

# **Evaluation der Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte suchtkranke Menschen nach SGB XII**

## **STUDIENBERICHT**

Peter Degkwitz  
Harald Oechsler  
Marcus-Sebastian Martens  
Uwe Verthein

Unter Mitarbeit von:  
Anja Specht



Hamburg, April 2016

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Tel.: 040 / 7410 57901 oder 877959, Fax: 040 / 7410 58351  
Email: [u.verthein@uke.uni-hamburg.de](mailto:u.verthein@uke.uni-hamburg.de)

Gefördert durch: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Hamburg

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	5
Zusammenfassung.....	7
1. Hintergrund des Projekts .....	9
1.1 Ausgangslage – Eingliederungshilfe Sucht in Hamburg.....	9
1.2 Maßnahmen und Hilfeformen der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen nach SGB XII.....	9
1.3 Wissensstand zur Wirksamkeit der Eingliederungshilfe und stationärer Alkohol- und Drogentherapie .....	10
1.3.1 Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe.....	10
1.3.2 Generelle Wirksamkeit stationärer Therapie .....	11
1.3.3 Patienten- und Prozessmerkmale in der stationären Therapie.....	12
1.4 Problemstellung und Studienanlage .....	13
2. Inanspruchnahmen von Leistungen der Eingliederungshilfe (Modul A1).....	16
2.1 Datenbasis und Methodik .....	16
2.2 Personen und Leistungen der Eingliederungshilfe über den Beobachtungszeitraum ..	17
2.3 Leistungen der Eingliederungshilfe nach Typen .....	21
2.4 Personenbezogene Analyse der Verläufe von Inanspruchnahmen nach Gruppen .....	24
2.5 Geschlecht, Alter, Drogentyp der Inanspruchnahmegruppen .....	27
2.6 Letzter Maßnahmetyp und Beendigung von Maßnahmen nach Inanspruchnahmegruppen.....	28
2.7 Die Inanspruchnahmen aller Nutzer des Jahres 2012 mit vorangehenden und anschließenden Aufenthalten.....	31
2.8 Zusammenfassung Datenbankanalyse (Modul A1).....	32
3. Kennzeichen der intensiven Nutzer der Eingliederungshilfe (Modul A2).....	35
3.1 Methodik (Aktenanalyse) .....	35
3.2 Alter, Geschlecht, Drogentyp und Inanspruchnahmen intensiver Nutzerinnen und Nutzer (Vergleich zur übrigen Klientel).....	36
3.3 Vorbehandlungen und ergänzende Behandlung .....	39
3.4 Letzte Maßnahme der Eingliederungshilfe .....	41
3.4.1 Funktionsfähigkeit und Teilhabeprobleme.....	42
3.4.2 Zielsetzungen und Zielerreichung .....	45
3.4.3 Art der Beendigung und Verbleib .....	50
3.5 Drogenkonsum und Gesundheit .....	51
3.6 Sozialer Hintergrund .....	54
3.7 Zusammenfassung Aktenanalyse (Modul A2) .....	58

4. Prospektive Untersuchung der Wirksamkeit der Maßnahmen der Eingliederungshilfe (Modul B) .....	61
4.1 Fragestellung .....	61
4.1.1 Einschlusskriterien .....	62
4.2 Untersuchungsablauf .....	62
4.3 Auswertungsmethode .....	64
4.4 Beschreibung der Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt .....	64
4.4.1 Vorerfahrungen mit Suchtbehandlungen.....	69
4.4.2 Substanzkonsum und Zielsetzungen .....	70
4.5 Ergebnisse zum Verlauf der Eingliederungshilfemaßnahme .....	75
4.5.1 Behandlungsstatus der Klienten nach sechs Monaten.....	76
4.5.2 Interventionen und Aktivitäten während der Maßnahme .....	79
4.5.3 Veränderungen während der Maßnahme.....	81
4.5.4 Zufriedenheit mit dem Einrichtungsaufenthalt.....	98
4.5.5 Maßnahmebezogene Faktoren und effektive Zielerreichung.....	100
4.5.6 Personenbezogene Faktoren und effektive Zielerreichung .....	104
4.6 Zusammenfassung prospektive Untersuchung (Modul B) .....	107
 5. Zusammenfassung .....	110
5.1 Stand der Eingliederungshilfe .....	110
5.2 Wirksamkeit und Zielerreichung in der Eingliederungshilfe Sucht .....	113
5.2.1 Längerfristige Trends der Eingliederungshilfe – Personen, Maßnahmen, Kosten – und ihre Hintergründe .....	113
5.2.2 Indikatoren von Wirksamkeit und Zielerreichung .....	114
5.2.3 Personen- und maßnahmbezugene Faktoren der effektiven Zielerreichung ....	115
5.3 Instrumente der Steuerung der Eingliederungshilfe Sucht .....	116
 6. Abkürzungen .....	119
7. Literatur .....	120
8. Danksagung .....	123

## Vorwort

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) hat ein großes Interesse daran, für die Hamburger Bürgerinnen und Bürger mit einer Suchterkrankung, insbesondere auch für Menschen mit einem Anspruch auf Eingliederungshilfe, angemessene und wirkungsorientierte Maßnahmen vorzuhalten, weiterzuentwickeln und ggf. anzupassen. Bei Diskussionen über die Weiterentwicklung solcher Maßnahmen tauchen immer wieder Fragen nach deren Wirksamkeit auf. Antworten, etwa aus aktuellen Forschungsprojekten, gibt es hingegen kaum. Mit dem Ziel personenzentrierte und passgenaue Hilfen für suchtkranke Menschen in Hamburg weiterzuentwickeln, hat die BGV deshalb im September 2013 eine entsprechende Studie beim Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg in Auftrag gegeben.

Mit der nun vorliegenden Studie wurde nicht nur eine detaillierte Bestandsaufnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen erarbeitet, sondern es wird auch aufgezeigt, dass die bestehenden Maßnahmen Wirkung erzeugen. Aus den unterschiedlichen Perspektiven, der Betreuersicht, der Klientensicht und ergänzt durch die Aktenanalyse anhand des ICF Berichtswesens, wird erkennbar, dass die untersuchten Maßnahmen positive Auswirkungen haben. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die suchtspezifischen Ziele der Maßnahmen überwiegend erreicht werden, wie etwa die Aufrechterhaltung der Abstinenz und die gesundheitsbezogene Lebensqualität im körperlichen und psychischen Bereich.

Auch wird auf eine hohe Qualität der bestehenden Hilfen hingewiesen, wie z. B. auf das in allen Hamburger Einrichtungen eingeführte standardisierte Berichtswesen.

Diese erfreulichen Ergebnisse sollen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass insbesondere bei einer kleinen Gruppe von suchtkranken Menschen in Eingliederungshilfen eine dauerhafte Betreuung erforderlich sein wird. Es bedarf letztlich weiterhin, wie in der BGV durch verschiedene Maßnahmen bereits eingeleitet, einer Diskussion über Möglichkeiten der Perspektiven und passgenauen Maßnahmen für suchtkranke Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen, die ihr Leben ohne professionelle Begleitung vermutlich langfristig nicht eigenständig gestalten können. Für diese Menschen bedarf es weiterer Anstrengungen und Konzepte, auch in Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, wie z.B. der Pflege, der Wohnungslosenhilfe und der außerklinischen Psychiatrie.

Konzeptionelle Weiterentwicklungen sollten aber nach Möglichkeit immer unter stetiger Be rücksichtigung der Entwicklung des geplanten Bundesteilhabegesetzes (BTHG) stehen. Dabei ist ein Schwerpunkt auf Versorgungsformen zu setzen, die ihren Fokus auf passgenaue, individuelle Maßnahmen zu gelingender Teilhabe legen und ein Leben und Wohnen in größtmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit vom jeweiligen Suchtmittel ermöglichen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bleibt in Hamburg dabei nach wie vor aktuell und

bedarf weiterer Umsetzungsanstrengungen. Die vorliegende Studie bietet eine ausgezeichnete Grundlage, um eine interdisziplinäre Fachdiskussion in Gang zu setzen.

Der Dank der BGV gilt den Hamburger Trägern der Suchtkrankenhilfe, ohne deren Unterstützung diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Sie haben sich im Rahmen einer Studienbegleitgruppe aktiv beteiligt und die Befragung der Klientel und ihrer Betreuungspersonen unterstützt und ermöglicht.

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie liefert anhand der Beschreibung längerfristiger Trends und der vertiefenden Analyse intensiver Inanspruchnahme sowie einer prospektiven Untersuchung aktueller Klientinnen und Klienten eine Bestandsaufnahme der „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte suchtkranke Menschen“ im Hinblick auf zukünftige Steuerung des Leistungsbereichs. Im Focus stehen dabei Hintergründe der „Entwicklung der Inanspruchnahme der Angebote und der Kosten“ der vergangenen Jahre (BGV 2014).

Die Eingliederungshilfe Sucht hat sich als nachrangiger, spezialisierter Leistungsbereich für Abhängigkeitserkrankte mit spezialisierten Einrichtungen in Hamburg und Umgebung als wichtige Säule der Hamburger Sozial- und Gesundheitspolitik etabliert. Dabei nimmt als übergeordneter Sozialhilfeträger die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) die Steuerung und Finanzierung einer fachlich qualifizierten Versorgung sowie die Durchführung operativer Aufgaben im Bereich der Eingliederungshilfe für Suchtkranke wahr.

Die Fragestellungen zur Zielerreichung in der Eingliederungshilfe sowie zu maßnahme- und personenbezogenen Faktoren der Zielerreichung wurden insbesondere durch den Vergleich unterschiedlicher Inanspruchnahmegruppen von Leistungen retrospektiv und prospektiv untersucht.

Retrospektiv erfolgt eine Untersuchung des Versorgungsgeschehens über einen 5-Jahres Zeitraum (2010 bis 2014), in dem fast 10.000 Maßnahmen der Eingliederungshilfe von etwa 3.000 unterschiedlichen Personen mit diagnostizierter Abhängigkeitsstörung in Anspruch genommen wurden. Bei nahezu gleichbleibender Zahl von bewilligten und angetretenen Maßnahmen pro Jahr verlängert sich für eine leicht ansteigende Personenzahl der Verbleib in bestimmten Maßnahmetypen der Eingliederungshilfe relevant. Dies sind Maßnahmen am Ende der Versorgungskette der Eingliederungshilfe, bei denen, wenn der Übergang in selbstbestimmte Lebensführung oder die Vermittlung an vorrangige Kostenträger noch nicht gelingt, weitere Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erfolgen, die längerfristig angelegt sind. Insofern finden sich Phasen längerer Inanspruchnahme vor allem bei teilstationären und ambulanten Übergangsmaßnahmen, die zu einem Großteil in Einrichtungen außerhalb Hamburgs durchgeführt werden. Ein andauernder Verbleib in Maßnahmen der Eingliederungshilfe betrifft etwa ein Zehntel<sup>1</sup> des Personenkreises mit Abhängigkeitsstörungen.

Als Einflussfaktoren für längeren Verbleib bzw. intensivere Nutzung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe deuten sich im Vergleich der nach Intensität unterschiedenen Inanspruchnahmegruppen ein höheres Alter und Opiatabhängigkeit als im Vordergrund stehendes Suchtproblem an. Der Aspekt personenbezogener Faktoren intensiver Inanspruchnahmen sollte durch die Analyse von Akten intensiver Inanspruchnehmer präzisiert werden. Dabei zeigte sich, dass eine intensivere Inanspruchnahme mit höherem Alter, schweren körperlichen Erkrankungen, der Einrichtung gesetzlicher Betreuung und etwas stärkeren sozialen Beeinträchtigungen assoziiert ist. Die gefundenen Unterschiede sind hauptsächlich mit der längeren

---

<sup>1</sup> Es handelt sich um 6% bis 16% der Nutzerinnen und Nutzer eines Jahres.

Suchtkarriere und möglicherweise mit Reintegrationsproblemen substituierter älterer Opiat-abhängiger verbunden.

Mit der prospektiven Untersuchung wird für neu in die Eingliederungshilfe eintretende Klientinnen und Klienten die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen hinsichtlich der vereinbarten suchtbezogenen und teilhabebezogenen Zielsetzungen untersucht. Für die Erhebung konnten über einen zwölfmonatigen Zeitraum 255 Klientinnen und Klienten erreicht werden, von denen in der Nach- bzw. Abschlusserhebung 247 Klienten durch die Fachkräfte wieder erreicht wurden, wobei nur von einem Teil (N=136) auch der selbst ausgefüllte Klientenfragebogen vorliegt. Die Evaluation zeigt, dass die Zielsetzungen mehrheitlich erreicht werden. So haben aus Sicht der Fachkräfte mehr als zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer ihre suchtbezogene Zielsetzung überwiegend oder sogar vollständig erreicht. Bei mehr als zwei Dritteln hat sich der Umgang mit Suchtmitteln verbessert. Aus Sicht der Klienten wird die Veränderung im Umgang mit Suchtmitteln noch positiver beurteilt. In zentralen Lebensbereichen wie z. B. Gesundheit, Freizeitaktivitäten oder soziale Beziehungen kam es zu deutlichen Verbesserungen. Insbesondere bei den von den Klientinnen und Klienten persönlich formulierten Zielsetzungen wurde das wichtigste Ziel zu 63% und das zweitwichtigste zu 47% vollständig erreicht. In fast allen erhobenen Bereichen sind statistisch signifikante positive Veränderungen während der Eingliederungshilfemaßnahme eingetreten. Die Leistungsbeeinträchtigungen nach ICF sind zurückgegangen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich im körperlichen und psychischen Bereich während der Maßnahme signifikant verbessert. Auch die psychische Symptombelastung hat sich sowohl insgesamt als auch in den Symptomen Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung verringert. In der prospektiven Untersuchung zeigt sich eine hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmern mit den Bereichen Ausstattung und Atmosphäre, Betreuung, Behandlungsverlauf sowie die Vorbereitung auf die Zeit nach der Betreuung.

Die Studie legt eine Bestandsaufnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe Sucht aus verschiedenen Perspektiven vor. Zentrale Aspekte der Versorgung sowie der personenbezogenen Wirksamkeit und Zielerreichung werden beantwortet. Die Studienergebnisse können als Ausgangspunkte dienen, um Fachaufsicht und Steuerung der Eingliederungshilfe Sucht durch die BGV zu verbessern. Dabei stehen als Empfehlungen für die Eingliederungshilfe Aspekte der Gesamtplanung, Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung sowie die Sicherung von Versorgungskontinuität durch Schnittstellenmanagement und Angebotsdifferenzierung im Vordergrund.

# **1. Hintergrund des Projekts**

## **1.1 Ausgangslage – Eingliederungshilfe Sucht in Hamburg**

Die Eingliederungshilfe Sucht ist in Hamburg im Unterschied zu den Regelungen in anderen Bundesländern ein eigenständiger Leistungsbereich. Insgesamt wird die Eingliederungshilfe, die nachrangig – gegenüber vorrangig verpflichteten Trägern wie z. B. die Krankenkassen oder die DRV – gewährt wird, über das Fachamt Eingliederungshilfe beim Bezirksamt Wandsbek verwaltet. Hier erfolgen Steuerung und Verwaltung des Großteils der Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen in Hamburg. Es geht also im Folgenden im Sinne § 54, SGB XII um Maßnahmen für seelisch behinderte suchtkranke Menschen außerhalb von Rehabilitationsmaßnahmen der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (wie medizinische Rehabilitation). Die Eingliederungshilfe Sucht hat sich in den letzten Jahrzehnten (ab Mitte der 1970er Jahre) als nachrangiger, spezialisierter Leistungsbereich für Abhängigkeitserkrankte mit spezialisierten Einrichtungen in Hamburg und Umgebung als Teil der Hamburger Sozial- und Gesundheitspolitik herausgebildet. Hier nimmt in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) die Fachabteilung Drogen und Sucht als übergeordneter Sozialhilfeträger sowohl die Steuerung und Finanzierung einer fachlich qualifizierten Versorgung als auch zentral die Durchführung operativer Aufgaben im Bereich der Eingliederungshilfe für Suchtkranke wahr. Diese operativen Aufgaben bestehen in der Antragsprüfung und der einzelfallbezogenen Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Suchtkranke gemäß §§ 53ff SGB XII. Die Zugehörigkeit der Antragsteller zum leistungsberechtigten Personenkreis der seelisch behinderten (suchtkranken) Menschen wird in der Regel auf Grundlage einer fachärztlichen Stellungnahme durch das Sachgebiet „Eingliederungshilfe für Suchtkranke“ der BGV festgestellt.

## **1.2 Maßnahmen und Hilfeformen der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen nach SGB XII**

Die Eingliederungshilfe als nachrangiges Unterstützungs- und Betreuungsangebot für behinderte Menschen ist eine Leistung der Sozialhilfe. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind dann dem Kreis von Behinderten zuzurechnen, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (SGB IX, §2).

Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, §53, haben „Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1, Satz 1, des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind ..., wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.“ (SGB XII, §53).

Die Betroffenen erhalten die „notwendigen Sozialleistungen, um (...)

- (1) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, (...)
- (2) Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (...)
- (3) die Teilhabe am Arbeitsleben (...) zu sichern oder
- (4) die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.” (SGB IX, §1).

Diese Leistungen sind im Gesetz (SGB IX und XII) konkretisiert

- für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – darunter: „Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung“ sowie Weiterbildung, bzw. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit;
- als Leistungen im Arbeitsbereich – darunter: „Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des behinderten Menschen entsprechenden Beschäftigung“,
- zur „Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“, für „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz“ sowie „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“
- für psychologische und pädagogische Hilfen bei „Krankheits- und Behinderungsverarbeitung“, IX, § 41
- als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft u. a. durch „Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“.

Differenziert nach Zielgruppen werden Angebote in Übergangseinrichtungen und Nachsorgeeinrichtungen zur Förderung von Rehabilitation und Teilhabe von Suchtkranken angeboten.

Der Aufenthalt in Vorsorgeeinrichtungen soll es Betroffenen ermöglichen, in geschütztem Rahmen weitere Schritte der Problembewältigung zu entwickeln. Die in der Regel kurzfristigen und zeitlich begrenzten Maßnahmen erfolgen vor einer stationären medizinischen Rehabilitation und/oder nach einer Entgiftung. Der Aufenthalt in Nachsorgeeinrichtungen soll der sozialen Rehabilitation, der Sicherung einer abstinenter Lebensführung bzw. der Verlängerung abstinenter Phasen dienen und schließt in der Regel an medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) bzw. Adaption an.

Die vorgenannten Maßnahmen der Eingliederungshilfe werden auf Grundlage entsprechender Vereinbarungen von Trägern vorgehalten. Die Freie und Hansestadt Hamburg stellt für suchtmittelabhängige Menschen 328 Plätze in stationären und teilstationären Einrichtungen bereit (Stand 2012, BGV 2014). Ferner werden weitere Maßnahmen der Eingliederungshilfe außerhalb Hamburgs dann in Anspruch genommen, wenn die Einrichtung geeignet ist und dem ausdrücklichen Wunsch der antragstellenden Person entspricht.

### **1.3 Wissensstand zur Wirksamkeit der Eingliederungshilfe und stationärer Alkohol- und Drogentherapie**

#### *1.3.1 Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe*

Zu den Effekten von Eingliederungshilfemaßnahmen für Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen sind bisher keine Studien bekannt. Auch der Mangel an Untersuchungen zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe für andere Zielgruppen wie psychisch erkrankte Menschen wird von der Wissenschaft vielfach

hervorgehoben (Steinhart & Höptner 2015, Nowack et al. 2011, Bär et al. 2010, Engel & Schmitt-Schäfer 2004). Follak (2008) spricht aufgrund der fehlenden Transparenz in diesem Zusammenhang gar von einer „Black Box Eingliederungshilfe“. Eine Ausnahme bildet das in der Hansestadt Rostock erprobte und wissenschaftlich begleitete System zur Messung der Ergebnisqualität, u. a. anhand der Methodik des Goal Attainment Scaling (GAS). Laut Steinhart und Höptner (2015) profitieren von 405 Eingliederungshilfesfällen innerhalb des einjährigen Erhebungszeitraums knapp zwei Dritteln der Klientinnen und Klienten durch eine gute Zielerreichung, eine tendenziell höhere Lebenszufriedenheit und eine tendenziell geringere psychische Symptombelastung bei Maßnahmende. Außerdem kommt es bei zwei Dritteln der Leistungsberechtigten in den Folgemaßnahmen zu geringeren Kosten und knapp 10% der Leistungsberechtigten benötigen nach Abschluss keine weiteren Leistungen der Eingliederungshilfe.

Eine Längsschnittstudie in der Region Dresden, die in einem Untersuchungszeitraum von zwei Jahren die Wirksamkeit verschiedener Formen des betreuten Wohnens für 244 chronisch schizophrene Erkrankte untersuchte, kommt außerdem zu dem Ergebnis, dass sich bei insgesamt nur geringen Effekten, der Verbleib in der Familie eher günstig im Hinblick auf soziale Behinderungen, die Heimunterbringung hingegen eher negativ auf die subjektive Lebensqualität auswirkt (Kallert et al. 2007).

### *1.3.2 Generelle Wirksamkeit stationärer Therapie*

Im Gegensatz zur Wirksamkeit von Eingliederungshilfemaßnahmen sind generell die Effekte stationärer Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen eingehend untersucht worden. In einer der ersten großen Übersichtsstudien von Emrick (1975), in der über 400 Studien zur Behandlung von Alkoholproblemen analysiert wurden, zeigte sich eine durchschnittliche Erfolgsquote von ca. einem Drittel. Neuere Studien deuten auf höhere Erfolgsquoten hin. Der Fachverband Sucht (FVS) untersucht regelmäßig bundesweit Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Die (selbständig, also nicht extern) durchgeführten Ein-Jahres-Katamnesen aus dem Jahr 2012 zeigen bei konservativer Berechnung der Version 4 (alle entlassenen Patienten, wobei fehlende Antworten als rückfällig definiert werden) nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) eine Erfolgsquote von 41,7% bei 5.512 Behandlungen. Bei der optimistischeren Berechnungsart des Katamnese-Standards DGSS 1, bei der alle Katamneseantworten mit planmäßiger Entlassung einbezogen werden, ergab sich eine Erfolgsquote von 77,4% (59,6% abstinent; 17,8% abstinent nach Rückfall) bei 5.148 Behandlungen. 22,6% wurden als rückfällig eingestuft (Missel et al. 2014). Mehrere Übersichtsarbeiten der vergangenen Jahre bestätigen diese Ergebnisse einer Erfolgsquote von ca. 50% (Süß 1995, Hox et. al. 1998, Sonntag & Künzel 2000) in der deutschen stationären Suchthilfe.

Bei der Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Insgesamt sind die Erfolgsquoten bei Drogenabhängigen geringer als bei Alkoholabhängigen. Mehrere Übersichtsarbeiten stellten fest, dass ca. 25% der Drogenabhängigen ein Jahr nach einer stationären Behandlung abstinent sind (Brewer et al. 1998, Broekart et al. 1999, Pendergast et al. 1998, Sonntag & Künzel 2000). Bei den Beendern zeigte sich eine weit höhere

Besserungsrate, jedoch ist der Anteil der Abbrecher der Drogentherapie ausgesprochen hoch. Roch et al. (1992) fanden eine Abbrecherquote von rund 70%.

Abgesehen von dem Ziel der Abstinenz, hat eine stationäre Alkohol- oder Drogentherapie auch einen positiven Einfluss auf die Konsummenge. Auch bei nicht erreichter Abstinenz berichtet ein großer Teil der Klienten von einer Reduktion ihres Konsums, einem geringeren Maß an risikoreichen Verhalten (z. B. Injizieren mit benutztem Besteck), weniger Problemen mit der Justiz, sowie einer Verbesserung ihrer allgemeinen Gesundheit (Hubbard et al. 2003; Donmall et al. 2012).

### *1.3.3 Patienten- und Prozessmerkmale in der stationären Therapie*

Zahlreiche Studien zeigen, dass bestimmte Merkmale von Klientinnen und Klienten eine prognostische Bedeutsamkeit für die Sucht-Rehabilitation haben. Eine Übersichtsarbeit von Mattson et al. (1994) zeigt, dass Faktoren wie Geschlecht, Schweregrad der Sucht, biographische Belastungen, soziale Unterstützung, sowie Komorbidität Einfluss auf den Therapierfolg haben. Missel et al. (2014) fanden einen Indikator für eine erfolgreiche Behandlung in dem Familienstand der Patienten. Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben, haben eine höhere Erfolgsquote als Alleinstehende. Genauso werden Patienten, die nach einer Behandlung erwerbslos sind, häufiger rückfällig. Außerdem weisen Frauen und Ältere höhere Erfolgsquoten auf. Weniger vorangehende Entgiftungsbehandlungen erhöhen Erfolgsschancen. So zeigen Patienten mit zwei oder mehr vorhergegangen Entgiftungsbehandlungen, eine wesentlich geringere Abstinentzahrscheinlichkeit (Missel et al. 2014). Weitere prädiktive Patientenmerkmale finden sich beim psychischem Befinden. „Auf der Seite der Patientenmerkmale scheinen z. B. geringe psychische Beeinträchtigung, erhöhte Motivation und Selbstwirksamkeitserwartungen des Patienten mit positiven Therapieergebnissen zusammenzuhangen“ (Sonntag & Künzel 2000). Auch Faktoren der sozialen Stabilität, wie Wohnsituation und Arbeitslosigkeit, haben einen Einfluss auf den Behandlungserfolg. So fand Süß (1995) in seiner Metanalyse, dass Klienten mit unzureichender sozialer Stabilität deutlich geringere Erfolgsschancen haben als andere Klientinnen und Klienten. Auch eine frühzeitige Compliance bei der Klärung der beruflichen Perspektive ist ein Indikator für den Behandlungserfolg (Thiel et al. 2009).

Konträr dazu gibt es jedoch auch Studien, die keinen oder nur einen geringen Einfluss von Patientenmerkmalen auf den Rehabilitationserfolg fanden (Vollmer & Ellgring 1998, Jülch et al. 2003, Thiel et al. 2009). Interessant ist auch, dass nach Thiel et al. (2009) die Häufigkeit von Abstinentzverletzungen keinen Einfluss auf den Therapierfolg zeigte.

Abgesehen von den Klientenmerkmalen, gibt es auch Faktoren der Behandlung bzw. des Behandlungsprozesses, die einen Einfluss auf Rehabilitationsergebnisse haben. Nahezu alle Studien bestätigen eine signifikant höhere Abstinentzahrscheinlichkeit bei einer geplanten (regulären) Entlassung im Vergleich zu einer vorzeitigen Entlassung (Sonntag & Künzel 2000, Thiel et al. 2009, Missel et al. 2014). Die große multizentrische DATOS-Studie (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) aus den USA sowie weitere Studien zeigen, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten im Behandlungsprogramm einer der wichtigsten Indikatoren für Therapierfolg ist (Sonntag & Künzel 2000, Hubbard et al. 2003, Jones et al. 2009, Donmall 2012). Im Rahmen ihrer Übersichtsarbeit postulieren Sonntag & Künzel (2000) eine optimale Thera-

piedauer zwischen drei und neun Monaten. Darüber hinaus führt eine längere Therapie in der Regel nicht zu einem Erfolgsanstieg. Dies gelte jedoch nur für Patientengruppen mit einer durchschnittlich ausgeprägten Problematik. Besonders belastete Gruppen und Einzelfälle benötigten eine individuelle Anpassung der Therapiedauer an ihre Situation.

Zudem gibt es Hinweise, dass Einrichtungen mit höheren Haltequoten sich außerdem durch weniger rigide Kontrollen und Verbote auszeichnen und ein weniger umfangreiches Therapieprogramm anbieten, welches wiederum häufiger erlebnispädagogische Behandlungen beinhaltet. Auch Einrichtungen, die ihre Rehabilitanden in wichtige Entscheidungen einbinden und ein positives therapeutisches Klima bieten, haben höhere Erfolgsaussichten (Küfner et al. 1994, Thiel et al. 2009).

## 1.4 Problemstellung und Studienanlage

Die hinsichtlich der „Entwicklung der Inanspruchnahme der Angebote und der Kosten in den Jahren 2009 – 2012“ für die Eingliederungshilfe für Suchtkranke in Hamburg Suchthilfebericht 2013 festgestellten Trends der Entwicklung der in Anspruch nehmenden Personen sowie der Kosten (BGV 2014) sind der Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung.

Genauer geht es im Bereich der Eingliederungshilfe für Suchtkranke um folgende längerfristige Entwicklungen (bezogen auf den Zeitraum der letzten 5 Jahre):

- eine Zunahme der Neu- bzw. Weiterbewilligungen pro Jahr,
- ein durchschnittlicher Anstieg der Gesamtdauer bewilligter Maßnahmen,
- sowie eine generelle Kostensteigerung bei der Eingliederungshilfe für Suchtkranke.

Die verschiedenen Hintergründe dieser Entwicklungen sind unzureichend geklärt. Hinzu kommt, dass zu Angemessenheit/Passgenauigkeit sowie Zielerreichung der Maßnahmen der Eingliederungshilfe Sucht bislang wenige Informationen vorliegen.

Daher sollte – so der Suchthilfebericht (BGV 2014) – im Hinblick auf die zukünftige Steuerung dieses Leistungsbereichs die „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte suchtkranke Menschen“ durch eine Studie evaluiert werden.

Die hier vorgelegte Studie wurde vor diesem Hintergrund in Auftrag gegeben und soll daher Erkenntnisse zu folgenden Fragestellungen liefern:

- Können die vereinbarten Ziele der Eingliederungshilfe für seelisch kranke (suchtkranke) behinderte Menschen mit den vorhandenen Angeboten und Leistungen erreicht werden?
- Welche maßnahmebezogenen Faktoren begünstigen eine effektive Zielerreichung?
- Welche Prädiktoren lassen sich für gelingende Hilfeprozesse auf Seiten der Klientinnen und Klienten identifizieren?

In der Ausschreibung für die Studie ist vorgegeben, die obigen Fragestellungen zu Zielerreichung und Einflussfaktoren insbesondere für die folgenden drei nach Inanspruchnahmemuster unterschiedenen Gruppen suchtkranker Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII erhalten, zu beantworten:

- Personen, die seit 2010 mindestens zwei Jahre ununterbrochen Maßnahmen in einer/mehreren stationären/teilstationären Einrichtungen in Anspruch nehmen,
- Personen, die innerhalb von fünf Jahren mehr als dreimal Maßnahmen eine/mehrere stationäre/teilstationäre Einrichtungen in Anspruch genommen haben,

- Personen, die vor drei Jahren oder länger ein- bis zweimalig in einer stationären/teilstationären Einrichtung Maßnahmen in Anspruch genommen haben.

Personen, die hinsichtlich ihres Inanspruchnahmeverhaltens keiner der genannten Gruppen angehören, werden als Vergleichsgruppe berücksichtigt.

Der Betrachtung dieser Gruppen liegt hinsichtlich der Wirksamkeit die Annahme zu Grunde, dass der dauerhafte Abschluss von Maßnahmen der Eingliederungshilfe eine teilweise Zielerreichung (in Richtung selbstbestimmter Lebensführung oder der Vermittlung an vorrangige Träger) signalisiert (vgl. Ergebnisse in Abschnitt 1.3.3). Demgegenüber verweist eine fortgesetzte oder andauernde Inanspruchnahme auf mögliche Problemlagen, denen auf der Personenebene (besondere Beeinträchtigungen, Diagnosen) bzw. Maßnahmeebene (angemessener Maßnahmetyp, Kosten, Kostenträger) für Weiterentwicklung und Steuerung der Eingliederungshilfe nachgegangen werden soll.

Die Operationalisierungen von Zielerreichung (hinsichtlich vereinbarter Ziele) sowie Wirksamkeit bzw. effektiver Zielerreichung und von maßnahme- bzw. personenbezogenen Faktoren, die die Zielerreichung begünstigen, erfolgen in dieser Studie schrittweise unter Bezug auf die verschiedene Datenquellen in den folgenden Untersuchungsschritten.

Die übergeordnete sozialpolitische Zielsetzung der Eingliederungshilfe, Behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen „ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben“ zu ermöglichen, zeigt sich personenbezogen kumulativ über einen längeren Zeitraum anhand von Kriterien wie finanzieller Unabhängigkeit, eigenem Wohnraum, Selbstversorgung und Beschäftigung. Diese Ziele werden bei Klientinnen und Klienten mit multiplen und chronischen Problemlagen, die Maßnahmen der Eingliederungshilfe erhalten, nachdem vorrangige Kostenträger ausgeschieden sind, zumeist nicht in einer einzelnen Maßnahme erreicht. Die vorliegende Studie nutzt daher Indikatoren für Zielerreichung/Wirksamkeit wie Erreichung der Zielgruppe, Verhütung, Beseitigung oder Milderung von Beeinträchtigungen oder Eingliederung auf dem Weg zur Selbstbestimmung, die dem bisherigen Wissensstand (vgl. Abschnitt 1.3) entsprechen.

Indikatoren der Zielerreichung sind in der vorliegenden Studie

- Erreichung der Zielgruppe,
- Abschluss von Maßnahmen der Eingliederungshilfe (verlängerte Zeiten ohne Wiedereintritt oder dauerhafte Ablösung),
- Vermittlung in Maßnahmen vorrangiger Kostenträger,
- Personenbezogene Auskünfte wie Feststellungen zur Zielerreichung/ Stabilisierung/Verbesserungen der Teilhabe,
- Reduktion von Beeinträchtigungen im Verlauf (darunter auch Symptomminderung der Abhängigkeit und anderer psychosozialer Belastungen)
- sowie – bei dauerhaften Beeinträchtigungen – Bindung an Maßnahmen, dauerhafte Förderung von Teilhabe, die Beeinträchtigungen lindert bzw. ein „möglichst selbstständiges Leben“ sichert.

Die Frage der Wirksamkeit von Maßnahmen versucht die Studie in obigen Sinne zu beantworten. Dabei liegt der Akzent auf „personenbezogenen“ Wirkungen. Maßnahmebezogene Faktoren können auf der Ebene von Maßnahmetypen bzw. prospektiv betrachtet werden. Die interne Fachlichkeit verschiedener Maßnahmetypen ist kein Untersuchungsgegenstand. Inso-

fern sind auch Fragen der (Kosten-)Effektivität – also möglichst geringer Ressourceneinsatz bezogen auf bestimmte Zielkriterien – mit der vorliegenden Studie nur mittelbar beurteilbar. Die genannten Fragestellungen werden im Folgenden retrospektiv und prospektiv durch zwei Module untersucht:

- Retrospektive Analyse der Verläufe von Inanspruchnahmen der Eingliederungshilfe; Diese Untersuchung erfolgt
  - zum einen auf Grundlage der EDV-gestützten Dokumentation aller Maßnahmen der Eingliederungshilfe der letzten 5 Jahre (Modul A1, Kapitel 2),
  - zum anderen vertiefend aufgrund von Aktenanalysen intensiverer Nutzer der Eingliederungshilfe (Modul A2, Kapitel 3).
- Prospektive Untersuchung der Wirksamkeit der Eingliederungshilfe (Modul B, Kapitel 4). Die Datenbasis und das methodische Vorgehen werden in den einzelnen Modulen bzw. Kapiteln genauer vorgestellt. In Teil 5 werden die Ergebnisse bezogen auf die übergreifenden Fragestellungen zusammengefasst und diskutiert.

## **2. Inanspruchnahmen von Leistungen der Eingliederungshilfe (Modul A1)**

### **2.1 Datenbasis und Methodik**

Ziele in diesem Untersuchungsmodul sind die Beschreibung des Versorgungsgeschehens der Eingliederungshilfe anhand der bewilligten und angetretenen Maßnahmen, deren Entwicklung über die letzten 5 Jahre sowie die Identifizierung und Beschreibung der Inanspruchnahmen von Klientinnen und Klienten (anhand von vier nach Betreuungsintensität definierten Gruppen) über die letzten 5 Jahre.

Datengrundlage für die retrospektive Analyse von Inanspruchnahmen sind die vorhandenen Informationen im Sachgebiet „Eingliederungshilfe für Suchtkranke“ der BGV. Die verfügbare Datenbank dient der Steuerung von Antragstellung, ihrer Prüfung und Befürwortung sowie der Dokumentation durchgeföhrter Maßnahmen in den Einrichtungen. Im Mittelpunkt der Datenbank stehen befürwortete und angetretene Maßnahmen<sup>2</sup>. Von ihnen gibt es Informationen zu Typ, Anfang, Ende und Art der Beendigung. Von den in Anspruch nehmenden Personen liegen die Stammdaten vor – d. h. die Daten zu Geschlecht, Geburtsdatum und Hauptdroge zum Zeitpunkt der Anlage der Akte. Damit liegen zu den realisierten Maßnahmen exakte Daten vor, zu den Inanspruchnehmern sind die Informationen in dieser Datenbank hingegen hauptsächlich auf Geschlecht und Alter beschränkt. Weitere Informationen der Stammdaten – wie Wohnsituation oder Familienstand – sind meistens unvollständig und zudem nicht aktuell<sup>3</sup>.

Verfügbar sind den Datenschutzbestimmungen entsprechend die Befürwortungen der letzten 5 Jahre (Anfang 2010 bis Ende 2014) mit den anonymisierten Grundinformationen zu den Klientinnen und Klienten. Die vorhandenen Daten wurden bereinigt und aufbereitet. Befürwortungen/Maßnahmen wurden in die Analyse einbezogen bei vorliegender Information zur Kostenzusage und angetretenem Aufenthalt in einer Einrichtung. Das trifft auf 9.757 Maßnahmen über den gesamten Untersuchungszeitraum von 5 Jahren zu.

Diese Maßnahmen werden im Verlauf der fünf Jahre von 3.051<sup>4</sup> unterschiedlichen Personen in Anspruch genommen.

Zunächst werden die Maßnahmen nach Anzahl, Dauer, Kosten und Art der Beendigung über die Jahre betrachtet (Abschnitt 2.2). Gleches gilt für die Maßnahmetypen (stationär, teilstationär, ambulant) (Abschnitt 2.3).

---

<sup>2</sup> Im Folgenden stehen diese einzelnen, bewilligten und angetretenen Maßnahmen im Mittelpunkt der Beschreibung. Häufig hängen Einzelmaßnahmen – z. B. bei Weiterbewilligungen – zusammen. Das wird bei der Betrachtung der Einzelmaßnahmen deutlich, wenn sie mit Verbleib in der Eingliederungshilfe beendet werden. Zusammenhängende Maßnahmen sind personenbezogen aufgeführt (vgl. Tabelle 2.8).

<sup>3</sup> Aufgrund der beschränkten Datenlage zu personenbezogenen Merkmalen, die nach der Erfassung von Stammdaten in der Datenbank („WAY“) nicht weiter aktualisiert werden, ist die Beschreibung der unterschiedlichen Inanspruchnahmegruppen nach personenbezogenen Faktoren nur in Ansätzen möglich. Diese Fragen werden vorrangig durch die Aktenanalyse untersucht (Kapitel 3).

<sup>4</sup> Diese 3.051 unterschiedlichen Personen werden innerhalb der BGV im Sachgebiet „Eingliederungshilfe für Suchtkranke“ über die 5 Jahre 2010 bis 2014 betreut. Durch die BVG erhalten weitere Personen in einem direkten Verfahren Maßnahmen der EGH (z.B. in Notschlafstellen).

Anschließend werden die auf Fallebene (über das Aktenzeichen) integrierten Maßnahmen betrachtet. Die 3.051 Personen werden nach Intensität der Inanspruchnahme in vier Gruppen unterteilt und beschrieben (Abschnitt 2.4).

## 2.2 Personen und Leistungen der Eingliederungshilfe über den Beobachtungszeitraum

Der Ausgangspunkt der folgenden Betrachtung sind 9.757 Maßnahmen über den Zeitraum von 5 Jahren. Diese Maßnahmen werden über diesen Zeitraum von 3.051 unterschiedlichen Personen nach bestimmten Mustern (einmal/mehrmals, kurz/lang, nur einmalig, zusammenhängend oder mit Unterbrechungen mehrmals) über den Gesamtzeitraum genutzt. Viele Personen kommen entsprechend über mehrere Jahren in Maßnahmen der Eingliederungshilfe Sucht.

Werden die Personen jährlich betrachtet (Antragstellungen, Bewilligungen, Eintritt in Maßnahmen) so liegt die Anzahl von Personen zwischen 1.100 bis 1.200 pro Jahr (Tabelle 2.1). Es zeigt sich eine leichte Zunahme (insgesamt weniger als 10%) über den 5-jährigen Beobachtungszeitraum. Stärker als die Anzahl der Personen steigt die Anzahl von Tagen<sup>5</sup>, die pro Person pro Jahr in Maßnahmen der Eingliederungshilfe verbracht werden.

Die Dauer in Tagen bezieht sich hier auf in Anspruch genommene Tage pro Person und Jahr. Die Durchschnittsdauer pro Person steigt von 148 auf 181 Tage. Dies ist ein Zuwachs von gut einem Fünftel.

Tabelle 2.1

Personen in Maßnahmen der Eingliederungshilfe (Anzahl, Dauer, Kosten) über die Jahre 2010 bis 2014

Jahr	Perso-nen N	Änderung Personen/Jahr	Dauer in Tagen/Jahr Ø(±SD)	Änderung Tage pro Person/J	Kosten € Tage/Jahr Ø	Kosten € (Mio) Gesamt	Änderung Kosten € Gesamt
2010	1.073 <sup>a</sup>	100	148(±138) <sup>c</sup>	100	9.949	10,7	100
2011	1.121	104,5	147(±138)	99,3	10.128	11,5	107,5
2012	1.164	108,5	157(±141)	106,1	10.865	12,9	120,6
2013	1.202	112,0	165(±144)	111,5	11.221	13,7	128,0
2014	1.168	108,9	181(±152)	122,3	12.268	14,3	133,6
<b>Gesamt</b>	<b>3.051<sup>b</sup></b>	<b>2010=100</b>	<b>160(±143)</b>	<b>2010=100</b>	<b>10.910</b>	<b>63,0</b>	<b>2010=100</b>

<sup>a)</sup> 1.073 (unterschiedliche) Personen sind 2010 in Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Die einzelnen Personen tauchen (in der Regel) in mehreren Jahren in Maßnahmen auf (vgl. Anmerkung b).

<sup>b)</sup> Im Gesamtzeitraum 2010 bis 2014 nutzen 3.051 unterschiedliche Personen Maßnahmen der Eingliederungshilfe. (Die Addition von Spalte 1 – unterschiedliche Personen pro Jahr – ergäbe 5.728. Diese Zahl enthielt Mehrfachzählungen und ist für die folgenden Betrachtungen nicht relevant.)

<sup>c)</sup> Im Durchschnitt verbringt im Jahr 2010 jede Person 148 Tage in (einer oder mehreren) Maßnahmen der Eingliederungshilfe.

<sup>5</sup> Hier geht es um die Anzahl von in Anspruch genommenen Tagen in (einer oder mehreren) Maßnahmen pro Person und Jahr. Hier werden also keine Einzelmaßnahmen betrachtet.

Die mittleren Jahreskosten pro Person<sup>6</sup> und Jahr steigen analog zum Zuwachs an Tagen auf knapp über 12.000 € – ebenfalls um mehr als ein Fünftel, da die mittleren Tagessätze der Einrichtungen über die Jahre des Beobachtungszeitraums stabil bleiben (vgl. Tabelle 2.2, letzte Spalte). Aufgrund des Zusammenkommens des Zuwachses von Personen pro Jahr und langer Dauer pro Person steigen die Kosten der Eingliederungshilfe im Beobachtungszeitraum insgesamt um ein Drittel<sup>7</sup>. Personen werden nach Inanspruchnahmegruppen in Abschnitt 2.3 genauer betrachtet.

Im Folgenden geht es im Detail um die befürworteten und erbrachten Leistungen<sup>8</sup> der Eingliederungshilfe über den Zeitraum 2010 bis 2015. Jährlich handelt es sich um knapp 2.000 Maßnahmen, die sich über die Jahre gleich verteilen (Tabelle 2.2). Die Maßnahmedauer (d. h. die mittlere Dauer der einzelnen bewilligten, angetretenen und gezahlten Maßnahmen) steigt über die Jahre von knapp über 80 auf fast 110 Tage und damit um mehr als 30%. Die Kostenentwicklung pro Maßnahme<sup>9</sup> folgt der festgestellten durchschnittlichen Verlängerung von Maßnahmen – die Kosten pro Tag verändern sich insgesamt nicht (Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2

Entwicklung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe (Dauer, Kosten) über die Jahre 2010 bis 2014

Jahr	Maß-nahme <sup>a</sup> N	Änderung Maßnahme	Dauer pro Maßnahme <sup>b</sup> $\bar{x}(\pm SD)$	Änderung Tage/Maß-nahme	Kosten € Maßnahme $\bar{x}(\pm SD)$	Tages-Kosten € $\bar{x}$
2010	1.923	100	82(±50)	100	5.547(±3.900)	77,1
2011	1.928	100,3	86(±58)	105,4	5.956(±4.700)	76,8
2012	1.989	103,4	94(±57)	114,9	6.477(±4.700)	76,9
2013	1.971	102,5	103(±63)	125,4	6.944(±5.100)	76,2
2014	1.946	101,2	108(±65)	131,6	7.334(±5.700)	76,7
<b>Gesamt</b>	<b>9.757</b>	<b>2010=100</b>	<b>95(±59)</b>	<b>2010=100</b>	<b>6.456(±4.900)</b>	<b>76,7</b>

<sup>a)</sup> Maßnahmen sind die einzelnen Bewilligungen (in der Regel für drei bzw. 6 Monate), die angetreten wurden.

<sup>b)</sup> Hier geht es um die durchschnittliche tatsächliche Dauer der einzelnen Maßnahme.

Es verändert sich die Länge der regelhaft bewilligten Maßnahmen. Über die Jahre sinkt der Anteil von Maßnahmen mit einer Dauer von unter 100 Tagen von 66% auf 40%. Gleichzeitig

<sup>6</sup> Hier geht es um Kosten pro Person und Jahr. Kosten werden auch auf Maßnahmeebene betrachtet (vgl. Abbildung 2.2).

<sup>7</sup> Die Berechnung der Gesamtkosten beruht auf den Kosten pro Tag in verschiedenen Maßnahmetypen. Die so ausgewiesenen Gesamtkosten pro Jahr liegen unter den im Etat ausgewiesenen realen Kosten, da hier nicht alle Maßnahmen der EGH Sucht sowie die Administration einfließen.

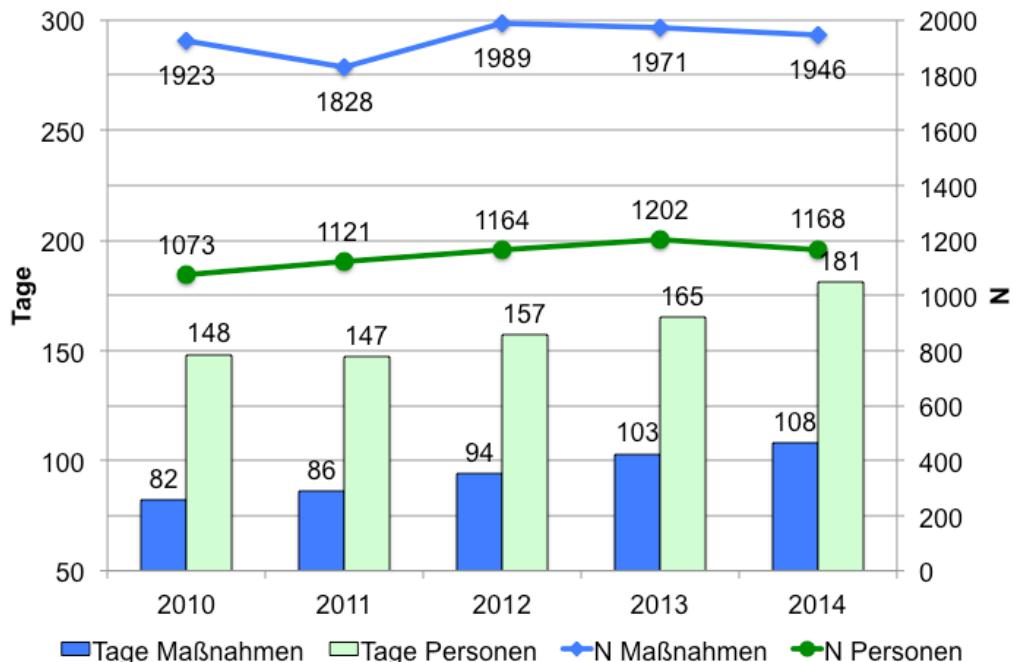
<sup>8</sup> Hier geht es um die einzelnen befürworteten und angetretenen Maßnahmen/Leistungen. Maßnahmen sind häufig verknüpft (z. B. aufeinander folgende Bewilligungen/Verlängerungen von beispielsweise zwei teilstationären Maßnahmen). Werden diese verbundenen Befürwortungen betrachtet, gibt es in den 5 Jahren 7.245 „zusammenhängende Maßnahmen“. Diese werden im Folgenden nicht gesondert betrachtet.

<sup>9</sup> Die Berechnung der Kosten erfolgt hier für jede Einzelmaßnahme. Zu Grunde gelegt sind die geplanten Kosten (je nach Maßnahmetyp). Alle Kostenangaben werden auf Tageskosten umgerechnet und mit der realen Maßnahmedauer multipliziert. Die so ausgewiesenen Gesamtkosten pro Jahr liegen unter den im Hamburger Haushalt ausgewiesenen realen Kosten, da hier weitere Maßnahmen der Eingliederungshilfe einfließen.

erhöht sich der Anteil von Maßnahmen, die länger als 100 Tage (bis 200) andauern von 16% auf 43%. Diese verlängerte Dauer der bewilligten und in Anspruch genommenen Einzelmaßnahmen beruht auf der Erhöhung der Zahl längerer Bewilligungen (6 anstatt von 3 Monaten) über die Jahre.

Abbildung 2.1

Entwicklung von Tagen (MW) pro einzelne Maßnahme/Bewilligung und pro Person/Jahr – Anzahl von Maßnahmen und Personen über die Jahre 2010 bis 2014



Um der längeren Dauer von Einzelmaßnahmen genauer nachzugehen, wird im Folgenden die Gesamtheit der jährlich aufgewandten Tage für Maßnahmen der Eingliederungshilfe innerhalb und außerhalb Hamburgs betrachtet. Im Fünfjahreszeitraum werden etwa 920.000 Tage durch die Einrichtungen bereitgestellt bzw. von Personen in Maßnahmen verbracht (Tabelle 2.3). Dabei zeigt sich insgesamt (in und außerhalb Hamburg) über die Jahre die schon von den Einzelmaßnahmen bekannte Steigerung um etwa 30% von 157.000 Tagen für Maßnahmen der Eingliederungshilfe im Jahr 2010 auf 210.000 Tage in Jahr 2014. Deutlich verändern sich über die Jahre die Proportionen zwischen den innerhalb und außerhalb Hamburgs erbrachten Leistungen. Die außerhalb Hamburgs realisierten Leistungen (Anzahl von Maßnahmen) steigen von 27% auf 33% und die in diesen Einzelmaßnahmen erbrachten Tage von 38% auf 45%. Die durchschnittliche Dauer von Maßnahmen außerhalb Hamburgs steigt im Beobachtungszeitraum auf 149 Tage (im Jahr 2014) und liegt um mehr als 50% über der Dauer von Maßnahmen innerhalb Hamburgs (Tabelle 2.3). Das hängt mit der unterschiedlichen Angebotsstruktur innerhalb und außerhalb Hamburgs zusammen. So wird die Vorsorge, die durchweg kürzer als Nachsorge oder Übergang ist, eher von Hamburger Einrichtungen erbracht, während stationäre und ambulante Übergangsmaßnahmen, die meistens länger andauern, überwiegend in nicht-hamburger Einrichtungen angeboten werden.

Tabelle 2.3

Maßnahmen der Eingliederungshilfe innerhalb und außerhalb Hamburgs (mittlere Dauer, Anteile an Maßnahmen und Tagen) über die Jahre 2010 bis 2014

Jahr	Innerhalb HH			Außerhalb HH			Gesamt	
	Tage Ø(±SD)	Maßn. %	Tage sum %	Tage Ø(±SD)	Maßn. %	Tage sum %	Tage Ø(±SD)	Tage sum
2010	69(±41)	73% <sup>a</sup>	62% <sup>b</sup>	116(±56)	27% <sup>a</sup>	38% <sup>b</sup>	82(±50)	157.499
2011	72(±51)	72%	61%	122(±59)	28%	39%	86(±58)	165.844
2012	81(±50)	71%	61%	126(±59)	29%	39%	94(±57)	187.075
2013	85(±56)	68%	56%	141(±59)	32%	44%	103(±63)	202.254
2014	88(±60)	67%	55%	149(±55)	33%	45%	108(±65)	209.781
<b>Gesamt</b>	<b>79(±52)</b>	<b>70%</b>	<b>59%</b>	<b>132(±59)</b>	<b>30%</b>	<b>41%</b>	<b>95(±59)</b>	<b>922.453</b>

<sup>a)</sup> Hier sind Zeilen-% angegeben bezogen auf die Anzahl von Maßnahmen innerhalb (Spalte 3) und außerhalb (Spalte 6) Hamburgs. Im Jahr 2010 wurden 73% der Maßnahmen der Eingliederungshilfe innerhalb Hamburgs und 27% außerhalb erbracht.

<sup>b)</sup> Hier sind Zeilen-% angegeben bezogen auf die Dauer (Tage) von Einzelmaßnahmen innerhalb (Spalte 4) und außerhalb (Spalte 7) Hamburgs. Im Jahr 2010 wurden 62% aller eingesetzten Tage in Maßnahmen der Eingliederungshilfe innerhalb Hamburgs und 38% außerhalb erbracht.

Ein wichtiger Trend bei den Einzelmaßnahmen über die Jahre ist die Art der Beendigung der bewilligten Einzelmaßnahme. Für den Gesamtzeitraum lässt sich feststellen, dass sich die Art der Beendigungen drittelt: Ein Drittel der Maßnahmen wird vorzeitig beendet durch Abbruch (durch die Klientin oder Klient oder Entlassung durch die Einrichtung), ein weiteres Drittel der Maßnahmen wird (regulär) abgeschlossen und das letzte Drittel setzt die Maßnahme in einer Anschlussmaßnahme fort (Tabelle 2.4, Gesamtangaben). Abschluss einer Maßnahme bedeutet z. B. Vermittlung in medizinische Rehabilitation (Entwöhnung), in medizinische Behandlung (z. B. Entzug) bzw. eine andere Beendigung der EGH.

Tabelle 2.4

Art der Beendigung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe über die Jahre 2010 bis 2014

Jahr	Abbruch entlassen %	Haft %	verstorben %	Abge- schlossen %	weiter EGH %	Gesamt
2010	34% <sup>a</sup>	1%	2%	40%	23%	100%
2011	35%	0%	2%	35%	27%	100%
2012	35%	0%	1%	32%	31%	100%
2013	32%	1%	1%	28%	39%	100%
2014	26%	1%	0%	23%	50%	100%
<b>Gesamt %</b>	<b>32%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>32%</b>	<b>34%</b>	<b>100%</b>

<sup>a)</sup> Angegeben sind Zeilen-%. In 2010 wurden 34% aller Maßnahmen durch Abbruch oder Entlassung beendet, an 23% (Spalte 7) aller Maßnahme schließt eine weitere Maßnahme der EGH an (z.B. Verlängerung).

Über die Jahre verändern sich die Proportionen zwischen den Arten der Beendigung. Abbrüche gehen zurück, bei den Abschlüssen der Maßnahme ist dieser Trend noch stärker. Dagegen steigt der Anteil derjenigen, die die Maßnahme in der Eingliederungshilfe fortsetzen, bestän-

dig (Tabelle 2.4). Der Verteilung dieser Trends unter den Maßnahmetypen der Eingliederungshilfe (Tabelle 2.7) sowie der Bedeutung auf Personenebene (Tabelle 2.11) wird weiter nachgegangen.

### 2.3 Leistungen der Eingliederungshilfe nach Typen

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Leistungen der Eingliederungshilfe nach Maßnahmetypen betrachtet. Die Typen werden in der Eingliederungshilfe Sucht traditionell unterteilt nach dem Inhalt und zwar nach Vorsorge, Nachsorge, Übergang oder Sonstiges, sowie nach der Art der Erbringung: stationär, teilstationär oder ambulant. Praktisch kommen nicht alle Kombinationen, sondern nur eine begrenzte Anzahl vor (vgl. Tabelle 2.6, erste Spalte). Vorsorge – d. h. in der Praxis Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation – wird faktisch nur stationär angeboten. Insbesondere Leistungen zur Nachsorge werden stationär, teilstationär und ambulant angeboten. Ambulante Maßnahmen sind allerdings fast immer Leistungen der Nachsorge.

Bei den erbrachten Leistungen der Eingliederungshilfe dominieren die stationär erbrachten Maßnahmen mit insgesamt 56% (Tabelle 2.5, letzte Spalte). 35% der Maßnahmen erfolgen teilstationär und nur 9% ambulant. Im Beobachtungszeitraum gibt es keine Änderungen in der Art der Realisierung von Maßnahmen etwa in Richtung von zunehmender teilstationärer oder ambulanter Leistungserbringung<sup>10</sup> (Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5

Die Entwicklung von Maßnahmetypen (stationär, teilstationär, ambulant) der Eingliederungshilfe über fünf Jahre

Maßnahmetyp	2010 % <sup>a</sup>	2011 %	2012 %	2013 %	2014 %	Gesamt N	Anteil %
stationär Vorsorge	23% <sup>a</sup>	22%	22%	22%	27%	2.245	23%
stationär Nachsorge	9%	10%	13%	12%	10%	1.039	11%
stationär Übergang	21%	22%	22%	24%	23%	2.174	22%
teilstat. Nachsorge	15%	15%	15%	17%	14%	1.487	15%
teilstat. Übergang	20%	19%	17%	16%	17%	1.743	18%
teilstat. sonstiges	2%	2%	2%	2%	1%	195	2%
ambulant Nachsorge	10%	9%	8%	8%	6%	805	8%
ambulant Übergang	0%	0%	0%	1%	2%	65	1%
<b>Gesamt %</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>9.753</b>	<b>100%</b>

<sup>a)</sup> Hier sind Spalten-% angegeben. Es geht um den Anteil z. B. der „stationären Vorsorge“ an allen Leistungen im Jahr 2010 (23%) und die Veränderung dieses Anteils über die Jahre (2014: 27%). Die Proportionen bleiben mehr oder weniger stabil.

Änderungen bei den verschiedenen Maßnahmetypen sind hingegen in ihrer Dauer (Anzahl von Tagen in Einzelmaßnahmen) festzustellen. Zunächst geht es in Tabelle 2.6 um den bekannten Gesamtaufwand (922.453 Tage über 5 Jahre) für Maßnahmen der Eingliederungs-

<sup>10</sup> Die in 2014 durch die BGV eingeleiteten Verlagerungen zugunsten teilstationärer und ambulanter Maßnahmen zeigen sich noch nicht in der hier betrachteten Anzahl von Maßnahmen.

hilfe. Der größte Anteil von Tagen entfällt mit 26% (entspricht 242.000 Tagen) auf Maßnahmen des stationären Übergangs gefolgt von teilstationärer Nachsorge (18%) sowie teilstationärem Übergang (17%).

Tabelle 2.6

Die Gesamtaufwand und durchschnittliche Dauer (Tage) für Maßnahmetypen der Eingliederungshilfe über fünf Jahre

Maßnahmetyp	2010 Tage Ø	2011 Tage Ø	2012 Tage Ø	2013 Tage Ø	2014 Tage Ø	Sum Tage Ø(±SD)	Sum Tage N	Sum Tage %
stationär Vorsorge	56 <sup>a</sup>	54	59	60	60	58(±34)	130.393 <sup>b</sup>	14%
stationär Nachsorge	68	73	72	79	102	79(±50)	81.768	9%
stationär Übergang	87	102	112	118	135	111(±62)	242.030	26%
teilstat. Nachsorge	95	96	107	120	144	112(±62)	167.092	18%
teilstat. Übergang	80	78	91	105	100	90(±57)	157.316	17%
teilstat. sonstiges	122	138	161	164	169	149(±52)	28.993	3%
ambul. Nachsorge	120	124	136	142	152	133(±56)	106.979	12%
ambul. Übergang	46	1	161	159	88	121(±59)	7.882	1%
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>86</b>	<b>94</b>	<b>103</b>	<b>108</b>	<b>95(±59)</b>	<b>922.453</b>	<b>100%</b>

<sup>a)</sup> Die durchschnittliche Dauer einer Maßnahme der stationären Vorsorge betrug 2010 56 Tage. Die der stationären Vorsorge erhöht sich die Dauer bis 2014 nur leicht.

<sup>b)</sup> Insgesamt dauerten alle Maßnahmen der stationären Vorsorge über die Jahre 130.000 Tage. Das sind (nächste Spalte) 14% aller in Anspruch genommenen Tage in Maßnahmen der EGH.

In Maßnahmen der stationären Vorsorge werden 14% (130.393 Tage) aller Tage der Eingliederungshilfe erbracht. Vorsorge liegt damit auf dem 4. Rang bezüglich der eingesetzten Tage, bezüglich der Häufigkeit der Maßnahmen hingegen auf Platz 1 (vgl. Tabelle 2.5). Der geänderte Rang der Vorsorge liegt an der vergleichsweise geringeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 58 Tagen. Die Vorsorge ist der Maßnahmetyp mit der niedrigsten Verweildauer (Tabelle 2.6, Spalte 7). Ihre Dauer ändert sich über die Jahre kaum.

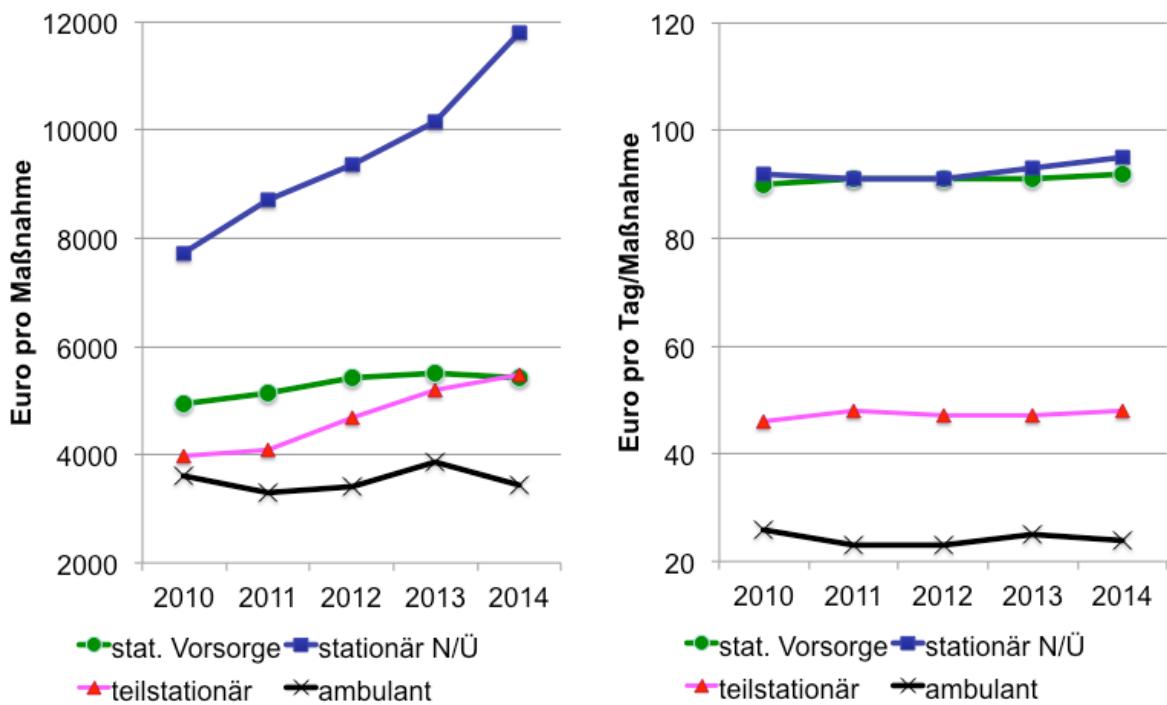
Mit Ausnahme der Vorsorge steigt die Dauer befürworteter und angetretener Maßnahmen über den betrachteten 5-Jahreszeitraum bei allen Maßnahmetypen (also insbesondere Nachsorge bzw. Übergang) um ein Viertel bis zu einem Drittel (vgl. zur Gesamtübersicht Tabelle 2.6). Für teilstationäre und ambulante Maßnahmen liegt das an der längeren Bewilligung in Verbindung mit der längerfristigen Anlage der Maßnahmen. Bei den stationären Maßnahmen wird möglichen personenbezogenen Gründen (Erhöhung chronischer Krankheiten, Schwierigkeiten des Übergangs in selbstbestimmtes Leben) in weiteren Analysen (vgl. Kapitel 3) nachgegangen.

Zur Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe tragen die verschiedenen Maßnahmetypen in unterschiedlicher Weise bei. Die Maßnahmetypen werden für die folgende Übersicht zusammengefasst. Bei den stationären Maßnahmen werden die Vorsorge und Nachsorge/Übergang getrennt. Die teilstationären und ambulanten Maßnahmetypen werden zusammengefasst. Der stärkste Kostenanstieg pro bewilligter und realisierter Maßnahme erfolgt bei den stationären Nachsorge/Übergangsmaßnahmen. Die Kostenentwicklung bei Maßnah-

men der stationären Vorsorge sind gering. Bei den teilstationären Maßnahmen steigen die Kosten moderat. Bei den ambulanten Maßnahmen sind die Kosten stabil bzw. verringern sich leicht. Die Kosten pro Tag sind in allen stationären Maßnahmetypen identisch. Sie liegen um die 95€ pro Tag und ändern sich über die Jahre nicht. Teilstationäre Maßnahmen kosten durchschnittlich 47€ pro Tag und ambulanten Maßnahmen 24€. Auch hier bleiben die Kosten pro Tag über die Jahre stabil. (vgl. Abbildung 2.2)

Abbildung 2.2

Entwicklung der Kosten (MW) pro bewilligte Maßnahme sowie Kosten pro Tag (MW) für Maßnahmetypen über die Jahre



Die verschiedenen Maßnahmetypen werden nach Art ihrer Beendigung betrachtet. Die bereits oben angeführten drei wichtigen Gruppen der Beendigung (Abbruch, Abschluss der EGH Maßnahme, Verbleib in EGH) verteilen sich jetzt unterschiedlich auf verschiedene Typen von Maßnahmen. So ist etwa bei der stationären Vorsorge der Anteil der Abbrüche mit 34% sowie der Abschlüsse mit 48% erhöht. Beim Verbleib in einer (weiteren) anschließenden Maßnahme der EGH ist der Anteil beim stationären Übergang und der ambulanten Nachsorge erhöht (Tabelle 2.7). Bei diesen Maßnahmetypen ist die Weiterbewilligung wahrscheinlicher. Deutlich ist, dass bei den eher langfristig angelegten Übergangsmaßnahmen (stationär oder teilstationär) der (insgesamt geringe) Anteil Verhafteter und Verstorbener deutlich erhöht ist. Um die Versorgungsrelevanz der Beendigung für verschiedene Maßnahmetypen besser beurteilen zu können, ist der Anteil der jeweiligen Typen an der Gesamtversorgung zu berücksichtigen (Tabelle 2.7, letzte Spalte).

Tabelle 2.7

Art der Beendigung verschiedener Typen von Maßnahmen

Maßnahmetyp	Abbruch entlassen % <sup>a</sup>	Haft %	Verstorben %	Abgeschlossen %	Verbleib in EGH %	Gesamt %	Anteil Maßn. Typ %
stationär Vorsorge	44% <sup>a</sup>	0%	0%	48%	7%	100%	23%
stationär Nachsorge	38%	0%	1%	37%	24%	100%	11%
stationär Übergang	32%	1%	2%	17%	49%	100%	22%
teilstat. Nachsorge	19%	0%	1%	38%	41%	100%	15%
teilstat. Übergang	35%	2%	3%	26%	34%	100%	18%
teilstat. sonstiges	26%	0%	0%	13%	61%	100%	2%
ambul. Nachsorge	16%	0%	3%	25%	56%	100%	8%
ambul. Übergang	5%	0%	0%	6%	89%	100%	1%
<b>Gesamt</b>	<b>32%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>32%</b>	<b>34%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

<sup>a)</sup> Hier sind Zeilen-% angegeben. Von allen Maßnahmen der stationären Vorsorge werden 44% abgebrochen (Klient/Klientin oder Einrichtung) und 48% abgeschlossen.

## 2.4 Personenbezogene Analyse der Verläufe von Inanspruchnahmen nach Gruppen

Um die personenbezogene Wirksamkeit der Leistungen der Eingliederungshilfe genauer betrachten zu können, werden Muster der Inanspruchnahmen der Eingliederungshilfe Sucht betrachtet. Ausgangspunkt sind alle Personen, die sich in den letzten 5 Jahren in Maßnahmen der EGH befanden (vgl. Tabelle 2.1).

Im Untersuchungsauftrag sollten die Frage der Zielerreichung und Einflussfaktoren insbesondere für die „folgenden drei, nach Inanspruchnahmemustern unterschiedenen Gruppen suchtkranker Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII erhalten“, beantwortet werden:

- Personen, die seit 2010 mindestens zwei Jahre ununterbrochen Maßnahmen in einer/mehreren stationären/teilstationären Einrichtung/en in Anspruch nehmen,
- Personen, die innerhalb von fünf Jahren mehr als dreimal Maßnahmen in einer/mehrere stationäre/teilstationäre Einrichtungen in Anspruch genommen haben,
- Personen, die vor drei Jahren oder länger ein- bis zweimalig in einer stationären/teilstationären Einrichtung Maßnahmen in Anspruch genommen haben.

Personen, die hinsichtlich ihrer Inanspruchnahmen keiner der genannten Gruppen angehören (z. B. frühere Kurzzeit oder aktuelle Erst- bzw. Einmalbetreute), sollen als Vergleichsgruppe berücksichtigt werden.

Tabelle 2.8 (oberer Teil) zeigt das Ergebnis dieser Gruppenbildung zur Intensität der Inanspruchnahme. Mehr als zwei Jahre ununterbrochen haben 262 Personen (9%) Maßnahmen in Anspruch genommen. Diese Gruppe (Gruppe 4) ist im Mittel 1.300 Tage also den größten Teil der Beobachtungszeit<sup>11</sup> in Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Die Personen haben im Durchschnitt 10,8 bewilligte und angetretene Einzelmaßnahmen und 2,6 zusammenhängende

<sup>11</sup> Der gesamte Beobachtungszeitraum von 5 Jahren umfasst 1.825 Tage.

(d. h. häufig verlängerte) Maßnahmen. Ihre durchschnittlichen Kosten betragen über die letzten 5 Jahre fast 85.000 €. Die Gruppe 3 mit mehr als 3 Maßnahmen im Beobachtungszeitraum hat insgesamt nur einen Anteil von 6% und unterscheidet sich hinsichtlich der Dauer (mit 531 Tagen) deutlich von der vorgenannten Gruppe. Die Gruppe 2 ausschließlich mit Maßnahmen 2010 und 2011 ist mit 29% eine große Gruppe und ist im Mittel nur 124 Tage (über die zwei Beobachtungsjahre) in Maßnahmen der Eingliederungshilfe.

Am größten ist bei diesem Verfahren der Gruppenbildung die sonstige Gruppe (Gruppe 1) mit einem Anteil von 57%. Diese hat im Vergleich zu den drei vorgenannten Zielgruppen kein klares Inanspruchnahmeprofil. Mit im Durchschnitt 189 Tagen liegt diese Restgruppe mit der Intensität der Inanspruchnahme über der Gruppe 2, die in den letzten 3 Jahren keine Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Gruppe 3 und 4 scheinen sich, wenn man Tage und Kosten einbezieht, klar zu unterscheiden – allerdings ist ihr Anteil mit zusammen 15% relativ klein.

Insbesondere aufgrund der Größe und Diffusität der Restgruppe wurde ein alternatives Verfahren zur Gruppenbildung der Intensität der Inanspruchnahme von EGH-Maßnahmen auf der Basis von Tagen der Inanspruchnahme über die 5 Jahre gewählt. Dabei werden folgende vier Gruppen unterschieden:

- bis 100 Tage (hier erfolgte im Gesamtzeitraum eine Inanspruchnahme, die zumindest einer Maßnahme entspricht, hierzu gehören auch die Abbrecher – möglicherweise mehrerer Maßnahmen) (Gruppe 1),
- bis 365 Tage (hierunter dürften zumindest eine oder mehrere Maßnahmen mit Verlängerung fallen) (Gruppe 2),
- bis 730 Tage (hier werden mehrere, möglicherweise zusammenhängende Maßnahmen in Anspruch genommen) (Gruppe 3),
- mehr als 730 Tage (sehr intensive Inanspruchnahme mehrerer vermutlich zusammenhängender Maßnahmen und mögliche andauernde Inanspruchnahme) (Gruppe 4).

Dabei bilden sich Gruppen, die nach ihrer Inanspruchnahme, deutlicher unterschieden sind (Tabelle 2.8, unterer Teil). Auch hier betrachten wir zunächst die Gruppe der intensivsten Nutzer (Gruppe 4), die mehr als 730 Tage über 5 Jahre in Anspruch nahmen. Ihr Anteil beträgt 11%. Sie ist mit 333 Personen etwas größer als die ursprüngliche Gruppenbildung intensivster Nutzer, die hierin aufgehen. Die Dauer der Inanspruchnahme beläuft sich über die Jahre auf mehr als 1.200 Tage und die Kosten auf über 80.000 €. Bei dieser Gruppe finden sich im Durchschnitt 10,6 bewilligte und angetretene Maßnahmen, die sich auf drei zusammenhängende Maßnahmen verteilen. Die Gruppe 3 mit zwischen 365 und 730 Tagen Gesamtaufenthaltsdauer macht 13% aus und hat im Mittel die Hälfte der genutzten Tage (516) und Kosten (37.000 €) der Gruppe 4. Hier finden sich durchschnittlich 5,6 Einzelmaßnahmen, die sich auf 2,5 zusammenhängende Maßnahmen verdichten.

Die Gruppe 2 hat einen Anteil von einem Drittel an allen Personen. Sie hat Maßnahmen mit der Dauer von 200 Tagen mit mittleren Kosten von 16.000 € über den 5-Jahres Zeitraum genutzt. Hierunter finden sich am ehesten diejenigen, die Maßnahmen der Teilhabeförderung so abschließen, dass eine Lebensführung unabhängig von EGH Maßnahmen möglich ist. Das gilt auch für Gruppe 1, die auch in dieser Gruppenbildung mit 43% die größte Gruppe ist. Aber

diese Gruppe ist jetzt homogener. Sie nimmt im Mittel 48 Tage in Anspruch. Allerdings verweist diese unter einer vollständigen Maßnahme liegende Durchschnittszahl an Tagen darauf, dass hierunter vermehrt diejenigen sind<sup>12</sup>, die einen oder mehrere erfolglose Versuche mit Maßnahmen der EGH unternehmen.

Tabelle 2.8

Inanspruchnahmegruppen von Maßnahmen der Eingliederungshilfe – Ausgangsgruppierung (nach Maßnahmen und Dauernutzung) sowie Gruppierung der Studie (nach Anzahl Nutzungstagen über fünf Jahre)

Gruppen (nach Maßnahmen – Anzahl und Zeitpunkt; Dauernutzung)	Klientinnen Klienten		Tage (gesamt) <b>5 Jahre<sup>a</sup></b> $\bar{x}$ ( $\pm SD$ )	<b>Kosten 5 Jahre<sup>b</sup></b> €	Bewill. Maßn. <sup>c</sup> N ( $\pm SD$ )	Zushg. Maßn. <sup>d</sup> N ( $\pm SD$ )
	N	%				
Sonstige (Gruppe 1)	1.734	57%	189 ( $\pm 186$ )	14.495	2,5 ( $\pm 1,7$ )	1,5 ( $\pm 0,7$ )
in 2010 o. 2011 Maßn. aber nicht später (Gruppe 2)	874	29%	124 ( $\pm 136$ )	8.616	1,9 ( $\pm 1,4$ )	1,2 ( $\pm 0,5$ )
> als 3 Maßn. ab 2010 (Gruppe 3)	181	6%	531 ( $\pm 309$ )	42.199	7,6 ( $\pm 2,9$ )	4,9 ( $\pm 1,2$ )
> als 730 Tage ununterbrochen ab 2010 (Gruppe 4)	262	9%	1.300 ( $\pm 355$ )	84.692	10,8 ( $\pm 3,6$ )	2,6 ( $\pm 1,5$ )
<b>Gesamt</b>	<b>3.051</b>	<b>100%</b>	<b>286 (<math>\pm 382</math>)</b>	<b>20.482</b>	<b>3,3 (<math>\pm 3,3</math>)</b>	<b>1,7 (<math>\pm 1,2</math>)</b>
Gruppen (nach Anzahl Tagen über die 5 Jahre)	Klientinnen Klienten		Tage (gesamt) <b>5 Jahre</b> $\bar{x}$ ( $\pm SD$ )	<b>Kosten 5 Jahre</b> €	Bewill. Maßn N( $\pm SD$ )	Zushg. Maßn N( $\pm SD$ )
	N	%				
bis 100 Tage (Gruppe 1)	1.304	43%	48 ( $\pm 30$ )	4.229	1,2 ( $\pm 0,5$ )	1,2 ( $\pm 0,4$ )
bis 365 Tage (Gruppe 2)	1.028	34%	200 ( $\pm 73$ )	15.565	2,8 ( $\pm 1,1$ )	1,7 ( $\pm 1,0$ )
bis 730 Tage (Gruppe 3)	386	13%	516 ( $\pm 100$ )	36.726	5,6 ( $\pm 1,8$ )	2,5 ( $\pm 1,4$ )
> als 730 Tage (Gruppe 4)	333	11%	1.218 ( $\pm 361$ )	80.481	10,6 ( $\pm 3,5$ )	3,0 ( $\pm 1,8$ )
<b>Gesamt</b>	<b>3.051</b>	<b>100%</b>	<b>286 (<math>\pm 382</math>)</b>	<b>20.482</b>	<b>3,3 (<math>\pm 3,3</math>)</b>	<b>1,7 (<math>\pm 1,2</math>)</b>

<sup>a)</sup> Summiert sind die Tage, die insgesamt über 5 Jahre durchschnittlich pro Person in Anspruch genommen wurden.

<sup>b)</sup> Durchschnittliche Kosten pro Person von allen EGH-Maßnahmen über 5 Jahre

<sup>c)</sup> Bewilligte Maßnahmen sind alle einzelnen Bewilligungen, die angetreten wurden – auch die Befürwortungen von angetretenen Verlängerungen.

<sup>d)</sup> Zusammenhängende Maßnahmen sind Maßnahmen eines Typs, die miteinander verbunden sind (d. h. mit Unterbrechungen von weniger als 7 Tagen).

Die vier neu gebildeten Gruppen sind nach Intensität der Inanspruchnahme somit deutlich verschieden (Tabelle 2.8, unterer Teil). Die beiden Gruppen intensiver Nutzer repräsentieren

<sup>12</sup> Die Größenordnung derjenigen, die mehrere erfolglose Versuche hatten und keine Maßnahme abschließen konnten, liegt bei etwa 600 also bei 20% aller Hilfesuchenden. Grundlage für diese Schätzung ist: Weniger als 60 Tage über den 5-Jahres Zeitraum waren 824 Personen (insgesamt 27%) in Maßnahmen. 74% dieser Personen brachen die letzte Maßnahme ab, 18% schlossen sie ab und 5% hatten einen Anschlussmaßnahme in der EGH.

nur ein Viertel aller Personen, sind aber hinsichtlich ihrer Art der Nutzung versorgungs- und kostenrelevant (über 5 Jahre machen diese Gruppen zwei Drittel der Gesamtkosten der EGH Sucht aus, d. h. 41 Mio von 62,5 Mio €).

Mit dem Vergleich von Nutzergruppen unterschiedlicher Inanspruchnahmehintensität soll sich personenbezogenen Hintergründen unterschiedlichen Nutzungsverhaltens angenähert werden. Da in der Datenbankanalyse personenbezogene Kennzeichen nur rudimentär (Alter, Geschlecht, Primärdroge) zur Verfügung stehen, sollen solche Faktoren in Kapitel 3 durch die Analyse von Akten (Modul A2) genauer identifiziert werden.

Die Inanspruchnahmegruppen werden im Folgenden nach den in der EDV-gestützten Dokumentation vorhandenen personenbezogenen Merkmalen betrachtet.

## 2.5 Geschlecht, Alter, Drogentyp der Inanspruchnahmegruppen

Zunächst geht es um Geschlecht und Alter nach Inanspruchnahmegruppen. Vier Fünftel sind männlich, ein Fünftel weiblich. Die Verteilung der Geschlechter über die Inanspruchnahmegruppen zeigt, dass der Frauenanteil unter den intensiveren Nutzern leicht steigt (auf 23%) (vgl Tabelle 2.9). Das Durchschnittsalter erhöht sich deutlich über die Inanspruchnahmegruppen: Die intensivsten Nutzer sind im Vergleich zur Gruppe 1 um sieben Jahre älter. Bei den Männern ist dieser Trend stärker als bei den Frauen. Die über 50-jährigen und über 60-jährigen finden sich eher unter den intensivsten Nutzern.

Tabelle 2.9  
Geschlecht und Alter nach Inanspruchnahmegruppen

	<b>Gruppe 1 bis 100 Tage</b>	<b>Gruppe 2 bis 365 Tage</b>	<b>Gruppe 3 bis 730 Tage</b>	<b>Gruppe 4 &gt; 730 Tage</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Geschlecht</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
männlich	80%	81%	78%	77%	80%
weiblich	20%	19%	22%	23%	20%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>3.051</b>
<b>Alter</b>	<b><math>\emptyset</math> (<math>\pm SD</math>)</b>				
männlich	40,3 ( $\pm 10,6$ )	41,6 ( $\pm 10,4$ )	43,4 ( $\pm 9,9$ )	47,6 ( $\pm 10,3$ )	41,9 ( $\pm 10,6$ )
weiblich	40,2 ( $\pm 11,6$ )	39,5 ( $\pm 11,2$ )	44,3 ( $\pm 10,8$ )	44,7 ( $\pm 10,8$ )	41,1 ( $\pm 11,4$ )
<b>gesamt</b>	<b>40,3 (<math>\pm 10,8</math>)</b>	<b>41,2 (<math>\pm 10,5</math>)</b>	<b>43,6 (<math>\pm 10,1</math>)</b>	<b>47,0 (<math>\pm 10,5</math>)</b>	<b>41,7 (<math>\pm 10,8</math>)</b>
<b>Altersgruppen</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
bis 20	1%	1%	0%	0%	1%
bis 30	21%	17%	11%	6%	17%
bis 40	27%	30%	26%	22%	28%
bis 50	32%	31%	37%	36%	33%
bis 60	16%	17%	22%	28%	18%
über 60	2%	4%	4%	9%	4%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>3.051</b>

Wie verteilen sich die Primärdrogen über die Inanspruchnahmegruppen? Insgesamt (Tabelle 2.10, letzte Spalte) dominiert als Primärdroge Alkohol (Anteil von drei Fünfteln), gefolgt von

Opiaten (ein Fünftel). Andere Drogen sind nachgeordnet. Es zeigt sich, dass Alkohol bei den beiden intensiveren Gruppen der Inanspruchnahme (>365 Tage) unterrepräsentiert und die Hauptdroge der Opiate deutlich überrepräsentiert ist. (Tabelle 2.10). Bei den anderen Hauptproblemsubstanzen zeigen sich zwischen den Nutzergruppen nur geringfügige Unterschiede. Für die Interpretation der vorliegenden Angaben zur Primärdroge ist zu berücksichtigen, dass die im Vordergrund stehende Droge bei der Anlage der Stammdaten dokumentiert wird – also bereits bei der Begründung für die erste Maßnahme, und daher häufig viele Jahre zurückliegen kann<sup>13</sup>.

Tabelle 2.10  
Primärdrogen nach Inanspruchnahmegruppen

Primärdroge	Gruppe 1 bis 100 T. %	Gruppe 2 bis 365 T. %	Gruppe 3 bis 730 T. %	Gruppe 4 > als 730 T. %	Gesamt %
Alkohol	65%	58%	52%	48%	59% <sup>b</sup>
Opiate	17%	21%	30%	32%	21%
Kokain	5%	7%	5%	7%	6%
Cannabis	5%	5%	3%	3%	5%
andere, unbekannt	8%	10%	11%	11%	9%
<b>gesamt</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>3.051</b>

## 2.6 Letzter Maßnahmetyp und Beendigung von Maßnahmen nach Inanspruchnahmegruppen

Für die Beurteilung des Verlaufs der Inanspruchnahme (als Indikatoren für Zielerreichung) liefern die personenbezogenen Informationen zum letzten Maßnahmetyp, zur Art der Beendigung dieser Maßnahme, zum Zeitpunkt des Verlassens der Eingliederungshilfe bzw. zum Verbleib (innerhalb des hier untersuchten 5-Jahreszeitraums) wichtige Anhaltspunkte. Die Inanspruchnahmegruppen werden hinsichtlich dieser Merkmale betrachtet.

Zunächst geht es um den Typ der letzten Maßnahme<sup>14</sup>, der für jede Person zum Verlauf der Inanspruchnahme ausgewiesen wird. Die stationäre Vorsorge ist der Maßnahmetyp mit dem größten Anteil (42% aller letzten Maßnahmen – Tabelle 2.11, letzte Spalte) der letzten Maßnahme. Diese Personen finden sich fast alle in den Gruppen 1 und 2 der weniger intensiven Nutzer<sup>15</sup>, in Gruppe 3 und 4 machen die Klienten der stationären Vorsorge (als letzte Maßnahme) nur 10% bzw. 1% aus. Unter den intensiveren Nutzern sind stationäre Nachsorge bzw. Übergang sowie alle teilstationären sowie die ambulanten Maßnahmen stark überrepräsentiert.

<sup>13</sup> Daher wird der Frage der Primärdroge bei der Aktenanalyse (Kapitel 3) genauer nachgegangen.

<sup>14</sup> Hier ist es die letzte Maßnahme im personenbezogenen Verlauf der Inanspruchnahme über die Jahre. Im vorangegangenen Abschnitt (Tabelle 2.4 und 2.7) ging es um die Einzelmaßnahme und ihre Beendigung.

<sup>15</sup> Es gibt Personen (unter allen 3.051 Nutzern), die nur einmalig kommen. Das sind ca. 20%. Diese einmaligen Nutzer finden sich zu zwei Dritteln in Vorsorge Maßnahmen. Sie kommen nach der medizinischen Rehabilitation (oder auch ohne diese) nicht erneut in eine EGH-Maßnahme.

sentiert. Wobei allerdings ambulante Maßnahmen insgesamt nur einen Anteil von 6%<sup>16</sup> ausmachen (Tabelle 2.11, letzte Spalte).

Hinsichtlich des Ortes der letzten Maßnahme gibt es bei den intensiveren Nutzern (Gruppe 3 und 4) eine deutliche Verschiebung zu Einrichtungen außerhalb Hamburgs, d. h. zu Einrichtungen, die keine vertraglichen Beziehungen zur BGV haben. Zwischen den Inanspruchnahmegruppen sind bei denen mit bis zu 100 Tagen nur 10% in Einrichtungen/Maßnahmen außerhalb Hamburgs, bei der Gruppe der intensivsten Nutzer betrifft dies 56% (Tabelle 2.11).

Tabelle 2.11

Typ der letzten Maßnahme und Art der Beendigung nach Inanspruchnahmegruppen

<b>Typ letzte Maßnahme</b>	<b>Gruppe 1 bis 100 T. %</b> <sup>a</sup>	<b>Gruppe 2 bis 365 T. %</b>	<b>Gruppe 3 bis 730 T. %</b>	<b>Gruppe 4 &gt; als 730 T. %</b>	<b>Anteil %</b>
stationär Vorsorge	64%	38%	10%	1%	42%
stationär Nachs./Übergang	20%	32%	36%	37%	28%
teilstationär	14%	25%	40%	46%	25%
ambulant	1%	5%	13%	17%	6%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>100%</b>
<b>Ort der Maßnahmen</b>					
EGH Einrichtg. Hamburg	90%	79%	63%	44%	78%
Einrichtung außerhalb	10%	21%	37%	56%	22%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>100%</b>
<b>Beendigung letzte Maßnahme</b>					
Abbruch	61%	38%	25%	14%	44%
Haft	1%	1%	1%	0%	1%
verstorben	0%	1%	2%	3%	1%
abgeschlossen	32%	47%	36%	23%	36%
in EGH Maßnahme	6%	13%	36%	60%	18%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>100%</b>
<b>Jahr Ausscheiden aus EGH</b>					
2010	22%	14%	0%	0%	14%
2011	19%	13%	16%	0%	15%
2012	18%	16%	12%	8%	16%
2013	16%	19%	15%	17%	17%
2014	19%	25%	23%	20%	22%
in EGH zum 1.1.2015	5%	12%	34%	55%	17%
<b>Gesamt N</b>	<b>1.304</b>	<b>1.028</b>	<b>386</b>	<b>333</b>	<b>100%</b>

Für alle Personen wird zudem die Art der Beendigung der letzten Maßnahme betrachtet. 44% brachen die letzte Maßnahme ab, etwas mehr als ein Drittel schlossen die Maßnahme ab und nicht ganz ein Fünftel (18%) verbleibt in einer weiteren EGH Maßnahme. Bei dieser Betrachtung der Beendigung der letzten Maßnahme auf der Personenebene verschieben sich die Proportionen gegenüber der Betrachtung von Einzelmaßnahmen. Hier wurde bei der Art der

<sup>16</sup> Die 6% mit einer ambulanten Maßnahme als letzte Maßnahme beziehen sich insgesamt auf 169 Personen

Beendigung der Einzelmaßnahmen eine Drittteilung zwischen Abbruch, Abschluss und Verbleib in Behandlung festgestellt (vgl. Tabelle 2.4). Dieses Bild verschiebt sich in Richtung einer starken Erhöhung der Abbrüche, einer leichten Erhöhung von Abschlüssen und einer erheblichen Verringerung des Verbleibs in einer EGH-Maßnahme (Verlängerung).

Im Vergleich der Inanspruchnahmegruppen haben die Nutzer mit der geringsten Intensität (bis zu 100 Tage) die höchste Abbruchrate und den niedrigsten Verbleib in einer EGH-Maßnahme. Die Proportionen verschieben sich linear bis zur intensivsten Gruppe ( $>730$  Tage). Hier brechen nur 14% ab und 60% verbleiben in einer Anschlussmaßnahme (Tabelle 2.11). Unter dieser Gruppe findet sich mit 3% der höchste Anteil an während der letzten Maßnahme Verstorbenen.

Ein wichtiger indirekter Indikator für Wirksamkeit ist das Verlassen bzw. Beenden von Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Tabelle 2.11 (letzte Spalte, unten) zeigt zunächst eine Übersicht, in welchem Jahr welcher Anteil der 3.051 Personen Maßnahmen (über den 5-jährigen Beobachtungszeitraum) verlassen bzw. beendet hat. Pro Jahr scheiden etwas über 15% aus, d. h. bis Ende 2012 haben insgesamt 45% der hier betrachteten Nutzer die Maßnahmen verlassen und sind in den beiden Folgejahren nicht wieder eingetreten. Inwieweit eine Beendigung zu einem dauerhaften Verlassen von Einrichtungen der Eingliederungshilfe führt, bleibt offen. Der Frage des Anteils dauerhafter Beender bzw. dauerhafter Nutzer wird im nächsten Abschnitt genauer nachgegangen. Aber das regelmäßige Beenden und/oder (längere) Unterbrechen<sup>17</sup> von Maßnahmen gilt im Beobachtungszeitraum für mindestens 80% der KlientInnen und Klienten. Auch aus der Gruppe 4 der intensivsten Nutzer ( $>730$  Tage) verlassen fast 20% pro Jahr die EGH-Maßnahmen.

Der Frage des dauerhaften Verbleibs in Maßnahmen der Eingliederungshilfe und ihren Gründen kann für die Untergruppen intensiverer Nutzer ( $>730$  Tage) nachgegangen werden, die auch zum Ende der Erhebung (Ende 2014) in einer Maßnahme sind. Dies sind 184 Nutzer. Für diese Nutzer besteht (aus Perspektive der Kostenträgers bzw. der Einrichtungen) das Risiko eines dauerhaften Verbleibs. Dieser Zahl stehen diejenigen gegenüber, die mit hoher Wahrscheinlichkeit dauerhaft in Maßnahmen der EGH sind. Diese Gruppe wird folgendermaßen eingegrenzt: diejenigen, die im gesamten 5-Jahres Zeitraum in Maßnahmen waren (41 Personen) und diejenigen die zum Ende 2014 in Maßnahmen sind und über den 5 Jahreszeitraum mehr als 1.500 Tage in Anspruch genommen haben. Das sind insgesamt 70 Personen.

Beide Zahlen, die auf Grundlage der Betrachtung des Geschehens über 5 Jahre gewonnen werden, sind, wenn wir den Anteil dauerhafter Nutzer der EGH bzw. einer Risikogruppe dauerhafter Nutzer schätzen wollen, auf die Klientinnen und Klienten eines Jahres zu beziehen. Dann liegt der Anteil dieser Gruppe zwischen 6% (untere Grenze) und 16% (obere Grenze) der Klientinnen und Klienten eines Jahres.

Um Merkmale der intensiveren Nutzer (Gruppe 3 und 4 mit  $>365$  Tagen über den 5-Jahreszeitraum) zu identifizieren, wird in der Aktenanalyse (Kapitel 3) nach Merkmalen (wie zusätzlichen chronischen Krankheiten) gesucht, die mit intensiverer Inanspruchnahme bzw. längerem Verbleib assoziiert sind.

---

<sup>17</sup> Ob das Verlassen der Eingliederungshilfe dauerhaft ist, lässt sich aufgrund des beschränkten Beobachtungszeitraums nicht sicher sagen.

## **2.7 Die Inanspruchnahmen aller Nutzer des Jahres 2012 mit vorangehenden und anschließenden Aufenthalten**

Bei der Gesamtbetrachtung personenbezogener Inanspruchnahmen über fünf Jahre können Gruppen mit unterschiedlicher Intensität (in Tagen) und nach Anzahl von Maßnahmen betrachtet werden (vorangehender Abschnitt).

Zum Aspekt des Ausscheidens aus der Eingliederungshilfe ergibt sich aus der Betrachtung des Jahres der Beendigung (Tabelle 2.11) noch kein klares Bild, weil zukünftige Aufenthalte in kommenden Jahren bzw. vorangehende Aufenthalte nicht zuverlässig geschätzt werden können.

Dieser Frage wird über die deskriptive Analyse von KlientInnen eines Jahres und des Anteils mit vorangehenden bzw. nachfolgenden Inanspruchnahmen nachgegangen (Tabelle 2.12). Dabei werden alle KlientInnen des Jahres 2010 hinsichtlich ihrer nachfolgenden Inanspruchnahmen betrachtet. Es zeigt sich, dass im Folgejahr etwa die Hälfte (52%) eine Maßnahme in Anspruch nimmt, nach zwei Jahren ein Drittel und nach vier Jahren nur noch ein Fünftel. Dieser Trend lässt sich umgekehrt für alle KlientInnen des Jahres 2014 hinsichtlich der vorangehenden Inanspruchnahmen zeigen. Vier Jahre vor dem Indexaufenthalt (also in 2014) hatte ein Fünftel bereits einen Aufenthalt, in 2012 mehr als ein Drittel und direkt im Jahr vom dem Indexaufenthalt waren es 58%.

Tabelle 2.12

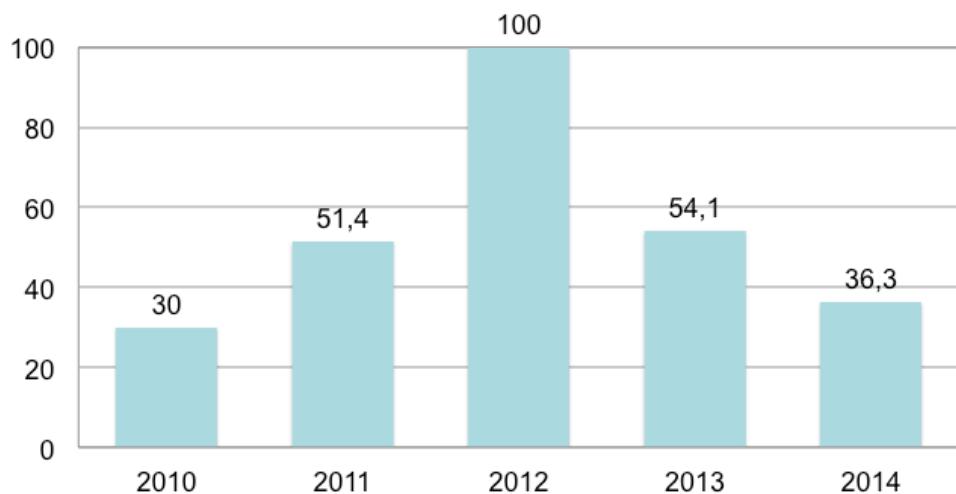
KlientInnen mit Aufenthalt in einem Jahr (Indexjahr) und vorangehenden bzw. nachfolgenden Inanspruchnahmen (%-Anteile bezogen auf Klienten des jeweiligen Jahres)

<b>Jahr</b>	<b>KlientInnen in 2010</b>	<b>KlientInnen in 2014</b>	<b>KlientInnen in 2012</b>
2010	<b>100%</b>	20%	30%
2011	52%	27%	51%
2012	33%	36%	<b>100%</b>
2013	29%	58%	54%
2014	22%	<b>100%</b>	36%
<b>Gesamt</b>	<b>2010: N=1.073</b>	<b>2014: N=1.168</b>	<b>2012: N=1.164</b>

Die Frage von vorangehenden *und* nachfolgenden Behandlungen lässt sich am ehesten für die KlientInnen des Jahres 2012 beantworten. Es zeigen sich die bekannten Muster bezogen für die zwei vorangehenden bzw. nachgehenden Jahre. Etwa die Hälfte hat im ersten Jahr und ein Drittel im zweiten Jahr vor oder nach dem Aufenthalt eine Maßnahme der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen (Tabelle 2.12, Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3

Nutzer des Jahres 2012 und %-Anteil mit Aufenthalt/Maßnahmen in vorangehenden und nachfolgenden Jahren



Bezogen auf die KlientInnen aus 2012 ( $N=1.164$ ) können wir einen weiteren Aspekt der Inanspruchnahme am Beispiel eines Jahres betrachten. Wie viele Klientinnen kommen nur in einem Jahr (hier in 2012) und wie häufig sind sie in Vor- bzw. anschließenden Jahren in Maßnahmen der Eingliederungshilfe? Zunächst zu der Gruppe, die nur im Indexjahr Maßnahmen in Anspruch nimmt. Dieser Anteil liegt bei 20% ( $n=236$ ). In irgend einem weiteren Jahr (2010/11 oder 2013/14) waren 28% in einer weiteren Maßnahme. In zwei weiteren Jahren (zusätzlich zum Indexjahr 2012) sind es 25%. In drei zusätzlichen Jahren bzw. in allen Jahren sind 27% der Klienten des Jahres 2012 in weiteren Maßnahmen.

Was charakterisiert diejenigen, die nur im Jahr 2012 Maßnahmen in Anspruch nehmen – also möglicherweise nur einmalige Nutzer sind? Dieses Fünftel (20% der Nutzer eines Jahres) unterscheidet sich von den anderen Gruppen durch das niedrigere Alter (40,5 gegenüber 43,2 im Durchschnitt). Die nur 2012-Inanspruchnehmer befinden sich eher (zu zwei Dritteln) in Maßnahmen der Vorsorge. Von allen Inanspruchnehmern 2012 sind dies 32%.

## 2.8 Zusammenfassung Datenbankanalyse (Modul A1)

Die auf die Dokumentation von Maßnahmen bezogenen Zwischenergebnisse beschränken sich darauf, die wichtigsten Fakten festzuhalten, denen in der Aktenanalyse und im prospektiven Teil genauer nachgegangen wird. Im Mittelpunkt steht zunächst die Beschreibung des Versorgungsgeschehens. Hier finden sich die folgenden Anhaltspunkte für Entwicklungen in der Eingliederungshilfe Sucht (Dauer, Kosten, Maßnahmetypen):

- Die Gesamtzahl der realisierten Maßnahmen der Eingliederungshilfe über die Beobachtungsjahre bleibt stabil (etwa 1.900 bis 2.000 pro Jahr).
- Es gibt 1.100 bis 1.200 unterschiedliche Personen pro Jahr, die die obigen Maßnahmen in Anspruch nehmen. Diese Anzahl steigt leicht an (um insgesamt 9% in 5 Jahren).
- Die Dauer der Einzelmaßnahmen verlängert sich im Beobachtungszeitraum um mehr als ein Fünftel (22% in 5 Jahren). Die Kosten steigen über den Beobachtungszeitraum um ein

Drittel. Als zentrale Gründe sind mehr Personen mit längeren Maßnahmen (bei stabilen Kosten pro Tag) anzusehen.

- Die Einzelmaßnahmen verlängern sich im Durchschnitt von 82 auf 108 Tage. Die Verlängerung beruht (hauptsächlich) auf Maßnahmen, die länger als 90 Tage dauern (mehr Bewilligungen über 6 Monate). Der Anteil längerer Einzelmaßnahmen (keine Verlängerungen) verdreifacht sich fast.
- Der Anteil von Maßnahmen, die außerhalb Hamburgs erbracht werden, steigt von einem Viertel auf ein Drittel. Die durchschnittliche Maßnahmedauer außerhalb Hamburgs ist erheblich länger. Die außerhalb erbrachten Tage liegen 2014 bei 45% (aller Tage). Der Unterschied gilt für alle Maßnahmetypen – ist also nicht durch außerhalb erbrachte längerefristige ambulante Leistungen erklärt.
- Hinsichtlich der Art der Beendigung von Einzelmaßnahmen geht der Anteil von vorzeitigen Entlassungen/Abbrüchen über die Jahre von einem Drittel auf ein Viertel zurück. Abgeschlossene, d.h. beendete Maßnahmen gehen zu Gunsten des Verbleib in Maßnahmen/Behandlungen der EGH (Weiterbewilligungen) zurück. Dieser Anteil verdoppelt sich von einem Viertel auf die Hälfte.
- Die Betrachtung der Maßnahmen nach Typen verweist auf die weitgehende Stabilität von Maßnahmetypen über den Beobachtungszeitraum. Mehr als die Hälfte (56%) aller Maßnahmen sind stationär. Ambulante Maßnahmen bleiben bei unter 10%. Es findet über die Jahre kein Zuwachs an teilstationären oder ambulanten Maßnahmen statt.

Die Maßnahmen werden personenbezogen nach Inanspruchnahmegruppen betrachtet, um Hinweise zur Zielerreichung und Einflussfaktoren intensiverer Nutzung zu erhalten, die anhand der Aktenanalyse und prospektiv präzisiert werden:

- Die intensiveren Nutzer (mehr als 365 Tage Nutzung über 5 Jahre) haben einen Anteil (an allen Personen) von einem Viertel.
- Bei den über 50-jährigen steigt der Anteil derjenigen mit intensiven Inanspruchnahmen. Das wird noch deutlicher bei den über 60-jährigen (bei geringem Anteil dieser Altersgruppe).
- Bei der Primärdroge sind unter den intensiveren Nutzern Opate überrepräsentiert. Dabei ist der Frage nachzugehen, inwieweit es sich hier um ältere Opiatabhängige mit verschiedenen Zusatzproblemen (chronische körperliche Krankheiten) und sozialer Isolation handelt.
- Bei der Betrachtung des Typs der letzten Maßnahme werden stationäre Nachsorge/Übergang und insbesondere die teilstationären und ambulanten Maßnahmen eher von den intensiveren Nutzern in Anspruch genommen.
- Bei der Art der Beendigung kann der weitgehend dauerhafte Verbleib in Maßnahmen der EGH auf eine kleine Gruppe von intensiveren Nutzern eingegrenzt werden. Den Hinweisen zu ihren Merkmalen (Alter, Opate) wird bei der Aktenanalyse (Kapitel 3) weiter nachgegangen.
- Etwa 15% aller Nutzer (über den Beobachtungszeitraum) verlassen pro Jahr die Eingliederungshilfe. Die Mehrheit taucht zumindest einmal in einem Folgejahr wieder auf. Das ist für die Hilfeplanung zu berücksichtigen.

- Nur eine Minderheit von 6%-16% aller Klientinnen und Klienten eines Jahres verbleibt dauerhaft (über einen 5-jährigen Beobachtungszeitraum) in Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Diese Gruppe ist für 2014 geschätzt. Für diese Gruppe sollten die Gründe weiterer Betreuungsmaßnahmen geklärt und die Angebote entsprechend präzisiert werden.
- Werden über den 5 -Jahreszeitraum nur die Nutzer des ersten Jahres (2010) betrachtet, so sind von diesen nach 4 Jahren noch ein Fünftel in Maßnahmen. Umgekehrt gilt: werden nur die Nutzer 2014 betrachtet, so war ebenfalls ein Fünftel schon 2010 Maßnahme. Auf Grundlage der Verlassens und Wiedereintretens in EGH-Maßnahmen sind Prognosen möglich.

### **3. Kennzeichen der intensiven Nutzer der Eingliederungshilfe (Modul A2)**

Neben der Datenbankauswertung sieht die retrospektive Analyse eine Auswertung von Handakten für eine Stichprobe aus der Gruppe intensiver Nutzerinnen und Nutzer vor. Die Aktenanalyse stellt eine Ergänzung zur Datenbankauswertung dar, da mit ihrer Hilfe tiefer gehende Informationen zu Personen und Maßnahmen erhoben werden können, die in der Datenbank nicht vorliegen. Spezifisches Ziel der Aktenanalyse ist die weitergehende Klärung personenbezogener Faktoren intensiver Inanspruchnahme sowie die Darstellung der Zielerreichung dieser Klientel.

In diesem Kapitel wird daher zunächst die Vorgehensweise der Aktenanalyse erläutert (Abschnitt 3.1) und anschließend die in die Aktenanalyse einbezogene Klientel mit den übrigen (in der Datenbank dokumentierten) Nutzerinnen und Nutzern verglichen. Innerhalb der Aktenstichprobe werden anschließend intensive und sehr intensive Nutzerinnen und Nutzer der Eingliederungshilfe im Hinblick auf ihr Inanspruchnahmeverhalten, ihre Ziele und den Status bei Ende der letzten Maßnahme sowie hinsichtlich ihres Konsumverhaltens und gesundheitlicher sowie soziodemografischer Aspekte differenziert beschrieben.

#### **3.1 Methodik (Aktenanalyse)**

Die Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung bilden insgesamt 1.349 Handakten, die für die BGV in einem speziellen Sachgebiet verwaltet werden. In diesen Akten sind alle von der Hamburger Eingliederungshilfe finanzierten Maßnahmen dokumentiert, welche im Zeitraum vom 1.1.2014 bis zum 30.12.2014 durch die BGV bewilligt wurden oder laufend waren. Es fallen darunter insgesamt 360 Akten, die kürzlich archiviert worden sind, da die letzte Maßnahme abgeschlossen wurde, sowie 989 laufende Akten von Personen, für die entweder eine Maßnahme bewilligt worden ist, die sich aktuell in einer Maßnahme befinden oder für die sich nach der Beendigung der Maßnahme die Akte in Bearbeitung befindet. Da Erstaufnahmen nicht zur Zielgruppe der intensiven Nutzerinnen und Nutzer gehören und dementsprechend nicht berücksichtigt werden, reduzierte sich die Zahl der in Frage kommenden laufenden Akten auf insgesamt 687.

Zunächst wurden alle 360 archivierten Akten daraufhin geprüft, ob die zuvor festgelegten Kriterien für eine intensive Nutzung der Eingliederungshilfemaßnahmen erfüllt werden. Als intensive Nutzung gelten demnach das Wahrnehmen von Maßnahmen mit einer Dauer von mindestens zwei Jahren ohne Unterbrechung bzw. eine Inanspruchnahme von vier oder mehr Maßnahmen seit dem 1.1.2010.

Anschließend erfolgte die Stichprobenziehung auf Grundlage einer Liste der 687 laufenden Akten der Eingliederungshilfe Sucht. Anhand dieser Liste wurde nun jeder zehnte Fall daraufhin geprüft, ob die zuvor festgelegten Kriterien für eine intensive Nutzung der Eingliede-

rungshilfemaßnahmen erfüllt wurden. Der Durchgang in Zehnerschritten wurde wiederholt, bis das Ziel von 300 Akten erreicht war.<sup>18</sup>

Nach einer konsekutiven Prüfung von insgesamt 750 archivierten und laufenden Fällen konnten 302 Klientenakten identifiziert werden, auf welche die Kriterien für eine intensive Nutzung zutreffen. Aus diesen 302 Akten wurden jeweils Informationen zum sozialen Hintergrund, zum Konsum- und Gesundheitsstatus, zu Behandlungserfahrungen sowie zur letzten abgeschlossenen Maßnahme EDV-gestützt erhoben. Als Quellen dienten:

- das Basisdatenblatt, das grundlegende Angaben zur Person zum Zeitpunkt der Anlage der Akte enthält,
- der Gesamtbehandlungsplan, der in der Regel zu Beginn des Aufenthalts bzw. mehrerer zusammenhängender Maßnahmen in der Eingliederungshilfe erstellt wird und weitergehende Informationen zu Vorbehandlungen, zur Suchtproblematik, zum Gesundheitsstatus und zur sozialen Situation enthält,
- der Bericht der Eingliederungshilfeeinrichtung über die letzte beendete Maßnahme (Abschluss- oder Verlängerungsbericht), der, sofern von Hamburger Einrichtungen der Eingliederungshilfe erstellt, die aktuellsten Angaben zu ergänzenden Behandlungen, zur Diagnostik, zur sozialen Situation, zur Funktionsfähigkeit und Teilhabe (Pflichtitems ICF), zu Zielen und Zielerreichung sowie zur Art der Beendigung enthält<sup>19</sup>,
- sowie gegebenenfalls ergänzende Aktenvermerke.

Wenn einzelne Informationen nicht den jeweils aktuellen Dokumenten wie z. B. dem aktuellen Bericht entnommen werden konnten, wurde hier gegebenenfalls die letzte vorliegende Information aus vorhergehenden Dokumenten erhoben.

Um ferner einen Vergleich zwischen den in die Aktenanalyse eingeschlossenen intensiven Nutzerinnen und Nutzern und der übrigen Klientel zu ermöglichen sowie weitere Informationen aus der Datenbank zu nutzen, werden letztere mit den Informationen aus der Aktenanalyse verknüpft (siehe hierzu auch Abschnitt 2.1). So wurde auch der folgende Vergleich der in der Aktenanalyse untersuchten Gruppe mit der übrigen Klientel auf Basis von Grundinformationen aus der Datenbank „WAY“ für den Fünf-Jahres-Zeitraum von 2010 bis 2014 erstellt.

### **3.2 Alter, Geschlecht, Drogentyp und Inanspruchnahmen intensiver Nutzerinnen und Nutzer (Vergleich zur übrigen Klientel)**

Wie nicht anders zu erwarten, weisen Klientinnen und Klienten, die in die Aktenanalyse einbezogen wurden, insgesamt eine stärkere Inanspruchnahme von Maßnahmen der Eingliederungshilfe auf (siehe Tabelle 3.1). Über die Hälfte von ihnen haben seit 2010 mehr als 730 Tage in diesen Maßnahmen verbracht, während dieser Anteil unter der übrigen Klientel lediglich 6% beträgt. Ein weiteres Viertel der Stichprobe hat zwischen 366 und 730 Tagen Ein-

---

<sup>18</sup> Ursprünglich war geplant, die beiden beschriebenen Nutzergruppen anhand einer Abfrage in der Datenbank „WAY“ zu identifizieren und auf dieser Grundlage die Stichprobe zu ziehen. Von diesem Vorgehen musste jedoch abgesehen werden, da die gewünschten Datenexporte nicht rechtzeitig geliefert werden konnten.

<sup>19</sup> Für Klientinnen und Klienten in Einrichtungen außerhalb Hamburgs liegen keine standardisierten Berichte vor, entsprechend lückenhaft sind die Informationen zu diesen Maßnahmen.

richtungen der Eingliederungshilfe besucht, unter allen übrigen Nutzerinnen und Nutzern gilt dies nur für gut ein Zehntel. Die Anteile der Klientinnen und Klienten mit 100 bis 365 Tagen sowie mit weniger als 100 Tagen sind wiederum innerhalb der übrigen Klientel bedeutend höher (35% und 47%) als in jener, die in die Aktenanalyse einbezogen wurde (19% und 3%). Damit kann konstatiert werden, dass im Rahmen der Aktenanalyse tatsächlich eine Untersuchung der intensiven Nutzerinnen und Nutzer erfolgt. Hier finden sich 160 Nutzer mit mehr als 730 Aufenthaltstagen im dem 5-jährigen Beobachtungszeitraum. Dies sind knapp die Hälfte (160 von insgesamt 333) der Klientinnen und Klienten mit mehr als 730 Aufenthaltstagen (Gruppe 4 der Datenbank) seit 2010. Diese 160 Nutzer werden in der Aktenanalyse als Gruppe der „sehr intensiven Nutzer“ bezeichnet (vgl. Kapitel 3.3). Diese Gruppe wird mit 132 Nutzerinnen und Nutzern verglichen, welche die Eingliederungshilfe an über 100 bis 730 Tagen (entsprechend Gruppe 2 und 3 der Datenbank) in Anspruch genommen haben. Diese Gruppe wird als „intensive Nutzer“ bezeichnet und repräsentiert ein knappes Zehntel (9%)<sup>20</sup> der gesamten Klientel mit 100 bis 730 Aufenthaltstagen innerhalb der letzten fünf Jahre. Die übrigen zehn in die Analyse eingeschlossenen Klientinnen und Klienten mit weniger als 100 Aufenthaltstagen (entsprechend Gruppe 1 der Datenbank) werden in den folgenden Analysen nicht weiter berücksichtigt, da hier im Vergleich nicht von einer intensiven Nutzung gesprochen werden kann.

Tabelle 3.1

Intensität der Inanspruchnahme (orientiert an der in Kapitel 2 definierten Nutzergruppen) nach Einbezug in die Aktenanalyse (ja/nein)

	KlientInnen Eingliederungshilfe			
	Aktenanalyse ja	Aktenanalyse nein		
Inanspruchnahmegruppen (nach Aufenthaltstagen ab 2010)	bis 100 (Gruppe 1)	3,3%	10	47,1% 1.294
	bis 365 (Gruppe 2)	18,5%	56	35,4% 972
	bis 730 (Gruppe 3)	25,2%	76	11,3% 310
	mehr als 730 (Gruppe 4)	53,0%	160	6,3% 173
	<b>Gesamt N</b>	<b>100,0%</b>	<b>302</b>	<b>100,0%</b> <b>2.749</b>

Nach der oben beschriebenen Neugruppierung kommen die Klientinnen und Klienten, die in der Aktenanalyse untersucht wurden, mit durchschnittlich 902 Aufenthaltstagen in der Eingliederungshilfe seit 2010 im Mittel auf 681 Tage mehr als die übrige Klientel (221 Tage, siehe Tabelle 3.2).

Während die Geschlechtsverteilung kaum zwischen der Klientel, die in der Aktenanalyse untersucht wurde, und den übrigen Nutzerinnen und Nutzern der Eingliederungshilfe variiert (82% bzw. 80% männliche Klienten), zeigen sich bei der Altersgruppenverteilung deutliche Unterschiede: Die unter 30-Jährigen sind mit 18% signifikant stärker in der übrigen Klientel vertreten als in der Gruppe der Aktenanalyse (9%). Unter letzteren ist wiederum der Anteil der über 50-Jährigen signifikant höher als unter den übrigen Klientinnen und Klienten (28%

<sup>20</sup> Aus den Gruppen 2 und 3 der Datenbank wurden 132 Personen im Rahmen der Aktenanalyse näher untersucht. Die Anzahl Personen dieser beiden Gruppen ohne Aktenanalyse umfasst 1.282 Personen (vgl. Tabelle 3.1).

vs. 22%). Mit einem Durchschnittsalter von 44,5 Jahren sind die in der Aktenanalyse untersuchten Klientinnen und Klienten im Mittel auch etwa drei Jahre älter als die übrige Klientel (41,4 Jahre).

Wenn die beiden Gruppen anhand der Primärdroge betrachtet werden, fällt auf, dass unter den in die Aktenanalyse einbezogenen Klientinnen und Klienten mehr als jede bzw. jeder Dritte von einer Opiatproblematik betroffen ist. Innerhalb der übrigen Klientel gilt dies nur für etwa jede Fünfte bzw. jeden Fünften. Dafür ist in dieser Gruppe der Anteil mit einer Alkoholproblematik höher (60% vs. 54%). Auch eine sogenannte „andere“ Problematik, darunter fallen unter anderem Probleme mit Medikamenten, Amphetaminen und Glücksspiel, wird mit einem Anteil von 9% weit häufiger für die übrige Klientel festgestellt. Bei den Klientinnen und Klienten, die aufgrund ihrer intensiven Nutzung von Eingliederungshilfemaßnahmen Eingang in die Aktenanalyse gefunden haben, spielt diese Kategorie kaum eine Rolle (0,7%).

Tabelle 3.2

Stichprobencharakteristika wie Geschlecht, Alter, Primärdroge nach Einbezug in die Aktenanalyse (ja/nein)

		KlientInnen Eingliederungshilfe	
		Aktenanalyse ja	Aktenanalyse nein
Aufenthaltsdauer seit 2010	Dauer in Tagen: M (SD)	902 ( $\pm 538$ )** a)	221 ( $\pm 294$ )
	Gesamt N	<b>292</b>	<b>2.759</b>
Geschlecht	männlich	81,5%	79,7%
	Gesamt N	<b>292</b>	<b>2.759</b>
Altersgruppen	bis 30 Jahre	8,6%	18,4%**
	bis 40 Jahre	27,1%	27,6%
	bis 50 Jahre	36,6%	32,4%
	über 50 Jahre	27,7%*	21,6%
	Alter in Jahren: M ( $\pm SD$ )	44,5 ( $\pm 10,0$ )**	41,4 ( $\pm 10,8$ )
	Gesamt N	<b>292</b>	<b>2.758</b>
Primärdrogengruppen	Alkohol	53,8%	60,1%*
	Opiate	34,9%**	20,2%
	Kokain	6,5%	5,7%
	Cannabis	4,1%	4,7%
	andere	0,7%	9,3%**
	Gesamt N	<b>292</b>	<b>2.759</b>
Maßnahme in Hamburger Einrichtung	ja	57,0%	80,2%**
	Gesamt N	<b>291</b>	<b>2.756</b>

a) Signifikanz Aktenanalyse ja/nein: Z-Test zum Vergleich von Spaltenanteilen. Tests werden für alle paarweisen Vergleiche innerhalb einer Zeile einer jeden innersten Untertabelle unter Verwendung der Bonferroni-Korrektur angepasst. Z-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die in der Aktenanalyse untersuchte Klientel weit häufiger außerhalb Hamburgs eine Maßnahme der Eingliederungshilfe wahrnimmt (43%) als alle übrigen Klientinnen und Klienten (20%). Dies ist auch für die folgenden Ausführungen, insbesondere zur jeweils letzten Maßnahme der intensiven und Nutzerinnen und Nutzer von

Bedeutung, da nur in den Hamburger Einrichtungen ein standardisierter Bericht über die Maßnahme verpflichtend ist. Der große Anteil an Klientinnen und Klienten, die sich außerhalb Hamburgs in Eingliederungshilfemaßnahmen befinden, kann sich somit negativ auf die Datenlage auswirken.

### 3.3 Vorbehandlungen und ergänzende Behandlung

Nachdem im vorhergehenden Kapitel die Stichprobe der Aktenanalyse im Kontrast zur übrigen Klientel dargestellt wurde und damit ihre spezifischen Merkmale hinsichtlich Inanspruchnahme, Alter und Primärdroge hervorgehoben wurden, konzentrieren sich die folgenden Ausführungen ausschließlich auf jene Gruppe von Klientinnen und Klienten, die im Rahmen der Aktenanalyse untersucht wurde. Um innerhalb dieser Gruppe mit intensivem Inanspruchnahmeverhalten Faktoren einer besonders intensiven (und andauernden) Inanspruchnahme herauszuarbeiten, werden in allen folgenden Analysen die insgesamt 132 *intensiven* Nutzerinnen und Nutzern mit 100 bis 730 Tagen den 160 *sehr intensiven* Nutzerinnen und Nutzer mit mehr als 730 Maßnahmetagen gegenüber gestellt.

Hinsichtlich der Behandlungsvorerfahrungen zeigt dieser Vergleich, dass der Erstkontakt mit der Eingliederungshilfe bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern im Mittel etwa zwei Jahre länger zurück liegt als bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern (sehr intensive Nutzung: 7,5 Jahre intensive Nutzung: 5,4 Jahre, siehe Tabelle 3.3). Insbesondere der Anteil, der vor 2004 erstmals den Weg in die Eingliederungshilfe gefunden hat, ist mit über einem Drittel (37%) in deutlichem (und signifikantem) Maße höher als in der Vergleichsgruppe (18%). Ferner werden in der Datenbank für die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt 5,6 Befürwortungen mehr ausgewiesen (intensive Nutzung: 5,7, sehr intensive Nutzung: 11,3), während die intensiven Nutzerinnen und Nutzer etwas mehr zusammenhängende Maßnahmen in Anspruch genommen haben (intensive Nutzung: 3,6, sehr intensive Nutzung: 3,2). Letzteres lässt sich dadurch erklären, dass sich die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer länger ununterbrochen in Maßnahmen der Eingliederungshilfe befinden. Schließlich haben sie im Mittel mehr Befürwortungen erhalten, und ihre durchschnittliche Verweildauer ist in diesem Zeitraum um mehr als das Dreifache höher als in der Vergleichsgruppe (sehr intensive Nutzung: 1.312, intensive Nutzung: 404 Tage).

Bei den weiteren Angaben zu Behandlungsvorerfahrungen im Gesamtplan zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Analysegruppen. Eine medizinische Rehabilitation haben etwa vier von zehn Klientinnen und Klienten beider Gruppen in den letzten zwölf Monaten in Anspruch genommen (intensive Nutzung: 44%, sehr intensive Nutzung: 35%), bei Maßnahmen beruflicher Teilhabe gilt dies, bezogen auf die letzten fünf Jahre, für 11% (intensive Nutzung) und 12% (sehr intensive Nutzung) und bei sonstigen Hilfen für 6% (intensive Nutzung) bzw. 10% (sehr intensive Nutzung). Nur wenn nach Eingliederungshilfemaßnahmen im Fünf-Jahres-Zeitraum gefragt wird, zeigen sich deutliche Unterschiede: Hier weisen die intensiven Nutzerinnen und Nutzer einen höheren Anteil an Inanspruchnahmen auf (intensive Nutzung: 77%, sehr intensive Nutzung: 59%). (Tabelle 3.3)

Tabelle 3.3  
Behandlungen und Maßnahmen nach Nutzergruppen

		<b>Nutzergruppen EGH</b>	
		<b>intensiv</b>	<b>sehr intensiv</b>
Erstkontakt zur EGH	vor 2000	3,8%	8,1%
	2000 bis 2004	13,7%	28,7%** a)
	2005 bis 2009	29,8%	26,9%
	2010 bis 2011	19,1%	26,3%
	2012 bis 2013	3,6%**	10,0%
	Zeitraum in Jahren: M ( $\pm$ SD)	5,4 ( $\pm$ 4,0)	7,5 ( $\pm$ 4,5)**
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>160</b>
Befürwortungen ab 2010	Anzahl: M ( $\pm$ SD)	5,7 ( $\pm$ 2,0)	11,3 ( $\pm$ 3,6)**
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>160</b>
zusammenhängende Maßnahmen ab 2010	Anzahl: M ( $\pm$ SD)	3,6 ( $\pm$ 1,4)*	3,2 ( $\pm$ 2,0)
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>160</b>
Aufenthaltsdauer ab 2010	Dauer in Tagen: M ( $\pm$ SD)	404 ( $\pm$ 167)	1.312 ( $\pm$ 363)**
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>160</b>
Med. Rehabilitation (letzte 12 Monate)	ja	44,1%	35,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>127</b>	<b>119</b>
Maßnahme EGH (letzte 5 Jahre)	ja	76,9%**	59,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>121</b>	<b>118</b>
Maßnahme berufl. Teilhabe (letzte 5 Jahre)	ja	10,6%	12,1%
	<b>Gesamt N</b>	<b>113</b>	<b>116</b>
Maßnahme sonstige Hilfen (letzte 5 Jahre)	ja	5,8%	9,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>104</b>	<b>104</b>
Substitution aktuell (gesamt)	ja	43,2%	54,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>154</b>
Substitution aktuell (nur Opiate)	ja	85,7%	92,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>42</b>	<b>54</b>
Substitution aktuell (nur Alkohol)	ja	15,3%	27,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>72</b>	<b>80</b>
Beginn aktuelle Substitution	vor 1995	6,1%	17,6%
	1995 bis 1999	10,2%	13,2%
	2000 bis 2004	12,2%	19,1%
	2005 bis 2009	16,3%	23,5%
	2010 bis 2012	32,7%	25,0%
	2012 bis 2014	22,4%**	1,5%
	Dauer in Jahren: M ( $\pm$ SD)	6,6 ( $\pm$ 6,6)	10,7 ( $\pm$ 7,4)**
	<b>Gesamt N</b>	<b>49</b>	<b>68</b>
weitere Therapien mit oder ohne Medikation	ja	79,3%	87,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>116</b>	<b>139</b>

a) Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Dies mag auf den ersten Blick widersprüchlich klingen, wird aber durch den Sachverhalt relativiert, dass bei über einem Viertel (27%) der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern hierzu keine Angabe gemacht worden ist (intensive Nutzung: 8%).

Ergänzend zur aktuellen Maßnahme befindet sich über die Hälfte (55%) der Klientel mit sehr intensiver Nutzung und mehr als vier von zehn intensiven Nutzerinnen und Nutzern (43%) in Substitution. Wenn man berücksichtigt, dass sich nur 35% der gesamten Analysegruppe wegen einer primären Opiatproblematik in Behandlung befinden (vgl. Tabelle 3.2), wird deutlich, dass sich ein nennenswerter Anteil der untersuchten Klientinnen und Klienten zwar in Substitution befindet, aktuell aber ein anderes Suchtproblem im Fokus der Eingliederungshilfemaßnahme steht. So sind über ein Viertel (28%) der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer, die aktuell aufgrund einer Alkoholproblematik behandelt werden, derzeit substituiert (intensive Nutzer: 15%).

Wenn eine Substitution vorliegt, dann dauert diese innerhalb der Klientel mit sehr intensiver Inanspruchnahme bereits seit durchschnittlich 10,7 Jahren an, bei der Vergleichsgruppe hingegen im Mittel etwa 4 Jahre kürzer (6,6 Jahre). Auch wenn die Substitutionsbehandlungen nicht berücksichtigt werden, liegt der Anteil von Klientinnen und Klienten, die zusätzlich zur aktuellen Maßnahme der Eingliederungshilfe mindestens eine weitere Form der Therapie in Anspruch nehmen, ganz gleich ob mit oder ohne Medikation, in beiden Gruppen bei über drei Viertel (intensive Nutzung: 79%, sehr intensive Nutzung: 88%).

### **3.4 Letzte Maßnahme der Eingliederungshilfe**

Nachdem im vorhergehenden Kapitel die Vorbehandlungserfahrungen sowie die in Anspruch genommenen ergänzenden Behandlungen der intensiven und sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer dargestellt wurden, stehen nun die jeweils letzten Maßnahmen in der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Diese unterscheiden sich, wie nicht anders zu erwarten, bereits erheblich hinsichtlich der Dauer, über die jene ohne Unterbrechung von mehr als sieben Tagen fortgeführt bzw. verlängert worden sind (siehe Tabelle 3.4). Während sich intensive Nutzerinnen und Nutzer zuletzt im Schnitt sechs Monate in einer Maßnahme befanden, liegt die mittlere Dauer bei Klientinnen und Klienten mit sehr intensiver Nutzung bei zwei Jahren und fünf Monaten. Während der ganz überwiegend Teil der intensiven Nutzerinnen und Nutzer die letzte Maßnahme nach einem Jahr beendet hat (91%), gilt dies nur für knapp ein Drittel (29%) der Gruppe mit sehr intensiver Nutzung. In der letztgenannten Gruppe findet sich dafür ein knappes Drittel (30%), das länger als drei Jahre ununterbrochen in einer Maßnahme war. Um den Typus der letzten Maßnahme zu bestimmen, mussten Informationen aus der Datenbank herangezogen werden, da dieser nicht immer eindeutig aus den Akten hervorging. Die Informationen aus der Datenbank beziehen sich indes jeweils auf die letzte Befürwortung des Jahres 2014. Es zeigt sich dabei, dass sich die beiden Untersuchungsgruppen bei der Verteilung des Maßnahmentyps sehr stark voneinander unterscheiden. Während die intensiven Nutzerinnen und Nutzer weit häufiger Maßnahmen der stationären Vorsorge (22%, sehr intensive Nutzer: 0,6%) und der stationären Nachsorge wahrnehmen (18%, sehr intensive Nutzer: 3%), befinden sich die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer weit häufiger in ambulanten Maß-

nahmen (15%, intensive Nutzer: 2%) und etwas häufiger in teilstationären Übergangseinrichtungen (34%, intensive Nutzer: 24%).

Ferner kann der Datenbank entnommen werden, dass die Klientinnen und Klienten mit der höchsten Nutzungsintensität zu mehr als die Hälfte ihre letzte Maßnahme nicht in einer Hamburger Einrichtung wahrgenommen haben (58%). Bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzer befand sich hingegen nur knapp ein Viertel (24%) außerhalb Hamburgs in einer Maßnahme der Eingliederungshilfe. Wie bereits in Abschnitt 3.2 erwähnt, gestaltet sich die Aktenanalyse für Klientinnen und Klienten in Einrichtungen außerhalb Hamburgs insgesamt schwieriger, da dort keine standardisierten Berichte verwendet werden und somit häufig weniger aktuelle personen- und maßnahmenbezogene Informationen vorliegen.

Tabelle 3.4

Dauer der letzten Maßnahme und letzter Maßnahmetyp nach Nutzergruppen

		Nutzergruppen EGH	
		intensiv	sehr intensiv
Dauer letzte Maßnahme	bis 6 Monate	70,8%** <sup>a)</sup>	22,2%
	bis 12 Monate	20,0%	13,3%
	bis 3 Jahre	8,5%	34,8%**
	bis 5 Jahre	0,8%	20,3%**
	bis 8 Jahre	0,0%	8,2%
	mehr als 8 Jahre	0,0%	1,3%
	Dauer in Monaten: M ( $\pm$ SD)	6,5 ( $\pm$ 6,1)	28,9 ( $\pm$ 26,7)**
	Gesamt N	<b>130</b>	<b>158</b>
Letzter Maßnahmetyp	stationär Vorsorge	22,1%**	0,6%
	stationär Nachsorge	17,6%**	3,1%
	stationär Übergang	23,7%	34,4%*
	teilstationär Nachsorge	17,6%	20,0%
	teilstationär Übergang	16,8%	21,3%
	teilstationär sonstiges	0,0%	5,6%
	ambulante Maßnahme	2,3%	15,0%**
	Gesamt N	<b>131</b>	<b>160</b>
Maßnahme in Hamburger Einrichtung	ja	75,6%**	41,9%
	Gesamt N	<b>131</b>	<b>160</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Im Folgenden werden mit Blick auf die soeben beschriebene letzte Maßnahme Daten zu Funktionsfähigkeit und Teilhabeproblemen, zu Zielsetzungen und Zielerreichung sowie zum Abschluss der Maßnahme und dem anschließenden Verbleib vorgestellt.

### 3.4.1 Funktionsfähigkeit und Teilhabeprobleme

Soziale Desintegration ist ein zentrales Problem im Leben von Alkohol- und Drogenabhängigen. Die Folgen einer Suchterkrankung beeinträchtigen zumeist die Teilhabe am Leben, und daher ist eine normale Lebensführung in den Bereichen Arbeit, Kultur und Gesellschaft oft

nur eingeschränkt möglich. Teilhabe ist deshalb ein zentrales Thema für die Eingliederungshilfe.

In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe Hamburg wird durch die Fachkräfte bei den Klienten und Klientinnen die Partizipation und Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen erhoben. Dies erfolgt mit einer Version des MATE-ICN Fragebogens zur Erfassung der funktionalen Gesundheit (Schippers, Broekman & Buchholz 2011). Dieser basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell und der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ der WHO, welche an die Bedürfnisse der Suchthilfe angepasst wurde. Inhaltlich werden im MATE-ICN Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, Förderfaktoren und Barrieren erfasst. Dokumentiert wird das Ausmaß von Beeinträchtigungen (keine, leicht, mäßig, erheblich, voll) in verschiedenen Lebensbereichen (wie Beziehungen, Arbeit/Beschäftigung, Alltagsbewältigung, Grundversorgung, Freizeit). Beeinträchtigungen der Teilhabe und Partizipation der Projektteilnehmer werden auf dieser Grundlage in fünf thematischen Dimensionen zusammengefasst, die den Schweregrad sozialer Desintegration aufzeigen.

Bei der Aufnahme in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wird mit den Klientinnen und Klienten eine Bestandsaufnahme ihrer Situation gemacht, während der auch ihre Beeinträchtigungen der Teilhabe erhoben werden. Tabelle 3.5 zeigt die Beeinträchtigungen der Partizipation und Teilhabe kurz nach Behandlungsbeginn differenziert nach Intensität der Nutzung. Dargestellt sind die fünf Dimensionen der Teilhabe: die Beeinträchtigung der Teilhabe insgesamt; die Beeinträchtigungen in den Grundanforderungen wie z. B. Selbstversorgung und Körperpflege; Beeinträchtigungen in den Beziehungen wie z. B. Probleme bei der Kommunikation in einem formellen Setting oder bei intimen Beziehungen; Barrieren, die eine erfolgreiche Teilhabe erschweren, sowie Förderfaktoren, die diese unterstützen.

Die Dimension „Beeinträchtigung insgesamt“ kann einen Wertebereich von 0-100 annehmen. Es zeigt sich insgesamt eine höhere Beeinträchtigung bei den sehr intensiven Nutzern (intensive Nutzer: 59,0; sehr intensive Nutzer: 64,0). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist jedoch nicht statistisch signifikant ( $t = -1,3$ ;  $p = 0,187$ ).

Tabelle 3.5

Integration und Teilhabe nach MATE Summenscore bei Aufnahme, differenziert nach Nutzergruppen

	Intensiv		Sehr intensiv		Total	
	M ( $\pm SD$ )	N	M ( $\pm SD$ )	N	M ( $\pm SD$ )	N
Beeintr. insgesamt	59,0 ( $\pm 27,2$ )	<b>105</b>	64,0 ( $\pm 22,6$ )	<b>77</b>	61,1 ( $\pm 25,4$ )	<b>182</b>
Beeintr. Grundanforderungen	14,5 ( $\pm 10,0$ )	<b>105</b>	15,3 ( $\pm 8,2$ )	<b>77</b>	14,9 ( $\pm 9,3$ )	<b>182</b>
Beeintr. Beziehungen	14,6 ( $\pm 7,0$ )	<b>104</b>	14,0 ( $\pm 7,0$ )	<b>77</b>	14,4 ( $\pm 7,0$ )	<b>181</b>
Barrieren	-3,9 ( $\pm 2,3$ )	<b>25</b>	-3,5 ( $\pm 2,0$ )	<b>23</b>	-3,7 ( $\pm 2,1$ )	<b>48</b>
Förderfaktoren	4,6 ( $\pm 2,7$ )	<b>85</b>	4,5 ( $\pm 3,5$ )	<b>58</b>	4,5 ( $\pm 3,1$ )	<b>143</b>

Die Skala „Beeinträchtigungen in den Grundanforderungen“ kann einen Wertebereich von 0-35 annehmen. Hier zeigt sich eine durchschnittliche Beeinträchtigung der gesamten Gruppe

von 14,9 Punkten. Die Barrieren und Förderfaktoren haben einen negativen bzw. positiven Wertebereich von 0-15.

Bei einer Beendigung der Maßnahme wird die Teilhabe anhand der MATE-Dimensionen erneut erhoben. Tabelle 3.6 stellt die Veränderungen der Teilhabe im Verlauf dar. Die Daten basieren auf insgesamt 110 Klientinnen und Klienten, für die sowohl die Eingangs- als auch Ausgangsdokumentation vorliegt. Es zeigt sich bei fast allen Dimensionen ein statistisch signifikanter Rückgang der Beeinträchtigungen. Die „Beeinträchtigungen gesamt“ sinken von 60,9 auf 52,1 ( $F= 21,1; p \leq 0,001$ ). Nur bei den Förderfaktoren zeigt sich keine Änderung im Verlauf der Maßnahme.

Tabelle 3.6

Integration und Teilhabe im Verlauf nach MATE Summenscore, differenziert nach Nutzergruppen

	Intensiv		Sehr intensiv		Total	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
	M ( $\pm SD$ )	M ( $\pm SD$ )	M ( $\pm SD$ )	M ( $\pm SD$ )	M ( $\pm SD$ )	M ( $\pm SD$ )
Beeintr. gesamt	58,8( $\pm 26,6$ )	47,8( $\pm 29,7$ )	65,1( $\pm 22,6$ )	60,7( $\pm 29,8$ )	60,9( $\pm 25,4$ )	52,1( $\pm 30,2$ )
	Interaktionseffekt Zeit mit Gruppe: * <sup>a)</sup>				Zeiteffekt: ***	
Beeintr. Grundanforderungen	14,4 ( $\pm 9,9$ )	11,5 ( $\pm 8,8$ )	14,7 ( $\pm 8,2$ )	13,6 ( $\pm 7,7$ )	14,5 ( $\pm 9,3$ )	12,2 ( $\pm 8,5$ )
	Interaktionseffekt: n.s.				Zeiteffekt: **	
Beeintr. Beziehungen	15,0 ( $\pm 6,4$ )	12,7 ( $\pm 7,5$ )	14,8 ( $\pm 7,0$ )	14,4 ( $\pm 8,0$ )	14,9 ( $\pm 7,0$ )	13,2 ( $\pm 7,7$ )
	Interaktionseffekt: ***				Zeiteffekt: *	
Barrieren	-3,9 ( $\pm 2,3$ )	-4,1 ( $\pm 2,6$ )	-3,1 ( $\pm 2,1$ )	-2,4 ( $\pm 1,9$ )	-3,6 ( $\pm 2,2$ )	-3,3 ( $\pm 2,4$ )
	Interaktionseffekt: n.s.				Zeiteffekt: *	
Förderfaktoren	4,1 ( $\pm 2,6$ )	4,0 ( $\pm 2,6$ )	4,8 ( $\pm 3,4$ )	5,3 ( $\pm 3,6$ )	4,3 ( $\pm 2,9$ )	4,3 ( $\pm 3,0$ )
	Interaktionseffekt: n.s.				Zeiteffekt: n.s.	

<sup>a)</sup> Signifikanz: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

Auch hier lässt sich beobachten, dass die Intensität der Inanspruchnahme mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung zusammenhängt. So ergibt sich auch ein signifikanter Interaktionseffekt der Beeinträchtigungen zwischen den Gruppen ( $F = 3,97; p = 0,049$ ) dahingehend, dass in der Gesamtkategorie wie auch in der Kategorie Beziehungen die intensiven Nutzer die größeren Teilhabe-Fortschritte aufweisen als die sehr intensiven Nutzer (Tabelle 3.6).

Da als Antwortkategorie auch die Möglichkeiten 8 = „nicht spezifiziert“ und 9 = „nicht anwendbar“ vorgegeben sind, wird eine andere Berechnungsart verwendet, die diese „Dokumentationslücken“ außer Acht lässt und nur die gültigen Werte zwischen 0 und 4 berücksichtigt. Hierbei werden alle Variablen mit Werten größer Null aufsummiert und zu den gültigen Werten von einschließlich 0 bis 4 ins Verhältnis gesetzt. Somit ergibt sich pro Klient ein prozentualer Score des Anteils an überhaupt vorhandenen Beeinträchtigungen (Werte  $>0$ ). Außerdem wurden alle Antworten aufsummiert, die mindestens eine „mäßige“ Beeinträchtigung aufwiesen ( $>1$  = „leicht“) und wiederum ins Verhältnis zu den gültigen Werten gesetzt.

Dadurch ergibt sich pro Klient ein Prozentwert mindestens mäßig vorhandener Beeinträchtigungen.

Insgesamt ergibt sich ein durchschnittlicher Beeinträchtigungsscore von 85,1% bei der Eingangsdokumentation. Dieser verringert sich signifikant im Verlauf auf 77,5% zum Zeitpunkt bei Maßnahmende (Tabelle 3.7). Zwischen den Nutzergruppen gibt es keine relevanten Unterschiede (d. h. statistisch signifikante Interaktionseffekte) bezüglich des Rückgangs der vorhandenen Beeinträchtigungen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Auswertung mindestens „mäßig“ Beeinträchtigungen. Auch hier zeigt sich ein signifikanter Rückgang insgesamt im Verlauf der Maßnahme, aber es lassen sich zwischen den Nutzergruppen keine bedeutsamen Unterschiede nachweisen.

Tabelle 3.7

Funktionale Beeinträchtigung nach ICF, Ausprägungen „überhaupt vorhanden“ (Werte >0) und mindestens „mäßig“ (Werte >1). Durchschnittliche Prozentanteile an gültigen Beurteilungen pro Klient bei Aufnahme und Maßnahmende

	Intensiv		Sehr intensiv		Total	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
	M (±SD)	M (±SD)	M (±SD)	M (±SD)	M (±SD)	M (±SD)
Beeintr. vorhanden	85,1(±19,9)	77,0(±30,3)	85,0(±18,8)	78,4(±27,4)	85,1(±19,4)	77,5 (±29,3)
Interaktionseffekt: n.s.						Zeiteffekt: *** <sup>a)</sup>
Beeintr. mind. mäßig	62,0(±29,9)	51,0(±34,2)	64,2(±27,6)	56,3(±35,3)	62,9(±28,9)	52,8 (±34,5)
Interaktionseffekt: n.s.						Zeiteffekt: ***

<sup>a)</sup> Signifikanz: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Zusammenfassend zeigt sich ein Rückgang der funktionalen Beeinträchtigungen im Verlauf der Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Dies ist ein wichtiger Indikator für den Erfolg der Eingliederungshilfe, da genau darin die Zielsetzung von komplexen Maßnahmen der sozialen Integration und Teilhabe besteht.

### 3.4.2 Zielsetzungen und Zielerreichung

Im Rahmen jeder Maßnahme der Eingliederungshilfe werden zu Beginn zwischen der Fachkraft und den Klientinnen und Klienten Ziele der Behandlung vereinbart, die sich allerdings im Laufe der Maßnahme auch ändern können. Da zum Zweck der Aktenanalyse jeweils die im Verlängerungs- bzw. Abschlussbericht vermerkten Ziele erhoben wurden, handelt es sich bei den nachfolgenden Darstellungen der Ziele jeweils um den letzten Stand, also gegebenenfalls auch um zwischenzeitlich korrigierte Zielsetzungen.

Wie Tabelle 3.8 zu entnehmen ist, wurden für fast alle Maßnahmen suchtmittelbezogene Ziele vereinbart. Dabei geht es unabhängig vom Grad der Nutzungsintensität der beiden Vergleichsgruppen zum stark überwiegenden Teil der Maßnahmen um die Einleitung oder Sicherung der Abstinenz (intensive Nutzer: 92%, sehr intensive Nutzer: 90%). Das Ziel eines kontrollierten Umgangs mit Suchtmitteln steht hingegen nur in 5% (intensive Nutzer) bzw. 8%

(sehr intensive Nutzer) der Maßnahmen im Mittelpunkt, andere als die bisher genannten suchtbezogenen Ziele spielen kaum eine Rolle.

Auch Ziele, die sich auf Beeinträchtigungen im Alltag sowie die gesellschaftliche Teilhabe beziehen, werden im Rahmen der Aktenanalyse erhoben. Von den bis zu fünf Zielen, die in diesem Bereich angegeben werden konnten, werden nur die Häufigkeiten für die erst- und zweitgenannten Ziele dargestellt, um Prioritäten bei der Zielfestlegung aufzuzeigen. In beiden Nutzergruppen wird hier die Sicherung der Gesundheit als häufigstes Ziel genannt. Unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern hat dieses Ziel bei knapp der Hälfte Priorität (48%), in der Klientel mit intensiver Nutzung bei immerhin gut einem Drittel (36%). Dies kann bereits als erster Hinweis auf eine starke gesundheitliche Belastung der intensiven und insbesondere der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer gelten.<sup>21</sup>

Besonders häufig steht außerdem das Ziel „Wohnen, Wohnsituation“ an erster Stelle des Berichts. Für ein Drittel (34%) der intensiven und ein Viertel (26%) der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer ist die Beschaffung von Wohnraum bzw. die Herstellung von Wohnfähigkeit das vorrangige Ziel. Als eher nachgeordnete Ziele können die Bewältigung von Alltag und Haushalt (intensive Nutzer: 6%, sehr intensive Nutzer: 9%), Arbeit und Beschäftigung (intensive Nutzer: 10%, sehr intensive Nutzer: 6%) sowie die Förderung von Beziehungen (intensive Nutzer: 6%, sehr intensive Nutzer: 4%) gelten. Hier sei jedoch darauf hingewiesen, dass für die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer die Alltagsbewältigung am dritthäufigsten als wichtigstes Ziel genannt wird, während bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern arbeitsbezogene Ziele diesen Stellenwert einnehmen. Alle übrigen Ziele spielen mit Anteilen von maximal 3% in beiden Gruppen nur eine sehr geringe Rolle.

Bei der Verteilung der Ziele, die im Bericht an zweiter Stelle genannt werden, zeigen sich größere Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Nutzungsintensität. Während das Ziel „Arbeit/Beschäftigung“ mit einem Anteil von etwa je einem Fünftel in beiden Vergleichsgruppen noch gleich stark vertreten ist, sind die Ziele „Wohnen/Wohnsituation“ und „Sicherung der Gesundheit“ mit ebenfalls jeweils einem Anteil von einem Fünftel vor allem bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern ein Thema. Bei der Klientel mit sehr intensivem Inanspruchnahmeverhalten hingegen stehen neben den bereits genannten arbeitsbezogenen Zielen (18%) besonders häufig die Ziele „Beziehungen fördern“ mit 21% (intensive Nutzer: 13%) und „Alltagsbewältigung“ mit 17% (intensive Nutzer: 4%) als Zweitwichtigstes auf der Agenda. Das Ziel der Bewältigung von Alltag und Haushalt wird damit sogar in signifikantem Maße häufiger genannt als in der Vergleichsgruppe mit intensivem Nutzungsverhalten. Werden in die Bewertung auch die oben genannten Ergebnisse zum erstgenannten Ziel einbezogen, scheinen die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer einen höheren Hilfebedarf bezüglich sehr grundlegender Dinge wie der Bewältigung des Alltags zu haben, während für die Klientel mit intensiver Nutzung häufiger anspruchsvollere Ziele wie z. B. im Bezug auf eigenständiges Wohnen vereinbart werden.

---

<sup>21</sup> Eine nähere Betrachtung der gesundheitlichen Situation dieser Klientel erfolgt im Abschnitt 3.5.

Tabelle 3.8

Festlegung des suchtmittelbezogenen Ziels, des 1. und. 2. Ziels im Bereich „Beeinträchtigungen“ und des Vermittlungsziels nach Nutzergruppen.

		<b>Nutzergruppen EGH</b>	
		<b>intensiv</b>	<b>sehr intensiv</b>
<b>Ziel Suchtmittel</b>	Einleitung/Sicherung der Abstinenz	91,7%	89,9%
	kontrollierter Umgang	5,3%	8,2%
	anderes	3,0%	1,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>158</b>
<b>1. Ziel Beeinträchtigung</b>	Sicherung der Gesundheit	35,9%	48,4%* <sup>a)</sup>
	Wohnen, Wohnsituation	33,6%	26,4%
	Bewältigung von Alltag u. Haushalt	6,1%	8,8%
	Arbeit, Beschäftigung	9,9%	5,7%
	Beziehungen fördern	6,9%	3,8%
	Geld, Eigenständigkeit	3,1%	3,1%
	Aktivitäten, Freizeit	0,8%	3,1%
	anderes	2,3%	0,0%
	Zugang zu Diensten	1,5%	0,6%
	soziale Beziehungen beenden	0,0%	0,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>159</b>
<b>2. Ziel Beeinträchtigung</b>	Arbeit, Beschäftigung	19,0%	18,1%
	Beziehungen fördern	12,9%	21,3%
	Sicherung der Gesundheit	19,8%	14,2%
	Wohnen, Wohnsituation	19,8%	13,5%
	Bewältigung von Alltag u. Haushalt	4,3%	17,4%**
	Geld, Eigenständigkeit	7,8%	8,4%
	Aktivitäten, Freizeit	8,6%	4,5%
	Zugang zu Diensten	3,4%	1,9%
	anderes	3,4%	0,0%
	soziale Beziehungen beenden	0,9%	0,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>116</b>	<b>155</b>
<b>Ziel Vermittlung</b>	in dieser Einrichtung	31,5%	60,8%**
	Wechsel in andere Einrichtung EGH	25,2%*	14,2%
	keine Maßnahme	17,1%*	8,3%
	ambulante Maßnahme	8,1%	14,2%
	Wechsel in Krankenhaus/Klinik	10,8%**	1,7%
	Wechsel in medizinische Rehabilitation	7,2%*	0,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>111</b>	<b>120</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Am stärksten unterscheiden sich die beiden analysierten Nutzergruppen jedoch im Hinblick auf das Vermittlungsziel. Auffällig ist, dass hier der Verbleib in einer Einrichtung der EGH bei beiden Gruppen das häufigste Ziel darstellt. Allerdings ist der Anteil unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern mit 61% fast doppelt so hoch wie bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern (32%). Jeweils weitere 14% der Maßnahmen von sehr intensiven Nutze-

rinnen und Nutzern zielen auf einen Wechsel in eine andere Einrichtung der Eingliederungshilfe oder in eine andere ambulante Maßnahme ab. Demnach gibt es für drei Viertel der sehr intensiven Nutzerinnen keine realistische Aussicht auf ein planmäßiges Verlassen des Eingliederungshilfesystems zum Ende der aktuellen Maßnahme (intensive Nutzer: 57%). In der Klientel mit intensiver Nutzung wird am zweithäufigsten ebenfalls der Wechsel innerhalb der Eingliederungshilfe genannt (25%), gefolgt von dem Ziel, dass bei Betreuungsende keine weitere Anschlussmaßnahme benötigt werden wird (17%, sehr intensive Nutzer: 8%) sowie dem Ziel eines Wechsels in ein Krankenhaus oder eine Klinik (11%, sehr intensive Nutzer: 2%). Zudem fällt auf, dass der Wechsel in eine medizinische Reha in beiden Gruppen das am seltensten genannte Vermittlungsziel darstellt (intensive Nutzer: 7%, sehr intensive Nutzer: 0,8%).

Tabelle 3.9 gibt in der Rangfolge der Relevanz der einzelnen Zielbereiche (am häufigsten genannte Ziele zuerst) die Entwicklungen in eben diesen Zielbereichen bis zum Ende der Maßnahme wieder. Hierzu wurden die im Abschluss- oder Verlängerungsbericht beschriebenen Entwicklungen den Kategorien „verbessert“, „gleichgeblieben“ und „verschlechtert“ zugeordnet. Die Anteile besserter, unveränderter und verschlechterter Problematiken werden dabei jeweils über alle Klientinnen und Klienten dargestellt, um die Relevanz des Zielbereichs in Relation zur Gesamtheit der untersuchten Stichprobe abzubilden.

Demnach sind suchtmittelbezogene Ziele nicht nur die am häufigsten vereinbarten Ziele, sondern auch jene, in deren Zusammenhang für beide Gruppen die meisten Verbesserungen zu verzeichnen sind: Für die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer sogar in noch stärkerem Maße (54%) als für die Vergleichsgruppe mit intensiver Nutzung (42%). Unverändert zum Beginn des Bewilligungszeitraums stellt sich die Situation bei jeweils einem guten Drittel der beiden Gruppen dar (je 36%), wobei je nach Ausmaß der Suchtmittelprobleme auch das Gleichbleiben im Sinne einer Stabilisierung als Erfolg der Maßnahme gewertet werden kann. Zu Verschlechterungen kam es bei etwa jeder sechsten Maßnahme der intensiven Nutzerinnen und Nutzer (17%), jedoch nur bei etwa jeder 14. Maßnahme von sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern (7%).

Bezüglich der am zweithäufigsten vereinbarten Ziele zur Sicherung der Gesundheit wird, weitgehend unabhängig von der Intensität der Nutzung, in knapp jeder dritten Maßnahme eine Verbesserung der Situation konstatiert. Dafür ist hier unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern der Anteil, bei dem der Gesundheitszustand gleichgeblieben ist, im Vergleich besonders hoch (42%; intensive Nutzer: 32%). Zu Verschlechterungen kam es in dieser Domäne nur bei 9% aller intensiven und 6% aller sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer.

Neben den in der Maßnahme festgelegten Zielen wurden in den Berichten sehr häufig auch persönliche Ziele der Klientinnen und Klienten festgehalten, die nicht zwingend Bestandteil einer Zielvereinbarung sein mussten. Hier ist der Anteil der Verbesserungen über alle Maßnahmen mit 32% (intensive Nutzer) und 25% (sehr intensive Nutzer) etwas geringer als in den zuvor genannten Zielbereichen. Unverändert stellt sich die Situation bezüglich der persönlichen Ziele bei einem Drittel der intensiven und vier von Zehn sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern dar. Auch hier sind Verschlechterungen mit einem Anteil von 8% eher bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern auszumachen (sehr intensive Nutzer: 2%).

Tabelle 3.9

Ergebnisse in den Zielbereichen Sucht, Gesundheit/Psyche, persönliches Ziel, Wohnen, Beziehungen, Arbeit/Absicherung, Alltagsbewältigung und Aktivitäten/Freizeit nach Nutzergruppen

		<b>Nutzergruppen EGH</b>	
		<b>intensiv</b>	<b>sehr intensiv</b>
Ergebnis Sucht	verbessert	41,7%	54,1%* <sup>a)</sup>
	gleichgeblieben	36,4%	35,8%
	verschlechtert	16,7%**	6,9%
	keine Information	5,3%	1,9%
	kein Ziel	0,0%	1,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>159</b>
Ergebnis Gesundheit/ Psyche	verbessert	28,7%	32,9%
	gleichgeblieben	30,2%	41,8%*
	verschlechtert	9,3%	5,7%
	keine Information	10,9%*	3,8%
	kein Ziel	20,9%	15,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>129</b>	<b>158</b>
Ergebnis persönliche Ziele	verbessert	31,5%	25,5%
	gleichgeblieben	32,3%	42,0%
	verschlechtert	7,7%*	1,9%
	keine Information	6,2%	8,3%
	kein Ziel	22,3%	22,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>130</b>	<b>157</b>
Ergebnis Wohnen	verbessert	18,3%	20,8%
	gleichgeblieben	45,0%	44,0%
	verschlechtert	7,6%*	2,5%
	keine Information	6,1%	1,9%
	kein Ziel	22,9%	30,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>159</b>
Ergebnis Beziehungen	verbessert	21,1%	30,8%
	gleichgeblieben	22,7%	26,4%
	verschlechtert	3,1%	1,9%
	keine Information	13,3%	7,5%
	kein Ziel	39,8%	33,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>128</b>	<b>159</b>
Ergebnisse Arbeit/ Absicherung	verbessert	19,2%	20,8%
	gleichgeblieben	36,9%	35,2%
	verschlechtert	0,8%	1,3%
	keine Information	8,5%*	3,1%
	kein Ziel	34,6%	39,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>130</b>	<b>159</b>
Ergebnis Alltagsbewältigung	verbessert	16,0%	29,1%**
	gleichgeblieben	20,8%	24,1%
	verschlechtert	4,8%*	0,6%
	keine Information	6,4%	3,2%
	kein Ziel	52,0%	43,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>125</b>	<b>158</b>
Ergebnis Aktivitäten/ Freizeit	verbessert	19,4%	23,7%
	gleichgeblieben	14,0%	14,7%
	verschlechtert	0,0%	0,6%
	keine Information	12,4%	7,1%
	kein Ziel	54,3%	53,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>129</b>	<b>156</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Der Zielbereich „Wohnen“ wird am vierhäufigsten genannt, gemeinsam mit dem am sechsthäufigsten genannten Zielbereich „Arbeit/Absicherung“ kommt es hier jedoch mit jeweils einem Anteil von einem Fünftel, im Vergleich zu den übrigen Zielbereichen insgesamt am seltensten zu einer Verbesserung. Allerdings sind in diesen Bereichen auch Verschlechterungen mit Anteilen zwischen 0,8% und 6% in beiden Gruppen eher die Ausnahme.

Der Anteil der Maßnahmen, bei denen es in den Zielbereichen „Beziehungen“ und „Alltagsbewältigung“ zu Verbesserung gekommen ist, ist bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern mit 31% bzw. 29% etwas höher als in der Vergleichsgruppe (21% und 16%). Dies liegt jedoch in erster Linie daran, dass die Verbesserungen über alle Kategorien dargestellt werden und in der Vergleichsgruppe mit intensiver Nutzung seltener Ziele in den Bereichen „Beziehungen“ und „Alltagsbewältigung“ überhaupt vereinbart wurden.

Am seltensten wurden (in beiden Gruppen) Vereinbarungen zum Ziel „Aktivitäten und Freizeit“ geschlossen. Insgesamt kam es hier in etwa bei jeder fünften Maßnahme zu einer Verbesserung (intensive Nutzer: 19%, sehr intensive Nutzer: 24%). In etwa jeder siebten Maßnahme blieb die Situation unverändert (intensive Nutzer: 14%, sehr intensive Nutzer: 15%) und Verschlechterungen blieben fast völlig aus.

### *3.4.3 Art der Beendigung und Verbleib*

Beim Blick auf die Art der Beendigung der letzten Maßnahme spiegelt sich das wider, was sich bereits im Abschnitt 3.3.2 bei der Darstellung der Ziele bezüglich der Vermittlung von Klientinnen und Klienten nach Betreuungsende abgezeichnet hat. Für den Großteil der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer wird die Maßnahme nach Ende des Bewilligungszeitraumes verlängert, d. h. sie bleiben zu über zwei Dritteln in derselben Einrichtung (77%, siehe Tabelle 3.10). Unter den Klientinnen und Klienten mit intensiver Inanspruchnahme gilt dies für immerhin ein knappes Drittel (30%).

Tabelle 3.10

Beendigung der Maßnahme, Art der Beendigung und weitere Maßnahme zur beruflichen Teilhabe nach Nutzergruppen

		Nutzergruppen EGH	
		intensiv	sehr intensiv
Beendigung der Maßnahme	ja	70,2%** a)	30,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>155</b>
Art der Beendigung letzte Maßnahme (nur Beender)	Abbruch durch Klienten/in	37,8%	20,6%
	durch Einrichtung	21,6%	23,5%
	geplante Beendigung der Maßnahme (ohne stationäre Anschlussmaßnahme)	0,0%	0,0%
	Wechsel in andere Einrichtung der Eingliederungshilfe	17,6%	38,2%*
	Wechsel medizinische Reha	4,1%	5,9%
	Wechsel in Krankenhaus/Entzug	10,8%	5,9%
	Inhaftierung	8,1%	0,0%
	verstorben	0,0%	2,9%
	anderes	0,0%	2,9%
	<b>N Beender</b>	<b>74</b>	<b>34</b>
Weitere Maßnahme: berufliche Teilhabe (nur Beender)	ja	1,1 %	17,4%**
	<b>N Beender</b>	<b>88</b>	<b>46</b>

a) Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Von allen Klientinnen und Klienten, die die Einrichtung verlassen, brechen insgesamt 44% der sehr intensiven und 39% der intensiven Nutzerinnen und Nutzer entweder die Maßnahme eigenständig ab oder werden disziplinarisch entlassen. Ferner verlassen insgesamt 38% der Beenderinnen und Beender mit sehr intensivem Nutzungsverhalten nicht das System der Eingliederungshilfe, sondern wechseln planmäßig in eine andere Einrichtung innerhalb der Eingliederungshilfe. Unter den intensiven Nutzerinnen und Nutzern ist dies nur bei 18% der Fall, dafür wechseln sie häufiger in ein Krankenhaus bzw. eine Entzugsbehandlung (11%, sehr intensive Nutzer: 6%) oder werden inhaftiert (8%; sehr intensive Nutzer: 0%).

Während schließlich für die Beenderinnen und Beender mit intensivem Inanspruchnahmeverhalten so gut wie nie weitere Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe angebahnt werden, ist dies unter jenen, die die Eingliederungshilfe sehr intensiv genutzt haben, immerhin bei gut jeder bzw. jedem Sechsten der Fall.

### 3.5 Drogenkonsum und Gesundheit

Der anfangs angestellte Vergleich zwischen allen in der Stichprobe der Aktenanalyse vertretenen Personen und der übrigen Klientel der Eingliederungshilfe hat gezeigt, dass die intensiven und sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer zu einem signifikant höheren Anteil von Opiatproblemen betroffen sind. Wie der Tabelle 3.11 entnommen werden kann, variieren die beiden Analysegruppen diesbezüglich nur sehr geringfügig. Während unter den sehr intensi-

ven Nutzerinnen und Nutzern der Anteil mit Opiatproblematik mit 36% um drei Prozentpunkte höher ist als in der Klientel mit intensivem Nutzungsverhalten, ist in letztgenannter Gruppe der Anteil mit primärer Alkoholproblematik etwas stärker vertreten (56%; sehr intensive Nutzer: 52%). Auch die Anteile der Kokain- und Cannabisklientinnen und -klienten in beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich kaum.

Mit dem Konsum der Primärdroge haben die intensiven Nutzerinnen und Nutzer durchschnittlich im Alter von 17,8 Jahren begonnen. Unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern ist der Erstkonsum im Mittel lediglich rund ein halbes Jahr früher anzusiedeln. Zwischen dem Erstkonsum und dem Beginn der substanzbezogenen Störung vergehen bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern im Mittel lediglich rund vier Jahre, bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern hingegen etwa anderthalb Jahre mehr (5,7 Jahre). Dennoch liegt die durchschnittliche Dauer der Störung bei der Klientel mit sehr intensivem Nutzungsverhalten mit 22,7 Jahren rund zweieinhalb Jahre über jener der Vergleichsgruppe. Dies hängt mit dem höheren Durchschnittsalter in der Gruppe der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer zusammen.

Die allermeisten Klientinnen und Klienten berichten allerdings davon, dass sie seit Beginn der Störung auch Abstinenzphasen durchlebt haben. Bei den intensiven Nutzerinnen und Nutzern liegt dieser Anteil mit 94% nur knapp über jenem der Klientel mit sehr intensiver Inanspruchnahme (90%).

Tabelle 3.11

Primärdroge, Alter Erstkonsum, Alter Störungsbeginn, Störungsdauer und Abstinenzphasen nach Nutzergruppen

		Nutzergruppen EGH	
		intensiv	sehr intensiv
Primärdrogengruppen	Alkohol	56,1%	51,9%
	Opiate	33,3%	36,3%
	Kokain	6,8%	6,3%
	Cannabis	3,8%	4,4%
	andere	0,0%	1,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>160</b>
Alter Erstkonsum	Alter in Jahren: M ( $\pm$ SD)	17,8 ( $\pm$ 7,7)	17,2 ( $\pm$ 6,1)
	<b>Gesamt N</b>	<b>125</b>	<b>127</b>
Alter Störungsbeginn	Alter in Jahren: M ( $\pm$ SD)	21,9 ( $\pm$ 9,6)	22,9 ( $\pm$ 9,1)
	<b>Gesamt N</b>	<b>129</b>	<b>130</b>
Störungsdauer	Dauer in Jahren: M ( $\pm$ SD)	20,1 ( $\pm$ 8,5)	22,7 ( $\pm$ 9,3)* <sup>a)</sup>
	<b>Gesamt N</b>	<b>129</b>	<b>130</b>
Abstinenzphasen	ja	93,9%	90,4%
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>125</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

In den Klientenakten der Eingliederungshilfe werden auf Grundlage vorliegender ärztlicher Unterlagen auch weitere, nicht suchtbezogene psychiatrische Diagnosen vermerkt. Neben

dem Suchtproblem liegt demnach bei rund zwei Dritteln der intensiven (66%) und bei gut der Hälfte der sehr intensiven Nutzer (53%) mindestens eine weitere psychiatrische Störung vor (siehe Tabelle 3.12). Mehr als eine Diagnose wird für 17% aller intensiven und für 13% aller sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer der Eingliederungshilfe festgehalten. Dieser Befund mag zunächst überraschen, da zu erwarten wäre, dass die besonders intensiven Nutzerinnen und Nutzer auch besonders stark durch Komorbiditäten belastet sind. Deshalb muss an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht werden, dass in diesem (für die Beschreibung der Gesundheit wichtigen) Bereich für fast die Hälfte der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer keine Angaben gemacht wurden (47%). Innerhalb der Klientel mit intensiver Nutzung wurden die psychiatrischen Diagnosen etwas besser dokumentiert, hier liegt der Anteil fehlender Angaben bei etwa einem Drittel (34%). Insgesamt muss jedoch aufgrund der hohen Missingquote davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Anteile psychischer Komorbiditäten insbesondere bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern noch höher liegen als dies in dieser Darstellung der Fall ist. Wird nach einzelnen psychischen Störungen gemäß ICD 10 unterschieden, sind die Klientinnen und Klienten beider Untersuchungsgruppen mit Abstand am häufigsten von affektiven Störungen betroffen (intensive Nutzer: 43%, sehr intensive Nutzer: 31%). Es folgen somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit Anteilen von 17% (intensive Nutzer) und 11% (sehr intensive Nutzer). Von einer Schizophrenie sind jeweils rund 6% bis 7% beider Gruppen betroffen. Der Anteil organischer psychischer Störungen ist bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern trotz der hohen Missingrate mit 6% höher als in der Vergleichsgruppe (2%). Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) sowie sonstige Störungen werden hingegen nur äußerst selten berichtet.<sup>22</sup>

Neben psychischen Belastungen beeinträchtigen auch schwere körperliche Krankheiten den Alltag der Klientinnen und Klienten: Für jeweils gut die Hälfte der intensiven (52%) und der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer (56%) wird der Befund einer schweren körperlichen Krankheit berichtet. Eine dokumentierte Schwerbehinderung wird für gut ein Zehntel (11%) der intensiven und gut ein Sechstel (17%) der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer angegeben.

---

<sup>22</sup> Betrachtet man die Prävalenz psychischer Störungen allein anhand der gültigen Daten, gleichen sich die Anteile zwischen den Nutzergruppen an. F3-Störungen lägen dann bei 58,9% der sehr intensiven und 62,7% der intensiven Nutzer vor. Bei den F4-Störungen wären 20,0% der sehr intensiven sowie 24,2% der intensiven Inanspruchnehmer betroffen. Zu Ungunsten einer stärkeren Betroffenheit der sehr intensiven Nutzergruppe verschieben sich die Anteile bei den Persönlichkeitsstörungen: hier hätten 22,4% der sehr intensiven und 16,5% der intensiven Nutzer eine F6-Diagnose. Besonders deutlich wird der Unterschied bei den in der Regel als gravierend und mit großen Einschränkungen in der Lebensführung verbundenen organischen psychischen Störungen (F0): hier wäre gut ein Zehntel der sehr intensiven (10,5%) gegenüber „nur“ 3,3% der intensiven Nutzer betroffen.

Tabelle 3.12

Weitere psychiatrische Diagnosen, schwere körperliche Krankheit, dokumentierte Schwerbehinderung und gesetzliche Betreuung nach Nutzergruppen

		<b>Nutzergruppen EGH</b>	
		<b>intensiv</b>	<b>sehr intensiv</b>
Weitere psychiatrische Diagnosen (außer F1) (Mehrfachangaben)	F0 organische psychische Störungen	2,3%	5,6%
	F2 Psychose, Schizophrenie	6,8%	6,3%
	F3 Affektive Störungen, Depression, Manie	43,2%* <sup>a)</sup>	31,3%
	F4 Somatoforme Störungen, Angst	16,7%	10,6%
	F5 Verhaltensauffälligkeiten	1,5%	0,0%
	F6 Persönlichkeitsstörungen	11,4%	11,9%
	F7-9 sonstige Störungen	1,5%	0,6%
	keine Angabe	34,1%	46,9%*
<b>Gesamt N</b>		<b>132</b>	<b>160</b>
schwere körperliche Krankheit	ja	52,3%	56,3%
<b>Gesamt N</b>		<b>132</b>	<b>160</b>
Dokumentierte Schwerbehinderung	ja	11,4%	16,9%
<b>Gesamt N</b>		<b>132</b>	<b>160</b>
Gesetzliche Betreuung	ja	12,1%	26,9%**
<b>Gesamt N</b>		<b>132</b>	<b>160</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Einen weiteren Hinweis auf die besondere gesundheitliche und psychische Belastung der untersuchten Klientel gibt der Anteil, für den eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Unter den intensiven Nutzerinnen und Nutzern ist jede bzw. jeder achte auf die Dienste eines gesetzlichen Betreuers angewiesen, um beispielsweise finanzielle Angelegenheiten zu regeln. Unter den sehr intensiven Nutzrinnen und Nutzern gilt dies für über ein Viertel (27%) und damit für einen signifikant höheren Anteil als in der Vergleichsgruppe.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer in körperlich-gesundheitlicher Beziehung noch etwas schwerer belastet sind als die intensiven Nutzerinnen und Nutzer.

### 3.6 Sozialer Hintergrund

Ein Blick auf Tabelle 3.13 zeigt, dass sich die beiden Analysegruppen hinsichtlich der Geschlechtsverteilung kaum voneinander unterscheiden. In beiden Gruppen bilden männliche Klienten mit 81% (sehr intensive Nutzer) bzw. 82% (intensive Nutzer) die deutliche Mehrheit.

Mit Hinblick auf die Altersstruktur ist bereits bekannt, dass die in die Aktenanalyse einbezogenen Personen im Mittel rund 3 Jahre älter sind als die übrige Klientel der Eingliederungshilfe (siehe Tabelle 3.2 im Abschnitt 3.2). Innerhalb der Stichprobe haben wiederum die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer mit 46,7 Jahren ein deutlich höheres Durchschnittsalter als

die intensiven Nutzerinnen und Nutzer (41,9 Jahre). Entsprechend ist fast die Hälfte der letztgenannten Gruppe nicht älter als 40 Jahre (47%), unter der Klientel mit sehr intensivem Nutzungsverhalten ist es hingegen nur rund ein Viertel (26%). Einen deutschen Pass hat mit 89% der intensiven und 94% der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer die weit überwiegende Mehrheit in beiden Untersuchungsgruppen (Tabelle 3.13).

Einen ersten Einblick in die Partnersituation der Klientel mit intensivem bzw. sehr intensivem Inanspruchnahmeverhalten bietet der formale Familienstand: Demnach sind lediglich knapp 1% der intensiven und 3% der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzerinnen verheiratet. Unabhängig von der Nutzungsintensität sind rund zwei Drittel ledig, etwa jede bzw. jeder Vierte ist geschieden, 5% leben dauerhaft getrennt und 3% sind verwitwet. Die soziale Isolation der hier beschriebenen Klientel, die sich bei dem Blick auf den Familienstand bereits andeutet, wird durch die eher informalen Angaben zur Partnerbeziehung weiter bestätigt. So lebt nur etwa jede bzw. jeder Zehnte in einer Partnerbeziehung, neun von zehn Klientinnen und Klienten sind hingegen alleinstehend, ganz gleich ob sie Maßnahmen der Eingliederungshilfe intensiv oder sehr intensiv in Anspruch nehmen. Von etwa der Hälfte der untersuchten Klientel ist bekannt, dass sie eigene Kinder hat (intensive Nutzer: 50%, sehr intensive Nutzer: 43%), in den seltensten Fällen leben die Kinder jedoch im selben Haushalt (Tabelle 3.13).

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Behandlungsplans lebt lediglich gut ein Viertel (27%) der intensiven und ein Fünftel der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer in der eigenen Wohnung. Demgegenüber haben rund vier von zehn näher analysierten Klientinnen und Klienten keinen festen Wohnsitz (intensive Nutzer: 43%, sehr intensive Nutzer: 37%). Für weitere 7% (intensive Nutzer) bzw. 5% (sehr intensive Nutzer) stellt sich die Wohnsituation nicht viel weniger prekär dar, halten sie sich doch zu dieser Zeit entweder vorübergehend im Hotel, einem Wohnheim oder Frauenhaus auf. Auffällig ist außerdem, dass sich ein Drittel der Klientel mit sehr intensivem Nutzungsverhalten bereits in einer Form des stationären Aufenthalts wie z. B. der Eingliederungshilfe befindet, während dies lediglich bei einem guten Zehntel der Vergleichsgruppe zutrifft (11%) (Tabelle 3.13).

Tabelle 3.13

Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Partnerbeziehung; Kinder, derzeitiger Aufenthaltsort und Wohnung nach Nutzergruppen

		<b>Nutzergruppen EGH</b>	
		<b>intensiv</b>	<b>sehr intensiv</b>
<b>Geschlecht</b>	männlich	81,8%	81,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>160</b>
<b>Altersgruppen</b>	bis 30	12,1%* a)	5,6%
	bis 40	34,8%**	20,6%
	bis 50	33,3%	39,4%**
	über 50	19,7%	34,4%
	Alter in Jahren: M ( $\pm$ SD)	41,9 ( $\pm$ 9,3)	46,7 ( $\pm$ 10,1)**
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>160</b>
<b>Staatsangehörigkeit</b>	deutsch	88,5%	94,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>159</b>
<b>Familienstand</b>	ledig	65,2%	65,8%
	verheiratet	0,8%	2,5%
	geschieden	25,8%	24,1%
	dauerhaft getrennt lebend	5,3%	5,1%
	verwitwet	3,0%	2,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>132</b>	<b>158</b>
<b>Partnerbeziehung</b>	alleinstehend	89,4%	90,5%
	feste Beziehung, getrennt lebend	4,7%	4,8%
	feste Beziehung, zus. lebend	5,9%	4,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>85</b>	<b>105</b>
<b>Kinder vorhanden</b>	ja	49,6%	43,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>125</b>	<b>135</b>
<b>Kinder im Haushalt</b>	ja	3,3%	1,8%
	<b>Gesamt N</b>	<b>92</b>	<b>110</b>
<b>Aufenthaltsort vor Maßnahmeebeginn</b>	in eigener Wohnung	27,0%	20,3%
	WG, Freunde/Bekannte	3,3%	0,7%
	in stationärer Therapie	10,7%	33,1%**
	Haft, Gefängnis	4,9%*	0,7%
	Hotel/Wohnheim/Frauenhaus	6,6%	4,7%
	ohne festen Wohnsitz, obdachlos	43,4%	37,2%
	anderes	4,1%	3,4%
	<b>Gesamt N</b>	<b>122</b>	<b>148</b>
<b>Wohnung vorhanden</b>	ja	31,3%	24,5%
	<b>Gesamt N</b>	<b>131</b>	<b>147</b>

a) Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

Die schwierige Wohnsituation der in der Aktenanalyse untersuchten Klientel spiegelt sich in den Angaben zu der Frage wieder, ob sie über eigenen Wohnraum verfügen. Diese Frage be-

jaht lediglich ein knappes Drittel der intensiven (31%) und sogar nur ein Viertel (24%) der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer.

In der Ausbildung unterscheiden sich die beiden untersuchten Nutzergruppen indes kaum (siehe Tabelle 3.14). Bemerkenswert ist jedoch, dass beide Gruppen zu recht hohen Anteilen von 16% (intensive Nutzer) und 18% (sehr intensive Nutzer) keinen Schulabschluss aufweisen. Die Anteile der Klientinnen und Klienten, welche die Mittlere Reife oder einen formal höherwertigen Abschluss erreicht haben, liegen bei lediglich 30% unter den intensiven und bei 32% unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern. Die Ausbildungssituation stellt sich indes noch schwieriger dar. Über die Hälfte aus beiden Gruppen hat entweder nie eine Berufsausbildung begonnen oder diese nicht abgeschlossen (intensive Nutzer: 58%, sehr intensive Nutzer: 56%). Dementsprechend beschränkt sich die Haupteinkommensquelle der untersuchten Nutzergruppen auf staatliche Transferleistungen (je 84%). Einen nennenswerten Unterschied stellt diesbezüglich der signifikant höhere Anteil an Bezug von Grundsicherung nach SGB XII unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern dar (14%, intensive Nutzer: 6%). Von einem Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit lebt in beiden Vergleichsgruppen kaum jemand, eine Pension oder Rente beziehen jeweils etwa 6% bis 7% der Nutzergruppen. Auch wenn innerhalb der Untersuchungsgruppen aktuell kaum jemand einer Erwerbstätigkeit nachgeht, ist der weit überwiegende Teil schon einmal einer bezahlten beruflichen Tätigkeit nachgegangen, lediglich 10% der intensiven und 13% der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer sind noch nie in ihrem Leben einer entsprechenden Tätigkeit nachgegangen. Jeweils über die Hälfte der beiden Nutzergruppen gibt an, zuletzt als ungelernte Arbeiterin oder ungelernter Arbeiter tätig gewesen zu sein (intensive Nutzer: 58%, sehr intensive Nutzer: 57%), als Arbeiterin bzw. Arbeiter mit Berufsausbildung wurde jeweils ein gutes Zehntel bezahlt (intensive Nutzer: 11%, sehr intensive Nutzer: 13%). 17% der Nutzergruppen waren jeweils zuletzt in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt.

Wird nach vorhandenen Schulden gefragt, zeigt sich die untersuchte Klientel insgesamt schwer belastet. Intensive Nutzerinnen und Nutzer sind dabei mit einem Anteil von 80% noch stärker betroffen als sehr intensive Nutzerinnen und Nutzer, die zu über zwei Dritteln verschuldet sind (68%). Möglicherweise konnte in der zuletzt genannten Gruppe aufgrund der längeren Betreuung durch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe zumindest in einem Teil der Fälle eine Regulierung ihrer Schulden erreicht werden.

Tabelle 3.14

Schulabschluss, Berufsausbildung, Einkommen, letzte Tätigkeit und Schulden nach Nutzergruppen

		<b>Nutzergruppen EGH</b>	
		<b>intensiv</b>	<b>sehr intensiv</b>
Schulabschluss	ohne Abschluss	16,4%	18,0%
	Sonderschulabschluss	5,5%	1,4%
	Hauptschulabschluss	47,7%	48,2%
	Mittlere Reife	21,9%	24,5%
	Fachhochschulreife oder höher	8,6%	7,9%
	<b>Gesamt N</b>	<b>128</b>	<b>139</b>
Berufsausbildung	keine Ausbildung	58,1%	56,3%
	<b>Gesamt N</b>	<b>124</b>	<b>135</b>
Einkommen	Erwerbstätigkeit	0,8%	1,9%
	Krankengeld	4,8%	1,9%
	Arbeitslosengeld (SGB III)	4,0%	1,9%
	Arbeitslosengeld II (SGB II)	73,8%	68,2%
	Grundsicherung (SGB XII)	6,3%	14,3%* <sup>a)</sup>
	Pension, Rente	6,3%	7,1%
	sonstiges, durch Eltern/Verwandte	1,6%	1,9%
	Keine Einkommen/mittellos	2,4%	2,6%
	<b>Gesamt N</b>	<b>126</b>	<b>154</b>
letzte Tätigkeit	keine	9,8%	12,5%
	Ungelernter Arbeiter (ohne Ausbildung)	57,7%	57,4%
	Gelernter Arbeiter (mit Ausbildung)	11,4%	12,5%
	Angestellter	17,1%	16,9%
	anderes	4,1%	0,7%
	<b>Gesamt N</b>	<b>123</b>	<b>136</b>
Schulden vorhanden	ja	79,7%*	68,0%
	<b>Gesamt N</b>	<b>123</b>	<b>125</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Vergleich intensive und sehr intensive Nutzer: Z-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01.

### 3.7 Zusammenfassung Aktenanalyse (Modul A2)

Die in die Aktenanalyse eingeschlossenen intensiven Nutzerinnen und Nutzer sind im Vergleich zu der übrigen Klientel der Eingliederungshilfe seit 2010 nicht nur durchschnittlich fast zwei Jahre länger in Maßnahmen, sie sind auch im Mittel rund drei Jahre älter, häufiger aufgrund einer Opiatproblematik in Behandlung und häufiger außerhalb Hamburgs in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.

Wird innerhalb der in der Aktenanalyse untersuchten Personen zwischen intensiven Nutzerinnen und Nutzern mit 100 bis 730 Aufenthaltstagen und sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern mit mehr als 730 Tagen in Maßnahme unterschieden, zeigen sich weitere Auffälligkeiten

bezüglich der maßnahmen- und personenbezogenen Faktoren. So liegt der Erstkontakt der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer zur Eingliederungshilfe mit 7,5 Jahren im Durchschnitt rund zwei Jahre länger zurück, zudem waren sie bei einer Gesamtzahl von 1.312 Aufenthaltstagen seit 2010 durchschnittlich 908 Tage länger in einer Maßnahme der Eingliederungshilfe. Aktuell in Substitution befindet sich etwa die Hälfte der untersuchten Gesamtgruppe und damit nicht nur vorrangige Opiatklientinnen und -klienten, sondern auch 28% der sehr intensiven und 15% der intensiven Nutzerinnen und Nutzer mit einer primären Alkoholproblematik.

Die letzte Maßnahme in der Eingliederungshilfe dauerte bei der Klientel, die sich durch eine sehr intensive Inanspruchnahme auszeichnet, mit durchschnittlich 29 Monaten im Mittel rund 22,5 Monate länger als in der Vergleichsgruppe. Während intensive Nutzerinnen und Nutzer häufiger zuletzt Maßnahmen der stationären Vorsorge und Nachsorge wahrgenommen haben, waren die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer häufiger in teilstationären Übergangseinrichtungen und ambulanten Maßnahmen, die sich eher außerhalb Hamburgs befinden. Das resultiert darin, dass mehr als jede zweite Maßnahme (58%) der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer in einer Einrichtung außerhalb Hamburgs erfolgte, während das nur für jede vierte Maßnahme (24%) der Vergleichsgruppe gilt.

Wie die Auswertung der vorhandenen Angaben zu den ICF-Pflichtitems zeigt, nimmt im Verlauf der Maßnahme das Ausmaß der funktionalen Beeinträchtigung der Teilhabe in beiden Gruppen signifikant ab. Unterschiede zwischen den Nutzergruppen werden in diesem Zusammenhang nicht signifikant.

Inhaltlich geht es in den Maßnahmen der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer häufiger um gesundheitsbezogene Ziele und um Ziele im Hinblick auf die grundlegende Bewältigung von Alltag und Haushalt. Die Vergleichsgruppe scheint diesbezüglich einen Schritt weiter zu sein, hier geht es häufiger um Ziele, die sich auf das eigenständige Wohnen beziehen. Am häufigsten werden in beiden Gruppen suchtmittelbezogene Ziele zur Einleitung bzw. Sicherung der Abstinenz vereinbart. Das Verlassen der Einrichtung nach Ablauf der Bewilligung ist hingegen nur bei 39% der sehr intensiven, aber bei 68% der intensiven Nutzerinnen und Nutzer ein Ziel.

Eine Verbesserung in den Zielbereichen Sucht und Alltagsbewältigung ist im Rahmen des letzten Bewilligungszeitraums insgesamt etwas häufiger bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern zu beobachten. Bei der Vergleichsgruppe finden sich dagegen etwas häufiger Verschlechterungen in den Zielbereichen persönliches Ziel, Alltagsbewältigung, Wohnen und Sucht. Im letztgenannten Fall wird dieser Unterschied hochsignifikant.

Unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern ist mit 70% jener Anteil besonders hoch, für den die Maßnahme über den letzten Bewilligungszeitraum hinaus verlängert wird. Bei der Klientel mit intensiver Nutzung liegt dieser Anteil nur bei 30%. Unter den Beenderinnen und Beenden mit intensiver Nutzung ist dafür die Abbruchquote etwas höher (59% vs. 44%) während sehr intensive Nutzerinnen und Nutzer nach Abschluss der Maßnahme häufiger in andere Einrichtungen der Eingliederungshilfe wechseln (38% vs. 18%). Bei diesem Verbleib der sehr intensiven Nutzer in Maßnahmen handelt es sich, wie oben gezeigt, häufig um Aufenthalte bzw. Vermittlungen in längerfristig angelegte teilstationäre und ambulante Maßnahmen wie z. B. die Betreuung im eigenen Wohnraum.

Hinsichtlich der Primärdroge und dem Alter bei Erstkonsum bzw. Störungsbeginn unterscheiden sich die beiden Untersuchungsgruppen kaum, lediglich die suchtmittelbezogene Störungsdauer ist mit 22,7 Jahren bei den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern im Durchschnitt um 2,6 Jahre länger.

Die Angaben zu weiteren, nicht suchtmittelbezogenen psychiatrischen Diagnosen sind eher lückenhaft, lassen aber auf eine starke zusätzliche Belastung der untersuchten Klientel schließen. Unter den sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzern sind mindestens 53%, unter den intensiven mindestens 66% betroffen. Auch die physische Gesundheitssituation der untersuchten Klientel stellt sich sehr schwierig dar. Bei 64% der sehr intensiven und 53% der intensiven Nutzerinnen und Nutzer konnten Hinweise auf eine schwere körperliche Erkrankung gefunden werden. Zudem sind 28% der sehr intensiven und 12% der intensiven Nutzerinnen und Nutzer aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auf gesetzliche Betreuung angewiesen.

Die Schwierigkeiten bezüglich der sozialen Situation verteilen sich in etwa gleichem Maße auf die beiden untersuchten Gruppen: Neun von zehn Klientinnen und Klienten sind alleinstehend, eigener Wohnraum ist lediglich bei einem knappen Viertel der sehr intensiven und knapp einem Drittel der intensiven Nutzerinnen und Nutzer vorhanden. Auch der formale Bildungsgrad der beiden Gruppen fällt vergleichsweise gering aus: 16% bzw. 18% haben keinerlei schulischen Abschluss, und über die Hälfte hat nie eine Berufsausbildung abgeschlossen. Dies spiegelt sich auch in der äußerst prekären Einkommenssituation der beiden Gruppen wider: Je 84% sind auf staatliche Transferleistungen angewiesen. Im Einzelnen leben die sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer etwas häufiger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (14% vs. 6%). Von Schulden berichten 80% der intensiven und 68% der sehr intensiven Nutzerinnen und Nutzer.

## **4. Prospektive Untersuchung der Wirksamkeit der Maßnahmen der Eingliederungshilfe (Modul B)**

Das zweite Untersuchungsmodul des Evaluationsprojekts umfasst eine prospektive Untersuchung zu den Wirkungen der Maßnahmen der Eingliederungshilfe, in die sowohl die Klientinnen und Klienten selbst als auch die betreuenden Fachkräfte der Suchthilfeinrichtungen einbezogen wurden. Das Ziel dieses Moduls war die Beschreibung der Wirksamkeit dieser Maßnahmen hinsichtlich der vereinbarten Zielbereiche, wobei nach suchtbezogenen und teilhabebezogenen Zielen differenziert wurde. Darüber hinaus geht es um die mögliche Identifizierung von maßnahme- bzw. interventionsbezogenen sowie personenbezogenen Faktoren der Wirksamkeit.

### **4.1 Fragestellung**

Die übergeordnete Fragestellung des Evaluationsprojekts lautete, ob und inwieweit die vereinbarten Ziele der Eingliederungshilfe für seelisch kranke (suchtkranke) behinderte Menschen mit den vorhandenen Angeboten und Leistungen erreicht werden können (vgl. Abschnitt 1.4). Bezogen auf das Modul B steht somit die folgende Frage im Mittelpunkt:

- Lassen sich unter neubewilligten Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe positive Veränderungen in suchtbezogenen und teilhabebezogenen Zielbereichen feststellen? Ferner soll geprüft werden, ob die Veränderungen mit strukturellen und maßnahmebezogenen Faktoren sowie personenbezogenen Prädiktoren im Zusammenhang stehen. Demnach ergeben sich zwei nachgeordnete Fragestellungen, denen mithilfe von statistischen Zusammenhangsanalysen nachgegangen wird:
  - Welche maßnahmebezogenen Faktoren begünstigen eine effektive Zielerreichung?
  - Welche Prädiktoren lassen sich für gelingende Hilfeprozesse auf Seiten der Klientinnen und Klienten identifizieren?

Dabei werden von Seiten der Klientinnen und Klienten die folgenden Untersuchungsbereiche und Faktoren einbezogen: soziale Situation, körperliche und psychische Gesundheit, Suchtanamnese, Drogen- und Alkoholkonsum, bisherige Behandlungen, rechtliche Situation, persönliche Ziele und Motivation, Freizeitverhalten und Aktivitäten, gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12, Morfeld et al. 2011), psychische Belastungen (BSI-18, Franke et al. 2011), soziale Unterstützung (SOZU, Sommer & Fydrich 1989) und allgemeine Selbstwirksamkeiterwartung (Schwarzer & Jerusalem 1999). Ferner werden die in Anspruch genommenen Aktivitäten sowie die Zufriedenheit mit Einrichtung und Betreuung erfasst und in die Analysen einbezogen. Von Seiten der betreuenden Fachkräfte werden folgende Untersuchungsbereiche berücksichtigt: Art der Maßnahme, personenbezogene Zielvereinbarung, Leistungsbeeinträchtigungen (ICF), Anzahl an Interventionen und Aktivitäten, Arbeitsfähigkeit und Schwerbehinderung, Behandlungsergebnis und ggf. Abbruchgründe.

#### **4.1.1 Einschlusskriterien**

Da viele Klienten die Einrichtungen der Eingliederungshilfe bereits seit vielen Monaten und z. T. Jahren nutzen, sollte im Rahmen der Evaluation darauf geachtet werden, nur Personen einzubeziehen, die möglichst am Anfang einer Maßnahme stehen, um einen Wirkungszusammenhang wahrscheinlicher erscheinen zu lassen. Deshalb rekrutierte sich die Stichprobe konsekutiv aus Klienten, die folgende Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten:

- Neubewilligung (ab 1.2.2014 innerhalb eines vordefinierten Zeitraums),
- mindestens 6 Monate Unterbrechung zur letzten Bewilligung,
- in stationären/teilstationären Maßnahmen von Vor- und Nachsorge- sowie Übergangseinrichtungen der sozialen Rehabilitation,
- Bewilligung für Hamburger Einrichtungen.

Insofern waren Klienten, die direkt aus einer vorherigen Maßnahme weiterbewilligt bzw. verlängert wurden, ausgeschlossen. Es war geplant, 300 Klientinnen und Klienten innerhalb eines halben Jahres zu rekrutieren.

## **4.2 Untersuchungsablauf**

Die Klienten und Betreuer/Therapeuten wurden jeweils zu Beginn einer Maßnahme und ein zweites Mal zum Abschluss oder spätestens nach sechs Monaten befragt. Die Klienten erhielten sich aufeinander beziehende neun- bzw. achtseitige Fragebögen, die nach dem Ausfüllen in verschlossenen Umschlägen in der Einrichtung gesammelt wurden. Die betreuenden Fachkräfte wurden gebeten, pro teilnehmenden Klienten zu Beginn einen siebenseitigen und zum Abschluss einen fünfseitigen Dokumentationsbogen auszufüllen, wobei ein Teil der Angaben aus dem System der Hamburger BADO entnommen werden konnte. Wenn Klienten vorzeitig aus der Maßnahme ausscheiden oder diese abbrechen, sollte die Nacherhebung durch die betreuenden Fachkräfte zum Ausscheidungszeitpunkt vorgenommen werden. Alle Fragebögen waren durch einfache Code-Nummern anonymisiert. Die Zuordnungslisten der Code-Nummern verblieben in den Einrichtungen. Während des Rekrutierungsprozesses wurden die Einrichtungen regelmäßig durch die Projektgruppe besucht. Das Einsammeln und Vervollständigen der Fragebögen erfolgte vor Ort.

Folgende acht Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben sich an der Evaluation beteiligt: *Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld (TGJ)*: Vorsorge und Nachsorge, *SuchtTherapieZentrum (STZ) Osterberg* der Martha-Stiftung: Vorsorge, *STZ Nachsorge für Frauen und Müttern mit Kindern* der Martha-Stiftung, *Malteser Nordlicht*: Übergangseinrichtung, *Projektverbund Wohngruppen* der Jugendhilfe e.V.: Vorsorge, Nachsorge und Übergangseinrichtung, *Soziale Orientierung (SO)* von Jugend hilft Jugend e.V.: Vorsorge und Übergangseinrichtung, *Häuser-Projekte-Lebenshilfe gGmbH (HPL)* *Nachsorgewohngruppen (NWG)* der Therapiehilfe e.V.: Übergangseinrichtung und Nachsorge, *Fördern und Wohnen (f & w)* *Sachsenwaldau*: Übergangseinrichtung.

Aufgrund der nach den Einschlusskriterien geringeren Teilnahmequote als zuvor erwartet, wurde der Rekrutierungszeitraum auf zwölf Monate verlängert (Februar 2014 bis Januar 2015). Die Eingangserhebung bei den Klientinnen und Klienten erstreckte sich exakt vom 5.2.2014 bis zum 25.3.2015. Die Eingangsdocumentation durch die Fachkräfte lief vom

27.2.2014 bis 14.4.2015. In beiden Fällen wurde der geplante zwölfmonatige Rekrutierungs- und Erhebungszeitraum somit zeitlich etwas ausgedehnt. Aufgrund der nach wie vor etwas geringeren als angestrebten Klientenzahl sind später durchgeführte Erhebungsbögen aber nicht aus den Analysen ausgeschlossen worden. Die Nacherhebung unter den Klienten erstreckte sich (bereits) vom 16.4.2014 bis zum 27.9.2015. Bei den Fachkraft-Dokumentationsbögen ergab sich ein Erhebungszeitraum vom 27.3.2014 bis zum 3.11.2015. Im Rahmen der Eingangserhebung konnten von insgesamt N=255 Klientinnen und Klienten Informationen erhoben werden, wobei von N=235 ein ausgefüllter Klientenfragebogen vorliegt und von 20 Personen nur die Dokumentation der betreuenden Fachkräfte. Zugleich gab es im selben Zeitraum 514 Befürwortungen der „Eingliederungshilfe Sucht“ der BGV für Maßnahmen der Eingliederungshilfe, wobei es sich um real in den Einrichtungen angekommene Klienten handelte, die den Einschlusskriterien der Studie entsprachen. Somit konnte die Hälfte aller innerhalb eines Jahres neu bewilligten Klienten in die Untersuchung einbezogen werden (49,6%). In der Nach- bzw. Abschlusserhebung konnten N=247 Klienten wieder erreicht werden. Bei N=136 liegt ein Klientenfragebogen vor, von 111 Personen nur der Fachkraftbogen. Von acht Klienten gibt es keine ausführliche Nacherhebung, es konnte aber der Status zum Verbleib der Klienten abgeklärt werden. In Tabelle 4.1 ist die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen pro Einrichtung dargestellt.

Tabelle 4.1  
Anzahl Erhebungsbögen (Eingangs- und Abschlussbogen) pro Einrichtung

<b>Einrichtung</b>	<b>Klient Eingang</b>	<b>Fachkraft Eingang</b>	<b>Klient Abschluss</b>	<b>Fachkraft Abschluss</b>
TGJ	70	76	51	72
STZ Osterberg	59	63	41	63
STZ Nachsorge	3	3	2	2
Malteser Nordlicht	13	13	2	13
Projektverbund Wohngruppen	59	61	24	61
Soziale Orientierung	15	22	11	22
HPL NWG	8	9	2	6
f & w Sachsenwaldau	8	8	3	8
<b>Gesamt</b>	<b>235</b>	<b>255</b>	<b>136</b>	<b>247</b>

Zwischen dem Datum der Kostenübernahme (KÜ) und dem Zeitpunkt der Aufnahme in der jeweiligen Einrichtung vergingen im Durchschnitt knapp zwei Tage, wobei es im Einzelfall zu größeren Abweichungen kam (Mittelwert: 1,9 ( $\pm 27,2$ ) Tage). Die Klienten füllten ihren Eingangsfragebogen im Mittel drei Wochen nach Beginn der Maßnahme aus (Mittelwert: 21,6 ( $\pm 22,4$ ) Tage), die Betreuer dokumentierten die Ausgangssituation durchschnittlich vier Wochen nach dem Aufnahmezeitpunkt (Mittelwert: 28,0 ( $\pm 27,8$ ) Tage).

Wie bereits erwähnt, zeigt sich, dass in der Nacherhebung nicht alle der zu Maßnahmehbeginn befragten Klienten wieder erreicht werden konnten. Liegt die Wiedererreichungsquote bei den Betreuern noch bei sehr hohen 96,9%, so sind nur 57,9% der Klienten direkt nachbefragt worden. Dies muss bei den entsprechenden Vorher-Nachher-Auswertungen berücksichtigt

werden, da es hier zu selektiven Effekten kommen kann, die mit der jeweiligen Maßnahme im Zusammenhang stehen und die Verlaufsergebnisse entsprechend beeinflussen können.<sup>23</sup>

### **4.3 Auswertungsmethode**

Zunächst geht es um eine deskriptive Analyse der neu bewilligten Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe, wobei zwischen Männern und Frauen unterschieden wird. In einer gesonderten Darstellung wird die Gruppe der in der Nacherhebung wieder erreichten Personen der Ausgangsstichprobe gegenüber gestellt, um etwaige selektive Effekte bei der Interpretation der Verlaufsergebnisse nachvollziehen zu können.

Die Darstellung der Veränderungen im Verlauf erfolgt nach den unter Abschnitt 4.1 aufgeführten Untersuchungsbereichen. Aufgrund der unterschiedlichen Stichproben, bei denen entweder beide Nachbefragungsbögen oder nur die Betreuerdokumentation vorliegen, erfolgen ausgewählte Vorher-Nachher-Vergleich auf Basis der jeweils geeigneten Untersuchungsgruppe. Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten werden mit statistischen Tests für abhängige Stichproben (bzw. Messwiederholungsanalysen) auf Signifikanz geprüft. Ferner werden im Rahmen bi- und multivariater Analysen mögliche Zusammenhänge zwischen einrichtungs- bzw. maßnahmeverbezogenen sowie personenbezogenen Faktoren und Wirksamkeitsvariablen untersucht.

### **4.4 Beschreibung der Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt**

Nachfolgend wird zunächst die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten zum Zeitpunkt des Beginns ihrer Maßnahme beschrieben, wobei, wenn möglich, auf die etwas umfangreicheren Angaben der Betreuer ( $N_{max}=255$ ) zurückgegriffen wird.

Bei über 90% der einbezogenen Klienten wurde eine stationäre Maßnahme eingeleitet, bei knapp einem Zehntel ist es eine teilstationäre Maßnahme (siehe Tabelle 4.2). Drei Viertel der Maßnahmen waren auf drei Monate angelegt, bei den übrigen wurden sechs Monate bewilligt. Bei der Ausrichtung der aktuellen Maßnahme handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um (in der Regel stationäre) Vorsorge. Ein Viertel befindet sich in einer Übergangsmaßnahme, ein Achtel in Nachsorge. Unter Letzteren ist der Anteil mit sechsmonatiger Bewilligungsdauer am höchsten. Die Frauen sind fast gänzlich in stationären Maßnahmen und auch ihr Anteil an sechsmonatigen Bewilligungen ist höher als bei den Männern. Bezuglich der Ausrichtung der Maßnahme zeigen sich nur geringere Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

---

<sup>23</sup> Von 134 Personen liegen alle vier Erhebungsbögen vor (52,5%), von weiteren 96 Klienten fehlt nur die Nachbefragung der Klienten (37,6%). Bei 15 Klienten basieren die Informationen aus Vor- und Nacherhebung allein auf den Betreuerangaben (5,9%).

Tabelle 4.2

Aktuelle Maßnahme der Eingliederungshilfe zum Zeitpunkt der Eingangserhebung nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
Maßnahmetyp (nach KÜ):			
stationär	89,0%	97,8%	90,6%
teilstationär	11,0%	2,2%	9,4%
Maßnahme-Dauer:			
3 Monate	77,7%	63,6%	75,1%
6 Monate	22,3%	36,4%	24,9%
Ausrichtung der Maßnahme:			
Vorsorge	61,2%	52,2%	59,6%
Übergang	25,8%	30,4%	26,7%
Nachsorge	11,5%	17,4%	12,5%
Sonstiges („Eingliederungshilfe“)	1,4%	-	1,2%
<b>N</b>	<b>209</b>	<b>46</b>	<b>255</b>

Die Klientinnen und Klienten sind zu Maßnahmehbeginn im Durchschnitt etwas über 40 Jahre alt. Mehr als vier Fünftel sind Männer, wobei sich Frauen und Männer im Durchschnittsalter kaum unterscheiden (siehe Tabelle 4.3). Ein Siebtel der Klienten hat einen Migrationshintergrund. Die Mehrheit lebt außerhalb der Eingliederungshilfemaßnahme allein, wobei dies stärker auf die Männer zutrifft als auf die Frauen, die zu knapp einem Drittel mit ihrer Familie zusammenleben. Große Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen auch in der partnerschaftlichen Situation: Mehr als die Hälfte der Frauen im Vergleich zu nur gut einem Viertel der Männer hat eine feste Partnerschaft. Auch der Anteil an Klienten mit Kindern – insgesamt etwa die Hälfte – ist unter den Frauen deutlich erhöht. Nur sehr wenige Klienten haben eine geregelte Arbeit, die Mehrheit ist arbeitslos, 6,4% sind berentet. Dementsprechend beziehen gut drei Viertel ihr Haupteinkommen aus Arbeitslosengeld bzw. Grundsicherung. Mit knapp 16% haben überdurchschnittlich viele der Klienten keinen Schulabschluss, bei den Frauen ist es sogar mehr als ein Viertel. Die Hälfte der Klienten hat eine abgeschlossene Berufsausbildung, und die große Mehrheit ist verschuldet. Zusammengefasst stellt sich die soziale Situation der Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe als unsicher bis teilweise prekär dar. Anknüpfungspunkte für Teilhabe und soziale Integration sind teilweise vorhanden, dürften sich im Betreuungsprozess aber als eine besondere Herausforderung herausstellen.

Zur Messung des Grads an subjektiv erlebter sozialer Unterstützung wurde die 22 Items umfassende Kurzform des SOZU-Fragebogens (Sommer & Fydrich 1989) eingesetzt. Je höher die Werte ausfallen (zwischen 1 und 5), umso höher ist die soziale Unterstützung. Dabei zeigt sich ein Ausmaß an erlebter Unterstützung von durchschnittlich 3,4 Punkten (siehe Tabelle 4.3), was soeben dem oberen Drittel der Skala entspricht. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht erkennbar.

Tabelle 4.3

Demografische Merkmale und soziale Situation der Klienten zum Zeitpunkt der Eingangserhebung nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
Geschlecht	82,0%	18,0%	
Alter, Jahre, M ( $\pm$ SD)	41,0 ( $\pm$ 10,1)	39,9 ( $\pm$ 11,1)	40,8 ( $\pm$ 10,3)
Migrationshintergrund	15,8%	11,1%	15,0%
Wohnsituation vor Aufnahme:			
allein lebend	77,9%	51,1%	73,1%
mit/bei Familie	10,1%	31,1%	13,8%
anderes	12,0%	17,8%	13,0%
Feste Partnerschaft	21,6%	53,3%	27,3%
Eigene Kinder	44,9%	69,8%	49,2%
Minderjährige Kinder im Haushalt	1,5%	11,6%	3,3%
Geregelte Arbeit/Ausbildung	8,7%	6,7%	8,4%
Jobs	2,9%	-	2,4%
Arbeitstage letzten Monat, M ( $\pm$ SD)	12,3 ( $\pm$ 10,4)	10,0 (-)	12,2 ( $\pm$ 10,0)
Arbeitslos	78,2%	71,1%	76,9%
Berentet	6,3%	6,7%	6,4%
Anderes	3,9%	15,6%	6,0%
Haupteinkommensquelle ALG (I/II)	78,0%	68,3%	76,2%
Schulabschluss:			
keinen	13,2%	26,7%	15,7%
Haupt-/Sonderschule	42,1%	33,3%	40,6%
Mittlere Reife	31,9%	31,1%	31,7%
(Fach-)Hochschulreife	12,7%	8,9%	12,0%
Abgeschlossene Berufsausbildung	51,0%	43,2%	49,6%
Schulden	86,9%	86,4%	86,8%
Soziale Unterstützung (nach SOZU)	3,4 ( $\pm$ 0,9)	3,4 ( $\pm$ 1,0)	3,4 ( $\pm$ 0,9)
<b>N</b>	<b>209</b>	<b>46</b>	<b>255</b>

Zur aktuell bestehenden Wohnsituation wurden auch die Klientinnen und Klienten selbst befragt, indem sie über ihrem Ort, an dem sie direkt vor Beginn der Maßnahme (innerhalb der letzten 30 Tage) überwiegend gelebt haben, Auskunft gaben. Wie aus Tabelle 4.4 ersichtlich wird, ergibt sich ein gänzlich anderes Bild als aus der Dokumentation der Fachkräfte. Hier zeigt sich, dass mit 41% ein Großteil direkt aus therapeutischen Einrichtungen oder Kliniken kommt, ein gleich großer Anteil lebte zuvor in eigener Wohnung, WG oder bei Eltern bzw. Verwandten. Bei den Frauen ist es mehr als die Hälfte mit stationärem Therapieaufenthalt vor Beginn der Eingliederungshilfemaßnahme. Bei 18% besteht vor Maßnahmehbeginn eine prekäre Wohnsituation mit vorübergehender Unterbringung oder sogar Obdachlosigkeit. Damit deutet sich an, dass die Bearbeitung der persönlichen Wohnsituation als eine der vorrangigen Zielsetzungen im Verlauf der Maßnahmen der Eingliederungshilfe angesehen werden kann.

Tabelle 4.4

Wohnsituation der Klienten zum Zeitpunkt Eingangserhebung bzw. in den letzten 30 Tagen vor Maßnahmebeginn nach Geschlecht, Klientenangaben

<b>Wohnort letzte 30 Tagen vor Aufnahme</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
eigene Wohnung (allein oder mit Partner)	27,0%	13,2%	24,8%
bei Freunden/Bekannten, WG	9,7%	15,8%	10,7%
bei Eltern/Verwandten	6,1%	2,6%	5,6%
in stationärer Therapie/Adaption/Wohngruppe	16,3%	28,9%	18,4%
in Klinik, Krankenhaus (inkl. Entzug)	22,4%	23,7%	22,6%
in Haft	2,6%	-	2,1%
Notunterkunft/Hotel/Pension/Wohnheim	9,2%	10,6%	9,4%
obdachlos	6,6%	5,3%	6,4%
<b>N</b>	<b>196</b>	<b>38</b>	<b>234</b>

Zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustands bietet sich zunächst ein Blick auf die Ergebnisse der Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach SF-12 an.<sup>24</sup> Auf der (anhand einer amerikanischen Normstichprobe)<sup>25</sup> standardisierten Summenskala mit einem Mittelwert von 50 und einer Standardabweichung von 10 erreichen die Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe im körperlichen und psychischen Bereich deutlich niedrigere Durchschnittswerte (siehe Tabelle 4.5), was mit einem schlechteren Gesundheitszustand korrespondiert. Insbesondere im psychischen Bereich liegen bei beiden Geschlechtern deutliche Abweichungen vor, wobei es den Frauen insgesamt gesundheitlich etwas schlechter geht als den Männern. Von den Klientinnen und Klienten selbst wurden auch verschiedene körperliche Erkrankungen anhand einer standardisierten Kurzform erfragt.<sup>26</sup> Bei mehr als der Hälfte ist mindestens eine somatische Erkrankung vorhanden; unter ihnen sind es im Durchschnitt zwei Erkrankungen bei den Männern und zweieinhalb bei den Frauen.

Der schlechtere psychische Zustand zeigt sich auch in den psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10, die bei den Frauen in allen Kategorien häufiger auftreten (siehe Tabelle 4.5). Bei 42,2% aller Klienten liegt eine (zur F1-Abhängigkeitsdiagnose) zusätzliche psychische Störung vor, wobei es sich v. a. um affektive (F3) und Persönlichkeitsstörungen (F6) handelt.<sup>27</sup> Bei gut einem Drittel wurde von den Fachkräften eine Diagnose einer körperlichen Erkrankung, überwiegend internistischer Art, dokumentiert. Von Hepatitis C und HIV ist ein im Vergleich zu anderen Suchtklienten, z. B. den Substitutionspatienten (vgl. Buth et al. 2012), eher geringer Anteil betroffen. Bei der Mehrheit der Klienten, knapp zwei Dritteln, liegt keine

<sup>24</sup> Die SF-12 war Bestandteil des Klientenfragebogens (N=231).

<sup>25</sup> Vgl. Morfeld et al. (2011).

<sup>26</sup> Hierbei handelt es sich um folgende Erkrankungen (Beispiele in Klammern): Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Durchblutungsstörungen, Erkrankungen des Nervensystems (Migräne, Schlaganfall, Parkinson), Erkrankungen des Bewegungsapparates (Arthrose, Osteoporose), Erkrankungen der Atemwege oder der Lunge, Magenerkrankungen / Erkrankungen des Verdauungssystems, Erkrankungen des urogenitalen Systems (Blasenentzündung, Nierenstein), Endokrinologische Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung), Bösartiger Tumor / Krebserkrankung, Hauterkrankungen (Neurodermitis, Schuppenflechte) sowie weitere schwere Erkrankungen.

<sup>27</sup> Hier muss darauf hingewiesen werden, dass die Frage nach psychischen Störungen (außerhalb F1) nur für knapp drei Viertel der Klienten (73,3%, N=187) beantwortet wurde.

professionelle Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit vor. Sofern diese erfolgte, sind die Betroffenen mehrheitlich nicht oder nur eingeschränkt arbeitsfähig. 13,8% der Klientinnen und Klienten sind schwerbehindert, „im Mittel“ zu gut 50 Prozent.

Tabelle 4.5

Gesundheitliche Situation der Klienten zum Zeitpunkt der Eingangserhebung nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
SF-12:			
Körperliche Summenskala, M ( $\pm$ SD)	46,7 ( $\pm$ 9,9)	45,8 ( $\pm$ 10,5)	46,5 ( $\pm$ 10,0)
Psychische Summenskala, M ( $\pm$ SD)	42,1 ( $\pm$ 11,1)	40,4 ( $\pm$ 11,3)	41,8 ( $\pm$ 11,1)
Körperliche Erkrankungen	57,7%	45,9%	55,7%
Anzahl körperl. Erkrankungen, M ( $\pm$ SD)	2,0 ( $\pm$ 1,2)	2,5 ( $\pm$ 1,4)	2,1 ( $\pm$ 1,3)
<b>N</b>	<b>195</b>	<b>36</b>	<b>231</b>
HCV positiv	16,8%	15,6%	16,6%
wenn ja, seit wie vielen Jahren, M ( $\pm$ SD)	14,5 ( $\pm$ 8,2)	9,0 ( $\pm$ 1,4)	13,5 ( $\pm$ 7,7)
wenn ja, davon in Behandlung	27,3%	-	23,7%
HIV positiv	1,4%	-	1,2%
wenn ja, seit wie vielen Jahren, M ( $\pm$ SD)	16,0 (-)	-	16,0 (-)
wenn ja, davon in Behandlung	100,0%	-	100,0%
Psychiatrische Diagnosen (N=187):			
F2	1,3%	2,8%	1,6%
F3	24,5%	33,3%	26,2%
F4	7,3%	19,4%	9,6%
F5	0,7%	5,6%	1,6%
F6	11,9%	22,2%	13,9%
keine (außer F1)	61,6%	41,7%	57,8%
Weitere körperliche Diagnose angegeben	38,8%	30,3%	37,3%
Arbeitsfähigkeit:			
nicht arbeitsfähig	17,9%	11,9%	16,9%
eingeschränkt arbeitsfähig	6,8%	-	5,6%
arbeitsfähig	13,0%	14,3%	13,3%
keine Abklärung	62,3%	73,8%	64,3%
Schwerbehinderung	14,4%	11,4%	13,8%
Grad der Schwerbehinderung in %, M ( $\pm$ SD)	54 ( $\pm$ 18)	62 ( $\pm$ 11)	55 ( $\pm$ 17)
<b>N</b>	<b>209</b>	<b>46</b>	<b>255</b>

Der Großteil der Klienten der Eingliederungshilfe ist justiell vorbelastet. Über 60% wurden jemals angeklagt, überwiegend aufgrund von BtM- oder Beschaffungsdelikten (siehe Tabelle 4.6). Ein Zehntel hatte Therapieauflagen nach § 35/37 BtMG, ein Drittel war schon mal in Strafhaft. Die Dauer der Haft betrug im Durchschnitt eineinhalb Jahre. Insgesamt sind die Männer stärker von justiellen Problemen betroffen als die Frauen.

Tabelle 4.6

Justitielle Belastung der Klienten zum Zeitpunkt der Eingangserhebung nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
Anklagen jemals:			
BtM-Delikte	31,2%	25,6%	30,2%
Beschaffungsdelikte	36,6%	18,6%	33,5%
Gewalttaten	27,3%	14,0%	25,0%
sonstige Delikte	24,9%	18,6%	23,8%
keine	36,1%	51,2%	38,7%
Justizprobleme/Verurteilungen jemals:			
BtMG § 35/37	10,6%	9,1%	10,4%
Maßregelvollzug	7,2%	-	6,0%
einfache Bewährung	27,5%	11,4%	24,7%
Bewährung mit Auflage	18,8%	11,4%	17,5%
Gerichtsverfahren	44,4%	27,3%	41,4%
U-Haft	39,1%	31,8%	37,8%
Strafhaft	35,3%	20,5%	32,7%
Führerscheinentzug	19,3%	6,8%	17,1%
keine	30,0%	44,2%	32,4%
Monate in U-/Strafhaft: alle Klienten, M ( $\pm SD$ )	20,1 ( $\pm 44,2$ )	5,5 ( $\pm 12,7$ )	17,6 ( $\pm 40,8$ )
nur Inhaftierte, M $\pm SD$	39,8 ( $\pm 55,6$ )	14,8 ( $\pm 17,5$ )	36,5 ( $\pm 52,7$ )
<b>N</b>	<b>209</b>	<b>46</b>	<b>255</b>

#### 4.4.1 Vorerfahrungen mit Suchtbehandlungen

Für fast alle Klientinnen und Klienten ist die aktuelle Maßnahme der Eingliederungshilfe nicht ihre erste Suchtbehandlung. Nur 0,8% – das entspricht zwei Personen – haben bisher keine Suchtbehandlung in Anspruch genommen. Behandlungsvorerfahrungen bestehen insbesondere mit stationären Entgiftungsbehandlungen sowie stationären Langzeitherapien (siehe Tabelle 4.7). Dabei fällt auf, dass die durchschnittliche Anzahl stationärer Entgiftungen bei Sieben liegt und zudem von knapp 12% der Klienten im Mittel drei ambulante Entgiftungsbehandlungen durchlaufen wurden. Mehr als ein Viertel war schon einmal (oder befindet sich noch) in Substitutionsbehandlung. Nach Angaben der Klientinnen und Klienten (N=221, nicht aus Tabelle 4.7 ersichtlich) befinden sich zur Zeit, also während der Eingliederungshilfemaßnahme, 21,7% in Substitutionsbehandlung, bei weiteren 4,1% dauerte sie bis zur Aufnahme der Maßnahme an und wurde nicht fortgesetzt.

Drei Viertel der Klientinnen und Klienten nahmen bereits vorher Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Anspruch, davon die Mehrheit sogar innerhalb der letzten zwölf Monate. Im Durchschnitt hatten die betroffenen Klienten zwei solcher Maßnahmen bereits durchlaufen. Das Ende der letzten Suchtbehandlung, unabhängig davon, um welche Art es sich handelte, liegt im Mittel etwa ein Dreivierteljahr zurück, wobei die letzte Behandlungsepisode durchschnittlich knapp drei Monate andauerte.

Tabelle 4.7

Behandlungsvorerfahrungen der Klienten zum Zeitpunkt der Eingangserhebung nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
Alter bei Erstkontakt zur Suchthilfe, M ( $\pm$ SD)	31,4 ( $\pm$ 10,6)	30,1 ( $\pm$ 12,4)	31,2 ( $\pm$ 11,0)
Bisher Maßnahme EGH Sucht:			
jemals	34,4%	32,5%	34,0%
letzte 12 Monate	43,6%	25,0%	40,4%
keine	22,1%	42,5%	25,5%
Anzahl Maßnahmen EGH Sucht:			
alle Klienten, M ( $\pm$ SD)	1,6 ( $\pm$ 2,0)	1,1 ( $\pm$ 1,8)	1,5 ( $\pm$ 1,9)
nur Betroffene, M ( $\pm$ SD)	2,1 ( $\pm$ 2,0)	2,0 ( $\pm$ 1,9)	2,0 ( $\pm$ 2,0)
Bisherige Behandlungen:			
stationäre Entgiftung	94,1%	97,7%	94,8%
Anzahl, M ( $\pm$ SD)	7,1 ( $\pm$ 10,3)	6,9 ( $\pm$ 10,4)	7,1 ( $\pm$ 10,3)
ambulante Entgiftung	10,3%	18,2%	11,7%
Anzahl, M ( $\pm$ SD)	3,2 ( $\pm$ 4,7)	1,9 ( $\pm$ 1,7)	2,9 ( $\pm$ 4,1)
Substitutionsbehandlung	26,5%	29,5%	27,0%
stationäre Therapie	66,2%	63,6%	65,7%
Anzahl, M ( $\pm$ SD)	2,1 ( $\pm$ 1,8)	1,5 ( $\pm$ 1,2)	2,0 ( $\pm$ 1,7)
ambulante Therapie	3,9%	4,5%	4,0%
Tagesklinik	5,9%	13,6%	7,3%
Maßregelvollzug	7,8%	4,5%	7,3%
andere Klinik/Behandlung	10,3%	15,9%	11,3%
keine	1,0%	-	0,8%
Ende der letzten Behandlung vor x Monaten, M ( $\pm$ SD)	9,6 ( $\pm$ 26,0)	8,9 ( $\pm$ 23,4)	9,5 ( $\pm$ 25,5)
Dauer der letzten Behandlung, Monate, M ( $\pm$ SD)	2,8 ( $\pm$ 4,9)	3,3 ( $\pm$ 2,7)	2,9 ( $\pm$ 4,6)
<b>N</b>	<b>204</b>	<b>44</b>	<b>248</b>

#### 4.4.2 Substanzkonsum und Zielsetzungen

An Substanzen, die innerhalb des letzten Monats vor Maßnahmehbeginn konsumiert wurden, dominieren Alkohol und Tabak. Dies korrespondiert mit der Rangfolge der Hauptproblemsubstanz, in der Alkohol für zwei Drittel der Klienten die wichtigste bzw. mit einem Abhängigkeitsproblem einhergehende Substanz ist (siehe Tabelle 4.8). Im Durchschnitt wurde an jedem zweiten Tag im letzten Monat getrunken (wobei nur gut ein Drittel derjenigen, die überhaupt noch Alkohol tranken, dies täglich tat). Illegale Drogen wie Heroin oder Kokain/Crack spielen bei insgesamt einem Fünftel die Hauptrolle, mit einer durchschnittlichen Konsumfrequenz von etwa jedem dritten Tag des der Maßnahme vorangegangenen Monats. Ein Zehntel der Klienten praktizierte vor Beginn der Maßnahme intravenösen Konsum, wobei dies anteilig mehr Frauen als Männer betrifft. Letzteres dürfte u. a. mit der etwas höheren Konsumrate von Kokain unter den weiblichen Klienten zusammenhängen. Etwas mehr als die Hälfte der (wenigen) aktuellen i.v.-Konsumenten spritzte noch regelmäßig an mindestens jedem zweiten Tag oder sogar täglich. Bemerkenswert ist auch der Anteil an Amphetamine-konsumenten von einem Zehntel unter den Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe.

Die Konsumfrequenz innerhalb des letzten Monats vor Maßnahmebeginn ist allerdings relativ gering.

Tabelle 4.8

Substanzkonsum der Klienten innerhalb der letzten 30 Tage vor Beginn der Maßnahme und Hauptproblemsubstanz nach Geschlecht (Klientenangaben)

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
Alkohol	76,1%	55,3%	72,6%
Anzahl Konsumtage, <sup>a)</sup> M ±SD	16,5 (±12,1)	13,8 (±10,4)	16,2 (±11,9)
Heroin	11,2%	10,5%	11,1%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	11,1 (±11,5)	12,0 (±12,4)	11,4 (±11,4)
Opiate/Analgetika (außer Substitut)	3,7%	5,3%	4,0%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	5,7 (±10,7)	17,5 (±3,5)	8,3 (±10,7)
Sedativa (nicht verschrieben)	11,2%	15,8%	11,9%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	15,8 (±12,0)	11,5 (±8,3)	14,8 (±11,3)
Kokain	21,8%	26,3%	22,6%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	12,5 (±10,6)	11,1 (±10,6)	12,2 (±10,5)
Crack	5,9%	5,3%	5,8%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	9,5 (±10,7)	5,0 (±0,0)	8,8 (±9,9)
Amphetamine	9,6%	10,5%	9,7%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	9,2 (±7,4)	2,8 (±1,3)	8,0 (±7,2)
Cannabis	31,4%	21,1%	29,6%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	14,9 (±11,7)	12,4 (±11,9)	14,6 (±11,6)
Tabak	67,6%	81,6%	69,9%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	29,4 (±3,5)	27,4 (±6,8)	29,0 (±4,4)
i.v.-Konsum	9,0%	15,8%	10,2%
Anzahl Konsumtage, M ±SD	14,7 (±11,5)	14,0 (±12,6)	14,5 (±11,5)
Glücksspiel	11,7%	2,6%	10,2%
Anzahl Tage, M ±SD	13,3 (±10,2)	10,0 (-)	13,2 (±10,0)
Alkohol Konsumeinheiten (à 8 g Reinalkohol), M ±SD	45,2 (±81,5)	47,1 (±92,2)	45,5 (±83,1)
Anteil ≤ 10 KE (bis höchstens 80 g/Tag)	35,5%	50,0%	37,8%
Anteil ≤ 25 KE (bis höchstens 200 g/Tag)	14,5%	5,6%	13,1%
Anteil > 25 KE (über 200 g/Tag)	50,0%	44,4%	49,1%
<b>N</b>	<b>188</b>	<b>38</b>	<b>226</b>
Hauptproblemsubstanz:			
Alkohol	67,5%	57,9%	66,0%
Kokain/Crack	11,2%	15,8%	11,9%
Heroin/Opiate/Analgetika (außer Substitut)	8,1%	15,8%	9,3%
Cannabis	5,6%	2,6%	5,1%
Anderes	7,6%	7,9%	7,7%
<b>N</b>	<b>197</b>	<b>38</b>	<b>235</b>

<sup>a)</sup> Die durchschnittliche Anzahl an Konsumtagen ist nur auf Patienten mit Konsum der entsprechenden Substanz bezogen.

Der Stellenwert des problematischen Alkoholkonsums wird unterstrichen durch die außerordentlich hohen Mengenangaben, die an einem typischen Trinktag konsumiert wurden. Im Durchschnitt handelt es sich hier (nach Aussage der Klienten) um mehr als 45 Konsumein-

heiten à acht Gramm, was der gewaltigen Menge eines Tageskonsums von 364 Gramm Reinalkohol entspricht.<sup>28</sup> Dies führt dazu, dass fast die Hälfte aller Klienten – wobei jene ohne Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage einbezogen sind – mehr als 200 Gramm Reinalkohol am Tag zu sich nahmen.<sup>29</sup> Die Mehrheit der Evaluationsteilnehmer befindet sich somit aufgrund eines massiven Alkoholproblems in der aktuellen Behandlungsmaßnahme der Eingliederungshilfe.

Aus Sicht der Betreuer ergibt sich im Übrigen dieselbe Reihenfolge der Hauptproblemsubstanzen, wobei hier Alkohol mit 72,8% aller Klienten eine noch größere Dominanz bekommt. Heroin bzw. Opiate spielen mit 5,1% eine geringere Rolle, wobei für 10,6% der Klienten Kokain/Crack als Hauptproblemdroge angegeben wird.

### Suchtbezogene Zielsetzungen

Sowohl aus Sicht der Betreuer als auch von den Klientinnen und Klienten selbst wurden zu Beginn der Maßnahme die vorrangigen Zielsetzungen erfragt. Schaut man zunächst auf die suchmittelbezogenen Ziele, zeigt sich, dass die Aufrechterhaltung der Abstinenz – aus beider Perspektive – im Vordergrund steht (siehe Tabelle 4.9). Des Weiteren geht es darum, Strategien für einen Umgang möglicher Rückfallereignisse zu erwerben sowie Selbsthilfeangebote aufzusuchen bzw. regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Das Ziel eines (verringerten) kontrollierten Konsums steht bei nur wenigen Klienten im Mittelpunkt. Die Mehrheit folgt weiterhin dem Abstinenzgebot. Vor dem Hintergrund der langen und durch mehrere z. T. unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen und Interventionen gekennzeichneten „Therapiekarriere“ (siehe oben) dürfte dies für die meisten Klientinnen und Klienten eine realistische Perspektive sein.

---

<sup>28</sup> Die Klienten wurden nach der Trinkmenge an einem typischen Tag mit Alkoholkonsum gefragt, die differenziert nach Bier, Wein und Spirituosen in Litern angegeben werden konnte. Aufgrund von Rundungsungenauigkeiten sind hier Abweichungen nach oben nicht ausgeschlossen. Zudem kann von dem Konsum eines typischen Trinktages nicht auf die tägliche (Durchschnitts-)Menge über einen längeren, überdauernden Zeitraum geschlossen werden.

<sup>29</sup> 200 Gramm Reinalkohol entsprechen z. B. 5 Litern Bier, 2 Litern Wein oder knapp einer Flasche 40%iger Spirituosen (625 ml). 364 Gramm Reinalkohol – der Durchschnittswert der Klienten – sind in mehr als einem Liter Spirituosen enthalten (1.138 ml).

Tabelle 4.9

Suchtbezogene Zielsetzung vor Beginn der Maßnahme aus Sicht der Betreuer und der Klienten nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
<i>Betreuersicht:</i>			
Aufrechterhaltung Abstinenz	85,6%	91,3%	86,7%
Umgang mit Rückfällen	52,6%	54,3%	52,9%
Aufnahme von Selbsthilfe	30,1%	28,3%	29,8%
Teilnahme an Selbsthilfeangeboten	23,0%	23,9%	23,1%
Kontrollierter Konsum/Verringerung	14,4%	8,7%	13,3%
Entgiftung	9,6%	-	7,8%
Risikominderung beim Konsum	6,2%	-	5,1%
<b>N Betreuer</b>	<b>209</b>	<b>46</b>	<b>255</b>
<i>Klientensicht:</i>			
Aufrechterhaltung Abstinenz	88,3%	84,2%	87,7%
Regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfeangeboten	35,0%	47,4%	37,0%
Umgang mit Rückfällen	29,9%	47,4%	32,8%
Risikominderung beim Konsum	12,2%	10,5%	11,9%
Entgiftung	8,6%	10,5%	8,9%
Kontrollierter Konsum	6,1%	10,5%	6,8%
Keines dieser Ziele (anderes)	5,6%	2,6%	5,1%
<b>N Klienten</b>	<b>197</b>	<b>38</b>	<b>235</b>

### Weitere Zielsetzungen

Auch die weiteren mit der Maßnahme der Eingliederungshilfe verbundenen, über den Umgang mit Suchtmitteln hinausgehenden Zielsetzungen wurden bei Maßnahmehbeginn von den Betreuern und Klienten angegeben. Betrachtet man die Zielsetzungen, bei denen aus Betreuersicht eine praktische Unterstützung geplant ist bzw. deren Regelung konkret eingeleitet werden soll, zeigt sich, dass gesundheitliche Ziele an erster Stelle stehen (siehe Tabelle 4.10). Stellt man diesen Zielbereichen jene aus Sicht der Klienten gegenüber – wobei hier die als „sehr wichtig“ beurteilten Anteile aufgeführt sind –, so wird der Bereich Wohnen als vorrangigste Zielsetzung genannt, Gesundheit aber ebenfalls weit oben als zweitwichtigstes Ziel.<sup>30</sup> Dies korrespondiert mit der im Vergleich zu den Betreuern aus Klientensicht prekärer beurteilten Wohnsituation vor Aufnahme der Behandlung (siehe oben). Auffällig unterschiedlich in der Rangreihe der Bewertung von Zielsetzungen verhält es sich mit dem Bereich Aktivitäten/Freizeit: Wird dieser von den Betreuern mit 53,0% als zweitwichtigste Zielsetzung genannt, spielt er aus Sicht der Klienten eine eher nachgeordnete Rolle. Die Zielbereiche Soziale Beziehungen und Wirtschaftliche Eigenständigkeit stehen bei den Frauen etwas stärker im Vordergrund als bei den Männern. Der Bereich Aktivitäten/Freizeit ist bei den Männern ein etwas bedeutsameres Ziel im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahme.

<sup>30</sup> Wobei hier aufgrund der zu den Betreuerangaben unterschiedlichen Skalen die Zustimmungsanteile für die Kategorie „sehr wichtig“ insgesamt höher ausfallen.

Tabelle 4.10

Weitere wichtige Zielsetzungen vor Beginn der Maßnahme aus Sicht der Betreuer und der Klienten nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
<i>Betreuersicht („Unterstützung/Einleitung“):</i>			
Gesundheit	56,0%	53,3%	55,5%
Aktivitäten, Freizeit	56,0%	39,1%	53,0%
Soziale Beziehungen	38,3%	45,6%	39,7%
Wirtschaftliche Eigenständigkeit	35,9%	44,4%	37,4%
Wohnraum, Wohnen	35,4%	39,1%	36,1%
Ausbildung, Arbeit, Beschäftigung	36,8%	15,2%	32,9%
Kontextfaktoren	34,1%	20,0%	31,6%
Alltagsbewältigung	20,6%	23,9%	21,2%
<b>N Betreuer</b>	<b>209</b>	<b>46</b>	<b>255</b>
<i>Klientensicht („sehr wichtig“):</i>			
Wohnen	82,6%	85,7%	83,1%
Gesundheit	66,7%	76,3%	68,3%
Arbeit, Beschäftigung	68,2%	66,7%	68,0%
Soziale Beziehungen	59,9%	78,4%	62,9%
Geld, wirtschaftliche Eigenständigkeit	56,8%	69,4%	58,8%
Aktivitäten, Freizeit	42,8%	33,3%	41,3%
Alltagsbewältigung	37,4%	44,1%	38,4%
<b>N Klienten</b>	<b>192</b>	<b>38</b>	<b>230</b>

Um den Klientinnen und Klienten die Möglichkeit zu geben, ihre im Vordergrund stehenden persönlichen Ziele im Rahmen ihres Aufenthalts in der Einrichtung zum Ausdruck zu bringen, wurden offene Fragen nach den zwei wichtigsten bzw. vorrangigsten Zielen gestellt. Diese wurden für die Auswertung zu 15 übergeordneten Kategorien zusammengefasst, wobei sogleich deutlich wird, dass sich die oben genannten (vorgegebenen) Bereiche darin wiederfinden. Hier zeigt sich noch einmal, dass für die Klientinnen und Klienten die Verbesserung bzw. Regulierung oder Stabilisierung ihrer Wohnverhältnisse ganz oben steht. Werden Erst- und Zweitnennung zusammengefasst, gilt dies für 53% der Klienten zu Beginn der Eingliederungshilfemaßnahme (siehe Tabelle 4.11). Mit großem Abstand folgt die Bearbeitung der Suchtproblematik bzw. das Verfolgen (oder Aufrechterhalten) des Abstinenzziels (zusammengefasst: 25,6%). Zumindest als zweitwichtigste Nennung ist die Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation ein bedeutendes Ziel im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahme (zusammengefasst: 38,5%). Auch die Aufnahme und Intensivierung sozialer Kontakte spielt aus Sicht der Klienten eine wichtige Rolle. Viele andere Ziele wie z. B. die wirtschaftliche Eigenständigkeit oder die Kontakte zum Partner, zur Familie sowie zu Kindern werden nur vergleichsweise selten als wichtigste oder zweitwichtigste Zielsetzung genannt.

Tabelle 4.11

Persönliche (selbst formulierte) wichtigste zwei Ziele vor Beginn der Maßnahme aus Sicht der Klienten, zusammengefasst in 15 übergeordneten Kategorien, nach Geschlecht

	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Gesamt</b>
<i>Wichtigstes Ziel:</i>			
Verbesserung Wohnsituation	41,1%	28,9%	39,0%
Verbesserung Suchtproblematik, Abstinenz	20,0%	15,8%	19,3%
Arbeit/Beschäftigung	10,5%	15,8%	11,4%
Gesundheit	11,1%	13,2%	11,4%
Soziale Kontakte	6,3%	7,9%	6,6%
Partnerschaft, Familie	2,1%	2,6%	2,2%
Kontakt/Beziehung zu Kindern	1,6%	5,3%	2,2%
Wirtschaftliche Eigenständigkeit	2,1%	-	1,8%
Selbständiges Leben	2,1%	-	1,8%
Geregelte Tagesstruktur	1,1%	2,6%	1,3%
Freizeitbeschäftigung	0,5%	2,6%	0,9%
Alltagsbewältigung	-	5,3%	0,9%
Vergangenheitsbewältigung	1,1%	-	0,9%
Therapie	0,5%	-	0,4%
<b>N</b>	<b>190</b>	<b>38</b>	<b>228</b>
<i>Zweitwichtigstes Ziel:</i>			
Arbeit/Beschäftigung	28,1%	22,2%	27,1%
Soziale Kontakte	15,7%	16,7%	15,8%
Verbesserung Wohnsituation	15,7%	5,6%	14,0%
Gesundheit	12,4%	22,2%	14,0%
Verbesserung Suchtproblematik, Abstinenz	6,5%	5,6%	6,3%
Wirtschaftliche Eigenständigkeit	4,9%	2,8%	4,5%
Partnerschaft, Familie	4,3%	2,8%	4,1%
Kontakt/Beziehung zu Kindern	4,9%	-	4,1%
Freizeitbeschäftigung	2,7%	8,3%	2,6%
Selbständiges Leben	1,6%	8,3%	2,7%
Alltagsbewältigung	1,6%	2,8%	1,8%
Sonstiges (z.B. behördliche Klärungen)	1,6%	2,8%	1,8%
<b>N</b>	<b>185</b>	<b>36</b>	<b>221</b>

#### 4.5 Ergebnisse zum Verlauf der Eingliederungshilfemaßnahme

Wie einleitend bereits beschrieben (vgl. Abschnitt 4.2), konnte im Rahmen der vorgesehenen 6-Monats-Nacherhebung nur ein Teil der Klienten direkt wieder erreicht werden (N=136, entsprechend 57,9%). Vom Großteil liegen aber Informationen aus Sicht der Betreuer vor (N=247, entsprechend 96,9%), so dass sich in einigen Auswertungsbereichen ein nahezu vollständiges Bild der Verlaufsbeschreibung ergibt. Bei Kriterien, die allein auf den Angaben der Klienten beruhen, kann jedoch nur auf eine Teilstichprobe zurückgegriffen werden. Deshalb wird zuvor anhand ausgewählter Klientencharakteristika dargestellt, ob und inwiefern sich die Gruppe der in der Nacherhebung wieder erreichten von der Gesamtheit aller zu Beginn in die

Untersuchung einbezogenen Klienten unterscheidet (Abschnitt 4.5.3). Zunächst wird beschrieben, wie der Behandlungsstatus der Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Nacherhebung ist, d. h. wie viele der Klientinnen und Klienten sich noch in einer Maßnahme der Eingliederungshilfe befinden und wie viele zwischenzeitlich ausgeschieden sind (Abschnitt 4.5.1). Daraufhin werden die Interventionen und Aktivitäten beschrieben, die im zurückliegenden Dokumentationszeitraum in Anspruch genommen wurden (Abschnitt 4.5.2).

#### *4.5.1 Behandlungsstatus der Klienten nach sechs Monaten*

Für die Beschreibung des Behandlungsstatus können nicht nur die Daten der Fachkraft-Abschlussdokumentation (N=247) herangezogen werden, sondern es wurde auch für die acht nicht nachdokumentierten Fälle der Behandlungsverbleib separat erhoben, so dass für alle 255 in die Untersuchung einbezogenen Klienten hierzu Informationen vorliegen.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller Klientinnen und Klienten beträgt 120 ( $\pm 78$ ) Tage, was genau vier Monaten (bzw. etwa 17 Wochen) entspricht. Dabei verblieben 13,1% nicht länger als ein Monat in der Maßnahme, insgesamt 43,3% wurden bis zu drei Monate betreut. Für die Mehrheit der Klienten wurde die Maßnahme zwischenzeitlich beendet (82,0%), bei 46 Klienten dauert die Maßnahme zum Zeitpunkt der Nacherhebung noch an (18,0%). Im Durchschnitt wurde die Maßnahme nach 101 ( $\pm 65$ ) Tagen beendet. Bei den Klienten, deren Maßnahme noch andauert, vergingen seit der Aufnahme durchschnittlich 203 ( $\pm 80$ ) Tage; Letztere weisen im Mittel also eine doppelt so lange Betreuungsdauer auf. In den Tabellen 4.12 und 4.13 sind Maßnahmetyp und -ausrichtung sowie die Art der Beendigung mit der entsprechenden Betreuungsdauer aufgeführt. Demnach bestehen leichte, statistisch signifikante Unterschiede beim Maßnahmetyp. Unter den Beendern ist der Anteil an stationären gegenüber teilstationären Klientinnen und Klienten um 11% erhöht (siehe Tabelle 4.12). Hinsichtlich der durchschnittlichen Betreuungsdauer bestehen allerdings keine relevanten Unterschiede – was nicht für die weiterbehandelten Klienten gilt, bei denen die teilstationäre Betreuung im Mittel deutlich länger andauert. Die Ausrichtung der Maßnahme unterscheidet sich zwischen Beendern und in der Maßnahme verbliebenen Klienten deutlicher. Unter Ersteren ist mit fast zwei Dritteln die Mehrheit der Vorsorge zuzurechnen, bei den noch behandelten Klienten ist es nur ein Viertel. Unter ihnen befindet sich mit 37% ein Großteil in Nachsorgemaßnahmen (und ein weiteres Drittel in Übergangseinrichtungen), während die Nachsorge unter den Beendern mit nicht einmal 9% nur eine untergeordnete Rolle spielt. Bezogen auf die Ausrichtung der Maßnahme zeigt sich in beiden Gruppen eine linear ansteigende Betreuungsdauer dahingehend, dass die Vorsorgeklienten im Durchschnitt am kürzesten und die Klienten in Nachsorgeeinrichtungen am längsten betreut werden. Allerdings zeigen sich bei den Beendern in allen drei Maßnahmegruppen deutlich geringere Betreuungszeiten (siehe Tabelle 4.12).

Tabelle 4.12

Maßnahmetyp und -ausrichtung und Betreuungsdauer nach Behandlungsstatus

<b>Maßnahmeart und Betreuungsdauer</b>	<b>Maßnahme andauernd</b>	<b>Maßnahme beendet</b>	<b>Gesamt<sup>a)</sup></b>
Maßnahmetyp:			*
stationär	80,4%	91,4%	89,4%
Betreuungsdauer in Tagen, M ( $\pm$ SD)	192 ( $\pm$ 75)	101 ( $\pm$ 66)	116 ( $\pm$ 75)
teilstationär	19,6%	8,6%	10,6%
Betreuungsdauer in Tagen, M ( $\pm$ SD)	246 ( $\pm$ 90)	98 ( $\pm$ 52)	147 ( $\pm$ 96)
Ausrichtung der Maßnahme:			***
Vorsorge	26,6%	63,2%	56,5%
Betreuungsdauer in Tagen, M ( $\pm$ SD)	160 ( $\pm$ 76)	92 ( $\pm$ 58)	97 ( $\pm$ 62)
Übergang	32,6%	28,2%	29,0%
Betreuungsdauer in Tagen, M ( $\pm$ SD)	188 ( $\pm$ 56)	115 ( $\pm$ 73)	130 ( $\pm$ 76)
Nachsorge	37,0%	8,6%	13,3%
Betreuungsdauer in Tagen, M ( $\pm$ SD)	234 ( $\pm$ 74)	126 ( $\pm$ 75)	185 ( $\pm$ 92)
Sonstiges	4,3%	0,5%	1,2%
<b>N</b>	<b>46</b>	<b>209</b>	<b>255</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Chi<sup>2</sup>-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Die textliche und tabellarische Darstellung des Zusammenhangs von Maßnahmeart und Behandlungsstatus sowie Betreuungsdauer orientiert sich an dem Gruppenvergleich zwischen Beendern und weiterbehandelten Klienten. Je nach Betrachtungswinkel dürfte auch von Interesse sein, wie es sich mit der Verteilung von Beendern und Weiterbehandelten pro Maßnahmetyp bzw. -ausrichtung verhält (was bezogen auf Tabelle 4.12 den – nicht dargestellten – Reihenprozenten entspräche). Hier zeigt sich zunächst, dass der Anteil an Beendern unter den stationär Behandelten mit 83,8% deutlich höher ist als unter den Klienten in teilstationären Maßnahmen (66,7%). Bezogen auf die Ausrichtung der Maßnahme ergibt sich ebenfalls ein differenziertes Bild: Mit 91,7% ist der Beenderanteil in der Vorsorge am höchsten, unter den Klienten in Übergangseinrichtungen liegt er bei 79,7%. Von den Nachsorgeklienten hat genau die Hälfte die Maßnahme beendet (50,0%).

Richtet sich der Blick allein auf die Beender (N=209), muss zwischen Abbrechern und regulär Entlassenen unterschieden werden. Letztere machen die Hälfte aus, demgegenüber haben 42% ihre Maßnahme abgebrochen. Bei etwas mehr als 8% der Beender erfolgte das Behandlungsende unter anderen Umständen (siehe Tabelle 4.13). Bezogen auf die Gesamtheit aller in die Untersuchung einbezogenen Klienten (N=255) bricht etwa ein Drittel die Maßnahme ab, 40% beenden sie regulär. Die Abbrecher unter den Beendern sind mit durchschnittlich 74 Tagen, also zweieinhalb Monaten, erheblich (statistisch signifikant) kürzer in Behandlung als die regulären Beender, deren mittlere Betreuungsdauer vier Monate entspricht. Innerhalb der Abbrecher finden Abbrüche durch den Klienten etwas häufiger statt als Ausschlüsse durch die Einrichtung. Ferner zeigt sich, dass die Maßnahmedauer derjenigen, die selbst abbrechen bzw. der Behandlung fernbleiben, mit zwei Monaten im Durchschnitt um einen Monat kürzer ist, als bei jenen, die von der Einrichtung ausgeschlossen wurden – ein Unterschied, der ebenfalls als statistisch signifikant nachgewiesen werden kann. Bei den regulären Beendern domi-

niert zu zwei Dritteln der Wechsel in eine (DRV-finanzierte) stationäre Therapie der medizinischen Rehabilitation. Knapp 22% beenden die Maßnahme planmäßig. Ein Achtel der Beender wechselt in eine andere Einrichtung innerhalb der Eingliederungshilfe. Hinsichtlich der Art der Beendigung bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Betreuungsdauer. Lediglich in der Tendenz wird deutlich, dass Einrichtungswechsler – sei es in andere Eingliederungshilfemaßnahmen oder in stationäre Therapien – im Mittel einen Dreiviertel Monat länger betreut werden als die geplanten Beender.

Tabelle 4.13

Art der Beendigung der Maßnahme und Betreuungsdauer (Beender N=209, Gesamtanteil bezogen auf alle N=255 Klienten)

<b>Beendigungsart und Gründe</b>	<b>Anteil</b>	<b>Betreuungsdauer</b>	<b>Signifikanz<sup>a)</sup></b>
Abbruch (Gesamtanteil)	42,0% (34,1%)	74 ( $\pm 55$ ) Tage	***
Abbruch durch Klienten (Gesamtanteil)	57,0% (19,2%)	62 ( $\pm 44$ ) Tage	*
Ausschluss durch Einrichtung (Gesamtanteil)	43,0% (14,5%)	91 ( $\pm 65$ ) Tage	
Regulär beendet (Gesamtanteil)	49,8% (40,4%)	120 ( $\pm 55$ ) Tage	
geplante Beendigung (Gesamtanteil)	21,6% (8,2%)	100 ( $\pm 37$ ) Tage	
Einrichtungswechsel EGH (Gesamtanteil)	12,4% (4,7%)	123 ( $\pm 54$ ) Tage	
Wechsel in stationäre Therapie (Gesamtanteil)	66,0% (25,1%)	124 ( $\pm 55$ ) Tage	n.s.
Anderes (z. B. Krankenhaus, Haft) (Gesamtanteil)	8,2% (6,7%)	135 ( $\pm 103$ ) Tage	

<sup>a)</sup> Signifikanz bzgl. der Betreuungsdauer: ANOVA: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Insgesamt ein Drittel der Klientinnen und Klienten kehrt nach der aktuellen Maßnahme in eine Wohnung zurück (33,2%), wobei es sich überwiegend um eigenen Wohnraum handelt (79,0%, Gesamtanteil: 26,2%) und bei 21,0% (Gesamtanteil: 7,9%) um eine Unterkunft der Freunde oder die Wohnung von Eltern bzw. Verwandten. Wenn in die eigene Wohnung zurückgekehrt (oder gewechselt) wird, wird diese in der Mehrheit allein (77,0%) bezogen.<sup>31</sup> Nur ein geringer Teil der Klienten, der die Einrichtung verlässt und nicht eine weitere Maßnahme oder Therapie aufnimmt, hat im Anschluss eine Arbeit, Ausbildung oder Beschäftigung. Insgesamt sind es 13,3% bzw. 32 Personen, wovon die meisten (78,1%, Gesamtanteil: 10,1%) eine reguläre Beschäftigung (wieder) aufnehmen. Fünf Klienten machen eine Ausbildung (15,6%, Gesamtanteil: 2,1%) und zwei wechseln in eine Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme (6,3%, Gesamtanteil: 0,8%). Gut die Hälfte der Beschäftigten nimmt eine Ganztagsbeschäftigung auf (56,0%, Gesamtanteil: 5,8%), sechs Personen arbeiten Teilzeit (24,0%, Gesamtanteil: 2,5%) und fünf wechseln in (400-Euro-)Jobs (20,0%, Gesamtanteil: 2,1%). Entsprechend

<sup>31</sup> Auch die Klientinnen und Klienten wurden nach der zu erwartenden Situation im Anschluss an die aktuelle Maßnahme bzw. den Aufenthalt in der Einrichtung gefragt. Basierend auf der Gruppe der direkt nachbefragten Personen (N=136) gab ein Fünftel an, weiter in derselben Einrichtung zu verbleiben (20,1%). Exakt die Hälfte wechselt in eine andere Einrichtung (50,0%), wobei hier mit 89,2% die stationäre Therapie/Entwöhnung der medizinischen Rehabilitation dominiert (Gesamtanteil: 43,3%). 4,6% der Wechsler gehen in eine andere Einrichtung der Eingliederungshilfe (Gesamtanteil: 2,2%). 17,9% der Klienten kehren in ihre Wohnung zurück, weitere 7,4% zu Freunden, Bekannten oder Eltern bzw. Verwandten. Ein Klient wird in eine Übernachtungsstätte bzw. Notunterkunft entlassen (0,7%), bei 3,7% erfolgt eine andere Unterbringung (z. B. möbliertes Zimmer, Kloster).

der Beschäftigungssituation der Klientinnen und Klienten ist für gut zwei Drittel Arbeitslosengeld II die Haupteinkommensquelle (68,7%). Weitere 3,5% bekommen Grundsicherung, 3,1% Arbeitslosengeld I und 5,7% Krankengeld. Ihr Haupteinkommen aus Erwerbstätigkeit beziehen nur 9,3% der Klienten.

Ein Fünftel hat keine Schulden bzw. sie werden nicht als problematisch gesehen (21,8%). Für eine Minderheit bestand eine Schuldenregulierung bereits vor der Maßnahme (13,0%), bei 44,5% ist die Regulierung der finanziellen Belange im Rahmen der aktuellen Maßnahme eingeleitet worden bzw. erfolgt. Bei einem weiteren Fünftel konnte die Schuldenregulierung (noch) nicht bearbeitet werden (20,6%).

#### *4.5.2 Interventionen und Aktivitäten während der Maßnahme*

Von allen in der Nacherhebung durch die Fachkräfte dokumentierten 247 Klientinnen und Klienten liegen Angaben zu den während der zurückliegenden Maßnahme erfolgten Interventionen und Aktivitäten vor. Mit allen Klienten wurden Einzel-Beratungsgespräche durchgeführt, im Durchschnitt mehr als 17 pro Person (siehe Tabelle 4.14). An Gruppen-Beratungsgesprächen nahm ebenfalls die große Mehrheit der Klienten teil. Mit durchschnittlich 37 Gesprächen pro Person ist dies die häufigste Intervention der Eingliederungshilfe; bezogen auf die mittlere Betreuungsdauer von vier Monaten (bzw. 17 Wochen) finden somit etwa 2mal in der Woche Gruppengespräche statt. Hinzu kommen für drei Viertel der Klienten konsum- bzw. suchtbezogene Trainings (z. B. zur Rückfallprävention), in denen der Umgang mit Konsumanreizen, Trinksituationen oder möglichen Rückfallauslösern bzw. real erlebten Rückfallsituationen geübt und gemeinsam mit anderen Klienten diskutiert wird. Auch Sportgruppen werden von der Mehrzahl der Klientinnen und Klienten wahrgenommen. Konkrete wohn- oder arbeitsbezogene Aktivitäten werden mit jeweils gut zwei Fünfteln der Klienten durchgeführt, Letztere in erheblich höherer Frequenz (im Mittel ca. alle neun Tage).

Werden die drei in Tabelle 4.14 zuerst genannten Beratungsgespräche im Sinne eher psychotherapeutisch ausgerichteter Interventionen zusammengefasst, ergibt sich eine durchschnittliche Summe an 50 Gesprächen pro Klient. Damit finden im Mittel für jeden Klienten etwa drei beratende Interventionen pro Woche statt. Fast man alle hier aufgeführten Aktivitäten bzw. Interventionen zusammen, ergeben sich pro Klient durchschnittlich fünf Aktivitäten, an denen er oder sie innerhalb einer Woche teilnimmt.

Tabelle 4.14

Interventionen und Aktivitäten während der Maßnahme (N=247)

<b>Interventionen und Aktivitäten</b>	<b>Anteil</b>	<b>Anzahl<sup>a)</sup></b>
Einzel-Beratungsgespräche	100,0%	17,3 ( $\pm 12,9$ )
Gruppen-Beratungsgespräche	87,4%	37,0 ( $\pm 67,8$ )
Familien-/Paar-Beratungsgespräche	11,3%	3,7 ( $\pm 4,0$ )
Konsum-/suchtbezogene Trainings (z.B. Rückfallprävention)	75,7%	10,4 ( $\pm 7,8$ )
Sportgruppe	60,3%	11,9 ( $\pm 12,7$ )
Wohnbezogene Beratung/Aktivitäten (z.B. Wohnkompetenztraining, Wohnungssuche, Umzugsvorbereitung)	43,7%	6,5 ( $\pm 6,9$ )
Berufs-/Arbeitsbezogene Aktivitäten/Trainings (z.B. Arbeitsberatung, PC-Kurse, Bewerbungstraining)	40,9%	13,7 ( $\pm 17,0$ )
Entspannungstrainings	40,5%	8,9 ( $\pm 10,1$ )
Soziale Kompetenz Trainings	36,8%	8,4 ( $\pm 7,6$ )
Akupunktur	10,1%	4,7 ( $\pm 4,6$ )
Andere Interventionen (z.B. Kunsttherapie, Ergotherapie)	26,3%	14,6 ( $\pm 18,1$ )
Beratungsgespräche insgesamt	100,0%	50,1 ( $\pm 71,2$ )
Interventionen/Aktivitäten insgesamt	100,0%	84,6 ( $\pm 89,6$ )

<sup>a)</sup> Durchschnittliche Anzahl (M ( $\pm SD$ )) bezogen auf Klienten mit der entsprechenden Intervention.

Dass die Anzahl an Beratungsgesprächen sowie interventionellen Aktivitäten insgesamt mit dem Behandlungsstatus zusammenhängt, ist aufgrund der unterschiedlichen Betreuungsdauer zwischen Weiterbehandelten und Beendern zu erwarten. In Tabelle 4.15 zeigt sich die um ein Vielfaches (statistisch signifikant) erhöhte Anzahl Interventionen bei den Klienten, deren Maßnahme zum Nacherhebungszeitpunkt noch andauert. Auffällig ist allerdings, dass sich Weiterbehandelte und Beender hinsichtlich der Intensität der Betreuung, also der in Anspruch genommenen Aktivitäten pro Woche, nicht signifikant voneinander unterscheiden. In der Tendenz liegt die Betreuungsintensität unter den Weiterbehandelten zwar leicht höher, hieraus lässt sich aber kein statistisch gültiger Zusammenhang zum Behandlungsstatus ableiten. Anders stellt es sich dar, wenn man den Blick allein auf die Beender richtet. Zeigt sich in der Anzahl Beratungsgespräche noch kein signifikanter Unterschied – wobei in der Tendenz die regulären Beender mehr beratende Interventionen aufweisen –, so wird bei Betrachtung der Gesamtzahl aller Aktivitäten der Unterschied zwischen den drei Beendergruppen deutlicher. Hier zeigt sich eine erheblich höhere Anzahl bei den regulären Beendern als bei den beiden anderen Gruppen. Ein interessantes (und statistisch signifikantes) Ergebnis liefert der Vergleich bezüglich der Betreuungsintensität: Die Abbrecher wurden zuvor intensiver betreut als die regulären Beender, und diese wiederum intensiver als die Klienten, die unter anderen Umständen die Maßnahme beendeten. Dem (späteren) Abbruch geht somit eine intensivere Betreuung voraus, sowohl was die Frequenz der Beratungsgespräche als auch die der Interventionen und Aktivitäten insgesamt betrifft. Hierin könnte sich ein höherer Betreuungsbedarf bei Klienten andeuten, die sich in einer kritischeren Gesamtsituation befinden, denen es aber dennoch (oder deswegen) nicht gelingt, die Maßnahme durchzuhalten.

Tabelle 4.15

Interventionen und Aktivitäten während der Maßnahme nach Behandlungsstatus und Art der Beendigung, mittlere Anzahl und Intensität (Termine pro Woche)

<b>Interventionen und Aktivitäten</b>	<b>Behandlungsstatus</b>		<b>Art der Beendigung</b>		
	<b>andauernd</b>	<b>beendet<sup>a)</sup></b>	<b>Abbruch</b>	<b>regulär</b>	<b>anderes<sup>a)</sup></b>
Beratungsgespräche insgesamt	101 ( $\pm 128$ )	38 ( $\pm 43$ )***	34 ( $\pm 40$ )	44 ( $\pm 46$ )	32 ( $\pm 29$ )
Beratungsgespräche Intensität	3,6 ( $\pm 3,7$ )	3,0 ( $\pm 2,8$ )	3,8 ( $\pm 3,5$ )	2,5 ( $\pm 2,1$ )	1,8 ( $\pm 1,1$ )**
Interventionen/Aktivitäten insgesamt	155 ( $\pm 145$ )	68 ( $\pm 60$ )***	57 ( $\pm 56$ )	83 ( $\pm 62$ )	47 ( $\pm 43$ )**
Interventionen/Aktivitäten Intensität	5,8 ( $\pm 4,5$ )	5,4 ( $\pm 3,9$ )	6,4 ( $\pm 4,9$ )	4,9 ( $\pm 2,8$ )	3,0 ( $\pm 2,0$ )**
<b>N</b>	<b>45</b>	<b>200</b>	<b>82</b>	<b>101</b>	<b>17</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: ANOVA: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

#### 4.5.3 Veränderungen während der Maßnahme

An dieser Stelle erfolgt zunächst der Vergleich der Gruppe, die im Rahmen der Klienten-Nachbefragung wieder erreicht wurde (N=136), mit allen Klienten der Eingangsdokumentation (N=255), da ein Teil der Ergebnisse nur auf Basis der Klientendaten vorgenommen werden kann. Andere Vorher-Nachher-Vergleiche basieren auf den Dokumentationsdaten der Betreuer, die, wie bereits oben dargestellt, fast vollständig nacherhoben werden konnten (N=247).<sup>32</sup> Es werden hier nicht alle im Abschnitt 4.4 präsentierten Aufnahmedaten herangezogen, der Stichprobenvergleich beruht nur auf ausgewählten Charakteristika, um etwaige selektive Unterschiede zwischen wiedererreichten und nicht nacherhobenen Klienten zu beschreiben.<sup>33</sup>

Wie aus Tabelle 4.16 ersichtlich ist, sind die wiedererreichten Klienten im Vergleich zur Gesamtgruppe durchschnittlich gut zwei Jahre älter. In allen anderen demografischen und sozialen Merkmalen bestehen keine signifikanten Abweichungen zu den übrigen Klienten.<sup>34</sup> Auch die Mehrheit der wieder erreichten Klienten lebt alleine, ist arbeitslos und verschuldet.

<sup>32</sup> Deshalb wird auf Basis der Betreuerdokumentationen kein Stichprobenvergleich vorgenommen.

<sup>33</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit entfällt hier zudem der Geschlechtervergleich.

<sup>34</sup> Wenngleich tabellarisch (und textlich) der Vergleich zwischen den wieder erreichten Klienten und der gesamten Ausgangsstichprobe, in denen diese Klienten enthalten sind, vorgenommen wird, basiert der jeweilige Signifikanztest zwischen den Gruppen der wieder erreichten und nicht nachbefragten Klienten (deren Werte in den Tabellen nicht ausgewiesen sind).

Tabelle 4.16

Demografische Merkmale und soziale Situation der wiederreichten Klienten im Vergleich zur Gesamtgruppe zum Zeitpunkt der Eingangserhebung

<b>Situation bei Maßnahmehbeginn</b>	<b>Ausgangs-stichprobe</b>	<b>Wiedererreichte Klienten</b>	<b>Signifikanz<sup>a)</sup></b>
Geschlecht, Anteil Männer	82,0%	80,9%	n.s.
Alter, Jahre, M ( $\pm$ SD)	40,8 ( $\pm$ 10,3)	43,1 ( $\pm$ 10,3)	***
Migrationshintergrund	15,0%	15,4%	n.s.
Wohnsituation vor Aufnahme:			n.s.
allein lebend	73,1%	72,8%	
mit/bei Familie	13,8%	15,4%	
anderes	13,0%	11,8%	
Feste Partnerschaft	27,3%	27,4%	n.s.
Eigene Kinder	49,2%	51,1%	n.s.
Minderjährige Kinder im Haushalt	3,3%	4,6%	n.s.
Arbeitssituation vor Aufnahme:			n.s.
Geregelte Arbeit/Ausbildung	8,4%	9,6%	
Jobs	2,4%	2,2%	
Arbeitslos	76,9%	75,6%	
Berentet	6,4%	7,4%	
Anderes	6,0%	5,2%	
Arbeitstage letzten Monat, M ( $\pm$ SD)	12,2 ( $\pm$ 10,0)	11,9 ( $\pm$ 10,4)	n.s.
Schulabschluss:			n.s.
keinen	15,7%	11,2%	
Haupt-/Sonderschule	40,6%	38,1%	
Mittlere Reife	31,7%	36,6%	
(Fach-)Hochschulreife	12,0%	14,2%	
Abgeschlossene Berufsausbildung	49,6%	54,8%	n.s.
Schulden	86,8%	85,9%	n.s.
<b>N</b>	<b>255</b>	<b>136</b>	

<sup>a)</sup> Signifikanz, Vergleich zu nicht erreichten Klienten: Chi<sup>2</sup>-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Auch hinsichtlich des gesundheitlichen Zustands zu Maßnahmehbeginn unterscheidet sich die Gruppe der wieder erreichten Personen kaum von der Gesamtstichprobe. Lediglich der Anteil mit Hepatitis C infizierter Klientinnen und Klienten ist unter den wieder Erreichten deutlich (und statistisch signifikant) geringer (siehe Tabelle 4.17). Dies dürfte mit dem reduzierten Anteil illegaler Drogenkonsumenten unter den nachbefragten Klienten zusammenhängen (siehe unten). In den meisten anderen im Rahmen der Aufnahmedokumentation erhobenen gesundheitlichen Merkmalen bestehen keine relevanten Abweichungen.

Tabelle 4.17

Gesundheitliche Situation der wiederreichten Klienten im Vergleich zur Gesamtgruppe zum Zeitpunkt der Eingangserhebung

<b>Gesundheit bei Maßnahmehbeginn</b>	<b>Ausgangs- stichprobe</b>	<b>Wiedererreichte Klienten</b>	<b>Signifikanz<sup>a)</sup></b>
HCV positiv wenn ja, seit wie vielen Jahren, M ( $\pm$ SD)	16,6% 13,5 ( $\pm$ 7,7)	8,1% 16,2 ( $\pm$ 7,8)	*** n.s.
HIV positiv wenn ja, seit wie vielen Jahren, M ( $\pm$ SD)	1,2% 16,0 (-)	- -	n.s.
Psychiatrische Diagnosen (N=187/N=112):			
F2	1,6%	0,9%	n.s.
F3	26,2%	27,7%	n.s.
F4	9,6%	9,8%	n.s.
F5	1,6%	2,7%	n.s.
F6	13,9%	11,6%	n.s.
keine (außer F1)	57,8%	57,1%	n.s.
Körperliche Diagnose angegeben	37,3%	40,4%	n.s.
Arbeitsfähigkeit (N=89/N=45):			
nicht arbeitsfähig	47,2%	51,1%	
eingeschränkt arbeitsfähig	15,7%	13,3%	
arbeitsfähig	37,1%	35,6%	
Schwerbehinderung (N=34/N=16)	13,8%	11,9%	n.s.
Grad der Schwerbehinderung in %, M ( $\pm$ SD)	55 ( $\pm$ 17)	55 ( $\pm$ 18)	n.s.
SF-12:			
Körperliche Summenskala, M ( $\pm$ SD)	46,5 ( $\pm$ 10,0)	46,5 ( $\pm$ 10,1)	n.s.
Psychische Summenskala, M ( $\pm$ SD)	41,8 ( $\pm$ 11,1)	41,4 ( $\pm$ 11,0)	n.s.
<b>N</b>	<b>255</b>	<b>136</b>	

<sup>a)</sup> Signifikanz, Vergleich zu nicht erreichten Klienten: Chi<sup>2</sup>-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Die justitiellen Belastungen sind in der nachbefragten Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Ausgangsstichprobe etwas geringer ausgeprägt. Dies betrifft vornehmlich BtM-Delikte und Strafzurückstellungen nach §§ 35/37 BtMG sowie (damit möglicherweise verbundene) Haftaufenthalte. Auch hier deutet sich der Zusammenhang zum unterschiedlichen, weniger durch illegale Substanzen geprägten Konsummuster der wieder erreichten Klientinnen und Klienten an (siehe unten).

Tabelle 4.18

Justitielle Belastung der wiederreichten Klienten im Vergleich zur Gesamtgruppe zum Zeitpunkt der Eingangserhebung

<b>Justitielle Probleme bei Maßnahmebeginn</b>	<b>Ausgangsstichprobe</b>	<b>Wiedererreichte Klienten</b>	<b>Signifikanz<sup>a)</sup></b>
Anklagen jemals:			
BtM-Delikte	30,2%	21,8%	**
Beschaffungsdelikte	33,5%	31,6%	n.s.
Gewalttaten	25,0%	23,3%	n.s.
sonstige Delikte	23,8%	22,6%	n.s.
keine	38,7%	46,6%	**
Justizprobleme/Verurteilungen jemals:			
BtMG § 35/37	10,4%	6,7%	*
Maßregelvollzug	6,0%	6,7%	n.s.
einfache Bewährung	24,7%	24,3%	n.s.
Bewährung mit Auflage	17,5%	14,1%	n.s.
Gerichtsverfahren	41,4%	44,4%	n.s.
U-Haft	37,8%	28,9%	**
Strahaft	32,7%	28,1%	n.s.
Führerscheinentzug	17,1%	17,0%	n.s.
keine	32,4%	38,5%	*
Monate in U-/Strahaft: alle Klienten, M ( $\pm SD$ )	17,6 ( $\pm 40,8$ )	15,3 ( $\pm 41,1$ )	n.s.
nur Inhaftierte, M $\pm SD$	36,5 ( $\pm 52,7$ )	38,7 ( $\pm 58,5$ )	n.s.
<b>N</b>	<b>255</b>	<b>135</b>	

<sup>a)</sup> Signifikanz, Vergleich zu nicht erreichten Klienten: Chi<sup>2</sup>-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Die deutlichsten Unterschiede zwischen den wieder Erreichten und der Ausgangsstichprobe zeigen sich, wie in Teilen oben schon angedeutet, im Konsummuster. Vor Maßnahmebeginn dominiert bei allen Klientinnen und Klienten der Alkoholkonsum; als Hauptproblemsubstanz steht dieser (wenngleich nicht statistisch signifikant) zu einem größeren Anteil unter den nachbefragten Personen im Mittelpunkt (siehe Tabelle 4.19). Wenn getrunken wird, bestehen in der Konsummenge an einem typischen Trinktag allerdings keine relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Der illegale Drogenkonsum ist unter den wiederreichten Klienten insgesamt geringer ausgeprägt, was alle diesbezüglich abgefragten Substanzen betrifft. Damit einher gehend konsumieren die nachbefragten Klienten zu einem kleineren Anteil intravenös. Ebenfalls durchaus passend zu Konsummuster sowie bestehender Suchtproblematik ist die vorrangige suchtbezogene Zielsetzung der Aufrechterhaltung der Abstinenz unter den wieder Erreichten noch stärker ausgeprägt.

Zusammenfassend erbringt der Gruppenvergleich zwischen Ausgangsstichprobe und in der Nachbefragung wieder erreichten Klientinnen und Klienten leichte Abweichungen, die sich vorrangig im Konsummuster und damit einher gehender, vorrangig mit dem Konsum illegaler Drogen zusammenhängender Begleitprobleme zeigen. Bei der im Durchschnitt gut zwei Jahre älteren Stichprobe der nachbefragten Untersuchungsteilnehmer dominiert noch stärker der Alkohol als Hauptproblemsubstanz, illegale Drogen wurden (vor Maßnahmebeginn) seltener

konsumiert. Das vorrangige Behandlungsziel ist fast durchgängig auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ausgerichtet.

Tabelle 4.19

Substanzkonsum innerhalb der letzten 30 Tage vor Beginn der Maßnahme, Hauptproblemsubstanz und suchtbezogene Zielsetzung der wiederreichten Klienten im Vergleich zur Gesamtgruppe zum Zeitpunkt der Eingangserhebung (Klientenangaben)

<b>Konsum bei Maßnahmehbeginn</b>	<b>Ausgangs-stichprobe</b>	<b>Wiedererreichte Klienten</b>	<b>Signifikanz<sup>a)</sup></b>
Alkohol	72,6%	72,3%	n.s.
Heroin	11,1%	3,8%	***
Opiate/Analgetika (außer Substitut)	4,0%	2,3%	n.s.
Sedativa (nicht verschrieben)	11,9%	7,7%	*
Kokain	22,6%	13,1%	***
Crack	5,8%	2,3%	*
Amphetamine	9,7%	6,2%	*
Cannabis	29,6%	20,0%	***
Tabak	69,9%	66,2%	n.s.
i.v.-Konsum	10,2%	4,6%	**
Glücksspiel	10,2%	7,7%	n.s.
Alkohol Konsumeinheiten (à 8 g Alkohol), M ±SD	45,5 (±83,1)	48,3 (±88,7)	n.s.
<b>N</b>	<b>226</b>	<b>130</b>	
Hauptproblemsubstanz:			n.s.
Alkohol	66,0%	74,6%	
Kokain/Crack	11,9%	7,5%	
Heroin/Opiate/Analgetika (außer Substitut)	9,3%	7,5%	
Cannabis	5,1%	3,7%	
Anderes	7,7%	6,7%	
Suchtbezogene Zielsetzung:			
Aufrechterhaltung Abstinenz	87,7%	92,5%	**
Regelm. Teilnahme an Selbsthilfeangeboten	37,0%	41,8%	n.s.
Umgang mit Rückfällen	32,8%	36,6%	n.s.
Risikominderung beim Konsum	11,9%	8,2%	*
Entgiftung	8,9%	6,0%	n.s.
Kontrollierter Konsum	6,8%	4,5%	n.s.
Keines dieser Ziele (anderes)	5,1%	3,0%	n.s.
<b>N</b>	<b>235</b>	<b>134</b>	

<sup>a)</sup> Signifikanz, Vergleich zu nicht erreichten Klienten: Chi<sup>2</sup>-Test/T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Anders formuliert bedeutet dies, dass Klienten der Eingliederungshilfe mit Problemen bzw. Abhängigkeit von illegalen und insbesondere „harten“ Drogen wie Heroin und Kokain/Crack in der Nachbefragung zu einem geringeren Anteil wieder erreicht werden konnten. Die Aussagen zu den Veränderungen im Behandlungsverlauf, und damit möglichen Wirkungen der Eingliederungshilfemaßnahme, sind somit vorrangig auf Patienten mit Alkoholproblemen zu beziehen.

### Zeitabstand zwischen Eingangs- und Nacherhebung

Im Idealfall sollten Eingangs- und Nachbefragung ihrer Bezeichnung entsprechend gleich zu Beginn der Maßnahme sowie nach sechs Monaten oder ggf. zum Zeitpunkt eines vorherigen Behandlungsendes stattfinden. Diese Termine konnten nicht immer eingehalten werden, zwischen den beiden Befragungszeitpunkten kam es zu unterschiedlichen, z. T. stark voneinander abweichenden Zeitabständen. Aus Tabelle 4.20 lässt sich ablesen, dass die beiden Klientenbefragungen im Durchschnitt 123 Tage, also ziemlich genau vier Monate, und die Betreuerdokumentationen 111 Tage, entsprechend gut dreieinhalb Monate, auseinanderliegen. Wenn es im Folgenden um die Veränderungen in verschiedenen Bereichen unter der Behandlung geht, sind diese somit vor dem Hintergrund dieser Dokumentationsabstände zu sehen. Bei der Klientenbefragung lag jeweils ein Großteil (um 40%) im Zeitraum zwischen einem und gut drei Monaten (100 Tage) sowie zwischen 101 und 200 Tagen, also etwa drei und gut sechs Monaten. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den Zeitabständen der Betreuerbefragung, wobei hier der Anteil an besonders kurzen Zeitabständen (unter einem Monat) deutlich höher ist.

Tabelle 4.20

Zeitabstand zwischen Eingangs- und Nacherhebung in Tagen, Klientenbefragung und Betreuerdokumentation

	Klientenbefragung	Betreuerdokumentation
bis 30 Tage	5,6%	14,5%
31 bis 100 Tage	39,7%	37,6%
101 bis 200 Tage	42,9%	37,1%
über 200 Tage	11,9%	10,9%
Durchschnittszeitraum in Tagen, M ±SD	123 (±74)	111 (±78)
N	<b>126</b>	<b>221</b>

Wenn beide Klienten- und beide Betreuerbefragungen parallel vorliegen, zeigt sich zum überwiegenden Anteil ein annähernd gleicher Beobachtungszeitraum. Toleriert man eine Abweichungszeitspanne von jeweils einem halben Monat (15 Tagen), so liegen 58,2% der parallel vorliegenden Befragungen in diesem Bereich. Bei 21,8% liegt ein längerer Dokumentationszeitraum der Betreuer und bei 20,0% ein längerer Befragungszeitraum bei den Klientinnen und Klienten vor.<sup>35</sup>

### Zielerreichung aus Sicht der Betreuer und Klienten

Die betreuenden Fachkräfte konnten in der Nacherhebung angeben, inwieweit die suchtbezogenen Zielsetzungen erreicht wurden und wie sich der Umgang mit Suchtmitteln beim jeweiligen Klienten entwickelt hat. Vergegenwärtigt man sich noch einmal, dass für die überwiegende Mehrheit die suchtbezogene Zielsetzung in der Aufrechterhaltung der Abstinenz (sowie für etwa die Hälfte im verbesserten Umgang mit Rückfällen) bestand, so zeigt sich in Abbildung 4.1 (linke Seite), dass bei der Mehrheit diese Zielsetzung vollständig oder zumindest überwiegend erreicht wurde. Bei 13% konnte das Ziel nicht erreicht werden. Auch überhaupt

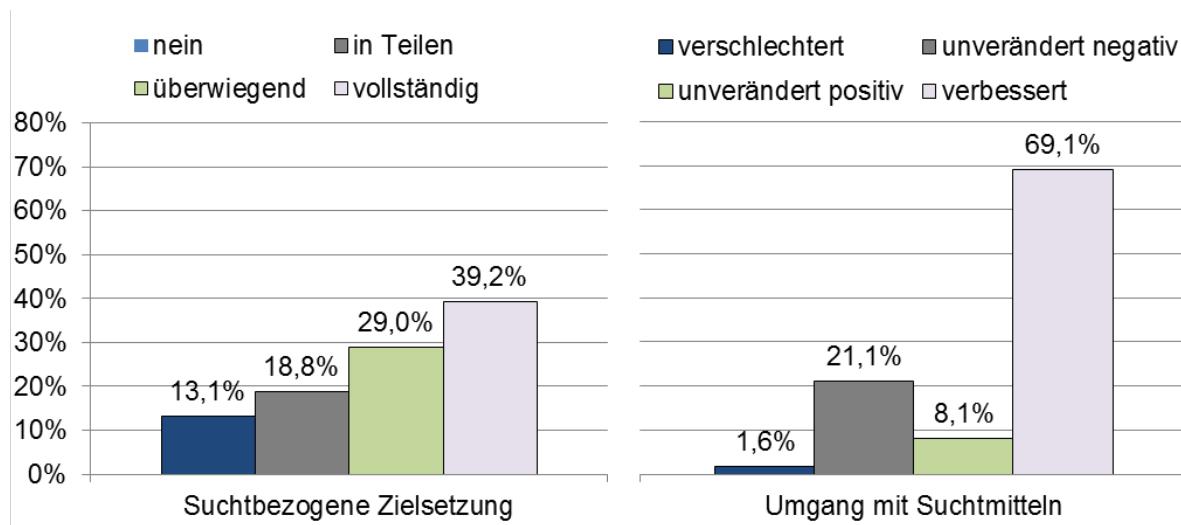
<sup>35</sup> Im Mittelwert weichen die Dokumentationszeiträume um 2,3 (±58,3) Tage zugunsten eines etwas längeren Klientenbefragungszeitraums voneinander ab.

attestieren die Betreuer ihren Klientinnen und Klienten einen verbesserten Umgang mit Suchtmitteln in mehr als zwei Dritteln der Fälle (siehe Abbildung 4.1, rechte Seite). Bei nur ganz wenigen hat sich die Suchtmittelproblematik verschlechtert, bei mehr als einem Fünftel ist die Situation allerdings unverändert negativ geblieben.

Mit 36,9% kam es bei mehr als einem Drittel während der Maßnahme zu Rückfällen. Bei zwei Dritteln der Betroffenen konnte im Rahmen der Behandlung mit den Rückfällen gearbeitet werden (65,2%). Allerdings haben mehr als die Hälfte der Rückfall-Klienten die Behandlung abgebrochen (52,2%) im Vergleich zu nur 22,1% der Klienten, die während der Maßnahme keinen Rückfall hatten.

Abbildung 4.1

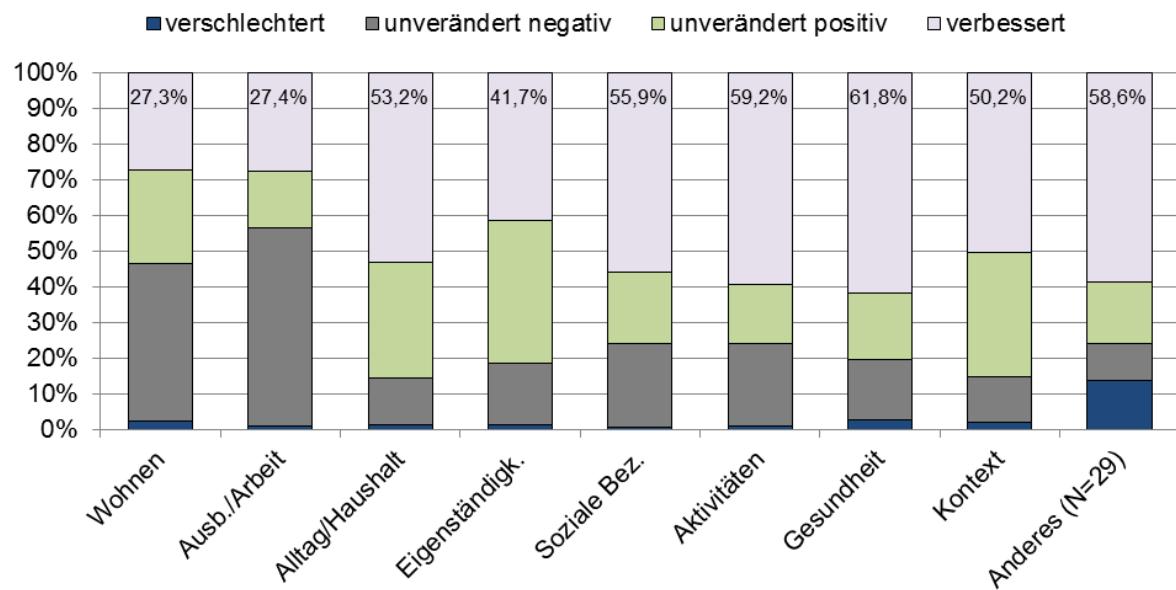
Erreichung suchtbezogener Zielsetzung (links) und Umgang mit Suchtmitteln (rechts) während der Maßnahme aus Sicht der Betreuer (N=246)



Abgesehen von den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit/Ausbildung und wirtschaftliche Eigenständigkeit hat sich in allen anderen Zielbereichen für mindestens die Hälfte der Klientinnen und Klienten die Situation im Verlauf der Maßnahme verbessert (siehe Abbildung 4.2). Berücksichtigt man die Kategorie „unverändert positiv“ in der Beurteilung der Lebenssituation, zeigen sich beim Großteil der Klienten positive Entwicklungen. Es wird allerdings deutlich, dass in den Bereichen Wohnen und Arbeit/Ausbildung die größten Probleme bestehen; hier stagniert für etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten der Entwicklungsprozess. Die Regulierung dieser (nicht nur) sozialstrukturellen Probleme hat für den Großteil Priorität, um wichtige Teilhabeziele im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahmen erreichen zu können. Im Durchschnitt kam es bei den Klientinnen und Klienten in 3,6 ( $\pm 2,2$ ) Lebensbereichen zu Verbesserungen. Zählt man die unverändert positiven Bereiche hinzu, sind es im Mittel sogar 5,5 ( $\pm 2,3$ ) Zielbereiche, die sich positiv entwickelt bzw. stabilisiert haben. Auf der anderen Seite fanden pro Person in durchschnittlich 2,0 ( $\pm 2,0$ ) Lebensbereichen Verschlechterungen bzw. Verfestigungen auf negativem Niveau statt.

Abbildung 4.2

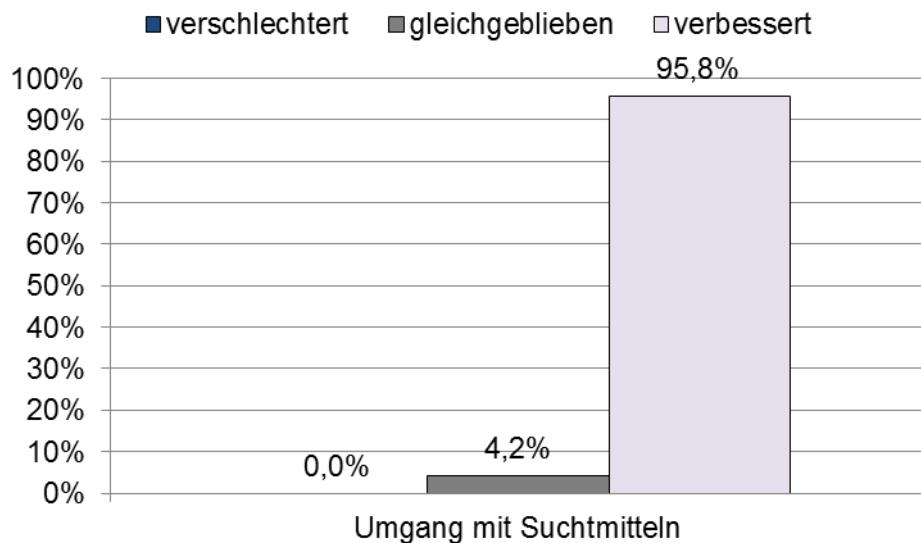
Veränderung in einzelnen Lebensbereichen während der Maßnahme aus Sicht der Betreuer ( $N_{\min}=211$ ,  $N_{\max}=241$ )



Aus Sicht der Klientinnen und Klienten ergibt sich ebenfalls ein sehr positives Bild der Veränderung in einzelnen Lebensbereichen. Zunächst fällt auf, dass so gut wie alle (wieder erreichten) Klienten der Meinung sind, dass sich ihr Umgang mit Suchtmitteln verbessert habe (siehe Abbildung 4.3). Eine Verschlechterung wird von niemandem angegeben.

Abbildung 4.3

Umgang mit Suchtmitteln während der Maßnahme aus Sicht der Klienten (N=120)

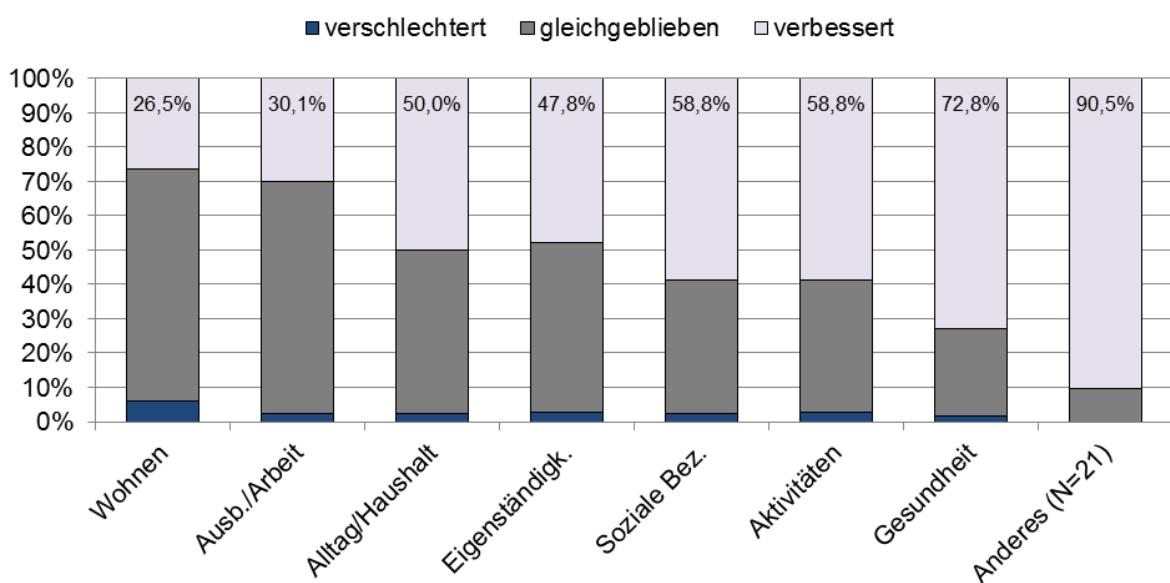


Ein differenzierteres Bild – wenngleich auch hier grundsätzlich positiv – ergibt sich in der Beurteilung der Veränderung nicht-suchtmittelbezogener Lebensbereiche. Aus Abbildung 4.4

wird deutlich, dass sich die Klientenbewertungen denen der betreuenden Fachkräfte im Wesentlichen ähneln. Mit den Antwortmöglichkeiten „verschlechtert“, „gleichgeblieben“ und „verbessert“ wurden hier zwar etwas anders formulierte Beurteilungskategorien vorgegeben, aber insbesondere im positiven Bereich zeigt sich die große Übereinstimmung. In fünf von acht Lebensbereichen – die so genannten Kontextfaktoren wurden bei den Klienten nicht erhoben – bewertet mindestens jeweils die Hälfte ihre Veränderung unter der Maßnahme als verbessert. Im Bereich wirtschaftliche Eigenständigkeit sind es nicht ganz 50 Prozent. Genau wie bei der Betreuersicht ist es der Gesundheitsbereich, der sich am stärksten verbessert hat. Und ebenfalls im Einklang mit den Betreuerangaben sind es die Bereiche Wohnen und Arbeit/Ausbildung, die am meisten Probleme bereiten. Hier zeigen sich nur bei einer Minderheit Verbesserungen und bei der Mehrheit keine Veränderungen, von denen wir aus den Betreuerangaben wissen, dass es sich hierbei eher um eine Verfestigung negativer bzw. unerwünschter Lebensumstände handelt.

Abbildung 4.4

Veränderung in einzelnen Lebensbereichen während der Maßnahme aus Sicht der Klienten (N=136)



Die schon im Abschnitt 4.4.2 dargestellten persönlichen Zielsetzungen im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahme wurden zum Nachbefragungszeitpunkt noch einmal erfragt. Diese auf freien Nennungen beruhenden Aussagen wurden wiederum zu den schon bekannten 15 übergeordneten Kategorien zusammengefasst. In Tabelle 4.21 sind zunächst die Anteile der Nennungen dieser vorrangigen Ziele aufgeführt, wobei diese jenen aus der Eingangserhebung gegenübergestellt werden. Anschließend, in Abbildung 4.5, ist für beide Ziele zusammengefasst der Grad der Zielerreichung dargestellt. Auf den ersten Blick fällt auf, dass bei der Nachbefragung weniger unterschiedliche Zielbereiche überhaupt genannt wurden. Auch die Reihenfolge hat sich verändert: War es in der Eingangsbefragung noch der Bereich Wohnen, so ist es zum Ende der Maßnahme die Verbesserung der Suchtmittelproblematik, die bei den

Klienten als wichtigstes Ziel im Vordergrund steht. Leicht zugenommen, zumindest als wichtigste Zielsetzung, hat auch der Bereich Gesundheit. Die Bereiche Arbeit/Beschäftigung und soziale Beziehungen haben in der Nachbefragung dagegen an Bedeutung verloren.

Tabelle 4.21

Persönliche (selbst formulierte) wichtigste zwei Ziele aus Sicht der Klienten zum Ende (Nacherhebung) und zu Beginn der Maßnahme (Eingangserhebung), zusammengefasst in 15 übergeordneten Kategorien

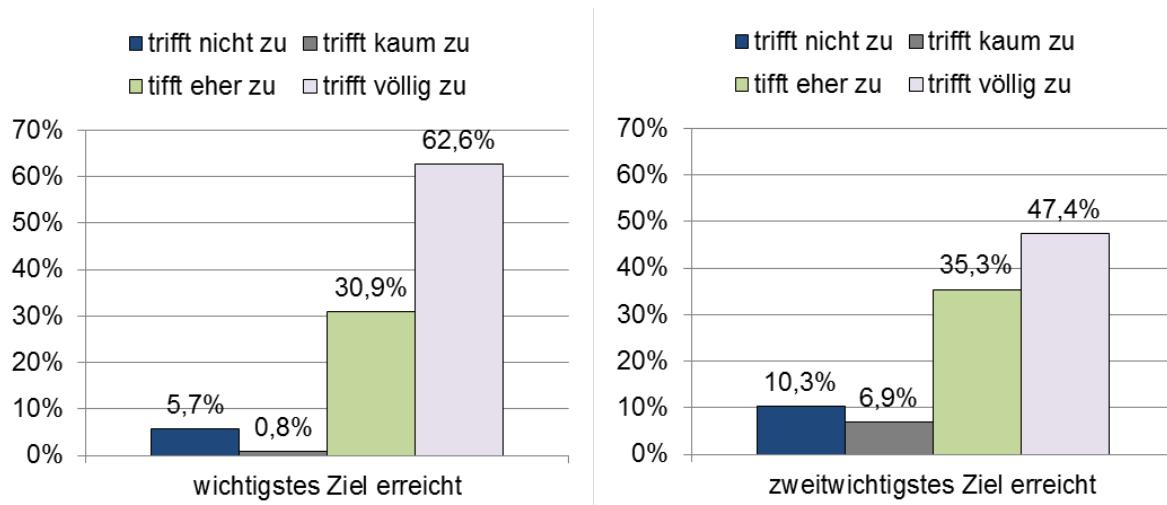
	<b>Nacherhebung</b>	<b>Eingangserhebung</b>
<i>Wichtigstes Ziel:</i>		
Verbesserung Suchtproblematik, Abstinenz	50,0%	19,3%
Gesundheit	16,9%	11,4%
Verbesserung Wohnsituation	12,1%	39,0%
Therapie	5,6%	0,4%
Arbeit/Beschäftigung	4,8%	11,4%
Kontakt/Beziehung zu Kindern	3,2%	2,2%
Wirtschaftliche Eigenständigkeit	2,4%	1,8%
Soziale Kontakte	1,6%	6,6%
Partnerschaft, Familie	-	2,2%
Selbständiges Leben	-	1,8%
Geregelter Tagesstruktur	-	1,3%
Freizeitbeschäftigung	-	0,9%
Alltagsbewältigung	-	0,9%
Vergangenheitsbewältigung	-	0,9%
Sonstiges	3,2%	-
<b>N</b>	<b>124</b>	<b>228</b>
<i>Zweitwichtigstes Ziel:</i>		
Verbesserung Suchtproblematik, Abstinenz	20,7	6,3%
Arbeit/Beschäftigung	13,8	27,1%
Verbesserung Wohnsituation	12,9	14,0%
Gesundheit	12,1	14,0%
Kontakt/Beziehung zu Kindern	6,9	4,1%
Therapie	6,0	-
Soziale Kontakte	5,2	15,8%
Wirtschaftliche Eigenständigkeit	5,2	4,5%
Partnerschaft, Familie	2,6	4,1%
Selbständiges Leben	1,7	2,7%
Alltagsbewältigung	1,7	1,8%
Geregelter Tagesstruktur	1,7	-
Freizeitbeschäftigung	0,9	2,6%
Sonstiges	8,6	1,8%
<b>N</b>	<b>116</b>	<b>221</b>

Gefragt nach dem Grad der Zielerreichung gibt die Mehrheit der Klientinnen und Klienten für beide Ziele an, dass dies „eher“ oder sogar „völlig“ zutreffe. Insbesondere das erstgenannte Ziel, das sich vorrangig auf die Bewältigung der Suchtproblematik bezieht (siehe oben), wurde von fast zwei Dritteln vollständig erreicht (siehe Abbildung 4.5, linke Seite). Nur

knapp 6% teilen mit, dass dies nicht zutrifft. Bezogen auf das zweite persönliche Ziel ist es ein Zehntel, das angab, dieses nicht erreicht zu haben (siehe Abbildung 4.5, rechte Seite). Schaut man auf die Ziele, auf die Letzteres zutrifft, so sind es im erstgenannten hauptsächlich wohnungsbezogene Zielsetzungen (zu 40,0%) und im zweitgenannten ebenfalls wohn- (zu 46,7%) und arbeitsbezogene Ziele (zu 37,5%), die nicht erreicht wurden. Dies geht einher mit den Beurteilungen der vorgegebenen Zielsetzungen (siehe oben) und unterstreicht wiederum den großen Stellenwert der Regelung sozialer und arbeitsbezogener Probleme im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahmen.

Abbildung 4.5

Erreichung der zwei wichtigsten persönlichen Zielsetzungen während der Maßnahme aus Sicht der Klienten



#### Leistungsbeeinträchtigungen und Unterstützung nach ICF

Durch die betreuenden Fachkräfte erfolgte in beiden Erhebungen anhand einer vorgegebenen 25 Items umfassenden Liste die Dokumentation des Ausmaßes an Leistungsbeeinträchtigungen nach ICF. Diese konnten auf einer 5er-Skala von 0 = „nicht vorhanden“ bis 4 = „voll“ (ausgeprägt) beurteilt werden.<sup>36</sup> Dabei wurden nicht immer alle Items bzw. Beeinträchtigungskategorien hinsichtlich ihrer Ausprägung bewertet, sondern es konnten auch „Lücken“ gelassen werden, indem Items mit 8 = „nicht spezifiziert“ sowie 9 = „nicht anwendbar“ dokumentiert wurden. Die Auswertung erfolgt deshalb nur unter den gültigen, d. h. mit einer Bewertung von 0 bis 4 versehenen Kategorien. Dies geschieht – wie bereits in der Aktenanalyse angewendet und im Abschnitt 3.3.1 dargestellt – auf zwei Arten: Zum einen werden alle Items mit Werten *größer* 0 aufsummiert und zu den gültigen Antworten (Werte von 0 bis 4) in Beziehung gesetzt. Es ergibt sich somit pro Klient ein prozentualer Score des Anteils an überhaupt (bzw. mindestens „leicht“) vorhandenen Beeinträchtigungen (Werte *größer* 0). Zum anderen werden alle Items aufsummiert, deren Wert *größer* 1 beträgt, d. h.

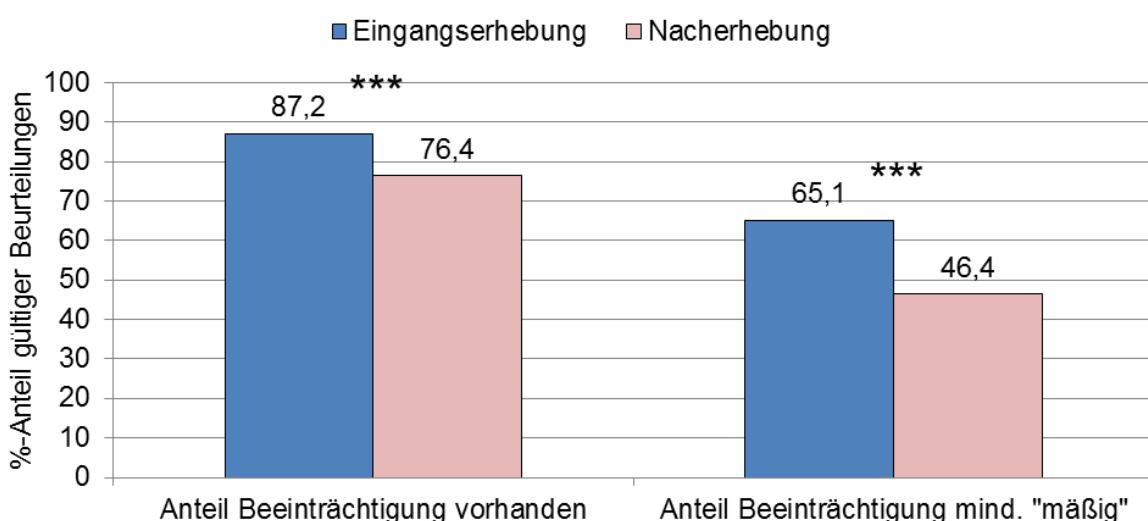
<sup>36</sup> Die Skala der Ausprägungen von Beeinträchtigungen lautet: 0 – nicht vorhanden, 1 – leicht, 2 – mäßig, 3 – erheblich, 4 – voll.

mindestens eine „mäßig“ ausgeprägte Beeinträchtigung besteht, und ebenfalls zu allen gültigen Antworten ins Verhältnis gesetzt. Auch hier ergibt sich pro Klient ein Prozentwert mindestens mäßig vorhandener Beeinträchtigungen.

In Abbildung 4.6 sind die durchschnittlichen Werte der Beeinträchtigungen nach ICF für beide Berechnungsvarianten jeweils zum Zeitpunkt der Eingangs- und Nacherhebung dargestellt. Sowohl der prozentuale Anteil an Beeinträchtigungen überhaupt ( $t=7,2$ ,  $p<0,001$ ) als auch der an mindestens mäßig vorhandenen Einschränkungen ( $t=11,0$ ,  $p<0,001$ ) verringern sich unter der Behandlung in statistisch signifikantem Ausmaß. Besonders deutlich, um fast 19 Prozentpunkte, zeichnet sich der Rückgang mindestens als mäßig beurteilter Beeinträchtigungen ab.<sup>37</sup> Es zeigt sich allerdings auch, dass die Klientinnen und Klienten zum Nacherhebungszeitpunkt bzw. Ende der Maßnahme im Durchschnitt noch in knapp der Hälfte der dokumentierten Leistungsbereiche mäßige oder gar stärkere Beeinträchtigungen aufweisen, die auf einen weiter bestehenden Betreuungsbedarf hinweisen.

Abbildung 4.6

Leistungsbeeinträchtigungen nach ICF, Ausprägungen „überhaupt vorhanden“ (Werte größer 0) und mindestens „mäßig“ (Werte größer 1). Durchschnittliche Prozentanteile an gültigen Beurteilungen pro Klient



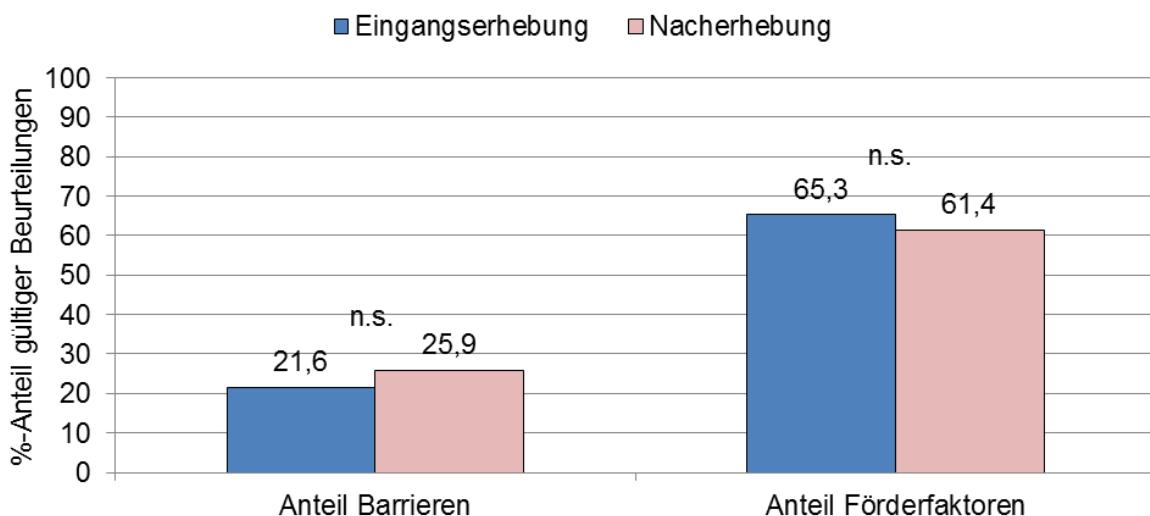
Ferner wurden im Rahmen der Dokumentation nach ICF Kontextfaktoren der Unterstützung in den drei Bereichen Bekannte/Peers/Kollegen/Nachbarn, Dienste des Wohnungswesens sowie Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens erhoben. Diese wurden entweder als *Barrieren* mit den Werten -4 bis -1 oder als Förderfaktoren mit Werten von +1 bis +4 beurteilt. Eine Null steht dabei für „nicht vorhanden“ und symbolisiert eine neutrale Bewertung, wenngleich diese bezüglich der Frage nach Unterstützung tendenziell eine negative Bedeutung haben dürfte.

<sup>37</sup> Würde man in einer dritten Auswertungsvariante nur die als „erheblich“ beurteilten Beeinträchtigungen berücksichtigen (Werte größer 2), sinken die Anteilswerte von durchschnittlich 32,0% bei der Eingangs- auf 20,6% in der Nachbefragung ( $t=7,7$ ,  $p<0,001$ ).

Die Beurteilung der drei genannten Kontextbereiche als Barrieren oder als Förderfaktoren ändert sich hinsichtlich ihrer prozentualen Anteile im Behandlungsverlauf kaum. Tendenziell lässt sich in Abbildung 4.7 eine Zunahme an Barrieren bei gleichzeitiger Abnahme an Förderfaktoren beobachten, deren Veränderungen im Vorher-Nachher-Vergleich aber nicht statistisch signifikant sind (Barrieren:  $t=-1,6$ ,  $p=0,109$ , Förderfaktoren:  $t=1,3$ ,  $p=0,196$ ).

Abbildung 4.7

Kontextfaktoren<sup>a)</sup> nach ICF, Barrieren (Werte -4 bis -1) und Förderfaktoren (Werte +1 bis +4). Durchschnittliche Prozentanteile an gültigen Beurteilungen pro Klient



<sup>a)</sup> Als Kontextfaktoren nach ICF wurde die Unterstützung durch folgende drei Bereiche/Gruppen erhoben: Bekannte/Peers/Kollegen/Nachbarn, Dienste des Wohnungswesens sowie Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens

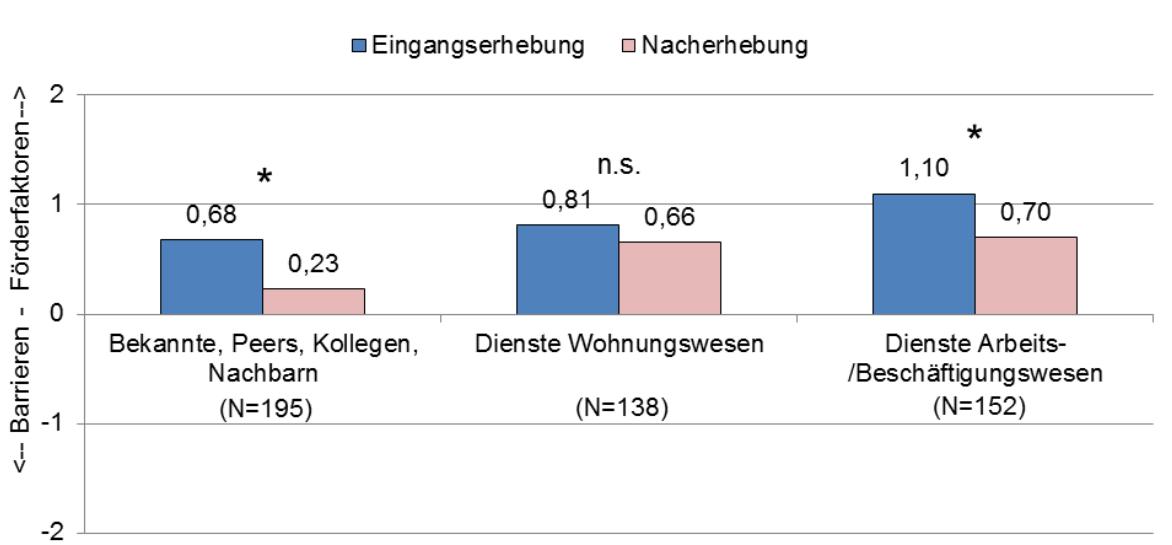
Wenngleich in diesem Abschnitt bisher auf die Berechnung von Durchschnittswerten bei den direkten Bewertungen der ICF-Kategorien verzichtet wurde, soll für die drei vorgegebenen Kontextfaktoren diesbezüglich eine Ausnahme gemacht werden. Auf diese Weise ist es möglich, den Unterstützungsbedarf und dessen Veränderung in den drei Kontextbereichen für die Gesamtgruppe darzustellen. In Abbildung 4.8 erkennt man, dass die Durchschnittswerte in allen drei Bereichen sowohl zu Behandlungsbeginn als auch bei der Nacherhebung im positiven Bereich liegen, also tendenziell als Förderfaktoren beurteilt werden. Zum Zeitpunkt der Eingangserhebung liegen diese in einem Bereich zwischen Werten von 0,68 und 1,10, was bedeutet, dass sich diese drei Kontextbereiche in etwa „leichtem“ Ausmaß als fördernd auswirken, wobei dies am stärksten für die Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens trifft.

Bezogen auf den Verlauf unter der Behandlung lässt sich in allen drei Bereichen eine leichte Abnahme der Förderfaktoren erkennen (Bekannte/Peers/Kollegen/Nachbarn:  $t=2,4$ ,  $p<0,05$ , Dienste des Wohnungswesens:  $t=0,7$ ,  $p=0,464$ , Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens:  $t=2,1$ ,  $p<0,05$ ). Dieses auf den ersten Blick unerwartete Ergebnis könnte sich aus den im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahme erfolgten Hilfe- und Unterstützungsleistungen erklären, die damit nicht den äußeren Kontextfaktoren zugeschrieben werden. Wenngleich zu

erwarten ist, dass diese äußeren Rahmenbedingungen in die jeweiligen Maßnahmen und Interventionen einbezogen werden, scheint sich der Beurteilungsfokus der betreuenden Fachkräfte eher auf die „inneren“ Unterstützungsleistungen zu konzentrieren. Zudem könnte eine Erklärung dieser Abnahme auch in einer realistischeren Beurteilung zum Ende der Eingliederungshilfemaßnahme bestehen, nachdem die Ressourcen, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Klienten klarer herausgearbeitet wurden.

Abbildung 4.8

Kontextfaktoren nach ICF, drei Bereiche: Bekannte/Peers/Kollegen/Nachbarn, Dienste des Wohnungswesens sowie Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens. Durchschnittliche Beurteilung bezüglich Barrieren (-4 bis -1) und Förderfaktoren (+1 bis +4)<sup>a)</sup>



<sup>a)</sup> Die Skala für die negative und positive Beurteilung lautet: 0 – nicht vorhanden, 1 – leicht, 2 – mäßig, 3 – erheblich, 4 – voll. In dieser Abbildung wurde der Übersichtlichkeit halber die vertikale Skala bei -2 und +2 begrenzt.

### Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Symptomatik

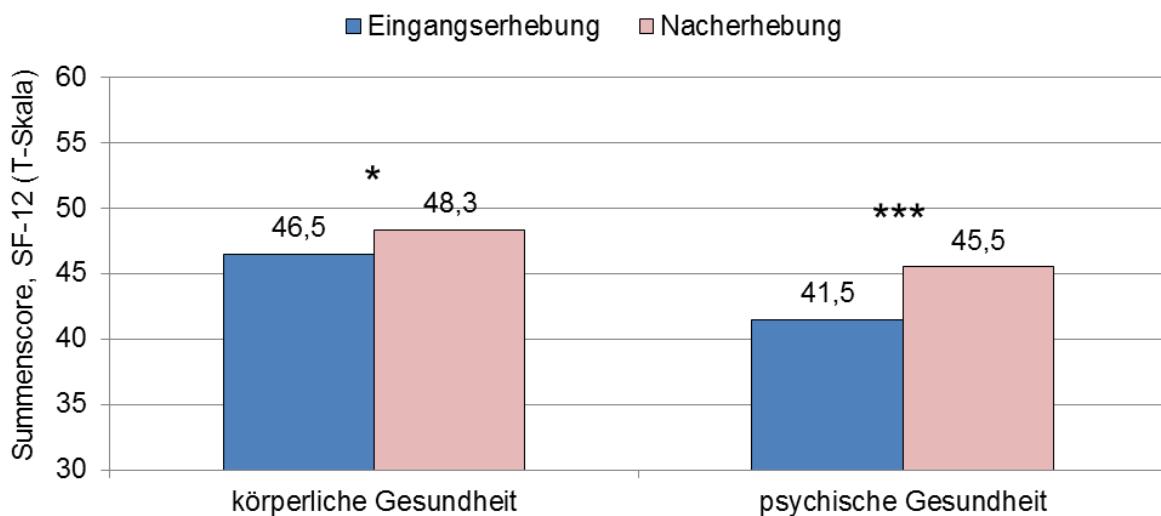
Ein Ziel der Evaluation der Eingliederungshilfe für seelisch suchtkranke behinderte Menschen bestand auch in der Darstellung der Veränderung des Gesundheitszustands. Hierzu wurden die standardisierten und vielfach erprobten Instrumente *SF-12* zur Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Morfeld et al. 2011) sowie *BSI-18* zur Beschreibung der psychischen Symptomatik (Franke et al. 2011) in der Eingangs- und Nachbefragung der Klientinnen und Klienten eingesetzt. Wie oben angesprochen, können diese Auswertungen nur mit der zur Nachbefragung wieder erreichten Klientengruppe vorgenommen werden, die im Vergleich zur Gesamtstichprobe etwas älter ist und zu einem geringeren Anteil Probleme mit illegalen Drogen aufweist.

Aus Abbildung 4.9 ist ersichtlich, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität im körperlichen ( $t=-2,0$ ,  $p<0,05$ ) und psychischen Bereich ( $t=-3,5$ ,  $p<0,001$ ) während der Maßnahme statistisch signifikant verbessert. Die Effektstärke liegt für die körperliche Summenskala mit  $d=-0,36$  eher im niedrigeren, für die psychische Summenskala mit  $d=-0,62$  im erhöhten mitt-

leren Bereich. Ferner ist ersichtlich, dass insgesamt das Gesundheitsniveau zu beiden Befragungszeitpunkten im Durchschnitt unter dem standardisierten Mittelwert der T-Skala von 50 Punkten liegt,<sup>38</sup> die Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe körperlich und psychisch somit mehr gesundheitliche Probleme aufweisen als die so genannte Normalbevölkerung.

Abbildung 4.9

Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach SF-12 zu Maßnahmebeginn und zum Zeitpunkt der Nacherhebung. Angaben der Klienten (N=129)



Die *BSI-18* erhebt die psychische Belastung in den Symptombereichen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit. Ferner kann aus allen abgefragten Items ein Gesamt-Belastungsscore, der *Global Severity Index (GSI)*, vergleichbar jenem aus der Langversion der *SCL-90-R* (Franke 2002), gebildet werden. Wenngleich Vergleichswerte einer repräsentativen deutschen Normstichprobe zum *BSI-18* derzeit nicht vorliegen, ist dieses Instrument gut in der Lage, den Grad der Veränderung der psychischen Symptombelastung bzw. Beeinträchtigung zwischen zwei (oder mehreren) Erhebungszeitpunkten sensitiv abzubilden.

Wie in Abbildung 4.10 dargestellt, geht die psychische Belastung in allen drei Symptomen sowie insgesamt deutlich (und statistisch signifikant) zurück. Die stärkste Reduktion mit einer hohen Effektstärke von  $d=0,95$  bzw.  $d=0,88$  vollzieht sich in der depressiven Symptomatik ( $t=5,4$ ,  $p<0,001$ ) sowie in der psychischen Gesamtbelastung ( $t=5,1$ ,  $p<0,001$ ).<sup>39</sup> Auch die Symptomverringerung bei der Ängstlichkeit entspricht mit  $d=0,74$  einer mittleren bis hohen Effektstärke ( $t=4,2$ ,  $p<0,001$ ). Etwas geringer, im mittleren Bereich, fällt der Effekt bei der

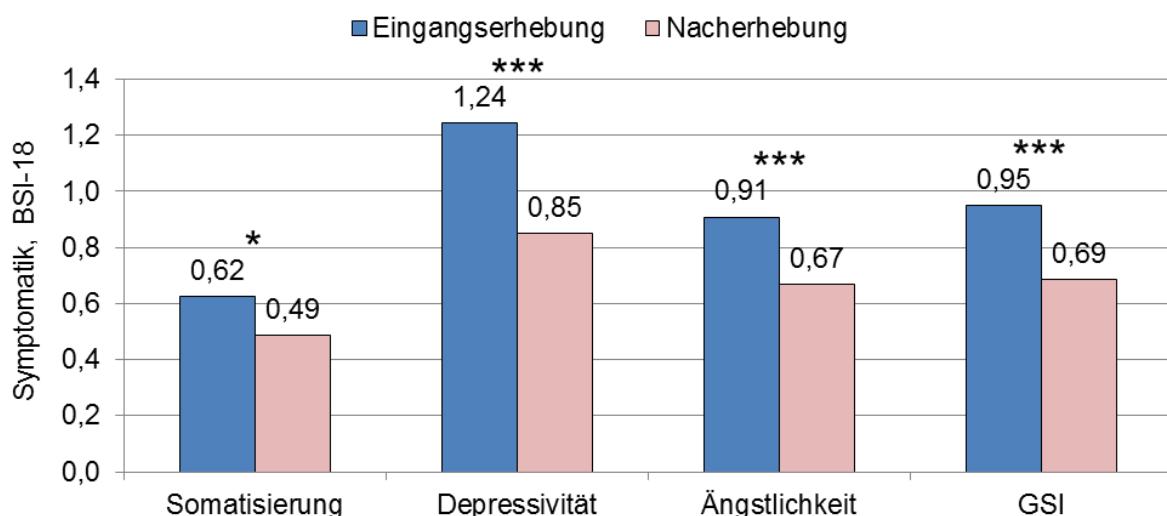
<sup>38</sup> Die Standardabweichung der T-Skala beträgt 10 Punkte.

<sup>39</sup> Wie erwähnt, sind bundesdeutsche repräsentative Normwerte zum *BSI-18* noch nicht publiziert. In der Untersuchung von Spitzer et al. (2011) sind die Werte eine nicht-klinischen Vergleichsgruppe (N=256) dargestellt, die wie folgt ausfallen (eigene Berechnung der Mittelwerte): Somatisierung M=0,20, Depressivität M=0,23, Ängstlichkeit M=0,21 sowie GSI M=0,22. Hieran wird deutlich, dass die Klientengruppe der Hamburger Eingliederungshilfe in erheblich stärkerem Ausmaß von psychischen Symptombelastungen betroffen ist.

Reduktion der Belastung durch Somatisierung aus ( $d=0,46$ ,  $t=2,6$ ,  $p<0,05$ ). Insgesamt ist aber eine spürbare Verbesserung in der psychischen Symptombelastung bei den Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfemaßnahmen zu konstatieren, die sich während des durchschnittlichen Befragungszeitraums von vier Monaten vollzieht.

Abbildung 4.10

Psychische Symptome nach BSI-18 zu Maßnahmebeginn und zum Zeitpunkt der Nacherhebung. Angaben der Klienten (N=131)



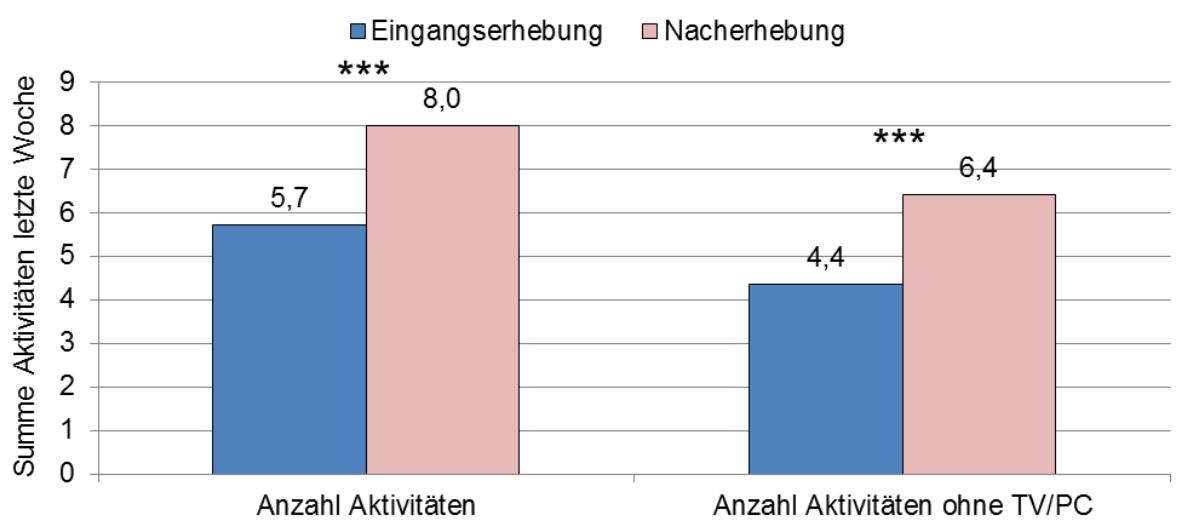
#### Freizeitaktivitäten

Anhand von sieben vorgegebenen Items wurde in der Klientenbefragung das Freizeitverhalten innerhalb der letzten Woche erhoben. Aus Sicht der betreuenden Fachkräfte war der Zielbereich „Aktivitäten/Freizeit“ mit 53,0% zu Betreuungsbeginn weit oben in der Hierarchie der zu bearbeitenden Zielsetzungen im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahme, in der Beurteilung der Betroffenen selbst war dieser Zielbereich mit 41,3% weniger wichtig (vgl. Abschnitt 4.4.2). Unabhängig davon kann in der Aktivität im Freizeitbereich ein wichtiger Bereich der kulturellen Teilhabe gesehen werden. Ferner lässt die Beschreibung des „Aktivierungsgrads“ eine Aussage darüber zu, inwieweit es gelungen ist, im Rahmen der Maßnahme Eigeninitiative und Alltagstruktur zu entwickeln.

Betrachtet man die Anzahl an Aktivitäten innerhalb der zurückliegenden Woche, hat sich diese im Vergleich zu der Zeit am Beginn der Maßnahme im Durchschnitt deutlich (und statistisch signifikant) erhöht. Dies gilt sowohl für die Summe an Aktivitäten insgesamt ( $t=-7,6$ ,  $p<0,001$ ) als auch für das Freizeitverhalten ohne die vermeintlich passiveren und isolierteren Tätigkeiten wie Fernsehen, PC/Spielkonsole und Internet ( $t=-7,4$ ,  $p<0,001$ ) (siehe Abbildung 4.11). Die Effektstärken liegen mit  $d=1,33$  bzw.  $d=1,29$  in einem außerordentlich hohen Bereich. Unter den Klientinnen und Klienten ist im Verlauf der Eingliederungshilfemaßnahme somit eine deutliche Aktivierung des Freizeitverhaltens erkennbar, die den Zielen der Teilhabeförderung folgt.

Abbildung 4.11

Freizeitaktivitäten innerhalb der zurückliegenden Woche zu Maßnahmeebeginn und zum Zeitpunkt der Nacherhebung. Angaben der Klienten (N=131)



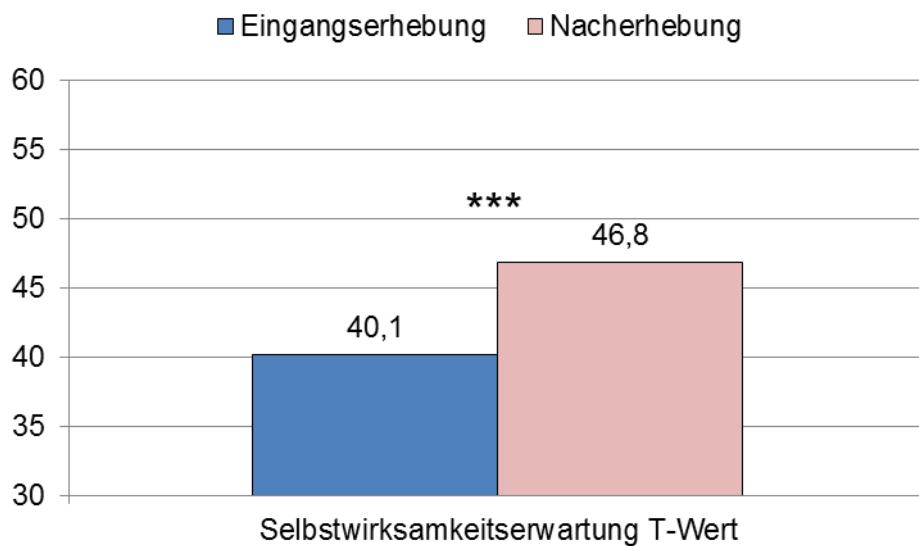
#### Selbstwirksamkeitserwartung

Schließlich wurde als ein für die Kontrolle des Suchtverhaltens sowie die Abstinenzstabilisierung wichtiger psychologischer Faktor die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) mit dem Fragebogen nach Schwarzer und Jerusalem (1999) bei den Klientinnen und Klienten erhoben. Die Selbstwirksamkeitserwartung definiert sich als „subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können“ (Schwarzer & Jerusalem 2002) und dürfte bei der subjektiven Bewältigung von Belastungen und Beeinträchtigungen eine zentrale Rolle spielen. Die verwendete Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) besteht aus zehn Items, die nach den Kategorien „stimmt nicht (1)“, „stimmt kaum (2)“, „stimmt eher (3)“ und „stimmt genau (4)“ angekreuzt werden können. Neben den Rohwerten (Summe bzw. Mittelwert über alle zehn Items), liegt eine Normierung mittels T-Skala ( $M=50$ ,  $SD=10$ ) vor, anhand derer Abweichungen von der so genannten Normstichprobe bestimmt werden können.

Im Betreuungsverlauf ergibt sich eine deutliche und statistisch signifikante Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung ( $t=-7,2$ ,  $p<0,001$ ), wobei es sich um einen sehr stark ausgeprägten Effekt handelt ( $d=1,27$ ). In Abbildung 4.12 zeigt sich, dass der durchschnittliche Anfangswert um fast sieben Punkte zum Zeitpunkt der Nacherhebung ansteigt. Ferner ist erkennbar, dass beide Werte noch weit unter dem Durchschnittsnormwert von 50 Punkten liegen, die Selbstwirksamkeitserwartung unter den Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe somit vergleichsweise gering ausgeprägt ist. Insbesondere zu Betreuungsbeginn ist eine große negative Abweichung um eine Standardabweichung festzustellen. Im Behandlungsverlauf nähert sich die Stärke der Selbstwirksamkeitserwartung dann auf einen niedrigen bis mittleren Normwert von fast 47 Punkten an.

Abbildung 4.12

Selbstwirksamkeitserwartung zu Maßnahmehbeginn und zum Zeitpunkt der Nacherhebung.  
Angaben der Klienten (N=129)



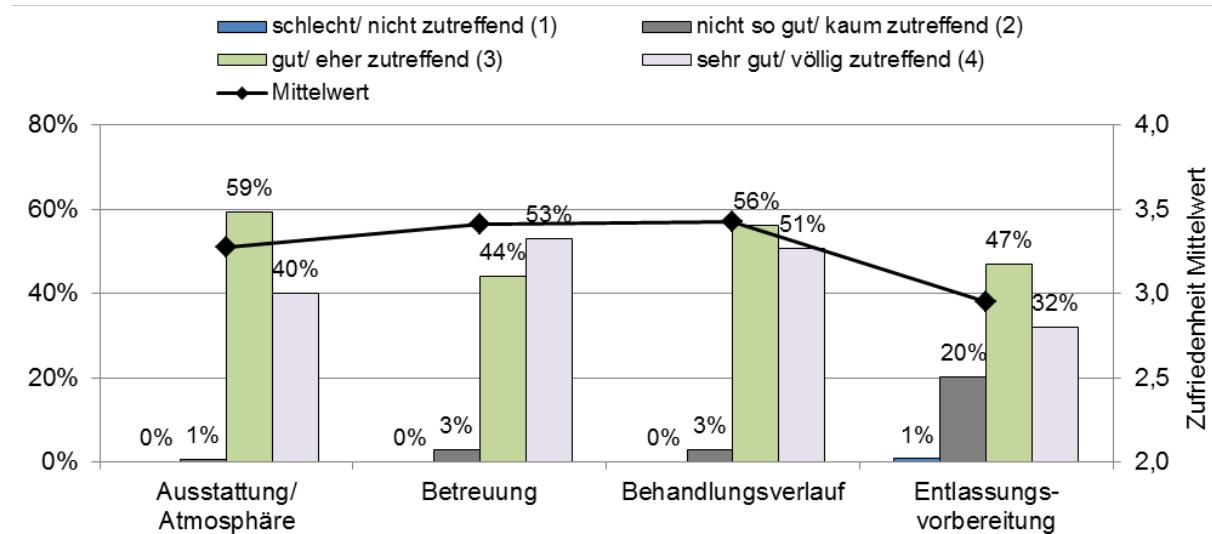
#### 4.5.4 Zufriedenheit mit dem Einrichtungsaufenthalt

Die Zufriedenheit bzw. Akzeptanz des Aufenthalts in der Einrichtung der Eingliederungshilfe wurde ausführlich in der Nachbefragung der Klientinnen und Klienten erhoben. Dabei geht es um die Bereiche Ausstattung und Atmosphäre, Betreuung, Behandlungsverlauf sowie um die Vorbereitung auf die Zeit nach der Betreuung. Wurde der erstgenannte Bereich nach den Bewertungen „schlecht (1)“ bis „sehr gut (4)“ abgefragt, so sollten die anderen drei Bereiche danach beurteilt werden, inwieweit sie zutreffen.

Aus Abbildung 4.13 wird deutlich, dass insgesamt eine ausgesprochen hohe Zufriedenheit bei den Untersuchungsteilnehmern besteht. Im Durchschnitt liegen die Bewertungen im guten bis sehr guten bzw. annähernd vollständig zutreffenden Bereich. Lediglich die Vorbereitung auf die Zeit nach der Betreuung wird von einem Fünftel der Klienten als wenig zutreffend bewertet, was sich auch in einem Durchschnittswert knapp unter drei Punkten („eher zutreffend“) ausdrückt.

Abbildung 4.13

Zufriedenheit mit dem Einrichtungsaufenthalt zum Zeitpunkt der Nacherhebung. Angaben der Klienten (N=135)



Bei Berechnung eines Zufriedenheitswerts insgesamt ergibt sich ein Mittelwert von 3,3 ( $\pm 0,4$ ) Punkten, der wiederum auf eine hohe Akzeptanz der aktuellen Maßnahme schließen lässt. Ein Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Maßnahmearbeit (Typ und Ausrichtung) sowie dem Behandlungsstatus besteht nicht. In Tabelle 4.22 ist erkennbar, dass sich alle Zufriedenheitsmittelwerte in einem vergleichbaren Bereich um 3,3 bis 3,4 Punkte bewegen und keine signifikanten Gruppenunterschiede bestehen. Dies liegt zum einen an der insgesamt sehr hohen Zufriedenheitsrate, bei der nur in Einzelfällen Abweichungen nach unten überhaupt vorkommen. Zum anderen ist aber auch zu schlussfolgern, dass die hohe Akzeptanz der Eingliederungshilfemaßnahmen für die verschiedenen Maßnahmearten gleichermaßen zutrifft und nicht vom Behandlungsstatus zum Zeitpunkt der Nacherhebung sowie von der Art des Behandlungsendes abhängt.

Tabelle 4.22

Zufriedenheit insgesamt mit dem Einrichtungsaufenthalt zum Zeitpunkt der Nacherhebung nach Maßnahmetyp und -ausrichtung sowie Behandlungsstatus

<b>Maßnahmeart, Behandlungsstatus</b>	<b>Zufriedenheit (M, SD)</b>	<b>N</b>	<b>Signifikanz<sup>a)</sup></b>
Maßnahmetyp:			n.s.
stationär	3,3 ( $\pm 0,4$ )	127	
teilstationär	3,3 ( $\pm 0,4$ )	7	
Ausrichtung der Maßnahme:			n.s.
Vorsorge	3,3 ( $\pm 0,4$ )	89	
Übergang	3,3 ( $\pm 0,4$ )	24	
Nachsorge	3,4 ( $\pm 0,3$ )	22	
Behandlungsstatus:			n.s.
Maßnahme andauernd	3,4 ( $\pm 0,4$ )	37	
Maßnahme beendet	3,3 ( $\pm 0,4$ )	98	
Abbruch	3,4 ( $\pm 0,5$ )	11	n.s.
Regulär beendet	3,3 ( $\pm 0,4$ )	82	
Anderes (z. B. Krankenhaus, Haft)	3,5 ( $\pm 0,5$ )	7	

<sup>a)</sup> Signifikanz: ANOVA: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

#### 4.5.5 Maßnahmebezogene Faktoren und effektive Zielerreichung

In der Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahmen der Eingliederungshilfe war auch geplant, maßnahmebezogene Faktoren wie z. B. Typ und Ausrichtung der Maßnahme oder die Betreuungsdauer hinsichtlich ihres Einflusses auf die Zielsetzung zu untersuchen. Stellt man zunächst den Erreichungsgrad der suchtbezogenen Zielsetzung in den Mittelpunkt, ergibt sich zwischen dem Typ der Maßnahme und dem Zielerreichungsgrad kein statistisch signifikanter Zusammenhang, wenngleich eine Tendenz zugunsten der stationären Klientel erkennbar ist (siehe Tabelle 4.23). Anders verhält es sich mit der Ausrichtung der Maßnahme. Hier zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang dahingehend, dass die Klientinnen und Klienten der Nachsorge diesbezüglich am erfolgreichsten abschneiden, gefolgt von den Vorsorgeteilnehmern und jenen der Übergangseinrichtungen. Unter den Erstgenannten haben 87,1% ihre suchtbezogene Zielsetzung überwiegend oder vollständig erreicht, unter den Letztgenannten sind es mit 52,7% deutlich weniger (siehe Tabelle 4.23).

Tabelle 4.23

Erreichungsgrad der suchtbezogenen Zielsetzung nach Maßnahmetyp und Ausrichtung der Maßnahme

<b>Suchtbezogene Zielsetzung erreicht</b>	<b>stationär</b>	<b>teilstationär</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Sign.<sup>a)</sup></b>
nein	11,5%	25,9%	13,1%	n.s.
in Teilen	18,0%	25,9%	18,9%	
überwiegend	29,5%	25,9%	29,1%	
vollständig	41,0%	22,2%	38,9%	
<b>N</b>	<b>217</b>	<b>27</b>	<b>244</b>	
<b>Suchtbezogene Zielsetzung erreicht</b>	<b>Vorsorge<sup>b)</sup></b>	<b>Übergang</b>	<b>Nachsorge</b>	<b>Gesamt</b>
nein	11,7%	20,0%	-	11,9%
in Teilen	14,6%	26,4%	12,9%	17,9%
überwiegend	30,7%	20,8%	41,9%	29,2%
vollständig	43,1%	31,9%	45,2%	40,0%
<b>N</b>	<b>137</b>	<b>72</b>	<b>31</b>	<b>240</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: Chi<sup>2</sup>-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

<sup>b)</sup> Die Kategorie „Sonstiges“ bleibt in dieser Analyse unberücksichtigt.

Betrachtet man als weitere strukturelle Faktoren die Betreuungsdauer und die Intensität an Interventionen bzw. Aktivitäten während der Maßnahme,<sup>40</sup> lassen sich ebenfalls Zusammenhänge zum Zielerreichungsgrad erkennen. Zwischen dem Erreichungsgrad der suchtbezogenen Zielsetzung und der Betreuungsdauer besteht eine positive, wenngleich niedrige Korrelation von r=.13 (p<0,05). Die Intensität an Aktivitäten insgesamt korreliert zu r=.15 (p<0,05); die Intensität der Beratungskontakte steht mit dem Zielerreichungsgrad allerdings in keinem signifikanten linearen Zusammenhang (r=.10, n.s.). Insgesamt deuten sich hier also leicht größere suchtbezogene Erfolge mit zunehmender Betreuungsdauer und -intensität im Rahmen der Eingliederungshilfemaßnahme an.

Um von maßnahmebezogenen Einflüssen letztlich zuverlässig ausgehen zu können, müssten diese bivariaten Zusammenhänge einer multivariaten Analyse standhalten, in der jene sich als signifikant herausgestellten Faktoren in einem gemeinsamen Analysemodell untersucht werden. Dies wird mit einem logistischen Regressionsmodell überprüft, in dem die Zielvariable zunächst dichotomisiert wird und die Klienten mit vollständiger Zielerreichung (39,2%) mit den übrigen verglichen werden. Ferner werden zur Vereinfachung der Ergebnisinterpretation auch die Kriterien Betreuungsdauer und -intensität ebenfalls in zwei Kategorien aufgeteilt: eine lange Betreuungsdauer liegt bei über 120 Tagen vor, eine hohe Intensität bei mehr als 5 Aktivitäten pro Woche. In Tabelle 4.24 ist das Ergebnis dieser Analyse dargestellt. Als statistische Kennwerte sind hier die Odds-Ratios („Chancen-Verhältnisse“) zu interpretieren, wobei Werte größer 1 für eine erhöhte und Werte kleiner 1 für eine verringerte Wahrscheinlichkeit stehen. Auf den ersten Blick lässt sich erkennen, dass keiner der Kennwerte statistische Signifikanz erreicht und man auf Basis des multivariaten (bzw. adjustierten) Analysemodells somit keinen Zusammenhang zwischen den untersuchten maßnahmebezogenen Einflussfaktoren und dem suchtbezogenen Zielerreichungsgrad feststellen kann. So befinden sich bei-

<sup>40</sup> Da die Anzahl an Interventionen/Aktivitäten eng mit der Betreuungsdauer zusammenhängt, wird hier nur die Intensität, also die Anzahl an Terminen pro Woche in die Analysen einbezogen (vgl. Abschnitt 4.5.2).

spielsweise unter den „Erfolgreichen“ mit 46,9% nur unwesentlich mehr Langzeitbetreute (>120 Tage) als unter denjenigen, die ihr Ziel nicht vollständig erreichten (41,5%). Ähnlich verhält es sich mit den Prozentanteilen bei der Betreuungsintensität. Die deutlichste, wenngleich nicht signifikante Beziehung liegt mit einem Odds-Ratio von 0,43 beim Maßnahmetyp vor: Im Vergleich zu stationär behandelten Klienten erreichen jene im teilstationären Setting tendenziell mit geringerer Wahrscheinlichkeit ihre suchtbezogene Zielsetzung in vollständigem Ausmaß.

Tabelle 4.24

Erreichungsgrad der suchtbezogenen Zielsetzung und maßnahmebezogene Einflussfaktoren. Logistische Regression bezogen auf den Anteil an Klienten mit vollständig erreichter Zielsetzung<sup>a)</sup>

<b>Einflussfaktoren</b>	<b>Zielsetzung vollständig erreicht</b>		<b>Odds-Ratio</b>	<b>Sign.</b>
	<b>ja</b>	<b>nein</b>		
Betreuungsdauer >120 Tage	46,9%	41,5%	1,45	n.s.
Intensität Aktivitäten pro Woche >5	41,7%	39,5%	1,16	n.s.
Maßnahmetyp: teilstationär <sup>b)</sup>	6,3%	14,1%	0,43	n.s.
Maßnahmeausrichtung. <sup>b)</sup>				
Übergangseinrichtung	24,0%	34,0%	0,66	n.s.
Nachsorge	14,6%	11,8%	1,17	n.s.
<b>N</b>	<b>95</b>	<b>142</b>		

<sup>a)</sup> Anpassungsgüte: Hosmer-Lemeshow-Test:  $\chi^2=5,9$ ,  $p=0,434$ . Nagelkerke  $R^2=0,045$ .

<sup>b)</sup> Referenzkategorien: Maßnahmetyp: stationär, Maßnahmeausrichtung: Vorsorge. Die Kategorie „Sonstiges“ bleibt in dieser Analyse unberücksichtigt.

Nicht nur die suchtbezogenen Zielsetzungen, sondern auch die Veränderungen in weiteren Lebensbereichen sollen hinsichtlich des Einflusses maßnahmebezogener Faktoren untersucht werden. Wie bereits in Abschnitt 4.5.3 erwähnt, kam es (aus Sicht der betreuenden Fachkräfte) bei den Klientinnen und Klienten im Durchschnitt in 3,6 ( $\pm 2,2$ ) Lebensbereichen zu Verbesserungen (wobei dies vorrangig die Bereiche Gesundheit, Aktivitäten und soziale Beziehungen betrifft). In Tabelle 4.25 ist zu erkennen, dass sich diese Anzahl zwischen den stationär und teilstationär Betreuten signifikant unterscheidet; die Erstgenannten erzielen im Mittel in mehr Lebensbereichen Verbesserungen als die (vergleichsweise wenigen) Klienten in teilstationären Maßnahmen. Bei der Ausrichtung der Maßnahme können diesbezüglich keine statistisch signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden.

Tabelle 4.25

Durchschnittliche Anzahl Verbesserungen in weiteren Lebensbereichen aus Sicht der Betreuer nach Maßnahmetyp und Ausrichtung der Maßnahme

	stationär	teilstationär	Gesamt	Sign. <sup>a)</sup>
Anzahl Verbesserungen, M (SD)	3,6 ( $\pm 2,1$ )	2,7 ( $\pm 2,4$ )	3,5 ( $\pm 2,2$ )	*
N	<b>219</b>	<b>27</b>	<b>246</b>	
	Vorsorge <sup>b)</sup>	Übergang	Nachsorge	Gesamt
Anzahl Verbesserungen, M (SD)	3,6 ( $\pm 2,1$ )	3,3 ( $\pm 2,3$ )	4,1 ( $\pm 2,2$ )	3,6 ( $\pm 2,2$ )
N	<b>138</b>	<b>73</b>	<b>31</b>	<b>242</b>

<sup>a)</sup> Signifikanz: T-Test/ANOVA: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

<sup>b)</sup> Die Kategorie „Sonstiges“ bleibt in dieser Analyse unberücksichtigt.

Zwischen den Faktoren Betreuungsdauer ( $r=.22$ ,  $p < 0,01$ ) und Intensität an Interventionen/Aktivitäten ( $r=.16$ ,  $p < 0,05$ ) können wiederum signifikante positive Korrelationen im niedrigen bis mittleren Bereich festgestellt werden. Sowohl eine längere Dauer als auch eine höhere Intensität der Betreuung stehen mit einer erhöhten Anzahl an Verbesserungen im Zusammenhang.

In einem multivariaten Analysemodell werden wiederum die genannten maßnahmebezogenen Faktoren gemeinsam einbezogen. Als Erfolgskriterium wird die Anzahl an Verbesserungen dichotomisiert: mehr als drei Verbesserungen (50,6% der Klienten) im Vergleich zu höchstens drei. Basierend auf dieser Operationalisierung zeigt sich in Tabelle 4.26, dass sich bei den Faktoren Betreuungsdauer und Intensität statistisch signifikante Zusammenhänge zeigen. Eine längere Betreuungsdauer ( $>120$  Tage) sowie eine höhere Intensität an Interventionen und Aktivitäten ( $>5$  pro Woche) wirkt sich somit positiv auf die Anzahl der unter der Eingliederungshilfemaßnahme erreichten Verbesserungen aus. Länger und intensiver betreute Klientinnen und Klienten haben eine mehr als doppelt so große Chance Verbesserungen dieses Ausmaßes zu erreichen.<sup>41</sup> Typ und Ausrichtung der Maßnahme stehen wiederum in keinem relevanten Zusammenhang zum Erfolgskriterium einer substanzienlen Verbesserung in verschiedenen Lebensbereichen (wenngleich sich auch hier eine nicht signifikante Tendenz einer geringeren Wirkung im teilstationären Setting abzeichnet).

<sup>41</sup> Spätestens an dieser Stelle muss aus wissenschaftlich-methodischer Sicht darauf hingewiesen werden, dass man nicht von einer Kausalitätsbeziehung zwischen den Einflussfaktoren und Zielkriterien sprechen kann. Der festgestellte Zusammenhang kann ebenso darauf hindeuten, dass nicht erfolgreiche oder stagnierende Verläufe zu einer kürzeren Betreuungsdauer führen bzw. die betroffenen Personen weniger gewillt oder motiviert sind, an mehreren Interventionen/Aktivitäten teilzunehmen. Da die vorliegende Evaluationsstudie ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde, können solche Wechselwirkungen nicht genauer untersucht werden.

Tabelle 4.26

Verbesserungen in weiteren Lebensbereichen aus Sicht der Betreuer und maßnahmebezogene Einflussfaktoren. Logistische Regression bezogen auf den Anteil an Klienten mit mehr als drei Verbesserungen im Behandlungsverlauf<sup>a)</sup>

<b>Einflussfaktoren</b>	<b>mehr als 3 Verbesserungen</b>		<b>Odds-Ratio</b>	<b>Sign.</b>
	<b>ja</b>	<b>nein</b>		
Betreuungsdauer >120 Tage	50,8%	35,5%	2,39	**
Intensität Aktivitäten pro Woche >5	47,6%	32,2%	2,23	**
Maßnahmetyp: teilstationär <sup>b)</sup>	6,5%	15,6%	0,49	n.s.
Maßnahmeausrichtung: <sup>b)</sup> Übergangseinrichtung Nachsorge	25,0% 14,5%	35,6% 11,0%	0,54 1,18	n.s. n.s.
<b>N</b>	<b>122</b>	<b>117</b>		

<sup>a)</sup> Anpassungsgüte: Hosmer-Lemeshow-Test:  $\chi^2=4,5$ ,  $p=0,715$ . Nagelkerke  $R^2=0,124$ .

<sup>b)</sup> Referenzkategorien: Maßnahmetyp: stationär, Maßnahmeausrichtung: Vorsorge. Die Kategorie „Sonstiges“ bleibt in dieser Analyse unberücksichtigt.

#### 4.5.6 Personenbezogene Faktoren und effektive Zielerreichung

Hinsichtlich der personenbezogenen Faktoren, die einen Einfluss bzw., neutraler formuliert, einen Zusammenhang zur Wirksamkeit der Eingliederungshilfemaßnahme aufweisen, kommt eine Reihe von individuell unterschiedlich ausgeprägter Kriterien und Charakteristika in Frage, von denen hier – gestützt auf Plausibilitätsannahmen impliziter Hypothesen – nur einige ausgewählt werden. Dabei geht es um Geschlecht, Alter und die Hauptproblemsubstanz (unterschieden nach Alkohol und illegaler Drogen). Ferner werden Zusammenhänge mit dem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand (nach SF-12 und BSI-18), dem Ausmaß der sozialen Unterstützung (nach SOZU) sowie bereits bestehender Vorerfahrungen mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe untersucht, wobei, da es sich um eine Prädiktorenanalyse handeln soll, jeweils auf die Situation zu Betreuungsbeginn zurückgegriffen wird.<sup>42</sup> Als Zielkriterien werden wiederum der Erreichungsrad der suchtbezogenen Zielsetzung sowie die Anzahl an Verbesserungen in verschiedenen Lebensbereichen herangezogen.

Betrachtet man die suchtbezogene Zielsetzung und deren Zusammenhang mit den oben genannten Faktoren Geschlecht, Hauptproblemsubstanz und bisherige EGH-Maßnahme, so zeigt sich nur im letztgenannten Merkmal ein statistisch signifikantes Ergebnis: Der mit einem Viertel vergleichsweise geringe Anteil an Klientinnen und Klienten, die bisher nicht im Rahmen der Eingliederungshilfe betreut wurden, ist hinsichtlich ihrer suchtbezogenen Zielsetzung erfolgreicher (siehe Tabelle 4.27). Mit insgesamt 81,3% haben sie ihr Ziel überwiegend oder

<sup>42</sup> Der Rückgriff auf die Situation zu Betreuungsbeginn, also zum Zeitpunkt der Eingangserhebung, hat zudem den Vorteil, dass erheblich mehr Klientendaten als zum Zeitpunkt der Nacherhebung berücksichtigt werden können. Ferner spielt es bei veränderungssensitiven Prädiktoren wie dem Gesundheitszustand oder der psychischen Symptomatik eine Rolle, diese zu einem Zeitpunkt abzubilden, an dem eine Beeinflussung durch die aktuelle zu evaluierende Behandlung möglichst gering ist.

vollständig erreicht, während dies bei den EGH-erfahrenen Klienten nur zu einem Anteil von 64,3% der Fall ist.

Tabelle 4.27

Erreichungsgrad der suchtbezogenen Zielsetzung nach den personenbezogenen Faktoren Geschlecht, Hauptproblemsubstanz und bisherige EGH-Maßnahme

<b>Suchtbezogene Zielsetzung erreicht</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Sign.<sup>a)</sup></b>
nein	14,9%	4,7%	13,1%	n.s.
in Teilen	18,8%	18,6%	18,8%	
überwiegend	29,2%	27,9%	29,0%	
vollständig	37,1%	48,8%	39,2%	
<b>N</b>	<b>202</b>	<b>43</b>	<b>245</b>	
<b>Suchtbezogene Zielsetzung erreicht</b>	<b>Alkohol</b>	<b>illegal Drogen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Sign.</b>
nein	11,7%	16,4%	12,9%	n.s.
in Teilen	20,1%	14,8%	18,8%	
überwiegend	30,2%	24,6%	28,7%	
vollständig	38,0%	44,3%	39,6%	
<b>N</b>	<b>179</b>	<b>61</b>	<b>240</b>	
<b>Suchtbezogene Zielsetzung erreicht</b>	<b>in EGH bisher</b>	<b>nicht in EGH</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Sign.</b>
nein	15,5%	6,8%	13,2%	*
in Teilen	20,2%	11,9%	18,1%	
überwiegend	30,4%	23,7%	28,6%	
vollständig	33,9%	57,6%	40,1%	
<b>N</b>	<b>168</b>	<b>59</b>	<b>227</b>	

<sup>a)</sup> Signifikanz: Chi<sup>2</sup>-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Die anderen (kontinuierlich verteilten) personenbezogenen Merkmale wie z. B. das Alter und die Skalen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden wieder anhand von Korrelationen bezüglich ihres Zusammenhangs zum Erfolgskriterium geprüft. Es kann vorweg genommen werden, dass in keinem der weiteren Faktoren eine statistisch signifikante Beziehung festgestellt werden kann. Sämtliche Korrelationen – Alter: r=.10, körperliche LQ: r=.02, psychische LQ: r=.02, psychische Symptomatik (GSI): r=.06, soziale Unterstützung (SOZU): r=.07 – liegen in vernachlässigbar niedrigen Bereichen und erreichen nicht das notwendige Signifikanzniveau.

Bei den untersuchten personenbezogenen Faktoren (bzw. Prädiktoren) kann somit lediglich die Vorerfahrung mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe in einen Zusammenhang mit dem Erreichen der suchtbezogenen Zielsetzung gestellt werden. Hierbei handelt es sich zudem um ein Merkmal, das nur teilweise eine personenbezogene Komponente aufweist, da solche Betreuungsvorerfahrungen durchaus von äußeren Faktoren mitbeeinflusst werden. Allzu häufig spielen administrative, sozialrechtliche und ggf. versicherungsrechtliche Regelungen und Vorgaben eine Rolle in Bezug darauf, welche Art von Betreuungsmaßnahme in Anspruch genommen wird. Vorerfahrungen mit anderen Behandlungsformen (Entzugsbehandlungen, Entwöhnungstherapien) sind bei nahezu allen Klientinnen und Klienten vorhanden (siehe Ab-

schnitt 4.4.1); die Aufnahme einer Eingliederungshilfemaßnahme ist bei vielen nur ein „Baustein“ in der zumeist lange andauernden Phase der therapeutischen Unterstützung.

Ein multivariates Analysemodell zum Zusammenhang von personenbezogenen Merkmalen und der suchtbezogenen Zielsetzung wird aufgrund der nur in einem Fall nachgewiesenen bivariaten statistischen Beziehung nicht berechnet.

Abschließend geht es auch in diesem Abschnitt um die Untersuchung des Einflusses personenbezogener Prädiktoren in Bezug auf die Veränderungen in weiteren Lebensbereichen. Schaut man zunächst auf die kategorialen Merkmale Geschlecht, Hauptproblemsubstanz und bisherige Eingliederungshilfemaßnahme, ergibt sich in keinem der drei Faktoren ein signifikanter Zusammenhang zum Erfolgskriterium einer Verbesserung in weiteren Lebensbereichen (siehe Tabelle 4.28). Es zeigen sich beim Geschlecht und bei der Erfahrung mit EGH-Maßnahmen nur geringe Unterschiede im Verbesserungsscore, bei der Hauptproblemsubstanz sind die Werte gleich groß.

Tabelle 4.28

Durchschnittliche Anzahl Verbesserungen in weiteren Lebensbereichen aus Sicht der Betreuer nach den personenbezogenen Faktoren Geschlecht, Hauptproblemsubstanz und bisherige EGH-Maßnahme

	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Sign.<sup>a)</sup></b>
Anzahl Verbesserungen, M (SD)	3,4 ( $\pm 2,2$ )	4,0 ( $\pm 2,2$ )	3,6 ( $\pm 2,2$ )	n.s.
<b>N</b>	<b>203</b>	<b>44</b>	<b>247</b>	
	<b>Alkohol</b>	<b>illegal Drogen</b>		<b>Sign.</b>
Anzahl Verbesserungen, M (SD)	3,6 ( $\pm 2,1$ )	3,6 ( $\pm 2,5$ )	3,6 ( $\pm 2,2$ )	n.s.
<b>N</b>	<b>180</b>	<b>62</b>	<b>242</b>	
	<b>in EGH bisher</b>	<b>nicht in EGH</b>		<b>Sign.</b>
Anzahl Verbesserungen, M (SD)	3,5 ( $\pm 2,2$ )	3,9 ( $\pm 2,1$ )	3,6 ( $\pm 2,2$ )	n.s.
<b>N</b>	<b>169</b>	<b>59</b>	<b>228</b>	

<sup>a)</sup> Signifikanz: T-Test: \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001.

Bezüglich der kontinuierlich ausgeprägten Merkmale ergeben sich folgende Korrelationen zum Kriterium der Anzahl an Verbesserungen in weiteren Lebensbereichen: Alter:  $r=.03$ , körperliche LQ:  $r=.06$ , psychische LQ:  $r=-.15$  ( $p<0,05$ ), psychische Symptomatik (GSI):  $r=.10$  und soziale Unterstützung (SOZU):  $r=-.11$ . Bis auf die psychische Summenskala der SF-12, dem Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, ergeben sich keine statistisch signifikanten und damit interpretierbaren Assoziationen. Ein schlechterer psychischer Gesundheitszustand (niedrigere Werte) geht mit einer höheren Anzahl an Verbesserungen in verschiedenen Lebensbereichen einher. Dieser auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheinende Zusammenhang könnte sich v. a. daraus erklären, dass Klienten in einem relativ schlechteren psychischen Gesundheitszustand ein erhöhtes Verbesserungspotential in verschiedenen Lebensbereichen aufweisen können. Allerdings handelt es sich um eine sehr niedrige Korrelation, was besagt, dass es sich nicht um einen besonders robusten Zusammenhang handelt.

Auch in diesem Fall wird auf die Berechnung eines multivariaten Analysemodells zum Zusammenhang von personenbezogenen Merkmalen und der Anzahl Verbesserungen in weiteren Lebensbereichen aufgrund der nur in einem Fall bivariat nachgewiesenen statistischen Beziehung verzichtet.

#### **4.6 Zusammenfassung prospektive Untersuchung (Modul B)**

Im Rahmen der prospektiven Untersuchung konnten bei der Eingangserhebung über einen zwölfmonatigen Zeitraum von insgesamt N=255 Klientinnen und Klienten Informationen erhoben werden, was etwa der Hälfte aller innerhalb eines Jahres neu bewilligten Fälle, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllen, entspricht. In der Nach- bzw. Abschlusserhebung konnten N=247 Klienten wieder erreicht werden, wobei nur von einem Teil der Personen (N=136) auch der selbst ausgefüllte Klientenfragebogen vorliegt. Ziel dieses Studienmoduls war die Evaluierung der unter der Eingliederungshilfemaßnahme bei den neu bewilligten Klienten eintretenden Veränderungen. Ferner ging es um die Frage, mit welchen maßnahmen- und personenbezogenen Faktoren eine effektive Zielerreichung im Zusammenhang steht. Die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer befindet sich in einem stationären Setting, nur ein Zehntel ist in einer teilstationären Maßnahme. Bei drei Viertel ist die Maßnahme auf drei Monate angelegt, und es handelt sich zu 60% um Vorsorge. Zu Maßnahmeebeginn sind die Klientinnen und Klienten im Durchschnitt gut 40 Jahre alt. Mehr als vier Fünftel sind Männer. Die Mehrheit lebt allein, nur ein Viertel hat eine feste Partnerschaft. Nicht einmal ein Zehntel geht einer regulären Beschäftigung nach. So gut wie alle Untersuchungsteilnehmer haben Vorerfahrungen mit Suchtbehandlungen, v. a. stationäre Entzugsbehandlungen und Entwöhnungstherapien. Drei Viertel nahmen zuvor bereits an Maßnahmen der Eingliederungshilfe teil, davon die Mehrheit innerhalb der letzten zwölf Monate. Der erste Kontakt zur Suchthilfe erfolgte im Durchschnitt vor etwa zehn Jahren. Mit zwei Dritteln geht es bei der Mehrheit um Alkoholprobleme, etwa ein Fünftel gibt „harte“ illegale Drogen wie Heroin oder Kokain als Hauptproblemsubstanz an. Hauptzielsetzung bezogen auf das Sucht- bzw. Konsumverhalten ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Als weitere wichtigste Zielsetzungen werden aus Sicht der betreuenden Fachkräfte die Stabilisierung der Gesundheit sowie der Bereich Aktivitäten und Freizeit genannt. Aus Sicht der Betroffenen selbst stehen die Bereiche Wohnen, Gesundheit sowie Arbeit und Beschäftigung ganz oben in der Zielsetzung.

Im Rahmen der Nacherhebung, die regulär nach sechs Monaten oder bei vorheriger Entlassung entsprechend vorzeitig erfolgen sollte, konnten 58% der Klienten direkt nachbefragt werden. Die kundenbezogene Dokumentation der Betreuer erfolgte mit 97% in der Nacherhebung fast vollständig. Die durchschnittliche Betreuungsdauer aller Klientinnen und Klienten beträgt vier Monate. Für 82% der Klienten wurde die Maßnahme zwischenzeitlich beendet, im Durchschnitt nach 101 Tagen. Bei den Klienten, deren Maßnahme noch andauert, vergingen seit der Aufnahme durchschnittlich 203 Tage. Für die Hälfte der Beender erfolgte der Behandlungsabschluss auf reguläre Art. Dies geschah durchschnittlich nach 120 Tagen, bei den Abbrechern waren es nur 74 Tage. Alle Klientinnen und Klienten hatten während der Maßnahme beratende Einzelgespräche, 87% auch Gruppengespräche. Unter den nicht beratungsbezogenen Interventionen waren Konsum- bzw. rückfallbezogene Trainings sowie

Sportgruppen am häufigsten. Im Mittel nahmen die Untersuchungsteilnehmer an 85 Interventionen und Aktivitäten teil, was im Durchschnitt etwa fünf Interventionen pro Woche entspricht.

Die Gruppe der wieder erreichten Klientinnen und Klienten, die selbst befragt werden konnte, ist im Vergleich zur Ausgangsstichprobe etwas älter und wird zu einem größeren Anteil aufgrund von Alkoholproblemen in der Eingliederungshilfemaßnahme betreut. Die Nachbefragung fand im Durchschnitt nach vier Monaten statt, die zweite Betreuerdokumentation nach gut dreieinhalb Monaten. Aus Sicht der betreuenden Fachkräfte haben mehr als zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer ihre suchtbezogene Zielsetzung überwiegend oder sogar vollständig erreicht. Bei 69% hat sich der Umgang mit Suchtmitteln verbessert. Auch in weiteren Lebensbereichen wie z. B. Gesundheit, Freizeitaktivitäten oder soziale Beziehungen kam es im Mittel in 3,6 Bereichen zu Verbesserungen. Aus Sicht der nachbefragten Klienten wird die Veränderung im Umgang mit Suchtmitteln noch positiver beurteilt. Die Veränderungen in anderen Lebensbereichen entsprechen weitgehend den Beurteilungen der Betreuer. Insbesondere bei den von den Klientinnen und Klienten persönlich formulierten Zielsetzungen wurde das wichtigste Ziel zu 63% und das zweitwichtigste zu 47% vollständig erreicht. In fast allen erhobenen Bereichen sind statistisch signifikante positive Veränderungen während der Eingliederungshilfemaßnahme eingetreten. Die Leistungsbeeinträchtigungen nach ICF sind zurückgegangen, bei den Kontextfaktoren jedoch ist in allen drei erhobenen Bereichen eine leichte Abnahme der Förderfaktoren zu erkennen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich im körperlichen und psychischen Bereich während der Maßnahme signifikant verbessert. Auch die psychische Symptombelastung hat sich sowohl insgesamt als auch in den Symptomen Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung verringert. Eine insgesamt starke Zunahme ist bei der Anzahl an Freizeitaktivitäten zu erkennen, was für eine gelungene Teilhabeförderung während der Betreuung spricht. Und schließlich erhöhte sich die Selbstwirksamkeitserwartung unter der Betreuung deutlich, was in Bezug auf eine Stabilisierung der eingetretenen Veränderungen von Bedeutung ist. Die Ergebnisse dieses prospektiv angelegten Untersuchungsmoduls stehen somit im Einklang mit den Resultaten einer der wenigen durchgeführten Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Eingliederungshilfemaßnahmen, jener von Steinhart und Höptner (2015), in der ebenfalls eine gute Zielerreichung und eine positive Tendenz hinsichtlich erhöhter Lebenszufriedenheit und verringelter psychischer Symptombelastung festgestellt wurde.

Insgesamt besteht eine ausgesprochen hohe Zufriedenheit bei den Untersuchungsteilnehmern mit den Bereichen Ausstattung und Atmosphäre, Betreuung, Behandlungsverlauf sowie die Vorbereitung auf die Zeit nach der Betreuung. Dabei zeigen sich zwischen dem Maßnahmetyp (stationär/teilstationär) und der Ausrichtung der Maßnahme (Vorsorge/Übergang/Nachsorge) keine bedeutsamen Unterschiede.

Abschließend wurde untersucht, inwieweit maßnahmen- und personenbezogene Faktoren mit der Zielerreichung im Zusammenhang stehen. Als maßnahmbezo gen wurden die Merkmale Maßnahmetyp und -ausrichtung, Betreuungsdauer, Intensität an Interventionen/Aktivitäten insgesamt sowie Intensität an Beratungskontakten ausgewählt. Als personenbezogene Faktoren (bzw. Prädiktoren) gelten Geschlecht, Hauptproblemsubstanz, bisherige Eingliederungshilfemaßnahme, Alter, körperliche und psychische Lebensqualität, psychische Symptombe-

lastung sowie soziale Unterstützung. Dabei wurde zwischen suchtbezogenen und weiteren Zielsetzungen in verschiedenen Lebensbereichen unterschieden. Im Rahmen eines multifaktoriellen Analysemodells ergibt sich unter den maßnahmbezo genen Faktoren kein statistisch signifikanter Zusammenhang zu einer vollständigen Erreichung des suchtbezogenen Ziels (bei dem es sich vorrangig um die Stabilisierung der Abstinenz handelt). Hinsichtlich der Verbesserung in weiteren Lebensbereichen wirken sich eine längere Maßnahmedauer und eine höhere Intensität an Betreuungsaktivitäten positiv aus. Ein statistisch signifikanter Einfluss personenbezogener Faktoren auf den Zielerreichungsgrad ist nur vereinzelt nachweisbar. Lediglich die Vorerfahrungen mit Eingliederungshilfemaßnahmen stehen in einem Zusammenhang mit der suchtbezogenen Zielsetzung: Erstmalig im Rahmen der Eingliederungshilfe Betreute erreichen ihr suchtbezogenes Ziel zu einem größeren Anteil vollständig. Hinsichtlich der weiteren Lebensbereiche ergibt sich eine Assoziation dahingehend, dass ein schlechterer psychischer Gesundheitszustand mit einem größeren Ausmaß an Verbesserungen einhergeht.

## **5. Zusammenfassung**

### **5.1 Stand der Eingliederungshilfe**

Vor dem Hintergrund der Beschreibung längerfristiger Trends der Eingliederungshilfe steht in dieser Studie die übergreifende Frage der Wirksamkeit (Angemessenheit, Zielerreichung) im Mittelpunkt. Die Fragestellungen zu Zielerreichung und Einflussfaktoren sollen – so die Studienanlage – durch den Vergleich unterschiedlicher Inanspruchnahmegruppen beantwortet werden. Darauf beziehen sich die Untersuchungsmodule, die ausgehend vom Gesamtüberblick (Modul A1) die Fragestellungen für Untergruppen wie die intensiven Nutzer (Modul A2) und die neubewilligten Eintritte in Maßnahmen der Eingliederungshilfe (Modul B) analysieren.

Die Analyse der Datenbank zu den erbrachten 9.757 Maßnahmen der Eingliederungshilfe in den letzten 5 Jahren (Modul A1) bietet einen Überblick über das gesamte Versorgungsgeschehen, das von der BGV im Bereich Eingliederungshilfe Sucht verwaltet wird. Auf dieser Grundlage kann die Nutzung von verschiedenen Maßnahmen durch 3.501 Personen mit Abhängigkeitsstörungen detailliert über den Untersuchungszeitraum von 5 Jahren – auf der Ebene der Maßnahmen einerseits und auf der Ebene der Personen andererseits – beschrieben werden. Bei gleichbleibender Zahl von bewilligten und angetretenen Maßnahmen pro Jahr verlängert sich für eine nur leicht ansteigende Personenzahl der Verbleib in bestimmten Maßnahmetypen der Eingliederungshilfe relevant. Dies sind Maßnahmen am Ende der Versorgungskette der Eingliederungshilfe, bei denen Nachsorge- bzw. Übergangseinrichtungen versuchen, an vorrangige Kostenträger zu vermitteln (z. B. an Pflegeeinrichtungen oder Werkstätten), oder längerfristige Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in geeigneten Anschlussmaßnahmen (z. B. Betreuung im eigenen Wohnraum) leisten.

Dabei bleibt die Struktur der angebotenen und genutzten Leistungen mit einer Dominanz stationärer Maßnahmen über die Jahre unverändert. Im Beobachtungszeitraum erfolgt noch keine Verschiebung in Richtung teilstationärer und ambulanter Maßnahmen. Insgesamt wächst der Anteil außerhalb Hamburgs erbrachter Leistungen kontinuierlich.

Bei der Betrachtung von Inanspruchnahmen von Maßnahmen – hinsichtlich Dauer, Beendigungen (Abbruch, Beendigung, Verbleib in EGH-Maßnahmen) zeigen sich zunächst angebotsbezogene Unterschiede. Die längeren Inanspruchnahmen finden sich vor allem bei Übergangsmaßnahmen und insbesondere in Maßnahmen außerhalb Hamburgs. Andauernde, d. h. über den gesamt fünfjährigen Beobachtungszeitraum praktisch durchgängige Maßnahmen der Eingliederungshilfe erhalten bezogen auf das letzte in die Analyse einbezogene Jahr (2014) zwischen 6% und 16% aller Klientinnen und Klienten eines Jahres.

Auf der Ebene des in der Datenbank dokumentierten Versorgungsgeschehens sind für andauernde Inanspruchnahmen keine eindeutigen personenbezogenen Faktoren identifizierbar. Verlängerungen beziehen sich zunächst gleichermaßen auf alle Maßnahmetypen (mit Ausnahme der Vorsorge<sup>43</sup>), die den Übergang in ein selbständiges Leben ermöglichen bzw. an

---

<sup>43</sup> Vorsorge als Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation ist stärker auf ein definiertes (und zugleich strukturelles) Ziel ausgerichtet.

vorrangige Kostenträger vermitteln. Den strukturellen Problemen der Teilhabeförderung für bestimmte Gruppen (etwa Wohnraum-, Arbeitsangebote) kann mit der Analyse der Datenbank allein nicht nachgegangen werden.

Als Einflussfaktoren für längeren Verbleib bzw. einer intensiveren Nutzung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe deuten sich im Vergleich der Inanspruchnahmegruppen ein höheres Alter und Opiatabhängigkeit als im Vordergrund stehendes Suchtproblem an.

In Modul A2 (Aktenanalyse) sollten solche Faktoren – wie schwere körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit, die mit der Substanzabhängigkeit in Verbindung stehen – identifiziert werden. Hier stehen personenbezogenen Kennzeichen intensiverer Inanspruchnahme im Mittelpunkt.

Die Akten wurden auf Grundlage des Kriteriums intensiver Inanspruchnahme (>365 Tage bzw. >730 Tage über den Untersuchungszeitraum 2010 bis 2014) gezielt ausgewählt. Im Vergleich der beiden Gruppen *intensiver* (>365 Tage in 5 Jahren) und *sehr intensiver* (>730 Tage in 5 Jahren) Nutzung zeigen sich die folgenden Tendenzen: intensive (bis hin zur dauerhaften) Inanspruchnahme ist assoziiert mit höherem Alter, schweren körperlichen<sup>44</sup> Erkrankungen, der Einrichtung gesetzlicher Betreuung und etwas stärkeren sozialen Beeinträchtigungen. Die festgestellten Zusammenhänge für die Gruppen mit intensiver und sehr intensiver Inanspruchnahme, soweit sie auf Grundlage<sup>45</sup> der Akten erfasst werden konnten, gehen in die erwartete Richtung sind aber insgesamt eher schwach ausgeprägt<sup>46</sup>.

Hinsichtlich der Problemlagen ist daher ein Vergleich der Gruppe der intensiven Nutzer (Modul A2) mit den Klientinnen und Klienten der prospektiven Untersuchung (Modul B) von Interesse. Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten sind für eine Gesamtübersicht über die Klientinnen und Klienten der EGH wichtig, da beide Gruppen zusammen etwa die Hälfte der 1.100 bis 1.200 Nutzer eines Jahres repräsentieren. Im Modul A2 (Aktenanalyse) sind mit 292 Personen und in Modul B (prospektive Untersuchung) mit 255 Personen fast die Hälfte der Nutzer eines Jahreszeitraums einbezogen. Die beiden untersuchten Gruppen repräsentieren teilweise gegensätzliche Enden des gesamten Versorgungsgeschehens: in der Aktenanalyse (Modul A2) stehen die Klientinnen und Klienten mit längeren Inanspruchnahmen und offenbar mehr Schwierigkeiten beim Übergang in ein selbständigeres Leben im Mittelpunkt. Im Unterschied dazu – aufgrund des Einschlusskriteriums keiner EGH-Maßnahme im letzten Monat vor der Bewilligung – erreicht die prospektive Untersuchung (Modul B) etwas jüngere Personen mit vermehrter Alkoholproblematik, die eher in Vorsorgemaßnahmen eintreten.

Auch bei diesen beiden Gruppen finden sich – neben dem Alter und der Primärdroge (die Klientinnen und Klienten aus der Aktenanalyse sind älter und Opiate sind häufiger vertreten), Unterschiede hinsichtlich der Wohn- und Arbeitssituation (die intensiven Nutzer haben häufiger

---

<sup>44</sup> Hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität zeigt sich kein Zusammenhang.

<sup>45</sup> Die Aktenlage ist nicht einheitlich. Die Standards der Berichterstellung gelten nur für Hamburger Einrichtungen. Diese sind mit Berichten von Einrichtungen außerhalb Hamburgs nur begrenzt vergleichbar. Die für langfristige Maßnahmen der Teilhabeförderungen wichtigen somatischen und psychiatrischen Diagnosen, Schwerbehinderung, Arbeitsunfähigkeiten, gesetzliche Betreuung sowie weitere Beeinträchtigungen sind unzureichend erfasst.

<sup>46</sup> Unterschiede zwischen den intensiven und sehr intensiven Nutzern könnten sich damit erklären, dass sich in der letzteren Gruppe mehr Personen mit chronischen Erkrankungen und gesetzlicher Betreuung befinden.

ger keinen eigenen Wohnraum und sind fast vollständig ohne Beschäftigung<sup>47</sup>). Die gefundenen Unterschiede sind hauptsächlich mit der längeren Suchtkarriere verbunden. Für diese Interpretation spricht, dass sich bei den Beeinträchtigungen nach ICF, deren Dokumentation bei der Aktenanalyse (Modul A2) nur für Hamburger Einrichtungen vorliegt, in Modul A2 und Modul B vergleichbar hohe Ausprägungen finden.

Die prospektive Untersuchung (Modul B) dient in erster Linie der Beschreibung der Wirksamkeit der Einzelmaßnahmen hinsichtlich der vereinbarten Zielbereiche, wobei nach suchtbezogenen und teilhabebezogenen Zielen differenziert wird. Darüber hinaus geht es um die mögliche Identifizierung von maßnahme- bzw. interventionsbezogenen sowie personenbezogenen Faktoren der Wirksamkeit.

Aus Sicht der Fachkräfte haben mehr als zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer ihre suchtbezogene Zielsetzung überwiegend oder sogar vollständig erreicht. Bei mehr als zwei Dritteln hat sich der Umgang mit Suchtmitteln verbessert. Aus Sicht der Klienten wird die Veränderung im Umgang mit Suchtmitteln noch positiver beurteilt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich beim suchtbezogenen Ziel überwiegend um die Aufrechterhaltung der Abstinenz handelt, also die Beibehaltung bzw. Verfestigung eines bereits in Vorbehandlungen oder just zu Maßnahmeebeginn erreichten Verhaltensmusters. In zentralen Lebensbereichen wie z. B. Gesundheit, Freizeitaktivitäten oder soziale Beziehungen kam es im Mittel in 3,6 Bereichen zu Verbesserungen. Insbesondere bei den von den Klientinnen und Klienten persönlich formulierten Zielsetzungen wurde das wichtigste Ziel zu 63% und das zweitwichtigste zu 47% vollständig erreicht. In fast allen erhobenen Bereichen sind statistisch signifikante positive Veränderungen während der Eingliederungshilfemaßnahme eingetreten. Die Leistungsbeeinträchtigungen nach ICF sind zurückgegangen, bei den Kontextfaktoren jedoch ist in allen drei erhobenen Bereichen eine leichte Abnahme der Förderfaktoren zu erkennen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich im körperlichen und psychischen Bereich während der Maßnahme signifikant verbessert. Auch die psychische Symptombelastung hat sich sowohl insgesamt als auch in den Symptomen Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung verringert. In der prospektiven Untersuchung zeigt sich eine hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmern mit den Bereichen Ausstattung und Atmosphäre, Betreuung, Behandlungsverlauf sowie die Vorbereitung auf die Zeit nach der Betreuung. Dabei muss einschränkend hinzugefügt werden, dass viele (insbesondere die von den Klienten selbst erhobenen) Informationen und Daten nur auf einer Teilgruppe der Stichprobe beruhen und vorzeitig ausgeschiedene Personen nicht direkt nachbefragt werden konnten. Auch das Fehlen einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe beschränkt die Aussagekraft der Ergebnisse des Moduls B, da der Zusammenhang zur untersuchten Maßnahme nicht zweifelsfrei hergestellt werden kann, sondern eher Plausibilitätsüberlegungen folgt.

---

<sup>47</sup> Bei der prospektiven Untersuchung haben knapp unter 10% eine geregelte Arbeit.

## **5.2 Wirksamkeit und Zielerreichung in der Eingliederungshilfe Sucht**

Die Ergebnisse der Untersuchungsmodule zur Entwicklung des Versorgungsgeschehens in der Eingliederungshilfe Sucht, den personenbezogenen Faktoren intensiver Inanspruchnahmen sowie der Evaluation der Wirksamkeit von Einzelmaßnahmen werden im Folgenden bezogen auf die übergreifenden Fragestellungen der Studie zusammengefasst.

### *5.2.1 Längerfristige Trends der Eingliederungshilfe – Personen, Maßnahmen, Kosten – und ihre Hintergründe*

Die Hintergründe der längerfristigen Trends – leichte Zunahme von Bewilligungen, Anstieg der Betreuungsdauer sowie die generelle Kostensteigerung – wurden maßnahmen- und personenbezogen untersucht.

#### Trends auf der Maßnahmeebene

Die Übersicht über das gesamte Versorgungsgeschehen kann mögliche Gründe für Verlängerungen der Dauer und Kostenentwicklungen in der EGH klären:

- Alle Typen von Befürwortungen/Maßnahmen verlängern sich über die Zeit mit Ausnahme von Vorsorgemaßnahmen,
- insbesondere Nachsorge und Übergangsmaßnahmen nehmen über die Jahre zunehmend Zeit in Anspruch; eindeutige Gründe sind dafür nicht identifizierbar,
- die außerhalb der Hamburger Einrichtungen erbrachten Maßnahmen verlängern sich stärker; dies hängt mit der anderen Angebotsstruktur von Einrichtungen außerhalb Hamburgs zusammen (z. B. weniger Vorsorge, mehr längerfristige ambulante Maßnahmen),
- zu Grunde liegende mögliche Übergangsprobleme zu Anschlussmaßnahmen finden sich auf Personen- (fortbestehende Beeinträchtigungen) wie Maßnahmeebene (den Fähigkeiten entsprechende Anschlussmaßnahmen stehen bei Wohnraum, Beschäftigung nicht ausreichend zur Verfügung),
- die angestrebten Verlagerungen zu mehr teilstationären und ambulanten Maßnahmen zeigen sich im analysierten Beobachtungszeitraum noch nicht,
- die einzelnen Maßnahmen der EGH erreichen messbar personen- und maßnahmeverzogene Ziele,
- auch von lang andauernden Betreuungen erfolgt letztlich bei der überwiegenden Mehrheit eine Ablösung von Maßnahmen der EGH,
- bei alle KlientInnen und Klienten wird die Verringerung von Beeinträchtigungen (nach ICF) erreicht (was auch für die sehr intensiven Nutzer gilt),
- die Klientenzufriedenheit (mit Bedingungen und Leistungen) ist hoch.

#### Personenebene

Auf der Personenebene können einzelne Einflussfaktoren anhand des Vergleichs von Inanspruchnahmegruppen durch die Aktenanalyse identifiziert werden. Längerer Verbleib in Maßnahmen der EGH (>365 Tage über 5 Jahre) ist assoziiert mit:

- Steigendem Alter und der
- Primärdroge Opiatabhängigkeit.

Auf Grundlage der Aktenanalysen (Modul A2) ergeben sich weitere Zusammenhänge:

- Die sehr intensive Inanspruchnahme ist verbunden mit schweren körperlichen Erkrankungen und einem erhöhten Anteil gesetzlicher Betreuungen; der erwartete Zusammenhang kann für die psychiatrische Komorbidität nicht gezeigt werden.
- Besondere Probleme der sozialen Integration: die intensivsten Nutzer haben mehr Wohnungs- und Beschäftigungsprobleme und erhöhte Beeinträchtigungen.

### Intensive Nutzung und dauerhafter Verbleib in Maßnahmen der EGH

Der dauerhafte Verbleib in Maßnahmen der EGH ist ein besonderes Risiko für die Steuerung der Kosten – daher ist dieser Aspekt von besonderem Interesse. Ohne Zweifel sind dauerhafte Maßnahmen der Teilhabeförderung für einen bestimmten Anteil der Betroffenen mit im Vordergrund stehender Abhängigkeitserkrankung erforderlich, wie sich dies in anderen Bereichen der EGH für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen/Behinderungen zeigt.

In der Eingliederungshilfe Sucht dominiert (mittelfristig) die Loslösung von Maßnahmen der Teilhabeförderung. Ca. 15% der Hilfesuchenden eines Jahres (1.100 bis 1.200 Personen) verlassen pro Jahr die Eingliederungshilfe. Diese Ablösung ist auch bei den intensiveren Nutzern zu beobachten.

Eine dauerhafte Inanspruchnahme betrifft zwischen 6% und 16% an Klientinnen und Klienten eines Jahres. Die vorliegenden Indikatoren zu komplexen Beeinträchtigungen in Verbindung mit ärztlichen Diagnosen verweisen darauf, dass die erhaltenen Leistungen zur Teilhabe individuell angemessen sind.

#### 5.2.2 *Indikatoren von Wirksamkeit und Zielerreichung*

Zunächst werden Indikatoren für eine generelle Wirksamkeit der Eingliederungshilfe erörtert. Anschließend geht es um die Zielerreichung von Maßnahmen.

##### Indikatoren der generellen Wirksamkeit

- Die angestrebte Zielgruppe, d. h. Personen mit substanzbezogenen Störungen und komplexen Teilhabeproblemen, werden durch die Maßnahmen der EGH Sucht erreicht. Es finden sich in den Maßnahmen die Betroffenen mit bestehender Abhängigkeitsstörung und weiteren, teilweise massiven Beeinträchtigungen bezogen auf die Teilhabe (Arbeit, Wohnen, Soziales, Gemeinschaftsleben, Gesundheit)<sup>48</sup>.
- Die Erreichung der Zielgruppe durch Maßnahmen EGH und deren regelhafte Beendigung (auch unter Berücksichtigung der Abbrüche von insgesamt einem Drittel<sup>49</sup>) gelingt.
- Es gelingt der dauerhafte Abschluss von kontinuierlichen teilhabefördernden Maßnahmen<sup>50</sup> für einen relevanten Anteil der Betroffenen (15% pro Jahr verlassen die Einrichtungen nachhaltig).

<sup>48</sup> Vorherrschend sind Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit (Körperstrukturen/-funktionen, Leistungsfähigkeiten, Teilhabe) als Folge der Wechselwirkung zwischen Abhängigkeitsstörung und Kontextfaktoren im Sinne der ICF.

<sup>49</sup> Abbrüche von Maßnahmen sind – auch wenn es sinnvoll ist, das Abbruchgeschehen in verschiedenen Bereichen genauer zu betrachten – eher analog zu Rückfällen im Verlauf des Verlaufs einer chronischen Störung zu betrachten.

- Vorsorge und Übergang in Medizinische Rehabilitation (und weitere Maßnahmen vorrangiger Kostenträger) gelingt auch für schwer Beeinträchtigte.
- Dauerhafte teilhabefördernde Maßnahmen, die für einen Teil der Betroffenen angemessen sind, sind implementiert. Die Frage ihrer Angemessenheit lässt sich derzeit nur in der Tendenz beantworten.<sup>51</sup>

### Zielerreichung der Eingliederungshilfe

Hier sind die (klinisch) relevanten Verbesserungen/Entwicklungen genannt, die sich in der prospektiven Untersuchung zeigen:

- Deutliche Teilhabeverbesserung nach ICF im Verlauf einer (einzelnen) Maßnahme,
- Überwiegende Erreichung der suchtbezogenen Zielsetzung (insbesondere Stabilisierung der Abstinenz),
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit,
- Erreichung persönlicher Ziele zu großen Anteilen.

#### *5.2.3 Personen- und maßnahmbezugene Faktoren der effektiven Zielerreichung*

Es zeigen sich prospektiv verschiedene Effekte der Maßnahmen – hinsichtlich des Befindens, der Verringerung von Beeinträchtigungen und der persönlichen Zielerreichung. Bezogen auf den Beobachtungszeitraums von (maximal) 6 Monaten einer einzelnen Maßnahme lassen sich allerdings kaum personen- oder maßnahmbezugenen Faktoren identifizieren, die die Zielerreichung begünstigen. Lediglich eine längere Betreuungsdauer sowie eine höhere Intensität an Interventionen und Aktivitäten wirken sich positiv auf die unter der Eingliederungshilfemaßnahme erreichten Verbesserungen aus. Dieser Befund zeigt, dass Teilhabeförderung für die erreichte Zielgruppe generell möglich ist, und ist ein für das „Versorgungssegment“ der Eingliederungshilfe positives Zeugnis. Dabei lassen sich keine einzelnen Einflussfaktoren herausarbeiten, sondern die Maßnahme als Ganzes (mit entsprechender Dauer und Intensität) erweist sich als wirksam. Inwieweit die Fortschritte einer Maßnahme in der Versorgungskette für die Zielerreichung eines selbstbestimmten Lebens unabhängig von Leistungen der Teilhabeförderung reichen, ist nicht vorrangig maßnahmbezogen. Die retrospektiven Analysen verweisen auf eine Reihe von personenbezogenen Faktoren, die die Teilhabeförderung erschweren: die körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden in Verbindung mit langjähriger Abhängigkeitsstörung (wie schwere körperliche Erkrankungen, psychiatrische Komorbidität, soziale Desintegration).

---

<sup>50</sup> Die Kontinuität der Versorgung unter Einbeziehung von Medizinischer Rehabilitation, Substitution, ambulante Suchtkrankenhilfe ist in dieser Studie nicht Gegenstand.

<sup>51</sup> Die genauere Klärung bedarf verbesserter Dokumentation und einer fallbezogenen Überprüfung.

### **5.3 Instrumente der Steuerung der Eingliederungshilfe Sucht**

Die vorliegende Studie legt eine Bestandsaufnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe Sucht aus verschiedenen Perspektiven vor. Zentrale Trends der Entwicklung der Versorgung und bestehende Herausforderungen werden herausgearbeitet. Wirkmechanismen von Einzemaßnahmen sowie die generelle Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Sucht werden aufgezeigt. Die Studienergebnisse können als Ausgangspunkte dienen, um Fachaufsicht und Steuerung der Eingliederungshilfe Sucht durch die BGV zu verbessern. Im Folgenden werden vier zusammenhängende Bereiche mit Optionen benannt, die hierfür von zentraler Bedeutung sind.

#### **Gesamtplanung in der Eingliederungshilfe**

Die BGV verantwortet die Gesamtplanung (SGB XII, §58) der Eingliederungshilfe für Suchtkranke für die Zielgruppe der hinsichtlich Teilhabe beeinträchtigten Suchtkranken. Die Gesamtplanung erfolgt unter Einbeziehung von Betroffenen und betreuenden Personen und ist anhand der Aktendokumentation nachvollziehbar.

Die personenbezogenen Unterlagen (Akten) zeigen die Prüfung der Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis, die Planung und Veranlassung der Maßnahme sowie die regelhafte Ergebniskontrolle (unter Einbeziehung der Betroffenen) durch die zuständigen Sachbearbeiter. Die auf der Ebene der Sachbearbeitung bestehende fallbezogene Verlaufskontrolle ist bislang nicht EDV-gestützt dokumentiert und daher für die Fachaufsicht und Planung nicht verfügbar.

Ein Problem der Erstellung der Gesamtplanung durch die BGV als Träger der Sozialhilfe besteht darin, dass die direkte Einbeziehung der „sonst im Einzelfall Beteiligten“ (wie Ärzte, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit) (SGB XII, §58) schwierig bzw. nicht möglich ist, und damit eine kostenträgerübergreifende Planung passgenauer Hilfeprozesse in der Versorgungskette (insbesondere in den für die Beendigung kritischen und kostenrelevanten Bereichen Beschäftigung und Unterkunft) erschwert ist. Dies hat Folgen für Planung und Erfolgskontrolle der Übergänge und Schnittstellen (siehe unten).

#### **Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung**

Zur Gesamtplanung gehört die angesprochene periodische, personenbezogene Verlaufskontrolle durch die Eingliederungshilfe Sucht der BGV. Die Übersicht beruht auf der personenbezogenen Planung, persönlichen Kontakten mit den Klientinnen und Klienten sowie den Berichten aus den Einrichtungen über jede realisierte Maßnahme.

In der Eingliederungshilfe Sucht der BVG sind Standards für personenbezogene Planung und Berichtswesen implementiert. Sie dienen als Grundlage für die Erfassung von Beeinträchtigungen/Bedarfen (nach ICF), die Bilanz der Leistungserbringung, die Zwischenbilanz zur Zielerreichung sowie die Änderung der Bedarfe und Fortsetzung bzw. Beendigung von Maßnahmen. Aber diese Aspekte liegen nur in Form von Akten, nicht EDV-gestützt, vor und stehen damit für Steuerungsaufgaben praktisch nicht zur Verfügung. Ein zusätzliches Problem ist, dass Standards wie das Berichtswesen in der EGH (in Anlehnung an MedReha Berichte)

oder die ICF-gestützte Beurteilung von Hilfebedarfen nur für Hamburg gelten, aber nicht für Einrichtungen und Maßnahmen außerhalb Hamburgs.

Ein wichtiger Schritt zur verbesserten Steuerung ist die Beteiligung der EGH (nur der Hamburger Einrichtungen) an der Hamburger Basisdatendokumentation (Bado), wenngleich dieser Bereich bislang nicht separat ausgewertet wird. Aber hier bestehen Möglichkeiten, den Übergang zwischen ambulanter Suchtkrankenhilfe und Eingliederungshilfe sowie den längerfristigen Verlauf von Hilfeprozessen und der Realisierung von Teilhabe zu erfassen.

Für die steuerungsrelevante Übersicht bedarf die bestehende personen- und maßnahmenbezogene Datenbank der Eingliederungshilfe Sucht („WAY“) einer Überarbeitung. Die dabei vorrangigen Themen sind: Fallbezogene Informationen der Zugehörigkeit zum Personenkreis, des Gesamtplans und Fortschreibung sowie Verlaufsdocumentation auf Grundlage der Abschluss- und Verlängerungsberichte insbesondere zu Teilhabebeeinträchtigungen, gesundheitlichem und sozialem Status sowie Vermittlungen.

#### Schnittstellenproblematik beim Verlassen der EGH Sucht

Um Wirksamkeit und Zielerreichung der Eingliederungshilfe Sucht in der Versorgungskette der Suchtkrankenhilfe in Hamburg (weiter) zu entwickeln, müssen die Schnittstellen (Einzug und Austritt aus der EGH) optimiert werden. Fragen der trägerübergreifenden Gesamtplanung von Hilfeprozessen und der Verlaufskontrolle wurden oben benannt.

Die längere Dauer von Inanspruchnahmen wurde in der Studie als Wechselwirkung von bestehenden/bleibenden Beeinträchtigungen der Teilhabe von Klientinnen und Klienten und unzureichend anknüpfenden Angeboten insbesondere der vorrangigen Kostenträger herausgearbeitet. Die Studie kann sich auf Grundlage vorliegender Daten diesem Punkt nur annähern. Für Präzisierungen sind Detailuntersuchungen der Übergangsprobleme durch Katamnesen erforderlich.

Unabhängig davon ist die Situation so, dass die Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen bei ihrem Übergang zu einem – so weit wie möglich – selbstbestimmten Leben häufig nicht ausreichen und sie deshalb in Maßnahmen verbleiben (müssen), da geeignete Anschlussförderungen nicht hinreichend zur Verfügung stehen.

Die bestehenden Schnittstellenprobleme könnten besser gesteuert werden – dabei bestehen für die BGV kurz- und längerfristige Optionen. Kurzfristig können die bestehenden lang andauernden Aufenthalte von Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemlagen und Beeinträchtigungen hinsichtlich spezifischer Übergangs- und Schnittstellenprobleme unter Einbeziehung von Betroffenen und Einrichtungen bearbeitet werden.

Längerfristig geht es in der Koordination zwischen den Kostenträgern um die stärkere Einbindung der vorrangigen Kostenträger bei Maßnahmen zur Ermöglichung von Inklusion und Teilhabe. Besondere Bedeutung haben hier neben dem Wohnungswesen Kooperationen mit der Beschäftigungsförderung, Angebote der medizinischen Rehabilitation im ambulanten Sektor, Erweiterungen der Adaption, Angebote der Arbeitsförderung nach SGB III, Bereitstellung von Beschäftigungsprojekten und die Förderung des sozialen Arbeitsmarkts.

### Angebotsdifferenzierung der Eingliederungshilfe Sucht

Das strukturelle Angebot der Eingliederungshilfe Sucht in Hamburg ist über den 5-jährigen Beobachtungszeitraum stabil, auch wenn eine leichte Erweiterung insbesondere von teilstationären Angeboten erfolgte. Die erhöhte Zahl anspruchsberechtigter Personen und der insgesamt steigende Aufwand pro Person durch längere Maßnahmen werden bislang vornehmlich durch die Verlagerung von Leistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe außerhalb Hamburgs erbracht. Bedarfe und Ansprüche auf teilhabefördernde Maßnahmen übersteigen die Angebote. Eine Veränderung dieses Trends ist für die nächsten Jahre nicht zu erwarten. Vor diesem Hintergrund liegen die Steuerungsmöglichkeiten bei der Angebotsstruktur und dem Management des Übergangs (siehe oben). Bislang dominieren bei allen Leistungen – auch bei Übergangsmaßnahmen – stationäre Angebote. Im fünfjährigen Beobachtungszeitraum (ab 2010) zeigt sich die eingeleitete Verlagerung in Richtung teilstationärer und ambulanter Leistungen noch nicht, wenngleich die postulierte Vorrangigkeit ambulanter Angebote gerade im Hinblick auf langfristige Teilhabeförderung für Klienten der Eingliederungshilfe besonders sinnvoll erscheint. Dies verweist auf strukturelle Probleme der Differenzierung der Angebote, die eine Steuerung erschweren und nur längerfristig zu lösen sind.

Die Ausweitung von teilstationären und insbesondere ambulanten Angeboten in der Eingliederungshilfe ist von besonderer Bedeutung. Dabei sollten sich Angebote auf die zentralen Schnittstellen – Wohnraum, Beschäftigung, aber auch Pflege/Unterbringung bei chronischen Problemlagen/Komorbidität – konzentrieren und vorrangige Kostenträger in die Bereitstellung entsprechender Einrichtungen (SGB IX, §19) einbinden.

## 6. Abkürzungen

SGB	Sozialgesetzbuch
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
GAS	Goal Attainment Scaling
FVS	Fachverband Sucht
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DATOS	Drug Abuse Treatment Outcome Studies
EGH	Eingliederungshilfe
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
SF-12	Short form 12 (Kurzer Fragebogen zur Lebensqualität)
BSI-18	Brief Symptom Inventory 18
SOZU	Soziale Unterstützung (Erhebungsinventar)
MATE	Measurement in the Addictions for Triage and Evaluations
TGJ	Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld
STZ	SuchtTherapieZentrum
SO	Soziale Orientierung
HPL	Häuser-Projekte-Lebenshilfe gGmbH
NWG	Nachsorgewohngruppen
F & W	Fördern und Wohnen
KÜ	Kostenübernahme
WG	Wohngemeinschaft
LQ	Lebensqualität

## 7. Literatur

- Bär, T., Nerlich, C., Follak, T., Steinhart, I. (2010). Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden. Oder: wie wir mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen können. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 40 (3), 25-31.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) (2014). Suchthilfebericht 2013. Hamburg.
- Brewer, D., Catalano, R., Haggerty, K., Gainey, R., Fleming, C. (1998). A Meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93 (1), 73-92.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. D., Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an overview. *Addiction Research*, 5 (1), 21-35.
- Butt S., Verthein U., Schütze C., Neumann-Runde E. & Martens M.-S. (2012). Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2011. BADO e. V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Hamburg: Bado e. V.
- Donmall M, Jones A, Weston S, Davies L, Hayhurst K, Millar T (2012). The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): research design and baseline data. *Open Addiction Journal*, 5, 1-11.
- Emrick, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the relative effectiveness of treatment versus no treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, pp. 88-108.
- Engel, H., Schmitt-Schäfer, T. (2004). Hilfeplanverfahren als Grundlage für eine prospektive Vergütung in der Eingliederungshilfe. In: NDV, 84 (1), 9-12.
- Follak T. (2008). »Black Box Eingliederungshilfe« – Messung der Ergebnisqualität in der Sozialpsychiatrie. Masterarbeit, Berlin: Alice-Salomon-Hochschule.
- Franke H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Franke G.H., Ankerhold A., Haase M., Jäger S., Tögel C., Ulrich C. & Frommer J. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61: 82-86.
- Hox, J., Gils, G., Klugkist, I. (1998). Treatment of alcohol and drug dependency. Metaanalysis. Final report. Utrecht: Beleids Onderzoek en Advies.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 125-134.
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V., D'Souza, J. (2009). The Drug Treatment Study Outcomes Research Study (DTORS): Final Outcomes Report. London.
- Jülch, F.; Süss, H.-M.; Langer, W.; Hippen, S. (2003): Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. *Sucht*, 49, 1: 19-27.

- Kallert, T., Leisse, M., Winiecki, P. (2007). Ist die Effektivität von Eingliederungshilfe wissenschaftlich belegt? – Eine Analyse am Beispiel des Betreuten Wohnens. In: Gesundheitswesen, 69 - V30.
- Küfner, H.; Denis, A.; Roch, I.; Arzt, J.; Rug, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 37, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Mattson, M. E., Allen, J. P., Longabaugh, R., Nickless, C. J., Connors, G. J., Kadden, R. M. (1994). Achronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. Journal of Studies on Alcohol, Supplement, 12, 16-29.
- Missel, P. et al. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 1, 5-18.
- Morfeld M., Kirchberger I. & Bullinger M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2. ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Nowack, N., Heymann, J., Oberste-Ufer, R., Schulz, W. (2011). Horizont Salzwedel: Ambulante Eingliederungshilfe mit ambulanten Gruppenmaßnahmen für Menschen mit seelischer Behinderung. Bericht über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 88, 40-46.
- Prendergast, M., Podux, D., Chang, E. (1998). Drug abuse treatment effectiveness: a meta-analysis of treatment-control group designs. Poster presented at the 60th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, AZ, June 13-18, 1998.
- Roch, I., Küfner, H., Arzt, J., Böhmer, M., Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. Sucht, 38, 304-322.
- Schippers, G.M., Broekman T.G. & Buchholz A. (2011). MATE 2.1. Handbuch und Leitfäden. Deutsche Bearbeitung: Buchholz A., Küfner H., Kraus L. & Rist F. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schwarzer R. & Jerusalem M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer R. & Jerusalem M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M. & Hopf D. (Hrsg.) Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Zeitschrift für Pädagogik, 44. Beiheft. Weinheim: Belz; S. 28-53.
- Sommer G. & Fydrich T. (1989). Soziale Unterstützung – Diagnostische Verfahren, Konzepte, F-SOZU. Tübingen (DGVT).
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46, Sonderheft 2: 92-176.
- Sorensen, J.L., Copeland, A.L. (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. Drug Alcohol Depend, 59, 17-31.

- Spitzer C., Hammer S., Löwe B., Grabe H.J., Barnow S., Rose M., Wingenfeld K., Freyberger H.J. & Franke G.H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 79: 517-523.
- Steinhart, I., Höptner, A. (2015). Soziale Rehabilitation: Ergebnisqualität in der Eingliederungshilfe. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation vom 16. bis 18. März 2015 in Augsburg, 327-328.
- Süß, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, pp. 148-266.
- Thiel, G., Ackermann, R., Martens, M.S. (2009). Zum Einfluss von Rehabilitanden- und Prozessmerkmalen auf Ergebnisse in der stationären Drogentherapie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32 (2): 13-23.
- Vollmer, H.C.; Ellgring, H. (1998). Die Vorhersage der vorzeitigen Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 34, 4: 273-284.

## **8. Danksagung**

Wir möchten uns bei allen Klientinnen und Klienten bedanken, die sich an der Verlaufsuntersuchung beteiligt und Auskunft über ihren aktuellen Zustand und ihre Lebenssituation gegeben haben. Der Dank richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Eingliederungshilfe, die die Eingangs- und Verlaufsdokumentation verbindlich umgesetzt haben und damit das Gelingen der Studie ermöglicht haben. Schließlich gilt der Dank den Geschäftsführungen der Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die die Realisierung der Studie unterstützt und in der Studienbegleitgruppe fachlich begleitet haben. Der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern danken wir für ihre finanzielle und fachliche Unterstützung.