

Für meine Mütter

Danksagung

Eine Arbeit dieses Ausmaß erfordert neben dem persönlichem Engagement, auch die Bereitschaft zur Mitwirkung außenstehender Personen, die ihr Wissen und ihre Meinung zur Verfügung stellen. Mein Dank gilt hier vor allem den SozialarbeiterInnen, für ihre Teilnahme an den durchgeführten Interviews. Hier gilt besonderer Dank DSA Roland Mikunda für seinen ehrlichen, fachlichen Austausch. Weiters bedanke ich mich bei den Institutionen, die mir ihre Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung stellten. Dabei möchte ich besonders Herrn Leo Zagler (Bibliothek Neustart) erwähnen, der viel Zeit in der Zusammenstellung der Literatur investierte.

An dieser Stelle möchte ich mich bei FreundInnen und StudentInnen bedanken, die mich im Zeitraum meines Studiums, in guten wie in schlechten Zeiten begleiteten, unterstützen und Verständnis aufbrachten.

Zusätzlich möchte ich mich bei sämtlichen Lehrbeauftragten für ihre Duldsamkeit und ihr Entgegenkommen bedanken. Vor allem möchte ich meinen Dank an den FH - Studiengangsleiter Prof. Dr. Karl Dvorak richten, der mir die Zeit gegeben hat, die ich für die Fertigstellung meines Studiums benötigte.

Besonderer Dank geht an meinen Diplomarbeitsbetreuer DSA Mag.(FH) Alois Huber, der mir während der Studienzeit immer motivierend zur Seite stand. Ich bedanke mich für sein Einfühlungsvermögen, seine Scharfsinnigkeit und seinen immer wieder aufmunternden Humor.

Abschließend ist es mir in diesem Rahmen ein großes Bedürfnis, mich bei den für mich besonderen Menschen mittels einer Widmung in dieser Arbeit zu bedanken. Aufgrund ihrer Liebe, Güte, Geborgenheit, Loyalität und ihren Werten haben sie mich geprägt und mir das ermöglicht, was ich bis zu meinen jetzigen Lebenspunkt erlebt und erreicht habe. Mein Dank und meine Liebe zu Dr. Phil. Kurt Eggl, Mag. Nancy Eggl und insbesondere zu meiner Mutter Andrea Eggl reichen so ins Unermessliche, was nicht in Worte zu fassen ist. DANKE!

**Qualitätsstandards in der
sozialarbeiterischen Betreuung von
substituierten KlientInnen mit
zusätzlicher
Benzodiazepinverschreibung in
Wien**

Natalie Vachel

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2007

Erstbegutachter:
DSA Mag.(FH) Alois Huber

Zweitbegutachterin:
MMag.^a Andrea Rogy

ABSTRACT

(Deutsch)

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit der qualitativen sozialarbeiterischen Betreuung von KlientInnen im Substitutionsprogramm mit einer zusätzlichen Benzodiazepineinnahme.

Dieses polytoxikomane Konsumverhalten führt zu einer starken Beeinträchtigung der Abhängigen, was sich in bio-psycho-sozialen Problemen manifestiert und dadurch eine besondere Gefährdung für die Betroffenen besteht.

Ziel dieser Arbeit ist es, Möglichkeiten einer qualitativen standardisierten Betreuung dieses Klientels unter Berücksichtigung der Gesamtproblematik aufzuzeigen. Daher wurden mittels Befragung von SozialarbeiterInnen in Wiener Betreuungseinrichtungen praxisorientierte Handlungsempfehlungen erhoben.

Der theoretische Abschnitt besteht aus zwei Themenkomplexen. Einerseits wird Einblick in die Bedeutung von Qualität und deren Standards in Bezug auf die Sozialarbeit gegeben, andererseits erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Thematik Nebenkonsum von Benzodiazepinen in der Substitution.

Insgesamt geben die theoretischen Grundlagen einen Überblick darüber, was zu beachten ist, um eine adäquate Betreuung dieses Klientels zu gewährleisten.

Der zweite Teil der Arbeit, befasst sich mit der Empirie. Sie geht der Frage nach, welche Handlungsempfehlungen SozialarbeiterInnen in der Praxis geben. Die Ergebnisse basieren demzufolge ausschließlich auf Aussagen derer, welche als ExpertInnen auf diesem Gebiet gelten. Der Forschungsteil zeigt den gegenständlichen Forschungsverlauf und die angewandte Methodik.

Abschließend werden die Ergebnisse als empfohlene Handlungsmöglichkeiten zusammenfassend dargestellt.

Abstract

(English)

This thesis is concerned with high-quality social management of clients undergoing substitution therapy with an additional consumption of benzodiazepine.

The consumption of polytoxic substances is considerably affecting the dependants and leads to bio-psycho-social problems and a high risk potential.

The goal of the thesis, focusing on the complexity of the problems, is to show ways of a qualitatively standardised care of those clients.

Therefore, practice-oriented recommendations were surveyed by interviewing social workers from different Viennese special care facilities.

The first part of the thesis develops a theoretical framework based on the range of the two main topics: The importance of quality and standards in the social case work and the examination of the subject matter of additional consumption of benzodiazepine in substitution therapy.

The overall survey of the basic principles gives an overview of an adequate management of this group of clients.

The second, empiric part of the thesis responds to the questions regarding recommendations given by social workers in practice. Hence, the results are based exclusively on the statements of specialists experienced in this area.

In the research part of the study, both the realisation of the research and the selected method are described.

Concluding, the results are summarised as recommendations for action.

VORWORT

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich kurz auf gegenstandsbezogene Aspekte eingehen.

Der Begriff „Suchthilfe“ wurde sowohl in der Literatur als auch in den durchgeführten Interviews dieser Arbeit verwendet. Dasselbe gilt für die Wortkombination „Suchthilfe-Netzwerk“, welche allerdings nur in der Praxis benannt wurde, dort dafür um so öfter. Deswegen erschien es mir, folgerichtig diese Bezeichnungen zu verwenden.

Dieser Arbeit liegt die Auseinandersetzung von Substanzabhängigen zu Grunde. Ich möchte darauf hinweisen, dass dabei nicht auf die Problematik des Alkoholkonsums der KlientInnen eingegangen wurde, da dieses zusätzliche komplexe Themengebiet den Umfang meine Diplomarbeit übersteigt.

An dieser Stelle möchte ich der Sozialarbeit und ihren AkteurInnen meinen Respekt und dem Klientel meine Wertschätzung aussprechen.

In der Arbeit werden die substanzabhängigen Personen situationsbedingt als KlientInnen, PatientInnen sowie Betroffene bezeichnet. Zusätzlich wird bei allgemeiner Bezeichnung der Begriff Klientel eingesetzt.

Die meiner Arbeit zu Grunde liegende „Qualität“ beinhaltet die Vorgehensweise eines ganzheitlichen Konzepts. Aus diesem Grund erschien es mir angemessen, die Geschlechtssensibilisierung mit der Verwendung des Binnen- „I“ vorzunehmen.

INHALTSVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG.....	1
II. THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	3
1. Qualitätsstandards in der sozialarbeiterischen Betreuung von substanzabhängigen KlientInnen.....	3
1.1. Qualität	3
1.2. Qualitätsstandards	7
1.3. Sozialarbeit.....	8
1.4. Sozialarbeit in der Suchthilfe	9
1.5. Methodische Ansätze	11
1.6. Zwischenbilanz	13
2. Sucht.....	15
2.1. Drogenabhängigkeit.....	16
2.2. Opiatabhängigkeit.....	16
2.3. Medikamentenabhängigkeit.....	16
2.4. Missbrauch	17
3. Substitution.....	18
3.1. Die Geschichte der Substitution und ihre Ansätze	18
3.2. Substitutionserlasse in Österreich.....	19
3.3. Die Aufnahme ins Substitutionsprogramm	20
3.4. Durchführung und Ziele einer Substitution.....	21
3.5. Grenzen einer Substitutionsbehandlung	22
3.6. Auswirkungen einer Substitutionsbehandlung	23
3.7. Der Verlauf.....	24
3.8. Zwischenbilanz	28
4. Zahlen und Fakten des Substitutionsprogrammes	29
4.1. PatientInnen in Substitutionsbehandlung	29
4.2. Ärztliche Verschreibung	30
4.3. Substitutionsmittel	32
4.4. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	33
4.5. Neue Substitutionsverordnung	34
4.6. Zwischenbilanz	37
5. Nebenkonsum in der Substitutionsbehandlung	39
5.1. Polytoxikomaner Konsum	40
5.2. Benzodiazepine	41
5.3. Zwischenbilanz	44
6. Zusammenfassung der Theoretischen Grundlagen	45
III. EMPIRISCHER TEIL.....	48
7. Forschungsdesign	48
7.1. Untersuchungspopulation des Forschungsgegenstandes	49
7.2. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	49
7.3. Die Datengewinnung	50
7.4. Das Erhebungsinstrument.....	50
7.4.1. Das Interview	50
7.4.2. Das Problemzentrierte Interview.....	51
7.4.3. Der Interviewverlauf.....	52
7.4.4. Der Leitfaden	54
7.5. Die Transkription.....	54
7.6. Das Auswertungsverfahren.....	55

7.6.1. Offene Kodierung	56
7.6.2. Axiale Kodierung	56
7.7. Zwischenbilanz	58
8. Ergebnisse der Forschung	59
8.1. Handlungsempfehlungen zu Qualitätssicherung	60
8.1.1. Klare Standards	60
8.1.2. Unklare Standards	63
8.2. Handlungsempfehlungen bei Risikofaktoren	64
8.2.1. Die Delinquenz	64
8.2.2. Die Grenzen der Betreuung	65
8.2.3. Die freie Arztwahl	65
8.2.4. Der Wille des Klienten	66
8.2.5. Der Auftrag	66
8.3. Handlungsempfehlungen in der sozialarbeiterischen Betreuung	67
8.3.1. Der Verlauf	67
8.3.2. Der Hilfeplan	68
8.3.3. Die Vereinbarungen	69
8.3.4. Die Gesprächsführung	69
8.3.5. Die Maßnahmen	70
8.3.6. Bedarfserhebung	71
9. Resümee	76

I. EINLEITUNG

Im Zuge des Langzeitpraktikums in Wien während meines Studiums an der Fachhochschule St. Pölten, wurde ich darauf aufmerksam, dass fast alle substituierten KlientInnen, denen ich begegnete zusätzlich verschriebene Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine einnahmen. Die Lebensqualität dieser substanzabhängigen KlientInnen schien mir deutlich niedriger, als die von anderen DrogenkonsumentInnen.

Auffallend dabei war, dass SozialarbeiterInnen nicht nur verschiedene Strategien in der individuellen Betreuung dieses Klientels entwickelten, sondern auch unterschiedliche Ansichten über diese Thematik und das betroffene Klientel hatten. Mein Interesse an der Gesamtproblematik stieg, wobei sich mir als zukünftige Sozialarbeiterin die Frage stellte: kann man mit diesem Klientel überhaupt qualitativ arbeiten und wenn, wie?

Nach dem Langzeitpraktikum machte ich in der Praxis noch andere Erfahrungen bezüglich dieser Problematik, wobei hier für mich der Unterschied zum Langzeitpraktikum erschreckend war. Mir ist dabei klar geworden, dass die SozialarbeiterInnen im Langzeitpraktikum wesentlich sensibler und aufgeklärter an dieses Klientel herangegangen sind, als die MitarbeiterInnen der anderen Einrichtung. Für mich stand sofort fest, meine Diplomarbeit dieser Thematik zu widmen, um der Frage nachzugehen, welche adäquate Vorgehensweise in einer Betreuung möglich ist und welche Rahmenbedingungen dazu benötigt werden.

Die Herangehensweise an diese Arbeit, erfolgte durchaus nach dem sozialarbeiterischen Prinzip des Aufbrechens komplexer Gegebenheiten hin zu einer handhabbaren Situation. Dies dient zu einem besseren Verständnis und einer überschaubaren Darstellung der praxisbezogenen Gesamtsituation und bildet gleichermaßen den „Roten Faden“ in meine Arbeit. Dafür sind die Themenbereiche kapitelzugehörig einzeln bezeichnet, um sie danach in einer „Zwischenbilanz“ zusammen zu führen. Die Zusammenfassungen präsentieren das Gesamtbild der Arbeit zur angegebenen Thematik. Die Wesentlichsten Punkte der forschungsleitenden Fragestellung sind im Resümee angeführt.

Das theoretische Grundlagenkapitel ist in fünf Themenkomplexe unterteilt. Diese befassen sich einerseits mit Qualitätsstandards in der sozialarbeiterischen Betreuung von substanzabhängigen KlientInnen und andererseits mit den Bereichen Sucht, Substitution und der aktuelle Stand der neuen Verordnung. Abschließend wird auf den Nebenkonsum in der Substitutionsbehandlung eingegangen, in einer Zusammenstellung der Gesamtthematik werden die Themenkomplexe im 6. Kapitel konklusiv präsentiert.

Der forschungsleitende Fragestellung nach Handlungsempfehlungen für praxisorientierte qualitative Betreuung des substanzabhängigen Klientels, wird im 7. Kapitel, der Empirie, ausführlich nachgegangen. Die gewählte Methode der Datenerhebung, Datenerfassung und der Datenauswertung wird prozessbeschreibend dargestellt. Die Forschungsergebnisse der erhobenen Handlungsempfehlungen sind im 8. Kapitel angeführt. Ein Resümee der wesentlichen bearbeiteten Themen beschließt die Arbeit.

Ziel dieser Arbeit sind verschiedene Aspekte.

Erstens möchte ich mich der aktuellen Diskussion über eine gelingende Substitutionsbehandlung, einschließlich der „Neuen“ Substitutionsverordnung anschließen und einen weiteren Gesichtspunkt hinzufügen. Weiters möchte ich aufgrund der Mehrfachproblematik der substituierten KlientInnen mit einer zusätzlichen Benzodiazepinverschreibung der Thematik Aufmerksamkeit schenken, um entsprechende praxisorientierte Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Diese Handlungsempfehlungen können als Orientierung für Berufseinsteiger, aber auch als Empfehlungen von ExpertInnen für ExpertInnen gesehen werden.

Zudem dient die Qualitätsdebatte im Kontext dieser Arbeit nicht nur als notwendige Handlungsempfehlung, sondern auch als adäquate Strategie zur Verringerung von Risiken.

Zitate der durchgeführten Interviews sind gegenstandsbezogen durchgehend in der Arbeit eingesetzt, um die aktuelle Situation in der Praxis hervorzuheben und der Arbeit den „Roten Faden“ praxisorientierter Herangehensweise zu legen.

II. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Ausgehend von der gegenständlichen Forschung, werden im ersten Kapitel der theoretischen Grundlagen die Begriffe Qualität, Qualitätsstandards sowie die sozialarbeiterische Betreuung in der Substitutionsbehandlung definiert und erläutert.

1. Qualitätsstandards in der sozialarbeiterischen Betreuung von substanzabhängigen KlientInnen

Die Gesamtthematik dieses Abschnittes beinhaltet mehrere Teilaspekte. Zum besseren Verständnis dieser Gesamtkomplexität wird auf die Begriffe und deren relevante Bedeutung zur gegenständlichen Arbeit im Folgenden einzeln eingegangen.

1.1. Qualität

Der Begriff *Qualität* (Duden 2005:868) kommt aus dem lateinischen und bedeutet *Beschaffenheit* oder *Güte* und *Wert*, und umfasst einen Themenkomplex der weit über das Gebiet der Sozialarbeit hinausgeht. Auf diese Arbeit ausgelegt, bedeutet Qualität demzufolge, Beschaffenheit sozialer Maßnahmen und deren Wert. Laut Schmidt (2004) definiert das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz Qualität als „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung, die sie zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse geeignet machen“ (Schmidt zit. in Brosch/Mader 2004:431).

In den letzten Jahren hat die Frage nach Qualität in der Sozialarbeit einen immer wiederkehrenden Bedeutungszuwachs erlebt. Einerseits ist die Qualität laut Flösser (2001:1462) abhängig von ökonomischen Zwängen und finanziellen Kürzungen der sozialen Dienstleistungen, andererseits besteht auf soziale Anbieter Druck und Konkurrenz, öffentliche Leistungen kompetent

durchzuführen. Somit entsteht immer wieder der Diskurs möglicher kompetenter Durchführung und deren „in Frage stellen“.

Dabei sind bei Flösser (ebd.) jene am besten dokumentierten Arbeitseisbereiche die, wo öffentlicher Druck zum Nachweis von Qualität besteht. Dennoch ist die Leistung von Qualität mehr als eine gute Dokumentation. Sie ist ein begleitendes Konzept, das eine adäquate Handlungsmöglichkeit in der jeweiligen Situation bietet. Aufgrund der Komplexität des Begriffes Qualität ist es schwierig dafür eine allgemeingültige Definition zu finden. Bei Osborne findet sich jedoch in Folgender „quality is not a thing, but a concept, a particular construction or abstraction of reality“ (vgl. Osborne 1992 zit. in: Flösser zit. in: Otto/Thiersch 2001: 1464) eine Annäherung an die sozialarbeiterische Praxis.

Qualitätsrelevante Perspektiven der Sozialarbeit unter Einbeziehung betreffender Akteure werden bei Flösser (2001:1464) in der Abbildung 1 festgehalten. Die Sozialarbeit hat demzufolge Qualität nach innen und außen zu definieren.

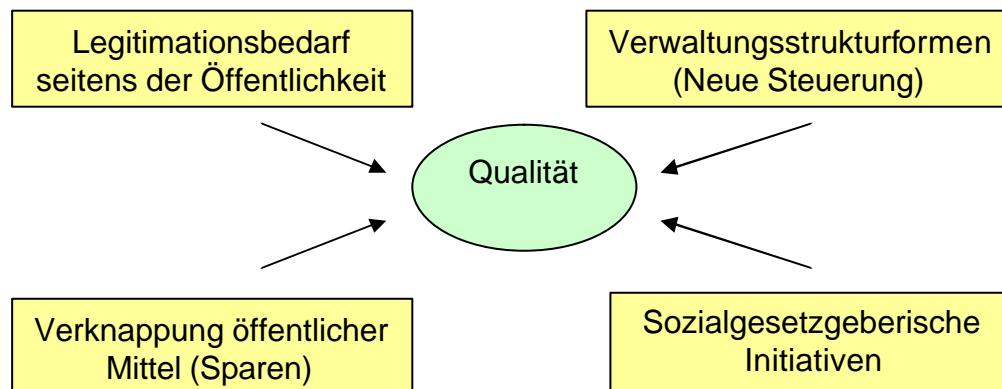


Abb.1: Perspektiven auf die Qualität Sozialer Arbeit

Durch die Erstellung von Qualitätskonzepten und Qualitätsstandards steht laut Karsten (2001) das „Managen des Sozialen“ einer bedeutenden „Neuformulierung und -formatierung“ (Karsten zit. in: Otto/Thiersch 2001:1762) gegenüber.

Ein übersichtliches Qualitätskonzept bietet laut Reiter (2003/04:63-65) Donabedian zur Gewinnmaximierung an. Dieses Modell ist in drei Dimensionen gegliedert, bei der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität auf Effektivität und Effizienz der Qualität hinzielt.

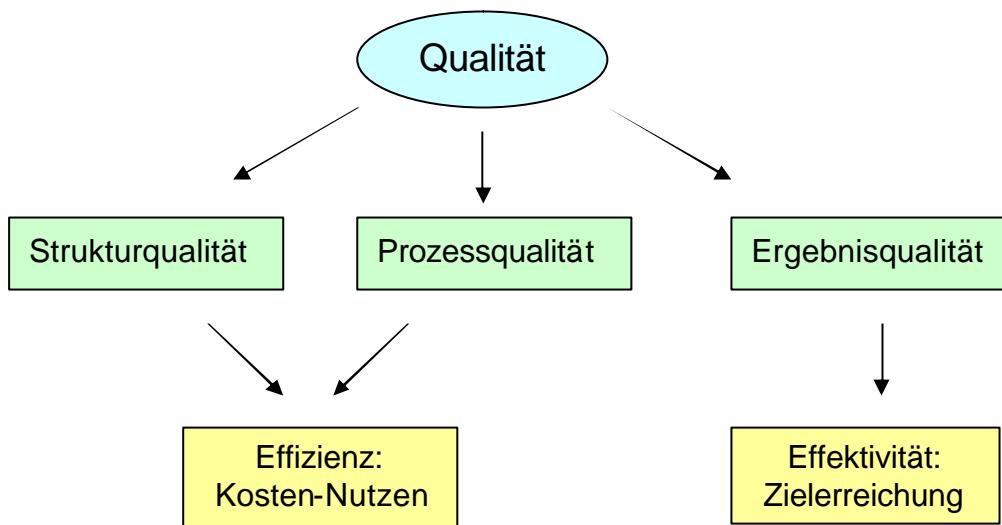


Abb. 2: nach A. Donabedian in: Merchel 1999

Donabedian meint mit Strukturqualität organisationsbezogene Rahmenbedingungen und gegebene Ausstattung einer Einrichtung. Die Prozessqualität setzt sich mit der Beschaffenheit des Betreuungsablaufes, der Dokumentation sowie dem Management und Kostenrechnung auseinander. Der erzielte Zustand wird in der Ergebnisqualität betrachtet, wobei Erfolg und Misserfolg gleichermaßen Beachtung gegeben werden (ebd.).

Einige der befragten Einrichtungen in dieser Arbeit messen ihre Qualität anhand von standardisierten Zertifizierungen. Demzufolge wird auf den Zertifizierungsbegriff näher eingegangen.

Zertifizierungen werden laut Reiter (2003/04:72) von einer Einrichtung in Auftrag gegeben oder werden von außerhalb verlangt. Die Gültigkeit dieses Qualitätsmerkmals beträgt drei Jahre, wobei eine jährliche Überprüfung (Audit) stattfindet. Obwohl sich daraus neue Berufsfelder entwickeln, sind der Kostenfaktor und der damit verbundene hohe Zeitaufwand zu beachten.

Pollitt (1997) bezeichnet die Zertifizierung folgendermaßen: „The ISO 9000 series is a set of generic international Standards for quality“ (Pollitt zit. in: Evers et al. 1997:40). Reiter (2003/04:71-72) beschreibt die Aufteilung der ISO 9000 Zertifizierungen in zwei Systemen. Die ISO 9000-9004 legt erforderliche Normen des Aufbaus und der Ablaufsorganisation fest. Dabei werden Zuständigkeiten bestimmt. ISO 9001 gilt als die Norm der Produktion, bei der alle diesbezüglichen Bereiche einschließlich Verantwortlichkeit erfasst und überprüft werden.

Zertifizierung soll in Verbindung mit laufender Qualitätsverbesserung sinngemäß eingesetzt werden, um Qualität sicherstellen zu können.

Das in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts erstellte „Deming-Rad“ von Deming und Juran zur ständigen Verbesserung von Qualität hat heute noch genauso seine Gültigkeit (Reiter 2003/04:71-72).

Laut Schmidt (2004:434) können dadurch Verbesserungsmaßnahmen gesetzt werden, welche in der Suchtarbeit häufig Anwendung werden. Die folgende Abbildung zeigt den ständigen Zyklus von Planung, Handlung, Überprüfung sowie Verbesserung des Qualitätskonzeptes einer Einrichtung. Das Deming-Rad (vgl. Timischl 1996 zit. in: Reiter WS03/04: 71):

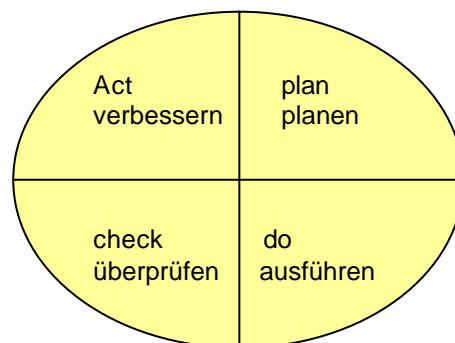


Abb.3: Deming-Rad

Laut Knorr und Halfar (2003) sah Deming „einen dauernden Kreislauf ..., der wiederum weiteres Planen notwendig mache“ (Knorr/Halfar zit. in: Huber 2003:21).

Zusammenfassend gilt bei Vomberg (2002):

„Der Begriff Qualität meint dabei nicht, wie landläufig angenommen ‚hohe‘ oder ‚gute‘ Qualität, die von Bewertungsmaßstäben abhängt, die im Zweifel subjektiv sehr verschieden sein können. Qualität meint,... etwas sehr Relatives“ (Vomberg 2002:19).

1.2. Qualitätsstandards

In der Qualitätsdebatte steht wiederum die „Suche nach Qualitätsstandards“ laut Flösser (2001:1462) in der Durchführung sozialer Dienstleistungen für MitarbeiterInnen des sozialen Sektors im Vordergrund. Diesbezüglich wird von einem „komplexen Maß“ ausgegangen, welches „sich aus verschiedenen vorher definierten Eigenschaften der Gesamtleistungen einer Organisation ergibt“ (vgl. Reiss 1995:62 f. zit. in: Flösser zit. in: Otto/Thiersch 2001:1463). Andere Sozialarbeiter stehen allerdings einer Professionalisierung und einer Spezialisierung kritisch gegenüber. „..., some social workers continue to be critical of the very notion of professionalization“ (Pollitt zit. in: Evers et al. 1997:34).

„[...] diese Spezialisierung ist immer auch kritisch zu hinterfragen. Es gibt immer zu Fragen, wo macht sie Sinn und wo is sie fürs Klientel eher auch kontraproduktiv ja.[...]“ (Interview 2, Z 559-561)

Das Wort *Standard* kommt aus dem Germanischen-Französischen-Englischen und bedeutet die Durchschnittsbeschaffenheit einer Leistung und stellt einen anerkannten Qualitätstyp dar. (Duden 2005:986).

Für Qualitätsstandards gibt es nach Schmidt (2004) noch „keine systematische Checkliste“, allerdings in Miteinbeziehung folgender Faktoren, können Standards definiert werden (Schmidt zit. in Brosch 2004:437-441).

Die Führung einer Einrichtung transportiert Werte nach innen und außen. Die Politik bewertet den „Daseinszweck“ des Angebotes und legt die Rahmenbedingungen fest. Der Umgang mit MitarbeiterInnen geht mit der „MitarbeiterInnenzufriedenheit“ einher. Die zur Verfügung gestellten Ressourcen sind ausschlaggebend für eine adäquate Durchführung der

Betreuung. Demzufolge kann die „Kundenzufriedenheit“ sichergestellt werden und der „gesellschaftlichen Verantwortung“ nachgegangen werden.

Zur Sicherung von Qualität in der sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen haben sich in den durchgeführten Interviews „klare“ (Interview 2) und nicht klare Qualitätsstandards herauskristallisiert. Übliche Standards werden in der Suchthilfe Dokumentation, Supervision und im Bestehen eines multiprofessionellen Teams gut ausgebildeter MitarbeiterInnen gesehen. Als nicht klare Standards bezeichneten die InterviewpartnerInnen der gegenständlichen Forschung die Rahmenbedingungen und die Evaluierung. Der Faktor Zeit sowie die Vernetzungsarbeit wurden als gewünschte klare Standards bezeichnet.

Die Gesamtthematik der gegenständlichen Arbeit beinhaltet mehrere vielschichtige Betrachtungsweisen Aspekte. Die Schwierigkeit besteht darin, das Wesentliche hervorzuheben. Es ist zu bedenken, dass die Sozialarbeit nur einen unterstützenden, wenn auch wesentlichen Teil der Betreuung von Suchtkranken darstellt. Erläuterungen dazu bietet der nächste Abschnitt.

1.3. Sozialarbeit

Sozialarbeit erfordert nach Bardmann und Hansen eine „haltlose Komplexität handhabbar zu gestalten, wenngleich dies oft genug einer enormen Komplexitätsreduktion und Simplifizierung, wenn nicht sogar Trivialisierung gleichkommt“ (Bardmann/Hansen o.A. zit. in Huber 2003:89)

In Montréal hat das IFSW¹ General Meeting 2000 Sozialarbeit folgendermaßen definiert: „The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work.“ (Dvorak 2001:1)

¹ IFSW ist die Abkürzung für International Federation of Social Work.

Sozialarbeit ist demnach eine Antwort auf soziale persönliche und/oder soziale gesellschaftliche Probleme. Sie ist eine soziale personenbezogene Dienstleistung, welche sich immer auf Selbstbestimmung von Menschen und Gruppen richtet. Die Hilfe zur Selbsthilfe als Verbesserung der bedarfsorientierten Lebenslagen der Betroffenen. (ebd.)

Eine allgemeine Vorgangsweise in der sozialarbeiterischen Betreuung kann in der Praxis wie folgt sein:

„ein offenes Gesprächsklima, also direktes Ansprechen von Wahrnehmungen, Rückmeldungen von Wahrnehmungen ab klare Zielvereinbarungen, Rückmeldung darüber, dass eine ständige Kontrolle darüber gibt, in wie weit Zielvereinbarungen eingehalten werden und Rückmeldungen über die Konsequenzen. Das ist in der Sozialarbeit überhaupt ganz guat.“ (Interview 1, Z 216-220)

1.4. Sozialarbeit in der Suchthilfe

Nach Kleinemeier (2004:37) ist die Steigerung der Lebensqualität zentrales Behandlungsziel in der Suchttherapie. Die Reduktion von gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden ist Teil der Suchttherapie, bezeichnet als „harm reduction“. Diese Maßnahmen werden nach Prinzepe (ebd.:39) als Konzept oder Strategie der Vorgehensweise in der Betreuung gesehen.

In der sozialarbeiterischen Betreuung von Suchtkranken wird nach Gottwald-Nathaniel (2004:453) auf folgende Aspekte eingegangen:

- Psychosoziale Betreuung
- Versicherungsschutz
- Offenen Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren
- Obdachlosigkeit
- Wohnsituation
- Finanzielle Situation

Weiters wird auf die Arbeitssituation, den Konsum, bzw. das delinquente Verhalten und die Freizeitgestaltung der KlientInnen eingegangen und die Aufhebung der sozialen Isolation des Suchtkranken angestrebt. (ebd.)

Allgemein wird in der Suchthilfe ähnlich verfahren, wie in allen anderen Bereichen der Sozialarbeit, mit dem Unterschied, dass das Suchtklientel aufgrund seiner Mehrfachproblematik, erfahrungsgemäß wesentlich länger braucht, um seine Ziele zu erreichen.

„zum Thema „Arbeit mit Suchtkranken“ und da eigentlich scho zu dem Schluß kommen, dass in der Arbeit mit Suchtkranken viele Dinge gelten, die auch nicht Suchtkranke betreffen. Nur mit der einen Einschränkung das es bei Suchtkranke vielleicht auch, also wahrscheinlich mehr Zeit braucht, um Ziele realisieren zu können.“ (Interview 1, Z 222-226)

In der Suchtarbeit zeigt sich, dass SozialarbeiterInnen einer hohen Belastung ausgesetzt sind. Schwoon beschreibt (2003:64) verschiedene berufsbegleitende Anpassungsphasen von MitarbeiterInnen in Suchteinrichtungen. Es zeigt sich, dass auch der Helfer Phasen von Hoffnung bis hin zu Tiefschlägen während einer Betreuung in der Suchtarbeit durchlebt. „Trotzdem gilt ihre Behandlung weiterhin als „schwierig“, „unerfreulich“, „belastend“ und „anstrengend“ (Schwoon zit. in: Psychologie Heute. 2003:64).

Qualität in der Betreuung beinhaltet laut Treptow (2001:766) nicht nur die Summe der Handlungssequenzen, sondern auch die emotionale und sogar irrationale Ebene des Verlaufs zur stützenden Lebensform der KlientInnen.

Ein wesentlicher Aspekt guter Arbeit in der Suchtbehandlung ist die Motivation der AkteurInnen.

In solch einem Arbeitsfeld ist die MitarbeiterInnenmotivation wichtig, aber noch sehr gering vorhanden. Diese Motivation ist nicht nur abhängig vom Betreuungsverlauf des zu betreuenden Suchtkranken, sondern steht nach Schwoon in „Wechselbeziehung zwischen den Kranken, ihren Familien, „der

Gesellschaft' [und] ,den Verwaltungsgesichtspunkten' sowie dem ‚Helper‘ selbst (Schwoon zit. in: Psychologie Heute 2003:68).

Qualitätsstandard in der Arbeit mit Suchtkranken ist die Grundhaltung und die Atmosphäre in der jeweiligen Einrichtung. Die Wiener Zeitschrift für Suchtforschung beschreibt die Umgangsformen untereinander (Patient u Personal) als einen „...wesentlichen Beitrag zur generellen Atmosphäre in der Einrichtung,...“ (Feselmayer zit. in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2003:25)

Als Qualitätsmerkmal sozialarbeiterischer Handlungskompetenz, gilt die Fähigkeit angemessen und flexibel auf die jeweilige Lebenssituation und den Bedarf der KlientInnen einzugehen (Treptow 2001:765). Dabei gilt ein „lebensweltliches‘ Handlungsverständnis“ (Thiersch 1995 zit. in ebd.) als kompetent. Darauf ausgerichtet erweist sich in der Praxis der Suchthilfe, die Erstellung eines bedarfsorientierten Hilfeplanes für den Klienten als geeignet. Je nach Bedarf werden abstinenzorientierte und/ oder akzeptanzorientierte Vorgangsweisen herangezogen.

1.5. Methodische Ansätze

Zu Beginn in der Geschichte der Suchtbetreuung wurde weitgehend abstinenzorientiert² gearbeitet. Daraus resultierte eine einseitige Therapieform. Mit den ersten Ansätzen der Substitution³ wurde der Grundstein einer akzeptanzorientierten⁴ Betreuung gelegt. Mittlerweile wird in der Suchtbehandlung eine bedarfsorientierte Betreuung angeboten, die sowohl abstinenzorientierte als auch akzeptanzorientierte Ansätze inkludiert. Das akzeptanzorientierte Modell will nach Dollinger (2001) nicht „in direkte

² Die Abstinenz hat die Drogenfreiheit zum Ziel; erfolgt in der Regel in stationären Einrichtungen mittels medikamentös unterstützter Entzugsbehandlung (Goger 2004:63).

³ Siehe Kapitel Substitution.

⁴ Die Entwöhnung des Süchtigen steht nicht im Vordergrund, sondern die Verbesserung ihrer Lebenssituation bei gleichzeitiger Akzeptanz des Drogenkonsums (Akzeptanzorientierte Drogenarbeit in: Wikipedia 2007:o.P.).

Konkurrenz zum abstinenzbestimmten Angebot treten, angestrebt wird eher eine Ergänzung und Komplettierung bestehender Hilfsmöglichkeiten“ (Dollinger zit. in: Kriminologisches Journal 2001:95). Dabei steht fest, dass die „akzeptierende Drogenarbeit (...) in das gesellschaftliche Kontrollsyste m integriert“ (ebd.) ist. Trotzdem liegt die generelle Zielvorstellung einer Suchttherapie letztlich in der Abstinenz der suchterkrankten Personen.

Inzwischen entsteht in der Praxis durch das Angebot verschiedener Ansätze die Problematik einer Mehrfachbetreuung von KlientInnen. Eine Verbesserung dieser Situation wird unter SozialarbeiterInnen diskutiert.

„Es ist eben das Problem das für einen Klienten bis vier oder fünf maximal ja Sozialarbeiter gibt. Da sollte es irgendwie etwas Übergeordnetes gäben, was koordinatorisch hilfreich ist“ (Interview 1, Z: 290-292)

Die Implementierung des Vorschlages von Case Management⁵ in der Suchtarbeit wird von ExpertInnen immer häufiger gefordert.

Das Modell des Case Managements in der Suchtarbeit entspricht nach Feselmayer et al. (2003) einer „methodischen Neuorientierung im Gesundheitswesen, im Sinne einer Erweiterung der Einzelfallhilfe“. Dem betroffenen Suchtkranken steht während des Betreuungszeitraumes ein/e qualifizierte/r MitarbeiterIn zur Verfügung. Diese Person erarbeitet mit dem Süchtigen gemeinsam ein bedarfsorientiertes Betreuungsplan und ist zuständig für die Koordination und den Verlauf. Laut der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung besteht Case Management „somit aus Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und aus Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich)“ (Feselmayer et al. zit. in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2003:25)

⁵ „Eine Form der Dienstleistung, mit der man zu erreichen versucht, dass Klienten/Klientinnen mit komplexen, mehrfachen Problemen ... rechtzeitig und in richtiger Art und Weise jene Hilfe bekommen, die für sie angebracht ist (Rubin 1992 zit. in: Riet/Wout 2002).“

1.6. Zwischenbilanz

Aufgrund des öffentlichen Legitimationsbedarfs, der Verknappung öffentlicher Mittel und sozialpolitischer Maßnahmen in der Suchtarbeit, besteht ein zunehmender Druck, Qualität zu steigern und nachzuweisen. Diese Situation führt jedoch zu einem zunehmenden Konkurrenzdenken der AkteurInnen im Suchtbereich.

„...also man beschreibt nicht Standards die man sich sehr lange erarbeitet hat, des gibt man nicht her, es gibt nicht nur Kooperation sondern auch Konkurrenz...“ (Interview 2, Z 216-218)

„es gibt auch so ein bissel ein Kampf in Wien [...], also es könnte sicher optimaler Lösungswissen genutzt werden, wenn das neben einander leichter wäre und net des Konkurrenzdenken“ (Interview 3, Z 458/ 462-464)

Qualität zeichnet sich in der sozialarbeiterischen Betreuung nicht alleine durch Zertifizierungen aus.

Wesentlich bei Qualität ist, dass alle AkteurInnen in dieselbe Richtung arbeiten und MitarbeiterInnen motiviert werden. Dafür sind klare Zielvorgaben und -vereinbarungen notwendig sowie die Zusammenarbeit aller Professionen. Weiters verlangt Qualität eine lückenlose Dokumentation und transparente Vorgehensweise gegenüber allen Beteiligten, um Nachvollziehbarkeit zu schaffen und Unzufriedenheit entgegen zu wirken. Allgemein besteht jedoch die Problematik, dafür eine geeignete Norm zu finden.

„[...] Wir sind sehr durchstandardisiert, man könnt fast sagen, kritisch betrachtet, wir sind nicht unbürokratisch ja [...] (Interview 2, Z 263-264)

Die bestehenden Qualitätsstandards in der Wiener Suchthilfe, vor allem in der Substitutionsbehandlung werden von den in dieser Arbeit interviewten Personen als gut bezeichnet. Dennoch gilt für die Zukunft, Qualität auf ihre Legitimität zu prüfen, Qualitätslücken darzulegen, diese zu schließen sowie

einer ständigen Qualitätsoptimierung nachzugehen, um eine reine „Suchtverwaltung“ (Interview 4) zu vermeiden (Schmidt 2004:443).

„wir dürfen uns da jetzt net ausruhen, alles hinwarten, da muss i jetzt schon diesen Angriff starten Richtung Stadtverwaltung. Wie mans so gerne Seitens Stadtverwaltung macht eben zu sagen: „Bei uns ist alles in Ordnung“. Und im Prinzip haben wir von dieser Institution her nichts anderes mehr als eine Suchtverwaltung“ (Interview 4, Z 182-185)

Bevor die theoretische Grundlagenforschung sich mit dem Kapitel Substitution in Wien auseinandersetzen kann, ist eine allgemeine Übersicht von Sucht sinnvoll, um ein gesamtheitliches Bild von (zu betreuenden KlientInnen) substanzabhängigen Personen geben zu können.

2. Sucht

Für die forschungsleitende Fragestellung spielt Sucht eine wichtige, allerdings nur begleitende Rolle. Deswegen setzt sich das Kapitel nur kurz mit für die Arbeit relevanten Faktoren auseinander.

Bei Sachße (1996) lassen sich viele Überlegungen zu dieser Thematik finden. In seinem ursprünglichen Gebrauch, bedeutet das Wort Sucht ganz einfach Krankheit. Allgemeiner über die Problematik hat sich v. Gebssattel (ebd.) geäußert, dass „jede Richtung menschlichen Interesses süchtig entarten kann“ (Sachße zit in: Kreft/Mielenz 1996:595).

Demzufolge ist in einer Gesellschaft aufgrund Präsenz menschlicher Interessen immer Sucht vorhanden.

*„Es wird nie eine drogenfreie Gesellschaft geben. Wer sich dieser Illusion hingibt, der lebt auf einem anderen Planeten. Das gibt es einfach nicht.“
(Interview 4, Z134-135)*

Die folgende Definition macht erkenntlich, dass Sucht unter Umständen Schwankungen unterliegt. Die WHO definiert Sucht nach folgenden Gesichtspunkten: „Es handelt sich bei Sucht um ein Stadium chronischer oder periodischer Berauschkung durch die wiederholte Einnahme einer natürlichen oder synthetischen Droge“ (Brosch/Juhnke 1993:19 zit. in: Goger/Tuma 2004/05:5)

In Zusammenschau mit den Aussagen der interviewten SozialarbeiterInnen in dieser Forschungsarbeit schließt die Autorin daraus, dass nicht nur die Sucht an sich, sondern auch der problematischen Nebenkonsum der KlientInnen periodisch verläuft.

Die KlientInnen von denen in dieser Arbeit die Rede ist, sind ehemalige Opiatabhängige, teilnehmend an der Substitutionstherapie, die süchtig nach einer oder mehreren Substanzen sind und phasenweise diese missbrauchen.

Demnach ist hier eine Differenzierung zwischen Abhängigkeit, Opiatabhängigkeit und Missbrauch vorzunehmen.

2.1. Drogenabhängigkeit

Nach Krausz und Haasen (2004:12) ist das Abhängigkeitssyndrom bei betroffenen Personen gekennzeichnet von dem „starken Verlangen nach dem Suchtmittel“ und wird in der Suchtarbeit „Carving“ genannt.

Bei Drogenabhängigkeit wird von psychischer und/oder physischer Abhängigkeit gesprochen. Weiters wird bei Goger (2004:6) auf die soziale Abhängigkeit verwiesen, welche sich mit dem Raum und der zugehörigen Kultur auseinandersetzt. Demzufolge wird in dieser Forschungsarbeit von der „Wiener Drogenkultur“ gesprochen.

2.2. Opiatabhängigkeit

Bei Opiatabhängigkeit entsteht psychische und physische Abhängigkeit nach kürzerster Zeit, in der sich der Lebensinhalt auf die „Erreichung des Suchtstoffes“ konzentriert, um eine Befriedigung der Sucht zu erlangen. Zusätzlich fällt die betroffene Person schlagartig aus dem sozialen Netzwerk Familie, Freunde, Beruf oder Ausbildung heraus („drop out“). Die körperlichen Folgen einer Opiatabhängigkeit sind „Magen-, Kreislauf- sowie Leberbeschwerden“ (Heckmann zit. in: Kreft/Mielenz 1996:145).

2.3. Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit wird als besondere Form von Sucht gesehen. Medikamente gelten sozusagen als „legale Drogen“, die außerdem kostengünstig ist.

Medikamente, vor allem aus der Gruppe der Benzodiazepane⁶, sind Stoffe, die bei längerem hohen Konsum zu einer Veränderung im Organismus (Nervensystem) führen und im Kontext dieser Arbeit sich in einen auffälligem Verhalten von PatientInnen widerspiegelt.

2.4. Missbrauch

Die Bedeutung von Missbrauch „bezeichnet den übermäßigen, meist suchtgesteuerten Konsum von Rauschmitteln, ...“ deren Substanzen „zuerst zu Gewöhnung, dann zu psychischer und schließlich zu körperlicher Abhängigkeit führen.“ (Wikipedia o.A.a).

Krausz und Haasen (2004:12) bezeichnen Missbrauch, als einen „einmaligen, episodischen oder chronischen“ Verlauf des Drogengebrauchs.

Demzufolge führt der zuvor beschriebene Missbrauch nach kurzer Zeit zur Abhängigkeit und diese zu Sucht, die durch einen entweder hohen oder niedrigeren Missbrauch des Substanzmittels geprägt ist.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Thematik Sucht von vielen Faktoren abhängig ist, welche ein umfangreiches psychosoziales Arbeitsfeld für professionalisierte Berufsgruppen ergeben. Sucht wird laut Heckmann (1996:148) vorwiegend als ein soziales Problem dargestellt, bei dem die psychosoziale Beratung und Therapie für Suchtkranke als vorrangig gilt (ebd.).

In der Betreuung von opiatabhängigen Betroffenen stehen unterschiedliche Handlungsansätze in Wien zur Verfügung. Im nächsten theoretischen Grundlagenkapitel wird deswegen auf den bedarfsoorientierten Ansatz des Substitutionsprogramms detailliert eingegangen.

⁶ Siehe Kapitel Benzodiazepine

3. Substitution

Einleitend möchte ich einen allgemeinen Überblick über die Substitutionsthematik geben, welche ausschlaggebend für die forschungsleitende Fragestellung ist.

Das Wort Substitution stammt aus dem lateinischen Wort *substituere* und bedeutet ersetzen. Allgemein ist der Ersatz von einer bestimmten Sache gemeint. Substitution wird in vielen Fachgebieten angewendet. In der Drogensubstitution oder auch Substitutionstherapie geht es um „die Versorgung bzw. Behandlung Drogenabhängiger mit Drogenersatzstoffen wie zu Beispiel Methadon“ (Wikipedia o.A.b).

3.1. Die Geschichte der Substitution und ihre Ansätze

Das Krankheitsbild der „Morphiumsucht“ entstand erstmals Ende des 19. Jahrhunderts mit der Entwicklung der Injektionsnadel. (Stolz-Gombocz 2004:235)

Die ersten Ansätze

Robert Halliday führte die erste genehmigte Methadonbehandlung in Kanada, Vancouver, 1959 durch. In einer kleinen Gruppe Heroinabhängiger, setzte er das bis dahin unbekannte Methadon zur Entgiftung ein. Der Versuch zeigte, dass eine Substitutionsbehandlung ein langsamer und somit langer Prozess ist. Halliday ging von einem abstinenzorientierten Ansatz weg und bezog die psycho-soziale Behandlung mit ein. Dieser vielversprechende Ansatz blieb international jedoch unberücksichtigt (vgl. Akademie Verein Dialog 2005:1).

Einige Jahre später gelang es dem Pharmakologen Dole und der Psychiaterin Nyswander, einem amerikanischen Ärztepaar, eine „Methadonerhaltungs-Pilotstudie“ an der Rockefeller University 1963 durchzuführen (Stolz-Gombocz

2004:236). Sie gelten seit 1965 als die „Erfinder“ der Substitutionsbehandlung. Seit 1970 gilt die Substitutionsbehandlung als gültiger Therapieansatz.

Die ersten europäischen Länder, in denen die Substitution eingesetzt wurde, waren Schweden (1967), Großbritannien und die Niederlande (1968), Dänemark (1970) und Finnland (1974). In den siebziger und achtziger Jahren galt die Substitution allerdings als Mittel „zweiter Wahl“; eine abstinenzorientierte Behandlung war in Form von stationärer Langzeittherapie das „Kernstück der Suchthilfe“.

Eisenbach-Stangl und Uhl (1992:184) verweisen auf die von der Gesundheitsbehörde ausgehenden, ärztlich-psychiatrisch geleiteten Einrichtungen. Aufgrund dieser einseitigen Zugangsweise wurde Eigenverantwortung und Selbstbestimmung dem Suchtkranken aberkannt. Die Rückfallquote lag bei 90-100%.

In den 80er Jahren führte die mehrfache und gemeinsame Benutzung unsteriler Spritzen, bekannt als „Needle Sharing“, bei Heroinkranken zu erhöhtem Risiko einer Infektion mit dem HIV Virus. Durch dieses Problem setzte ein Umdenken in der Therapie ein, welche um niederschwellige⁷ und akzeptierende Ansätze, so auch um die der Substitutionsbehandlung erweitert wurde (vgl. Akademie Verein Dialog 2005:2-3).

Demzufolge veränderten sich laut Eisenbach-Stangl und Uhl (1992:186) die DrogenkonsumentInnen und deren Suchtverhalten. Suchtkranke wurden älter, wodurch ein Mehrfachkonsum (Polytoxikomanie) von Substanzen stieg.

3.2. Substitutionserlasse in Österreich

Österreich löste sich von dem abstinenzorientierten Ansatz Mitte der 80er Jahre ab. Aufgrund eines Gutachtens 1986 an der Wiener medizinischen Fakultät im AKH Wien, wurde laut Eisenbach-Stangl und Burian (1998) die Substanzersatzdroge als wissenschaftlich gültige Methode anerkannt. Der Verein Dialog wirkte bei dieser einjährigen Probephase mit, deswegen wurde im

⁷ Betreuungsangebot, welches ohne große Hemmschwelle in Anspruch genommen werden kann (niedrigschwellig in: Wikipedia 2007:o.P.).

Forschungsprozess die Literatur dieses Vereins herangezogen. (vgl. Akademie Verein Dialog 2005:3)

Der erste Substitutionserlass

Die Umsetzung des ersten Substitutionserlasses erfolgte 1987 vom Gesundheitsministerium. Mdaini und Ernst (2004:8) begründen die Herausgabe des Substitutionserlasses so, „dass dies ohne die steigende Zahl von Aids-Kranken und Aids-Toten, welche sich intravenös Drogen injizierten, nie zustande gekommen wäre.

Der zweite Substitutionserlass

Den zweiten Erlass brachte das Gesundheitsministerium im Jänner 1991 heraus. Für den Betreuungserfolg wurde eine psychosoziale Betreuung als unerlässlich gesehen.

Der Erlass von 1998 erweiterte den Ablauf einer Substitutionsbehandlung, um eine Qualitätsverbesserung der Betreuungseinrichtungen durch Vernetzung und Kooperation zu erzielen. In den folgenden Abschnitten wird die derzeitige Situation der Substitutionsbehandlung beschrieben (Stolz-Gomboc 2004:239).

3.3. Die Aufnahme ins Substitutionsprogramm

Die Voraussetzungen der Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung werden laut Stolz-Gomboc (2004:240) wie folgt definiert:

- 1.) Mindestens eine einjährige Opiatabhängigkeit sowie gescheiterte Entzugsbehandlungen
- 2.) Opiatabhängigkeit mit einer zusätzlichen HIV-Infektion
- 3.) Opiatabhängigkeit und Schwangerschaft
- 4.) Opiatabhängigkeit bei Ehe- und LebenspartnerInnen.

Zu Beginn einer Substitutionstherapie werden die Opiatabhängigen über den Substitutionsvertrag aufgeklärt und stimmen dadurch nach Mdaini und Ernst

(2004:12) einer vorgeschriebenen, einzuhaltenden Einnahmeart zu. Die abhängige Person hat den vorgeschriebenen Betreuungsmaßnahmen zu folgen. Ein weiterer Missbrauch von Substanzen ist nicht erwünscht, infolgedessen werden Harnkontrollen durchgeführt. Allgemein wird die Teilnahme an einer Therapie der Suchtgiftüberwachung gemeldet. David und Dressler (2006) beschreiben diese wie folgt: Es ist ein Nachweis zu erbringen über die Substitutionsmittel, die Dosis, den Abgabemodus, den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin, die psychosoziale Betreuung, die medizinische Zusatzbehandlung, die zuständige Drogeneinrichtung und die zuständige/r Amtsarzt/Amtsärztin.

3.4. Durchführung und Ziele einer Substitution

Kontrollinstanzen sind in Form von Amtsarzt, Überweisungssystemen und behördlicher Meldepflicht gegeben (Mdaini/Ernst 2004:12). Die Durchführung kann sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Zuzüglich zu einer medizinischen Behandlung ist eine psychosoziale und/oder psychotherapeutische Betreuung in einer der §15 Einrichtungen einzubeziehen.

Das Ziel einer Substitutionsverschreibung ist eine Verbesserung der gesundheitlichen, rechtlichen und sozialen Situation. Vor allem soll eine Stabilisierung für schwer Opiatabhängige ermöglicht werden, um danach der eigentlichen Entwöhnung der Drogensucht nachgehen zu können. (Wikipedia o.A.c)

Im gesundheitlichen Bereich sollen mit Hilfe der Substitution Überdosierungen, Suizide, und Infektionskrankheiten verringert werden.

Im rechtlichen Bereich stellt der legale und vor allem der leistbare Konsum eine wesentliche Entlastung dar. Beschaffungs- und Folgekriminalität werden verringert.

Die reduzierte Kriminalität führt zu einem Gewinn an Zeit, Energie und finanziellen Mitteln. Im sozialen Bereich kommt es zu einer psychischen Stabilisierung sowie zu einer Klärung der Schulden-, Wohn- und beruflichen Situation und dadurch zu einer sozialen Reintegration. (vgl. Akademie Verein Dialog 2005:3).

Allgemein wird jedoch laut der Akademie Verein Dialog „Substituierten von einer zu raschen Reduktion des Substitutionsmittels entschieden abgeraten“ (2005:4). Es besteht das Risiko von gesundheitsgefährdenden Entzugssymptomen.

Grundsätzlich steht das Individuum mit seinen Bedürfnissen und der jeweiligen damit verbundenen Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund.

3.5. Grenzen einer Substitutionsbehandlung

Nach der Akademie Verein Dialog (2005:5) gilt der zusätzliche massive „gesundheitsschädigende bzw. lebensgefährdende“ Substanzkonsum bei von Personen als „„offenes““ Problem. Hinzu kommen der Missbrauch von Substitutionsmitteln sowie der illegale Verkauf der selben. Polytoxikomane Personen befinden sich in einem „massiv destabilisierten“ Zustand, bei der das Diagnostizieren der eigentlich „psychiatrischen Grunderkrankung“ fast unmöglich wird.

Die Substitutionstherapie behandelt den Aspekt der Opioidabhängigkeit⁸, somit kann bei polytoxikomanen Konsummustern nur auf die Abhängigkeit von Opiaten eingegangen werden. In der Praxis wird dieser Problematik mit Hilfe einer psychosozialen Betreuung erfolgreich entgegengesteuert. (ebd.:6)

⁸Abhängigkeit, von natürlichen und synthetischen Substanzen, die morphinartige Eigenschaften aufweisen (Opioid in: Wikipedia 2007:o.P.)

3.6. Auswirkungen einer Substitutionsbehandlung

Die Substitution hat laut Mdaini und Ernst (2004:26-44) Auswirkungen auf die berufliche, gesundheitliche und soziale Situation der Abhängigen.

Einerseits leiden sie unter Infektionserkrankungen aus der Zeit in der Drogenszene und unter Nebenwirkungen der Substitutionsmittel, andererseits wirken sich Ausbildungsdefizite und geringe Selbstwertgefühle belastend auf die Situation aus. Nach Mdaini und Ernst (2004:26) erschweren diese Faktoren eine Wiedereingliederung von substituierten KlientInnen in den Arbeitsmarkt. Allerdings ist eine berufliche Beschäftigung ein wesentlicher Aspekt für den Betreuungserfolg des Suchtkranken. Dadurch werden soziale Kontakte gefördert und einer Tagesstruktur kann nachgegangen werden. Zusätzlich wird das Selbstwertgefühl durch ein eigenes Einkommen maßgeblich gehoben.

Aufgrund der momentanen schwierigen Arbeitsmarktsituation, fördert das Arbeitsmarktservice Wien langzeitarbeitslose Personen und bietet nach Mdaini und Ernst (2004:27) Weiterbildungsmaßnahmen in Form von Beschäftigungsprojekten an. Diese, meistens auf ein Jahr befristete Arbeitsplätze werden Transitarbeitsplätze genannt.

In Wien stehen substituierten Personen folgende Einrichtungen im Sinne der Integration in die Arbeitswelt zur Verfügung (ebd.32-35).

- Die Wiener Berufbörse(WBB)
- Fix und Fertig(ein sozialökonomischer Betrieb SÖB)
- Würfel, Volkshilfe Beschäftigungsinitiative (vhbi)
- Clean Wiendows von Neustart Bewährungshilfe/ Haftentlassenenhilfe

Die Substitution hat laut Mdaini und Ernst (2004:44) einen positiven Effekt auf die gesundheitliche Situation.

Ein intravenöser Konsum bei Drogenabhängigen führt zu massiven biopsychosozialen (siehe Opiatabhängigkeit) Nebenwirkungen. Diese können durch Substitutionsmittel verringert werden. Weiters wird in der Substitutionstherapie eine Sanierung der meist vernachlässigt Zahnpflege

von Suchtkranken durchgeführt. Eine Behandlung der während des Drogenkonsums manifestierten Infektionserkrankungen ist unerlässlich. Aufgrund der Aggressivität des Virus gehört die Infektion mit Hepatitis C zu den häufigsten Folgerkrankungen. Die Übertragung erfolgt durch Blutkontakt und Geschlechtsverkehr. Laut dem Verein Wiener Sozialprojekte (o.J.:14) gilt zu beachten, dass die Infektion auch über trockenes, älteres Blut erfolgen kann, welches sich in Zahnbürsten oder Rasieren finden lässt. Eine Heilung der Hepatitis C ist zwar nicht immer möglich, jedoch kann eine Behandlung mit Interferon Leberschäden reduzieren.

Auch eine HIV-Infektion ist ein sofortiger Aufnahmegrund in das Substitutionsprogramm, um weitere Verbreitungen einzudämmen sowie eine Verbesserung der Situation der PatientInnen herbeizuführen (Mdaini/Ernst 2004:45).

Die Substitutionsbehandlung hat relevante Auswirkungen auf die Wohnsituation sowie auf das familiäre und private Umfeld. Weiters zählt die gesundheitliche Verfassung, das Bestehen von psychischen und physischen Erkrankungen, und die Geschichte des Suchtverlaufes der KlientInnen zu den wesentlichen Faktoren, auf die die Substitutionsbehandlung eingeht (Akademie Verein Dialog 2005:4).

3.7. Der Verlauf

Eine Substitutionsbehandlung kann laut der Akademie Verein Dialog (2005:4) sehr unterschiedlich verlaufen. Davon ausgehend, dass Sucht eine „chronische Erkrankung“ ist, stellt die Substitutionstherapie folglich ebenfalls eine „chronische“ Behandlungsform dar. Allgemein wird deren Verlauf von den Betroffenen mit einem Drittel als gut, einem Drittel als mittelmäßig und einem Drittel als schlecht angegeben.

Nachfolgend werden „typisch oder häufig beobachtete Verlaufsformen“ angeführt (ebd.: 4-5).

- Stabile Langzeitsubstitution ohne relevanten Nebenkonsum
- Gelungene Reduktionsbehandlung

- Stabile Langzeitsubstitution mit relevantem Nebenkonsum
- Substitution mit Reduktion gesundheitlicher und sozialer Risiken
- Substitution ohne wesentliche Reduktion von Risiken

Für die vorliegende Forschungsarbeit relevant sind die drei letztgenannten Verlaufstypologien, da sie jenes Drittel der schlecht erlebten Substitutionstherapie darstellen. Daher wurde diese Klientengruppe als Grundlage für die nachstehende Ausführung herangezogen.

Um auf die drei letztgenannten Typologien eingehen zu können, ist zuvor eine kurze Begriffserklärung von „relevantem Nebenkonsum“ angebracht.

Als „relevanter Nebenkonsum“ wird ein gesundheitlich und/oder sozial schädlicher Alkohol und/oder Medikamentenmissbrauch sowie gelegentlich intravenöser zusätzlicher Substanzkonsum verstanden (Akademie Verein Dialog 2005:4-5).

Die folgenden Typologien zeigen die Auswirkungen des unterschiedlichen Konsumverhaltens. Dabei soll mit Zitaten aus den in dieser Forschung durchgeführten Interviews die Situation in der Praxis deutlich gemacht werden.

Stabile Langzeitsubstitution mit relevantem Nebenkonsum

Eine stabile Langzeitsubstitution mit einem relevanten Nebenkonsum ist jene Verlaufsform mit den geringsten Einschränkungen. Diese Personengruppe ist noch in ihr sozialen Umfeld eingebettet, hat mehr oder weniger keinen Kontakt zur Drogenszene und setzt daher kaum Suchtgiftdelikte⁹ (ebd.: 5).

„Also da gibt's welche wo ich sag ja die konsumieren in einem stabilen Ausmaß, wirklich nur abends ja zum Schlafen, da merk ich untertags sehr wenig“ (Interview 2, Z 329-331)

Substitution mit Reduktion gesundheitlicher und sozialer Risiken

⁹ Damit ist vor allem die Beschaffungskriminalität gemeint.

Bei der Substitution mit einer Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Risiken bedient sich der Suchtkranke eines regelmäßigen oralen und intravenösen Nebenkonsums. Immerhin sind diese Suchtkranken noch in der Lage, vorübergehende Anstellungen anzunehmen oder Tätigkeiten nachzugehen, wie jenen, des den Sozialprojekten zugehörigen zweiten Arbeitsmarktes (Akademie Verein Dialog 2005:5).

Des Weiteren kann eine „Reduktion der Beschaffungskriminalität, Verminderung des Risikos gesundheitlicher Folgeerkrankungen, aber auch der Weitergabe von Infektionskrankheiten („harm reduction“), Senkung der Mortalität (Sterblichkeit) ...“ (zit. in: Akademie Verein Dialog 2005:5) erfolgen und ist langfristig gesehen zielführend, zur allgemeinen Reduktion „irreversibler Gesundheitsschäden“ (ebd.).

Ferner kann auf ein soziales Netzwerk abseits der Drogenszene zurückgegriffen werden. Allerdings haben sie sich von der Drogenszene „nicht oder kaum distanziert“ (Akademie Verein Dialog 2005:5).

„[...] Na es is ja so die Benzos schwimmen irgendwie da mit, [...] (Interview 1, Z 192)

Substitution ohne wesentliche Reduktion von Risiken

Bei dieser Konstellation wird ein „hochriskanter, gesundheitsschädlicher, polytoxikomaner Konsum trotz Substitution“ beschrieben sowie der „Missbrauch des Substitutionsmittels“.

„[...] es gibt ganz einfach Dosierungen wo man sagen muss, die sind so selbst schädigend und so riskant auch und so beeinträchtigend, [...] (Interview 2, Z 393-394)

Zusätzlich kann bei dieser Typologie von einem „Weiterverleib in der Drogenszene“ und einer „...Beibehaltung der mit dem Substanzkonsum verbundenen illegalen Aktivitäten...“ (Akademie Verein Dialog 2005:5) ausgegangen werden. Dieses Suchtverhalten bringt einen massiven

Nebenkonsum mit sich, der den Suchtkranken in seinem Bewusstsein stark beeinträchtigt, was zu auffallendem delinquenten Verhalten führt.

„[...] Die Lebensqualität kann nicht hoch sein, wenn man viele Benzodiazepine nimmt ja ah so zu sagen weg trickert den ganzen Tag, nichts mehr mitbekommt, dann womöglich Diebstähle begeht, ah wieder eine Anzeige hat wegen Ladendiebstahl, wenn man Kinder hat und auf seine Kinder nicht achten kann, wenn die Kinder fremduntergebracht werden etc.[...]“ (Interview 2, Z 398-402)

Je nach Typologie sind verschiedene Handlungsstrategien in der sozialarbeiterischen Betreuung ausführbar, obwohl das bestehende Angebot nicht ausreichend ist. Dabei wird Kooperation und Vernetzung zu substituierenden Ärzt/Innen als unerlässlich angegeben. Zusätzlich kann eine minimale Tagesstruktur durch eine tägliche Abgabe in der Apotheke geschaffen werden, welche gleichzeitig als Kontrollinstanz dienen kann. (Akademie Verein Dialog (2005:5)

Mdaini und Ernst (2004:17) beschreiben Letzteres kritischer. Die Autoren bezeichnen eine tägliche Abgabe in der Apotheke für die betroffenen Suchtkranken als einschränkend. Allerdings wird auf den möglichen positiven Effekt verwiesen, bei der Tage oder Wochen im Voraus die Substitutionsmittel an die Betroffenen abgegeben werden. Die Selbstverantwortung von PatientInnen wird dadurch gefördert und zugleich kann die Krankheitseinsicht derer überprüft werden (ebd.).

3.8. Zwischenbilanz

Die Substitutionsbehandlung ist eine ergänzende Therapieform von Opiatabhängigen und ist gleichwertig in der Suchttherapie anerkannt. Daher ist die Substitution im Wiener Drogenhilfe-Netzwerk unentbehrlich geworden.

Das Ziel des Substitutionsprogramms ist eine Reduktion von gesundheitlichen, rechtlichen und psychosozialen Risiken dieser KlientInnengruppe.

Die Grenze der Betreuung besteht im massiven selbstgefährdeten Missbrauch der Substitutionsmittel, hier wird KlientInnen ein stationärer Entzug empfohlen.

Zu beachten ist, dass diese Substanzeratzeeinnahmeform das Konsumverhalten betroffener Personen verändert, und mehr oder weniger zu einem Nebenkonsum weiterer Substanzen führt.

Daher ist es bei dieser Problematik wichtig, alle relevanten Faktoren einzubeziehen, um Gesamtverständnis zu erlangen. Erst auf der Basis dieses Verstehens, können adäquate qualitative Handlungsempfehlungen im Umgang mit der KlientInnengruppe gegeben werden

4. Zahlen und Fakten des Substitutionsprogrammes

Zur besseren Betrachtung der Gesamtsituation gibt dieses Kapitel eine Übersicht über die Entwicklung des Substitutionsprogramms der letzten Jahre in Wien.

In Österreich wird laut (Wikipedia o.A.c) von 30.000 Menschen mit einem problematischen Opiatkonsumenten gesprochen. Davon sind 10.000 in Substitutionsbehandlung. Demzufolge nehmen zwei Drittel aller OpiatkonsumentInnen nicht an dieser Therapieform teil.

„[...] Aber wie gesagt die Frage stellt sich ob diese KlientInnen, also wir haben die schon, aber sehr viele schaffen den Schritt zu uns nicht, ja [...]“ (Interview 2, Z 483-485)

Da sich die Arbeit auf die Situation in Wien konzentriert, wurden dafür spezifische Daten herangezogen, um einen veranschaulichenden Überblick zu bekommen.

4.1. PatientInnen in Substitutionsbehandlung

Nach den Unterlagen eines Seminars NeuStart (2003/04:o.P.) sind rund 5000 Personen in Wien in Substitutionsbehandlung.

Aus der Tabelle nach David und Dressel (2006:3) ist ein kontinuierlicher Anstieg der PatientInnen in Substitutionsbehandlung von November 1999 bis November 2005 in Wien zu erkennen.

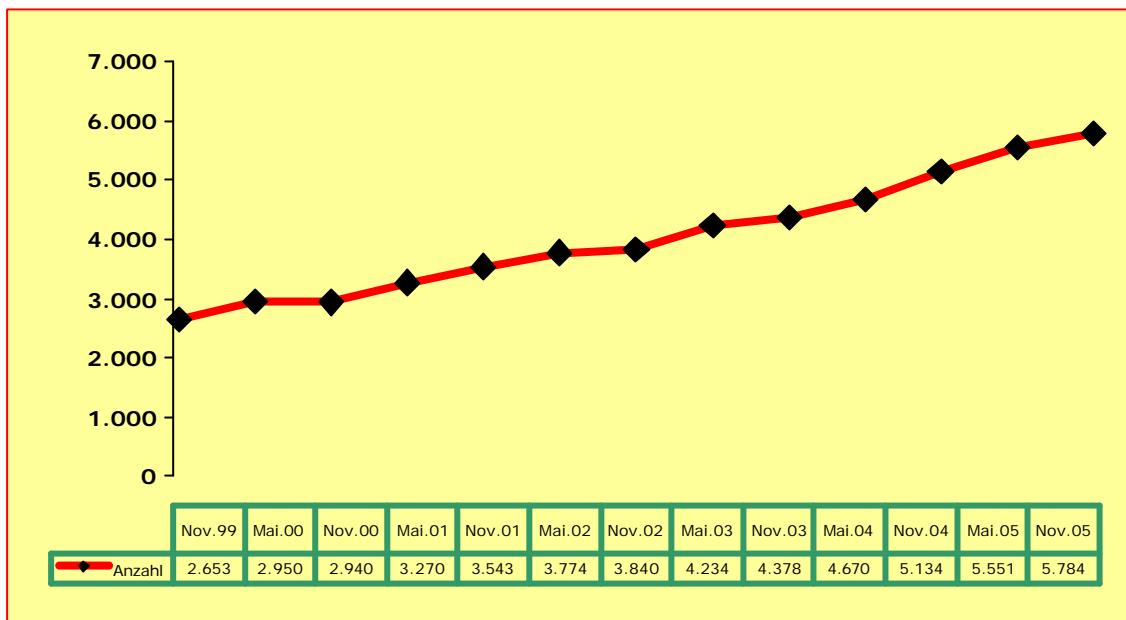


Abb.4: PatientInnen in Substitutionsbehandlung in Wien

Zu Beginn liegt die Anzahl bei 2.653 Personen in Substitutionstherapie, die sich sechs Jahre später im November 2005 um auf ca. 4000 Personen auf 5.784 erhöht hat.

Von der Autorin kritisch hinterfragt wird, ob die der gestiegenen Anzahl zugrunde liegenden Ursachen in einer schnelleren Aufnahme in die Substitutionstherapie und einem einfacher gewordenen Zugang in den letzten Jahren zu sehen sind.

Stolz-Gombocz (2004:240) führt eine Zahl von etwa 3000 PatientInnen in Wien an, von denen 2400 von niedergelassenen ÄrztInnen betreut werden.

4.2. Ärztliche Verschreibung

Eine nähere Betrachtung der Verschreibungspraxis zeigt die Tabelle von David und Dressel, die die Aufzeichnung bis 2005 führten.

Hier ist ein deutlicher Anstieg der Rezeptvergabe von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, bei gleichbleibender Vergabe in sozialen Einrichtungen und von FachärztInnen zu sehen.

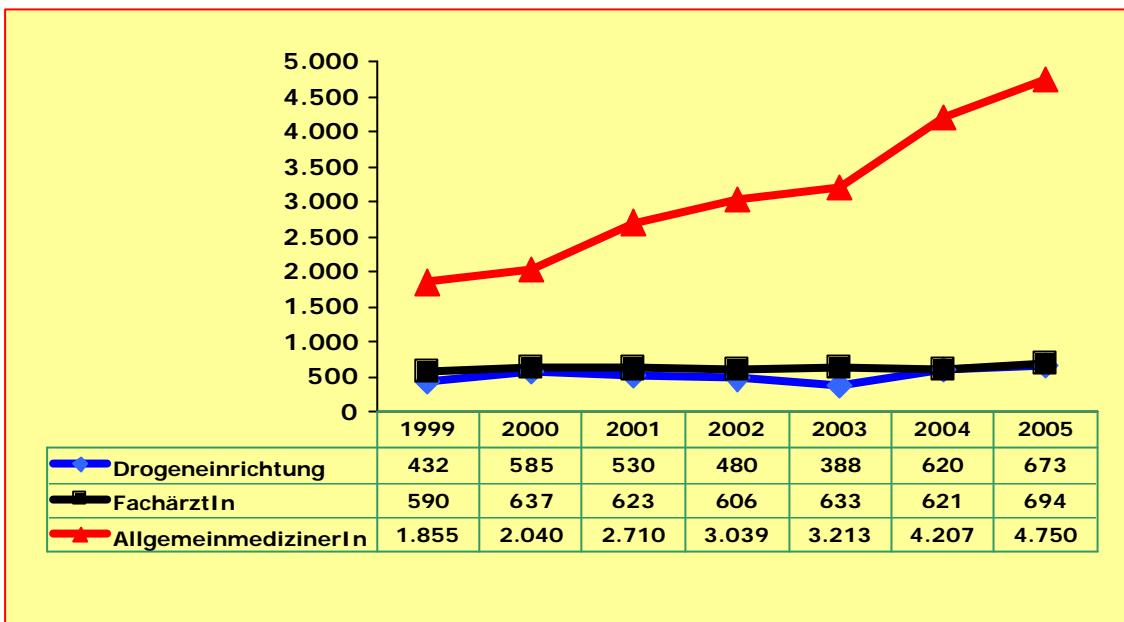


Abb.5: Substitutionsrezepte ausgestellt von: 1999 – 2005

Auffallend ist dabei, dass drei Viertel der Suchtkranken bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen betreut werden. Die Autorin kritisiert dabei die mangelhafte Vernetzungsmöglichkeit mit Drogenberatungseinrichtungen.

Allerdings zeigt die nach David und Dressel (2006:6) neue Weiterbildungsverordnung vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, dass die Ärztinnen hinreichend „für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken“ vertraut sein müssen.

In dieser Verordnung (ebd.:7) wird die Weiterbildung der ÄrztInnen geregelt wodurch diese zur Durchführung der Substitutionsbehandlung qualifiziert sind. „Auch AmtsärztInnen haben gleichwertige Weiterbildung zu absolvieren.“(ebd.:8)

Die Weiterbildung ist (ebd.:9) von der österreichischen Ärztekammer sicher zu stellen. Weiters hat die Gesundheitsbehörde der Stadt Wien (der Landeshauptmann) ein Verzeichnis von qualifizierten ÄrztInnen anzuführen. (David/Dressel 2006:11).

Im Substitutionsprogramm bekommen PatientInnen ein adäquates Substitutionsmittel als Drogenersatz (zur medizinischen Therapie) verschrieben. Diese sind oral einzunehmen, die sogenannte „orale“ Substitution (Mdaini/Ernst 2004:18).

Ein kurzer Auszug der zugelassenen Substitutionsmittel in Österreich wird im nächsten Absatz gegeben.

4.3. Substitutionsmittel

Laut dem österreichischen Suchtgiftgesetz §5 ist die Abgabe von suchtgifthaltigen Arzneien erlaubt, wenn eine detailliert festgehaltene Verschreibung nach den Vorschriften der Suchtgiftverordnung vorliegt (Eisenbach-Stangl/Uhl 1992:181).

Methadon¹⁰ wird meistens täglich in sozialen Einrichtungen oder in der Apotheke in flüssiger Form verabreicht.

Nach Mdaini und Ernst (2004:19) beklagen PatientInnen, dass Schwitzen, Stimmungsschwankungen, Depressionen, Antriebslosigkeit, Libidoverlust und Gewichtszunahme Nebenwirken von langjähriger Einnahme sind.

Retardierte¹¹ Morphine werden in Tabletten oder Kapselform verabreicht und sind bekannt als Vental, Kapanol oder Sustitol. Um eine intravenöse Applikation dieser Medikamente zu vermeiden, werden PatientInnen bei den regelmäßigen Harnkontrollen auf Einstichwunden kontrolliert. Bei intravenösem Gebrauch tritt bei den Betroffenen ein starker Juckreiz auf. Diese Medikamente haben richtig eingenommen eine gute Verträglichkeit, mit nur geringen Nebenwirkungen.

Buprenorphin, zum Beispiel Subutex, wird nur an der Universitätsklinik verabreicht (Mdaini/Ernst 2004:19).

¹⁰ Flüssiges Substitutionsmittel

¹¹ Allgemeine Bezeichnung für Verzögerung oder Verlangsamung (Duden 2005:904).

David und Dressel (2006:4) geben in einer weiteren Tabelle die verschriebenen Substitutionsmittel von November 1999 bis November 2005 in Wien an.

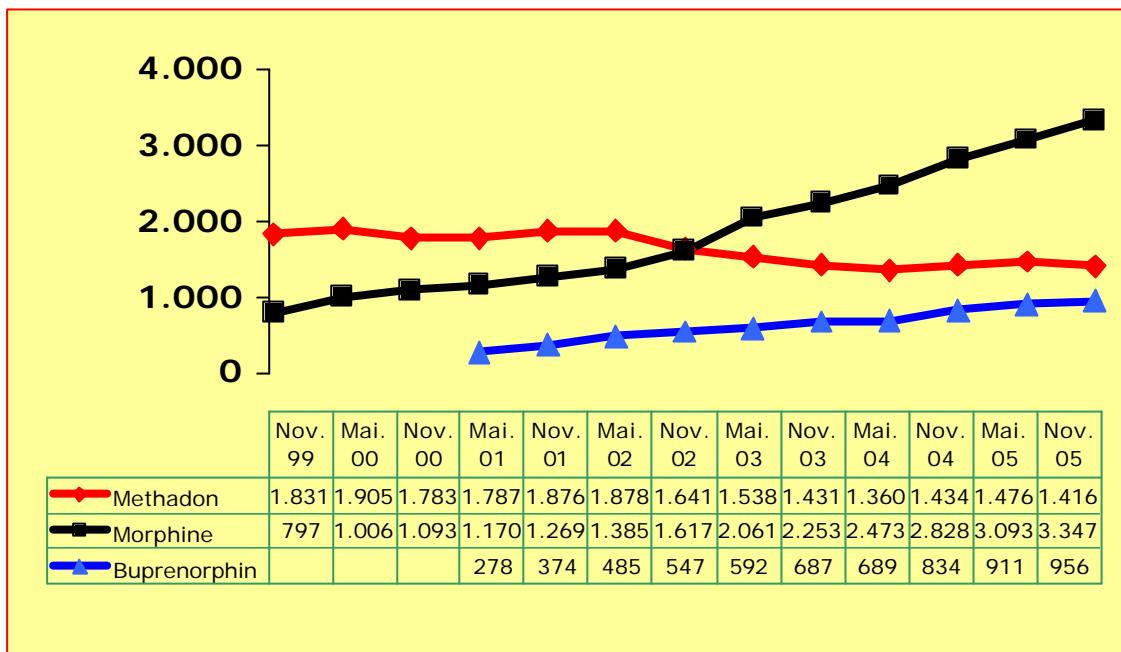


Abb.6: Substitutionsmittel in Wien

Es ist zu erkennen, dass die zuvor als „gut verträglich“ bezeichneten retardierten Morphine auch beliebter bei der Verschreibung von ÄrztInnen geworden sind.

Diese Daten aus der Tabelle stehen jedoch im Widerspruch mit der Bestimmung des Substitutionsvertrages der lautet, dass „Methadon und Buprenorphin als Mittel der ersten Wahl“ einzusetzen sind (David/Dressel 2006:18).

4.4. Rechtliche Rahmenbedingungen

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik Substitution sind die rechtlichen Rahmenbedingungen heranzuziehen, um auf wesentliche einzubeziehende Aspekte aufmerksam zu machen.

Allgemein gliedert sich das Suchtmittelgesetz in sechs Hauptstücke (vgl. Goger:2004)

- 1.) Anwendungsbereich und Begriffsbestimmungen (§§ 1 - 4)
- 2.) Suchtmittel (§§ 5 - 16)
- 3.) Verkehr und Gebarung mit Vorläuferstoffen (§§ 17 - 22)
- 4.) Überwachung des Verkehrs und der Gebarung mit Suchtmitteln und Vorläuferstoffen (§§ 23 - 26)
- 5.) Strafrechtliche Bestimmungen und Verfahrensvorschriften (§§ 27 - 44)
- 6.) Schluss-, Inkrafttretens- und Übergangsbestimmungen (§§ 45 ff)

Nach David und Dressel (2006:14) regelt die Suchtgiftverordnung die Rezeptur, die Indikationsstellung, den Substitutionsvertrag, den Abgabemodus, die Mitgaberegelung, die Urlaubsregelung, die Stellung des Amtsarztes, die Sachverständigenkommission für Wien sowie den Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung im BMGF¹².

4.5. Neue Substitutionsverordnung

Bei vorliegendem Missbrauch des Substitutionsmittels ist bis zum heutigen Zeitpunkt eine Kontaktaufnahme mit der verabreichenden Apotheke befürwortet worden. Mit Absprache des verschreibenden Arztes/Ärztin konnte so eine „Einnahmeüberwachung“ durch die Apotheke erfolgen (Akademie Verein Dialog 2005:6). In der Praxis tritt aber verstärkt das Problem des Verkaufs des Substitutionsmittels am Schwarzmarkt auf.

„[...] hat sich dann halt rausgestellt, dass die Klientin sagt, sie nimmt nicht die Menge an Substitution, die sie verschrieben bekommt, sondern sie verkauft auch noch einen Teil [...]. (Interview 1, Z 106-108)

Aufgrund des zunehmenden illegalen Verkaufs, vor allem von Substitutionsmitteln, aber auch der Verschreibung an nicht Opiatabhängige,

¹² Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

musste die österreichische Politik Ende 2006 schnell reagieren, damit deren Substitutionstherapie nicht als gescheitert angesehen wird.

„[...] Also das Hauptproblem ist Benzos sind immer schon verkauft worden, das Hauptproblem ist, dass das Substitutionsmittel am Schwarzmarkt landet. Also das Medikament, etwas das verabreicht wird, um eine Opiatabhängigkeit zu behandeln, um die Personen wegzubekommen vom Schwarzmarkt, landet plötzlich am Schwarzmarkt. Das ist ein politisches Drama ja . Das Medikament wird jetzt als Drogen verkauft ja und es gibt mittlerweile Personen die noch nie Heroin konsumiert haben, sondern Substitol ah und damit stellt sich die Frage, ist die Substitutionstherapie gescheitert? Ja und damit ist auch klar, dass es einen politischen Druck gibt und eine Notwendigkeit hier etwas zu unternehmen und des zu verändern und möglichst zu unterbinden.[...]“
(Interview 2, Z 672-681)

Mit 1. März 2007 ist eine „Neue Substitutionsverordnung“ in Kraft getreten, die einige Änderungen mit sich bringt und für alle ÄrztInnen/ AmtsärztInnen und ApothekerInnen verpflichtend ist.

Laut der Sucht- und Drogenkoordination Wien (2007) wird Folgendes zur Einnahme des Substitutionsmittels bekannt gegeben:

Die tägliche Einnahme der gesamten Tagesdosis in der Apotheke unter Sicht wird zur Regel!

Die tägliche Einnahme gilt auch für den Samstag. Nur noch für Sonntage oder Feiertage kann das Substitutionsmittel am Vortag mitgegeben werden.

Eine „Ausnahme von der täglichen Einnahme ist nur in begründeten Einzelfällen möglich“. (ebd.)

So heißt es, dass „Ausnahmen nicht bei geringfügiger Beschäftigung oder bei anderen nicht angemeldeten Arbeitsverhältnissen möglich sind“ (ebd.).

In der Urlaubsregelung ist festgehalten, dass Vollzeitangestellten für 28 Tage pro Jahr das Substitutionsmittel mitgegeben werden darf, allen anderen betroffenen Suchtkranken für bis zu 14 Tage.

Nicht verändert hat die neue Substitutionsverordnung die Durchführung der Therapie, welche immer noch in Drogeneinrichtungen sowie bei niedergelassenen ÄrztInnen stattfindet. Die bisher verwendeten Substitutionsmitteln werden weiterhin verwendet (vgl. Sucht- und Drogenkoordination 2007).

Zusammenfassend sehen ExpertInnen in der Suchthilfe die neue Substitutionsverordnung kritisch und geben an, dass

„[...] das Substitutionsmittel viel restriktiver vergeben wird und das bringt große Probleme mit sich.[...]“ (Interview 1, Z 264-265)

Chancen und Risiken in der neuen Substitutionsverordnung sieht Alexander David, Drogenbeauftragter der Stadt Wien, in der Zusatzausbildung für ÄrztInnen und AmtsärztInnen. Befürwortend beschreibt er, „Ärzte, die Substitutionsmittel verschreiben, werden künftig eine verpflichtende Zusatzausbildung machen müssen‘, so David. Dies sei grundsätzlich positiv, ‚weil es die Qualität der Behandlung steigert‘ (Die Presse zit. in: Webmaster 2005:o.P.).

Da noch keine Praxiserfahrung im Hinblick auf die Zusatzausbildung und deren Zeitaufwand vorliegt, stellt sich David (Webmaster 2005:o.P.) die Frage, wie viele ÄrztInnen in Zukunft überhaupt ihr Substitutionsangebot fortsetzen werden können. Davids Schlussfolgerung geht so weit, dass dann "viele Patienten ..., wieder auf der Straße stehen" würden (ebd.).

4.6. Zwischenbilanz

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Anzahl der an dem Substitutionsprogramm teilnehmenden Opiatabhängigen in den letzten Jahren gestiegen ist. Ebenfalls ist ein Anstieg der Verschreibungen des Substanzmittels von niedergelassenen AllgemeinmedizInnen zu verzeichnen.

Retardierte Morphine werden aufgrund der geringen Nebenwirkungen vermehrt an PatientInnen abgegeben.

Wegen des vermehrten Verkaufs des Substitutionsmittels am Schwarzmarkt in der Drogenszene, musste die Politik mit einer neuen Substitutionsverordnung reagieren. Diese hat auf Grund ihrer Formulierung und ihrer Umsetzung für Aufsehen in der Suchthilfe gesorgt. Die Meinungen von ExpertInnen sind dahin gleich, dass eine restriktivere Vergabe der Substitutionsmittel bestimmt wurde.

Allerdings möchte ich hier kritisch anmerken, dass ein Verkauf des Substitutionsmittels am Schwarzmarkt erleichtert wirdt, wenn die Verschreibungspraxis ein Rücklegen der Substitutionsmittel ermöglicht. Es stellt sich die Frage, ob dem zunehmenden illegalen Verkauf eine erhöhte Dosierungspraxis gegenüber steht.

„[...] Ja die Frage is für mich auch wie sehr wird kontrolliert wer diese Verabreichungen macht ja wie da geht's ja auch um eine Berufsgruppe die einen sehr hohen Schutz hat die eine sehr unangetastet Gruppe is ja nach wie vor es ändert sich zwar ein bissel aber es is bislang Ärzten und Ärztinnen kaum verboten worden, zu substituieren und mussten ihre Ordination nicht schließen,[...]“ (Interview 2, Z 726-730)

Ein transparentes (Kontroll)-System für alle beteiligte Professionen sollte auf jeden Fall weiter thematisiert werden. Eine mit der neuen Verordnung verpflichtend festgelegten Zusatzausbildung zur Substitutionsverschreibung ist richtungweisend. Die Zukunft wird zeigen, wie sich die neue Verordnung auf alle betroffenen AkteurlInnen auswirkt.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit dem Nebenkonsum von KlientInnen in der Substitutionstherapie. Im Langzeitpraktikum ist mir aufgefallen, dass fast alle KlientInnen, die sich in diesem Programm befanden, einen zusätzlichen Benzodiazepinkonsum hatten. Aus diesem Grund habe ich in der gegenständlichen Arbeit dieser Thematik entsprechend Raum gegeben. Aus der nur spärlich vorhandenen Literatur zum Thema Nebenkonsum in der Substitution konnte ich folgende Zusammenstellung erarbeiten.

5. Nebenkonsum in der Substitutionsbehandlung

Das Kombinieren von Substanzen ist allgemein kein neues Phänomen. „Ayahuasca-Rituale im Amazonasgebiet“ oder „Hexenkräuter“ (Rätsch 1998 zit. in Eul/Barsch/Harrach 2004:49) zeigen eine über 3500 Jahre alte Konsumform. Jedoch waren Konsummuster in der „Modernen“ bis Anfang der 80er Jahre in Österreich kaum vorhanden. Problematisch wurde der „Beikonsum“ mit Alkohol und/oder Benzodiazepine bei einer Substitutionsbehandlung (Eul/Barsch/Harrach 2004:49). Mittlerweile wird diese Thematik intensiv unter ExpertInnen diskutiert, allerdings sind kaum Daten zur Drogenkombination vorhanden (ebd.:50).

Mdaini und Ernst (2004:54) betonen, dass der Nebenkonsum oft vom Substitutionsmittel abhängt. „An Hand von Harnanalysen kann man sehen, dass KlientInnen, die auf retadierte Morphine (Substitol, Mundidol, Compensan) eingestellt sind, einen wesentlichen geringeren Zusatzkonsum haben, als mit Methadon...“¹³ (ebd.).

Laut Mdaini und Ernst (2004:53) wurde 1998 eine Studie zum Thema Drogen-Straßenszene und Substitution vom Verein Wiener Sozialprojekte durchgeführt. Zu dem Begriff Nebenkonsum wurden „schwerst abhängige, meist polytoxikomane Personen“ (zit. in: ebd.) befragt. Es stellte sich heraus, dass viele Suchtkranke neben der Substitution andere Substanzen zusätzlich konsumieren.

Eine dabei auftretende Problematik beim Nebenkonsum ist die Einnahme unreiner Substanzen.

„[...] Mischdrogen und Billigprodukte überschwemmen den Schwarzmarkt.[...]“ (Interview 4, Z 26-27)

¹³ aus www.drogenhilfe.at/dokumente/dk/4-5-fischer.pdf

Das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzstörung wird als Dual Diagnose (Doppelte Diagnose) bezeichnet (Neustart 2003/04).

Bei Dietrich/Kocsis./Haller (2003:7) wird bei der Untersuchung zu „Hauptdiagnosen bei Drogenabhängigen“ eine Diagnostizierung von Polytoxikomanie von 50,5% bei 200 befragten Personen dargestellt.

5.1. Polytoxikomaner Konsum

Eine Auseinandersetzung mit der Thematik Substitution und Mischkonsum verdeutlicht laut Eul/Barsch/Harrach (2004:49) polytoxikomane Konsummuster, die einen zeitgleichen Konsum von mindestens zwei psychoaktiven Substanzen beinhalten. Dadurch entsteht eine Wechselwirkung zwischen den Medikamenten. Häufig anzutreffende Kombinationen sind nach Goger (2004) „Opiate und Benzodiazepine, Opiate¹⁴, Benzodiazepine und Alkohol“ aber auch „Heroin und Kokain“ (zit. in: Goger/Tuma 2004:6).

„[...]ah, was er verschrieben bekommt und was es für einen Beikonsum gibt, nja. Es gibt ja net ah die Klienten konsumieren ja nicht nur das was sie verschrieben bekommen, sie konsumieren ja mitunter auch noch anderer Substanzen und mehr Substanzen, als sie ärztlich verschrieben haben [...] (Interview 1, Z 35-38)

Relevant für die gegenständliche Untersuchung ist der Einsatz aus der Medikamentengruppe der Benzodiazepine.

In der Studie der Wiener Sozialprojekte (1998) geben Mdaini und Ernst (2004:53) über Nebenkonsum in Substitution Folgendes an: „Häufig ist dies ein Benzodiazepin-Beikonsum wie z.B.: Rohypnol, Valium, Librium“. Zusätzlich hat diese Studie den Nebenkonsum von Heroin, Cannabis und Alkohol dargelegt.

„[...] mehr als die Hälfte der Klienten drogenabhängig sind oder drogenkrank sind, ja und in dieser Gruppe hab i ka Zahl, aber ist die überwiegende Mehrheit die, die zusätzlich zur Substitution auch Benzodiazepine einnimmt. [...]“ (Interview 1, Z 46-49)

In der sozialarbeiterischen Praxis ist man in der Suchtbetreuung schnell mit der Thematik des zusätzlichen Benzodiazepinkonsums neben der Substitution von KlientInnen konfrontiert.

5.2. Benzodiazepine

Benzodiazepine sind gebräuchliche Schlaf- und Beruhigungsmittel, welche auch als Sedidativa, Hypnotika und Tranquillizer bezeichnet werden (Goger/Tuma 2004: 20).

Das Indikationsgebiet reicht nach Krausz und Haasen (2004:56) von Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen bis hin zu Schmerzerkrankungen.

Das Risiko der Abhängigkeit ist groß, so dass die Indikation von Benzodiazepinen immer wieder zur Diskussionen steht. Demzufolge gibt es kontroverse Meinungen zu Ansätzen der Alternativmethoden (ebd.).

„[...] ich glaub, dass die medizinische Behandlung von Menschen mit Drogenproblemen in Wien, eigentlich schon bedeutet auch das, das Benzoproblem irgendwie zu sehen.[...]“ (Interview 3, Z 11181-182)

Handelsübliche Medikamentennamen aus der Benzodiazepangruppe sind. Valium (Diazepam), Psychopax, Praxiten (Anxiolyt), Rohypnol, Gewalcalm, Xanor uvm. Diese Medikamente wirken auf PatientInnen beruhigend, schlafanstoßend, angstlösend und entspannend (Goger/Tuma 2004: 20).

Benzodiazepine sind für die gegenständliche Untersuchung insofern von Bedeutung, da sie in den meisten durchgeführten Interviews als die am

häufigsten konsumierte Substanz im „Beikonsum“ bei substituierten KlientInnen genannt wurde.

„[...] I kenn kaum Klienten aus der praktischen Arbeit, die keine Benzodiazepine dazu bekommen.[...] (Interview 1, Z 62-63)

Die Einname von Benzodiazepinen neben der Substitution steht oft in Verbindung mit der Selbstmedikation von Suchtkranken bei Schmerzen, bezeichnet als Komorbidität¹⁵. Demzufolge entstehen laut Lang (1995:49) „toxische Rauschzustände mit Bewusstseinstrübung bzw. -verlust“, die daher die Gefahr von Sucht deutlich erhöhen.

Krausz und Haasen (2004:30) beschreiben als häufigste Abhängigkeitsform von Benzodiazepinen die der Niedrigdosierung. Bei Goger (2004:20) führen Benzodiazepine zu einer schweren Abhängigkeit. „Aufgrund des enormen Abhängigkeitspotenzials“ hat sich die Krankheitsform „Low Dose“ entwickelt (NeuStart 2003/04).

Obwohl bei alleiniger Benzodiazepineinnahme bisher noch keine letalen Folgen bekannt sind, führte die Kombination mit anderen Substanzen und Begleiterkrankungen sehr wohl bereits zu Todesfällen, da in der Wechselwirkung der Medikamente die Gefahr einer Vergiftung besteht (NeuStart 2003/04).

Seidenberg (1997:18) führt zwei Tabellen an, in denen die wichtigsten bleibenden körperlichen Schäden angeführt werden. Bei den damals untersuchten Substanzen fällt auf, dass bei Heroin und Benzodiazepinen Hirn und Nervenschäden sowie Organschäden kaum bekannt waren, da diese nur dürfzig systematisch untersucht wurden. Allerdings werden Benzodiazepine häufig als Suizidmittel bei Suchtkranken verwendet (ebd.). Nach Goger (2004:20) sind mittlerweile massive gesundheitliche Folgeschäden der Leber und Zerstörung von Gehirnzellen bekannt.

¹⁵ Die Anwesenheit eines oder mehrerer diagnostisch abgrenzbarer Krankheits- oder Störungsbilder, die zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegen (Komorbidität in: Wikipedia 2007:o.P.).

Laut Mdaini und Ernst (2004) werden Benzodiazepine wegen des „zumachen wollen“ eingenommen. Zusätzlich werden sie „bei einer Krise, zum Abschalten, gegen innere Anspannung, zum Schlafen aber auch zum Runterkommen“ eingenommen (zit. in: Mdaini/Ernst 2004:53).

5.3. Zwischenbilanz

Seit den 80'er Jahre ist die Problematik des Nebenkonsums von Benzodiazepinen in der Substitution bekannt.

Die aktuelle Auseinandersetzung zeigt, dass mehr als die Hälfte aller Drogenabhängigen in Wien als polytoxikoman diagnostiziert sind. Weiters bestehen meist polytoxikomane Konsummuster bei KlientInnen im Substitutionsprogramm. Die häufigsten Kombinationen mit des Subsitusnsmittels sind: Benzodiazepine, Opiate, Benzodiazepine und Alkohol.

Die Gefahr beim missbräuchlichen „Beikonsum“ besteht vor allem in der Entwicklung eines zusätzlichen Abhängigkeitspotenzials (Low Dose), aber auch in einer tödlichen Vergiftung. Der geringste Zusatzkonsum besteht bei den Substitutionsmitteln der retarierten Morphinien.

Motive der KlientInnen Benzodiazepine während der Substitution zu konsumieren ist einerseits die Selbstmedikation der Nebenwirkung von Substitutionsmitteln, andererseits Der Wunsch des „Zumachen Wollens“ sowie des „Runterkommens“. Bei der Kombination von Substitutionsmittel und Benzodiazepan folgt ein toxischer Rauschzustand, der von Bewusstseinstrübung bis hin zu Bewusstseinsverlust führt. Ein länger anhaltender Missbrauch von Benzodiazepinen neben der Substitutionstherapie bringt Leber und Nervenschäden mit sich.

6. Zusammenfassung der Theoretischen Grundlagen

Die zunehmend wachsende Bedeutung von Qualität in der Sozialarbeit bietet in der Betreuung die Möglichkeit, situationsbedingt adäquate Handlungen zu setzen. Im Miteinbeziehen von qualitätsrelevanten Perspektiven steht das „Managen des Sozialen“ in Vordergrund. Dabei erscheint es hilfreich, Standards für eine qualitative Arbeitsweise zu erstellen, die als Strategie zur Vermeidung von möglicherweise auftretenden Risiken dienen und als Garantie zur Sicherstellung von Qualität herangezogen werden. Qualitätsstandards werden von Betreuungseinrichtungen intern und extern definiert und werden in einem Kreislauf von Planen und Prüfen Verbesserungsmaßnahmen unterzogen. Innerhalb einer Organisation definieren die Standards die Qualität der Gesamtleistung. Dabei soll auf folgende Aspekte eingegangen werden: Die Grundhaltung innerhalb einer Einrichtung, die wesentlich zur Gesamtatmosphäre beiträgt. Des Weiteren ist für qualitative Betreuung das Nachgehen einer gemeinsamen Richtlinie mittels klarer Zielvorgaben essentiell. Qualitative Betreuung benötigt eine transparente Vorgehensweise aller beteiligten Professionen sowie deren Zusammenarbeit. Gerade in der Suchthilfe ist die Nachvollziehbarkeit von Betreuungsschritten erforderlich, um anfallende Unzufriedenheit involvierter AkteurInnen zu vermeiden und eine öffentliche Legitimation ihrer Notwendigkeit zu geben. Dafür bedarf es einer lückenlosen Dokumentation der Betreuung sowie einer ständigen Überprüfung ihrer Effektivität.

Im Kontext dieser Arbeit hat die Sozialarbeit vor allem die Aufgabe, die Komplexität der Mehrfachproblematik von substituierten KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepanverschreibung zu simplifizieren. Eine Steigerung der Lebensqualität des Klientels ist dabei zentrales Suchttherapieziel. Mittels „harm reduction“ werden risikobehaftete Lebensbereiche reduziert. Endgültiges Ziel einer Reduktion ist dennoch die Abstinenz. Bei der Realisierung dieses Ziels geht die Sozialarbeit auf die Lebensbereiche der Wohnsituation, der finanziellen Situation, der Arbeitssituation sowie auch das delinquente Verhalten bei z.B. anfallenden Verwaltungs- bzw. Gerichtsverfahren der KlientInnen ein. Zusätzlich ist eine sinnvolle Freizeitgestaltung zur Steigerung

des Selbstvertrauen angemessen. Weiters strebt die psychosoziale Betreuung die Aufhebung der sozialen Isolation der Betroffenen an.

Als Handlungskompetenz der SozialarbeiterInnen gilt eine adäquate, flexible, bedarfsorientierte Zugangsweise an die jeweilige KlientInnenproblematik. Das Erstellen eines Hilfeplans mit der/dem Betroffenen steht zu Beginn einer Betreuung im Vordergrund.

Aufgrund der unterschiedlichen Konsumformen der KlientInnen treten in der Substitutionstherapie verschiedene Verlaufstypologien auf. Betreffend der forschungsleitenden Fragestellung ist der Konsum mit gesundheitlichen und sozialen Risiken verbunden. In der Herangehensweise behilft sich die qualitative Sozialarbeit der Suchthilfe verschiedener ausführbarer Handlungsstrategien, basierend auf der unerlässlichen Vernetzung der beteiligten Professionen. Wesentlich in der Betreuung von substituierten KlientInnen mit einem relevanten Nebenkonsum von Benzodiazepinen ist, dass Einbeziehen aller betreffenden Faktoren, um ein Gesamtbild der KlientInnensituation zu erhalten. Erst mit diesem Verständnis können SozialarbeiterInnen Handlungsempfehlungen in der Betreuung geben.

Die Substitutionsbehandlung ist mittlerweile zu einem unentbehrlichen Betreuungsansatz im Wiener Suchthilfe-Netzwerk geworden.

Die gegenständlichen theoretischen Grundlagen dieser Arbeit zeigen, dass in Wien ca. 5000 Substanzabhängige im Substitutionsprogramm sind, wobei ein Drittel das Substitutionsmittel in Drogenberatungseinrichtungen oder von Fachärzten verschrieben bekommen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Einnahmeform des Substanzeratzes zu einem verändertem Konsumverhalten bei KlientInnen führt. Es wird angegeben, dass die meisten KlientInnen neben der Substitution andere Substanzen einnehmen und polytoxikomane Konsummuster aufweisen. Zu der häufigsten Kombination des relevanten zusätzlichen Nebenkonsums in der Substitutionstherapie zählt die Einnahme von Benzodiazepinen und/oder Alkohol/Opiate. Mittlerweile hat sich gezeigt, dass der Nebenkonsum substitutionsabhängig ist. Dabei gelten die retardierten

Morphine verstkt als gut verträglicher Substanzersatz angesehen, der bei PatientInnen den geringsten Nebenkonsum.

Der Mischkonsum von Substitutionsmitteln und zusätzlichen Substanzen wie Benzodiazepine zielt bei Betroffenen einerseits auf eine gezielte Selbstmedikation zur Linderung der Nebenwirkung ab, andererseits entspringt dieser dem Wunsch des „Zu machen wollens“, „Runterkommens“ und letztendlich nach einem toxischen Gesamtrauschzustand.

Dieses Konsumverhalten frt zu bio-psycho-sozialen Problemen, die in Form von Bewussteinsverlust bis hin zu Leber- und Nervenschäden auftreten.

Dieser vielschichtigen Thematik möchte ich noch hinzufügen, dass die Substitutionstherapie für KlientInnen mit einer zusätzlichen Benzodiazepinverschreibung, einen langsamem und somit langen Prozess zur Gewinnung von Lebensqualität bedeutet. Im Betreuungsverlauf wechseln sich Phasen der Erfolge und der Misserfolge ab.

Das Merkmal einer qualitativen Betreuung, ist die Befigung des Helfers die Gesamtsituation in der sich der Klient befindet, zu überblicken und Risikofaktoren zu erkennen. Erst dann können ExpertInnen Handlungsmhungen an die KlientInnen, anderen Professionen sowie Berufseinstieger geben.

Obwohl noch verschiedene zusammenhängende Aspekt in der Literatur zur Gesamtproblematik zu finden sind, ist die gegenständliche Untersuchung der theoretischen Grundlagen abgeschlossen.

Das folgende Kapitel der Empirie, widmet sich ausfrlich der forschungsleitenden Fragestellung, die praxisorientierten Handlungsempfehlungen zur qualitativen Betreuung von substituierten KlientInnen mit einer zusätzlichen Benzodiazepinverschreibung nachgeht. Im Vordergrund stehen dabei die erhobenen adäquaten Strategien zur Vermeidung und Verringerung bestehender Risikofaktoren der Mehrfachproblematik des Klientels.

III. EMPIRISCHER TEIL

Das vorangegangene Theoriekapitel gibt eine Übersicht über die zusammenhängenden Grundthematiken dieser Forschung. Im Folgenden wird die forschungsleitende Fragestellung in ihrer methodischen Umsetzung dargestellt.

7. Forschungsdesign

Zentraler Bestandteil von Forschungsdesigns ist die Begründung der Methodenwahl, welche der Art der Forschungsfrage Rechnung tragen soll. Die forschungsleitende Fragestellung lautet:

„Welche adäquaten Handlungsempfehlungen gibt es in der sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung?“

Indem in der gegenständlichen Forschung darauf abgezielt wird, die „Sichtweisen der beteiligten Subjekte“ (Wilson 1973 zit. in: Flick/Kardoff/Steinke 2005:17) einzubeziehen und auf diese Weise dem untersuchten Gegenstand „näher dran“ (ebd.) zu sein, werden in diesem Rahmen qualitative Forschungsansätze verwendet.

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick/Kardoff/Steinke 2005:14). Es ist ein Versuch, Handlungsmotive herauszufinden, aus denen Theorien entwickelt und Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden (Seel:2004)

Neben der Festlegung auf den Forschungsansatz stand am Beginn der Forschung auch die Entscheidung, wen die zu untersuchende Population beinhaltet.

7.1. Untersuchungspopulation des Forschungsgegenstandes

Die gegenständliche Forschungsfrage richtet sich ausschließlich an Handlungsempfehlungen von SozialarbeiterInnen im Suchthilfe-Netzwerk Wien. Deswegen werden SozialarbeiterInnen in der vorliegenden Arbeit als ExpertInnen in ihrer beruflichen Lebenswelt gesehen. Demzufolge sollen ExpertInnen praxisorientierte Handlungsempfehlungen an ExpertInnen geben. Zu erwähnen ist, dass der vorliegenden Arbeit die Zielgruppe substituierte KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung zu Grunde liegt.

7.2. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte einerseits durch die Erfahrung und Beobachtung während des Langzeitpraktikums der Forscherin sowie durch Internetrecherche, andererseits durch die im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Diplomarbeitsbetreuer genannten ExpertInnen.

Die Kontaktaufnahme zu den InterviewpartnerInnen erfolgte über drei anerkannte Betreuungsinstitutionen der Stadt Wien. Es wurden drei intensive Interviews durchgeführt, wobei ein Abteilungsleiter einer Betreuten Wohneinrichtung, eine Abteilungsleiterin einer bekannten Drogenberatungseinrichtung und eine Mitarbeiterin einer Niederschwelligen Drogenberatungsstelle interviewt wurden. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass weder die Institutionen noch die InterviewpartnerInnen hier genannt werden, da nicht der Anschein erweckt werden soll, bestimmte Einrichtungen als besser darzustellen als Andere. In der Praxis scheint vor allem die Verbindung von dem Thema Qualität und Suchthilfe ein sehr heikles zu sein. Demzufolge soll in dieser Arbeit nicht der Konkurrenzgedanke unterstützt werden, sondern der Wissensstand der ExpertInnen genutzt werden.

Als zusätzliche Datenquelle wurde eine im Fernsehen ausgestrahlte ExpertInnen – Diskussionsrunde, mit der Teilnahme bekannter Personen aus der Sozialliteratur sowie MitautorInnen des Drogenberichtes 2006, auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und in die Analyse des Materials aufgenommen.

7.3. Die Datengewinnung

Die Datengewinnung umfasst die Datenerhebung und die Datenerfassung.

Die Datenerhebung soll in einem adäquaten zur Forschung passenden „sozialen Feld“ (Flick 1995:95) stattfinden. Die Erfassung der Daten erfolgt auf Tonband und/oder Videoband. Dieser Vorgang gewährt eine gewisse Kontrolle für den Ablauf und die Interpretation des Interviews (ebd.). Die Datenerfassung behilft sich der Technik des leitfadengestützten Interviews als „Orientierungsrahmen“ (Flick 1995:77).

7.4. Das Erhebungsinstrument

7.4.1. Das Interview

Die Datenerhebungsmethode erfolgt durch qualitative Einzelbefragung von ExpertInnen mittels halbstandardisierten Interviews.

Die Bestimmung des Expertenbegriffes basiert auf der Unterscheidung von Allgemeinwissen und spezialisiertem Sonderwissen (vgl. Schütz 1972; Sprondel 1979 in: Meuser/Nagel 2003:o.P.). „Als Experte wird interviewt, wer sich durch eine ‚institutionalisierte Kompetenz‘ zur Konstruktion von Wirklichkeit‘ (Hitzler/Honer/Maeder 1994 in: ebd.) auszeichnet“ (Meuser/Nagel 2003:o.P.).

Für die Forschung ist zu beachten, dass ExpertInnen sich häufig kontrolliert fühlen und dass die Befragten vielfach selbst ein spezifisches Interesse verfolgen, das wiederum ihr Antwortverhalten beeinflusst (vgl. Bührmann 2004:o.P.).

Ziel der Befragung von ExpertInnen ist es, ihren „Wissensvorsprung“ darzulegen und im Vergleich der Interviews ihre „überindividuell-gemeinsame Wissensbestände“ herauszuarbeiten (vgl. Meuser/Nagel 1991 in: Meuser/Nagel 2003:o.P.).

Aufgrund des gegenständlichen Sachverhaltes stand das problemzentrierte Interview, als geeignete Variante der Erhebungsinstrumente, zu Verfügung, welches mit einem Leitfaden gesellschaftlich relevante Probleme thematisiert

7.4.2. Das Problemzentrierte Interview

Diese Form des Interviews eignet sich dort „wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist, überall dort, wo dezidierte, spezifischere Fragestellungen im Vordergrund stehen“ Mayring (2002:70).

Diese Vorgehensweise bietet laut Mayring (2002:67), die Möglichkeit „den Befragten möglichst frei zu Wort kommen“ zu lassen, trotz der im Fokus stehenden „bestimmten Problemstellung“. Im Vorfeld erfolgt eine wissenschaftstheoretische Ehrhebungsphase des zu untersuchenden Phänomens. Des Weiteren werden nach Lamnek (1995:74-75) neben einer Konzeptorientierung, theoretische Ideen in diesem Prozess stetig entwickelt. Dabei handelt es sich in der von Andreas Witzel geprägten Interviewmethode um eine Methodenkombination, die sich durch folgende Grundgedanken auszeichnet (ebd.):

- Die Sprache ist das Instrument, das dazu beiträgt „subjektive Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren“ (ebd.: 69).
- Das zu Beginn vom Forscher ausgesuchte Phänomen wird untersucht, um danach an ein gesellschaftlich zentrales Problem heran zu gehen und analysieren zu können.
- Mit Hilfe eines Interviewleitfadens werden die zu erfragenden Themenbereiche eingeleitet, auf welche die Befragte offen und ohne Antwortvorgabe eingehen können. Der Leitfaden wird in einer ‚Pilotphase‘ geprüft und angeglichen. Im Verlauf wird eine „schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten“ durchgeführt, „wobei Zusammenhang und Beschaffenheit sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herausschälen“ (Lamnek 1995:68).

Nach Mayring (2002:70) strukturiert das problemzentrierte Interview die gewonnenen Daten und stellt die „Vergleichbarkeit“ mit Hilfe eines „teilweise standardisierten Leitfadens“ sicher. Die in der Erhebungsphase gewonnenen wesentlichen Aspekte, werden im Interviewleitfaden eingebracht und in verschiedenen „Dimensionen differenziert“ (ebd.).

Ein wesentlicher Punkt des Erhebungsinstrumentes ist die Art und Weise wie das Interview durchgeführt wird.

7.4.3. Der Interviewverlauf

Vor dem Interview sind folgende Punkte laut Lamnek (1995:99) zu berücksichtigen.

Das Setting, der Ort der Befragung soll für die Interviewperson angenehm sein. Die InterviewerInnen soll „nicht in Situationen interviewen, die (...) unangenehm oder fremd sind“ (Girtler 1989:151 zit. in: Lamnek 1995:95). Dafür ist eine „gewohnte Umgebung“ am geeignetsten. Die Verwendung von Erhebungsinstrumenten muss erfragt und die Sicherstellung der Anonymität gewährleistet werden. Der/Die Forscher/In soll als „interessierte/r und engagierte/r ZuhörerIn“ (Lamnek 1995:99) agieren und dabei den Befragten das Gefühl geben, Experte zu sein. Als Notwendigkeit wird die Sprache gesehen. Mit ihr entsteht Natürlichkeit im Interview, nach Froschauer und Lueger (2003:34) die Möglichkeit, das Verständnis der Lebenswelt¹⁶ der befragten Person darzulegen. Ebenso ist „die Sprache des Befragten [...] die Verständigungsbasis“, bei der eine „tolerante, permissive, sanktionsfreie“ (Lamnek 1995:99) Situation geschaffen werden soll. Zusatzinformationen werden entweder während des Interviews notiert oder danach in einem sogenannten Monitoring¹⁷ oder auch Postkript genannt, festgehalten (ebd.).

¹⁶ Die Welt des ‚Jedermann‘ ist als die ‚ausgezeichnete Wirklichkeit‘ zu verstehen, in der jeder Mensch lebt, denkt, handelt und sich mit anderen verständigt (Schütz o.A. in: Wikipedia 2007:o.P.)

¹⁷ Überbegriff für alle Arten der unmittelbaren systematischen Erfahrung, Beobachtung oder Überwachung eines Vorgangs oder Prozesses (Monitoring in: Wikipedia 2007:o.P.)

Nach Froschauer und Lueger (2003) soll sich der Forscher/die forschende Person „in einer sehr offenen Weise eine nur grob umrissene Thematik annähern und den befragten Personen einen sehr weiten Gestaltungsspielraum einräumen“ (zit. in: Froschauer/Lueger 2003:34).

Im gegenständlichen Forschungsverlauf zeigte sich, dass - trotz sorgfältiger Planung – unerwartete Ereignisse auftraten, die einen zentralen Einfluss auf die Forschungsergebnisse hatten, weshalb sie an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben dürfen.

So stellten sich die Zusagen von Befragten als bedeutend schwieriger heraus als gedacht. Sobald der Titel der Diplomarbeit genannt wurde, folgten lange Diskussionen zu der Thematik am Telefon. Entweder wurde das Thema Qualität im Suchtbereich mit Erklärungsversuchen als nicht preiszugebendes Verfahren angegeben, oder von den GesprächspartnerInnen als unangenehm empfunden, unterstrichen durch Aussagen wie „wollen sie uns jetzt auf unsere Qualität prüfen?“ und „Ist das so was wie ein Test meiner MitarbeiterInnen?“. Eine höchst sensible Herangehensweise war für die darauffolgenden Telefongespräche notwendig.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Spezifizierung der KlientInnengruppe im Titel, die auf „substituierte KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung“ eingegrenzt ist. Die Frage „ist das überhaupt forschungswürdig?“ hat nicht nur das persönlich von der Forscherin ausgesuchte zu erforschende Feld in Frage gestellt, sondern auch das von der Fachhochschule freigegebene Exposé. Erklärungsversuche weisen auf ein anscheinend doch sehr sensibles Thema in der Suchtarbeit hin. Diese Erkenntnis deckte sich auch mit dem gewonnenen Wissen aus den Interviews und den anderen Daten selbst.

Insgesamt betrachtet, wurde oft vorsichtig auf die Thematik eingegangen. Allerdings war mithilfe des im Vorhinein erstellten Leitfadens dennoch ein Aufrechterhalten des Redeflusses möglich, der auch ein „in die Tiefe Gehen der Problematik“ ermöglichte. Auf spontan entstandene Aspekte, die nicht im Leitfaden enthalten waren, konnte mit „Ad-hoc-Fragen“ (Mayring 2002:70) eingegangen werden.

7.4.4. Der Leitfaden

Im Vorfeld wurde der zu beforschende Gegenstand theoretisch erschlossen. Die dabei entstandenen zentralen Aspekte gaben eine Strukturierung im Leitfaden vor.

Die Fragen wurden in Absprache mit den in der Forschung involvierten Personen adäquat formuliert und in eine, für den Redefluss richtige Reihenfolge gebracht. Dabei gilt, zu Beginn eines Leitfadens allgemeine Einstiegsfragen, sogenannte Sondierfragen zu stellen, um einen entsprechenden Zugang zu der zu beforschenden Thematik zu schaffen. Im verwendeten Leitfaden lautet das folgendermaßen: „Wenn Sie kurz über die Institution erzählen“ danach weiter mit „Mit welchen Qualitätsstandards arbeitet die Institution in der sie arbeiten?“ Die problemzentralen Fragen wurden im Interview im zweiten Drittel angesetzt. Folgende Fragestellungen wurde im Leitfaden vorgenommen: „Welche Handlungsmöglichkeiten sind gegeben, welche haben sich bewährt?“ „Welche Ziele stehen dabei im Vordergrund?“. Um einen „erzählgenerierenden Stimulus“ anbieten zu können, wird dem Befragten „a blank page to be filled in by the interviewee“ (Lamnek 1995:75) angeboten. In der Forschung wurde ein halbstandardisiertes Interview¹⁸ herangezogen. Diese Form hat den Vorteil, der Forscherin Platz für eigene Formulierungen zu geben.

In der gegenständlichen Forschung wurden die Interviews auf Tonband aufgezeichnet. Der nächste Schritt bestand in der Transkription derselben.

7.5. Die Transkription

Die Transkription ist laut Flick (1995:161) ein erforderlicher Zwischenschritt, bei dem die Interviews verschriftlicht werden. Unerlässlich dabei ist, die Daten nieder zu schreiben und in „der Klassifikation von Äußerungen“ ein „Höchstmaß an Genauigkeit“ zu erzielen (ebd.). Weiters bleiben wichtige Daten erhalten und

¹⁸ Form eines qualitativen Leitfadeninterviews, zusammengesetzt aus strukturierten Fragen und einer narrativen Interviewform (vgl. Froschauer/Loeger 2003)

einer Verzerrung wird durch die Interpretation entgegengewirkt. Am geeignetesten dafür ist die Technik des Internationalen Phonetischen Alphabets (IPA)¹⁹, bei der vor allem auch alle auftretenden Dialekte und Spracheigenheiten festgehalten werden.

Im gegenständlichen Forschungsprozess wurden alle Interviews nach ihrer Aufzeichnung phonetisch transkribiert und liegen archiviert vor.

Im nächsten Kapitel wird auf das vorgenommene Auswertungsverfahren der durchgeführten Interviews eingegangen.

7.6. Das Auswertungsverfahren

Das Auswertungsverfahren variiert je nach dem theoretischen Ansatz und des Forschungsinteresses. Die Auswertung der Daten nach dem Kodierparadigma der Grounded Theory erfolgte aufgrund folgender Überlegung:

Das Ziel der vorliegenden Forschung soll ein Versuch sein, Handlungsempfehlungen für BerufseinstiegerInnen beziehungsweise ExpertInnen im Suchtbereich herauszuarbeiten, die eine qualitativ sozialarbeiterische Betreuung für substituierte KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung ermöglichen. Da die Forschungsfrage maßgeblich auf die Beschreibungen und Deutungen der Befragten abzielt, erscheint die Grounded Theorie als geeigneter Ansatz (vgl. Hildebrand 2005).

Laut Froschauer und Lueger (2003:35) steht in der Auswertung die „Generierung“ von Daten anhand von methodischer „Wissensstrukturierung“ im Mittelpunkt. Eine sogenannte „Generierung“ heißt in der hier anzuwendenden Methode, das zu untersuchende Phänomen zu öffnen, auf die Problematik aufmerksam zu machen und mit anderen Problemlösungen zu vergleichen.

¹⁹ Die Sammlung von Zeichen, mit deren Hilfe die Laute aller menschlichen Sprachen nahezu genau beschrieben und notiert werden können (IPA in: Wikipedia 2007:o.P.)

Die von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelte Grounded Theory ist ein umfassender Erkenntnis- und Forschungsprozess, in welchem die Datensammlung, -analyse und Theorieformulierungen eng mit einander verbunden sind, wodurch die Objektivität im Forschungsprozess gewährleistet wird (Böhm 2005:475). Das Material steuert den Prozess sowie „die Kreativität des Forschers, die die Strukturierung des Materials offen legt“ (Hildebrand 2005:33). Durch induktives und deduktives Vorgehen im Prozess der Hypothesenentwicklung werden die Schlussfolgerungen gezogen (ebd.:34). Dieses Wechselspiel erwies sich für die forschungsleitende Fragestellung als angebracht, da durch den Prozess, das Material immer wieder neu bearbeitet wurde und so Daten bis ins Detail erhoben werden konnten.

Das Kodierverfahren ist eine Vorgangsweise, bei der nach Glaser die ermittelten Daten aufgebrochen, konzeptionalisiert und auf eine neue Weise wieder zusammengesetzt werden. Die Theorien können erst nach diesem zentralen Prozess entwickelt werden. Dabei wurden folgende Vorgehensweisen angewandt (Böhm 2005).

- 1) offenes Kodieren
- 2) axiales Kodieren

7.6.1. Offene Kodierung

Das offene Kodieren ist der wichtigste Schritt des Kodierverfahrens. Eine offene Orientierung an den Daten ist ausschlaggebend zur Ermittlung von Kategorien und ihrer Definition. Das Material wird geordnet und „analytisch aufgeschlüsselt“ (Böhm 2005:477). Den Originaltextpassagen werden aufgrund von Hintergrundwissen des Forschers eine Menge Interpretationstext hinzugefügt. Wichtige Kategorien werden hervorgehoben und in den folgenden zwei Phasen weiter vertieft und analysiert.

7.6.2. Axiale Kodierung

Bei diesem Verfahren wird nach Corbin und Strauss (1996) „das Estellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren in eine neue Art zusammengesetzt“ (Corbin/Strauss 1996:75).

Die axiale Kodierung hat den Fokus darauf, die gewonnen Kategorien auf ihre „Bedingungen“ und „Eigenschaften“ zu spezifizieren, differenzieren und neu zu überprüfen. Die Kategorien werden mit den Daten verbunden/ verschmolzen und in Form einer Hypothesenbildung ermittelt und dadurch enger mit einander verknüpft (Corbin/Strauss 1996:76).

Zum Schluss werden die gewonnen Daten in der sogenannten „Kernkategorie“ zusammengeführt.

7.7. Zwischenbilanz

Die gegenständliche Forschung zielt vor allem auf die Sichtweisen und deren Beschreibungen der interviewten SozialarbeiterInnen ab, um an der zu beforschenden Thematik praxisorientiert näher dran sein zu können.

Die InterviewpartnerInnen wurden in dieser Arbeit als ExpertInnen definiert. Ihr Wissenstand ermöglichte einen fachlichen Austausch, bei dem aber auf das beeinflusste Antwortverhalten geachtet werden musste, da ExpertInnen teilweise sich bei Fragen über bestehende Qualität der Einrichtung kontrolliert fühlten oder aufgrund des bestehender Qualitativer Standards die eigenen Interessen präsentiert wurden.

Die Empirie wurde mittels halbstandardisierter, problemzentrierter Interviews durchgeführt. Diese erwiesen sich aufgrund der vorhandenen spezifischen forschungsleitenden Fragestellung als geeignetes Instrument. Dabei stand die Sprache und Dialektik in der Auswertung im Vordergrund, um die Problematik eingehend zu erfassen. Dadurch konnte ein Höchstmaß an Genauigkeit der wichtigen Daten erstellt werden. Die Auswertung erfolgte nach den Kodierparadigma von Glaser und Strauss mittels Grounded Theory. Diese Methode stellte sich als einen umfassenden Erkenntnis- und Forschungsprozess heraus, der vom gewonnenen Material gesteuert wurde. Aufgrund des induktiven und deduktiven Wechselspiel wurde eine objektive und kreative Herangehensweise der Forscherin ermöglicht. Die Auswertung nach der Grounded Theory erfolgte allein durch die Forscherin. Dabei ergab sich Folgendes:

„ExpertInnen in der Wiener Suchthilfe können adäquate Handlungsempfehlungen zur sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen geben“

Die erhobenen Ergebnisse von Handlungsempfehlungen werden im nächsten Kapitel präsentiert.

8. Ergebnisse der Forschung

In den durchgeführten Interviews hat sich gezeigt, dass Handlungsempfehlungen von ExpertInnen über den Einsatz von Qualitätsstandards in der sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen mit einer zusätzlichen Benzodiazepinverschreibung gegeben werden. Dadurch wurde den Ergebnissen folgender Titel gegeben:

„Handlungsempfehlungen von ExpertInnen für ExpertInnen und BerufseinsteigerInnen zur qualitativen sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung“

Die von SozialarbeiterInnen angegebenen Handlungsempfehlungen konnten in drei Ergebniskataloge unterteilt werden.

- Qualitätsstandards
- Risikofaktoren
- Sozialarbeiterische Betreuung

8.1. Handlungsempfehlungen zu Qualitätssicherung

Im Ergebniskatalog „Qualitätsstandards“ haben sich klare und unklare Standards für die praxisorientierte sozialarbeiterische Betreuung von KlientInnen im Substitutionsprogramm definiert. ExpertInnen gehen mittlerweile von unerlässlichen Standards in der Praxis aus. Diese haben sich in der sozialarbeiterischen Lebenswelt teilweise bereits als so selbstverständlich manifestiert, dass sie gar nicht mehr als Standards gesehen werden. Aufgrund der vorhandenen Standards kann ein nachvollziehbares, gesamttherapeutisches Betreuungskonzept einheitlich erstellt werden.

8.1.1. Klare Standards

8.1.1.1. Die Supervision

In der qualitativen Betreuung von Suchtkranken wird von SozialarbeiterInnen eine „Reflexionsform“ (interview 2) für MitarbeiterInnen als unerlässlich gesehen. Hierbei hat sich die Supervision zu einem gängigen Standard in der Suchthilfe entwickelt. Sie dient als Instrument zur Thematisierung schwieriger Phasen innerhalb der Einrichtung sowie betreffend des Klientels. Ohne Supervision ist ein Herangehen an die Problematik für ExpertInnen undenkbar geworden.

„[...], also ich sag jetzt, also wir haben Supervision, das ist für mich ein Standard der für mich schon selbstverständlich geworden ist, dass er für mich gar nicht mehr als Standard gilt. Also Supervision ist in dieser Tätigkeit, also kann auch, ohne einer Reflexionsform oder ohne Reflexion nicht qualitativ hochwertig erbracht werden.[...]“ (Interview 2, Z 251-255)

8.1.1.2. Das multiprofessionelle Team

Aufgrund der verschiedenen Problemlagen, die Suchtkranke mit sich bringen, wird in der gesamttherapeutischen Betreuung ein Heranziehen aller Professionen als sinnvoll betrachtet. Durch regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen erfolgt ein nachvollziehbarer Wissensaustausch, wodurch ein gesamtheitliches Betreuungskonzept ermöglicht wird. Dieses soll von allen AkteurInnen umgesetzt und einheitlich verfolgt werden.

„[...] Ja das ist das Team ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen, oder es gibt auch Psychologin und SozialarbeiterInnen und ÄrztInn. Das Team muss sich auch absprechen und in eine Richtung absprechen. Es macht keinen , das wär absurd, wenn man in unterschiedliche Richtung arbeitet, dann ist ma a Praxisgemeinschaft im besten Fall, aber kein Team.[...]“ (Interview 2, Z 418-430)

„[...] Und es gibt die Möglichkeit einerseits im Team und andererseits auch in informellen Gesprächen,[...] und es passiert hier ganz viel Austausch auch sehr oft zwischen Tür und Angel, so 2 Minuten, sag einmal was ist mit der Klientin sowieso, wie tun ma da, klar wir arbeiten hier als Team und nicht als Einzelpersonen.[...]“ (Interview 2, Z 436-437/438-441)

8.1.1.3. Die Dokumentation

Mittels der Dokumentation werden Daten gesammelt, und stehen für eine Analyse zur Verfügung. Die so evaluierten Ergebnisse dienen allgemein als Diskussionsgrundlage für verbesserte Betreuungsansätze. Grundsätzlich wird Dokumentation durchgeführt, um einerseits die Qualität der laufenden Betreuung transparent zu machen, als auch die Effektivität der Langzeitergebnisse zu überprüfen. Aus Sicht der SozialarbeiterInnen werden „hard facts“ laufend erneuert, um professionsübergreifende Vorgangsweisen situationsbezogen anzugleichen.

„[...] sind auf jeden Fall in der alltäglichen Arbeit die Dokumentation, die wir sehr gut und sehr lückenlos eigentlich machen/ beheben. Ah wir haben gerade jetzt im sozialarbeiterischem Sektor, jetzt ein neues Projekt, wo wir jetzt auch stationsübergreifend einen Art Dokumentationsbogen entworfen haben, der weiter verwendet wird, um a diverse a hard facts der Sozialarbeit immer wieder zu erneuern und im Laufe der Kette quasi halt mit der neuen standardisierten Bogen zu verwenden [...]“ (Interview 3, Z 43-49)

„[...] Es gibt eine gemeinsame Dateikarte, gemeinsame Dokumentation [...]“ (Interview 2, Z 438)

8.1.1.4. Die Ausbildung

Die Thematik Suchthilfe verlangt einen ganzheitlichen Ansatz. Ausgebildete MitarbeiterInnen haben die Möglichkeit, sensibler auf Situationen zu reagieren und können aufgrund ihres Studiums auf erlernte Bewältigungsstrategien zurückgreifen. ExpertInnen sehen in der Praxis die Notwendigkeit, mehr spezialisierte MitarbeiterInnen in diesem Bereich einzusetzen.

„[...] bräuchte sicher viel mehr sowohl im psychosozialem als auch im medizinischen Bereich mehr ausgebildete Menschen. Ahm Ich Es ist wirklich nicht sehr gut bestückt der Drogenbereich [...]“ (Interview 3, Z 424-426)

8.1.2. Unklare Standards

Als unklare Standards sind einerseits jene zwar vorhandenen, jedoch in der Praxis nicht immer nach ihrer Definition durchgeführten gemeint. Andererseits fallen unter die Bezeichnung „unklare“ auch jene Richtlinien, die sich innerhalb einer Einrichtung aufgrund ihrer Notwendigkeit entwickelt haben.

8.1.2.1. Die Aufklärung

Medizinische Aufklärung von verschriebenen Medikamenten ist in Österreich Standard. Allerdings ist diese bei niedergelassenen Praktikern nicht immer im vergleichbaren Umfang möglich, wie in Drogenberatungseinrichtungen. Darüber hinaus ist es empfehlenswert die Verteilung des vorhandenen Informationsmaterials effizienter zu koordinieren.

„[...] Und wie gsagt des was sinnvoll is is natürlich auch die gehören Aufgeklärt, Aufgeklärt gehört jeder der eine Substanz verschrieben bekommt das ist denk ich Standard[...]“ (Interview 3, Z 236-238)

„[...] Es ist auch die Aufklärung, oder die Standards vor allem bei praktischen Ärzten net sehr vergleichbar mit ah[...]“ (Interview 3, Z 260-261)

„[...] Obwohl es genügend Info und Broschüren gibt und Infomaterialien, anscheinend verstaubt das in irgendwelchen Ministerien.[...]“ (Interview 4. Z 157-158)

8.1.2.2. Zugang zur Thematik

Eine Sympathie gegenüber dem Arbeitsfeld Sucht ist für eine adäquate Betreuung ausschlaggebend. Weiters sind ExpertInnen der Meinung, dass eine gewisse Psyche erfordert ist, um die gegebenen Umstände, die die Problematik mit sich bringt, erdulden und die Umgangsformen des Klientels aushalten zu können.

„[...] Es gibt so diese Aussagen, ma is des anstrengend und schrecklich und die Leut sind ja so mühsam. Das mag stimmen aber wenn man einen gewissen Draht entwickelt, dann is es ja , dann hats Vor und Nachteile, wie jede Arbeit. Aber man braucht eine gewisse Form von (Schultertiefe?)Psyche für diese Problematik und das relativ wenig mit der Ausbildung zu tun und relativ wenig mit diesen Ö Standards, die können schon helfen.[...] obs an interessiert. Des is wichtig Diese Sympathie is ausschlaggebend.[...]“ (Interview 3, Z 433-439/ 441-442)

8.2. Handlungsempfehlungen bei Risikofaktoren

In der Betreuung von substituierten KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung sind unterschiedliche Risikofaktoren gegeben. Aufgrund der Mehrfachproblematik des Klientels fallen bestimmte Faktoren unter die notwendige Reduzierung von Risiken. Vor allem besteht im polytoxikomanischen Konsumverhalten der KlientInnen aufgrund ihres stark beeinträchtigten Zustands ein erhöhtes Risiko zu delinquentem Verhalten, bei dem sie Ihre Handlungen nicht mehr kontrollieren können.

8.2.1. Die Delinquenz

Die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm schließt delinquentes Handeln von Suchtkranken nicht gänzlich aus, verringert dieses jedoch erheblich. Nicht substituierte Drogenabhängige sind einem deutlich höheren Risikofaktor der Beschaffungskriminalität ausgesetzt.

„[...] also i glaub scho immer no des viel mhmm viel kriminelle Handlungen gesetzt werden im Zusammenhang mit Suchtmittel und Suchmittelbeschaffung, aber des es sicher no viel mehr wären, wenn es das Substitutionsprogramm nicht geben würde.[...] (Interview 1, Z 185-188)

8.2.2. Die Grenzen der Betreuung

Die Grenze einer Betreuung kann aus verschiedenen Gründen gegeben sein. ExpertInnen sind der Meinung, dass es situationsbedingt empfehlenswert ist, KlientInnen an eine geeignete Einrichtung zu vermitteln, wenn die Grenzen erreicht sind z.B.: durch Haft, riskantem Konsum sowie Selbst- und Fremdgefährdung.

„[...] Da sagen wir, da sind wir nicht die richtige Stelle, wir legen dem Klienten natürlich nahe, welche Schritte zu setzen sind, welche Einrichtungen aufzusuchen sind[...]“

(Interview 1, Z 139-141/ 148-149/ 153-154)

8.2.3. Die freie Arztwahl

Bei nicht nachvollziehbar hohen Dosierungen durch niedergelassene Allgemeinmediziner, empfehlen ExpertInnen im Suchtbereich die Arztwahl zu überdenken und sich an einem anderen Verschreibungsmodus zu orientieren. Unter ExpertInnen besteht jedoch der Wunsch nach einem transparentem Kontrollsyste aller beteiligten Professionen und wird als sinnvoll angesehen.

„[...] Es gibt KlientInnen wo wir darauf hindrängen das zu verändern, es gibt halt freie Arztwahl, das liegt halt am Klienten, wir können niemanden dazu zwingen. Wir können's empfehlen ja aber wir niemanden dazu zwingen, bei uns in Betreuung ah in Sucht medizinische Behandlung zu begeben.[...]“ (Interview 2, Z 465-468)

8.2.4. Der Wille des Klienten

Wesentlich für eine Betreuung von Suchtkranken ist deren Bereitschaft, Veränderungen herbei führen zu wollen. Dabei gilt es, jeglichen Druck von Seiten der SozialarbeiterInnen zu vermeiden.

KlientInnen sind als eigenverantwortlich handelnde Personen anzusehen, die nur selbstständig zur Krankheitseinsicht gelangen. Allgemein sehen ExpertInnen problematischen Drogenkonsum als ein Phänomen an, das konjunkturellen Schwankungen unterliegt.

„[...] nichts desto trotz handelt es sich um [...] eigenverantwortliche Personen und ich kann niemanden davor retten, ich kanns nicht erbieten, [...] unsere Klienten sind eigenverantwortlich ja [...]“ (Interview 2, Z 612/ 614-616)

„[...] das des eine Phase is bei vielen KlientInnen is es ja nur eine Phase und des hört ja dann wieder auf ja [...]“ (Interview 2, Z 743-744)

„[...] Wir sehen aber eigentlich auch seit vielen Jahrzehnten, dass die Drogenproblematik eine gewisse Konjunktur hat [...]“ (Interview 4, Z 59-60)

„[...] Also mit Druck zu arbeiten is relativ sinnlos, weil den gibt's eh der treibt auch meistens in Betreuungsverhältnisse, weil so ganz freiwillig is es eh relativ selten, dass man das ändern will, sondern es ist schon meistens von außen [...]“ (Interview 3, Z 323-326)

8.2.5. Der Auftrag

SozialarbeiterInnen sehen eine legere Formulierung in Konzepten (Leitfaden) angemessen, um einen gewissen Spielraum in der Betreuung zu behalten. Bei starren Formulierungen besteht z.B. die Gefahr, Klientengruppen auszugrenzen.

„[...] Nicht in allen Bereichen sind wir so ausführlich, es gibt Bereiche wo wir sagen das is uns wichtig auch einen Spielraum zu haben, [...]“

„[...] Das ist immer so ein Spagat zwischen wie sehr formuliert man etwas, wie viel Freiraum gibt es auch.“ (Interview 2, Z 275-277/278-279)

8.3. Handlungsempfehlungen in der sozialarbeiterischen Betreuung

Allgemein sehen ExpertInnen eine psychosoziale Betreuung für Suchtkranke unterstützend, zur Verbesserung der Lebensqualität. Drogenabhängige haben es demnach ohne einer solchen Betreuung schwerer, Veränderungen herbeizuführen. In der Betreuung ist der Verlauf, das Erstellen eines Hilfeplans sowie der Auftrag vorrangig.

8.3.1. Der Verlauf

Eine sozialarbeiterische Betreuung von Suchtkranken ist während der Substitutionsbehandlung unabdingbar. Diese wird als begleitender bedarfsorientierter oder lebensweltorientierter²⁰ Prozess gesehen. Nur durch sensible Beziehungsarbeit kann die erforderliche Vertrauensbasis geschaffen und ein offenes Gesprächsklima gewährleistet werden. Dabei werden die eigenen Wahrnehmungen des/der Betreuers/Betreuerin dem/der KliententIn direkt mitgeteilt. Darauf aufbauend werden gemeinsam mit dem/r Klienten/ Zielvereinbarungen getroffen, die auf den momentanen Zustand des Klienten abgestimmt werden. Allgemein gilt es das „gesamtheitliche Bild“ (Interview 2) der Betroffenen zu berücksichtigen und dabei einen „roten Faden“ (Interview 2) in der Betreuung zu verfolgen.

(„[...] ein offenes Gesprächsklima, also direktes Ansprechen von Wahrnehmungen, Rückmeldungen von Wahrnehmungen an klare Zielvereinbarungen, Rückmeldung darüber das a ständige Kontrolle

²⁰ Bedeutet eine Hilfeform, die individuellen, sozialen Probleme der Betroffenen in deren Alltag Bedeutung geben und Problembewältigungsversuche ..., eines „gelingenderen“ Alltags zu begegnen (Lebensweltorientierung in: Wikipedia 2007).

darüber gibt, in wie weit Zielvereinbarungen eingehalten werden und Rückmeldungen über die Konsequenzen. Des is in der Sozialarbeit überhaupt ganz guat[...] (Interview 1, Z 216-220)

„[...] Des is immer ein Prozeß, ja jegliche Form von Betreuung, auch in Richtung Aufnahmen wie bei uns oft, zum Entzug oder auch reine psychosoziale Betreuung is immer eine Begleitung ja also etwas zu Verlangen das im Moment völlig irreal is is , dann kann man net betreuen, also man muss immer von diesem Status ausgehen der halt grad is. Und mit mehr oder weniger Erfolg halt den begleiten. In eine Richtung die man gemeinsam erarbeitet. Ja und halt auch aufzeigt alle Möglichkeiten, alle Schwierigkeiten und wie gesagt das einfache Verbinden und das einfache negieren bringt nicht.[...]“ (Interview 3, Z 204-211)

„[...] Klar ist die Gruppe derer die Substituiert sind und einen hohen Benzodiazepin abusus hat als spezifische Gruppe sehr oft ah ganz viele Problemlagen haben, aber ich glaub es geht darum dieses gesamt, mir ist es wichtig ein ganzheitliches Bild von einem Klienten zu bekommen und nicht zu sagen, diese Gruppe braucht jetzt das Programm und diese das Programm.[...]“ (Interview 2, Z 548-553) gehört das da hin?

8.3.2. Der Hilfeplan

In der sozialarbeiterischen Betreuung kommt es auf verschiedenen Punkte an. Zu Beginn einer Betreuung wird das schaffen einer Vertrauensbasis als notwendig angesehen, für alle weiteren Schritte, die folgen. Es ist angebracht mit einem „Hilfeplan“ (Interview 2) individuelle „Perspektiven“ (Interview 1) zu entwickelt, um lebensweltorientierte Veränderung herbei führen zu können.

„[...] wenn man mal a offen Arbeitsbasis hat und a Vertrauensbasis mitn Klienten ah ist es ganz wichtig Perspektiven zu entwickeln. Des hast mit den Leuten irgendwie zu Lösungsmöglichkeiten kommen, wie der

Konsum in Zukunft ausschauen kann, was sich verändern soll, wie sich was verändern soll, was der Weg zum Ziel ist.[...]" (Interview 1, Z 81-84)

„[...]: Das ist auch durch die Lebenssituation unserer KlientInnen notwendig, ja die Problemlagen sind bunt die Ressourcen sind unterschiedlich, und uns ist es wichtig ah individuelle Hilfepläne zu entwickeln, Ansätze zu wählen[...]" (Interview 2, Z 287-289)

8.3.3. Die Vereinbarungen

SozialarbeiterInnen haben den Auftrag, gemeinsam mit dem/der Klient/in realistische Vereinbarungen über mögliche Substanzreduktion zu erarbeiten. Diese sind unter Berücksichtigung des situationsbedingten Bedarfes der KlientInnen laufend neu aus zu verhandeln.

„[...] der Inhalt und das Thema muss sich halt der Situation in der sich die KlientInnen befassen auch anpassen. Da geht's halt drum zu reflektieren OK wie kann so eine Reduktion ausschauen, wie ist das gewünscht oder nicht. Wenn keine Veränderung in der Lebenssituation gewünscht ist, stellt sich ohnehin die Frage, OK was ist der Auftrag, was ist jetzt mein Auftrag von der Klientin vom Klient, worum soll es gehen. Das muss man ja auch immer wieder neu ausverhandeln, worum geht's hier, ja. man hat dann den Auftrag heraus zu finden was tun wir, wo tuan ma , was geht , was geht nicht, was ist realistisch was nicht[...]" (Interview 2, Z, 354-362)

8.3.4. Die Gesprächsführung

In der Gesprächsführung empfehlen SozialarbeiterInnen die Problematik des zusätzlichen Benzodiazepinkonsums während einer Substitutionsbehandlung gegenüber den KlientInnen immer wieder zu thematisieren. Zusätzlich hat es sich in der Gesprächsführung als sinnvoll

erwiesen, Vereinbarungen in vertraglicher Form festzuhalten, um deren Bedeutung zu unterstreichen.

8.3.4.1. Die Thematisierung

In der Gesprächsführung gilt das Ansprechen von Wahrnehmungen des Betreuers als notwendige und zielführende Strategie. ExpertInnen geben an, dadurch positive Erfolge zu verzeichnen. Da die Betreuung einen langen Prozess darstellt, besteht die Strategie darin, anhand laufender Thematisierung der Mehrfachproblematik Krankheitseinsicht bei KlientInnen erreichen.

„Umgang mit (...) und Benzodiazepine thematisiert wird und mit dem verglichen und rückgemeldet was man sieht(...)Also wenn a Klient z.B.: sagt der hat heut no überhaupt nix gnommen[...]und hat hängende Augenlieder, dann ist es wichtig ihn darauf anzusprechen und irgendwie diesen Widerspruch dem man wahrnimmt zu thematisieren.[...]“
(Interview 1, Z 76-77/ 78-80)

„[...] Und wenn ma da a paar Wochen Zeit zur Auseinandersetzung hat is es scho also guat D. h. nach einer gewissen Zeit hat dann die Klientin gsagt; ja sie sieht's ein, das sie auch eine Therapie benötigt und das des eigentlich a große Chance is für sie und steht jetzt kurz davor.[...]“
(Interview 1, Z 118-124)

8.3.5. Die Maßnahmen

Schriftliche Verträge festigen die Ernsthaftigkeit des ausgehandelten Vereinbarungen zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen und unterstützen eine zielgerichtete Betreuung.

„[...] ständig Thema und wird sehr direkt angesprochen. In der Arbeit mit dieser Klientengruppe hat sich bewährt mit schriftlichen Vereinbarungen zu arbeiten,[...]“ (Interview 1, Z 71-73)

8.3.5.1. Die Terminvergabe

Ein beeinträchtigtes Zustandsbild erschwert das Betreuungsgespräch derart, dass es von BetreuerInnen als sinnlos empfunden wird. Es empfiehlt sich in diesem Fall die KlientInnen darauf hinzuweisen und das Gespräch auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Diese Vorgangsweise erweist sich im Betreuungsprozess als erfolgreich, KlientInnen dazu zu bewegen ihr Verhalten zu überdenken.

„[...] dann weis ich nett darauf hin, das in so einen Zustand ein Gespräch sinnlos ist. Geben dann gleich einen anderen Termin oder komm nächste Woche halt wieder. Und haben damit eigentlich recht gute Erfolge. Also die meisten die in dem Moment abstreiten das sie nicht beeinträchtigt sind, merken das dann schon nachträglich. Ja Die meisten können sehr wohl, also zumindest ein bißerl damit Umgehen dann auch ja[...]“
(Interview 3, Z 154-159)

8.3.6. Bedarfserhebung

Abschließend erscheint es sinnvoll und interessant, ein weiteres Ergebnis anzuführen. Dabei handelt es sich nicht um Handlungsempfehlungen von ExpertInnen an ExpertInnen, sondern um die Angabe zusätzlichen notwendigen Bedarf angegeben.

Zur Frage des zusätzlichen Bedarfs geben befragte ExpertInnen übereinstimmend weitere Bereiche an.

ExpertInnen wünschen sie sich prinzipiell mehr zeitlichen Spielraum, um die Betreuung als qualitativ gelungen bezeichnen zu können.

„[...] was ich mir Wünsch, mehr Zeit zu haben für eine inhaltliche Auseinandersetzung und das ist auch etwas wo Lebensbedarf, das wär schon fein, wenn ma mehr Zeit hätten zu reflektieren wie tuam ma, ich mein die hab ma eh aber so auch als Suchthilfesystem in Wien ja , wie tun wir da was kann man verändern was machen sie, wo können wir

besser kooperieren ich sag jetzt einmal bei 1000 PatientInnen bleibt uns da net viel Zeit sich da Detailfragen zu stellen[...]" (Interview 2, Z 769-774)

Speziell in der Suchthilfe ist ein vernetztes Arbeiten unerlässlich. In Betreuungseinrichtungen mit interdisziplinären MitarbeiterInnen ist eine sehr gute Zusammenarbeit vorhanden. Allerdings ist bei außerstehenden Betreuungssystemen kaum eine Vernetzung möglich. Darunter fallen vor allem niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und die Institution Psychiatrie. Die Problematik bei der nicht nachvollziehbaren Verschreibungspraxis besteht darin, dass rund zwei Drittel aller substituierten KlientInnen sich in Behandlung bei praktischen Ärzten befinden. Des weiteren liegt bei diesem Klientel eine psychiatrische Grunderkrankung vor. Diese wären in der Psychiatrie besser aufgehoben, allerdings wird dort die Drogenproblematik ausgeschlossen und somit besteht für diese Institution keine Zuständigkeit. Eine Zusammenarbeit mit diesen Instanzen wird als dringlich von den ExpertInnen eingestuft.

„[...]ja wobei halt da aus Sicht unserer täglichen Arbeit, des von Vorteil is, wenn jemand bei einer Beratungseinrichtung in Betreuung ist und Substituiert wird, als bei einem praktischen Arzt, weil die Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten, aus meiner Erfahrung, so gut wie nicht möglich ist. Ahm bei Beratungsstellen wie XXX und der Gleichen is es schon das man irgendwie in an Austausch treten kann, und die Intention erfragen kann, warum etwas getan wird, wobei es da a so is das die Ärzte a net Auskunftswillig sand, warum sie Klienten etwas Verschreiben.[...]" (Interview 1, Z 176-182)

„[...] es gibt also den Ansatz das Sucht immer was psychiatrisches is und ahm das man schon manchmal das Gefühl hat, das man mit zwei Personen zu tun hat.[...]" (Interview 1, Z 234-236)

„[...] In Zusammenarbeit mit der Psychiatrie is relativ schwierig ja diese Grenzziehung zwischen Menschen die Eindeutig ein schwer psychiatrisches Problem haben und symptomatisch Drogen nehmen, die kommen all zu leicht auf diese Drogenschiene und sind dort völlig

*überfordert und kommen nie wieder zurück auf diese Psychiatrische.[...] in der Psychiatrie, egal wer Drogen nimmt oder ob er substituiert ist, is er für die Allgemeinpsychiatrie, also schwer zurück zu bringen bei den Angeboten dort. Das sind Dinge da ist die Vernetzung sehr schlecht.“
(Interview 3, Z 478-482/ 488-490)*

Expertinnen geben als zusätzlichen Bedarf eine Erweiterung der Suchthilfe an. Dabei sprechen sie vor allem vom Mangel an Gruppenangeboten, Tageszentren, frauenspezifischen Angeboten wie „Schutzräume“ und spezifischer Konzepte für langzeitabhängige KlientInnen. Darunter werden betreute Wohnformen bis hin zur Überlegung von Alters- und Pflegeheimen mit akzeptanzorientiertem Ansatz angesprochen.

*„[...] Ich glaub das Tagesstätten sinnvoll wären, weil die soziale Isolation ein großes Thema ist, grad auch für die Personen die wahrscheinlich nicht mehr in der Lage sein werden einer Beschäftigung nach zu gehen. Ah ich glaub, dass der Zugang insbesondere im AMS Bereich, ist es sehr schwierig geworden für unser Klientel, dass hier einen Bedarf gibt Zugang zu verbessern und zu sichern, zu Ausbildungen und AMS Maßnahmen. Ich glaub, dass es notwendig ist Schutzräume für Frauen in Langzeittherapie Einrichtungen zu gewährleisten, die seh ich nicht, das find ich höchst problematisch. Ich glaub auch, dass es notwendig ist, dass stationäre Einrichtungen, die rein für Frauen hier sind, das Geschlechterrollenverhalten in Frage stellen müssen, .. Frauen in Hotel, dass sie Kochen, Putzen, Bügeln müssen, also hier ist noch einiges zu tun in den Einrichtungen, auch bei uns, wir müssen verstärkt mit Konzepten auseinander setzen, für Personen mit Migrationshintergrund, weil viele unser Konzepte hier nicht passen und nicht stimmen ja[...]“
(Interview 2, Z 637-650)*

„[...] Möglicherweise sollte es mehr so halbstationäre oder stationäre Sachen geben für Menschen die net abstinenzorientiert leben wollen ja. Also sprich Wohnen, betreutes Wohnen, ahmm Pflegeheime für ältere Klienten die halt Drogen konsumieren egal welcher Art aber wenn sie

halt so betreut werden können und auch beschäftigt werden, also Arbeit gibt recht wenig ja ahh Beschäftigung.[...]" (Interview 3, Z 473-478)

Das Modell des Case Management wird immer mehr als notwendige Erweiterung der Einzelfallhilfe gesehen. Vor allem für KlientInnen mit Mehrfachproblemlagen stellt diese Methode ein umfassendes Betreuungskonzept dar. Der Betroffene hat einen zuständigen Betreuer, der für die Koordination und den Verlauf zuständig ist. Unter Einbezug des Suchtkranken wird ein bedarfsorientierter Hilfeplan erstellt. Allgemein bietet das Case Management eine optimierte Einzelfallhilfe, die auch die Zuständigkeitsbereiche auf den Betreuungsplan abklärt und abstimmt. ExpertInnen

„[...] Es ist viel Geschehen in den letzten Jahren , aber die Hilfe die die Leute brauchen, man braucht ja nur in der , mit Betroffnen sprechen, mit Eltern sprechen, man wird immer eine Meinung hören, „wir werden von Pontius bis Pilatus geschickt und nichts geht weiter.[...]" (Interview 4., Z 186-189)

„[...] Es ist eben das Problem das für einen Klienten bis vier oder fünf maximal ja Sozialarbeiter gibt und da es da irgendwie etwas Übergeordnetes geben sollte, was koordinatorisch hilfreich.[...]" (Interview 1, Z 290-292)

„[...] Klar die Gruppe derer die sehr viele Substanzen konsumieren, sehr hoch dosiert konsumieren, sehr riskant konsumieren brauchen spezifische Konzepte ja, ob man dafür jetzt ein Spezialprogramm entwickelt oder auch die kommen in Frage für Case Managementmodelle[...]" (Interview 2, Z 561-564)

8.4. Zwischenbilanz

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein gesamtheitlicher Ansatz in der Betreuung von KlientInnen mit einer Mehrfachproblematik angestrebt wird. Aufgrund von Standards kann einem nachvollziehbaren, einheitlichen, interdisziplinären und gesamttherapeutischen Konzept nachgegangen werden. Dabei erscheinen vor allem Supervision und Dokumentation als Instrumente zur Überprüfung der Effektivität der Betreuung in der Sozialarbeit als unverzichtbar. Zu erwähnen ist, dass eine professionsübergreifende Dokumentation Transparenz und Wissensaustausch mit sich bringt.

In der Praxis treten klare und unklare Standards auf. Allgemein kann jedoch gesagt werden, dass auf keinen dieser Standards verzichtet werden kann.

Die Aufklärung über verschriebene Medikamente ist nicht nur Standard, sondern ein verpflichtender Standard. Allerdings geben ExpertInnen an, dass die Aufklärung in Praxen von AllgemeinmedizinerInnen selten so umfangreich verläuft, wie eine Drogenberatungsstelle diese anbietet.

Des Weiteren besteht ebendort die Problematik der nicht nachvollziehbar hohen Dosierungen. Hier wird dem Klienten/ der Klientin empfohlen, sich nach einem anderen Verschreibungsmodus umzusehen und die Arztwahl zu überdenken.

Bei der Einnahme von Substitutionsmittel und zusätzlich Benzodiazepin sind erhöhte Risiken bei KlientInnen gegeben. Der Betroffene ist dabei so stark beeinträchtigt, dass er seine delinquenten Handlungen nicht mehr bewusst wahrnimmt. Das Substitutionsprogramm verringert dieses Problem erheblich und ist auch aus diesem Grund nicht mehr aus der Suchthilfe wegzudenken.

Sollten die Grenzen einer Betreuung, aus welchen Gründen auch immer erreicht werden, ist dem Klient eine geeignete Einrichtung nahe zu legen und zu vermitteln.

Allgemein zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit eines für alle beteiligten Professionen transparenten Kontrollsysteams auf. Zusätzlich besteht der Bedarf nach einer Erweiterung des Suchthilfe-Netzwerkes. So ist zu wünschen, dass in Zukunft durchaus spezifische Betreuungskonzepte für langzeitabhängige KlientInnen erstellt werden.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass im Suchtbereich keine frauenspezifischen Angebote existieren. Hier wird speziell nach „Schutträumen“ für diesen besondes vulnerablen Personenkreis verlangt.

9. Resümee

Die vorliegende Arbeit war eine Auseinandersetzung mit der komplexen Thematik der Qualitätsstandards in der sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepimverschreibung. Der Fokus der Arbeit lag darin, die Themenbereiche in ihre einzelnen Begriffe aufzubrechen und sie dann wieder in einen übersichtlichen Zusammenhang zu stellen. Daraus folgend sollen zum besseren Verständnis der Gesamtsituation die Zusammenhänge aufgezeigt werden.

Praxisorientiert ging es mir darum, adäquate Handlungsstrategien von ExpertInnenInnen zur sozialarbeiterischen Betreuung von substituierten KlientInnen mit zusätzlichen Benzodiazepinkonsum zu erheben.

Die gegenständliche Forschungsarbeit wurde in zwei Kapitel geteilt. Einleitend befassten sich die theoretischen Grundlagen mit der Qualität in der Suchthilfe, der Sucht, der Substitution sowie Zahlen und Fakten. Außerdem wurde im letzten Theoriekapitel auf den Nebenkonsum im Substitutionsprogramm eingegangen. Außer im Kapitel Sucht wurde jedem Themengebiet eine Zwischenbilanz hinzugefügt. Abschließend wurde eine Zusammenfassung des Theoriekapitels gegeben.

Das Zweite Kapitel ging der forschungsleitenden Fragestellung von Handlungsempfehlungen zur qualitativen sozialarbeiterischen Betreuung nach. Die Empirie zeigte den vorgenommenen Forschungsprozess sowie des Auswertungsverfahren. Kernstück dieses Kapitels waren die ausgewerteten Interviews, die ich mit SozialarbeiterInnen durchführte. Die erhobenen Ergebnisse dieser Arbeit wurden zum Schluss präsentiert.

Ich war mir schon vor Beginn der Forschungsarbeit der Problematik dieses sensiblen Themas bekannt. Dennoch habe ich mich bewusst diesem Thema angenähert, um einen weiteren Blickwinkel in die Diskussion der Substitutionstherapie einzubringen.

Mir ist auch wichtig gewesen, die Orientierung an die Praxis nie zu verlieren, daher waren die geführten Interviews mit ExpertInnen die Basis der gegenständlichen Arbeit.

Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik schärfte mein Bewusstsein für mögliche Handlungsstrategien und qualitätsbewusste Betreuung substituierter KlientInnen mit zusätzlicher Benzodiazepinverschreibung.

Es ist mir ein Anliegen, das den KlientInnen den ihnen zustehenden Platz einberäumt bekommen. Trotz umfangreichen Einblicks in die Praxis, habe ich dennoch das Gefühl, nur einen Bruchteil der Materie aufzeigen zu können.

Einige Ausführungen in meiner Arbeit zeigen deutlich, dass ExpertInnen weiteren Handlungsbedarf sehen. Ich würde mich freuen, wenn die eine oder andere Ausführung von anderen Personen als Anregung empfunden wird, weitere genauere Forschungsarbeiten auf diesem Gebiete durchzuführen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.: Abbildung

Aufl.: Auflage

Bd.: Band

Bzw.: beziehungsweise

ebd.: eben da

et al.: und andere

o.A.: ohne Angabe

o.P.: ohne Paginierung

uvm.: und viele mehr

Hrg.: HerausgeberInnen

z.B.:

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb.1: Perspektiven auf die Qualität Sozialer Arbeit. In: Flösser, Gaby (2001): Qualität. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. (2001), 2.Aufl., Neuwied, Kriftel.

Abb.2: nach Donabedian, A. In: Merchel (1999): (o.A.). In: Reiter, Matthias (2003/04): Organisation Sozialer Arbeit. Qualität- Effizienz und Effektivität in der sozialen Arbeit. Skriptum. Fachhochschule St. Pölten.

Abb.3: Deming-Rad. In: Timischl (1996): Qualitätssicherung, Statistische Methoden. In: Reiter, Matthias (2003/04): Organisation Sozialer Arbeit. Qualität- Effizienz und Effektivität in der sozialen Arbeit. Skriptum. Fachhochschule St. Pölten.

Abb.4: PatientInnen in Substitutionsbehandlung in Wien. November 1999 – November 2005. In: David A. /Dressel M. (2006): Weiterbildungsverordnung Orale Substitution. Suchtgiftverordnung. In: Info-Veranstaltung für die Mitglieder des Wiener Drogenbeirats. pdf, 21.06.2006.3.

Abb.5: Substitutionsrezepte ausgestellt von: 1999 – 2005. In: David A. /Dressel M. (2006): Weiterbildungsverordnung Orale Substitution. Suchtgiftverordnung. In: Info-Veranstaltung für die Mitglieder des Wiener Drogenbeirats. pdf, 21.06.2006.5.

Abb.6: Substitutionsmittel in Wien. November 1999 – November 2005. In: David A. /Dressel M. (2006): Weiterbildungsverordnung Orale Substitution. Suchtgiftverordnung. In: Info-Veranstaltung für die Mitglieder des Wiener Drogenbeirats. pdf, 21.06.2006.4.

LITERATUR

Bardmann, Theodor/Hansen, Sandra (o.A.): Die Kybernetik der Sozialarbeit. Ein Theorieangebot. Institut für Beratung und Supervision. In Huber, Alois (2003): Dokumentation und Evaluation. Materialien. Vorlesungsskriptum Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit St. Pölten.

Böhm, Andreas (2005): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Hamburg.

Brosch/Junke (1993): WHO. In: Goger, Karin (2004): Begriffserklärung. Abhängigkeit/Sucht. In: Goger, Karin/Tuma, Christian (2004): Sozialarbeit im Handlungsfeld Suchthilfe. Vorlesungsskriptum Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit St. Pölten.

Corbin, J. M./Strauss, Anselm (1996): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim.

Dollinger, Bernd (2001): Zur sozialen Kontrolle in der Kontrollgesellschaft: Das Beispiel Drogenkonsum. In: Kriminologisches Journal. Index, 2001, Jg.33. Weinheim.95.

Duden. Das Fremdwörterbuch. (2005), Bd.5, Mannheim.

Dvorak, Karl (2001): Geschichte und Theorie der Sozialarbeit. Soziale Arbeit als eine besondere Art des Umgangs mit Menschen, Dingen und Ideen, Vorlesungsskriptum Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit St. Pölten.

Eisenbach-Stangl, Irmgard/Burian o.A. (1998): o.A. In: Stolz-Gombocz, Ingrid (2004): Substitution in Österreich. In: Brosch, Renate/Mader, Rudolf (Hrg.) (2004): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis. Wien.

Eisenbach-Stangl, Irmgard/Uhl, Alfred (1992): Geschichte und Praxis der Substitutionsbehandlung in Österreich. In: Bossong, Horst/Stöver, Heino (1992): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. New York, Campus Verlag.

Eul, Joachim/Barsch, Gundula/Harrach Tibor (2004): Prävalenz und Konsumbewertungen –Drogenmischkonsum anders verstehen. In Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr.4, 2004, Jg.27. Wien. 49.

Feselmayer, S. et al. (2003): Abteilung für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen am Anton-Proksch-Institut/Kalksburg. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr.3/4, 2003, Jg.26. Wien. 25.

Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (2005): Was ist Qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Hamburg.

Flick, Uwe (1995): Stationen des Qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Keupp u. a. Hrg. (1995): Handbuch Qualitative Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung. 2. Aufl. Weinheim.

Flösser, Gaby (2001): Qualität. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 2.Aufl., Neuwied, Kriftel.

Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.

Goger, Karin (2004): Begriffserklärungen. Soziale Abhängigkeit. In: Goger, Karin/Tuma, Christian (2004): Sozialarbeit im Handlungsfeld Suchthilfe. Vorlesungsskriptum Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit St. Pölten.

Gottwald-Nathaniel, Gabriele (2004): Sozialarbeit in der Suchtarbeit. In: Brosch, Renate/Mader, Rudolf (Hrg.) (2004): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis. Wien.

Heckermann, W. (1996): Drogenabhängigkeit. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrg.) (1996): Wörterbuch Sozialer Arbeit. 4. Aufl. Weinheim und Basel.

Hildebrand, Bruno (2005): Anselm Strauss. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Hamburg.

Karsten, Maria-E. (2001): o.A. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 2.Aufl., Neuwied, Kriftel.

Krausz, Michael/Haasen, Christian (Hrg.) (2004): Kompendium Sucht. Begriffserklärung. Stuttgart.

Dietrich, Isabell/Kocsis, E./Haller Reinhard(2003): Therapie statt Strafe. Die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen bei 200 süchtigen Straftäter. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Nr.1, 2003, Jg.26. Wien.7.

Kleinemeier, Eva (2004): Ziele der Suchttherapie. In: Krausz, Michael/Haasen, Christian (Hrg.) (2004): Kompendium Sucht. Stuttgart.

Knorr, Friedhelm/Halfar, Bernd (o.A.): Qualitätsmanagement in der Sozialarbeit. Für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialverwaltungen, Freie Wohlfahrtsverbände. In: Huber, Alois (2003): Dokumentation und Evaluation. Materialien. Vorlesungsskriptum Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit St. Pölten.

Lamnek, Sigfried (1995): Qualitative Sozialforschung. 2. Bd. Beltz, PsychologieVerlagsUnion. München/Weinheim.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2002.

Mdaini, Leila/Ernst, Claudia (2004): Die Auswirkungen von Substitution auf Betroffene und ihr soziales Umfeld. Schwacher Trost oder neue Chance? Diplomarbeit. Bundesakademie für Sozialarbeit. Wien.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2003): Experteninterview. In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser Michael. (Hrg.) (2003): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Leske, Budrich.

Pollitt, Christopher (1997): Business and Professional Approaches to Quality Improvement. A Comparison of their Suitability for the Personal Social Services. In: Evers, Adalbert/Haverinen, Ritta/Leichsenring Kai/Wistow, Gerald (1997): Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. Ashgate, Aldershot, Brookfield USA, Singapore, Sydney.

Prinzelve, Michael (2004): Behandlungsansätze. In: Krausz, Michael/Haasen, Christian (Hrg.) (2004): Kompendium Sucht. Stuttgart.

Riet, Nora van/Wouters, Harry (2002): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. 4. Aufl. Interact, Verlag für Soziales und Kulturelles, Luzern.

Seidenberg, André (1997): Medizinische Folgen aus der Illegalität des Drogenkonsums. In: Estermann, Josef (1997): Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt, und Prohibition. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung/Orlux, Berlin/Luzern.

Reiter, Matthias (2003/04): Organisation Sozialer Arbeit. Qualität- Effizienz und Effektivität in der sozialen Arbeit. Vorlesungsskriptum Fachhochschulstudiengang Sozialarbeit St. Pölten.

Sachße, Chr. (1996): Sucht. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrg.) (1996): Wörterbuch Sozialer Arbeit. 4. Aufl. Weinheim und Basel.

Schmidt, Elisabeth (2004): Qualität(smanagement) und Suchtbehandlung. In: Brosch, Renate/Mader, Rudolf (Hrg.) (2004): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis. Wien.

Schwoon, Dirk R. (2003): Sucht. Wie lange halten sie das noch aus? In: Psychologie Heute. September 03. Bibliothek Neustart, Castellgasse 17. 64/68.

Stolz-Gombocz, Ingrid (2004): Substitution in Österreich. In: Brosch, Renate/Mader, Rudolf (Hrg.) (2004): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis. Wien.

Treptow, Rainer (2001): Handlungskompetenz. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 2.Aufl., Neuwied, Kriftel.

Vomberg, Edeltraud (2002): Zur Aktualität der Debatte um Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. In Vomberg Edeltraud (Hrg.) (2002): Qualitätsmanagement als Zukunftsstrategie für die Soziale Arbeit. Theoretische Konzepte und praktizierte Beispiele aus sozialen Einrichtungen. Schriften des Fachbereichs Sozialwesen der Hochschule Niederrhein. Band 32, Mönchengladbach.

Internetquellen:

Bührmann, Andrea D. (2004): Rezension zu: Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz(Hrsg.)(2002). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung [19 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 5 (3), Art. 1. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-text/3-04/04-3-1-d.htm> [29.07.07]

Schütz, Alfred (o J.): In: Wikipedia (2007): Lebenswelt. In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Lebenswelt> 20.08.2007

Seel, Andrea (2004): Einführung in die qualitative Forschung. In:
http://www.phlinz.at/typo3/fileadmin/paedak_upload/forschung/Qualitative_Forschung_Seel.pdf 15.02.2007. pdf, 15.03.04

Webmaster (2005): News: Bund verändert Abgaberichtlinien für Opiatesatz. Neue Substitutionsverordnung soll umgesetzt werden. In: http://www.dialog-on.at/news_265_1.html

Wikipedia (2007): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit.
http://de.wikipedia.org/wiki/Akzeptierende_Drogenarbeit 26.08.2007

Wikipedia (2007): Drogenmissbrauch
<http://de.wikipedia.org/wiki/Drogenmissbrauch> 28.08.07

Wikipedia (2007): Drogensubstitution.In
<http://de.wikipedia.org/wiki/Drogensubstitution> 28.08.07

Wikipedia (2007): IPA: In:
http://de.wikipedia.org/wiki/Internationales_Phonetisches_Alphabet 07.09. 2007

Wikipedia (2007): Komorbidität.. In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Komorbidit%C3%A4t> 25.09.2007

Wikipedia (2007): Lebensweltorientierung. In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensweltorientierung> 26.09.2007

Wikipedia(2007): Monitoring. In
<http://de.wikipedia.org/wiki/Monitoring> 07.09.2007

Wikipedia (2007): Niedrigschwellig In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Niederschwellig> 02.09.2007

Wikipedia (2007): Opioid. In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Opioid> 02.09.2007

Wikipedia (2007):Subsitution. In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Substitution> 20.08.07

Primärquellen:

Akademie Verein Dialog (Hrg.) (2005): Substitutionsbehandlung. Oktober 2005
o.A.

David A. /Dressel M. (2006): Weiterbildungsverordnung Orale Substitution. Suchtgiftverordnung. In: Info-Veranstaltung für die Mitglieder des Wiener Drogenbeirats. pdf, 21.06.2006.

Verein Wiener Sozialprojekte (o.J.): Das kleine Hepatitis ABC. Broschüre. Wien.

NeuStart (2003/04): Betreuung von Suchtkranken. Seminar 35.1/2. Bibliothek Neustart, Castellgasse 17. Wien.

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2007): Wichtige Informationen. AB 1. MÄRZ 2007 gibt es eine NEUE „SUBSTITUTIONSVERORDNUNG“. Öffentlichkeitsarbeit, März 2007. Wien.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Natalie Vachel, geboren am 08. 08. 1979 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 10. September, 2007

Unterschrift