

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



1. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt

„Gemeinsam sind wir stark – Neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen“ (GSWS)

im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“
gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

im Zeitraum November 2019 bis Dezember 2020

Düsseldorf/Leverkusen: Februar 2021

Autor*innen

Paul Fülbier, Lutz Wende (Praxisbegleitung und-entwicklung)

Birthe Sander, Ruth Enggruber (Evaluation)

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Forschungsstelle DIFA (Düsseldorfer Integrationsförderung
in (Aus)Bildung und Arbeit)
Münsterstraße 156
40476 Düsseldorf

Kontakt: Birthe Sander

birthe.sander@hs-duesseldorf.de

Tel: 0049 211 4351-3683

Hochschule Düsseldorf
University of Applied Sciences



Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Faculty of Social Sciences and Cultural Studies



Inhaltsübersicht

1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund und Problemstellung	1
1.2 Modellprojekt zum rechteckübergreifenden Hilfeangebot in der Versorgung suchterkrankter/-gefährdeter SGB-II-Empfänger*innen in Leverkusen und kommunale Ausgangslage	3
1.3 Zielsetzung und Aufbau des Zwischenberichts	4
2 Kurzschilder zum Modellprojekt	5
2.1 Inhalte und Aufbau des Modellprojektes	5
2.2 Projektträger/-partner	8
2.3 Forschungsleitende Fragestellung und Zielsetzungen	9
3 Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes	11
3.1 Aufgaben und Aktivitäten der Praxisbegleitung	12
3.2 Evaluationsdesign und Arbeitsschritte der Projekt-Evaluation: Planungen und inhaltliche Anpassungen	13
4 Zwischenstand und Arbeitsprogramm der Praxisbegleitung der wissenschaftlichen Begleitung in 2020	17
4.1 Ergebnisse auf der Strukturebene	17
4.2 Ergebnisse auf der fachlichen Ebene	21
5 Zwischenstand und erste Ergebnisse der Projektevaluation in 2020	24
5.1 Qualitative Nutzer*innen-Befragung zur Bedarfsanalyse	24
5.1.1 Forschungsdesign	24
5.1.2 Ergebnisse	29
5.1.3 Zusammenfassung und Implikationen für die Projektweiterentwicklung	57
5.2 Dokumentationsdaten und Monitoring	61
5.2.1 Forschungsdesign	61
5.2.2 Forschungsergebnisse (Stand Januar 2021)	65
5.2.3 Implikationen für die Projektweiterentwicklung	67
5.3 Subjektive Teilhabeinschränkungen im Projektverlauf und Modellprojekt-Vergleich	68
5.3.1 Forschungsdesign	68
5.3.2 Zwischenstand	70
5.4 Fokusgruppensdiskussionen mit beteiligten professionellen Akteur*innen	70
5.4.1 Forschungsdesign	70
5.4.2 Zwischenstand	72
5.5 Weitere Aktivitäten der Projekt-Evaluation auf der Programm-Ebene	73

6 Ausblick und Arbeitsprogramm in 2021	74
6.1 Arbeitsprogramm der Praxisbegleitung in 2021	74
6.2 Arbeitsprogramm der Projekt-Evaluation.....	75
Literatur	77
Anhang	I
Anh. (1) Leitfaden Bedarfserhebung Nutzer*innen (Evaluationsbaustein I.)	I
Anh. (2) Falldokumentationsbogen (Evaluationsbaustein IV. und V.)	IV
Anh. (3) IMET-Fragebogen (Evaluationsbaustein III.)	XVII
Anh. (4) Leitfaden Fokusgruppendifkussionen (Evaluationsbaustein VI.)	XVIII
Anh. (5) Logik-Modell GSWS.....	XXV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht Projektinhalt und -partner	6
Abbildung 2:	Fachinnovation in GSWS	7
Abbildung 3:	Zieldimensionen	10
Abbildung 4:	Aufbau und Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung	12
Abbildung 5:	Evaluationsdesign Teilnehmenden-Ebene	16
Abbildung 6:	Evaluationsdesign Ebene der Akteur*innen (professionelle Fachkräfte und Vertreter*innen aus den beteiligten Trägern)	17
Abbildung 7:	Kategoriensystem Bedarfsanalyse Nutzer*innen – oder zur theoretisch bedeutsamen Systematisierung der Wünsche und Bedarfe von Menschen im SGB II-Bezug mit Suchterkrankungen/-gefährdungen an ein Hilfesystem	30
Abbildung 8:	Fall-Kontroll-Studiendesign zu Risikofaktoren der (Wieder)Aufnahme von Erwerbsarbeit	63
Abbildung 9:	Verteilung der Formen von Suchtproblematiken der Projektteilnehmenden	66

Abkürzungsverzeichnis

BEA	Akronym des Projektnamens „Beraten – Ermutigen - Assistieren“
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
CM	Case Management
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management
GSWS	Akronym des Projektnamens „Gemeinsam sind wir stark – Neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen“
IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation
JC	Jobcenter
JSL	JOB Service Beschäftigungsförderung Leverkusen
PNW	Produktionsnetzwerk
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
StG	Steuerungsgruppe
WB	wissenschaftliche Begleitung im Projekt
WB-Pra	Praxisbegleitung als ein Teil der wissenschaftlichen Begleitung
WB-Eva	Projekt-Evaluation als ein Teil der wissenschaftlichen Begleitung

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemstellung

„Sucht ist kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Nach einer Schätzung des „Epidemiologischen Suchtsurveys“ (Piontek, Kraus, de Matos & Atzendorf, 2016) sind demnach ca. 15-20 % in der Gruppe der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland von einer Suchterkrankung betroffen bzw. suchtgefährdet. Dabei ist die Thematik der *Sucht* in Ausprägung und Intensität von besonderer Komplexität und Vielfältigkeit:

„Mit dem Begriff Sucht sind nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch)“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Neben der Vielzahl an möglichen Arten von stoff- und nicht-stoffgebundenen Suchterkrankungen, die Menschen in unterschiedlichem Ausmaß betreffen können und die unterschiedliche Prävalenzen in den verschiedenen Altersgruppen aufweisen (vgl. z.B. Piontek et al., 2016), befinden sich suchterkrankte Menschen im Sinne einer Komorbidität häufig in multiplen weiteren gesundheitlichen aber auch sozialen Problemlagen, wie psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit (vgl. z.B. Gouzoulis-Mayfrank, 2003). Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen die Menschen betreffenden Problemlagen steht auch eine weitere Problematik in Form einer möglichen *Arbeitslosigkeit* (Auslöser oder Folge dessen). Diese besteht nach SGB III § 16 Abs. 1 dann, wenn die betroffenen Personen

„[...] vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit¹ zur Verfügung stehen und sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben. [Außerdem] heißt es [...]: Teilnehmer an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik gelten als nicht arbeitslos.“

Von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen gelten dann als *langzeitarbeitslos*, wenn die Arbeitslosigkeit nach der oben aufgeführten Definition für ein Jahr oder darüber hinaus besteht (Lietzmann, 2016, S.335). Sie beziehen im Zeitraum ihrer Arbeitslosigkeit zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes von dem jeweils für sie zuständigen Jobcenter (JC) Leistungen nach SGB-II² (Arbeitslosengeld II, das sog. „Hartz-

¹ Bei Bezug von SGB-II-Leistungen erfolgt die Betreuung und Arbeitslosmeldung über das zuständige Jobcenter.

² Im Rechtskreis des SGB-II ist zudem leistungsberechtigt, wer Arbeitslosengeld I bezieht, das in der Höhe nicht den Bedarf deckt oder wenn kein Anspruch darauf besteht. „Darüber hinaus haben auch Personen in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen oder in Ausbildung sowie nicht am Arbeitsmarkt aktive Haushaltsmitglieder Anspruch auf Leistungen. Auch Erwerbstätige erhalten Leistungen der Grundsicherung, wenn das Erwerbseinkommen nicht für die ganze Bedarfsgemeinschaft ausreicht“ (Lietzmann, 2016, S.335).

4“). Zum Zeitpunkt Januar 2021 sind in Deutschland 980.371 Menschen von einer Langzeitarbeitslosigkeit betroffen; dies stellt ein Plus von 26,8 % im Vergleich zum Vorjahreswert (Januar 2020) dar (Bundesagentur für Arbeit, 2021).

Langzeitarbeitslosigkeit kann, ebenso wie die anderen aufgeführten weiteren möglichen Problematiken von suchterkrankten Menschen, als „ein krisenhaftes Ereignis [...] verstanden werden“ (Lietzmann, 2016, S.334). Für eine umfassende ganzheitliche Überwindung ihrer komplexen Problemlagen sind je nach individueller Situation des*der Einzelnen die Inanspruchnahme verschiedener gesundheitlicher, rehabilitativer und/oder sozialer Unterstützungsangebote notwendig.

Die Angebotslandschaft für Menschen mit Suchtproblematiken und weiteren Problemlagen stellt sich jedoch unter anderem durch die gegenwärtig vorhandene rechtskreisbezogene sowie institutionelle Segmentierung als ein ‚versäultes‘ und nicht systematisch miteinander verbundenes Hilfesystem dar, in dem die Menschen zwischen den verschiedenen Unterstützungsangeboten aus unterschiedlichen Gründen ‚verloren‘ gehen. So findet z.B. die Vermittlung zwischen den zuständigen Institutionen häufig im Sinne einer ‚Verweisberatung‘ statt, welche auf der Eigeninitiative und -aktivität der Betroffenen³ basiert, der diese aufgrund ihrer Schwierigkeiten und damit verbundenen Einschränkungen nicht immer nachkommen.

Sind von Suchterkrankungen bzw. -gefährdungen betroffene Menschen zudem im SGB-II-Bezug, so werden sie vom jeweiligen Jobcenter gefördert mit dem Ziel, sie in Erwerbsarbeit (wieder) einzugliedern sowie zu Fragen des Leistungsbezugs im persönlichen und/oder telefonischen Kontakt zu beraten. Gemäß § 14 Abs. 3 SGB II sind für diese Aufgaben sog. persönliche Ansprechpartner*innen zuständig. Von diesen sind bei möglicherweise vorliegenden Suchtproblematiken Kenntnisse gefordert, diese zu erkennen und individuell entsprechende Hilfen anzubieten sowie eine systematische Weiterleitung in Unterstützungsangebote zu veranlassen.

Durch die aufgeführten Problematiken des nach Rechtskreisen sowie Institutionen versäulten Hilfesystems wird eine langfristig angestrebte (Wieder)Aufnahme von Erwerbsarbeit sowie grundlegender beruflicher und sozialer Teilhabe⁴ der von Langzeitarbeitslosigkeit und einer Suchtproblematik sowie weiteren Schwierigkeiten betroffenen Menschen erschwert. Segmentierung durch unterschiedliche

³ Im Rahmen des Zwischenberichts werden die Begrifflichkeiten „Betroffene“, und „Nutzer*innen“, sowie Leistungsempfänger*innen je nach Kontext für die für das Projekt relevante Zielgruppe (Menschen mit einer Langzeitarbeitslosigkeit und Suchtproblematik sowie ggf. weiteren sozialen und gesundheitlichen Problemen) mit äquivalenter Bedeutung verwendet.

⁴ Bei dem Begriff der *sozialen Teilhabe* handelt es sich um ein unterschiedlich definiertes und komplexes Konstrukt, das über verschiedene Indikatoren beschrieben wird (vgl. z.B. Brussig et al., 2018). Im Rahmen des Projektes betrifft *soziale Teilhabe* die Teilhabe am sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben inklusive der sozialen Netzwerke sowie an den sozialen Sicherungssystemen. Die *berufliche Teilhabe* im Sinne einer Möglichkeit zu Bildung, Ausbildung und Arbeit wird hier aufgrund der spezifischen Zieldefinitionen des Projektes separat aufgegriffen.

Rechtsgrundlagen, unsystematische Zusammenarbeit der öffentlichen und freien Träger und die teilweise vorhandene Unkenntnis untereinander begünstigen eine durchaus vermeidbare Unter- bzw. Fehlversorgung⁵ der einzelnen Menschen. Neben den individuellen Belastungs- und Leiderfahrungen für die Betroffenen gehen damit auch erhöhte volkswirtschaftliche Kosten bedingt durch eine höhere Arbeitslosenquote und die damit notwendigen Sozialleistungen sowie fehlende Fachkräfte für den Arbeitsmarkt einher.

1.2 Modellprojekt zum rechtskreisübergreifenden Hilfeangebot in der Versorgung suchterkrankter/-gefährdeter SGB-II-Empfänger*innen in Leverkusen und kommunale Ausgangslage

Ein Ansatz zur Überwindung der im obigen Abschnitt kurz skizzierten Problematiken wird im Rahmen des Modellprojektes „Gemeinsam sind wir stark – Neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen“ im Rahmen des Bundesprogramms „rehapro“ in Leverkusen erprobt und weiterentwickelt (Weiteres vgl. *Kap. 2*). Das Jobcenter Arbeit und Grundsicherung Leverkusen (nachfolgend: AGL) als Träger von SGB-II-Leistungen und antragstellende Projektleitung des Modellprojektes betreut ca. 12.000 erwerbsfähige Leistungsberechtigte, rechnet man die (noch) nicht erwerbsfähigen Personen (im Wesentlichen Kinder unter 15 Jahren) hinzu, sind sogar knapp 18.000 Personen von Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch II betroffen. Entsprechend der oben aufgeführten Schätzungen von ca. 15-20 % suchterkrankter/-gefährdeter Menschen in Deutschland (Piontek et al., 2016) weisen etwa 1.800 bis 2.400 Menschen im SGB-II-Leistungsbezug in Leverkusen eine Suchtproblematik auf.

Neben dem Jobcenter AGL sind verschiedene Akteure in Leverkusen in Form öffentlicher und freier Träger in verschiedener Hinsicht in der Versorgung von suchterkrankten/-gefährdeten Menschen und weiteren Problemlagen tätig, die wiederum in ihrer spezifischen Funktion in das Modellprojekt eingebunden sind (vgl. *Kap. 2.2*). Zum Startzeitpunkt des Projektes findet zwischen dem Jobcenter und den freien und öffentlichen Trägern nach Auskunft der Beteiligten im Wesentlichen eine ‚Verweisberatung‘ statt. Dies bedeutet, dass z.B. den *Integrationsfachkräften* des Jobcenters – so werden dort die persönlichen Ansprechpartner*innen gemäß § 14 Abs. 3 SGB II genannt – die Träger mit ihren spezifischen Leistungen und Ansprechpartner*innen grundsätzlich bekannt sind. Wird der individuelle Bedarf an einer Unterstützungsleistung im Gespräch festgestellt, wird der*die Leistungsempfänger*in dahingehend beraten, die empfohlene Einrichtung aufzusuchen und deren Angebote in Anspruch zu nehmen. Nur vereinzelt wird zusätzlich ggf. noch telefonisch Kontakt aufgenommen. Die beteiligten freien Träger bieten ein breites, aus verschiedenen Rechtskreisen und damit von verschiedenen Kostenträgern finanziertes Leistungsspektrum an, das bei Bedarf zur Verfügung steht (vgl. *Kap. 2.2*). Nach Auskunft

⁵ Unter einer *Unterversorgung* versteht man eine „[u]nterlassene oder zu spät erfolgte Versorgung“ (Scherer et al., 2018); *Fehlversorgung* hingegen meint, dass „[...] falsche oder in ihrer Wirksamkeit nicht belegte medizinische Maßnahmen eingesetzt werden, der Patient also falsch behandelt wird“ (Niehoff, 2008).

von Beteiligten waren sie zum Projektstart untereinander im unterschiedlichen Maße vernetzt; eine Zusammenarbeit besteht oder bestand zwischen einzelnen Personen auf institutionsbezogener oder individueller Ebene auf der Basis verschiedener gemeinsamer Projekte, Konzepte oder in informeller Form.

1.3 Zielsetzung und Aufbau des Zwischenberichts

Übergeordnetes Ziel des Berichts ist die Zusammenfassung des Zwischenstandes des Modellprojektes im Zeitraum November 2019 bis Dezember 2020. Dabei beziehen sich die dargelegten Inhalte auf die von der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes durchgeführten Planungs- und Arbeitsschritte der Praxisbegleitung und -entwicklung sowie Evaluation (vgl. *Kap. 3*). In diesem Zusammenhang dient der Zwischenbericht der Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Tätigkeiten sowohl als Basis für die interne Nutzung innerhalb von Arbeitssitzungen zum Transfer der Ergebnisse und Kommunikation geplanter daran anknüpfender Arbeitsschritte (vgl. *Kap. 6*) als auch für die externe Darstellung der im Projekt geleisteten Inhalte sowie gewonnenen Erkenntnisse.

Es werden weiterführend zunächst in einer Übersicht die Inhalte des Modellprojektes skizziert sowie die beteiligten Projektpartner*innen in Form der mitwirkenden öffentlichen und freien Träger dargestellt. Folgend werden die angestrebten Zielsetzungen sowie übergeordneten forschungsleitenden Fragestellungen vorgestellt. Zum Verständnis und zur Gewährleistung der Transparenz wird die aufgabenbezogene Teilung der wissenschaftlichen Begleitung mit ihren einhergehenden geplanten und angepassten Arbeitsschritten in der Gesamtheit zusammenfassend vorgestellt. Dies beinhaltet z.B. das Forschungsdesign der formativen und summativen Evaluation hinsichtlich der untersuchten Ebenen der am Projekt beteiligten Nutzer*innen sowie der professionellen Akteur*innen. In den anschließenden Kapiteln 4 und 5 werden erste Zwischenergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte der Praxisbegleitung und -entwicklung sowie Evaluation aus dem aufgeführten Zeitraum dargelegt. Die Ergebnisse der Praxisbegleitung und -entwicklung werden nach ihren jeweiligen Meilensteinen erläutert; die der Evaluation werden differenziert nach der jeweiligen Fragestellung und entsprechender methodischer Herangehensweise aufgeführt. Daran anknüpfend werden in einem Ausblick das jeweilige Arbeitsprogramm und weitere Vorgehen für das Jahr 2021 ebenso vorgestellt, wie der geplante Transfer der Ergebnisse und die Umsetzung entsprechender Implikationen auf dieses im Sinne der angestrebten formativen Evaluation.

2 Kurzskeze zum Modellprojekt

2.1 Inhalte und Aufbau des Modellprojektes

Das Leverkusener Modellprojekt „Gemeinsam sind wir stark – neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen“ (GSWS) wird im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Bundesprogramms „rehapro“ durchgeführt. Innerhalb des ersten Förderaufrufs werden im Zuge des Programms für bis zu fünf Jahre aktuell 55 Modellprojekte deutschlandweit gefördert, die

„[...] innovative [...] Leistungen und innovative[...] organisatorische[...] Maßnahmen [erproben, um] Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Auch die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation soll weiter verbessert und der Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden“ (Modellvorhaben rehapro, 2020).

Durch Vernetzung und gemeinsames Handeln der relevanten öffentlichen und freien Träger in Leverkusen sollen im Rahmen des Projektes GSWS suchtkranken und suchtgefährdeten Empfänger*innen von SGB-II-Leistungen individualisierte gesundheitliche und soziale Hilfen angeboten werden, um ihnen ihre soziale Teilhabe zu sichern und Zugänge in eine dauerhafte Erwerbsarbeit zu ermöglichen. Der konzeptionelle Zugang der modellprojektbezogenen Innovationen basiert auf dem vom Land Nordrhein-Westfalen und dem Europäischen Sozialfonds geförderten Pilotprojekt »Dienstleistungen Hand in Hand – Teilhabe und Integration in Arbeit für Langzeitleistungsbezieherinnen und -bezieher durch zielgruppenbezogene Produktionsnetzwerke«, in dem das zugrunde liegende Konzept der „Produktionsnetzwerke“ (Reis, Geideck, Hobusch, Siebenhaar & Wende, 2016) an vier Standorten auf seine Praxistauglichkeit für unterschiedliche Zielgruppen überprüft sowie weiterentwickelt wurde, um (bestehende) Netzwerke soziale Dienstleistungen erfolgreich (ver)knüpfen zu können.

Innerhalb des GSWS-Projektes wird zwischen Innovationen in der Vernetzungsstruktur (Strukturinnovation) auf der einen sowie in der Arbeitsform (Fachinnovation) auf der anderen Seite unterschieden. Diese werden im Verlauf der Modellphase implementiert, überprüft und weiterentwickelt, im Einzelnen:

a.) Als **Strukturinnovation** werden in Leverkusen relevante öffentliche und freie Träger, vertreten durch Leitungskräfte, in Form eines „Produktionsnetzwerkes“ (nachfolgend: PNW) miteinander vernetzt. Im PNW werden als strukturierendes Zentrum des Modellansatzes verbindliche übergreifende *Dienstleistungs- bzw. Unterstützungsketten* für von Langzeitarbeitslosigkeit betroffene Menschen mit Suchterkrankungen oder Suchtgefährdungen entwickelt, die auf andere Kommunen bzw. Regionen

übertragen werden können. In diesen Ketten werden unterschiedliche soziale Dienstleistungen rechtskreisübergreifend (hier relevant die SGBer: II, III, V, VIII, IX und XII) unter Beibehaltung der jeweiligen Fachautonomie aller Beteiligten in eine transparente wie aufeinander abgestimmte Unterstützungsleistung für die Zielgruppe zusammengeführt. Die im PNW entwickelten *Dienstleistungsketten* beziehen sich auf relativ häufig auftretende Unterstützungsabläufe. Anhand dieser Unterstützungsketten sollen präzise die Zusammenarbeit, Arbeitssteilung sowie Schnittstellen zwischen den beteiligten Trägern bestimmt werden. Diese grundsätzlich abgestimmten Verfahren werden in der Umsetzung (siehe *Fachinnovation*) auf jeden Einzelfall spezifisch angepasst, um eine individualisierte Hilfeleistung zu gewährleisten. Dabei setzt das Projekt auf bestehende Strukturen und nutzt die spezifischen Erfahrungen der einzelnen Beteiligten; durch die kooperative Zusammenarbeit im Sinne einer ‚Ko-Produktion‘ sollen jedoch die sozialrechtliche und institutionelle Segmentierung des Leistungsangebots für die Zielgruppe überwunden und zu einem ganzheitlichen Hilfesystem verbunden werden.

„Gemeinsam sind wir stark“ (GSWS)

Leverkusen

Gefördert durch:

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Jobcenter Arbeit und Grundsicherung Leverkusen (AGL)
Suchthilfe gGmbH Leverkusen
JOB Service Beschäftigungsförderung Leverkusen gGmbH
Caritasverband Leverkusen e.V.
Diakonisches Werk des Kirchenkreises Leverkusen
Sozialpsychiatrische Zentrum Leverkusen (SPZ-gGmbH)
Hochschule Düsseldorf (wiss. Begleitung)

+

Durch **Vernetzung und gemeinsames Handeln** der kooperierenden Akteure/Institutionen sollen **suchtkranken und suchtgefährdeten** Empfänger*innen von **SGB II-Leistungen individualisierte gesundheitliche und soziale Hilfen** angeboten werden, um Teilhabe zu sichern und Zugänge in eine dauerhafte Erwerbsarbeit zu ermöglichen.

→

Vernetzungsstrategie entwickeln:

Zusammenarbeit der in Leverkusen relevanten institutionellen Akteur*innen (Organisationen und deren Vertreter*innen) in einem Produktionsnetzwerk (PNW) (*Strukturinnovation*)

Entwicklung verbindlicher übergreifende Dienstleistungs- bzw. Unterstützungsketten, Überwindung des „versäulten“ Systems rechtskreisübergreifend (hier II, III, V, VIII, IX und XII) unter Beibehaltung der jeweiligen Autonomie aller Beteiligten

Zusammenführung in eine transparente wie aufeinander abgestimmte, individualisierte Unterstützungsleistung für die Zielgruppe

→

Unterstützung der Teilnehmenden durch „**Eingliederungsscouts**“ mit ihren spezifischen Kompetenzen ihrer Herkunftsinstitutionen (*fachliche Innovation*)

koordinierte und kooperative Zusammenarbeit und Unterstützung der Teilnehmenden im Sinne des **Case Managements** mit individualisierten Hilfen

2

Abbildung 1: Übersicht Projektinhalt und -partner

Wie der Übersicht zu entnehmen ist, besteht das PNW aus Vertreter*innen der am Modellprojekt beteiligten öffentlichen und freien Träger in Leverkusen (vgl. Kap. 2.2). Darüber hinaus wurde eine sog. *Steuerungsgruppe* (nachfolgend: StG) eingerichtet, die die Durchführung des Modellprojektes lenkt und das PNW moderiert und koordiniert. Sie besteht aus dem Jobcenter AGL als Antragsteller, der Suchthilfe Leverkusen gGmbH, dem Sozialdezernenten der Stadt Leverkusen sowie der wissenschaftlichen Begleitung (Weiteres vgl. Kap. 4).

b.) Als **Fachinnovation** werden Aufgabenprofile für sog. „Eingliederungsscouts“ (kurz: Scouts) entwickelt und praktisch erprobt. Die Eingliederungsscouts stammen aus den verschiedenen beteiligten freien Trägern (vgl. Kap. 2.2) und planen die einzelfallbezogene Unterstützung (sowohl örtlich als auch inhaltlich) gemeinsam, um das gesamte trägerspezifisch vorhandene Fachwissen zu einer individualisierten Hilfe zu bündeln. Sie implementieren und erproben die zunächst im PNW entwickelten Unterstützungsketten praktisch und richten die Angebotsstrukturen bedarfsgerecht in Form konkreter individueller Hilfen unter Berücksichtigung aller im PNW vorhandener sozialer Dienste aus. Parallel dazu erfolgt begleitend eine Überprüfung und Weiterentwicklung der Unterstützungsketten und der Angebotsstrukturen ebenfalls durch die Eingliederungsscouts und im Rahmen der Abstimmungsprozesse des PNW.

In ihrer praktischen Arbeit mit der Zielgruppe unterstützen die Scouts die Menschen im Zuge einer koordinierten und kooperativen Zusammenarbeit im Sinne des Case Managements (CM) (vgl. Reis et al., 2016) einzelfallbezogen. In gemeinsamen Fallkonferenzen werden die spezifischen Kompetenzen bzw. Expertisen der unterschiedlichen Eingliederungsscouts zum Hilfesystem genutzt, um ein umfassendes und begleitendes Hilfeangebot für den jeweiligen Menschen zu gewährleisten. Der jeweils ‚fallführende‘ Scout begleitet und koordiniert den Weg der einzelnen Menschen durch die Angebotslandschaft, indem er in Angebote der am Projekt beteiligten Träger oder falls notwendig, in weitere relevante soziale, medizinische oder rehabilitative Dienste innerhalb und außerhalb von Leverkusen vermittelt und dorthin begleitet. Diese Aufgaben der Eingliederungsscouts illustriert die untenstehende Abbildung.



Abbildung 2: Fachinnovation in GSWS

Weiterführende Erläuterungen zur Präzisierung der hier erfolgten Übersicht zu den projektbezogenen Innovationen, den zugrunde liegenden Konzepten und den damit verbundenen Arbeitsschritten im

Projektverlauf, werden in den Kapiteln 3.1, 4 und 6.1 im Zuge der Ausführungen zur wissenschaftlichen Praxisbegleitung und -entwicklung aufgeführt.

2.2 Projektträger/-partner

Zur Vervollständigung der Kurzskeizze des Modellprojektes werden nachfolgend die Projektleitung, die Verbundpartner im Projekt sowie der Projektträger auf Programm-Ebene aufgeführt. Den vorherigen Ausführungen folgend sind die Verbund- bzw. Projektpartner zum gegenwärtigen Zeitpunkt die beteiligten freien Träger und damit Herkunftsorganisationen der Eingliederungsscouts, die jeweils durch ihre Leitungsebene im PNW vertreten sind. Im weiteren Projektverlauf wird zu prüfen sein, ob zusätzliche Träger bzw. ihre Vertreter*innen aus dem Leverkusener Sozial- und Gesundheitswesen in das PNW aufgenommen werden, um die angestrebten bedarfsgerechten Unterstützungsangebote für die Zielgruppe gewährleisten zu können. Deshalb zeigt die nachfolgende Übersicht nur den Stand der Zusammensetzung des PNW zum Zeitpunkt des Projektstarts und im ersten Projektjahr.

Kostenträger und Auftraggeber

Gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Projektträger: Knappschaft-Bahn-See

In GSWS beteiligte Institutionen

(Koordinierender) Antragsteller

Jobcenter Arbeit und Grundsicherung Leverkusen (AGL)

Projekt-/Verbundpartner

Suchthilfe gGmbH Leverkusen

JOB Service Beschäftigungsförderung Leverkusen (JSL)

Leverkusen gGmbH; Caritasverband Leverkusen e.V.

Diakonisches Werk des Kirchenkreises Leverkusen

Sozialpsychiatrisches Zentrum Leverkusen (SPZ-gGmbH)

Wissenschaftliche Begleitung (Praxisbegleitung und -entwicklung, Evaluation, vgl. Kap. 3)

Hochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

Die Projektbeteiligten eröffnen ein umfassendes, für die Zielgruppe grundlegendes gesundheitliches, rehabilitatives und soziales Leistungsspektrum, das bei Bedarf als Unterstützungsleistung zur Verfügung steht. Im Einzelnen umfasst dieses:

- Betreutes Wohnen in Kostenträgerschaft des Landschaftsverbands Rheinland (Caritasverband, Diakonisches Werk, SPZ, Suchthilfe)
- Ambulante Rehabilitation in Kostenträgerschaft der Renten- und Krankenversicherung (Suchthilfe)
- Sonstige Leistungen gem. SGB V (SPZ)
- Hilfen nach dem Psych KG (SPZ, Suchthilfe)
- Eingliederungshilfen gem. SGB IX, XII (Caritas, Diakonisches Werk, SPZ, Suchthilfe)
- Beschäftigungsmaßnahmen gem. SGB II (JSL, Caritasverband, Diakonisches Werk, SPZ)
- Maßnahmen der Wohnungslosenhilfe wie Wohnungsakquise und Betreuung bei Wohnungssuche wie auch Nachbetreuung während eines Mietverhältnisses, zudem weitere individuelle Betreuungsleistungen (Caritas)

Eine erweiterte Ausführung des gesamten Angebotsspektrums der am Projekt beteiligten freien und öffentlichen Träger befindet sich aktuell in der Weiterentwicklung. Diese Zusammenstellung wurde von den Scouts im Rahmen ihrer Schulungen durch die Praxisentwicklung und in Kooperation mit der internen Projektleitung erarbeitet. Sie dient auch dazu, noch nicht abgedeckte Bedarfe in den Angebotsleistungen der beteiligten Dienste in Leverkusen im Verlauf der Projektlaufzeit identifizieren und systematisieren zu können.

2.3 Forschungsleitende Fragestellung und Zielsetzungen

Das Modellprojekt untersucht durch die Erprobung des zugrunde liegenden Konzepts mithilfe der begleitenden Projekt-Evaluation und damit verbundenen forschungsmethodischen Herangehensweisen die übergeordnete Fragestellung:

Inwiefern werden durch das Konzept des CMs, basierend auf einem PNW, übergreifende individualisierte gesundheitliche und soziale Hilfen für die Zielgruppe suchtkranker bzw. suchtgefährdeter SGB-II-Leistungsberechtigter erbracht, die dauerhaft soziale Teilhabe sichern und die Aufnahme einer Erwerbsarbeit ermöglichen?

Um diese übergeordnete Forschungsfrage am Ende der Projektlaufzeit beantworten zu können, wird sie in untergeordneten Fragestellungen präzisiert, die wir im Sinne einer formativen, also prozessbegleitenden Evaluation beantworten werden, um die im Laufe des Modellprojekts erprobten Ansätze kontinuierlich verbessern zu können. Zum anderen werden sie auch zur summativen und das Projekt abschließenden Evaluation herangezogen, um zu untersuchen, ob die Projektziele erreicht werden konnten. Diese präzisierten Fragestellungen werden im Zuge der Darstellung der Zwischenergebnisse und methodisch-evaluativen Herangehensweise in den Kapitel 4 und 5 differenziert aufgeführt.

Die übergeordnete Zielsetzung ist es, durch die im Projekt weiterentwickelten und implementierten Innovationen auf der Struktur- und fachlichen Ebene und die dadurch entstehenden Unterstützungsleistungen, die soziale und berufliche Teilhabe der Teilnehmenden zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie eine (Wieder)Aufnahme von dauerhafter Erwerbsarbeit zu ermöglichen. Die angestrebten Zieldimensionen berücksichtigen die multiplen Problemlagen der Zielgruppe und die entsprechenden verschiedenen involvierten öffentlichen und freien Träger mit ihren unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten im Projekt als Projektpartner.



Abbildung 3: Zieldimensionen

In Hinblick auf die angestrebten Fallzahlen der Projekt-Teilnehmenden, sollen im Verlaufe der Projektzeit 1.000 Personen der Zielgruppe ein Angebot für übergreifende Hilfen erhalten haben. Angestrebt wird darüber hinaus, dass 500 der 1.000 Personen der Zielgruppe eine oder mehrere der angebotenen Unterstützungsleistungen nutzen; sie werden entsprechend der Projektbeschreibung (vgl. Kap. 2.1) im Rahmen der kooperativen Zusammenarbeit der verschiedenen Träger bzw. Eingliederungsscouts individuell begleitet und entsprechend ihrer Bedarfe unterstützt. 10 % der Projekt-Teilnehmenden sollen durch das Projekt erfolgreich an angebotenen Maßnahmen teilgenommen und bis Ende der Projektlaufzeit ein Arbeitsverhältnis angetreten haben. Weitere 20 % sollen gesundheitlich in der Lage sein, in Erwerbsarbeit vermittelt zu werden.

Bezogen auf weitere, die Suchtproblematik ergänzende spezifische soziale und gesundheitliche Problemlagen soll durch die Entwicklung eines Konzepts zur Wohnraumvermittlung eine Kündigung bei dem von Wohnungsverlust bedrohten Anteil der Zielgruppe vermieden bzw. bei bestehender Wohnungslosigkeit in neuen Wohnraum vermittelt werden; dies betrifft insgesamt 20 % der Projektteilnehmenden. Weiterführend erhalten 300 Personen bis zum Projektende durch gezielte Beratung und

Coaching Hilfestellung beim Aufbau einer Tagesstruktur und Unterstützung im psycho-sozialen Bereich. Davon sind 60 % in der Lage, an Arbeitserprobungen und Praktika teilzunehmen, über die eine möglichst dauerhafte berufliche Integration vorbereitet wird. 20 % der Menschen mit einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung (100 Personen) nehmen bis zum Projektende entsprechende Hilfen an. Ziel ist es darüberhinausgehend nach Implementation der erarbeiteten Strukturen und Verfahren das Konzept der kooperativen Entwicklung von Unterstützungsleistungen auf weitere präventive Leistungsbereiche wie exzessive Mediensucht sowie Betroffene mit Migrationshintergrund gezielt auszuweiten und zu spezifizieren (vgl. Kap. 6).

In langfristiger Hinsicht soll zudem im Sinne von Transfermöglichkeiten auf Basis der Kooperationsvereinbarung der regionalen Jobcenter (Lernzirkel der rheinischen Jobcenter im Rahmen des Modellvorhabens „rehapro“) ein Austausch über die jeweiligen Modellvorhaben durchgeführt werden. Somit stellen die beteiligten Jobcenter einen wichtigen Resonanzraum in Bezug auf fachliche Konzeption und Implementationsformen dar. Dabei bietet es sich an, eine Ausweitung des Ansatzes in diese Regionen zu prüfen.

3 Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes

Neben einer projektübergreifenden bundesweiten Programmevaluation, die von einem Konsortium unter Federführung des Instituts Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen durchgeführt wird (vgl. Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), 2020), hat der Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf die wissenschaftliche Begleitung des Leverkusener Projektes GSWS übernommen. Sie gliedert sich in die *Praxisentwicklung und -begleitung* (nachfolgend: WB-Pra) auf der einen und die *Projekt-Evaluation* (nachfolgend: WB-Eva) auf der anderen Seite. Diese beiden Bausteine der wissenschaftlichen Begleitung sind aufgabenbezogen sowie personell getrennt; ein regelmäßiger Austausch sowie eine Zusammenarbeit in Form von gemeinsamen Arbeitstreffen zur Entwicklung und Planung weiterer Arbeitsschritte – auch im Sinne der formativen Evaluation – finden in regelmäßigen Abständen (ca. ein Mal pro Quartal) und nach Bedarf statt.

„Gemeinsam sind wir stark“ (GSWS)

Neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen

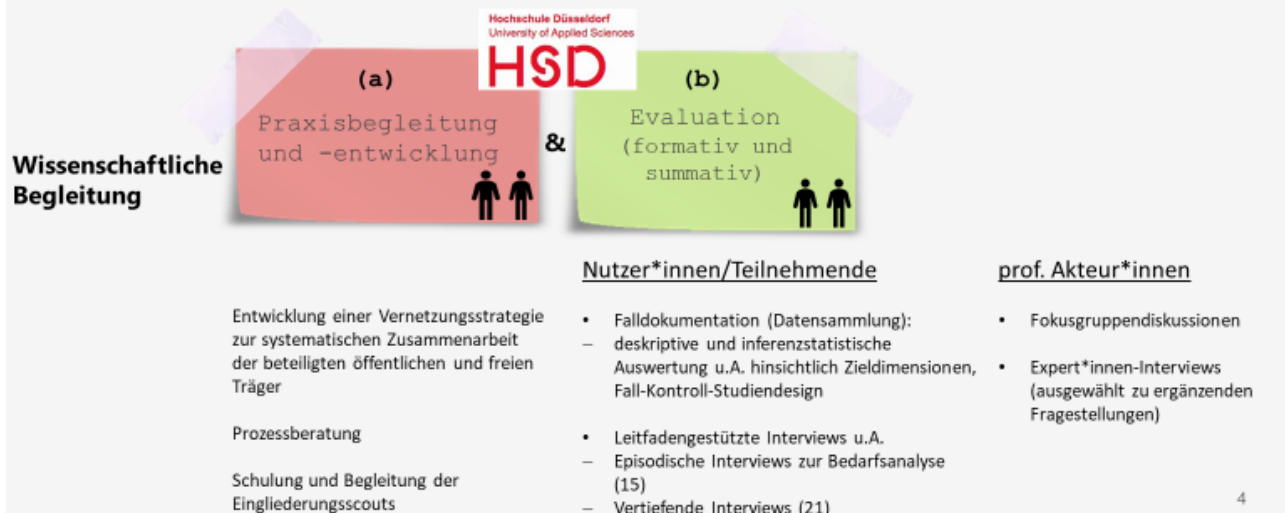


Abbildung 4: Aufbau und Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung

3.1 Aufgaben und Aktivitäten der Praxisbegleitung

Die WB-Pra begann direkt mit dem Start des Projektes am 01.11.2019. Wie oben dargestellt, ist sie Teil der wissenschaftlichen Begleitung.

Im Vorfeld des Projektes war die WB-Pra maßgeblich an der Konzeptionierung und Antragstellung des Projektes beteiligt. Dadurch war mit dem Beginn des Projektes ein schneller Einstieg in die WB-Pra möglich und dies sowohl beratend auf der Strukturebene – also bezogen auf die Konstituierung der StG und des PNW – als auch im Rahmen der Qualifizierung der *Eingliederungsscouts*.

In der Zeit vom 01.11.2019 bis zum 31.12.2020 nahm die WB-Pra beratend an fünf Sitzungen der StG und vier Sitzungen des PNW teil. Zudem fanden regelmäßige Beratungen der internen Projektleitung (s.u.) vor und nach den Gremiensitzungen der StG und des PNW statt. Ursprünglich waren insbesondere für die Anfangszeit mehr regelmäßige Termine für die StG und das PNW vorgesehen. Aber aufgrund der Corona-Pandemie-Bedingungen wurden weniger Sitzungen durchgeführt. Dies führte u.a. dazu, dass wichtige fachlich-konzeptionelle Diskussionen und Klärungen in das Jahr 2021 verschoben werden mussten.

Parallel dazu fand im Berichtszeitraum durch die WB-Pra eine Qualifizierung der für das Projekt eingestellten Eingliederungsscouts mit dem Ziel statt, zum einen gemeinsam mit ihnen Arbeitsstrukturen zu entwickeln und zum anderen in die Grundlagen und Methodik des CM einzuführen und zu qualifizieren, dessen Einführung und Umsetzung ein zentrales Projektziel ist.

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 13 ganztägige bzw. halbtägige Präsenz-Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Bedingt durch die Corona-Pandemie wurden zudem zwei mehrstündige bzw. halbtägige Videokonferenzen/Distanz-Fortbildungsseminare realisiert. Ferner wurde die Schulung während der ersten Lockdown-Phase über Selbstlerneinheiten durchgeführt. Die WB-Pra stellte den Eingliederungsscouts hierzu entsprechende Lernmaterialien zur Verfügung.

Die WB-Pra war zudem im 1. Quartal 2020 konzeptionell und durch eigene Vorträge an einer internen und einer externen Kickoff-Veranstaltung zur Vorstellung des Projektes in der Trägerlandschaft in Leverkusen beteiligt.

Des Weiteren führte die WB-Pra jeweils eine eintägige Informationsveranstaltung für Mitarbeiter*innen des JC sowie der Stadtverwaltung, d.h. des Jugend- und Sozialamtes durch. Dies erfolgte mit dem Ziel, das Projekt vorzustellen und Kooperationsbezüge auszuloten.

Basierend auf den im Zeitplan und den dort angegebenen Arbeitsschritten des Projektes werden in Kapitel 4 die Arbeitsschwerpunkte der WB-Pra erläutert.

3.2 Evaluationsdesign und Arbeitsschritte der Projekt-Evaluation: Planungen und inhaltliche Anpassungen

Bevor in Kapitel 5 die im Zeitraum November 2019 bis Dezember 2020 erzielten Zwischenergebnisse und die damit verbundenen vollzogenen Arbeitsschritte der WB-Eva im ersten Projektjahr dargestellt werden, dient dieses Kapitel als Überblick über das Evaluationsdesign in seiner Gesamtheit mit entsprechenden Planungen und über erfolgte inhaltliche Anpassungen. Dies ist notwendig, um die folgend aufgeführten Zwischenergebnisse und Planungen hinsichtlich weiterer Arbeitsschritte (vgl. *Kap. 6*) in den Gesamtkontext einordnen zu können und eine Grundlage für die Nachvollziehbarkeit weiterer Zwischenberichte zu schaffen. Es werden in einer Übersicht die Einzelbausteine des Evaluationsdesigns differenziert nach ihren unterschiedlichen methodischen Ausrichtungen sowie verschiedenen Betrachtungsebenen erläutert. Ferner werden Limitationen und Modifikationen aufgeführt.

Grundsätzlich ist die im Rahmen einer Evaluation erfolgte Verwendung von Designs und Methoden abhängig von den Zielen und Fragestellungen des Projektes. Eine Gestaltung muss so angelegt sein, dass sich mit ihrer Hilfe die Weiterentwicklung des Projektes im Sinne einer Prozess-, d.h. formativen Evaluation (s.u.) realisieren und abschließend durch die Bewertung der vorab festgelegten Zieldimensionen die forschungsleitenden Fragestellungen des Projektes beantworten lassen. Dabei müssen hinsichtlich der Wahl von Forschungsdesigns inklusive Erhebungsmethodiken und -instrumenten die Kontexte des Forschungsfeldes berücksichtigt und entsprechend zu Beginn neben einer Präzisierung von zu untersuchenden Zieldimensionen und methodischen Überlegungen, die Rahmenbedingungen und

Realisierbarkeit der Anwendbarkeit des Designs in Hinblick auf die Forschungsteilnehmenden und vorhandenen Ressourcen bewertet werden (vgl. z.B. Döring & Bortz, 2016). Vor diesem Hintergrund sind methodische Anpassungen des Evaluationsdesigns im Laufe der Projektlaufzeit bei Bedarf von Notwendigkeit, wenn sich eine Realisierbarkeit einzelner Evaluationsbausteine im Forschungsfeld als nicht umsetzbar erweist (s.u.).

Im Sinne einer summativen Evaluation (vgl. ebd.) ist Aufgabe der GSWS-Projekt-Evaluation einerseits, das Erreichen der Projektziele zu überprüfen und die forschungsleitende Fragestellung (vgl. *Kap. 2.3*) zum Ende der Projektlaufzeit abschließend zu beantworten. Die jährlichen Zwischenberichte dienen in diesem Zusammenhang als ‚Bestandsaufnahme‘ der bisherig erzielten Ergebnisse und zur Bewertung des Zwischenstandes. Andererseits sollen im Sinne von Modellvorhaben die beschriebenen Innovationen auf Struktur- und fachlicher Ebene im Praxiskontext erprobt, überprüft und weiterentwickelt sowie die (Gelingens-)Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung systematisch erfasst und analysiert werden, was durch eine formative Evaluation (Prozessevaluation) ermöglicht wird. Entsprechend dient die Evaluation neben der Gewährleistung von Transparenz hinsichtlich der durchgeführten Arbeitsschritte und erreichten Zieldimensionen gegenüber dem Projektträger auch als interne Arbeitshilfe zur internen Projekt(weiter)entwicklung (vgl. *Kap. 6*).

Neben der Integration formativer und summativer Evaluationselemente wird im Sinne eines Mixed-Methods-Designs auf eine Kombination qualitativer und quantitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren (methodische Triangulation) zurückgegriffen (vgl. z.B. Kuckartz, 2014). Je nach Fragestellung und Zielsetzung des jeweiligen Evaluationsbausteines sind unterschiedliche methodische Zugänge notwendig, um eine differenzierte Analyse des entsprechenden Evaluationsgegenstandes zu ermöglichen (Weiteres zur Wahl des jeweiligen methodischen Zugangs vgl. *Kap. 5*). Das Evaluationsdesign ist zudem darauf ausgerichtet, die unterschiedlichen Perspektiven der am Projekt beteiligten Personen bzw. Vertreter*innen der verschiedenen Träger sozialer Dienste im Sinne einer inhaltlichen Triangulation einzubeziehen. So differenziert es zwischen den beiden Ebenen der (a) Teilnehmenden und (b) professionellen Akteur*innen (die professionellen Fachkräfte und Vertreter*innen aus den beteiligten Trägern).

Bei den Teilnehmenden interessieren zum einen ihre Vorschläge dazu, wie die Angebotslandschaft in Leverkusen verbessert werden kann, um besser als bisher ihren Bedürfnissen Rechnung tragen zu können. Zum anderen stehen die angestrebten Zielparameter bzgl. der Teilnehmenden – wie die Verbesserung ihrer sozialen Teilhabe und (Wieder)Eingliederung in Erwerbsarbeit (vgl. *Kap. 2.3*) – im Zentrum der Evaluationsaktivitäten. Darüber hinaus wird auch die Sicht der professionellen Akteur*innen im Sinne einer Mehrebenen-Analyse in die Evaluation einbezogen.

Die unterschiedlichen Bausteine der beiden Evaluations-Ebenen werden im Nachfolgenden mit ihren jeweiligen zeitlichen Planungen ebenso differenziert aufgeführt wie in *Abb. 5* und *6* grafisch dargestellt. Eine Erläuterung zu der Wahl und den Spezifika der forschungsmethodischen Zugänge erfolgt weiterführend in Kapitel 5 im Kontext der Zwischenergebnisse und Darstellung der erfolgten Arbeitsschritte der Evaluation.

a. Ebene der Teilnehmenden:

Leitfadengestützte Interviews u.A.

- I. Episodische Interviews zur Bedarfsanalyse
 - Umfang: 15 Interviews
 - vier Erhebungswellen (III., VI., X. und XIII. Quartal⁶) mit anschließender Auswertung

- II. Vertiefende Interviews zum Nutzen und zur Nutzung des Projektes GSWS
 - Umfang: 21 Interviews
 - drei Erhebungswellen mit jeweils sieben Befragten (ab dem V. Quartal einmal jährlich) mit anschließender Auswertung

Standardisierte quantitative Befragung mittels Fragebogen

- III. *Ggf. Ergänzung:* Subjektive Teilhabe einschränkungen im Projektverlauf und Modellprojekt-Vergleich
 - Prä-Post-Erhebung (t_1 Projekt-Teilnahmebeginn, t_2 Teilnahmeende) mit Vergleichsgruppe (weiteres rehapro-Modellprojekt)
 - Jährliche Auswertung

Falldokumentation und Monitoring

- IV. Auswertung der Teilnehmenden-Dokumentationsdaten hinsichtlich angestrebter Zielparameter

- V. *Ergänzung:* Risiko(faktoren) der (Wieder)aufnahme von Erwerbsarbeit
 - Fall-Kontroll-Studiendesign
 - Auswertung nach zwei und vier Jahren

⁶ Abweichungen zu den im Projektantrag aufgeführten Zeiträumen ergeben sich aus der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen des öffentlichen Lebens im Jahr 2020. Planungen für das Jahr 2021 sind unter diesem Gesichtspunkt ebenso unter Vorbehalt zu verstehen.

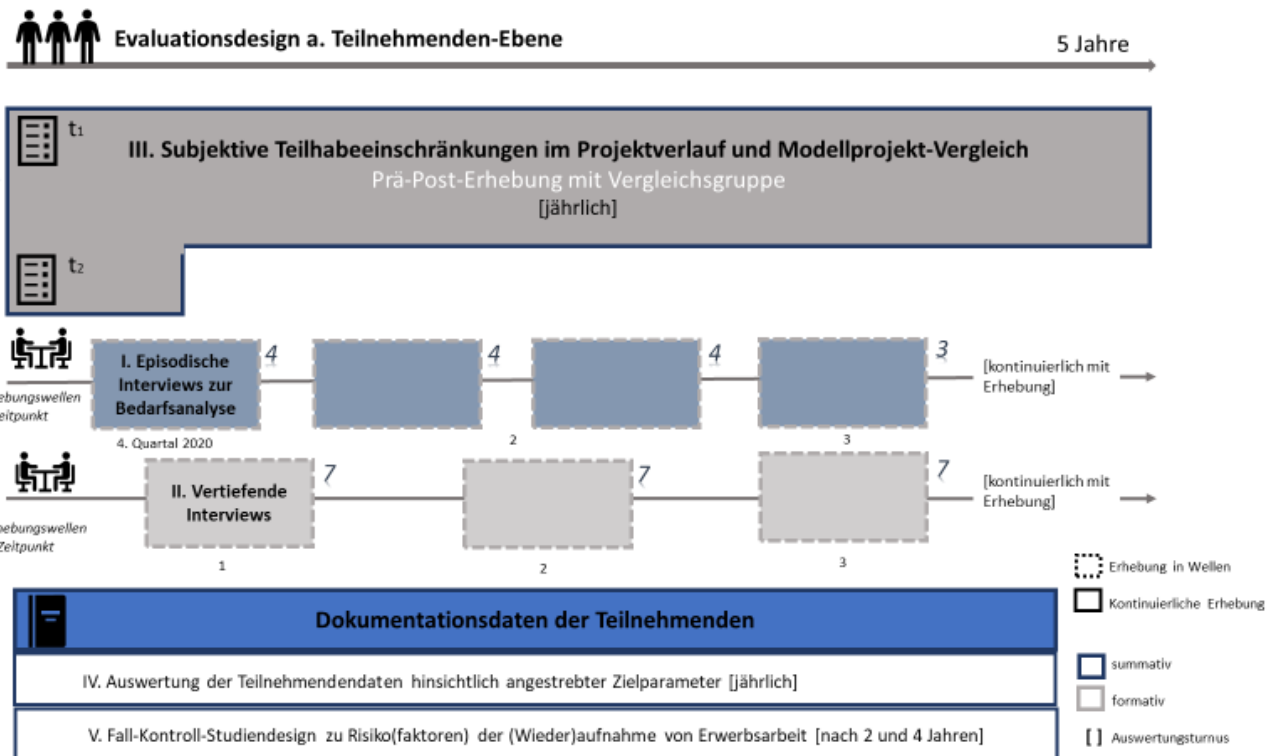


Abbildung 5: Evaluationsdesign Teilnehmenden-Ebene

Die im Projektantrag geplante telefonische Panelbefragung einer gewichteten Stichprobe der Nutzer*innen während der Laufzeit des Projektes (eine Erhebungswelle pro Quartal, Zeitraum: ab III. Quartal) wurde im Zuge des Projektstarts und den damit verbundenen intensiven Gesprächen mit den langjährig mit der Zielgruppe arbeitenden und erfahrenen Eingliederungsscouts als nicht umsetzbar bewertet und folgend als Baustein der Evaluation verworfen. Eine telefonische regelmäßige Erreichbarkeit der Nutzer*innen ist aus der Sicht der Fachkräfte vor dem Hintergrund der multiplen Problemlagen dieser nicht zu gewährleisten. Eine persönliche Befragung im Sinne einer „Face-to-face-Befragung“ (vgl. z.B. Tausendpfund, 2018) durch Mitarbeitende der WB-Eva ist vor dem Hintergrund personeller Ressourcen ebenso nicht möglich wie eine face-to-face Erfassung der Daten durch die Eingliederungsscouts (Verzerrung durch Befragung des betreuenden Scouts sowie ebenfalls personell begrenzte Zeitressourcen), sodass eine alternative Datenerhebungsform nicht umgesetzt werden konnte.

b. Akteurs-Ebene (prof. Fachkräfte und Vertreter*innen der beteiligten Organisationen)

- VI. Fokusgruppendifkussionen
 - Zwei Erhebungswellen mit jeweils zwei Erhebungen (V. und XIX. Quartal) mit anschließender Auswertung
- VII. Ergänzung: Expert*innen-Interviews (ausgewählt zu ergänzenden Fragestellungen)

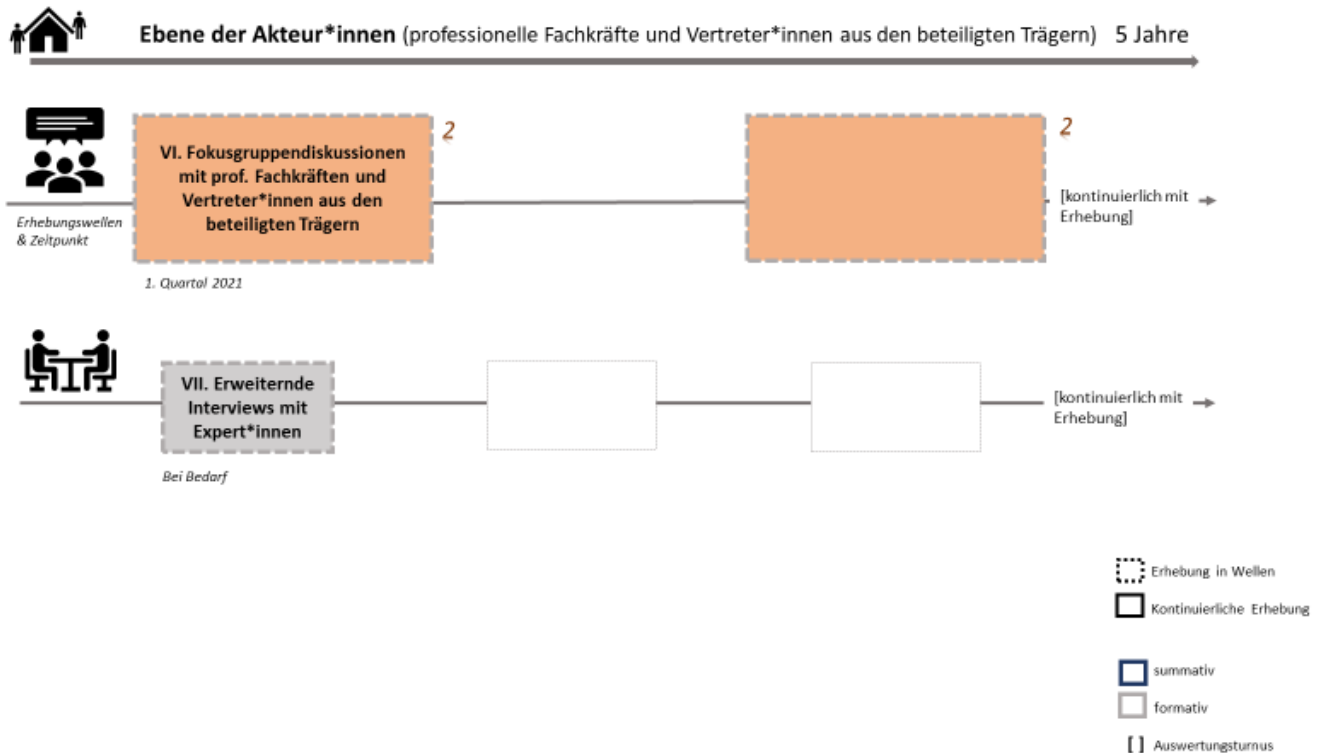


Abbildung 6: Evaluationsdesign Ebene der Akteur*innen (professionelle Fachkräfte und Vertreter*innen aus den beteiligten Trägern)

4 Zwischenstand und Arbeitsprogramm der Praxisbegleitung der wissenschaftlichen Begleitung in 2020

Im Kontext des Zwischenberichtes wird im Folgenden ausschließlich auf die Inhalte und Aktivitäten im Berichtszeitraum eingegangen, an denen die Praxisbegleitung unterstützend und beratend beteiligt war. Dazu findet zunächst eine Bündelung der Ergebnisse auf der Strukturebene statt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse auf der fachlichen Ebene dargestellt. An den entsprechenden Stellen werden zur schnelleren Orientierung die Meilensteine bzw. Arbeitsschwerpunkte aus dem Zeitplan des Projektes benannt.

4.1 Ergebnisse auf der Strukturebene

Die Ergebnisse auf der Strukturebene betreffen die Einrichtung der Steuerungsgruppe und des Produktionsnetzwerks sowie die Vorbereitungen zu Transfer und Verstetigung der Projektergebnisse.

(a) Steuerungsgruppe (StG)

Die StG wurde mit der Aufgabenstellung eingerichtet, die operative Durchführung des Projektes zu lenken. Sie besteht aus dem Jobcenter als Antragsteller, der Suchthilfe Leverkusen gGmbH, dem Sozi-

aldezernenten der Stadt (vertreten durch die Leitung des Sozial- und des Jugendamtes) sowie der wissenschaftlichen Begleitung, die sich, wie bereits beschrieben, aus der Praxisbegleitung (WB-Pra) und Evaluation (WB-Eva) zusammensetzt. Hier zeigte sich schnell, dass grundlegende Strukturen und Funktionsbestimmungen dieses Gremiums in einer frühen Phase geschaffen werden mussten, um das Projekt auf der operativen Ebene zu lenken und zu koordinieren.

Eine erste Festlegung bestand darin, die Leitung der Eingliederungsscouts zwischen den beteiligten Herkunftsorganisationen neu zu ordnen. Diese Klärung wurde notwendig, weil die spezifische Funktion der Eingliederungsscouts als *fachliche Innovation* im Projekt darin besteht, dass diese Fachkräfte einerseits in ihren Herkunftsorganisationen angestellt und andererseits als Eingliederungsscouts für das Projekt tätig sind, damit sie in dieser Doppelrolle ihre besondere Expertise aus ihren Herkunftsorganisationen in das gesamte Team der Eingliederungsscouts einbringen und sich so aus einer multifachlichen Perspektive heraus abstimmen können. Auf diese Weise sollen die Eingliederungsscouts für langzeitarbeitslose Menschen mit Suchterkrankungen in ihrem Team individualisierte Unterstützungsangebote gewährleisten. Auf Anraten der WB-Pra wurde eine Trennung der Arbeitgeberfunktionen vorgenommen. Während die *Dienstaufsicht* für die Fachkräfte bei der Herkunftsorganisationen verblieben ist, bei dem sie als Mitarbeiter*innen angestellt sind, wurde die *Fachaufsicht* bezogen auf die Tätigkeiten als Eingliederungsscouts der StG übertragen. Zugleich wurde damit die Verantwortung für die neu zu entwickelnden Arbeitsverfahren der Eingliederungsscouts einrichtungs- und herkunftsübergreifend auf die StG verlagert. Dies stellt eine institutionelle Innovation dar, die jedoch im weiteren Verlauf hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit und Praktikabilität zu reflektieren ist.

Mit dieser Entscheidung wurde Neuland betreten und zwar zum einen für die zuständigen Leitungskräfte der Herkunftsorganisationen, denn sie mussten sich ihre jeweilige Arbeitgeberfunktion aufteilen. Zum anderen betraf dies die als Eingliederungsscouts entsendeten Mitarbeiter*innen selbst, denn sie hatten mehr als eine*n Vorgesetzte*n, was eher ungewöhnlich ist. Zudem entwickelten sie in der Arbeit unterstützt durch die WB-Pra eigene differenzierte Arbeitsweisen, die wiederum den Herkunftsorganisationen vermittelt werden mussten. Hier braucht(e) es eine gewisse Zeit, sich aufeinander ‚einzuspielen‘.

Mit dieser Struktur wurde ein relevantes Modell eines Produktionsnetzwerks (PNW) geschaffen, denn die Akteur*innen bzw. Träger waren so gehalten, intensiv miteinander zu kooperieren und zu kommunizieren, um dem Ziel einer gemeinsamen Produktion und Schaffung von rechtskreis- und institutionsübergreifenden Dienstleistungs- bzw. Unterstützungsketten zu entsprechen. Für die Eingliederungsscouts wurde so die strukturelle Basis gelegt, rechtskreis- und institutionsübergreifend zu agieren, ihre bisherige Zuständigkeit zu überschreiten und sich als *Eingliederungsscout* in einem multifachlichen Team zu verstehen und entsprechend zu handeln.

Im Berichtszeitraum stellte sich heraus, dass bei einer derart ungewöhnlichen Leitungs- und Entwicklungsstruktur, eine stringente *Fachaufsicht* erforderlich ist, um die Prozesse kohärent zu gestalten. Die WB-Pra hat im Frühjahr 2020 darauf aufmerksam gemacht, dass ein Gremium diese Arbeitgeberfunktion der Fachaufsicht nicht wahrnehmen kann, so dass aus dem StG Mitglieder beauftragt wurden, die interne Projektleitungsfunktion zu übernehmen. Die StG wurde im Verlauf des Sommers 2020 entsprechend aufgestellt. Die Geschäftsführerin und der Verwaltungsleiter der Suchhilfe Leverkusen gGmbH wurden vom StG und vom PNW mit dieser Aufgabe betraut. Neben der Beratung der schon erwähnten Gremien, kam durch diese neue Aufgabenteilung für die WB-Pra noch die Beratung und Prozessunterstützung der internen Projektleitung als weiterer Aufgabenschwerpunkt hinzu.

Im Verlauf der ersten Projektmonate hat sich gezeigt, dass es notwendig ist, den Eingliederungsscouts eine beratende Mitsprachemöglichkeit sowohl im Rahmen der StG als auch im PNW zu geben, ohne dass im Team eine ‚Sachgebietsleitung‘, also eine mittlere Leitungsebene, eingerichtet werden sollte. Es bot sich an, und dies wurde von der WB-Pra empfohlen, eine rotierende Sprecher*innenfunktion als Struktur der Mitarbeiter*innenbeteiligung einzurichten (s.u.). Diese Sprecher*innen sind u.a. damit beauftragt, zu bestimmten Tagesordnungspunkten an den Sitzungen der StG und des PNW teilzunehmen, um so Anregungen und Fragen der Eingliederungsscouts dort einzubringen.

Der Berichtszeitraum war geprägt durch den Aufbau von Projektstrukturen sowie die Etablierung interner Verfahrens-, Abstimmungs- und Entscheidungsformen. Ebenso konnte eine Rollen- und Aufgabenklärung vorgenommen werden. Für das Jahr 2021 ist es erforderlich, die fachlichen-konzeptionellen Diskussionen zu intensivieren, weil es nicht hinreichend ist, für die Fachkräfte eigene Arbeitsformen und Verfahrensweisen zu entwickeln, ohne das PNW intensiv in die Diskussion miteinzubeziehen.

(b) Produktionsnetzwerk (PNW)

Das PNW setzt sich aus leitenden Mitarbeiter*innen bzw. Geschäftsführer*innen aller im Projekt involvierter Träger zusammen. In diesem Gremium werden alle für das Modellprojekt GSWS Leverkusen konzeptionellen und strukturellen Angelegenheiten und letztlich die Übernahme der entwickelten Verfahren und Abläufe in die Alltagspraxis diskutiert und entschieden. Die Vorbereitung der entsprechenden Sitzungen, nebst der Formulierung der Beschlussvorlagen, wird durch die StG vorgenommen. Die WB-Pra hat hierbei ebenfalls eine beratende Aufgabe übernommen. Die qualifizierte Tätigkeit dieses Gremiums ist eine zentrale Voraussetzung aus der Perspektive unterschiedlicher Funktionen und Herangehensweisen, rechtskreis- und institutionsübergreifend zu agieren. Nur durch verbindliche Absprachen und Entscheidungen dieses Gremiums ist es überhaupt möglich, ein PNW mit Leben zu füllen.

Im PNW wurde im Frühjahr anhand von Fallbeschreibungen eine erste **Analyse der bestehenden Prozessketten** vorgenommen. Hier stellte sich heraus, dass sich die relevanten Akteur*innen in Leverkusen zwar gegenseitig gut kennen und auch einzelfallbezogen zusammenarbeiten, aber eine systematisch kooperierende, strukturell fest verankerte Fallarbeit, die von vornherein aufeinander abgestimmt ist, besteht nicht. Diese zu etablieren, ist u.a. Aufgabe des Projektes GSWS. Mit der Entwicklung und Umsetzung einer institutions- und z.T. rechtskreisübergreifenden Abstimmung von Unterstützungs- und Integrationsprozessen, die im Jahr 2021 durch die Eingliederungsscouts entwickelt werden, ist es erforderlich, sich über Arbeitsteilungen, fachliche Abgrenzungen, aber auch Schnittstellen und Übergänge in Bezug auf die neue Arbeitsform zu verständigen. Diese wird über die StG in das PNW eingebracht, dort fachlich diskutiert und über deren Implementation entschieden. Somit bietet die neue Arbeitsform zwischen den Herkunftsorganisationen auch die Möglichkeit der Weiterentwicklung der organisationsbezogenen Arbeitsweisen in den einzelnen Trägern selbst.

Nachdem im Berichtszeitraum durch das PNW – und der reduzierten Zusammenkünfte aufgrund der Corona-Bedingungen – im Wesentlichen formale und antrags- sowie arbeitsrechtliche Fragen im Mittelpunkt standen, wird ab 2021 verstärkt die inhaltlich-konzeptionelle Diskussion der neuen Arbeitsweise und deren Weiterentwicklung beginnen. Dies stärkt im weiteren Verlauf die Kooperationen der Leverkusener Akteur*innen über das unmittelbare Projekt hinaus.

(c) Transfer und Verstetigung der Projektergebnisse

Um bereits frühzeitig im Projektverlauf den Transfer und die Verstetigung der erzielten Struktur- und fachlichen Innovationen vorzubereiten, wurden die folgenden Aktivitäten unternommen:

(1) Die Jobcenter der Region Mittelrhein Sankt-Augustin, Bonn, Berg. Gladbach, Oberbergischer Kreis, Leverkusen, Frechen und Neuss haben eine Kooperationsvereinbarung zur **gemeinsamen Qualifizierung des Personals** sowie der Einrichtung eines **Lernzirkels** im Rahmen des Bundesprogramms „reha-pro“ abgeschlossen. Aufgrund der Corona-Situation haben jedoch keine Treffen im Rahmen dieser Vereinbarung stattgefunden.

(2) Die **Informationsveranstaltungen** mit den Mitarbeiter*innen des Leverkusener **Jobcenters** sowie Jugend- und Sozialamtes der **Stadtverwaltung** dienten zunächst dazu, intensiv über das Projekt, dessen Entstehungszusammenhänge, Zielgruppen und Zielsetzungen etc. zu informieren. Zudem hatten die Veranstaltungen die Funktion, die Mitarbeiter*innen dieser Institutionen zur Kooperation zu motivieren und erste Kooperationsabsprachen zu treffen. Sicherlich wird es auf der Basis der Weiterentwicklung des Projektes und den erzielten qualitativen und quantitativen Ergebnissen notwendig sein, diese Zusammenkünfte zumindest einmal jährlich fortzusetzen, um den Projektansatz in Leverkusen auszu-

bauen und zu verstetigen. Darüber hinaus wird es notwendig sein, das Projekt und die möglichen Kooperationsformen auch weiteren öffentlichen Trägern (z.B. Gesundheitsamt), freien Trägern (z.B. Schuldnerberatung) und in Leverkusen vorhandenen Trägernetzwerken (z.B. Sozialraum AG) vorzustellen.

4.2 Ergebnisse auf der fachlichen Ebene

Die im Zeitplan des Projektes in den Arbeitsschwerpunkten vorgenommenen Differenzierungen der WB-Pra sind in der konkreten Praxis mit den Eingliederungsscouts, der StG und dem PNW miteinander verwoben. Das Konzept sah eine schnelle Qualifizierung der Scouts vor, auf deren Basis daran (auch zeitlich) anschließend die Arbeitsformen entwickelt, abgestimmt und implementiert werden sollten. Nicht nur aufgrund der Corona-Situation, sondern gerade auch weil sich herausgestellt hat, dass für die Eingliederungsscouts eine eigenständige Arbeitsform zu entwickeln ist, wurde die Qualifizierung so umgestaltet, dass die Konzipierung entsprechender Arbeitsformen durch die Scouts selbst vorgenommen (,als Expert*innen ihrer selbst') und mit der WB-Pra kritisch reflektiert und begleitet wurde und wird. Eine endgültige Abstimmung dieser Arbeitsformen findet über die *Fachaufsicht*, die in der StG etabliert ist (s.o.), statt; die letztliche Entscheidung, ob diese Arbeitsformen verstetigt und ggf. sogar in die gemeinsame Alltagspraxis übernommen werden, wird im PNW entschieden. Damit wird beabsichtigt, dass seitens der Eingliederungsscouts fachlich-konzeptioneller gearbeitet, vor allem aber im Gesamtprojekt fachlicher und nicht mehr organisationspezifisch diskutiert wird.

(a) Qualifizierung der Eingliederungsscouts

Ausgangspunkt für die fachlich-konzeptionelle Begleitung durch die WB-Pra ist eine Qualifizierung der Eingliederungsscouts, die analog der Ausbildung zum *Case Management* (gemäß Deutscher Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC)) erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit dem oben dargestellten Vorgehen ein Problem umgangen wird, das in der Einführung von *Case Management* (CM) immer wieder vorkommt, nämlich, dass die Vermittlung dieser Arbeitsform oft nicht in der erforderlichen Konsequenz von den Organisationen übernommen und abgesichert wird, sondern sie als ,Fremdkörper' in der Organisation verbleibt und nur noch als reine Technik wahrgenommen wird.

Im Unterschied dazu – denn in ihrer Funktion sind die Eingliederungsscouts nicht in die Organisationslogik ihrer Herkunftsorganisationen eingebettet, und ihre Fachaufsicht ist in der StG verankert – kann für ihre Arbeit eine angemessene gestalt- und überprüfbare Form entwickelt werden. Insofern stellt die Arbeit mit ihnen eine *Qualifizierung plus Verfahrensentwicklung plus Konzeptionsentwicklung* dar. Diese wird zugleich auf mehreren Ebenen des PNW reflektiert und weiterentwickelt, nämlich durch die Reflexionsformen, die für die (Eigen-)Überprüfung der Arbeit der Eingliederungsscouts entwickelt werden, die Diskussion und Reflexion innerhalb der StG und last but not least im PNW. Auf allen diesen

Ebenen ist es also möglich, Einfluss auf die Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes und seiner einzelnen Elemente zu nehmen. Zugleich können damit Innovationen in mehreren Bereichen stattfinden, also nicht nur in der Arbeitsweise und Strukturierung der Arbeit der Scouts, sondern diese sind in ihrer Transparenz so angelegt, dass sie auch Lern- und Entwicklungsoptionen für die Herkunftsorganisationen darstellen.

Hinsichtlich der fachlichen Qualifizierung der Eingliederungsscouts sind vor allem relevante Phasen und Module eines CM vermittelt worden, die inhaltlich und zeitlich in einer fundierten und praxisnahen Reihenfolge stehen. Diese Qualifizierungsschritte werden in der folgenden Tabelle kurz vorgestellt:

Workshop	Vermittelte Inhalte	Produkte	Verfahrensreglungen	Bemerkungen
1	Vorstellungsrunde Einführung Arbeitsweise der Eingliederungsscouts Falldarstellung	Raster für Falldarstellungen	Besprechung von Falldarstellungen	
2	Fälle Assessment 1 Netzwerke und bestehende Unterstützungsketten	Verfahren Intake-Ab- lauf	Projektsteckbrief Netzwerke der Eingliederungsscouts	
3	Fälle Assessment 2 – multiperspektivische Fallerfassung Ziele und Zielformulierungen	Raster für Fallreflexion		
4	Ziele Multifachliche Hilfeplanung	Dokumentations- raster	Festlegung des Ablaufs Fallreflexion im Team – vor Einstieg in die Hil- feplanung	
5	Rückkopplung – Verfahrensabläufe Zugänge/Aufnahmen	Kooperationspapier		Papier JC AGL zur Kooperation zwi- schen JC und Scouts
6	Rekapitulation des bisherigen Umsetzungsstandes			
7	Reflexion der Rolle und Arbeit der Scouts	Zugangswege Konzeptpapier	Weiterentwicklung der Ablaufprozesse	
Ausblick 2021				
8	Leistungssteuerung und Netzwerkkooperation s. 2021			

(b) Arbeitsform Fallbesprechung

Die Arbeitsform „Fallbesprechung“ wurde im Kontext der Fortbildung der Eingliederungsscouts und ihrer Qualifizierung zu Case Manager*innen als eine wesentliche methodische Herangehensweise praktiziert. Anhand von praxisnahen Falldarstellungen aus der Arbeit wurden die Lerneinheiten zur CM-Qualifizierung umgesetzt. Entlang dieser Fallbesprechungen werden die Fälle aufgenommen und entschieden, ob sie zum Projekt GSWS rehapro Leverkusen passen, zudem wurden die Zuständigkeiten geklärt und zwei Überprüfungszeitpunkte festgelegt, an denen eine Fallreflexion durchgeführt wird. Die weiteren Zeitpunkte werden nach einem Assessment und der Hilfeplanung sowie nach der Phase der Leistungssteuerung festgelegt. Darüber hinaus ließ sich auf der Basis von Fallbesprechungen die multifachliche Kooperationsform der Eingliederungsscouts verdeutlichen. Diese enge Rückkopplung der Fallarbeit an das Gesamtteam erfolgt, indem die Arbeitsweise am Fall gemeinsam überprüft und so verstetigt wird. Zudem ermöglicht sie eine regelmäßige Überprüfung der Arbeitsweise der Scouts und ggf. deren Weiterentwicklung.

Im Rahmen der Qualifizierung wurden Raster für die Falldarstellung zu Beginn und die Dokumentation für die Fallreflexion gemeinsam mit den Fachkräften erarbeitet. Diese Erarbeitungen werden dem PNW als verbindliche Arbeitsform vorgeschlagen und von diesem verabschiedet. Mit diesem Vorgehen wird die im Verlauf entwickelte Arbeitsweise der Eingliederungsscouts zugleich der StG (inkl. der *Fachaufsicht*) und dem PNW transparent gemacht.

(c) Dienstleitungs- bzw. Unterstützungsketten

Ein wesentlicher Ausgangspunkt der konzeptionellen Umsetzung des Projektes ist die Fallorientierung. Im Unterschied zur konventionellen Vorgehensweise, Fallverläufe anhand der Organisationserfordernisse zu gestalten, werden im Projekt GSWS strikt entlang des Falles die Unterstützungsleistungen entwickelt und strukturiert. Sowohl im PNW als auch im Rahmen der Fortbildung der Eingliederungsscouts wurde durch die WB-Pra auf die zentrale Bedeutung von *Dienstleistungs- bzw. Unterstützungsketten* hingewiesen. Diese Form der Ko-Produktion und Vernetzung wurde in den unterschiedlichen Sitzungen und Workshops anhand typischer Einzelfälle Langzeitarbeitsloser mit Suchterkrankung bzw. Suchtgefährdung dargestellt und durch Fallbesprechungen trainiert. So konnte die besondere Bedeutung von generalisierten und übergreifenden *Dienstleistungsketten* zur Erstellung passgenauer Hilfen zur Integration in den Arbeitsmarkt verdeutlicht werden (s.o.).

Auch konnte so hervorgehoben werden, dass durch diese konzeptionelle Grundlage des Gesamtprojektes Innovationen sowohl auf der *Strukturebene* (Verbesserung der Kooperation der beteiligten Institutionen und Vermeidung von Doppelungen im Hilfsangebot) als auch auf der fachlichen *Einzelfallebene* der Tätigkeit der Eingliederungsscouts (multifachliche Zusammenarbeit in einem Praxisteam

und damit Methodenverbesserung) erreicht werden können. Inwieweit diese Arbeitsform auch zu einer Wirkungssteigerung der Leistungen und Dienste im Sinne der Konzeption hilfreich sind, muss einer späteren Evaluation der wissenschaftlichen Begleitung (WB-Eva) unterzogen werden. Dies war im Berichtszeitraum noch nicht möglich.

Nach der Analyse der bestehenden Unterstützungsprozesse und der damit verbundenen unsystematischen Kooperation der beteiligten Träger werden im nächsten Schritt entlang der zu beratenden Fälle und der möglichen Einbeziehung weitere Akteur*innen verschiedene generalisierte *Dienstleistungsketten* entwickelt, die für eine Auswahl von Standardkonstellationen als Grundvorschlag entwickelt und für jeden Einzelfall spezifisch angepasst werden. Neue Unterstützungsketten werden von den Eingliederungsscouts entwickelt und dem PNW als generalisierte Prozesse vorgeschlagen, die jeweils auf den Einzelfall angepasst werden (Vorhaben für das erste Halbjahr 2021). Dies bildet die Grundlage für spezifische Kooperationsvereinbarungen und Abstimmungsformen zwischen den beteiligten Trägern. Die Entwicklung solcher ersten *Dienstleistungsketten* hat sich verzögert, weil einige Fortbildungsphasen für die Eingliederungsscouts aufgrund der Corona-Pandemie auf das Jahr 2021 verschoben werden mussten. Der Workshop 8 zu *Leistungssteuerung* und *Netzwerkkooperation* wird zu Beginn des Jahres 2021 durchgeführt. Auf dieser Basis werden dann entlang von tatsächlich vorliegenden Fällen exemplarische Dienstleistungsketten entwickelt, die im Verlauf des Jahres überprüft und ggf. weiterentwickelt werden.

5 Zwischenstand und erste Ergebnisse der Projektevaluation in 2020

Die im Folgenden dargelegten Ergebnisse der WB-Eva beziehen sich auf den Stand Dezember 2020; sie umfassen somit die Erkenntnisse sowie die dafür notwendigen und erfolgten Arbeitsschritte des ersten Projektjahres.

5.1 Qualitative Nutzer*innen-Befragung zur Bedarfsanalyse

5.1.1 Forschungsdesign

(a) Zielsetzung und Fragestellung

Ein zentrales Element der Projekt-Evaluation stellt die Befragung der Teilnehmenden zu ihren Einschätzungen bzw. Bewertungen der bisher vorhandenen Angebotslandschaft in Leverkusen dar. Ziel dieses Evaluationsbausteines ist es, im Zuge der die erste Erhebungswelle umfassenden vier Interviews, Bewertungen aus der subjektiven Sicht der betroffenen Menschen mit einer Suchterkrankung/-gefährdung im SGB-II-Bezug und ggf. weiteren sozialen und/oder gesundheitlichen Problemlagen hinsichtlich relevanter Aspekte zu erfassen und zu systematisieren. Dabei sollen sowohl positive als auch negative

Gesichtspunkte und/oder fehlende Elemente der vor dem Start und in der Anfangsphase des Modellprojektes bestehenden Infrastruktur im Sozial- und Gesundheitswesen in Leverkusen identifiziert werden. Die aus der Analyse resultierenden Erkenntnisse werden im Sinne der *formativen Evaluation* im weiteren Verlauf der Praxisentwicklung in das Modellprojekt einbezogen (vgl. Kap. 6). Die Integration der Nutzer*innen- bzw. Zielgruppen-Perspektive ist für die Ganzheitlichkeit der Kenntnisse zum Hilfesystem auch hinsichtlich möglicher Verbesserungsansätze bedeutsam und ist deshalb ein zentraler Bestandteil der wissenschaftlichen Evaluation und damit verbundenen Forschungstätigkeiten im Modellprojekt. Die Bewertung im Sinne einer Qualitätsbeurteilung von sozialen und gesundheitlichen Leistungen ist im Sinne einer Multiperspektivität immer auch aus der Sicht der Nutzer*innen zu betrachten, um „[...] neben der Expertensicht die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, ihre Bedarfe und Wünsche [einzubeziehen]“ (Sonntag, Baehr, Kuhlmeier, Suhr & Schenk, 2018 S.86). In diesem Zusammenhang basiert der Evaluationsbaustein im Rahmen der ersten Erhebungswelle auf der nachfolgenden Forschungsfrage:

Welche Bedürfnisse/Wünsche haben Menschen mit SGB II-Bezug mit einer Suchterkrankung/-gefährdung bzgl. der Angebote im Sozial und Gesundheitswesen zu ihrer Unterstützung?

Angestrebt wird im Zuge der weiterführenden drei Erhebungswellen die Forschungsfrage in Hinblick auf die durch das Projekt GSWS erfolgten Veränderungen der Angebotslandschaft anzupassen. So wird gewährleistet, dass kontinuierlich im Fortschreiten des Projektverlaufs Bewertungen der Zielgruppe zum jeweils aktuellen Stand und den dann bestehenden Bedingungen im Hilfesystem in Leverkusen systematisch erfasst, ausgewertet und in den weiteren Verlauf des Projektes einbezogen werden können. Die Ergebnisse der weiteren Erhebungswellen werden in den folgenden jährlichen Zwischenberichten auf- und zusammengeführt.

(b) Erhebungsmethodik und -instrument

Die Bestrebung, die aus der subjektiven Sichtweise der einzelnen Menschen bestehenden Bedarfe und Wünsche hinsichtlich des Hilfesystems zu ermitteln, bedarf einer qualitativen methodischen Vorgehensweise: Sie ermöglicht durch die zugrundeliegende Offenheit, alle für die Befragten relevanten Aspekte zu benennen und detailliert erläutern zu lassen. So können die „Wissensbestände“ (Brüsemeyer, 2008) der (potenziellen) GSWS-Teilnehmenden zur Leverkusener Angebotslandschaft insbesondere in Hinblick auf die damit verbundenen Ausgestaltungsformen und Merkmale sowohl bzgl. möglicher Defizite, aber auch hinsichtlich positiver Aspekte erhoben werden (ebd.), ohne durch eine bereits vorgegebene Standardisierung Einschränkungen hinsichtlich der Antwortmöglichkeiten vorzugeben.

Anschließend an die Wahl eines qualitativen Vorgehens ergibt sich „eine Fülle von [...] Optionen, welcher Variante qualitativer Vorgehensweisen der Vorzug zu geben ist.“ (Helfferich, 2011, S.26). Dabei

wird „[s]ubjektives Wissen über einen bestimmten Bereich [...] in der qualitativen Forschung in der Regel über Interviews mit mehr oder minder offenen Fragen erhoben“ (Flick, 2011, S.273). Die Form „leitfadengestützter Interviews“ bietet die Möglichkeit, sowohl die für den*die Forschende*n vorab als relevant herausgestellten Thematiken anzusprechen und zu erfragen, als auch im Sinne der Offenheit Aspekte darüber hinaus zu erfassen. In diesem Sinne können die Leitfragen des Leitfadens auch als Setzen von Gesprächsimpulsen von Nutzen sein (Kleemann, Krähnke & Matuschek, 2013). Sie sind teils standardisierte Interviews (Gläser & Laudel, 2010), die als Grundlage des Gesprächs zwischen Interviewer*in und Befragtem*r eine vorbereitete Liste zielgerichteter, jedoch flexibel handhabbarer Interviewfragen, auf die der*die Befragte offen antworten kann, aufgreifen (ebd.). Diese übergeordnet als Leitfragen bezeichneten Fragen ermöglichen sowohl alle vorab angenommenen relevanten Aspekte zu erfragen, als auch Raum für Offenheit, sodass die Befragten weitergehende Aspekte erläutern können (Vogt & Werner, 2014). Der Leitfaden bietet somit eine Strukturierung und Orientierungshilfe für den*die Interviewer*in/Forscher*in, vor dem Hintergrund seines*ihres theoretischen Rahmens alle aus seiner*ihrer Sicht notwendigen und relevanten Punkte anzusprechen, von denen er*sie sich vorab erhofft, dass relevante Inhalte zur Beantwortung der Forschungsfrage von dem*der Befragten genannt werden. „Allerdings werden die Fragen und Antwortmöglichkeiten nicht standardisiert vorgegeben [...] der Leitfaden wird als flexible Checkliste gehandhabt“ (Kleemann et al., 2013, S. 208).

Auf der anderen Seite werden

„subjektive Erfahrungen [...] häufig über Erzählungen, etwa im Narrativen Interview [...] rekonstruiert. Nicht in jedem Falle ist die eindeutige Orientierung an einem dieser Zugänge zielführend. Für verschiedene Fragestellungen aber auch für bestimmte Zielgruppen [...] können Kombinationen von offener Befragung und Erzählung sinnvoll sein bzw. auch eher realisiert werden“ (Flick, 2011, S.273).

Die im Kontext der Bedarfserhebung verwendete Form des *episodischen Interviews* vereint die aufgeführten Vorteile von strukturierten Leitfadeninterviews mit denen freier Erzählformen wie im narrativen Interview. „Einerseits enthält das episodische Interview Fragen, die auf mehr oder minder klar umrissene Antworten abzielen. Andererseits zielt es auf Erzählungen von Situationen ab, in denen Interviewpartner bestimmte Erfahrungen gemacht haben. Dazu ist eine Reihe von Erzählaufforderungen enthalten. Zentraler Ansatzpunkt dieser Interviewform ist die regelmäßige Aufforderung, Situationen zu erzählen“ (ebd., S.274). Diese erfolgen wiederholend ergänzend zu den von dem*der Interviewer*in aufgeführten Fragen des Leitfadens. Zu Beginn des Interviews nach einer einleitenden Einführung mit Erläuterung zur Interviewform und deren Ablauf erfolgt zunächst die Aufforderung des*der Interviewers*in das eigene Verständnis des zentralen Untersuchungsgegenstandes bzw. die zentrale Begrifflichkeit zu erläutern. So erfolgt im Kontext der Interviews zu den Bedarfen der Teilnehmenden die

Aufforderung zu erläutern, was die Befragten unter einer „guten Unterstützung/Hilfestellung“ verstehen. Sowohl die Leitfragen des Leitfadens (vgl. *Anh.1*), die die inhaltlichen Themenbereiche bzw. Episoden „Zugang“, „Ablauf“, „Inhalte“, „Bewertung“, „Vergleich“ und „Zusammenarbeit“ im Kontext der Angebotslandschaft abdecken, als auch die damit verbundenen möglichen Nachfragen sind so gestaltet, dass sie Erzählaufforderungen zu expliziten erlebten Situationen enthalten (z.B. „Können Sie mir diesbezüglich von einer konkreten Situation erzählen?“). Das episodische Interview vereint entsprechend Erkenntnisse zu semantischem und episodischem Wissen: „Während semantisches Wissen um Begriffe und ihre Beziehungen untereinander herum aufgebaut ist, besteht episodisches Wissen aus Erinnerungen an Situationen“ (ebd., S.273). Beide Bestandteile hängen zusammen und sind voneinander abhängig und bieten einen umfassenden Einblick in die verschiedenen Bestandteile des Alltagswissens (ebd.).

(c) Sampling und Datenerhebung

Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte durch die Kontaktaufnahme des jeweils fallbetreuenden Eingliederungsscouts (im Sinne eines „convenience“-Samplings (vgl. z.B. Saumure & Given, 2008)) im Rahmen einer kontrastierenden Fallauswahl. Dabei bezieht sich die Kontrastierung auf die unterschiedlichen Herkunftsorganisationen der jeweils betreuenden Scouts und die damit einhergehenden differierten Erfahrungen der Befragten mit der Angebotslandschaft in Leverkusen. Bei den im Rahmen dieser ersten Erhebungswelle in der Startphase des Projektes Befragten handelt es sich um Menschen, die bereits vor Projektstart als Nutzer*innen in das Hilfesystem eingebunden waren und über entsprechende Erfahrungen und Erkenntnisse dazu verfügen.

Die Erhebung der Daten erfolgte im Zeitraum Juli bis September 2020 in den Projekt-Räumlichkeiten in Leverkusen oder in Räumlichkeiten der Einrichtungen der Projektpartner, die den Interviewerinnen und den Befragten zur Durchführung des Gesprächs zur alleinigen Nutzung zur Verfügung standen. Nach einer Begrüßung und einer einführenden Erläuterung wurde der Interviewverlauf zur Möglichkeit der anschließenden Transkription und somit zur Auswertung, die im weiterführenden Kapitel beschrieben wird, als Audiodatei digital aufgezeichnet.

(d) Auswertungsmethodik

Die Auswertung des Datenmaterials in Form der transkribierten Interviews erfolgt hinsichtlich der interessierenden Forschungsfrage in erster Linie mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. z.B. Schreier, 2014). Übergeordnet ist sie „[...] als Verfahren zur Beschreibung ausgewählter Textbedeutungen [...]“, das systematisch und regelgeleitet vorgeht und in dessen Zentrum ein Kategoriensystem steht (ebd., o.S.) einzuordnen. Im Kontext dieser Arbeit orientiert sich die erste Bildung eines Kategoriensystems angelehnt an Mayring (2015) zunächst an einer vorab zugrunde gelegten Basis aus Theorie, Vorwissen etc. Darüber hinaus lässt sich zudem die „Bedeutung der Entwicklung von Kategorien

(auch) am Material“ (Schreier, 2014, o.S.) als weiterer Schritt der Inhaltsanalyse identifizieren. Die zunächst aus der Theorie zugrunde gelegten Kategorien werden durch die Inhalte und Zuordnungen des empirischen Materials modifiziert (ebd.; Mayring, 2015). Es bietet entsprechend eine Triangulation eines deduktiven und induktiven Vorgehens und ermöglicht somit über die Vorannahmen des*der Forschenden hinaus die subjektiven Sichtweisen der Befragten als zentrales und interessierendes Element der qualitativen Untersuchung und neue bisher nicht bedachte Aspekte aufzugreifen. Als Basisform der qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich die strukturierende Inhaltsanalyse identifizieren, die sich wiederum in verschiedene Varianten differenzieren lässt (Schreier, 2014). Die Form der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse strebt an

„[...] am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material in Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben – beispielsweise in Hinblick darauf, was zu bestimmten Themen im Rahmen einer Interviewstudie gesagt wird. Diese Aspekte bilden zugleich die Struktur des Kategoriensystems; die verschiedenen Themen werden als Kategorien des Kategoriensystems expliziert“ (ebd., o.S.).

Der Ablauf des Verfahrens lässt sich mit folgenden Einzelschritten beschreiben: Die grundlegenden Kategorien werden deduktiv aus den bestehenden Erkenntnissen und/oder Vorannahmen extrahiert. In diesem Fall liegen Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Rahmen des „Fördernetzwerks Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung“ (FIS), gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu der Frage „Was benötigen und wie gelingen Wiedereinstiege von exkludierten Personen in soziale und arbeitsmarktliche Zusammenhänge?“ vor (Kaps, Oschmiansky, Ebach, Popp & Berthold, 2019). Nach einer eingehenden Übersicht über das empirische Material werden „Fundstellen“ der Kategorien am Material identifiziert. Aus weiteren Fundstellen, die keinen bestehenden Kategorien zugeordnet werden können, werden darüber hinaus induktiv weitere Kategorien gebildet und alle Kategorien des Kategoriensystems definiert. Es erfolgt parallel nach Steigleder (1966) in einer die Schritte durchlaufenden Bearbeitung des Materials kontinuierlich eine Modifizierung des Kategoriensystems und der Definitionen, bis das gesamte Material mit seinen Fundstellen mit dem resultierenden und überarbeiteten Kategoriensystem kodierbar ist und übereinstimmt. Das Kategoriensystem bildet als Zentrum der weiterführenden Auswertung und Interpretation „[...] einen überschaubaren Corpus [...], der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2015, S.67). Schreier (2014) beschreibt, dass es dabei unerheblich ist, ob die Kategorien vorab im deduktiven Kategoriensystem bereits ausformuliert sind, oder diese erst am Material rein induktiv identifiziert werden; ebenso ist das Verhältnis der Menge der theoriegeleiteten und bestätigten Kategorien gegenüber dem rein induktiv gebildeten nicht von Relevanz, „[...] solange zumindest ein Teil der Kategorien aus dem Material stammt und somit die Passung des Kategoriensystems an das Material sichergestellt ist“ (ebd., o.S.).

Zur Unterstützung der „[...] kategorienbasierten Erschließung des Textmaterials [...]“ (Kuckartz, 2004, S.14) wurde das Softwareprogramm MAXQDA 18 verwendet, welches die Codierung anhand farblicher Zuordnungen ermöglicht. Im Kontext der Erstellung des weiterentwickelten, komplettierten Kategoriensystems ist es im anschließenden Schritt nun möglich und von zentraler Bedeutung für die Auswertung, die Inhalte kategorienbasiert auszuwerten und dies für den Leser transparent zu machen. Dies umfasst die Beschreibung und Interpretation eben dieser, wobei die Aufführung von O-Tönen aus den Interviews als Beleg notwendig ist.

5.1.2 Ergebnisse

Die von den Befragten im Rahmen der Interviews geäußerten Bedarfe und Wünsche zu ihrer Unterstützung in der Leverkusener Angebotslandschaft beziehen sich sowohl auf positiv als auch als defizitär bewertete Aspekte, aus denen sich Verbesserungsmöglichkeiten ergeben. Aus den jeweils aufgeführten Erläuterungen zu den einzelnen Auswertungskategorien mit den dazugehörigen O-Tönen wird die Position und Bewertung aus Sicht der Befragten deutlich.

Des Weiteren lassen sich sowohl Kategorien herausarbeiten, die einer übergeordneten Makroebene hinsichtlich der Gestaltung des Hilfesystems im Allgemeinen zuzuordnen sind (vgl. Oberkategorie *OK 8 Gesetzliche Beschränkungen*) als auch konkret auf einzelne Einrichtungen und deren (Leistungs-)Angebote in Leverkusen bezogene Punkte. Dabei wird zwischen den Leistungen des Jobcenters und den Unterstützungsangeboten der öffentlichen und freien Träger durch die am Projekt beteiligten Institutionen differenziert. Diese werden im Zuge der nachfolgend aufgeführten und erläuterten Kategorien zusammenfassend als „Angebote“ bezeichnet. Nur die Leistungen des Jobcenters werden aufgrund seiner zentralen Stellung in dem Projekt explizit als solche benannt und in Form einer Oberkategorie (*OK 1*) hinsichtlich verschiedener als Unterkategorien (*UK 1.1-1.4*) aufgeführter Aspekte thematisiert. Auch die „Angebote“ der anderen Träger werden durch die Befragten im Hinblick auf verschiedene Thematiken benannt, im Zuge der Auswertung entsprechend sortiert, einer passenden Oberkategorie zugeordnet (vgl. *OK 2-6*) und in den jeweiligen Unterkategorien differenziert. Darüber hinaus umfasst eine weiterführende Kategorie Aspekte hinsichtlich der Zusammenarbeit der Akteur*innen aus Sicht der Befragten (*OK 7*), welche diese positiv oder kritisch bewerten und aus denen sich entsprechende Bedarfe und Wünsche ableiten lassen. Abbildung 7 bietet eine Übersicht über die Auswertungskategorien, die anschließend im Einzelnen erläutert werden. Das dargestellte Kategoriensystem versteht sich auch als theoretisch bedeutsame Systematisierung der Wünsche und Bedarfe, die Menschen im SGB II-Bezug mit Suchterkrankungen/-gefährdungen an ein Hilfesystem haben.

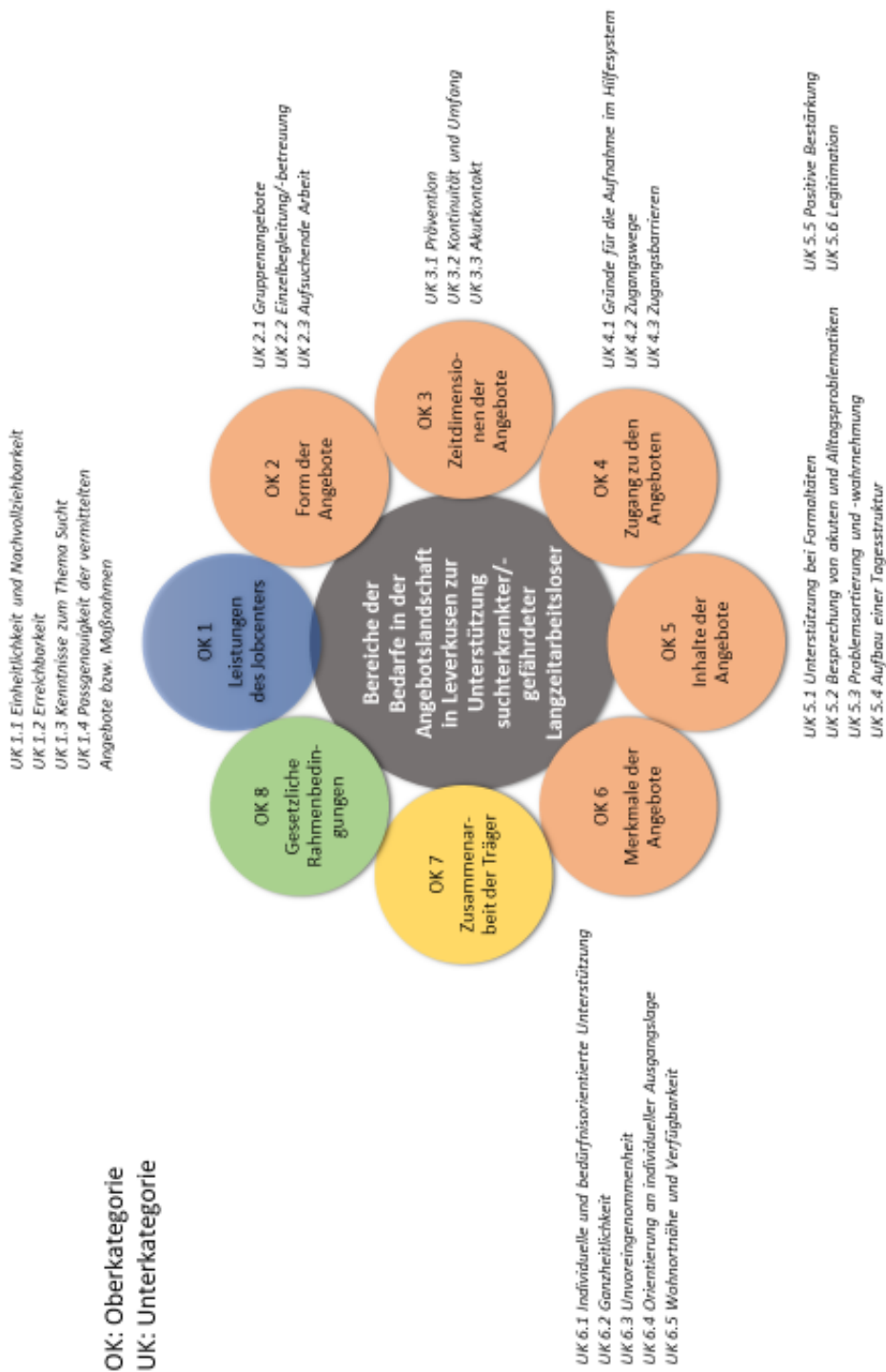


Abbildung 7: Kategoriensystem Bedarfsanalyse Nutzer*innen – oder zur theoretisch bedeutsamen Systematisierung der Wünsche und Bedarfe von Menschen im SGB II-Bezug mit Suchterkrankungen/-gefährdungen an ein Hilfesystem

Im Anschluss an die in diesem Kapitel und nun folgenden Erläuterungen zu den Kategorien des durch die Analyse des Textmaterials entstandenen umfassenden Kategoriensystems erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse und damit verbundenen Implikationen, um die Erkenntnisse verbreiten, transferieren und in die Weiterentwicklung des Projektes einfließen zu lassen (vgl. dazu *Kap. 6.2*).

OK 1 Leistungen des Jobcenters

Die in Hinsicht auf ihren SGB II-Bezug erfolgenden Leistungen des Jobcenters bewerten die Befragten in Bezug auf die Kontakte mit ‚ihren‘ Integrationsfachkräften. Dabei werden verschiedene Dimensionen differenziert, die in den nachfolgenden Unterkategorien aufgeführt werden. Die Befragten führen auf der einen Seite positive Schilderungen zu den bestehenden Leistungen auf; im Vordergrund stehen jedoch auf der anderen Seite die aus ihrer Sicht bestehenden Defizite und daraus ableitbare Verbesserungsmöglichkeiten.

UK 1.1 Einheitlichkeit und Nachvollziehbarkeit

Von Seiten der Befragten wird eine differente, nicht-einheitliche Leistung benannt, die aus ihrer Sicht von der Perspektive und den Präferenzen der betreuenden Integrationsfachkraft abhängt und entsprechend als „[e]xtrem unterschiedlich. Extrem unterschiedlich“ (*I4, Z.140*) beschrieben wird. Für die Interviewten basieren Entscheidungen in diesem Zusammenhang auf einem großen Handlungsspielraum der Mitarbeitenden des Jobcenters und deren subjektiven Bewertungen des ihnen jeweils zugeteilten Falls in Form des*der leistungsberechtigten SGB II-Empfänger*in. Dies wird in der folgenden Äußerung deutlich:

„Die haben viele Freiheiten und die machen das persönlicher und wenn denen deine Nase nicht gefällt, dann zwack ich dir was Kohle ab. Man kann sich dagegen nicht wehren – also es gibt keine einheitliche Regelung und ja das ist schon extrem.“ (I4, Z.158-160)

Der*die Befragte beschreibt eine Uneinheitlichkeit bezüglich möglicher SGB II-Leistungskürzungen je nach fallbetreuender Integrationsfachkraft, was er*sie als subjektive Einzelfallentscheidung des*der jeweiligen Mitarbeiter*in in Abhängigkeit persönlicher Präferenzen bewertet. Die jeweilige Entscheidung wird dahingehend kritisiert, dass sie aus seiner*ihrer Sicht nicht nachvollziehbar ist, sondern einer willkürlichen Form folgt. Weiterführend erläutert er*sie jedoch auch Unterschiedlichkeiten in weiterführenden Unterstützungen durch den*die betreuende Integrationsfachkraft. Demnach erfolgen Hinweise auf Möglichkeiten in der Angebotslandschaft individuell in Abhängigkeit von der verantwortlichen Integrationsfachkraft:

„Ja, genau. Das ist auch wieder – eben noch ein gutes Beispiel gewesen – manche Sacharbeiter haben auch sowas wie ein Zettel, so Tipps, die geben die einem – manche haben so etwas gar nicht. Denen ist das vollkommen wurscht – merkt man auch. Da ist auch der große Unterschied. Was ich auch eben schon mal versucht habe zu erklären. Macht halt jeder, wie er gerade Lust

hat. Es gibt keine einheitliche Beratung, die für jeden immer gleich ist, sondern das ist so ein Glücksspiel“ (I4, Z.457-461).

Dieses Zitat lässt darauf schließen, dass der*die Befragte die Unterschiedlichkeit in der Beratung in Bezug auf mögliche weitere Hilfsangebote nicht als Unwissenheit oder strukturelle Problematik im Sinne von einer nicht-einheitlichen Regelung bewertet, sondern als motivationsbedingte Eigenschaft der verantwortlichen Integrationsfachkräfte („*Macht halt jeder, wie er gerade Lust hat*“ (I4, Z.460)), was ebenfalls in den nachfolgenden Äußerungen durch die Beschreibung der Arbeitsweise deutlich wird:

„Also manche sind wirklich super, die schaffen es wirklich einem zu helfen, obwohl das gar nicht der Job ist und manche blockieren einfach. Also ich hab jetzt ne neue Sachbearbeiterin [...]. Die ist extrem kompliziert und geizig“ (I4, Z.141-143).

Die Wahrnehmung einer uneinheitlichen Arbeitsform der Integrationsfachkräfte wird durch die weiterführenden Erläuterungen des*der Befragten noch einmal deutlich. Demnach sind, konträr zu den aufgeführten aus seiner*ihrer Sicht negativen auch positiv bewertete Unterstützungsleistungen von Seiten der Integrationsfachkräfte vorhanden, die in einer umfassenden, individuellen und persönlichen Form erfolgen:

„Aber ich hab auch schon super Erfahrungen gemacht, wo das genau das Gegenteil war. Wo sogar Hilfestellungen kamen, die gar nicht – wo sogar noch ein bisschen was Privates mit reinkam. Wo es mal einen Tipp gibt. Wo ich mich auch wohl fühle“ (I4, Z.152-154).

Aus der Sicht des*der Befragten ist entsprechend eine intersubjektiv nachvollziehbare und „*eine ganz klare, einheitliche Regelung*“ (I4, Z. 156), die dennoch persönliche individuelle Bedingungen des einzelnen Menschen berücksichtigt, hinsichtlich der Inhalte und Entscheidungen durch die betreuende Integrationsfachkraft des Jobcenters als ein potenzieller Optimierungsaspekt bezüglich der Leistungen des Jobcenters darzustellen.

UK 1.2 Erreichbarkeit

Als weiterführenden Bewertungspunkt der Leistungen des Jobcenters zeigen die Befragten aus ihrer Sicht kritisch auf, dass eine notwendige Erreichbarkeit von und Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu den für sie zuständigen Integrationsfachkräften im Jobcenter nicht einheitlich gegeben ist:

„Also ich hab jetzt ne neue Sachbearbeiterin. Die geht nicht ans Telefon. Die beantwortet auch keine Mails. [...] Also wie gesagt die jetzige macht einfach gar nichts. Die kann man auch nicht erreichen. Auch wenn man ganz dringend was zu klären hat. Ich darf jetzt den Job nur annehmen, wenn mit ihr vorher abgesprochen. Also ist manchmal total dringend, aber man hat keine Chance“ (I4, Z.141-152).

Das aufgeführte Zitat zeigt weitergehend auf, dass als resultierende Konsequenz einer Nicht-Erreichbarkeit aus der Sicht der Befragten beispielsweise die Problematik besteht, bei vorhandener Möglichkeit der Aufnahme einer Erwerbsarbeit keine zeitnahe Absprache zu erhalten und daraus folgend die Erwerbsarbeit (vorläufig) nicht ausüben zu können.

UK 1.3 Kenntnisse zum Thema Sucht

In Bezug die die projektbezogene Zielgruppe betreffenden Suchtproblematiken äußern die Befragten die Schwierigkeit eines nicht-vorhandenen Wissens hinsichtlich grundlegender Kenntnisse zu der Thematik, dass sie unter anderem durch den Umfang an Rückfragen zur Thematik im Gespräch ausmachen:

„Und dann ging das auch los, dann kam wieder die Suchtgeschichte, wo die dann auch tausend Fragen zu hatten – die Dame war total nett, aber hatte auch keine Ahnung von“ (I2, Z.468-470).

Als Gründe benennen sie die Qualifikation bzw. den beruflichen Hintergrund der zuständigen Integrationsfachkräfte, die aus anderen, nicht mit Suchtproblematiken vertrauten Professionen stammten und als „*Quereinsteiger*“ im Jobcenter in der Betreuung der SGB II-leistungsberechtigten Personen tätig seien:

„Ja, die könnten auf jeden Fall deutlich besser sein. Weil ich glaub – die sind ja auch keine Therapeuten – das sind ja engagierte Leute – da sind jetzt auch super viele Quereinsteiger gekommen, die jetzt auf einmal im Büro sitzen, die sind nicht ausgebildet. Zumindest nicht alle“ (I4, Z.480-482).

Vor dem Hintergrund der benannten Problematik implizieren die Befragten die Konsequenz in Form einer anzustrebenden Verbesserung, dass „[d]ie Leute [...] auf jeden Fall besser ausgebildet sein [sollten]“ (I4, Z.488-489). Weiterführende Schilderungen eines* einer Befragten zeigen auf, dass Kenntnisse zu bestehenden Schulungen der Integrationsfachkräfte vorhanden sind, die positiv bewertet werden. Darüber hinaus wird aus den Erläuterungen des* der Befragten die Notwendigkeit bzgl. grundlegender Kenntnisse zu Suchtproblematiken deutlich. Diese bezieht sich sowohl auf den Umgang mit den suchterkrankten/-gefährdeten Menschen im Gespräch als auch hinsichtlich einer Sensibilisierung zur Einschätzung möglicher (schwerwiegender) Konsequenzen der Erkrankung:

„Ja. Genau. Ich fand das auch ganz gut und angenehm. Also die Dame, mit der ich da ein Gespräch hatte, die hatte auch tatsächlich Schulungen bekommen. Ja also wie denn, wie man also mit suchtkranken Menschen am besten umgeht. Okay also sagen wir es anders: die haben auf jeden Fall schon mal was zum Thema Sucht gehört. Na klar ist (...) n schwieriges Thema. N sehr schwieriges Thema. Gerade so. Ja. Hartz4, Jobcenter so, dann auch noch mit Suchterkrankung ist immer schwierig, ja. Wenn die Leute, ich meine, wenn die Leute dann rückfällig sind, ich meine die trinken ja irgendwann nicht mehr zum Spaß. Das ist teilweise lebensgefährlich, was da passiert und die waren schon son bisschen sensibilisiert und das fand ich schon ganz gut“ (I2, Z.151-158).

UK 1.4 Passgenauigkeit der vermittelten Angebote bzw. Maßnahmen

Die von den Befragten empfundene Sinnhaftigkeit der vom Jobcenter weitervermittelten Angebote zu ihrer Unterstützung unter Berücksichtigung ihrer individuellen Kompetenzen und Hintergründe ist ein Bestandteil der Bewertung eben dieser. So erläutert ein*e Befragte*r

„Und ich will schon, ich will jetzt nicht sagen alles, aber so dass, was mir logisch erscheint, auf jeden Fall ausprobieren. Ich sag immer gut, wenn man ne Sache hat, die hat ergibt für einen keine Sinn, man geht da ungern hin, dann bringst auch nichts, dann kann ich das auch lassen“ (I2, Z.100-103).

Demnach wird die Nutzung des hier beispielhaft benannten Angebots als nicht-zielführend hinsichtlich der Bewältigung der Problemlagen bewertet. Daraus resultiert entweder die Konsequenz einer Nicht-Nutzung der Angebote oder bei Vermittlung des Jobcenters im Sinne einer Maßnahme als „Leistung zur Eingliederung“ gemäß §16 SGB II eine Nutzung ohne persönliche Nutzenwahrnehmung, wie das aufgeführte Beispiel aus einem der Interviews veranschaulicht:

„I1: Okay, das hatte dann zur Konsequenz, dass Sie da dann nicht mehr hin sind?

B: Doch. Das ist dann oft so die traurige Konsequenz. Das hört man ja oft. Dass man vom Jobcenter irgendwo hingeschickt wird, wo man dann selber so sacht: Was soll das jetzt hier bringen? Das ist so“ (I2, Z.475-477).

Dennoch werden bei erfolgter Nutzung einige der Maßnahmen auch als bereichernd wahrgenommen und bewertet, auch wenn eine Expertise vorab bereits grundlegend bestand:

„[...] als ich das Bewerbungstraining machen musste zum Beispiel. [...] Da hab ich am Anfang drüber geschmunzelt. Ja, ja super Bewerbungstraining. Ich hab nen kaufmännischen Beruf erlernt. Ich hab früher Leute entlassen und auch eingestellt. Ich weiß auch, wie man so ein Gespräch führt. Also ich kann schon eine Bewerbung schreiben. Nichtsdestotrotz hab ich da auch wieder was lernen können, was mitnehmen können. Und wenn es nur eine Kleinigkeit war. Viele Leute wehren sich ja erstmal direkt so dagegen. So, Scheiße und das kann ich alles schon. Ne, solche Sachen kann man nämlich gar nicht. Entweder kann man die nicht mehr oder Sachen entwickeln sich auch weiter“ (I2, Z.491-498).

Es ergibt sich daraus abschließend, dass aus der Sicht der Befragten bei der Vermittlung sowohl in weiterführende Beratungsangebote als auch in Maßnahmen deren Eignung und Kompatibilität zum*r Nutzer*in geprüft werden oder aber vermittelnden Integrationsfachkraft ein von den Betroffenen nicht-absehbarer Nutzen ergänzend erläutert werden sollte.

OK 2 Form der Angebote

Die Befragten schildern die bestehenden Angebotsformen der öffentlichen und freien Träger in Leverkusen und bewerten diese aus ihrer subjektiven Sicht in folgender Weise.

UK 2.1 Gruppenangebote

Angebote zur Unterstützung in der Gruppe werden einerseits dahingehend positiv bewertet, dass ein Austausch mit ebenfalls Betroffenen in einem geschützten Rahmen stattfinden kann:

„[...] es hat halt wirklich geholfen halt auch mit anderen darüber zu reden. Manche waren jünger als ich, manch waren auch 30 Jahre älter als ich. Also es war schon zu sehen, dass ich nicht allein bin sozusagen [...] Und ich würde immer wieder irgendwas in einer Gruppe machen, weil da kann man sich irgendwie auch austauschen“ (I1, Z.126-134).

Die Angebote sollten weitergehend in einer systematischen Form erfolgen; ein unsystematischer Austausch unter den Betroffenen wird dabei weniger angestrebt als ein aufeinander aufbauendes Programm mit Einzelbausteinen/Schritten:

„Aber das ist nochmal ein bisschen was anders. Da geht man nur hin und unterhält sich mit anderen. Sondern wirklich so wie dieses Steps, wo man wirklich so wie so ein Seminar, wo man wirklich so wie vielleicht Gruppentherapiegespräche“ (I1, Z.423-426).

Je nach befragter Person werden andererseits Gruppenangebote in Hinblick auf die eigenen Präferenzen auch als persönlich weniger geeignetes Angebot wahrgenommen (*„Ja ich bin nicht so gerne unter Menschen. So in der Gruppe reden und so“* (I3, Z.327)). Weiterführend werden Gruppenangebote auch hinsichtlich verschiedener Eigenschaften und Bedingungen kritisch beurteilt. So wird zum einen die persönlich wahrgenommene mögliche negative Atmosphäre in Gruppenangeboten kritisch beurteilt (*„[...] jeder kennt ja dieses Schweigen in der Gruppe. [...] Das Schlimmste, was passieren kann“* (I2, Z. 369-371)). Zum anderen wird die Gegenüberstellung bzw. Darstellung des Suchtstatus der Teilnehmenden negativ eingeschätzt. Dies wird, wie das nachfolgende Zitat aufzeigt, als motivationseinschränkender Inhalt eines Gruppenangebots bewertet, sofern die Darstellungen der anderen Gruppenmitglieder von dem*der Teilnehmenden als unrealistisch eingeschätzt werden, während der eigene Status in einer offenen Form kommuniziert und dargelegt wird. Dies kann laut des*der Befragten dazu führen, dass das Gruppenangebot nicht mehr aufgesucht wird.

„Beispiel ich komm jetzt in ne Gruppe, ich sag jetzt: Boa toll, ich bin jetzt total motiviert, ich möchte mich jetzt in – ich möchte mich jetzt um mich kümmern. Dazu gehört ja, gerade in dem Bereich eine ganze Menge Ehrlichkeit. Mit anderen Worten ich mach mich da vor der ganzen Gruppe einmal nackig. Erzähl da, ja ich hab letztens total besoffen, vollgekotzt in Düsseldorf Hauptbahnhof gelegen. Und was weiß ich, was dann noch alles passiert ist. Ein Beispiel. So, dann wird der nächste gefragt, ja geht eigentlich, ich trink, ich hab gestern Abend vier Bier getrunken. Das ist eigentlich der Moment, wo ich eigentlich schon aufspringen könnte und sagen könnte: Du dummer Wichser, sag doch die Wahrheit. A kenn ich dich und du wohnst bei mir nebenan – aber ich soll mich hier nackig machen und du erzählst, du hast vier Bier getrunken. Wenn ich jeden Abend vier Bier trinken würde, dann würde ich hier, laut jubelnd würd ich hier durch Leverkusen rennen. Weil ich einfach weiß, das ist gelogen. So und dann hat man natürlich auch keine Lust mehr. Dann sagt man auch: Ja komm, ne da geh ich nicht mehr hin“ (I2, Z.371-382).

Aus den aufgeführten Schilderungen lässt sich die Problematik der Offenlegung der eigenen Situation (*„sich nackig machen“*) vor anderen Menschen im Sinne eines Schamgefühls herauslesen; gleichzeitig

wird der Vergleich der Teilnehmenden untereinander im Sinne eines ‚Wettbewerbs‘ verstanden, der aus Sicht des*der Befragten wiederum negativ bewertet wird.

Darüber hinaus wird die Zusammenkunft mit Menschen, die noch mit Suchtproblematiken belastet sind, hinsichtlich einer angestrebten oder bereits erreichten Abstinenz als problematisch bezüglich eines möglichen Rezidivs bewertet, da man durch die gemeinsame Zeit im Rahmen des Gruppenangebots wieder mit dem Suchtmittel und einem mit der Suchtproblematik verbundenem Umfeld in Berührung kommt. Dies wird aus der nachfolgend aufgeführten Schilderung eines*einer Befragten beispielhaft deutlich:

„Ich hatte nie das Verlangen, aber wenn jeder um dich herum halt trinkt, dann geht das halt schneller, dass man dann – in meiner Lage war das nicht gut die alten Leute wiederzutreffen“ (I4, Z.228-230).

Dem gegenüberstehend werden Gruppenangebote von einem*r anderen Befragten als wichtige Angebotsform bewertet; dies erfolgt jedoch vor dem Hintergrund von Empfehlungen durch Dritte, der*die Befragte nutzt diese Angebotsform (noch) nicht (*„Gibt ja noch die Möglichkeit Selbsthilfegruppe, eine sehr wichtige Sache. Das bekommt man überall gesagt. [...] also das wurde mir gestern zum Beispiel geraten – so einen Ratschlag bekommt man ja überall (I2, Z.414-416)“*).

UK 2.2 Einzelbegleitung/-betreuung

Die Erläuterungen im Rahmen der Interviews zeigen die Bedeutung der Ausgestaltung einer persönlichen Einzelbegleitung im Sinne einer Lotsenfunktion bzw. im Sinne des CM durch eine*n professionelle*n Akteur*in auf. Sie werden von den Befragten in ihren Schilderungen hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale differenziert geschildert. Die aufgeführten Aspekte beziehen sich dabei sowohl auf die betreuenden Personen selbst als auch auf die Ausgestaltung und Bedingungen der Begleitung.

So ist es aus der Sicht eines Befragten von Relevanz, welches Verständnis und welche Vorerfahrung der*die professionelle Fachkraft aufweist und welche Umgangsweisen daraus resultieren. Dies führt aus Sicht eines*einer Befragten zum (nicht-) Vorhandensein eines „Fingerspitzengeföhls“ (I4, Z.444) im Umgang mit den Betroffenen und dem daraus resultierenden Gefühl, (nicht) ernst genommen zu werden (I4, Z. 212ff.; Z.271ff.). Professionellen Fachkräften mit langjähriger praktischer beruflicher Erfahrung im direkten Kontakt mit der Zielgruppe wird dabei, wie das nachfolgende Beispiel verdeutlicht, eine bessere Kompetenz im Umgang mit den Betroffenen insbesondere in Hinblick auf problematische Situationen zugesprochen:

„[...] aber zum Beispiel meine Suchtberaterin, die Frau (...), ist sehr (3), die ist sehr an der Basis. Das liegt wahrscheinlich auch daran, dass Sie vorher mal am Bahnhof in Köln gearbeitet hat. Und ich sag immer Suchthilfe – das war in [Ort X] auch so – das kann ein Bürojob sein. Das ist auch für die meisten Leute ein Bürojob. Da ist die Basis aber nicht. Die Basis sitzt auf der Parkbank und ist zugeknallt, bis obenhin“ (I2, Z.240-244).

Von den Interviewten wird darüber hinaus die Relevanz einer passenden sozialen ‚Chemie‘ zwischen Betroffenen*r und der begleitenden professionellen Fachkraft aufgeführt bzw. im Falle eines Vorhandenseins positiv benannt („Die war dann super lieb, mit der kam ich gut zurecht. [...] die hat mich voll verstanden“ (I1, Z.320-322)). Ein*e Befragte*r erläutert entsprechend, dass „[...] das [Anm.: die Bewertung der Unterstützungsleistung] mit den Menschen [steht und fällt], mit den man zu tun hat“ (I2, Z.239). Auch die Nutzung der Angebote hängt aus seiner*ihrer Sicht von dieser Bedingung ab und entscheidet weitergehend auch über ein erneutes Aufsuchen der jeweiligen Institution, wie er*sie anhand eines beispielhaften Vergleichs erläutert:

„Andere Optionen hat man auf jeden Fall. Die Frage ist, ob man die nutzt. Das ist ja so, wenn ich irgendwo hingeh, das ist wie ein Autohaus. Ich kann da reingehen und der Typ ist ein Arschloch, dann kauft man halt keinen Ford. [...] da geh ich nicht mehr hin. Obwohl da vielleicht 20 andere Verkäufer sind, die richtig nett sind, aber man geht da trotzdem nicht mehr rein. So seh ich das mit der Suchhilfe oder den anderen Hilfeoptionen auch. Im Endeffekt, wenn man schlechte Erfahrungen gemacht hat, ist es schwierig da nochmal hinzugehen“ (I2, Z.341-347).

In diesem Zusammenhang ist es für den*die Befragte*n weiterführend bedeutsam, dass er*sie über eine feste Bezugsperson/eine*n feste*n Ansprechpartner*in mit ‚Lotsenfunktion‘ verfügt:

„Wo man wirklich eine Person hat, wo man wirklich mit redet, wo man nicht Angst hat: ‚Oh ich hab jetzt noch zwei, drei Sitzungen, danach muss ich wieder gucken, wo ich wieder hingeh. Schon wieder die Geschichte erzählen‘. Sondern, dass man wirklich langfristig einen an der Seite hat, wo man nicht immer wieder von vorne anfängt die Leiden zu erklären und dies und das, sondern die mich kennt, oder der mich kennt und mit mir das sozusagen weiter begleitet und nicht nur: „Ja ein halbes Jahr, dann ist dicht im Schacht sozusagen“ (I1, Z.224-230).

Die Schilderungen machen deutlich, dass die Langfristigkeit der Begleitung durch den*die Einzelne*n für den*die Betroffene*n von Relevanz ist, auch um neben der Wichtigkeit einer persönlichen Beziehung, die Hintergründe wie die der Krankengeschichte nicht wiederholt erläutern zu müssen.

Dabei wird ein persönlicher Kontakt zu den betreuenden Fachkräften gegenüber einem telefonischen präferiert. Pandemiebedingten Einschränkungen diesbezüglich wird zwar Verständnis entgegengebracht, jedoch als Belastung wahrgenommen:

„Und die Gespräche am Telefon, wie ich meinte, waren ja nicht so persönlich. Das war jetzt nicht so gut wie jetzt persönlich, aber da können ja die Leute nichts für. Und seitdem hatte ich jetzt nochmal nach Corona zwei Mal jetzt persönlich die Frau [...] erst wiedergesehen“ (I1, Z.79-81).

Weitergehend wird die individuelle Motivation in der Betreuung durch eine*n feste*n Ansprechpartner*in dahingehend beurteilt, ob aus Sicht der Betroffenen eine umfassende und engagierte Begleitung über das notwendige Maß hinaus stattfindet. Dies wird, wie folgend beispielhaft dargestellt, als „professionell“ wahrgenommen:

„Ja, professionell, damit mein ich halt, dass da wirklich – ich hatte ja vorhin gesagt, es gibt Leute, die schreiben nur auf und sagen dann: Ja, der hat die und die Probleme, aber wie sieht

dann die Unterstützung aus? Gucke ich da wirklich aktiv mit nach einer Wohnung? Zum Beispiel. Unterstütze ich dann auch da. Bei einem Besichtigungstermin zum Beispiel. So war das jetzt in Leverkusen zum Beispiel. Ja, da ist jemand. Wo man wirklich das Gefühl hat, da ist jemand an meiner Seite, der mir hilft. Der vielleicht auch irgendwo hinfährt. Der auch wirklich nochmal guckt: Ja, o.k., wo kann es denn noch Probleme geben? Oder vielleicht auch – wenn ich da jetzt kein Plan zu habe – o.k., wie geht man das jetzt so genau an. Und so weiter. Das ist professionell würde ich dann sagen“ (12, Z.622-629).

Wie auch schon aus dem zuvor aufgeführten Zitat aus dem Interview deutlich wird, ist der Umfang der Einzelfallbetreuung hinsichtlich der Arbeitsschritte für die Befragten von Bedeutung. So wird einerseits in der Begleitung der Betroffenen eine umfassende Hilfestellung als grundlegend wahrgenommen:

„O.k. Klinik anrufen, einpacken, mitnehmen, gucken, dass der auch Klamotten gekriegt hat. Nicht dass der dann nur in Unterhose in der Klinik steht und nichts zum Anziehen hat. Das ist ja schon mal so der erste Schritt“ (12, Z.302-304).

Ferner wird die von dem*der Befragten gewünschte Begleitung zu Terminen innerhalb der Angebote des Hilfesystems – auch verstanden als Zusatzaufgabe – als positiv hervorgehoben:

„Dass dann einer so ein bisschen drauf nochmal mehr guckt. Oder auch so – Frau [...] geht ja schon mit mir zu Terminen, ist aber eigentlich glaube ich gar nicht richtig ihre Aufgabe“ (11, Z.563-564).

In diesem Zusammenhang wird eine individuelle und umfassende Begleitung im Sinne des Case-Managements durch eine*n feste*n Ansprechpartner*in von dem*der Befragten als eine Alternative zur gesetzlichen Betreuung gesehen, die demgegenüber den Vorteil einer formlosen und kostenlosen Unterstützungsmöglichkeit bietet:

„Ja o.k., es gibt ja auch diesen gesetzlichen Betreuer, aber da muss man ja meistens immer nachweisen, Geld selber noch bezahlen. Dass es da vielleicht, ich weiß nicht, ob es sowas auch gibt, wo es wirklich nicht direkt diesen extremen Schriftweg wieder so. Ich weiß, das wurde mir gesagt, erst hieß es eventuell, dass ich auch vielleicht mal ne Betreuung kriegen könnte, bevor ich halt die Frau [...] nicht mehr gehabt hätte. Da hätte ich dann aber irgendwie Papierkram ausfüllen müssen, auch gucken, ob nicht irgendwie Verwandte das bezahlen können und das es das vielleicht sowas gibt, wie jetzt das rehapro, was wirklich so wie halbwegs umsonst ist“ (11, Z.547-553).

Abschließend lässt sich die Bedeutung eines*r individuellen und festen Ansprechpartner*in in Form einer professionellen Fachkraft zur Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme und kontinuierlichen Begleitung im Hilfesystem durch die nachfolgende Aussage eines*r Befragten zusammenfassen:

„Das kommt immer wieder auf denselben Punkt drauf hinaus. Das ist halt unglaublich wichtig, dass man da nen Ansprechpartner hat. Ich kann ja auch, egal welche Probleme das sind, [...] man kann ja mit egal welchen Problemen und fühlt sich sehr geborgen. Ja. Und hat die Chance halt durch das ganze Thema durchzukommen“ (14, Z.25-28).

Durch die Ausführung im letzten Satz des Zitats wird deutlich, dass dies zur abschließenden Bewältigung („durch das ganze Thema durchzukommen“) von besonderer Relevanz aus Sicht der Befragten ist.

Ergänzend zur individualisierten Unterstützung durch eine als professionell erlebte Fachkraft werden im Rahmen von Einzelangeboten außerdem „Peer-Beratungen“⁷ von einer*m Interviewten benannt und als positiv bewertet. Denn die Austauschmöglichkeiten mit einer ebenfalls betroffenen Person werden so erlebt, dass sie auf einem stärker ausgeprägten Verständnis basieren:

„Wir haben ein Einzelgespräch gemacht. Das war halt auch so eine Sache aus dem Portfolio rehapro. Und da spricht man ja mit jemandem, der selber auch betroffen ist. Und das ist auch so, dass man mit nem Betroffenen anders spricht, als mit jemand der nicht betroffen ist. Weil ich genau weiß, dass jemand, der nicht betroffen ist, manche Sache gar nicht nachvollziehen kann“ (I2, Z.93-97).

UK 2.3 Aufsuchende Arbeit

Aus den Interviews lässt sich die Relevanz aufsuchender Arbeit als gewünschte Unterstützung entnehmen, wie das folgende Zitat zeigt:

„Da sind Leute, die sind gar nicht mehr fähig in ein Büro zu gehen, zu [Träger X] zu gehen und zu sagen: Ich brauch jetzt mal Hilfe. Da muss man hingehen, leider [...]. So wenn ich in meinem Büro sitze und warte, dass der Herr da auf der Parkbank mich anruft, der wird nie anrufen, der braucht aber Hilfe. Die Leute, die da hingehen regelmäßig, brauchen auch Hilfe, so wie ich jetzt. Aber die Hilfe bei den Leuten ist viel notwendiger. Viel notwendiger“ (I2, Z.246-251).

Hier zeigt sich die Bedeutung aufsuchender Arbeit zum einen darin, dass aus Sicht der Interviewten die Erreichbarkeit von bisherigen Nicht-Nutzer*innen der institutionellen Angebote gewährleistet werden sollte. Zum anderen wird der besondere Unterstützungsbedarf herausgestellt.

Mit aufsuchender Arbeit besteht laut des*der Befragten die Möglichkeit, besonders problematische Lebenslagen der betroffenen Menschen zu identifizieren und daraus resultierende Probleme und Gefahrenlagen bei Bedarf durch professionelle Intervention abzuleiten:

„Es gibt sicherlich Fälle, wo man sagen muss: Okay, ich ruf vielleicht mal nen RTW an. Oder ich lass vielleicht sogar jemanden einweisen. Mag ja auch passieren. Jemand kriegt nen (Psych KG⁸) [...] oder Beschluss, ja gut Beschluss ja nicht aber mit Psych KG geht das ja. Weil vielleicht will jemand ja gar nicht, aber er kriegt ja gar nicht mehr mit, dass der wirklich ne Gefahr für sich selber und andere darstellt“ (I2, Z.292-296).

⁷ Unter einer *Peer-Beratung* wird eine „Beratung ‚unter Gleichen‘ verstanden“ (Egloff, 2020, S.64). Die Berater*innen sind oder waren in einer ähnlichen oder vergleichbaren Lebenssituation bzw. Problematik; im Gegensatz zu ‚professioneller‘ Beratung sind es „[...] die eigenen (biografischen) Erfahrungen der Beratenden [...], die die Ratsuchenden ansprechen [und] den Beratungs- und Lösungsprozess in Gang bringen“ (ebd. S.65).

⁸ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), Landesrecht Nordrhein-Westfalen

Neben der aufgeführten Bedeutung aufsuchender Arbeit im öffentlichen Raum („[...] der Herr da auf der Parkbank“ (I2, Z.249), s.o.) wird auch ein Bedarf an aufsuchender Arbeit im Rahmen bestehender institutioneller Angebote, wie die von der Wohnungslosenhilfe des Caritasverbandes in Leverkusen angebotene Notschlafstelle, von einem*r der Interviewpartner*innen auf Nachfrage der Interviewerin als Möglichkeit einer besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe benannt.

„I1: Und hätten Sie da eine Idee? Irgendwas was man tun kann, um da mehr entgegen zu kommen, sich offener zu zeigen?“

B: *Sich vielleicht in die Caritas zu setzen mal eine Stunde, die Leute beraten oder so“* (I3, Z.531-533).

OK 3 Zeitdimensionen der Angebote

Neben der Differenzierung der verschiedenen Formen von Unterstützungsmöglichkeiten in der Angebotslandschaft für die Projekt-Zielgruppe in Leverkusen benennen und bewerten die Befragten auch verschiedene zeitliche Aspekte eben dieser. Dabei lässt sich, wie in den nachfolgenden Unterkategorien aufgeführt, sowohl zwischen den Zeitpunkten (UK 3.1 und 3.3.) als auch dem Turnus (UK 3.2) der Hilfen unterscheiden.

UK 3.1 Prävention

Durch die Erläuterungen der Befragten im Rahmen der Interviews lässt sich die Bedeutung präventiver Angebote ableiten. Demnach „[holen] viele Leute [...] sich auch erst dann Hilfe, wenn es eigentlich schon alles zu spät ist, wenn's fünf nach 12 ist, war bei mir auch so.“ (I2, Z.120-121). Die Schilderungen des*der Interviewpartner*in beziehen sich auf eigene Erlebnisse zum Zeitpunkt der Unterstützungsangebote. Aus seiner*ihrer Sicht kommen diese häufig zu spät in Hinsicht auf den Krankheits-/Problemverlauf („Also erstmal muss ich ja sagen, dass viele Leute das erst machen, wenn es schon zu spät ist [...]“ (I2, Z.169-170)). Dabei erfolgt die Bewertung dieser nur im Sinne einer potenziellen Möglichkeit; präventive Angebote werden als notwendig identifiziert, wurden von den Befragten jedoch nicht genutzt und werden vor diesem Hintergrund nicht als weiterführend bewertet („Also da hätte man schon was machen müssen rein theoretisch“ (I1, Z.160)). Auch bei Vorhandensein frühzeitiger Hilfen bedarf es jedoch einer Bereitschaft, diese Hilfe anzunehmen bzw. die Angebote aufzusuchen, was durch die Äußerungen eines*einer Befragten, er habe sich „[...] da lange gesträubt, das tun die meisten Menschen“ (I2, Z.119-120) deutlich wird.

UK 3.2 Kontinuität und Umfang der Hilfe

Die Unterstützungsangebote in Leverkusen werden weiterführend auch hinsichtlich ihres Turnus und ihrer Langfristigkeit von den Befragten näher erläutert und bewertet. Dabei wird ein kontinuierlicher Rhythmus mit kurzen Abständen angestrebt („Es nicht nur alle - weiß nicht - Beispiel zwei Monate,

sondern wirklich regelmäßig“ (I1, Z.5). Einen auf der einen Seite bereits bestehenden regelmäßigen Turnus in den Angeboten zeigen verschiedene Äußerungen der Befragten, wie z.B.:

„[...] sonst hatte ich alle zwei Wochen. Zwischen alle zwei bis vier Wochen, Gespräch mit der Frau [...]. Außer letztes Jahr, diese Steps war wöchentlich halt“ (I1, Z.397-398).

Dabei werden Termine zur weiteren Planung und Absehbarkeit der Kontinuität bereits langfristig vergeben: *„Ne, wir machen das schon so, dass wenn ich da bin gleich der nächste Termin gemacht wird. Das ist eigentlich im zwei-Wochen-Rhythmus“ (I2, Z.399-400).*

Auf der anderen Seite wird von einem weiteren Befragten auch eine Unregelmäßigkeit mit damit verbundenen langen Zeitabständen kritisiert (*„Dass die mehr Termine vergeben hätten, weil da waren Monate dazwischen“ (I3, Z.149)*). Auch Schilderungen zu Verzögerungen und Wartezeiten bedingt durch beispielsweise Ferienzeiten oder pandemiebedingten Einschränkungen werden als problematisch bewertet, was durch das nachfolgende Beispiel verdeutlicht wird:

„Das ist halt wie gesagt durch Corona alles sehr verzögert. Da fehlt jetzt gerade – na gut jetzt ist gerade auch noch Urlaubszeit – also ich sehe im Moment auch – das ist so – Corona, jetzt Sommerferien, das ist alles ein bisschen schwierig“ (I2, Z.87-89).

Daran anknüpfend werden auch Terminabsagen und -verschiebungen kritisiert; *„Man hat Termin und dann hat man was und dann wurde es auf einmal abgesagt. Das war nicht so gut“ (I3, Z.123-124).*

Weiterhin werden zeitliche Begrenzungen negativ bzw. nicht vorhandene Einschränkungen diesbezüglich positiv bewertet, was das nachfolgende Beispiel aus einem Interview verdeutlicht:

*„I1: Und woran machen Sie das fest, dass die Betreuung da so gut klappt?
B: [...] Keine Ahnung, die sagt dann nicht: ‚Ich hab nur vier Stunden für dich‘“ (I3, Z. 261-262).*

Weiterführend wird von den Interviewpartner*innen eine langfristige Beständigkeit der Hilfestellungen angestrebt. Sie berichten von vergangenen Hilfen, die projektgebunden waren, wodurch die betroffenen Menschen unklare Perspektiven zur Fortführung der Hilfen annahmen:

„Die zwei Jahre sind ja abgelaufen. Da hatte ich halt wirklich Angst, dass ich wieder mit leeren Händen dastehe“ (I1, Z.48-49).

Die Zeiträume für projektbezogene Unterstützungsleistungen sollten, so der Wunsch, zeitlich angemessen bewilligt werden. Denn es besteht der Sorge, nicht ausreichend Zeit im Hilfesystem verbringen und Unterstützungsleistungen erhalten zu können.

„Das ist halt wichtig. Dass es wirklich, wie es jetzt hier auch – fünf Jahre das geht, das hat mich beruhigt. Nicht nur ein Jahr, dann hat man ja nicht den Zeitdruck: ‚Oh oh, ich muss bis dahin versuchen irgendwie wieder auf eigenen Beinen zu stehen‘“ (I1, Z.232-234).

Vor dem Hintergrund, dass “[d]as [...] ja nicht so einfach [ist]“ und die Betroffenen je nach ihrer Gesundheitssituation und Lebenslage nicht „von jetzt auf heute [...] arbeiten gehen [können]“ (I1, Z.260-261), wird der Langfristigkeit der Leistungen eine besondere Bedeutung zugeschrieben.

UK 3.3 Akutkontakt

Auch die Möglichkeit kurzfristiger Hilfestellungen durch eine spontane Kontaktaufnahme wird von den Interviewpartner*innen benannt und hinsichtlich ihrer Relevanz in akuten Krisensituationen als wichtig bewertet („Also, wenn ne Nummer, eher jetzt nicht wegen Sucht, sondern eher, wenn es einem richtig schlecht geht.“ (I1, Z.613-614)). Diese erfolgt nach den Erläuterungen der Befragten in Form telefonischer Kontaktmöglichkeiten („Ja wir telefonieren immer. Wenn mich was bedrückt oder so“ (I3, Z.111)). Dies wird auch in den nachfolgenden Äußerungen eines*einer Interviewpartner*in deutlich, in denen auch der Wunsch nach einer ‚Akuthilfe‘ angesprochen wird:

„So das heißt es ist schon mal wichtig, dass ich weiß ich hab jemanden den kann ich anrufen – ja um dann notwendige Hilfestellungen zu bekommen. Diese Hilfestellung ist ja dann meistens ne Entzugsklinik. Wo man dann hinmuss, aber es vielleicht auch gar nicht mehr hinschafft.“ (I2, Z.7-10).

Demnach werden kurzfristige Kontaktaufnahmen aufgrund akuter schwerwiegender Problemsituationen gewünscht, die von den Betroffenen nicht mehr selbstständig bewältigt werden können. Somit ist bedeutsam, dass flexibel erreichbare Kontaktmöglichkeiten in Krisenmomenten vorhanden sind. Ein*e Befragte*r beschreibt zudem, dass professionelle Hilfestellungen gegenüber privater Unterstützung z.B. aus dem Freundes- oder Familienkreis bevorzugt werden, um Schamgefühle zu vermeiden:

„[...] aber es ist ja schon schön, weil das ist einem ja auch peinlich, weil wenn ich zuhause sitze und weiß: Scheiße jetzt hast du gesoffen und kriegst die Kurve gar nicht mehr und dir geht es auch überhaupt gar nicht gut, wen ruft man denn dann an? Seine Freunde: schlecht. Sagt man auch so: Boa scheiße, jetzt muss ich denen wieder sagen, dass ich schon wieder total abgestürzt bin. Also ruft man die Leute an, die auch dafür bezahlt werden. Das ist ja dann, das ist schon ne tolle Sache“ (I2, Z.297-301).

OK 4 Zugang zu den Angeboten

Unter der Oberkategorie „Zugang“ werden verschiedene Dimensionen differenziert, die sowohl zunächst den Hintergrund der Aufnahme in das Hilfesystem im Sinne der dahinterstehenden Ursachen als auch weiterführend die ‚Wege‘ im Sinne der Zugangsmöglichkeiten umfassen (UK 4.1 und 4.2). Daran anschließend werden auch Problematiken beschrieben, die den Zugang zu den Unterstützungsleistungen erschweren oder gar verhindern (UK 4.3).

UK 4.1 Gründe für Aufnahme im Hilfesystem

Als Gründe für die Nutzung des Hilfesystems lassen sich einerseits Unterbrechungen in der Ausbildungs- bzw. Erwerbsbiografie ausmachen, durch die die Betroffenen im Rahmen des SGB II-Bezugs in Kontakt mit den damit verbundenen Tätigkeiten des Jobcenters kommen („[...] weil ich hatte dann die zweite Ausbildung abgebrochen“ (I1, Z.28)).

Weitergehend führen andererseits die zumeist vorhandenen multiplen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen der Zielgruppe wie Wohnungslosigkeit dazu, eine oder mehrere Unterstützungsmöglichkeiten der Angebotslandschaft in Anspruch zu nehmen:

„Also es ging dann um die Wohnung. Ich bin einfach zu [Träger X], weil ich da ja keine Wohnung hatte. Und die hatten sich dann quasi in einem Abwasch direkt um die [...] mit drum gekümmert. Dann bin dann auch da direkt vorstellig geworden“ (I2, Z.182-184).

UK 4.2 Zugangswege

Die verschiedenen von den Befragten geschilderten Zugänge ins Hilfesystem lassen sich übergeordnet drei verschiedenen Dimensionen zuordnen. So wird zum einen ein *institutionell angeregter Zugangsweg* beschrieben. Dieser erfolgt über die in der Leverkusener Angebotslandschaft vorhandenen Institutionen in Form der öffentlichen und freien Träger und deren Unterstützungsangeboten. Beispielhaft erfolgte bei einem* einer der Befragten der Zugang zur Suchthilfe und damit auch zum Projekt über die betreuende Integrationsfachkraft im Jobcenter:

„[...] ich hab mich da natürlich hier in Leverkusen halt beim Jobcenter melden müssen. Da hab ich halt diese Sachen, weil ich auch sehr offen mit denen gesprochen habe – über die Problematik – [...] ich hab dann auch über son bisschen erzählt, wo das denn alles so herrührt. Und ich fand das eigentlich auch ganz gut, dass man da – mittlerweile muss man sagen, ich glaub das war früher mal anders – also die waren da schon sehr hellhörig und haben gesagt o.k. Moment mal also hier gibt es das, das und das – o.k., ob man da hingehet das liegt an einem selber, jeder ist da seines Glückes Schmied, aber dann hab ich mir gedacht: Ja kost n bisschen Überwindung immer, ich geh jetzt mal zu [Träger X] und guck mal“ (I2, Z.128-136).

Auch über die anderen projektbezogenen Verbundpartner erfolgt der Zugang zu weiteren Hilfeangeboten, um auf individuelle Bedarfe eingehen zu können. Zudem verweisen auch andere professionelle Akteur*innen wie Ärzt*innen laut der Befragten auf bestehende Angebote („Hat meine Psychiaterin mir gesagt: ‚Hey es ist was Neues, diese inkludierte Versorgung‘, wo ich dann die Frau [...] kennengelernt habe“ (I1, Z.63-64)). Somit werden die Betroffenen im Sinne einer ‚Verweisberatung‘ zwar auf weitere Unterstützungsangebote hingewiesen, dennoch beruht ihr Zugang auf ihrer Eigeninitiative; es erfolgte also bis zum Startzeitpunkt des Projektes noch keine systematische Vermittlung in Form professioneller und institutionalisierter Weiterleitung.

Der persönlich motivierte Zugang ins Hilfesystem basiert auf der Einsicht, Unterstützung zu benötigen („Ja, das kommt einfach dazu, wenn man zuhause ist und einem einfach die Tränen fließen und man

merkt, da stimmt irgendetwas überhaupt gar nicht. Dann sucht man halt Hilfe“ (I4, Z.56-57); „Ich hab mich da einfach drum bemüht. Ich hab gedacht ja gut du brauchst jetzt nicht nur für acht Wochen ein Dach über dem Kopf, du brauchst auch länger ein Dach über dem Kopf“ (I2, Z.204-205)). Durch Hinweise nahestehender Personen und/oder eigene Recherche werden passende Hilfeangebote gesucht, die wiederum durch die Bekanntheit und Werbemaßnahmen der Einrichtungen erleichtert werden:

„Es wird auf jeden Fall sehr viel Werbung gemacht. Man kennt es halt und weiß: Da kann man hingehen und mal nachfragen und seine Probleme schildern [...]. Das kann dann auch schnell im Internet sein und dann findet man auch schnell in Leverkusen die Anlaufstellen. Das ist ja heutzutage auch nicht mehr so das Ding. Das geht dann relativ von alleine. Die sind relativ präsent [...]“ (I4, Z.53-59).

Darüber hinaus gelangen Personen auch durch ihre gesetzliche Betreuung ins Hilfesystem, die bei bestehender Notwendigkeit einer Unterstützungsleistung an die Institutionen und ihre Mitarbeitenden weiterleiten.

UK 4.3 Zugangsbarrieren

Es lassen sich verschiedene Aspekte aus den Interviews herausarbeiten, die die Befragten als Barrieren im Zugang in das Hilfesystem aufführen. Sie benennen dabei sowohl individuelle Faktoren in Form persönlicher Empfindungen als auch strukturelle Faktoren im Hinblick auf formale Voraussetzungen für die Aufnahme im Hilfesystem.

Auf der individuellen Ebene werden von den Befragten emotional und gefühlsbedingte Hemmnisse beschrieben, die Angebote zu ihrer Unterstützung zu nutzen. So nennen sie zum einen ein Schamgefühl hinsichtlich ihrer Suchtproblematiken und sonstigen gesundheitlichen oder sozialen Einschränkung:

„Man muss das auch mal in Anspruch nehmen alles. Man schämt sich ja schon, wenn man eine Sucht hat. Müssten viel mehr Menschen machen“ (I3, Z.464-465).

Zum anderen wird von dem Gefühl berichtet, sich hinsichtlich der bestehenden persönlichen Problematiken nicht ernstgenommen zu fühlen und vor diesem Hintergrund die Angebote nicht (mehr wiederholend) aufzusuchen, was das nachfolgende Zitat veranschaulicht:

„B: Also man fühlt sich dann teilweise auch gar nicht ernst genommen. Ist jetzt übertrieben, aber diese Richtung gefällt mir nicht.

I1: Und Sie haben das Gefühl, hier werden Sie ernst genommen?

B: Ja. Sonst würde ich auch nicht kommen. Da bin ich auch knallhart und komm dann auch nicht. Wie zum Beispiel in Köln bei dieser Anlaufstelle, wo die gedacht haben, ich stehe mehr im Leben und das nicht auf dem Programm hatten. Da bin ich halt wieder gegangen“ (I4, Z.212-220).

Ferner werden formale Voraussetzungen wie Anträge, Bewilligungszeiten und sonstige als bürokratische Hürden wahrgenommene Aspekte als strukturelle Zugangsbarrieren benannt, die bei dem*der Interviewpartner*in zu einer Verschlechterung des Zustandes führten:

„Also man hat ein großes Problem – ja, das ist jetzt so, aber wir können da jetzt nichts machen. Da muss man erstmal – ich fands verrückt, was man alles machen muss, um sich obdachlos melden zu können. Das war schon hart. Da fühlt man sich auch echt schlecht. Da fällt einem nicht leicht – oder geht eine Stufe runter. Da wird es nicht besser, sondern eher schlechter“ (I4, Z.436-440).

Ferner begrenzen Ablehnungsbescheide zu Leistungen die Möglichkeiten gesundheitliche und rehabilitative Leistungen in Anspruch nehmen zu können („Hatten wir auch beantragt, wurde abgelehnt, weil ich nie in Rentenkassen eingezahlt hatte“ (I1, Z.146-147)). Dem gegenüber werden niedrige Zugangshürden hinsichtlich der formalen Voraussetzungen positiv wahrgenommen und führen laut einem*einer Befragten dazu, dass das Unterstützungsangebot an- und positiv wahrgenommen wird:

„Also ich hatte keine Angst und war ein guter positiver Eindruck halt. Weil muss nichts ausfüllen, nichts großes, außer natürlich die kleinen Sachen halt aber jetzt nicht irgendwie ja erstmal Krankenkasse fragen, ob man es genehmigt kriegt oder irgendeine Arztbescheinigung oder irgendwas. Einfach hingehen und es war einfach dieses Schwerelose einfach dann“ (I1, Z.42-45).

Im Kontext der folgenden Oberkategorie, die sich auf die „Inhalte“ der Angebote des Hilfesystems bezieht, werden Formalia und die damit verbundene Unterstützung der professionellen Fachkräfte auch erwähnt; sie sind die grundlegende Basis zur Realisierung der Nutzung medizinischer, sozialer oder rehabilitativer Angebote.

OK 5 Inhalte der Angebote

UK 5.1 Unterstützung bei Formalitäten

Die Befragten schildern Probleme in Bezug auf die formalen Arbeitsschritte zur Nutzung der Unterstützungsleistungen, die sich auf den Umfang und die eigenen Kenntnisse beziehen („Weil, das sind so viele Sachen gewesen. Wie verdient die und da hatte ich ehrlich gesagt von Papierkram in der Richtung keine Ahnung. Also das sind so viele Blätter“ (I1, Z.508-509)). Unterstützung in der Bewältigung dieser wird, wie in dem nachfolgenden Beispiel aufgeführt, entsprechend positiv wahrgenommen:

„Da haben die mit mir das zusammen ausgefüllt, dass ich da wenigstens schon mal eine Stütze hatte und auch angerufen. [...] Ich – da muss man ja auch irgendwo einen Bescheid hinschicken [...] – und das haben die halt alles mit mir gemacht. Ist so viel Papierkram gewesen“ (I1, Z.511-514).

Durch die professionelle Unterstützung in notwendigen formalen Handlungsschritten können schwerwiegende soziale Problemsituationen verbessert sowie beispielsweise eine bestehende Obdachlosigkeit beendet werden, wie ein*e Befragte*r im Rahmen des Interviews erläutert:

„[...] also ich war obdachlos ne Zeit lang. Und das hat hier in Leverkusen, also das hat ewig gedauert. Und das hat auch nur durch die Unterstützung dieser Menschen geklappt. Das heißt,

dass ich hier sitze und ein Dach über dem Kopf habe ist, ist diesen Menschen geschuldet“ (I2, Z.60-63).

In den Schilderungen des*der Interviewpartners*in deutet sich auch an, dass eine Beendigung der Obdachlosigkeit ohne die professionelle Begleitung und Unterstützung nicht erfolgt wäre.

UK 5.2 Besprechung von akuten und Alltagsproblematiken

Von den Befragten wird die Möglichkeit, akute sowie alltägliche Problematiken in einem professionellen Rahmen besprechen zu können (*„Das heißt, da wird richtig geschaut, wo hat der Herr (...) denn jetzt gerade Probleme. Tagesaktuelle Probleme“ (I2, Z.386-387)*), positiv bewertet. Darüber hinaus wird auch die Möglichkeit zur Auseinandersetzung nicht nur mit der Suchtproblematik, sondern auch mit weiteren sozialen und gesundheitlichen Schwierigkeiten und sonstigen Lebensproblematiken als hilfreich herausgestellt, wie das folgende Zitat belegt:

„Und es gab wahnsinnig viele Probleme, die ich hatte zu der Zeit. Ob das jetzt Schulden waren oder auch damals meine Beziehung war, das lief auch nicht so rund. Da gab es auch ziemlich große Probleme. [...] Frau (...) hatte mit mir auf jeden Fall alle Hände voll zu tun und konnte da auch überall mit Rat und Tat zur Seite stehen“ (I2, Z.283-287).

Über alltägliche Schwierigkeiten sprechen zu können, ist somit eine grundlegende Basis, auch die Suchtproblematik bearbeiten zu können:

„Ja. Also ich hab ja gerade eine Trennung hinter mir nach 14 Jahren. Man ist natürlich auch total traurig. Und das hatte ich auch ansprechen können. Deswegen fragen die auch immer: Wie geht es denn? [...] Dann haben wir ein ganz anderes Thema, als letzte Woche. Das muss man auch erst einmal ein bisschen aufarbeiten. [...] wir konnten auch heute viel darüber sprechen. (B kämpft sichtlich mit Tränen) [...] und mein Herz blutet und da ist man schwer therapierbar“ (I4, Z.291-297).

Diese Thematiken zu bearbeiten, wird dem Ziel der Überwindung von Erwerbslosigkeit zunächst vorangestellt und prioritär besprochen, weil sie aus Sicht der Betroffenen eine akute Relevanz aufweisen und als belastend wahrgenommen werden. Umso mehr wird die Möglichkeit begrüßt, die ‚drückenden‘ Themen besprechen zu können:

„Dass ich auch mal dann die ganze Zeit über dieses Thema dann reden konnte an dem Tag und nicht irgendwie: ‚Ja was ist denn jetzt ihr Ziel?‘ oder irgendwas. Sondern auch einfach mal, dass einer dann da ist und zuhört“ (I1, Z.95-97).

Doch wird die Möglichkeit, über die von den Betroffenen als relevant und besonders belastend erlebten Themen sprechen zu können, nicht in allen Angeboten in Leverkusen gesehen:

„Und akute Probleme durfte ich nicht mal sagen und hier im [Träger X] auch akute Probleme. [...] Aber bei den anderen: ‚Nö‘. Also so in der Richtung“ (I1, Z. 36-39).

UK 5.3 Problemsortierung und -wahrnehmung

Anknüpfend an die voran aufgeführte positive Bewertung der Befragten, auch Alltagsproblematiken besprechen zu können, wird auch das Aufzeigen von bestehenden, aber nicht als solche wahrgenommenen Schwierigkeiten durch die professionelle Unterstützung als relevant eingeschätzt („[...] das hängt ja auch alles zusammen. Und wenn da nicht einer ein Auge drauf hat, dann passiert da nichts. Das ist den meisten Leuten – den meisten Sucht – süchtigen Leuten egal. Wir haben ja ganz andere Prioritäten halt“ (I4, Z.322-324)). Ferner wird gewünscht, dass notwendige Bearbeitungsschritte aufgezeigt werden: „Und da kann man dann schon erkennen – wie man dann vorzugehen hat und was einem auch bevorsteht – wo man halt durchmuss, bevor man ernsthaft an einen Job denken kann“ (I4, Z.386-388). Die Besprechung des aktuellen Zustandes wird zur Bewältigung als ebenso wichtiger Inhalt der gemeinsamen Bearbeitung der Problematiken angesehen wie das Aufzeigen von negativen Konsequenzen und Folgen im Falle von nicht erfolgten Problemlösungen und den dafür notwendigen Hilfestellungen:

„Die Rückfälle, die sind einfach auch zu kurz getaktet. Ist natürlich schwierig dann arbeiten zu gehen [...] Da muss man gucken, wo ist denn der Ist-Zustand. Bist du in drei Monaten liegst du wieder da und kannst morgens nicht zur Arbeit gehen. Bist aber weg vom Jobcenter. Kriegst die Kündigung. Dann ist die Wohnung weg, dann ist alles weg, dann fang ich nochmal ganz von vorne an. Also besser Suchthilfe“ (I2, Z.514-520).

UK 5.4 Aufbau einer Tagesstruktur

Durch die Aussage, „Ja, mein ganzer Tagesablauf ist ja das große Thema. Also das ist das Hauptthema“ (I4, Z.347) wird die Bedeutung der Relevanz der Begleitung in der Tagesstruktur als ein Inhalt der Hilfestellungen deutlich. Für den*die Betroffene*n unpassend strukturierte Tagesabläufe werden als Belastung wahrgenommen („Den Tag so strukturieren, dass ich innerlich Stress habe: „So o.k., ich muss jetzt noch einkaufen, ich will jetzt noch eine Freundin treffen [...] Dass ich dann innerlich unter Stress bin. Was ich alles an dem Tag noch machen möchte“ (I1, Z.603-607)). Die Bearbeitung wird als wichtiger Baustein zum Aufbau einer stabilen Basis in der Lebensbewältigung angesehen, was wiederum als elementare Grundlage zur Überwindung der Suchtproblematik bewertet wird:

„Stabilität. Stabilität aufbauen, gucken o.k. wie, wie komm ich da weiter, dass mein Ziel wirklich auf Zement gebaut ist, nicht auf Sand. Ganz wichtig, bei nem Suchtkranken“ (I2, Z.521-522).

UK 5.5 Positive Bestärkung

Als weitergehend aus Sicht der Befragten wichtiger Bestandteil der Inhalte der Hilfestellungen wird die positive Bestärkung gelungener Situationen angesehen. So wird durch die professionellen Fachkräfte im Rahmen der Angebote beispielsweise positiv bemerkt, wenn problematische Situationen nicht durch die Suchtausübung bewältigt wurden („Ist doch super, dass Sie sich abgelenkt haben“ (I1, Z.105)).

Dies wird durch die befragten Interviewpartner*innen positiv wahrgenommen, wie die folgende Äußerung eines*einer Befragten aufzeigt:

„Ist doch gut, dass Sie in der Situation, dass so geschafft haben‘ [...]. Dass man hier nicht so abgestempelt wird, sondern wirklich so als Mensch auch und ja“ (I1, Z.107-112).

Die Relevanz der Beständigkeit und Fortführung dieser Bestärkung im Rahmen der Hilfestellung wird abschließend durch die Beschreibung *„Das ist ja jedes Mal wieder aufbauen, aufbauen [...] wieder Klötzchen auf Klötzchen legen, das ist ja die Wahrheit im Endeffekt“ (I2, Z.306-308)* durch den *die Befragten deutlich gemacht.

UK 5.6 Legitimation

Abschließend zu den Unterstützungsleistungen in der bestehenden Angebotslandschaft ist darauf hinzuweisen, dass die professionelle Begleitung auch zur Legitimation gegenüber relevanten Institutionen wahrgenommen wird. So erläutert ein*e Befragte*r

„[...] dass die Frau [...] mal zu einem Termin mit mir da hingegangen ist [...]. Da ist die mit mir zum Arbeitsamt. Haben wir uns dann vorm Arbeitsamt getroffen, sind da hochgegangen, um auch zu zeigen: ‚Ich verasch euch nicht, ich hab wirklich Hilfe‘. Weil man weiß nie, was die Leute dann auch immer denken. Dass sozusagen nochmal von professioneller Seite aus was gesagt wird. So sind die Arbeitsamt-Leute oder halt die Ämter sehen: ‚Ah da ist ja wirklich jemand im Hintergrund““ (I1, Z.433-438).

Da in der Wahrnehmung des*der Befragten im Jobcenter bestimmte Aussagen bezweifelt werden, wird die professionelle Unterstützungsleistung als Nachweis dafür genutzt.

OK 6 Merkmale der Angebote

Neben den aus der Sicht der Befragten relevanten Inhalten der Angebote zur Unterstützung in sozialen oder gesundheitlichen Problemsituationen schildern die Interviewpartner*innen auch die für sie bedeutsamen Charakteristika dieser. Die aus ihrer Sicht positiv oder negativ zu bewertenden Merkmale sind relevant, weil die Akzeptanz und darauf aufbauend die Nutzung oder Nicht-Nutzung der Angebote auf dieser Bewertung aufbaut, wie durch die Erläuterungen der Interviewpartner*innen deutlich wird. Ein besonderer Schwerpunkt in den Darstellungen der Befragten liegt in der Relevanz einer ganzheitlichen Ausgestaltung einer persönlichen und individuell begleiteten Unterstützungsleistung, die durch eine*n festen Ansprechpartner*in langfristig begleitet wird (vgl. auch UK 2.2). Die Berücksichtigung der lebensweltlichen Hintergründe des einzelnen Menschen hinsichtlich persönlicher Voraussetzungen und Möglichkeiten ist dabei aus der Sicht der Befragten ebenso von Bedeutung wie praktische Gründe (vgl. z.B. UK 6.5) bezüglich der Nutzungsmöglichkeiten.

UK 6.1 Individuelle und bedürfnisorientierte Unterstützung

Die einführend erläuterte Berücksichtigung individueller Gesichtspunkte der Betroffenen in Hinblick auf die Ausgestaltung der Angebote vor dem Hintergrund der persönlichen Möglichkeiten und Einschränkungen sowie Wünsche des jeweiligen Menschen werden von den Befragten umfangreich aufgeführt. So beschreibt ein*e Befragte*r ein Angebot zu seiner*ihrer Unterstützung dahingehend positiv, dass dieses *„gezielt, bezogen auf meine Probleme [gestaltet ist]. Das ist schon nicht so schematisch abgehakt. Das wird dann individuell gehandhabt. Das ist auch ein großer Vorteil“* (I4, Z.83-85).

Die Bedeutung einer individuellen Ausgestaltung für die Qualität der Betreuung zeigt die von einem*einer Befragten getätigte Aussage *„[...] je individueller man einen Menschen betreuen kann, desto besser für die Person“* (I4, Z.418-419). Dafür ist es notwendig, dass *„[...] sie [Anm.: die betreuende Fachkraft] gut zuhört, das auch alles für wahre Münze nimmt und sich viele Gedanken macht“* (I4, Z.286).

Dem gegenüber werden Unterstützungsleistungen, die die individuellen Bedingungen und darauf aufbauend passende Angebote im Sinne eines *„Schema F“* (I4, Z.180) nicht berücksichtigen, negativ wahrgenommen. Dies wird durch den Vergleich eines*einer Befragten zu seinen*ihren Erfahrungen in einer anderen Stadt deutlich. Er*sie kritisiert sowohl die Anonymität des Angebots als auch die daraus resultierende nicht vorhandene individuelle Berücksichtigung des*der einzelnen Betroffenen:

„Also in [Großstadt in Nordrhein-Westfalen] war das ganze jetzt n bisschen anonym, alles ein bisschen – ich sag immer Schema F [...] – Sucht ist im Endeffekt ne Sache – ist wie bei anderen Krankheiten auch – wo man individuell eigentlich auf die Person eingehen müsste. Die Möglichkeit gibt es. [...] Dann wird da immer Langzeittherapie. Funktioniert immer gleich. Wir vermitteln den jetzt irgendwo in die Langzeit. Je nach dem was er für einen Träger hat (IFA oder LFA) [...] in Düsseldorf. Antrag ausfüllen, Rentenversicherung und dann ab in die Langzeittherapie. Da passiert immer das gleiche“ (I2, Z.349-359).

Als von ihm*ihr identifizierte Gründe führt der*die Befragte ökonomische Bestrebungen der betreffenden Institution, in diesem Fall einer rehabilitativen Einrichtung, auf:

„Die wollen auch die Hütte vollkriegen da. Die sind nicht drauf erpicht, dass wir sag ich mal ach so toll 20 Leute haben, die wir mit den wir jetzt richtig intensiv Therapie machen können. Die Erfahrung hab ist jetzt gemacht. Das sind große Konzerne, das ist ein Hotel im Endeffekt, so muss man sich das vorstellen. Es geht darum die Betten voll zu haben“ (I2, Z.359-363).

Die Beachtung individueller Merkmale in der Gestaltung der Angebote, sowohl im Kontext von Persönlichkeitsmerkmalen als auch auf die spezifische Suchterkrankung bezogen, wird als positiv wahrgenommen und spezifisch im Rahmen einer der Unterstützungsangebote der GSWS-Verbundpartner ebenso bewertet:

„Und das fand ich in Leverkusen sehr angenehm. Dass da jemand ist, der sieht, ja o.k., wie tickt der jemand überhaupt. Jeder suchtkranke Typ ist ja anders. (I2, Z. 262-263).“

In diesem Zusammenhang sollten auch krankheitsbedingte Einschränkungen zum einen in der Ausgestaltung der Angebote berücksichtigt werden, wie das folgende Zitat darlegt:

„[...] ich schlafe erst um zwei und stehe halt ziemlich spät auf. Und ich werde halt nachts oft wach. Ich kann nicht dann jeden Morgen um acht Uhr dann auf der Matte irgendwo stehen. Das würde ich gar nicht schaffen [...]. Also deswegen halt auch erstmal so für Leute, auch die wirklich Schlafstörungen haben, dass man halt so Gruppen hat, die vielleicht wirklich erst ab zwölf oder so in der Richtung erst anfangen“ (I1, Z.677-681).

Zum anderen sollten ebenso auch die individuellen Lebensumstände der einzelnen Personen beachtet werden. So beschreibt ein*e Befragte*r, durch seine*ihre Fernbeziehung in der zeitlichen Planung eingeschränkt zu sein, was er*sie in der Ausgestaltung ihrer Unterstützungsangebote berücksichtigt wissen möchte:

„[...] mein Partner wohnt 400 Kilometer weiter weg, also nicht grad um die Ecke. Man hat – heutzutage ist das normal, dass man mal vielleicht sowas hat. Oder auch vielleicht Familienbesuch oder irgendwas so“ (I1, Z.389-391).

Auch situationsbedingte Veränderungen im Sinne von verschiedenen „Phasen“ (I4, Z.416) im Krankheitsverlauf müssen aus der Sicht der Befragten berücksichtigt werden:

„Das ist halt bei jedem Suchtkranken (4) sehr situationsabhängig. Das kann man sich so jetzt – das ist schwer vorstellbar. Die Tatsache, dass es mir jetzt heute gut geht, heißt nicht, dass es mir nächste Woche noch genauso gut geht. Das darf man nicht vergessen. Das heißt, ich find halt gut, dass da auch so Leute sitzen, die auch da wirklich gucken – o.k. – nicht ja wir haben jetzt dat gesagt und dann machen wir das jetzt, wir gehen jetzt einfach mal da weiter, sondern auch erstmal zu gucken, o.k. wie geht’s dem Menschen jetzt grade eigentlich. Vielleicht hat er grade jetzt grade wieder ganz andere Sorgen – vielleicht ist er sogar rückfällig geworden“ (I2, Z.108-114).

Dabei ist es aus der Sicht der Betroffenen zudem relevant, dass ihre persönlichen Zielsetzungen und Präferenzen sowie die dafür notwendigen Schritte bedacht und in die Unterstützung einbezogen sowie nicht gewünschte Inhalte ebenso berücksichtigt bzw. ausgeschlossen werden:

„Natürlich auch so mittelfristige Ziele und Fernziele werden da auch besprochen. Zum Beispiel mit rehapro das zielt ja natürlich letztendlich darauf ab, dass Leute wie ich dann zum Beispiel irgendwann auch mal wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden (lacht). [...] aber ich sehe gut, das geht halt schon so in die richtige Richtung, wo ich auch ganz einfach offen sagen kann, was möchte ich denn gerne und vor allen Dingen, was möchte ich denn gerne nicht. Das ist für so kranke Menschen wie mich sehr wichtig. Ja und da schaut, da schauen die schon so, wie können wir das denn erreichen“ (I2, Z.75-82).

Zusammenfassend werden aus der Sicht eines*einer Befragten individuelle persönliche Voraussetzungen und Bedingungen im Rahmen der bisherigen GSWS-Projektarbeiten durch den fallbetreuenden Eingliederungsscout beachtet und in die Arbeit einbezogen. Dass dies keine Selbstverständlichkeit für

den*die Befragte darstellt und von ihm*ihr positiv bewertet wird, wird durch seine*ihre Formulierung, mit der individuellen Betreuung „Glück“ zu haben nachfolgend deutlich:

„Aber mal wirklich Leute zu finden, die individuell auf einen eingehen, das Glück hab ich jetzt zum Beispiel mit der Frau (...) und das Glück hab ich auch jetzt durch rehapro. [...] Die spricht individuell mit mir“ (I2, Z.366-369).

UK 6.2 Ganzheitlichkeit

Neben der Betrachtung und Beachtung der individuellen Situation des*der einzelnen Betroffenen sollte auch die Problemsituation des jeweiligen Menschen umfassend und multiperspektivisch beachtet und ganzheitlich bearbeitet werden. So führt ein*e Befragte*r beispielhaft auf:

„[...] die Trennung, Drogenproblem, Geldproblem, zeitweise kein Dach über dem Kopf. Das sind ja extrem viele Gebiete, die gedeckt werden. Und je mehr es werden, desto besser ist es“ (I4, Z.419-421).

Dies erfordert vom Hilfesystem umfassende und miteinander verbundene Angebote, die die Bearbeitung der multiplen Problemlagen ermöglichen. Der*die Befragte führt diesbezüglich weitergehend auf, dass auch das umfassende Wissen und damit verbundene Verständnis für die Situation des*der Einzelnen von allen professionellen Akteur*innen gegeben sein sollte, was einen Austausch der Beteiligten erfordert:

„Ja, ich würde mir schon manchmal wünschen, dass jeder in diesem Team, von dem ich gerade erzählt habe, hat ja seine Stärken und Schwächen, wenn die Personen das noch schaffen könnten, das Wissen von den überlegenen Kollegen in dem Team sich anzueignen, um das auch alles abzudecken, das wäre schon ein riesen Fortschritt. [...] Wir sind so schnell, wir sind so leicht – also meine Laune kann schnell kippen, dann fahre ich nach Hause und bin nicht mehr zu gebrauchen. Das darf einem Therapeuten natürlich nicht passieren. Der muss ja auch auf so etwas vorbereitet sein. Da klappt halt nur, wenn der Therapeut das komplette Wissen hat“ (I4, Z.258-266).

UK 6.3 Unvoreingenommenheit

Die Befragten wünschen sich einen vorurteilsfreien Umgang mit ihnen und den sie belastenden sozialen und gesundheitlichen Problemlagen sowie den damit verbundenen Einschränkungen. Dieser sollte aus ihrer Sicht zum einen von Seiten des Unterstützungsangebots ihnen und ihrer individuellen Problemlage gegenüber bestehen; die eigenen Belastungen sollen von dieser Seite nicht im Sinne von *„Ja du tust ja nur so, als ob du krank bist, du hast nur kein Bock zu arbeiten“* (I1, Z.110-111) verstanden werden. Zum anderen soll dies auch gegenüber ‚Dritten‘ wie dem Jobcenter gemeinsam vertreten werden. Psychische Einschränkungen sollten demnach nicht mit Demotivation hinsichtlich der Arbeitssuche gleichgesetzt werden (*„[...] man ein kaputtes Bein hat und einer mit der Psyche oder einer wirklich nur zuhause sitzt, weil er kein Bock hat“* (I1, Z.317-319).

Negative Einschätzungen von in Hilfsangeboten tätigen Mitarbeitenden gründen aus Sicht eines*einer Befragten auch auf bestehendem Fehlverhalten anderer Angebotsnutzer*innen („Nur weil halt andere Leute, da das halt ausnutzen. Oder die hier hinkommen von wo anders (lacht), ne?“ (I1, Z.350-351)). Diese Erfahrungen sollten jedoch nicht pauschal auf andere übertragen werden.

Darüber hinaus äußert ein*e Befragte*r den Wunsch, beim Aufsuchen von Angeboten, die nicht direkt zu der Zielgruppe und deren Bedarfen passen, dennoch dort das Gefühl vermittelt zu bekommen, offen begrüßt und ernst genommen zu werden:

„Und die sind echt spezialisiert auf Heroin – ich meine es gibt ja auch andere harte Drogen – und Alkohol. Und die sind sogar in der Lage mich auszulachen. Was willst du denn hier? Also man fühlt sich dann teilweise auch gar nicht ernst genommen. Ist jetzt übertrieben, aber diese Richtung gefällt mir nicht. Das kann man auf jeden Fall verbessern“ (I4, Z.210-214).

UK 6.4 Orientierung an individueller Ausgangslage

Zudem sollten Unterstützungsangebote so gestaltet werden, dass sie Betroffene in ihrer jeweiligen Lebenssituation und den damit verbundenen Verhaltensmöglichkeiten berücksichtigen und nicht überfordern. Es werden dahingehend „kleine Schritte“ in der Bearbeitung der Problemlagen gewünscht („Wir wollen ja klein anfangen. Ja, ich glaube, dass ist mit am wichtigsten [...] Ich werde dazu immer gefragt, ob ich mich in der Lage fühle.“ (I4, Z.287)). Eine Überforderung kann demnach zur Entstehung von Krisensituationen beitragen, wie durch eine*n Befragte*n in nachfolgendem Zitat beschrieben:

„Und dann steh ich am Ende vor einem riesen Scherbenhaufen. Ja, das heißt es geht jetzt da in kleinen Stücken kontrolliert weiter“ (I2, Z.603-604).

Auch in Hinsicht auf die (Wieder)Aufnahme einer Erwerbsarbeit werden „kleine Schritte“ zur (Wieder)Eingliederung in den Arbeitsmarkt angestrebt („Habe ich aber nicht wirklich und jetzt haben wir darüber gesprochen – über 450 EURO - das liegt ja auch auf der Hand. Zum Reinkommen“ (I4, Z.389-400)).

Im Kontext ihrer persönlichen krankheitsbedingten Möglichkeiten schildern die Befragten in diesem Zusammenhang auch, sich durch ein zu schnelles Vorgehen in der (Wieder)Eingliederung in den Arbeitsmarkt unter Druck gesetzt zu fühlen:

„[...] dass ich halt diese Angst hab, ich muss mal wieder irgendwie langsam irgendwo arbeiten. Oder Druck: "Ja mach doch mal einen 400-Euro-Job da" oder dies. Das ist ja nicht so einfach, sondern von jetzt auf heute kann ich nicht arbeiten gehen“ (I1, Z.258-261).

Vor dem Hintergrund seiner*ihrer Sorgen strebt der*die Befragte die Aufnahme einer Erwerbsarbeit an, bei der seine*ihre Einschränkungen berücksichtigt werden:

„Ich kann nicht sofort arbeiten, ich kann nicht sofort jetzt irgendwo auch Ein-Euro-Job machen, oder irgendwie sowas. Sondern wirklich, wo ich so wirklich noch Welpenschutz habe sozusagen“ (I1, Z.637-639).

Zudem zeigt sich in den Interviews, dass die Betroffenen zu ihren Perspektiven und Wünschen bezogen auf ihre Erwerbsarbeit befragt und einbezogen werden möchten (*„Sie hat mich gefragt: Möchten Sie denn? Ich bin da zu nichts genötigt worden. Ich hab gesagt, ja ich mach das mal“* (I2, Z.484-485)). Dass sie nicht unter Druck gesetzt werden, wird besonders goutiert:

„Und das ist ja schon so, das habe ich in der Vergangenheit auch schon sehr, sehr viel erlebt, dass diese Leute wahnsinnigen Druck rausnehmen können und wirklich helfen können“ (I2, Z.19-21).

Hier zeigt sich, dass Unterstützung einerseits als positiv und bestärkend aufgenommen und aus Sicht des*der Befragten keine zusätzliche Belastung durch Druck wahrgenommen wird. Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Stimmen, die sich Druck als Motivationsförderung ausdrücklich wünschen:

„B: Das ist nicht gut.

I1: Haben Sie da irgendwie eine Idee, wie man das besser machen könnte?

B: Mal mehr unter Druck setzten. Die müssen auch mal was tun. Die lungern da alle nur rum [...]“ (I3, Z.179-181).

Somit verweisen diese Interviewauszüge insgesamt darauf, dass Hilfen gewünscht werden, die auf die individuellen Ausgangslagen abgestimmt sind.

UK 6.5 Wohnortnähe und Verfügbarkeit

Neben der inhaltlichen und personenbezogenen Ausgestaltung der Unterstützungsangebote werden auch Merkmale angesprochen, die die Erreichbarkeit und Wohnortnähe der Angebote betreffen, weil es unterschiedliche persönliche Mobilitätsmöglichkeiten – auch aufgrund des gesundheitlichen Zustandes – gibt:

„Sowas gibt es in Leverkusen nicht, Köln ist mir zu weit weg, ich hab kein Auto. Ich fahre auch nicht dann, wenn – grad, weil ich auch ein Problem hab mit morgens aufstehen. [...] Das würde ich gar nicht schaffen. Zwei, drei Tage, dann rufe ich an und sag: ‚Mir gehts nicht gut‘“ (I1, Z.648-652).

Aus den Erläuterungen des*der Befragten wird deutlich, dass die Erreichbarkeit der Angebote ein Kriterium zu deren (weiteren) Nutzung oder Nicht-Nutzung ist.

OK 7 Zusammenarbeit der Träger

Zur Zusammenarbeit der unterschiedlichen Träger im Hilfesystem in Leverkusen berichten die Befragten unterschiedliche Erfahrungen, aus denen Erkenntnisse zur Ausgestaltung der Angebotslandschaft gewonnen werden können. Ein Fokus in den Schilderungen richtet sich auf die erlebten Übergänge an den verschiedenen Schnittstellen. Dabei wird von den Befragten die Einzelbetreuung im Sinne einer

Lotsenfunktion bzw. im Sinne des Case-Managements (vgl. UK 2.2) als bedeutsam hinsichtlich der Überwindung der Schnittstellen im Hilfesystem gesehen. So erläutert ein*e Befragte*r:

„Dass die Frau [...] da auch nochmal angerufen hatte. Wegen Termin machen und wie jetzt die nächsten Schritte sind, um überhaupt zur Ergotherapie hinzukommen. Also diese Schritte halt. Dass sie dann da anruft, eventuell einen Termin macht, dies und das und danach halt weiter zu gucken“ (I1, Z.87-90).

Die Vermittlung in weiterführende für den*die Betroffene*n notwendige Angebote durch die begleitende Fachkraft inklusive Kontaktaufnahme, Überleitung zu einer Kontaktperson und Vereinbarung eines Termins verweist auf die Zusammenarbeit relevanter Träger bzw. Angebote, die die Nutzung weiterer Angebote ermöglicht.

Dass durch die Begleitung der professionellen Fachkraft eine gesundheitliche Unterversorgung vermieden wird, die durch individuelle Barrieren bedingt wären (z.B. Angst vor Kontaktaufnahme und/oder Nutzung) wird durch die Schilderungen eines*einer Befragten kenntlich:

„Oder letztens die hatte mir mal, ich hatte so Angst davor, einen Termin beim Orthopäden gemacht. Hat die angerufen für mich und hat dann einen Termin gemacht“ (I1, Z.448-449).

Durch umfassende Kenntnisse zum Hilfesystem sowie durch die Möglichkeit der Weitervermittlung im Zuge einer systematischen Zusammenarbeit der Akteur*innen, werden den Betroffenen Möglichkeiten eröffnet und Alternativen aufgezeigt, indem sie von Angeboten erfahren bzw. dorthin vermittelt werden, die ihnen bisher unbekannt waren (*„So und alleine wäre ich jetzt auf Ergotherapie nie gekommen oder diese Arbeitstherapie und ja“ (I1, Z.263-264)*). Dies ermöglicht eine umfassendere Unterstützung der Betroffenen.

Die Übermittlung personenbezogener, gesundheitlicher und unterstützungsrelevanter Informationen zwischen den verschiedenen Akteur*innen zur Vereinfachung der Hilfeleistungen wird von Befragten befürwortet, weil die wiederholte Darlegung der eigenen Problematiken als belastend erlebt wird:

„Ja das finde ich schon manchmal besser, weil immer wieder das gleiche zu erzählen, da hatte ich auch damals schon mal überlegt. Wie gesagt ich hatte ja mal da mal hier ein Gespräch gehabt, aber es hat nie immer gepasst. Da hab ich schon überlegt, ich glaub, ich schreib einfach ein Zettel, klatsch den hin (haut auf den Tisch): ‚Bitte lesen Sie!‘“.

I1: Ja, damit Sie es nicht nochmal erzählen müssen?

B: Ja, weil es ist richtig anstrengend. Also ich erzählte und rede auch viel, auch mit – ich gehe auch offen damit um wie gesagt. Aber es ist halt nicht immer so einfach, wenn man dann irgendwann mal, wenn ich denke: ‚Hä‘. Dann alle Sachen durcheinander vielleicht dann bringt oder halt immer wieder erzählen“ (I1, Z.238-246).

Eine Dokumentation relevanter Daten und Hintergrundinformationen und deren Weitergabe zwischen den verschiedenen Akteur*innen auch institutions- bzw. trägerübergreifend würde aus Sicht des*der

Befragten auch zur Systematisierung der Informationen beitragen und eine bessere Betreuung gewährleisten.

Die Schilderungen und Bewertungen des aktuellen Stands der Zusammenarbeit der Akteur*innen lassen sich hinsichtlich der trägerinternen als auch -externen Zusammenarbeit differenzieren. Die interne problemübergreifende Zusammenarbeit der einzelnen Akteur*innen in Form der professionellen Fachkräfte innerhalb eines Trägers wird aus der Sicht der Befragten als umfangreich und ganzheitlich geschildert:

„Die [Träger X] nimmt ja auch alles an, die ist ja auch sehr breit aufgestellt. Aber die schauen ja dann auch wirklich danach, o.k. was macht der Herr (...) (der Befragte) denn? A ist Herr (...) abstinent, B kümmert Herr (...) sich um seine Post oder müssen wir das machen? Isso“ (I2, Z.196-199).

Weiter wird positiv bewertet, dass bei einem der beteiligten Träger für den*die Befragte*n die Möglichkeit einer internen kontinuierlichen und problemübergreifenden Unterstützung bestand:

„Und ja, das rehapro ist ja relativ neu – also ich hab ich war vorher in der Reha in der Drogenberatung.

I1: Das war auch hier [...]?

B: Das war auch [bei Träger X], nur in [...], das ist ein Ort weiter. Ja, das war schon sehr gut. Da gibt's ja auch diese komplette Therapie, das heißt, es wird auf jemanden eingegangen, die ganze Problematik wird erfasst und die Schritte werden herausgearbeitet, um dann später dann auch erfolgreich im Berufsleben zu werden. Das ist durchgehend, also das ist eine komplette Beratung. Könnten auch die Eltern sein“ (I4, Z.31-38).

Dabei wird auch die interne Zusammenarbeit der professionellen Fachkräfte zur Unterstützung des*der Betroffenen von ihm*ihr vor dem Hintergrund eines bestehenden Konzepts zur Zusammenarbeit ebenso positiv bewertet:

„Aber die sprechen sich ja im Team ab. Das ist ja auch nicht so, dass da kein Konzept ist. Das spricht auch für [Träger X] in meinen Augen, dass die Leute sich ein Konzept zurechtlegen“ (I4, Z.81-83).

Bezüglich der externen Zusammenarbeit der Akteur*innen schildern die Befragten differente Erfahrungen in den verschiedenen Trägern. Diese reichen von einer Verweisberatung, bei der der*die Betroffene selbstständig aktiv werden muss, die aber im Kontext der zuvor bestehenden Ausgestaltung der Vermittlung dennoch positiv bewertet wird (*„[...] und ich fand das eigentlich auch ganz gut, dass man da – mittlerweile muss man sagen, ich glaub das war früher mal anders – also die waren da schon sehr hellhörig und haben gesagt o.k. Moment mal also hier gibt es das, das und das – o.k., ob man da hingeh, das liegt an einem selber, jeder ist da seines Glückes Schmied [...]“ (I2, Z.132-135)*) bis hin zu der Annahme einer trägerabhängigen Einschränkung der Zusammenarbeit (*„Das ist ja immer die Frage, ob jemand von [Träger X] mit jemandem von [Träger Y] überhaupt spricht (lacht)“ (I2, Z.143-144)*).

Erste Erfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit im Kontext der Startphase des GSWS-Projektes werden von den Befragten positiv wahrgenommen. Dies betrifft zum einen den Austausch unter den beteiligten Akteur*innen zu unterschiedlichen Schwerpunkten in der Problembearbeitung:

„Aber da kann man ja jetzt – sagen wir mal wirklich jetzt ein Team hat, das sich regelmäßig trifft. Da kann man ja Sachen auf kurzem Wege austauschen. Also da kann dann vielleicht auch jemand – vermute ich mal aus meinem Arbeitsleben – und sagen, ja o.k. da gibt’s ein Problem, hab ich vielleicht mal eine Lösung für sogar. Die der andere vielleicht nicht hat. Also das find ich echt auch ne gute Sache“ (I2, Z.144-148).

Zum anderen wird auch die Verfügbarkeit einer trägerübergreifenden Anlaufstelle positiv bewertet, weil angenommen wird, dass dort trägerübergreifend Angebote verfügbar sind:

„Und wenn man da – und das ist eigentlich auch so ne gute Sache an rehapro – eine Anlaufstelle hat, dann ergibt sie da hinterher im besten Fall mehr draus, ja. Ich vermute mal bei rehapro wird’s so sein, klar die ganzen Institutionen, die da jetzt, ja, son bisschen verquickt wurden, ja klar, die gabs ja vorher auch schon, aber die Wege waren wahrscheinlich länger“ (I2, Z.137-140).

Laut des*der Befragten gestaltet sich die trägerübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes zur Überwindung von Schnittstellenproblematiken dahingehend, dass offene und selbsterfahrene Bedarfe hinsichtlich der Unterstützungsleistungen gedeckt werden. Demnach resultierten aus einer optimierten Zusammenarbeit eine verbesserte Betreuung sowie Unterstützung der Betroffenen:

„Das ist ja relativ neu, glaube ich. Und auch was gefehlt hat. Also, ich denke mal, dass es auch erkannt wurde. Denn, ich bin ja wahrscheinlich auch nicht der Einzige, der Hilfe gesucht hat und in der Form ja gar nicht gefunden hat. Das ist wahrscheinlich in den letzten Jahren häufiger passiert und das Umdenken hat stattgefunden. Ja, das war wichtig. Je besser die zusammenarbeiten, umso besser kann man jemanden helfen“ (I4, Z.335-239).

Dabei wird die Vereinigung von verschiedenen Schwerpunkthematiken innerhalb eines Teams in der kooperativen Zusammenarbeit der professionellen Akteur*innen positiv erkannt und benannt („o.k., die Frau (...) hat so ein bisschen einen anderen Aufgabenbereich als die Frau (...). Und die sprechen zusammen, das ist gut“ (I2, Z.418-419)).

Abschließend lassen sich noch offene Bedarfe anführen, die die Befragten bezogen auf zwei verschiedene Aspekte genannt haben. Erstens wird eine möglichst umfassende Zusammenstellung der verschiedenen Angebote im Hilfesystem für die betroffene Zielgruppe gewünscht, sodass sich alle Projektbeteiligten auf dieser Grundlage informieren können („Also da vielleicht noch Listen oder Kooperationen mit irgendwas, gewissen Ärzten auch“ (I1, Z.579-580)). Zweitens wird angeregt, dass das Projekt in Leverkusen breiter bekannt gemacht werden sollte, weil z.B. eine Person „... wusste nichts davon, die hat das nur mal gehört“ (I1, Z.463-465).

OK 7 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden von den Befragten sowohl bezogen auf eine (Wieder) Aufnahme von Erwerbsarbeit als auch auf die potenzielle Nutzung von Unterstützungsleistungen in der Angebotslandschaft beurteilt. So berichtet ein*e Befragte*r von seinen*ihren Sorgen, durch die Aufnahme von Minijobs den Anspruch auf SGB-II-Leistungen zu verlieren. Dies wird als einschränkende Bedingung für ihn*sie hinsichtlich der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wahrgenommen:

„[...] über 450 EURO - das liegt ja auch auf der Hand. Zum Reinkommen. Ist halt auch die Gefahr, wenn man sich abmeldet und es klappt nicht, dann gibt es immer diesen Überbrückungsmonat. Und dann hat man gar nichts. Da sollte man gut überlegen“ (I4, Z.399-401).

Ferner schildert der*die Befragte auch von Einschränkungen hinsichtlich des SGB II-Leistungsbezugs bei (noch) nicht vorhandenen formalen Voraussetzungen, in diesem Fall die offizielle Meldung der Obdachlosigkeit. Dies wird sowohl als zeitintensiv als auch als hinderlich für die Bearbeitung der persönlichen Schwierigkeiten und Langzeitarbeitslosigkeit gesehen:

„Wenn man dann kein Dach über dem Kopf hat und keine Meldeadresse. Dann hast du auch kein – dann kannst du dich auch nicht anmelden sozusagen. Dann bekommst du auch kein Geld. Dann muss man sich obdachlos melden, was man ja eigentlich so unbedingt gar nicht möchte – um überhaupt weiterzukommen. Das ist ja ein riesen Aufwand. Das hat glaube ich 14 Tage gedauert, bis ich dann wieder abgesichert war“ (I4, Z.428-432).

5.1.3 Zusammenfassung und Implikationen für die Projektweiterentwicklung

Zunächst werden die zentralen Forschungsergebnisse zusammengefasst, und auf dieser Basis wird die Forschungsfrage beantwortet. Daran anschließend werden Implikationen für die Projektweiterentwicklung insbesondere im Hinblick auf die projektbezogenen Innovationen auf struktureller und fachlicher Ebene aufgeführt. Planungen zur Dissemination der Erkenntnisse als erster Schritt zur weiteren Berücksichtigung in der Weiterarbeit werden im Anschluss an den Ergebnisteil der Evaluationsbausteine in Kapitel 6 hinsichtlich der weiteren Planungsschritte aufgeführt.

In der Gesamtschau geben die Ergebnisse einen Überblick über die aus der Sicht der Nutzer*innen bedeutsamen, von ihnen als positiv oder verbesserungswürdig bewerteten Bedingungen in der Leverkusener Angebotslandschaft. So wünschen sich die Betroffenen vom Jobcenter besser nachvollziehbare und transparentere Arbeitsschritte und Entscheidungen. Sie sehen einen Bedarf in der zuverlässigen Erreichbarkeit der sie betreuenden Integrationsfachkräfte und in deren Kompetenzen im Umgang mit Suchtproblematiken. Sie wünschen sich, dass die ihnen durch das Jobcenter vermittelten Angebote eine individuelle Qualifizierung ermöglichen, um diese unterstützend bei der Suche nach einer Erwerbsarbeit nutzen zu können.

Im Rahmen umfangreicher Schilderungen der Befragten wird die große Bedeutsamkeit sichtbar, die sie einer individuellen, persönlichen und professionellen Begleitung im Sinne einer Lotsenfunktion zur

Nutzung der Angebote im Hilfesystem beimessen. Diese soll als feste*r Ansprechpartner*in, Begleitung sowie einrichtungs- bzw. trägerübergreifende Unterstützung für die notwendigen Handlungsschritte zu den Angebotsnutzungen der Betroffenen dienen. Neben einer professionellen, umfangreichen und engagierten Ausgestaltung dieser individuellen Begleitung ist aus der Sicht der Befragten auch die persönliche, zwischenmenschliche Beziehung wichtig.

Übergeordnet sollen die Angebote zu ihrer Unterstützung inhaltlich die Möglichkeit bieten, notwendige Formalitäten bearbeiten und alltägliche und akute Problematiken bewältigen zu können. Ein erster relevanter inhaltlicher Schritt ist aus der Sicht der Befragten die Unterstützung zum Aufbau einer Tagesstruktur, die als Grundlage für weitere Zielsetzungen hinsichtlich des gesundheitlichen und sozialen Status gesehen wird. Dabei sollen die Angebote als positive Unterstützung in der Bewältigung der gesundheitlichen und sozialen Problemlagen dienen.

Die Befragten wünschen sich diesbezüglich eine ganzheitliche und bedürfnisorientierte, ihre Lebenswelt berücksichtigende Hilfe, die perspektivisch planbar und langfristig ausgestaltet ist sowie in regelmäßigen Abständen stattfindet. Mögliche Überforderungen durch einen zu schnellen Fortschritt und das Gefühl, Druck ausgesetzt zu sein, sollen ebenso vermieden werden, wie eine Voreingenommenheit bzgl. der sozialen und gesundheitlichen Einschränkungen. Auch eine grundsätzliche Verfügbarkeit und eine Wohnortnähe der Angebote ist hinsichtlich der Nutzung für die Betroffenen von Bedeutung.

Die differenten Schilderungen hinsichtlich der Ausgestaltung in der Form der Angebote zu ihrer Unterstützung zeigen diesbezüglich die Unterschiedlichkeit in den Bedürfnissen der Befragten. Sie wünschen sich je nach individueller Präferenz Einzel- (professionelle Unterstützung oder Peer-Beratung) oder Gruppenangebote (professionelle Unterstützung oder Selbsthilfegruppen). Zudem sehen sie entsprechend des jeweiligen gesundheitlichen und sozialen Status auch eine Notwendigkeit von aufsuchender Arbeit.

Die Zusammenarbeit der Akteur*innen wird als eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Betreuung erachtet: Denn aus der Sicht der Befragten ist es von Bedeutung, dass die von ihnen wahrgenommenen Schnittstellenproblematiken zwischen den Angeboten überwunden werden. Sie haben den Wunsch nach einem systematischen und aufeinander abgestimmten Gesamtkonzept, das im Kontext einer festen und unabhängigen Anlaufstelle gelenkt wird. Diese soll über die einzelnen Angebote im Hilfesystem in Leverkusen hinaus bestehen und unabhängig besucht werden können; weitere Schritte sollten von dort gesteuert werden. Sie wünschen sich, dadurch den Zugang zu aus ihrer Sicht nicht verfügbaren Angeboten zu finden und parallele Arbeitsschritte vermeiden zu können. In diesem Zusammenhang wird auch der Wunsch geäußert, Informationen zwischen den einzelnen Angeboten

weiterzuleiten, um eigene Problematiken nicht immer wieder schildern zu müssen. Auch in der Verfügbarkeit einer zielgruppenspezifischen Übersicht zu allen Angeboten des Hilfesystems besteht aus Sicht der Befragten ein Bedarf.

Die Ergebnisse zu den Zugangswegen zeigen weiterführend auf, dass potenziell über verschiedene Akteur*innen im Sozial- und Gesundheitswesen ein Zugang in das Hilfesystem bestehen kann. Sowohl am Projekt Beteiligte (Jobcenter, Suchthilfe etc.) als auch weitere Akteur*innen (z.B. Ärzt*innen) haben im Rahmen der bestehenden Zusammenarbeit zu anderen Angeboten vermittelt. Dabei gestaltet sich diese Zusammenarbeit primär als eine Art der Verweisberatung; in diesem Zusammenhang wird von den Befragten häufig erst Hilfe in Anspruch genommen bzw. das potenzielle benannte Angebot aufgesucht, wenn der persönliche Leidensdruck aufgrund bestehender Schwierigkeiten hoch ist. Der Zugang zu den Unterstützungsleistungen sollte laut der Betroffenen erweitert und erleichtert werden, insbesondere formale Hürden werden als Belastung wahrgenommen.

Einige gesetzliche Rahmenbedingungen werden von den Interviewten als Hürden wahrgenommen. So erleben sie formale Voraussetzungen zur Nutzung von Hilfeleistungen (z.B. bei der Beantragung von SGB II-Leistungen) teilweise als ebenso problematisch, wie eine bedarfsgerechte (Wieder)Eingliederung in den Arbeitsmarkt ohne finanzielle Nachteile.

Mit Blick auf die mit dem Projekt angestrebten strukturellen und fachlichen Innovationen zeigen die erzielten Forschungsergebnisse die Relevanz der individuellen, persönlichen Einzelbetreuung und -begleitung im Hilfesystem bzw. in der Angebotslandschaft, wie diese die Eingliederungsscouts mittels CM bereits leisten oder zukünftig leisten sollen. Dabei wünschen sich die Betroffenen eine Hilfe, die sich an ihren individuellen Lebenswelten und Problematiken ausrichtet. Dass dieses Anliegen im Projekt immer wieder handlungsleitend ist, sollte regelmäßig in den Schulungen der Eingliederungsscouts, aber auch auf der Ebene des PNW und der WB in der gemeinsamen Arbeit reflektiert und in die weiteren Arbeitsschritte zur Planung des evaluativen Vorgehens einbezogen werden.

Die Bedeutung, die die Befragten einer übergeordneten Anlaufstelle, die bekannt und leicht verfügbar ist, beimessen, unterstreicht die Relevanz der im Projektrahmen Ende 2020 eingeführten offenen Sprechstunde vor Ort in den Räumlichkeiten des Projektes und an anderen Stellen in Leverkusen. Diese Sprechstunden sollen im Leverkusener Raum (s.u.) offen und transparent gemacht werden, um Betroffenen Zugangswege zu erleichtern.

Das Projekt sollte eine kontinuierliche Betreuung durch den fallführenden Eingliederungsscout, wenn möglich, gewährleisten. Bei der Auswahl der Fallführung sollten die individuellen Präferenzen des Betroffenen auf der Beziehungsebene bedacht und nicht vor dem Hintergrund anderweitiger Aspekte,

wie fachlicher Expertise, unberücksichtigt bleiben. Eine längerfristige Unterstützung sollte gewährleistet werden, um den Betroffenen die Sorge vor einem Projektende und dem damit verbundenen Abbruch ihrer individuellen Betreuung nehmen zu können. Eine langfristige Planung der einzelnen gemeinsamen Arbeitsschritte im Unterstützungsprozess zwischen Eingliederungsscouts und Betroffenen (inklusive Terminvereinbarungen) sollte ebenso wie ein möglichst persönlicher „face-to-face“-Kontakt (sobald wieder pandemiebedingt möglich) realisiert werden. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit eines Akutkontaktes für schwere Problemsituationen bestehen.

Die Forschungsergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit, für Betroffene ein breites Angebotsspektrum zu gewährleisten, um ihre Präferenzen und Bedürfnisse abzudecken und zur Bewältigung ihrer Problemlagen beitragen zu können (Einzelangebote, Gruppenangebote, aufsuchende Arbeit).

Die Arbeit der Eingliederungsscouts im Sinne des CMs soll die Betroffenen durch das Hilfesystem lotsen und so Schnittstellen zwischen den Angeboten überwinden. Da insbesondere die wiederholte Erläuterung der Hintergründe der Problematiken und Lebenssituation (andere Person, andere Einrichtung) von den Befragten als belastend wahrgenommen wird, ist eine träger- und personenübergreifende Übermittlung ihrer Daten im Rahmen einer datenschutzkonformen Machbarkeit bzw. unter Beachtung einer möglicherweise notwendigen Schweigepflichtentbindung zu überlegen.

Im Hinblick auf die allgemeine Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Wohnortnähe von Angeboten in Leverkusen sollte im Projektverlauf die bereits erstellte Übersicht überprüft und ggf. um weitere über die Verbundpartner hinaus bestehende Angebote erweitert werden. Auch die allgemeine sowie örtliche Verfügbarkeit sollte dort ebenso aufgegriffen werden, wie Hinweise zur Angebotsform (Einzel-/Gruppenangebot). Zudem sind weiterführende Systematisierungen diesbezüglich denkbar. Eine solche umfassende Zusammenstellung der sozialen und gesundheitlichen Angebote in Leverkusen ermöglicht eine Gesamtschau, auf deren Basis sowohl aus der Projektsicht Angebotslücken identifiziert werden können als auch die von den Befragten erwünschte Übersicht realisiert werden.

Durch die in den O-Tönen benannten verschiedenen Zugangswege zu den Unterstützungsangeboten wird die potenzielle Vielfältigkeit eben dieser deutlich. Die bisherigen Wege durch bekannte und am Projekt beteiligten Akteur*innen sollten entsprechend ausgebaut (umfassende systematische Information aller Mitarbeitenden, Bereitstellung von Informationsmaterial), aber auch Dritte, Nicht-Projektbeteiligte und bisher nicht über das Projekt informierte Akteur*innen z.B. des Gesundheitswesens (z.B. Ärzt*innen) einbezogen werden, indem Informationen zum Projekt verbreitet werden. Insbesondere gesundheitliche und rehabilitative Akteur*innen sind zum Zeitpunkt der Berichterstellung im Projekt noch nicht umfangreich involviert, obwohl diese auch von den Befragten als relevant identifiziert

werden. Bisherige Erkenntnisse zu Zugangsbarrieren sind zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht umfangreich vorhanden bzw. nicht systematisiert, sodass diesbezüglich ergänzende Erhebungen zur weiterführenden Analyse erfolgen sollten.

Angestrebt werden sollte außerdem, wie in den weiteren Projektplanungen bereits vorgesehen (vgl. *Kap. 6.1*), eine grundlegende Schulung aller Beteiligten zur Thematik *Sucht*. Sowohl in theoretischer Hinsicht in Bezug auf die Projekt- und Konzeptweiterentwicklung als auch insbesondere in der praktischen Arbeit mit den Betroffenen ist ein Basiswissen diesbezüglich notwendig, um sowohl die Schwierigkeiten und Lebenslagen der Betroffenen nachvollziehen und berücksichtigen als auch eine Vermittlung in das Projekt durch Identifikation einer Suchtproblematik realisieren zu können. Dies ist unter anderem für die mit den Betroffenen im Kontakt stehenden Integrationsfachkräfte im JC von besonderer Bedeutung.

Von Seiten des JC sollte außerdem eine Erreichbarkeit für die Betroffenen bzgl. offener Fragen, Problematiken etc. umfänglich durch den direkten Kontakt oder über die Eingliederungsscouts gewährleistet sein. Auch zeigen die Ausführungen der Befragten, dass Entscheidungen hinsichtlich ihres Leistungsbezugs und weiteren SGB II-relevanten Aspekten durch sie nicht durchgehend nachvollzogen werden können. Insbesondere vor dem Hintergrund möglicher suchtbezogener gesundheitlicher und sozialer Schwierigkeiten müssen die Erläuterungen diesbezüglich so umfangreich und verständlich sein, dass das Verfahren Transparenz auch für die Betroffenen sichert.

Insgesamt sollte vor dem Hintergrund der multiplen Problemlagen der Betroffenen die Dauer der Projektteilnahme ebenso berücksichtigt und ermöglicht werden, wie ein möglicher ggf. Abbruch und Wiedereinstieg ins Projekt. Der dafür zeitliche Umfang bedarf eines Verständnisses hinsichtlich der Entwicklung von Teilnehmenden-Zahlen auf der wissenschaftlich-evaluativen Ebene und damit verbundene Einschränkungen bzgl. der Auswertungsmöglichkeiten (vgl. *Kap. 5.2.5*). Auch auf der praktischen Ebene muss die Dauer der Begleitung zur Unterstützung der Betroffenen durch die Eingliederungsscouts und der damit verbundene umfangreiche Arbeitsaufwand berücksichtigt werden.

5.2 Dokumentationsdaten und Monitoring

5.2.1 Forschungsdesign

Zielsetzungen und Fragestellungen

Die sehr umfangreich erfolgende Falldokumentation der Teilnehmenden wird im Folgenden präzise erläutert, weil sie auch als Erhebungsinstrument der WB genutzt wird. Denn damit können differente Zieldimensionen und damit verbundene Forschungsfragen überprüft bzw. beantwortet werden. Dabei umfassen die Ergebnisse sowohl Erkenntnisse deskriptiver Analysen zur Beschreibung der Stichprobe und somit zur Übersicht der grundlegenden Merkmale der Teilnehmenden als auch zur Überprüfung

der angestrebten Ziele, operationalisiert in den in Unterkapitel 3.2 angegebenen Fallzahlen. Die beiden in diesem Zusammenhang relevanten Forschungsfragen der WB lauten dementsprechend (vgl. erneut Kap. 3.2):

- „Wie viele Menschen der Zielgruppe aus Leverkusen nehmen am Projekt und den damit verbundenen Angeboten der Projektpartner teil?
- Wie viele der Projektteilnehmenden werden im Rahmen der Projektteilnahme in Erwerbsarbeit vermittelt bzw. sind gesundheitlich in der Lage, in Erwerbsarbeit vermittelt zu werden?“

Darüber hinaus werden hinsichtlich der Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit nicht ausschließlich deskriptive Analysen angestellt, sondern auch ein Vergleich vorgenommen, der zwischen beiden Zeitpunkten ‚Beginn der Projektteilnahme‘ und ‚Ende der Projektteilnahme‘ das Konsumverhalten und die Arbeitsfähigkeit einer ausgewählten Stichprobe der Teilnehmenden betrifft. Die dazugehörige Forschungsfrage lautet entsprechend:

- „Wie werden Arbeitsfähigkeit und Konsumstatus der Teilnehmenden aus Sicht des jeweils fallführenden Eingliederungsscouts im Verlauf der Projektteilnahme bewertet?“

Daraus lassen sich zwei zu überprüfende Hypothesen ableiten:

- *H₁: Die Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden wird zum Zeitpunkt t_2 (Ende der Projektteilnahme) von den Eingliederungsscouts positiver bewertet als zum Zeitpunkt t_1 (Beginn der Projektteilnahme).*
- *H₂: Der Konsumstatus der Teilnehmenden wird zum Zeitpunkt t_2 (Ende der Projektteilnahme) von den Eingliederungsscouts positiver bewertet als zum Zeitpunkt t_1 (Beginn der Projektteilnahme).*

Im Rahmen eines weiteren, im Projektantrag nicht vorgesehenen Evaluationsbausteines (V) soll die Gruppe der Teilnehmenden, die mit Abschluss ihrer Projektteilnahme in Erwerbsarbeit gekommen ist, mit der Gruppe jener verglichen werden, die nicht (wieder) eine Erwerbsarbeit aufgenommen hat, um entsprechende Risikofaktoren identifizieren zu können. Im Kontext eines retrospektiven Fall-Kontroll-Studiendesigns wird die nachfolgende Forschungsfrage durch die Analyse der Ergebnisse beantwortet:

- „Welche Risikofaktoren korrelieren mit der (Wieder)Aufnahme von Erwerbsarbeit?“

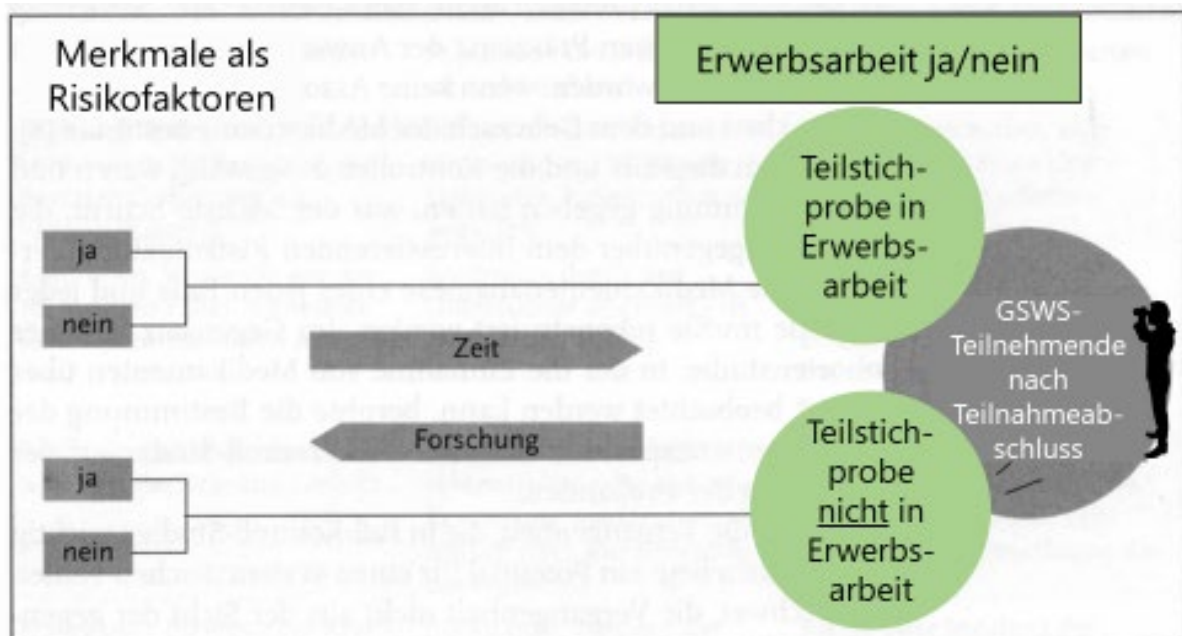


Abb. 10.1: Das Studiendesign von Fall-Kontroll-Studien

Modifiziert nach Fletcher, Fletcher & Wagner (1999)

nach 2 Jahren
nach 4 Jahren

Abbildung 8: Fall-Kontroll-Studiendesign zu Risikofaktoren der (Wieder)Aufnahme von Erwerbsarbeit

Die Erkenntnisse können erste Hinweise dafür geben, welche Bedingungen im Sinne von *Risikofaktoren* mit der (Wieder)Aufnahme von Erwerbsarbeit zusammenhängen und diese somit beeinflussen.

Erhebungsmethodik und -instrument

Die Datenerhebung basiert auf der Dokumentation projektrelevanter Informationen durch den jeweils fallverantwortlichen Eingliederungsscout im Laufe der Betreuung der Projektteilnehmer*innen. Diese Einzelfalldokumentation basiert auf einem Paper-Pencil-Verfahren und einer daran anschließenden Datenübertragung in eine digitale Form zur weiteren Verarbeitung und Nutzung durch Projektmitarbeiter*innen.

Als Dokumentationsgrundlage dient eine kooperativ von verschiedenen Projektbeteiligten entwickelte Falldokumentation zu den einzelnen Projektteilnehmenden (vgl. *Anh.2*). Sie umfasst enthält insgesamt drei verschiedene Themenbereiche, die für unterschiedliche Personengruppen erhoben werden: Erstens enthält sie die Informationen, die für die Eingliederungsscouts bedeutsam sind, um die von ihnen betreuten Projektteilnehmenden individuell unterstützen zu können. Zweitens werden Inhalte erhoben, die für die Projekt-Evaluation zur Beantwortung der in Unterkapitel 5.2.1 aufgeführten Forschungsfragen notwendig sind. Drittens sind auch die Fragen aus den digitalen „Monitoring-Tools“ integriert, deren Beantwortung von der für das gesamte Bundesprogramm rehapro zuständigen Programm-Evaluation angefordert werden. Somit sind in der hier in Anhang 2 enthaltenen Vorgabe zur Falldokumentation relevante Informationen für differente Interessengruppen enthalten, die in einem

Erhebungsinstrument zusammengeführt worden sind, um eine Mehrfachdokumentation und damit verbundene Schwierigkeiten (Übertragungsfehler, eingeschränkte Zeitressourcen) zu minimieren. Die den verschiedenen Interessengruppen zuzuordnenden Inhalte sind im Dokumentationsbogen durch unterschiedliche farbliche Markierungen erkennbar (vgl. erneut *Anh.2*). Sie werden auf der Basis der von den Projektteilnehmenden erteilten Einwilligungserklärungen zu Datenschutz und -weitergabe an die Projekt- bzw. Programm-Evaluation in digitaler Form übermittelt.

Die Erstellung des Falldokumentations-Bogens erfolgte inklusive Nachbesserungen im Zeitraum Januar bis Juli 2020. Dies beinhaltete sowohl vorab eine Recherche zu und Identifikation von notwendigen Inhalten, eine Operationalisierung sowie die Gestaltung des Layouts durch die wissenschaftliche Begleitung (WB-Eva). In daran anschließenden gemeinsamen Arbeitssitzungen von WB-Eva, den Eingliederungsscouts und der internen Projektleitung (vgl. *Kap. 4*) wurden die verschiedenen Themenblöcke zusammengeführt. Auch dokumentationsrelevante Fragen bzgl. der Handhabbarkeit, Umsetzbarkeit und Übertragung der Daten wurden in diesem Rahmen umfassend diskutiert sowie im Verlauf erprobt und optimiert. Dabei stellte sich heraus, dass eine Erhebung in Paper-Pencil-Format mit erst anschließend erfolgreicher digitaler Datenübertragung für die Eingliederungsscouts am praktikabelsten ist.

Inhaltlich umfasst die Falldokumentation sozio-demografische Angaben zum Projektteilnehmenden (z.B. Migrationsstatus, Bezug monetärer Leistungen, Wohnstatus) sowie weitere projektrelevante Angaben zu besuchten Maßnahmen und genutzten Angeboten im Zuge der Projektteilnahme. Diesbezüglich werden z.B. die CM-Aktivitäten der Eingliederungsscouts inhaltlich als auch hinsichtlich ihres zeitlichen Umfangs erfasst. Weiterführend werden auch individuelle Informationen zu Ressourcen und Belastungen des*der jeweiligen Projektteilnehmenden dokumentiert. Der Umfang der durch den Falldokumentations-Bogen zu erfassenden Inhalte begründet sich neben den unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten auch durch die methodische Herangehensweise in Evaluationsbaustein V: Das Ziel, mittels eines Fall-Kontroll-Studiendesigns Risikofaktoren der Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit im Sinne korrelativer Zusammenhänge zu identifizieren, bedarf einer breiten Datenbasis zu den Projektteilnehmenden. Weiterführend werden ebenso zentrale Aspekte hinsichtlich des Status der Erwerbsfähigkeit, der Suchterkrankung sowie weiteren gesundheitlichen Einschränkungen erfragt. Auch die Arbeitsfähigkeit zu Beginn und zu Ende der Projektteilnahme wird in Hinblick auf die im Zuge des Evaluationsbausteines IV zu prüfenden Hypothesen H_1 und H_2 (s.o.) durch die Fremdeinschätzung im Rahmen der Dokumentation der Eingliederungsscouts erfasst. Dabei wird die Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden durch den fallführenden Eingliederungsscout mithilfe einer zehnstufigen Skala (von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“) zum Zeitpunkt t_1 (Beginn der Projektteilnahme) und t_2 (Ende der Projektteilnahme) ebenso bewertet, wie der Konsumstatus zu den beiden benannten Zeitpunkten.

Sampling

Der Stichprobenumfang umfasst im Sinne einer Vollerhebung alle Projektteilnehmenden vor dem Hintergrund der Einschlusskriterien zur Teilnahme (SGB II-Bezug im Zuständigkeitsbereich des Jobcenters Leverkusen, Suchterkrankung bzw. -gefährdung). Darüber hinaus werden auch Daten von Teilnehmenden erfasst, die mindestens ein Einschlusskriterium nicht erfüllen, jedoch dennoch ein Angebot zu ihrer Unterstützung im Rahmen des Projektes genutzt haben, um auch die Bedarfe dieser Personengruppen systematisch zu erfassen und zu dokumentieren. So können ggf. vorhandene weiterführende Bedarfe ermittelt werden. Einschränkend ist zu betonen, dass die Daten von Teilnehmenden, die *keine* Zustimmung zur Verwendung und Weitergabe ihrer Daten zu wissenschaftlichen Zwecken im Zuge der Einwilligungserklärung des Projektes gegeben haben, nur als ‚Fall‘ im Projekt numerisch erfasst werden, die sonstigen Daten jedoch als ‚Missing Values‘ nicht zur Auswertung einbezogen werden können.

Auswertungsmethodiken

Je nach zugrundeliegender Forschungsfrage (vgl. *Kap. 5.2.1*) dienen deskriptive oder hypothesenprüfende Auswertungsverfahren und damit verbundene Arbeitsschritte zur Auswertung der Datenbasis. So lassen sich die ersten beiden auf die Dokumentationsdaten bezogenen Forschungsfragen des Evaluationsbausteines IV mittels einer deskriptiven Analyse beantworten. Weiterhin erfordert eine Überprüfung der beiden Hypothesen H_1 und H_2 im Rahmen der aufgeführten zweiten Forschungsfrage einen Vergleich der Daten der Gruppe zum Zeitpunkt t_1 vs. der Gruppe der Projektteilnehmenden zum Zeitpunkt t_2 und entsprechend ein inferenzstatistisches Vorgehen. Mithilfe eines zur Datengrundlage der entsprechenden Variablen passenden Signifikanztestes werden die Werte hinsichtlich ihres Lageunterschieds beurteilt und führen zur (Nicht-)Ablehnung der entgegenstehenden Nullhypothese, die von keinem Unterschied zwischen den Gruppen ausgeht. Der Signifikanztest ermöglicht Unterschiede hinsichtlich der Lageparameter in den beiden Gruppen dahingehend zu untersuchen, ob dieser auf einem Zufall basiert, oder ob es sich um ein signifikantes Ergebnis handelt (mehr dazu vgl. z.B. Döring & Bortz, 2016). Weiterführende Präzisierungen diesbezüglich werden im Zuge der Ergebnisdarstellung im nachfolgenden Kapitel aufgeführt.

Die Risikomaße im Rahmen der Fall-Kontroll-Studie (Evaluationsbaustein V) werden über das Odds-Ratio berechnet; da die Auswertungszeitpunkte jedoch entsprechend des Evaluationsdesigns nach zwei und vier Jahren erfolgen, werden die Ergebnisse erst Inhalt des weiteren jährlichen Zwischenberichts zu Beginn des Jahres 2022.

5.2.2 Forschungsergebnisse (Stand Januar 2021)

Bis zum Zeitpunkt Januar 2021 haben insgesamt 78 Menschen der Zielgruppe ein Angebot zur Teilnahme im Projekt erhalten (Zielgröße für die Gesamtlaufzeit von fünf Jahren: 1000 Personen). Inse-

samt nutzen oder nutzten von diesen zum genannten Zeitpunkt 56 Personen die Projektangebote (Zielgröße: 500). Es ist weitergehend limitierend vorab aufzuführen, dass nach der Bereinigung der Daten eine große Anzahl „Missing values“ vorhanden ist, die sich u.A. wie folgt begründet: Es fehlten die notwendigen Einwilligungserklärungen zur Nutzung der Daten zu wissenschaftlichen projektbezogenen Zwecken. Zudem verursachte die Corona-Pandemie bedeutsame Einschränkungen in der Präsenzarbeit, so dass aktuell nur ein eingeschränkter Teil der Daten des Gesamtstichprobenumfangs zur Auswertung nutzbar ist.

Durchschnittlich sind die Teilnehmenden $\bar{x} = 36$ Jahre alt (Median $\tilde{x} = 37$; Min 18, Max 70 Jahre). 30 % der Projektteilnehmenden sind weiblich, 70 % männlich. 38,2 % der Teilnehmenden verfügen über eine (Fach)Hochschulreife, 29,4 % über die mittlere Reife, 23,5 % haben einen Hauptschulabschluss; lediglich 8,8 % haben keinen Schulabschluss.

Abb. 9 zeigt die dokumentierten Formen von Suchtproblematiken der Teilnehmenden (Mehrfachnennungen möglich):

FORMEN VON SUCHTPROBLEMATIKEN

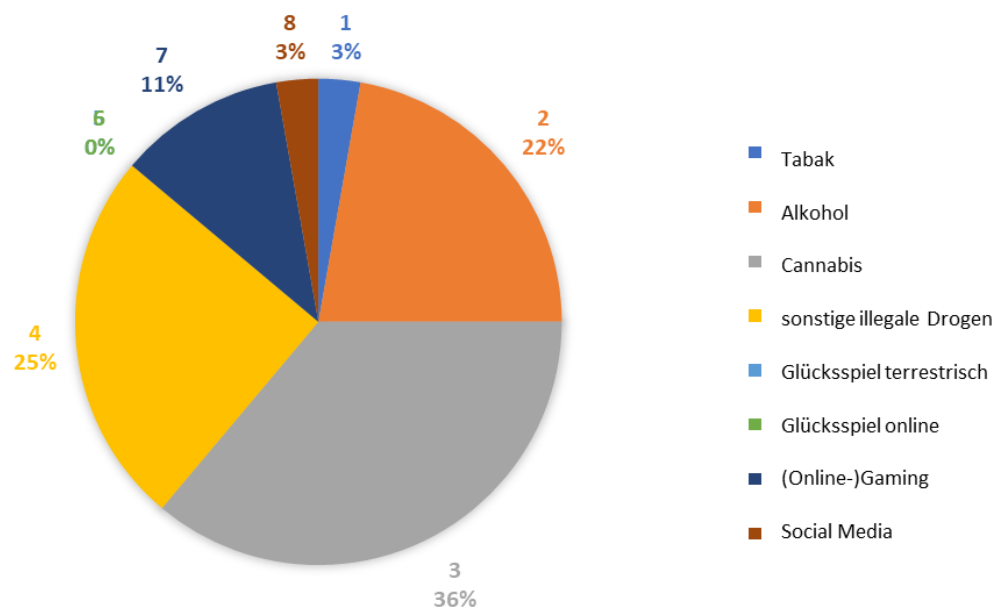


Abbildung 9: Verteilung der Formen von Suchtproblematiken der Projektteilnehmenden

In relativen Häufigkeiten ausgedrückt, verteilen sich die Formen von Suchtproblematiken zum aktuellen Zeitpunkt in folgender Weise: Tabak 3 %, Alkohol 22 %, Cannabis 36 %, sonstige illegale Drogen (Amphetamine, Heroin, Koks, Speed, Sonstiges) 25 %, Glücksspiel terrestrisch 0 %, Glücksspiel online 0 %, (Online-) Gaming 11 %, Social Media 3 %. Entsprechend entfallen 86 % der Suchtproblematiken unter den Teilnehmenden zum momentanen Zeitpunkt auf stoffgebundene, 14 % auf nicht-stoffgebundene Süchte.

Zur Frage, welche Einrichtungen die Teilnehmenden gegenwärtig besuchen (vgl. Kap. 2.3 und Abb. 3), zeigt sich, dass insgesamt die Angebote der Suchthilfe Leverkusen gGmbH 26 Mal, Unterstützungsleistungen zur Wohnraumvermittlung sechs, Aktivitäten zur Beschäftigungsförderung acht, gesundheitsbezogene Hilfen 27 (gemeint sind „Unterstützungen im psychosozialen Bereich“) und Angebote zur Familienberatung zwei Mal von den Teilnehmenden im Rahmen der Projektarbeit genutzt worden sind.

Daten zur (Wieder)Aufnahme von Erwerbsarbeit (Zielgröße für die gesamte fünfjährige Projektlaufzeit: 50) können aufgrund fehlender Daten (s.o.) zum momentanen Zeitpunkt ebenso nicht abgebildet werden wie solche zur Einschätzung der gesundheitlichen Lage in Bezug die Arbeitsfähigkeit (Zielgröße: 100).

Eine Testung der Hypothesen H_1 und H_2 kann vor dem Hintergrund des zum Zeitpunkt der Erstellung des Zwischenberichts verfügbaren Stichprobenumfangs der Projektteilnehmenden sowie aufgrund der fehlenden Daten ebenfalls noch nicht durchgeführt werden. Außerdem ist zur Überprüfung der Hypothese H_2 eine Ergänzung im Dokumentationsbogen notwendig, die einen Vergleich zwischen den Zeitpunkte t_1 und t_2 entsprechend der Formulierung der Hypothese zulässt. Dies wird im folgenden Kapitel ebenso wie weitere ableitbare Aufgaben sowie Implikationen für das Projektjahr 2021 näher erläutert.

5.2.3 Implikationen für die Projektweiterentwicklung

Aufgrund der dargelegten Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt nur bedingt Folgerungen für die weiteren Projektplanungen aus den Ergebnissen ableiten. Diese Schwierigkeit zeigt jedoch den besonderen Bedarf, die Datenerfassung und -übertragung zu vereinfachen, worauf in Unterkapitel 6.2 näher eingegangen wird. Insbesondere vor dem Hintergrund der vulnerablen und schwer zugänglichen Zielgruppe muss die besondere Herausforderung einer umfassenden Datenerfassung ebenso bedacht und berücksichtigt werden wie die Möglichkeit einer hohen Abbruchquote oder einer länger andauernden Projektteilnahme. Dies könnte auch im Zuge der weiteren Zwischen- sowie Endauswertungen zu Ergebnissen führen, die aufgrund der zugrundeliegenden Datenqualität nur eingeschränkt genutzt und interpretiert werden können. Sie können jedoch dennoch hilfreiche Hinweise bieten und als Grundlage für weiterführende Forschungsarbeiten dienen.

Die Formen von Suchterkrankungen verteilen sich unter den Teilnehmenden zu einem Großteil auf stoffgebundene Süchte bzw. Suchtgefährdungen. Einschätzungen von Expert*innen und Schätzungen von Prävalenzen zu nicht-stoffgebundenen Suchtproblematiken unter der Gesamtbevölkerung (vgl. z.B. Kolibius, 2019) weisen auf eine immer größer werdende Relevanz dieser hin. Die Schulung der

verschiedenen Projekt-Akteur*innen zu Suchtproblematiken sollte daher, insbesondere vor dem Hintergrund der Schwierigkeit in der Identifikation und Klassifikation⁹ nicht-stoffgebundener ‚neuartiger‘ Suchproblematiken wie im Social Media oder Gaming Bereich, Hinweise und Erläuterungen zu diesen Formen integrieren. Auch die geplante Einführung eines *Mediencouts* ist vor diesem Hintergrund von besonderer Bedeutung (vgl. Kap. 6.1).

5.3 Subjektive Teilhabe einschränkungen im Projektverlauf und Modellprojekt-Vergleich

5.3.1 Forschungsdesign

Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen

Im Sinne der übergeordneten Forschungsfrage (vgl. Kap. 2.3) ist eine entsprechende Zielsetzung des Projektes, die *gesundheitliche und soziale Teilhabe* der Projekt-Teilnehmenden durch die im Projekt erbrachten Betreuungs- und Unterstützungsangebote für die Zielgruppe zu sichern bzw. zu verbessern. Inwiefern dies gelingt, soll auf Basis eines quantitativen methodischen Zugangs im Projektverlauf erhoben werden. Die auf diesen Evaluationsbaustein (III) bezogene Fragestellung:

- *Verbessert sich im Zeitraum der GSWS-Teilnahme die Teilhabe aus der subjektiven Sichtweise der Betroffenen?*

lässt sich weiterführend in zwei zu überprüfende Hypothesen explizieren. Die erste Hypothese H₁ greift diese übergeordnete Fragestellung auf und ist im Sinne eines Prä-Post-Designs zu den Zeitpunkten t₁ (Teilnahmebeginn) und t₂ (Teilnahmeende) vergleichend zu überprüfen:

- H₁: *Es gibt einen Unterschied in der subjektiven Bewertung der Teilhabe zu Beginn der Projektteilnahme und zum Ende der Projektteilnahme aus der Sicht der Teilnehmenden.*

Weiterführend ist angedacht, mit der WB des rehapro-Projektes „Beraten – Ermutigen – Assistieren (BEA)“ in Ostwestfalen-Lippe (vgl. Kap. 5.6 und Bundesprogramm rehapro, 2020) zusammenzuarbeiten. In beiden Projekten soll das gleiche Erhebungsinstrument genutzt werden, um die Daten zur Förderung der *Teilhabe* aus Sicht der Teilnehmenden im Rahmen einer Vergleichsgruppendesigns miteinander vergleichen zu können (vgl. Kap. 5.3.2). Entsprechend soll die Hypothese

- H₂: *Es gibt einen Unterschied zwischen der Bewertung der subjektiven Teilhabe aus Sicht der Teilnehmenden im GSWS-Projekt und des BEA-Projektes.*

⁹ *Medienbezogene internetbasierte Suchtproblematiken* werden im ICD-10, einem wichtigen internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2021), aktuell noch unter der Restkategorie F.63 „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgeführt. Es sind somit gegenwärtig nur im Kontext des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (American Psychiatric Association, 2013)), Kriterien einer „Internet Gaming Disorder“ gegeben. Erst im Rahmen des ICD-11 wird *Computerspielsucht* als Abhängigkeitserkrankung anerkannt; es wird den Verhaltenssuchten zugeordnet.

überprüft werden. Dabei kann nicht nur die Bewertung des Gesamtkonstrukts der *Teilhabe* zwischen den verschiedenen in H₁ und H₂ benannten Gruppen überprüft werden. Auch die Unterschiede in den einzelnen Indikatoren der sozialen Teilhabe können im Einzelnen analysiert und gegenübergestellt werden. Weiterführende Analysen lassen sich diesbezüglich in den geplanten vertiefenden Nutzer*innen-Interviews (vgl. Kap. 3.2 und 6.2) bei Bedarf ermitteln, um mögliche Schwierigkeiten in den Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen genauer zu untersuchen und die Ergebnisse in die Entwicklung des Projektes integrieren zu können.

Erhebungsmethodik und -instrument

Als Erhebungsinstrument dient der *Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe* (IMET) (Deck, Mittag, Hüppe, Muche-Borowski & Raspe, 2011) in Form eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung der eigenen Situation der Teilnehmenden (vgl. Anh.3). Dieser wird bei Menschen mit unterschiedlichen (chronischen) Erkrankungen genutzt, um deren *Teilhabe* zu bewerten. „Er basiert auf einem ganzheitlichen Denkmodell, das auch der ICF¹⁰ zugrunde liegt. Es werden neun Lebensbereiche in Form von Einzelitems aufgeführt und jeweils durch kurze Erläuterungen präzisiert“ (ebd.). Diese Bereiche umfassen (1) übliche Aktivitäten des täglichen Lebens, (2) familiäre und häusliche Verpflichtungen, (3) Erledigungen außerhalb des Hauses, (4) tägliche Aufgaben und Verpflichtungen, (5) Erholung und Freizeit, (6) Soziale Aktivitäten, (7) enge persönliche Beziehungen, (8) Sexualleben und (9) Stress und außergewöhnliche Belastungen. Die Bewertungen der Befragten erfolgen auf der Grundlage einer 11-stufigen Skala von „0“: *Keine Beeinträchtigung* bis „10“: *Keine Aktivitäten mehr möglich* (die Bewertung von Item (9) wird durch Werte von „0“: *Kann Belastungen ertragen* bis „10“: *Kann Belastungen nicht mehr ertragen*, abgebildet).

Datenerhebung

Zum Ausfüllen des Fragebogens wurde ein Paper-Pencil-Verfahren vor Ort in den Räumlichkeiten des Projektes nach Abschluss der Beratungssituationen durch die Eingliederungsscouts ausgewählt. So kann sichergestellt werden, dass der Fragebogen zu den Zeitpunkten t₁ und t₂ jeweils von den Projektteilnehmenden ausgefüllt wird. Die Eingliederungsscouts bitten die Projektteilnehmenden im Anschluss an jeweils ein Beratungsgespräch zu Beginn der Projektteilnahme und zum Ende dieser darum, an der Befragung mitzuwirken und informieren sie ausführlich zu den damit verfolgten Zielsetzungen. Ein ungestörtes Ausfüllen des Fragebogens wird in den GSWS-Räumlichkeiten ebenso gesichert wie die Abgabe in verschlossenen Kasten im Flurbereich der Räumlichkeiten. Da ausschließlich der Stand der

¹⁰ Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), zu Deutsch „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM),2020).

Projektteilnahme (Projektbeginn (t₁) oder -ende(t₂)) und keine weiteren Daten der Befragten im Fragebogen erfasst werden, ist gesichert, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmende gezogen werden können. Ebenso erfolgt halbjährlich die Datenerfassung und -übertragung der Fragebögen durch Mitarbeitende der WB, sodass auch in diesem Zusammenhang eine Rückverfolgung ausgeschlossen werden kann. Die Auswertung der Daten erfolgt im jährlichen Turnus; der Datensatz wird in diesem Zuge kontinuierlich erweitert und in die Analyse einbezogen.

5.3.2 Zwischenstand

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Zwischenberichts ist die Vorbereitung zur Nutzung des Erhebungsinstrumentes abgeschlossen, d.h. die Inhalte des Fragebogens (Konstrukt und Indikatoren) und die Gütekriterien wurden geprüft und die Zusammenarbeit mit der WB des BEA-Projektes konkretisiert. Die weiteren Planungen zum Start der Erhebung und Beginn der Datenauswertung sind in Kapitel 6 im Arbeitsprogramm in 2021 aufgeführt.

5.4 Fokusgruppendifkussionen mit beteiligten professionellen Akteur*innen

5.4.1 Forschungsdesign

Zielsetzung und Fragestellung

Die Zielsetzung des auf der Ebene der professionellen Akteur*innen (b) zu verortenden Evaluationsbausteins VI besteht in einer Bestands- und Bedarfsanalyse aus Sicht der am Projekt beteiligten Fachkräfte und Träger. Dabei liegt der Fokus auf der vorab bestehenden und durch die projektbezogenen Innovationen veränderten Angebotslandschaft für die Zielgruppe. Die entsprechende forschungsleitende Fragestellung lässt sich entsprechend folgend explizieren:

*Wie wird die Angebotslandschaft in Leverkusen sowie deren Veränderung durch das Modellprojekt in Bezug auf die Zielgruppe aus der Sicht der am Projekt beteiligten Akteur*innen wahrgenommen?*

Mit den zu erzielenden Forschungsergebnissen wird im Sinne formativer Evaluation angestrebt – ebenso wie mit den Ergebnissen des Evaluationsbausteines I (Bedarfsanalyse aus Nutzer*innen-Sicht) –, Impulse bzw. Empfehlungen für die weitere Projektentwicklung zu erhalten.

Erhebungsmethodik und -instrument

Als ausgewählte Erhebungsmethodik dient die der qualitativen Forschung (Weiteres vgl. Kap. 5.1.1) zuzuordnenden „Fokusgruppendifkussion“. Diese ermöglicht einen initiierten und (zurückhaltend) moderierten Austausch zu einem vorgegebenen Thema mit einer Gruppe (vgl. *Sampling, s.u.*). Dabei lässt die Gesprächsart zugleich (zumindest phasenweise) eine Annäherung an ein Alltagsgespräch zu (vgl. Kühn & Koschel 2018, S.49ff.). Dadurch gewährt die Erhebungsmethodik die Offenheit, mögliche aus

Befragten-Sicht relevante Aspekte zu ermitteln und gleichzeitig durch die Strukturiertheit und Planbarkeit des Vorgehens aus der Forschungsperspektive relevante Themen anzusprechen. Basis der Durchführung bildet ein vorab generierter Leitfaden, der den*die Moderator*in im Ablauf unterstützt (vgl. *Anh.4*). Er umfasst die jeweils aus Forschungsperspektive interessierenden Themenkomplexe mit verschiedenen Nachfragen zu den Inhalten „Zugangswege“, „Individuelles und ganzheitliches Unterstützungsangebot“, „‘Verlust‘ von Klient*innen“, „Wer wird nicht erreicht (Nicht-Nutzer*innen)?“, „Interner Kontext“, „Externer Kontext“, „Hürden in der organisationalen und professionellen Zusammenarbeit“, „Unterversorgung, Fehlversorgung und Überversorgung“. Dabei sollen sowohl die zum Zeitpunkt der Befragung bestehenden als auch die vor Projektbeginn vorhandenen Bedingungen in der Angebotslandschaft in Leverkusen diskutiert und dazu mögliche Ansätze für Weiterentwicklungen ermittelt werden.

Der Aufbau des Leitfadens richtet sich darüber hinaus neben inhaltlich relevanten Aspekten auch nach dem angestrebten Ablauf und den Merkmalen von Fokusgruppendifkussionen. Zu Beginn wird ein diskussionsgenerierender Impuls durch den*die Moderator*in gesetzt. Dabei werden Themenvorschläge und eine „demonstrierte [...] Vagheit“ (Bohnsack, 2014, S.226) beispielsweise „durch ‚unpräzise‘ und offen formulierte Fragen, aber auch Fragereihungen“ (ebd., S.227) gegeben, ohne eine Richtung vorzugeben (Kleemann et al. 2013, S.169). Dabei richten sich die Fragen immer an die gesamte Gruppe, nicht an einzelne Gruppenmitglieder (ebd., S.169). Denn von zentraler Bedeutung ist die Diskussion innerhalb der Gruppe und zwischen ihren Mitgliedern. Deshalb erfolgt im Sinne einer zurückhaltenden Moderation auch keine Steuerung der Redebeiträge in Form von z.B. Aufforderungen zu Beteiligungen usw. (zurückhaltende Moderation). Allenfalls kann die Gruppe durch „immanente Nachfragen“ der Moderation dazu angeregt werden, auf zwar bereits erzählte, aber nicht weiter ausgeführte oder noch unklare Inhalte einzugehen, um weiterführende Erzählungen zu generieren (Bohnsack, 2014, S.228). Eine „direktive Phase“ schließt die Fokusgruppendifkussion ab; „gegen Ende der Diskussion greifen die Feldforscher(innen) auf jene Sequenzen des Diskurses zurück, die ihnen (ihrem intuitiven Eindruck zufolge) widersprüchlich oder in anderer Weise auffällig erschienen sind“ (ebd.).

Sampling

Die Auswahl der Gruppen und ihrer jeweiligen Mitglieder erfolgt vor dem Hintergrund der aus der Forschungsperspektive interessierenden Strukturen und Inhalte, die im Weiteren erläutert werden. Die Mitglieder der einzelnen Gruppen, die durch ihre Zusammenarbeit im Projekt als *natürliche* oder „Realgruppen“ (Bohnsack, 2014) bezeichnet werden, verfügen über potenziell übereinstimmende Erfahrungen, da sie innerhalb ihrer jeweiligen Gruppe die gleichen oder vergleichbare Funktionen im Projekt innehaben. Dem gegenüber steht die Variation zwischen den beiden Gruppen, d.h. die Gruppen sind in unterschiedlichen Kontexten und unterschiedlich strukturellen Ebenen im Projekt tätig:

Befragt werden die Mitglieder des PNW (vgl. *Kap. 2.1*) und die Eingliederungsscouts in zwei verschiedenen Erhebungswellen in der Start- und Endphase des Projektes (vgl. *Kap. 3.2*). Im Sinne einer kontrastierenden Auswahl hinsichtlich forschungsrelevanter Merkmale der projektbezogenen Akteur*innen verfügen die beiden Gruppen mit ihren Mitgliedern über unterschiedliche Einblicke in und Sichtweisen über das Modellprojekt. Bei den Mitgliedern des PNW handelt es sich um die Leitungsebene der beteiligten öffentlichen und freien Träger sowie um die Mitglieder der Projektleitung. Sie verfügen durch ihre Funktion im Projekt sowie in ihrer eigenen Organisation über andere Blickwinkel auf die Angebotslandschaft sowie die Inhalte des Projektes als die im Kontext der Fallbegleitungen direkt mit den Teilnehmenden arbeitenden Eingliederungsscouts.

Durch die Zeitpunkte der Erhebungen ist zum einen gewährleistet, dass die Erkenntnisse zu Beginn des Projektes im Sinne der formativen Evaluation zusammen mit denen der qualitativen Nutzer*innen-Interviews in die Projektweiterentwicklung einfließen können. Zum anderen wird durch die zweite Erhebungswelle auch gesichert, dass damit ein Resümee zur Gesamtentwicklung des Projektes gezogen werden kann, das auch Implikationen für den möglichen Transfer auf andere Kommunen bzw. für die Fortführung der Projektinhalte in Leverkusen beinhalten kann. Dieser Evaluationsbaustein umfasst entsprechend der von Kutscher (2002) aufgeführten Empfehlung insgesamt vier Erhebungseinheiten, die in zwei Wellen durchgeführt werden.

Die nach Kühn und Koschel (2018) empfohlene Gruppengröße von idealerweise ca. acht Teilnehmenden wird durch die ‚natürliche‘ Gruppengröße der Eingliederungsscouts und des PNW mit den jeweiligen Vertreter*innen der beteiligten öffentlichen und freien Träger eingehalten.

5.4.2 Zwischenstand

Die für den Zeitraum IV. Quartal 2020 geplante Durchführung der Fokusgruppendifkussionen im Rahmen der ersten Erhebungswelle musste aufgrund des Corona-bedingten zweiten Lockdowns und damit verbundenen Kontaktbeschränkungen verschoben werden; die abgestimmten Terminierungen für November 2020 wurden abgesagt und eine weitere Planung zunächst aufgrund der Nicht-Absehbarkeit der im Jahr 2021 andauernden Beschränkungen vorerst ausgesetzt (Weiteres vgl. *Kap. 6*). Eine digitale Durchführung wird aus forschungspraktischer Sicht nur dann als Alternative in Betracht gezogen, wenn die mitwirkenden Projektpartner*innen damit einverstanden sind, was bisher noch nicht der Fall ist. Denn die PNW-Mitglieder präferieren einstimmig den Präsenzmodus, wie sich im Rahmen einer ersten online durchgeführten Sitzung im Januar 2021 herausstellte. Sie haben vorgeschlagen, bis Mai 2021 zu warten und dann erneut zu entscheiden, ob nur der Ausweg über eine Online-Fokusgruppendifkussion besteht.

5.5 Weitere Aktivitäten der Projekt-Evaluation auf der Programm-Ebene

Zielfeldanalyse-Workshop

Die WB-Eva wirkt neben den projektbezogenen Aktivitäten auch an einzelnen Inhalten auf der Programm-Ebene mit. Neben der in Unterkapitel 5.2 beschriebenen Integration des Monitorings-Tools der Programm-Evaluation in die Falldokumentation des Projektes, findet regelmäßig zwischen allen wissenschaftlichen Begleitungen aus den insgesamt 55 am Bundesprogramm rehapro beteiligten Modellprojekten ein Austausch (in Präsenz oder online) statt. So war ein Mitglied der WB-Eva Teilnehmer*in des „Zielfeldanalyse-Workshops“ im Januar 2020 in Berlin. Ziel des Workshops war eine Gesamtbeurteilung der durch die geförderten Einzelprojekte erreichten Ergebnisse mit Bezug auf die Programmziele zu realisieren, indem ein möglichst differenziertes Zielsystem entwickelt worden ist. Dafür erarbeiteten Akteur*innen der verschiedenen 55 Modellprojekte (Mitglieder der WB, der Projektleitungen, der Praxisakteur*innen etc.) gemeinsam in Diskussionsrunden „Zielfelder“, die durch die Modellprojekte übergeordnet adressiert werden sollten, um die Programmziele zu erreichen.

Erstellung eines „Logik-Modells“

In Zusammenarbeit mit der WB-Pra erstellte die WB-Eva im Auftrag der Programm-Evaluation im Zeitraum Januar 2020 ein „Logik-Modell“ (vgl. *Anh.5*) zur vereinfachten Darstellung von Maßnahmen und Interventionen des Projektes. Dieses dient dazu, eingesetzte Ressourcen, Projektaktivitäten und ihre unmittelbaren Ergebnisse sowie die Erreichung der Projektziele und weiterreichende Wirkungseffekte der verschiedenen Projekte zu erfassen und zu systematisieren. Diese werden im Rahmen des Modells über die Darstellung von Inputs, Aktivitäten, Outputs, Ergebnisse und Wirkungen erfasst.

Teilnahme am „Online-Forum rehapro“ (1 und 2)

Im Kontext zweier im August und November 2020 durchgeführten Online-Foren der Programm-Evaluation erfolgte zum einen die Vorstellung und Diskussion der im Rahmen der Zielfeldanalyse generierten und durch die Programm-Evaluation ausdifferenzierten Zielfelder. Zum anderen fand eine Vorstellung der Projektinhalte und Evaluationsdesigns der wissenschaftlichen Begleitungen zu ihren jeweiligen Modellprojekten statt. So wurde ein Überblick zu den deutschlandweit verteilten Einzelprojekten gegeben und eine Vernetzung angeregt, um sich über die die WB betreffende Problematiken austauschen zu können. Dabei wurden einzelne Problemschwerpunkte gemeinsam ausdifferenziert, welche Inhalt eines weiteren in der Planung befindlichen Online-Forums sein sollen.

6 Ausblick und Arbeitsprogramm in 2021

Im weiteren Verlauf wird das geplante Arbeitsprogramm der WB für das Jahr 2021 präzisiert. Dieses orientiert sich an den im Projektantrag präzisierten und dort im Zeitplan aufgeführten Arbeitsschwerpunkten. Es werden zunächst jene der WB-Pra und anschließend die der WB-Eva vorgestellt.

6.1 Arbeitsprogramm der Praxisbegleitung in 2021

Differenziert nach der Struktur- und fachlichen Ebene sind für 2021 die folgenden Beratungs- und Begleitungsschwerpunkte der WB-Pra geplant:

(a) Strukturebene

(1) Auf der Strukturebene wird die Ko-Produktion der relevanten Akteur*innen bzw. Träger vertieft im Mittelpunkt der Beratung stehen. Vor allen Dingen wird die Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen zur CM-basierten Fallarbeit erörtert und erprobt, denn nur darauf aufbauend können qualifizierte und passgenaue Dienstleistungsketten erarbeitet und realisiert werden, die träger- und rechtskreisübergreifend sind.

(2) Ferner wird es darum gehen, das Augenmerk auf die konzeptionell vorgesehene Erweiterung der Zielgruppen bezogen auf nicht-stofflich gebundene Süchte sowie Menschen mit Migrationshintergrund zu richten und entsprechende Rahmenbedingungen für die Integrationsarbeit der Eingliederungsscouts zu schaffen.

(3) Die Gremienarbeit in der StG und im PNW gilt es in 2021 zu systematisieren und auf fachliche Debatten auszurichten, wobei neben der Reflexion der aktuellen Arbeit auch ein Fokus auf die anzustrebende Verstetigung des Projektes in die soziale und gesundheitsbezogene Infrastruktur in Leverkusen gerichtet wird.

(3) Darüber hinaus wird eine Reflexion der Arbeitsweisen in der StG und dem PNW vorgenommen werden. Relevante Themen sind dabei Netzwerkmanagement, Diskussionsformen und Verfahren der Entscheidungsfindung.

(4) Die angestrebten Kooperationsvereinbarungen mit öffentlichen Trägern werden erarbeitet und genehmigt, wobei auch schon die Perspektive einer Verstetigung des Projektes nach dessen Ablauf in den Blick genommen werden muss.

(5) Die Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit wird durch die WB-Pra unterstützt.

(b) Fachliche Ebene (Qualifizierung)

(1) Die Eingliederungsscouts werden zu Case Manager*innen qualifiziert; dabei wird eine anerkannte Zertifizierung gemäß DGCCM angestrebt.

(2) Die im Jahr 2020 festgelegten Verfahrensabläufe und Arbeitsformen werden im Rahmen der Praxisreflexion zwischen den Eingliederungsscouts und WB-Pra, der Fachaufsicht sowie der StG und dem PNW kritisch analysiert, ggf. weiterentwickelt bzw. modifiziert.

(3) Die Arbeitsformen werden dem PNW zur endgültigen Implementierung vorgelegt und dort abgestimmt.

(4) Die Kooperationen mit den Akteur*innen im Netzwerk werden ebenfalls, wie jene mit weiteren Institutionen, einer Reflexion unterzogen, und bei Bedarf werden Empfehlungen zur Veränderung der Zusammenarbeit gemeinsam entwickelt und vereinbart.

(5) Ab 2021 ist eine Zielgruppenerweiterung – wie konzeptionell vorgesehen – geplant. Diese betrifft Menschen mit Suchtverhalten im Medienbereich und die Überprüfung der Verfahren für Menschen mit Einwanderungshintergrund. Auch wenn z.B. suchtgefährdete Leistungsbezieher*innen mit Migrationshintergrund bereits im laufenden Projekt als Teilnehmende mitwirken, wird mit den Eingliederungsscouts fachlich erörtert, wie eine ggf. erforderliche zielgruppenspezifische Adaption der methodischen Herangehensweisen ausgestaltet sein kann. Des Weiteren wird der Austausch mit Migrant*innenorganisationen gesucht, dessen Ergebnisse in das Projekt einfließen werden.

(6) Die Zusammenarbeit der Eingliederungsscouts im Team wird zudem ein permanentes Modul in deren Fortbildung durch die WB-Pra sein.

(7) Die systematische Reflexion bzw. Überprüfung der entwickelten Arbeitsformen und Verfahrensabläufe bleibt für das Jahr 2021 und auch darüber hinaus ein Arbeitsschwerpunkt der WB-Pra.

6.2 Arbeitsprogramm der Projekt-Evaluation

(1) Die im vorliegenden Zwischenbericht präsentierten Evaluationsergebnisse sowie die daraus zu ziehenden Konsequenzen zur Weiterentwicklung des Projektes werden zusammengefasst von der WB-Eva in der StG und im PNW präsentiert und dort gemeinsam diskutiert.

(2) Vor dem Hintergrund der bereits abgeschlossenen Vorbereitungen und pandemiebedingten Verschiebungen wird eine zeitnahe Durchführung der Fokusgruppendifkussionen angestrebt. Eine Präsenzform wird aus forschungsmethodischer Sicht präferiert, und eine zeitliche Planung entsprechend je nach pandemiebedingten Einschränkungen weitergehend geplant. Bei Beschränkungen über den Mai hinaus wird eine digitale Erhebungsform vorbereitet (vgl. Kap. 5.3).

(3) Für die zweite Erhebungswelle zur Bedarfsanalyse der Nutzer*innen werden die Inhalte des Leitfadens dem Projektstand entsprechend aktualisiert, um weitergehende Informationen zu der durch das Projekt veränderten Angebotslandschaft in Leverkusen aus der Sicht der Projektteilnehmenden zu erhalten. Die zweite Erhebungswelle wird geplant und im Rahmen der pandemiebedingten Einschränkungen sobald wie möglich durchgeführt.

(4) Die Datenübertragung aus der Falldokumentation soll vereinfacht werden, um eine schnellere und übersichtlichere Übertragung der Daten aus dem Papierformat ins Digitale zu ermöglichen. Ferner wird auch die digitale Zusammenführung mit dem Monitoring-Tool der Programm-Evaluation, deren Ergebnisse ebenfalls durch die Projekt-Evaluation genutzt werden, erleichtert.

(5) Die Befragung der Teilnehmenden zu der von ihnen wahrgenommenen Entwicklung ihrer Teilhabemöglichkeiten im Projektverlauf soll begonnen werden. Dazu wird das Vorhaben zunächst auf jeweils einer Sitzung der StG, des PNW und des Teams der Eingliederungsscouts vorgestellt und das damit zusammenhängende Vorgehen zur Datenerhebung erläutert. Der Start der Datenerhebung ist für das zweite Quartal des Jahres 2021 vorgesehen. Ein weiterer gemeinsamer Austausch mit der WB des BEA-Projektes (Fachhochschule Bielefeld) zur genaueren Planung des Vergleichsgruppendesigns sowie von sonstigen Kooperationen findet im März 2021 in digitaler Form statt.

(6) Die erste Erhebungswelle der vertiefenden Nutzer*innen-Befragung mittels qualitativer Interviews wird vorbereitet.

(7) Es soll eine erste Auswertung der Daten im Fall-Kontroll-Studiendesign erfolgen. Entsprechend des in den Unterkapiteln 5.2.1 bis 5.2.3 erläuterten Forschungsdesigns ist geplant, zum Ende des Jahres 2021 die erfassten Daten der Falldokumentation so auszuwerten, dass Erkenntnisse zu möglichen Risikofaktoren für die (Wieder) Aufnahme von Erwerbsarbeit gewonnen werden können.

Literatur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden* (9., überarb. u. erw. Aufl.). Opladen & Toronto: Barbara Budrich.

Brussig, M., Aurich-Beerheide, P., Kirsch, J., Langer, P., Pfeiffer, F., Pohlan, L., Ivanov, B., Pagels, N., Gabler, A., Kotlenga, S., Nägele, B., Puhe, H. & Kleinemeier, R. (2018). *Evaluation des Bundesprogramms „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ – Zweiter Zwischenbericht*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Brüsemeister, T. (2009). *Qualitative Forschung. Ein Überblick* (2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.

Bundesagentur für Arbeit (2021). *Auswirkungen der Coronakrise auf den Arbeitsmarkt (Monatszahlen) - Deutschland*. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202101/ama/corona-datenset-corona/datenset-corona-d-0-202101-xlsx.xlsx?__blob=publicationFile&v=1 [Stand 01.02.2021].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2020). *ICF*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> [Stand 08.02.2021].

Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Gesundheitsgefahren. Sucht und Drogen*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html> [Stand 29.12.2020].

Bundesprogramm rehapro (2020). *Bundesprogramm innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro. Projektdarstellung Beraten – Ermutigen – Assistieren (BEA)*. Verfügbar unter: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Downloads/DE_2/Projektdarstellungen/BEA.pdf;jsessionid=701940DB1E33A162DBF53611A7E89340?__blob=publicationFile&v=1 [Stand 01.02.2021].

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C. & Raspe, H. (2011). IMET. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [Verfahrensdokumentation aus PSYINDEX Tests-Nr. 9005870 und Fragebogen]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), *Elektronisches Testarchiv*. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.381>.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2021). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2021*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/> [Stand 08.02.2021].

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Wiesbaden: Springer.

Egloff, B. (2020). Peer Beratung als Ermöglicheraum. In S. Benedetti, S. Lerch & H. Rosenberg (Hrsg.), *Beratung pädagogisch ermöglichen?!: Bedingungen der Gestaltung (selbst-)reflexiver Lern- und Bildungsprozesse*. Wiesbaden: Springer.

Fletcher, R., Fletcher, S.W. & Wagner, H.E. (1999). *Klinische Epidemiologie. Grundlagen und Anwendungen*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Flick, U. (2011). Das Episodische Interview. In G. Oelerich & H.U. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* (S.273-280). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (Lehrbuch, 4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003). *Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis*. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Darmstadt: Steinkopff.
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Springer VS.
- Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) (2020). *Evaluation des Bundesprogramms "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro"*. Verfügbar unter: <https://www.uni-due.de/iaq/projektinfo/rehaprobund.php> [Stand 03.03.2021].
- Kaps, P., Oschmiansky, F., Ebach, M., Popp, S. & Berthold, J. (2019). „Was benötigen und wie gelingen Wiedereinstiege von exkludierten Personen in soziale und arbeitsmarktliche Zusammenhänge?“. Berlin: ZEP – Zentrum für Evaluation und Politikberatung.
- Kleemann, F., Krähnke, U. & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kolibius, L.D. (2019). Computerspielsucht. Eine Einführung. In T.C. Breiner & L.D. Kolibius (Hrsg.), *Computerspiele im Diskurs: Aggression, Amokläufe und Sucht* (S.107-128). Wiesbaden: Springer.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kühn, T. & Koschel, K.V. (2018). *Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Kutscher, N. (2002). *Das Gruppendiskussionsverfahren – Methode und Methodologie*. https://pub.uni-bielefeld.de/download/2303599/2303607/4_Gruppendiskussion.pdf [Stand 12.02.2021].
- Lietzmann, T. (2016). Langzeitleistungsbezug und Langzeitarbeitslosigkeit: Definitionen, Quantitäten, Strukturen. In *WSI Mitteilungen*, (5), 334-343.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Modellvorhaben rehapro (2020). *Zweiter Förderaufruf zum Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“*. Verfügbar unter: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html [Stand 01.02.2020].
- Niehoff, J.U. (2008). *Gesundheitssicherung Gesundheitsversorgung Gesundheitsmanagement. Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Piontek, D., Kraus, L., de Matos, E.G. & Atzendorf, J. (2016). Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Studiendesign und Methodik. In *SUCHT* (5), 259-269.
- Reis, C., Geideck, S., Hobusch, T., Schu, M., Siebenhaar, B. & Wende, L. (2016). *Produktionsnetzwerke in der lokalen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Aufbau kooperativer Strukturen und Weiterentwicklung sozialer Dienstleistungen am Beispiel SGB II*, Frankfurt.

Saumure, K. & Given, L.M. (2008). Convenience Sample. In L.M. Given (Hrsg.), *The SAGE encyclopedia of qualitative methods* (S.124-125). Thousand Oaks, CA: Sage.

Scherer, M., Wagner, H.O., Lühmann, D., Dubben, H.H., Egidi, G., Kühlein, T., Abiry, D., Barzel, A. & Muche-Borowski, C. (2018). DEGAM Patienteninformation. Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber-und%20Unterversorgung/053-045PI_A4SchutzvorUeberundUnterversorgung.pdf [Stand 03.02.2021].

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In *Forum Qualitative Sozialforschung* (1). Vol 15, No 1 (2014). <https://doi.org/10.17169/FQS-15.1.2043>.

Sonntag, P.T., Baehr, N.R., Kuhlmeier, A., Suhr, R. & Schenk, L. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, S., J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2018. Qualität in der Pflege* (S.85-95). Berlin: Springer Open.

Steigleder, S. (1966). *Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring*. Marburg: Tectum-Verl.

Tausendpfund, M. (2018). *Quantitative Methoden in der Politikwissenschaft. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.

Vogt, V. & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse, Fachhochschule Köln*. Verfügbar unter https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_ [Stand 05.01.2020].

Anhang

Anh. (1) Leitfaden Bedarfserhebung Nutzer*innen (Evaluationsbaustein I.)

*Leitfaden episodische Interviews: Bedürfniserhebung der Nutzer*innen*

Forschungsfrage

Welche Bedürfnisse/Wünsche haben Menschen im SGB II Bezug mit einer Suchterkrankung oder Suchtgefährdung an die Angebote im Sozial- und Gesundheitswesen zu Ihrer Unterstützung?

Zuerst würde ich mich gerne sehr herzlich dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit nehmen mir im Rahmen unseres Gesprächs, mir Ihre Erfahrungen und Ihre Meinung zu erzählen.

Ich arbeite in einem großen Projekt hier in Leverkusen, in dem wir versuchen, die Unterstützungsangebote im Sozial- und Gesundheitswesen in den nächsten 5 Jahren zu verbessern (siehe Infoblatt unten). Dafür benötigen wir Ihre Hilfe, indem Sie uns von Ihren Erfahrungen und Wünschen berichten!

Dazu habe ich ein paar Fragen vorbereitet, welche Sie bitte möglichst ausführlich beantworten.

Sie können ganz frei erzählen. Ganz wichtig: Es gibt bei diesen Fragen keine falschen Antworten – wir sind an Ihren persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen interessiert und auch gerade daran, was aus Ihrer Sicht vielleicht nicht so gut funktioniert, damit es in der Zukunft besser gemacht werden kann.

[Einverständniserklärung: Erläuterung Datenschutz, Aufzeichnung, Verwendung wiss. Zwecke etc.]

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit unserem Interview beginnen?

Wir beginnen jetzt mit der Aufnahme und mit dem Interview.

Nr.	Themenkomplex	Hauptfrage	Nachfrage
1	Einstiegsfrage	Wenn Sie an Ihre Erfahrungen bezüglich verschiedener Unterstützungs- und Hilfeangebote wie eben hier in <i>[Einrichtungsname, z.B. Suchthilfe]</i> hier in Leverkusen denken, was fällt Ihnen diesbezüglich ein?	Was waren Ihre ersten Gedanken dazu? Wie hat sich ihr Eindruck entwickelt?
2	Zugang	Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren/wie sind Sie hierhin gekommen?	Erzählen Sie mir doch bitte davon, wie der das genau war: <ul style="list-style-type: none">- Durch wen wurden Sie von den Angeboten hier aufmerksam?- Wie kam es dazu, dass Sie gesagt haben „Ja, da gehe ich nun das erste Mal hin/rufe ich jetzt an?“ Waren Sie zuvor in einer anderen Einrichtung, wo man Sie auf [xy] aufmerksam gemacht hat? <ul style="list-style-type: none">- Wie lief das ganze ab?

			<p>Inwiefern waren Sie schon einmal hier und wie war das damals?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warum haben Sie die Angebote nicht weiterhin genutzt? - Warum sind Sie noch einmal wiedergekommen?
3	Ablauf	Wenn Sie nun an Ihren ersten Besuch hier [oder in anderer Einrichtung] denken, wie lief das Ganze ab?	Wie ging es bei den nächsten Besuchen weiter?
4	Inhalte	Wie hat man Sie unterstützt/Ihnen geholfen?	Denken Sie vielleicht an die konkreten Situationen aus der Vergangenheit zurück: Welche Probleme gab es, die gelöst werden konnten und welche, die noch nicht gelöst werden konnten und warum?
5	Bewertung	Was fanden Sie gut und was hat nicht so gut geklappt bezüglich der Unterstützung (Verbesserungsbedarf)?	<p>[Auf Andeutungen eingehen]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Können Sie mir diesbezüglich von einer konkreten Situation erzählen? - Was genau daran? - Warum genau war das gut/schlecht? - Können Sie mir dies noch etwas genauer erzählen? - Was meinen Sie mit „...“? <p>Falls Probleme benannt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie könnte das in Zukunft besser laufen/wodurch? <p>Was hat sich dadurch für Sie verändert?</p> <p>Konnten Sie sich und Ihre Vorstellungen einbringen?</p>
6	Begriffliches Verständnis	Was bedeutet für Sie eine gute Unterstützung/Hilfestellung?	<p>Woran machen Sie diese aus?</p> <p>Können Sie mir diesbezüglich ein konkretes Beispiel nennen/von einer konkreten Situation erzählen?</p>
7	Vergleich	Waren Sie auch schon einmal an anderen Orten in Leverkusen, wo es für Sie Unterstützung gab? Was war dort anders (gut oder schlecht)? Berichten Sie mir gerne, was Sie dort erlebt haben!	
8	Zusammenarbeit	Inwiefern wissen oder glauben Sie, ob einzelnen Einrichtungen zusammengearbeitet haben, um Ihnen zu helfen?	<ul style="list-style-type: none"> - Inwiefern hat man Ihnen z.B. gesagt „geh doch mal zu dem Herrn/der Frau xy, die hilft dir diesbezüglich weiter“? - Finden Sie dies eher gut oder eher schlecht und warum?
9		<p>Bezüglich welcher Dinge haben Sie sich denn insgesamt etwas mehr Unterstützung gewünscht und warum?</p> <p>oder</p>	- Woran genau lag das?

		Inwiefern gab es auch mal Zeiten, in denen Sie schlechte Erfahrungen gemacht haben, Sie sich verloren fühlten und nicht wussten, wie und wo Sie Hilfe erhalten?	
10	Abschlussfrage	Abschließend würden wir Sie gerne um ein Gesamtfazit bitten: Wie würden Sie insgesamt die Unterstützungsangebote in Leverkusen bewerten? Was sollte besser gemacht werden und was läuft gut?	
11		Gibt es darüber hinaus noch Punkte, die für Sie wichtig sind, die bisher noch nicht angesprochen wurden?	

Anh. (2) Falldokumentationsbogen (Evaluationsbaustein IV. und V.)

Deckblatt

Klienten*innen-Nr.: _____

Name	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum, Alter	
Geburtsort	
Adresse	
Telefonnr.	
E-Mail	
Rentenversicherungsnr.	
Krankenkassennr.	

Aufnahme in RehaPro am: _____

Zuweiser*in: _____

Zuweisungsgrund: _____

Datenschutzerklärung unterschrieben? Ja Nein

Schweigepflichtsentbindung unterschrieben? Ja Nein

Einverständniserklärung unterschrieben? Ja Nein

Info ans Jobcenter am: _____

Integrationsfachkraft: _____

Bedarfsgemeinschaftsnr.: _____

Fallführende Fallbearbeitung RehaPro: _____

Zweite*r Fallberater*in: _____

Fallbesprechung Aufnahme in RehaPro am: _____

Fallbesprechung Hilfeplanung am: _____

Monitoring Tabelle ausgefüllt: Ja Nein

Letzte Änderung in Akte am:	Wo?	Elektronische Übertragung am:

Teilnehmer*innen-Bogen RehaPro

Datum: _____

■ = Projektevaluation (Sander) ■ = Programmevaluation

WER

Erster Eindruck (Körpergröße, Gewicht, Körperhaltung...):

Akute Notlage/Gefahr im Verzug:

Minderjährige im Haushalt?: Ja Nein

Gefährdung Minderjähriger?:

Sonstiges (Vorstrafen etc.):

Migrationshintergrund/Aufenthaltsstatus	
Staatsangehörigkeit	deutsch <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> <i>(bitte auflühren)</i>
Migrationsstatus	
im Ausland geboren	<input type="checkbox"/>
Eltern im Ausland geboren	<input type="checkbox"/>
Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <i>(bitte auflühren)</i>	<input type="checkbox"/>

Muttersprache: _____

Arbeitserlaubnis: Ja Nein

Aufenthaltsstatus: _____

Finanzielles

Bezug monetärer Leistungen:

ALG I ALG II Erwerbsminderungsrente Krankengeld Übergangsgeld

Sozialhilfe(Grundsicherung) andere Leistung

Ggf. weiterer Bezug monetärer Leistungen: _____

Konsumverhalten

Sucht / Suchtgefahr / vermutete Sucht?

Merkmale/Begründung:

Art der Suchterkrankung (Mehrfachauswahl möglich)			diagnostiziert		
			Ja	seit	nein
Substanzbezogen	Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Illegale Drogen: (Bitte auflühren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glücksspiel	terrestrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medien	Gaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Social Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: (bitte auflühren)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gebrauchsstatus nach ICD-10 (bitte 2x ausfüllen)	zu Beginn		bei Abschluss	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: Gegenwärtig abstinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: Gegenwärtig abstinent in schützender Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: Gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven/hemmenden Mitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: gegenwärtiger Substanzgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: ständiger Substanzgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit: episodischer Substanzgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schädlicher Gebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: (bitte auflühren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veränderung des Konsums am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungs-/Behandlungsbeginn innerhalb von „rehapro“				
Deutlich verringert <input type="checkbox"/>	Leicht verringert <input type="checkbox"/>	Gleich geblieben <input type="checkbox"/>	Leicht gesteigert <input type="checkbox"/>	Stark gesteigert <input type="checkbox"/>

Gesundheits-/Krankheitsverlauf

Weitere Erkrankungen		diagnostiziert		
		Ja	seit	nein
Psychisch (bitte auflühren)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Somatisch (bitte auflühren)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Teilnahme an anderen medizinischen Reha-Maßnahmen außerhalb von RehaPro:

- Sport- und Bewegungstherapie
 Physiotherapie
 Information, Motivation, Schulung
 Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
 Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie
 Klinische Psychologie, Neuropsychologie
 Psychotherapie
 Reha-Pflege und Pädagogik
 Physikalische Therapie
 Rekreationstherapie
 Ernährungsmedizinische Leistungen
 Weitere medizinische Reha-Maßnahmen: _____

Grund der Programmteilnahme:

- Amtlich anerkannte Behinderung
 körperliche Beeinträchtigung
 geistige Behinderung oder Lernbeeinträchtigung
 psychische Krankheit
 Suchtkrankheit
 drohender Verlust der Arbeitsfähigkeit
 Prävention von Erkrankung bzw. Chronifizierung
 Mangel an sozialer Teilhabe
 Sonstiger Grund: _____
 Falls anerkannte Behinderung: Grad der Behinderung _____

Erwerbs-Biografie

Arbeitslos seit:

Arbeitserfahrung:

Ressourcen

(Stärken, Vorlieben):

Höchster Bildungsabschluss:

- Noch in der Schule kein Abschluss Hauptschulabschluss Realschulabschluss Fachhochschulreife

Erwerbsstatus zu Beginn der Teilnahme:

- Erwerbstätigkeit Tätigkeit in unterstützter Form Arbeitslosigkeit
 volle Erwerbsminderung teilweise Erwerbsminderung medizinische Reha-Maßnahme
 berufliche Reha-Maßnahme Rente
 Sonstiges: _____

Ggf. weiterer Erwerbsstatus: _____

Falls erwerbstätig, Stundenumfang: _____

Teilnahme an anderen beruflichen Reha-Maßnahmen außerhalb von RehaPro:

- Kompetenzdiagnostik, Assessment, Förderplanung
 Leistungen zur beruflichen Orientierung und Berufserkundung
 Qualifizierungsvorbereitende und –unterstützende Bildungsleistungen
 Umschulung mit anerkanntem Berufsabschluss
 Fortbildung mit geregelter Abschluss
 Zusatz-, Anpassungsqualifizierung mit Zertifikat
 Individuelle Förderung in der Qualifizierung (ohne Zertifikat)
 Berufspraktisches Training
 Leistungen zu den Schlüsselkompetenzen
 Leistungen zur Gesundheitskompetenz und fachtherapeutische Leistungen
 Leistungen zur Integrationskompetenz
 Leistungen bei besonderen Funktionseinschränkungen
 weitere Leistungen zur beruflichen Rehabilitation: _____

Institutionelles Umfeld (Behörden, Berater, Bewährungshilfe...)

Vermittelnde Instanz:

<input type="checkbox"/> Suchthilfe	<input type="checkbox"/> JobService	<input type="checkbox"/> SPZ
<input type="checkbox"/> Caritas	<input type="checkbox"/> Diakonie	<input type="checkbox"/> Andere:

Andere Kontaktpersonen: (Ärzte, Therapeuten, BeWo, Behörden, Bewährungshilfe, Berater...)

Wohnen

Vermieter:

Haushaltsform:

8

Alleinlebend Paar ohne Kind bis 25 J. Paar mit Kind/ern bis 25 J. alleinerziehend Sonstiges

Wohnform/-situation <i>(Mehrfachnennung möglich; bei Veränderung bitte nachtragen)</i>	seit
Selbstständiges Wohnen (Zimmer/Wohnung/Haus ...) <input type="checkbox"/>	
Aktuell von Wohnungslosigkeit betroffene Person	
.....	
ohne jegliche Unterkunft	<input type="checkbox"/>
in Notunterkünften untergebracht	<input type="checkbox"/>
in Behelfsunterkünften (Baracken, Wohnwagen, Gartenlauben, etc.)	<input type="checkbox"/>
vorübergehend bei Freunden, Verwandten, Bekannten untergekommen	<input type="checkbox"/>
mangels Wohnung in Einrichtungen länger als notwendig	<input type="checkbox"/>
vorübergehend in gewerbsmäßiger Behelfsunterkunft (Hotels; Pensionen)	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>
Unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht	
.....	
drohende/ausgesprochene Kündigung	<input type="checkbox"/>
Räumungsklage/Zwangsräumung	<input type="checkbox"/>
Eskalierte soziale Konflikte/gewaltgeprägte Lebensumstände	<input type="checkbox"/>
Junge Menschen, die nicht länger zu Hause leben können	<input type="checkbox"/>
Unzumutbare Wohnverhältnisse	
.....	
zu kleine Wohnung gemessen an der Personenzahl	<input type="checkbox"/>
baulich unzumutbaren bzw. gesundheitsgefährdeten Wohnungen	<input type="checkbox"/>
in Wohnungen mit unzureichender Ausstattung	<input type="checkbox"/>
Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: <i>(bitte aufführen)</i>	<input type="checkbox"/>

WAS?

Assessment:

Zusammenfassung der Probleme/Bedarfe/Veränderungswünsche:

WIR

1. Handlungsbedarfe (Assessment)
2. Hypothesenbildung (zu den untenstehenden Bereichen)
3. Fragen bilden / Gesprächsvorbereitung
4. Befunde (Hypothesen bewahrheitet?)
5. Sicht des Nutzers
6. Gemeinsame Sicht
7. Ziel der Bearbeitung

➔ Persönliche und soziale Situation	➔ Psychosoziale Situation
➔ Sucht	➔ Ökonomische Situation
➔ Beschäftigung	➔ Wohnen

Hypothesen:

Befunde:

WIE

Ziele

Hilfeplanung:

Maßnahmen (Praktika, AGH, Tagesstruktur, Anbindung, Therapie...)

Case-Management-Aktivität durch die Scouts <i>(bitte weiterführend ergänzen)</i>					
Nr.	Gegenstand/Inhalt (z.B. Hilfeplanung)	Dauer der Unterstützung (Min)	Kontakt Projektteilnehmer*in	Fallkonferenz	Besprechung mit anderen Dienstleistern
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Projektteilnahme

Beginn der Teilnahme am Programm: _____

12

Ende der Teilnahme am Programm: _____

Teilnahme an Maßnahmen/Leistungen:

Maßnahme nach Kategorie	Beginn der Teilnahme	Beendigung der Teilnahme	Abschluss
			<input type="checkbox"/> Planmäßig <input type="checkbox"/> Unterbrechung <input type="checkbox"/> Vorzeitige Beendigung, Grund:
			<input type="checkbox"/> Planmäßig <input type="checkbox"/> Unterbrechung <input type="checkbox"/> Vorzeitige Beendigung, Grund:
			<input type="checkbox"/> Planmäßig <input type="checkbox"/> Unterbrechung <input type="checkbox"/> Vorzeitige Beendigung, Grund:

Verbleib nach Ende der Programmteilnahme:

- Erwerbstätigkeit Tätigkeit in unterstützter Form Arbeitslosigkeit
 volle Erwerbsminderung teilweise Erwerbsminderung medizinische Reha-Maßnahme
 berufliche Reha-Maßnahme Rente
 Sonstiges: _____

Erfolg der Programmteilnahme:

Inwieweit hat der TN von der Maßnahme profitiert im Hinblick auf...

Erwerbsbeteiligung und Beschäftigungsfähigkeit

- Gar nicht kaum teilweise eher erheblich

Gesundheit

- Gar nicht kaum teilweise eher erheblich

Soziale Teilhabe

- Gar nicht kaum teilweise eher erheblich

Anh. (3) IMET-Fragebogen (Evaluationsbaustein III.)

Beeinträchtigungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Beeinträchtigungen im Alltag durch Ihre Krankheit. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das entsprechende Kästchen an. Dabei bedeuten:

[0]= keine Beeinträchtigung [10] = keine Aktivität mehr möglich

Ansonsten kreuzen Sie ein entsprechendes Kästchen dazwischen an.

- **übliche Aktivitäten des täglichen Lebens** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten wie z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, sich im Haus bewegen, etc.)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und andere Arbeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Erledigungen außerhalb des Hauses** (dieser Bereich umfasst z.B. Einkäufe, Amtsgänge, Bankgeschäfte auch unter Benutzung üblicher Verkehrsmittel)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **tägliche Aufgaben und Verpflichtungen** (dieser Bereich umfasst alltägliche Aufgaben und Verpflichtungen wie z.B. Arbeit, Schule, Hausarbeit)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Erholung und Freizeit** (dieser Bereich umfasst Hobbys, Freizeitaktivitäten und Sport, Urlaub)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Essen gehen, besondere Anlässe, Theater- oder Kinobesuche, etc.)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **enge persönliche Beziehungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Eingehen und Aufrechterhalten enger Freundschaften, Partnerschaften, Ehe)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

- **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

Für die nächste Frage bedeutet

[0]= kann Belastungen [10] = kann Belastungen nicht ertragen mehr ertragen

- **Stress und außergewöhnliche Belastungen** (dieser Bereich umfasst z.B. familiäre Auseinandersetzungen und andere Konflikte sowie außergewöhnliche Belastungen im Beruf und am Arbeitsplatz)

[0] - [1] - [2] - [3] - [4] - [5] - [6] - [7] - [8] - [9] - [10]

Leitfaden Fokusgruppendifkussion GSWS

Bestands- und Bedarfsanalyse aus Sicht der beteiligten Expert*innen

1. Erhebungswelle

Forschungsfrage: Wie wird die Angebotslandschaft in Leverkusen sowie deren Veränderung durch das Modellprojekt in Bezug auf die Zielgruppe aus der Sicht der am Projekt beteiligten Akteur*innen wahrgenommen?

Planung:

Fokusgruppen Teilnehmer*innen

- Leitungsebene (PNW)
- Eingliederungsscouts
- ggf. extern (noch offen)

Zeitpunkte:

- Entwicklungsphase (4. Quartal)
- Abschlussphase (19. Quartal)

Nr	Thema	Frage/Nachfragen, Inhalt	Zeit/Min
Einführung			10
Rahmenbedingungen und Grundregeln			
1	<ul style="list-style-type: none"> - Danksagung - Erläuterung Ablauf und Dauer - Kurzvorstellung Inhalt und Prinzip 	/	

	<ul style="list-style-type: none"> – Informationen zur Verwendung, Anonymisierung – keine richtigen & falschen Antworten, jegliche Meinung/Ansicht interessant, gerne auch differente Ansichten, auch Teilaspekte und detaillierte Informationen und Erläuterungen, kein Wissenstest 	
Warm-Up		max. 20
<p>Annäherung an die Forschungsfrage/Einstieg Diskussion allgemeinerer Aspekte des Themas – Annäherung, noch nicht zentrale Fragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sprechbarrieren abbauen ➤ offener Einstieg ➤ Lerneffekte zu nutzen ➤ lebensweltorientierter Einstieg ➤ Spielräume eröffnen 		
2	<p>Diskussionsgenerierender Impuls Themenvorschläge und „demonstrierte() Vagheit“ (Bohnsack 2014, S. 226)</p>	<p><i>Inhalt und Ziel ist es in unserem gemeinsamen Projekt unter anderem eine systematische Vernetzungsstrategie der verschiedenen freien und öffentlicher Träger. Erzählen Sie doch mal, wie sich die Angebote in Leverkusen in Bezug auf unsere Zielgruppe gestalten, aber auch, was Sie für Veränderungen durch das Projekt bereits wahrgenommen haben. Was haben Sie bemerkt oder mitbekommen, was hat man Ihnen zurückgemeldet? Denken Sie dabei sowohl an früher vor Projektbeginn, als auch an heute, an Ihren Arbeitsalltag und damit verbundene Tätigkeiten und konkrete Situationen. Wo können Sie vielleicht Vergleiche zu anderen Angebotsstrukturen hier oder in einer anderen Stadt ziehen. Erzählen Sie einfach mal oder diskutieren Sie wie Sie die letzten Monate und die Zeit davor in Bezug</i></p>

auf die Angebote für unsere Zielgruppe beschreiben würden.

Hauptteil

60

wenige Themenblöcke

- Experten*innen-Wissen
- konkrete Erfahrungen, spontane Einfälle

Allgemein:

Aufforderung zur detaillierten Schilderung

- Was genau meinen Sie damit?
- Können Sie dazu mehr erzählen?

Nachfragen nach konkreten Situationen

- Was fällt Ihnen spontan zu xy ein?
- Welche Situationen/Erfahrungen kommen Ihnen gleich in den Sinn?
- Können Sie mir ein konkretes Beispiel nennen?
- Denken Sie vielleicht an konkrete Situationen aus der Vergangenheit

zurück: Welche Situationen haben Sie in Erinnerung und warum?

→ konkrete Alltagserfahrungen und Hintergründe schildern

Nachfrage zu den Zeitpunkten und Zielen

Status

- vor GSWS
- quo (zum aktuellen Zeitpunkt (Entwicklungsphase))
- in der Zukunft (angestrebt)

zu

- Hemmnissen, Stolpersteinen
- Handlungsbedarfen
- sowie ableitbaren Empfehlungen

3

Zugangswege

- Über wen (Personen, Organisationen, intern oder extern)?
- Dissemination und Bekanntheit des Projektes

	– Aufsuchende Arbeit	
4	Individuelles und ganzheitliches Unterstützungsangebot <ul style="list-style-type: none"> – Prozess oder Reihung von Einzelmaßnahmen? – Auf die Bedarfe des*der Klient*in abgestimmt? – Orientierung im System – Überblick über die Angebote im System 	
5	„Verlust“ von Klient*innen? <ul style="list-style-type: none"> – An welcher Stelle im Unterstützungsprozess? – Gründe 	
6	Wer wird nicht erreicht (Nicht-Nutzer*innen)? <ul style="list-style-type: none"> – Welcher Teil der Zielgruppe? – Handlungsmöglichkeiten 	
7	Interner Kontext Strukturelle Bedingungen und Veränderungen innerhalb der beteiligten Organisationen <ul style="list-style-type: none"> – Interne Kommunikation – Veränderung der internen Angebote, etc. 	
8	Externer Kontext Austausch bzw. Vernetzung Innerhalb des Projektes unter den Projektpartner*innen auf professioneller Ebene zwischen den Akteur*innen <ul style="list-style-type: none"> - Überleitung bzw. Verbindungswege für die Klient*innen - Kommunikationswege: Informell, formell? ... Relevante weitere Organisationen innerhalb und außerhalb von Leverkusen (Aufgaben, Zusammenarbeit)	
9	Hürden in der organisationalen und professionellen Zusammenarbeit <ul style="list-style-type: none"> – Rechtskreisübergreifender Kontext – Finanzierungsmodalitäten – Stadtgrenzen und Zuständigkeiten – Professionelles Selbstverständnis 	
10	Unterversorgung Versorgungs-/Angebotslücken	

	<p>Bedarf aber nicht vorhanden Bedarf aber schlecht zugänglich/ Nutzung eingeschränkt</p> <p>Fehlversorgung (jede Art von Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht)</p> <p>Überversorgung Doppelungen/Überschneidung von Angeboten Wenig genutzte Angebote Konkurrenz zwischen den Trägern?</p> <p>-----</p> <p>→ Ursachen? → Veränderungen durch das Projekt? → Handlungsbedarfe?</p>	
Abschluss		30
Inhaltlicher Abschluss		
11	<p>Diskussionspunkte/-sequenzen wieder aufgreifen, die - widersprüchlich - auffällig waren</p>	<p><i>Sie haben eben berichtet, dass ... Können Sie dies noch einmal aufgreifen und näher erläutern?</i></p>
12	<p>Ergänzungen Zusammenfassung</p>	<p><i>Bevor wir zum Abschluss unserer Diskussion kommen, gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, das wir nicht angesprochen haben und das Sie gerne noch ansprechen möchten?</i></p> <p><i>Zum Abschluss würde ich ein kurzes Blitzlicht vorschlagen. Könnten Sie vielleicht noch in 1-2 Sätzen ein abschließendes Fazit zur Angebotsstruktur in Leverkusen in Bezug auf unser Projekt ziehen und die für Sie wichtigsten Punkte nennen?</i></p>
Formaler Abschluss		
<p>Danksagung Information zu weiterer Fokusgruppendifkussion Beenden der Audioaufnahme</p>		

Weiteres

Zu beachten

a) Diskussionsgenerierender Impuls:

Themenvorschläge und „demonstrierte() Vagheit“ (Bohnsack 2014, S. 226)

z.B. „durch ‚unpräzise‘ und offen formulierte Fragen, aber auch Fragereihungen“ (ebd., S. 227), ohne eine Richtung vorzugeben (Kleemann et al. 2013, S. 169)
Beispiel (eigene Gruppendiskussionen; vgl. auch Kubisch 2008, S. 121 f.) „... zu Ihrer Arbeit gehört ja auch zu dokumentieren. (.) und mich interessiert was gehört alles zu dieser Dokumentation? (.) wie machen Sie das, wie gehen Sie da konkret vor? und wenn Sie mal an Ihren Arbeitsalltag den:ken (.) oder an konkrete Situationen dabei den:ken (.) er- erzählen Sie einfach mal oder diskutieren Sie wie Sie das erle:ben, was Sie da herausfordert (.) und so weiter“

b) Fragen richten sich an die gesamte Gruppe, nicht an Einzelne

„... z.B. in Diskussionen mit Jugendgruppen durch Formulierungen wie „was macht ihr denn so, wenn ihr euch seht““. Nicht „Sag Du mal, was in eurem Treffpunkt los ist, wenn ihr euch trefft?““ (Kleemann et al. 2013, S. 169)

c) Keine Steuerung der Redebeiträge (Zurückhaltende Moderation)

Keine Zuteilung von Rederechten oder Aufforderungen an Schweiger*innen, ‚auch mal etwas zu sagen‘

d) Nur immanente Nachfragen zur Generierung detaillierterer Schilderungen

z.B. „Könnt Ihr einmal erzählen oder beschreiben, was Ihr damals so erlebt habt, als Ihr ...“ (Bohnsack 2014, S. 228)

In der Schlussphase, wenn Diskussion spürbar ‚erlahmt‘

e) Exmanente Nachfragen (Bohnsack 2014, S. 228)

Einbringung von weiteren forschungsrelevanten Themen
Aufforderung zu Beschreibungen und Argumentationen

f) Direktive Phase

„Gegen Ende der Diskussion greifen die Feldforscher(innen) auf jene Sequenzen des Diskurses zurück, die ihnen (ihrem intuitiven Eindruck zufolge) widersprüchlich oder in anderer Weise auffällig erschienen sind“ (ebd.)

Beispiel (in der Endphase einer eigenen Gruppendiskussion)

„Was ja auch bei Ihnen noch gesagt wurde is- dass die Zeit mit den Teilnehmern sozusagen drängt. [...] man kann sich doch mit den Teilnehmern hinsetzen, und die

Dokumentation mit denen zusammen machen. [...] was sagen Sie zu sowas?“

Weitere Aktivitäten während der Diskussion

Sammlung der genannten Aspekte auf einer Flip-Chart

- zur Systematisierung
- um die Ernsthaftigkeit/ Wichtigkeit der Diskussion zu verdeutlichen
- um genannte Aspekte später wieder aufgreifen zu können

Audioaufnahme

- + grobe Mitschrift der Redebeiträge zur nachträglichen Zuordnung zu den Personen durch „Assistenzperson“

Logik-Modell für Modellprojekt 1Z-061: Gemeinsam sind wir stark – neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen (GSWS)

Verbundkoordinator/Antragsteller: Jobcenter gE Leverkusen, Stadt

Datum der Ersterstellung: 23.9.2019

Ansprechperson bei der Evaluation: Michel Kusche, Tel.: 07071-9896-27, E-Mail: michel.kusche@iaw.edu

Inputs	Aktivitäten	Outputs	Ergebnisse	Wirkungen
<p>Beantragte Bundesmittel: 3.680.228 € (Skizze)</p> <p>Personal: Steuerungsgruppe: Personal des JC, der Suchthilfe Leverkusen, dem Sozialdezernenten der Stadt Leverkusen sowie der wissenschaftlichen Begleitung (9)</p> <p>„Eingliederungsscouts“ (ein Team bestehend aus Sozialscouts, Gesundheitscouts sowie Jobscouts des Jobcenters) (1)</p>	<p>Identifikation suchtkranker und suchgefährdeter SGB II-Leistungsberechtigter durch Jobcenter und anderer sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleister in Leverkusen (5)</p> <p>Vermittlung in Arbeit, Maßnahmen, Praktika, Angebote des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) und Wohnraum (15)</p>	<p>Anzahl identifizierter Teilnehmer/innen</p> <p>Funktionsbeschreibung „Eingliederungsscouts“ (3)</p> <p>Übergreifende Fallrekonstruktion als Arbeitsinstrument</p> <p>Generalisierte Unterstützungsketten</p> <p>Anzahl der durchgeführten Anamnesen</p> <p>Anzahl der Teilnahmefälle an Beratung und Begleitung</p>	<p>Entwicklung und Bereitstellung neuer Leistungsangebote mit Anzahl der Teilnahmefälle (7)</p> <p>Verstärkte Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Gruppe der Teilnehmer/innen (15)</p> <p>Verbesserung der Erwerbsfähigkeit der Teilnehmer/innen (15)</p> <p>Verbesserte Befähigung der Teilnehmer/innen zur Teilnahme an Maßnahmen</p>	<p>Programmziel 1: Vorbeugen chronischer Erkrankungen oder drohender Behinderungen (Skizze)</p> <p>Programmziel 2: Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (Skizze)</p> <p>Programmziel 3: Entgegenwirken einer drohenden (Teil-)Erwerbsminderung (Skizze)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmziel 4: Verbesserung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe (Skizze)

Inputs	Aktivitäten	Outputs	Ergebnisse	Wirkungen
<p>Ressourcen und Kompetenzen der in dem zu entwickelnden PNW beteiligten Akteure</p> <p>Konzept Produktionsnetzwerk</p> <p>Konzept übergreifende Fallrekonstruktion</p> <p>Schulung des Personals (11)</p> <p>Geldwerte Leistungen</p> <p>Ausgaben aus dem Budget des JC, die nicht durch das Bundesprogramm finanziert werden (etwa für Akquise, Gutachten, Maßnahmen)</p>	<p>Etablierung eines rechtskreisübergreifenden Kooperationsnetzwerkes („Produktionsnetzwerk“) (3)</p> <p>Schulung PNW und Scouts in übergreifender Fallrekonstruktion</p> <p>Schulung der Integrationsfachkräfte des Jobcenters zu Erkennen und Umgang mit Sucht</p> <p>Sitzungen der Steuerungsgruppe (3)</p> <p>Wissenschaftliche Begleitung : Evaluation, Konzeptentwicklung und Prozessbegleitung (10)</p>	<p>durch „Eingliederungsscouts“</p> <p>Anzahl der Vermittlungen in Erwerbsarbeit, Maßnahmen, Praktika, psychosoziale und sozialpsychiatrische Angebote und von Wohnraum</p> <p>Anzahl der Weiterbildungen, Transfertagungen</p> <p>Kooperationsnetzwerk (PNW) etabliert</p> <p>Evaluationsbericht</p>	<p>zur Förderung der beruflichen Integration (15)</p> <p>Verbesserter Zugang zu projektexternen Angeboten (Maßnahmen, Praktika, Angebote des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) und Wohnraum) (15)</p> <p>Weiterbildungen, Transfertagungen (16)</p> <p>Vermeidung der Kündigung von Mietverhältnissen (1, 15)</p> <p>Verbesserung der lokalen rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit bezogen auf Suchtkranke und Suchtgefährdete (1)</p> <p>Verbesserung der fachlichen Konzepte und der Fachkompetenz beteiligter Einrichtungen (1)</p>	<p>Erkenntnisse über Wirkung von Strukturentwicklungen, Kooperationsnetzwerken, Unterstützungsketten und organisationsübergreifenden Fallteams (17)</p> <p>Verbesserung der lokalen rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit (1)</p>

Legende: Kursiv = Aspekte, die nicht im Projektkonzept genannt und durch das IAW ergänzt wurden

Zahlen in Klammern = Seitenangaben im Projektkonzept