

**Erprobungsvorhaben  
„Psychosoziale Betreuung Substituierter“  
2001 / 2002**

**Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung**

**Erik Marzen**

**im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Arbeit,  
Gesundheit und Soziales des Saarlandes**



**Saarbrücken, im Januar 2003**

## **Impressum**

**Ministerium für Frauen, Arbeit,  
Gesundheit und Soziales**  
**Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit**  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken

Telefon: 06 81 - 501 – 31 81  
Fax: 06 81 - 501 – 31 69  
Internet: [www.soziales.saarland.de](http://www.soziales.saarland.de)  
E-Mail: [presse@soziales.saarland.de](mailto:presse@soziales.saarland.de)

Unsere aktuellen Informationen finden Sie im Internet unter  
[www.soziales.saarland.de](http://www.soziales.saarland.de)

Stand: Januar 2003  
Auflage: 200

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Regierung des Saarlandes herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

## Vorwort

Substitutionsbehandlungen für Drogenabhängige gehören inzwischen in Deutschland zu den anerkannten und erprobten medizinischen Behandlungsmethoden. Auch die saarländische Landesregierung bekennt sich zur Substitutionstherapie als einem Instrument der Drogenpolitik.

Die Ergebnisse und Erfahrungen des 10jährigen Methadon-Landesprogramms haben gezeigt, dass eine psychosoziale Betreuung - zusätzlich zur Vergabe von Substitutionsmitteln - die Chance zur sozialen Integration erhöht. Dabei geht es in erster Linie um Beratungs- und Betreuungstätigkeiten, die zum Ziel haben, die individuellen psychischen und sozialen Probleme der Klienten in ihrem Lebensalltag zu erkennen, ihre Kompetenzen wieder aufzubauen oder zu stärken.

Das saarländische Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales hat im Jahre 2000 gemeinsam mit den beteiligten Institutionen ein Konzept zur psychosozialen Betreuung Substituierter (PBS) im Saarland entwickelt. Auf dessen Grundlage sollte im zweijährigen, wissenschaftlich begleiteten Erprobungsvorhaben unter anderem herausgefunden werden,

- welche Hilfen primär beansprucht werden,
- wie viele Substituierte die Hilfeangebote annehmen und
- wie hoch der - am Einzelfall orientierte - tatsächliche Hilfebedarf ist.

Im nun vorliegenden wissenschaftlichen Abschlussbericht des Erprobungsvorhabens wird zu diesem Fragenkomplex ausführlich Stellung genommen. Daneben werden konkret die Themenschwerpunkte benannt, die dem Substituierten helfen, in Beruf, Familie und Gesellschaft wieder besser Fuß zu fassen. Der Abschlussbericht beschreibt die gelungene Vernetzung von niedergelassenen substituierenden Ärzten, den psychosozialen Fachkräften und den betroffenen Patienten. Darüber hinaus weist er eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation der Substituierten und neue Erfahrungen sowie Erkenntnisse über die Wirksamkeit einer psychosozialen Betreuung nach. Der im Konzept vorgesehene flexible, pragmatische und personenorientierte Ansatz entspricht generell den Bedürfnissen der Betroffenen.

Die Ergebnisse zeigen eindrucksvoll auf, dass die psychosoziale Versorgung Substituierter auch über den Erprobungszeitraum hinaus, ein notwendiger Bestandteil der saarländischen Hilfeangebote für suchtkranke Menschen sein muss. Deshalb wird die Landesregierung auch weiterhin diese Betreuungsform unterstützen.

Meinen Dank möchte ich allen an dem Erprobungsvorhaben beteiligten Personen und Institutionen aussprechen, insbesondere Herrn Erik Marzen, der sich für die wissenschaftliche Begleitforschung verantwortlich zeigte. Weiterhin danke ich den BetreuerInnen sowie den niedergelassenen Ärzten für ihre engagierte Arbeit und der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes, dem Landesverband der Arbeiterwohlfahrt Saar und den Gesundheitsämtern des Stadtverbandes Saarbrücken und des Landkreises Neunkirchen für deren unterstützende Begleitung.



Dr. Regina Görner  
Ministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales

# Inhalt

<b>1. Vom Landesprogramm zum PBS-Projekt: Vorgeschichte und Rahmenbedingungen</b> .....	<b>8</b>
1.1. Drogenpolitische Rahmenbedingungen .....	8
1.2. Substitutionstherapie und psychosoziale Betreuung im Saarland .....	8
1.3. Vom Landesprogramm zur medizinischen Regelversorgung .....	9
1.4. Die Entstehung des Erprobungsvorhabens .....	10
<b>2. Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“: Projekt-Beschreibung</b> .....	<b>11</b>
2.1. Die PBS-Clearingstellen im Stadtverband Saarbrücken und im Landkreis Neunkirchen .....	12
2.2. Die Optimierung der PBS-Versorgung in den Landkreisen Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis und Saar-Pfalz-Kreis .....	14
2.3. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Erprobungsvorhabens .....	15
2.4. Résumé: Die zentralen Projektvoraussetzungen und Projektziele .....	18

<b>3.</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.</b>	<b>Die PBS-Clearingstellen im Stadtverband Saarbrücken und im Landkreis Neunkirchen</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.1.</b>	<b>Projektverlauf und –entwicklung 2001 und 2002</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.2.</b>	<b>Auslastung, Fluktuation und Budgets</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1.3.</b>	<b>Frequenz der KlientInnen-Kontakte, PBS-Inhalte / -Themen und Kooperationsniveau</b> .....	<b>24</b>
<b>3.2.</b>	<b>Die psychosoziale und gesundheitliche Situation der (Clearingstellen-) KlientInnen bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2.1.</b>	<b>Kontakte und Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2.2.</b>	<b>Wohnsituation</b> .....	<b>32</b>
<b>3.2.3.</b>	<b>Justitielle Belastungen</b> .....	<b>33</b>
<b>3.2.4.</b>	<b>Berufliche Situation / Lebensunterhalt</b> .....	<b>35</b>
<b>3.2.5.</b>	<b>Finanzielle Situation / Schulden</b> .....	<b>37</b>
<b>3.2.6.</b>	<b>Soziale Kontakte</b> .....	<b>39</b>
<b>3.2.7.</b>	<b>Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung</b> .....	<b>40</b>
<b>3.2.8.</b>	<b>Körperliche und psychische Gesundheit</b> .....	<b>41</b>
<b>3.2.9.</b>	<b>Fazit: Entwicklung der Gesamtsituation im Betreuungsverlauf</b> .....	<b>46</b>
<b>3.3.</b>	<b>Die Optimierung der PBS-Versorgung in den Landkreisen Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis und Saar-Pfalz-Kreis</b> .....	<b>48</b>
<b>4.</b>	<b>Fazit / Ausblick</b> .....	<b>53</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>57</b>
	<b>Anlagen</b> .....	<b>58</b>

## Tabellen und Abbildungen

- Abb. 1: PBS-Projekt: Struktur, Beteiligte und Hauptinhalte
- Abb. 2: Praxismodell des klientInnenorientierten Case Managements in den beiden PBS-Clearingstellen Saarbrücken und Neunkirchen
- Tab. 1. Design der Fragebogenerhebung (Sozialberichte und Gesundheitsberichte): Optimaler Rücklauf
- Tab. 2. Rücklauf der Fragebogenerhebung (Sozialberichte und Gesundheitsberichte) vom 1. Januar 2001 bis zum 30. Juni 2002: Optimaler vs. tatsächlicher Rücklauf
- Tab 3. TeilnehmerInnenzahl, beendete Betreuungen, soziodemographische Merkmale der KlientInnen
- Tab. 4. Neuaufnahmen pro Quartal:
- Tab. 5 Beendete Betreuungen pro Quartal
- Tab. 6 Frequenz der KlientInnenkontakte
- Tab. 7. Inhalte / Themen („Hauptinterventionsrichtung“) der Betreuungsarbeit
- Tab. 8. Bewertung der Zusammenarbeit zwischen KlientIn und BetreuerIn:  
a. Einschätzung / Bewertung der KlientInnen
- Tab. 9. Bewertung der Zusammenarbeit zwischen KlientIn und BetreuerIn:  
b. Einschätzung / Bewertung der BetreuerInnen
- Tab. 10. Kontakte zu Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems vor Betreuungsbeginn: Häufigkeit
- Tab. 11. Kontakte zu Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems vor Betreuungsbeginn: Einrichtungen / Projekte
- Tab. 12. Neue Kontakte zu Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems im Betreuungsverlauf

- Tab. 13. Erfahrungen mit dem stationären Suchthilfesystem vor Betreuungsbeginn
- Tab. 14. Wohnsituation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 15. Justitielle Belastungen vor Betreuungsbeginn
- Tab. 16. Justitielle Belastungen im Betreuungsverlauf
- Tab. 17. Berufliche Situation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 18. Wesentlicher Lebensunterhalt (Haupteinnahmequelle) bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 19. Bewertung der eigenen finanziellen Situation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 20. Schulden bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 21. Soziale Kontakte bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 22. Auswahl von Häufigkeiten diagnostizierter Erkrankungen bei Betreuungsbeginn
- Tab. 23: Prävalenzraten von HIV, AIDS und Hepatitiden bei Betreuungsbeginn
- Tab. 24. Psychische Störungen bei Betreuungsbeginn
- Tab. 25. Selbsteinschätzung der psychosozialen Gesamtsituation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Tab. 26. Substitutions- und PBS-Versorgungssituation im Saarland – KlientInnen-, ÄrztInnen- und PBS-Anbieter-Zahlen

## **1. Vom Landesprogramm zum PBS-Projekt: Projektentstehung**

### **1.1. Drogenpolitische Rahmenbedingungen**

Die Versorgungssituation für i.v. opiatabhängige Menschen hat sich während der letzten 10 Jahre in Deutschland grundlegend geändert. Während Abhängigen illegaler Drogen noch in den achtziger Jahren fast ausschließlich abstinenzorientierte Angebote zur Verfügung standen und sie kaum Zugang zu niedrighschwelligen oder schadensreduzierenden Maßnahmen des Gesundheitssystems hatten, brachten die neunziger Jahre diesbezüglich den Anfang einer Wende.

Die AIDS-Epedemie, die seit den achtziger Jahren, insbesondere auch unter i.v. opiatabhängige Menschen festzustellen ist, die zunehmende Verelendung des betroffenen KlientInnenkreises und das Versagen bisheriger Hilfeangebote für schwerstabhängige DrogenkonsumentenInnen führten zu der Einsicht, dass neben den abstinenzorientierten Angeboten der Suchtkrankenhilfe auch akzeptanzorientierte Maßnahmen und Hilfeleistungen zur adäquaten Versorgung und Unterstützung der Schwerstabhängigen notwendig sind und zu einer Umorientierung in der Drogenpolitik.

„Pragmatismus statt Emotionen“, so könnte man diese drogenpolitische Wende kurz betiteln. Zwar streiten sich auch heute noch Fachleute, Politiker, Selbsthilfegruppen und Medien über die Frage, welche Philosophie, die abstinenzorientierte oder die akzeptanzorientierte, das Suchthilfesystem dominieren sollte, beträchtliche Einigkeit besteht jedoch inzwischen darüber, dass bedürftige KlientInnen von beiden Paradigmen profitieren sollten.

Die zunehmend pragmatischere Perspektive führte zu einer Vielzahl neuer und innovativer Angebote für i.v. opiatabhängige Menschen. Zu den wichtigsten Innovationen in Deutschland zählen beispielsweise Drogenkonsumräume, Spritzentausch, niedrighschwellige Hilfeangebote (Beratungsstellen, Kontaktcafés, etc.) und – last but not least- die breite Einführung der Substitutionstherapie. Seit Beginn der neunziger Jahre können i.v. opiatabhängige Menschen mit Ersatzopiaten wie Methadon, Polamidon, Codein und neuerdings auch Buprenorphin behandelt werden. Diese - anfangs heftig umstrittene – Therapiemethode konnte sich mittlerweile fast weltweit durchsetzen und ist auch aus dem deutschen Suchthilfesystem nicht mehr wegzudenken. Ihre Wirksamkeit und Effizienz wurde inzwischen in unzähligen Studien umfassend belegt (vgl. z. B. Bossong H., Stöver, H., 1997; Marzen, E., 2000).

### **1.2. Substitutionstherapie und psychosoziale Betreuung im Saarland**

Auch im Saarland findet die Therapie i.v. opiatabhängiger Menschen seit über 10 Jahren breite Anwendung. Ein Teil der bisherigen Substitutionsbehandlungen fand – aufgrund von lange sehr restriktiven Zugangsbeschränkungen für die kassenfinanzierte Ersatzstofftherapie - im Rahmen des von der saarländischen Landesregierung von 1990 bis 2000 vorgehaltenen Methadon-Landesprogramms statt. Der psychosozialen Betreuung Substituierter (im folgenden abgekürzt mit **PBS**) wurde in diesem Programm, an dem durchschnittlich zwischen 50 und 80 KlientInnen teilnahmen, ein hoher Stellenwert beigemessen.

Die damals von niedergelassenen ÄrztInnen (im Rahmen der NUB Richtlinien) behandelten (durchschnittlich ca. 150-250) KlientInnen mussten dagegen in der Regel ohne ein organisier-

tes und regelmäßiges psychosoziales Betreuungsangebot auskommen. Den behandelnden ÄrztInnen fehlten in der Regel Zeit und Möglichkeiten, sich – neben der medizinischen Versorgung – auch hinreichend mit den vielfältigen psychosozialen Problemen der KlientInnen oder ihrer Vermittlung zu SozialarbeiterInnen und DrogenberaterInnen zu befassen.

Die psychosoziale Betreuung ist aber für einen erheblichen Teil bzw. nach bisherigem Kenntnisstand für mindestens ein Drittel bis die Hälfte der substituierten KlientInnen indiziert. Alle gegenwärtig geltenden Richtlinien der Substitutionstherapie beschreiben die fachliche Notwendigkeit der prinzipiellen Vorhaltung eines psychosozialen Betreuungsangebots im Rahmen der Substitutionstherapie.

Von 1990 bis 2000 ließen sich die substituierten Menschen im Saarland also in zwei Kategorien einteilen: in solche, die dauernd und ohne besondere Bemühungen psychosoziale Hilfeangebote in Anspruch nehmen konnten (Landesprogramm-KlientInnen) und solche, die an ihrem Vergabeort, also in den Arztpraxen, „nur“ medizinisch betreut wurden und sich für alle weiteren Hilfeansprüche selbst auf die Suche machen mussten. Auch wenn viele, vielleicht sogar die meisten KlientInnen ohne psychosoziale Betreuung auskommen und lediglich die Ersatzstofftherapie in Anspruch nehmen möchten, herrschte doch bei Verantwortlichen und Fachleuten Einigkeit darüber, dass entsprechende Hilfeleistungen zumindest angeboten werden müssen und zwar auf freiwilliger Basis, möglichst für alle Betroffenen und außerdem vergabeorts- und vergabezeitnah.

### **1.3. Vom Landesprogramm zur medizinischen Regelversorgung**

Während der letzten Jahre kam erhebliche Bewegung in das Versorgungssystem der Substitutionsbehandlung. So wurden die Methadon-Landesprogramme in den einzelnen Bundesländern, u. a. auch im Saarland Anfang 2000 (vgl.: Marzen, E., 2000) beendet, um die KlientInnen in die medizinische Regelversorgung bei niedergelassenen ÄrztInnen zu integrieren. Im Saarland überstieg die Zahl der in Arztpraxen substituierten Menschen die der TeilnehmerInnen des Landesprogramms gegen Ende der neunziger Jahre bei weitem. Zu dieser Entwicklung hatten vor allem verschiedene Modifikationen der Behandlungsrichtlinien (NUB, AUB) beigetragen, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse in den letzten Jahren beschlossen wurden.

Aus den neuen Behandlungsrichtlinien resultierte unter anderem eine moderate Ausweitung der Indikationskriterien und eine Zunahme der Zahl substituierender ÄrztInnen. Somit erhielt eine größere Zahl Betroffener als bisher Zugang zur Methadonbehandlung. Die Landesprogramme, welche vor allem eingerichtet worden waren, um die KlientInnen erreichen zu können, denen der Zugang zur kassenfinanzierten Substitutionsbehandlung verwehrt wurde, verloren ihre Existenzberechtigung.

Diese eigentlich durchaus positive Entwicklung, der breite Übergang der Substitutionstherapie in die medizinische Regelversorgung und die Erreichung eines weiteren Stücks Normalisierung in der Suchtkrankenversorgung, stellte die Länder allerdings auch vor die Frage, wie die psychosoziale Betreuung Substituierter zukünftig organisiert werden muss, um eine adäquate und mindestens den Wegfall der Landesprogramme kompensierende Angebotsstruktur schaffen zu können.

#### **1.4. Die Entstehung des Erprobungsvorhabens**

In Anbetracht der beschriebenen Situation, der Einsicht, dass der Wegfall des Landesprogramms weder zu einer qualitativen noch zu einer quantitativen Verschlechterung der PBS-Versorgungssituation führen darf und der Tatsache, dass eine schnelle und befriedigende Übergangslösung aufgrund der nach wie vor unklaren Finanzierungszuständigkeiten (keine kassenfinanzierte PBS) nicht abzusehen war, entschied sich die saarländische Landesregierung Anfang 2000 dafür, weiterhin selbst nach einer konkreten Lösung im Sinne der PBS-bedürftigen KlientInnen zu suchen.

Die saarländische Ministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MiFAGS), Frau Dr. Regina Görner, teilte dem Fachpublikum auf dem Saarbrücker Methadonsymposium des MiFAGS im Februar 2000 mit, dass die Landesregierung plant, die durch den Wegfall des Landesprogramms eingesparten finanziellen Mittel vorerst weiterhin in die psychosoziale Betreuung Substituierter zu investieren. Der Plan der Ministerin sah vor, gemeinsam mit den verantwortlichen Fachpersonen und Einrichtungen während des Jahres 2000 ein Projekt bzw. Erprobungsvorhaben zu entwickeln, das eine adäquate psychosoziale Versorgung substituierter Menschen, auch ohne Landesprogramm, sicherstellt.

Da der Großteil der saarländischen Substituierten bekanntermaßen im Stadtverband Saarbrücken und im Landkreis Neunkirchen lebt, stand außer Frage, dass hier auch der Schwerpunkt der Landes-Projektförderung und der konkreten Ergänzung der Hilfeleistungen liegen würde. Die Optimierung der Versorgungssituation in den restlichen saarländischen Landkreisen (Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis, Saar-Pfalz-Kreis-Kreis) sollte auf der Basis der bereits vorhandenen Angebote umgesetzt werden.

Die Konzeption und Entwicklung des Projekts fand in der zweiten Hälfte des Jahres 2000 statt. Im Rahmen zahlreicher Fachtreffen und Projektgruppen entwickelten die MitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen (Stadtverband Saarbrücken, Landkreis Neunkirchen (Gesundheitsämter), Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes, Ärztekammer des Saarlandes, Arbeiterwohlfahrt Saar) unter der Federführung und organisatorischen Leitung des MiFAGS, ein Konzept für das Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ (PBS-Projekt). Es wurde vereinbart, das Erprobungsvorhaben wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Projekt- und Forschungszeitrahmen wurden auf zwei Jahre und der Projektbeginn auf den 1. Januar 2001 festgelegt. Die ursprüngliche Konzeption für dieses Projekt liegt diesem Bericht als Anlage 1 bei.

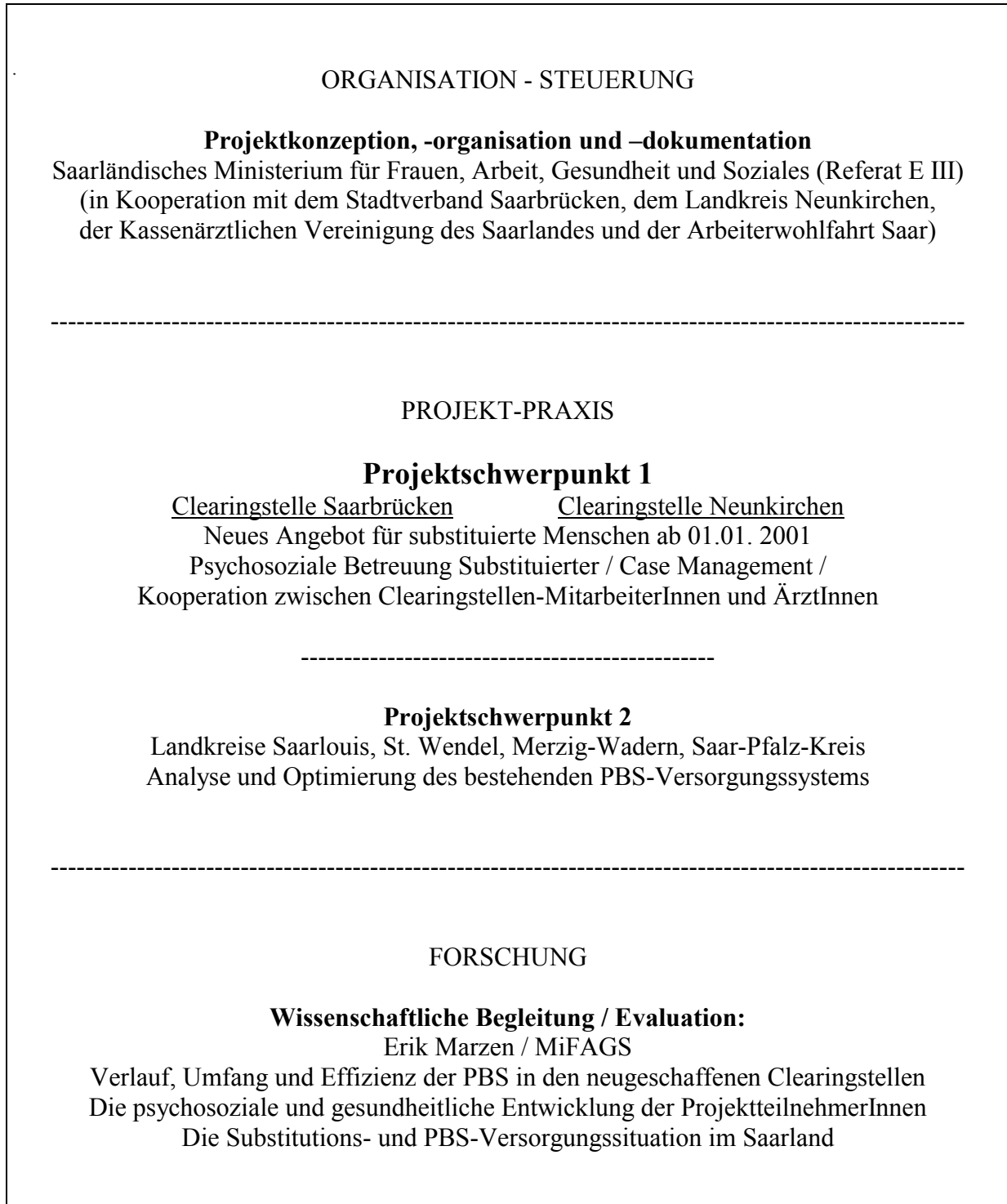
Die Finanzierung des zweijährigen Erprobungsvorhabens wird maßgeblich durch das saarländische Sozialministerium gewährleistet. Außerdem beteiligen sich die Kooperationsträger, der Stadtverband Saarbrücken und der Landkreis Neunkirchen (in Form der Bereitstellung eigener MitarbeiterInnen), an den Kosten des Modellprojekts.

Im Falle einer positiven Bewertung des Projekts, so die Verantwortlichen, sollte das neue PBS-Angebot möglichst auch nach den zwei Erprobungsjahren weiter existieren können. Es galt, während der Erprobungszeit zu klären, im Rahmen welcher Organisations- und Finanzierungsform dies der Fall sein kann. In Anbetracht der Gesetzeslage und der Einführung der kassenfinanzierten Soziotherapie im Januar 2002 erschien die Hoffnung angebracht, dass die Krankenkassen dann bereit sein würden, neben der medizinischen Substitutionstherapie auch zumindest einen Teil der psychosozialen Betreuung zu finanzieren.

## 2. Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“: Projekt-Beschreibung

Die am Erprobungsvorhaben beteiligten Einrichtungen und Personen sowie die zentralen Projekteinhalte sind in Abb. 1 zusammengefasst.

Abb. 1: PBS-Projekt: Struktur, Beteiligte und Hauptinhalte



## **2.1. Die PBS-Clearingstellen im Stadtverband Saarbrücken und im Landkreis Neunkirchen**

Da das Hauptziel des Erprobungsvorhabens in der *Vermeidung einer Versorgungslücke* bei der psychosozialen Betreuung substituierter Menschen liegt, stand die Einrichtung von PBS-Clearingstellen im Stadtverband Saarbrücken (auf der Berliner Promenade, im Buchladenprojekt „Promenadenmischung“ der Arbeiterwohlfahrt Saar) und im Landkreis Neunkirchen (im Gesundheitsamt) im Mittelpunkt der Projektentwicklung. Die Projektkonzeption sah vor, die Clearingstellen mit MitarbeiterInnen der jeweiligen Gesundheitsämter aus Saarbrücken und Neunkirchen sowie einer ausreichenden Anzahl entsprechend ausgebildeter psychosozialer Honorarfachkräfte zu besetzen.

Mit der Einrichtung der neuen Angebote sollte neben einer stärkeren Vernetzung zwischen den medizinischen und den psychosozialen Sektoren des Versorgungssystems vor allem die Ausweitung des *Case Management*-Ansatzes in der PBS-Arbeit mit Substituierten erreicht werden. Effektive psychosoziale Hilfe für schwer suchtkranke Menschen und auch entsprechend bedürftige Substituierte, so die Erfahrungen unter anderem des Landes-Methadonprogramms und auch des Bundesmodellprojektes nachgehende Sozialarbeit (Projektbestandteil Case Management, vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2001), ist vor allem über eine pragmatische, freiwillige und einzelfallorientierte Betreuungsform des Case Managements, bei der die Bedürfnisse der KlientInnen selbst und nicht die Strukturen der Hilfe anbietenden Institution im Vordergrund stehen, und die enge Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräfte realisierbar. Daher wurde bei der Konzeption des Pilotprojektes großer Wert darauf gelegt, dass die Betreuungsarbeit der zuständigen MitarbeiterInnen in den Clearingstellen selbst, in den Vergabepraxen und auch in allen anderen, für die KlientInnen bedeutenden Settings stattfinden soll. Die für die Substituierten sonst gewohnte und in der Regel kaum akzeptierte ausschließliche Komm-Struktur der Beratungs- und Betreuungsangebote wurde somit durch Elemente der aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit erweitert.

Das *Praxismodell* beinhaltet: Der/die Klient/in kann schon in der Praxis des/der behandelten ÄrztIn mit einem/einer SozialarbeiterIn Kontakt aufnehmen. In den Schwerpunktpraxen in Saarbrücken und Neunkirchen bieten die BetreuerInnen jede Woche feste Sprechstunden an; in den anderen Praxen sind Termine nach Absprache möglich. Der/die KlientIn kann dann – nach Abschluss einer von allen Beteiligten besprochenen und unterzeichneten, zielgerichteten Erklärung (Anlage 4) - in den jeweiligen Clearingstellen weitere Gespräche führen und schließlich je nach Bedarf an allen für ihn/sie relevanten Orten und in allen für ihn/sie relevanten Situationen mit dem/der BetreuerIn an der Lösung seiner/ihrer Probleme arbeiten (z.B. in der Arztpraxis, in der Clearingstelle, in der Wohnung des Klienten, im Arbeitsamt oder in der Suchtklinik...).

Die kontinuierliche Präsenz bzw. Erreichbarkeit der SozialarbeiterInnen in den Clearingstellen, in den Vergabepraxen und in den Suchtambulanzen gewährleistet auch die elementar wichtige zeit- und ortsnahe Hilfe in Krisensituationen.

Der/die Klient/in kann sich stets der Zusammenarbeit aller ihn/sie betreuender Fachleute (SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, MitarbeiterInnen anderer Hilfseinrichtungen und verschiedener Ämter, etc.) sicher sein. Der *Kooperation mit anderen Einrichtungen der Suchthilfe*, seien es Beratungsstellen, Suchtkliniken bzw. –Stationen, komplementäre Hilfs-Einrichtungen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte oder Selbsthilfegruppen (z. B. Suchtberatungsstellen, AIDS-Hilfe, Bewährungshilfe, etc.) und auch der *Zusammenarbeit mit PartnerInnen, Familie oder Freunden* der KlientInnen wird ein sehr hoher Stellenwert beigemessen (vg. Abb. 2).

Das Betreuungsangebot beinhaltet **alle Formen von relevanten Hilfeleistungen**, das heißt, Kriseninterventionen, (Einzel- und Gruppen-) Beratungsgespräche, Therapievermittlungen, Unterstützung bei administrativen und justitiellen Aufgaben/Problemen, bei Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung, Wohnungs- und Jobsuche, Schuldenabbau, Hausbesuche etc.

Abb. 2. Praxismodell des klientInnenorientierten Case Managements in den beiden PBS-Clearingstellen Saarbrücken und Neunkirchen



Das PBS-Angebot in den Clearingstellen umfasst außerdem, je nach individueller Problemsituation und Hilfenachfrage, **kurz- mittel- und langfristig angelegte Betreuungs- und Hilfeleistungen**. Auch dieses Kriterium des Case Managements ist nach den Ergebnissen des Bundesmodellprojekts „nachgehende Sozialarbeit“ von elementarer Bedeutung für die Effizienz der Hilfsmaßnahme. Es betont ausdrücklich die Notwendigkeit des Angebots einer unter Umständen auch mehrere Jahre währenden Betreuung und verdeutlicht die Wichtigkeit der längerfristigen Fortführung des PBS-Projekts, auch nach Beendigung des Erprobungsvorhabens.

Eine weitere innovative Besonderheit des Projekts liegt in der **Organisation des Stundenkontingents** der Klientel begründet. Der ungefähre Betreuungsbedarf in den jeweiligen Clearingstellen wurde auf der Basis bisher vorliegender Erhebungen und Projekte geschätzt. So ging man bei der Konzeption des Erprobungsvorhabens von ca. 1,2 Stunden Betreuungsbedarf pro KlientIn und Woche aus und einem Anteil von ca. 30 bis 50 Prozent der saarländischen Substituierten (= ca. 120 bis 175 KlientInnen), die das Betreuungsangebot in den beiden Clearingstellen in Anspruch nehmen würden. Die ungefähre Bestätigung dieser Zahlen, so die Pläne der Landesregierung, würden folgendes Leistungsangebot ermöglichen:

Nach einem „**Gutschein-Prinzip**“ hat jede/r Substituierte/r Anrecht auf bis zu 60 Betreuungsstunden im Jahr. Für jede Klientin und jeden Klient wird zu Beginn der Betreuung ein vorläufiges Stundenkontingent für das jeweilige Quartal festgelegt, das in der Folgezeit je nach Bedarf verlängert bzw. auch erhöht werden kann. Dabei spielt es keine Rolle, in welcher Frequenz die Stunden in Anspruch genommen werden. Da davon auszugehen war, dass die meisten KlientInnen die Höchstzahl an Betreuungsstunden nicht in Anspruch nehmen würden, sollte in Ausnahmefällen auch ein höheres Betreuungsbudget für einzelne KlientInnen möglich sein. Insgesamt wurden ca. 9.000 Betreuungsstunden pro Jahr für beide Clearingstellen zur Verfügung gestellt. Besonders vorteilhaft ist hierbei, dass die Projektkonzeption (PSHF arbeiten stundenbezogen auf Honorarbasis) eine - im Gegensatz zu Stellenplänen - je nach Nachfragesituation **flexible Nutzung des Stundenpools** erlaubt

Auch die Frage nach dem für jede/n KlientIn **geeigneten BetreuerIn** wird im Rahmen des saarländischen Erprobungsvorhabens nicht ohne Mitbestimmung der Substituierten selbst entschieden. Die Betroffenen haben bzgl. ihrer Betreuung die Möglichkeit zwischen mehreren in der Suchtarbeit erfahrenen ProjektmitarbeiterInnen zu wählen und werden nicht, wie sonst üblich, einer Fachkraft zugewiesen.

Schließlich konnte für die Betreuung speziell der KlientInnen, die aus den ehemaligen GUS-Staaten stammen („**Aussiedler-Deutsche**“), eine russische Diplom-Psychologin mit langjähriger Erfahrung in der deutschen und russischen Suchthilfearbeit gewonnen werden. Sie ist seit Projektbeginn in Saarbrücken und Neunkirchen für die Betreuung der relativ jungen und in den letzten Jahren ständig größer gewordenen Zielgruppe der drogenabhängigen / substituierten „Aussiedler-Deutschen“ zuständig. Dies kam, so hatte die Erfahrung vor Beginn des Erprobungsvorhabens gezeigt, ohne ein solches Angebot kaum in Kontakt mit entsprechenden psychosozialen Hilfeangeboten.

All diese auf die individuellen Bedürfnisse der Klientel zugeschnittenen und alle Kriterien zeitgemäßer klientenorientierter Case Management-Arbeit erfüllenden Teilaspekte der neuen Maßnahmen, so die „Konstrukteure“ des Projekts, sollten dazu beitragen, ein effektives, innovatives und von den KlientInnen auf breiter Basis angenommenes Betreuungsangebot zu schaffen.

## **2.2. Die Optimierung der PBS-Versorgung in den Landkreisen Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis und Saar-Pfalz-Kreis**

Neben der Implementierung der PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen, die für den Großteil der im Saarland substituierten Menschen von Bedeutung sein sollte, wurde ein weiterer Schwerpunkt des Modellprojekts auf die Klärung und Optimierung der PBS-Versorgung in den anderen vier saarländischen Landkreisen gelegt.

Aufgrund der - im Vergleich zu Saarbrücken und Neunkirchen - relativ geringen Anzahl substituierten Menschen wurde die Einrichtung von speziellen neuen Angeboten (wie den Clearingstellen) in den Landkreisen Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis und Saar-Pfalz-Kreis nicht in Erwägung gezogen, andere Maßnahmen der Hilfesystem-Optimierung erschienen dagegen durchaus notwendig und sinnvoll:

Durch landkreisspezifische Analysen der Versorgungssituation (MiFAGS / Begleitforschung) sowie mittels Arbeitstreffen und Informations- und Koordinationsveranstaltungen für die in den einzelnen Landkreisen an Substitutionsbehandlung und PBS beteiligten Fachleute und Einrichtungen sollten verschiedene Ziele erreicht werden. So wollte man alle mit der Betreuung/Behandlung opiatabhängiger / polytoxikomaner DrogenkonsumentInnen beschäftigten Fachleute über die Entstehung und Entwicklung des Erprobungsvorhabens und vor allem der beiden PBS-Clearingstellen kontinuierlich auf dem Laufenden halten und die Ergebnisse gemeinsam diskutieren. Die Vernetzung zwischen den Akteuren der psychosozialen Suchthilfe und den substituierenden ÄrztInnen sollte ausgebaut bzw. an den Orten, wo sie überhaupt nicht existierte, zumindest auf den Weg gebracht werden. Vor allem aber - so die Hoffnung der Projektbeteiligten – würde in Folge der Zusammenarbeit mit den vier Landkreisen erstmals ein differenzierter Gesamtüberblick über das Angebot an und die Nachfrage von Substitutionsbehandlungen und psychosozialer Betreuung in gesamten Saarland und die Inangriffnahme der festgestellten Versorgungsdefizite möglich sein.

### **2.3. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Erprobungsvorhabens**

Da es sich bei dem Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ um ein nicht nur im Saarland in dieser Form völlig neues Projekt handelt, wird der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projektverlaufs hohe Bedeutung beigemessen.

Der Zeitrahmen für die wissenschaftliche Begleitung und Projektauswertung beträgt, wie der des Erprobungsvorhabens zwei Jahre. Für die Erstellung des Endberichts der Projektevaluation waren sechs Monate vorgesehen. Daher wurde die Deadline für die Berücksichtigung von Fragebögen (Sozial- und Gesundheitsberichte, Anlage 2) und anderen den Projektverlauf charakterisierenden Quellen (Interviews, TeilnehmerInnenlisten, Arbeitskreis- und Teamsitzungsprotokolle) auf den 30. Juni 2002 gelegt, was bedeutet, dass insgesamt 18 Monate PBS-Projekt dokumentiert, ausgewertet und analysiert werden können (Januar 2001 bis Juli 2002).

Folgende Aufgaben und Themen stehen im Zentrum des wissenschaftlichen Interesses:

- Dokumentation und Evaluation des Projektverlaufs der PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen (Auslastung, Fluktuation, Kontaktfrequenz, PBS-Inhalte /-Ziele, Kooperationsniveau)
- Evaluation der psychosozialen und gesundheitlichen Situation der Clearingstellen-KlientInnen bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf
- Beschreibung und Analyse der Substitutions- und PBS-Versorgungssituation in allen saarländischen Landkreisen und dem Stadtverband Saarbrücken

Zentrales Instrument der Begleitforschung ist die **Fragebogenerhebung** zu Projektverlauf und psychosozialer / gesundheitlicher Entwicklung der KlientInnen in Saarbrücken und Neunkirchen.

Die verschiedenen Erhebungen der Sozial- und Gesundheitsberichte sollten bei Teilnahmebeginn (Erhebungszeitpunkt T 1) sowie – gegebenenfalls bzw. im Falle der weiteren Teilnahme - nach sechs, nach zwölf und nach achtzehn Monaten (Erhebungszeitpunkte T 2, T 3, T 4) stattfinden.

Der **Sozialbericht** beinhaltet die Themen Projektverlauf, PBS-Methoden, PBS-Inhalte/-Themen, PBS-Zeitrahmen, Substitutionsbehandlung sowie die psychosoziale Situation der KlientInnen bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf. Es existieren 2 Versionen des Sozialberichts, eine für die Erhebung bei Betreuungsbeginn (T 1) und eine für die Erhebungen im Betreuungsverlauf (T 2, 3, 4).

Im **Gesundheitsbericht** werden Informationen zu den Themen Projektverlauf, Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung und gesundheitliche Situation der KlientInnen bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf erhoben. Es existiert eine einzige Version des Gesundheitsberichts für alle (maximal) vier möglichen Erhebungszeitpunkte (T 1 – T 4).

Tabelle 1 verdeutlicht, dass - in Anbetracht des Gesamt-Beobachtungszeitraums von 18 Monaten und des Sechs-Monatsrhythmus der Erhebungen - nur von denjenigen KlientInnen alle acht - maximal möglichen - Sozial- und Gesundheitsberichte (jeweils max. vier) erwartet werden konnten, die bereits von Beginn des Erprobungsvorhabens ab Januar 2001 in den Cle-

aringstellen betreut wurden und am 30. Juni 2002 immer noch an der Maßnahme teilnahmen. Für die im weiteren Projektverlauf neu dazukommenden TeilnehmerInnen reduziert sich die Anzahl der im optimalen Falle (KlientIn bleibt vom Beginn seiner/ihrer Teilnahme an bis zum 30. Juni 2002 im Projekt) insgesamt möglichen Fragebögen auf sechs (PBS-Beginn zwischen Februar 2001 und Juni 2001) bzw. vier (Beginn zwischen Juli 2001 und Dezember 2001) bzw. zwei (Beginn zwischen Januar 2002 und Juni 2002).

Tab. 1. Design der Fragebogenerhebung (Sozialberichte und Gesundheitsberichte):  
Optimaler Rücklauf

	Gruppe 1: Beginn Januar 2001 (max. 8 Berichte)	Gruppe 2: Beginn 1. HJ. 2001 (max. 6 Berichte)	Gruppe 3: Beginn 2. HJ. 2001 (max. 4 Berichte)	Gruppe 4: Beginn 1. HJ. 2002 (max. 2 Berichte)
Sozialbericht 1 (bei Beginn): T1	X	X	X	X
Sozialbericht 2 (nach 6 M.): T 2	X	X	X	
Sozialbericht 3 (nach 12 M.): T 3	X	X		
Sozialbericht 4 (nach 18 M.): T 4	X			
Gesundheitsbericht 1 (bei Beginn): T 1	X	X	X	X
Gesundheitsbericht 2 (nach 6 M.): T 2	X	X	X	
Gesundheitsbericht 3 (nach 12 M.): T 3	X	X		
Gesundheitsbericht 4 (nach 18 M.): T 4	X			

Das in Tabelle 1 dargestellte Design konnte im Beobachtungszeitraum nicht eingehalten werden. Tabelle 2 verdeutlicht (unter Vorwegnahme der bis zum 30. Juni 2002 erreichten TeilnehmerInnenzahl von 250 KlientInnen in Saarbrücken und Neunkirchen) die – teilweise beträchtliche - Differenz zwischen optimalem und tatsächlichem Fragebogenrücklauf.

Tab. 2. Rücklauf der Fragebogenerhebung (Sozialberichte und Gesundheitsberichte)  
vom 1. Januar 2001 bis zum 30. Juni 2002:  
Optimaler (vgl. Tab. 1.) vs. tatsächlicher Rücklauf

	Sozial- bericht1 (Beginn)	Sozial- bericht2 (6 M.)	Sozial- bericht3 (12 M.)	Sozial- bericht4 (18 M.)	Med. Bericht1 (Beginn)	Med. Bericht2 (6 M)	Med. Bericht3 (12 M)	Med. Bericht4 (18 M)
Optimal	250	179	139	56	250	179	139	56
Real	204	138	82	47	167	69	36	15

Statt der im optimalen Fall möglichen 1.248 Sozial- und Gesundheitsbögen lagen zu Beginn der Auswertungsphase im August 2002 lediglich 758 Bögen vor. Dies liegt daran, dass

- ein Teil der KlientInnen (fast ein Drittel) die Betreuung schon vor dem 30. Juni 2002 – aus den unterschiedlichsten Gründen) beendete
- manche KlientInnen die Teilnahme an der Fragebogenerhebung ablehnten
- ein beträchtlicher Teil der Gesundheitsberichte (vor allem der Entwicklungsberichte) von den substituierenden ÄrztInnen nicht / unvollständig ausgefüllt bzw. weitergeleitet wurden
- ein kleiner Teil der Sozialberichte von den PBS-BetreuerInnen nicht ausgefüllt bzw. weitergeleitet wurden

Der tatsächliche Rücklauf der Fragebogenerhebung hat für die Auswertung und Analyse der relevanten Projektparameter folgende Konsequenzen:

Die Zahl der vorliegenden Sozialberichte ist für jeden Erhebungszeitpunkt zufriedenstellend und ausreichend. Die meisten Sozialberichte wurden im Beobachtungszeitraum wie vorgesehen von KlientIn und BetreuerIn gemeinsam ausgefüllt. Die hier thematisierten Aspekte des Projektverlaufs (siehe oben) und der psychosozialen Entwicklung der KlientInnen stehen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses und konnten in vorgesehenem Umfang evaluiert werden.

Die Anzahl an vorliegenden (in der Regel - aus organisatorischen Gründen - vom Arzt/von der Ärztin allein ausgefüllten ) Gesundheitsberichten ist für den ersten Erhebungszeitpunkt (PBS-Beginn) ausreichend, während die Stichprobengrößen von T2 (6 Monate) sowie besonders von T3 (12 Monate) und T4 (18 Monate) sehr klein sind. Ein Teil der vorliegenden Gesundheitsberichte ist außerdem unvollständig. Daher sind die aus der Fragebogenerhebung resultierenden Interpretationsmöglichkeiten bzgl. der Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung und des Verlaufs der gesundheitlichen Entwicklung der ProjektteilnehmerInnen begrenzt. Da jedoch neben den Fragebögen verschiedene andere Quellen der Informationsgewinnung (Sozialberichte, Interviews und Gespräche mit den substituierenden ÄrztInnen, von diesen verfasste Zwischenberichte und Statements, etc.) genutzt werden konnten, beeinträchtigen die beschriebenen Defizite die Aussagekraft der Projektevaluation nicht in zu hohem Ausmaß. Dies gilt umso mehr, als dass über die gesundheitliche Situation von im Saarland substituierten Menschen seit dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Methadon-Landesprogramms umfangreiche und detaillierte Informationen vorliegen (Marzen, E., 2000).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass nach Abschluss der Erhebungsphase trotz der Kürze des Beobachtungszeitraums und der Einschränkungen beim Rücklauf der Fragebogenerhebung, aufgrund der Vielfalt an im Projektverlauf eingesetzten Evaluationsmethoden (Fragebogenerhebung, Interviews, Auswertung von Teilnehmerlisten, Gesprächs-, Arbeitskreis- und Fachveranstaltungsprotokollen, teilnehmende Beobachtung, etc.) umfangreiche und differenzierte Informationen und Ergebnisse zu den wichtigen Fragen / Bereichen des Erprobungsvorhabens zur Verfügung standen.

## 2.4. Résumé: Die zentralen Projektvoraussetzungen und Projektziele

Zusammenfassend seien hier noch mal die wichtigsten Projektvoraussetzungen und Projektziele aufgeführt.

- A. Projekt-Voraussetzungen:
- Beendigung des saarländischen Methadon-Landesprogramms Dezember 2000 und Übernahme der Landesprogramm-KlientInnen in die medizinische Regelversorgung
- Drohende Versorgungslücke im Bereich der psychosozialen Betreuung Substituierter, vor allem in Saarbrücken und Neunkirchen
- Mangel an klientInnen- bzw. einzelfallorientierten PBS-Angeboten, an Maßnahmen der aufsuchenden und nachgehenden Sozialarbeit (Case Management)
- Mangelhafte Vernetzung und Kooperation zwischen den Akteuren/Einrichtungen des medizinischen und des psychosozialen Hilfesystem
- Unübersichtlichkeit der saarländischen PBS- und Substitutionsversorgungslandschaft
  
- B. Projektziele:
- Verbesserung der Versorgungssituation im Bereich der psychosozialen Betreuung Substituierter (Schwerpunkte in Saarbrücken und Neunkirchen: Einrichtung von Clearingstellen; Optimierung auch der PBS-Versorgung in den anderen Landkreisen)
- Erweiterung des Angebots und Evaluation von Maßnahmen der einzelfallorientierten, aufsuchenden und nachgehenden Sozialarbeit (Case Management)
- Verbesserung der Kooperation / Vernetzung zwischen den Akteuren/Einrichtungen des medizinischen und des psychosozialen Hilfesystem
- Evaluation der neuen Hilfeangebote und vor allem der Wirksamkeit der PBS-Maßnahmen des Erprobungsvorhabens auf die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung der KlientInnen während der Projektteilnahme
- Klärung der Bedarfs- und Angebotssituation der psychosozialen Betreuung Substituierter im Saarland, Schaffen von Transparenz, Erarbeiten weiterer Optimierungsvorschläge

### **3. Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Evaluation des Erprobungsvorhabens belegen den beträchtlichen Erfolg der neuen PBS-Maßnahmen. Die saarländische PBS-Versorgungssituation konnte, insbesondere mit der Einrichtung der beiden Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen, deutlich verbessert und außerdem erstmals transparent gemacht werden. Die im Rahmen der Clearingstellenarbeit angewandten Methoden des Case Managements und der aufsuchenden, nachgehenden Sozialarbeit entsprachen in hohem Umfang den Bedürfnissen und Erwartungen der KlientInnen und bewährten sich im 18-monatigen Beobachtungszeitraum glänzend. Auch die Zusammenarbeit der am PBS-Projekt beteiligten Akteure und Einrichtungen kann als sehr gut bezeichnet werden. KlientInnen, BetreuerInnen und ÄrztInnen waren sich nach Ablauf des Beobachtungszeitraums in ihrer positiven Bewertung des Modellprojekts in hohem Ausmaß einig.

Im folgenden werden die Evaluationsergebnisse aus den verschiedenen Projekt- bzw. Forschungs-Bereichen vorgestellt und diskutiert. Dabei wird zuerst auf die Entwicklung in den beiden Schwerpunktereichen des Modellprojekts in Saarbrücken und Neunkirchen eingegangen. Im Vordergrund stehen hierbei die Analyse der PBS-Versorgungssituation, die Evaluation der neuen Clearingstellenangebote (Verlauf, Auslastung, Methoden, PBS-Inhalte, Kooperationsniveau, Kontaktfrequenz, zeitlicher Rahmen) und die Beschreibung der psychosozialen und gesundheitlichen Situation der KlientInnen vor und während der Projektteilnahme. Anschließend wird dargestellt, welche Maßnahmen der Optimierung der PBS-Versorgungssituation mit welchen Konsequenzen in den anderen vier Landkreisen des Saarlandes (Saarlouis, St. Wendel, Merzig-Wadern, Saar-Pfalz-Kreis) im Rahmen des Modellprojekts ergriffen wurden und wie die saarländische (Substitutions- und PBS-) Versorgungslandschaft insgesamt Ende 2002 zu bewerten ist.

#### **3. 1. Die PBS-Clearingstellen im Stadtverband Saarbrücken und im Landkreis Neunkirchen:**

##### **3.1.1. Projektverlauf und –entwicklung 2001 und 2002**

Die PBS-Versorgungssituation in Saarbrücken und Neunkirchen ist seit der Einführung der neugeschaffenen Clearingstellen-Angebote in den Jahren 2001 und 2002 erheblich besser geworden und aktuell als sehr zufriedenstellend zu bezeichnen. Die Betreuungsangebote der beiden Clearingstellen wurden und werden sehr gut angenommen und sind heute aus der Suchthilfe-Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken. Dies gilt umso mehr, als dass in anderen Einrichtungen des Suchthilfesystems, wie z. B. Sucht-Beratungsstellen, nach wie vor nur sehr wenige Substituierte psychosozial betreut werden. Der große Bedarf an psychosozialer Unterstützung für die Zielgruppe substituierter Menschen konnte mit der Einrichtung der Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen und der Bereitstellung eines – im Vergleich zur Situation vorher – beträchtlichen MitarbeiterInnenpools erstmals in vollem Umfang sichtbar gemacht werden.

Zur hohen Akzeptanz der Maßnahmen hat - wie erwartet - entscheidend die Tatsache beigetragen, dass die PBS-BetreuerInnen, psychosoziale Honorarfachkräfte und MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter, nicht nur in den Clearingstellen selbst kontinuierlich erreichbar sind,

sondern auch in den Schwerpunktpraxen regelmäßig Sprechstunden anbieten und prinzipiell an allen Orten zu fast jeder Zeit mit den KlientInnen an der Lösung ihrer Probleme arbeiten können (Praxis, Ämter, zu Hause, Gericht, Freizeit, etc.). Diese Merkmale eines aufsuchenden, nachgehenden, einzelfall- und klientInnenorientierten Case Managements sind die Basis für den – im folgenden differenziert beschriebenen - Erfolg des Modellprojekts an den beiden Schwerpunkorten.

Die Mehrzahl der saarländischen Substituierten lebt im **Stadtverband Saarbrücken**. Aktuell befinden sich ca. ca. 300 KlientInnen bei sieben niedergelassenen ÄrztInnen und in zwei Suchtambulanzen der SHG-Kliniken in einer Substitutionsbehandlung. Dementsprechend groß ist hier auch der Bedarf an psychosozialer Betreuung. Zur Zeit (Ende 2002) betreuen die MitarbeiterInnen der Saarbrücker PBS-Clearingstelle ca. 140 KlientInnen. Im gesamten Beobachtungszeitraum des Erprobungsvorhabens von 18 Monaten wurden mit 204 KlientInnen Betreuungsverträge abgeschlossen.

Die Betreuungsarbeit in der Saarbrücker Clearingstelle wurde im Jahr 2001 von durchschnittlich acht MitarbeiterInnen und im Jahr 2002 von durchschnittlich zehn MitarbeiterInnen (PSHF und Gesundheitsamt) mit unterschiedlichem Stellenumfang geleistet. Der große Bedarf an psychosozialer Betreuung substituierten Menschen im Stadtverband sowie das hohe Ausmaß der psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen, das die Saarbrücker Zielgruppe aufweist, rechtfertigen die – im Vergleich zur Versorgungssituation in den anderen Landkreisen des Saarlandes - relativ umfangreiche personelle und räumliche Ausstattung der PBS-Clearingstelle.

Die PBS-Clearingstelle in Saarbrücken profitierte von Beginn des Erprobungsvorhabens an erheblich von ihrer räumlichen und organisatorischen Anbindung an das Buchladenprojekt „Promenadenmischung“ der Arbeiterwohlfahrt Saar, das mit seinem Ladenangebot, seinem Kontaktcafé und anderen Angeboten schon vorher ein sehr beliebter Anlaufpunkt für die Zielgruppe war. Anfängliche Probleme mit der räumlichen und technischen Ausstattung der Clearingstelle konnten im Laufe der Projektzeit beseitigt werden.

Das Angebot der psychosozialen Betreuung für KlientInnen aus den ehemaligen GUS-Staaten bzw. die sog. Aussiedler-Deutschen, wurde in hohem Ausmaß angenommen (35 KlientInnen). Dies ist vor allem auf die Arbeit einer muttersprachlichen Fachkraft zurück zu führen, die seit Projektbeginn eine große Zahl von Aussiedler-Deutschen betreut. Dem Gesamtbedarf an PBS für diese im allgemeinen relativ junge und für Leistungen des Suchthilfesystems sehr schwer empfängliche Zielgruppe konnte allerdings nicht in genügend hohem Ausmaß entsprochen werden. Eine personelle Aufstockung des russischsprachigen Personals würde die Versorgungssituation nach Meinung aller Beteiligten erheblich verbessern.

Auch im **Landkreis Neunkirchen**, wo die zweite PBS-Clearingstelle eingerichtet wurde, konnte die Versorgungssituation verbessert werden. Transparenz und Effizienz der Substitutions- und PBS-Versorgung nahmen im Beobachtungszeitraum zu. Dies ist maßgeblich auf die im Rahmen des Erprobungsvorhabens neugeschaffenen Angebote und Aktivitäten zurückzuführen. Die im Jahresdurchschnitt 2001 und 2002 durchschnittlichen ca. 60 bis 90 im Landkreis substituierten Menschen verteilten sich lediglich auf zwei Arztpraxen und – in geringem Umfang - die Suchtambulanz des Fliedner Krankenhauses (Saarland Klinik - kreuznacher diakonie). Außerdem wurden konstant zwischen fünf und fünfzehn KlientInnen substituiert, die sich im Strafvollzug der JVA Neunkirchen befinden, in der, anders als in der JVA Saarbrücken, die Möglichkeit zur Substitutionsbehandlung gegeben ist.

Die Betreuungsarbeit in der PBS-Clearingstelle im Gesundheitsamt Neunkirchen wurde in den Jahren 2001 und 2002 von drei MitarbeiterInnen (Gesundheitsamt, psychosozialen Honorarfachkräfte) geleistet. Außerdem besteht auch in Neunkirchen seit Januar 2001 ein Betreuungsangebot für KlientInnen aus den ehemaligen GUS-Staaten. Die bei der Saarbrücker Clearingstelle angesiedelte Muttersprachlerin bietet seit Projektbeginn regelmäßige Sprechstunden in den beiden Schwerpunktpraxen an.

Im Beobachtungszeitraum von Januar 2001 bis Juni 2002 wurden – in enger Kooperation mit den substituierenden ÄrztInnen - insgesamt 43 KlientInnen betreut, von denen der Großteil aus dem Landkreis Neunkirchen und ein kleiner Teil aus anderen Landkreisen (z.B. St. Wendel) stammt. Wie in Saarbrücken ist die Zahl der außerhalb des Clearingstellenangebots (Beratungsstellen, etc.) betreuten KlientInnen sehr gering.

Der Anteil der aus den ehemaligen GUS-Staaten stammenden KlientInnen lag mit 33 % noch höher als im Stadtverband Saarbrücken. Außerdem beinhaltete die Betreuungsarbeit der Clearingstellen-MitarbeiterInnen in Neunkirchen auch die Betreuung inhaftierter Menschen im offenen Strafvollzug.

Die Neunkirchner KlientInnen konnten wie die Saarbrücker ProjektteilnehmerInnen - insbesondere aufgrund der Einrichtung fester PBS-Sprechstunden in den Schwerpunktpraxen, einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen PBS-BetreuerInnen und behandelnden ÄrztInnen und der Einführung eines Betreuungsangebots für russischsprachige Substituierte - in hohem Ausmaß von den neuen Angeboten profitieren.

Für Saarbrücken und Neunkirchen gilt, dass die während der ersten 18 Monate gemachten Erfahrungen und erzielten Ergebnisse insgesamt sehr positiv und ermutigend sind. Verschiedene Rahmenbedingungen der Betreuungsarbeit können allerdings in den nächsten Jahren durchaus noch besser werden. Die Bereiche, die aus der Perspektive der KlientInnen und ProjektmitarbeiterInnen Potential für Verbesserungen aufweisen, liegen größtenteils außerhalb des Verantwortungsbereichs der Clearingstellen. So wurden bzgl. der Frage nach Problemen der Substitutions- und PBS-Versorgung in Saarbrücken und Neunkirchen - neben internen Aspekten der Projektorganisation wie (vorübergehender) Personalbedarf, Krankheitsvertretungen oder Clearingstellenausstattung – vor allem Themen genannt, deren mögliche Veränderung vom Gesetzgeber, den Krankenkassen oder ökonomischen Faktoren abhängt. Die wichtigsten sind:

- die zu geringe Anzahl substituierender ÄrztInnen
- problematische (während des Erprobungsvorhabnes gültige) AUB-Behandlungsrichtlinien
- der Mangel an ergänzenden PBS-Angeboten bei anderen Trägern
- die schlechte Arbeitsmarktsituation für substituierte Menschen
- die Situation in der JVA Saarbrücken
- die wenig differenzierende Praxis der Führerscheinstellen
- die teilweise schlechte Behandlung von KlientInnen auf Ämtern und Behörden

### 3.1.2. Auslastung, Fluktuation und Budgets

Die Auslastungszahlen belegen auf beeindruckende Art und Weise die **hohe Akzeptanz und Effektivität der Angebote**. Während der ersten 18 Monate Projektphase konnten mit 250 substituierten KlientInnen Betreuungsverträge abgeschlossen werden. Der Schwerpunkt der Betreuungsarbeit lag erwartungsgemäß mit 83 % der Klientinnen in Saarbrücken

Tab 3. TeilnehmerInnenzahl, beendete Betreuungen, soziodemographische Merkmale der KlientInnen (Basis TeilnehmerInnenlisten)

Stand: 30. Juni 2002	Projekt- TeilnehmerInnen	Beendete Betreuungen	Geschlecht	Alter	Aussiedler- Deutsche
Stadtverband Saarbrücken	207	58 = 28 %	33 % w 67 % m	33,5 Jahre	35 = 17 %
Landkreis Neunkirchen	43	16 = 37 %	30 % w 70 % m	38,2 Jahre	14 = 33 %
Saarbrücken+ Neunkirchen	250	74 =30 %	32 % w 68 % m	34,5 Jahre	49 = 20 %

Das bedeutet, dass über die Hälfte der ca. 480 im Saarland Substituierten bzw. zwei Drittel der ca. 390 in Saarbrücken und Neunkirchen behandelten KlientInnen durch das neue Angebot erreicht werden konnten. Dies ist - auch unter Berücksichtigung der bundesdeutschen Erfahrungswerte - deutlich mehr als vor Projektbeginn erwartet worden war. Zum Vergleich: Im Rahmen des Methadon-Landesprogramms bestand für maximal 80 bis 100 Substituierte die Möglichkeit einer unterstützenden psychosozialen Betreuung.

Die **Geschlechterverteilung** der Klienten entspricht mit ca. einem Drittel Frauen bzw. zwei Dritteln Männern den aus vergleichbaren Projekten bekannten Werten. Das **Durchschnittsalter** liegt mit 34,5 Jahren (vor allem wegen des relativ hohen Durchschnittsalters der Neunkirchner KlientInnen) leicht über dem in dieser Zielgruppe üblichen Wert von ca. 32 bis 33 Jahren. Immerhin ca. 20 % der TeilnehmerInnen stammen aus den ehemaligen GUS-Staaten bzw. sind sog. „**Aussiedler-Deutsche**“. In Neunkirchen macht diese Gruppe sogar über 30 % der TeilnehmerInnen aus.

Tab. 4. Neuaufnahmen pro Quartal (Basis TeilnehmerInnenlisten)

Stand: 30. Juni 2002	Q1 / 2001	Q2 / 2001	Q3 / 2001	Q4 / 2001	Q1 / 2002	Q2 / 2002
Saarbrücken N = 207	115	21	22	17	11	21
Neunkirchen N = 43	24	6	3/	7	0	3
Total N = 250	139 = 55 %	27 = 11 %	25 = 10 %	24 = 10 %	11 = 4 %	24 = 10 %

Wie zu erwarten war, nahmen die meisten KlientInnen das Betreuungsangebot schon zu Beginn der Erprobungsphase bzw. ab dem ersten Quartal in Anspruch. In den folgenden Quartalen wurden – mit Ausnahme des ersten Quartals 2002 – jeweils ca. 25 neue Betreuungsverträge abgeschlossen (Tab. 4).

Tab. 5. Beendete Betreuungen pro Quartal (Basis TeilnehmerInnenlisten)

Stand: 30. Juni 2002	Q1 / 2001	Q2 / 2001	Q3 / 2001	Q4 / 2001	Q1 / 2002	Q2 / 2002
Saarbrücken N = 58	9	18	8	13	2	8
Neunkirchen N = 16	3	2	2	1	8	0
Total n = 74 = 30 %	12 = 5 %	20 = 8 %	10 = 4 %	14 = 6 %	10 = 4 %	8 = 3 %

Tabelle 5 belegt, dass auch die Quote an beendeten Betreuungen von Quartal zu Quartal kaum variiert. Insgesamt 74 KlientInnen aus Saarbrücken und Neunkirchen beendeten ihre Betreuung bis zum Stichtag regulär oder brachen sie ab. Das entspricht einer Quote von 30 % oder einer Haltequote von 70 % während der ersten 18 Monate.

Die **Gründe für das Ausscheiden der KlientInnen** waren unterschiedlich: In den meisten Fällen erschienen die KlientInnen einfach nicht mehr zur Betreuung. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil dieser KlientInnen wieder zu Szene und Schwarzmarkt zurückgekehrt ist. Immerhin 19 KlientInnen beendeten die Betreuung und die Substitutionsbehandlung abstinent bzw. clean. Das entspricht einer in Anbetracht des kurzen Evaluationszeitraums sehr guten Quote von 7,6 %.

Acht KlientInnen (4 %) wurden aus einer laufenden Betreuung / Substitutionsbehandlung heraus inhaftiert. Da die Möglichkeit der Weiterführung einer Substitutionsbehandlung im Saarland nur in Neunkirchen, nicht aber in der JVA Saarbrücken gegeben ist, muss davon ausgegangen werden, dass die betroffenen KlientInnen einen erheblichen Rückschritt in ihren Bemühungen um körperliche und psychosoziale Gesundheit erfuhren.

Die Mortalitätsquote lag in der Gesamtgruppe im Beobachtungszeitraum bei 0,4 % (1 Klient). Dies ist angesichts der entsprechenden (der Erfahrung nach ca. fünf mal höheren) Werte bei den nichtbehandelten und nichtbetreuten Schwerstabhängigen als durchaus positives Projektergebnis zu bewerten

Weiterhin erwähnenswert ist der **durchschnittlicher Betreuungsumfang** (Basis: PBS-Betreuung und Clearingstellen-Koordination, Anlage 3), der – bei Berücksichtigung aller 250 KlientInnen und des gesamten Beobachtungszeitraums von 18 Monaten - bei einer guten halben Stunde pro Woche und KlientIn lag. Dies entspricht ca. 2,5 Stunden im Monat oder 30 Stunden im Jahr und ist relativ wenig in Anbetracht der beträchtlichen psychosozialen und gesundheitlichen Fortschritte, die in sehr vielen Fällen erzielt werden konnten.

Das Gleiche gilt für die durchschnittlichen jährlichen **Betreuungskosten**, die für eine/n KlientIn, auch bei Berücksichtigung der Kosten für Verwaltung und Organisation, nur knapp über 1.100 Euro lagen. Allerdings ist hierbei folgendes zu beachten: Wenn man jedes Quartal einzeln und die in diesem Quartal tatsächlich noch aktiven ProjektteilnehmerInnen unter Aus-

schluss der bis zum jeweiligen Quartalsbeginn bereits ausgeschiedenen KlientInnen („Kurzzeit-KlientInnen“) als Maßstab für den Betreuungsumfang nimmt, lag der durchschnittliche Betreuungsumfang pro KlientIn in allen Quartalen deutlich höher und zwar bei ca. einer Stunde pro Woche bzw. 4,5 Stunden im Monat. Bei der Konzeption des Modellprojekts waren – auf der Basis von Erfahrungen aus anderen Projekten und Untersuchungen - noch höhere Werte von ca. 1,2 bis 1,5 Stunden pro Woche und KlientIn erwartet worden.

Das für die Betreuungsarbeit festgelegte **Stundenkontingent** musste weder in Saarbrücken noch in Neunkirchen in vollem Umfang belastet werden (Anlage 3). Lediglich knapp über 50 Prozent der maximal möglichen Betreuungsstunden wurden in Anspruch genommen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die TeilnehmerInnenzahl größer und der durchschnittliche Betreuungsumfang geringer waren als vor Beginn des Projekts erwartet werden konnte.

### **3.1.3. Frequenz der KlientInnen-Kontakte, PBS-Inhalte /-Themen und Kooperationsniveau**

Tab. 6. Frequenz der KlientInnen-Kontakte (Basis: Sozialberichte)

Stand: 30. Juni 2002	Keine Angaben	Bei Bedarf	1 x / Monat + seltener	2 bis 3 x / Monat	1 x / Woche	2 x / Woche	3 x / Woche + öfter
Geplante Kontaktfrequenz T 1 (bei Beginn) n = 204	20 %	6 %	2 %	18 %	40 %	11 %	3 %
Kontaktfrequenz T 2 (6 Monate) n = 138	9 %	9 %	17 %	25 %	30 %	6 %	4 %
Kontaktfrequenz T 3 (12 Monate) n = 82	11 %	12 %	13 %	24 %	27 %	10 %	3 %
Kontaktfrequenz T 4 (18 Monate) n = 47	4 %	45 %	8 %	13 %	26 %	2 %	2 %

Wie Tabelle 6 zeigt, veränderte sich die **Frequenz der Betreuungskontakte** im Verlauf der Projektteilnahme. Der Anteil an hochfrequenten Betreuungen wurde mit zunehmender PBS-Dauer geringer, die Quote an KlientInnen, die nur noch selten oder bei Bedarf Termine in Anspruch nimmt, stieg dagegen. Dies entspricht der Einschätzung der PBS-MitarbeiterInnen, dass die meisten KlientInnen besonders in den ersten Wochen oder Monaten ihrer Projektteilnahme einen hohen Betreuungsbedarf aufweisen, der dann aber – mit zunehmender Verbesserung der Gesamtsituation – wieder abnimmt.

Auch die Gewichtung der **Schwerpunkthemen, Ziele bzw. Inhalte der Betreuungsarbeit** veränderte sich im Verlaufe der Projektteilnahme, wobei die Veränderungen - in den meisten

Bereichen - nicht beträchtlich waren. Die in Tabelle 7 dargestellten Werte sind das Resultat der im Sechs-Monats-Rhythmus (von KlientIn und BetreuerIn gemeinsam) abgefragten Einschätzungen bzgl. der Frage, welche Themen bzw. Ziele aktuell im Fokus der Zusammenarbeit stehen sollen. Es konnten jeweils mehrere Themen (ohne Rangfolge) angegeben werden.

Tab. 7. Inhalte / Themen / Ziele („Hauptinterventionsrichtung“) der Betreuungsarbeit (Basis: Sozialberichte, Mehrfachnennungen möglich)

Stand: 30. Juni 2002	Geplante PBS-Inhalte T 1 (Beginn) N = 204	PBS-Inhalte T 2 (6 M) n = 138	PBS-Inhalte T 3 (12 M) n = 82	PBS-Inhalte T 4 (18 M) N = 47
Psychische und körperliche Gesundheit	95 %	92 %	93 %	95 %
Freizeitstrukturierung / Neue Bekannte	78 %	82 %	85 %	87 %
Arbeit / Lebensunterhalt / Ausbildung	65 %	61 %	54 %	60 %
Suchtdynamik (Substitutionsmittel / Beigebrauch)	50 %	47 %	63 %	60 %
Krisenbewältigung	50 %	41 %	28 %	23 %
Vitalität / Lebenssinn	41 %	41 %	61 %	43 %
Finanzen / Schulden	40 %	38 %	39 %	30 %
Beziehung / Partnerschaft / Kinder	40 %	57 %	35 %	51 %
Wohnen	32 %	38 %	26 %	17 %
Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung	22 %	23 %	10 %	19 %
Justitielle Probleme	20 %	14 %	20 %	19 %
Herkunftsfamilie	19 %	24 %	16 %	15 %
Therapievermittlung	2 %	4 %	5 %	6 %
Sonstiges (andere administrative Erledigungen, Führerschein, Sit. des Hundes, etc.)	7 %	17 %	51 %	54 %

Es überrascht in Anbetracht der bekanntermaßen gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen vieler substituierter Menschen nicht, dass das Thema Gesundheit für fast alle KlientInnen in der gesamten Zeit ihrer Betreuung zentral war. Es wurde in durchschnittlich 95 % der Fälle aufgeführt. Im Vordergrund stand hierbei die Erwartung, dass die psychosoziale Betreuung und die damit verbundenen Entlastungen in vielen Lebensbereichen auch zur Sta-

bilisierung der gesundheitlichen Situation beiträgt und die in Folge der Substitutionsbehandlung erreichten Erfolge ausgebaut werden können.

Ein weiteres stets präsent Thema der PBS war die Entwicklung von Maßnahmen zur Freizeitstrukturierung. Das Überwinden des sogenannten „Methadonlochs“, in das sehr viele Substituierte nach Beginn einer Substitutionsbehandlung und dem Wegfall des Dauer-Lebensinhalts Beschaffungsdruck sprichwörtlich „fallen“, beinhaltet in großem Ausmaß auch das Suchen und Finden neuer Lebensinhalte /-aufgaben und neuer Bekannter und Freunde. Wie aus Tabelle 7 ersichtlich ist, war die Bedeutung dieses Themas für die Betreuungsarbeit schon bei Teilnahmebeginn groß und nahm im Betreuungsverlauf noch zu.

Andere konstante (klassische) Hauptthemen der PBS in den beiden Clearingstellen waren erwartungsgemäß Arbeit / Lebensunterhalt, Suchtdynamik / Beigebrauch, Vitalität / Lebenssinn, Finanzen / Schulden und Beziehung / Partnerschaft / Kinder. Auf die Entwicklung in diesen Bereichen wird weiter unten (3.2.) noch ausführlich eingegangen.

Die Themen Krisenbewältigung und Wohnen wurden nach durchschnittlich 12 bis 18 Monaten Projektteilnahme deutlich seltener genannt als bei PBS-Beginn. Dies spiegelt die große Effizienz der Betreuungsarbeit speziell in diesen Bereichen wieder.

Die Bereiche Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung, justitielle Problem und Herkunftsfamilie standen relativ konstant für ca. 15 bis 20 Prozent der KlientInnen bzw. ihrer BetreuerInnen im Fokus der Aufmerksamkeit. Hier lagen insgesamt offensichtlich nicht die Schwerpunkte der Betreuungsarbeit, was – vor allem in der Frage der Therapie-Rahmenbedingungen und der justitiellen Probleme - darauf hindeutet, dass die Entwicklung in diesen Bereichen zufriedenstellend verlief. Ob das auch für den Bereich Beziehungen zur Herkunftsfamilie zutrifft, lässt sich, vor allem aufgrund des in der Zielgruppe durchschnittlich relativ geringen Umfangs an Kontakten zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie, nur schwierig beantworten.

Noch seltener wurde das Thema „Vermittlung in eine stationäre Therapie“ als Betreuungsschwerpunkt genannt. Es spielte für die meisten KlientInnen offensichtlich nur eine untergeordnete Rolle. In gerade zwei Prozent der Fälle stand es bei PBS-Beginn auf der Tagesordnung. Im Verlauf der Betreuung nahm die entsprechende Quote immerhin auf bis zu sechs Prozent der Fälle zu.

Interessant ist weiterhin, dass von der Möglichkeit, unter „Sonstiges“ noch andere Schwerpunktthemen der PBS anzugeben, mit zunehmender Teilnahmedauer mehr Gebrauch gemacht wurde. So spielten nach mehreren Monaten Betreuung zunehmend Themen eine Rolle, die bei PBS-Beginn überhaupt nicht vorkamen. Beispiele hierfür sind: „Kooperation mit anderen Einrichtungen des Hilfesystems“, „alte Beziehungen wiederbeleben“, „Führerschein wiederbekommen“, oder „Status des Hundes klären“.

Die Ergebnisse zur Frage nach den wichtigsten Betreuungsinhalten / PBS-Themen belegen die Vielfalt an Lebensbereichen, in denen die ProjektteilnehmerInnen Probleme bzw. Handlungsbedarf aufweisen. Sie zeigen außerdem, dass die Bedeutung von Themen wie „Krisenbewältigung“, „Wohnen (Obdachlosigkeit)“ oder „Schulden“ im Betreuungsverlauf abnimmt und das Spektrum bedeutender Themen / Inhalte im Betreuungsverlauf breiter bzw. die Wahrnehmung der verschiedenen Lebensbereiche differenzierter wird.

Beides deutet darauf hin, dass sich die Situation vieler KlientInnen nach Beginn der Betreuungsarbeit und der Klärung der dringlichsten Anliegen langsam aber kontinuierlich entspannt. Möglichkeiten der ressourcenorientierten Bearbeitung von Themen wie Gesundheit, Freizeitstrukturierung, Suchtdynamik, Vitalität / Lebenssinn oder Beziehung / Partner / Kinder gewinnen zunehmend an Raum.

Eine gute Zusammenarbeit bzw. ein gutes persönliches Verhältnis zwischen KlientIn und BetreuerIn ist die Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Betreuungsarbeit. Dies gilt besonders, wenn die Kooperation im Rahmen einer Maßnahme stattfindet, in der Case Management und Einzelfallhilfe im Vordergrund stehen und KlientIn und BetreuerIn eng in vielfältigen Lebensbereichen zusammenarbeiten. Da dies beim saarländischen PBS-Projekt der Fall ist, wurde bei der Fragebogenerhebung und in Interviews mit den Beteiligten auch nach der Bewertung der **Zusammenarbeit zwischen KlientIn und BetreuerIn** gefragt. Die Ergebnisse der Auswertung dieses Evaluationsbereiches fallen außerordentlich positiv aus.

Tab. 8. Bewertung der Zusammenarbeit zwischen KlientIn und BetreuerIn:  
a. Einschätzung / Bewertung der KlientInnen (Basis Sozialberichte)

Stand: 30. Juni 2002	T 2 (6 Monate) n = 138	T 3 (12 Monate) n = 82	T 4 (18 Monate) n = 47
1 Sehr gut	32 %	39 %	51 %
2 Gut	44 %	35 %	28 %
3 Befriedigend	13 %	21 %	17 %
4 Mäßig/Passabel	4 %	4 %	0
5 Schlecht	1 %	1 %	0
6 Sehr schlecht	0	0	0
0 Keine Angaben	6 %	0	4 %
Durchschnittsnote	1,9	1,9	1,6

Tab.9. Bewertung der Zusammenarbeit zwischen KlientIn und BetreuerIn:  
b. Einschätzung / Bewertung der BetreuerInnen (Basis Sozialberichte)

Stand: 30. Juni 2002	T 2 (6 Monate) n = 138	T 3 (12 Monate) n = 82	T 4 (18 Monate) n = 47
1 Sehr gut	22 %	17 %	32 %
2 Gut	36 %	43 %	34 %
3 Befriedigend	19 %	24 %	23 %
4 Mäßig/Passabel	13 %	6 %	11 %
5 Schlecht	7 %	5 %	0
6 Sehr schlecht	0	0	0
0 Keine Angaben	3 %	5 %	0
Durchschnittsnote	2,6	2,4	2,1

Sowohl die BetreuerInnen als auch die KlientInnen bewerteten die Zusammenarbeit im Rahmen der PBS als gut bis sehr gut. Die Bewertungen der ProjektteilnehmerInnen fielen hierbei

noch besser aus als die der Clearingstellen-MitarbeiterInnen. Besonders positiv ist, dass die Qualität der Beziehung von beiden Gruppen im Verlauf der Betreuung zunehmend besser eingeschätzt wurde, was der schon erwähnten und im weiteren Verlauf dieses Berichts genauer beschriebenen Verbesserung der Gesamtsituation der KlientInnen entspricht.

Fast alle KlientInnen sahen in ihren BetreuerInnen eine/n verlässlichen ständige/n AnsprechpartnerIn bzw. eine Vertrauensperson, die sie an allen wichtigen Orten des täglichen Lebens (Praxis, Behörde, Freizeit, zu Hause, etc.) und in vielen Lebensbereichen unterstützt und begleitet. Viele KlientInnen äußerten sich dankbar für das Angebot der Betreuung. Kritik am Betreuungsverhältnis wurde in nur sehr wenigen Fällen geäußert. Sie bezog sich zudem eher auf den Betreuungsumfang („könnte noch mehr sein“) als auf die Beziehung zum/zur Betreuer/in.

Auch von Seiten der BetreuerInnen wurde die Zusammenarbeit mit den KlientInnen größtenteils positiv charakterisiert. Die meisten Betreuungen verliefen auch aus ihrer Perspektive in einer vertrauensvollen, positiven und freundlichen Atmosphäre. Fast allen KlientInnen wurde eine motivierte und engagierte Mitarbeit bescheinigt, was zu der Tatsache passt, dass die meisten Substituierten aus Eigenmotivation an dem PBS-Projekt teilnehmen (70 %). Häufig wurde auch die positive Wirkung der Altersnähe hervorgehoben, die zwischen den PBS-MitarbeiterInnen und der KlientInnengruppe besteht. Kritik äußerten die BetreuerInnen nur in wenigen Einzelfällen, und zwar vor allem, wenn es um die Beziehungen zu KlientInnen ging, die als unzuverlässig und/oder unmotiviert wahrgenommen wurden. In sehr wenigen Fällen, vor allem aufgrund aggressiver Verhaltensweisen des/der Klienten/in, wurde das Verhältnis als schlecht oder sehr schlecht bezeichnet.

Insgesamt lässt sich zum Thema Betreuungsverhältnis festhalten, dass die Erfolge der PBS-Arbeit in den Clearingstellen in nicht geringem Umfang auf die vertrauensvolle Atmosphäre und die guten Beziehungen zwischen KlientInnen und BetreuerInnen zurückzuführen sind, die die Zusammenarbeit in den allermeisten Fällen kennzeichnete.

### **3.2. Die psychosoziale und gesundheitliche Situation der (Clearingstellen-) KlientInnen bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf**

Die zentrale Forschungsfrage dieses Erprobungsvorhabens ist die nach dem Umfang der Betreuungserfolge bzw. der Fortschritte, die die KlientInnen der PBS-Clearingstellen im Rahmen der psychosozialen Betreuung in den verschiedenen Lebensbereichen machen. Einige der bisher vorgestellten Projektergebnisse (Haltequote, Kontaktfrequenz, PBS-Inhalte oder Qualität der Beziehungen zwischen KlientIn und BetreuerIn) weisen bereits auf den diesbezüglichen Erfolg der neuen Angebote hin.

Die nun folgende Beschreibung der psychosozialen und gesundheitlichen Entwicklung der KlientInnen im Betreuungsverlauf bestätigt diesen Eindruck. In allen Bereichen, zu denen Informationen vorliegen, verbesserte sich die Situation der KlientInnen mit zunehmender Teilnahmedauer. Wie wir aber sehen werden, veränderten sich nicht alle relevanten Parameter gleichermaßen positiv, vielmehr gab es beträchtliche Unterschiede in der Bewertung der jeweiligen Ergebnisse und fiel der Erfolg – je nach Ausgangssituation und Rahmenbedingungen – mal deutlicher und mal weniger deutlich aus.

### 3.2.1. Kontakte und Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem

#### a. Erfahrungen mit dem ambulanten psychosozialen Hilfesystem

Das Durchschnittsalter beim Beginn der Opiatabhängigkeit betrug in der Gesamtgruppe ca. 20 Jahre, was bedeutet, dass bei Betreuungsbeginn durchschnittlich 14 bis 15 Jahre „Junkie-Karriere“ und Hilfesystem-Erfahrungen hinter den KlientInnen lagen. Die relativ jungen TeilnehmerInnen aus den ehemaligen GUS-Staaten sind im Mittel deutlich weniger lange abhängig. Diese Werte entsprechen ungefähr den im Rahmen der Auswertung des saarländischen Methadon-Landesprogramms ermittelten Ergebnissen, was in Anbetracht der – mit Ausnahme der Anzahl an „Aussiedler“-KlientInnen - großen Überschneidungen der TeilnehmerInnen-Gruppen nicht überrascht.

Im Saarland kann seit Jahren beobachtet werden, dass opiatabhängige DrogenkonsumentInnen und Substituierte nur wenige Angebote der ambulanten psychosozialen Hilfe in Anspruch nehmen. Dies belegen die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und Modellversuche. Auch die KlientInnen des PBS-Projekts wurden bei Teilnahmebeginn und im Betreuungsverlauf nach ihren Erfahrungen mit Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems befragt.

Tab. 10. Kontakte zu Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems vor Betreuungsbeginn: Häufigkeit (Basis Sozialberichte)

T 1 (Bei Beginn)	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
N = 204	25 %	21 %	25 %	29 %

Tab. 11. Kontakte zu Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems vor Betreuungsbeginn: Einrichtungen/Projekte (Basis Sozialberichte, Mehrfachnennungen möglich)

Drogenhilfezentrum (DHZ)	Beratungsstellen	Methadon-Landesprogramm	Keine Angaben
38 %	36 %	31 %	22 %
<i>T 1 (Bei Beginn), n = 204</i>			
Streetworker verschiedener Organisationen	Buchladenprojekt Promenadenmischung	AIDS-Hilfe Saar	Sonstige Einrichtungen (S.O.S. Jugenddienst, Jugendamt,..)
11 %	9 %	3 %	1 %

Dabei stellte sich heraus, dass vor Beginn der Betreuungsarbeit, wenn überhaupt, vor allem Leistungen der praktischen Überlebenshilfe nachgefragt wurden, wie sie z. B. im Drogenhilfezentrum Saarbrücken angeboten werden oder wie sie bei der Betreuung der Landesprogramm-KlientInnen praktiziert wurde. Über die Hälfte der KlientInnen wurde vor der Teilnahme am PBS-Projekt von den im ambulanten Hilfesystem vorgehaltenen Angeboten kaum

bzw. gar nicht erreicht. Nur ein Viertel der ProjektteilnehmerInnen gab an, bisher häufige Kontakte mit entsprechenden Einrichtungen gehabt zu haben; fast zwei Drittel der KlientInnen hatten bei Betreuungsbeginn noch nie mit Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen zu tun. Viele wichtige Einrichtungen des Hilfesystems kamen in den „Hilfesystem-Biographien“ der Substituierten überhaupt nicht vor.

Das angesichts der massiven Beeinträchtigungen der Zielgruppe geringe Ausmaß an Erfahrungen mit dem ambulanten Hilfesystem liegt nach übereinstimmender Aussage aller Beteiligten sowohl an der besonders schwierigen Situation und hohen Belastung der Betroffenen, die in vielen Fällen, besonders in der Anfangsphase der Abhängigkeit, keinen Raum für die Inanspruchnahme solcher Hilfen lässt, als auch an der Tatsache, dass Struktur und Charakter eines großen Teils der zuständigen Einrichtungen des Suchthilfesystems nicht den Erwartungen und Anforderungen der Zielgruppe entsprechen.

Die Problematik wird auch bei der Bewertung der (vor PBS-Beginn gemachten) Erfahrungen mit dem Hilfesystem sichtbar. Über 50 % der Bewertungen fielen hier negativ aus. Die meiste Kritik wurde an (Sucht-) Beratungsstellen geäußert. Ihnen wurden ein zu hoher Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, ungünstige Öffnungszeiten, das Fehlen eines aufsuchenden und nachgehenden Hilfeansatzes sowie in nicht wenigen Fällen unfreundliches und abweisendes Verhalten vorgeworfen.

Die wenigen positiven Erfahrungen kamen in erster Linie beim Kontakt mit niedrighschwelligem Angeboten / Einrichtungen zustande, bei denen praktische (Über-) Lebenshilfe und Unterstützung in Krisensituationen im Vordergrund stehen (Drogenhilfezentrum, Streetwork, PBS im Landesprogramm, AIDS-Hilfe).

Seit Beginn des Erprobungsvorhabens wird ein Großteil des psychosozialen Hilfebedarfs der Zielgruppe im Rahmen der von den MitarbeiterInnen der Clearingstellen angebotenen PBS abgedeckt. Nichtsdestotrotz beinhaltet die Betreuungsarbeit auch die Verbesserung der Kenntnisse des Hilfesystems. Ein Betreuungsziel lautet: Die KlientInnen sollen, wenn sie zusätzlichen Hilfebedarf haben (z. B. Bewährungshilfe, Schuldnerberatung, AIDS-Hilfe, Lebensberatung, etc.), über ausreichende Kompetenzen bei der Auswahl und Bewertung der verschiedenen relevanten Angebote verfügen und im Vergleich zur Situation vor Teilnahmebeginn bei der Suche nach Hilfeleistungen weniger oft Missverständnisse und Enttäuschungen erleben.

Tab. 12. Neue Kontakte zu Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems im Betreuungsverlauf (Basis Sozialberichte, Stand 30. 6. 2002)

T 2 (6 Monate) n = 138	T 3 (12 Monate) n = 82	T 4 (18 Monate) n = 47
45	25	16

Dieses Ziel konnte offensichtlich erreicht werden. So fanden während der ersten 18 Monate des Erprobungsvorhabens in Saarbrücken und Neunkirchen insgesamt 86 neue Kontakte zwischen den KlientInnen der Clearingstellen und anderen Einrichtungen des ambulanten psychosozialen Hilfesystems statt. Diese Kontakte verteilen sich auf ca. 70 KlientInnen, was einem Drittel der Gesamtgruppe entspricht. Dies ist angesichts der seltenen Erfahrungen mit dem ambulanten Hilfebereich vor Betreuungsbeginn als sehr gutes Ergebnis zu bewerten.

Die Effizienz der PBS-Aktivitäten zur Verbesserung der Hilfesystemkompetenz wird vor allem bei der Bewertung der Kontakte deutlich. Im Gegensatz zur Situation vor Betreuungsbeginn werden im Betreuungsverlauf die meisten (über 80 %) der neuen Kooperationen (mit AIDS-Hilfe, Bewährungshilfe, Suchtberatungsstellen) als sinnvoll, zufriedenstellend und hilfreich erlebt. Die Auswahl der Hilfeleistungen erfolgt in der Betreuungssituation offensichtlich besser vorbereitet und damit effektiver als vorher. Ein beträchtlicher Teil der psychosozialen Fortschritte der ProjektteilnehmerInnen ist den Aussagen der BetreuerInnen und KlientInnen nach auch auf die guten Kooperationen mit verschiedenen anderen Anbietern des Sozial- und Gesundheitswesens zurückzuführen.

#### b. Erfahrungen mit dem stationären Hilfesystem

Die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen von Drogenabhängigkeit und polytoxikomanem Konsumverhalten sind bekanntermaßen beträchtlich. Ein Großteil der Betroffenen versucht aller Erfahrung nach im Verlauf der Abhängigkeit mehrmals „auszusteigen“ bzw. clean zu werden und ein abstinentes Leben zu führen. Da die KlientInnen des PBS-Projekts durchschnittlich schon ca. 15 Jahre „Suchtkarriere“ hinter sich haben, war davon auszugehen, dass Erfahrungen mit dem stationären Suchthilfesystem in der Zielgruppe weit verbreitet sind. Die Erhebung der stationären Therapieerfahrungen bei Betreuungsbeginn bestätigte diese Hypothese.

Tab. 13. Erfahrungen mit dem stationären Suchthilfesystem vor Betreuungsbeginn  
(Basis Sozialberichte)

T 1 (Bei Beginn)	Stationäre Entgiftungstherapie	Stationäre Entwöhnungstherapie
n = 204	75,5 % Ø Therapieerfahrene: 6,5 Th. Ø Gesamtgruppe: 4,9 Th.	51,5 % Ø Therapieerfahrene: 2, 3 Th. Ø Gesamtgruppe: 1,2 Th.

Die Zahlen sprechen für sich. Insgesamt 1.000 Entgiftungstherapien und 250 Entwöhnungstherapien lagen bei Betreuungsbeginn hinter den TeilnehmerInnen des PBS-Projekts. Dabei konnte eine hohe Streuung festgestellt werden, die von einer bis zu 60 Therapieerfahrungen (Entgiftung) pro KlientIn reicht. In den meisten Fällen stammen die Therapieerfahrungen aus der Zeit vor Beginn der Substitutionstherapie. Es ist in Folge zahlreicher Untersuchungen seit langem bekannt, dass die Rückfallquote bei stationären abstinenzorientierten Therapiemaßnahmen in der Zielgruppe enorm ist. Die entsprechenden Erfahrungswerte bewegen sich zwischen 70 % und 90 %. Bei den Klientinnen des PBS-Projekts liegt die Rückfallquote logischerweise bei 100 %. Wie wir aus den Erfahrungen des Landesprogramms wissen, ist die Häufigkeit von Teilnahmen an abstinenzorientierten stationären Therapiemaßnahmen nach Substitutionsbeginn rückläufig. Die TeilnehmerInnen des Landesprogramms, die das Ziel der Abstinenz im Behandlungsverlauf weiterverfolgten, versuchten dies zunehmend mit anderen als den stationären Behandlungsmöglichkeiten. Die Möglichkeiten z. B. des ambulanten „Runter- bzw. Raus-Dosierens“ oder des Selbstentzugs rückten in den Vordergrund. Lediglich Beigebrauchsentgiftungen wurden noch in moderatem Umfang nachgefragt bzw. begonnen. Dem Großteil der Landesprogramm-KlientInnen ging es jedoch bei Beginn der Substitutionsbehandlung nicht in erster Linie um das direkte Erreichen von Abstinenz, sondern hauptsächlich um die Beendigung von Beschaffungsdruck und Entzugserscheinungen, gesundheitliche

und psychosoziale Stabilisierung und das Wiedergewinnen mittel- bis langfristiger Perspektiven, wobei letztere durchaus – auch - das Ziel der Drogenabstinenz beinhalteten. Je länger die Teilnahme an der Substitutionstherapie dauerte, desto wahrscheinlicher wurde die erfolgreiche bzw. abstinente Beendigung der Behandlung. In den seltensten Fällen resultierte die erreichte Abstinenz direkt aus dem Absolvieren einer stationären Therapie (Marzen E, 2000).

Aufgrund dieser Erkenntnisse war bei PBS-Projektbeginn davon auszugehen, dass die Thematik Abstinenztherapie in den meisten Fällen nicht im Zentrum der Betreuungsarbeit stehen würde. Dies bestätigte die Erhebung der für die KlientInnen und BetreuerInnen wichtigsten PBS-Themen und Inhalte (Kap. 3.1.3.). Zwischen zwei Prozent (T 1) und sechs Prozent (T 4) der ProjektteilnehmerInnen gaben im Betreuungsverlauf an, in Maßnahmen der Therapievermittlung einen zentralen PBS-Inhalt zu sehen. Die Praxis des Projektverlaufs entsprach dieser Einschätzung und den Erfahrungen aus dem Landesprogramm während der ersten 18 Monate in hohem Ausmaß.

Der genaue Umfang an - während des Beobachtungszeitraums begonnenen - stationären Entgiftungs- und Entwöhnungstherapien ist aus den vorliegenden Erhebungsergebnissen nicht evaluierbar, doch liegen die entsprechenden Werte mit Sicherheit nicht über fünf Prozent (Entgiftung) bzw. zwei Prozent (Entwöhnung) der Gesamtgruppe (insgesamt ca. 15 – 20 Personen). Angaben über die Erfolgsquote der Maßnahmen sind leider nicht möglich, da ein Teil der betroffenen KlientInnen nach Absolvieren bzw. Abbruch der Therapien nicht mehr am PBS-Projekt teilnahm. Die ProjektmitarbeiterInnen gehen von einer den beschriebenen Erfahrungen entsprechenden (sehr hohen) Rückfallquote aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Entgiftungsbehandlung auch für die Gruppe der „WiedereinsteigerInnen“ hilfreich und sinnvoll sein kann, denn sie ermöglicht in manchen Fällen zumindest eine Phase der körperlichen und psychischen Erholung und eine zeitweise Reduktion des Beigebruchs.

Was feststeht, ist, dass die neunzehn KlientInnen, von denen bekannt ist, dass sie die Substitutionsbehandlung und die PBS im Beobachtungszeitraum abstinent beendeten, bis auf zwei oder drei Ausnahmen nicht in Folge einer stationären (Entgiftungs- oder Entwöhnungs-) Therapie clean wurden, sondern den Ausstieg, meist nach einer längeren Phase der Stabilisierung der Lebensverhältnisse, aus eigener Kraft (Selbstentzug) bzw. mit Hilfe einer langsamen ambulanten Dosisreduktion schafften. Bei einer längeren Projektdauer ist von einer entsprechend höheren Quote an „Raus-Dosierungen“ und Selbstentzügen auszugehen.

### **3.2.2. Wohnsituation**

Die Klärung bzw. Verbesserung der Wohnsituation ist für mindestens ein Drittel der KlientInnen bei PBS-Beginn eines der dringlichsten Anliegen (vgl. Tab. 7). 13 Substituierte (6,5 %) waren beim Zeitpunkt des Erstkontakts mit den MitarbeiterInnen der Clearingstellen obdachlos und weitere 60 – 80 KlientInnen mit ihrer Wohnsituation unzufrieden oder sehr unzufrieden. Aus den Erfahrungen des Landesprogramms wissen wir, dass die Organisation / Vermittlung adäquaten Wohnraums für drogenabhängige / substituierte Menschen äußerst problematisch ist. Viele KlientInnen der PBS-Clearingstellen klagen bei Betreuungsbeginn über zu kleine, in schlechtem Zustand befindliche und dunkle Wohnungen, über große Probleme mit VermieterInnen und häufig auch über die mangelnde räumliche Distanz zur Drogenszene. Die Betroffenen benötigen daher umfangreiche Unterstützung bei der Suche nach geeignetem Wohnraum und –gegebenenfalls – bei der Regelung (miet-) vertraglicher Inhalte.

Tab. 14. Wohnsituation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf  
(Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	„Eigene“ Wohnung (zur Miete)	Zur Untermiete (WG, Bekannte, Eltern)	Obdachlos
T 1 (Bei Beginn) n = 204	85 %	8,5 %	6,5 %
T 2 (6 Monate) n = 138	84 %	13 %	3 %
T 3 (12 Monate) n = 82	91 %	9 %	0
T 4 (18 Monate) n = 47	87 %	13 %	0

Die hohe Bedeutung, die der Verbesserung der Wohnsituation der KlientInnen bei der Projektumsetzung bisher beigemessen wurde und die umfangreichen Aktivitäten, die in diese Richtung liefen, zahlten sich offensichtlich aus:

Die meisten bzw. fast 80 % der bei PBS-Beginn in dieser Frage unzufriedenen KlientInnen konnten ihre Wohnsituation im Betreuungsverlauf mit Hilfe ihrer BetreuerInnen verbessern (größer, heller, besserer Zustand, Distanz zur Szene, geregelte Mietverhältnisse, etc.), was bei ihnen zu einer deutlichen Zunahme an Lebensqualität führte. Die Bedeutung des Themas Wohnen nahm für die Gesamtgruppe im Verlauf der Betreuung ab (vgl. Tab. 7), was ebenfalls für eine Entspannung in diesem Bereich spricht. Außerdem waren, wie die Werte in Tabelle 14 verdeutlichen, nach sechs Monaten der Teilnahme nur noch fünf und nach durchschnittlich 12 Monaten PBS überhaupt keine KlientInnen mehr obdachlos. Nach Aussage sowohl der BetreuerInnen als auch der KlientInnen trugen die erreichten Verbesserungen in diesem Bereich ganz entscheidend zur Entspannung der allgemeinen psychosozialen Situation bei. Es ist allerdings zu beachten, dass ein Teil der bei Betreuungsbeginn von Obdachlosigkeit und besonders gravierenden Problemen bzgl. der Wohnsituation betroffenen Menschen die Teilnahme an der Maßnahme schon nach kurzer Zeit wieder beendete und bei der Auswertung der Entwicklungsverläufe nicht mehr berücksichtigt werden konnte.

### **3.2.3. Justitielle Belastungen**

Ein weiteres klassisches Problemgebiet der Zielgruppe ist bekanntermaßen der Bereich der justitiellen Belastungen. Beschaffungsdruck und Beschaffungskriminalität bestimmten bei fast allen KlientInnen vor Substitutions- und PBS-Beginn den Tagesablauf. Dementsprechend umfangreich sind die Erfahrungen mit Polizei und Justiz, die ein Großteil der ProjektteilnehmerInnen bei Betreuungsbeginn aufweist.

Über die Hälfte der Gesamtgruppe war bereits mindestens ein Mal inhaftiert. Der durchschnittliche Haftumfang betrug rund 17 Monate (33 Monate bei den Hafterfahrenen). Drei Viertel der Haftstrafen wurden wegen Delikten der Beschaffungskriminalität verhängt. Bei Betreuungsbeginn waren, obwohl die KlientInnen im Durchschnitt schon zwei Jahre an einer Substitutionsbehandlung teilnehmen, die Bewährungsstrafen von über einem Viertel der Gesamtgruppe noch nicht abgelaufen und 14 % der KlientInnen befanden sich in oder kurz vor einem laufenden Strafverfahren.

Tab. 15. Justitielle Belastungen vor Betreuungsbeginn  
(Basis Sozialberichte)

T 1 (Bei Beginn), n = 204				
KlientInnen mit Hafterfahrung	Haftumfang	Haftstrafen wg. BtmG-Verstoss	Strafe zur Bewährung (aktuell)	Anstehende bzw. offene Strafverfahren
53 % der Gesamtgruppe	Ø 17,3 Monate (Gesamtgruppe) Ø 32,7 Monate (Hafterfahrene)	35 % (Gesamtgruppe) oder 77 % (Hafterfahrene)	28 % (Gesamtgruppe) oder 53 % (Hafterfahrene)	14 % (Gesamtgruppe) oder 26 % (Hafterfahrene)

Nach 18 Monaten Projektarbeit ist eine deutliche Reduzierung der justitiellen Probleme festzustellen, was das Erreichen eines der wichtigsten Projektziele bedeutet. Die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung und einer psychosozialen Betreuung führten bei den meisten KlientInnen eindeutig zu einer Beruhigung der Gesamtlage, zur Reduzierung von Krisensituationen und nicht zuletzt zu Abnahme oder sogar Wegfall des Beschaffungsdrucks. Dies äußert sich in den entsprechenden Verlaufsergebnissen.

Tab. 16. Justitielle Belastungen im Betreuungsverlauf  
(Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	Inhaftierung wg. neuer Straftat	Anstehende bzw. offene Strafverfahren wg. neuer Straftat
T 2 (6 Monate) n= 138	5 % (7 Kl.)	6,5 % (9 Kl.)
T 3 (12 Monate) n= 82	1 % (1 Kl.)	12 % (10 Kl.)
T 4 (18 Monate) n= 47	0	4 % (2 Kl.)

Während der Projektteilnahme wurden in 18 Monaten „lediglich“ 8 KlientInnen inhaftiert (vier aus den ehemaligen GUS-Staaten). Das entspricht einer Quote von sechs Prozent und ist – obwohl die psychosoziale Prognose für die wenigen Betroffenen nach der abrupten Beendigung von Substitutionstherapie und PBS alles andere als positiv ausfällt - in Anbetracht der extrem hohen Vorbelastung der KlientInnen ein ermutigendes Ergebnis. Auch die Anzahl neuer Strafverfahren, Verhandlungen und Verurteilungen war mit zunehmender Teilnahmedauer stark rückläufig. Insgesamt wurden im gesamten Beobachtungszeitraum „nur“ 25 neue Fälle von strafrechtlich relevanten Ereignissen (Inhaftierungen, Strafverfahren) bekannt. Diese verteilten sich auf ca. 20 KlientInnen bzw. ca. 10 % der – zu über 50 % hafterfahrenen - TeilnehmerInnen. Nach einer Teilnahmezeit von 18 Monaten waren kaum noch Vorfälle zu beobachten. Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend bei längerer Projektteilnahme bzw. –dauer weiter an Stärke gewinnt und sowohl die KlientInnen als auch die Allgemeinheit (Abnahme der Beschaffungskriminalität) zunehmend von den diesbezüglichen Ergebnissen der Betreuungsarbeit profitieren.

### **3.2.4. Berufliche Situation / Lebensunterhalt**

Auch das Thema Substituierte und Arbeitswelt beschäftigt die (Sucht-) Hilfesysteme schon seit Beginn der Ersatzstofftherapie. Die umfangreichen Probleme, die mit der Thematik verbunden sind, sind inzwischen in zahlreichen Studien und Dokumentationen beschrieben worden (für das Saarland z. B. Prognos, Birkenheyer, C., 1993, Marzen, E., 2000). Zwei Thesen, die auch durch die vorliegende Studie Unterstützung erfahren, werden hierbei immer wieder hervorgehoben:

Erstens: Nicht alle Substituierten sind arbeitsfähig, man geht heute davon aus, dass – im optimalen Fall - eine zumindest teilweise berufliche (Re-) Integration für ca. die Hälfte bis zwei Drittel der Zielgruppe sinnvoll bzw. erreichbar ist. Der Gesundheitszustand der anderen - meist langjährig abhängigen - Menschen lässt eine einigermaßen geregelte Arbeit nicht (mehr) zu. Bei diesen KlientInnen müssen sich die psychosozialen Unterstützungsleistungen auf andere Bereiche der (Über-) Lebenshilfe beschränken.

Zweitens: Die Arbeitsmarktsituation für die arbeitsfähigen und –willigen KlientInnen ist kontinuierlich schlecht. Das gilt aktuell um so mehr, als dass Wirtschaft- und Arbeitsmarktsituation insgesamt seit geraumer Zeit problematisch sind und die Arbeitssuche auch für gesunde Arbeitssuchende schwierig ist. Die Zusammenarbeit der Betroffenen mit MitarbeiterInnen der Arbeitsämter und anderer Anbieter der Arbeitsvermittlung findet zwar statt, ist aber bisher häufig von Missverständnissen und Kommunikationsproblemen geprägt und nur in seltenen Fällen fruchtbar im Sinne einer erfolgreichen Vermittlung. Neben dem Mangel an „normalen“ Vollzeit-Jobs des ersten Arbeitsmarkts, der nur für einen geringen Anteil der Substituierten von Relevanz ist, ist insbesondere die relativ kleine Auswahl von Angeboten des zweiten und dritten Arbeitsmarkts zu beklagen. Für einen Großteil der Zielgruppe kämen nämlich, zumindest in der Anfangsphase der Wiedereingewöhnung, vor allem Maßnahmen in Frage, die die Möglichkeit zu Tagelohn- oder Teilzeit-Arbeit beinhalten, einen geschützten Rahmen bieten und einen langsamen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben gewährleisten.

Angesichts dieser Situation überrascht es nicht, dass die Verbesserung der beruflichen Situation auch Schwerpunktthema des PBS-Projekts ist und viel Raum bei der bisherigen Betreuungsarbeit einnahm. Konstant ca. 60 % der KlientInnen bezeichneten das Thema Arbeit / Lebensunterhalt während ihrer Projektteilnahme als wichtig und zentral (vgl. Kap.3.1.3.). Die MitarbeiterInnen der Clearingstellen und der beteiligten Projekt-Träger befassten sich im gesamten Beobachtungszeitraum im Rahmen vieler Arbeitstreffen, Teamgespräche und einer Fachtagung mit der Thematik bzw. der Frage, wie die berufliche Situation der KlientInnen verbessert werden kann. Dies fand auch in Kooperation mit zuständigen Facheinrichtungen wie dem Arbeitsamt oder anderen Arbeitsvermittlungs-Projekten statt.

Die in den Tabellen 17 und 18 dargestellte Entwicklung von beruflicher Situation und Lebensunterhalt der KlientInnen während der PBS-Teilnahme verdeutlicht, wie schwierig die berufliche (Re-) Integration substituierten Menschen auch im Rahmen einer psychosozialen Betreuung ist. Die Ergebnisse belegen aber auch, dass die Lage nicht hoffnungslos ist. Die Teilnahme an der PBS führte in einigen Fällen, besonders bei einem längeren Betreuungszeitraum, zu Erfolgen.

Tab.17. Berufliche Situation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf  
(Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	T 1 (Bei Beginn) n = 204	T 2 (6 Monate) n = 138	T 3 (12 Monate) n = 82	T 4 (18 Monate) n = 47	Durchschnitt T 1 bis T 4
Arbeitslos	69 %	69 %	68 %	60 %	67 %
Feste Anstellung / Selbständig	11 %	18 %	12 %	18 %	14 %
Gelegenheitsjobs	8 %	4 %	7 %	2 %	6 %
Fördermaßnahme Arbeitsamt	3 %	5 %	7 %	7 %	5 %
Ausbildung / Schule	3 %	1 %	0	2 %	2 %
Arbeit nach BSHG	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %
RentnerIn	1 %	1 %	1 %	4 %	1 %
Hausfrau	2 %	1 %	2 %	1 %	2 %
ABM-Vertrag	1 %	0	1 %	4 %	1 %

Tab. 18. Wesentlicher Lebensunterhalt (Haupteinnahmequelle) bei Betreuungsbeginn  
und im Betreuungsverlauf (Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	T 1 (Bei Beginn) n = 204	T 2 (6 Monate) n = 138	T 3 (12 Monate) n = 82	T 4 (18 Monate) n = 47	Durchschnitt T 1 bis T 4
Sozialhilfe	43 %	39 %	40 %	38 %	41 %
Arbeitslosen- geld / -hilfe	40 %	38 %	38 %	36 %	39 %
Lohn / festes Einkommen	14 %	20 %	15 %	21 %	16 %
EhepartnerIn / Verwandte	2 %	2 %	5 %	1 %	2 %
Rente	0	1 %	1 %	4 %	1,5 %
Sonstiges	1 %	0	1 %	0	0,5 %

Der Arbeitslosenanteil in der KlientInnengruppe konnte von ca. 70 % bei Teilnahmebeginn auf ca. 60 % (nach 18 Monaten) gesenkt werden. Umgekehrt stieg die Quote derer, die einen festen Job haben nach 18 Monaten durchschnittlicher Projektteilnahme von 11 % auf 18 %,

der Anteil an KlientInnen mit ABM-Verträgen von 0,5 % auf 4,4 % und der von TeilnehmerInnen, die an einer Fördermaßnahme teilnehmen von 3 % auf 7 %.

Entsprechend dieser Entwicklung ging der Anteil an KlientInnen, die hauptsächlich von Arbeitslosenhilfe/-unterstützung oder Sozialhilfe leben, von 83 % (T1) auf 74 % (T4) zurück. 21 % gaben nach 18 Monaten PBS-Teilnahme an, in erster Linie von eigenem festen Einkommen leben zu können, im Gegensatz zu 14 % bei Teilnahmebeginn.

Was die Unterschiede zwischen den KlientInnen der beiden PBS-Clearingstellen betrifft, so ist festzustellen, dass die berufliche- und Einkommens-Situation der Neunkirchner Substituierten bei Teilnahmebeginn und im Betreuungsverlauf durchschnittlich besser war als die der Saarbrücker. Der Anteil an arbeitslosen KlientInnen lag in Neunkirchen über 20 % unter dem in der Landeshauptstadt. Da ein Großteil der langjährig drogenabhängigen und besonders schwer belasteten Saarländer in Saarbrücken lebt und behandelt/betreut wird und psychosoziale Defizite in dieser Gruppe in allen Lebensbereichen überdurchschnittlich repräsentiert sind, ist dieses Ergebnis erwartungsgemäß.

Die in 18 Monaten erreichten Ergebnisse sind in Anbetracht der schlechten Ausgangslage zwar nicht optimal, aber immerhin ermutigend. Die intensiven Bemühungen von KlientInnen und BetreuerInnen um eine Verbesserung der beruflichen Situation haben offensichtlich erste Früchte getragen. Dies gilt sowohl für das Ausmaß der Erwerbstätigkeit in der Zielgruppe als auch für die Qualität der Zusammenarbeit zwischen MitarbeiterInnen der jeweiligen Versorgungssektoren (PBS, Arbeitsvermittlung) und KlientInnen.

Ohne Zweifel bleibt aber auch zukünftig viel Arbeit gerade auf diesem Feld der PBS. Der Großteil der arbeitsfähigen und –willigen KlientInnen beider PBS-Clearingstellen ist aktuell nach wie vor nicht oder nur sehr schwer in Arbeit oder Ausbildung vermittelbar und daher unzufrieden mit der beruflichen- und Einkommenssituation. Dies wirkt sich in der Regel negativ auf die psychosoziale Gesamtverfassung der Betroffenen aus. Es fehlen in großem Umfang adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten; die Erprobung neuer Wege der beruflichen Wiedereingliederung drogenabhängiger oder substituierter Menschen, zum Beispiel in Form von Modellprojekten, findet bisher kaum statt. Die Kommunikation zwischen KlientInnen und MitarbeiterInnen der Arbeitsämter und anderer privater Anbieter ist verbesserungsfähig, der weitere Abbau von Vorurteilen und Stereotypen auf beiden Seiten wünschenswert. Bei alledem muss stets der beträchtliche Einfluss der Gesamtwirtschafts- und Arbeitsmarktlage berücksichtigt werden, der sich momentan eher negativ auswirkt. Außerdem wird auch in Zukunft gelten, dass die beschriebenen Anstrengungen und Betreuungsziele nicht für alle Mitglieder der Zielgruppe sinnvoll bzw. angebracht sind, da ein Teil der Substituierten aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen dem Arbeitsmarkt auch dauerhaft nicht mehr zur Verfügung stehen wird. Den Aussagen der BetreuerInnen nach trifft dies für mindestens ein Drittel der TeilnehmerInnen des Erprobungsvorhabens zu.

### **3.2.5. Finanzielle Situation / Schulden**

Ein Thema, das eng mit dem vorherigen zusammenhängt, ist die finanzielle Situation der ProjektteilnehmerInnen. Angesichts der beschriebenen beruflichen- und Einkommenssituation der Zielgruppe liegt es auf der Hand, dass auch hier massive Defizite und Probleme vorliegen. Da der Großteil der Klientel nicht über eigene Einkommensquellen verfügt, sondern vor allem von staatlichen Leistungen lebt und sehr viele Substituierte – insbesondere in Folge der hohen

Drogenbeschaffungs-Kosten - seit Jahren verschuldet sind, bedarf es auch in diesem Bereich der psychosozialen Betreuung umfangreicher Anstrengungen und Aktivitäten. Hierbei gilt wieder, dass ein entsprechend großzügiger Zeitrahmen vorausgesetzt werden muss, um signifikante Ergebnisse zu erreichen. Wie die nachfolgenden Tabellen belegen, sind die Probleme bzw. die Schulden zumindest eines Teils der KlientInnen so umfangreich, dass eine langjährige Phase der finanziellen Sanierung unvermeidlich ist.

Tab. 19. Bewertung der eigenen finanziellen Situation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf (Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	1 (Gut)	2 (Mittelmäßig)	3 (Schlecht)	Keine Angaben
T1 (Bei Beginn) n = 204	15 %	42 %	40 %	3 %
T 2 (6 Monate) n = 138	16 %	41 %	40 %	3 %
T 3 (12 Monate) n = 82	20 %	44 %	36 %	0
T 4 (18 Monate) n = 47	20 %	46 %	34 %	0

Tab. 20. Schulden bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf (Basis: Sozialberichte)

Stand 30.6.02	Bis 500 Euro	500 - 2.500 Euro	2.500 - 5.000 Euro	5.000 - 10.000 Euro	10.000 - 50.000 Euro	Über 50.000 Euro	Keine Schulden	Keine Angaben
T1 (Beginn) n = 204	4 %	9 %	13 %	8 %	15 %	1 %	35 %	15 %
T 2 (6 Monate) n = 138	5 %	9 %	12 %	8 %	15 %	1 %	43 %	7 %
T 3 (12 Monate) n = 82	10 %	7 %	17 %	5 %	18 %	2 %	38 %	3 %
T 4 (18 Monate) n = 47	6 %	9 %	14 %	6 %	13 %	2 %	45 %	5 %

Obwohl die MitarbeiterInnen der Clearingstellen während des Beobachtungszeitraums mit den meisten KlientInnen auch an der Verbesserung der finanziellen Situation arbeiteten, sind die erzielten Verbesserungen auf den ersten Blick nur gering bis moderat:

Immerhin lag der Anteil an schuldenfreien KlientInnen beim viertem Erhebungszeitpunkt (nach 18 Monaten) um 10 Prozent höher als bei Betreuungsbeginn und wurde die Selbsteinschätzung der finanziellen Situation im Verlauf der Betreuung etwas positiver.

Die durchschnittliche Schuldenhöhe der in der Gruppe der verschuldeten KlientInnen sank dagegen kaum und jede/r Ditte/r war auch nach 18 Monaten Projektteilnahme noch unzufrieden bis sehr unzufrieden mit der Finanzlage.

Dabei ist aber zweierlei zu berücksichtigen: Erstens ist der bisherige Beobachtungszeitraum zu kurz und sind viele KlientInnen noch nicht lange genug im Projekt, um deutlichere Verbesserungen erwarten zu können. Zweitens hätte sich die finanzielle Situation vieler KlientInnen nach eigenen Aussagen ohne psychosoziale Betreuung eher noch verschlechtert. Die meisten Substituierten gaben an, erst mit Beginn der PBS ernsthaft mit finanzieller Sanierung und Schuldenabbau begonnen zu haben. Bei Berücksichtigung dieser Fakten und in Anbetracht der meist langjährigen katastrophalen finanziellen Situation eines Großteils der KlientInnen fällt die Bilanz der Projektergebnisse, sozusagen auf den zweiten Blick, etwas besser aus.

Ohne Zweifel wird auch hier zukünftig weiterhin ein Schwerpunkt der Betreuungsarbeit liegen müssen, denn ein Leben, das von ständigen Geldsorgen und Existenznöten geprägt ist lässt die erwünschten Fortschritte im psychosozialen Bereich kaum zu. Neben einigen anderen Gegebenheiten ist eine einigermaßen gesunde finanzielle Situation wichtige Voraussetzung für die angestrebte Stabilisierung der Gesamtsituation der KlientInnen.

### **3.2.6. Soziale Kontakte**

Für viele Drogenabhängigen beinhaltet der Beginn einer Substitutionsbehandlung die zumindest teilweise Abkehr von Drogenszene und „Drogen-Bekanntem“. Dieser Prozess kann sich allerdings über einen längeren Zeitraum hinziehen und findet darüber hinaus nicht bei allen Substituierten statt. Wünschenswert im Sinne der Stabilisierung der gesamten psychosozialen Situation ist die kontinuierliche Loslösung von der „harten“ Szene und der Aufbau eines neuen Bekanntenkreises. Dabei ist auch die Einbindung in Gruppen, die sich vor allem aus anderen Substituierten zusammensetzen als Fortschritt zu werten.

Aus den Erfahrungen des Landesprogramms wissen wir, dass ca. 90 Prozent der Substituierten zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns fast ausschließlich Kontakte zur Drogenszene haben. Während der ersten zwei Jahre können dann aber über 60 % der KlientInnen Fortschritte bei der Loslösung und dem Aufbau eines neuen Bekanntenkreises aufweisen (vgl. Marzen, E., 2000). Dies entspricht den Ergebnissen unserer Befragung:

Die bisherigen KlientInnen des PBS-Projekts nahmen vor Betreuungsbeginn durchschnittlich genau zwei Jahre an einer Substitutionsbehandlung teil. Wie die Werte in Tabelle 21 zeigen, gaben „nur“ noch 37 % der Befragten bei Beginn der Projektteilnahme an, hauptsächlich in der Drogenszene zu verkehren. Fast zwei Drittel der KlientInnen berichteten von einem größtenteils drogenfreien Bekanntenkreis, wobei mit drogenfrei in diesem Fall frei von illegalen Drogen gemeint ist, denn andere Substituierte machten in den meisten (auch erfolgreichen) Fällen den Großteil des Bekanntenkreises aus. Das Ergebnis belegt, wie beträchtlich die positive Wirkung des Beginns der Substitutionstherapie und des Wegfalls ständigen Beschaffungsdrucks für die meisten KlientInnen ist.

Der positive Trend konnte während der ersten 18 Monate PBS-Projekt bestätigt und sogar leicht ausgebaut werden. Das Verhältnis von szenefernen und szenenahen Kontakten entwickelte sich zwischen den beiden äußeren Erhebungszeitpunkten in einem Umfang von ca. fünf Prozent zu Gunsten der szenefernen Beziehungen.

Tab. 21. Soziale Kontakte bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf  
(Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	Soziale Kontakte vor allem in der Drogenszene	Soziale Kontakte vor allem in drogenfreiem Bekanntenkreis
T1 (Bei Beginn) n = 204	37 %	63 %
T 2 (6 Monate) n = 138	42 %	58 %
T 3 (12 Monate) n = 82	38 %	62 %
T 4 (18 Monate) n = 47	32 %	68 %

Das ändert allerdings nichts daran, dass die Quote derer, die im Betreuungsverlauf hauptsächlich Szene-Kontakte oder aber gar keine Bekannten haben – trotz der hohen Bedeutung, die dem Thema von KlientInnen und BetreuerInnen beigemessen wurde (vgl. Tab. 7) - auch Ende 2002 noch hoch ist. Vielen KlientInnen fällt es nach Jahren der Abhängigkeit und Szenezugehörigkeit sehr schwer, in diesem Bereich voran zu kommen. Der Verbesserung bzw. Neustrukturierung der sozialen Beziehungen wird daher – im Rahmen der Betreuungsarbeit - auch in Zukunft hohe Priorität eingeräumt werden müssen.

Dabei gilt wie für die anderen unter Kapitel 3.2. aufgeführten PBS-Themen, dass die Nachhaltigkeit und Langfristigkeit der entsprechenden Angebote und Betreuungsmöglichkeiten gegeben sein muss, denn die Schaffung neuer Freizeitinhalte und der Aufbau eines neuen Bekanntenkreises brauchen Zeit, in nicht wenigen Fällen sogar viel Zeit, das lehrt die bisherige Erfahrung der Clearingstellenarbeit.

### **3.2.7. Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung**

Die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung ist für viele i. v. opiatabhängige DrogenkonsumentInnen – insbesondere aufgrund der daraus resultierenden raschen Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung - der erste Schritt in Richtung Drogenszene-Ausstieg und Lebensstabilisierung. In unserem Fall ist die medizinische Behandlung der Suchterkrankung außerdem Ausgangspunkt und Voraussetzung für das Zustandekommen der psychosozialen Betreuung. In den Praxen der substituierenden ÄrztInnen finden seit Projektbeginn die ersten Kontakte zwischen KlientIn und BetreuerIn statt. Die meisten KlientInnen verbringen, besonders in der Anfangsphase der Behandlung, viel Zeit in den Arztpraxen / Suchtambulanzen. Es liegt daher auf der Hand, dass nicht nur die Inhalte der medizinischen Therapie, sondern auch die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung einen hohen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der KlientInnen und das Ausmaß ihrer Entwicklungserfolge haben. Das Verhältnis des/der Klienten/in zum/zur substituierenden Arzt/Ärztin und zum Praxisteam und die Vergabe- und Mitgabemodalitäten sind hierbei zentrale Themen.

Aus der Erfahrung von über zehn Jahren Substitutionsbehandlung wissen wir, dass in diesen Bereichen entstehende Probleme, wenn überhaupt, vor allem in der ersten Phase der Behandlung auftreten und sich die Rahmenbedingungen der Therapie, analog zu den Fortschritten in allen anderen Lebensbereichen, mit zunehmender Behandlungsdauer verbessern. Die während des Projekt-Beobachtungszeitraums erhobenen Daten bestätigen diese Erfahrungen.

Die Einschätzung der Rahmenbedingungen der Substitutionstherapie fiel bei Betreuungsbeginn in ca. 70 % der Fälle positiv aus. Wie erwartet, lag der Anteil an zufriedenen KlientInnen in der Gruppe der „alten Hasen“ (4 – 15 Jahre Therapieerfahrung) mit ca. 90 % höher als der entsprechende Anteil in der Gruppe der „NeueinsteigerInnen“ (0 – 12 Monate Therapieerfahrung), der bei 60 % lag.

Im Projektverlauf verringerten sich die Bewertungs-Differenzen zwischen beiden Gruppen (85 % vs. 75 %) und der Anteil der mit den Rahmenbedingungen der Substitutionstherapie (Beziehungen zu ÄrztInnen und Praxispersonal, Behandlungsatmosphäre, Vergabe- und Mitgabemodalitäten) zufriedenen KlientInnen stieg in der Gesamtgruppe nach durchschnittlich einem Jahr PBS auf über 80 %.

Auch die behandelnden ÄrztInnen waren sich im Projektverlauf einig, dass es in diesem Bereich insgesamt aufwärts geht. Ihre Bewertung der Therapiestabilität, der Behandlungsatmosphäre, der Mitgabemöglichkeiten und der KlientInnen-Compliance fiel von Erhebungszeitpunkt zu Erhebungszeitpunkt besser aus. In Folge der Unterstützung durch die MitarbeiterInnen der Clearingstellen konnte die Behandlungsgrundlage bei einigen besonders schwierigen KlientInnen gerettet bzw. wieder hergestellt werden.

Besonders deutlich wird dieser Trend bei Betrachtung der Entwicklung der Mitgaberegelung für die KlientInnen des PBS-Projekts, die – da sie die Einschätzung der ÄrztInnen bzw. die Entwicklung der Gesamtverfassung, der Beigebrauchsentwicklung und der Compliance widerspiegelt - einen wichtigen Indikator für die Stabilität der Therapieverläufe darstellt. Die Zahl der hochfrequenten Behandlungs- bzw. Vergabekontakte (täglich, alle zwei Tage) sank mit steigender Behandlungsdauer, die der niederfrequenten (wöchentlich) stieg dagegen. Während bei Betreuungsbeginn 50 % aller KlientInnen täglich zur Vergabe erscheinen mussten und lediglich 13 % ihr Substitutionsmedikament für eine Woche im Voraus erhielten, konnten die entsprechenden Werte nach durchschnittlich einem Jahr Projektteilnahme auf 20 % (täglich) bzw. 40 % (wöchentlich) verbessert werden.

Alle Beteiligten waren sich nach den ersten 18 Monaten PBS-Projekt einig in der Einschätzung, dass die Behandlung der Clearingstellen-KlientInnen insgesamt sehr zufriedenstellend verlief. KlientInnen, ÄrztInnen und BetreuerInnen berichteten im gesamten Beobachtungszeitraum nur in geringem Ausmaß und wenigen Fällen von Problemen, die im Kontext der Therapie-Rahmenbedingungen aufgetreten sind. Die Kombination von medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung trägt offensichtlich auch in diesem Bereich, der von elementarer Bedeutung für das Erreichen des Gesamtziels der psychosozialen und gesundheitlichen Erholung ist, zur Stabilisierung der Lage bzw. Optimierung der Therapieverläufe bei.

### **3.2.8. Körperliche und psychische Gesundheit**

Die schweren gesundheitlichen Folgen der Drogen- bzw. Opiatabhängigkeit sind seit geraumer Zeit hinreichend bekannt und vielfältig beschrieben worden (z. B. Götz, J., 1995; Raschke, P., Verthein, U., Kalke, J, 1996).

„Die Gesundheitsprobleme resultieren nicht nur aus den Wirkungen der Drogen, sondern auch aus der intravenösen Applikationsform der entsprechenden Substanzen und den aus der Illegalität resultierenden schlechten Anschaffungs-, Zubereitungs- und Konsumbedingungen, unter denen ein Teil der i.v. Opiatabhängigen illegale Drogen konsumiert. Dies gilt primär für die Städte, in denen es weder Konsumräume noch Spriztentausch-Programme gibt. Neben den

aus den miserablen Lebensbedingungen entstehenden Gesundheitsrisiken führt das polytoxikomane Konsummuster der meisten i.v. Opiatabhängigen zu entsprechenden Problemen. Meistens werden neben Heroin auch andere Drogen konsumiert, so zum Beispiel Benzodiazepine, Kokain, Barbiturate, Amphetamine, Codein, Alkohol oder Cannabisprodukte. Mangelnde Informationen über die Wechselwirkungen der jeweiligen Drogen und den Reinheitsgrad der in der Regel auf dem Schwarzmarkt illegal erworbenen Substanzen führen häufig zu Fehldosierungen und entsprechenden somatischen und/oder psychischen Gesundheitsschäden. Besonders schwere gesundheitliche Folgen haben Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV, deren Prävalenzen für i.v. Opiatabhängige weit über dem Durchschnitt liegen und massiv zu der hohen Mortalität beitragen. Ebenfalls weit verbreitet sind bakterielle Infektionen wie Abszesse, Phlegmone, Venenentzündungen, Thrombosen und Pneumonien. Auch epileptische Anfälle, Atemwegserkrankungen, Ernährungsstörungen, verschiedenste neurologische Erkrankungen sowie Intoxikationen und drogeninduzierte Unfälle treten überdurchschnittlich häufig auf ..... Eine herausragende Rolle im Krankheitsbild der DrogenkonsumentInnen spielt das Phänomen der Komorbidität, das das gemeinsame Auftreten von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch bezeichnet (Krausz, M., 1994). Bei vielen KlientInnen ist von einer früheren und die Drogenabhängigkeit mitbedingenden psychischen Störung auszugehen. Dabei können allerdings keine definitiven Aussagen über das Ursache-Wirkungsverhältnis und eine grundsätzliche gemeinsame Prädisposition für beide Befunde gemacht werden. Auch hier ist, neben bestehenden Prädispositionen und den Wirkungen verschiedener Drogen bzw. Drogencocktails, der Einfluss der durch die Illegalität und die Kriminalisierung hervorgerufenen sehr schwierigen Lebensbedingungen auf das Entstehen einer psychischen Störung zu berücksichtigen..... Feststellbar ist jedenfalls die Tatsache, dass eine Vielzahl psychischer Störungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen und depressive Störungen bei den KonsumentInnen illegaler Drogen häufig diagnostiziert werden. Die psychische Befindlichkeit der meisten i.v. Opiatabhängigen ist labil und ihre Mortalität weit überdurchschnittlich“ (Marzen, E., 2000, S.37).

Seit mindestens 10 Jahren ist die Substitutionstherapie (weltweit) die wichtigste Behandlungsmethode der Opiatabhängigkeit. Ihre Sinnhaftigkeit und Effizienz wurde inzwischen ebenfalls umfassend evaluiert und dargestellt und ist heute in ernstzunehmenden Fachkreisen nicht mehr umstritten. Die Teilnahme an einer Ersatzstoff- oder Substitutionsbehandlung gibt den Abhängigen – oft nach langjähriger „Suchtkarriere“ - die Möglichkeit der gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung. Ein Teil der Substituierten beginnt die Therapie mit der Perspektive des Ausstiegs bzw. des Erreichens baldiger Abstinenz, ein anderer (größerer) Teil nimmt die Behandlung zuerst im Sinne einer praktischen (Über-) Lebenshilfe bzw. Symptomlinderung und gesundheitlichen Erholung in Anspruch, ohne das konkrete Ziel der Drogenfreiheit von Anfang an zu verfolgen. Die gesundheitliche Situation der KlientInnen verbessert sich unabhängig von der Ausgangslage mit zunehmender Behandlungsdauer und die Mortalität in der Zielgruppe verringert sich deutlich, auch das ist Ergebnis zahlreicher Untersuchungen.

Da die bisherigen KlientInnen des PBS-Projekts bei Betreuungsbeginn im Durchschnitt schon zwei Jahre an einer Substitutionstherapie teilnahmen, steht außer Zweifel, dass sich ihr Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt – im Vergleich zur Situation vor Substitutionsbeginn – schon deutlich stabilisieren konnte. Dies gilt natürlich in höherem Ausmaß für die KlientInnen, die bei Beginn der Projektteilnahme schon mindestens ein paar Monate substituiert wurden (ca. 70 %) als für die, die zeitgleich oder zumindest zeitnah mit medizinischer Therapie und PBS begannen.

Das Ausmaß der gesundheitlichen Belastungen entsprach bei Betreuungsbeginn ungefähr dem, was auch die KlientInnen des Landesprogramms nach einer durchschnittlich zweijährigen Substitutionsbehandlung an gesundheitlichen Problemen aufwiesen (Marzen, E., 2000, S. 37 ff). Dies ist angesichts der großen Überschneidungen zwischen den jeweiligen Zielgruppen nicht überraschend. Doch auch nach durchschnittlich zwei Jahren Behandlungsdauer waren die gesundheitlichen Probleme in der Zielgruppe beträchtlich. Aus den folgenden drei Tabellen wird ersichtlich, in welcher Form und in welchem Umfang die Beeinträchtigungen bei Betreuungsbeginn vorlagen.

Tab. 22. Auswahl von Häufigkeiten diagnostizierter Erkrankungen bei Betreuungsbeginn (Basis Gesundheitsberichte)

T 1 (Bei Beginn), n = 167	
Spritzenabszesse, Phlegmone, Thrombophlebitis	ca. 50 %
Chronische Bronchitis/Asthma	ca. 40 %
Schwere Gebisschäden	ca. 50 %
Schwere Verletzungen nach drogeninduzierten Unfällen	ca. 10 %
Reduzierter Allgemeinzustand	ca. 60 %
Reduzierter Ernährungszustand	ca. 40 %

Tab. 23: Prävalenzraten von HIV, AIDS und Hepatitiden bei Betreuungsbeginn (Basis Gesundheitsberichte)

T 1 (Bei Beginn)	HIV positiv / AIDS	Hepatitis A Z. n.	Hepatitis B Z. n.	Hepatitis C
n = 167	7 %	20 %	60 %	75 % (60 % chron.)

Tab. 24. Psychische Störungen bei Betreuungsbeginn (Basis Gesundheitsberichte)

T 1 (Bei Beginn), n = 167	
Depression	40 %
Persönlichkeitsstörung	35 %
Angststörung	10 %
Psychose	5 %
Organisch bedingte psychische Störung	2 %

Durch die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung bzw. die in Folge der PBS erwartete Stabilisierung von Gesamtsituation und Therapieverlauf sollten die durch den Beginn der Substitutionsbehandlung erreichten positiven Trends in den einzelnen Bereichen der gesundheitlichen Entwicklung gefestigt und ausgebaut werden. Dem Erreichen dieses Projektziels wurde von Fachleuten und KlientInnen eine hohe Priorität eingeräumt, was sich bei letzteren unter anderem darin äußerte, dass sie das Thema während des gesamten Beobachtungszeit-

raums von 18 Monaten als zentralen PBS-Inhalt bzw. als Hauptanliegen der Projektteilnahme einstuften (vgl. Kap. 3.1.3.).

Der Einschätzung von KlientInnen, ÄrztInnen und BetreuerInnen nach konnte das Ziel der gesundheitlichen Stabilisierung im bisherigen Projektverlauf in hohem Umfang erreicht werden. Nach Aussage der substituierenden ÄrztInnen führte die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung bei einem Großteil der KlientInnen auch zu Fortschritten hinsichtlich der Therapiestabilität (vgl. Kap.3.2.7.), was sich fast immer positiv auf Therapieverlauf und Gesundungsprozesse auswirkte. Die Fortschritte, die im Betreuungsverlauf erzielt wurden, betreffen alle Bereiche der physischen und psychischen Gesundheit.

#### Somatische Erkrankungen:

Die im Vordergrund der „Erstversorgung“ drogenabhängiger Menschen stehende Therapie der typischen „Junkie“-Erkrankungen (Spritzenabszesse, Phlegmone, Bronchitis, Gebisssschäden, reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, etc.) konnte bei einem Großteil der neuen KlientInnen erfolgreich durchgeführt werden. Der Umfang an Belastungen in diesem Bereich verringerte sich in der Gesamtgruppe im Betreuungsverlauf deutlich. Ebenso verhielt es sich mit dem Umfang interkurierender Erkrankungen (virale und bakterielle Infektionen, chronische Bronchitiden, rezidiv. Gastriden, etc.), welche auch bei den schon länger an der Behandlung teilnehmenden KlientInnen – vor allem aufgrund bestehender Abwehrschwächen und/oder schwerer Virusinfektionen (Hepatitis C) - im Therapieverlauf immer wieder auftraten. Auch diese Neuerkrankungen konnten in den meisten Fällen gut behandelt und häufig geheilt werden. Der Allgemein- und Ernährungszustand der PBS-KlientInnen besserte sich entsprechend von Erhebungszeitpunkt zu Erhebungszeitpunkt.

#### Hepatitis- und HIV-Infektionen und Erkrankungen:

Die Therapie schwerer Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV, die bei einem Großteil der Zielgruppe vorliegen, ist eine der zentralen Aufgaben bei der medizinischen Behandlung Drogenabhängiger bzw. Substituierter. Die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen sind zeit- und kostenaufwendig und langwierig. Entsprechend groß ist der Aufwand, der zur Erreichung der Ziele betrieben werden muss. Die Ziele der Substitutionsbehandlung beinhalten gleichermaßen die Prävention von Neuinfektionen wie die positive Beeinflussung bzw. Beendigung des Krankheitsverlaufs bei bestehenden chronischen bzw. akuten Infektionskrankheiten.

Im Projektverlauf nahm insbesondere die Behandlung chronisch verlaufender Hepatitis-C-Erkrankungen, die in 60 % der Gesamtfälle vorlagen, breiten Raum ein. Die Erfolgsaussichten waren dabei - je nach Ausgangssituation - sehr unterschiedlich, denn es gibt nach wie vor zur Zeit nur begrenzte Möglichkeiten, eine chronisch verlaufende Hepatitis zu therapieren. Eine medikamentöse Therapie (z.B. Interferon-Alpha-Therapie) hat längst nicht bei allen Betroffenen Aussicht auf Erfolg. Nur eine relativ eng umschriebene Symptomatik und ein entsprechend unproblematischer (v.a. benzodiazepan- und alkoholfreier) Beikonsum erlauben bisher die bedenkenlose Anwendung dieser Therapieform, die allerdings häufig von schweren Nebenwirkungen begleitet ist und auch nicht in jedem Fall erfolgreich verläuft. Bei allen anderen KlientInnen muss sich die Therapie vor allem darauf konzentrieren, den Verlauf der Krankheit möglichst lange und weitreichend positiv zu beeinflussen und auftretende Folgeerkrankungen der Infektion zu behandeln.

Den Aussagen der substituierenden ÄrztInnen nach, konnten im Projektverlauf bei der Behandlung chronischer Lebererkrankungen gute Ergebnisse erzielt werden. Dies betrifft sowohl

die KlientInnen, bei denen die Stabilisierung der Krankheitsverläufe im Vordergrund der Behandlung stand als auch diejenigen, die eine medikamentöse Therapie mit dem Ziel der Heilung absolvierten. Im Beobachtungszeitraum verbesserte sich der Allgemein-Gesundheitszustand in beiden Gruppen mit zunehmender Behandlungsdauer. Es wurden außerdem jeweils fünf Fälle von Heilungen von Hepatitis-B und Hepatitis-C-Erkrankungen erreicht.

Bei der Behandlung der HIV-infizierten und AIDS-kranken KlientInnen (7 %) lag der Therapieschwerpunkt, ähnlich wie bei chronisch an Hepatitis-B oder- C erkrankten, im Bereich lebensverlängernder Maßnahmen bzw. der Reduktion der Begleitsymptome und Verbesserung der Gesamtgesundheit. Auch hier konnten im Projektverlauf Fortschritte erreicht werden. Der Allgemein- und Ernährungszustand von 13 der 18 betroffenen KlientInnen stabilisierte oder verbesserte sich während des Beobachtungszeitraums.

Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass im gesamten Projektverlauf kein einziger neuer Fall von Hepatitis oder HIV auftrat bzw. bekannt wurde. Dass die Gefahr einer Neuankomstung mit Hepatitis- und HI-Viren und entsprechend schwerer Folgeerkrankungen durch die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung in erheblichem Maße verringert wird, ist allgemein bekannt, doch eine solche Quote ist sicher als außergewöhnlich zu bezeichnen und in Anbetracht der Schwere der Krankheitsbilder nicht hoch genug zu bewerten.

#### Psychische Störungen:

Die mit der Teilnahme an Substitutionsbehandlung und PBS verbundene Beruhigung der Gesamtsituation wird besonders an der Stabilisierung der psychischen Gesamtverfassung deutlich. Wenngleich die Datenbasis zur Entwicklung der psychischen Gesundheit relativ bescheiden ausfällt und keine Angaben über den genauen Umfang der Fortschritte erlauben, belegen die vorliegenden Gesundheitsberichte und schriftlichen Projektbewertungen von BetreuerInnen und ÄrztInnen auch hier einen positiven Trend bzw. eine im Behandlungsverlauf zunehmende Besserung der Symptome und Störungsbilder. Die behandelnden ÄrztInnen waren sich einig in der Auffassung, dass die Auftretenshäufigkeit akuter Ereignisse wie schwerer depressiver Episoden, psychotischer Schübe oder Panikattacken im Beobachtungszeitraum in der Gesamtgruppe (weiter) abnahm und neurotische, affektive und Persönlichkeitsstörungen in sehr vielen Fällen gut behandelt und stabilisiert werden konnten.

Aus Perspektive der KlientInnen (Sozialberichte, Interviews) trugen sowohl die medizinische Behandlung (Medikation, Beratung) als auch die psychosoziale Betreuung zu der positiven Entwicklung bei. Die durchschnittliche psychische Befindlichkeit der Gesamtgruppe verbesserte sich in Folge des Rückgangs psychopathologischer Ereignisse und Krisen während der PBS-Teilnahme erheblich.

Mindestens in vergleichbarem Umfang wie bei den anderen Merkmalen der gesundheitlichen Entwicklung gilt für die Therapie psychischer Störungen, dass es bei der Behandlung bzw. Heilung besonders schwerer Verläufe eines großzügigen Zeitrahmens sowie der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bedarf. Durchaus verbesserungswürdig ist in diesem Zusammenhang die psychotherapeutische Versorgung der KlientInnen. Bis auf ganz wenige Ausnahmen hatten die von psychischen Störungen belasteten ProjektteilnehmerInnen keinerlei Erfahrungen mit ambulanten Psychotherapien. Dies liegt nicht nur an der relativ bescheidenen Nachfrage, sondern in nicht wenigen Fällen auch an der ablehnenden Haltung angefragter Therapeuten und den extrem langen Wartezeiten, die den KlientInnen angeboten wurden. Auch angesichts dieser Tatsache wird die hohe Bedeutung einer die medizinische Behandlung begleitenden, Beratung und Motivationsarbeit beinhaltenden psychosozialen Betreuung evident.

### Beigebrauch:

„Eines der wesentlichen Ziele der Substitutionsbehandlung ist die Beendigung bzw. Reduzierung des Gebrauchs illegaler Drogen. Vor allem mit der Beendigung des i.v. Heroinkonsums wird auch das Ziel verfolgt, das hohe Infektionsrisiko der DrogenkonsumentInnen zu senken. Die Reduzierung des Beigebrauchs zusätzlicher Drogen oder psychotroper Substanzen ist eine wichtige Voraussetzung, um Erkrankungen, die in engem Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehen, erfolgreich zu behandeln (Arnold, Feldmeyer-Thon, Simmerdinger, Frietsch 1995 b). Außerdem verhindern ein fortbestehender Beikonsum und der daraus resultierende Beschaffungsdruck eine konsequente Loslösung von der illegalen Drogenszene und den hochproblematischen Lebensbedingungen“ (Marzen, E., 2000, S. 49).

Trotz der durchschnittlich bereits zweijährigen Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung wiesen zwischen 70 bis 80 % der Clearingstellen-KlientInnen bei PBS-Beginn einen umfangreichen und massiv gesundheitsgefährdenden Beigebrauch auf. Er beinhaltete – in einem für diese Zielgruppe typischen Umfang - sowohl legale (Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate, etc.) als auch illegale Drogen (Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, etc.). Ausschließlicher Opiatkonsum ohne zusätzliche „Selbstmedikation“ lag in nur sehr wenigen Fällen vor.

Wie alle anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen war auch der Beigebrauch illegaler Drogen im Projekt-Beobachtungszeitraum mit zunehmender Behandlungs- /Betreuungsdauer rückläufig. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass dies in einem noch stärkeren Ausmaß stattfand, als es ohne die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung zu erwarten gewesen wäre. Wir wissen seit der Evaluation des saarländischen Methadon-Landesprogramms, dass gerade hinsichtlich der Beigebrauchsproblematik Erfolge schwierig sind und in der Regel eines großzügigen Behandlungs-/Betreuungs-Zeitrahmens bedürfen. Ebenso bekannt ist die große Bedeutung, die die Reduktion des Beigebrauchs für zahlreiche Aspekte der psychosozialen und gesundheitlichen Entwicklung hat (z.B. soziale Beziehungen (Szenekontakte), justitielle Belastungen, gesundheitliche Entwicklung, Mitgabemodus, Mortalitätsrisiko, etc.).

Umso positiver ist die Tatsache zu bewerten, dass der Umfang an neben dem Substitutionsmedikament konsumierten Drogen im Beobachtungszeitraum bei jedem der vier Erhebungszeitpunkte geringer wurde und schon nach 18 Monaten ein um – im Vergleich zur Situation bei Betreuungsbeginn – mindestens 15 bis 20 Prozent niedrigeres Niveau des Beigebrauchs erreicht werden konnte.

### **3.2.9. Fazit: Entwicklung der Gesamtsituation im Betreuungsverlauf**

Nach einer 18-monatigen Projektphase sind die Ergebnisse zur Frage der psychosozialen und gesundheitlichen Entwicklung insgesamt sehr ermutigend. Zwar fielen die Verbesserungen in den einzelnen Bereichen je nach Ausgangssituation und Rahmenbedingungen unterschiedlich stark aus und sind die Erfolge in den Bereichen „Hilfesystem-Kompetenz“, „Wohnsituation“, „justitielle Belastungen“, „Therapierahmenbedingungen“ und „Gesundheitszustand“ deutlicher sichtbar als die Fortschritte in der Entwicklung von „beruflicher Situation“, „finanzieller Situation“ und „Szenekontakten“. Entscheidend ist jedoch die Tatsache, dass nach Ablauf des Beobachtungszeitraums in Folge der Kombination von medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung in allen für die KlientInnen relevanten Lebensbereichen zumindest positive Entwicklungstrends erreicht werden konnten und die Mortalität innerhalb der Ziel-

gruppe mit 0,5 Prozent extrem niedrig ausfiel. Bestätigt wird der Projekterfolg weiterhin durch die angesichts der Kürze des Beobachtungszeitraums sehr gute Quote von fast acht Prozent abstinent ausscheidenden KlientInnen.

Es ist bekannt, dass alleine die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung eine deutliche Stabilisierung der Gesamtsituation zur Folge hat. Offensichtlich ist aber für einen Großteil bzw. mindestens die Hälfte der KlientInnen zusätzliche psychosoziale Unterstützung bei der Erreichung der vielfältigen Ziele äußerst hilfreich. Die beträchtlichen während des Evaluationszeitraums erzielten Fortschritte wären ohne die PBS-Teilnahme nicht in diesem Umfang zu erwarten gewesen, darüber waren sich behandelnde ÄrztInnen und PBS-BetreuerInnen einig. Dies gilt in gleichem Maß für die KlientInnen, die in Saarbrücken betreut wurden, wie für die Neunkirchner ProjektteilnehmerInnen, wobei die Gruppe der Saarbrücker Substituierten („Hauptstadt-Szene-Phänomen“) erwartungsgemäß sowohl bei Betreuungsbeginn als auch im Betreuungsverlauf die größeren psychosozialen und gesundheitlichen Probleme aufwies.

Auch aus der Perspektive der KlientInnen ist die Entwicklung der Gesamtsituation im bisherigen Projektverlauf sehr zufriedenstellend. Dies wurde in zahlreichen Aussagen, Interviews und Fragebogen-Statements deutlich. Um einen zusätzlichen Indikator für das im Rahmen der Projektziele zentrale Kriterium der KlientInnenzufriedenheit zu erhalten, wurden die ProjektteilnehmerInnen während der psychosozialen Betreuung an (maximal) vier Erhebungszeitpunkten danach gefragt, wie sie ihre psychosoziale Gesamtsituation selbst bewerten.

Tab. 25. Selbsteinschätzung der psychosozialen Gesamtsituation bei Betreuungsbeginn und im Betreuungsverlauf (Basis Sozialberichte)

Stand 30.6.02	1 / Sehr gut	2 / Gut	3 / Passabel	4 / Mäßig	5 / Schlecht	6 / Sehr schlecht	Bewertungs- durchschnitt
T1 (Bei Beginn) n = 204	2 %	19 %	28 %	30 %	14 %	7 %	3,5
T 2 (6 Monate) n = 138	3 %	28 %	36 %	23 %	9 %	1 %	3,1
T 3 (12 Monate) n = 82	2 %	27 %	36 %	26 %	9 %	0	3,1
T 4 (18 Monate) n = 47	6 %	34 %	21 %	31 %	6 %	0	3,0
T 1 bis T 4 n = 471	3 %	25 %	31 %	27 %	11 %	3 %	3,3

Erfreulicherweise decken sich die Ergebnisse dieser Befragung mit den bisher dargestellten Projektergebnissen. Die KlientInnen schätzten ihre eigene psychosoziale Gesamtsituation mit steigender Teilnahmedauer im Durchschnitt zunehmend positiv ein. Besonders die Veränderungen im ganz unteren (schlecht, sehr schlecht) und ganz oberen Bereich (gut, sehr gut) der

Bewertungen sind hierbei sehr positiv. Nach 18 Monaten PBS stieg die Quote der KlientInnen, die mit ihrer Situation insgesamt zufrieden oder sogar sehr zufrieden sind um ca. 100 %, während der Anteil an mit der eigenen psychosozialen Situation unzufriedenen oder sehr unzufriedenen Substituierten um über 70 % abnahm.

Dieses Ergebnis bestätigt den Gesamteindruck eines bisher durchaus positiven und erfolgreichen Projektverlaufs und ermutigt in Anbetracht seiner Deutlichkeit zur Fortsetzung der effizienten Betreuungsarbeit.

### **3.3. Die Optimierung der PBS-Versorgung in den Landkreisen Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis und Saar-Pfalz-Kreis**

Da ca. 85 Prozent der Zielgruppe substituierter Menschen im Stadtverband Saarbrücken und im Landkreis Neunkirchen leben und vor allem dort vor Beginn des Modellprojekts eine Versorgungslücke drohte, stand die Einrichtung der beiden PBS-Clearingstellen im Zentrum der Projektbemühungen. Die in Kapitel 3.1. und 3.2. dargestellten Ergebnisse verdeutlichen den großen Erfolg dieser Maßnahmen.

Neben diesen Schwerpunkten des Erprobungsvorhabens sollte das Projekt jedoch auch neue Erkenntnisse über die Substitutions- und PBS-Versorgungssituation und entsprechenden Optimierungsbedarf in den anderen vier saarländischen Landkreisen ermöglichen. Wenngleich der Bedarf an Substitutionstherapien und PBS erfahrungsgemäß in den Regionen mit hauptsächlich ländlichem Charakter vergleichsweise gering ist, besteht auch hier die Notwendigkeit transparenter Strukturen und ausreichender Angebote. Beides war vor Beginn des Erprobungsvorhabens nicht gegeben. Um dies zu ändern bzw. mindestens erste Schritte in diese Richtung zu unternehmen, organisierte das zuständige Fachreferat des saarländischen Gesundheitsministeriums 2001 und 2002 verschiedene Informations- bzw. Koordinations-Treffen mit den an der Substitution beteiligten Fachleuten und Einrichtungen der vier Landkreise (substituierende ÄrztInnen, Beratungsstellen, Gesundheitsämter). Folgende Ziele und Inhalte standen im Vordergrund der Zusammenarbeit :

- Information über das Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ und die Entwicklung der Clearingstellenangebote in Saarbrücken und Neunkirchen
- Persönliches Kennenlernen aller an der Substitutionstherapie im jeweiligen Landkreis beteiligten Fachleute
- Förderung von Zusammenarbeit und Vernetzung aller beteiligten Einrichtungen und Fachleute
- Klärung der Versorgungsstruktur (wer macht welche Arbeit mit welchen KlientInnen, wo, wie und in welchem Umfang?) und des Verhältnisses von Angebot und Nachfrage (Bedarf) an PBS-Leistungen
- Diskussion potentieller Maßnahmen zur Reduzierung bzw. Schließung von Versorgungslücken bei Substitutionsbehandlung und PBS-Angeboten / Erstellung regionaler Prioritätenlisten

Nach Einschätzung der MitarbeiterInnen des MiFAGS und eines Großteils der Fachleute aus den Landkreisen verlief die Zusammenarbeit in den ersten 18 Monaten des Erprobungsvorhabens zufriedenstellend. Die dargestellten Ziele wurden größtenteils erreicht.

So konnte der Informationsaustausch zwischen den substituierenden ÄrztInnen, den MitarbeiterInnen der PBS-Einrichtungen, der Gesundheitsämter und dem saarländischen Gesundheitsministerium intensiviert und verbessert werden. In den Landkreisen, in denen es ein Versorgungsangebot gibt, nahm die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den substituierenden ÄrztInnen und den Akteuren des Suchthilfesystems zu. Vor allem aber konnte die vor Beginn des Modellprojekts sehr unübersichtliche (Substitutions- und PBS-) Versorgungssituation in den vier Landkreisen Merzig-Wadern, St. Wendel, Saarlouis und Saar-Pfalz-Kreis im Projektverlauf, wie die in Saarbrücken und Neunkirchen auch, erstmals transparent gemacht werden. Für jeden Landkreis wurde geklärt, welches Angebot und welche Hilfesystemstrukturen vorhanden sind und in welchem Ausmaß Änderungs- bzw. Optimierungsbedarf vorliegt. Wie wir sehen werden, bestehen außerhalb der Projektschwerpunkt-Regionen teilweise beträchtliche Versorgungsmängel. Im folgenden wird die Situation in den einzelnen Landkreisen beschrieben, wie sie sich Ende 2002 darstellt.

### Landkreis Saarlouis

Aktuell nehmen ca. 50 KlientInnen an einer Substitutionsbehandlung teil. Dies ist nach Saarbrücken und Neunkirchen die drittgrößte KlientInnenzahl im Saarland. Die KlientInnen verteilen sich auf drei niedergelassene ÄrztInnen in Lebach (30), Bous (15) und Saarlouis (5). Bei fast der Hälfte der Substituierten handelt es sich um „Aussiedler-Deutsche“ russischer Abstammung. Lediglich 8 bis 10 der substituierten KlientInnen werden zusätzlich psychosozial betreut und zwar in den Suchtberatungsstellen der Arbeiterwohlfahrt und des Caritas-Verbands. Der Grad der Vernetzung zwischen substituierenden ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Beratungsstellen kann heute – nicht zuletzt in Folge der vom MiFAGS organisierten Informations- und Koordinationstreffen – als zufriedenstellend bezeichnet werden. Die Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen nahm wie der Umfang des Konsums illegaler Drogen im Landkreis Saarlouis in den Jahren 2000 bis 2002 kontinuierlich zu. Schwerpunkte der weit verzweigten und relativ unübersichtlichen Drogenszene im Landkreis sind Saarlouis, Schmelz und Lebach.

Die an der Behandlung und PBS beteiligten Fachleute sind sich in der Einschätzung einig, dass die Anzahl substituierender ÄrztInnen und die der PBS-Anbieter zwar gerade noch ausreichend, aber angesichts der zunehmenden Nachfrage nicht zufriedenstellend ist. Mindestens ein bis zwei weitere Arztpraxen, in denen Substitutionsbehandlungen angeboten werden, wären nach Meinung der Experten notwendig, um eine befriedigende medizinische Versorgungssituation zu erreichen. Ähnliches gilt für die PBS-Versorgungslandschaft. Die personellen Ressourcen, die aktuell für die psychosoziale Betreuung substituierter Menschen im Landkreis Saarlouis zur Verfügung stehen, sind äußerst bescheiden. Außerdem entsprechen die strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen der Beratungsstellen größtenteils nicht den Bedürfnissen der Zielgruppe. Weder Case-Management, noch Streetwork und aufsuchende Sozialarbeit finden bisher in ausreichendem Umfang statt. So konnten im gesamten Projekt-Beobachtungszeitraum nur ca. 20 Prozent der Substituierten für die Teilnahme an PBS-Maßnahmen gewonnen werden. Insbesondere die stetig größer werdende Gruppe der abhängigen Aussiedler-Deutschen (v.a. in Saarlouis und Lebach) ist unzureichend psychosozial versorgt und gibt aufgrund ihres hohen (Selbst-) Zerstörungspotentials Anlass zur Sorge. Es bedürfte hier zukünftig eines speziellen Angebots für russischsprachige KlientInnen, wie es auch in Saarbrücken und Neunkirchen vorgehalten wird.

### Landkreis Merzig-Wadern

Anders als in Saarlouis ist die Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen im Landkreis Merzig-Wadern in den letzten Jahren auf niedrigem Niveau relativ konstant. Ende 2002 wurden, ähnlich wie 2001 und 2000, sechs bis acht KlientInnen bei drei niedergelassenen ÄrztInnen behandelt. Der überwiegend ländliche Charakter des nördlichen Saarlandes ist für den Großteil der schwer drogenabhängigen oder substituierten KlientInnen offensichtlich nicht attraktiv. Das belegen auch die weiter unten dargestellten Verhältnisse im Landkreis St. Wendel. Viele Betroffene bevorzugen die Anonymität der Städte und leben daher lieber in der Landeshauptstadt. Die psychosoziale Betreuung der Substituierten in Merzig-Wadern wird bereits seit längerer Zeit ausschließlich von den Beratungsstellen der Arbeiterwohlfahrt geleistet. Auch hier waren in den letzten Jahren keine größeren Schwankungen zu beobachten. Ende 2002 befanden sich vier KlientInnen in Kontakt mit bzw. in Betreuung bei den MitarbeiterInnen der AWO-Beratungsstellen. Den Aussagen aller im Landkreis an der Substitutionstherapie / PBS beteiligten Fachleute nach besteht aktuell in der Frage der Versorgungssituation kein dringender Handlungsbedarf.

### Saar-Pfalz-Kreis

Im Saar-Pfalz-Kreis steht aktuell lediglich ein Arzt für die Substitutionstherapie zur Verfügung. Zur Zeit werden in seiner Praxis in St. Ingbert ca. 30 KlientInnen behandelt. In Homburg, einer der größten Städte des Saarlandes besteht dagegen nach wie vor keine Möglichkeit zur Teilnahme an einer Ersatzstofftherapie, obwohl dort neben zahlreichen niedergelassenen ÄrztInnen auch die Universitätskliniken des Saarlandes beheimatet sind. Zwei der in St. Ingbert substituierten KlientInnen werden zusätzlich von einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamts in Homburg betreut, in den anderen psychosozialen Beratungsstellen im Landkreis wird derzeit keine PBS angeboten bzw. durchgeführt. Nach Aussage von MitarbeiterInnen des Gesundheitsamts wird eine nicht unerhebliche Anzahl drogenabhängiger Menschen aus dem Saar-Pfalz-Kreis aufgrund des unzureichenden Angebots in ihrer direkten Umgebung in Rheinland-Pfalz (Zweibrücken) substituiert. Auch die psychosoziale Betreuung der KlientInnen findet größtenteils, wenn überhaupt, außerhalb des Landkreises statt. Aussagen über den konkreten Hilfebedarf sind wegen dieser Umstände nur sehr schwer möglich. Es ist jedoch offensichtlich, dass die Anzahl der substituierenden ÄrztInnen im Saar-Pfalz-Kreis nicht ausreichend ist und zukünftig entsprechend angepasst bzw. ausgebaut werden sollte. Einer Einbeziehung der ansässigen Beratungsstellen (Arbeiterwohlfahrt, Caritas-Verband) käme hierbei eine besondere Bedeutung zu.

### Landkreis St. Wendel

Über die Versorgungssituation im Landkreis St. Wendel liegen die wenigsten Informationen vor. Während des Beobachtungszeitraums stand mit Ausnahme der MitarbeiterInnen des Gesundheitsamts kein Kooperationspartner für Gespräche zur Verfügung, was daran liegt, dass die Substitutions- und PBS-Versorgung im Landkreis schlichtweg nicht stattfindet. Kein einziger Arzt bietet aktuell eine Substitutionsbehandlung an und in keiner der Beratungsstellen werden Substituierte psychosozial betreut. Wie im Saar-Pfalz-Kreis ist von einem moderaten „Therapie-Tourismus“ der betroffenen Menschen in andere Landkreise (Saarbrücken, Neunkirchen) oder Bundesländer auszugehen. Wenngleich der tatsächliche Bedarf an Ersatzstoff-

therapien in St. Wendel, ähnlich wie der in Merzig-Wadern, aufgrund des eher ländlichen Charakters der Region und des bekannten Phänomens der Stadtflucht abhängiger bzw. substituierter Menschen vergleichsweise gering ist, sollten in Zukunft nach Ansicht der MitarbeiterInnen des St. Wendeler Gesundheitsamts mindestens die Voraussetzungen für eine Grundversorgung geschaffen werden.

### Fazit

Die Ausweitung der Projektaktivitäten und Forschungsinteressen auf die Landkreise, in denen die Versorgung schwer drogenabhängiger Menschen mit den bereits bestehenden Hilfeangeboten ohne die Einführung spezieller PBS-Clearingstellen geleistet werden soll, hat sich als sinnvoll und effektiv erwiesen. Dies liegt vor allem daran, dass der für die Optimierung der Versorgungsverhältnisse dringend notwendige Überblick über Angebot, Nachfrage und Auslastung nun erstmals vollständig vorliegt (vgl. Tab. 27). Wir wissen nun, dass an den meisten Orten des Saarlandes die Möglichkeit besteht, relativ wohnortnah an einer Substitutionsbehandlung und/oder einer PBS teilzunehmen. In Folge der erreichten Transparenz wurden allerdings auch einige Versorgungslücken bzw. weiterer Handlungsbedarf deutlich.

Tab. 26. Substitutions- und PBS-Versorgungssituation im Saarland – KlientInnen-, ÄrztInnen- und PBS-Anbieter-Zahlen

Stand 15. Oktober 2002	Substituierte KlientInnen	Substituieren- de ÄrztInnen / Suchtambulan- zen	Einrichtungen, in denen PBS praktiziert wird	KlientInnen in PBS
Stadtverband Saarbrücken	300	9	PBS-Clearingstelle 2 Beratungsstellen	165
Landkreis Neunkirchen	90	3	PBS-Clearingstelle 1 Beratungsstelle	30
Landkreis Saarlouis	50	3	2 Beratungsstellen	10
Saar-Pfalz- Kreis	30	1	Gesundheitsamt St. Ingbert	2
Landkreis Merzig-Wadern	8	3	2 Beratungsstellen	4
Landkreis St. Wendel	0	0	0	0
Saarland Gesamt	478	19	2 PBS-Clearingstellen, 8 andere Einrichtungen	211

So werden in Saarlouis aktuell nur ca. 20 Prozent und im Saar-Pfalz-Kreis sogar nur ca. 7 Prozent der im Landkreis substituierten KlientInnen von MitarbeiterInnen der örtlich zuständigen Beratungsstellen psychosozial betreut. In St. Wendel finden zur Zeit weder Substitutionsbehandlung noch PBS statt. Die (wenigen) Substituierten, die in diesem Landkreis wohnen, werden ausnahmslos in anderen Landkreisen und in Rheinland-Pfalz behandelt und (teilweise) psychosozial betreut. Außerdem ist die kontinuierlich wachsende Gruppe drogen-

abhängiger Aussiedler-Deutscher in keinem der vier Landkreise adäquat psychosozial versorgt. Besonders im Landkreis Saarlouis fehlen entsprechende Angebote.

Da angesichts der ab Januar 2003 geltenden neuen BUB-Richtlinien mit weiter steigenden KlientInnenzahlen zu rechnen ist, werden diese Probleme in den nächsten Jahren, wenn nichts geändert wird, mit großer Wahrscheinlichkeit zunehmen. Um eine Verbesserung der Lage zu erreichen, müssen keine neuen Einrichtungen geschaffen, sondern lediglich die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden. Die in jedem Landkreis vertretenen psychosozialen Beratungsstellen von Arbeiterwohlfahrt, Caritas-Verband oder Diakonischem Werk könnten sich sicherlich in höherem Umfang als es bisher der Fall war der Zielgruppe substituierter Menschen öffnen. Dabei müssten verschiedene Aspekte der Arbeits-Konzepte (Leitlinien) und -Abläufe an die Bedürfnisse der KlientInnen adaptiert werden (Stichworte: aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit, Streetwork, Case-Management, Angebote für Aussiedler-Deutsche). Es bleibt abzuwarten, wie groß die Bereitschaft bei den entsprechenden Trägern sein wird, sich dieser Verantwortung zukünftig zu stellen.

Trotz der beschriebenen Mängel in den genannten Landkreisen ist die PBS-Versorgung des gesamten Saarlands insbesondere aufgrund der Einrichtung der beiden Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen als (auch im Vergleich mit anderen deutschen Städten) sehr gut zu bezeichnen. Während der ersten 18 Monate des Erprobungsvorhabens nahmen insgesamt fast 60 Prozent der im Saarland substituierten Menschen (ca. 280 von ca. 480 KlientInnen) an einer psychosozialen Betreuung teil.

Obwohl die Anzahl substituierender ÄrztInnen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist und im Saarland wie im Bundesdurchschnitt ca. 30 bis 40 Prozent aller chronisch opiatabhängigen / polytoxikomanen Menschen substituiert werden ist die Quote an Arztpraxen, in denen eine Substitutionsbehandlung möglich ist nach wie vor insgesamt unbefriedigend. Wie in Saarbrücken und Neunkirchen auch bedürfte es in allen vier Landkreisen eines größeren Angebots der medizinischen (Substitutions-) Versorgung. Der „Therapie-Tourismus“ zahlreicher Betroffener in andere Landkreise oder in benachbarte Bundesländer würde dadurch beendet oder mindestens reduziert werden. Die aktuelle saarländische Quote von ca. 25 KlientInnen pro substituierendem/er Arzt/Ärztin liegt allerdings noch relativ weit vom Bundesdurchschnitt entfernt (18 KlientInnen pro ÄrztIn). Ob sich die beiden Werte in den nächsten Jahren annähern ist schwer zu sagen, denn auf den Umfang der medizinischen Versorgung kann bekanntermaßen nur schwer Einfluss genommen werden. Bei den potentiellen Leistungserbringern handelt es sich um selbstständige Unternehmer, die ihre Angebotsstruktur nach den Bedingungen des Markts bzw. der Wirtschaftlichkeit der vorgehaltenen Maßnahmen (Krankenkassen, KV en) richten und weder von Wohlfahrtsverbänden noch von kommunalen oder Landes-Verwaltungen abhängen. Hier bleibt nur zu hoffen, dass politische, wirtschaftliche und auch ideologische Entwicklungen zukünftig so verlaufen, dass der Anreiz an der Versorgung opiatabhängiger / polytoxikomaner Menschen teilzunehmen für niedergelassene ÄrztInnen größer wird.

## 4. Fazit und Ausblick

### Fazit:

Angesichts der bisher dargestellten Forschungsergebnisse wird es nicht überraschen, dass das Fazit des bisherigen Projektverlaufs ausgesprochen positiv ausfällt. Die bei der Konzeption des Modellprojekts formulierten Ziele (vgl. Kap. 2.3.) konnten fast vollständig erreicht werden. Die wichtigsten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung werden nachfolgend noch einmal zusammengefasst.

Die **PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen** wurden hervorragend angenommen und erwiesen sich von Beginn an als adäquat vorbereitet und ausgestattet, der großen Nachfrage nach psychosozialer Betreuung nachzukommen. In Anbetracht der relativ kurzen konzeptionellen Vorbereitungsphase und des Fehlens vergleichbarer Projekterfahrungen ist das hohe Ausmaß, in dem die personelle, organisatorische, räumliche und finanzielle Ausstattung der beiden Clearingstellen an die realen Bedürfnisse des Marktes bzw. die tatsächliche Nachfrage der KlientInnen adaptiert werden konnte, beeindruckend. Die BetreuerInnenteams erwiesen sich als sehr motiviert und kompetent. Außerordentlich gut bewährt hat sich außerdem die örtliche Anbindung der Saarbrücker PBS-Clearingstelle an das bereits vor Projektbeginn von der Zielgruppe stark frequentierte Buchladenprojekt „Promenadenmischung“ von Arbeiterwohlfahrt und Gesundheitsministerium.

Die **Kooperation** der Clearingstellen-Teams mit den anderen an der Versorgung substituierter Menschen beteiligten Einrichtungen (Beratungsstellen, Arztpraxen, AIDS-Hilfe, Arbeitsmarktprojekte, etc.) verlief insgesamt sehr zufriedenstellend. Insbesondere der Ausbau der Vernetzung zwischen den Akteuren des psychosozialen und des medizinischen Versorgungsektors und die enge Anbindung der PBS-Angebote an die Schwerpunktpraxen trug erheblich zur Verbesserung der Versorgungslage bei.

Weiterer Verbesserungsbedarf besteht im Augenblick nach Aussagen der BetreuerInnen in erster Linie bei der Zusammenarbeit mit der Justizvollzugsanstalt Saarbrücken bzw. der für die Betreuung drogenabhängiger Inhaftierter zuständigen Beratungsstelle der AGD Saarbrücken. Angesichts der Tatsache, dass im Projektverlauf immerhin acht KlientInnen aus der laufenden Behandlung/Betreuung heraus inhaftiert wurden, in der JVA Saarbrücken keine Möglichkeit zur Substitutionsbehandlung besteht und die bei Substitutionstherapie und PBS erreichten Erfolge in der Regel nach der Inhaftierung erheblich gefährdet sind, wäre eine bessere und engere Zusammenarbeit zwischen den MitarbeiterInnen der PBS-Clearingstellen und denen der JVA-Beratungsstelle sehr im Sinne der betroffenen KlientInnen.

Durch das neue Angebot der PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen ist das beträchtliche und die bisherigen Erfahrungswerte deutlich übersteigende Ausmaß des **Bedarfs an psychosozialer Betreuung** substituierter Menschen erstmals sichtbar geworden. Fast 60 Prozent aller saarlandweit Substituierten bzw. sogar 70 Prozent der in Saarbrücken und Neunkirchen Substituierten nahmen im Beobachtungszeitraum an Maßnahmen der psychosozialen Betreuung teil, wobei aktuell über 90 Prozent aller Betreuungen von MitarbeiterInnen der beiden PBS-Clearingstellen geleistet werden. Diese Quote liegt weit über den aus den meisten deutschen Untersuchungen bekannten Werten (vgl. Raschke, P., Verthein, U., Kalke, J, 1996).

Dabei konnten sehr viele KlientInnen erreicht werden, die vorher kaum oder gar keinen Kontakt mit Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems hatten. Die Einbindung gerade der Menschen, die dem ambulanten Suchthilfesystem bisher skeptisch bis ablehnend gegenüber gestanden hatten, war eins der Hauptziele des Erprobungsvorhabens gewesen.

Die Projekterfahrungen widersprechen außerdem der weit verbreiteten und im Falle ihres Zutreffens überaus unbefriedigenden These, dass PBS-Angebote hauptsächlich für ältere, langjährig abhängige und therapeutische Menschen attraktiv sind: Bei fast der Hälfte der ProjektteilnehmerInnen handelt es sich um „TherapiebeginnerInnen“, das heißt, Menschen, die erst kurze Zeit vor PBS-Beginn oder zeitgleich mit diesem mit der Substitutionsbehandlung begonnen haben.

Besonders positiv ist auch die Tatsache zu bewerten, dass in Folge der Einstellung einer Muttersprachlerin in Saarbrücken und Neunkirchen eine beträchtliche Zahl von sog. „**Aussiedler-Deutschen**“ erreicht und für die Teilnahme an dem Erprobungsvorhaben gewonnen werden konnten. (insgesamt 49 KlientInnen bzw. 20 % der GesamtteilnehmerInnenzahl). Bis zur Einführung der neuen Angebote hatte es – bis auf das Saarbrücker Drogenhilfezentrum - keine Angebote gegeben, die von diesem Personenkreis genutzt wurden, und das, obwohl ein Großteil der betroffenen Menschen relativ jung ist, sehr problematische Konsummuster aufweist und umfangreicher Beratungs- und Hilfebedarf zweifelsfrei vorliegt (Stichworte: Schul- und Ausbildungsschwierigkeiten, kulturelle und Sprach-Probleme, innerfamiliäre Konflikte, soziale Isolation und Ausgrenzung, Perspektiv- und Orientierungslosigkeit, Drogenmissbrauch und Delinquenzverhalten). Die bisherigen Projekterfahrungen sprechen dafür, dass der Bedarf an entsprechenden Angeboten für diese Zielgruppe noch höher liegt als es die aktuellen KlientInnenzahlen vermuten lassen. Im Stadtverband Saarbrücken, im Landkreis Neunkirchen und auch im Landkreis Saarlouis bedarf es nach Ansicht aller Beteiligten einer Erhöhung der personellen Kapazitäten für die psychosoziale Betreuung der russischsprachigen KlientInnen.

Die Tatsache, dass die offensichtlich beträchtliche **Versorgungslücke** im Bereich der psychosozialen Betreuung Substituierter durch die Einrichtung der neuen Angebote **geschlossen** wurde (bis zum Beginn des Modellprojekts befanden sich im gesamten Saarland nicht mehr als ca. 80 bis 100 KlientInnen in psychosozialer Betreuung) und mit den neuen Angeboten sowohl die „alten Hasen“ als auch die Substitutionsanfänger und erstmals auch zahlreiche hauptsächlich russischsprachige Aussiedler-Deutsche erreicht werden konnten, ist als wichtigster Erfolg des Erprobungsvorhabens anzusehen.

Obwohl der Beobachtungszeitraum der Begleitforschung mit 18 Monaten relativ kurz war, konnte die positive Auswirkung der PBS-Maßnahmen auf die **psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung** der teilnehmenden KlientInnen bereits in beträchtlichem Ausmaß festgestellt werden. In einigen für die KlientInnen wichtigen Lebensbereichen wie „Hilfesystem-Kompetenz“, „Wohnsituation“, „justizielle Belastungen“, „Therapierahmenbedingungen“ und „Gesundheitszustand“ waren die Fortschritte besonders beeindruckend, in anderen - wie der „beruflichen Situation“, der „finanzielle Situation“ und den „Szenekontakten“ – wg. der sehr schwierigen Ausgangslage und/oder kontinuierlich schlechten Rahmenbedingungen - erst moderat. Die Gesamtsituation der KlientInnen (soziale Verhältnisse und Gesundheitszustand) stabilisierte sich durch die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung schneller und nachhaltiger als es nur durch die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung zu erwarten gewesen wäre. Darüber herrscht bei KlientInnen, ÄrztInnen und BetreuerInnen Konsens und dies belegen auch die Ergebnisse der Verlaufsevaluation. Sehr deutlich wird dies durch die Tatsache, dass die Mortalität in der TeilnehmerInnengruppe im Vergleich zu der von unversorgten und auch im Vergleich zu der von substituierten, aber nicht betreuten chronisch opiatabhängigen Menschen im Projektzeitraum um ca. 500 % geringer lag. Für einen beträchtlichen Teil der Substituierten bedeutet die Unterstützung durch die MitarbeiterInnen des Projekts im wahrsten Sinne des Wortes Überlebenshilfe. Ein weiterer Beleg für den Erfolgs der bisherigen Betreuungsarbeit ist die angesichts des kurzen Zeitraums sehr gute Quote von fast acht Prozent abstinent / clean aus dem Projekt ausscheidender KlientInnen. Ähnliche Werte sind bis-

her hauptsächlich aus Untersuchungen bekannt, die auf einem längeren Beobachtungszeitraum basieren. Das mit der Einrichtung der Clearingstellen verbundene Ziel, ein Angebot zu schaffen, das Niedrigschwelligkeit, akzeptierende Grundhaltung und Überlebenshilfe einerseits und Abstinenzorientierung bzw. Ausstiegsmotivation andererseits in sich vereint, konnte offensichtlich erreicht werden.

Ähnlich wie im Landesprogramm, konnten ca. 25 Prozent der KlientInnen nicht oder kaum von den Maßnahmen profitieren, da sie nur kurze Zeit am Projekt teilnahmen. Ein beträchtlicher Teil dieser Menschen, so die Erfahrung der BetreuerInnen, wird im weiteren Verlauf des Projekts die Betreuung wieder aufnehmen. Dies entspricht der bekannten und auch für die nicht ausgeschiedenen KlientInnen geltenden Tatsache, dass die Betreuungsverläufe nicht kontinuierlich sind. PBS ist wie die Substitutionstherapie auch ihrem Wesen nach diskontinuierlich und durch vielfältige Zäsuren, Entwicklungskrisen und einen dauernden Wechsel von Entwicklungsfortschritten und –rückschlägen geprägt. Da außerdem durch zahlreiche Studien belegt ist, dass Entwicklungsverläufe des Herauswachsens aus chronifizierter Opiatabhängigkeit häufig Zeiträume von acht bis zehn Jahren in Anspruch nehmen, müssen sowohl die Substitutionsbehandlung als auch die begleitende psychosoziale Betreuung entsprechend langfristig und in der Regel ohne zeitliche Befristung der Teilnahme angeboten werden.

Grundvoraussetzung für das Erreichen des Projektziels „Stabilisierung der Gesamtsituation der KlientInnen“ war nach der Einrichtung entsprechend ausgestatteter Anlaufstellen die Anwendung von an die Lebensverhältnisse und Ressourcen der Zielgruppe adaptierten **PBS-Methoden und Arbeitsansätzen**. Die flexible, pragmatische und einzelfallorientierte Betreuungsform des Case Managements in den Clearingstellen hat sich im bisherigen Projektverlauf hervorragend bewährt. Sie entspricht offensichtlich in großem Ausmaß den Bedürfnissen substituierter Menschen.

Den meisten KlientInnen des PBS-Projekts ging es während ihrer Projektteilnahme im wesentlichen um die Unterstützung bei ganz konkreten Alltagsproblemen wie der Job- und Wohnungssuche, dem Schuldenabbau, dem Erledigen administrativer Aufgaben oder dem Umgang mit justitiellen Belastungen. Die Nachfrage nach Unterstützungsleistungen bedurfte in der Regel vor allem in der ersten Phase der Betreuungsarbeit (Krisenintervention) umfangreicher und zeitaufwendiger Hilfe-Maßnahmen. Im weiteren Betreuungsverlauf wurde der Hilfebedarf unregelmäßiger und nahm an Umfang ab. Die Struktur der PBS-Angebote und vor allem der aufsuchende und nachgehende Charakter der Betreuungsarbeit (Sprechstunden in den Arztpraxen!) sowie die Möglichkeit der je nach Nachfragesituation - flexiblen Nutzung des Stundenpools erwiesen sich – im Gegensatz zu vielen anderen Angeboten des ambulanten Suchthilfesystems - als bestens geeignet, dieser Nachfragesituation zu entsprechen.

Durch den strikt klientInnen- und lösungsorientierten Ansatz der Betreuungsarbeit konnten mit einem relativ geringen durchschnittlichen Betreuungsumfang beträchtliche Ergebnisse erreicht werden. Aus der Perspektive der Clearingstellen-MitarbeiterInnen bedarf es zukünftig lediglich eines höheren Anteils an Maßnahmen der nachgehenden Sozialarbeit. Wie die Erfahrung zeigt, besteht für viele KlientInnen auch nach Beendigung von Substitutionsbehandlung und / oder PBS weiterer Hilfebedarf.

Dadurch, dass sich Projekt- und Forschungsaktivitäten nicht nur auf die Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen konzentrierten, sondern auch in den anderen Landkreisen erste Schritte der Klärung und Optimierung der Versorgungssituation eingeleitet wurden, liegt nun erstmals ein vollständiger **Überblick über die Substitutions- und PBS- Versorgungslandschaft** des ganzen Saarlands vor. Die hohe Transparenz von Angebot und Nachfrage ist Grundvoraussetzung für die Entwicklung und Inangriffnahme von Maßnahmen zur Stabilisierung und Optimierung des Hilfesystems.

Wie wir gesehen haben, gibt es für solche Maßnahmen der Weiterentwicklung, trotz der großen Projekterfolge und einer insgesamt – auch im Vergleich mit anderen Bundesländern – erfreulich guten Versorgungssituation, sowohl in Saarbrücken und Neunkirchen als auch in den anderen vier Landkreisen des Saarlands durchaus weiteren Anlass. Das Ausmaß, in dem die meisten originär zuständigen Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in die Betreuung substituierter Menschen miteinbezogen sind, ist nach wie vor nicht zufriedenstellend, ebenso wenig die immer noch relativ geringe Anzahl substituierender ÄrztInnen. Nach Beendigung des Erprobungsvorhabens wird es daher für alle an der Substitution / PBS beteiligten Fachleute und Einrichtungen darum gehen müssen, die im Projektverlauf erreichten Ergebnisse auszubauen und die bestehenden Versorgungsmängel weiter zu reduzieren. Die im Rahmen des Erprobungsvorhabens gewonnenen Erfahrungen über den speziellen Hilfebedarf substituierter Menschen und adäquate Hilfeansätze (Case Management!) sollten hierbei Berücksichtigung finden.

#### Ausblick:

Angesichts der sich schon relativ früh im Projektverlauf abzeichnenden hohen Effizienz der PBS-Maßnahmen, herrschte bei den Projektträgern während des gesamten Beobachtungszeitraums Konsens darüber, dass die neuen Angebote (Clearingstellen) auch nach Beendigung des Erprobungsvorhabens am 31. Dezember 2002 weiter vorgehalten werden müssen. Da die Krankenkassen weder in 2001, noch in 2002 die – seit langer Zeit von vielen zuständigen Organisationen und Fachleuten geforderte - Bereitschaft erkennen ließen, neben der medizinischen Behandlung auch die psychosoziale Betreuung der Substituierten in ausreichendem Umfang zu finanzieren, verständigten sich das saarländische Gesundheitsministerium, der Stadtverband Saarbrücken und der Landkreis Neunkirchen im Herbst 2002 darauf, die Finanzierung der beiden PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen ab Januar 2003 für weitere zwei Jahre zu übernehmen. Auch die Optimierung der Versorgungssituation in den anderen vier Landkreisen des Saarlands soll weiter vorangetrieben werden.

Hierbei muss allerdings folgendes beachtet werden: Die psychosoziale Betreuung Substituierter ist keine originäre Aufgabe der Landesregierung. Daher wird diese sich auch nicht dauerhaft an der Finanzierung beteiligen können. In den nächsten beiden Jahren wird es also auch darum gehen müssen, die Voraussetzungen für einen Wechsel der Zuständigkeiten zu schaffen. Als zukünftige Hauptträger der PBS-Maßnahmen kommen nach augenblicklichem Stand der Dinge zum einen die Krankenkassen und zum anderen die örtlichen Sozialhilfeträger in Frage. Es bleibt abzuwarten, wie die Bedingungen für dieses Ziel 2004 / 2005 sein werden. Aktuell steht jedenfalls fest, dass eine adäquate PBS-Versorgung zur Zeit weder im Rahmen der von den Krankenkassen neu eingeführten Psychotherapie, noch im Rahmen der von Stadtverband und Landkreisen angebotenen Sozialbeistandschaften, ohne die Beteiligung des Gesundheitsministeriums möglich wäre und dies sich bald ändern muss. Dies gilt umso mehr, als dass die ab 2003 geltenden neuen BUB-Behandlungsrichtlinien mit großer Wahrscheinlichkeit eine weitere Zunahme der Anzahl substituierter Menschen und –hoffentlich – auch der substituierenden ÄrztInnen zur Folge haben werden.

**Literaturverzeichnis:**

**Arnold, Th., Feldmeyer-Thon, J., Simmerdinger, R., Frietsch, R.,** Begleitforschung zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Rheinland-Pfalz. Endbericht des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt am Main. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz 1995 b

**Bossong, H., Stöver, H.,** Methadonbehandlung – Ein Überblick, in: Bossong H., Gölz, J., Stöver H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie, Frankfurt a. Main, 1997

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.),** Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe, Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit (1995-2000) – Modellbestandteil Case Management, Schriftenreihe des BMG, Band 139, Bonn, 2001

**Gölz, J.** (Hrsg.), Der drogenabhängige Patient, München 1995

**Krausz, M.,** Schwere psychiatrische Krankheit und schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen – Überblick über das Krankheitsspektrum, in: Krausz, M., Müller-Thomsen, T. (Hrsg): Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation, Freiburg, S. 196 – 208, 1994

**Marzen, E.,** 10 Jahre Methadonprogramm im Saarland. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, im Auftrag des saarländischen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.), Saarbrücken, 2000

**Prognos, Birkenheier, C.,** Wissenschaftliches Methadonerprobungsvorhaben im Saarland, Abschlußberichte der wissenschaftlichen Begleitforschung, Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hrsg), Saarbrücken 1993

**Raschke, P., Verthein, U., Kalke, J.,** Substitution in Hamburg-Methadonbehandlung Opiatabhängiger von 1990 bis 1995, Bericht der Begleitforschung zur Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen im Auftrag der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Ärztekammer Hamburg und des Fachverbands Ambulante Therapie, Hamburg 1996

## **Anlagen**

### **Anlage 1**

#### **Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ im Saarland Clearingstellen-Konzeption des Saarländischen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MiFAGS)**

- a. Konzeption für den Stadtverband Saarbrücken und den Landkreis Neunkirchen (MiFAGS, Oktober 2000)

### **Anlage 2**

#### **Die Fragebögen zur Evaluation von Projektverlauf, psychosozialer und gesundheitlicher Entwicklung der KlientInnen (Sozial- und Gesundheitsberichte)**

- a. Sozialbericht 1 / Aufnahmebericht
- b. Sozialbericht 2 / 3 / 4 - Entwicklungs- bzw. Abschlußbericht
- c. Gesundheitsbericht 1 / 2 / 3 / 4: Aufnahme- und Entwicklungsbericht

### **Anlage 3**

#### **Betreuungsumfang, Betreuungskosten und Budgetauslastung der Clearingstellenangebote in Saarbrücken und Neunkirchen zwischen dem 1. Januar 2001 und dem 30. Juni 2002**

- a. Betreuungsumfang (Geleistete Stunden vs. Stundenkontingent)
- b. Durchschnittlicher Betreuungsaufwand und durchschnittliche Betreuungskosten pro KlientIn (für Saarbrücken und Neunkirchen, für PSHF und MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter)

### **Anlage 4**

#### **Erklärung zur Teilnahme an der psychosozialen Betreuung / Betreuungsvertrag**

---

## **Anlage 1**

### **Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter im Saarland“ Clearingstellen-Konzeption des Saarländischen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MiFAGS)**

- a. Konzeption für den Stadtverband Saarbrücken und den Landkreis Neunkirchen  
(MiFAGS, Oktober 2000)

#### **0. Präambel**

Die Substitutionstherapie ist eine seit vielen Jahren umfangreich erprobte und evaluierte, weltweit anerkannte Behandlungsmethode bei Opiatahhängigkeit und Polytoxikomanie mit Schwerpunkt Opiatabhängigkeit. In Deutschland regeln die Richtlinien für „anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (AUB)“ die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen. Neben der medikamentösen Behandlung ist die psychosoziale Betreuung (PBS) ein integraler Bestandteil der Substitutionsbehandlung, die in §5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt ist.

#### **1. Ausgangslage**

Im Saarland werden derzeit über 280 KlientInnen von niedergelassenen ÄrztInnen und weitere 70 KlientInnen im Rahmen des Methadon-Landesprogramms substituiert. Durch diese Behandlung ist es vielen Betroffenen gelungen, sich gesundheitlich zu stabilisieren und ihre Lebensverhältnisse zu verbessern. Jedoch ist es mit der Vergabe des Medikaments für viele Drogenkranke allein nicht getan. Häufig sind sie bei Beginn der Substitutionsbehandlung nicht in der Lage, ihren Tag sinnvoll zu gestalten und auszufüllen („Methadon-Loch“), was durch ein Gefühl der inneren Leere und Perspektivlosigkeit gekennzeichnet ist. Dies ist in der Tatsache begründet, dass die meisten Substituierten eine langjährige Abhängigkeit von illegalen Drogen hinter sich haben. Mit dieser Abhängigkeit ist in den meisten Fällen neben der gesundheitlichen auch eine massive soziale Verelendung verbunden. Aufgrund des Beschaffungsdrucks reduzierten sich die sozialen Kontakte häufig auf die sogenannte „Drogenszene“. Mit Beginn einer Substitutionsbehandlung muss der Drogenabhängige sich nicht mehr permanent damit beschäftigen, Geld und Suchtmittel zu beschaffen. Andere Lebensinhalte sind jedoch oft nicht mehr vorhanden. Die lebenspraktischen Kompetenzen sind verloren und verlernt worden. Eine PBS ist daher ebenso wie die medizinische Behandlung und Rehabilitation für den langfristigen Therapieerfolg unverzichtbar.

## 2. PBS-Aufgabenprofil

Bei der psychosozialen Betreuung Substituierter (PBS) handelt es sich nicht um psychotherapeutische Krankenbehandlung im Sinne des Psychotherapeutengesetzes. Vielmehr geht es um Beratungs- und Betreuungstätigkeiten, die zum Ziel haben, die individuellen psychischen und sozialen Probleme der KlientInnen in ihrem Lebensalltag zu erkennen, ihre Kompetenzen zu stärken und/oder zu entwickeln, und ihnen Perspektiven für ein autonomes Leben zu eröffnen. Die mit der PBS-Arbeit beauftragten MitarbeiterInnen werden in verschiedensten Bereichen tätig sein. Die psychosoziale Betreuung Substituierter beinhaltet die Bearbeitung zahlreicher dringender Problemfelder der alltäglichen Versorgung und Lebensbewältigung wie z. B. Wohnungssuche, Jobsuche, Schuldenregulierung, Therapieorganisation, Bewährungshilfe, Beziehungsarbeit oder Freizeitstrukturierung.

Ist über die psychosoziale Betreuung hinaus eine intensivere Therapie psychischer Probleme indiziert, sollten andere Anbieter wie z. B. psychologische PsychotherapeutInnen oder niedergelassene FachärztInnen hinzugezogen werden.

Im Einzelnen bedarf es für den besonderen Personenkreis der Substituierten eines spezifischen psychosozialen Angebotes mit den folgenden Charakteristika:

- Anamnese, Indikationsstellung, Klärung von Problemlage und Hilfebedarf, Zieldefinition
- Informationsbeschaffung und –vermittlung, Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten
- Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen
- Organisation von Hilfen in den Bereichen Tagesstruktur/Wohnen/Freizeit
- Berufliche Integration
- Stärkung von Selbsthilfepotenzialen
- Erschließung von weiteren sozialen Hilfen (z. B. Obdachlosenhilfe, Schuldnerberatung, Bewährungshilfe)
- Aufsuchende bzw. nachgehende Sozialarbeit
- Krisenintervention
- Informationsaustausch und Integration der an der Behandlung und Beratung/Betreuung beteiligten Leistungserbringer
- Streetwork (u. a. Kontakte zur Szene)

Ergänzend zu diesen klientenzentrierten Aufgaben sollten die MitarbeiterInnen der beiden PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen

- an regelmäßigen Besprechungen des Betreuungsteams teilnehmen
- Kontakte zu den verschiedenen Einrichtungen und Institutionen wahren
- an der konzeptionellen Weiterentwicklung der Betreuungssituation mitarbeiten
- an Supervision und Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die über die Clearingstelle angeboten werden

### 3. Personalausstattung

Die Umsetzung des Erprobungsvorhabens „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ erfordert optimale personelle Voraussetzungen bzw. hochqualifizierte und in der Betreuung von Drogenabhängigen erfahrene Fachkräfte. Die beiden PBS-Clearingstellen in Saarbrücken und Neunkirchen werden mit MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter und psychosozialen Honorarfachkräften (PSHF) besetzt, für die genannte Voraussetzungen in hohem Ausmaß zutreffen

### 4. Praxismodell

Im Sinne einer funktionsfähigen Vernetzung und Koordinierung der Hilfeangebote sollen in Saarbrücken und Neunkirchen PBS-Clearingstellen als „Scharnier“ zwischen den substituierenden ÄrztInnen und den PSHF eingerichtet werden. Die MitarbeiterInnen der Clearingstellen stellen für die niedergelassenen substituierenden ÄrztInnen die primären Ansprechpartner dar. In Abstimmung mit dem/der substituierenden Arzt/Ärztin entwickeln die PBS-BetreuerInnen den psychosozialen Behandlungsplan und stellen den psychosozialen Betreuungsumfang im Einzelfall fest. Daran anschließend wird – in Absprache mit dem/der Klienten/in - der Leistungserbringer ausgewählt, der die psychosoziale Betreuung ausüben wird. Die psychosozialen Leistungen können sowohl von den PSHF als auch von Mitarbeitern der Gesundheitsämter wahrgenommen werden.

Der psychosoziale Behandlungsplan enthält Angaben über

- Art und Ausprägung der einzelnen psychosozialen Defizite und Ressourcen des/der Patienten/in
- Behandlungsziele
- Zur Erreichung der Behandlungsziele vorgesehenen Maßnahmen und deren zeitliche Strukturierung

Die MitarbeiterInnen der PBS-Clearingstellen sind als variable Betreuungspersonen innerhalb und außerhalb der niedergelassenen Arztpraxen bzw. Institutsambulanzen tätig. An regelmäßigen, vereinbarten Tagen sowie nach Absprache bieten sie feste Sprechstunden in den Schwerpunktpraxen an. In der Regel soll jeder Erstkontakt mit KlientInnen von MitarbeiterInnen der Clearingstelle wahrgenommen werden.

Die PBS-Clearingstellen sind in Neunkirchen im Gesundheitsamt und in Saarbrücken auf der Berliner Promenade im Buchladen „Promenadenmischung“ der Arbeiterwohlfahrt Saar untergebracht.

Eine Vereinbarung über die Durchführung und Finanzierung einzelfallbezogener Hilfen für die psychosoziale Betreuung von Substitutionspatienten wird zwischen der Arbeiterwohlfahrt und dem MiFAGS getroffen.

## **5. Bedarfsplanung**

Derzeit werden im Saarland nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Saar ca. 350 Personen substituiert. Davon entfallen ca. 260 KlientInnen auf den Stadtverband Saarbrücken und 40 KlientInnen auf den Landkreis Neunkirchen.

Die Ergebnisse verschiedener Studien und Untersuchungen deuten darauf hin, dass bei ca. einem Drittel bis der Hälfte aller Substituierten eine psychosoziale Betreuung indiziert ist. Bei Zugrundelegen dieser Erfahrungen und großzügiger Auslegung ist von folgendem PBS-Bedarf für Saarbrücken und Neunkirchen auszugehen:

Stadtverband Saarbrücken: 120 KlientInnen, Landkreis Neunkirchen: 20 KlientInnen.

Was den durchschnittlichen Betreuungsumfang pro KlientIn angeht, so wird, unter Berücksichtigung relativ aktueller Erfahrungen aus Hamburg und Berlin, von einem durchschnittlichen Behandlungsbedarf von ca. 1,2 Wochenstunden pro KlientIn ausgegangen.

Bei erwarteten ca. 140 bis 150 KlientInnen bedeutet das einen geschätzten Jahresbedarf von ca. 9.000 PBS-Stunden für Saarbrücken und Neunkirchen.

## **6. Betreuungsdauer**

Erfahrungsgemäß sind für eine psychosoziale Betreuung von substituierten Menschen durchschnittlich mindestens zwei Jahre anzusetzen. Dies wird auch Maßstab der Betreuungsarbeit in den neuen Clearingstellen sein. Eine Verlängerung der Maßnahmen wird in begründeten Fällen jedoch möglich sein.

Dabei wird - da die Nachfrage nach Hilfeleistungen bzw. PBS bei Substituierten unregelmäßig und starken Schwankungen unterworfen ist - eine je nach Nachfragesituation flexible Nutzung des Stundenpools möglich sein.

## **7. Anmeldeverfahren**

Die LeiterInnen der beiden Clearingstellen melden dem MiFAGS in jedem Einzelfall den Bedarf an psychosozialer Betreuung. Die Anmeldung umfasst die Indikation, den Namen der PSHF und die voraussichtlich notwendige Anzahl der psychosozialen Behandlungsstunden für die ersten 3 Monate.

## **8. Finanzierung und Vergütung**

Die Finanzierung und Vergütung der psychosozialen Leistungserbringer (PSHF) erfolgt auf Honorarbasis in Anlehnung an BAT. Die Gesamtstundenzahl für PBS ist budgetiert.

## **9. Dokumentation**

Die MitarbeiterInnen der Clearingstellen dokumentieren in Halbjahresberichten die psychosoziale Entwicklung ihrer KlientInnen. Dieser Bericht soll insbesondere Angaben über die bisher durchgeführten psychosozialen Maßnahmen sowie die bereits erreichten bzw. noch verbliebenen Betreuungsziele enthalten.

## **10. Wissenschaftliche Begleitung**

Das Erprobungsvorhaben „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ wird am 01. Januar 2001 im Rahmen eines zweijährigen Erprobungsvorhabens starten. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales in Kooperation mit den behandelnden Ärzten, der MitarbeiterInnen der Clearingstellen und den KlientInnen.

## **11. Aufgaben des MiFAGS**

- Koordination des „Runden Tisches“ (einmal monatlich in der Anfangsphase; im späteren Verlauf nach Bedarf und Rücksprache)
- Konzeptionelle Weiterentwicklung des Projekts
- Abwicklung der finanziellen Modalitäten mit der Arbeiterwohlfahrt Saar
- Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Erprobungsvorhabens, incl. der Erstellung von Zwischenberichten und eines Schlussberichts Ende 2002

## **Anlage 2**

### **Die Fragebögen zur Evaluation von Projektverlauf, psychosozialer und gesundheitlicher Entwicklung der KlientInnen (Sozial- und Gesundheitsberichte)**

#### **2. a. Sozialbericht 1 / Aufnahmebericht**

Codenummer:

Datum:

Landkreis

PBS-Einrichtung:

Betreuende/r Sozialarbeiter/in:

Aufnahmestatus:

Neuaufnahme in Substitutionsbehandlung und in PBS

Neuaufnahme in PBS, schon länger in Substitutionsbehandlung

Wiederaufnahme in PBS

Laufende PBS extern

Übernahme aus dem Landesprogramm:

Wenn Übernahme aus dem Landesprogramm, Dauer der LP-Teilnahme:

Substituierender Arzt / Substituierende Ärztin:

Substitutionsmedikament:

In Substitutionsbehandlung seit:

Status / Befristung der ärztlichen Substitutionsbehandlung:

befristet (bis):

nicht befristet

Medizinischer Bericht:

Liegt vor

Liegt nicht vor

Wird nachgereicht

Staatsangehörigkeit:

Deutsche/r  
EU-Ausländer/in  
Andere Nationalität

Herkunftsland ehemalige GUS-Staaten:

Ja  
Nein

Alter:

Geschlecht:

Subjektive Einschätzung der eigenen psychosozialen Gesamtsituation bei Betreuungsbeginn  
(wie würden Sie heute Ihre soziale Situation bezeichnen?)

1 (sehr gut)  
2 (gut)  
3 (befriedigend)  
4 (mittelmäßig/passabel)  
5 (schlecht)  
6 (sehr schlecht/miserabel)

Motivation für den Beginn der PBS vor allem durch:

Eigene Motivation  
Freunde, Bekannte  
Lebenspartner/in  
Familienangehörige  
Arzt/Ärztin  
Sonstiges:

Wohn- und Lebenssituation (Mehrfachnennungen):

In eigener (Miet-)Wohnung lebend  
Zur Untermiete lebend  
Ohne festen Wohnsitz

Allein lebend  
Mit Lebenspartner/in lebend  
Mit Kind/ern lebend  
Mit Lebenspartner/in und Kindern lebend  
Mit Angehörigen der Herkunftsfamilie lebend  
Mit Freunden/Bekannten lebend

Partner/in abstinent  
Partner/in Drogenkonsument/in, Drogenabhängige/r  
Partner/in in Substitutionsbehandlung

Soziale Kontakte zu Freunden, Bekannten (Mehrfachnennungen):

Vor allem Kontakte zur Drogenszene

Vor allem Kontakte außerhalb der Drogenszene

Frequenz:

Soziale Kontakte zu Familienmitgliedern:

Frequenz:

Überwiegende berufliche Tätigkeit im letzten Jahr (Anstellung, Ausbildung, Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, wechselnde Jobs, etc.):

Wesentlicher Lebensunterhalt im letzten Jahr (Eigene Erwerbstätigkeit, Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe, Hilfe durch Familie, etc.):

Finanzielle Situation:

Gut, zufriedenstellend, problemlos

Passabel, einigermaßen OK

Problematisch bis sehr problematisch

Schulden:

Ja

Nein

Umfang:

Hafterfahrung:

Nein

Ja

Wenn ja, Umfang:

Wenn ja, wg. Verstoß gegen das BtMG?:

Bestehende Bewährungsauflagen:

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

Ausstehende Strafverfahren:

Nein

Ja

Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit:

---

Süchtiger Konsum anderer Substanzen (als des Substitutionsmittels) bei Betreuungsbeginn:

Nein

Ja

Wenn ja, welche Substanzen:

Bisherige Kontakte zu Beratungsstellen:

Nein

Ja, selten

Ja, manchmal

Ja, häufig

Therapieerfahrungen:

Anzahl stationärer Entgiftungen:

Anzahl Selbstentzüge:

Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen:

Anzahl ambulanter Therapien / Entwöhnungsbehandlungen:

PBS-Hilfen (Beratungsstellen, staatliche Programme, Streetwork, Kontaktcafé, etc.),  
mit denen bisher Erfahrungen gemacht wurden:

KlientInnen Bewertung der bisherigen Erfahrungen mit PBS-Hilfen (Stärken, Schwächen):

Geplante Haupt-Interventionsrichtung der PBS / Schwerpunkte der Kooperation

*(Mehrfachnennungen)*

Beziehungen / Partnerschaft / Kinder -- Herkunftsfamilie -- Arbeit / Lebensunterhalt /

Ausbildung -- Schulden / Finanzen -- Suchtdynamik / Beikonsum -- Wohnen --

Justitielle Probleme -- Vitalität / Lebenssinn -- aktuelle Krisenbewältigung --

Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung -- Sonstiges:

Veränderungswünsche des/der Klient/in / Ziele für die PBS bzw. für den ersten Bewilligungs-  
zeitraum (z.B. Wohnung finden, Arbeit finden, Schulden abbauen, Beziehung festigen, Bei-  
gebrauch abstellen, aus der aktuellen Krise raus finden, etc.):

Konkret geplante Maßnahmen

(z.B. Einzelgespräche/Gruppengespräche, Einzelaktivitäten/Gruppenaktivitäten, Familienar-  
beit, Freizeitaktivitäten, administrative Erledigungen, Wohnungssuche, Vermittlungen,  
Schuldenberatung, etc.):

Zeitraumen der PBS-Maßnahme

Vorläufig geplanter Betreuungszeitraum:

Anvisierte Kontaktfrequenz:

Bewilligte Stundenzahl für laufendes Quartal:

**2. b. Sozialbericht 2 / 3 / 4 - Entwicklungs- bzw. Abschlußbericht**

Codenummer:

Datum:

In psychosozialer Betreuung (Erprobungsvorhaben) seit:

Gegebenenfalls: Abbruch der PBS am:

Landkreis:

PBS-Einrichtung:

Betreuende/r Sozialarbeiter/in:

Substituierender Arzt / Substituierende Ärztin (Änderung?):

In Substitutionsbehandlung seit:

Substitutionsmedikament:

Status / Befristung der ärztlichen Substitutionsbehandlung:

Befristet (bis):

Nicht befristet

Behandlung abgebrochen

Medizinischer Bericht:

Liegt vor

Liegt nicht vor

Wird nachgereicht

Bisherige Kontaktfrequenz (wöchentlich, monatlich, etc.):

Seit dem letzten Bericht in Anspruch genommene PBS-Stunden

Bisher insgesamt in Anspruch genommene PBS-Stunden

Vorwiegendes bisheriges Betreuungssetting (Einzelmaßnahmen, Gruppe, Freizeit, Erledigungen, Administratives, etc.):

Vorwiegende bisherige Interventionsrichtung (z.B. Familien- und/oder Paararbeit, Beziehungsarbeit, Wohnungssuche, Schuldenabbau, Arbeitssuche, etc.):

Kooperation mit folgenden anderen PBS-Einrichtungen / Angeboten:

Klienten/innen-Bewertung der Kooperation mit anderen PBS-Einrichtungen / Angeboten (kurzer Kommentar):

Betreuungs- bzw. Behandlungs-Abbruch  
der PBS  
der ärztlichen Substitutionsbehandlung  
wenn ja, Gründe für den Abbruch:

Subjektive Einschätzung der eigenen psychosozialen Gesamtsituation  
(wie würden Sie heute Ihre soziale Situation bezeichnen?)

1 (sehr gut)

2 (gut)

3 (befriedigend)

4 (mittelmäßig/passabel)

5 (schlecht)

6 (sehr schlecht/miserabel)

Änderungen der Wohn- und Lebenssituation?:

Soziale Kontakte zu Freunden/innen, Bekannten (Mehrfachnennungen):

Vor allem Kontakte zur Drogenszene

Vor allem Kontakte außerhalb der Drogenszene

Frequenz:

Soziale Kontakte zu Familienmitgliedern:

Frequenz:

Qualität der sozialen Beziehungen / Änderungen?:

Überwiegende berufliche Situation / Tätigkeit im letzten halben Jahr / Änderungen?:

Wesentlicher Lebensunterhalt im letzten halben Jahr / Änderungen?:

Finanzielle Situation / Änderungen?:

Schulden / Änderungen?:

Justitielle Probleme (Haftstrafen, Bewährungsauflagen, Strafverfahren, etc.) / Änderungen?:

Änderung des Drogenkonsum-Verhaltens / der Suchtdynamik ?

(kurzer Kommentar)

Bzgl. Substitutionsmittel:

Bzgl. Beigebrauch:

Änderung des Drogenkonsum-Verhaltens / der Suchtdynamik des/der Partners/in?

Neue Erfahrungen in (ambulanter oder stationärer) therapeutischer Einrichtung?:

Einschätzung/Bewertung der bisherigen PBS-Kooperation zw. Klient und Betreuer

Klient/in	Sehr positiv	Positiv	Befriedigend	Mäßig/ Passabel	Schlecht	Sehr schlecht
Betreuer/in	Sehr positiv	Positiv	Befriedigend	Mäßig/ Passabel	Schlecht	Sehr schlecht

Kurzer Kommentar von Klient/in und Betreuer/in zu bisheriger Zusammenarbeit und Ergebnissen der PBS (Beschreibung, Frequenz, Bewertung, etc.):

Aktuelle Veränderungswünsche / Ziele für die PBS (den neuen Bewilligungszeitraum):

Geplante weitere Interventionsrichtung der PBS / Schwerpunkte der weiteren Kooperation

Konkret geplante weitere Maßnahmen / Setting:

Zeitraumen der weiteren PBS-Maßnahme

Aktuell geplanter Betreuungszeitraum:

Anvisierte Kontaktfrequenz:

Bewilligte Stundenzahl für laufendes Quartal

Bewilligte Stundenzahl für letztes Quartal

## **2. c. Gesundheitsbericht 1 / 2 / 3 / 4: Aufnahme- und Entwicklungsbericht**

Codenummer: Gesundheitsbericht Nr.

Datum: Praxis / Substituierende/r Ärztin/Arzt

Landkreis:

In Substitutionsbehandlung seit:

Indikation zur Substitutionsbehandlung:

Befristung / Verlängerung der Substitutionsbehandlung:

Substitutionsmedikament:

Dosierungsplan:

Mitgaberegellung:

Somatische Befunde bei Behandlungsbeginn / im Behandlungsverlauf:

Hepatitis- und HIV-Status bei Behandlungsbeginn / im Behandlungsverlauf:

Psychische Störungen bei Behandlungsbeginn / im Behandlungsverlauf:

Status Beigebrauch bei Behandlungsbeginn / im Behandlungsverlauf:

Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes:

A. Ranking von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht)

B. Kurzer Kommentar:

Einschätzung der psychosozialen Situation

Schwerpunkte / Ziele der psychosozialen Betreuung

**Anlage 3****Betreuungsumfang, Betreuungskosten und Budgetauslastung der Clearingstellenangebote in Saarbrücken und Neunkirchen zwischen dem 1. Januar 2001 und dem 30. Juni 2002****a. Betreuungsumfang (Geleistete Stunden vs. Stundenkontingent)**Stadtverband Saarbrücken

Saarbrücken 2001 (12 Monate)	Geleistete Stunden in 2001	Stundenkontingent für 1 Jahr	Reststunden von 2001: Jahreskontingent – geleistete Stunden
Psychosoziale Honorarfachkräfte (PSHF)	2.570 h	4.555 h	1.985 h (ca. 43 %)
Gesundheitsamt	520 h	2.933 h	2.413 h (ca. 82 %)
PSHF + Gesundheitsamt	3.088 h	7.488 h	4.400 h (ca. 59 %)

Saarbrücken Januar – Juni 2002 (6 Monate)	Geleistete Stunden 1. Halbjahr 02	Stundenkontingent für 1 Jahr	Stundenkontingent für 1/2 Jahr	Rest 1. Halbjahr 2002: Halbjahreskontingent – geleistete Stunden
PSHF	2.798 h	4.555 h	2.277,5 h	-520 h (- ca. 23%)
Gesundheitsamt	101,5 h	2.933 h	1.465,5 h	1364 h ( ca. 93%)
PSHF + Gesundheitsamt	2.899,5 h	7.488 h	3.743 h	844 h (ca. 22,5%)

Saarbrücken 2001 und 2002 (18 Monate)	Geleistete Stunden in 18 Monaten	Stundenkontingent für 18 Monate	Rest 18 Monate (Gesamtkontingent – geleistete Stunden)
PSHF	5.368 h	6.832 h	1.464 h (21,4 %)
Gesundheitsamt	621,5 h	4.399,5 h	3.778 h (85,9%)
PSHF + Gesundheitsamt	5.990 h	11.231,5 h	5.241,5 h (ca. 46 %)

Landkreis Neunkirchen

Neunkirchen 2001 (12 Monate)	Geleistete Stunden in 2001	Stundenkontingent für 1 Jahr	Reststunden von 2001: Jahreskontingent – geleistete Stunden
PSHF	230 h	494 h	264 h (53 %)
Gesundheitsamt	276 h	1.066 h	790 h (74 %)
PSHF und Gesundheitsamt	506 h	1.560 h	1.054 h (67 %)

Neunkirchen Januar – Juni 2002 (6 Monate)	Geleistete Stunden 1. Halbjahr 02	Stunden- kontingent für 1 Jahr	Stunden- kontingent für 1/2 Jahr	Rest 1. Halbjahr 2002: Halbjahres- kontingent – ge- leistete Stunden
PSHF	100 h	494 h	247 h	147 h (60 %)
Gesundheitsamt	400 h	1.066 h	533 h	133 h (25 %)
PSHF und Gesund- heitsamt	500 h	1.560 h	780 h	280 h (36 %)

Neunkirchen 2001 und 2002 (18 Monate)	Geleistete Stunden in 18 Monaten	Stundenkontingent für 18 Monate	Rest 18 Monate (Gesamtkontingent – geleistete Stunden)
PSHF	330 h	741 h	411 h (55 %)
Gesundheitsamt	676 h	1.599 h	923 h (57 %)
PSHF und Gesund- heitsamt	1.006 h	2.340 h	1.334 h (56 %)

Stadtverband Saarbrücken und Landkreis Neunkirchen

Saarbrücken, Neunkirchen 2001 und 2002 (18 Monate)	Geleistete Stunden in 18 Monaten	Stundenkontingent für 18 Monate	Rest 18 Monate (Gesamtkontingent – geleistete Stunden)
Saarbrücken	5.990 h	11.231,5 h	5.241,5 h (46 %)
Neunkirchen	1.006 h	2.340 h	1.334 h (56 %)
Saarbrücken und Neunkirchen	6.996 h	13.572 h	6.576 h (48 %)

**b. Durchschnittlicher Betreuungsaufwand und durchschnittliche Betreuungskosten pro KlientIn (für Saarbrücken und Neunkirchen, für PSHF und MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter)**

Es werden zuerst Angaben darüber gemacht, wie die Durchschnittswerte für Betreuungsaufwand und Betreuungskosten aussehen, wenn man die GesamtteilnehmerInnenzahl (n = 250) und den gesamten Beobachtungszeitraum von 1,5 Jahren als Berechnungsbasis nimmt, ohne zwischen länger aktiven und schon nach kurzer Zeit ausgeschiedenen KlientInnen bzw. zwischen den einzelnen Quartalsauslastungen zu unterscheiden.

Die dahinter in Klammern aufgeführten und mit „Nettowert / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte“ beschriebenen Zahlen verdeutlichen, welche Steigerung die entsprechenden Werte aufweisen, wenn man jedes einzelne Quartal und die in diesem Quartal tatsächlich noch aktiven ProjektteilnehmerInnen unter Ausschluss der bis zum jeweiligen Quartalsbeginn bereits ausgeschiedenen KlientInnen als Maßstab nimmt. Angegeben wird hierbei der Quotient, der sich jeweils aus der Mittelwertsberechnung über alle 6 Quartale ergibt.

Diese von Aussteigern und „Kurzzeit-KlientInnen“, „bereinigten“ Betreuungswerte liegen naturgemäß deutlich (ca. um den Faktor 0,6 x) höher als die Zahlen, die auf der Basis der GesamtklientInnenzahlen und dem gesamten Beobachtungszeitraum berechnet wurden.

Die Angaben gelten jeweils für alle PBS-ProjektteilnehmerInnen (Saarbrücken und Neunkirchen) und den gesamten Beobachtungszeitraum von 18 Monaten

**Durchschnittlicher Betreuungsaufwand und durchschnittliche Betreuungskosten**  
**Basis: Betreuungsarbeit nur der PSHF (Saarbrücken und Neunkirchen)**

Durchschnittlicher Betreuungsaufwand

5.698 h : 250 Kl. = 22,8 Stunden pro KlientIn  
= 15,2 h pro KlientIn in 1 Jahr  
= 1,27 h pro KlientIn in 1 Monat  
= 0,28 h pro KlientIn in 1 Woche  
(0,46 h/Woche = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

Durchschnittliche Betreuungskosten

5.698 h x 35,71 Euro = 203.476 Euro für alle 250 KlientInnen  
= 814 Euro pro KlientIn in 1,5 Jahren  
= 543 Euro pro KlientIn in 1 Jahr  
= 45,25 Euro pro KlientIn in 1 Monat  
= 10 Euro pro KlientIn in 1 Woche  
(16 Euro/Woche = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

**Durchschnittlicher Betreuungsaufwand und durchschnittliche Betreuungskosten**  
**Basis: Betreuungsarbeit der PSHF und der MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter**  
**in Saarbrücken und Neunkirchen**

Durchschnittlicher Betreuungsaufwand

5.698 h PSHF + 1.298 h GA = 6.996 h Betreuung  
 6.996 h : 250 Kl. = 28 h pro KlientIn in 18 Monaten  
 = 18,7 h pro KlientIn in 1 Jahr  
 = 1,55 h pro KlientIn in 1 Monat  
 = 0,35 h pro KlientIn in 1 Woche  
 (0,58 h/Woche = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

Durchschnittliche Betreuungskosten

6.996 Betreuungsstunden x 35,71 Euro = 249.757 Euro reine Betreuungskosten  
 (bei Zugrundelegung eines Stundensatzes von 35,71 Euro für alle MitarbeiterInnen)  
 249.757 Euro : 250 Kl. = 999 Euro pro KlientIn in 18 Monaten  
 (1.598 Euro/1,5 Jahre = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)  
 = 666 Euro pro KlientIn in 1 Jahr  
 = 55,5 Euro pro KlientIn in 1 Monat  
 = 12,3 Euro pro KlientIn in 1 Woche  
 (19,7 Euro/Woche = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

**Durchschnittlicher Betreuungsaufwand und durchschnittliche Betreuungskosten**  
**Basis: Betreuungsarbeit der PSHF und der MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter**  
**sowie Verwaltungs-, Koordinationstätigkeiten der Gesundheitsamt-MitarbeiterInnen**  
**(Saarbrücken und Neunkirchen)**

Durchschnittlicher Betreuungsaufwand

6.996 Betreuungsstunden insgesamt +  
 5.902 h Koordination, Verwaltung der Gesundheitsamt-MitarbeiterInnen in 18 Monaten  
 = 12.898 h Gesamtaufwand in 18 Monaten  
 12.898 h : 250 KlientInnen = 51,6 h pro KlientIn in 18 Monaten  
 = 34,4 h pro KlientIn in 1 Jahr  
 = 2,87 h pro KlientIn in 1 Monat  
 = 0,64 h pro KlientIn in 1 Woche  
 (1,06 h/Woche = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

### Gesamt-Personal-Kosten

PSHF: 203.476 Euro in 18 Monaten  
Gesundheitsämter:: 225.000 Euro in 18 Monaten (3 Stellen Saarbrücken und Neunkirchen)  
Total: 428.476 Euro Gesamt-Personalkosten

### Durchschnittliche Betreuungskosten

428.476 Euro : 250 KlientInnen = 1.714 Euro pro KlientIn in 18 Monaten  
(2.742 Euro/1,5 Jahre = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)  
= 1.143 Euro pro KlientIn in 1 Jahr  
(1.829 Euro/1 Jahr = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)  
= 95,2 Euro pro KlientIn in 1 Monat  
(152,3 Euro/Monat = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)  
= 21,2 Euro pro KlientIn in 1 Woche  
(33,9 Euro = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

### Gesamt-Betreuungskosten

**Basis: Betreuungsarbeit der PSHF und der MitarbeiterInnen der Gesundheitsämter sowie Verwaltungs-, Koordinationstätigkeiten der Gesundheitsamt-MitarbeiterInnen und Raum- und Materialkosten(Saarbrücken und Neunkirchen)**

### Gesamt-Betreuungskosten

PSHF: 203.476 Euro in 18 Monaten  
Gesundheitsämter: 225.000 Euro in 18 Monaten (3 Stellen)  
Gesamt-Personalkosten: 428.476 Euro Gesamt-Personalkosten in 18 Monaten  
Raum- und Materialkosten: 15.831 Euro in 18 Monaten  
  
Gesamtkosten: 444.307 Euro in 18 Monaten

### Durchschnittliche Betreuungskosten

444.307 Euro : 250 KlientInnen = 1.777 Euro pro KlientIn in 18 Monaten  
= 1.184 Euro pro KlientIn in 1 Jahr  
= 98,7 Euro pro KlientIn in 1 Monat  
= 21,9 Euro pro KlientIn in 1 Woche  
(35,1 Euro/Woche = „Nettowert“ / Durchschnitt der bereinigten Quartalswerte)

**Anmerkungen:**

Da das Projekt auch mit insgesamt zwei halben Stellen für Koordinationstätigkeiten (jeweils eine halbe Stelle in Saarbrücken und Neunkirchen) oder sogar noch weniger auskäme, sind die hier aufgeführten Projekt-Kosten bei einer Fortführung des Projekts deutlich zu reduzieren.

Insgesamt ist festzustellen, dass – bis zum Stichtag, dem 30. Juni 2002 - der Anteil an Betreuungsstunden von MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes aufgrund von Krankheitsfällen zu niedrig ausfiel, wogegen das Stundenbudget der PSHF-Kräfte – im Gegensatz zum ersten Jahr - im 2. Jahr des Projekts voll ausgeschöpft werden muss bzw. ab Mitte des Jahres sogar überschritten wurde.

## Anlage 4

### **Erklärung zur Teilnahme an der psychosozialen Betreuung / Betreuungsvertrag**

## **Erklärung**

Name:

Code-Nr..

Datum:

Ich bin umfassend über die vorgesehene Behandlung informiert und stimme den nachfolgenden Punkten zu:

1. Die Behandlung erfolgt mit einem zur Substitution zugelassenen Mittel. Die ausreichende Dosis wird von Arzt/ Ärztin und Patient/- in gemeinsam ermittelt.
2. Das Mittel wird , falls nicht anders vereinbart, täglich in der Praxis von Herrn/ Frau Dr. ....in der Zeit von..... bis..... unter Aufsicht oral eingenommen. An Wochenenden und an Feiertagen gilt folgende Regelung:
3. Nebenkonsum anderer psychotroper Drogen ( z.B. Heroin, Kokain, Barbiturate, Tranquilizer, Amphetamine etc.) kann schwere Gesundheitsgefahren hervorrufen und ist nicht erlaubt.
4. Missbräuchliche Benutzung des Medikaments, fortgesetzter Nebenkonsum, kriminelle Aktivitäten sowie Nichteinhaltung der Vereinbarungen können zum Abbruch der Substitutionsbehandlung führen. Dieser soll nach Möglichkeit vorher zwischen allen Beteiligten besprochen und abgeklärt werden.
5. Der Patient/ die Patientin ist damit einverstanden, dass stichprobenartige unangekündigte Urinkontrollen stattfinden.
6. Die Behandlungsdauer wird auf zunächst .... Monate festgelegt, ... Wochen vor Ablauf dieser Zeit erfolgt ein weiteres Gespräch zwischen allen Beteiligten über die Fortsetzung der Behandlung.
7. Die Substitutionsbehandlung findet in Verbindung mit einer psychosozialen Betreuung statt. Der Bedarf an psychosozialer Betreuung wird in Absprache mit dem Arzt/ der Ärztin und der Clearingstelle festgelegt.
8. Die psychosoziale Betreuung übernimmt Herr/ Frau..... Näheres regelt die Konzeption.
9. Der Patient/- die Patientin ist damit einverstanden, dass die psychosozialen und medizinischen Daten in anonymisierter Form im Rahmen der wissenschaftlichen Dokumentation verwandt werden.
10. Ziel der Behandlung ist.....

Unterschrift  
Patient/ -in

Unterschrift  
Arzt/ Ärztin

Unterschrift  
Clearingstelle