



Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention

**Expertise im Auftrag der Drogenbeauftragten
der Bundesregierung beim Bundesministerium
für Gesundheit**

November 2019



Impressum

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3 | 45128 Essen, Germany

Postanschrift:

Postfach 10 30 54 | 45030 Essen, Germany

Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

Vorstand

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)
Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)
Dr. Stefan Rumpf

© RWI 2019

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des RWI gestattet.

RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt
Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention

Expertise im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim
Bundesministerium für Gesundheit
November 2019

Projektteam

Prof. Dr. Roland Döhrn (Projektleiter), Hermann Rappen

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention

**Expertise im Auftrag der Drogenbeauftragten
der Bundesregierung beim Bundesministerium
für Gesundheit**

November 2019

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung	4
2.	Institutionelle Rahmenbedingungen kommunaler Drogen- und Suchtpolitik	6
2.1	Anknüpfungspunkte kommunaler Drogenpolitik	6
2.2	Kommunale Zuständigkeiten und Gestaltungsspielräume	7
2.3	Kommunale Steuerungspotenziale	9
2.3.1	Mitgliedschaft in Vereinen und Kapitalgesellschaften	12
2.3.2	Gestaltung der Leistungsbeziehungen	15
2.3.3	Institutionalisierte Kooperation	18
2.4	Kommunale Finanzierungsstrukturen	21
3.	Fallstudien zu den kommunalen Organisations- und Finanzierungsstrukturen	25
3.1	Reaktionen auf veränderte finanzwirtschaftliche Rahmenbedingungen	25
3.1.1	Bedeutung der Landeszuweisungen für die kommunale Drogenpolitik am Beispiel Schleswig-Holsteins	26
3.1.2	Kommunale Drogenpolitik unter Konsolidierungsdruck – Das Beispiel der Stärkungspaktgemeinden in Nordrhein-Westfalen	28
3.2	Organisations- und Finanzierungsstrukturen kommunaler Suchtpolitik und Suchtprävention	31
3.2.1	Bedeutung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen ...	32
3.2.2	Kommunale Steuerung und Koordination der Suchtpolitik ...	35
3.2.3	Finanzierungsstrukturen	36
4.	Zusammenfassende Bewertung	40
	Literaturverzeichnis	50
	Kasten 1 Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) in Hamm	20
	Kasten 2 Fallstudie Flensburg	30

Verzeichnis der Tabellen, Schaubilder und Übersichten

Tabelle 1	Trägerschaft in kommunal unterstützten Einrichtungstypen	10
Tabelle 2	Entwicklung der Finanzmittel für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen ¹ nach Volumen und Herkunft.....	22
Tabelle 3	Vergleich	28
Tabelle 4	Ausgewählte Konsolidierungsmaßnahmen von nordrhein- westfälischen Stärkungspaktgemeinden 2012 - 2023.....	32
Tabelle 5	12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevantem Konsum legaler und illegaler Drogen ¹	33
Tabelle 6	Kommunale Bruttoausgaben ¹ im Aufgabenfeld Suchthilfe und Suchtprävention ²	37
Schaubild 1	Übersicht der an Drogen-/Suchtpolitik beteiligten staatlichen und nicht-staatlichen Partner und deren Aufgaben.....	4
Schaubild 2	Einrichtungstypen mit und ohne kommunale Finanzzuwendungen 2016	11
Schaubild 3	Steuerung und Kooperation der Aktivitäten der Suchthilfe und Suchtprävention aus kommunaler Sicht	12
Schaubild 4	Die Entwicklung der Landeszuweisungen in Baden- Württemberg.....	24
Schaubild 5	Variation der Drogendelikte innerhalb und zwischen den Flächenländern	33
Schaubild 6	Bestimmungsgründe kommunaler Sozialausgaben	41
Übersicht 1	Strategische Grundlagen bundesdeutscher Drogenpolitik	6
Übersicht 2	Die Stellung der Kommunen in den Phasen der Suchthilfe	9
Übersicht 3	Mitwirkung von Kommunen in privaten Körperschaften	13
Übersicht 4	Grundformen der öffentlichen Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen	16
Übersicht 5	Zweckgebundene Zuwendungen in der Freien und Hansestadt Hamburg	17
Übersicht 6	Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden- Württemberg und ihre Themen.....	19

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Übersicht 7	Drogenproblematik in den Kommunen und in den Stadtstaaten	34
Übersicht 8	Entwicklung von Zuwendungen und Kostensteigerungen in Dortmund	38
Übersicht 9	Ausgewählte Wirkungsziele der Mannheimer Suchtpolitik und ihre Operationalisierung.....	39

1. Einführung

Die Akteure der Drogen- und Suchtpolitik bewegen sich innerhalb eines komplexen Handlungsrahmens, der durch die Arbeitsteilung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, die Zuständigkeiten der Sozialversicherungen sowie die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (u.a. Gesundheitssektor, Wohlfahrtsverbände, Ehrenamtliche) (horizontale Perspektive) abgesteckt wird (Schaubild 1). Innerhalb dieses Geflechts kommt den Kommunen eine zentrale Rolle zu. Sie sind es insbesondere, die zuerst mit den Problemen konfrontiert werden, die aus dem Konsum legaler (z.B. Alkohol) und illegaler Drogen (z.B. Kokain, Heroin) sowie aus Verhaltenssüchten (z.B. Glücksspiel, Internetsucht) resultieren. Dies bedeutet indes nicht, dass sie bei den in solchen Fällen erforderlichen Hilfen selbst tätig werden. Vielmehr werden die Aufgaben häufig auf freie Träger ausgelagert, die im Gegenzug kommunale Zuwendungen erhalten.

Schaubild 1
Übersicht der an Drogen-/Suchtpolitik beteiligten staatlichen und nicht-staatlichen Partner und deren Aufgaben



Quelle: DBDD (2019:15).

Die Verteilung der Kompetenzen zwischen den staatlichen Ebenen verschafft Ländern und Kommunen Freiräume, eigene Strategien in der Suchthilfe und Suchtprävention zu entwickeln. Dies schlägt sich in unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungsstrukturen nieder. Diese Vielfalt erscheint auch sinnvoll, da das

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Suchtverhalten in Abhängigkeit von den regionalen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen variiert. Wichtige Faktoren sind hier nachfrageseitig die Demographie sowie die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Regionen. Angebotsseitig kommt es auf die Drogenversorgungssysteme an (Tretter 1998: 297ff.). Da Suchthilfe und Suchtprävention auf die regionalen Gegebenheiten reagieren müssen, ist sie am besten bei den Kommunen angesiedelt. Sie können auf Grund ihrer räumlichen Nähe zu den Problemen und den Beteiligten den Handlungsbedarf am besten einschätzen. Tatsächlich lässt sich auch eine Kommunalisierung dieses Aufgabenfeldes beobachten. Dies geschieht etwa durch gesetzliche Vorgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder durch die Umschichtung der Landeshilfen von den freien Trägern auf die Kommunen, die diese dann nach eigenem Ermessen an freie Träger weitergeben.

Diese dezentrale Organisation hat aber auch zur Folge, dass ein erheblicher Informationsbedarf über die kommunale Aufgabenerfüllung im Bereich der Drogenpolitik besteht. Ihn zu befriedigen ist in Anbetracht der Vielzahl der Kommunen und der unterschiedlichen Konzepte und Regelungen auf Länderebene allerdings schwierig. Angesichts des vorgegebenen zeitlichen und inhaltlichen Rahmens kann hier deshalb nur exemplarisch auf die Organisations- und Finanzierungsstrukturen kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention eingegangen werden. Dies geschieht, indem die kommunalen Gestaltungsspielräume aufgezeigt und deren Nutzung anhand von Fallbeispielen illustriert werden. Außerdem wird der Versuch unternommen, eine Vorstellung über das kommunale Ausgabenniveau und dessen Entwicklung anhand von Materialien der Deutschen Suchthilfestatistik sowie der Auswertung amtlicher Quellen (Haushaltspläne, Dokumente der Länderparlamente und der Räte) zu erhalten.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Kommunen als Akteure der Drogenpolitik gegeben (Kapitel 2). Dabei geht es sowohl um die Anknüpfungspunkte kommunaler Drogenpolitik und die kommunalen Zuständigkeiten als auch um die kommunalen Gestaltungsspielräume. Außerdem wird ein erster Überblick über die Finanzierungsstrukturen der Suchthilfe und Suchtpräventionen gegeben. Insbesondere wird nach dem kommunalen Finanzierungsbeitrag gefragt. Anschließend wird mittels Fallstudien versucht, den Einfluss der sozioökonomischen und finanzwirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die kommunale Suchthilfe und Präventionspolitik aufzuzeigen (Kapitel 3). Den Abschluss bildet eine zusammenfassende Bewertung der Untersuchungsergebnisse (Kapitel 4).

2. Institutionelle Rahmenbedingungen kommunaler Drogen- und Suchtpolitik

2.1 Anknüpfungspunkte kommunaler Drogenpolitik

Die Drogenpolitik von Bund, Ländern und Gemeinden setzt auf das sog. Vier-Säulenmodell: Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensminderung und Repression. Eine weitere Gemeinsamkeit ist der integrative, suchtübergreifende Ansatz (*Übersicht 1*). Letzterer spiegelt sich beispielhaft in der nordrhein-westfälischen Suchthilfe wider, wie eine aktuelle Erhebung für die kommunale Ebene zeigt (MAGS 2019: 46).¹ Danach richten sich 63,1 % der erfassten Einrichtungen an mehr als drei Zielgruppen, 23,4% an bis zu zwei Zielgruppen und 17% an nur eine. Dabei liegt der Schwerpunkt der Angebote auf Hilfen für Alkoholabhängige (82% der Einrichtungen), Medikamentenabhängige (79%) und Konsumenten illegaler Drogen (71%).

Übersicht 1

Strategische Grundlagen bundesdeutscher Drogenpolitik

		Dimension	Erläuterung
Verhältnisprävention	Verhaltensprävention	Interventionsfeld	Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression (Vier Säulenmodell)
		Integrativer Ansatz	Legale, illegale Substanzen, Verhaltenssüchte (suchtübergreifende Ansätze)
		Konsummuster	Risikoarmer Konsum, problematischer Konsum, Abhängigkeit
	Sozioökonomische Rahmenbedingungen	Wirtschaftsentwicklung, Demographie, Grenzlage, Drogenversorgungssystem,	

Quelle: Eigene Darstellung.

Suchtverhalten hat nicht nur persönliche Ursachen, sondern resultiert auch aus den sozioökonomischen Rahmenbedingungen. Entsprechend muss man zwischen der Verhaltensprävention, die auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens abzielt, und der Verhältnisprävention, die auf eine Beeinflussung der Lebensumstände auf Meso- und Makroebene abstellt, unterscheiden. Kommunale Suchthilfe stellt im Wesentlichen auf Verhaltensprävention ab. Sie knüpft zwar mit ihren Maßnahmen auch an den sozialräumlichen Lebenswelten der Menschen an (sog.

¹ Auch die Deutsche Suchthilfestatistik deutet darauf hin, dass die Suchthilfeeinrichtungen nicht nur jeweils eine Zielgruppe entsprechen. Allerdings gibt es hier keine Informationen darüber, wie viele der Einrichtungen sich zwei oder mehr Zielgruppen richten.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Settings: Schule, Betrieb, Stadtteil). Dabei geht es indes vor allem um den Zugang zu den Menschen, nicht aber um die Veränderung ihrer Lebenswelten. Maßnahmen der Verhältnisprävention hingegen versuchen, die Lebensumstände durch wirtschaftliche (Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten) und städtebauliche Maßnahmen (Verbesserung des Wohnumfelds) zu verbessern. Sie zielen auf die strukturellen Bestimmungsgründe vor allem von Drogenkonsum, aber auch Verhaltenssüchten ab.

Repressive Maßnahmen dürfen sich nicht allein auf die Drogenabhängigen konzentrieren, sondern sie müssen alle „Stakeholder“ einbeziehen. Dazu zählen die Bürger, deren Sicherheitsgefühl durch die häufig beobachtete Konzentration von Drogensüchtigen auf „Brennpunkte“ und die dadurch bedingte Verschlechterung der Aufenthaltsqualität im öffentlichen Raum (Sauberkeit, Kriminalität) beeinträchtigt wird. Weitere Stakeholder sind die Immobilienbesitzer, die unter Umständen ihre Vermögenswerte und Erträge gefährdet sehen. In diesen Kontext können auch Maßnahmen zur Schadensminderung (z.B. Einrichtung von Drogenräumen) eingeordnet werden, die zwar primär das Ziel haben, gesundheitliche Schäden für den Drogenkonsumenten zu mindern (Austausch von Spritzen, Prüfung der Qualität der Drogen), die aber auch Belastungen der Öffentlichkeit durch sichtbaren Drogenkonsum und daraus erwachsenden Gefährdungen verringern sollen.

2.2 Kommunale Zuständigkeiten und Gestaltungsspielräume

Die Verantwortung für die konkrete Umsetzung der Drogen- und Suchtpolitik – insbesondere auch ihrer Finanzierung – liegt überwiegend bei den Ländern und den Kommunen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und gemeinsamer Ziele durchaus unterschiedliche Schwerpunkte setzen können.

Bundesrechtliche Vorgaben leiten sich aus den Sozialgesetzbüchern ab. Diese definieren den allgemeinen Grundsatz, wonach alle Leistungsträger verpflichtet sind, den Berechtigten zeitnah, umfassend, rechtzeitig und ausreichend die ihm zustehenden Sozialleistungen zur Verfügung zu stellen (§ 17 SGB I). Spezifische Regelungen mit Bezug auf die kommunale Suchthilfe findet man u.a. in der Grundversicherung für Arbeitssuchende (Suchtberatung § 16 (2) SGB II), Kinder- und Jugendhilfe (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII) und Sozialhilfe (Leistungen für Leistungsberechtigte mit Suchterkrankungen nach §§ 67 ff. SGB XII). So können Arbeitslose mit Bezug auf die kommunalen Eingliederungsleistungen sowohl nach § 16a SGB II als auch nach § 67 SGB XII Leistungen der Suchtbera-

tung erhalten. Manche Kommunen haben daraus den Schluss gezogen, keine Eingliederungsleistungen, sondern nur Leistungen nach SGB XII anzubieten. Sie halten dies für vorteilhafter für die Klienten, da diese Hilfen dann nicht Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung werden. Schnittmengen ergeben sich darüber hinaus mit der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), da Kinder- und Jugendliche sowohl von der Sucht ihrer Eltern betroffen als auch selbst süchtig sein können.

Hinzu treten landesspezifische Regelungen, da die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen bei den Ländern liegt. So weisen z.B. die Regeln für den Öffentlichen Gesundheitsdienst den Landkreisen und den kreisfreien Städten als unterste Gesundheitsbehörde in den einzelnen Ländern unterschiedlich Aufgaben zu. Bis hierhin wurden Pflichtaufgaben beschrieben. Allerdings können Maßnahmen der Prävention auch freiwilliger Natur sein. Während etwa die Prävention im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe eine Pflichtaufgabe ist, ist hingegen die Suchtprävention i.e.S. eine freiwillige Aufgabe.

Unabhängig davon, ob Pflicht- oder freiwillige Aufgaben: die Kommunen verfügen bei der Suchthilfe und Suchtprävention über erhebliche Handlungsspielräume bei der Aufgabenerfüllung. Sie können zwar nicht immer über das Ob, aber zu meist über das Wie entscheiden. Dies gilt umso mehr, als Hilfe überwiegend in Form von Sach- und Dienstleistungen gewährt wird, bei denen die Handlungsspielräume ohnehin größer sind als bei Geldleistungen (RWI 2018).

Besonders groß ist der Gestaltungsspielraum im Bereich der Suchthilfe, denn diese umfasst vorwiegend zweckprogrammierte Leistungen. Zweckprogrammiert bedeutet, dass die Ziele zwar durch Gesetze definiert sind, die Kommunen aber die geeigneten Mittel zur Zielerreichung i.d.R. selbst auswählen. Allerdings können Handlungsspielräume durch andere Gesetze eingeschränkt werden; beispielhaft sei auf die Diskussion um die Einrichtung von Drogenkonsumräumen verwiesen.²

² Legal sind solche Räume erst seit Inkrafttreten des 3. Betäubungsmitteländerungsgesetzes am 1. April 2000. Dieses formuliert allerdings 10 Mindestvoraussetzungen und überträgt die Verantwortung an die Länder, die Verordnungen erlassen müssen, die die näheren Bedingungen regeln. Bis einschließlich 2018 haben nur sechs Länder eine solche Rechtsverordnung erlassen: Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland. In Bayern sind zuletzt entsprechende Vorstöße an der Landesregierung gescheitert. Baden-Württemberg ermöglicht ab 2019 die Einrichtung von Drogenräumen für zunächst für drei Jahre.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Übersicht 2

Die Stellung der Kommunen in den Phasen der Suchthilfe

Phase	Träger	Finanzierung
Beratung	Kommunale Suchthilfe/ Freie Träger	Bundes-, Landes- und kommunale Mittel (steuerfinanziert, allgemeine und zweckgebundene Zuweisungen) Eigenanteile Wohlfahrtsverbände u.ä.
Entgiftung	Ambulante/ stationäre Einrichtungen	Krankenkasse/Sozialbeiträge
Entwöhnung	Ambulante/ stationäre Einrichtungen	Krankenkasse/Sozialbeiträge
Rehabilitation	Rentenversicherung Kommunen (§16a SGB II)	Rentenversicherung/Sozialbeiträge Kommunale Einnahmen (Steuern, Allgemeine Zuweisungen)
Selbsthilfe	Kommunen (§16a SGB II)	Kommunale Einnahmen (Steuern, Allgemeine Zuweisungen), Mitgliedsbeiträge, Spenden

Quelle: Eigene Darstellung.

Ordnet man die kommunalen Leistungen den idealtypischen Phasen der Suchthilfe zu, kommt den Kommunen vor allem am Beginn (Beratung) und bei der Vollendung des Prozesses (Rehabilitation, Selbsthilfe) eine wichtige Rolle bei der Aufgabenerfüllung sowie der Finanzierung zu (Übersicht 2). Die Kommunen verfügen zudem über ordnungsrechtliche Mittel, um dem Konsum von Drogen oder Verhaltenssüchten entgegenzutreten. Mit Blick auf die Spielsucht kommen etwa das Baurecht, das Gewerbeamt, der Brandschutz und die Gaststättenverordnung in Betracht; bezüglich des Alkohols kann dessen Konsum auf öffentlichen Plätzen oder in Nahverkehrsmitteln untersagt werden (Baur 2015). Begrenzte steuerpolitische Handlungsmöglichkeiten bestehen in Form ortsspezifischer Verbrauchssteuern (Spielautomatensteuer, Wettbürosteuer).

2.3 Kommunale Steuerungspotenziale

In welchem Umfang Kommunen Träger von Suchthilfeeinrichtungen sind, ist nicht eindeutig zu klären. Die deutsche Suchthilfestatistik benennt nur die öffentlichen Träger (Bund, Länder, Kommunen, Körperschaften öffentlichen Rechts, z.B. Sozialversicherungen) insgesamt. Gleichwohl wird deutlich, dass freie, gemeinnützige Träger bei weitem dominieren. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Träger stieg sogar leicht von knapp 87% 2007 auf 89 % 2016 (Tabelle 1). Für Nordrhein-Westfalen liegen nähere Angaben zu den gemeinnützigen Trägern vor, auf die dort im Jahr 2016 86,7% der Einrichtungen entfielen. Etwa die Hälfte davon wurde von der Dia-

konie, ein Drittel von der Caritas betrieben (MAGS 2019: 65). Eine solche Dominanz konfessioneller Träger ist eine nordrhein-westfälische Besonderheit.

Tabelle 1

Trägerschaft in kommunal unterstützten Einrichtungstypen
2007 und 2016; Anteil der Träger in den Einrichtungstypen in %

Einrichtungstypen ¹	Träger			
	Öffentlich-rechtlich ²	Gemeinnützig ³	Privat	Sonstige ⁴
Niedrigschwellige Einrichtungen	3,1	96,9	-	-
Beratungs- und Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanzen	7,9	89,1	1,5	1,4
Ambulant betreutes Wohnen	1,8	94,6	-	3,6
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	10,0	90,0	-	-
Teil-stationäre sozial-therapeutische Einrichtungen	12,1	78,8	3,0	6,1

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik (2007, 2016). ⁻¹Bis 2016 verwendete Klassifikation. ⁻²Gebietskörperschaften/Körperschaften öffentlichen Rechts. ⁻³Kirchliche Trägerschaft (u.a. Diakonie, Caritas, Mitgliedsverbände), freie Wohlfahrtspflege (u.a. Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), andere freigemeinnützige Träger.

⁻⁴z.B. Stiftungen.

Dass im Bereich der Suchthilfe und Suchtprävention freie Träger dominieren, ist Ausfluss des Subsidiaritätsprinzips. Sie zieht eine Vielfalt an Finanzierungs- und Leistungsstrukturen nach sich. Dabei zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den kommunalen Aufgabenfeldern in der Suchtpolitik (s.o. Übersicht 2) und den Einrichtungstypen, die kommunale Mittel erhalten (Schaubild 2). Dies wirft Fragen der kommunalen Steuerung und der Koordination der Aktivitäten der Suchthilfe vor Ort auf (Schaubild 3).

Die kommunalen Steuerungspotenziale unterscheiden sich dabei zwischen den Organisationsformen. Im Falle einer gemeinsamen Trägerschaft mit anderen Akteuren in Vereinen oder Gesellschaften ist die Gestaltung der Satzungen bzw. der

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Gesellschaftsverträge der Ansatzpunkt (2.3.1). Bei Übertragung der Aufgaben auf freie Träger hängt der kommunale Einfluss von der Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen ab: Erhält der freie Träger Globalzuschüsse für die Wahrnehmung einer kommunalen Aufgabe oder werden etwa Leistungsverträge ausgehandelt (2.3.2)? Darüber hinaus stehen Planungsinstrumente wie die kommunale Suchthilfeplanung und die kommunale Gesundheitskonferenz zur Verfügung, die eine Koordination der verschiedenen Akteure und deren Aktivitäten ermöglichen. Dabei ist die Einführung einer kommunalen Suchthilfeplanung zumindest teilweise freiwillig, und sie ist zudem monothematisch. Die Einrichtung einer kommunalen Gesundheitskonferenz ist zumeist in den Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst vorgegeben. Bei ihnen sind Suchthilfe und Suchtprävention aber nur ein Thema unter Vielen (2.3.3).

Schaubild 2

Einrichtungstypen mit und ohne kommunale Finanzaufwendungen 2016

Phase	Träger	Finanzierung
Beratung	Kommunale Suchthilfe/ Freie Träger	Bundes-, Landes- und kommunale Mittel (steuerfinanziert, allgemeine und zweckgebundene Zuweisungen) Eigenanteile Wohlfahrtsverbände u.ä.
Entgiftung	Ambulante/ stationäre Einrichtungen	Krankenkasse/Sozialbeiträge
Entwöhnung	Ambulante/ stationäre Einrichtungen	Krankenkasse/Sozialbeiträge
Rehabilitation	Rentenversicherung Kommunen (§16a SGB II)	Rentenversicherung/Sozialbeiträge Kommunale Einnahmen (Steuern, Allgemeine Zuweisungen)
Selbsthilfe	Kommunen (§16a SGB II)	Kommunale Einnahmen (Steuern, Allgemeine Zuweisungen), Mitgliedsbeiträge, Spenden

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik.

Schaubild 3
Steuerung und Kooperation der Aktivitäten der Suchthilfe und Suchtprävention aus kommunaler Sicht



Quelle: Eigene Darstellung.

2.3.1 Mitgliedschaft in Vereinen und Kapitalgesellschaften

Die freien Träger nutzen überwiegend die Rechtsform des eingetragenen Vereins (e.V.), seltener die der gemeinnützigen GmbH (gGmbH). Die Kommunen können hier als Vereinsmitglied (Kapitaleigner) an der Gestaltung der Satzung (des Gesellschaftsvertrags), den unmittelbaren fachlichen und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen und der Leistungserstellung mitwirken. Dabei sind die Möglichkeiten der Einflussnahme durch Kommunen in Vereinen geringer als in einer gGmbH. Ein Grund dafür ist, dass in Vereinen jedes Mitglied nur eine Stimme hat. Allerdings gibt es Gestaltungsmöglichkeiten, die einer Kommune zu einer Stimmenmehrheit verhelfen (s.u. das Fallbeispiel Duisburg). In einer gGmbH entscheidet der Kapitalanteil über das Stimmrecht. Hinzu kommt, dass Aufgaben und Stellung der Geschäftsführer detailliert festgelegt werden können. Vor allem konfessionelle Wohlfahrtsverbände betreiben aber auch eigene Einrichtungen ohne Beteiligung Dritter.

Die für beide Organisationsformen typischen Governancestrukturen sollen im Folgenden an zwei Beispielen aufgezeigt werden (*Übersicht 3*): Die Stadt Duisburg, die die Suchthilfe über einen Verein, und die Stadt Leverkusen, die sie über eine gGmbH organisiert.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Übersicht 3

Mitwirkung von Kommunen in privaten Körperschaften

Träger der Einrichtung	Trägerverbund Duisburger Suchthilfe e.V.	Suchthilfe Leverkusen Gemeinnützige Gesellschaft für Suchtkrankenversorgung und Prävention mbH
Mitglieder/ Gesellschafter	<ul style="list-style-type: none"> Stadt Duisburg Diakoniewerk GmbH Caritas Nikolausburg Alexianer Bürgerhaus Hütte Marcel Hellmich (Psychiatriekoordinator Stadt Duisburg) Ludwig Hoeren (Stellvertretender Leiter des Gesundheitsamtes) Hinrich Köpke (Leiter des Jugendamtes Duisburg) 	<ul style="list-style-type: none"> Ev. Kirchenkreis Leverkusen Stadt Leverkusen
Kapitalanteile		<ul style="list-style-type: none"> Stadt Leverkusen (50%) Ev. Kirchenkreis Leverkusen der Ev. Kirche im Rheinland (50%)
Vorstand/ Geschäftsführer	Geschäftsführender Vorstand und Leitung Mustafa Arslan, Dita Gomfers	Geschäftsführerin Helga Vogt (Stadt Leverkusen)/nebenamtlich
Mitglieder-/ Gesellschafter- versammlung		<ul style="list-style-type: none"> Rat der Stadt (1) Stadtverwaltung (1) Evangelischer Kirchenkreis Leverkusen (2)
Aufgaben	Zielgruppen: Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und Drogenabhängige, Polytoxikomane, Spielsüchtige, chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke sowie jugendliche Erst- und Problemkonsumenten. Suchtprophylaxe, Jugend-Sucht-Beratung, Niederschwellige Hilfsangebote, Suchtberatung	Ambulantes Angebot im Bereich der Suchtkrankenhilfe Bekämpfung von Drogenmissbrauch und Suchtgefahren durch den Betrieb von Einrichtungen im niedrigschwelligen Bereich, der Suchtberatung, der Suchtkrankenversorgung und der Prävention
Finanzierung	Zuschuss zu den Personal- und Betriebskosten seitens der Stadt Weitergabe der fachbezogenen Pauschale des Landes	Pauschalzuschüsse der Gesellschafter Finanzierung von Jahresfehlbeträgen bislang aus Rücklagen

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Stadt Duisburg und der Stadt Leverkusen.

Duisburg hat Aktivitäten der Suchthilfe und Suchtprävention auf den Suchthilfeverband e.V. ausgelagert. Ziel war es, die Ressourcen der Stadt und von freien Trägern zu bündeln, um eine effizientere Suchthilfe zu ermöglichen („Steuerung aus einer Hand“). Die Entlastung des städtischen Haushalts insbesondere von Personalkosten war wohl ein weiterer Grund (Stadt Duisburg 2011: 3f.).

Dem Verein gehören die Stadt Duisburg, der Caritasverband für die Stadt Duisburg e.V., das Diakoniewerk Duisburg GmbH und die Alexianer Bürgerhaus Hütte gGmbH an. Er übernimmt Aufgaben der Drogenberatung und der Prävention, die jeweils einem hauptamtlichen Vorstand zugeordnet sind. Dazu zählt neuerdings auch, allerdings zeitlich befristet, die nachgehende und begleitende Hilfe für Drogenkonsumenten, die obdachlos sind oder von Obdachlosigkeit bedroht sind. Den Einfluss sichert sich die Stadt dadurch, dass von den sieben Vereinsmitgliedern eine Mehrheit von vier der Stadt zuzurechnen ist. Zudem hat die Stadt einen Vertrag über die übertragenen Aufgaben mit dem Verein abgeschlossen.³ Er beinhaltet auch pauschale Zuweisungen zur Finanzierung von Personal- und Sachkosten. Anfänglich wurde zudem städtisches Personal durch Abordnung dem Verein zur Verfügung gestellt; ausscheidendes Personal darf der Verein als Ersatz eigenes Personal einstellen. Hierfür erhält er Zuschüsse aus dem städtischen Haushalt, denen aber der Wegfall des Aufwands für das bisherige städtische Personal gegenübersteht.

In *Leverkusen* steht die Koordinierung im Vordergrund. Die Anteile am Stammkapital von 26 000 € und damit die Stimmrechte entfallen je zur Hälfte auf die Stadt und das Diakonische Werk. Die Stadt kann also nicht überstimmt werden. Zudem nimmt sie die Geschäftsführung wahr; hierfür ist eine Mitarbeiterin im Nebenamt abgestellt. Der Kirchenkreis bezeichnet sich selbst als „stillen Gesellschafter“, der auf Grund mangelnder Finanzkraft seit 2012 und noch bis 2021 seine Zuschüsse jährlich um 10% kürzt. Im Gegenzug wurde der Stadt die Möglichkeit eingeräumt, Gesellschaftsanteile zu übernehmen, wovon die Stadt aber bisher nicht Gebrauch gemacht hat. Begründet wird dies mit den notariellen Kosten, die eine jährliche Anpassung der Gesellschaftsanteile nach sich ziehen würde. Wichtiger dürfte aber sein, dass ein sinkender Anteil des Kirchenkreises die Mitgliedschaft der Suchthilfe gGmbH beim Diakonischen Werk als Dachverband gefährden würde. Diese ist aber Voraussetzung für die Landesförderung, die sich seit längerem auf jährlich knapp 82 Tsd. € beläuft.

³ Die Stadt bezuschusst außerhalb des Vereins noch das Suchthilfezentrum „Nikolausburg“ des Caritasverbandes.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Die Stadt nimmt aber nicht nur Einfluss über ihre Kapitalbeteiligung und die damit verbundenen Zuschüsse. Ihr Anteil an den Gesamterträgen der gGmbH sank allerdings von 43,1% 2010 auf 33,4% 2019. Die Stadt hat zudem mit der gGmbH Leistungsverträge für die Betreuungsmaßnahmen im Rahmen des SGB II sowie für die psychosoziale Betreuung abgeschlossen. Diese legen neben den zu erbringenden Leistungen auch die zu leistenden Entgelte fest. Im Bereich der psychosozialen Leistungen wurde dabei umgestellt von Pauschalzuweisungen, die nicht an die tatsächlichen Aufwendungen gekoppelt waren, auf Fallpauschalen. Im Einführungsjahr 2012 beliefen sich diese Fallpauschalen auf etwa 9,2 % der gesamten Erträge, im Jahre 2019 voraussichtlich 12,3%.

2.3.2 Gestaltung der Leistungsbeziehungen

Ein weiteres kommunales Steuerungsinstrument stellt die Gestaltung der Leistungsbeziehungen mit freien Trägern dar (*Übersicht 4*). Die Förderung kann institutionell oder projektorientiert erfolgen. Eine institutionelle Förderung stützt eine Einrichtung aufgrund ihrer Zielsetzung als solche. Projektförderung finanziert zeitlich und inhaltlich abgegrenzte Vorhaben. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, ob noch eine Zuwendung zulässig ist oder ob es sich bereits um einen Leistungsaustausch handelt. Die rechtliche Abgrenzung ist strittig.

Zuwendungen dienen der Erfüllung bestimmter Zwecke außerhalb der öffentlichen Verwaltungen. Auf diesen besteht kein Rechtsanspruch. Sie dürfen nur gewährt werden, wenn an den wahrgenommenen Zwecken ein erhebliches Interesse besteht und die Eigenmittel oder sonstigen Drittmitteln der Begünstigten nicht ausreichen. Daraus folgt, dass eine Vollfinanzierung nicht zulässig ist. Nach Angaben von Meeßen-Hühne (2015) erfolgen Zuwendungen zumeist in Form einer Fehlbedarfsfinanzierung, d.h. durch die Übernahme von Deckungslücken beim Zuwendungsempfänger. Sie bieten daher keinen Anreiz für ein wirtschaftliches Handeln des Zuwendungsempfängers. Nach Auffassung der CaSu (2011: 11) kommt dagegen der Festbetrags- oder Pauschalfinanzierung die größere Bedeutung zu, die gegenüber der Fehlbedarfsfinanzierung eine höhere Effektivität und Effizienz der Aufgabenwahrnehmung verspricht.

RWI

Übersicht 4

Grundformen der öffentlichen Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen

Art	Globalzuschüsse			Projektgebundene Zuschüsse/Entgelte		
	Brutto-Veranschlagung der Ein- und Ausgaben im Haushaltsplan	Zuwendungen	Kostenübernahme	Leistungsgerechte Entgelte	Pflegevergütung und Entgelte	Leistungsverträge
Gesetzliche Grundlage	Bundes-/Landeshaushaltsordnung	§§ 23 und 44 BHO (LHO)	§ 75 (2) SGB XII		§§ 82ff. SGB XI	§ 55 BHO
Bemessung	Nach Veranschlagung im Haushaltsplan	Zuschuss zu den Kosten bis zur Vollfinanzierung im Rahmen des Haushaltsplans	Entstandene Kosten	Leistungsgerecht bei bedarfsgerichteter Hilfe	Leistungsgerecht für Hilfen nach allgemein anerkanntem Standard (§ 11 Abs. 1 und 82ff. SGB XI)	Wirtschaftliches Angebot unter Berücksichtigung der Umstände (§ 25 VOL/A)
Verfahren	Öffentliche Finanzwirtschaft	Zuwendungsbescheid	Kostenvereinbarung	Vereinbarungen über Leistung und Entgelt	Versorgungsvertrag	Vertrag nach Ausschreibung
Kontrolle	Rechnungsprüfung	Verwendungsnachweis	Nachweis der Kosten	Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität	Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität	Wettbewerb, auch unter Qualitätskriterien

Quelle: Aktualisierte und leicht modifizierte Darstellung nach Freier (1995: 397).

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Die kommunalen Steuerungspotenziale ergeben sich aus der Auswahl der Geförderten sowie dem Zuwendungsbescheid. Der Zuwendungsbescheid verlangt eine zweckgebundene Verwendung der Zuschüsse und kann darüber hinaus weitere Vorgaben machen (z.B. Tarifbindung). Bei Verletzung der Vorgaben kann das Geld zurückverlangt werden. Die Kommune hat allerdings keinen Einfluss darauf, wie und in welchem Umfange die Zwecke erfüllt werden. Die Träger bestimmen ihre Leistungen selbst. Auch ein Scheitern des Projektes rechtfertigt keinen Widerruf des Zuwendungsbescheides.

Übersicht 5

Zweckgebundene Zuwendungen in der Freien und Hansestadt Hamburg

Zuwendungs-empfänger	Zuwendungs-höhe in Tsd. €	Vereinbarte Leistung
Gemeindepsychiatrische Dienste GmbH	90	Verstärkung der Beratung Billstedt, Horn, Marienthal um 1,48 Fachkraftstellen
Jugendhilfe e.V.	90	Verstärkung der Beratung Steilshoop, Bramfeld, Farmsen-Berne, Wandsbeck um 1,48 Fachkraftstellen
Ragazza e.V.	90	Erhaltung des Beratungsangebotes für drogenabhängige sich prostituierende Frauen in St. Georg auf bisherigem Niveau
Freiraum e.V.	20	Erhaltung des niedrig-schweligen Beratungsangebots in Harburg auf bisherigem Niveau
Therapiehilfe e.V.	37	Umzug der Beratungsstelle in der Region Neugraben-Fischbeck, Neuenfelde, Hausbruch, Francop, Cranz, Moorburg und Altenwerder

Quelle: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2017: 2f.)

Der Landesrechnungshof von Sachsen-Anhalt kritisiert allerdings, dass die Kommunen des Landes das Steuerungspotenzial der Zuwendungsbescheide nicht ausreichend nutzen. Es fehlten teilweise selbst zwingende Mindestbestandteile wie Festlegungen zum Zuwendungszweck sowie zu Art und Umfang der Finanzierung (Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt 2018: 63). Abhilfe könnte hier geschaffen

werden durch mehr oder weniger detaillierte Leistungsbeschreibungen über Leistungsverträge bis hin zu Entgeltverträgen. Leistungsbeschreibungen könnten die Zielgruppen (z.B. Alkoholabhängige, Spielsüchtige), die Maßnahmen (z.B. Prävention, niederschwellige Hilfsangebote) und Nachweispflichten bzw. Kontrollrechte der Kommunen regeln. Im bereits angesprochenen Fall der Stadt Duisburg ging die globale Übertragung kommunaler Aufgaben auf einen Verein einher mit dessen Finanzierung über pauschale, nicht kostendeckende Zuwendungen zu den Personalkosten und den Sachausgaben. In Hamburg erhielten freie Träger Zuwendungen für vereinbarte Leistungen wie die Aufstockung des Personals für Beratungsleistungen oder die Erhaltung bestehender Angebote (*Übersicht 5*). In beiden Beispielen handelt es sich um Festbetragsfinanzierungen, um die Zuwendungsempfänger zu effizientem Handeln anzuregen. Über eine Erhöhung der Zuweisungen muss jeweils verhandelt werden.

2.3.3 Institutionalisierte Kooperation

Eine institutionalisierte Kooperation von Kommunen und Zivilgesellschaft ist die Organisationsform, die der Vielzahl der Akteure Rechnung trägt. Sie entlastet nicht nur den Kommunalhaushalt durch eine verbesserte Effektivität und Effizienz der Suchthilfe und Suchtprävention, sondern mobilisiert auch private Ressourcen. Als Ausgestaltung bieten sich die kommunale Suchthilfeplanung und die kommunale Gesundheitskonferenz an.

Die *kommunale Suchthilfeplanung* wird als unverzichtbares Instrument angesehen, um ein regionales ambulantes Sucht- und Drogenhilfesystem zu entwickeln. In Baden-Württemberg wird sie beispielweise gefördert, indem das Land unter bestimmten Voraussetzungen anteilig die Kosten für Beauftragte für Suchtprophylaxe/Kommunale Suchtbeauftragte übernimmt (unter Haushaltsvorbehalt zurzeit 17 900 € je Vollzeitstelle). Diese übernehmen Bündelungs- und Koordinierungsfunktionen (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2013). In Nordrhein-Westfalen verfügen $\frac{4}{5}$ der Kommunen über eine Suchthilfeplanung. Mehr als $\frac{3}{4}$ der erfassten Einrichtungen der Suchthilfe und Suchtprävention nehmen regelmäßig an ihnen teil, nur etwa 7% gar nicht.

Die *kommunale Gesundheitskonferenz* soll lokale bzw. regionale Gesundheitsaktivitäten koordinieren. Ihre Gründung fällt in die 90er Jahre, als der Gesundheitsbereich zunehmend kommunalisiert wurde (Müller 2010: 56). Sie ist in einigen Ländern – Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz – vorgeschrieben; in anderen Ländern – mit Ausnahme von Bremen und Thüringen – gibt es sie auf freiwilliger Basis. Die Konferenzen unterscheiden sich bezüglich des Inhalts wie Zielgruppen zwischen den Regionen (Hollederer 2015).

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Suchthilfe und -prävention ist dabei nur eines der Themenfelder. In Baden-Württemberg befassten sich 2018 nur etwa ein Drittel der Gesundheitskonferenzen mit der Suchtprävention (*Übersicht 6*). Erhebungen für Nordrhein-Westfalen deuten darauf hin, dass freie Träger der kommunalen Gesundheitskonferenz eine geringere Bedeutung beimessen als der kommunalen Suchthilfeplanung. Nur knapp 60% der Einrichtungen in der Stichprobe beteiligen sich regelhaft an ihr; über ein Fünftel gar nicht (MAGS 2019). Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Themen und Ergebnisse der kommunalen Suchthilfeplanung über eine personelle/institutionelle Anbindung ohnehin in die kommunalen Gesundheitskonferenzen einfließen (*Kasten 1*).

Übersicht 6

Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg und ihre Themen

Gegenstand in ... von 39 Gesundheitskonferenzen				
GF/Präv - gesund aufwachsen -	Setting/ Lebensumwelt	Kommune/Stadteil	23 (59,0%)	
		Kita/Kindergarten	15 (38,5%)	
		Schule	19 (48,7%)	
	Themenfeld	Bewegung/ Ernährung/Übergewicht		22 (56,4%)
		Diabetes		4 (10,3%)
		Suchtprävention		11 (28,2%)
		Psych. Gesundheit		12 (30,8%)
GF/Präv - gesund älter werden -	Setting/ Lebensumwelt	Kommune/Stadteil	27 (69,2%)	
		Betriebe	10 (25,6%)	
	Themenfeld	Demenz		7 (17,9%)
		Bewegung/ Ernährung/Übergewicht		10 (25,6%)
		Diabetes		8 (20,5%)
		Suchtprävention		7 (17,9%)
		Psych. Gesundheit		12 (30,8%)
Medizinische Versorgung	Handlungsfelder	(haus)ärztliche/ ambulante Versorgung	27 (69,2%)	
		Stationäre Versorgung	5 (12,8%)	
		Sektorenüberschreitende Versorgung	15 (38,5%)	
		Hebammen	4 (10,3%)	
Pflege	Themenfeld	Versorgung	10 (25,6%)	

Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2018).

Kasten 1

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) in Hamm

Aufgaben und Ziele

Vorrangige Ziele der Hammer Gesundheitskonferenz sind der Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie die Kooperation der im Gesundheitswesen tätigen Organisationen und Gruppen. Beraten werden Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung in Hamm. In der Regel tagt die Konferenz zweimal jährlich zu unterschiedlichen Themen. Alle Sitzungen und Arbeitskreise sind nicht öffentlich. Des Weiteren wirkt die Kommunale Gesundheitskonferenz an der Gesundheitsberichterstattung mit.

Die Akteure

In der Gesundheitskonferenz kommen Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen zusammen, die in Hamm bei der gesundheitlichen Versorgung mitwirken sowie Vertreterinnen und Vertreter des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates. Den Vorsitz hat der Fachbereichsleiter für Jugend, Gesundheit und Soziales Herr Theodor Hesse.

Die Themen

Die Kommunale Gesundheitskonferenz greift Themen zu aktuellen Problemen und Entwicklungen in der Stadt Hamm auf. Im Besonderen geht es um Probleme, die durch die Zusammenarbeit mehrerer Institutionen gelöst werden können.

Die Arbeitsgruppen

Zur Beratung und Bearbeitung der Themen kann die Kommunale Gesundheitskonferenz Arbeitskreise einrichten, in denen die mit der Fragestellung befassten Fachleute zusammenkommen. In den Arbeitskreisen werden Daten recherchiert, Fakten zusammengetragen, Probleme erörtert und Lösungsvorschläge erarbeitet. Diese werden der Gesundheitskonferenz vorgestellt.

Aktuell arbeiten Arbeitskreise/Netzwerke zu den Themen:

- Netzwerk MRE in Hamm
- Netzwerk Palliativmedizin und -versorgung
- Kinder- und Jugendgesundheit
- Sozialpharmazie

Die Lenkungsgruppe „Kommunale Suchthilfe“ ist als ständiger Arbeitskreis der KGK zugeordnet.

Die Geschäftsstelle organisiert und koordiniert die Gesundheitskonferenz und ihre Arbeitsgruppen.

Quelle: Stadt Hamm.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

2.4 Kommunale Finanzierungsstrukturen

Die Erfassung der kommunalen Aufwendungen für die Suchthilfe und Suchtprävention ist schwierig. Die funktionale Gliederung der Finanzstatistik ist hierfür nicht tief genug. Zudem geht es um eine Querschnittsaufgabe, was eine korrekte Zurechnung einzelner Ausgaben zu dem Aufgabenfeld erschwert, wenn nicht gar unmöglich macht. Befragungen von Kommunen als alternativer Weg der Informationsbeschaffung scheiterten bislang an einer unzureichenden Rücklaufquote (Mostardt u.a. 2010). Anhaltspunkte über kommunale Finanzierungsbeiträge liefert der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe, der von der Deutschen Suchthilfestatistik erhoben wird. Er stützt sich auf Angaben von Einrichtungen, die diese auf freiwilliger Basis und in anonymisierter, aggregierter Form über Trägerschaft, Organisations- und Finanzierungsstrukturen sowie Leistungsdaten zur Verfügung stellen. Die Ergebnisse werden nach Einrichtungstypen differenziert ausgewiesen. Die folgende Analyse beschränkt sich auf den ambulanten Bereich, dem im Zeitraum 2007 bis 2016 die ambulanten Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 3) sowie die Fach- und Institutsambulanzen (Typ 4) zugeordnet wurden⁴. Er ist sowohl gemessen an der Zahl der Einrichtungen als auch der Höhe der kommunalen Zuwendungen der bedeutsamste. Ein glücklicher Umstand ist, dass dieser Bereich auch die höchste Erfassungsquote aufweist.

Nach Angaben der Träger sind die Kommunen der bedeutendste Finanzier ambulanter Einrichtungen. Über 90% erhielten institutionelle, etwa ein Fünftel projektbezogene kommunale Mittel. Die kommunalen Zuwendungen stiegen in der Summe von 49,7 Mill. € 2007 auf 56,1 Mill. € 2016 oder um jahresdurchschnittlich 1,4%. Die gemeldeten Gesamtmittel der Einrichtungen nahmen dagegen nur um 0,7% p.a. zu, so dass sich der kommunale Finanzierungsbeitrag im Untersuchungszeitraum von 56% auf 59% erhöhte. Die Eigenmittel der nicht-öffentlichen Träger stagnierten dabei nahezu (*Tabelle 2*). Die institutionellen Zuwendungen je Einrichtung beliefen sich 2016 auf 202 000 €. Dies entspricht einer Zunahme von 2,1% p.a. gegenüber 2007. Dagegen nahmen die fallbezogenen kommunalen Zuwendungen je Einrichtung um jahresdurchschnittlich 4,1% ab, und zwar von 96 Tsd. € auf 66 Tsd. €. Die Finanzmittel je Einrichtung erhöhten sich um 1,1% p.a.

⁴ Das Erfassungssystem wurde 2007 geändert, so dass frühere Angaben nicht vergleichbar sind. Im Jahr 2017 wurde es erneut modifiziert. Es sind seitdem die Einrichtungstypen anders definiert, die Zahl der Typen wurde reduziert sowie die Variablen zur Charakterisierung (z.B. Finanzquellen werden nicht mehr abgefragt) verändert. Die Analyse beschränkt sich deshalb auf den Zeitraum 2007 bis 2016.

Tabelle 2
**Entwicklung der Finanzmittel für ambulante Beratungs- und/oder
 Behandlungsstellen¹ nach Volumen und Herkunft**
 2007 bis 2016

Art der Mittel	Gemeldete Zuwendungen		Gemeldete Zuwendungen		in %	
	in Tsd. €		MW	Insg.	der Gesamtmittel	
	2007	2008	JdV ²		2007	2016
			2008 bis 2016			
Institutionelle kommunale Mittel	45 043	51 837	2,1	1,6	50,7	54,6
Fallbezogene kommunale Mittel	4 689	4 348	-4,1	-0,8	5,3	4,6
Personalmittel der Arbeitsverwaltung	1 002	943	5,3	-0,7	1,1	1,0
Landesmittel	15 522	16 125	1,2	0,4	17,5	17,0
Bundesmittel	350	486	6,8	3,7	0,4	0,5
Rentenversicherung	6 472	6 507	0,8	0,1	7,3	6,9
Krankenkassen	1 264	571	-9,1	-8,4	1,4	0,6
Erstattung durch Klienten	639	579	-0,3	-1,1	0,7	0,6
Eigenmittel nicht-öffentlicher Träger	8 923	9 086	0,7	0,2	10,0	9,6
Sonstige Mittel	4 962	4 459	-1,7	-1,2	5,6	4,7
Gesamtmittel	88 866	94 940	1,1	0,7	100	100

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik. ⁻¹Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 u.4). ⁻²jahresdurchschnittliche Veränderungsrate.

Nicht ersichtlich wird aus den Angaben der Zuwendungsempfänger, inwieweit die Kommunen zweckgebundene Bundes- und Landesmittel lediglich durchgereicht haben oder ob die Kommunen ihre Beiträge selbst aufgebracht haben. Dieses Problem hat wegen der zunehmenden Kommunalisierung der Suchthilfe an Bedeutung gewonnen: Länder fördern die freien Träger nicht mehr direkt, sondern stellen stattdessen die Mittel den Kommunen zweckgebunden für die Suchthilfe und Suchtprävention zur Verfügung. Dabei bleibt es denen i.d.R. überlassen, an welche Träger sie diese Mittel weitergeben.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

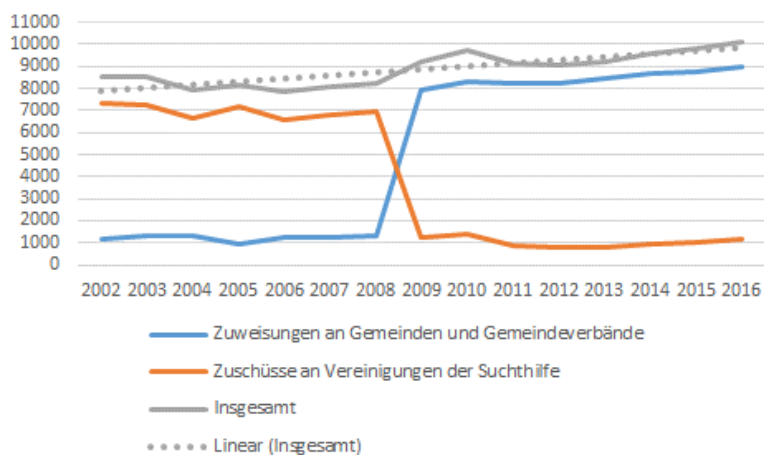
In Baden-Württemberg erfolgte beispielsweise die Kommunalisierung der Suchthilfe⁵ im Zuge einer Änderung des Landesglücksspielgesetzes, durch die die Zuwendungen an freie Träger für die Suchthilfe wegfielen und die Aufgabe auf die Gemeinden verlagert wurde. Infolgedessen wurden die Zuweisungen des Landes an die Kommunen von 1,3 Mill. € 2008 auf knapp 8 Mill. € 2009 erhöht (*Schaubild 4*). Dies hat für sich genommen die kommunalen Bruttoausgaben von 2009 bis 2016 um 27,1 % p.a. gesteigert, nicht aber deren eigenfinanzierten Ausgaben. Im Gegenzug reduzierte zudem das Land die Zuschüsse an Vereinigungen der Suchthilfe. Seit 2010 sind die Landeszuweisungen an die Kommunen nur noch um 1,7% p.a. gestiegen, die Zuschüsse an Vereinigungen der Suchthilfe wurden weiter um 1,3% p.a. gekürzt. Fasst man die Zuweisungen des Landes an Kommunen und an freie Träger zusammen, so nahmen diese im Zeitraum von 2010 bis 2016 nur um 1,3% p.a. zu. Es hat sich also vor allem der Finanzierungsweg geändert.

In Mecklenburg-Vorpommern stagnieren dagegen die Landeszuweisungen an die Kommunen zur Suchtprävention und Bekämpfung. Die Haushaltsansätze sind im Zeitraum 2010 bis 2019 mit ca. 1,7 Mill. € unverändert. Sie wurden nur selten über- oder unterschritten. Die geplanten Zuschüsse an freie Träger wurden dagegen im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr von 90 Mill. € auf 10 Mill. € gekürzt.

Die kommunalen Zuwendungen an die Einrichtungen stellen indes nur einen Teil der kommunalen Ausgaben für die Suchthilfe und Suchtprävention dar. Hinzu kommen weitere Transfer-, Sach- und Dienstleistungen, die in den Aufgabenbereichen Erziehung, Bildung, Gesundheit sowie in der Jugend-, Sozial- und Altenhilfe erbracht werden. Auch die Zuordnung der Finanzierungsmittel zu den einzelnen Einrichtungen gestaltet sich schwierig, weil die Einrichtungsstrukturen recht unterschiedlich sind. Eine Gesamteinrichtung kann nämlich aus einem oder mehreren Einrichtungstyp(en) bestehen. Dies wird auch als Grund genannt, warum von der DSHS die Finanzierung der Einrichtungen mittlerweile nicht mehr erhoben wird (DHS 2019:4).

⁵ Die Zuweisungen dienen zur Finanzierung der Beauftragten für Suchtprobleme in den Stadt- und Landkreisen, Psychosozialer Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen sowie von Schwerpunktpraxen und sonstige Maßnahmen.

Schaubild 4
Die Entwicklung der Landeszuweisungen in Baden-Württemberg
 2002 bis 2016; in 1 000 €



Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben der Landeshaushalte Baden-Württembergs.

Nimmt man gleichwohl die Entwicklung der kommunalen Finanzhilfen DSHS als Indikator, spricht einiges dafür, dass die Unterstützungsleistungen zwar nominal leicht ausgeweitet, aber real zurückgegangen sind, wenn man deren Entwicklung mit dem Anstieg der Personalkosten vergleicht, die der wesentliche Kostenfaktor sind. Allein die Tarifierhöhungen beliefen sich von 2008 bis 2016 auf jahresdurchschnittlich rund 2,5%. Dabei sind strukturbedingte Erhöhungen (z.B. infolge von zunehmender Berufserfahrung) noch nicht berücksichtigt. Eine Studie für NRW kommt zu dem Ergebnis, dass infolge eines unzureichenden Mittelanstiegs das Personal (Vollzeitäquivalente) um 5% abgebaut wurde. Bedenklich stimmt hier, dass allein im Bereich Verwaltung Personal aufgebaut wurde, und zwar um 14,2% (MAGS 2019: 67). Bereits in den neunziger Jahren wurde ermittelt, dass die Transaktionskosten der öffentlichen Verwaltung und der Zuwendungsempfänger (einschließlich Planungs- und Entwicklungskosten) zusammen etwa 35% der Zuwendungsmittel ausmachen (Blanke, Schridde 1998: 14). Aktuell weisen Bossong/Renzel (2019) darauf hin, dass die Dokumentations- und Rechenschaftspflichten über die Jahre hinweg beständig zugenommen haben. Die Quote könnte also gestiegen sein. Hier lohnt es sich zu prüfen, ob dieser Aufwand reduziert und die Ressourcen effizienter eingesetzt werden könnten.

3. Fallstudien zu den kommunalen Organisations- und Finanzierungsstrukturen

Einen umfassenden Überblick über die Organisations- und Finanzierungsstrukturen im Bereich der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention fehlt – wie erwähnt – bis heute. Die Deutsche Suchthilfestatistik lieferte bis zu ihrer letzten Revision Anhaltspunkte zu den aggregierten kommunalen Bruttoausgaben, die allerdings den Einfluss der lokalen und regionalen Gegebenheiten auf die kommunale Suchtpolitik nicht widerspiegeln können. Im Folgenden soll deshalb anhand von Fallstudien untersucht werden, wie die kommunale Suchtpolitik auf die unterschiedlichen finanzwirtschaftlichen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen reagiert.

Die Analyse der institutionellen Rahmenbedingungen zeigte (s.o. Kapitel 2), dass die Kommunen über erhebliche Gestaltungsspielräume verfügen. Gleichzeitig ist eine zunehmende Kommunalisierung dieses Aufgabenbereichs zu beobachten, die den Kommunen in der letzten Stufe den konkreten Einsatz der Landesmittel überlässt. Diese Entwicklung kann sich entgegen aktuellen Forderungen nach bundeseinheitlichen Standards (fdr 2017: 9) als positiv erweisen. Die Kommunen kennen schließlich am besten die Probleme vor Ort und diejenigen Akteure des Dritten Sektors bzw. der Zivilgesellschaft, die einen Beitrag zur Lösung leisten können. Es ist deshalb zu erwarten, dass die unterschiedlichen Problemlagen auch zu einer unterschiedlichen organisatorischen und finanziellen Ausgestaltung der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention führen. Einen umfassenden Überblick über die kommunale Aufgabenerfüllung gibt es bislang nicht. Er kann auch nicht im Rahmen dieser Studie geleistet werden. Stattdessen wird versucht, über Fallstudien einen Einblick in die kommunale Praxis zu gewinnen. Die Auswahl der Kommunen erfolgte im Hinblick darauf, dass Kommunen mit einem ähnlichen Problemdruck im Bereich illegaler Drogen und alle Bundesländer vertreten sind.

3.1 Reaktionen auf veränderte finanzwirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die freien Träger der Suchthilfe und Suchtprävention machen geltend, dass die kommunale Suchthilfe unterfinanziert ist. Der Grund hierfür wird in einem seit Jahren stagnierenden kommunalen Finanzierungsbeitrag gesehen (AWO u.a. 2019), der weder mit den Kostensteigerungen noch den wachsenden Aufgaben Schritt halte. Die Ergebnisse der bisherigen Analyse lassen den Schluss zu, dass die kommunalen Fördermittel zwar gesteigert wurden, aber nicht ausreichend, um Kostensteigerungen zu kompensieren. Angesichts der wachsenden fiskalischen Disparitäten zwischen den Kommunen bleibt allerdings offen, ob kommunale Finanzprobleme für diese Entwicklung verantwortlich sind. Es soll deshalb im Folgenden wird mit Hilfe von Fallstudien der Frage nachgegangen werden, wie

sich Veränderungen des finanzwirtschaftlichen Handlungsspielraums auf die kommunale Suchthilfe und Suchtprävention auswirken.

Eine Fallstudie befasst sich mit den finanzwirtschaftlichen Auswirkungen der Neugestaltung der sog. Rahmenstrukturvereinbarungen in Schleswig-Holstein, die auf Grund eines veränderten Verteilungsmodus zu Mehr- und Mindereinnahmen bei kreisfreien Städten und Landkreisen führte (*Kapitel 3.1.1*); eine zweite mit der Konsolidierungspolitik nordrhein-westfälischer Kommunen im Stärkungspakt, der Finanzhilfen im Gegenzug für Maßnahmen zum Haushaltsausgleich gewährt (*Kapitel 3.1.2*).

3.1.1 Bedeutung der Landeszuweisungen für die kommunale Drogenpolitik am Beispiel Schleswig-Holsteins

Das schleswig-holsteinische Gesundheitsdienstgesetz (GDG) aus dem Jahre 2001 erklärt die ambulante Suchtkrankenhilfe und die offene Hilfe im sozialpsychiatrischen Bereich zu pflichtigen kommunalen Selbstverwaltungsaufgaben, und womit auch die Finanzierung der Hilfen in den Verantwortungsbereich der Kommunen rückt. Das Land unterstützte die Kommunen allerdings mit 2,1 Mill. € jährlich im Zeitraum von 2006 bis 2011 mit 2,1 Mill. € bzw. 2,4 Mill. € ab 2012⁶. Dies entspricht nach Angaben der Landesregierung etwa 10 bis 15% der Ausgaben für diesen Aufgabenbereich (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2015: 5). Für die vorliegende Fallstudie ist von Interesse, dass das Land die Verteilung der Landesmittel auf die Kommunen von 2012 auf 2013 geändert hat. Ziel war eine stärker am Bedarf orientierte Verteilung der Mittel statt einer Förderung der vorhandenen Infrastruktur. Dabei wird die Inanspruchnahme der Angebote nur eingeschränkt als Bedarfsindikator angesehen, da sie auch Ergebnis kommunalen Handelns ist. Gleichzeitig wurden die Mittel den Kommunen zur freien Vergabe zur Verfügung gestellt – im Gegensatz zur früheren Praxis, wo die Kommunen lediglich die Mittel an vorgegebene Einrichtungen weiterleiteten (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2015: 8f.).

Diese Reform hat zu Mehr- und Mindereinnahmen der kreisfreien Städte bzw. der Landkreise als Zuwendungsempfänger geführt (Tabelle 3). Die Mindereinnahmen erreichten maximal 24%, die Mehreinnahmen 42% gegenüber dem Vorjahr. Die Neuordnung blieb mit Blick auf den administrativen Typ nahezu neutral; die Gruppe der kreisfreien Städte verzeichnete insgesamt einen geringen Verlust

⁶ Die Finanzhilfen unterstützen ausschließlich die ambulante Suchtkrankenhilfe und offene sozialpsychiatrische Hilfen.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

(-1,5%), die Gruppe der Landkreise einen geringen Zugewinn (1,2%). Die Umverteilung erfolgte also innerhalb der beiden Gruppen, wobei die Änderungen in der Mehrzahl der Fälle eine relevante Größenordnung erreichten. Dies bietet die Gelegenheit, den Einfluss der Landeszuweisungen auf das kommunale Ausgabeverhalten in diesem Aufgabenbereich zu untersuchen.

Eine Evaluierung der Reform zeigt, dass die kommunalen Ausgaben positiv mit der Entwicklung der Landeszuweisungen korreliert sind: Erhöhungen wie Kürzungen der Landeszuweisungen an die lokalen Einrichtungen wurden weitergegeben. Einige Kommunen stockten sogar die zusätzlichen Landesmittel aus eigenen Mitteln weiter auf. Eine Kompensation für Kürzungen fand aber i.d.R. nicht statt (s.a. Fallstudie *Kasten 2*). Dabei haben sich die Kürzungen vor allem dort deutlich ausgewirkt, wo das kommunale Engagement ohnehin bereits gering und die Versorgungsstrukturen nicht ausgebaut waren (FOGS 2017: 9).

Tabelle 3
Vergleich

Kreisfreie Stadt/ Landkreis	Bisherige Verteilung in €	Neue Zuweisung ¹ in €	Differenz 2013 zu 2012 in €	3 in % von 2
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kreisfreie Städte				
Flensburg	139 865	125 242	-14 623	89,5
Kiel	550 145	515 247	-34 898	93,7
Lübeck	191 119	219 057	27 938	114,6
Neumünster	60 755	67 904	7 149	111,8
Insgesamt	941 884	927 450	-14 434	98,5
Landkreise				
Dithmarschen	95 575	72 621	-22 954	76,0
Herzogtum Lauenburg	90 512	84 097	-6 415	92,9
Nordfriesland	156 910	119 871	-37 039	76,4
Ostholstein	62 431	88 381	25 950	141,6
Pinneberg	147 411	186 382	38 971	126,4
Plön	59 561	45 568	-12 993	78,2
Rendsburg-Eckernförde	178 899	177 514	-1 385	99,2
Schleswig-Flensburg	96 457	107 471	11 014	111,4
Segeberg	122 790	147 134	24 344	119,8
Steinburg	52 061	47 866	-4 195	91,9
Stormarn	102 866	102 065	-801	99,2
Insgesamt	1 165 473	1 178 970	13 497	101,2
Schleswig-Holstein				
Land	2 107 357	2 107 420	63	100,0

Quelle: FOGS (2017: 22). -150% nach IM.

3.1.2 Kommunale Drogenpolitik unter Konsolidierungsdruck – Das Beispiel der Stärkungspaktgemeinden in Nordrhein-Westfalen

Die vielfach als kritisch eingeschätzte finanzielle Lage der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention wird u.a. mit der prekären Finanzlage vieler Kommunen im vergangenen Jahrzehnt begründet, die eine umfassende Haushaltskonsolidierung erforderlich machte. Dies soll hier exemplarisch am Beispiel nordrhein-westfälischer Gemeinden untersucht werden, die am sog. Stärkungspakt teilnehmen.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Diese mussten sich im Gegenzug zu Konsolidierungshilfen des Landes einem strikten Konsolidierungskurs unterwerfen. Die Stärkungspaktgemeinden zeichneten sich zu Beginn der Förderung durch eine bereits eingetretene oder zu erwartende Überschuldung (bzw. negatives Eigenkapital) aus.

Trotz des enormen Konsolidierungsdrucks kürzten nur 5 von 61 Stärkungspaktgemeinden die Ausgaben für die kommunale Suchthilfe, weitere 4 für die Schuldnerberatung (*Tabelle 4*).⁷ Es ist indes schwierig alle Maßnahmen zu erfassen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Hilfen zur Erziehung oder der Schuldnerberatung, die oft im Zusammenhang mit Suchtproblematiken erforderlich ist (s.o.). Es zeigt sich aber auch, dass Konsolidierungsmaßnahmen auf der Ertragsseite gewollt oder ungewollt ein Instrument zur Suchtbekämpfung sein können (hier: die Einführung einer Wettbürosteuer).

Kürzungen von Zuwendungen können aber auch für die Haushaltskonsolidierung kontraproduktiv sein. In der Stärkungspaktgemeinde Duisburg kam man beispielsweise zu dem Ergebnis, dass eine Aufkündigung der Zusammenarbeit mit dem Suchthilfeverbund (s.o.) u.a. wegen bestehender Mietverträge zu nicht kalkulierbaren Folgekosten führen würde (Stadt Duisburg 2011).

Zu beachten ist jedoch, dass die Haushaltskonsolidierung oft nicht über nominale Kürzungen der Haushaltsansätze erfolgt, sondern über reale, d.h. die Haushaltsansätze werden nicht an die gestiegenen Kosten angepasst. Ein Beispiel hierfür ist die Stadt Leverkusen, die ebenfalls Konsolidierungshilfen erhält. Hier hat die Stadt die Zuschüsse an die Suchthilfe gGmbH von 2009⁸ bis 2014 mit 527 Tsd. € konstant gehalten. Seit 2015 wurde der Zuschuss auf 542 Tsd. € erhöht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Kirchenkreis als Kapitaleigner seit 2011 bis zum aktuellen Rand seine Zuschüsse von ca. 125 Tsd. € kontinuierlich auf knapp 60 Tsd. € gekürzt hat.

⁷ Auch wenn es nur in einigen Städten zu nominalen Kürzungen gekommen ist, kann es letztlich zu realen Kürzungen gekommen sein.

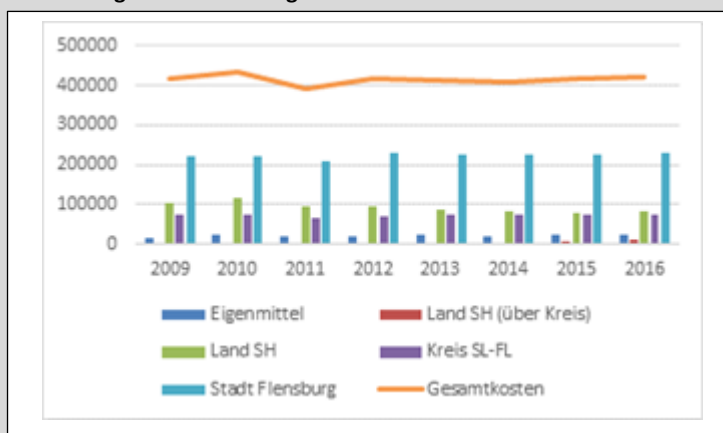
⁸ Für die Jahre davor waren keine Daten verfügbar.

Kasten 2

Fallstudie Flensburg¹

Die Gesamtaufwendungen stagnierten in den Jahren vor der Reform, danach stiegen sie geringfügig mit 0,4% p.a. Es ist also mit Sicherheit davon auszugehen, dass die realen Leistungen gekürzt wurden. Dies fand vor allem seinen Niederschlag im Personalabbau und der Schließung des Kontaktladens. Die Landeszuweisungen für die Einrichtung wurden bereits vor der Reform in den Jahren 2011 und 2012 gekürzt. Im Jahr 2013 wirkte sich die Umverteilung der verfügbaren Mittel negativ aus. So kommt es, dass die Landesmittel in Betrachtungszeitraum 2009 bis 2016 vor und nach der Reform jährlich um etwa 3% gekürzt wurden. Die Zuweisungen der Stadt Flensburg nahmen vor der Reform jährlich um 1,5% p.a. zu, danach stagnieren sie.

Entwicklung der Finanzierung der Suchthilfe



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Stadt Flensburg (2017)

Die Suchthilfe steht damit seit Jahren vor der Herausforderung, gestiegene Kosten sowie rückläufige Landeszuweisungen durch die Stabilisierung der Gesamtaufwendungen sowie erhöhter Eigenmittel aufzufangen. Im Jahre 2011 wurden der Sachaufwand (Geschäftsbedarf, Instandhaltung, Fortbildung) und Personalstellen reduziert, um gestiegene Personalkosten und rückläufige Landesmittel zu kompensieren. Im Jahre 2012 kam es zu einer weiteren, nunmehr nennenswerten Reduzierung der Personalstellen (Beratungsstellen: von 3,61 auf 3,46 Stellen; Personalstellen Methadon: von 1,1 auf 0,76 Personalstellen).

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Anlass hierfür waren gestiegene Personalkosten sowie Kürzungen der Zuweisungen durch den Landkreis Schleswig-Flensburg. Im Jahre 2013 trat die Neuverteilung der Landesmittel in Kraft, die zu einer Kürzung der Zuweisungen um 6,1% für Flensburg führte. Gleichzeitig stiegen die Personalkosten weiter. Der ausgeglichene Haushalt konnte allein durch eine vorübergehende Erhöhung der Eigenmittel des Trägers sowie einen Abbau der Personalstellen Methadon erreicht werden. Im Jahre 2015 musste der Kontaktladen wegen weiter gesunkener Landesmittel geschlossen werden. In den Jahren 2014 (Reduzierung der Personalstellen Prävention von 3,5 auf 3,34) und 2016 übernahm der Träger die Verantwortung für die Schließung weiterer Deckungslücken. In beiden Jahren ging es um die Kompensation gestiegener Personalkosten.

¹Vgl. hierzu Stadt Flensburg 2017.

3.2 Organisations- und Finanzierungsstrukturen kommunaler Suchtpolitik und Suchtprävention

Die Analyse der institutionellen Rahmenbedingungen in Kapitel 2 zeigte, dass die Kommunen über erhebliche Gestaltungsspielräume verfügen. Gleichzeitig ist eine zunehmende Kommunalisierung dieses Aufgabenbereichs zu beobachten, die den Kommunen letztendlich die Entscheidung über den konkreten Einsatz der Landesmittel weitgehend überlässt. Diese Entwicklung kann sich – entgegen aktuellen Forderungen nach bundeseinheitlichen Standards (fdr 2017: 9) – als zielführend erweisen. Die Kommunen kennen schließlich am besten die Probleme vor Ort und die lokalen Akteure des Dritten Sektors bzw. der Zivilgesellschaft, die einen Beitrag zur Lösung leisten können. Es ist deshalb zu erwarten, dass die unterschiedlichen Problemlagen auch zu einer unterschiedlichen organisatorischen und finanziellen Ausgestaltung der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention führen.

Einen umfassenden Überblick über die kommunale Aufgabenerfüllung gibt es bislang nicht. Angesichts von 401 Kreisen, 107 kreisfreien Städten und 11 000 Gemeinden gestaltet sich solcher Versuch auch schwierig, einen Überblick über die kommunalen Aktivitäten und ihre Finanzierung zu erhalten. Im Folgenden kann es deshalb nur darum gehen, einen eher anekdotischen Überblick zu geben. Dies geschieht anhand von Fallstudien für eine Auswahl kreisfreier Städte, da hier die Datenlage besser und die Vergleichbarkeit eher gegeben ist. Ausgewählt wurden Städte, die innerhalb ihrer Flächenländer den vermutlich höchsten Problemdruck mit Blick auf den Konsum illegaler Drogen aufweisen. Es konnten aber nicht für alle Städte die Daten in der erforderlichen Tiefe ermittelt werden. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich deshalb auf wenige Städte.

Tabelle 4
**Ausgewählte Konsolidierungsmaßnahmen von nordrhein-westfälischen
 Stärkungspaktgemeinden 2012 - 2023**

Einführung einer Wettbürosteuer	
Duisburg	1 986 600 €
Hamm	333 000 €
Minden	300 000 €
Oberhausen	600 000 €
Remscheid	403 000 €
Schwerte	21 600 €
Suchthilfe (Suchtberatung, psychosoziale Betreuung/Beratung)	
Menden	-30 000 €
Haltern am See	-90 900 €
Duisburg	-515 500 €
Essen ¹	-6 021 100 €
Mönchengladbach	-259 000 €
Schuldnerberatung ¹	
Datteln	-120 700 €
Menden	-97 700 €
Gelsenkirchen	-1 800 000 €
Remscheid	-917 600 €

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben der gpa nrw Stand 30.10.2019. ⁻¹Die Schuldnerberatung dient nur zum Teil der Unterstützung von Süchtigen. ¹Beinhaltet Kürzungen der Transferaufwendungen an die Suchthilfe direkt gGmbH sowie die Reduzierung der Personalaufwendungen der gGmbH.

3.2.1 Bedeutung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen

Die sozioökonomischen Rahmenbedingungen beeinflussen Handlungsbedarfe und Handlungsmöglichkeiten kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention. Erhebungen zur Prävalenz zeigen einen beträchtlichen Einfluss demographischer Strukturen (Tabelle 5). Der Konsum legaler und illegaler Drogen nimmt mit zunehmendem Alter ab, spätestens ab dem sechzigsten Lebensjahr. Gleichwohl bleibt die Prävalenz beim klinisch relevanten Konsum von Alkohol und von Medikamenten relativ hoch.

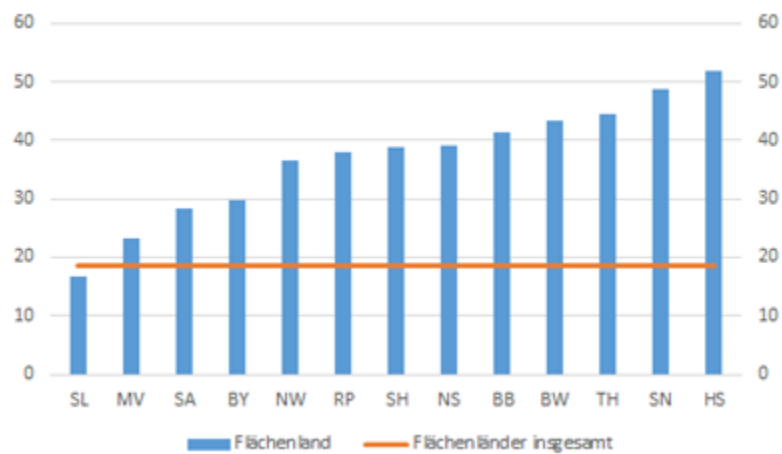
Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Tabelle 5
12-Monats-Prävalenz von Hinweisen auf klinisch relevantem Konsum legaler und illegaler Drogen¹

Alter	Tabak	Alkohol	Cannabis	Kokain	Amphe- tamine	Medika- mente
	in % der Gesamtstichprobe					
18-24	7,4	35,5	3,8	0,1	0,5	5,5
25-39	9,5	22,9	1,5	0,3	0,4	6,7
40-59	10,6	13,8	0,6	0,1	0,1	10,3
60-64	6,5	13,1	0,2	0,0	0,0	8,9
Männlich	10,8	28,3	1,2	0,2	0,2	8,4
Weiblich	8,2	9,6	1,0	0,1	0,3	8,7
Insgesamt	9,5	19,0	1,2	0,2	0,2	8,4

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Angaben von Piontek u.a. (2017). ¹Die Erhebung wurde im Frühjahr 2015 durchgeführt.

Schaubild 5
Variation der Drogendelikte innerhalb und zwischen den Flächenländern 2018; Variationskoeffizient



Quelle: Eigene Berechnungen.

Übersicht 7
Drogenproblematik in den Kommunen und in den Stadtstaaten

	GSID ¹	Kreistyp nach BBSR ²	Drogen- delikte ³
	Stadtstaaten		
Berlin	4	4	4,8
Bremen	3	3	5,5
Hamburg	1	2	7,2
	Kreisfreie Städte (Flächenländer)		
Dessau-Roßlau (SA)	4	4	2,4
RV Saarbrücken (SL)	5	2	4,7
Leipzig (SN)	5	4	4,7
Rostock (MV)	5	4	6,3
Brandenburg a. d. Havel (BB)	5	1	7,1
Braunschweig (NS)	2	3	7,3
Oberhausen (NW)	5	2	7,5
Lübeck (SH)	5	2	7,8
Zweibrücken (RP)	4	2	9,4
Würzburg (BY)	1	2	11,3
Mannheim (BW)	2	1	12,2
Frankfurt/M. (HS)	1	1	12,9
Gera (TH)	5	2	12,9

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben von RKI, BBSR und Statistisches Bundesamt. ⁻¹GSID: German Deprivation Index nach RKI: 1 geringe Deprivation, 5 große Deprivation. ⁻²Wachsende/schrumpfende Kreise/kreisfreien Städte nach BBSR: 1 stark wachsende Kommunen, 5 stark schrumpfende Kommunen. ⁻³Drogendelikte auf 1 000 Einwohner.

Dass im Ergebnis letztlich gegenläufige Effekte zum Tragen kommen, wird deutlich, wenn man die Kommunen mit dem höchsten Problemdruck betrachtet (Übersicht 7). Frankfurt/M., Mannheim und Würzburg weisen hohe Deliktraten auf, obwohl die sozioökonomischen Rahmenbedingungen hier als gut einzustufen sind. Gleiches gilt für Hamburg. Ostdeutsche Städte wiederum weisen eine relativ geringe Problemdichte auf, obwohl die sozioökonomischen Rahmenbedingungen deutlich schlechter sind. Hier kommt vermutlich zum Tragen, dass der Alterungsprozess der Bevölkerung in Ostdeutschland insbesondere auf den Rückgang der

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

jüngeren Bevölkerung zurückzuführen ist. Große Logistikstandorte wie der Flughafen Frankfurt/M., oder der Hamburger Hafen ziehen verbesserte Drogenversorgungssysteme nach sich. Gleiches gilt für die Grenznähe, insbesondere dann, wenn das Nachbarland eine liberalere Drogenpolitik verfolgt, wie z.B. im Falle der Niederlande.

3.2.2 Kommunale Steuerung und Koordination der Suchtpolitik

In der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention kommt das Subsidiaritätsprinzip zum Zuge, so dass die realen Leistungen fast ausschließlich durch freie Träger erbracht werden. Daraus erwächst ein erheblicher Steuerungs- und Koordinierungsbedarf, soll eine konsistente und effektive kommunale Suchtpolitik gewährleistet sein. Die Steuerungs- und Koordinierungsfunktion wird zum Teil aus eigenem Antrieb wahrgenommen, zum Teil aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder Förderrichtlinien der Länder. Ein solches Instrument sind Gesundheitskonferenzen, die allerdings in diesem Zusammenhang eine untergeordnete Rolle spielen, worauf bereits am Beispiel Baden-Württembergs hingewiesen wurde. Vergleichbares findet man auch in Nordrhein-Westfalen. So standen in der Stadt Dortmund, die erhebliche Drogenprobleme aufweist, Suchtproblematiken im Zeitraum 1999 bis 2017 nur fünfmal explizit auf der Tagesordnung der Gesundheitskonferenz.⁹ Die Kommunen bevorzugen andere Formen der Kooperationen und Vernetzung der örtlichen Akteure.

Ein bevorzugtes Instrument sind sog. Steuerungsgruppen oder Arbeitskreise, in denen die Kommunen mit den freien Trägern zusammenarbeiten. Die Führung liegt jeweils bei den zuständigen Stellen der Kommunen. Dabei kommt es teilweise zu einer funktionalen Trennung, z.B. nach legalen und illegalen Drogen, oder nach Suchthilfe und Suchtprävention. Die Stadt Dortmund weist ein ganzes System von Arbeitskreisen auf, die sich mit spezifischen Problemen befassen. In Frankfurt am Main kommt dem Drogenreferat die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion zu. Dabei wurde im Sinne eines integrativen Ansatzes die Zuständigkeit für legale Drogen und Verhaltenssuchte vor einigen Jahren ebenfalls dem Drogenreferat zugeordnet. Eine Besonderheit stellt in Frankfurt die z.T. sozialräumliche Orientierung der Suchtpolitik dar. So besteht mit OSSIP („Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention“) eine besondere Kooperation im Bahnhofsviertel. Kommunale Akteure (Drogenreferat, Ordnungsamt), staatliche Akteure

⁹ *Alkoholranke (2001), Notfallversorgung (2002), Schlaf- und Beruhigungsmittel (2006), Hilfen für Kinder von alkoholkranken Eltern (2008), Suchtbericht 2012 (2013).*

(Polizei, Staatsanwaltschaft) und zivilgesellschaftliche Akteure arbeiten hier zusammen. Auch in Dortmund sind Polizei und die Staatsanwaltschaft in den Steuerungsgruppen vertreten. Es gibt aber auch lokale/regionale Netzwerke, die freie Träger unter sich bilden.

Eine Besonderheit besteht in Sachsen-Anhalt, wo von den Kommunen die Förderung einer integrierten psychosozialen Beratung erwartet wird. Hintergrund ist, dass man sich i.d.R. multiplen Bedarfslagen gegenübersteht. In Dessau-Roßlau wurde ein Netzwerk aus Suchtberatungsstellen (AWO, Diakonie), Schwangerschaftsberatungsstellen (Caritas, Diakonie, PSW, Pro Familia), Erziehungsberatungsstelle (Diakonie) und Schuldnerberatungsstelle (Diakonie) gebildet.

3.2.3 Finanzierungsstrukturen

Die Ermittlung der kommunalen Bruttoausgaben im Bereich der Suchthilfe und Suchtprävention stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass die Ausgaben über mehrere Titel streuen. Eine Auswertung der Haushaltspläne stößt dadurch an Grenzen. Im Folgenden werden nur Ausgabenbelastungen in die Analyse einbezogen, die als relativ gesichert gelten können.

Die Analyse der kommunalen Zuwendungen anhand der Daten der Suchthilfe hatte bereits gezeigt, dass die Kommunen zwar als Geldgeber an Bedeutung gewinnen. Ihre Ausgabensteigerungen haben wohl nicht ausgereicht, um einem steigenden Bedarf und den steigenden Kosten zu genügen. Die meisten Kommunen aus der Fallstudie haben ihre Ausgaben deutlich stärker gesteigert (*Tabelle 6*). Zwischen 2010 und dem aktuellen Rand sind Ausgabensteigerungen von i.d.R. 2,8% bis 3% p.a. zu verzeichnen. Aus dem Rahmen fallen Brandenburg a.d.H. und Dessau-Roßlau. Brandenburg weist einen jahresdurchschnittlichen Ausgabenzuwachs von 4,1% auf. Dabei resultiert allerdings der Ausgabenanstieg vor allem aus den Anhebungen in den Jahren 2018 und 2019. In Dessau-Roßlau wurden dagegen in den letzten Jahren die Bruttoausgaben nur um 1% p.a. gesteigert. Dabei kompensierte die kreisfreie Stadt allerdings rückläufige Landeszuweisungen durch die Aufstockung der eigenen Mittel. Insgesamt verdeckt diese Betrachtungsweise, dass zwischenzeitlich die Ausgaben stagnierten (Braunschweig) oder sogar gekürzt wurden (Mannheim).

Gleichwohl stellt sich auch bei den betrachteten Kommunen die Frage nach einer möglichen Unterfinanzierung, denn allein die Tarifsteigerungen beliefen sich bis 2017 auf 2,5% p.a., seit 2018 auf 2,6%. Für die Stadt Dortmund ergibt eine Modellrechnung, dass die indexierte jährliche Steigerung der Zuwendung kaum ausreichen dürfte (*Übersicht 8*). Legt man die Tarifdaten zugrunde, so hätten die Zuwendungen für Personalausgaben um 2,6% p.a. statt 1,5% erhöht werden müssen. Die

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Zuwendungen für Sachkosten wurden eingefroren. Die Entwicklung des Verbraucherpreisindex hätte eine Erhöhung der Zuwendungen für den Sachaufwand um 1,6% p.a. nahegelegt. Hinzu kommt, dass diese Städte überdurchschnittlich mit Problemen des illegalen Drogenkonsums belastet sind.

Tabelle 6

Kommunale Bruttoausgaben¹ im Aufgabenfeld Suchthilfe und Suchtprävention² 2010 bis 2019; in 1 000 €

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	JDV ³
Brandenburg an der Havel										
191	240	240	240	240	253	253	259	267	274	4,1
Braunschweig										
281	283	283	289	298	353	353	341	362	360	2,8
Dessau-Roßlau										
k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	178	178	178	178	k.A.	187	1,0
Frankfurt/Main										
9391	8935	8629	8720	8875	8594	8439	9861	10765	12112	2,9
Mannheim										
1133	897	1094	1145	1193	1193	1778	1782	1480	1484	3,0

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben von Haushaltsplänen und amtlichen Dokumenten. -¹Einschließlich Landeszuweisungen. -²Die Validität der Angaben ist zum Teil eingeschränkt, da es nicht immer möglich war, eine Bestätigung für die ermittelten Ausgaben zu erhalten. -³jahresdurchschnittliche Veränderungsrate.

Übersicht 8
Entwicklung von Zuwendungen und Kostensteigerungen in Dortmund

Personalkosten	
Jährliche Steigerung der kommunalen Zuwendungen um 1,5% auf 80% des kommunalen Zuwendungsbetrages ¹	Tariflohnsteigerungen (TVöD VKA):
	01.03.2018: mindestens 2,85% höchstens 5,7%, durchschnittlich 3,19%
	01.04.2019: mindestens 2,81% höchstens 5,39%, durchschnittlich 3,09%
	01.03.2020: mindestens 0,96% höchstens 1,81%, durchschnittlich 1,06%
Sachkosten	
Preissteigerungen bei Sachkosten (20% des kommunalen Zuwendungsbetrages) gehen zu Lasten der Träger ¹	Verbraucherpreisindex:
	2018: 1,8%
	2019: 1,4%
	2020: 1,5%

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände (2018) ¹Eigene Berechnungen nach Angaben des Sachverständigenrates für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.

Die Ausgaben sind allerdings kein ausreichender Indikator für die Effektivität und Effizienz der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention. Gemessen wird in der Regel der Input, die Zuwendungen knüpfen nämlich zumeist an der Finanzierung von Personal- und Sachaufwendungen an. In sog. Leistungsverträgen wird zwar die Zuwendung zum Teil auch an die Erfüllung von Input- und Outputindikatoren (Personalstellen, Öffnungszeiten, geleistete Beratungsstunden u.ä.) gekoppelt. Ob die vereinbarten Leistungen zur Verhinderung oder Überwindung von Bedarfslagen geführt haben, ist indes nicht Gegenstand einer unmittelbaren Kontrolle. Die Stadt Mannheim geht mit ihrem wirkungsorientierten Haushalt zumindest in diese wünschenswerte Richtung (Übersicht 9). Es werden Wirkungsziele vorgegeben und sog. Wirkungskennzahlen entwickelt, um die Zielerreichung überprüfen zu können. Außerdem werden die Maßnahmen und deren Finanzierung genannt, die zur Erreichung dieser Ziele beitragen sollen.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Übersicht 9

Ausgewählte Wirkungsziele der Mannheimer Suchtpolitik und ihre Operationalisierung

Wirkungsziel	Wirkungskennzahl
Der Chronifizierung von Suchterkrankungen in der Mannheimer Bevölkerung ist vorgebeugt inklusive der damit verbundenen negativen und sozialen Effekte.	Quotient aus den regulär beendeten Betreuungen zur Zahl der insgesamt beendeten Betreuungen.
Die negativen Auswirkungen von Substanzkonsum und süchtigen Verhalten auf das betroffene Individuum und sein Umfeld (Angehörige, etc.) sowie auf die Gesellschaft sind dezimiert.	Quotient aus den mit erfolgreichem Konsumstatus beendeten Betreuungen zur Zahl der insgesamt beendeten Betreuungen.
Die Entstehung von Suchterkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist verhindert.	Quotient aus den Teilnehmerinnen an FreD-Kursen, deren Wissen über Cannabiskonsum sowie seine gesundheitlichen und sozialen Folgen sich erhöht hat, zur gesamten Zahl der Teilnehmer

Stadt Mannheim (2018: 413f.)

4. Zusammenfassende Bewertung

Die Drogen- und Suchtpolitik vollzieht sich in einem komplexen Handlungsrahmen, der zum einen durch die föderale Kompetenzverteilung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden sowie die Zuständigkeiten der Sozialversicherungen geprägt wird und zum anderen durch die Zusammenarbeit von Gebietskörperschaften und Sozialversicherungen mit den freien Trägern. Trotz der gesetzlichen Vorgaben (Sozialgesetzbücher, Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst, Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder) und zweckgebundener Landeszuweisungen verfügen die Kommunen über einen erheblichen Gestaltungsspielraum.

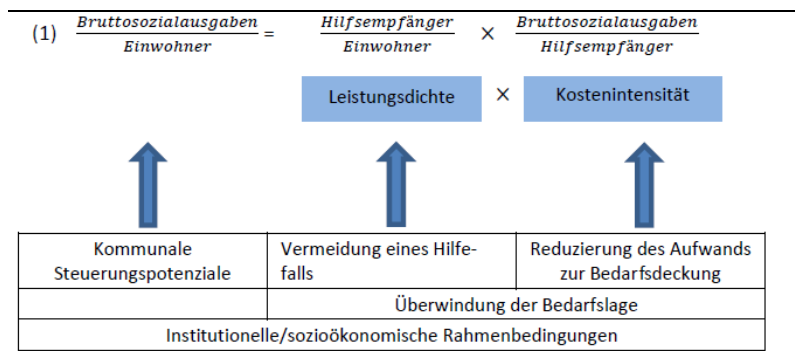
Dabei fand eine zunehmende Kommunalisierung dieser Aufgabe statt, die sich in mehreren Schritten vollzogen hat. Ein erster Schritt war die Kommunalisierung des Gesundheitsdienstes. Durch die Landesgesetzgebung zur Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die Gesetze zur Regelung der Psychischen Krankenhilfe wurde Suchthilfe und Suchtprävention zu einer kommunalen Pflichtaufgabe. Dabei bleibt aber den Kommunen weitgehend die Entscheidung über das Wie der Aufgabenerfüllung überlassen. Gestaltungsspielräume ergeben sich dabei auch aus dem Umstand, dass es sich hier vor allem um Sach- und Dienstleistungen handelt, bei denen Kommunen ohnehin höhere Freiheitsgrade haben. In einem zweiten Schritt wurden Landeszuweisungen nicht mehr direkt an die freien Träger weitergegeben, sondern mittelbar über die Kommunen. Die Kommunalisierung fand ihren vorläufigen Endpunkt, indem die Landeszuweisungen nur noch zweckgebunden an die Kommunen weitergereicht wurden. Welche freien Träger sie förderten, blieb ihnen überlassen.

Die zunehmende Kommunalisierung ist sinnvoll, da die Kommunen am besten wissen, welche Bedarfe vor Ort bestehen und wie diese zu befriedigen sind. Die Frage ist allerdings, ob die Kommunen ausreichende Mittel zur Verfügung stellen. Legt man die Daten der Suchthilfestatistik zu Grunde, so sind innerhalb der Budgets die kommunalen Zuschüsse am stärksten gestiegen. Dies könnte aber auch Ergebnis der kommunalisierten Landesmittel sein, die in den Erhebungen vermutlich der institutionellen und fallbezogenen kommunalen Förderung zugeschlagen werden.

Allerdings reichten die Steigerungen weder der kommunalen Zuschüsse noch der Gesamtmittel aus, um die wachsenden Kosten zu kompensieren. Dies deutet auf eine Unterfinanzierung hin, wenn man lediglich auf die Bruttoausgaben der kommunalen Familie insgesamt abstellt. Man muss aber auch die Leistungsdichte und die Kostenintensität der Aufgabenerfüllung in Betracht ziehen (Schaubild 6), die sich regional recht unterschiedlich darstellt.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Schaubild 6
Bestimmungsgründe kommunaler Sozialausgaben



Eigene Darstellung.

Die vorliegende Analyse zeigt, dass sowohl die Landeszuweisungen als auch die finanzwirtschaftliche Lage einer Kommune Einfluss auf die kommunalen Bruttoausgaben haben. In Schleswig-Holstein hat eine regionale Umverteilung der Landeszuweisungen dazu geführt, dass Kommunen mit Einnahmeverlusten diese nicht durch eigene Mittel kompensiert haben. Einige Gewinner der Neuregelung haben dagegen ihre Eigenmittel sogar erhöht. Das Beispiel der Stärkungspaktgemeinden in Nordrhein-Westfalen wiederum zeigt, dass Kommunen mit hohem Konsolidierungsdruck ihre Hilfen nicht zwangsläufig kürzen. Man strebt hier eher eine Stabilisierung des Ausgabenniveaus an.

Ein weiterer Bestimmungsgrund der kommunalen Aufwendungen ist die Leistungsdichte, die von dem Suchtverhalten der örtlichen Bevölkerung abhängt. Sie hängt nicht nur von den demographischen Strukturen und anderen sozioökonomischen Rahmenbedingungen ab, sondern auch von dem Erfolg von Präventionsmaßnahmen, die auf die Vermeidung von Hilfsfällen abzielen. Die Kostenintensität wird wiederum von der Effizienz und der Wirksamkeit der Suchthilfe bestimmt.

Um Wirksamkeit und Effizienz zu verbessern, hat man in der Vergangenheit verstärkt auf die Kooperation und Vernetzung kommunaler Akteure gesetzt. Zum Teil lag dies aus finanzwirtschaftlichen Gründen im Eigeninteresse der Kommunen, zum Teil haben die Länder solche Kooperationen verlangt. Die Kooperation bzw. Vernetzung erfolgt teilweise durch die Institutionalisierung einer kommunalen Suchthilfeplanung oder die Etablierung kommunaler Gesundheitskonferenzen. Dies geschieht teils auf freiwilliger Basis, teils machen die Länder entsprechende Vorgaben oder sie knüpfen Landeszuweisungen an die Einrichtung solcher Koope-

rationsformen. Eine weitere Kooperationsform ist die Bildung gemeinsamer Körperschaften (gemeinnütziger Verein, gemeinnützige GmbH) von Kommunen und freien Trägern.

Die Effizienz und Effektivität der Aufgabenerfüllung hängt auch wesentlich von der Gestaltung der Leistungsbeziehungen ab, also der Ausgestaltung von Zuwendungsbescheiden oder von Leistungsverträgen. Hier besteht ein Dilemma. Einerseits wird eine intensivere Kontrolle der freien Träger mit Blick auf die Effizienz und Effektivität der Aufgabenerfüllung verlangt; andererseits wird nicht zu Unrecht der hohe bürokratische Aufwand beklagt, der mit der Beantragung von Fördermitteln, ihrer Verwaltung und erforderlichen Verwendungsnachweisen verbunden ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Die Entwicklung des Ausgabenniveaus besagt, für sich genommen, noch nichts über die Aufgabenerfüllung. Hierzu bedarf es detailliertere Untersuchungen im Einzelfall.

Anhang

Datenblätter Fallstudien

Kreisfreie Stadt Braunschweig
<p>Sozioökonomische Rahmenbedingungen</p> <p>Braunschweig kann nach den Kriterien der BBSR nicht als wachsend oder schrumpfend eingestuft werden. Die Stadt ist wenig von Deprivation betroffen (GSID-Index 2). Gleichwohl kommen auf 1 000 Einwohner 7,3 Drogendelikte. Nur noch der Landkreis Graftschaft Bentheim ist von Drogendelikten stärker betroffen (9,4).</p>
<p>Finanzwirtschaftliche Rahmenbedingungen</p> <p>Der städtische Haushalt weist seit 2010 wechselnd Jahresüberschüsse und Jahresfehlbeträge auf. In den Jahren 2010 bis 2013 konnte dank der Jahresüberschüsse die Überschussrücklage von 79,7 Mill. € auf 227,8 Mill. € erhöht werden. 201 und 2017 wurden wieder Jahresüberschüsse erzielt. Ab 2018 bis 2020 rechnet man wieder mit Fehlbeträgen, so dass die Überschussrücklage von 220,5 Mill. € 2017 auf 146,4 Mill. € 2020 schrumpft. Deshalb können aktuell nur weitere dauerhafte Belastungen können nur eingegangen werden, wenn auf der Ertragsseite eine entsprechende dauerhafte Kompensation erkennbar ist bzw. an anderer Stelle Aufwendungen eingespart werden können. Die Kassenkredite konnten in den letzten Jahren nicht reduziert werden. Sie stiegen von 2011 bis 2016 um 2,1% p.a. Aktuell bestehen nach Auffassung der Stadt kaum finanzielle Handlungsspielräume.</p>
<p>Organisation</p> <p>Die Planung und Abstimmung zur Suchtprävention erfolgt im „Arbeitskreis Suchtprävention“. Die Leitung des Arbeitskreises liegt beim Sozialreferat in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt. Mitglieder sind die Polizei, Schulsozialarbeiter, Jugend- und Drogenberatungsstellen (u.a. drobs, bib, mondo X, EB, Lukas Werk), Landesschulbehörde, Bewährungshilfe, Jugendschutz und Guttempler Selbsthilfegruppen.</p> <p>Die operative Ebene der kommunalen Suchthilfe und Suchtprävention ist aus der kommunalen Kernverwaltung ausgelagert. Hauptakteur ist die Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit Braunschweig GmbH. Sie betreibt die Jugend- und Drogenberatung Braunschweig DROBS, die einen integrativen Ansatz verfolgt (Drogen, Glücksspiel, Alkohol, wenn der/die Betroffene nicht älter als 25 Jahre alt ist, exzessiven Medienkonsum). Die gGmbH ist eine Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Niedersachsen e.V. als alleinigem Gesellschafter. Träger von Einrichtungen der Suchthilfe sind die Guttempler, der Freundeskreis und das Lukas-Werk.</p>

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Kommunale Ausgaben für Suchthilfe und Suchtprävention

Die Stadt Braunschweig bezuschusst zum einen die Einrichtungen für Suchtkranke (Guttempler, Freundeskreis, Lukas-Werk) sowie die Jugend- und Drogenberatung Braunschweig (DROBS). Die Finanzhilfen wurden von 2011 bis 2019 um jahresdurchschnittlich 2,8% angehoben. Allerdings sind die nominalen Ausgaben zwischenzeitlich recht stabil. Der Anstieg ist letztlich einer erheblichen Anhebung im Jahre 2015 zu verdanken – trotz der Haushaltsprobleme in den Jahren 2014 und 2015. Mehr als drei Viertel der Finanzhilfen fließen an drobs. Die übrigen Finanzhilfen erhalten die o.g. Einrichtungen für Suchtkranke.

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tsd. €	281	283	283	289	298	353	353	341	362	360

Quelle: Haushaltspläne der Stadt Braunschweig. –Ist-Ausgaben (schwarz), Ansätze (rot).

Kreisfreie Stadt Frankfurt
<p>Sozioökonomische Rahmenbedingungen</p> <p>Die sozioökonomischen Rahmenbedingungen Frankfurts sind sehr gut. Gleichwohl hat die Stadt Frankfurt ein großes Drogenproblem. Es kommen 12,9 Drogendelikte auf 1 000 Einwohner. Dies ist bundesweit eine Spitzenbelastung.</p>
<p>Finanzwirtschaftliche Rahmenbedingungen</p> <p>Die Stadt Frankfurt musste in den letzten Jahren auf ihre Rücklagen zurückgreifen, um ihren Haushalt auszugleichen. Sie beliefen sich 2017 noch auf gut 771 Mill. € und schrumpfen bis 2022 voraussichtlich auf knapp 66 Mill. €. Die Kassenkredite steigen laut Haushaltsansatz von rund 40 Mill. € 2018 auf 143 Mill. €. 2019. Die Fehlbeträge sollen von 200 Mill. € 2017 auf 41 Mill. € 2022 zurückgeführt werden. Dieser Konsolidierungsprozess stützt sich allerdings vor allem auf die erwarteten Steuermehreinnahmen.</p>
<p>Organisation</p> <p>Das Drogenreferat ist die zentrale Steuerungsinstanz für das System der Suchtpräventions- und Drogenhilfsmaßnahmen. Es organisiert und koordiniert die Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft, Schulen, freien Trägern, Arbeitsagenturen und Städtischen Ämtern. Die Politik orientiert sich am Vier-Säulen-Modell. Sie verfolgt zudem einen integrativen Ansatz. Dazu gehört, dass das Drogenreferat seit 2010 auch für legale Drogen und Verhaltenssuchte zuständig ist. Im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses, an dem alle relevanten Akteure beteiligt sind, soll die Drogen- und Suchthilfe zukunftsicher weiterentwickelt werden.</p> <p>Die Stadt Frankfurt fördert zahlreiche freie Träger durch eigene Zuschüsse. Dabei handelt es sich ausweislich des Haushaltsplans ausschließlich um Projektförderungen. Eine Besonderheit ist das Projekt OSSIP („Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention“), das im Sinne einer sozialräumlichen Orientierung (Bahnhofsviertel) der Drogenpolitik die kommunalen (Drogenreferat, Ordnungsamt), staatlichen (Polizei, Staatsanwaltschaft) und zivilgesellschaftlichen Akteure vernetzt. Ziel ist sowohl die Bereitstellung von Hilfsangeboten für Drogensüchtige als auch die Vermeidung von Störungen und Belästigungen durch Drogenkonsum im öffentlichen Raum sowie die Kriminalitätsbekämpfung.</p>

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Kommunale Ausgaben für Suchthilfe und Suchtprävention

Die Stadt Frankfurt stellt für die Suchthilfe und Suchtprävention aktuell 12,1 Mill. € zur Verfügung. Damit sind die Ausgaben 2019 gegenüber 2010 um voraussichtlich 2,9% p.a. gestiegen. Dieser Anstieg geht dabei weitgehend auf kommunale Anstrengungen zurück, denn die kommunalisierten Landesmittel stagnierten lange bei 2 Mill. € und sind erst zuletzt auf 2,2 Mill. € angehoben worden. Von den Bruttoausgaben entfielen seit 2010 im Durchschnitt gut 78% auf Projektförderungen von 64 Einrichtungen. Die übrigen Mittel entfielen u.a. auf ein Pool für Sofortmaßnahmen und innovative Projekte, auf Präventionsmaßnahmen und eine Pauschale zum Ausgleich der Mehrkosten durch Tarifsteigerungen.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kommunale Bruttoausgaben in Tsd. €									
9391	8935	8629	8720	8875	8594	8439	9861	10765	12112
Darunter kommunalisierte Landesmittel in Tsd. €									
2032	2032	2032	2032	2032	2032	2032	2052	2052	2159
Projektförderung in Tsd. €									
7359	6903	6597	6688	6843	6562	6407	7809	8713	9953

Quelle: Angaben der Stadt Frankfurt. –Ist-Ausgaben (schwarz), Ansätze (rot).

Kreisfreie Stadt Mannheim
<p>Sozioökonomische Rahmenbedingungen</p> <p>Mannheim hat sehr gute sozioökonomische Rahmenbedingungen. Soziale Deprivation stellt kein Problem dar. Mannheim ist zudem eine wachsende Stadt. Gleichwohl hat die Stadt wie Frankfurt ein großes Drogenproblem. Es kommen 12,2 Drogendelikte auf 1 000 Einwohner. Dies ist im landes- und bundesweiten Vergleich eine Spitzenbelastung.</p>
<p>Finanzwirtschaftliche Rahmenbedingungen</p> <p>Der Stadt Mannheim ist es den letzten Jahren gelungen ihr Eigenkapital zu mehren bzw. Überschüsse zu erzielen. Das Eigenkapital konnte von 1,1 Mrd. € 2011 auf 1,4 Mrd. € 2016 erhöht werden. Der Aufwandsdeckungsgrad der ordentlichen Aufwendungen nimmt allerdings seit kurzem und in den kommenden Jahren tendenziell ab.</p>
<p>Organisation</p> <p>Suchthilfe und Suchtprävention wurde ursprünglich über den Arbeitskreis Drogenprobleme und Suchtprophylaxe koordiniert. Er wurde 2000 begründet und Mitte des Jahrzehnts reformiert. Fachreferat und Gesamtarbeitskreis bildeten eine Steuerungsgruppe. Darüber hinaus wurden (temporäre) Fachgruppen – „Prävention“ und „Runder Tisch Drogen“ - gebildet. Der Arbeitskreis wurde in das Kommunale Suchthilfenetzwerk Mannheim überführt, da die Landesförderung an die Bildung eines solchen Netzwerks gekoppelt wurde. Zu diesem Zweck wurde ein Kooperationsvertrag abgeschlossen. Danach wurde eine Neuordnung der Suchthilfe verfolgt, die 2015 abgeschlossen wurde.</p> <p>Die Träger der kommunal finanzierten Suchtkrankenhilfe - bwlw – Fachstelle Sucht Mannheim, Caritasverband Mannheim e.V. und Drogenverein Mannheim e.V. – bildeten mit Wirkung zum 1.1.2014 eine Arbeitsgemeinschaft. Sie ist Bestandteil des kommunalen Suchthilfenetzwerkes Mannheims. Ein Vertrag regelt die Kooperation. Aufgaben des Verbundes sind u.a. die Optimierung von Vernetzung und Kommunikation, die inhaltliche Planung der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention, die Erstellung eines jährlichen Sachberichts für die Stadt Mannheim. Die Stadt Mannheim stellt einen wirkungsorientierten Haushalt auf. Vor diesem Hintergrund ist zu sehen, dass eine gesonderte Betrachtung der geförderten Einrichtungen mit Blick auf Kostentransparenz, Betriebskostenzuschüsse und Wirkungstransparenz erfolgt. Dazu dienen auch Zielvereinbarungsverträge.</p> <p>Es besteht eine Arbeitsteilung dahingehend, dass sich die Tätigkeit der freien Träger entweder auf legale oder illegale Drogen konzentrieren.</p>

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

Kommunale Ausgaben für Suchthilfe und Suchtprävention

Die kommunalen Bruttoausgaben steigen 2019 bis 2010 voraussichtlich um 3% p.a. Gleichwohl wurde in den Jahren 2010 bis 2013 die Förderung für die psychosozialen Beratungsstellen des Drogenvereins, der Diakonie, der Caritas, der bwlV optimiert. Es sollte eine einheitliche Förderung je Fachkraftstelle erreicht werden. Damit war eine Kürzung der Förderung insgesamt verbunden, die zu Lasten des Drogenvereins und der bwlV gingen. Darüber hinaus kam es auch im Fachbereich Gesundheit zu Einsparungen.

Kommunale Bruttoausgaben in Tsd. €									
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 133	897	1 094	1 145	1 193	1 193	1 778	1 782	1 480	1 484

Quelle: Angaben der Haushaltspläne der Stadt Mannheim.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände (2018), Das Sucht- und Drogenhilfesystem in Dortmund. Kurzbericht der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände in der Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit und Gesundheit am 18.09.2018. Dortmund.

Blanke, R. u. H. Schridde (1998), Finanzierungs- und Förderungsbedingungen von Suchtberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland. Gutachten im Rahmen des Projektes Controlling und Benchmarking im Sozialbereich: Förderung der Drogen- und Suchtberatungsstellen in Niedersachsen. Diskussionspapier Nr. 16. Hannover. http://www.ub.uni-koeln.de/ssg-bwl/archiv1/2008/42080_foerederungsbedingungen_suchtberatungsstellen_deutschland.pdf, zuletzt geprüft 5.7.2019.

Bosson, H. u. P. Renzel (2019), Stand und Perspektiven der Finanzierung der Drogen- und Suchthilfe. PARTNERSchaftlich.

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2017), Finanzierung der Drogen- und Suchthilfe in Hamburg. Große Anfrage der Abgeordneten Deniz Celik, Sabine Boeddinghaus, Martin Dolzer, Norbert Hackbusch, Stephan Jersch, Zaklin Nastic, Cansu Özdemir, Christiane Schneider, Heike Sudmann, Mehmet Yildiz (DIE LINKE) vom 21.09.17 und Antwort des Senats. https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/59329/finanzierung_der_drogen_und_suchthilfe_in_hamburg.pdf.

Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Hrsg.) (2010): Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung. 1950 – 2010, 60 Jahre BVÖGD. Aalen: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

CaSu – Caritas Suchthilfe e.V. B (2011), Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. CaSu Diskussionspapier. Freiburg.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die neuen Länder (o.J.), Demografische Situation in den ostdeutschen Ländern. https://www.beauftragter-neue-laender.de/BNL/Navigation/DE/Themen/GleichwertigeLebensverhaeltnisse_schaffen/Demografie/Demografische_Situation/demografische_situation.html, zuletzt geprüft 10.10.2019.

DBDD – Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (2019), Drogenpolitik Deutschland. Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). München.

DSHS – Deutsche Suchthilfestatistik (div. Jg.). Auswertung der Kerndatensätze. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download-kds-2.html>

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2019), Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 01.01.2019. Hamm.

Dortmunder Gesundheitskonferenz (o.J.), Themen der Dortmunder Gesundheitskonferenz. Dortmund. https://www.dortmund.de/de/leben_in_dortmund/gesundheit/gesundheitsamt/koordination/koordinationsstelle/gesundheitskonferenz/index.html, zuletzt geprüft 17.9.2019.

Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe

E.B.D.D. - Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (2002), Drogen im Blickpunkt. Messung der Prävalenz und Inzidenz des Drogenkonsums. Indikatoren für die Drogenpräventionspolitik in der EU. Lissabon: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

fdr - Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (Hrsg.) (2017), Forderungen für eine wirksame Ambulante Suchthilfe. fdr-Themen. Berlin.

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (Hrsg.) (2017), Evaluation der Neuausrichtung der Verteilung der Landesmittel in den Bereichen der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich sowie Neuberechnung für 2018. Köln.

gpa nrw – Gemeindeprüfungsanstalt NRW (2019), Stärkungspakt Stadtfinanzen. Konsolidierungsmaßnahmen 2019 – Wege zu konsolidieren. Maßnahmenkatalog. http://gpanrw.de/media/1569222025_manahmenkatalog_2019_-_2019-09-17.xlsx.

Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt (Hrsg.) (2018), Jahresbericht 2017. Haushalts- und Wirtschaftsführung im Haushaltsjahr 2016. Teil 2 Haushaltsrechnung 2016 Überörtliche Kommunalprüfung. Magdeburg.

MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2019), Erhebung und Analyse der ambulanten Suchthilfestrukturen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Meeßen-Hühne, H. (2015), Nützlichkeit, Sichtbarkeit und Kooperation. Gegenwart und Zukunft der ambulanten Suchthilfe aus der Sicht eines Bundeslandes. KONTUREN online Fachportal zu Sucht und zu sozialen Fragen, hg. v. G. Skowronek und M. Breuer. <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2015-ambulante-suchthilfe/nuetzlichkeit-sichtbarkeit-und-kooperation/>, zuletzt geprüft am 03.10.2019.

Mostardt, S. u.a. (2010), Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Gesundheitswesen 12 (1): 886 – 894.

Müller, W. (2010), Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesundheitsdienstgesetzen. In: Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Hrsg.) (2010).

RWI, Con_sens (2018) – RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (Con_sens) (2018), Gestaltungsspielräume der Kommunen und Länder bei sozialen Aufgaben und Ausgaben: Analyse und Ansätze zur Stärkung der Eigenverantwortung. Endbericht zum Forschungsvorhaben fe3/17 des Bundesministeriums der Finanzen. RWI-Projektberichte. Essen.

Schleswig-Holstein, Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) vom 14. Dezember 2001.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (Hrsg.) (2015), Bericht über die Maßnahmen zur Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Bericht der Landesregierung. Drucksache 18/3607. Kiel.

Stadt Duisburg (2011), Beschlussvorlage. Betreff Haushaltssicherungskonzept 2010; hier: Freiwillige Leistungen aufgrund eines Gremienbeschlusses; Freiwillige Leistungen

Übertragung der Aufgaben der Drogenberatung auf den Verein Suchthilfeverbund Duisburg e.V. mit der lfd. Nr. gem. DS-11-1086: 167 – hier Sachkostenzuschuss. Drucksache 11-1850.

Stadt Flensburg (2017), Beschlussvorlage. Sozial- und Gesundheitsausschuss am 17.07.2017/Finanzausschuss am 7.9.2017. Anlage Zuschussdatenblatt Suchthilfe. Flensburg.

Stadt Hamm, Geschäftsordnung Lenkungsgruppe „Kommunale Suchthilfe“ (LG-KSH) in der Stadt Hamm.
https://www.hamm.de/fileadmin/user_upload/Medienarchiv/Gesundheit_Soziales/Gesundheit/Dokumente/Geschaeftsordnung_Kommunale_Suchthilfe.pdf.

Stadt Mannheim (2018), Haushaltsplan der Stadt Mannheim 2018/2019. Mannheim.

Tretter, F. (1998), Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge. Göttingen u.a.: Hogrefe –Verlag für Psychologie.



Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Das RWI wird vom Bund und vom Land
Nordrhein-Westfalen gefördert.

