgerufen von [https://www-genesis.- destatis.de/genesis/online? operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1620198843548&auswahloperati- on=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahl- ziel=werteabruf&code=12411-0010&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb](https://www-genesis.- destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1620198843548&auswahloperati- on=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahl- ziel=werteabruf&code=12411-0010&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb) [Datum des Zugriffs: 05.05.21].

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> [Datum

des Zugriffs: 14.01.2021].

DGOB (Deutschsprachige Gesellschaft für psychosoziale Onlineberatung) (2020): Satzung der Deutschsprachigen Gesellschaft für psychosoziale Onlineberatung DGOB e.V.. Abgerufen von <https://dg-onlineberatung.de/https-dg-onlineberatung-de-vereinszweck/satzung/> [Datum des Zugriffs: 01.02.2021].

DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Abgerufen von https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf [Datum des Zugriffs: 29.12.2021].

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Abgerufen von <https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2019/12/Leistungsbeschreibung-Beratungsstellen-der-DHS.pdf> [Datum des Zugriffs: 14.01.2020].

Dillman, D. A.; Bowker, D. K. (2001): The Web Questionnaire Challenge to Survey Methodologists. Abgerufen von <https://subsites.sesrc.wsu.edu/dillman/papers/2001/thewebquestionnairechallenge.pdf> [Datum des Zugriffs: 12.05.2021].

Drees, H.; Attinger, H.; Groth, A. (2015): Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen in Berlin. *rausch. Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie*. 4. Jahrgang. Nr. 1. S. 37-49.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021): Rauschgifttote nach Todesursachen 2020 (Länderabfrage). Abgerufen von file:///Users/krause/Downloads/CDR_2020_Bula_Rauschgifttote_nach_Todesursachen_-_Ver%C3%A4nderung_2019-2020.pdf [Datum des Zugriffs: 02.07.2021].

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020): Drogen und Suchtbericht 2020. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019): Drogen und Suchtbericht 2019. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit.

Dzcyk, W. (2001): Ethische Dimensionen der Online-Forschung. Abgerufen von https://www.researchgate.net/publication/268744164_Ethische_Dimensionen_der_Online-Forschung [Datum des Zugriffs: 29.03.2021].

Ebert, D. D.; Harrer, M. (2018): Digital gestützte Psychotherapie. eHEALTHcom. Nr. 1. S. 24–32. Abgerufen von https://e-health-com.de/fileadmin/user_upload/dateien/Literaturverzeichnis/EHC_1_18_eMental_Health_Literatur.pdf [Datum des Zugriffs: 01.02.2021].

Eichenberg, C.; Kühne, S. (2014): Einführung Onlineberatung und -therapie. München: Ernst Reinhardt GmbH und Co KG.

Eichenberg, C.; Küsel, C. (2016): Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. Resonanzen-Journal. Nr. 02. S. 93-107.

Eichenberg, C.; Wolters, C.; Brähler, E. (2013): The Internet as a Mental Health Advisor in Germany – Results of a National Survey. PLoS One. Nr. 8(11). Abgerufen von <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0079206> [Datum des Zugriffs: 02.02.2021].

Eichhorn, H.; Fergen, B. (1998): Praxis der Sozialhilfe. Nachschlagewerk für Praxis und Lehre. Selbstverl.

EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) (2007): Jahresbericht 2007: Stand der Drogenproblematik in Europa. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Abgerufen von <http://www.emcdda.europa.eu> [Datum des Zugriffs: 29.12.2020].

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2020): European Drug Report. Trends and Developments. Abgerufen von https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf [Datum des Zugriffs: 14.01.2021].

EMA (Europeans Medicine Agency) (2018): Buvidal (Buprenorphin). Übersicht über Buvidal und Begründung für die Zulassung in der EU. Abgerufen von https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview_de.pdf [Datum des Zugriffs: 10.02.2021].

Engelhardt, E. (2018): Lehrbuch Onlineberatung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Engelhardt, E.; Reindl, R. (2016): Blended Counseling – Beratungsform der Zukunft? Resonanzen-Journal. Ausgabe 2/2016. S. 130-144.

fdr (Fachverband für Drogen und Rauschmittel) (2005): Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe. Abgerufen von <https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2019/12/FDRMindeststandardsAmbSH.pdf> [Datum des Zugriffs: 18.12.2020].

fdr (Fachverband für Drogen und Rauschmittel) (2012): Substitution und Psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger. Abgerufen von https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2019/12/fdr_Substitution-1.pdf [Datum des Zugriffs: 18.12.2020].

Flindt, H.; Illgen, G.; Peter, G.; Schwarzloh, K.; Winkler, C. (2011): Leitlinien zur Psychosozialen Betreuung von substituierten Drogenabhängigen in Schleswig-Holstein. Arbeitskreises Illegale Drogen Schleswig-Holstein. Abgerufen von https://lssh.de/wp-content/uploads/2017/02/psb_leitlinien_sh_april_2011.pdf [Datum des Zugriffs: 14.12.2020].

FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen) (2017): Qualitätsstandards Onlineinterventionen - Fachpersonen Beratung. Abgerufen von <https://www.psychologie.ch/politik-recht/berufspolitische-projekte/onlineinterventionen/fachpersonen-beratung> [Datum des Zugriffs: 02.02.2021].

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013): Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung. (11.05.2013) Abgerufen von <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/7/> [Datum des Zugriffs: 20.01.2021].

Gehrmann, H. J. (2014): Onlineberatung – zwischen Wachstum und Ernüchterung. In: Petra Bauer, Mark Weinhardt (Hrsg.) Perspektiven sozialpädagogischer Beratung. Empirische Befunde und aktuelle Entwicklungen. Weinheim: Beltz Juventa. S. 65-81.

Gehrmann, H. J. (2010): Onlineberatung – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Georg Cleppien, Ulrike Lerche (Hrsg.) Soziale Arbeit und Medien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 105-115.

Gerlach, R. (2003): Konzepte in der psychosozialen Beratung/Betreuung von Substituierten – Denn sie wissen nicht, was sie tun? Abgerufen von <https://indro-online.de/kritische-anmerkungen-zur-aktuellen-diskussion-und-praxis-von-psb/> [Datum des Zugriffs: 17.02.2021].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018): Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz. ICD10-4-Steller, ab 2000. Abgerufen von <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=703:29005944D> [Datum des Zugriffs: 7.1.21].

Hauschildt, E. (1995): Auf den richtigen Weg zwingen ...: Trinkerfürsorge 1922 bis 1945. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Isfort, M. (2019a): Digitale Suchthilfe- und -beratungsangebote in den ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention Niedersachsens: Erfahrungswerte, Bedingungen und Perspektiven. Eine qualitative Befragung. Abgerufen von https://nls-online.de/home16/images/Fachartikel_Isfort-kurz.pdf [Datum des Zugriffs: 01.02.2021].

Isfort, M. (2019b): Forschungsbericht. Digitalisierung in der Suchthilfe und Beratung in den ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen. Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Abgerufen von https://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/50-digitalisierung. [Datum des Zugriffs: 01.02.2021].

Jonas, B.; Leuschner, F.; Eiling, A.; Schoelen, C.; Soellner, R.; Tossmann, P. (2019): Web-Based Intervention and Email-Counseling for Problem Gamblers: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Gambling Studies*. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09883-8> [Datum des Zugriffs: 25.03.2021].

Jonas, B.; Tossmann, P.; Leuschner, F.; Pauly, A.; Bender-Roth, H.; Brand, T.; Lang, P. (2012): Check dein Spiel: Internetbasierte Prävention von problematischem Glücksspiel. *Sucht*. Nr. 58. S. 63-68.

Kandel, D. B.; Yamaguchi, K.; Chen, K (1992): Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the Gateway Theory. *Journal of Studies on Alcohol*. Nr. 53(5). S. 447–457.

Karachaliou, K.; Seitz, N-N.; Neumeier, E.; Schneider, F.; Tönsmeise, C.; Friedrich, M.; Pfeiffer-Gerschel T. (2020): Drogen Workbook. *Drugs Deutschland Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA. Datenjahr 2018/ 2019*. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Abgerufen von https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2019/WB_03_Drogen_05052020.pdf [Datum des Zugriffs: 14.01.2021].

- Keicher, R. (2017): Wohnungslosigkeit und Wohnungsnotfallhilfe. Kerbe. Nr. 3. S. 4-7.
- Keitsch, J.; Schmid, M. (2019): Digitalisierung der Suchthilfe in Rheinland-Pfalz: Ergebnisse einer Online-Befragung. Werkstattbericht. Koblenz: Hochschule Koblenz Fachbereich Sozialwissenschaften. Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW).
- Kielholz, P.; Ladewig, D. (1973): Die Abhängigkeit von Drogen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Knaevelsrud, C.; Maercker, A. (2010): Long-Term Effects of an Internet-Based Treatment for Posttraumatic Stress. *Cognitive Behaviour Therapy*. Nr. 39(1). S. 72-77.
- Koch, A. (2020): Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation – Teil I. Nachfrage und Zugang, Fachkräftemangel. Abgerufen von <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Datum des Zugriffs: 29.12.2020].
- Körkel, J. (2012): 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. *Suchttherapie*. Nr. 13(03). S. 108-118.
- Kraus, L.; Seitz, N.-N.; Schulte, B.; Cremer-Schaeffer, P.; Braun, B.; Verthein, U.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2019): Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*. Nr. 116. S. 137-143.
- Kuhn, S.; Schu, M.; Vogt I.; Schmidt M.; Simmedinger, R.; Schlanstedt G.; Farnbacher G.; Verthein U.; Haasen, C. (2007): Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Sucht*. Nr. 53. S. 278-287.
- Kühne, S. (2009): Institutionalisierung von Online-Beratung – das Ende der Pionierphase. *e-beratungsjournal.net*. Fachzeitschrift für Onlineberatung und computervermittelte Kommunikation, Nr. 5 (2). Abgerufen von https://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0209/kuehne.pdf [Datum des Zugriffs: 25.03.2021].
- Kunstmann, W.; Specka, M.; Wodarz, N.; Scherbaum, N. (2019): Substitutions-Richtlinie der Bundesärztekammer: Basis für eine bessere Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*. Nr. 116(18): A-880 / B-727 / C-715. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/206993/Substitutions-Richtlinie-der-Bundesaerztekammer-Basis-fuer-eine-bessere-Versorgung> [Datum des Zu-

griffs: 05.05.2021].

Künzel, J.; Specht, S.; Dauber, H.; Braun, B. (2018): Die Klientel mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. Kurzbericht. DSHS. München: Institut für Therapieforschung.

Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg (2020): Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen/Kontaktläden für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Baden-Württemberg. Abgerufen von https://lss-bw.de/wp-content/uploads/2021/06/2021_06_21_An-schriftenliste_PSB.pdf [Datum des Zugriffs: 23.12.2020].

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (2020): Suchtkrankenhilfeführer für Schleswig-Holstein. Abgerufen von <https://suchthilfefuehrer.lssh.de/> [Datum des Zugriffs: 23.12.2020].

Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V. (2020): Wegweiser. Abgerufen von <https://www.-psychiatriewegweiser.sozialpsychiatrie-mv.de> [Datum des Zugriffs: 23.12.2020].

Leune, J. (2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. S. 181-202.

Leuschner, F. (2021): Bestandteile einer digitalen Suchtberatung. In: DigiSucht/OZG: Infoveranstaltung digitale Suchtberatung und OZG-Sozialplattform (Aufzeichnung). 03.05.2021. Abgerufen von <https://youtu.be/VwflPI95uYo> [Datum des Zugriffs: 29.06.2021].

Lieb, R.; Isensee, B. (2007): Häufigkeiten und zeitliche Muster von Komorbidität. In Franz Moggi (Hrsg.) Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern: Hans Huber. S. 27-58.

Lofwall, M.; Walsh, S.; Nunes, E.; Bailey, G. L.; Sigmon, S. C.; Kampman, K. M.; Frost, M.; Tiberg, F.; Linden, M.; Sheldon, B.; Oosman, S.; Peterson, S.; Chen, M.; Kim, S. (2018): Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder. A Randomized Clinical Trial. JAMA International Medicine. Nr. 178(6). S. 764-773.

Lutz, R. (2017): Wohnungslosigkeit als extreme Form sozialer Erschöpfung. Soziale Psychiatrie. Nr. 1. S. 8-11.

Martens, M.; Neumann-Runde, E.; Lahusen, H. (2019): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2018 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und Eingliederungshilfe. BADO e.V. Elmshorn: PreMEDIA.

May, B.; Bornemann, R.; Boschek, J. H.; Kühlkamp, V.; Rösinger, C.; Schumacher, B.; Schwegler, U. (1990): Medikamentengestützte Rehabilitation langjährig intravenös Drogenabhängiger in Nordrhein-Westfalen. In: Klaus Miehke (Hrsg.) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 595-601.

Mayer, H. (2006): Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München: Oldenbourg.

Menold, N.; Boger, K. (2015): Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen. Abgerufen von https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Ratingskalen_MenoldBogner_012015_1.0.pdf [Datum des Zugriffs: 31.03.2021].

Meyer, G. ; Bachmann, M. (2017): Theoretische Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung des glücksspielbezogenen Suchtverhaltens. In Gerhard Meyer, Meinolf Bachmann (Hrsg.): Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 131-168.

Morrall, A.; McCaffrey, D.; Paddock, S. (2002): Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*. Nr. 97. S. 1493–1504.

NAKO (2020): NAKO Studie veröffentlicht erste Ergebnisse zur COVID-19 Pandemie: psychosoziale Auswirkungen auf die Bevölkerung. Abgerufen von https://nako.de/wp-content/uploads/2020/11/PM_COVID-19-Fragebogen_2020_11_24_final.pdf [Datum des Zugriffs: 08.02.2021].

Neumann-Runde, E.; Kalke, J.; Wersé, B. (2019): Landesauswertung der COMBASS-Daten 2018. Frankfurt am Main: Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Ningel, R. (2011). *Methoden Klinischer Sozialarbeit*. Bern: Haupt.

Paulhus, D. L. (1984): Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*. Nr. 46. S. 598-609.

Pelka, B. (2018): *Digitale Teilhabe: Aufgaben der Verbände und Einrichtungen der Wohl-*

fahrtspflege. In: Helmut Kreidenweis (Hrsg.) Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft. Grundlagen - Strategien - Praxis. Baden-Baden: Nomos. Seite 57 – 78.

Poehlke, T.; Heinz, W.; Stöver, H. (2020): Drogenabhängigkeit und Substitution – ein Glossar von A-Z. Berlin, Heidelberg: Springer.

Rammstedt, B. (2004): Zur Bestimmung der Güte von Multi-Item-Skalen: eine Einführung. Abgerufen von https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to12br.pdf [Datum des Zugriffs: 24.03.2021].

Reindl, R. (2018): Zum Stand der Onlineberatung in Zeiten der Digitalisierung. E-beratungsjournal.net. Nr. 14. S. 16-26.

Reindl, R.; Hergenreider M.; Hünninger J. (2012): Schriftlichkeit in virtuellen Beratungsettings. In Harald Geißler, Maren Metz (Hrsg.) E-Coaching und Online-Beratung. Formate, Konzepte, Diskussionen. Wiesbaden: Springer VS. S. 339-357.

Resing, M.; Stürmer, M.; Steininger, S.; Wiggenhauser, K. (2014): Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen. Abgerufen von https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_EmpfehlungenPSB_2014.pdf. [Datum des Zugriffs: 28.07.2020].

Rilke, O. (2020): Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren.

RKI (Robert Koch Institut) (2016): Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Infektions- und Verhaltenssurvey bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile [Datum des Zugriffs: 10.02.2021].

RKI (Robert Koch Institut) (2015): DRUCK-Studie. Ergebnisbericht Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Hamburg. Infektions- und Verhaltenssurvey bezogen auf HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebraucher/innen. Berlin. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Staedteberichte/Hamburg.pdf?__blob=publicationFile [Datum des Zugriffs: 09.02.2021].

Rosner, B.; Neicun, J.; Yung, J. C.; Roman-Urrestarazu, A. (2019): Opioid prescription patterns in Germany and the global opioid epidemic: Systematic review of available evidence. PLOS ONE. Nr. 14(8). Abgerufen von <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221153> [Datum des Zugriffs: 17.02.2021].

Rost, J. (1996): Lehrbuch Testtheorie Testkonstruktion. Bern: Huber.

Rost, W. D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart: Klett.

Sachße, C; Tennstedt, F. (1980): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2011): Sächsische Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger. Abgerufen von https://www.slsev.de/fileadmin/dokumente/vorstand/SLS_PSBEmpfehlungen2010.pdf [Datum des Zugriffs: 28.12.2020].

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2019): 3. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht. Abgerufen von <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33781> [Datum des Zugriffs: 12.03.2021].

SAMHSA (2005): History of Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction. In: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Hrsg.) Treatment Improvement Protocol. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Nr. 43. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64157/> [Datum des Zugriffs: 10.02.2021].

Schäfer, M.; Zöllner, C. (2012): Opioide. In: Rolf Rossaint, Christian Werner, Bernhard Zwißler (Hrsg.) Die Anästhesiologie. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 231-250.

Scherbaum, N. (2015): Komorbide psychische Störungen bei Opiatabhängigen. Suchttherapie Nr. 01. S. 22-28.

Scherbaum, N. (2012): Opiate. In Anil Batra, Oliver Bilke-Hentsch (Hrsg.) Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankung im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Thieme. S. 143-160.

Scherbaum, N; Lieb, B. (2013): Opiatabhängigkeit. Fortschritte der Neurologie und Psychia-

trie. Nr. 81. S. 346-358.

Schmidt-Rosengarten, W. (2018): Suchtarbeit 4.0 – Was verändert sich durch die Digitalisierung? Vortrag anlässlich der buss-Jahrestagung 2018. S. 1-16. Abgerufen von <https://www.konturen.de/wp-content/uploads/2020/03/Essenener-Leitgedanken-2020.pdf> [Datum des Zugriffs: 29.12.2020].

Schnell T. (2019): Geschichte eines Suchtbegriffs, Ätiologie und Epidemiologie der Sucht. In Thomas Schnell, Knut Schnell (Hrsg.) Handbuch Klinische Psychologie. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 1-16.

Schuckit, M. A. (1991): .A 10-year follow-up of sons of alcoholics: preliminary results. Alcohol and Alcoholism Supplement. Nr. 1. S. 147–149.

Schulte, B.; Stöver, H.; Thane, K.; Schreiter, C.; Gansefort, D.; Reimer, J. (2009): Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. International Journal of Prisoner Health. Nr, 5. S. 39 – 44.

Soyka, M; Pogarell, O. (2019): Neue Slow-release-Buprenorphinformulierungen zur Optimierung der Opioidsubstitution. Der Nervenarzt. Nr. 9. S. 932-937.

Spode, H. (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert: Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. Suchttherapie. Nr. 13. S. 155-161.

Statista (2020): Anzahl der Drogentoten nach ausgewählten Todesursachen in Deutschland in den Jahren 2015 bis 2019. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/187669/umfrage/drogentote-in-deutschland-nach-todesursache/> [Datum des Zugriffs: 07.01.2021].

Stöver, H. (2012): Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. Suchttherapie. Nr. 13. S. 74–80.

Sucht.Hamburg (2020): Kursbuch Sucht. Abgerufen von <https://www.kursbuch-sucht.de/suche/?find=psychosoziale+Betreuung> [Datum des Zugriffs: 23.12.2020].

Suchtkooperation NRW (2020): Hilfe finden. Abgerufen von <https://suchtkooperation.nrw/hilfe-finden> [Datum des Zugriffs: 23.12.2020].

Täschner, K. L.; Bloching, B.; Bühringer, G.; Wiesbeck, G. A. (2010): Therapie der Drogen-

abhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Thane, K.; Wickert, C.; Verthein, U. (2008): Abschlussbericht. Szenebefragung in Deutschland 2008. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg. Abgerufen von <https://exilope.files.wordpress.com/2010/09/abschlussberichtszenebefragung.pdf> [Datum des Zugriffs: 07.01.2021].

Thiersch, H. (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Weinheim: Juventa.

Tossmann, H. P.; Jonas, B.; Tensil, M.-D.; Lang, P.; Strüber, E. (2011): A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. Abgerufen von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21651419/> [Datum des Zugriffs: 25.03.2021].

Tossmann, H. P.; Leuschner, F. (2021): Digitale Suchtberatung. Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung. delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin. Abgerufen von https://delphi.de/wp-content/uploads/2021/01/Konzept-DigiSucht_2021_BMG.pdf [Datum des Zugriffs: 25.03.2021].

Trillmich, T.; Cuypers, M. (2020): Psychosoziale Betreuung Substituierter in Niedersachsen. Jahresbericht 2019. Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen.

Tügel, C. (2020): Pressemitteilung. Abgerufen von http://www.jugendhilfe.de/pdf/PI_Jugendhilfe_2020_04_06_Corona_Substitutionsambulanz_DrobInn.pdf [Datum des Zugriffs: 21.01.2021].

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2019): World Drug Report 2019. Booklet 3: Depressants. Abgerufen von <https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/depressants.html> [Datum des Zugriffs: 08.02.2021].

Verthein U.; Kuhn, S.; Haasen, C. (2008): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-up Phase. Abgerufen von http://www.heroinstudie.de/H-Bericht_FU.pdf [Datum des Zugriffs: 10.02.2021].

Vollmer, H. C. (2000): Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In: Rainer

Thomasius (Hrsg.) Psychotherapie der Suchterkrankungen. New York: Thieme. S. 55-70.

Wandhoff, H. (2016): Was soll ich tun? Eine Geschichte der Beratung. Hamburg: Corlin Verlag.

Wenzel, J. (2015): Mythos Unmittelbarkeit im Face-to-Face-Kontakt - Weiterentwicklung von Beratung und Therapie durch gezielte methodische Nutzung der Medien. e-beratungsjournal.net. Fachzeitschrift für Onlineberatung und computervermittelte Kommunikation. Nr. 11. S. 36-54.

Werse, B.; Kamphausen, G.; Klaus, L.; Sarvari, L.; Dittrich, C. (2019): MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität Frankfurt am Main. Abgerufen von https://www.uni-frankfurt.de/83212689/MoSyD_Jahresbericht_2018_final.pdf [Datum des Zugriffs: 21.01.2021].

Werse, B.; Klaus, L. (2020): Corona, ‚harte‘ Szenen und Drogenhilfe. Zwischenergebnisse einer qualitativen Erhebung. 2. Zwischenbericht. Abgerufen von https://www.uni-frankfurt.de/89612037/Corona_und_Drogenhilfe___Kurzanalyse_2.pdf [Datum des Zugriffs: 21.01.2021].

Wittchen, H.-U.; Apelt, S. M.; Christl, B.; Hagenau, K. A.; Groß, A.; Klotsche, J.; Soyka, M. (2004): Die Versorgungspraxis der Substitutionstherapie Opiatabhängiger (COBRA). Suchtmedizin. Nr. 6. S. 80-87.

Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf [Datum des Zugriffs: 10.02.2021].

WHO (World Health Organization) (2020). International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10). Abgerufen von <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> [Datum des Zugriffs: 29.12.2020].

WHO (World Health Organization) (2009): Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence . Genf: Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Abgerufen von: https://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence

dence_guidelines.pdf [Datum des Zugriffs: 20.01.2021].

WHO (World Health Organization) (2007): WHO Model List of Essential Medicines. Geneva, World Health Organization. Abgerufen von <http://www.who.int/medicines>. [Datum des Zugriffs: 21.01.2021].

Zechert, C. (2017): Prekär und ungelöst. Soziale Psychiatrie. Nr. 1. S. 1-4.

Zerche, C. (2017): Das Kino der Obdachlosen. Soziale Psychiatrie. Nr. 1, S. 34-35.

Zsolnai, A. (2021): Diamorphingestützte Behandlung in Deutschland. Abgerufen von: <http://www.diamorphin-behandlung.de/> [Datum des Zugriffs: 10.02.2021].

Zschorlich, B.; Gechter, D.; Janßen, I. M.; Swinehart, T.; Wiegard, B.; Koch, K. (2015): Gesundheitsinformationen im Internet: Wer sucht was, wann und wie? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Nr. 109. S. 144–152.

11. Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Verteilung der PSB Stellen	87
Abbildung 1.1: Abbildung PSB Stellen in Schleswig-Holstein	87
Abbildung 1.2: Suchtberatungsstellen mit PSB Möglichkeit in Mecklenburg-Vorpommern	87
Anhang 2: E-Mail Korrespondenz	88
Anhang 2.1: E-Mail mit Daniela Willrodt	88
Anhang 2.2: E-Mail mit Annette Schlichting	89
Anhang 2.3: E-Mail mit Iris Rotte	90
Anhang 3: Fragebogen	90
Anhang 3.1: Eröffnungsseite	90
Anhang 3.2: Fragebogen	91
Anhang 4: Ergebnisse	100
Abbildung 4.1: Frage 1	100
Abbildung 4.2: Frage 2	100
Abbildung 4.3: Frage 3	101
Abbildung 4.4: Frage 4	101
Abbildung 4.5: Frage 5	102
Abbildung 4.6: Frage 6	103
Abbildung 4.7: Frage 7	104
Abbildung 4.8: Frage 8	104
Abbildung 4.9: Frage 9	105
Abbildung 4.10: Frage 10	105
Abbildung 4.11: Frage 11	106
Abbildung 4.12: Frage 12	106
Abbildung 4.13: Frage 13	107
Abbildung 4.14: Frage 14	107
Abbildung 4.15: Frage 15	107

Abbildung 4.16: Frage 16	108
Abbildung 4.17: Frage 17	108
Abbildung 4.18: Frage 18	109
Anhang 5: Korrelationen	109
Abbildung 5.1: Alter und Zustimmung zu “PSB ist ausschließlich im face-to-face Kontakt möglich”	109
Abbildung 5.2: Alter und Zustimmung zu “Digitale Angebote (diverse Formen) können die PSB vor Ort sinnvoll ergänzen”	110
Abbildung 5.3: Niedrigschwelligkeit und Zugang	110
Anhang 6: Kreuzauswertung	112
Abbildung 6.1: Frage 17 und Frage 7 Item 3 / gar keine Zustimmung	112
Abbildung 6.2: Frage 17 und Frage 7 Item 3/ weniger Zustimmung	112
Abbildung 6.3: Frage 17 und Frage 8 Item 5	113
Abbildung 6.4: Frage 12 und Frage 8 Item 5.....	113
Abbildung 6.5: Frage 9 und über 55 Jahre	114
Abbildung 6.6: Frage 9 und unter 36 Jahre	114
Abbildung 6.7: Frage 3 und niedrigschwellige Beratung (digital, telefonisch, sonstige)	115
Abbildung 6.8: Frage 3 und face-to-face Beratung	115

12. Anhang

Anhang 1: Verteilung der PSB Stellen

Abbildung 1.1: Abbildung PSB-Stellen in Schleswig-Holstein

Quelle: (<https://suchthilfefuehrer.lssh.de/>) [Datum des Zugriffs: 04.11.20]

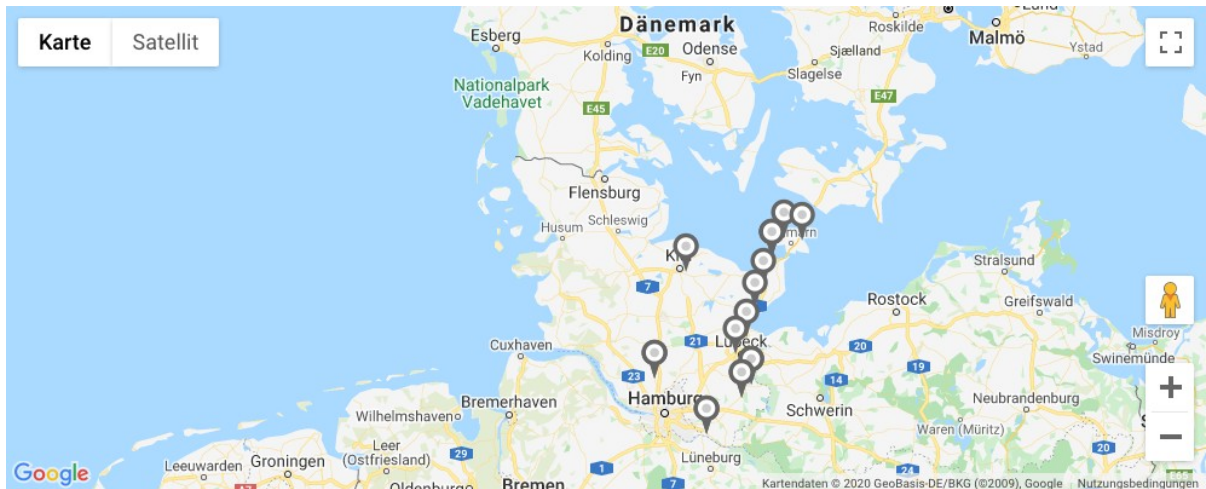
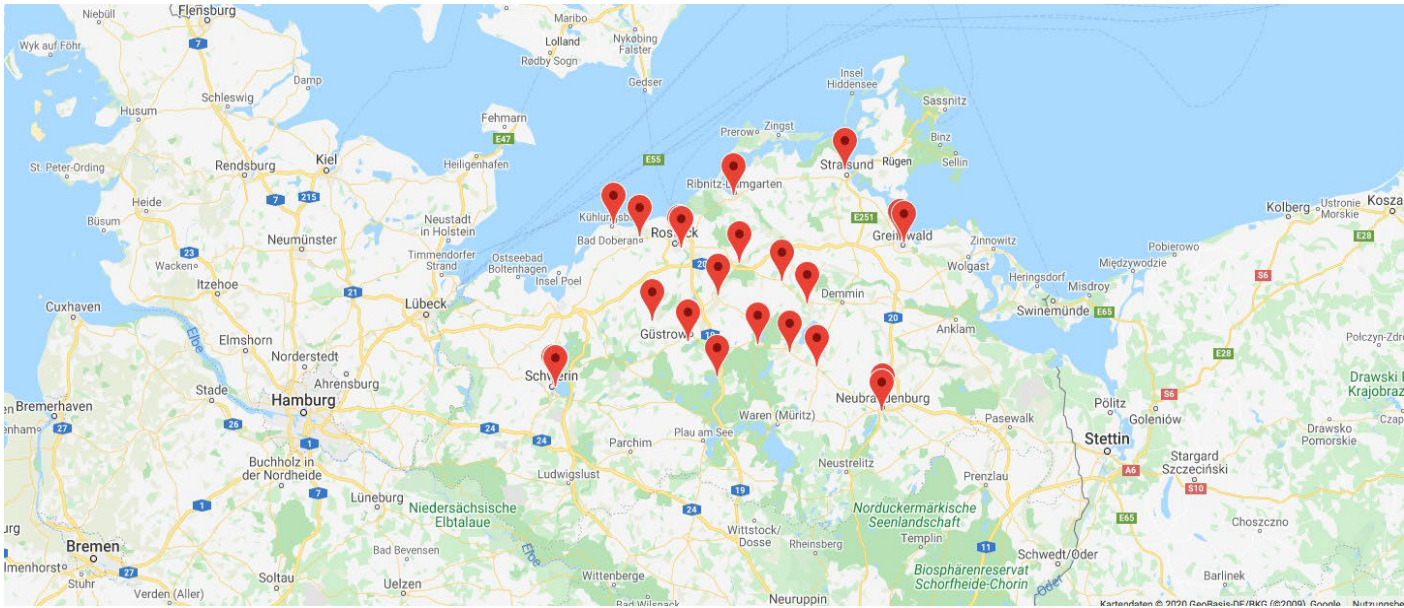


Abbildung 1.2: Suchtberatungsstellen mit PSB-Möglichkeit in Mecklenburg-Vorpommern

Quelle: (https://www.psychiatriewegweiser.sozialpsychiatrie-mv.de/angebote/?filter_region=Alle_Regionen&filter_angebotstypen=ambulante_Hilfen&filter_angebotsarten=Suchtberatung&search=) [Datum des Zugriffs: 10.11.20]

Nicht alle aufgeführten Beratungsstellen bieten Angebote für Substituierte an.



Anhang 2: E-Mail Korrespondenz

Anhang 2.1: E-Mail mit Daniela Willrodt

Willrodt, D. (2020): ATS Schleswig Holstein

Sehr geehrte Frau Krause,

vielen Dank für Ihr Interesse. Unser Online-Portal ist zum Ende des vergangenen Jahres offline gegangen, da wir aktuell an einer ausgeweiteten und vernetzten digitalen Präsenz der Suchthilfe arbeiten und sich das Chatangebot als überholt und nicht weiter ausbaufähig gezeigt hat.

Eine Bedarfsanalyse hatte es zum Zeitpunkt des Startes meines Wissens nicht gegeben, dies war allerdings auch schon vor meiner Zeit hier in der Einrichtung.

Das Online-Angebot war als offenes Angebot gedacht und richtete sich nicht explizit an eine bestimmte Gruppe von Konsument*innen. Kontakte von substituierten Menschen haben hier nur in Ausnahme stattgefunden.

Viele Grüße und viel Erfolg bei Ihrer Arbeit,

Daniela Willrodt

Daniela Willrodt

Diplom-Pädagogin

Teamleitung

Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe

ATS Bad Segeberg

Gartenstr. 17

23795 Bad Segeberg

Mobilfunknummer: 0172 - 4310217

Tel. 04 551 / 8 43 58

Fax 04 551 / 8 45 41

Mail willrodt.daniela@ats-sh.de

Web www.ats-sh.de

Leiter der Einrichtung: Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg

Träger der Einrichtung:

Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein

Jegliche darin enthaltene Ansicht oder Meinungs-

äußerung ist die des Autors und stellt nicht notwendigerweise die

Ansicht oder Meinung des Landesvereins für Innere Mission in S-H dar.

Anhang 2.2: E-Mail mit Annette Schlichting

Schlichting, A. (2021): Suchtberatung- und -behandlungsstelle Freiberg, Sachsen.

Sehr geehrte Frau Krause,

in unserer Gegend werden kaum Opioiden konsumiert, so dass auch nur sehr selten der Wunsch nach Substitution aufkommt. Und das scheitert dann daran, dass es hier keine Ärzte gibt, die Substitutionen durchführen. Entsprechenden Klienten bleibt leider nur, die Region zu verlassen.

Insofern dürfte sich die Beantwortung Ihres Fragebogens erübrigen. Wir bedauern, Ihnen nicht weiterhelfen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Annette Schlichting

Leiterin Suchtberatungs- und -behandlungsstelle

Diakonisches Werk Freiberg e.V.
Petersstr. 44, 09599 Freiberg
Email: sucht-9@diakonie-freiberg.de
Telefon: 03731/482 220
Fax: 03731/482 109
www.diakonie-freiberg.de

Anhang 2.3: E-Mail mit Iris Rotter

Rotter, I. (2021): Sachgebietsleitung Suchthilfe Meckenheim.

Sehr geehrte Frau Krause,

gerne möchte ich Ihnen kurz eine Rückmeldung zu Ihrer Umfrage geben:

Um digitale Angebote nutzen zu können ist es relevant ob die Anwendung vom Personenkreis genutzt werden kann (Stichwort digitale Teilhabe). Ein Teil der LBs verfügt über ein Endgerät – der Großteil jedoch über keinen entsprechenden Anschluss.

Mit freundlichen Grüßen,

Iris Rotter

Sachgebietsleitung Suchthilfe

Unsere kostenlose iPhone Applikation finden Sie [hier](#)!

Hauptstraße 10 - 53340 Meckenheim

Tel:+49 (2225) 999 995-25

Fax: +49 (2225) 999 995-44

Mail: rotter@a-s-b.eu

Web: www.a-s-b.eu

Anhang 3: Fragebogen

Anhang 3.1: Eröffnungsseite

Guten Tag,

ich freue mich, dass Sie an der folgenden Erhebung teilnehmen möchten.

Sie dient dazu, im Rahmen meiner Masterthesis an der HAW Hamburg einen Einblick in den Stand der Digitalisierung psychosozialer Hilfen für Substituierte in Deutschland zu gewinnen und einen möglichen Ausbau dieser zu bewerten.

Die freiwillige und anonyme Umfrage richtet sich an Mitarbeitende in Fachstellen, die psychosoziale Angebote für Substituierte durchführen. In der Umfrage werden die Begriffe Beratung und Betreuung synonym verwendet sowie der Begriff psychosoziale Betreuung (PSB) stellvertretend für alle Hilfeformen genannt.

Die Erhebung findet zwischen dem 20. April und 30. Juni 2021 statt und liefert Daten für die Thesis, welche voraussichtlich Ende 2021 veröffentlicht wird. Alle gesammelten Daten werden datenschutzkonform behandelt.

Die Beantwortungsdauer der folgenden Fragen beläuft sich auf ca. 15 Minuten. Ich bin Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich diese Zeit nehmen. Bei technischen Problemen in der Durchführung beginnen Sie die Umfrage einfach erneut. Bei inhaltlichen Fragen und Kommentaren wenden Sie sich gerne unter folgenden Kontaktdaten an mich: Merle Krause, E-Mail: merle.krause@haw-hamburg.de, Tel.: 015787062721.

Anhang 3.2: Fragebogen

Erstellt auf [umfrageonline.de](https://www.umfrageonline.de) mit dem Link <https://www.umfrageonline.com/s/38057dc>

Frage 1

Welche digitalen Medien nutzt Ihre Fachstelle im direkten Umgang mit Substituierten?

Wählen Sie gegebenenfalls mehrere Antworten

- E-Mail
- Videokonferenztool
- Beratungschat
- Mobile Messenger (Whatsapp, Telegram etc.)
- E-Health Programme (therapeutische Angebote mittels App)
- Selbsttests mit computergestütztem individuellen Feedback
- Sonstige digitale Medien
- Weiß ich nicht

Zurück

Weiter

(Text ändern)

Frage 2

Welche Beratungsform wird am häufigsten von Ihnen angewendet?

Wählen Sie eine Antwort

- Face-to-face Kontakt in der Beratungsstelle
- Face-to-face Kontakt während aufsuchender Arbeit
- Telefonischer Kontakt
- Digitaler Kontakt
- Sonstige Form

(Text ändern)

Frage 3

Bei welchen Gruppen ist in Ihrer Arbeit die Betreuungsaufnahme oder -aufrechterhaltung besonders erschwert?

Wählen Sie gegebenenfalls mehrer Antworten

- Personen zwischen 18 und 30 Jahren
- Immobile Personen
- Berufstätige
- Personen mit betreuungspflichtigen Kindern
- Personen, die keine oder wenig Deutschkenntnisse haben
- Personen mit psychischen Erkrankungen (besonders Depressionen, Angsterkrankungen oder Traumafolgestörungen)
- Personen mit weitem Anfahrtsweg
- Personen mit häufig wechselndem Aufenthaltsort
- Personen mit wenig Motivation für die Hilfe
- Personen in äußerst multiplen Problemlagen
- Keine Gruppe bekannt
- Andere Gruppe

(Text ändern)

Frage 4

Spielt Scham Ihres Erachtens eine Rolle für das Fernbleiben aus psychosozialen Hilfen für Substituierte?

- ja
 nein

Zurück Weiter

(Text ändern)

Frage 5

Bewerten Sie folgende Aussagen mit Blick auf Ihre Fachstelle.

Psychosoziale Betreuung (PSB) steht dabei stellvertretend für alle Angebote psychosozialer Hilfen für Substituierte

	Stimme gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
Die PSB Versorgung in meinem Bundesland ist ausreichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle Substituierten im Zuständigkeitsgebiet meiner Fachstelle wissen von der Möglichkeit der PSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle Substituierten mit Hilfebedarf erhalten PSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die PSB ist niedrigschwellig wahrnehmbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle Betreuungen werden geplant beendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück Weiter

(Text ändern)

Frage 6

Wie kann die psychosoziale Versorgung für Substituierte in Deutschland Ihrer Meinung nach effektiver gestaltet werden?

Wählen Sie gegebenenfalls mehrere Antworten

- Errichtung weiterer Anlaufstellen vor Ort
- Methodischer Ausbau der vorhandenen Anlaufstellen vor Ort
- Einrichtung bundesweiter digitaler Angebote
- Einrichtung digitaler Angebote für festgelegte Versorgungsgebiete
- Keine Verbesserung notwendig
- Hilfesystem muss grundlegend neu strukturiert werden
- Weitere Vorschläge

Zurück

Weiter

(Text ändern)

Frage 7

Bewerten Sie folgende Aussagen zur Digitalisierung der psychosozialen Hilfen für Substituierte.

Psychosoziale Betreuung (PSB) steht dabei stellvertretend für alle Angebote psychosozialer Hilfen für Substituierte

	Stimme gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
Digitale Angebote (diverser Formen) können die PSB vor Ort sinnvoll ergänzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PSB ist ausschließlich im face-to-face Kontakt möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale Angebote (diverser Formen) können die PSB vor Ort komplett ersetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück

Weiter

(Text ändern)

Frage 8

Welche Ziele sollte die Digitalisierung im Angebotsbereich für Substituierte verfolgen?

Wählen Sie gegebenenfalls mehrere Antworten

- Vermittlung in Angebote vor Ort
- Informationsgewinnung
- Aufbau und Nutzung einer beratenden Beziehung
- Aufbau und Nutzung einer therapeutischen Beziehung
- Digitalisierung spielt keine Rolle für die Angebote
- Andere Ziele

(Text ändern)

Zwischenfolie

Stellen Sie sich folgendes Szenario vor:

In Ihrem Bundesland gibt es eine digitale Plattform, auf der Substituierte psychosoziale Hilfen erhalten können. Die Angebote werden durch verschiedenste Kanäle (Video, Chat, Infoportal) bereitgestellt und durch Fachkräfte betreut.

Das Portal bietet die Möglichkeit einer ersten Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem für Substituierte im Bereich psychosozialer Angebote. Ein Verweis an örtliche Einrichtungen kann folgen.

Außerdem können Beratungen als "digitale PSB" (stellvertretend für alle Begriffe der psychosozialen Hilfen Substituierter) dauerhaft über das Portal durchgeführt werden.

Gehen Sie bei der Beantwortung der folgenden beiden Fragen von diesem Szenario aus.

(Text ändern)

Frage 9

Bewerten Sie folgende Aussagen auf Grundlage des zuvor geschilderten Szenarios.

Psychosoziale Beratung (PSB) wird stellvertretend für alle Angebote psychosozialer Hilfen für Substituierte verwendet

	Stimme gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
Eine Beratungsanfrage ist in der digitalen PSB einfacher zu äußern als gegenüber der PSB vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale PSB bietet niedrigschwellige Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beratungsbeziehung leidet unter digitaler PSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale PSB ermöglicht die Aufrechterhaltung abbruchgeprägter Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Teilnahmemotivation sinkt durch die Methodenvielfalt digitaler Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale Angebote bieten einen frühzeitigen Zugang zu Hilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Dauer der digitalen Kontakte ist kürzer als beim face-to-face Kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Häufigkeit der Inanspruchnahme nimmt durch digitale PSB zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale Angebote scheinen anonymere als Angebote vor Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merkmale wie Sprachkompetenz, Geschlecht etc. von Fachkräften und KlientInnen können in der digitalen PSB aufeinander abgestimmt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 10

Wie wahrscheinlich ist es, dass auf Grundlage des zuvor geschilderten Szenarios, folgende Personen digitale PSB in Anspruch nehmen?

	Sehr unwahrscheinlich	Weniger wahrscheinlich	Eher wahrscheinlich	Sehr wahrscheinlich	Keine Angabe
Immobilienbesitzer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immobilienbesitzer mit Hilfe von Angehörigen, PflegerInnen etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen zwischen 18 und 30 Jahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufstätige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen mit betreuungspflichtigen Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen, die keine oder wenig Deutschkenntnisse haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ländlich lebende Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychisch Erkrankte (besonders Depressionen, Angststörungen und Traumafolgestörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen mit häufig wechselndem Aufenthaltsort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schambehaffete Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen mit wenig Motivation für Hilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen in multiplen Problemlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen mit vorwiegendem Bedarf bei der Postbearbeitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personen mit vorwiegendem Gesprächsbedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 11

Welches Konstrukt trifft auf Ihren Arbeitsplatz am ehesten zu (unabhängig vom verwaltenden Träger)?

Wählen Sie eine Antwort

- Allgemeine Suchtberatungsstelle
- Medizinische Ambulanz oder Praxis
- Stationäre medizinische Einrichtung
- Beratungsstelle für Soziale Hilfen
- Beratungsstelle ausschließlich für psychosoziale Betreuung oder ähnliches Angebot für Substituierte
- Gesundheitsamt
- Streetwork
- Sonstige ambulante Fachstelle
- Sonstige stationäre Fachstelle

(Text ändern)

Frage 12 und 13

In welchem Bundesland befindet sich Ihre Fachstelle?

Bitte wählen... ▾

In welchem Stadttypen liegt Ihr Arbeitsplatz (unabhängig vom verwaltenden Träger)?

Bitte wählen... ▾

(Text ändern)

Frage 14 und 15

In welchem Umfang üben Sie psychosoziale Hilfen für Substituierte aus?

Wählen Sie eine Antwort

- Vollzeitstelle
- Teilzeitstelle mit mehr als 50%
- Teilzeitstelle mit bis zu 50%
- Die Übernahme mehrere Aufgaben lässt keine zeitliche Trennung zu
- Keine Antwort möglich

Wie viele Substituierte befinden sich durchschnittlich bei Ihnen in der Betreuung?

Bitte wählen... ▾

Zurück Weiter

(Text ändern)

Frage 16, 17 und 18

Seit wann arbeiten Sie in Angeboten der psychosozialen Hilfe für Substituierte?

Bitte wählen... ▾

Wie alt sind Sie?

Bitte wählen... ▾

Nennen Sie Ihr Geschlecht.

Bitte wählen... ▾

Zurück Fertig

(Text ändern)

Anhang 4: Ergebnisse

Abbildung 4.1: Frage 1

1. Welche digitalen Medien nutzt Ihre Fachstelle im direkten Umgang mit Substituierten?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 184

164 (89.1%): E-Mail

69 (37.5%): Videokonferenztool

18 (9.8%): Beratungschat

53 (28.8%): Mobile Messenger (Whatsapp, Telegram etc.)

2 (1.1%): E-Health Programme (therapeutische Angebote mittels App)

2 (1.1%): Selbsttests mit computergestütztem individuellen Feedback

14 (7.6%): Sonstige digitale Medien

6 (3.3%): Weiß ich nicht

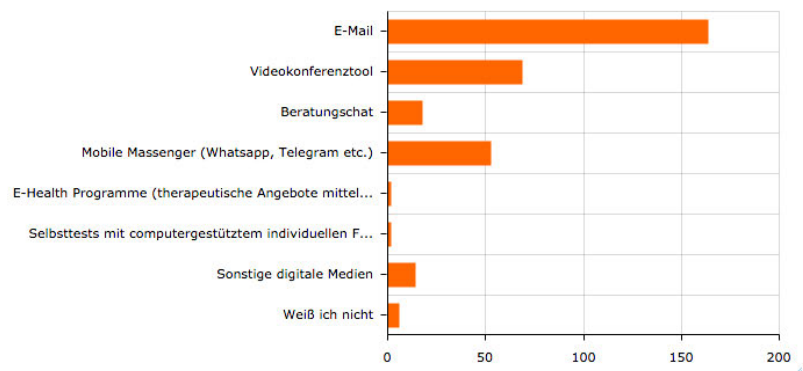


Abbildung 4.2: Frage 2

2. Welche Beratungsform wird am häufigsten von Ihnen angewendet?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

172 (86.0%): Face-to-face Kontakt in der Beratungsstelle

12 (6.0%): Face-to-face Kontakt während aufsuchender Arbeit

13 (6.5%): Telefonischer Kontakt

1 (0.5%): Digitaler Kontakt

2 (1.0%): Sonstige Form

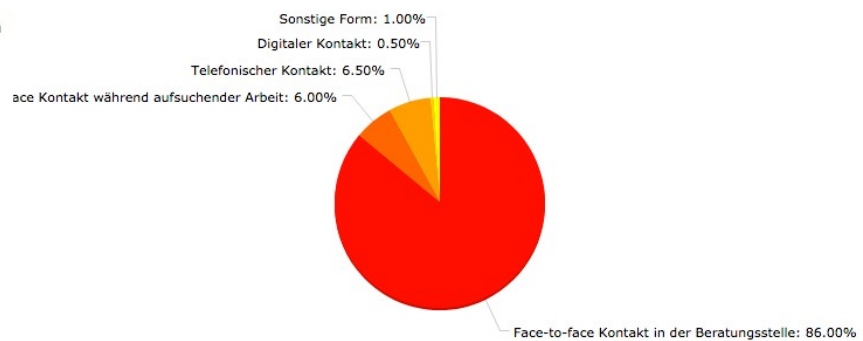


Abbildung 4.3: Frage 3

3. Bei welchen Gruppen ist in Ihrer Arbeit die Betreuungsaufnahme oder -aufrechterhaltung besonders erschwert?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

19 (9.5%): Personen zwischen 18 und 30 Jahren

56 (28.0%): Immobile Personen

40 (20.0%): Berufstätige

18 (9.0%): Personen mit betreuungspflichtigen Kindern

100 (50.0%): Personen, die keine oder wenig Deutschkenntnisse haben

65 (32.5%): Personen mit psychischen Erkrankungen (besonders Depressionen, Angsterkrankungen oder Traumafolgestörungen)

52 (26.0%): Personen mit weitem Anfahrtsweg

36 (18.0%): Personen mit häufig wechselndem Aufenthaltsort

162 (81.0%): Personen mit wenig Motivation für die Hilfe

72 (36.0%): Personen in äußerst multiplen Problemlagen

5 (2.5%): Keine Gruppe bekannt

7 (3.5%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- EU-Bürgerinnen ohne Grundsicherungsleistungen/KV
- ergänzend zu obiger Personengruppe: Personen ohne Telefon
- ältere Personen, ab 60+
- hoher BK
- Von der Justiz geschickte Klienten
- Obdachlose ohne Telefon
- Personen mit justiziellen Auflagen und Weisungen

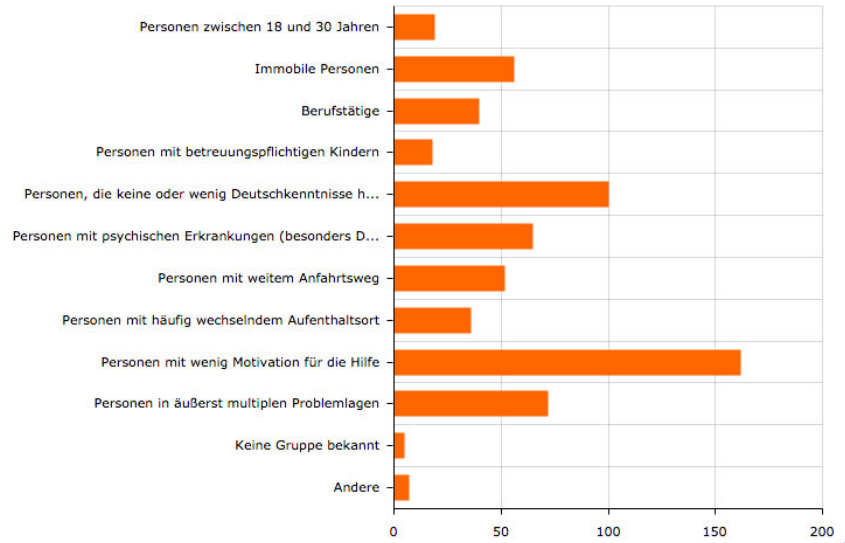


Abbildung 4.4: Frage 4

4. Spielt Scham Ihres Erachtens eine Rolle für das Fernbleiben aus psychosozialen Hilfen für Substituierte?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

83 (41.5%): ja

117 (58.5%): nein

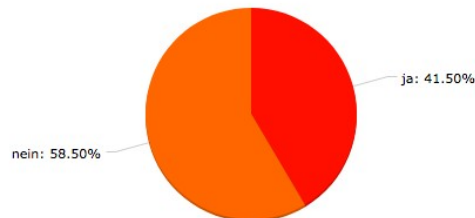


Abbildung 4.5: Frage 5

5. Bewerten Sie folgende Aussagen mit Blick auf Ihre Fachstelle.

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

	Stimme gar nicht zu (1)		Stimme weniger zu (2)		Stimme eher zu (3)		Stimme voll zu (4)		Keine Angabe (0)		Arithmetisches Mittel (\bar{x})	Standardabweichung (\pm)
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	\pm		
Die PSB Versorgung in meinem B...	26x	13,00	65x	32,50	71x	35,50	25x	12,50	13x		2,51	0,89
Alle Substituierten im Zuständigk...	3x	1,50	29x	14,50	91x	45,50	70x	35,00	7x		3,18	0,74
Alle Substituierten mit Hilfebeda...	25x	12,50	51x	25,50	60x	30,00	57x	28,50	7x		2,77	1,02
Die PSB ist niedrigschwellig wahr...	8x	4,00	38x	19,00	90x	45,00	62x	31,00	2x		3,04	0,82
Alle Betreuungen werden geplan...	71x	35,50	100x	50,00	22x	11,00	1x	0,50	6x		1,76	0,67

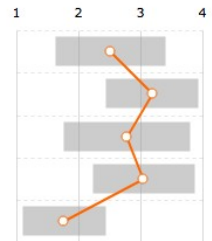


Abbildung 4.6: Frage 6

6. Wie kann die psychosoziale Versorgung für Substituierte in Deutschland Ihrer Meinung nach effektiver gestaltet werden?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 198

83 (41.9%): Errichtung weiterer Anlaufstellen vor Ort

98 (49.5%): Methodischer Ausbau der vorhandenen Anlaufstellen vor Ort

51 (25.8%): Einrichtung bundesweiter digitaler Angebote

45 (22.7%): Einrichtung digitaler Angebote für festgelegte Versorgungsgebiete

6 (3.0%): Keine Verbesserung notwendig

47 (23.7%): Hilfesystem muss grundlegend neu strukturiert werden

40 (20.2%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- aufsuchende Arbeit
- sicherstellung der Finanzierung
- Entbürokratisierung
- Mehr aufsuchende Arbeit
- Mehr Flexibilität zwischen den Hilfesystemen
- enge Verzahnung mit Substitutionsärzten, Verpflichtende Teilnahme
- Zugang für nicht-versicherten
- Mehr Kooperation mit den Praxen
- Verknüpfung Vergabe + PSB
- Kooperationen mit Substitutionsärzten
- Mehr Personal!!!!!!!!!!!!!!!
- aufsuchend in den Praxen
- Beendigung der Substitution bei Abbruch der PSB
- mehr Ärzte und Ärztinnen, die eine Substitutionsbehandlung anbieten
- mehr Substitutionsärzte
- EGH derzeit zu hochschwellig, PSB muss flexibel sein und der Einsatz sofort erfolgen
- Wenn es einen höheren beschäftigungsanteil in der PSB gäbe, könnten weitere Angebote gemacht werden, außer Gespräche.
- Psychosoziale Versorgung benötigt gesicherte Substitutionsmedizinische Versorgung
- mehr niederschwellige Arbeitsangebote
- Zulassung der Substitution für ALLE Hausärzte
- mehr substituierende Ärzte erforderlich
- Personeller Ausbau vorhandener Strukturen
- bessere Vernetzung zu Fachärzten
- besserer räumliche Vernetzung mit den Substärzten
- Es sollte in Berlin wieder der Grundsatz gelten, dass eine Befreiung von der PsB nur von einer anerkannte Suchthilfeeinrichtung nach Begutachtung des Klienten und nicht durch den Arzt ausgestellt werden darf.
- Ausweitung niedrigschwelliger Angebote
- es gibt die Herausforderung für niedrigschwellige Angebote, gut ist es vor Ort in den Arztpraxen Angebote zu machen, präsent zu sein.
- geschlechtsspezifische Angebote müssen erweitert werden
- mehr aktivierende Hilfen, Tagesstruktur, usw.
- mehr Fachpersonal, Absicherung niedrigschwelliger Angebote und lebenspraktischer Hilfen
- Einrichtung von Substitutionsambulanzen
- Mehr Substitutionsärzte die gut zusammenarbeiten
- Arbeitsangebote, Beschäftigungsmaßnahmen
- mehr Betreuung in den Praxen
- Stärkere räumliche Verknüpfung von Vergabe und PSB
- mehr Personal
- flächendeckende Versorgung - am besten Institutsambulanzen (v. a. aufm flachen Land)
- mehr Substitutionsärzte
- Aufstockung Personal
- Zusammenarbeit vor Ort in der Substitutionspraxis

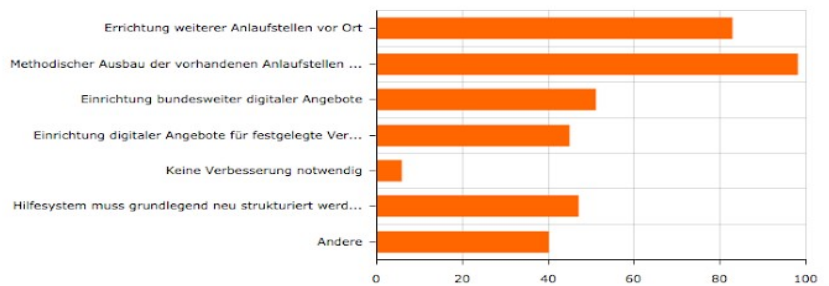


Abbildung 4.7: Frage 7

7. Bewerten Sie folgende Aussagen zur Digitalisierung der psychosozialen Hilfen für Substituierte.

.png .pdf .xls .csv

Anzahl Teilnehmer: 200

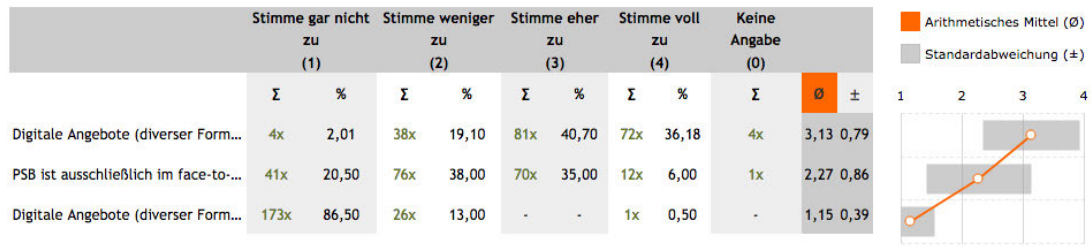


Abbildung 4.8: Frage 8

8. Welche Ziele sollte die Digitalisierung im Angebotsbereich für Substituierte verfolgen?

.png .pdf .xls .csv

Anzahl Teilnehmer: 199

146 (73.4%): Vermittlung in Angebote vor Ort

151 (75.9%): Informationsgewinnung

134 (67.3%): Aufbau und Nutzung einer beratenden Beziehung

43 (21.6%): Aufbau und Nutzung einer therapeutischen Beziehung

14 (7.0%): Digitalisierung spielt keine Rolle für die Angebote

14 (7.0%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- niedrigschwelliger Zugang
- Vernetzung mit Behörden usw
- Kontaktpflege
- Gruppenangebote
- schnelle Kontaktaufnahme und Kontaktaufbau, schnellere Klärung von verschiedenen behördlichen Angelegenheiten oder Ähnlichem
- Ergänzung der face to face Beratung
- besserer Erreichbarkeit der substituierten Menschen
- datengeschützter Dokumentenaustausch
- Alternativ gut wegen aktueller Situation mit Corona
- Ergänzung zu den bestehenden Kontaktmöglichkeiten
- Vielfalt in der Kontakterhaltung
- Ergänzung der beratenden Beziehung
- Erreichbarkeit, Ansprechpartner bleiben
- Kontakte zu Ämtern

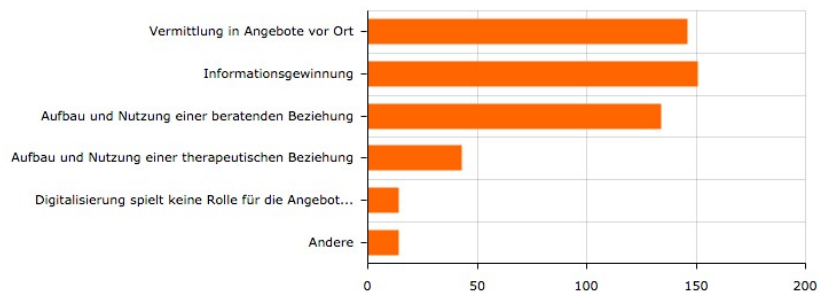


Abbildung 4.9: Frage 9

9. Bewerten Sie folgende Aussagen auf Grundlage des zuvor geschilderten Szenarios.

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 198

	Stimme gar nicht zu (1)		Stimme weniger zu (2)		Stimme eher zu (3)		Stimme voll zu (4)		Keine Angabe (0)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	
Eine Beratungsanfrage ist in der ...	18x	9,09	74x	37,37	88x	44,44	9x	4,55	9x	2,47 0,73
Digitale PSB bietet niedrigschwel...	11x	5,56	59x	29,80	80x	40,40	41x	20,71	7x	2,79 0,84
Die Beratungsbeziehung leidet u...	8x	4,06	55x	27,92	89x	45,18	35x	17,77	10x	2,81 0,79
Digitale PSB ermöglicht die Aufr...	19x	9,60	58x	29,29	86x	43,43	17x	8,59	18x	2,56 0,81
Die Teilnahmemotivation sinkt d...	23x	11,68	100x	50,76	39x	19,80	5x	2,54	30x	2,16 0,69
Digitale Angebote bieten einen f...	4x	2,02	45x	22,73	102x	51,52	35x	17,68	12x	2,90 0,71
Die Dauer der digitalen Kontakte...	2x	1,02	27x	13,78	99x	50,51	55x	28,06	13x	3,13 0,69
Die Häufigkeit der Inanspruchna...	10x	5,10	70x	35,71	64x	32,65	18x	9,18	34x	2,56 0,77
Digitale Angebote scheinen anon...	10x	5,05	17x	8,59	99x	50,00	60x	30,30	12x	3,12 0,79
Merkmale wie Sprachkompetenz,...	21x	10,61	54x	27,27	63x	31,82	20x	10,10	40x	2,52 0,88

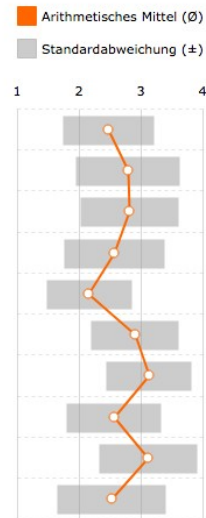


Abbildung 4.10: Frage 10

10. Wie wahrscheinlich ist es, dass auf Grundlage des zuvor geschilderten Szenarios, folgende Personen digitale PSB in Anspruch nehmen?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 199

	Sehr unwahrscheinlich (1)		Weniger wahrscheinlich (2)		Eher wahrscheinlich (3)		Sehr wahrscheinlich (4)		Keine Angabe (0)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	
Immobilie Personen	5x	2,53	15x	7,58	126x	63,64	45x	22,73	7x	3,10 0,64
Immobilie Personen mit Hilfe von...	4x	2,02	22x	11,11	117x	59,09	43x	21,72	12x	3,07 0,66
Personen zwischen 18 und 30 Ja...	5x	2,53	10x	5,05	124x	62,63	48x	24,24	11x	3,15 0,63
Berufstätige	2x	1,01	18x	9,09	114x	57,58	51x	25,76	13x	3,16 0,63
Personen mit betreuungspflichti...	3x	1,52	19x	9,60	135x	68,18	30x	15,15	11x	3,03 0,57
Personen, die keine oder wenig ...	47x	23,74	100x	50,51	34x	17,17	3x	1,52	14x	1,96 0,71
Ländlich lebende Personen	9x	4,55	25x	12,63	127x	64,14	27x	13,64	10x	2,91 0,68
Psychisch Erkrankte (besonders ...	24x	12,18	93x	47,21	56x	28,43	6x	3,05	18x	2,25 0,72
Personen mit häufig wechselnde...	28x	14,14	60x	30,30	76x	38,38	13x	6,57	21x	2,42 0,84
Schambehafte Personen	11x	5,58	38x	19,29	121x	61,42	17x	8,63	10x	2,77 0,69
Personen mit wenig Motivation f...	73x	37,44	79x	40,51	26x	13,33	4x	2,05	13x	1,79 0,77
Personen in multiplen Problemla...	24x	12,24	106x	54,08	45x	22,96	3x	1,53	18x	2,15 0,66
Personen mit vorwiegendem Bed...	61x	30,81	75x	37,88	33x	16,67	9x	4,55	20x	1,94 0,86
Personen mit vorwiegendem Ges...	38x	19,19	80x	40,40	57x	28,79	11x	5,56	12x	2,22 0,84

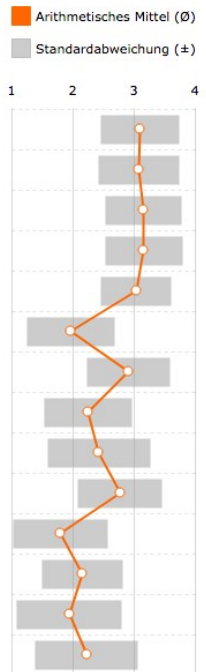


Abbildung 4.11: Frage 11

11. Welches Konstrukt trifft auf Ihren Arbeitsplatz am ehesten zu (unabhängig vom verwaltenden Träger)?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

152 (76.0%): Allgemeine Suchtberatungsstelle

10 (5.0%): Medizinische Ambulanz oder Praxis

- (0.0%): Stationäre medizinische Einrichtung

3 (1.5%): Beratungsstelle für Soziale Hilfen

26 (13.0%): Beratungsstelle ausschließlich für psychosoziale Betreuung oder ähnliches Angebot für Substituierte

- (0.0%): Gesundheitsamt

- (0.0%): Streetwork

7 (3.5%): Sonstige ambulante Fachstelle

2 (1.0%): Sonstige stationäre Fachstelle

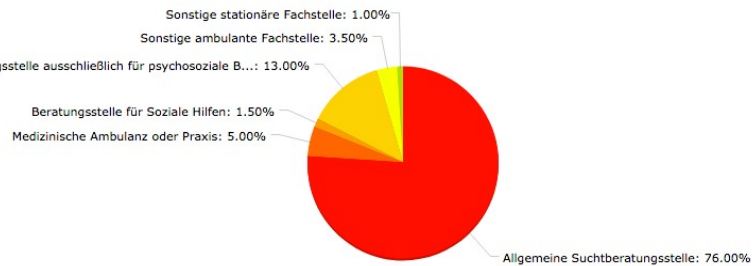


Abbildung 4.12: Frage 12

12. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Fachstelle?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

38 (19.0%): Baden-Württemberg

38 (19.0%): Bayern

16 (8.0%): Berlin

1 (0.5%): Bremen

4 (2.0%): Hamburg

10 (5.0%): Hessen

2 (1.0%): Mecklenburg-Vorpommern

23 (11.5%): Niedersachsen

33 (16.5%): Nordrhein-Westfalen

10 (5.0%): Rheinland-Pfalz

1 (0.5%): Saarland

6 (3.0%): Sachsen

6 (3.0%): Sachsen-Anhalt

7 (3.5%): Schleswig-Holstein

5 (2.5%): Thüringen

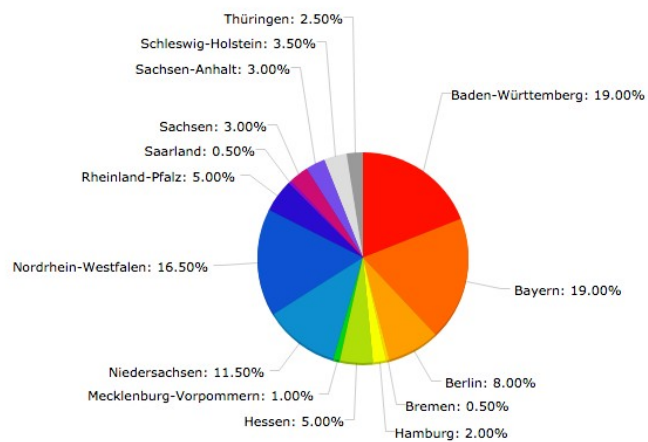


Abbildung 4.13: Frage 13

13. In welchem Stadttypen liegt Ihr Arbeitsplatz (unabhängig vom verwaltenden Träger)?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 199

2 (1.0%): Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner)

31 (15.6%): Kleinstadt (5.000 - 19.999 Einwohner)

68 (34.2%): Mittelstadt (20.000 - 99.999 Einwohner)

49 (24.6%): Kleine Großstadt (100.000 - 500.000 Einwohner)

49 (24.6%): Große Großstadt (mehr als 500.000 Einwohner)

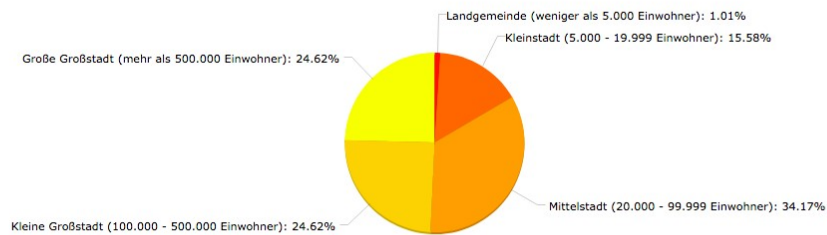


Abbildung 4.14: Frage 14

14. In welchem Umfang üben Sie psychosoziale Hilfen für Substituierte aus?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

47 (23.5%): Vollzeitstelle

47 (23.5%): Teilzeitstelle mit mehr als 50%

34 (17.0%): Teilzeitstelle mit bis zu 50%

76 (38.0%): Die Übernahme mehrere Aufgaben lässt keine zeitliche Trennung zu

4 (2.0%): Keine Antwort möglich

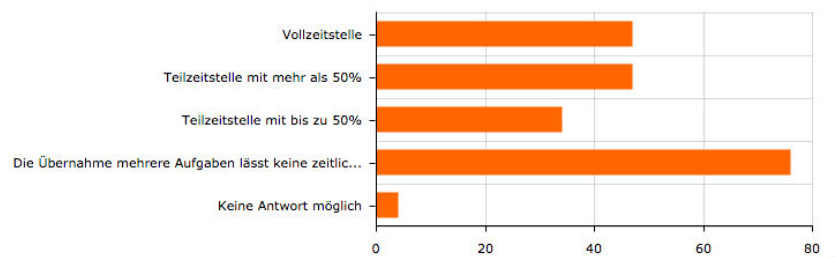


Abbildung 4.15: Frage 15

15. Wie viele Substituierte befinden sich durchschnittlich bei Ihnen in der Betreuung?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 191

72 (37.7%): Weniger als 20

54 (28.3%): 20-40

30 (15.7%): 41-60

8 (4.2%): 61-80

27 (14.1%): Mehr als 80

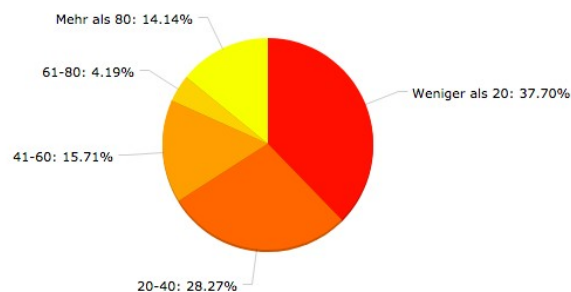


Abbildung 4.16: Frage 16

16. Seit wann arbeiten Sie in Angeboten der psychosozialen Hilfe für Substituierte?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 200

46 (23.0%): Weniger als 5 Jahre

78 (39.0%): 5-15 Jahre

76 (38.0%): Länger als 15 Jahre

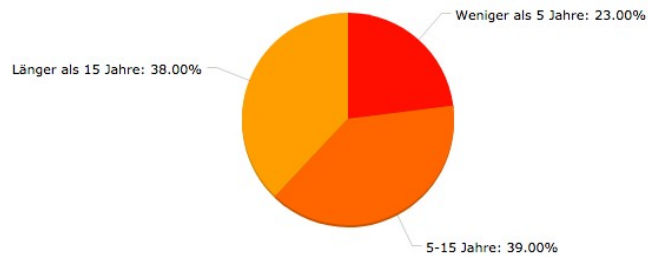


Abbildung 4.17: Frage 17

17. Wie alt sind Sie?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 198

1 (0.5%): Unter 25

44 (22.2%): 25-35

51 (25.8%): 36-45

53 (26.8%): 46-55

48 (24.2%): 56-65

1 (0.5%): Über 66

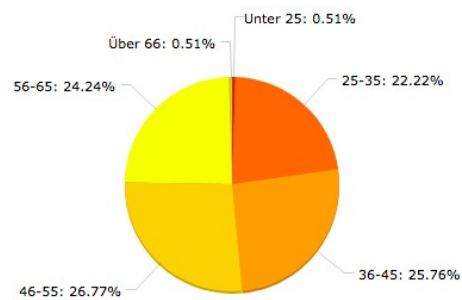


Abbildung 4.18: Frage 18

18. Nennen Sie Ihr Geschlecht.

.png .pdf .xls .csv

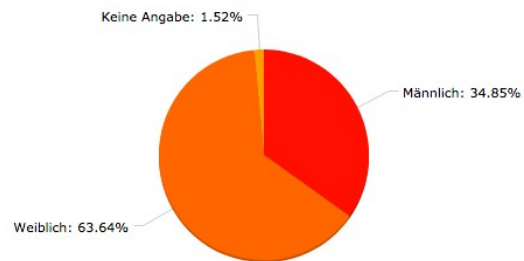
Anzahl Teilnehmer: 198

69 (34.8%): Männlich

126 (63.6%): Weiblich

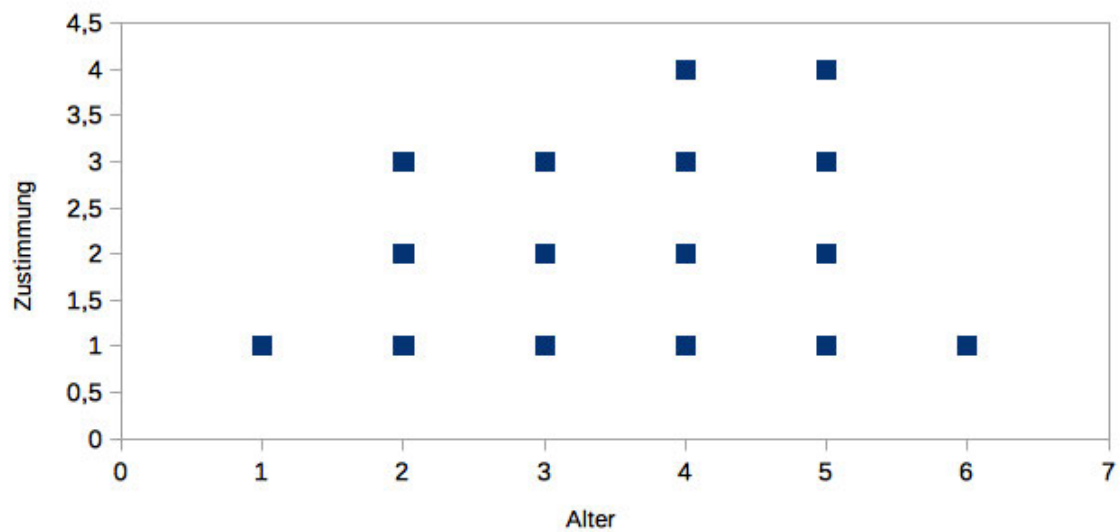
- (0.0%): Divers

3 (1.5%): Keine Angabe



Anhang 5: Korrelationen

Abbildung 5.1: Alter und Zustimmung zu „PSB ist ausschließlich im face-to-face Kontakt möglich“



Zustimmung

1= stimme gar nicht zu

2= stimme weniger zu

3= stimme eher zu

4= stimme voll zu

Alter

1= unter 25

2= 25 bis 35

3= 36 bis 45

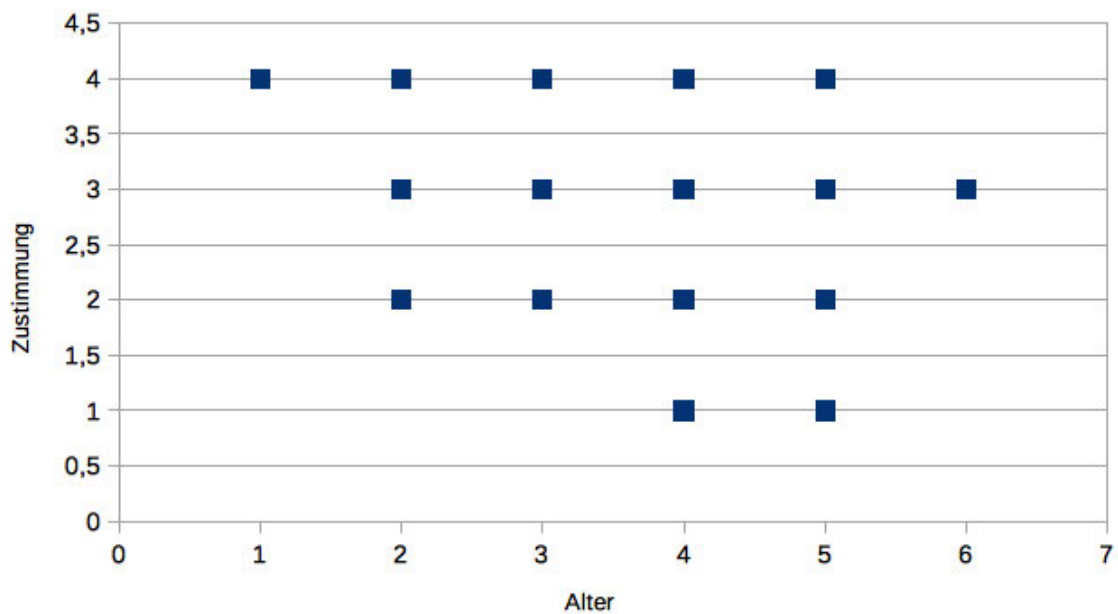
4= 46 bis 55

5= 56 bis 65

6= über 65

Pearson-r= 0,54

Abbildung 5.2: Alter und Zustimmung zu „Digitale Angebote (diverse Formen) können die PSB vor Ort sinnvoll ergänzen“



Zustimmung

1= stimme gar nicht zu

2= stimme weniger zu

3= stimme eher zu

4= stimme voll zu

Alter

1= unter 25

2= 25 bis 35

3= 36 bis 45

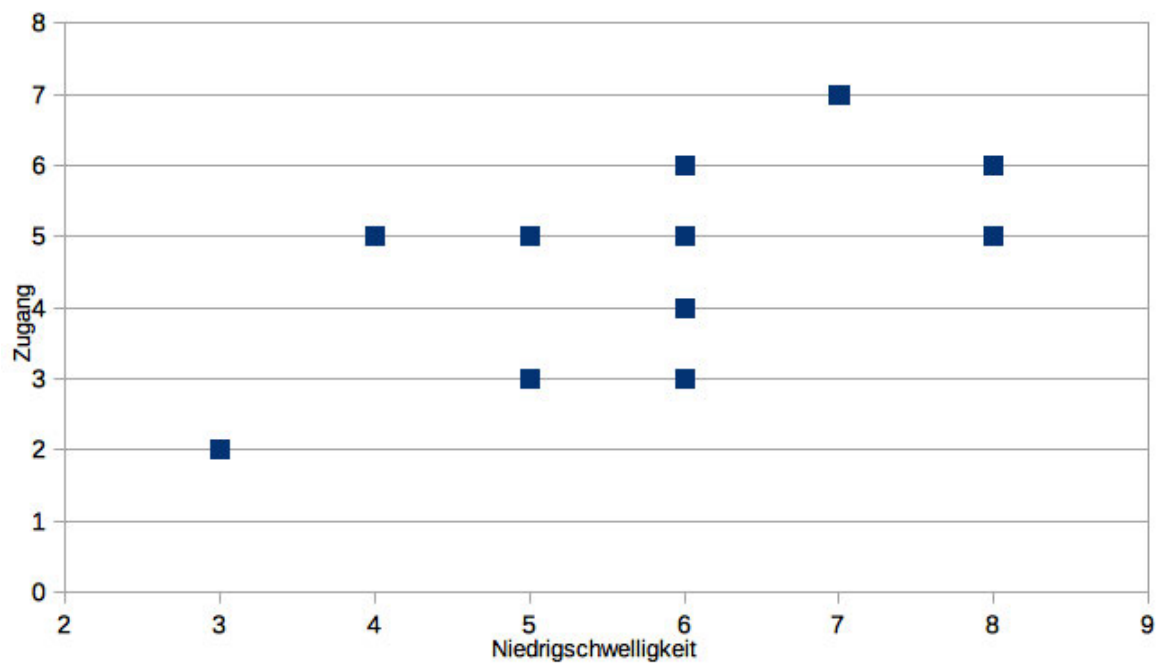
4= 46 bis 55

5= 56 bis 65

6= über 65

Pearson-r= -1,00

Abbildung 5.3: Niedrigschwelligkeit und Zugang



Pearson-r=0,66

Anhang 6: Kreuzauswertung

Abbildung 6.1: Frage 17 und Frage 7 Item 3 / gar keine Zustimmung

17. Wie alt sind Sie?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 172

- (0.0%): Unter 25

36 (20.9%): 25-35

45 (26.2%): 36-45

48 (27.9%): 46-55

42 (24.4%): 56-65

1 (0.6%): Über 66

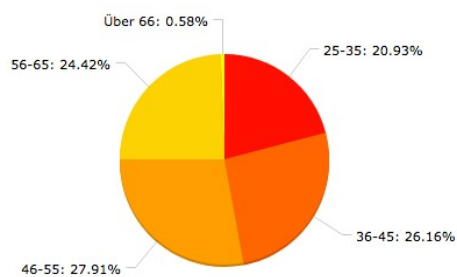


Abbildung 6.2: Frage 17 und Frage 7 Item 3/ weniger Zustimmung

17. Wie alt sind Sie?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 25

1 (4.0%): Unter 25

8 (32.0%): 25-35

6 (24.0%): 36-45

4 (16.0%): 46-55

6 (24.0%): 56-65

- (0.0%): Über 66

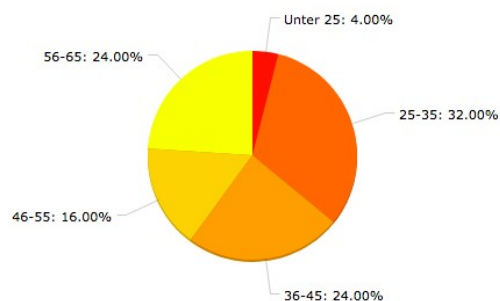


Abbildung 6.3: Frage 17 und Frage 8 Item 5

17. Wie alt sind Sie?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 14

- (0.0%): Unter 25
- 4 (28.6%): 25-35
- 2 (14.3%): 36-45
- 4 (28.6%): 46-55
- 4 (28.6%): 56-65
- (0.0%): Über 66

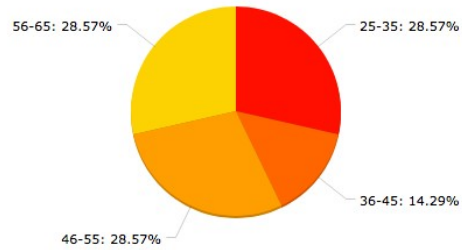


Abbildung 6.4: Frage 12 und Frage 8 Item 5

12. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Fachstelle?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 14

- 4 (28.6%): Baden-Württemberg
- 1 (7.1%): Bayern
- 2 (14.3%): Berlin
- (0.0%): Brandenburg
- (0.0%): Bremen
- 1 (7.1%): Hamburg
- 1 (7.1%): Hessen
- (0.0%): Mecklenburg-Vorpommern
- 1 (7.1%): Niedersachsen
- 1 (7.1%): Nordrhein-Westfalen
- (0.0%): Rheinland-Pfalz
- (0.0%): Saarland
- 3 (21.4%): Sachsen
- (0.0%): Sachsen-Anhalt
- (0.0%): Schleswig-Holstein
- (0.0%): Thüringen

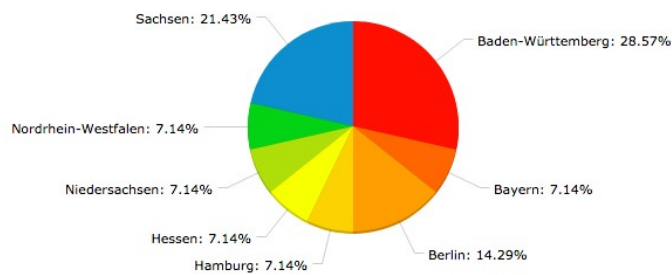


Abbildung 6.5: Frage 9 und über 55 Jahre

9. Bewerten Sie folgende Aussagen auf Grundlage des zuvor geschilderten Szenarios.

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 49

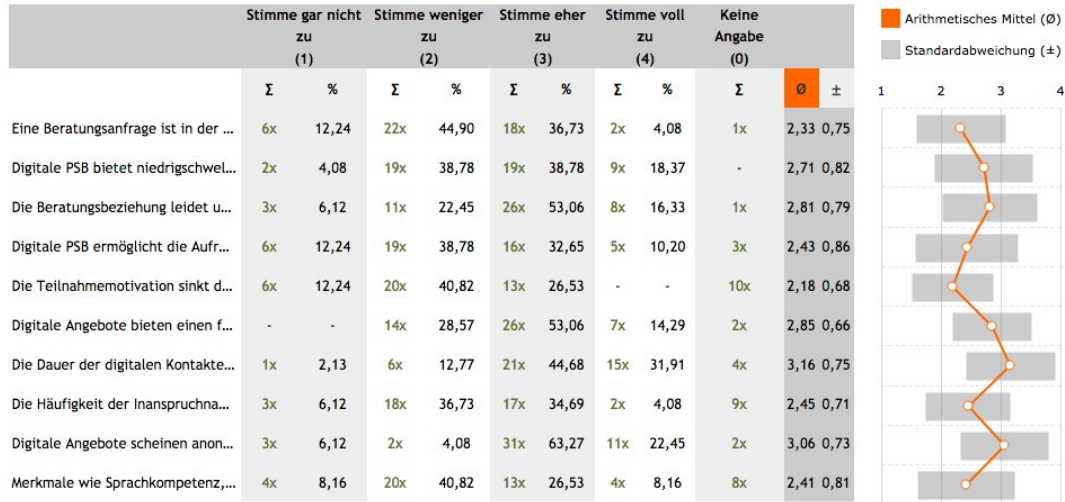


Abbildung 6.6: Frage 9 und unter 36 Jahren

9. Bewerten Sie folgende Aussagen auf Grundlage des zuvor geschilderten Szenarios.

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 43



Abbildung 6.7: Frage 3 und niedrigschwellige Beratung (digital, telefonisch, sonstige)

3. Bei welchen Gruppen ist in Ihrer Arbeit die Betreuungsaufnahme oder -aufrechterhaltung besonders erschwert?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 16

2 (12.5%): Personen zwischen 18 und 30 Jahren

2 (12.5%): Immobile Personen

3 (18.8%): Berufstätige

2 (12.5%): Personen mit betreuungspflichtigen Kindern

7 (43.8%): Personen, die keine oder wenig Deutschkenntnisse haben

6 (37.5%): Personen mit psychischen Erkrankungen (besonders Depressionen, Angsterkrankungen oder Traumafolgestörungen)

5 (31.3%): Personen mit weitem Anfahrtsweg

4 (25.0%): Personen mit häufig wechselndem Aufenthaltsort

10 (62.5%): Personen mit wenig Motivation für die Hilfe

7 (43.8%): Personen in äußerst multiplen Problemlagen

1 (6.3%): Keine Gruppe bekannt

2 (12.5%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- ergänzend zu obiger Personengruppe: Personen ohne Telefon
- hoher BK

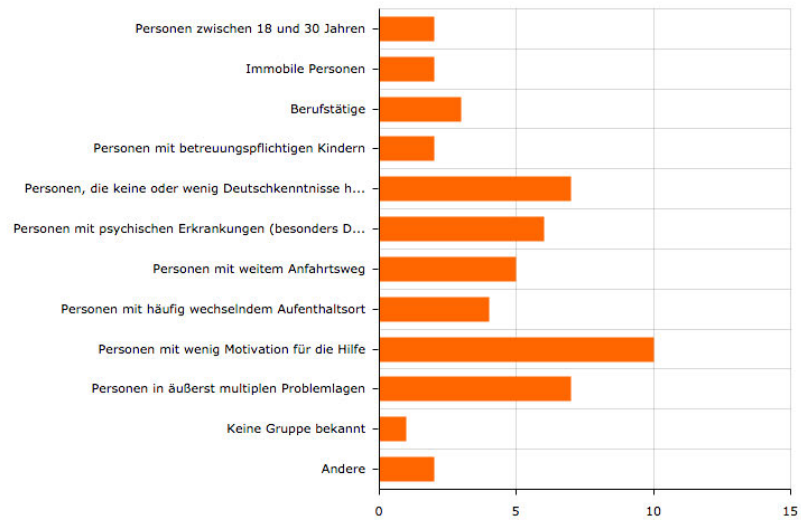


Abbildung 6.8: Frage 3 und face-to-face Beratung

3. Bei welchen Gruppen ist in Ihrer Arbeit die Betreuungsaufnahme oder -aufrechterhaltung besonders erschwert?

[.png](#) [.pdf](#) [.xls](#) [.csv](#)

Anzahl Teilnehmer: 184

17 (9.2%): Personen zwischen 18 und 30 Jahren

54 (29.3%): Immobile Personen

37 (20.1%): Berufstätige

16 (8.7%): Personen mit betreuungspflichtigen Kindern

93 (50.5%): Personen, die keine oder wenig Deutschkenntnisse haben

59 (32.1%): Personen mit psychischen Erkrankungen (besonders Depressionen, Angsterkrankungen oder Traumafolgestörungen)

47 (25.5%): Personen mit weitem Anfahrtsweg

32 (17.4%): Personen mit häufig wechselndem Aufenthaltsort

152 (82.6%): Personen mit wenig Motivation für die Hilfe

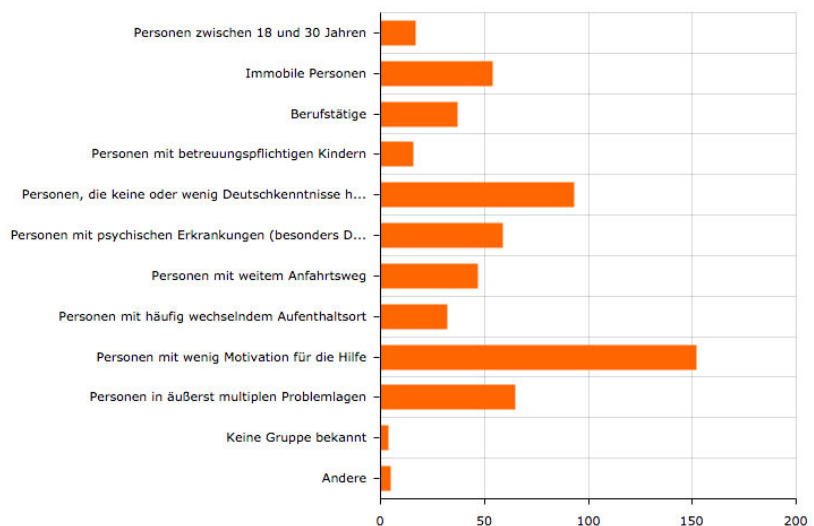
65 (35.3%): Personen in äußerst multiplen Problemlagen

4 (2.2%): Keine Gruppe bekannt

5 (2.7%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- EU-Bürgerinnen ohne Grundsicherungsleistungen/KV
- ältere Personen, ab 60+
- Von der Justiz geschickte Klienten
- Obdachlose ohne Telefon
- Personen mit justitiellen Auflagen und Weisungen



13. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 23.08.2021

Ort, Datum



Unterschrift