



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Evaluation der neuen regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche in Hamburg

**Abschlussbericht an
die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz**

Projekt-Zeitraum Januar 2007 bis Juli 2012

01.06.2012

Dr. Peter-Michael Sack
Prof. Dr. Rainer Thomasius

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. R. Thomasius

Inhaltsverzeichnis

Überblick.....	4
1. Einleitung	6
2. Material und Methoden	7
2.1 Gesamtstichprobe der befragten Klienten.....	7
2.2 Instrumente.....	8
2.2.1 Einzelheiten zu den Instrumenten	9
2.3 Untersuchungszeitraum und Vorgehen	10
2.4 Recherche zu Abbruchquoten.....	11
2.5 Auswertungen: Verwendete Verfahren.....	12
2.5.1 Interview- und Fragebogendaten.....	12
2.5.2 Daten der Fokusgruppenbefragungen	13
3. Ergebnisse der Klientenbefragungen	15
3.1 Die Stichprobe zu Beginn der Einzelfallberatung (t1)	15
3.2 Die Stichprobe zu t2 („Completer“)	20
3.3. Dropout-Analyse	23
3.3.1 Abbruchquoten	23
3.3.2 Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern	24
3.4 Vergleich der t1- und t2-Daten	27
3.4.1 Interviewdaten	27
3.4.2 Fragebogendaten	28
3.4 Zusammenfassung zu Kapitel 3	31
4. Ergebnisse der Expertenbefragungen	32
4.1 Zielerreichung und Bilanzierung.....	33
4.1.1 Zum Zielspektrum insgesamt	33
4.1.2 Die Klienten direkt adressierenden Ziele	34
4.1.3 Die Klienten indirekt adressierende Ziele	35
4.1.4 Merkmale der Klienten.....	37
4.1.5 Bilanzierung der Arbeit.....	38
4.2 Beratung: Angebot, Ziele, Erfolge	42
4.2.1 Was wäre das optimale Beratungsangebot?	42
4.2.2 Grundlegende Beratungsziele	43
4.2.3 Definierte Beratungserfolge.....	44

4.3 Weitere Ergebnisse der Fokusgruppen-Diskussionen.....	45
4.3.1 Zielgruppe(n) der neuen Jugend- Suchtberatungsangebote	45
4.3.2 Gewinnung von Klienten und Gestaltung des Erstkontakts.....	45
4.3.3 Veränderungs- und Beratungsmotivation und Ausdauer in der Beratung der Klienten	46
4.3.4 Verhaltensunterschiede und differentieller Umgang mit den Klienten.....	46
4.3.5 Diagnostik.....	47
4.3.6 Vorgehen in der Beratung und Art der Beratungsangebote	47
4.3.7 Beratungsziele und Multiplikatorenfunktionen	48
4.3.8 Persönliche und berufliche Qualifikationen der Berater	49
4.3.9 Befähigung von Dritten	49
4.3.10 Die Beratung behindernde Rahmenbedingungen	49
4.3.11 Die Beratung fördernde Rahmenbedingungen	50
4.3.12 Art und Umfang von Kooperationen und deren Nutzen.....	50
4.3.13 Entwicklungen und Veränderungen im Evaluationszeitraum	51
4.3.14 Reflexion des Konzepts der Wirkungsorientierten Steuerung im Bereich Jugend-Suchtberatung	52
4.4 Zusammenfassung zu Kapitel 4	53
5. Ziele der Evaluation und Ergebnis-Aussagen.....	54
Literatur	57
Anhang.....	60
Einrichtungsbezogene Auswertungen und Referenzdaten der Gesamtstichprobe.....	60
Autoren, Vorarbeiten und Mitarbeit	75

Überblick

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) legt hiermit für das Projekt „Evaluation der neuen Suchtberatungsangebote im Rahmen des Programms ‚Drogenfreie Kindheit und Jugend‘ in Hamburg“ seinen Bericht zu allgemeinen und einrichtungsbezogenen Resultaten vor.

In Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Klientenbefragungen (aus Interviews und Fragebögen) vorgestellt, indem zunächst die t1-Daten (Beratungsbeginn) im Sinne einer Inanspruchnahmepopulation von intensiven Einzelfallhilfen (EFH) beschrieben werden, danach die t2-Daten als die Daten derjenigen Klienten, welche die Einzelfallhilfe wie geplant durchlaufen haben und für welche die Fragebögen- und Interviewdaten der Begleitforschung vorliegen („Completer“). Zu t1 lagen die Daten von $N_{t1}=114$ (Durchschnittsalter 19,9 Jahre, 21% weiblich) und für t2 von $N_{t2}=43$ (im Durchschnitt 19,9 Jahre alt, 14% weiblich) vor. Ein Completer-Abbrecher-Vergleich im Sinne einer Dropout-Analyse wird vorgenommen mit dem Resultat, dass sich die Completer vor allem durch Schwierigkeiten mit den Eltern und über eine stärkere Tendenz zu extrinsisch motivierter Beratungsteilnahme (z.B. justizieller Druck) von den Abbrechern unterscheiden. Anschließend werden die Ergebnisse für den t1-t2-Vergleich berichtet, welche z.T. deutliche Besserungen bei den befragten Completern anzeigen, wenngleich sie nach wie vor hoch belastet sind. Insgesamt sind jedoch förderliche Effekte der Einzelfallberatung über die neuen Beratungsangebote nachweisbar:

- Die Wirksamkeit in Bezug auf geänderten Substanzkonsum (Wirkungsziel 2) ist belegt
- Mehr Einsicht bzw. Distanz zum Substanzkonsum ist belegt (Wirkungsziele 1 und 3)
- Eine selbstberichtete gebesserte ‚Gemeinschaftsfähigkeit‘ ist belegt (Wirkungsziel 4 und zentrale Ziele der Jugendhilfe-Organisationen)
- Die Klienten der EFH sind zu t2 noch psychisch hoch belastet, aber gebessert

Dies ist zusammenfassend im Abschnitt 3.4 dargestellt.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung aus Fokusgruppen-Diskussionen werden in Kapitel 4 vorgestellt. Danach wurde in Bezug auf die Klienten das Wirkungsziel der „kritischen Betrachtung des eigenen Substanzkonsums“ von 5 der 6 Einrichtungen als mindestens „erreicht“ angegeben sowie das Ziel der „Reduktion des Substanzkonsums“ von 4 der 6 Einrichtungen. Das Wirkungsziel der „Einsicht in die eigene Suchtgefährdung“ wurde von 4 der 6 als mindestens „erreicht“ berichtet, das Wirkungsziel einer

regelmäßigen und suchtmittelfreien Teilnahme an Schulunterricht bzw. Ausbildung von 3 der 6 neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote.

- Schwerpunkte der EFH sind Motivationsarbeit und Einsichtsförderung
- Der Beratungsansatz ist typischerweise individuell
- Die Arbeit mit „Dritten“ (Eltern, Lehrer) ist manchmal nicht zufrieden stellend: Eltern wollen Erziehungsaufgaben zu oft an Fachkräfte delegieren, Schulleitungen möchten das Thema zu oft nicht in der (Schul)-Öffentlichkeit angesprochen sehen
- Die Kooperationspartner in den Regionen empfinden die eingebrachte Kompetenz der Suchtberatungsangebote als Bereicherung
- Alle Beratungsstellen scheinen eine multimodale, stark vernetzte Herangehensweise gewählt zu haben

Die Ergebnisse der Expertenbefragung sind zusammenfassend in Abschnitt 4.4 dargestellt.

Einen Gesamtüberblick, in welchem die Fragen beantwortet werden, welche dem Evaluationsprojekt aufgegeben waren, wird in Kapitel „5. Ziele der Evaluation und Ergebnis-Aussagen“ gegeben.

Im Anhang werden zuletzt die zentralen t1- und t2-Werte für die Klientenbefragungen einmal für die Gesamtstichprobe und auch in separaten Tabellen einrichtungsbezogen dargestellt. In einem separaten Materialband, welcher der Behörde vorliegt, sind die Ergebnisse der Expertenbefragungen („Fokusgruppendifkussionen“) inhaltsanalytisch strukturiert und gleichfalls einrichtungsbezogen dargestellt.

1. Einleitung

Im Rahmen des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ wurden in der Freien und Hansestadt Hamburg im Jahr 2007 zusätzliche Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene durch freie Träger eingerichtet. Dies geschah durch die damalige Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit den Bezirksämtern und wurde über eine Ausschreibung der Behörde umgesetzt. Im Rahmen des umfassenden Qualitätssicherungs-Konzeptes einer „Wirkungsorientierten Steuerung“ (Kettiger & Schröder, 2001) werden diese fünf neuen Beratungsangebote extern über Klienten- und Expertenbefragungen evaluiert, ein sechstes Beratungsangebot ausschließlich über Expertenbefragungen. Diese wissenschaftliche Begleitung der Beratungsstellen dient der Qualitätssicherung durch eine unabhängige Einrichtung – das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) – um beispielsweise erfolgreiche Konzepte erkennbar zu machen. Langfristig sollen erfolgreiche Konzepte aufrecht erhalten und weiterhin verbessert werden, um den Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Beratungsstellen eine möglichst optimale Betreuung anbieten zu können. In gemeinsamen Konferenzen im Januar 2007 hatten die Verantwortlichen der Trägereinrichtungen, die Verantwortlichen der Behörde und das DZSKJ als Lenkungsgruppe konsensual Zielkriterien sowie wissenschaftliche Methoden festgelegt, um die Effekte der Tätigkeiten der neuen Jugend-Suchtberatungsangebote plausibel und hilfreich abbilden zu können. Dieses Evaluationskonzept wurde Ende 2009 konsensual um die oben erwähnten Expertenbefragungen ergänzt und angepasst.

Den Abschlussbericht erhält in der vorliegenden Form nur die Behörde. Die Träger der beteiligten Einrichtungen erhalten vereinbarungsgemäß pseudonymisierte Versionen (dort „Einrichtung A“ bis „Einrichtung F“ genannt), im Anhangsteil dieser Versionen sind allein die spezifisch einrichtungsbezogenen Daten plus die anonymen Daten der Gesamtstichprobe aufgeführt¹.

¹ In den Träger-Versionen wurden ferner für Viva Billstedt alle Zeitbezüge entfernt, da diese Einrichtung wegen ihres kürzeren Bestehens sonst leicht identifizierbar wäre. Dies betrifft insbesondere Teil ,4.1.5.6 Bilanz Viva Billstedt‘; Viva Billstedt selbst erhält diese Passage jedoch unmodifiziert.

2. Material und Methoden

2.1 Gesamtstichprobe der befragten Klienten

Die die zu evaluierenden neuen regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche wurden von den fünf in Tabelle 2.1 benannten teilnehmenden Einrichtungen bzw. Trägern bereit gestellt. In diesen Einrichtungen wurde die Stichprobe der für diesen Bericht befragten Klienten akquiriert. Alle Klienten der Stichprobe nahmen eine Einzelfallhilfe (EFH)² innerhalb eines längeren Beratungsprozesses in Anspruch. Die in Tabelle 2.1 genannten Einrichtungen haben alle einen insgesamt vergleichbaren Arbeitsansatz³. Es konnte nach Datenbereinigung für t1 eine Gesamtstichprobe von $N_{t1}=114$ ($n_{t1}=90$ männlich, $n_{t1}=24$ weiblich) und für t2 ein $N_{t2}=43$ ($n_{t2}=37$ männlich, $n_{t2}=6$ weiblich) gewonnen werden.

Tabelle 2.1 Übersicht zu den Fallzahlen der gesamten Stichprobe.

Institution	Zeitpunkte und Fallzahlen			
	t1	t2	t3	t4
mobS Nord	29	6	1	1
mobS Süderelbe	17	6	5	1
Viva Wandsbek	39	24	7	4
JuKO Altona	15	3	1	0
JuKO Bergedorf	14	4	0	0
Fälle insgesamt	114	43	14	6
Auswertungsfälle	114	43	-	-

In der Übersicht von Tabelle 2.1 wird deutlich, dass der Stichprobenschwund schon von t1 zu t2 sehr ausgeprägt ist. Ferner lagen auch Daten zu Personen vor, die nicht zur definierten Zielgruppe im Alter von bis zu maximal 27 Jahren gehören; die Daten solcher Personen gehen nicht in den Bericht ein. Daten von Personen, die keine Altersangabe gemacht hatten, wurden im Datensatz behalten, sofern das fehlende Alter nach Plausibilitätsprüfung durch den Mittelwert der Gesamtstichprobe ersetzt werden konnte.

² Auch: intensive Einzelberatung

³ Dementsprechend bleiben die Daten der Kö16a wegen derer (vom dienstlichen Auftrag her) überwiegender „Komm-Struktur“ für den Endbericht unberücksichtigt.

Bei den *unbereinigten* Stichprobendaten der t1-Fragebögen vom Stand April 2010 handelte es sich zu etwa drei Vierteln (76,1%) um männliche und zu knapp einem Viertel (23,9%) um weibliche Klienten der Jugend-Suchtberatungsangebote (Stadler & Thomasius, 2010). Dieser Anteil an Klientinnen war verglichen mit den Gesamt-BADO-Daten der 5 Jugendsuchtberatungsangebote des Jahres 2008 (19,6%) etwas höher und im Vergleich zu den anderen (nicht jugend-spezifischen) Suchtberatungsstellen gemäß BADO-Daten 2008 (27,2%) etwas niedriger (BADO e.V., 2008). In den *bereinigten* Stichprobendaten liegt der Anteil an Klientinnen bei 21,1%; die Bereinigung der Daten bewirkte also keinen Bias zu Lasten der Daten weiblicher Klienten.

2.2 Instrumente

Überblick. Die in der Untersuchung eingesetzten Instrumente bestanden aus einem soziodemographischen Interviewteil zur Erfassung von Alter, Geschlecht, Ausbildung sowie zur Abklärung der Vorstellungsgründe und etwaigen juristischen Auflagen und zur psychosozialen Belastung der Klienten.

Interviewdaten. Die psychosoziale Belastung wurde in Bezug auf das Elternhaus, Freundschaften/Peers, Partnerschaft, Ausbildung/Beruf/Schule, Schulden, Wohnsituation und Justiz/Legalität erfragt. Als Vorstellungsgründe konnten unterschiedliche Antworten über z.B. den eigenen Wunsch nach Beratung, Symptombelastung oder bestehenden Druck durch polizeiliche Anordnungen oder die Eltern und/oder Betreuer angegeben werden. Die Antwortmöglichkeiten bzgl. juristischer Auflagen wie z.B. Vorstrafen oder Jugendarrest waren „nein“, „einmalig“ oder „mehrmals“. Darüber hinaus erfolgte ein Screening auf riskanten Alkohol- und Drogenkonsum der Klienten.

Fragebogendaten. Die Klienten schilderten sich über verschiedene Fragebögen zur psychischen Grundbelastung, ihrer allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und ihrer „spezifischen“, nämlich Substanz-bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung, ihrer Substanzaffinität sowie ihre Bereitschaft zur Veränderung ihres Substanzkonsums („Veränderungsbereitschaft“). Das DZSKJ entwickelte im Auftrag der Lenkungsgruppe

einen Fragebogen zur „Gemeinschaftsfähigkeit“⁴. Alle Fragebogeninstrumente standen auf deutsch, russisch und türkisch zur Verfügung.

2.2.1 Einzelheiten zu den Instrumenten

Zur Messung des Alkohol und Drogenkonsums wurde der RAFFT, ein standardisiertes Screening-Instrument zur Erfassung des riskanten Alkohol- und des Drogenkonsums bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingesetzt (Laging, 2005; Sack, Seifert, Aden, Küstner, Feldmann & Thomasius, 2011). Beispiel-Items sind „Trinken Sie manchmal Alkohol, weil Sie sich dazugehörig fühlen möchten?“ oder „Nehmen Sie manchmal illegale Drogen, weil Sie sich entspannen oder besser fühlen möchten?“ Für die Auswertung zum Screening RAFFT-Drogen und Screening RAFFT-Alkohol wird der Cut-Off-Wert verwendet („Red Flag“: zwei und mehr bejahte Fragen indizieren einen riskanten Konsum), sowie der Summenscore aus allen bejahten Fragen für den RAFFT-Summenscore ‚Drogen‘ und den RAFFT-Summenscore ‚Alkohol‘.

Für die Untersuchung der psychischen Grundbelastung (GSI; Global Symptom Index) wurde die SCL-K-9 verwendet, das ist eine von Klaghofer und Brähler (2001) publizierte und normierte Kurzform der verbreiteten „Symptom-Checklist SCL-90-R“ von Derogatis (Franke, 2002). Die SCL-K-9 misst zeitökonomisch die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb des Zeitraumes der vergangenen sieben Tage.

Zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wurde die Skala SWE von Schwarzer und Jerusalem (1999) verwendet. Diese fragt z.B. „Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“. Für die SWE können Normwerte einer bevölkerungsrepräsentativen Studie von Hinz, Schumacher, Albani, Schmid und Brähler (2006) zum Vergleich herangezogen werden. Die „Skala zur Erfassung der Substanz-bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung (SSWE)“ wurde analog zur SWE konstruiert (Feldmann, Sack & Thomasius, 2010) und hat eine innere Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .90$.

⁴ In der Literatur zur Sozialen Arbeit mitunter auch als „Gesellschaftsfähigkeit“ bezeichnet (vgl. König, 2008).

Der FEVER-S, der „Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsmotivation im Suchtbereich FEVER-S(ucht)“ (Feldmann & Thomasius, 2010) wurde analog zur „University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)“ konstruiert. Die 24 FEVER-S-Items ergeben aufgrund eigener Berechnungen die drei Skalen „Präkontemplation“ (es wird keinerlei Veränderung erwogen), „Kontemplation“ (erste Veränderungen werden erwogen) und „Aktion“ (erste vorgenommene Veränderungen werden mitgeteilt). Für den FEVER-S fanden sich in der hiesigen Stichprobe innere Konsistenzen von Cronbachs $\alpha=.79$ für „Präkontemplation“, für „Kontemplation“ $\alpha=.67$ und für „Aktion“ $\alpha=.81$. Die eigentliche Veränderungsbereitschaft wird ermittelt als eine „Nettobereitschaft“ aus den Werten von „Aktion“ minus „Präkontemplation“⁵.

Die Fragen zur Gemeinschaftsfähigkeit sollten zentrale Ziele der Kinder- und Jugendarbeit im Sinne des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) abbilden. Aufgrund eigener Berechnungen ergeben sich die Kurzskalen bzw. Indizes „Verträglichkeit“ (fühlt sich angenommen und verträgt sich gut mit anderen), „Umgänglichkeit“ (wählt keine/meidet aggressive Konfliktaustragungen) und „Regelakzeptanz“ (ist zielstrebig und hält sich an Abmachungen) mit inneren Konsistenzen von Cronbachs $\alpha=.61$ bis $.68$.

Die 31 Fragen zur Substanzaffinität wurden Publikationen der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004) entnommen. Diese Items ergeben aufgrund eigener Berechnungen die 4 Skalen „Tabakaffinität“, „Drogenaffinität“, „Alkoholaffinität“ und „Angst vor einer Suchterkrankung“ mit inneren Konsistenzen von Cronbachs $\alpha=.67$ bis $.90$. Der BZgA-Publikation selbst waren keine psychometrischen Kennwerte zu entnehmen.

2.3 Untersuchungszeitraum und Vorgehen

Dem hier vorgelegten Bericht liegen die Befragungsdaten von Klienten aus fünf neuen Jugend-Suchtberatungsangeboten in Hamburg zu Grunde, die von den jeweiligen Einrichtungen zu Beginn (t1) und Ende (t2) von Einzelfallhilfe-Beratungen erhoben wurden. Katamnesedaten wurden ferner zu t3 (6 Monate nach Beratungsende) und zu t4

⁵ Hierzu wurden die Werte z-transformiert, da die beiden Skalen unterschiedliche Itemzahlen enthielten.

(12 Monate nach Beratungsende) telefonisch durch Mitarbeiter des DZSKJ erhoben. Die Erhebungsphase hierzu dauerte insgesamt von August 2008 bis August 2011.

Zum anderen fanden von Mai 2010 bis Juni 2010 sowie im August 2011 sechs mehrstündige Expertenbefragungen in Fokusgruppen-Sitzungen, moderiert vom DZSKJ, statt. Eine Fokusgruppe setzte sich aus der Einrichtungsleitung, mindestens einem Mitarbeiter der Einrichtung sowie Vertretern mindestens zweier Kooperationspartner zusammen. Die Sitzungen fanden in den Räumen der Einrichtungen statt. Das DZSKJ hatte in Absprache mit den Leitungen der Einrichtungsträger auf der Basis der verabredungsgemäß bereit gestellten Jahres- bzw. Sachberichte der Einrichtungen einen Leitfaden für die Fokusgruppen-Diskussionen erstellt. Dieser Leitfaden wurde den Einrichtungsträgern vor den Gesprächsterminen zugesandt. Die (zumeist audiophonen) Protokolle wurden transkribiert und den benannten Vertreterinnen bzw. Vertretern der Einrichtungsträger ebenfalls zugesandt. Konsensuell mit diesen benannten Vertreterinnen bzw. Vertretern wurden die Transkripte sprachlich präzisiert und jeweils Endfassungen erstellt, die sog. abgestimmten bzw. autorisierten Protokolle. Nur diese abgestimmten Protokolle gingen als Datenmaterial in die weiteren inhaltsanalytischen Auswertungen ein, alle anderen Protokollierungsmaterialien wurden vernichtet.

2.4 Recherche zu Abbruchquoten

Für die Einschätzung der Abbrecherquoten in der vorliegenden Studie wurden Vergleichsdaten ermittelt wie folgt: Eine Freihandrecherche zu den Begriffen „Suchtberatung Drogenberatung Jugendliche Jahresbericht“ über Google im Mai 2012 ergab 18.900 Resultate. Diese Resultate wurden nach solchen Jahresberichten durchgesehen, welche prozentuale Angaben zu regulär abgeschlossenen Beratungsfällen (Einzelfallberatung, Einzelfallhilfe) für die Jahre 2009 und/oder 2010 bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen enthielten. Die Recherche wurde abgebrochen, nachdem die Angaben in diesen Berichten sich um einen zentralen Wert der Abbruchquoten konkretisierten („Sättigungs-Kriterium“). Dieses Verfahren erscheint angemessen, da hier keine bundesweite Statistik zu erstellen angestrebt wurde, sondern ein (belastbarer) Schätzwert für eine „typischerweise“ zu erwartende Abbruchquote gesucht war.

Nach Angaben aus der publizierten Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) für 2009 haben von ambulant Versorgten aller Altersstufen 35%-48% ihre Therapie unplanmäßig beendet (35,0% der wegen Alkohol- und 48,1% der wegen Opioid-bezogenen Suchtstörungen Versorgten; Pfeiffer-Gerschel, Künzel & Steppan, 2011). Dieser Range findet sich praktisch auch im DSHS-Datensatz von 2010, nämlich 33,5% bzw. 47,7% (Steppan, Künzel & Pfeiffer-Gerschel, 2011). Für alle ambulanten Betreuungen in 2010 (nur solche mit mehr als einem Beratungskontakt) werden 34,3% Abbrecher (Alkohol 31,2%, Opioide 40,8%) berichtet (Pfeiffer-Gerschel, Kipke & Steppan, 2011).

Konkrete Angaben aus dem Jugend-Suchtberatungsbereich für den Vergleichszeitraum 2009/2010 konnten wie folgt ermittelt werden: Ihre Beratung in 2010 unplanmäßig beendet haben 30% der Suchthilfe Mörfelden-Walldorf (Jugend-, Drogen- & Suchtberatung Mörfelden-Walldorf, o.J.). Aus dem Landkreis Schwäbisch-Hall werden 38,7% berichtet (Obermann, o.J.). Die ‚Suchthilfeeinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt – Kreisverband Main-Kinzig‘ (o.J.) melden 31,7% nicht reguläre Beendigungen im Jugendbereich. Nach diesen Angaben sollte für den ambulanten Jugend-Suchtberatungsbereich „im Mittel“ eine Abbrecherquote von 38% erwartet werden. Diese Größe – gegenüber dem oben genannten DSHS-Gesamtdurchschnitt von 34,3% leicht erhöht – wird im vorliegenden Bericht zu Grunde gelegt.

Im Verlauf des Textes wird der Begriff „Completer“ verwendet. Gemeint sind hiermit solche Klienten, welche zu t2 die Einzelfallhilfe wie geplant durchlaufen sowie die Studienteilnahme planmäßig durch Abgabe der ausgefüllten Fragebögen beendet haben. Der Completer-Begriff ist hier mit 100%-iger EFH- und Studienteilnahme eher restriktiv gefasst; in manchen Behandlungsstudien werden z.T. 75% Therapiezielerreichung und 75% der vereinbarten Therapiedauer als „completion“ festgelegt (z.B. Mangrum, 2009).

2.5 Auswertungen: Verwendete Verfahren

2.5.1 Interview- und Fragebogendaten

Die statistischen Datenanalysen geschahen deskriptiv und qua Inspektion, wo aufgrund niedriger Fallzahlen oder nicht erfüllter statistischer Voraussetzungen Signifikanzprüfungen nicht zulässig waren. Ansonsten wurden die Standardverfahren Chi²-Test für kategoriale Daten und t-Test für metrische Daten eingesetzt. Die hier vorgenommenen Mittelwertvergleiche über die Zeitpunkte t1 bis t2 beruhen jedoch auf

Kovarianzanalysen (ANCOVAs; Stevens, 2002), weil so Baseline-Adjustierungen vorgenommen werden konnten. Ein Nebeneffekt von Baseline-Adjustierungen ist ein Zugewinn an statistischer Power (Vickers & Altman, 2001). Dementsprechend werden im Ergebnisteil auch Mittelwert-Unterschiede als signifikant berichtet, die qua Inspektion als nur gering erscheinen. Für die in dieser Studie vorliegenden Stichprobengrößen wären ohne diese Adjustierung für $\alpha=.05$ und $1-\beta=.80$ allenfalls große Effekte nachweisbar, bereits mittlere würde man übersehen (Bortz & Döring, 2006). Alle Effektstärken der ANCOVAs und t-Teste werden in η^2 , für die Chi²-Teste in w angegeben.

2.5.2 Daten der Fokusgruppenbefragungen

Das Rahmenmodell der Auswertung folgt den Prinzipien der Qualitativ-heuristischen Forschung als einer Entdeckungsmethodologie (Kleining & Witt, 2000): Offenheit, Vorläufigkeit der Resultate, strukturelle Variation, Suche von Gemeinsamkeiten. Folgende konkrete Hinweise wurden den an der Auswertung beteiligten Personen gegeben:

- Relevante Interviewpassagen werden möglichst wortgetreu transkribiert. Innovative Vorschläge und deutliche Kritik werden besonders hervorgehoben. Besonders aussagekräftige Statements werden als Zitate aufgenommen (Zitate nur anonymisiert).
- Es werden aus Gründen der Anonymität keine Namen in die Auswertung übernommen. Lediglich zwischen den einzelnen Einrichtungen und den jeweiligen Kooperationspartnern wird unterschieden (Vereinbarung).
- Die relevanten Interviewpassagen werden den Fragen des Leitfadens zugeordnet. Eine Aussage kann auch mehreren Themengebieten zugeordnet werden bzw. ein Aussagesatz beinhaltet manchmal auch zwei Themen.
- Aus den Antworten zu den einzelnen Fragen werden Kernsätze gebildet und Kernaussagen identifiziert.
- Aus den Kernsätzen werden Themen bzw. Unterthemen identifiziert. Was steckt hinter den Aussagen? Was sind Kernaussagen? Was sind dominante Themen, die in allen Fokusgruppen auftauchen?
- Relevante Themen, die nicht im Leitfaden vorkommen, werden identifiziert und die Inhalte zu Kernaussagen zusammengefasst.
- Häufig genannte Themen / Antworten sollten ggf. deutlich erkennbar sein.
- Wer sagt was wozu? Zeichnen sich Unterschiede in den Sichtweisen zwischen den Kooperationspartnern und den Beratungsangeboten ab?
- Auf den Kontext einer Aussage wird geachtet: Wird ein Statement als Ergebnis einer offenen Frage abgegeben oder als Wiederholung einer Teilnehmermeinung?

Die inhaltsanalytische Auswertung der transkribierten Diskussionsdaten (also der autorisierten Protokolle) verlief dabei in zwei Schritten. (1) Entlang der Fragen des Leitfadens wurden die Antworten kategorisiert und synoptisch neben einander gestellt. Die erreichte Synopse bildet in Schritt (2) das Datenmaterial für eine textreduktive Themenanalyse (Froschauer & Lueger, 2003), welche zentrale „manifeste“ Inhalte des Textes herauskristallisiert. Diese Synopse wurde der Behörde als „Materialband zum Endbericht“ gemeinsam mit dem Berichtsband eingereicht.

3. Ergebnisse der Klientenbefragungen

Die Ergebnisse in Kapitel 3 werden in folgenden Schritten vorgestellt: Zunächst werden die t1-Daten der Klienten im Sinne einer Inanspruchnahmepopulation beschrieben, danach die t2-Daten als die Daten derjenigen Klienten, welche die Einzelfallhilfe wie geplant durchlaufen und die Studienteilnahme planmäßig beendet haben („Completer“). Ein Completer-Abbrecher-Vergleich im Sinne einer Dropout-Analyse wird vorgenommen und schließlich werden die Ergebnisse für den t1-t2-Vergleich berichtet.

3.1 Die Stichprobe zu Beginn der Einzelfallberatung (t1)

Die befragte Stichprobe besteht aus 79% männlichen und 21% weiblichen Teilnehmern. Zum Zeitpunkt der Beantwortung der Fragebögen bzw. des Beginns der intensiveren Einzelberatungen lagen durchschnittlich $M=2,07$ voran gegangene Kontakte ($SD=1,19$) vor. Von den Studienteilnehmern haben 62,3% nach der t1-Erhebung an keiner weiteren Erhebung teilgenommen; für 37,7% liegen dagegen auch t2-Daten vor. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer liegt insgesamt bei 20,05 Jahren ($SD=2,36$). Die Verteilung über die teilnehmenden Einrichtungen ist der Abbildung 3.1 zu entnehmen. Dabei kommen 34,2% der Klienten von Viva Wandsbek, 13,2% von JuKO Altona, 12,3% von JuKO Bergedorf, 25,4% von der mobS Nord und 14,9% von der mobS Süderelbe.

Abbildung 3.1. Verteilung der Klienten auf die Einrichtungen zu t1 (N=114).

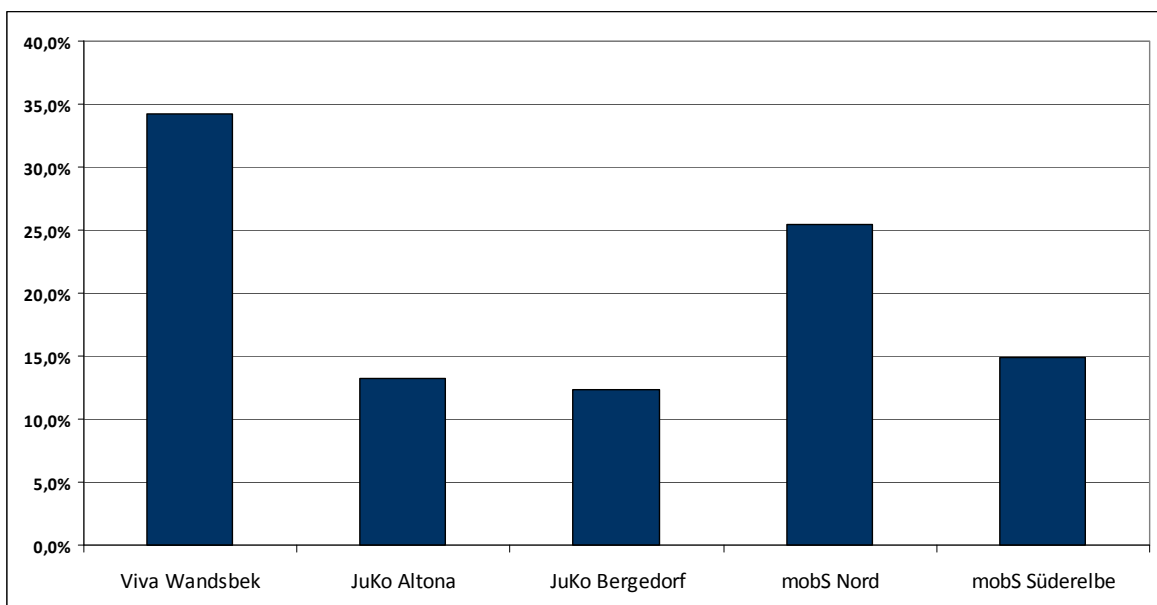


Tabelle 3.1. Altersgruppen und Ausbildung der Stichprobe zu t1.

Merkmale	Gesamt (N=114)		männlich (n=90)		weiblich (n=24)	
Altersgruppe						
Jünger als 16 Jahre	3,5	(4)	2,2	(2)	8,3	(2)
16 bis unter 18	10,5	(12)	10,0	(9)	12,5	(2)
18 bis unter 21	43,0	(49)	42,2	(38)	45,8	(11)
Älter als 21 Jahre	43,0	(49)	45,6	(41)	33,3	(8)
Ausbildung						
Nicht in Ausbildung	52,6	(60)	55,6	(50)	41,7	(10)
Lehre	6,1	(7)	7,8	(7)	0	(0)
Hauptschule	11,4	(13)	12,2	(11)	8,3	(2)
Realschule	12,3	(14)	8,9	(8)	25,0	(6)
(Fach)Abitur	6,1	(7)	4,4	(4)	12,5	(3)
Keine Angabe	11,4	(13)	11,1	(10)	12,5	(3)
Abgeschlossene Berufsausbildung						
Keine Angabe	29,8	(34)	26,7	(24)	41,7	(10)
Abgebrochen	22,8	(26)	23,3	(21)	20,8	(5)
Lehre /Ausbildung	3,5	(4)	4,4	(4)	0	(0)
Sonstiges	43,9	(50)	45,6	(41)	37,5	(9)

Anmerkungen: Angegeben sind Prozentsatz und (in Klammern) die Häufigkeit. Altersgruppierung nach Jugendschutzgesetz.

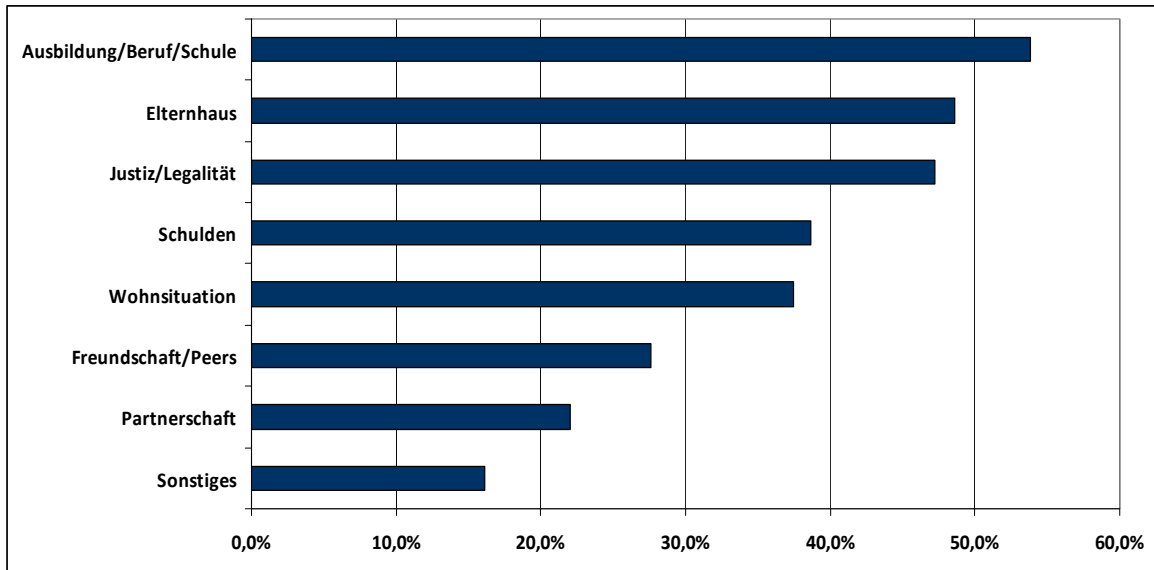
In Tabelle 3.1 fällt ein hoher Anteil an volljährigen Klienten auf (86% der Gesamtstichprobe), der aber dem Betreuungsauftrag entspricht: Als maximales Alter waren 27 Jahre festgelegt.

Tabelle 3.2. Riskanter Substanzkonsum laut RAFFT-Screening zu t1.

	Drogen Green Flag	Drogen Red Flag
Alkohol Green Flag	2,9%	7,7%
Alkohol Red Flag	17,3%	72,0%

Für 72,0% der Befragten (vgl. Tabelle 3.2) ergibt sich sowohl für Alkohol als auch für Drogen ein riskantes Konsummuster. Für 2,9% der Stichprobe ergibt sich „Green Flag“ (= ‚Entwarnung‘) sowohl für ihren Alkohol- als auch für ihren Drogenkonsum. Es weisen (nicht in der Tabelle 3.2 dargestellt) 88,8% der Befragten einen riskanten Alkohol- und 80,2% einen riskanten Drogenkonsum gemäß RAFFT-Screening auf.

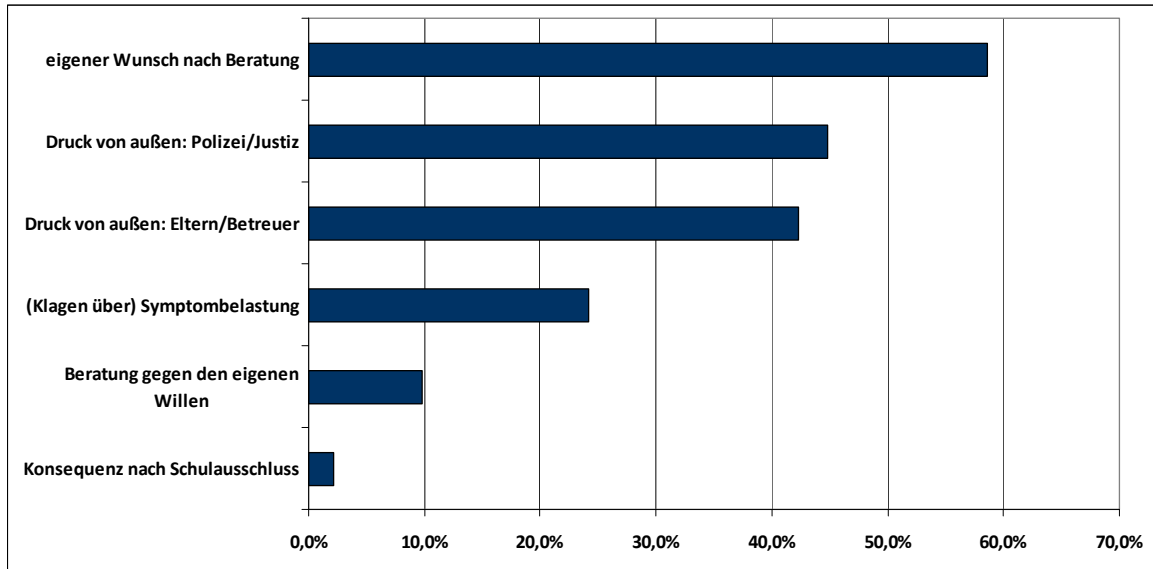
Abbildung 3.2. Übersicht über die von den Klienten benannten Problemfelder oder Belastungen zu t1.



Anmerkungen. Die Stichprobe umfasst 114 Personen.

Die Klienten wurden im Interview danach befragt, welche Lebensbereiche für sie ein Problemfeld oder eine Belastung darstellen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3.2 dargestellt. Durchschnittlich gaben die Klienten 2-3 Problemfelder an. Die Anteile betragen für "Ausbildung/Beruf/Schule" 53,8%, für „Elternhaus“ 48,6% und für "Justiz/Legalität" 47,2% und sind die insgesamt höchsten. Die weiteren Anteile liegen für „Schulden“ bei 38,7%, für „Wohnsituation“ bei 37,5%, für "Freundschaft/Peers" bei 27,6% und für „Partnerschaft“ bei 22,0%. „Sonstige Probleme“ werden von 16,1% der Klienten als belastend benannt. "Ausbildung/Beruf/Schule" sowie „Elternhaus“ und "Justiz/Legalität" scheinen demnach Bereiche zu sein, welche in den Beratungsangeboten konzeptionell und praktisch [weiterhin] zentral zu berücksichtigen sind.

Abbildung 3.3. Übersicht über die von den Klienten genannten Vorstellungsgründe.



Anmerkungen. Die Stichprobe umfasst 114 Personen.

In Abbildung 3.3 sind die „intrinsischen“ und „extrinsischen“ Beweggründe der Klienten aufgeführt, eine Einzelfallberatung zu t1 in Anspruch zu nehmen. Die Anteile betragen für "eigener Wunsch nach Beratung" 58,6%, für "Druck von außen: Polizei/Justiz" 44,8%, für "Druck von außen: Eltern/Betreuer" 42,3%, für "(Klagen über) Symptombelastung" 24,2%, für "Beratung gegen den eigenen Willen" 9,8%, für "Konsequenz nach Schulausschluss" 2,2%. Die „extrinsischen“ Vorstellungsgründe überwiegen deutlich, denn 70,4% der Klienten gibt mindestens einen der Beweggründe "Druck von außen" oder "Beratung gegen den eigenen Willen" an. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind die Klienten polizeilich auffällig geworden und sind bereits justiziell belastet (53,5% durch Arreste, Jugendstrafen, Vorstrafen oder Auflagen). Die Anteile liegen hierfür im Einzelnen für „Auflagen einmalig“ bei 19,3%, für „Auflagen mehrmals“ bei 34,2%; „keine Auflagen“ hatten 36,8% der Befragten; 9,7% machten keine Angaben hierzu.

Tabelle 3.3. Fragebogen-Werte der Stichprobe zu t1 und psychometrische Merkmale der Fragebögen⁶.

Skala / Index	Items	Cronbachs Alpha	Mögliche Werte	Mittelwert	Standardabweichung
BZgA Tabakaffinität	6	$\alpha=.72$	6 - 24	14,66	3,95
BZgA Drogenaffinität	8	$\alpha=.90$	8 - 32	22,80	6,98
BZgA Alkoholaffinität	6	$\alpha=.67$	6 - 24	12,24	3,32
BZgA Angst vor einer Suchterkrankung	5	$\alpha=.67$	5 - 20	12,51	3,59
FEVER-S Veränderungsbereitschaft	.*	.*	0 \pm z	0,00	1,65
SCL-K-9 Psychische Grundbelastung	9	$\alpha=.87$	1 - 5	2,20	0,90
SWE Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ^a	10	$\alpha=.83$	0 - 99	37,67	27,21
SSWE Spezifische Selbstwirksamkeitserwartung	10	$\alpha=.90$	10 - 40	29,69	6,49
Gemeinschaftsfähigkeit: Umgänglichkeit	4	$\alpha=.68$	4 - 16	9,44	2,76
Gemeinschaftsfähigkeit: Verträglichkeit	4	$\alpha=.61$	4 - 16	7,58	2,12
Gemeinschaftsfähigkeit: Regelakzeptanz	3	$\alpha=.62$	3 - 12	7,46	2,22

Anmerkungen. *Die Werte werden über die Differenz der z-Werte der FEVER-S-Skalen „Aktion“ minus „Präkontemplation“ berechnet. ^aGenderspezifische Prozentrangwerte.

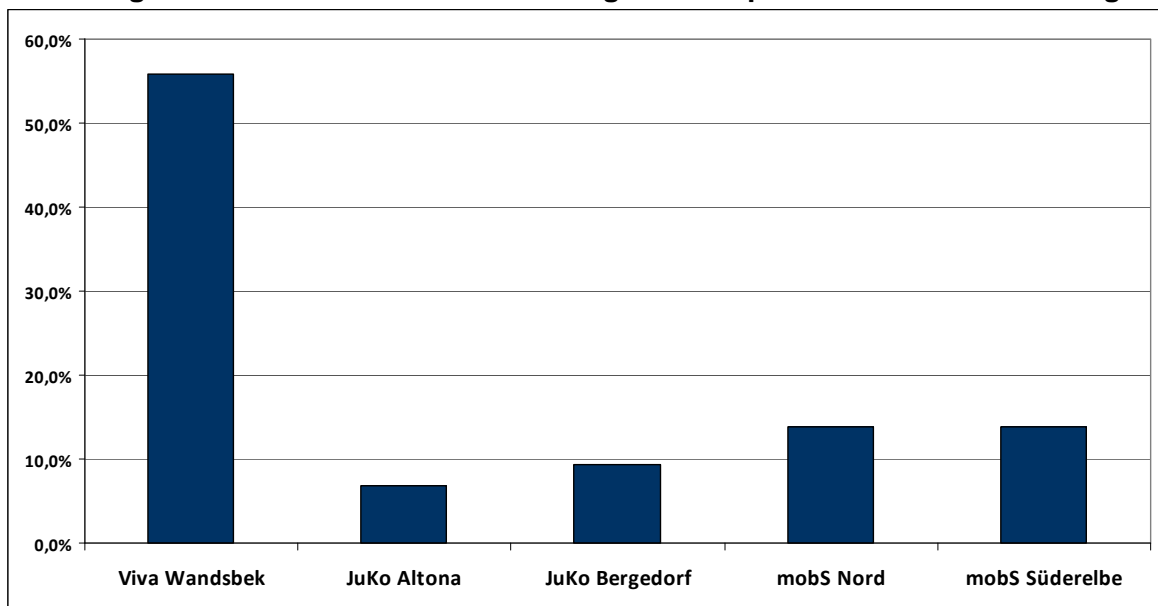
Zu den in Tabelle 3.3 aufgeführten Fragebogenwerten von t1 liegen zumeist keine Vergleichsnormen vor, sie werden daher erst im Vergleich zu den Werten von t2 aussagekräftig, dieser Vergleich ist im Abschnitt 3.4 dieses Berichtes aufgeführt. Im folgenden Abschnitt 3.2 wird die Stichprobe zunächst zum Befragungszeitpunkt t2 charakterisiert und danach eine Dropout-Analyse vorgenommen.

⁶ Um maximale Stabilität bei der Berechnung der psychometrischen Kennwerte zu erreichen, wurden die Daten der Kö16a-Klienten hier mit einbezogen. Die Werte der Gesamtstichprobe ohne die Klienten der Kö16a sind den entsprechenden Tabellen im Anhang zu entnehmen.

3.2 Die Stichprobe zu t2 („Completer“)

In der Stichprobe der N=43 Klienten, welche eine Einzelfallberatung wie abgesprochen beendet und den Studienfragebogen beantwortet hatten („Completer“), befinden sich 86% männliche und 14% weibliche Studienteilnehmer. Das Durchschnittsalter liegt bei M=19,87 Jahren (SD=2,52). Die Verteilung über die Einrichtungen ist der Abbildung 3.4 zu entnehmen.

Abbildung 3.4. Übersicht über die Verteilung der Completer über die Einrichtungen.



Anmerkungen. Die Completer-Stichprobe umfasst 43 Personen. Die Anteile betragen für „Viva Wandsbek“ 55,8%, für „JuKO Altona“ 6,9%, für „JuKO Bergedorf“ 9,3%, für „mobS Nord“ 13,9%, für „mobS Süderelbe“ 13,9% .

Altersgruppen. Klienten der Altersgruppe „unter 16 Jahre“ bilden mit 6,9% den kleinsten Teil der Completer, Klienten „16 bis 17 Jahre“ bilden 13,9%. Die größten Altersgruppen unter den Completern bilden Klienten „18 bis 20 Jahre“ mit 39,5% und Klienten „über 21 Jahre“ mit 39,5%.

Ausbildung. Die Angaben der Completer zu ihrer derzeitigen Ausbildung sind eher vage: Die Anteile betragen für „keine Angabe“ 30,2%, für „abgebrochen“ 16,3%, für „Lehre/ Ausbildung“ 4,7%, für „Sonstiges“ 48,8%.

Probleme und Belastungen. Die Completer benennen als Lebensbereiche besonderer Belastung für "Justiz/Legalität" 30,2%, für "Freundschaft/Peers" 30,2%, für "Ausbildung/Beruf/Schule" 30,2%, für „Wohnsituation“ 30,2%, für „Schulden“ 25,6%, für „Elternhaus“ 25,6%, für „Partnerschaft“ 16,3%, für „Sonstiges“ 11,6%.

Arreste/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen. „Keine“ Vorbelastungen geben 30,2% an, eine „einmalige“ benennen 23,3% und „mehrmalig“ geben 37,2% an; es machen 9,3% keine Angaben. Zu t2 ergibt sich mit 60,5% ein etwas höherer Anteil an einmaliger und mehrmaliger justizieller Vorbelastung als zu t1 mit 53,5%.

Tabelle 3.4. Riskanter Substanzkonsum laut RAFFT-Screening zu t2.

	Drogen Green Flag	Drogen Red Flag
Alkohol Green Flag	4,8%	14,3%
Alkohol Red Flag	23,8%	55,8%

Für 55,8% der zu t2 befragten Completer (vgl. Tabelle 3.4) ergibt sich sowohl für Alkohol als auch für Drogen ein riskantes Konsummuster. Zu t1 wiesen 72,0% der Stichprobe dieses Muster auf. Der Unterschied von t1 zu t2 lässt sich allerdings statistisch nicht absichern, weil die Zelhäufigkeiten zu ungleich bzw. zu gering besetzt sind. Für 4,8% der Completer ergibt sich „Green Flag“ sowohl für ihren Alkohol- als auch für ihren Drogenkonsum. Es weisen (nicht in der Tabelle 3.4 dargestellt) 81,0% der befragten Completer einen riskanten Alkohol- und 71,4% einen riskanten Drogenkonsum gemäß RAFFT-Screening auf.

Tabelle 3.5. Übersicht der Fragebögen-Werte zu t2⁷.

Skala / Index	Mögliche Werte	Mittelwert	Standardabweichung
BZgA Tabakaffinität	6 - 24	14,09	3,96
BZgA Drogenaffinität	8 - 32	20,93	7,41
BZgA Alkoholaffinität	6 - 24	12,70	3,18
BZgA Angst vor einer Suchterkrankung	5 - 20	12,79	3,54
FEVER-S Veränderungsbereitschaft	0 ± z*	0,03	1,79
SCL-K-9 Psychische Grundbelastung	1 - 5	1,97	0,75
SWE Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ^a	0 - 99	41,62	26,79
SSWE Spezifische Selbstwirksamkeitserwartung	10 - 40	32,23	6,41
Gemeinschaftsfähigkeit: Umgänglichkeit	4 - 16	11,39	2,56
Gemeinschaftsfähigkeit: Verträglichkeit	4 - 16	13,00	2,23
Gemeinschaftsfähigkeit: Regelakzeptanz	3 - 12	7,93	2,60

Anmerkungen. Die t2-Stichprobe umfasst 43 Personen. *Die Werte werden über die Differenz der z-Werte der FEVER-S-Skalen „Aktion“ minus „Präkontemplation“ berechnet. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

⁷ Ohne die Daten von Kö16a-Klienten.

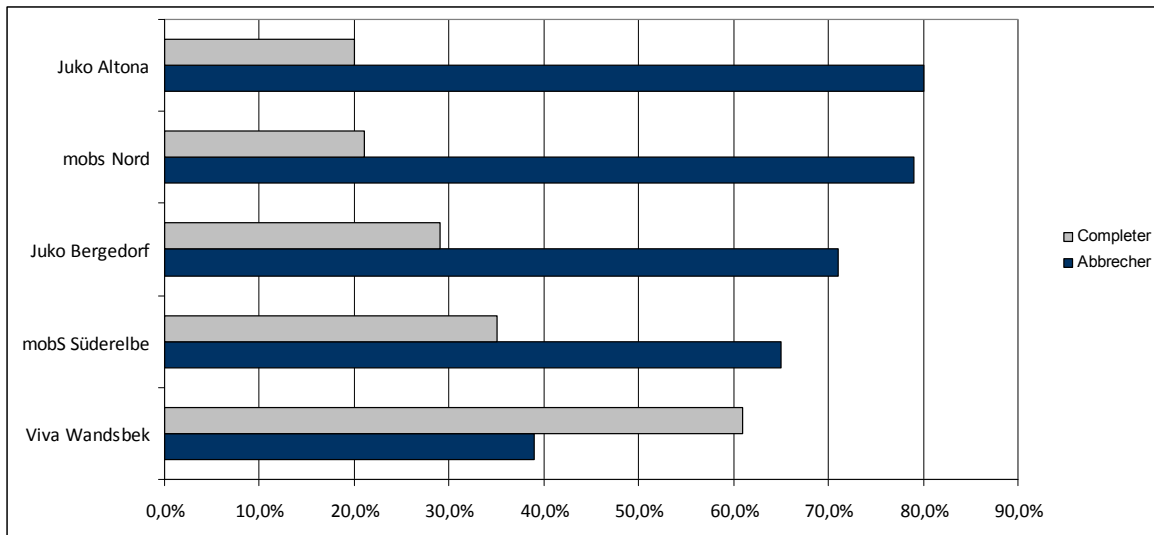
3.3. Dropout-Analyse

Zu t2 lagen (vgl. oben Tabelle 2.1) 62% der t1-Daten vor, ein Wert, der eine überaus hohe Abbrecherquote vermuten lassen könnte. An dieser Stelle sollten jedoch ‚Beratungsabbrecher‘ und ‚Studienabbrecher‘ nicht vermengt werden. Wie unter „2.4 Recherche zu Abbruchquoten“ gesehen, sind in der Jugend-Suchtberatung derzeit rund 38% an Beratungsabbrechern statistisch zu erwarten, so dass die zusätzlichen 24% dieser Studie zum Teil durch die Situation „Evaluationsstudie“ im Sinne eines Störfaktors erklärt werden können⁸. Auch unter den Studienabbrechern dürften darum Klienten sein, die ihre EFH regulär beendet haben.

3.3.1 Abbruchquoten

Die Abbruchquoten streuen stark, Abbildung 3.5 gibt einen Überblick über die jeweilige einrichtungsbezogene Quote von Abbrechern versus Completern. Dabei ergeben sich für die JuKO Altona 80%, für mobS Nord ergeben sich 79% Abbrecher, für die JuKO Bergedorf 71% Abbrecher und für mobS Süderelbe 65% Abbrecher, Viva Wandsbek hat mit 39% die niedrigste Abbrecherquote.

Abbildung 3.5. Verteilung der Completer und Abbrecher über die Einrichtungen.



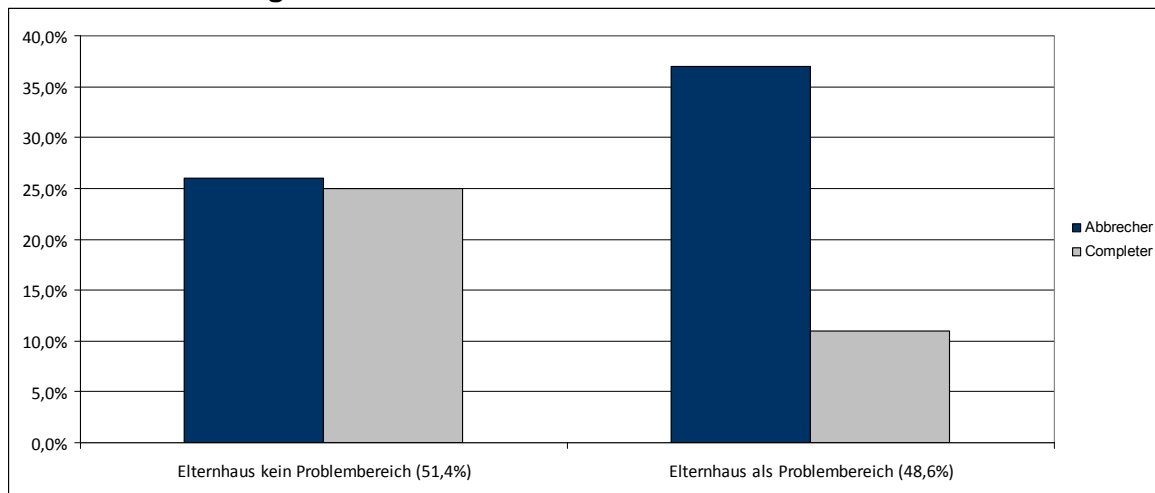
Anmerkungen. Completer n=43, alle N=114.

⁸ Trotzdem bleibt eine standardgemäße Quote an planmäßigen Beendigungen zentral, denn aktuell wird „eine Verstärkung des Zusammenhangsmusters zwischen Planmäßigkeit und Therapieerfolg im ambulanten Bereich“ (Steppan, Künzel & Pfeiffer-Gerschel 2011, S.41) beobachtet.

3.3.2 Unterschiede zwischen Abbrechern und Completern

Abbrecher und Completer unterscheiden sich in den erhobenen Interview- und Fragebogendaten nur in wenigen Punkten, wie zufallskritische Prüfungen ergaben. Die Unterschiede im Erleben des Elternhauses werden signifikant, wie in Abbildung 3.6 veranschaulicht ist (dazu auch Tabelle 3.6): Es empfinden demnach 58,8% der Abbrecher ihr Elternhaus als problematisch, die Completer dagegen zu 30,8%.

Abbildung 3.6. Verhältnis der Abbrecher und Completer, die das Elternhaus als Problembereich angeben.



Anmerkungen. $\chi^2=7,81$, $df=1$, $p=0,00$, $w=0,26$.

Abbrecher besuchen ferner zu 26,8% Haupt-/Realschulen [Completer zu 18,6%], dieser Bildungseinfluss auf die „Abbruchsneigung“ ist allerdings schwach (Effektstärke $w=0,07$). Abbrecher geben den Vorstellungsgrund „Druck durch die Justiz“ mit 35,6% seltener an als die Completer [59,3%], so dass die Erfüllung justizieller Auflagen einer regulären Beendigung der EFH förderlich zu sein scheint (mit $w=0,27$ von fast mittlerer Effektstärke). Abbrecher benennen Schulden mit 44,8% häufiger als einen Belastungs-/Problembereich als die Completer [28,2%].

Wie in nachfolgender Tabelle 3.7 aufgeführt ist, benennen Completer im Mittel weniger Lebensbereiche als belastend bzw. problematisch als die Abbrecher; ferner benötigen sie im Mittel weniger Vorkontakte, ehe sie sich zu einer Einzelfallberatung entschließen und sind tendenziell psychisch nicht ganz so hoch belastet wie die Abbrecher.

Tabelle 3.6. Vergleiche zwischen Abbrechern und Completern in Interviewdaten.

Merkmal	Completer...	Statistische Prüfung
p signifikant		
Elternhaus als Belastung	...geben häufiger Belastungen im Elternhaus an als die Abbrecher.	$\chi^2=7,81$, $df=1$, $p=0,01$, $w=0,27$.
momentane Ausbildungsart	...unterscheiden sich von Abbrechern <i>marginal</i> , indem sie sich eher in Haupt- und Realschul-Ausbildung befinden.	$\chi^2=11,43$, $df=5$, $p=0,04$, $w=0,07$.
Druck durch Justiz als Vorstellungsgrund	...unterscheiden sich von Abbrechern, indem sie als Vorstellungsgrund eher „Druck durch die Justiz“ angeben.	$\chi^2=5,2$, $df=1$, $p=0,02$, $w=0,23$.
Schulden als Belastung	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe von weniger Schulden als Belastung/Problembereich <i>marginal</i> von Abbrechern.	$\chi^2=2,85$, $df=1$, $p=0,09$, $w=0,16$.
p nicht signifikant		
Geschlecht	...unterscheiden sich in der Geschlechterverteilung nicht von Abbrechern.	$\chi^2=2,09$, $df=1$, $p=0,15$, $w=0,14$.
Altersgruppe	...unterscheiden sich in der Altersgruppenverteilung nicht von Abbrechern.	$\chi^2=2,60$, $df=3$, $p=0,66$, $w=0,11$.
momentan in Ausbildung	...unterscheiden sich in der Verteilung, ob sie momentan in einer Ausbildung sind, nicht von Abbrechern.	$\chi^2=1,17$, $df=3$, $p=0,76$, $w=0,09$.
Peers als Belastung	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe der Freundschaften als Belastung oder Problembereich nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,01$, $df=1$, $p=0,92$, $w=0,01$.
Partnerschaft als Belastung	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe des Elternhauses als Belastung oder Problembereich nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,2$, $df=1$, $p=0,67$, $w=0,04$.
Beruf als Belastung	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe des Berufs oder der Ausbildung als Belastung oder Problembereich nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,00$, $df=1$, $p=1$, $w=0,00$.
Wohnsituation als Belastung	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe der Wohnsituation als Belastung oder Problembereich nicht von Abbrechern.	$\chi^2=1,87$, $df=1$, $p=0,17$, $w=0,13$.
Justiz als Belastung	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe der Justiz als Belastung oder Problembereich nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,73$, $df=1$, $p=0,39$, $w=0,08$.
Vorstrafen	...unterscheiden sich in Bezug auf Vorstrafen oder Auflagen nicht von Abbrechern.	$\chi^2=1,09$, $df=2$, $p=0,58$, $w=0,04$.
Eigener Wunsch als Vorstellungsgrund	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe des eigenen Wunsches als Vorstellungsgrund nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,01$, $df=1$, $p=0,97$, $w=0,003$.
Belastung als Vorstellungsgrund	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe von Belastungen als Vorstellungsgrund nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,79$, $df=1$, $p=0,37$, $w=0,09$.
Druck durch Eltern als Vorstellungsgrund	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe von Druck durch die Eltern als Vorstellungsgrund nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,49$, $df=1$, $p=0,48$, $w=0,07$.
Beratung gegen eigenen Willen	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe einer Beratung gegen den eigenen Willen nicht von Abbrechern.	$\chi^2=1,68$, $df=1$, $p=0,19$, $w=0,14$.
Schulabschluss als Vorstellungsgrund	...unterscheiden sich in Bezug auf die Angabe eines Schulabschlusses als Vorstellungsgrund nicht von Abbrechern.	$\chi^2=1,18$, $df=1$, $p=0,28$, $w=0,12$.
RAFFT-Alkohol	...unterscheiden sich in riskantem Alkoholkonsum nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,16$, $df=1$, $p=0,69$, $w=0,04$.
RAFFT-Drogen	...unterscheiden sich in riskantem Drogenkonsum nicht von Abbrechern.	$\chi^2=0,19$, $df=1$, $p=0,89$, $w=0,01$.

Tabelle 3.7. Vergleiche zwischen Abbrechern und Completern in Fragebogendaten.

Merkmal	Completer....	Statistische Prüfung
p signifikant		
Anzahl vorheriger Kontakte bis zur Aufnahme einer Beratung	...haben weniger Vorkontakte vor t1 (M=1,63, SD=0,67) als Abbrecher (M=2,33, SD=1,43).	$t_{zweiseitig}=2,47$, df=74, p=0,02, $\eta^2=0,07$.
Anzahl der erlebter Problemfelder	...benennen weniger Problembereiche (M=2,45, SD=1,65) als Abbrecher (M=2,99, SD=1,55).	$t_{zweiseitig}=1,7$, df=107, p=0,09, $\eta^2=0,03$.
SCL-K-9 Psychische Grundbelastung	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre psychische Grundbelastung (M=2,06, SD=0,89) <i>marginal</i> von Abbrechern (M=2,35, SD=0,96).	$t_{zweiseitig}=1,6$, df=112, p=0,12, $\eta^2=0,01$.
p nicht signifikant		
Alter	...unterscheiden sich in Bezug auf ihr Alter (M=19,77, SD=2,53) nicht von Abbrechern (M=20,23, SD=2,24).	$t_{zweiseitig}=1,005$, df=112, p=0,32, $\eta^2=0,01$.
Anzahl der Vorstellungsgründe	...unterscheiden sich in Bezug auf die Anzahl der Vorstellungsgründe (M=1,77, SD=0,842) nicht von Abbrechern (M=1,56, SD=0,90).	$t_{zweiseitig}=-1,19$, df=105, p=0,24, $\eta^2=0,01$.
RAFFT Summen-Skala Alkohol	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Rohwerte im RAFFT-Alkohol-Fragebogen (M=2,65, SD=1,21) nicht von Abbrechern (M=2,8, SD=1,18).	$t_{zweiseitig}=0,637$, df=108, p=0,53, $\eta^2=0,00$.
RAFFT Summen-Skala Drogen	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Rohwerte im RAFFT-Drogen-Fragebogen (M=3,07, SD=1,60) nicht von Abbrechern (M=3,19, SD=1,66).	$t_{zweiseitig}=0,57$, df=108, p=0,57, $\eta^2=0,00$.
BZgA Tabakaffinität	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Tabakaffinität (M=14,80, SD=4,00) nicht von Abbrechern (M=14,76, SD=3,89).	$t_{zweiseitig}=-0,051$, df=112, p=0,96, $\eta^2=0,00$.
BZgA Drogenaffinität	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Drogenaffinität (M=21,74, SD=7,54) nicht von Abbrechern (M=23,10, SD=7,14).	$t_{zweiseitig}=0,97$, df=112, p=0,33, $\eta^2=0,01$.
BZgA Alkoholaffinität	...unterscheiden sich in Bezug auf Alkoholaffinität (M=12,32, SD=3,19) nicht von Abbrechern (M=12,14, SD=3,36).	$t_{zweiseitig}=-0,28$, df=112, p=0,78, $\eta^2=0,00$.
BZgA Angst vor einer Suchterkrankung	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Angst vor einer Suchterkrankung (M=13,02, SD=3,78) nicht von Abbrechern (M=12,43, SD=3,44).	$t_{zweiseitig}=-0,86$, df=112, p=0,39, $\eta^2=0,01$.
FEVER_S Veränderungsbereitschaft	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Veränderungsbereitschaft (M=-0,06, SD=1,58) nicht von Abbrechern (M=-0,1, SD=1,68).	$t_{zweiseitig}=-0,115$, df=112, p=0,91, $\eta^2=0,00$.
SWE Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Genderspezifische Prozenträge)	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (M=36,90, SD=27,42) nicht von Abbrechern (M=36,38, SD=27,12).	$t_{zweiseitig}=0,32$, df=112, p=0,75, $\eta^2=0,00$.
SSWE Spezifische Selbstwirksamkeitserwartung	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Spezifische Selbstwirksamkeitserwartung (M=29,89, SD=6,54) nicht von Abbrechern (M=29,59, SD=6,59).	$t_{zweiseitig}=-0,239$, df=112, p=0,81, $\eta^2=0,00$.
Gemeinschaftsfähigkeit: Umgänglichkeit	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Umgänglichkeit (M=9,27, SD=2,57) nicht von Abbrechern (M=9,76, SD=2,80).	$t_{zweiseitig}=0,92$, df=112, p=0,36, $\eta^2=0,01$.
Gemeinschaftsfähigkeit: Verträglichkeit	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Verträglichkeit (M=7,74, SD=1,91) nicht von Abbrechern (M=7,44, SD=2,17).	$t_{zweiseitig}=-0,74$, df=112, p=0,45, $\eta^2=0,00$.
Gemeinschaftsfähigkeit: Regelakzeptanz	...unterscheiden sich in Bezug auf ihre Regelakzeptanz (M=7,15, SD=2,37) nicht von Abbrechern (M=7,43, SD=2,26).	$t_{zweiseitig}=0,62$, df=112, p=0,53, $\eta^2=0,00$.

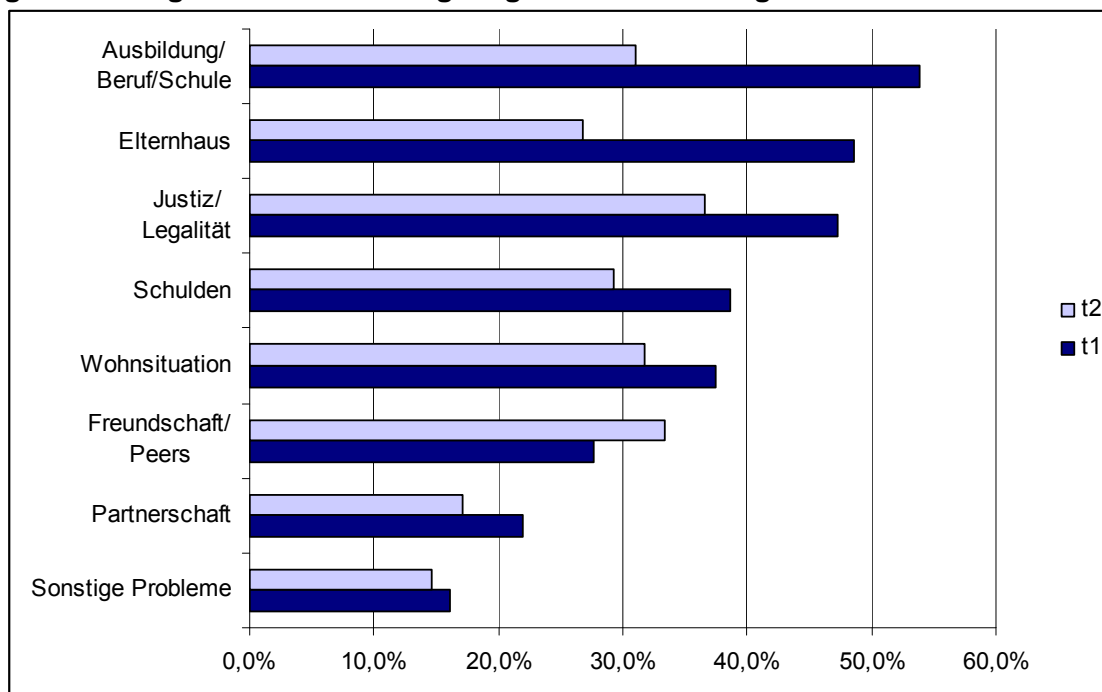
3.4 Vergleich der t1- und t2-Daten

Der hiesige Vergleich zu den Interview- wie auch Fragebogendaten zu Beginn der Einzelfallberatung (t1) und deren regulärem Ende (t2) ergibt für den bereinigten Datensatz ein Bild, das mit den bisherigen deskriptiven Analysen des DZSKJ-Sachberichtes für 2010 übereinstimmt (Sack, Stadler & Thomasius, 2011), nun aber auf zufallskritischen Vergleichen beruht.

3.4.1 Interviewdaten

Wie in den vorangegangenen Abschnitten gesehen, erweisen sich die Klienten zu t1 in Bezug auf erlebte psychosoziale Probleme als mehrfach belastet (durch die Situation im Elternhaus, im Legalverhalten, in Ausbildung/Beruf/Schule), ihr Substanzkonsum ist überwiegend riskant („Red Flag“ im RAFFT-Drogen und RAFFT-Alkohol bei ca. 80% der Befragten zu t1). Lag ein riskanter Drogen- und zugleich Alkoholkonsum zu t1 bei 72,0% der Klienten vor, so lag er zu t2 bei 55,1% der Completer vor (wie oben bereits mitgeteilt, vgl. Tabelle 3.2 und Tabelle 3.4).

Abbildung 3.7. Probleme und Belastungen der erfassten Klienten der neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote in Hamburg.



Anmerkungen. Das Diagramm beruht auf N=114 zu t1 und n=43 zu t2 befragten Klienten („Completer“) der EFH und bezieht sich auf gültige Prozentwerte.

Der Rückgang in der psychosozialen Belastung ist in Abbildung 3.7 dargestellt; dort ist jedoch der Anteil an *individuellem* Belastungsrückgang nicht ersichtlich, weswegen im Folgenden für die Completer-Teilstichprobe berichtet wird, wie hoch der Prozentsatz an tatsächlichen Besserungen ist.

- Ausbildung/Beruf/Schule: 54,5% (12 von 22) derjenigen, die zu t1 hier Probleme angeben, berichten zu t2 von einer inzwischen nicht mehr belastenden Situation in Schule, Ausbildung oder Beruf
- Justizielle Belastung: 40,0% (8 von 20) derjenigen, die zu t1 Belastungen durch Polizei oder Justiz angeben, berichten hier zu t2 eine Besserung, die Situation bleibt bei den anderen Klienten konstant
- Elternhaus: 33,3% (4 von 12) derjenigen, die zu t1 hier Probleme angeben, berichten zu t2 eine Besserung, bei den anderen Klienten ist das Verhältnis zu den Eltern im Wesentlichen unverändert
- Wohnsituation: 36,4% (4/11) derjenigen, die zu t1 Wohnprobleme angeben, berichten hier zu t2 eine Besserung
- Peers: 60,0% (6/10) derjenigen, die zu t1 hier Belastungen angeben, berichten zu t2 gebesserte Beziehungen zu Peers, Freunden, Kollegen bzw. Schulkameraden
- Schulden: 22,2% (2/9) derjenigen, die zu t1 hier eine belastende Situation angeben, berichten zu t2 eine Besserung der Schuldsituation
- Partnerschaft: 57,1% (4/7) derjenigen in belastender Partnerschaft berichten hier zu t2 von Besserungen
- Sonstige Problemfelder: 50,0% (hier nur n=1/2!) berichten zu t2 eine Besserung

3.4.2 Fragebogendaten

In Tabelle 3.8 sind die Klientenwerte in den standardisierten Fragebögen aufgeführt. Laut der Normierung des SWE ist die ‚Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung‘ der Klienten im Mittel niedrig, ihre psychische Grundbelastung ist nach den Normen des SCL-9-K hoch. Zur t2-Befragung lassen sich deutlich signifikante Besserungen aufweisen – inklusive größerer Gemeinschaftsfähigkeit (insbesondere einer höheren ‚Verträglichkeit‘), niedrigerer Substanzaffinität und einer gebesserten psychischen Grundbelastung. Aber im Mittel schildern die Klienten einen nicht verringerten Drogenkonsum (RAFFT Summen-Skala ‚Drogen‘) und eine hohe psychische Grundbelastung. Auch die Veränderungsbereitschaft im Suchtbereich (FEVER-S) ist zu t2 auf gleichem Level wie zu t1. Dies ist bei einer Klientel nicht unerwartet, welche justiziell vorbelastet ist und wo sich

59,3% zu t1 mit „Druck durch die Justiz“ in die EFH begeben hat: Insbesondere bei Straftätern findet sich häufig das Phänomen, dass sie wohl zu einer Therapie bereit sind, sich aber nicht verändern wollen (Suhling, 2005). Die zu beobachtende relativ höhere Alkoholaffinität ist plausibel, denn bei reduziertem Konsum illegaler Substanzen ist eine „Suchtverlagerung“ auf legale Substanzen häufiger, wenn auch nicht zwangsläufig zu beobachten (vgl. Lieb, Specka, Sick et al., 2005). Ein erhöhter Alkoholkonsum selbst ist in der Stichprobe auch nicht zu beobachten, denn der riskante Alkoholkonsum laut RAFFT-Screening ging im Zeitraum t1—t2 von 88,8% auf 81,0% zurück; der riskante Drogenkonsum laut RAFFT-Screening ging im Zeitraum t1—t2 von 80,2% auf 71,4% zurück – wie bereits oben im Abschnitt „3.2 Die Stichprobe zu t2 („Completer“)" berichtet wurde.

Insgesamt sind also förderliche Effekte der EFH über die neuen regionalen Beratungsangebote nachweisbar, wie sie mit Auftrag und Wirkungszielen der neuen Jugend-Suchtberatungsangebote sowie zentralen Zielen der Kinder- und Jugendarbeit konsistent sind: Die Symptomatik ist bei Beratungsende reduziert, förderliche Wirkungen in den von den Klienten bei Beratungsbeginn als belastend/problematisch geschilderten psychosozialen Bereichen sind zu beobachten. Zu t1 nennt knapp die Hälfte der befragten Klienten psychosoziale Probleme – v.a. in Ausbildung/Beruf/Schule, im Elternhaus und bzgl. des eigenen Legalverhaltens; 44,9% nennen 2-4 dieser Probleme. Zu t2 bestehen die benannten Probleme vielfach nicht mehr, und auch in den Fragebogendaten sind Besserungen der Symptome zu verzeichnen. Zu t2 sind die Completer dennoch stark belastet, was v.a. daran liegen könnte, dass unter ihnen vor allem Klienten mit speziellen, beratungsintensiven Anliegen und/oder mit Auflagen vertreten sind. Der Beratungserfolg liegt hier in der stützenden „Haltefunktion“, und darin dass die Betroffenen in zukünftigen Krisenfällen vermutlich eher Hilfen in Anspruch nehmen werden, was Verschlimmerungen vorzubeugen hilft (vgl. Reimer, 2007).

Die genaueren Erklärungsanteile der genannten beiden Aspekte bleiben ungewiss, da entsprechende Auskünfte der betreffenden „Dropout“-Klienten nicht gegeben sind. Hinzu kommt, dass ein diszipliniertes Absolvieren von Beratungsterminen (eine typisch Mittelschicht-orientierte Auffassung) von psychosozial hoch belasteten Klienten in der Regel wohl nicht erwartet werden kann.

Tabelle 3.8. Die Fragebogenwerte zu t1 und t2

Merkmal	Klienten unterscheiden sich vom Zeitpunkt t1...	Statistische Prüfung
p signifikant		
RAFFT Summen-Skala Alkohol	...in Bezug auf ihr Alkoholsuchtrisiko zum Zeitpunkt t2. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=2,67, SD=1,22) und zum Zeitpunkt t2 (M=2,67, SD=1,15), sind gleich, aber die Streuung sinkt.	$F_{(1,41)}=7,23$, $p=0,01$ $\eta^2=0,16$.
BZgA Tabakaffinität	..., indem sie eine niedrigere Tabakaffinität zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=14,80, SD=4,00) und zum Zeitpunkt t2 (M=14,09, SD=3,96).	$F_{(1,42)}=3,92$, $p=0,05$, $\eta^2=0,09$.
BZgA Drogenaffinität	..., indem sie eine niedrigere Drogenaffinität zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=21,74, SD=7,54) und zum Zeitpunkt t2 (M=20,93, SD=7,41).	$F_{(1,42)}=6,25$, $p=0,02$, $\eta^2=0,13$.
BZgA Alkoholaffinität	..., indem sie eine höhere Alkoholaffinität zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=12,32, SD=3,19) und zum Zeitpunkt t2 (M=12,70, SD=3,18).	$F_{(1,42)}=11,99$, $p=0,01$, $\eta^2=0,23$.
BZgA Angst vor einer Suchterkrankung	..., indem sie eine niedrigere Angst vor einer Suchterkrankung zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=13,02, SD=3,78) und zum Zeitpunkt t2 (M=12,79, SD=3,54).	$F_{(1,42)}=33,20$, $p=0,00$, $\eta^2=0,48$.
SCL-K-9 Psychische Grundbelastung	..., indem sie eine niedrigere psychische Grundbelastung zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=2,06, SD=0,89) und zum Zeitpunkt t2 (M=1,97, SD=0,75).	$F_{(1,42)}=16,31$, $p=0,00$, $\eta^2=0,29$.
SWE Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ^a	..., indem sie eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=37,06, SD=27,08) und zum Zeitpunkt t2 (M=41,62, SD=26,78).	$F_{(1,41)}=11,25$, $p=0,02$, $\eta^2=0,22$.
SSWE Spezifische Selbstwirksamkeitserwartung	..., indem sie eine höhere spezifische Selbstwirksamkeitserwartung zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=29,90, SD=6,54) und zum Zeitpunkt t2 (M=32,23, SD=6,41).	$F_{(1,42)}=14,07$, $p=0,001$, $\eta^2=0,23$.
Gemeinschaftsfähigkeit: Umgänglichkeit	..., indem sie eine höhere Umgänglichkeit zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=9,27, SD=2,57) und zum Zeitpunkt t2 (M=11,39, SD=2,56).	$F_{(1,42)}=172,3$, $p=0,00$, $\eta^2=0,80$.
Gemeinschaftsfähigkeit: Verträglichkeit	..., indem sie eine höhere Verträglichkeit zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=7,74, SD=1,91) und zum Zeitpunkt t2 (M=13,00, SD=2,23).	$F_{(1,42)}=194,76$, $p=0,00$, $\eta^2=0,83$.
Gemeinschaftsfähigkeit: Regelakzeptanz	..., indem sie eine höhere Regelakzeptanz zum Zeitpunkt t2 aufweisen. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=7,15, SD=2,37) und zum Zeitpunkt t2 (M=7,93, SD=2,60).	$F_{(1,42)}=193,41$, $p=0,00$, $\eta^2=0,83$.
p nicht signifikant		
FEVER-S Veränderungsbereitschaft	...nicht in Bezug auf eine höhere Veränderungsbereitschaft zum Zeitpunkt t2. Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M= - 0,06, SD=1,58) und zum Zeitpunkt t2 (M=0,03, SD=1,79).	$F_{(1,42)}=0,12$, $p=0,67$, $\eta^2=0,03$.
RAFFT Summen-Skala Drogen	...in Bezug auf ihr Drogensuchtrisiko zum Zeitpunkt t1 nicht. Kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 (M=2,97, SD=1,61) und zum Zeitpunkt t2 (M=2,67, SD=1,75).	$F_{(1,41)}=0,30$, $p=0,59$, $\eta^2=0,008$.

Anmerkungen. ^a Gender-spezifische Prozentrangwerte.

3.4 Zusammenfassung zu Kapitel 3

Die im Folgenden getroffenen Aussagen reflektieren einen Zwischenstand der Arbeit der neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote im Sinne eines „Schlaglichts“ und sind kein endgültiges Fazit. Es ist anzunehmen, dass die Fokusgruppen-Diskussionen sowie die Erfordernisse der Wirkungsorientierten Steuerung ihrerseits bereits weiterführende Prozesse moderiert haben, die in den Betrachtungszeitraum des vorliegenden Berichtes nicht eingehen.

Zum Vergleich t1-t2

- Eine Wirksamkeit der EFH zu geändertem Substanzkonsum (Wirkungsziel 2) über den Vergleich t1-t2 ist belegt (RAFFT-Scores, RAFFT-Screening).
- Eine gestiegene Einsicht bzw. größere Distanz zum Substanzkonsum (Wirkungsziele 1 und 3) bei den Klienten ist belegt (Affinitäts-Skalen BZgA).
- Die selbstberichtete gebesserte ‚Gemeinschaftsfähigkeit‘ der Klienten entspricht Wirkungsziel 4 (wie auch allgemeinen zentralen Zielen der Jugendhilfe-Organisationen).
- Die Klienten der EFH sind zu t2 psychisch hoch belastet (SCL-K-9) und von niedriger Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), aber gebessert.
- Unter der EFH können v.a. in folgenden Bereichen individuelle Besserungen beobachtet werden: Ausbildung/Beruf/Schule, Justiz/Legalität, Elternhaus.

Über den Zeitpunkt der unmittelbaren Betreuung (t1-t2) hinaus liegen keine belastbaren Daten vor. Zu Effekten bei Eltern/Angehörigen kann wegen mangelnder Bereitschaft der Eltern zur Studienteilnahme keine Aussage gemacht werden. Zu Effekten bei Migrantengruppen kann wegen fehlenden Angaben keine belastbare gesonderte Aussage gemacht werden.

4. Ergebnisse der Expertenbefragungen

Die in Kapitel 4 mitgeteilten Ergebnisse betreffen die Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität, wie sie über die Fokusgruppenbefragungen erhoben wurden. Sie beruhen auf der strukturierten einrichtungsbezogenen Darstellung im Materialband.

Im ersten Teil „4.1 Zielerreichung und Bilanzierung“ wird anhand der Angaben der Einrichtungen / Beratungsstellen dargelegt, inwiefern die vereinbarten Wirkungsziele erreicht wurden (zunächst summativ, dann nach direkten und indirekten Zielen unterteilt), vor welchem Klientel-Hintergrund dies zu sehen ist, und wie die neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsstellen ihre Arbeit (einrichtungsbezogen) bilanzieren. Im Sinn der Evaluationstrias „Struktur, Prozess, Ergebnis“ bildet dieser Teil 4.1 die Ergebnisqualität der Arbeit ab.

Im Teil „4.2 Beratung: Angebot, Ziele, Erfolge“ wird primär die Prozessqualität betrachtet; die Arbeitsweise der Jugend-Suchtberatungsstellen wird hier referiert. Im Teil 4.3 sind verschiedenste Aspekte der geleisteten Beratungsarbeit dargelegt, welche Struktur- und Prozessqualität abbilden: Arbeitsweise, Kooperationen, förderliche wie hinderliche Rahmenbedingungen der Arbeit, Entwicklungen und Veränderungen in der Region werden von den Teilnehmern der Expertengespräche benannt. In 4.4 werden die zentralen Ergebnisse des gesamten Kapitels 4 zusammengefasst.

4.1 Zielerreichung und Bilanzierung

4.1.1 Zum Zielspektrum insgesamt

Aufbauend auf die Resultate des Projekt-Sachberichtes für 2010 (Sack, Stadler & Thomasius, 2011) werden im Folgenden die dort berichteten Wirkungsziel-Erreichungen der neuen Jugend-Suchtberatungsangebote ergänzt um die jeweiligen Angaben von Viva Billstedt mitgeteilt⁹. Es wird summativ das gesamte Spektrum der vorgehaltenen Angebote eingeschätzt. Wie in Tabelle 4.1 differenziert nach den jeweiligen Einrichtungen aufgeführt ist, liegt die Spanne der nicht erreichten Ziele bei rund 10 - 27%, die der erreichten bei 27 - 50% und die der übertroffenen bei 40 - 73%. Gefragt war hier nach *allen* Zielen in Bezug auf *alle* Zielgruppen (Klienten sowie Eltern/Angehörige).

Die Zielerreichungsgraduierung von Tabelle 4.1 wird in diesem Bericht durchgängig verwendet. Wenn im abgestimmten Protokoll explizit die Formulierung „nicht erreicht / eher nicht erreicht“ verwendet worden war, dann wurde *nicht erreicht* kodiert, bei „tendenziell bzw. eher erreicht / erreicht“ wurde *erreicht* und bei „leicht bzw. eher übertroffen / übertroffen“ wurde *übertroffen* kodiert.

Tabelle 4.1. Wie viele Ziele nennen die Einrichtungen / Beratungsstellen mit den neuen Jugend-Suchtangeboten (in Bezug auf *alle* Ziele und Zielgruppen) als nicht erreicht / erreicht / übertroffen?

Ziel- erreichung	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Nicht erreicht	3 27,3 %	--	1 10,0%	1 9,0 %	1 10,0 %	6 60,0 %
Erreicht	--	3 33,3 %	4 40,0%	3 27,3 %	5 50,0 %	--
Über- troffen	8 72,7 %	6 66,7 %	5 50,0%	5 45,5 %	4 40,0 %	4 40,0 %
Keine Angaben	--	--	--	2 18,2 %	--	--

Anmerkungen. Korrekterweise müsste es statt des Namens der Einrichtung besser „Regionales Angebot der Einrichtung“ heißen, da die jeweilige Einrichtung auch weitere Betreuungsangebote außer den hier evaluierten bereit hält.

⁹ Dementsprechend ist der Text der Abschnitte 4.1 bis 4.5 teilweise identisch mit dem des Sachberichtes für das Jahr 2010. Hinweis: Die dem Text zu Grunde liegenden tabellarischen Synopsen sind vollständig im – der Behörde gemeinsam mit dem Berichtsband eingereichten – Materialband aufgeführt.

4.1.2 Die Klienten direkt adressierenden Ziele

Tabelle 4.2 (Einstellungsebene) und Tabelle 4.3 (Verhaltensebene) geben aufgeschlüsselt nach den Einrichtungen der neuen Jugend-Suchtberatungsangebote differenziert wieder, welche dieser Wirkungsziele in Bezug auf die Zielgruppe der Klienten in welchem Maße erreicht wurde. Danach wurde bei den Klienten das Ziel 1 der kritischen Betrachtung des eigenen Substanzkonsums von 5 der 6 Einrichtungen als mindestens „erreicht“ angegeben, das Ziel 2 der Reduktion des Substanzkonsums von 4 der 6 Einrichtungen, das Ziel 3 der Einsicht in die eigene Suchtgefährdung wurde von 4 der 6 als mindestens „erreicht“ sowie Ziel 4 (Klienten nehmen regelmäßig und suchtmittelfrei an Schule bzw. Ausbildung teil) von 3 der 6 Einrichtungen.

Tabelle 4.2. Erreichung von Ziel 1 („Klienten betrachten ihren Drogen- und Suchtmittelkonsum kritisch“ □) und Ziel 3 („Einsicht in die eigene Suchtgefährdung / Suchterkrankung bei den Klienten“ ×).

Ziel- erreichung	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Nicht erreicht	×		□			×
Erreicht			×	□	×	
Über- troffen	□	× □			□	□
Keine Angaben	--	--	--	--	--	--

Anmerkungen. Weil beide auf der Einstellungsebene liegen, werden „Einsicht“ und „Beurteilung“ (Ziele 1 und 3) hier gemeinsam aufgeführt.

Wie in Tabelle 4.2 für die Einstellungsebene ersichtlich, gelingt es auch Einrichtungen, die bislang weniger Einsicht fördern konnten (Ziel 3), die Bereitschaft zum kritischen Hinterfragen der Vor- und Nachteile des eigenen Substanzkonsums (Ziel 1) zu erreichen und verschiedentlich die Zielvorgaben noch zu übertreffen. Auch auf der Verhaltensebene, dargestellt in Tabelle 4.3, tritt dieses Muster wieder zu Tage: ein nicht erreichtes Ziel im Verhaltensbereich wird dadurch mindestens kompensiert, dass das zweite Ziel nicht nur erreicht, sondern übertroffen wird.

Tabelle 4.3. Erreichung von Ziel 2 („Klienten reduzieren ihren Drogen- und Suchtmittelkonsum“ □) und Ziel 4 („Klienten nehmen regelmäßig und suchtmittelfrei an Schule bzw. Ausbildung teil“ ×).

Ziel- erreichung	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Nicht erreicht	×	×			□	×
Erreicht			□			
Über- troffen	□	□	×	×	×	□
Keine Angaben	--	--	--	□	--	--

Anmerkungen. Weil beide Ziele auf der Verhaltensebene liegen, werden sie hier gemeinsam aufgeführt.

Bei ihren Klienten Punktnüchternheit in Schule und Ausbildung zu erzielen (Ziel 4), stellt weiterhin einrichtungsunabhängig eine bleibende Herausforderung dar. Das allgemeinere Ziel der Reduktion des Substanzkonsums (Ziel 2) wurde von allen Einrichtungen erreicht, wobei lediglich die JuKO Altona zu Ziel 2 keine Aussagen machen wollte [da diese allein auf den Selbstberichten der Jugendlichen basieren würden].

Gemäß der integrierenden Zusammenfassungen in Tabelle 4.2 und Tabelle 4.3 haben die neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote sowohl auf Einstellungsebene (kritischeres Urteil, Einsicht) als auch auf der Verhaltensebene (reduzierter Konsum, Punktnüchternheit) ihre Ziele erreicht und variieren hauptsächlich in dem Ausmaß, wie sie diese Ziele übertroffen haben.

4.1.3 Die Klienten indirekt adressierende Ziele

Weitere vereinbarte Wirkungsziele betreffen eine stärkere Inanspruchnahme des Suchthilfesystems durch die Klienten sowie eine verstärkte Einbeziehung der Eltern/Angehörigen sowie deren Kompetenzerhöhung im altersadäquat-konstruktiven Umgang mit der Thematik „konsumierende/r Jugendliche/r“.

Tabelle 4.4. Erreichung des Ziels „Mehr Inanspruchnahme der Angebote des Jugend-Suchthilfesystems“.

Ziel- erreichung	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Nicht erreicht						■
Erreicht		■	■	■ *	■ *	
Über- troffen	■					
Keine Angaben	--	--	--	--	--	--

Anmerkungen. *Divergierende Einschätzung von Einrichtung und Kooperationspartner, „erreicht“ ist der Kompromiss hieraus.

Nach Tabelle 4.4 berichten fast alle Einrichtungen, dass ihre Jugendlichen-Klientel die verschiedenen Angebote verstärkt akzeptiert und aufsucht. Diese Entwicklung zeichnet sich für die erst kürzere Zeit bestehende Einrichtung Viva Billstedt erst ab, aber noch nicht in dem angestrebten Maße.

Tabelle 4.5. Erreichung des Ziels „Einbeziehung der Eltern/Angehörigen“ (✗) und „Kompetenzerhöhung der Eltern/Angehörigen“ (□).

Ziel- erreichung	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Nicht erreicht	□	□				✗ □
Erreicht			□	□	✗	
Über- troffen	✗	✗	✗	✗	□	
Keine Angaben	--	--	--	--	--	--

Wie in Tabelle 4.5 dargestellt, wird das Ziel der Einbeziehung der Eltern/Angehörigen in die Beratungsarbeit an allen „längerfristig“ operierenden Einrichtungen als mindestens „erreicht“ beurteilt. Den Kompetenztransfer an Eltern/Angehörige zu erhöhen, so dass diese entwicklungsangemessen auf die konsumierenden Jugendlichen eingehen können, stellt weiterhin eine Herausforderung an die Einrichtungen dar. Dies scheint vom Arbeitskonzept her unabhängig: Viva Wandsbek und JuKO Bergedorf gehören zu unterschiedlichen Trägern, Viva Billstedt arbeitet noch nicht vergleichbar lange genug.

4.1.4 Merkmale der Klienten

Im Folgenden werden aus der Sicht der Einrichtungen ausgeprägte Merkmale der jeweiligen Klientel dargestellt (Tabelle 4.6). Die Problematiken in den jeweiligen Sozialräumen sind hinreichend bekannt und waren auch Bestandteil der Entscheidung, Beratungseinrichtungen mit spezialisierten Angeboten genau dort anzusiedeln bzw. mit entsprechender Betreuung zu beauftragen. Die Belastung der einzelnen Regionen erscheint *im jeweiligen Schwerpunkt* unterschiedlich, insbesondere die Klientel von mobS Süderelbe und Viva Billstedt erscheinen noch mehr belastet als das (gleichfalls hoch belastete) Klientel der anderen Regionen. Als einzige Einrichtung scheint JuKO Bergedorf etwas davon zu profitieren, dass ein hoher Anteil betroffener Eltern/Angehöriger aufgeschlossen auf die Beratungsangebote der Einrichtung eingeht.

Tabelle 4.6. Zentrale Charakteristika der Klienten in den neuen regionalen Suchtberatungsangeboten für Jugendliche in Hamburg.

Merkmals	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Bildungsferne	◆			◆	◆	◆
Heterogen		◆	◆	◆	◆	◆
Hoher Anteil mit Migrationshintergrund	◆	◆		*	◆	*
Justizielle Belastung	◆	◆			◆	◆
Ungünstige berufliche Perspektive	◆		◆		◆	◆
Eltern sind kooperativ		◆				

Anmerkungen. *Klienten mit Migrationshintergrund sind in diesen Einrichtungen sehr wohl vorhanden, aber eben nicht „häufig“.

Über die Ergebnisse von Tabelle 4.4 und Tabelle 4.5 scheint deutlich zu werden, dass hier längerfristige Bemühungen erforderlich sind. Es ist sicher kein Zufall, dass die erst nachträglich hinzu gekommene Einrichtung weniger Zielerreichung aufzuweisen hat als die schon mehrjährig arbeitenden.

4.1.5 Bilanzierung der Arbeit

Es sei daran erinnert, dass auch die im Folgenden dargelegten Bilanzen zum einen stark abstrahieren und wiederum nur einen Zwischenstand zu den neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangeboten reflektieren – im Sinne eines „Schlaglichts“, nicht als ein endgültiges Fazit.

4.1.5.1 Bilanz Viva Wandsbek

Viva Wandsbek legte in der Fokusgruppen-Diskussion dar, dass man für den Befragungszeitraum die Wirkungsziele insgesamt in hohem Maß erfolgreich erreicht habe. In der Zielgruppe ‚14- bis 27-jährige Suchtgefährdete mit Migrationshintergrund‘ wurden alle Zielvorgaben übertroffen. Zu den eher schwierig zu erreichenden Zielen gehören: Bei den Jugendlichen eine tiefer gehende Einsicht in ihre eigene tatsächliche Suchtgefährdung zu fördern, sowie auf eine höhere Punktnüchternheit beim Schulbesuch bzw. in der beruflichen Ausbildungsstätte hin zu wirken. Die Klientel ist eher bildungsfern, Methoden und Ziele der Betreuung (z.B. die Anforderung einer aktiven Klientenhaltung) treffen also vermutlich stark auf erschwerende, ethnisch und/oder schichtspezifisch geprägte Vorannahmen und Erwartungshaltungen. Eltern und Angehörige konnten zwar erfolgreich in die Beratungsarbeit einbezogen werden, ein spürbarer Kompetenzzuwachs in der konstruktiven Auseinandersetzung mit den konsumierenden Jugendlichen konnte jedoch nicht wie avisiert umgesetzt werden. Die Zielgruppe „werdende/junge Eltern mit Substanzkonsum“, welche Viva Wandsbek zusätzlich als Zielgruppe hat, wird erreicht und in ihrem Gesundheitsbewusstsein effektiv gefördert.

4.1.5.2 Bilanz JuKO Bergedorf

Für den Befragungszeitraum berichtet die Einrichtung, dass die Wirkungsziele insgesamt in sehr hohem Maß erfolgreich erreicht werden konnten. In der Zielgruppe

‚14- bis 27-jährige Suchtgefährdete mit Migrationshintergrund‘ wurden alle Zielvorgaben erreicht oder übertroffen. Die betreute Klientel ist weniger bildungsfern als die anderer Einrichtungen, dies mag es etwas erleichtert haben, die Wirkungsziele „mehr Einsicht“ und „mehr Kritikfähigkeit“ in sehr hohem Ausmaß zu erreichen. Aus Einstellungsänderung resultiert aber nicht notwendig Änderung im Verhalten, weswegen „Punktnüchternheit“ in größerem Ausmaß zu fördern weiterhin eine Herausforderung bleibt. Auch JuKO Bergedorf gelingt es, Eltern und Angehörige erfolgreich in die Beratungsarbeit einzubeziehen, wobei diese Eltern aufgeschlossener erscheinen als in den anderen Regionen, ein spürbarer suchthematischer elterlicher Kompetenzzuwachs scheint jedoch auch hier nur sehr bedingt umsetzbar zu sein.

4.1.5.3 Bilanz mobS Nord

Auch die Bilanz von mobS Nord fällt für den Befragungszeitraum sehr erfolgreich aus. Die Jugendlichen leben in einer nicht explizit bildungsfernen Region, und die Eltern-/Angehörigenarbeit ist erfolgreich. Die Zielgruppe der Jugendlichen ist trotzdem sehr heterogen und hat insgesamt eine schlechte berufliche Perspektive. Auf der Verhaltensebene wirken die Angebote von mobS Nord erfolgreicher als die der anderen Einrichtungen: Die Ziele der Reduktion des Konsums und Punktnüchternheit werden in sehr hohem Maß erreicht bzw. übertroffen, mehr „Kritikfähigkeit“ in Bezug auf den eigenen Konsum geht damit jedoch nicht einher. Möglicherweise ist hier der Einfluss der Eltern wirksam, welche nicht nur erreicht und in die Beratung einbezogen, sondern auch in ihren erzieherischen Kompetenzen gefördert werden konnten. In der Zielgruppe ‚14- bis 27-jährige Suchtgefährdete mit Migrationshintergrund‘ hat mobS Nord alle Zielvorgaben übertroffen.

4.1.5.4 Bilanz JuKO Altona

Die JuKO Altona legt für den Befragungszeitraum eine sehr erfolgreiche Bilanz vor. Die Zielerreichung scheint auch hier (wie bei mobS Nord) mit der gelungenen Eltern- und Angehörigenarbeit zusammen zu hängen. In der Zielgruppe ‚14- bis 27-jährige Suchtgefährdete mit Migrationshintergrund‘ wurden alle Zielvorgaben übertroffen. Die Zielgruppe der Jugendlichen ist zwar eher bildungsfern, dafür – so die Berichte in der Fokusgruppe – einsichtiger und scheint relativ weniger materielle Probleme zu haben als die Jugendlichen in anderen Regionen. Als ein sehr häufiges zentrales Problem der

Klientel wird in der Fokusgruppe der „Weg in die Eigenständigkeit“ benannt, d.h. es stehen möglicherweise jugendspezifische Ablösungs- und Autonomieprobleme stärker als in anderen Regionen „hinter“ dem Substanzkonsum. Insgesamt hat die Einrichtung sich offenbar sehr gut auf die Zielgruppen ihrer Region eingestellt.

4.1.5.5 Bilanz mobS Süderelbe

Die Bilanz von mobS Süderelbe fällt für den Befragungszeitraum sehr erfolgreich aus. Dabei ist die betreute Jugendlichen-Klientel ähnlich der Klientel von Viva Billstedt sehr hoch belastet, sie ist (den Berichten in der Fokusgruppe nach) möglicherweise die am stärksten belastete Klientel von allen neuen Jugend-Suchtberatungsstellen (vgl. Tabelle 4.6). Auf der Verhaltensebene wirken die Angebote von mobS Süderelbe gemischt erfolgreich: Das Ziel der generellen Konsumreduktion wird nicht erreicht, dafür das der Punktnüchternheit übertroffen. Mehr „Kritikfähigkeit“ und „Einsicht“ in Bezug auf den eigenen Konsum gehen damit einher. Auch hier (wie bei mobS Nord) dürften vermutlich die Erfolge der Eltern-/Angehörigenarbeit wirksam werden: Die Jugendlichen müssen sich mit der – durch die Beratung gestärkten – elterlichen Autorität arrangieren. In der Zielgruppe ‚14- bis 27-jährige Suchtgefährdete mit Migrationshintergrund‘ wurden alle Zielvorgaben erreicht oder übertroffen. Auch mobS Süderelbe scheint sich sehr gut auf die Zielgruppen ihrer Region eingestellt zu haben.

4.1.5.6 Bilanz Viva Billstedt

Viva Billstedt konnte in der Fokusgruppen-Diskussion eine gemischte Bilanz für ihren erst kurzen Bestehungszeitraum vorlegen. Von den avisierten Zielen wurden zunächst 40% erreicht bzw. übertroffen. In der Zielgruppe ‚14- bis 27-jährige Suchtgefährdete mit Migrationshintergrund‘ wurden alle Zielvorgaben erreicht oder übertroffen. Eltern und Angehörige konnten noch nicht wie geplant in die Beratungsarbeit einbezogen werden, ein elterlicher Kompetenzzuwachs im Umgang mit ihren Substanz-konsumierenden Kindern ist ebenfalls noch nicht zu vermerken. Diese Punkte betreffen aber nicht Viva Billstedt allein, sondern sind für alle neuen regionalen Angebote (wenn auch unterschiedlich stark) von Relevanz. Auf der Einstellungsebene wurde eine deutliche Einsichtsänderung bei den Jugendlichen nicht erreicht, dafür aber eine kritischere, distanziertere Sicht auf den Substanzkonsum. Auf der Verhaltensebene wurde eine höhere Punktnüchternheit für Ausbildung/Beruf/Schule nicht wie geplant erreicht, aber

die generelle Konsumreduktion in der Zielerreichung übertroffen. Die Zielgruppe ‚werdende/junge Eltern mit Substanzkonsum‘, welche auch Viva Billstedt zusätzlich als Zielgruppe hat, wird erreicht und in ihrem Gesundheitsbewusstsein effektiv gefördert. Insgesamt zeigt sich bei Viva Billstedt das gleiche Muster der Zielerreichung wie bei den anderen Einrichtungen (vgl. Tabelle 4.2 und 4.3): In der Erreichung der Ziele, welche die Klienten direkt adressierenden, kompensieren sich nicht erreichte und übertroffenen Teilziele gegenseitig. Deswegen scheint es berechtigt, für Viva Billstedt und ihre erst ein Jahr bestehende (Aufbau)-Arbeit eine positive Bilanz zu ziehen.

4.2 Beratung: Angebot, Ziele, Erfolge

4.2.1 Was wäre das optimale Beratungsangebot?

Zum Themengebiet „Was wäre das ‚optimale‘ Beratungsangebot unabhängig von der Kostenfrage?“ wurden in den Fokusgruppen überwiegend solche Vorstellungen und Ideen geäußert, welche die Beratungsarbeit in engerem Sinne betrafen, also eher die *Prozessqualität*. Die Nennungen in den Fokusgruppen wurden in die inhaltlichen Kategorien der Tabelle 4.7 gruppiert. Mehrere Nennungen zur Verbesserung der *Strukturqualität* kamen nur von einer Einrichtung.

Tabelle 4.7. Was wäre das „optimale“ Beratungsangebot unabhängig von der Kostenfrage?

Ideen zum Beratungsangebot	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Strukturqualität (Ausstattung, Finanzen, Qualifikation)	1	5	0	1	k.A. ^a	1
Prozessqualität (Angebotsweiterung, z.B. mehr Familien-/ Angehörigenarbeit)	3	0	3	5	k.A.	2
Netzwerkausbau bzw. -erweiterung	1	3	1	2	k.A.	0

Anmerkungen. Absolute Häufigkeiten; ^a keine Angaben.

Die Optimierungswünsche und Bedarfe lassen sich inhaltlich wie folgt konkretisieren: Mehr Räumlichkeiten und Finanzen für die Beratungen, mehr Personal zur Betreuung im Sozialraum, eine Lockerung der Altersgruppenbegrenzung und eine Erweiterung der Zielgruppen-Definitionen, so dass z.B. auch Klienten mit pathologischem Mediengebrauch und/oder Glücksspiel von den Fachkräften der neuen Jugend-Suchtberatungsangebote betreut werden könnten¹⁰. Unter dem „optimalen“ Beratungsangebot verstanden die Fachkräfte im Wesentlichen eine Extrapolation der erkannten Optimierungs-Wünsche und Bedarfe.

¹⁰ Klienten mit entsprechendem Beratungsanliegen müssen derzeit überwiesen werden.

4.2.2 Grundlegende Beratungsziele

In Tabelle 4.8 wird aufgeführt, was die in den Fokusgruppen befragten Einrichtungen als Ziele ihrer Beratungsarbeit ansehen. Die meisten Nennungen ergaben sich für die beiden Kategorien „Unterstützung [des Klienten] bei der Entwicklung persönlicher Ziele“ und „Erarbeitung einer funktionalen Alltagsstruktur [mit dem Klienten]“. Obwohl in den Fokusgruppen betont wurde, dass alle Beraterinnen und Berater individuell vorgehen, scheinen die Entwicklung von Zielen bei den Klienten und Motivationsarbeit eine zentrale Rolle einzunehmen. Wie es in der Fokusgruppe von Viva Wandsbek heißt: Förderlich ist, „wenn etwas Wichtiges auf dem Spiele steht“.

Tabelle 4.8. Angegebene Beratungsziele der Einrichtungen, welche die neuen Jugend-Suchtberatungsangebote im Hamburg vorhalten.

Arten von Beratungszielen	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Verbesserte Selbstreflexion bzw. Introspektion	1	0	0	1	0	1
Zwischenziele bzw. Teilziele erarbeiten	0	1	0	1	0	0
Unterstützung bei der Entwicklung persönlicher Ziele	1	1	4	1	2	1
Erarbeitung einer funktionalen Alltagsstruktur	1	1	1	4	1	1

Anmerkungen. Absolute Häufigkeiten.

Die genannten Ziele werden als individuelle Ziele der Beratungsarbeit aufgefasst, welche in Hinblick auf die Erreichung der vereinbarten übergreifenden Wirkungsziele als instrumentell zu sehen sind. Die suchthematischen Beratungsziele werden von allen Einrichtungen ergänzt durch allgemeine Beratungsziele; in der Fokusgruppe JuKO Altona heißt es hierzu anschaulich: „Die Klienten sollen ihr Leben ‚gebacken‘ kriegen“.

4.2.3 Definierte Beratungserfolge

In Tabelle 4.9 wird aufgeführt, wie die in den Fokusgruppen befragten Einrichtungen die Erfolge ihrer Beratungsarbeit operationalisieren und so als definierte Ziele überprüfbar machen. Als Beratungserfolg wird vor allem angesehen, wenn auf Seiten der Klienten ‚Empowerment‘ erfolgt ist (mehr Lebenskompetenz, mehr Kontrolle über den Substanzkonsum) und wenn die Klienten aufgrund erlebter, vertrauensvoller therapeutischer Allianz im Hilfesystem gehalten werden. In den Fokusgruppen-Diskussionen wurde wiederholt betont, dass schon „kleine Schritte“ als Erfolge gewertet werden.

Tabelle 4.9. Definierte Arten von Beratungserfolgen der Einrichtungen, welche die neuen Jugend-Suchtberatungsangebote im Hamburg vorhalten.

Arten von Beratungserfolgen	Viva Wandsbek	JuKO Bergedorf	mobS Nord	JuKO Altona	mobS Süderelbe	Viva Billstedt
Klienten: Kontrolle über eigenen Suchtmittelkonsum	1	1	0	k.A. ^a	0	1
Klienten: Wissen über Beratungsangebote	1	0	2	k.A.	1	0
Klienten: entwickeln Ziele, erreichen ihre Ziele	1	1	1	k.A.	0	1
Klienten: nehmen Angebote in Anspruch, entwickeln Motivation	1	1	0	k.A.	1	1
Einrichtung: Wirkungsziele werden erreicht	1	1	0	k.A.	0	1

Anmerkungen. Absolute Häufigkeiten. ^a keine Angaben.

Dass in Tabelle 4.9 von der JuKO Altona-Fokusgruppe keine näheren Angaben dazu gemacht wurden, was man als Erfolg der eigenen Beratungsarbeit ansieht, wird hier so verstanden, dass die Mitglieder der JuKO Altona-Fokusgruppe es jeweils als Erfolg auffassen, wenn mindestens eines der in Tabelle 4.8 genannten Ziele erreicht wurde.

4.3 Weitere Ergebnisse der Fokusgruppen-Diskussionen

4.3.1 Zielgruppe(n) der neuen Jugend- Suchtberatungsangebote

Je nach Region variiert der Anteil an Klienten mit Migrationshintergrund und derzeitigen Konsumformen, z.B. der Anteil von riskant Alkohol und/oder illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen (vgl. dazu auch oben ‚4.1.5 Bilanzierung der Arbeit‘). Die Klientel ist in allen Regionen heterogen, so dass man in den Fokusgruppen-Gesprächen Gruppierungen [aus Sorge vor Stereotypisierung] vermeidet. Die Klienten der Zielgruppen werden über deren ethnischen und Bildungshintergrund, ihre Chancen an sozialer Teilhabe, die Merkmale ihres Substanzkonsums und ihre familiären Verhältnisse wahrgenommen. Aus Genderperspektive wird beobachtet, dass sich die Mädchen in ihren Konsummustern stark den Jungen angleichen bzw. sich angeglichen hätten.

4.3.2 Gewinnung von Klienten und Gestaltung des Erstkontakts

Es dominieren die Beratungszugänge „Vermittlung durch einen Kooperationspartner“ aus der Jugendarbeit oder „Auflagen“ nach justizieller Auffälligkeit, auch wenn der Jugendliche [zunächst] als Selbstmelder auftritt. Die Notwendigkeit der Präsenz im Stadtteil wird betont, hierzu werden sowohl eigene Informationsveranstaltungen durchgeführt bzw. man geht auf solche der Kooperationspartner, nimmt an Stadtteilstellen teil, verteilt Flyer und macht aufsuchende Arbeit an informellen Jugend-Treffpunkten. Die ersten Kontakte mit den Klienten [auch in der Einzelfallhilfe] sind eher allgemein, die Suchtberater stellen sich mitunter allgemein als „Jugendberater“ vor, da ein schnelles Ansprechen der Suchtthematik Jugendliche eher abschreckt. Man erzählt den Jugendlichen viel über die Beratungsstelle und gibt ihnen so die Chance, sich ein eigenes Bild zu machen und Vertrauen zu entwickeln. Erleben Jugendliche, dass sie respektiert werden, so erzählen sie dies weiter, was eine wertvolle „Mund-zu-Mund-Propaganda“ darstellt. Die Kooperationspartner wählen zwei Wege: thematisch allgemeiner gehaltene Angebote (Konzept ‚Jugendcafé‘) dienen der Anbahnung von späteren Kontakten, oder eine direktive Ansprache, etwa bei justiziellen Problemen, wo ein Klient seine Suchtproblematik nicht erkennt.

4.3.3 Veränderungs- und Beratungsmotivation und Ausdauer in der Beratung der Klienten

- Die Fachkräfte sehen Klienten in allen Stadien der Veränderungsbereitschaft. Diese speist sich allerdings eher aus den negativen sozialen und gesundheitlichen Folgen des Konsums, weniger aus Problembewusstsein oder Sachkenntnis. Förderlich ist es – wie bereits oben bemerkt – „wenn etwas Wichtiges auf dem Spiele steht“ (Viva Wandsbek).
- Erwartungen der Klienten: Die schnellstmögliche Behebung des Problems mit wenig Eigenleistung wird erwartet. Man möchte weiterhin konsumieren, aber damit „umgehen“ können. Abstinenz ist nicht immer ein Ziel. Oft kommen Klienten ohne Erwartung oder Vorstellungen, v.a. wenn sie aufgrund externer Auflagen erscheinen. – Insbesondere Angehörige haben den Wunsch, dass ihre Kinder schnell und „wie in einer Wunderheilung geheilt“ werden (JuKO Bergedorf), da sie sich einen Therapieprozess als „Reparatur“ vorstellen (mobS Süderelbe).
- Ausdauer der Klienten: Perspektivlosigkeit der Klienten in Ausbildung oder Beruf wirkt sich erschwerend auf die Beratungsarbeit aus. Es muss diagnostiziert werden, wo schnell und direktiv anzusetzen ist, und wo ein Vorgehen ohne Druck und Zwang angemessener ist.

4.3.4 Verhaltensunterschiede und differentieller Umgang mit den Klienten

In Abhängigkeit von Faktoren wie Geschlecht und Alter, Art der konsumierten Suchtmittel (vor allem Alkohol und Cannabis), Ethnie (deutscher, muslimischer oder osteuropäischer Hintergrund) berichten die Fachkräfte von Rücksichtnahmen, die an ihren jeweiligen Einrichtungen gebräuchlich sind.

- Geschlecht: Durch wen soll die Betreuung erfolgen, eine männliche oder weibliche Fachkraft? Mädchen brauchen eher länger für den Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung.
- Alter: Mit zunehmendem Alter steigt die Therapiemotivation, besonders wenn die Jugendlichen in der Ausbildung stehen bzw. im Beruf sind (JuKO Altona, mobS Nord).
- Manche ethnische Gruppen sind feindselig eingestellt, hinzu kommt, dass „Sucht“ etwa bei Muslimen ein Tabuthema ist. Muslimische Mädchen weisen mitunter stark

internalisierende Auffälligkeiten auf (mobS Süderelbe). Klienten mit Therapieaufgabe sind eher ohne Problembewusstsein.

- Bezugspersonen/Angehörige: Werden ggf. früh in den Betreuungsprozess mit einbezogen. Oft sind gerade sie (auch physisch) hoch belastet durch die Suchtproblematik von Partner/in bzw. Kind.
- Rücksichtnahmen: Terminlich (Tageszeit, kurzfristig) und personell stellt man sich auf den Klienten ein [die o.g. Merkmale dienen vermutlich zum Screening], um sich im Beratungsverlauf noch individueller anzupassen.

4.3.5 Diagnostik

Eine formale Diagnostik ist nur in der EFH möglich, nicht in den anderen Formen der Betreuungsarbeit. Die Viva-Fachkräfte erarbeiten u.a. mit Hilfe der Instrumente, die im Zuge der Evaluation eingebracht worden waren, eine Drogenanamnese und eine Gefährdungsbeurteilung. Die mobS-Fachkräfte arbeiten zentral mit dem Konzept der „Fünf Säulen der Identität“ (Biografie, soziales Netzwerk, Schule und beruflicher Werdegang, materielle Sicherheiten, zusätzlich: Suchtanamnese). Die beiden JuKO-Einrichtungen setzen Fragebögen – teilweise die Instrumente der DZSKJ-Evaluation – und ein Datenbanksystem ein [nicht näher spezifiziert].

4.3.6 Vorgehen in der Beratung und Art der Beratungsangebote

Auch im Folgenden ist (wie oben in ‚4.3.5 Diagnostik‘) nur von der EFH die Rede, nicht von anderen Betreuungsarbeiten, welche die Jugend-Suchtberatungsstellen leisten. Vereinzelt geben die Kooperationspartner an, direkter zu sein als die Beratungsstellen, etwa Hausverbote auszusprechen.

- Vorgehen: Wie auch unter 4.3.4 gesehen, stellt man sich mit den neuen Jugend-Suchtberatungsangeboten flexibel auf die Klientel ein. Die Berater arbeiten ressourcenorientiert und nicht-direktiv mit Techniken des Motivational Interviewing und beziehen die Eltern/Familie mit ein, wann immer möglich. Ziel ist Einsicht in die (Dys)Funktionalität des Konsums: „Die Jugendlichen müssen die Dynamik zwischen der Sucht und ihren anderen Problemen verstehen und nachvollziehen können (mobS Nord).“ Viva Wandsbek und Viva Billstedt betonen Vertrauen und

Transparenz sehr stark und setzen MOVE¹¹ in der EFH ein. Für die Klientel von Viva Billstedt müssen elementare Dinge wie Anonymität und Kostenfreiheit sowie das Vorgehen vorgeklärt werden, Vertrauensarbeit ist ständig zu leisten. JuKO Bergedorf setzt „Realize it“¹² ein und benennt das eigene Vorgehen mit den „drei Bs“ *Beratung, Betreuung, Begleitung*.

- Beratungsangebote: Einzelberatung und Straßensozialarbeit mit einer Vielzahl von Kurzkontakten stehen im Zentrum, ergänzt durch Gruppenangebote. Viva Wandsbek und Billstedt halten keine Sucht- oder Gender-spezifischen Angebote vor, entsprechende Themen werden Einzelfall-orientiert bearbeitet. JuKO Bergedorf beteiligt sich an Projekten wie „Kunstrausch“, ist aktiv in Musikprojekten, Akupunktur für Mädchen oder jährlichen „School-is-out“-Partys, auf denen keinerlei Substanzkonsum betrieben wird.

4.3.7 Beratungsziele und Multiplikatorenfunktionen

Eine einrichtungsbezogene Gruppierung der Beratungsziele wurde bereits unter ‚4.2.2 Grundlegende Beratungsziele‘ gegeben, die hier genannten Ziele betreffen eher das Leitbild der Fachkräfte. Die Fachkräfte stellen heraus, dass der Beziehungsaufbau im Vordergrund steht, und dass Beratungsziele vereinbart statt vorgegeben werden. Es muss Wissen zu Sucht und Suchtfolgen vermittelt werden. Die Berater wollen zur Selbstreflexion bezüglich des eigenen Verhaltens anregen, Achtsamkeit der Jugendlichen für sich selbst und ihre Lebenssituation erreichen (Viva Billstedt). Veränderungsmotivation muss im Laufe der Beratung immer wieder geschaffen werden. Allgemein soll auch der Bekanntheitsgrad der Einrichtung und der Beratungsangebote erhöht werden, so dass die Jugendlichen im etwaigen Notfall eine Anlaufstelle kennen und im Hilfesystem gehalten werden können. Zusammengefasst bilden Präsenz in der Region, therapeutische Haltung und Schicksalsrespekt gegenüber den Jugendlichen die Basis für eine nachhaltig wirkende Reputation der Einrichtungen bei der jugendlichen Klientel und ihren Peers.

¹¹ „MOVE“ - Motivierende Kurzintervention zur Förderung und Unterstützung der Veränderungsbereitschaft von jungen Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum (www.ginko-stiftung.de/regional/MOVE.aspx)

¹² „Realize it“ ist ein Programm des BZgA zur Beratung bei Cannabiskonsum (www.realize-it.org)

4.3.8 Persönliche und berufliche Qualifikationen der Berater

- Die Fachkräfte benennen als zentrale persönliche Merkmale: Hohe Flexibilität, Fähigkeit zu professioneller Distanz, zu Selbstorganisation, hohe Team- und Kooperationsfähigkeit, Geduld, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Sensibilität und Empathie, Aufgeschlossenheit und Offenheit, kommunikative Klarheit, Grenzen setzen können, Humor und Lebenserfahrung, interkulturelle Kompetenz (evtl. eigener Migrationshintergrund).
- Die zentralen beruflichen Anforderungen lassen sich subsumieren unter: entwicklungswissenschaftliche Kenntnisse, fundierte Kenntnisse der intermediären Fachdisziplin der Sozialen Arbeit, bestehende Berufserfahrung, Fort-/Weiterbildungen zu suchttherapeutischen, interkulturellen und allgemein beraterischen Themen.

4.3.9 Befähigung von Dritten

Unter dem Punkt „Befähigung von Dritten im Hinblick auf die Identifikation von und Intervention bei problematischem Substanzkonsum“ nennen die Fokusgruppen als Adressaten zumeist Lehrkräfte an Schulen, dann die jeweiligen Kooperationspartner. Es werden für diese Zielgruppen typischerweise Informationsveranstaltungen oder Einzelberatungen durchgeführt bzw. angeboten. Lehrkräfte wie auch die Kooperationspartner sind allerdings nicht explizit Zielgruppen im Rahmen der Vereinbarung zur Wirkungsorientierten Steuerung.

4.3.10 Die Beratung behindernde Rahmenbedingungen

Die Fachkräfte nennen hier strukturelle Rahmenbedingungen, die sich vor allem auf die Arbeit ihrer Einrichtungen beziehen, die Arbeitsprozesse im Beratungskontakt der EFH sind hier nicht gemeint. Es werden insgesamt drei Felder benannt, von denen alle Einrichtungen der neuen Jugend-Suchtberatung betroffen sind:

1. Ressourcen: Eine knappe räumliche und finanzielle Ausstattung, häufiger Personalwechsel und ein zu großes Betreuungsgebiet wirken demotivierend; die durch Personalwechsel bedingten Schwierigkeiten werden auch von Kooperationspartnern festgestellt
2. Vorgaben: Der erhöhte Organisationsaufwand, der durch die organisatorische Einbindung in eine Evaluationsstudie entsteht; hohe vertragliche

Zielerreichungsvorgaben; ratsuchende Klienten verweisen zu müssen, da sie die Einschlusskriterien der Zielgruppen nicht erfüllen

3. Institutionelle Schwierigkeiten: Die Zusammenarbeit mit den Schulen wird als verbesserungswürdig erlebt, weil diese der Suchthematik zu oft lieber aus dem Weg gingen; vereinzelt unterschätzen Sozialarbeiter die Kompetenz der Suchtberater.

mobS Süderelbe benennt die Sprachbarrieren, welche die Kommunikation und die Annahme der Angebote erschweren.

4.3.11 Die Beratung fördernde Rahmenbedingungen

Zur Thematik *förderlicher* Rahmenbedingungen beziehen sich die Fachkräfte v.a. auf die Beratungsarbeit mit den Klienten und die Infrastruktur der Einrichtung.

1. Förderlich auf Seiten der Klienten sind Freiwilligkeit (intrinsische Motivation), soziale Integration und gute Bildung, soziale Unterstützung (v.a. auch durch Familienangehörige)
2. Förderlich auf Seiten der Einrichtungen sind Vernetzung, Kontinuität in den vorgehaltenen Angeboten, interkulturelle Kompetenz (dazu gehört auch die Verfügbarkeit von Dolmetscherdiensten) und ein guter Standort
3. Mitarbeiterseitig werden Fortbildungen (z.B. zum Einsatz der eigenen Telefonstimme), wöchentliche Teambesprechungen und Kollegialität geschätzt; Kooperationspartner wie Fachkräfte betonen die Wichtigkeit persönlicher Bekanntschaften (als „kurze Wege“ benannt), wenn Kooperationen vor Ort funktionieren sollen

mobS Süderelbe entwickelt in der Fokusgruppe einen regelrechten Katalog von förderlichen interventionsbezogenen Faktoren, welche in die obige 3-Punkte-Liste eingegangen sind.

4.3.12 Art und Umfang von Kooperationen und deren Nutzen

Die Einrichtungen der neuen Suchtberatungsangebote sind mit weiteren Einrichtungen der öffentlichen und freien Jugend- und Sozialarbeit, mit Stiftungen und mit Behörden vernetzt. Der Umfang dieser Vernetzung dürfte sich mit der Zeit ändern. Der jährlich aktuelle Stand wird der Gesundheitsbehörde in den Sachberichten der neuen Jugend-Suchtberatungsstellen dargelegt. Der Nutzen der Kooperationen lässt sich so

zusammenfassen: Man kann Räumlichkeiten gemeinsam nutzen, Klienten kurzfristiger in weiterführende Hilfen vermitteln. Hilfeplangespräche mit Kooperationspartnern bei gemeinsam betreuten Klienten erhöhen die Qualität der Angebote. Durch Netzwerk-Kooperationen bleiben Klienten eher im Hilfesystem. Die eigene Einrichtung und ihr Angebot werden dadurch bekannter.

4.3.13 Entwicklungen und Veränderungen im Evaluationszeitraum

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Zeiträume zwischen 2008 und 2009 bzw. für Viva Billstedt auf den Zeitraum von Mitte 2010 bis Mitte 2011.

Viva Billstedt stellt vorläufig eine erhöhte Akzeptanz des „Take Care!“-Angebots bei Kooperationspartnern und (aufgrund der erst einjährigen Laufzeit eingeschränkt) auch bei den Zielgruppen fest. Viva Billstedt erhält vermehrt Anfragen zu Themen des schädlichen Medien-/Computergebrauchs und zu Glücksspielthemen. Viva Wandsbek beobachtet einen Trend, vermehrt Kurzberatungen nachzufragen, parallel kommen mehr Klienten mit Kokainproblematik als früher. Im Stadtteil ist verstärkt Gentrifizierung auszumachen.

JuKO Bergedorf hat mehr direkten Zulauf von Jugendlichen, weil das Beratungsangebot bekannter geworden ist. Gleichzeitig weisen die Jugendlichen infolge eines „Generationenwechsels“ eine geänderte Mentalität auf, v.a. sind sie besser [über Drogen] aufgeklärt. JuKO Altona verzeichnet für den eigenen Bekanntheitsgrad einen ähnlichen Anstieg, und es kommen mehr jüngere Klienten zu JuKO Altona als früher. Die Jugendlichen in der Region scheinen gegenüber früher mehr berufliche Integrationsschwierigkeiten zu haben, da Arbeitsplätze fehlen.

mobS Nord verzeichnet ebenfalls mehr Zulauf, der Zielgruppen-Anteil an muslimischen Jugendlichen bzw. Familien in der Versorgungsregion ist gestiegen. Nach mobS Süderelbe seien in der Region weniger konsumierende Jugendgruppen auf der Straße zu beobachten, es gäbe weniger Gewalt und einen Rückgang der Straftaten. In der Klientenpopulation auch von mobS Süderelbe nimmt der Anteil an Migranten zu. Der Klienten-Anteil, der in weiterführende Maßnahmen vermittelt werden mussten, ist angestiegen.

4.3.14 Reflexion des Konzepts der Wirkungsorientierten Steuerung im Bereich Jugend-Suchtberatung

Nicht in jeder der Fokusgruppen-Diskussionen wurde das Konzept der Wirkungsorientierten Steuerung behandelt. Die Zielvorgaben der jeweiligen Vereinbarungen wurden aber an verschiedenen anderen Stellen der Diskussionen erwähnt: Eine Erweiterung auf Substanz-ungebundene Süchte erscheine sinnvoll, da entsprechende Anfragen vorlägen und zugenommen hätten (vgl. ,4.2.1 Was wäre das optimale Beratungsangebot? und ,4.3.13 Entwicklungen und Veränderungen im Evaluationszeitraum'). Erklärte Befürworter einer solchen Zielgruppen-Erweiterung sind Viva Billstedt, JuKO Bergedorf und mobS Nord. JuKO Bergedorf sowie mobS Nord und mobS Süderelbe sprachen sich explizit für eine Fortführung der Wirkungsorientierten Steuerung aus, ebenso die Kooperationspartner dieser Einrichtungen, die an der Fokusgruppen-Diskussion teilgenommen hatten. Man habe Betreuungsbedarfe aufgezeigt und besitze die Bereitschaft und Fähigkeit, das Angebot fortzuführen.

4.4 Zusammenfassung zu Kapitel 4

In Kapitel 4 wurden die Resultate der Fokusgruppen-Diskussionen behandelt, die einen vorläufigen Zwischenstand wieder spiegeln. Der erste Teil gab die Zielerreichung und Bilanzierung der neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote wieder im Sinne der Ergebnisqualität der geleisteten Arbeit. Der zweite Teil referiert die Arbeitsweise der Jugend-Suchtberatungsstellen. Danach werden Arbeitsweise, Kooperationen, förderliche wie hinderliche Rahmenbedingungen der Arbeit, Entwicklungen und Veränderungen in der Region von den Teilnehmern der Expertengespräche benannt.

- Der Schwerpunkt in der Einzelfallhilfe ist Motivationsarbeit und Einsichtsförderung. Der Beratungsansatz ist typischerweise individuell.
- Die Arbeit mit „Dritten“ (Eltern, Schulleitungen) ist mitunter/in einigen Fällen nicht zufrieden stellend: Vor allem, wenn Eltern mit einem passiven Beratungsmodell sich nicht selbst in den Beratungsprozess einbringen wollen, und wenn manche Schulleitungen die Problematik eher „zudecken“ wollen.
- Die Kooperationspartner empfinden die über die neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote eingebrachte Kompetenz als Bereicherung.
- Unterschiede zwischen den Arbeitskonzepten der Einrichtungen lassen sich nicht identifizieren, denn alle scheinen eine multimodale, stark vernetzte Herangehensweise gewählt zu haben. Unterschiede im „Outcome“ lassen sich darum nicht auf bestimmte Konzepte zurückführen, sondern eher auf regionale Besonderheiten.
- Förderliche Rahmenbedingungen auf Seiten der Klienten sind v.a. intrinsische Motivation und soziale Unterstützung (v.a. auch durch Familienangehörige), auf Seiten der Einrichtungen werden v.a. Vernetzung („kurze Wege“), Kontinuität in den vorgehaltenen Angeboten und interkulturelle Kompetenz genannt; mitarbeiterseitig sind Fortbildungen und Teambesprechungen wichtig.

5. Ziele der Evaluation und Ergebnis-Aussagen

Dieses Kapitel strukturiert die Evaluationsergebnisse im Sinne der Vereinbarung zwischen den beteiligten Suchthilfeträgern, dem DZSKJ und der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz – Fachabteilung Drogen und Sucht – (BSG) und fasst sie zusammen. Entsprechend der Aufgabe einer Evaluation ist dieses Kapitel *bewertend* (Meyer, 2010). Wie bereits oben betont, reflektieren die Aussagen des vorgelegten Berichts einen Zwischenstand der Arbeit der neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote und sind kein Fazit; es ist vielmehr anzunehmen, dass die Fokusgruppen-Diskussionen sowie die Erfordernisse der Wirkungsorientierten Steuerung ihrerseits bereits weiterführende Prozesse teils initiiert, teils moderiert haben, die in die Betrachtung demnach nicht eingehen.

1. Überprüfung und Darstellung der Wirksamkeit der neuen regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene, auch über den Abschluss der Betreuung durch die Beratungsstelle hinaus

- 1.1. Die Wirksamkeit der neuen regionalen Suchtberatungsangebote in Hinblick auf tatsächlichen bzw. tatsächlich geänderten Substanzkonsum (Wirkungsziel 2 der Vereinbarung) ist über den Vergleich t1-t2 für die Klienten der EFH durch Fragebogen- und Interviewdaten belegt. Sie ist mit Einschränkung (weil nicht direkt beobachtbar) belegt über die Beobachtungen bzw. Einschätzungen der Fachkräfte der neuen regionalen Suchtberatungsangebote. Eine größere Einsicht der Klienten, verbunden mit gesteigener Distanz zum Substanzkonsum (Wirkungsziele 1 und 3 der Vereinbarung), wird durch die Beobachtungen der Fachkräfte – nämlich aufgrund direkter Kontakte mit der Klientel selbst – belegt.
- 1.2. Über den Zeitraum der unmittelbaren Betreuung hinaus liegen keine belastbaren Daten vor, da die Klientel selten zu katamnestischen Befragungen bereit war. Die Klientel vollzieht vielfach¹³ nicht nach, dass ihre Anonymität auch dann gewahrt bleibt, wenn sie für Follow-up-Termine kontaktiert wird; hier liegen anscheinend Ängste vor, die auch im geschützten Setting nicht leicht auszuräumen sind.
- 1.3. Zur nachweislichen Wirksamkeit der neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote gehört auch eine gebesserte soziale Integration: mehr schulische, ausbildungsbezogene und berufliche Stabilisierung – festgemacht an

¹³ Vgl. Konzeptpapier zur Modifikation der Evaluation (Feldmann, 2009).

Punktnüchternheit – sowie die in den Fragebogendaten selbstberichtete gebesserte Gemeinschaftsfähigkeit entsprechen Wirkungsziel 4 ebenso wie auch allgemeinen, zentralen Zielen der Jugendhilfe-Organisationen.

- 1.4. Auch zu t2 erweisen sich die Klienten der Einzelfallhilfe als psychisch und psychosozial hoch belastet und von niedriger Selbstwirksamkeitserwartung.
- 1.5. Der Kontakt und die Arbeit mit „Dritten“ (Eltern, Lehrer) verläuft mitunter nicht zufrieden stellend. Eltern wollen zu oft passiv bleiben und ihre Aufgaben eher an die Fachkräfte delegieren, Lehrer bzw. Schulleitungen wollen das unliebsame Thema zu oft aus der öffentlichen Wahrnehmung heraus halten. Impulse für die Arbeit mit solchen Dritten sind sicher erwünscht. Erfolge hängen hier noch zu sehr vom bestehenden Engagement der Dritten ab.

2. Untersuchung von Kooperationen und Rahmenbedingungen in Hinblick auf die Wirkung

- 2.1. Die befragten Kooperationspartner empfinden die Kompetenz, die über die Mitarbeiter der neuen regionalen Suchtberatungsangebote eingebracht wird, als Bereicherung und/oder als Entlastung von einem Spezialgebiet. Zur Effektivität (im Sinne von Wirkungszielen) machen sie eher zurückhaltende Angaben. Geschätzt wird die Synergiefunktion, welche die Fachkräfte in Bezug auf die Suchtthematik bei den Kooperationspartnern haben, da sie für einen Informationstransfer sorgen, den die Kooperationspartner anderweitig nur schwer erhalten würden.
- 2.2. Die Rahmenbedingungen der Arbeit der regionalen Suchtberatungsangebote sind entweder – Räumlichkeit/Ausstattung und Personal-Qualifikation/Fluktuation der Fachkräfte betreffend – Ausgestaltungssache der Einrichtungsträger bzw. Kooperationspartner. Oder sie sind als Inhalte der Wirkungsziel-Vereinbarung fachlich zwischen Gesundheitsbehörde und Einrichtungsträgern abstimmbare (dazu unten Punkt 5) und somit optimierbar.

3. Identifikation erfolgreicher Konzepte, um diese langfristig aufrechtzuerhalten und zu verbessern

- 3.1. Einzelne besonders erfolgreiche Konzepte lassen sich nicht identifizieren. Gemäß systemischen Prinzipien scheinen *alle* neuen regionalen Jugend-Suchtberatungsangebote eine multimodale Herangehensweise an ihr Aufgabengebiet gewählt zu haben: Eine Integration von Aufsuchender Arbeit und

Einzelfallhilfe sowie Case Management, dazu Öffentlichkeitsarbeit sowie Eltern-/Angehörigenarbeit, entsprechen einem systemischen Ansatz, der sich quasi als Standard herausgebildet hat. Man hat sich mit einer Vielzahl von Kooperationspartnern intensiv vernetzt, welche jeweils unterschiedlichen Zugang zu Teilen der Zielgruppen haben und sich insofern aus Sicht der Suchtberatungsangebote ergänzen. Erfahrungen mit Vernetzungsarbeit in Hamburg mögen eine Rolle gespielt haben, welche durch entsprechende Fachtagungen in die Praxis hinein kommuniziert wurden (hier seien stellvertretend genannt: „connect“ <http://www.suchthamburg.de/projekte/connect>; „Lina-Net“ <http://www.lina-net.de/>).

4. Berücksichtigung individueller Fragestellungen der einzelnen Beratungsstellen, um interne Prozesse zu optimieren

4.1. Dieser Evaluationspunkt wurde zur Anfangsphase des Projektes im Jahr 2007 formuliert, aber später im Konzeptpapier zur Modifikation der Evaluation konsensual aufgehoben (Feldmann, 2009). Dementsprechend unterbleiben Aussagen in Bezug auf die Optimierung Suchtberatungsangebot-interner Prozesse. Jede Aussage hierzu wäre ohnehin aufgrund der zeitlichen Distanz von Erhebung (Beginn in 2009) und Berichtlegung (2012) nicht belastbar.

5. Ergänzungen

- 5.1. Die aktuellen Wirkungszieldefinitionen basieren auf Einschätzungen zu Schwierigkeit und Machbarkeit auf dem Kenntnisstand von 2007. Heute (im Jahr 2012) könnten sie überdacht und ggf. adjustiert werden. Eine der Grundlagen könnten die Erfahrungen in den regionalen Jugend-Suchtberatungsstellen bilden, wie sie in den fortgeschriebenen jährlichen Sachberichten der Einrichtungen an die Gesundheitsbehörde dokumentiert sind.
- 5.2. Dabei könnten für die verschiedenen Tätigkeitsfelder wie Aufsuchende Arbeit, Einzelfallhilfe, Öffentlichkeitsarbeit, Erfolg von Gruppendiskussionen usw. unterschiedliche Wirkungszielgrade definiert werden, welche sich an den praktischen Erfahrungen vor Ort orientieren, wie sie seit 2007 in den Sachberichten der Einrichtungen gesammelt wurden.
- 5.3. Entsprechendes wie in 5.2 könnte für die Zielgruppen-Definitionen erfolgen, z.B. eine Erweiterung der Angebote auf Jugendliche mit problematischem PC-/Internetgebrauch.

Literatur

- BADO e.V. (Hrsg.) (2008). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg: BADO e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. [3 Teilbände Rauchen, Alkohol, Illegale Drogen]. Köln: BZgA. [Access Juli 2009] <http://www.bzga.de>
- Feldmann, M. (2009). Evaluation der Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsenen in Hamburg. Konzeptpapier zur Modifikation der Evaluation. Hamburg: Universität Hamburg, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ).
- Feldmann, M. & Thomasius, R. (2010). Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsmotivation im Suchtbereich FEVER-S(ucht). Unveröfftl. Forschungsversion 2008/2010. Hamburg: Universität Hamburg, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ).
- Feldmann, M., Sack, P.M. & Thomasius, R. (2010). Skala zur Erfassung der Substanz bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung (Drogen, Alkohol) (SSWE). Unveröfftl. Forschungsversion 2008/2010. Hamburg: Universität Hamburg, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ).
- Franke, G.H. (2002). SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). Das qualitative Interview. Wien, AT: WUV Facultas.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Diagnostica, 52, 26-32.
- Jugend- und Suchtberatung Heilbronn (Hrsg.) (o.J.), Jahresbericht 2010 der Jugend- und Suchtberatung und des Kontaktladens Heilbronn. Selbstverlag: Heilbronn. [Access März 2012] http://www.verein-fuer-jugendhilfe.de/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=314:suchtberatung-und-kontaktladen-hn-jahresbericht-2010&catid=73:suchthilfe-aktuelles&Itemid=74
- Jugend-, Drogen- & Suchtberatung Mörfelden-Walldorf (o.J.). Jahresbericht 2010. Selbstverlag: Mörfelden-Walldorf. [Access März 2012] http://www.suchthilfe-moerfelden-walldorf.de/downloads/Jahresbericht_2010.pdf
- Kettiger, D. & Schröder, J. (2001). Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Überprüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49, 115-124.

- Kleining, G. & Witt, H. (2000). Qualitativ-heuristische Forschung als Entdeckungsmethodologie für Psychologie und Sozialwissenschaften: Die Wiederentdeckung der Methode der Introspektion als Beispiel. *Forum Qualitative Sozialforschung FQS*, 1(1), Art.13. [Access Juli 2010]. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001136>
- König, J. (2008). Das Ziel ist Gesellschaftsfähigkeit. Anmerkungen zu den Aufgaben von Jugendsozialarbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 2/2008, Jahrgang 155, Heft 2, S. 43-49.
- Laging, M. (2005). Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. *Prävention*, 1, 9-12.
- Lieb, B., Specka, M., Sick, I., Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2005). Alkoholkonsum in Methadonsubstitution - keine Suchtverlagerung. 14. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin / Abstracts A20. *Suchttherapie* 6(4).
- Mangrum, L.F. (2009). Client and service characteristics associated with addiction treatment completion of clients with co-occurring disorders. *Addictive Behaviors*, 34, 898–904.
- Meyer, W. (2010). Informationssammlung und -bewertung. In: R. Stockmann & W. Meyer (Hrsg.), *Evaluation* (S. 191–234). Opladen: B. Budrich.
- Obermann, H. (o.J.). Jahresbericht 2010 der Jugend-Sucht-Beratung Landkreis Schwäbisch-Hall. Selbstverlag: Schwäbisch Hall. [Access März 2012] http://www.suchthilfe-sha.de/Jahresbericht_2010.pdf
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). München: IFT Institut für Therapieforchung. [Access März 2012] <http://www.suchthilfestatistik.de/download.html>
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *SUCHT*, 57(6), 421-430.
- Reimer, C. (2007). Krisen, Krisenintervention und Kurzpsychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3 Aufl.) (S. 713-722). Berlin: Springer.
- Sack, P.-M., Seifert, K., Aden, A., Küstner, U.J., Feldmann, M. & Thomasius, R. (2011). Screening auf Substanz bezogene Störungen mit dem RAFFT bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *SUCHT*, 57(3), 173–181.
- Sack, P.-M., Stadler, L. & Thomasius, R. (2011). Projekt 05.07 „Evaluation der neuen Suchtberatungsangebote im Rahmen des Programms ‚Drogenfreie Kindheit und Jugend‘ in Hamburg“. Sachbericht / Zwischenbericht für das Jahr 2010 an die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutsches Zentrum für Suchtfragen und Jugendalters (DZSKJ).
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999) (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Berlin: Freie Universität Berlin. [Access September 2009] <http://www.selbstwirksam.de/>
- Stadler, L. & Thomasius, R. (2010). Projekt 05.07 „Evaluation der neuen Suchtberatungsangebote im Rahmen des Programms ‚Drogenfreie Kindheit und Jugend‘ in Hamburg“. Sachbericht / Zwischenbericht für das Jahr 2009 an die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutsches Zentrum für Suchtfragen und Jugendalters (DZSKJ).

- Steppan, M., Künzel, I. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Suchtkrankenhilfe 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchtkrankenstatistik (DSHS). München: ift Institut für Therapieforschung.
- Stevens, J.P. (2002). Applied multivariate statistics for the social sciences (4th ed.). Mahwah NJ: Erlbaum.
- Suchthilfeeinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt – Kreisverband Main-Kinzig e.V. (Hrsg.) (o.J.), Jahresbericht 2010. [Access März 2012] http://www.suchthilfe-awo-mk.de/uploads/media/Jahresbericht_2010.pdf
- Suhling, S. (2005). Veränderungsbereitschaft und Therapiemotivation im Strafvollzug. (Vortrag auf der Forensik-Tagung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im NLKH Königslutter am 17.3.2005). [Access März 2012] http://www.pknds.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Fortbildung/Veranstaltungen/Suhling_PKN_Forensik.pdf
- Vickers, A.J. & Altman, D.G. (2001). Analysing controlled trials with baseline and follow-up measurements. *British Medical Journal*, 323, 1123-1124.

Anhang

Einrichtungsbezogene Auswertungen und Referenzdaten der Gesamtstichprobe

Ergebnisse aus den Interview- und Fragebogendaten der Klienten in Einzelfallberatungen von t1 und t2 für...

1.	JuKO Altona („JuKO A“)	Jugendberatung der KODROBS, Jugend hilft Jugend e.V. (jhj)
2.	JuKO Bergedorf	Jugendberatung der KODROBS, Jugend hilft Jugend e.V. (jhj)
3.	mobS – Hamburg Harburg (mobS Süderelbe)	Mobile Suchtberatung Harburg, <i>therapiehilfe e.V.</i>
4.	mobS – Hamburg Harburg Klienten älter als 27 Jahre (t1)	Mobile Suchtberatung Harburg, <i>therapiehilfe e.V.</i>
5.	mobS – Hamburg Nord	Mobile Suchtberatung Hamburg-Nord, <i>therapiehilfe e.V.</i>
6.	Viva Wandsbek – Take Care!	Suchtberatung Wandsbek, Jugendhilfe e.V.
7.	Gesamtstichprobe	Daten der Einrichtungen 1, 2, 3, 5 und 6

JuKO Altona

Soziodemografie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.

Merkmal	Zeitpunkt t1		Zeitpunkt t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppe				
Jünger als 16 Jahre	0	0	0	0
16 bis unter 18 Jahre	1	6,7	0	0
18 bis unter 21 Jahre	11	73,7	3	100
Über 21 Jahre	3	20	0	0
Completer				
Teilnahme an t2	--	--	3	20,0
Derzeitige Ausbildungssituation				
Nicht in Ausbildung	3	20	1	33,3
Lehre	0	0	0	0
Hauptschule	2	13,3	0	0
Realschule	2	13,3	0	0
(Fach) Abitur	3	20,0	0	0
Nicht erhoben	5	33,3	2	66,7
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen				
Elternhaus	8	57,1	0	0
Freundschaften/Peers	4	26,7	0	0
Partnerschaft	2	14,3	0	0
Ausbildung/Beruf/Schule	7	46,7	0	0
Schulden	6	40,0	1	33,3
Wohnsituation	4	26,7	0	0
Justiz/Legalität	8	53,3	2	66,7
Sonstige	2	15,4	0	0
Vorstellungsgrund zu t1				
Eigener Wunsch nach Beratung	4	30,8	--	--
Druck von außen: Polizei/Justiz	6	46,2	--	--
Druck von außen: Eltern/Betreuer	6	46,2	--	--
Symptombelastung	2	16,7	--	--
Beratung gegen eigenen Willen	0	0	--	--
Konsequenz nach Schulausschluss	0	0	--	--
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen				
Keine	6	46,2	1	33,3
Einmalig	4	30,8	1	33,3
Mehrmals	3	23,1	0	0
Riskanter Substanzkonsum				
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	15	100	2	66,7
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	11	84,6	2	66,7

JuKO Altona

**Suchtgefährdung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und
Gemeinschaftsfähigkeit (Skalenwerte).**

Merkmal	Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2 (n=3)
Alkohol	M=2,7	M=1,7
RAFFT Summen-Skala	SD=1,1	SD=0,6
Drogen	M=3,6	M=3,0
RAFFT Summen-Skala	SD=1,2	SD=1,7
Tabakaffinität	M=14,1	M=12,0
BZgA	SD=4,1	SD=5,2
Drogenaffinität	M=24,1	M=18,7
BZgA	SD=6,0	SD=5,5
Alkoholaffinität	M=12,4	M=11,7
BZgA	SD=3,1	SD=5,1
Angst vor Suchterkrankung	M=12,5	M=14,0
BZgA	SD=3,7	SD=2,6
FEVER-S	M=-0,4	M=1,4
Veränderungsbereitschaft	SD=1,5	SD=1,3
SCL-K-9 Psychische	M=2,0	M=2,1
Grundbelastung	SD=0,6	SD=0,9
SWE Allgemeine	M=33,4	M=33,0
Selbstwirksamkeitserwartung^a	SD=21,3	SD=17,4
SSWE Spezifische	M=28,2	M=30,0
Selbstwirksamkeitserwartung	SD=4,9	SD=5,2
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=9,2	M=12,7
Umgänglichkeit	SD=2,2	SD=1,2
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,6	M=11,3
Verträglichkeit	SD=1,4	SD=2,0
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=8,3	M=9,3
Regelakzeptanz	SD=1,7	SD=0,6

Anmerkungen. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

JuKO Bergedorf

Soziodemografie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.

Merkmal	Zeitpunkt t1		Zeitpunkt t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppe				
Jünger als 16 Jahre	0	0	0	0
16 bis unter 18 Jahre	4	28,6	2	50,0
18 bis unter 21 Jahre	6	42,9	1	25,0
Über 21 Jahre	4	28,6	1	25,0
Completer				
Teilnahme an t2	--	--	4	28,6
Derzeitige Ausbildungssituation				
Nicht in Ausbildung	5	35,7	2	50,0
Lehre	0	0	1	25,0
Hauptschule	3	21,4	1	25,0
Realschule	3	21,4	0	0
(Fach) Abitur	1	7,1	0	0
Nicht erhoben	2	14,3	0	0
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen				
Elternhaus	5	45,5	0	0
Freundschaften/Peers	5	50,0	2	50,0
Partnerschaft	3	33,3	0	0
Ausbildung/Beruf/Schule	4	40,0	0	0
Schulden	4	36,4	1	25,0
Wohnsituation	1	11,1	0	0
Justiz/Legalität	3	27,3	0	0
Sonstige	2	25,0	1	25,0
Vorstellungsgrund zu t1				
Eigener Wunsch nach Beratung	11	91,7	--	--
Druck von außen: Polizei/Justiz	1	11,1	--	--
Druck von außen: Eltern/Betreuer	6	54,5	--	--
Symptombelastung	7	77,8	--	--
Beratung gegen eigenen Willen	0	0	--	--
Konsequenz nach Schulausschluss	0	0	--	--
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen				
Keine	10	83,3	2	50,0
Einmalig	1	8,3	1	25,0
Mehrmals	1	8,3	0	0
Riskanter Substanzkonsum				
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	11	91,7	4	100
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	10	83,3	4	100

JuKO Bergedorf

**Suchtgefährdung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und
Gemeinschaftsfähigkeit (Skalenwerte).**

Skala / Index	Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2 (n=4)
Alkohol	M=3,0	M=3,8
RAFFT Summen-Skala	SD=1,3	SD=0,5
Drogen	M=3,2	M=3,5
RAFFT Summen-Skala	SD=1,8	SD=1,0
Tabakaffinität	M=16,6	M=16,0
BZgA	SD=2,0	SD=3,5
Drogenaffinität	M=24,7	M=26,9
BZgA	SD=7,8	SD=5,5
Alkoholaaffinität	M=12,1	M=14,8
BZgA	SD=2,0	SD=3,2
Angst vor Suchterkrankung	M=12,2	M=9,5
BZgA	SD=2,9	SD=1,7
FEVER-S	M=-0,8	M=0,8
Veränderungsbereitschaft	SD=1,4	SD=1,1
SCL-K-9 Psychische	M=2,1	M=1,7
Grundbelastung	SD=0,8	SD=0,5
SWE Allgemeine	M=39,6	M=37,5
Selbstwirksamkeitserwartung^a	SD=28,0	SD=36,6
SSWE Spezifische	M=28,7	M=31,2
Selbstwirksamkeitserwartung	SD=7,0	SD=5,7
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=9,7	M=9,5
Umgänglichkeit	SD=2,8	SD=2,5
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,4	M=12,5
Verträglichkeit	SD=1,8	SD=1,9
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,6	M=6,0
Regelakzeptanz	SD=2,2	SD=2,0

Anmerkungen. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

mobS Nord

Soziodemographie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.

Merkmal	Zeitpunkt t1		Zeitpunkt t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppe				
Jünger als 16 Jahre	2	6,9	1	16,7
16 bis unter 18 Jahre	4	13,8	1	16,7
18 bis unter 21 Jahre	16	55,2	3	50,0
Über 21 Jahre	7	24,1	1	16,7
Completer				
Teilnahme an t2	--	--	6	20,7
Derzeitige Ausbildungssituation				
Nicht in Ausbildung	16	55,2	4	66,7
Lehre	0	0	1	16,7
Hauptschule	5	17,2	0	0
Realschule	3	10,3	0	0
(Fach) Abitur	1	3,4	1	16,7
Nicht erhoben	4	13,8	0	0
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen				
Elternhaus	11	42,3	2	33,3
Freundschaften/Peers	5	19,2	2	33,3
Partnerschaft	4	16,0	0	0
Ausbildung/Beruf/Schule	15	57,7	2	33,3
Schulden	9	34,6	1	16,7
Wohnsituation	12	46,2	2	33,3
Justiz/Legalität	11	44,0	3	50,0
Sonstige	8	34,8	3	50,0
Vorstellungsgrund zu t1				
Eigener Wunsch nach Beratung	17	70,8	--	--
Druck von außen: Polizei/Justiz	5	20,8	--	--
Druck von außen: Eltern/Betreuer	8	33,3	--	--
Symptombelastung	4	17,4	--	--
Beratung gegen eigenen Willen	4	16,7	--	--
Konsequenz nach Schulausschluss	2	8,7	--	--
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen				
Keine	8	30,8	2	33,3
Einmalig	8	30,8	2	33,3
Mehrmals	10	38,5	2	33,3
Riskanter Substanzkonsum				
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	20	83,3	6	100
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	21	80,8	4	66,7

mobS Nord

**Suchtgefährdung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und
Gemeinschaftsfähigkeit (Skalenwerte).**

Skala / Index	Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2 (n=6)
Alkohol	M=2,7	M=3,3
RAFFT Summen-Skala	SD=1,4	SD=1,2
Drogen	M=3,2	M=3,0
RAFFT Summen-Skala	SD=1,8	SD=1,9
Tabakaffinität	M=15,0	M=14,3
BZgA	SD=4,2	SD=2,7
Drogenaffinität	M=24,3	M=23,9
BZgA	SD=5,9	SD=4,2
Alkoholaffinität	M=12,3	M=14,3
BZgA	SD=3,7	SD=3,7
Angst vor Suchterkrankung	M=11,9	M=12,5
BZgA	SD=3,5	SD=4,2
FEVER-S	M=0,2	M=-1,1
Veränderungsbereitschaft	SD=1,8	SD=1,3
SCL-K-9 Psychische	M=2,1	M=2,3
Grundbelastung	SD=0,9	SD=0,9
SWE Allgemeine	M=40,3	M=33,4
Selbstwirksamkeitserwartung^a	SD=23,8	SD=23,3
SSWE Spezifische	M=30,4	M=31,5
Selbstwirksamkeitserwartung	SD=5,9	SD=9,6
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=9,5	M=11,2
Umgänglichkeit	SD=2,6	SD=3,9
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,3	M=13,2
Verträglichkeit	SD=2,4	SD=3,7
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,3	M=6,3
Regelakzeptanz	SD=2,1	SD=1,6

Anmerkungen. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

mobS Süderelbe

Soziodemografie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.

Merkmal	Zeitpunkt t1		Zeitpunkt t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppe				
Jünger als 16 Jahre	0	0	0	0
16 bis unter 18 Jahre	1	5,9	1	16,7
18 bis unter 21 Jahre	6	35,3	1	16,7
Über 21 Jahre	10	58,8	4	66,7
Completer				
Teilnahme an t2	--	--	6	35,3
Derzeitige Ausbildungssituation				
Nicht in Ausbildung	13	76,5	5	83,3
Lehre	1	5,9	0	0
Hauptschule	2	11,8	0	0
Realschule	1	5,9	0	0
(Fach) Abitur	0	0	0	0
Nicht erhoben	0	0	1	16,7
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen				
Elternhaus	9	52,9	1	16,7
Freundschaften/Peers	4	25,0	2	33,3
Partnerschaft	3	20,0	2	33,3
Ausbildung/Beruf/Schule	10	62,5	3	50,0
Schulden	9	52,9	1	16,7
Wohnsituation	4	25,0	0	0
Justiz/Legalität	9	56,3	4	66,7
Sonstige	2	12,5	1	16,7
Vorstellungsgrund zu t1				
Eigener Wunsch nach Beratung	8	47,1	--	--
Druck von außen: Polizei/Justiz	10	62,5	--	--
Druck von außen: Eltern/Betreuer	6	37,5	--	--
Symptombelastung	1	6,3	--	--
Beratung gegen eigenen Willen	1	6,3	--	--
Konsequenz nach Schulausschluss	0	0	--	--
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen				
Keine	6	37,5	1	16,7
Einmalig	2	12,5	0	0
Mehrmals	8	50,0	4	66,7
Riskanter Substanzkonsum				
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	15	88,2	5	83,3
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	12	70,6	3	50,0

mobS Süderelbe

**Suchtgefährdung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und
Gemeinschaftsfähigkeit (Skalenwerte).**

Skala / Index	Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2 (n=6)
Alkohol	M=3,1	M=3,0
RAFFT Summen-Skala	SD=1,2	SD=0,7
Drogen	M=3,4	M=2,4
RAFFT Summen-Skala	SD=1,9	SD=1,9
Tabakaffinität	M=14,1	M=14,0
BZgA	SD=4,2	SD=4,6
Drogenaffinität	M=20,9	M=18,8
BZgA	SD=6,8	SD=5,6
Alkoholaaffinität	M=13,4	M=12,0
BZgA	SD=3,2	SD=2,1
Angst vor Suchterkrankung	M=13,7	M=15,2
BZgA	SD=2,8	SD=2,7
FEVER-S	M=-0,6	M=-1,5
Veränderungsbereitschaft	SD=1,5	SD=0,5
SCL-K-9 Psychische	M=2,5	M=1,9
Grundbelastung	SD=0,8	SD=0,6
SWE Allgemeine	M=33,8	M=32,3
Selbstwirksamkeitserwartung^a	SD=25,2	SD=29,7
SSWE Spezifische	M=27,8	M=31,3
Selbstwirksamkeitserwartung	SD=6,1	SD=3,3
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=10,4	M=11,8
Umgänglichkeit	SD=2,8	SD=1,7
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,7	M=13,5
Verträglichkeit	SD=1,9	SD=0,8
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,2	M=8,5
Regelakzeptanz	SD=1,7	SD=2,4

Anmerkungen. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

**mobS Süderelbe / Auswertung Klienten älter als 27 Jahre (nur t1-Daten)
Soziodemografie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.**

Auf der ersten Ergebnispräsentation am 26.1.2012 stellte sich die Frage nach den Auswertungen zu Daten von „mobS Süderelbe“, zu denen in der Entwurfsfassung des Berichts nichts ausgesagt worden war. Sie lässt sich wie folgt beantworten: Diese Daten waren (a) wegen fehlender soziodemographischer und Fragebogen-Angaben nicht in die Analysen einbezogen worden, zum anderen (b) gehörten die befragten Klienten nicht zur definierten Zielgruppe im Alter von maximal 27 Jahren. Die t1-Interviewdaten dieser Klienten wurden nun gesondert ausgewertet und im Folgenden dargestellt, alle t2-Daten wie auch die t1-Fragebogendaten waren zu lückenhaft für eine Auswertung. Die Stichprobengröße beträgt N=12 Personen, davon 91,6% männlich, mit einem Altersdurchschnitt von 31 Jahren (SD=5,8). Es sind 75,0% der Klienten russisch-sprachig, gemäß RAFFT-Screening weisen 75,0% einen riskanten Alkohol- und 91,7% einen riskanten Drogenkonsum auf. Der „Completer“-Anteil ist mit 66,7% höher als in der sonstigen Stichprobe (37,7%). Die Vorstellungsgründe „eigener Wunsch nach Beratung“ (91,7%) und „Symptombelastung“ (58,3%) stehen im Vordergrund; dies ebenfalls im Gegensatz zu den Klienten der Gesamtstichprobe und auch von mobS Süderelbe.

Dass sich 31-jährige ost-europäische und russische Klienten an mobS Süderelbe wenden – also ältere Klienten mit protrahiertem Substanzkonsum – ist vor dem in slawischen Ländern verbreiteten Verständnis von Sucht/Abhängigkeit nachvollziehbar. Von diesen [und anderen] Migrantengruppen ist bekannt, dass sie trotz Leidensdruck erst sehr spät Hilfsangebote aufsuchen, v.a. ärztliche (Heimann, Penka & Heinz, 2007). Der hohe Completer-Anteil von 66,7% erklärt sich ebenfalls durch die Mentalität ost-europäischer und russischer Menschen: Fassen sie nach ursprünglicher Skepsis mit der Zeit Vertrauen zum Professional, so ist ihre Beziehung zum Professional intensiver und länger dauernder als bei vergleichbarem deutschen Klientel (Sonnenmoser, 2008).

Literatur

- Heimann HM, Penka S, Heinz A (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen – eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. Suchttherapie, 8, 57-62.
- Sonnenmoser M (2008). Reihe Internationale Psychotherapie: Russland – Psychotherapie im Aufbruch. aerzteblatt.de, PP, 11, 519-522. [Access Jun 2010]
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=62282>

mobS Süderelbe

Auswertung Klienten älter als 27 Jahre (nur t1-Daten)

Soziodemografie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.

Merkmal	Zeitpunkt t1	
	Anzahl	Prozent
Altersgruppe		
27 bis 29 Jahre	9	75,0
30 bis 39 Jahre	2	16,6
Über 39 Jahre	1	8,3
Completer		
Teilnahme an t2	8	66,7
Migrationshintergrund / Sprache		
deutsch	3	25,0
russisch	9	75,0
Berufsausbildung abgeschlossen?		
Keine Angabe	1	8,3
Abgebrochen	2	16,7
Lehre/Ausbildung	9	75
Geschlecht		
Männlich	11	91,7
Weiblich	1	8,3
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen		
Elternhaus	7	58,3
Freundschaften/Peers	3	25,0
Partnerschaft	3	25,0
Ausbildung/Beruf/Schule	5	41,7
Schulden	4	33,3
Wohnsituation	0	0
Justiz/Legalität	1	8,3
Sonstige	2	16,7
Vorstellungsgrund		
Eigener Wunsch nach Beratung	11	91,7
Druck von außen: Polizei/Justiz	3	25,0
Druck von außen: Eltern/Betreuer	3	25,0
Symptombelastung	7	58,3
Beratung gegen eigenen Willen	0	0
Konsequenz nach Schulausschluss	0	0
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen		
Keine	8	66,7
Einmalig	2	16,7
Mehrmals	1	8,3
Riskanter Substanzkonsum		
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	9	75,0
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	11	91,7

Viva Wandsbek - Take Care!

Soziodemografie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.

Merkmal	Zeitpunkt t1		Zeitpunkt t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppe				
Jünger als 16 Jahre	2	5,1	2	8,3
16 bis unter 18 Jahre	2	5,1	2	8,3
18 bis unter 21 Jahre	10	25,6	9	37,5
Über 21 Jahre	25	64,1	11	45,8
Completer				
Teilnahme an t2	--	--	24	61,5
Derzeitige Ausbildungssituation				
Nicht in Ausbildung	23	59	10	41,7
Lehre	6	15,4	5	20,8
Hauptschule	1	2,6	1	4,8
Realschule	5	12,8	5	23,8
(Fach) Abitur	2	5,1	0	0
Nicht erhoben	2	5,1	3	12,5
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen				
Elternhaus	19	48,7	8	33,3
Freundschaften/Peers	11	28,9	7	29,2
Partnerschaft	10	27,0	5	20,8
Ausbildung/Beruf/Schule	20	54,1	8	33,3
Schulden	13	35,1	7	29,2
Wohnsituation	18	47,4	11	45,8
Justiz/Legalität	19	48,7	4	16,7
Sonstige	1	3,0	0	0
Vorstellungsgrund zu t1				
Eigener Wunsch nach Beratung	18	54,5	--	--
Druck von außen: Polizei/Justiz	21	61,8	--	--
Druck von außen: Eltern/Betreuer	15	45,5	--	--
Symptombelastung	8	25,8	--	--
Beratung gegen eigenen Willen	4	12,9	--	--
Konsequenz nach Schulausschluss	0	0	--	--
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen				
Keine	12	33,3	7	29,2
Einmalig	7	19,4	6	25,0
Mehrmals	17	47,2	10	41,7
Riskanter Substanzkonsum				
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	34	87,2	17	70,8
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	31	81,6	17	70,8

Viva Wandsbek - Take Care!

**Suchtgefährdung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und
Gemeinschaftsfähigkeit (Skalenwerte).**

Skala / Index	Zeitpunkt t1	Zeitpunkt t2 (n=24)
Alkohol	M=2,5	M=2,4
RAFFT Summen-Skala	SD=1,0	SD=1,1
Drogen	M=2,8	M=2,5
RAFFT Summen-Skala	SD=1,5	SD=1,8
Tabakaffinität	M=14,5	M=14,0
BZgA	SD=4,0	SD=4,1
Drogenaffinität	M=20,7	M=20,0
BZgA	SD=8,3	SD=8,5
Alkoholaaffinität	M=11,6	M=12,3
BZgA	SD=3,4	SD=2,9
Angst vor Suchterkrankung	M=13,0	M=12,7
BZgA	SD=4,2	SD=3,6
FEVER-S	M=-0,0	M=0,4
Veränderungsbereitschaft	SD=1,7	SD=1,9
SCL-K-9 Psychische	M=2,4	M=1,9
Grundbelastung	SD=1,1	SD=0,8
SWE Allgemeine	M=37,7	M=47,4
Selbstwirksamkeitserwartung^a	SD=31,2	SD=26,6
SSWE Spezifische	M=31,0	M=33,1
Selbstwirksamkeitserwartung	SD=7,4	SD=6,6
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=9,4	M=11,5
Umgänglichkeit	SD=2,9	SD=2,5
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,7	M=13,1
Verträglichkeit	SD=2,3	SD=2,2
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=6,9	M=8,3
Regelakzeptanz	SD=2,8	SD=2,8

Anmerkungen. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

**Gesamtstichprobe zu t1 und t2:
Soziodemographie, psychosoziale Belastung und Suchtgefährdung.**

Merkmal	Zeitpunkt t1		Zeitpunkt t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppe				
Jünger als 16 Jahre	4	3,5	3	6,9
16 bis unter 18 Jahre	12	10,5	6	13,9
18 bis unter 21 Jahre	49	43,0	17	39,5
Über 21 Jahre	49	43,0	17	39,5
Completer				
Teilnahme an t2	--	--	43	37,7
Derzeitige Ausbildungssituation				
Nicht in Ausbildung	60	52,6	22	51,2
Lehre	7	6,1	6	14,0
Sonderschule	/	/	/	/
Hauptschule	13	11,4	2	4,7
Realschule	14	12,3	6	14,0
(Fach) Abitur	7	6,1	1	2,3
Nicht erhoben	13	11,4	6	14,0
Von den Klienten benannte Probleme/Belastungen				
Elternhaus	52	45,6	11	25,6
Freundschaften/Peers	29	25,4	13	30,2
Partnerschaft	22	19,3	7	16,3
Ausbildung/Beruf/Schule	56	49,1	13	30,2
Schulden	41	36,0	11	25,6
Wohnsituation	39	34,2	13	30,2
Justiz/Legalität	50	43,9	13	30,2
Sonstige	15	13,2	5	11,6
Vorstellungsgrund zu t1				
Eigener Wunsch nach Beratung	58	50,9	--	--
Druck von außen: Polizei/Justiz	43	37,7	--	--
Druck von außen: Eltern/Betreuer	41	36,0	--	--
Symptombelastung	22	19,3	--	--
Beratung gegen eigenen Willen	9	7,9	--	--
Konsequenz nach Schulausschluss	2	1,8	--	--
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen				
Keine	42	36,9	13	30,2
Einmalig	22	19,3	10	23,3
Mehrmals	39	34,2	16	37,2
Riskanter Substanzkonsum				
Alkohol 'Red Flag' RAFFT-Screening	95	88,8	34	81,0
Drogen 'Red Flag' RAFFT-Screening	85	80,2	30	71,4

Anmerkungen: Ohne die Daten der Kö16a.

**Gesamtstichprobe zu t1 und t2:
Suchtgefährdung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeitserwartung und
Gemeinschaftsfähigkeit (Skalenwerte).**

Skala / Index	Zeitpunkt t1 (n=114)	Zeitpunkt t2 (n=43)
Alkohol	M=2,8	M=2,7
RAFFT Summen-Skala	SD=1,2	SD=1,2
Drogen	M=3,1	M=3,0
RAFFT Summen-Skala	SD=1,6	SD=1,6
Tabakaffinität	M=14,8	M=14,8
BZgA	SD=3,9	SD=4,0
Drogenaffinität	M=22,6	M=21,7
BZgA	SD=7,3	SD=7,5
Alkoholaaffinität	M=12,2	M=12,3
BZgA	SD=3,3	SD=3,2
Angst vor Suchterkrankung	M=12,7	M=13,0
BZgA	SD=3,6	SD=3,8
FEVER-S	M=-0,09	M=-0,06
Veränderungsbereitschaft	SD=1,6	SD=1,6
SCL-K-9 Psychische	M=2,2	M=2,0
Grundbelastung	SD=0,9	SD=0,9
SWE Allgemeine	M=37,4	M=36,4
Selbstwirksamkeitserwartung^a	SD=26,7	SD=27,1
SSWE Spezifische	M=29,7	M=29,9
Selbstwirksamkeitserwartung	SD=6,5	SD=6,5
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=9,6	M=9,3
Umgänglichkeit	SD=2,7	SD=2,6
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,6	M=7,7
Verträglichkeit	SD=2,1	SD=1,9
Gemeinschaftsfähigkeit:	M=7,3	M=7,1
Regelakzeptanz	SD=2,3	SD=2,4

Anmerkungen. Ohne die Daten der Kö16a. ^a Genderspezifische Prozentrangwerte.

Autoren, Vorarbeiten und Mitarbeit

Berichtlegung:

Peter-Michael Sack, Rainer Thomasius

Vorarbeiten:

Christiane Baldus, Marit Feldmann, Lena Stadler,
Sina A. Trautmann-Lengsfeld

Mitarbeit:

Boris C. Begemann, Martin von Eltz, Ini Essien, Barbara Fütterer, Maxie Hildebrandt,
Claudia E. Möller, Tobina Schubert, Maria Wirt, Jördis Zill, Ines Zorndt