

# Bachelorstudiengang Soziale Arbeit

Wintersemester 2014/15

Abgabetermin: 21.01.2015

## ***Bachelor-Thesis***

### Thema:

**Klientenzufriedenheit in der medizinischen Vergabe und bei der psychosozialen Betreuung.**

### Untertitel:

Eine Klientenzufriedenheitsanalyse unter Klienten der „Malteser Substitutionsfachambulanz“ Schielestraße und dem Sozialdienst der „idh (Integrative Drogenhilfe)“ Frankfurt im Eastside.

---

Referent(in): Prof. Dr. Heino Stöver

Korreferent(in): Dr. Susann Höbelbarth

---

### vorgelegt von:

Name, Vorname: Traiou, Katerina

Matrikelnummer: 996305

### Anschrift:

Straße/Nr. Porthstraße 1-3  
PLZ/Wohnort 60435/ Frankfurt

Email: traiou.katerina@googlemail.com

Telefonnr.: 01607674164

Frankfurt University of Applied Sciences  
Fachbereich 4 Soziale Arbeit und Gesundheit  
Studiengang Soziale Arbeit (B.A.)

Bachelor - Thesis

**Klientenzufriedenheit in der medizinischen Vergabe und bei der  
psychosozialen Betreuung.**

Eine Klientenzufriedenheitsanalyse unter Klienten der „Malteser  
Substitutionsfachambulanz“ Schielestraße und dem Sozialdienst der „idh  
(Integrative Drogenhilfe)“ Frankfurt im Eastside.

Dozenten: Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Susann Höbelbarth  
Modul 22: Bachelor - Thesis  
Belegnummer: 56 22010  
Wintersemester 2014/15

vorgelegt von:

Katerina Traiou

Matrikelnr.: 996305

traiou.katerina@googlemail.com

7. Semester

Abgabedatum: 21.01.2014

### **Vorbemerkung**

Um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, werden im folgenden Text die Personen immer in der kürzeren männlichen Form genannt. Mit angesprochen sind natürlich auch die weiblichen Personen. Ich bitte um Verständnis für die Vereinfachung.

## **Danksagung**

Für die Gelegenheit, eine solche Befragung bezüglich ihrer Einrichtungen durchführen zu können, danke ich den beiden Einrichtungen, der Malteser Substitutionsambulanz sowie der idh in Frankfurt.

Einen besonderen Dank möchte ich vor allem dem Verwaltungsleiter der Malteser in der Schielestraße, Herrn Ansgar Kreft, den substituierenden Ärzten, dem dortigen Psychiater sowie auch dem medizinischen Personal gegenüber aussprechen (Jutta), die mich tatkräftig unterstützt haben, indem sie immer auf die Befragung aufmerksam machten und mir geduldig ihre Zeit für Rückfragen widmeten.

Abschließend ausdrücklichen Dank aber auch den interessierten Klienten selbst, um die es ging und ohne deren Beteiligung diese Befragung überhaupt nicht möglich gewesen wäre!

## Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Einführung in die Thematik.....	2
2.1 Persönliches Interesse für die ausgewählte Thematik.....	2
2.2 Relevanz der Zufriedenheitserhebung für die Soziale Arbeit.....	3
2.3 Relevante Definitionen für die Suchthilfe.....	5
2.3.1 Opiate-/ Opioide.....	5
2.3.2 Opioid-/ Opiatabhängigkeit.....	6
2.4 Die Substitutionsbehandlung.....	6
2.4.1 Substitution.....	7
2.4.2 Psychosoziale Betreuung.....	8
2.5 Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung.....	9
2.5.1 Wirksamkeit der Substitution.....	9
2.5.2 Wirksamkeit der PSB anhand deutscher Studien.....	10
3 Klientenzufriedenheit.....	12
3.1 Patient oder Klient?.....	12
3.1.1 Der Begriff des Patienten.....	12
3.1.2 Der Begriff des Klienten.....	13
3.2 Allgemeines zur Patientenzufriedenheit.....	14
3.3 Patientenzufriedenheit als Kundenzufriedenheit.....	15
3.3.1 Der Begriff Kunde.....	15
3.3.2 Kundenzufriedenheit.....	16
3.3.2.1 Confirmation/ Disconfirmation Paradigma zur Messung von Kundenzufriedenheit.....	17
3.3.3.2 Verhaltenstheorien mit Bezug zum C/D Paradigma.....	18
3.3.3.3 C/D Paradigma in Bezug auf die Substitutionsbehandlung.....	19
3.4 Wichtigkeit der Zufriedenheitserhebung in der Substitutionsbehandlung.....	20
3.4.1 Wichtigkeit der Klientenzufriedenheitsbefragung für die Klienten.....	20
3.4.2 Wichtigkeit der Befragung für die Einrichtungen.....	21
3.5 Wissenschaftliche Studien zur Zufriedenheit in der Substitution.....	22
3.5.1 Zufriedenheitsstudie zur PSB von Deimel.....	23
3.5.2 Zufriedenheitsstudie zur PSB vom Notdienst für Suchtmittelgefährdete und- abhängige Berlin e.V. und vista Verbund.....	24

3.5.3 Studie zum Arzt- Patientenverhältnis vom JES Bundesverband in Kooperation mit der deutschen AIDS- Hilfe.....	25
4 Hintergrundinformationen zum Krisenzentrum Schielestraße.....	26
4.1 Vorstellung der Einrichtungen Malteser Suchthilfe und des Sozialdiensts der idh in Frankfurt.....	26
4.1.1 Malteser Suchthilfe in der Schielestraße in Frankfurt.....	26
4.1.2 Der Sozialdienst der idh im Eastside.....	28
4.2 Die medizinische Vergabe in der Substitution in der Schielestraße.....	29
4.2.1 Substitution mit Methadon (Razemat).....	29
4.2.2 Substitution mit Buprenorphin (Subutex).....	29
5 Vorüberlegungen zur Klientenzufriedenheitsbefragung.....	30
5.1 Das Ankündigungsschreiben.....	30
5.2 Auswahl der Fragen.....	31
5.2.1 Fragen zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung.....	31
5.2.2 Fragen zur psychosozialen Betreuung.....	32
5.2.3 Fragen zur Substitutionsbehandlung (Substitution und PSB).....	33
5.2.4 Fragen zu eventuellen Beschwerden oder Lob.....	34
5.2.5 Fragen zu personenbezogenen Merkmalen.....	34
5.3 Aufbau des Fragebogens.....	35
5.4 Ort und Art der Erhebung.....	36
6 Zur Klientenzufriedenheitsbefragung.....	37
6.1 Die Klienten der Malteser Substitutionsfachambulanz.....	37
6.2 Überblick über die Befragungsteilnehmer.....	38
6.3 Analyse der Befragungsergebnisse im Einzelnen.....	39
6.3.1 Zufriedenheit in Bezug auf den medizinischen Teil der Behandlung.....	40
6.3.2 Zufriedenheit in Bezug auf die psychosoziale Betreuung.....	43
6.3.3 Zufriedenheit in Bezug auf die Wirkung der Substitutionsbehandlung.....	48
6.3.4 Zufriedenheit/ Unzufriedenheit in den Freikommentaren.....	54
6.4 Zusammenfassung der Befragungsergebnisse, kritische Betrachtungen und Empfehlungen für die Einrichtungen.....	57
7 Reflexion der Ergebnisse.....	59
Literaturverzeichnis.....	61
Anhänge.....	

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abs.</b>	Absatz
<b>bspw.</b>	beispielsweise
<b>BtMVV</b>	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>ca.</b>	circa
<b>C/D Paradigma</b>	Confirmation/ Diskonfirmation Paradigma
<b>COBRA</b>	Cost-benefit and risk appraisal of substitution treatment
<b>d.h.</b>	das heißt
<b>e.V.</b>	eingetragener Verein
<b>ggf.</b>	gegebenenfalls
<b>gGmbH</b>	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
<b>idh</b>	integrative Drogenhilfe
<b>i.V.</b>	in Verbindung
<b>JES</b>	Junkies, Ehemalige und Substituierte
<b>PREMOS</b>	Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment
<b>PSB</b>	psychosoziale Betreuung
<b>sog.</b>	sogenannte
<b>u.a.</b>	unter anderem
<b>usw.</b>	und so weiter
<b>vgl.</b>	vergleiche
<b>vista</b>	Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit
<b>z.B.</b>	zum Beispiel

## **1 Einleitung**

Die vorliegende Arbeit dient der Auseinandersetzung mit dem Thema „Klientenzufriedenheit in der medizinischen Vergabe und bei der psychosozialen Betreuung“ im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Zu diesem Zweck wird eine Befragung in der Einrichtung der Malteser Werke in der Schielestraße in Frankfurt, in Absprache mit deren Verwaltungsleiter, Herrn Kreft, stattfinden, die sich zum einen auf die dortige Substitutionsfachambulanz, zum anderen auf den Sozialdienst der idh (integrative Drogenhilfe) im Eastside bezieht.

Ziel der Befragung mit anschließender Zufriedenheitsanalyse ist es, festzustellen, ob Verbesserungsbedarf in der medizinischen Vergabe (im Verhältnis des Klienten zum Arzt) und/oder in der psychosozialen Betreuung (im Verhältnis des Klienten zum Sozialarbeiter) der vorgenannten Einrichtungen besteht. Dabei wird ebenfalls untersucht, wie wirkungsvoll die Substitutionsbehandlung im Hinblick auf eine Veränderung der physischen und psychischen Gesundheit nach subjektiver Einschätzung ist.

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen verschiedene Aspekte der Beziehung der Klienten zu den jeweils professionell Handelnden. Hier gilt das Interesse auch der Frage, welche Klientenmerkmale mit einer hohen und welche mit einer niedrigen Zufriedenheitsausprägung einhergehen, bzw. ob sich überhaupt gemeinsame Merkmale und Antwortmuster unter denjenigen Klienten feststellen lassen, die zu bestimmten Aspekten der Befragung Antworten in die eine oder andere Richtung gegeben haben, um Aussagen darüber machen zu können, was eventuell das Zufriedenheitsurteil beeinflusst. Aus den Befragungsergebnissen wird eine Feststellung dahingehend getroffen, ob und ggf. welche Angebotsanpassung aus Klientensicht notwendig erscheint.

Im ersten Teil der Arbeit wird erläutert, aus welchem Grund persönliches Interesse an dieser Thematik besteht und inwiefern eine Relevanz für die Soziale Arbeit angenommen werden kann. Es folgen die Definitionen der Fachbegriffe: Opiat/ Opioid und dementsprechend Opiod-/ und Opiatabhängigkeit, da diese im Verlauf dieser Arbeit immer wieder auftauchen. Hierauf wird auf die Substitutionsbehandlung eingegangen, die aus der medizinischen Ersatzstoffvergabe (sog. „Substitution“) und aus der psychosozialen Betreuung (PSB) besteht. Danach wird anhand deutscher Studien auf die Wirksamkeit der Substitution und PSB eingegangen, da es Aspekte in der Befragung gibt, die teilweise auf den Ergebnissen zur Wirksamkeit aufbauen.



Im Hauptteil der Arbeit werden zunächst die in diesem Zusammenhang relevant werdenden Begriffe Patient und Klient erläutert, wobei die Entscheidung für die Auswahl des Begriffes Klient bzw. Klientenzufriedenheit darlegt wird. Da im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung die Zufriedenheit Substituierter seither jedoch unter der Bezeichnung Patientenzufriedenheit, bzw.- Kundenzufriedenheit erforscht ist, wird nachfolgend (vorbehaltlich der persönlichen Bevorzugung einer anderen begrifflichen Variante) auf die Entwicklung der Patientenzufriedenheit und auf den Begriff des Kunden eingegangen. Am Modell der Kundenzufriedenheit wird anschließend dargelegt, wie Zufriedenheit theoretisch (Klienten- bzw. Patientenzufriedenheit analog zur Kundenzufriedenheit) entsteht und warum eine Zufriedenheitsbefragung für die Klienten, aber auch für die beteiligten Einrichtungen von Wichtigkeit ist.

Nachfolgend werden deutsche Studien zur Klientenzufriedenheit im Rahmen der Substitution vorgestellt. Hierauf folgt der empirische Teil dieser Arbeit, in dem zunächst vorweg die Substitutionsambulanz der Malteser/ Schielestraße sowie die Einrichtung der idh/ Eastside vorgestellt werden. Anschließend wird auf die Fragebogenentwicklung und die konkrete Durchführung der Befragung eingegangen. Es folgt eine Analyse der Ergebnisse, eine Zusammenfassung und kritische Würdigung der wichtigsten Erkenntnisse mit Empfehlungen für beide Einrichtungen. Abschließend erfolgt eine Reflexion zu den Ergebnissen dieser Arbeit.

## **2 Einführung in die Thematik**

Im ersten Teil dieser Arbeit wird zunächst das persönliche Interesse sowie die Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit dargestellt. Anschließend werden in diesem Kontext wichtige Definitionen vorweg erklärt sowie die Substitutionsbehandlung, die aus der Substitution (medizinischen Vergabe) und der psychosozialen Betreuung besteht, dargestellt.

### **2.1 Persönliches Interesse für die ausgewählte Thematik**

Während der Phase meines Praktikums in einer niedrighschwelligem Drogenhilfeeinrichtung bin ich mit vielen Menschen ins Gespräch gekommen, die fast durchweg alle mehr oder weniger von Erfahrungen in Bezug auf wiederholte Therapieabbrüche oder Unterbrechungen berichteten. So erzählte bspw. eine Person, die auf dem Weg von der Entgiftung in eine Übergangseinrichtung von einem Sozialarbeiter und mir begleitet wurde, von bereits 30

gescheiterten Therapieversuchen. Sie meinte, sie sei „übertherapiert“, hätte so vieles bereits ausprobiert, aber ohne Erfolg. Die Person schien davon überzeugt, dass ihr eigentlich nichts mehr weiterhelfen könnte. Nach nur ein paar Tagen traf ich sie dann im Konsumraum, wo sie mir berichtete, dass diese Übergangseinrichtung wieder nicht das „Richtige“ für sie gewesen sei, sie hätte ihren Erwartungen nicht entsprochen.

Ich musste mich hier an meine Erstsemestervorlesung zum Thema 'Konstruktivismus' erinnern, wonach „Realität ein auf der Basis von Sinn erzeugtes Konstrukt ist“ (vgl. Kleve, 2009: 96f.). In unserer Gesellschaft geht jeder davon aus, dass die Dinge so sind, wie sie jeder gerade sieht, doch eigentlich ist die Realität in der Wahrnehmung jedes Einzelnen nur konstruiert. Es gibt demnach kein 'richtig' oder 'falsch', sondern einfach verschiedene Perspektiven, Betrachtungsweisen (siehe ebenda: 18). Ähnlich ist es mit der Sicht darauf, was Angebote in der Praxis leisten müssen, um als 'gut' zu gelten. Die angebotenen Leistungen und Rahmenbedingungen spiegeln die professionelle Sicht, das Bemühen um möglichst „gute Arbeit“ im Sinn „berufsethischer Überlegungen“ (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 6). Die Perspektive der Leistungsträger richtet sich auf „Qualität“ und „Effizienz“ der Leistung, denn das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V besagt, dass Leistungserbringer nur das erbringen dürfen, was „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ ist (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 6; Stascheit, 2011: 453). In der Politik geht es wiederum bspw. um den „gesellschaftlichen Nutzen“ und die „Interessen von Institutionen“, während die Sicht der einzelnen Menschen sich auf deren eigene Lebenswelt bezieht und darauf, dass deren Bedürfnisse auch subjektiv zufriedengestellt werden (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 6).

Ansichts dieser vielen Sichtweisen, mit denen auch unterschiedliche Interessen verbunden sind und auf Grund meiner eigenen gesammelten Praktikumserfahrungen, veranlasste mich das zu hinterfragen, ob alles, was nachgewiesenermaßen als 'effektiv' und 'effizient' gilt, (d.h. die jeweils gesetzten Ziele erreicht, insofern wirkt und wirtschaftlich ist), die Klienten, die von den Angeboten profitieren sollen, eigentlich auch zufriedenstellt.

## **2.2 Relevanz der Zufriedenheitserhebung für die Soziale Arbeit**

Seit einigen Jahren gibt es die Entwicklung der sog. „Ökonomisierung der Sozialen Arbeit“ (Merchel, 2003: 11). Betriebswirtschaftliche Konzeptionen und Erkenntnisse spielen nun vermehrt für die Soziale Arbeit eine Rolle (vgl. Daumenlang/ Palm, 1997 zit. n. Merchel, 2003: 9f.). Da weniger öffentliche Mittel zur Verfügung stehen, kommt es immer mehr zur

Konkurrenz zwischen den Anbietern der Sozialen Arbeit (vgl. Bassarak, 2001: 13f.). Die Zertifizierung von Einrichtungen, das Erfüllen sog. „ISO-Normen“, „Qualitätsmanagement“ usw. haben zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Merchel, 2003: 4, 20f.; Niewerth/Thiele, 2014: 32).

Das hat Auswirkungen auf die Suchtpolitik: Der Suchtgefährdete oder von Sucht betroffene Mensch steht laut Erklärung der Drogenbeauftragten in der Drogen und Suchtpolitik (und somit in der Sozialen Arbeit, die in diesem Bereich tätig ist) „im Mittelpunkt“ (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012: 12). Die Drogenbeauftragte fordert daher „passgenaue Beratung und Behandlung“ sowie „maßgeschneiderte“ Hilfen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012: 12, 17). Der Begriff 'passgenau' erweckt hier den Eindruck von perfekt angepassten Maßnahmen, je nach individuellem Bedarf, allerdings heißt es an anderer Stelle, dass Suchthilfe und Schadensminimierung auf ihre „Wirkung und Relevanz“ zu prüfen sind (siehe ebenda: 16). Dies gelte insbesondere „in Zeiten knapper Finanzen, um die vorhandenen Mittel möglichst zielgerichtet einsetzen zu können“ (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012: 16). Das entspricht auch dem oben Gesagten zur „Ökonomisierung der Sozialen Arbeit“.

„Passgenaue Beratung und Behandlung“ scheint von daher Grenzen gesetzt zu sein. Es wird sich zwar an den Bedürfnissen der Klienten orientiert, aber auch diese können nicht immer in vollem Umfang erfüllt werden, denn Ansprüche sind auf ihre Angemessenheit zu überprüfen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 16). Hilfe und Unterstützung im Rahmen der Sozialen Arbeit sollen insofern „ein Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen Mitarbeitern und Klienten“ sein (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 16ff.). Dies setzt aber voraus, dass die Erwartungen und Wünsche der Klienten natürlich überhaupt erst zur Sprache kommen. Die Rückkopplung in Form anonymisierter Befragungen stellt hier eine Möglichkeit dar (siehe ebenda: 16).

Anonymisierte Befragungen (quantitative Erhebungen) können verhelfen, Klientenzufriedenheit zu erforschen und somit die Perspektive und Bedenken der Klienten auf die erbrachte Leistung aufzudecken, bzw. deren Ansichten über eventuell notwendige neue Dienstleistungen zum Ausdruck zu bringen (vgl. World Health Organisation, 2000: 8; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 20; Schilgen/ Schmitz/ Hofmacher, 2014: 17 ). In den Qualitätskriterien der DBSH ist konkret die Rede von „regelmäßiger Überprüfung der Qualität der Sozialen Arbeit“, dabei spielt Klientenzufriedenheit eine wichtige Rolle (vgl.

Ballweg/ Götsch-Ulmer/ Jackl, o.J.: 13). Es heißt, dass Fachkräfte in der Profession Soziale Arbeit sich „an angemessenen Verfahren der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle beteiligen“ (vgl. Ballweg/ Götsch-Ulmer/ Jackl, o.J.: 11). Beim Dokumentieren und Prüfen von Ergebnissen und Qualität ihrer Arbeit beziehen sie u.a. die Interessen und Rückmeldungen der Klienten ein (siehe ebenda: 11). Mit dem Vorhergesagten ist somit die Relevanz einer Zufriedenheitsbefragung für die Soziale Arbeit, mithin auch für die psychosoziale Betreuung, soweit diese durch Sozialarbeiter erbracht wird, erklärt. Es geht also um die Aufdeckung von Bedürfnissen der Klienten und ggf. eine Optimierung von Angeboten.

Was die Wichtigkeit der Befragung in der medizinischen Vergabe betrifft: Da es zwecks 'koordinierter Bearbeitung' von Fragestellungen im Rahmen der PSB häufig auch des Einbezugs anderer Professionen und Institutionen bedarf, ist der Sozialarbeiter öfters in der Funktion eines 'Bindeglieds' zwischen dem Klient und der jeweils „auf den individuellen Bedarf (...) ausgerichteten professionellen Hilfe“ (vgl. Wendt, 2003 zit. n. Resig/ Stürmer/ Steiniger, 2014: 25). Insofern versucht der Sozialarbeiter auch „die Kommunikation und Koordination“ zwischen den je nach Fall relevanten anderen Professionellen, Institutionen usw. in Bezug auf bestimmte Fragestellungen zu verbessern (vgl. Resig/ Stürmer/ Steiniger, 2014: 25; Vogt, 2008: 3). Speziell im Fall der Substitutionsbehandlung ist der substituierende Arzt im Kontext der Klientengesundheit ein wesentlicher Kooperationspartner (vgl. Resig/ Stürmer/ Steiniger, 2014: 25; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2010: 4; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 20). In Bezug auf die Kooperation zwischen dem Arzt und dem Sozialarbeiter, als psychosozialen Betreuer sowie auch in Bezug auf eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt und Klient in der medizinischen Vergabe, bei der es schließlich auch zu Auseinandersetzungen kommen kann, erscheint daher eine Zufriedenheitsbefragung aus sozialarbeiterischer Sicht für ebenso wichtig.

## **2.3 Relevante Definitionen für die Suchthilfe**

Da in meiner Arbeit öfter die Rede von 'Opiaten', 'Opioiden', 'Opioidabhängigkeit' und 'Opiatabhängigkeit' ist, ist es wichtig, zu diesem Zeitpunkt auf diese Begrifflichkeiten näher einzugehen. Dies soll der besseren Verständlichkeit dienen.

### **2.3.1 Opiate-/Opioide**

Beide Begriffe werden häufig synonym verwendet (vgl. Müller/ Kirch, 2013: 2052). Die Substanzgruppe der Opioide löst pharmakologische Effekte ähnlich derer von Morphin aus

(vgl. Köhler, 2014: 266). Opioide können demnach euphorisierend, schmerzlindernd und betäubend wirken (vgl. Köhler, 2008: 34). Bei den Opioiden kann unterschieden werden zwischen natürlichen Opioiden (natürlichen Opiaten), halbsynthetischen, vollsynthetischen und endogenen Opioiden (vgl. Steinhilber/ Schubert-Zsilavec/ Roth, 2010: 180; Köhler, 2008: 25). Natürliche Opioide wie z.B. Morphin, werden aus Rohopium gewonnen, halbsynthetische Opioide, wie z.B. Buprenorphin, der Inhaltsstoff des Substitutionsmedikaments 'Subutex' ist, entstehen mittels chemischer Behandlung aus Opiaten (vgl. Köhler, 2008: 25f; Deutsches Ärzteblatt, 2001: o.S.) und vollsynthetische Opioide, wie z.B. Methadon, werden „ohne Rückgriff auf natürliche Opiate“ hergestellt (vgl. Köhler, 2014: 266; Wittchen/ Bühringer/ Rehm, o.J.: 7 ). Bei endogenen Opioiden, handelt es sich um „körpereigene Stoffe mit Morphinwirkung“ (vgl. Köhler, 2014: 266).

### **2.3.2 Opioid-/Opiatabhängigkeit**

Heroin fällt unter die Gruppe der halbsynthetischen Opioide, von daher kann im Zusammenhang mit Heroinabhängigkeit gleichzeitig auch von Opioidabhängigkeit gesprochen werden (vgl. Wittchen/ Bühringer/ Rehm, o.J.: 7 ), weshalb in dieser Arbeit meist der Begriff 'Opioidabhängigkeit' verwendet wird. Wenn es jedoch um die Verschreibung zur Substitution geht, ist gemäß dem Wortlaut des § 5 Abs.1 BtMVV ausschließlich von „Opiatabhängigkeit“ die Rede.

Opiatabhängigkeit wird als eine schwere chronisch verlaufende Krankheit betrachtet, die mit körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen einhergeht (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 1f.). Ob eine manifeste Opiatabhängigkeit vorliegt, wird anhand der International Classification of Diseases (ICD- 10) in der jeweils geltenden Fassung bestimmt (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 2 ). Wird eine manifeste Opiatabhängigkeit festgestellt, so muss eine Abwägung aller entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte gegenüber primär abstinenzorientierten Therapieformen erfolgen (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 2). Wenn sich die substitutionsgestützte Behandlung als erfolgversprechendere Form darstellt, dann gilt diese auch als „indiziert“, kann also eingesetzt werden (siehe ebenda: 2).

### **2.4 Die Substitutionsbehandlung**

Seit 1992 ist die Substitutionstherapie in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in Deutschland geregelt (vgl. Fachverband Drogen-und Suchthilfe e.V., 2012: 1). Die Substitutionsbehandlung besteht aus einem medizinischen Teil und zusätzlichen

psychosozialen Interventionsformen (vgl. Gerlach/ Stöver, 2014a: 97). Letztere werden insgesamt als sog. „psychosoziale Betreuung“ (PSB) bezeichnet (siehe ebenda: 97). Nachfolgend sollen im Einzelnen die Bestandteile der Substitutionsbehandlung dargestellt werden.

#### **2.4.1 Substitution**

Gemäß §5 Abs. 1 BtMVV handelt es sich bei der Substitution um die Anwendung eines „ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten“ (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 2). In der medizinischen Vergabe ist „der Arzt oder ggf. dessen Vertreter oder (wo rechtlich zulässig) der Apotheker oder von dem Arzt beauftragtes, entsprechend qualifiziertes Personal“ dafür zuständig, das Substitutionsmittel dem „Patienten zum unmittelbaren Gebrauch zu überlassen“ (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 10f.) . Meist wird mit Methadon, Levomethadon, Buprenorphin und Buprenorphin/Naloxon substituiert (vgl. Müller/ Kirch, 2013: 2053; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2014: 4). Darüber hinaus wird mit Dihydrocodein/ Codein und „unter besonderen Auflagen“ mit Diacetylmorphin (Heroin) substituiert (vgl. Müller/ Kirch, 2013: 2053; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2014: 4).

In Deutschland gibt es 77.500 gemeldete Substituierte (Stand: Juli 2014), wobei auf das Land Hessen 7.359 entfallen (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2015: 1, 5). Finanziert wird die Substitution über die Gesetzlichen Krankenkassenversicherungen, die Leistungsträger sind (vgl. Fachverband Drogen-und Suchthilfe e.V., 2012: 1). Ziel der Behandlung der Opiatabhängigkeit ist nach §5 Abs.1 Nr.1 BtMVV die „schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes“. Weiter geht es gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 BtMVV um „die Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung“ oder gemäß §5 Abs. 1 Nr. 3 BtMVV um „die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt“. Gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs - und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung wird als „oberstes Ziel“ der Behandlung die „Suchtmittelfreiheit“ genannt (einschließlich der Abstinenz vom Substitut an sich) (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014: 8; Wittchen/ Trautmann/ Träder, 2011: 254). Weiterhin werden als Ziele „ die Sicherung des Überlebens,

die Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel, die gesundheitliche Stabilisierung, die Behandlung von Begleiterkrankungen und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben“ formuliert (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 1).

#### **2.4.2 Psychosoziale Betreuung**

In Deutschland besteht die Substitutionsbehandlung im Gegensatz zu anderen Europäischen Staaten nicht nur aus einem medizinischen, sondern auch aus einem 'psychosozialen Teil' (vgl. Gerlach/ Stöver, 2009: 17). Da in der Regel angenommen wird, dass neben einer Opiatabhängigkeit auch psychische Erkrankungen und psychosoziale Problemlagen vorhanden sind, wird davon ausgegangen, dass es zusätzlich zur Substitution auch „psychosozialer Maßnahmen“ bedarf (vgl. Bundesärztekammer 2010: 3). Psychosoziale Maßnahmen werden gewöhnlich unter dem Begriff „psychosoziale Betreuung“ (PSB) zusammengefasst (vgl. Bundesärztekammer 2010: 4). Psychosoziale Betreuung findet meistens in Form von Einzelgesprächen durch Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen und Psychologen statt (vgl. Deimel/ Stöver, 2015: 21; Resig/ Stürmer/ Steiniger, 2014: 43). Da es bis heute aber keine einheitlichen Standards für die PSB gibt, die deren Inhalt und Umfang festlegen, ist es dazu gekommen, dass sich eine unterschiedliche Behandlungspraxis herausgebildet hat (vgl. Deimel/ Stöver, 2015: 27). Die Aufgaben der PSB in der Substitutionsbehandlung orientieren sich an den Zielen der Substitution (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2010: 3). Die Hilfe, die angeboten wird, passt sich an die Bedürfnisse, die Lebenswelten und die Ressourcen der Klienten an (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2010: 3f.). Oberstes Ziel der PSB für die betreuten Menschen ist nicht deren Abstinenz, sondern hauptsächlich deren „Rehabilitation“, „Integration“ und die Steigerung ihrer Lebensqualität (vgl. Schmid, 2009: 292). In der PSB geht es insgesamt um die psychische und soziale Stabilisierung der Person, daher ist auch die Rede von „psycho“ - „sozialer“ Betreuung (Deimel/ Stöver, 2015: 28).

Zur Frage, wann eine PSB zusätzlich zur Substitution erforderlich ist, heißt es in §5 Abs. 2 S. 2 BtMVV, dass ein Arzt ein Substitutionsmittel verschreiben darf, „wenn und solange die Behandlung (...) erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht“. Diese Definition formuliert zwar keine ausdrückliche Pflicht zur psychosozialen Betreuung, in der Praxis wird jedoch meist so verfahren, dass nur mit Nachweis einer PSB zu Lasten der Krankenversicherer substituiert wird (vgl. Michels, 2009: 40; Poehlke zit. nach Stöver/ Gerlach, 2010: 65). Die PSB wird

demnach regelmäßig einbezogen, bzw. nur in Ausnahmefällen wird auf diese verzichtet (vgl. Michels, 2009: 40). Diese in Deutschland gängige Praxis, die PSB verpflichtend einzubeziehen, weicht von den Empfehlungen der WHO zur psychosozialen Unterstützung ab, wonach diese nicht obligatorisch sein sollte („Psychosocially assisted pharmacological treatment should not be compulsory“) (vgl. World Health Organisation, 2009: xiv).

## **2.5 Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung**

An dieser Stelle soll anhand deutscher Studien auf die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung eingegangen werden, da sich bei der späteren Fragenkonstruktion, gemäß der Ausgangsfrage „ob alles, was wirkt, zufrieden stellt“ auch an der Wirksamkeit, bzw. den dahinterstehenden Zielen der Substitutionsbehandlung orientieren wurde.

### **2.5.1 Wirksamkeit der Substitution**

In Deutschland gibt es folgende Studien, die sich mit der Wirksamkeit der Substitution beschäftigt haben und zwar: die „COBRA-Studie“ (mit 2.694 Teilnehmern), die „PREMOS-Studie“ (mit 2.284 Teilnehmern) und das „Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung“ (sog. „Heroin-Studie“ mit 1.032 Teilnehmern) (vgl. Landsmann/ Luderer/ Mark, 2008: 1; Wittchen/ Trautmann/ Träder, 2011: 253; Bundesministerium für Gesundheit, 2006a: 1).

Die Ergebnisse der COBRA-Studie belegten, dass nach einem Jahr Substitution mit Buprenorphin oder Methadon die Mortalität bei den Substituierten relativ gering war (vgl. Langer/ Wittchen/ Bühringer, 2011: 208f.). Auch die PREMOS-Studie, (im Anschluss an die COBRA-Studie), die die langfristigen Effekte einer Substitutionsbehandlung untersuchte (in einem Zeitraum von bis zu 6 Jahren), bestätigte dieses Ergebnis, wobei Buprenorphinpatienten ein niedrigeres Mortalitätsrisiko gegenüber Methadonpatienten hatten (vgl. Soyka/ Träder/ Klotsche, 2011: 247). Bei beiden Studien wurde zudem bei den Substituierten die Reduktion des Konsums illegal gebrauchter Opiode festgestellt (vgl. Wittchen/ Rehm/ Götz, 2011: 288; Wittchen/ Bühringer/ Rehm, 2011: 237; Langer/ Wittchen/ Bühringer, 2011: 209). Es zeigte sich außerdem eine Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes bei der COBRA-Studie deutlich, bei der PREMOS-Studie leicht positiv verändert, allerdings in Bezug auf psychische Störungen bewies die COBRA-Studie mangelnde Effektivität der Behandlung und bei der PREMOS-Studie im Langzeitverlauf war auch hier nur eine leicht positiv veränderte psychiatrische Morbidität festzustellen (vgl.



Langer/ Wittchen/ Bühringer, 2011: 209; Wittchen/ Bühringer/ Rehm, 2011: 240).

Eine weitere deutsche Studie, die sich mit der Wirksamkeit von Substitution auseinandergesetzt hat und zwar speziell mit den Substitutionsmitteln Diamorphin (Heroin) und Methadon, ist die sog. 'Heroin- Studie' (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006a: 1). Generell ließ sich feststellen, dass die diamorphingestützte Behandlung der methadongestützten Behandlung überlegen war (vgl. Verthein/ Kuhn/ Haasen, 2008: 10). Es zeigte sich bei den Substituierten eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes und eine Reduktion des Konsums illegaler Drogen, insbesondere des Straßenheroins (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006a: 2; Bundesministerium für Gesundheit, 2006b: 2; Verthein/ Kuhn/ Haasen, 2008: 45f. ). Auch die soziale Situation, sowie die Wohn- und Arbeitssituation haben sich längerfristig gesehen bei den Substituierten verbessert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006b: 2 ).

Die vorgenannten Studien erweisen die Substitution als eine wirksame Behandlung in Bezug auf die Reduktion des Opiatkonsums, der Mortalität und der Steigerung der physischen und sozialen Stabilität. Allerdings sei hierbei darauf verwiesen, dass die belegte Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung sich nicht isoliert auf die medizinische Vergabe beschränkt, sondern jeweils in Verbindung mit psychosozialen Maßnahmen erforscht wurde. Was die isolierte Wirksamkeit nur des Teilaspekts der medizinischen Vergabe, d.h. die pharmazeutische Behandlung als alleinige Behandlung betrifft, so kann deren Wert darin gesehen werden, dass durch die Vergabe des Substitutionsmittels Entzugserscheinungen verhindert werden können (vgl. Gerlach/ Stöver, 2009: 17). Somit kann eine Distanzierung von der Drogenszene zumindest erleichtert und illegaler Drogenkonsum möglicherweise eingeschränkt und mithin eine nachfolgende gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung möglich werden (siehe ebenda: 18).

### **2.5.2 Wirksamkeit der PSB anhand deutscher Studien**

Forscher und Praktiker teilen die Meinung, „dass psychosoziale Angebote als Ergänzung zur Substitution sinnvoll und nötig sind und dass sie für die jeweiligen Behandlungsverläufe und Prozesse sozialer Integration von Vorteil sein können“ (vgl. Michels, 2009: 38). Doch wie steht es um den Nachweis der Wirksamkeit der PSB?

Die deutsche PREMOS -Studie versuchte neben der bereits aufgeführten Wirksamkeit des

Substituts, die Wirksamkeit speziell der PSB zu untersuchen, um herauszufinden, ob sich je nach Intensität der PSB Behandlungsunterschiede in Bezug auf das Ergebnis der Substitution feststellen lassen (vgl. Wittchen/ Träder/ Klotsche, 2011: 258). Es ergaben sich aber insgesamt keine bedeutsamen Unterschiede, die darauf hindeuteten, dass eine hohe Inanspruchnahme der PSB mit einem besseren Outcome (besseren Ergebnissen) verbunden ist (vgl. Wittchen/ Bühringer/ Rehm, o.J.: 85). Es wurde lediglich beobachtet, dass Substituierte mit einem instabilen Verlauf auch diejenigen waren, die vermehrt PSB -Maßnahmen erhielten (siehe ebenda: 258). Generell zeigte sich zudem, dass sich der Stellenwert der PSB im Langzeitverlauf veränderte (vgl. Wittchen/ Bühringer/ Rehm, o.J.: 85). PSB wurde, weil sie von den Ärzten vermutlich als immer weniger notwendig erachtet wurde, von den Substituierten auch dementsprechend immer weniger in Anspruch genommen (vgl. Wittchen/ Bühringer/ Rehm, o.J.: 85).

Eine weitere bereits aufgeführte Studie, die sog. Heroinstudie, untersuchte zudem die Wirksamkeit der PSB anhand von zwei Methoden, nämlich a) Case Management mit Motivational Interviewing und b) Drogenberatung mit Psychoedukation (vgl. Verthein/ Kuhn/ Haasen, 2008: 5). Bei den mit Case Management und Motivierender Gesprächsführung betreuten Klienten war die Behandlungszufriedenheit etwas höher (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006b: 2). Demgegenüber erzielte die Form der psychosozialen Betreuung mit Drogenberatung und Psychoedukation (nach dem Verlauf von 24 Monaten betrachtet) größere Behandlungserfolge (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006b: 2). Da die PSB in dieser Studie keine Pflicht darstellte, gab es auch einige Substituierte, die diese nicht in Anspruch nahmen (ca. 20%) (Deimel, 2013: 90f.). Im Vergleich aber zu den Substituierten, die eine PSB erhielten, zeigten deren Nutzer günstigere Behandlungsergebnisse als die nicht-Nutzer (vgl. Gerlach/ Stöver, 2014b: o.S. ; Deimel, 2013: 91).

Auf kommunaler Ebene gibt es noch einige Studien, diese waren aber von nur begrenzter Aussagekraft zur PSB, hatten zudem eine geringe Teilnehmerzahl, so dass hier auf deren Aufführung verzichtet wurde (vgl. Deimel/ Stöver, 2015: 34). Aufgrund der heterogenen Anwendung von PSB, weil es keine klar definierten Ziele gibt, sind Vergleiche schwierig, so dass zum momentanen Zeitpunkt insgesamt von einem schwachen Wirksamkeitsnachweis die Rede sein kann (siehe ebenda: 34). Es ist vor allem noch unklar, welche konkreten Maßnahmen zu welchem Behandlungszeitpunkt angebracht und wirksam sind, was ein weiterer Grund war, eine Zufriedenheitsbefragung durchzuführen (vgl. Bühringer/ Wittchen

zit. nach Gerlach/ Stöver, 2009: 22).

### **3 Klientenzufriedenheit**

Dieses Kapitel dient der Erklärung verschiedener Begriffe, die im Kontext der Klientenzufriedenheit relevant sind. Hier soll das Konstrukt der Klientenzufriedenheit anhand des Konzeptes zur Patienten-/ bzw. Kundenzufriedenheit dargestellt werden sowie Studien aus dem deutschen Raum zur Zufriedenheit in der Substitutionsbehandlung.

#### **3.1 Patient oder Klient?**

Im Kontext der Substitutionsbehandlung ist in der medizinischen Vergabe die Rede von opioidabhängigen Substituieren als Patienten, wobei in der psychosozialen Betreuung diese als Klienten bezeichnet werden. Die nachfolgenden Überlegungen dienen der Begründung für die Bevorzugung der begrifflichen Variante Klient und dementsprechend Klientenzufriedenheit.

##### **3.1.1 Der Begriff des Patienten**

Der Begriff Patient bezeichnet im alltäglichen Sprachgebrauch eine sich in ärztlicher (oder ähnlicher) Behandlung/ Betreuung befindende Person (vgl. Bibliographisches Institut, 2014: o.S ). Patienten sind demnach die Adressaten des Arztes, weswegen auch innerhalb der Beziehung Opioidabhängiger und Substitutionsarzt dieser Begriff gebräuchlich ist und damit begründet werden kann, dass Drogenabhängigkeit „eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit“ darstellt (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, 2010: 16).

Über viele Jahre wurde der Patient mit dem Bild eines Menschen in Verbindung gebracht, der sich vom Arzt als „Experten“ heilen und dabei bevormunden ließ (vgl. Samerski, 2014: 64; Knieschewski, 2013: 564). Nur Experten waren in der Lage zu „diagnostizieren“ und zu „behandeln“, Patienten waren demgegenüber „passive Empfänger von Pflege und Versorgung“ (vgl. Reichardt/ Gastmeier, 2013: 157). Inzwischen ist es zu einer Stärkung der Patientenrechte und zu einer entsprechenden Rollenveränderung gekommen (siehe ebenda: 157). Es ist auch vermehrt die Rede von Selbstbestimmung und Mitwirkung der Patienten an Entscheidungen des Arztes/ der Mitarbeiter im Gesundheitswesen (vgl. Klotter, 2014: 125; Reichardt/ Gastmeier, 2013: 157). Die Praxis zeigt dennoch, dass Patienten zum einen immer noch unzufrieden sind, gerade wenn es z.B. um die Frage der Einbeziehung ihrer Meinung in Entscheidungen des Arztes geht (vgl. Techniker Krankenkasse, 2010: 2, 28), mithin scheint, dass eine Asymmetrie dieses Verhältnisses noch lange nicht beseitigt ist.

Weiterhin wird Menschen zwar vermehrt Autonomie zugestanden, jedoch ist diese Autonomie ebenso fragwürdig, da diese ihrerseits Regulierungen, wie z.B. dem 'Zwang' zu gesundheitsfördernden Verhalten unterworfen ist (vgl. Klotter, 2014: 125). Wer und was genau als 'gesund' oder 'krank' gilt, wird von bestimmten Gesellschaftsschichten bestimmt, die die Definitionsmacht besitzen (vgl. Klotter, 2014: 122). Drogengebrauchende Menschen werden in einem so ausgerichteten Gesundheitssystem gemäß ICD-10 mit der Diagnose 'psychisch/ verhaltensgestört' belegt (vgl. Dilling/ Freyberger, 2014: 61f.). Von daher ist der Begriff 'Patient', der vor dem Hintergrund des derzeitigen Gesundheitssystems und dessen Auswirkungen interpretiert werden muss, meiner Ansicht nach auch weiterhin mit einer gewissen Bevormundung, aber auch Pathologisierung verbunden.

In der Sozialen Arbeit lässt die Sichtweise ihrer Adressaten als „Patienten“ den Eindruck entstehen, es handele sich hier um Menschen, „deren Probleme diagnostizierbar und „behandelbar“, bzw. „prognostizierbar“ sind (vgl. Knieschewski, 2013: 564). Es ist aber nicht nachgewiesen, dass menschliches Verhalten unter Verwendung bestimmter Methoden „planmäßig“ und „kausal“ verändert werden kann (vgl. INDRO 2003: o.S.). Einer Vorstellung des Adressaten der Sozialen Arbeit als Patient steht ferner auch entgegen, dass Menschen in erster Linie „Experten für sich selbst“ sind (vgl. Blumberg, 2014: 105). Gemäß den Leitlinien der drogenakzeptierenden Arbeit gelten auch Drogengebraucher als „mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen“ (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 13).

Aufgrund des vorher Gesagten erscheint mir der Begriff „Patient“ für eine wertneutrale und generelle Verwendung insgesamt ungeeignet, weshalb ich mich entschlossen habe, diese Begriffsvariante, jedenfalls so weit wie möglich zu umgehen.

### **3.1.2 Der Begriff des Klienten**

Die klassische Bezeichnung für Adressaten der Sozialen Arbeit ist der Begriff Klient, der sich aus dem Lateinischen „cliens“ (= „der Hörige“, „der Abhängige“) ableitet (vgl. Van den Boogaart/ Rosenhagen, 2000: 386). Grundsätzlich ist zu unterscheiden: der Begriff Klient, der auch in den konzeptionellen Überlegungen der akzeptierenden Drogenarbeit von zentralem Stellenwert ist, bezeichnet zunächst einmal die drogenkonsumierenden Menschen selbst als auch deren nahes soziales Umfeld (z.B. Eltern, Freunde), die ggf. eine Drogenhilfeeinrichtung aufsuchen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 8 ).

Die Bezeichnung Klient gibt zu verstehen, dass es sich hier um eine „besondere Beziehung“ handelt (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 8). Was an diesem Begriff häufig kritisiert wird, ist dass „implizit eine Subjekt -Objekt -Beziehung von Helfer und hilfebedürftigem“, „defizitären Hilfesuchenden“ enthalten ist, der sich nicht in gleicher Stellung mit dem Helfer befindet, der als „Experte“ betrachtet wird (vgl. Van den Boogaart/ Rosenhagen 2000: 386; Pfaffenberger, 1980: 177). Dieses Argument kann jedoch dadurch entkräftet werden, dass in der Sozialen Arbeit Menschen aus konstruktivistischer Sicht als „Experten für sich selbst betrachtet werden“ (vgl. Blumberg, 2014: 105). Ihnen obliegt „die Deutung über ihre Lebenswirklichkeit“ (siehe ebenda: 105). Auch gilt in der akzeptanzorientierten Drogenhilfe der Grundsatz der Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2010: 1). Orientierung an deren Bedürfnissen bedeutet nicht, dass alle Wünsche der Klienten zu erfüllen sind, vielmehr werden Klienten dazu veranlasst, insbesondere mit dem Sozialarbeiter auszuhandeln, was innerhalb des jeweiligen Rahmens möglich ist und den Bedarf des Klienten ausreichend deckt (vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., o.J.a: 7). Bei einem solchen Aushandlungsprozess geht es hauptsächlich darum, Hilfsmaßnahmen gemeinsam zu vereinbaren und anschließend umzusetzen und Klienten, die grundsätzlich als mündige Menschen betrachtet werden, verstärkt zu eigenem Handeln zu befähigen. Soziale Arbeit ist also nach diesem Verständnis „anbietend, beratend, unterstützend und aktivierend“ (vgl. Winkler, 2006 zit. nach Lutz, 2008: o.S.), sie unterstützt insofern bei der Realisierung der Klienteninteressen und ist nicht, wie oben angesprochen, zwangsweise mit Bevormundung verbunden.

Auf Grund der vorgenannten Erwägungen habe ich mich für die Verwendung des Begriffes Klient und demnach 'Klientenzufriedenheit' entschieden.

### **3.2 Allgemeines zur Patientenzufriedenheit**

Trotz der Bevorzugung der Begriffsvariante Klient aus sozialarbeiterischer Sicht, wird im Zusammenhang mit Zufriedenheitsstudien im Rahmen der Substitutionsbehandlung durchweg auf das Konstrukt der Patientenzufriedenheit, (in Anlehnung an das Konzept der Kundenzufriedenheit) zurückgegriffen, da die Substitutionsbehandlung auch eine medizinische Versorgungsleistung enthält (die durch Krankenkassen finanziert wird), substituierte Opioidabhängige hier aus Sicht der Ärzte unter die Definition des „Patienten“ fallen.

Patientenzufriedenheit ist ein Begriff, der im Englischen mit 'patient satisfaction' umschrieben

wird (vgl. Thomsen, 2014: 1159). Gemeint ist damit, die Zufriedenheit von Patienten mit der von ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Versorgungsleistungen (siehe ebenda: 1159).

Im Laufe der Jahre hat die Patientenzufriedenheit (aufgrund des Wandels der Patientenrolle und des zunehmenden Wettbewerbsdrucks im Gesundheitswesen) immer mehr an Bedeutung gewonnen (vgl. Braun/ Kreimeier/ Greiner, 2010: 107). Oft wird die Zufriedenheit der Patienten sogar als Kriterium für den Erfolg einer Behandlung herangezogen (siehe ebenda: 107). Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit im Rahmen des Qualitätsmanagements gibt es mittlerweile in verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung (vgl. Thomsen, 2014: 1159). Trotz der Verbreitung von Patientenzufriedenheitsbefragungen „bestehen grundlegende theoretische Defizite“ (vgl. Thomsen, 2014: 1159). „Patientenzufriedenheit ist kein einheitliches wissenschaftliches Konstrukt“ (vgl. Thomsen, 2014: 1159). Es gibt zudem verschiedene Einflussfaktoren, die unabhängig von der jeweiligen Gestaltung der Leistung mit der Zufriedenheit in Zusammenhang stehen (vgl. Pawils/ Trojan/ Nickel, 2012: 1184). Zwecks besseren Verständnisses ist hier ein Abriss in die theoretischen Grundlagen der Kundenzufriedenheit sinnvoll, da das gängigste Konzept zur Erklärung der Patientenzufriedenheit das sog. 'Diskrepanzmodell' (oder anders 'Confirmation-Disconfirmation-Modell') ist, das nachfolgend dargestellt wird (vgl. Mehmet, 2010 zit. n. Dampz/ Falcato/ Beck, 2012: 9)

### **3.3 Patientenzufriedenheit als Kundenzufriedenheit**

Hier wird vorab der Begriff Kunde, bzw. dessen Anwendung auf die Patienten /Klienten der Substitutionsbehandlung problematisiert, da er als Begriff in der „Kundenzufriedenheit“ mitenthalten ist. Anschließend soll Zufriedenheit am sog. 'Confirmation-Disconfirmation-Modell' dargestellt werden, wobei diesbezüglich auch auf Verhaltenstheorien eingegangen wird.

#### **3.3.1 Der Begriff Kunde**

Der Begriff Kunde hat mehrere Facetten: Kunden können bspw. Einzelpersonen sein, sie können aber auch private oder öffentliche Unternehmen, somit auch Organisationseinheiten sein (vgl. Bauer, 2001: 121). Mit dem Begriff wird der Käufer eines Produkts oder Dienstleistung und das Zahlen erbrachter Leistungen assoziiert (vgl. Von Rosenstiel/ Neumann, 2004: 2; Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 1999: 8). Mithin wird eine ökonomische Beziehung impliziert (vgl. Bauer, 2001: 124).

In letzter Zeit, im Zuge der Ökonomisierung der Medizin und der Sozialen Arbeit, wird der Begriff „Kunde“ auch in diesen Bereichen häufig verwendet (vgl. Becker, 2005: 4; Knieschewski, 2013: 563f.). Der „Kundenbegriff“ wird dabei mit „Marketing“ in Verbindung gebracht (vgl. Hermann/ Homburg, 1998: 19). Im Marketing geht es darum, den „Kunden“ so von einer Leistung zu überzeugen, dass er sie wieder in Anspruch nimmt, sog. „Kundenbindung“ (vgl. Von Rosenstiel/ Neumann, 2004: 24). Es sind zum größten Teil finanzielle Anreize, die das Bemühen um „Kundenzufriedenheit“ rechtfertigen (vgl. Von Rosenstiel/ Neumann, 2004: 25). In der Substitution dagegen, ist nach § 5 Abs. 1 Satz 1 BtMVV Ziel der Leistung die „schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz“ bei der opiatabhängigen Person. Wenn das Endziel Abstinenz erreicht ist, besteht auch kein Bedarf mehr für die Person, die Leistung weiter in Anspruch zu nehmen. Es steht hier also gerade nicht die finanzielle Absicht im Vordergrund, die Menschen für möglichst lange an die Substitution als Leistung einer bestimmten Einrichtung zu binden. Ganz im Gegenteil, schon aus berufsethischen Gründen darf ein Sozialarbeiter seine Stellung, mithin auch die Beziehung zum Leistungsempfänger nicht dazu ausnutzen, um einen persönlichen Nutzen oder Gewinn daraus zu ziehen (vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, o.J.b: 2). Was den Teil der psychosozialen Betreuung speziell betrifft, so geht es in der Sozialen Arbeit zudem darum, die Menschen zur Selbsthilfe zu befähigen, um sie in die Lage zu versetzen, gerade „unabhängig von externer und staatlicher Hilfe“ ihr Leben zu führen (vgl. Galuske, 2011: 59). Weiterhin sind im Gegensatz zu der Vorstellung des „Kundenbegriffes“ die Menschen, die von der Dienstleistung der Substitution Gebrauch machen, grundsätzlich keine Selbstzahler (vgl. Ballweg/ Götsch-Ulmer/ Jackl, o.J.: 5; Knieschewski, 2013: 564). Sie sind unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Stellung mit Würde und Respekt zu behandeln (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2005: 4).

Aus den vorgenannten Erwägungen (vor allem aus berufsethischen Gründen) habe ich mich im Titel und auch zum Teil im Inhalt dieser Arbeit von der Anwendung des 'Kundenbegriffs' auf Substituierte Opioidabhängige distanziert. Allerdings wird hiervon eine Ausnahme im Zusammenhang mit der Kundenzufriedenheit gemacht, was nachfolgend auch erklärt wird.

### **3.3.2 Kundenzufriedenheit**

Das Konzept der Kundenzufriedenheit, hat in der Theorie und Praxis des Marketing immer mehr an Bedeutung gewonnen (vgl. Hermann/ Homburg, 1998: 35). Mit dem Begriff werden unternehmerische Tätigkeiten, darüber hinaus u.a. auch die Möglichkeit sich zu beschweren

in Verbindung gebracht (vgl. Baerden/Teel, 1983 zit. n. Hermann/ Homburg, 1998: 35). Im Bereich des Marketings ist es für Einrichtungen wichtig, die Zufriedenheit oder ggf. die Unzufriedenheit der Kunden zu ermitteln, sowie die Auslöser dafür, denn das Maß der Zufriedenheit beeinflusst schließlich auch das Kaufverhalten der Kunden (vgl. Hermann/ Homburg, 1998: 35). Auch wenn es im vorliegenden Kontext nicht um den Kauf einer Ware oder Leistung geht, welche die Klienten nicht einmal selbst zahlen, so ist die Situation doch ähnlich. Die beiden Einrichtungen (Malteser und idh), die Angebote im Rahmen der Substitutionsbehandlung bereitstellen, konzentrieren ihr Interesse auf die Klienten, auch sie wollen diese zufrieden stellen. Klienten sind demnach von gleicher Wichtigkeit wie Kunden für andere Einrichtungen. Insofern scheint eine analoge Anwendung des Kundenbegriffs auf Klienten, bzw. eine Anwendung des Konzeptes Kundenzufriedenheit auf Klienten/- und Patientenzufriedenheit zumindest in Teilaspekten möglich und sinnvoll.

### **3.3.2.1 Confirmation/ Disconfirmation Paradigma zur Messung von Kundenzufriedenheit**

Nach dem Confirmation/ Disconfirmation Paradigma (C/D Paradigma), dem am häufigsten verwendeten Ansatz in der theoretischen Diskussion um Kundenzufriedenheit, geht es um einen „Vergleich der tatsächlichen Erfahrungen bei der Produktnutzung (Ist-Leistung) mit einem bestimmten Vergleichsstandard des Kunden (Soll-Leistung)“ (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 33; Hermann/ Homburg, 1998: 38). Die Ist-Komponente stellt die wahrgenommene Erfahrung mit der Leistung dar, wobei zwischen objektiver und subjektiver Leistungswahrnehmung unterschieden werden kann (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 37). Die objektive Leistungswahrnehmung bezieht sich auf Leistungskriterien, die für alle Kunden gleich wahrnehmbar sind, wie z.B. technische Parameter, während die subjektive Leistungswahrnehmung, die für den Vergleichsprozess maßgebend ist, unterschiedlich ausfällt, da die Leistungskriterien von den jeweiligen Kunden unterschiedlich beurteilt werden (siehe ebenda: 37).

Der Vergleichsstandard, die sog. Soll-Komponente, besteht aus der Gesamtheit an Erwartungen, Vorstellungen sowie Erfahrungen des Kunden mit Produktleistungen, wobei diese neben Erfahrungen mit dem gleichen Produkt, ggf. auch die Erfahrung mit ähnlichen Produkten oder mit anderen Produkten der gleichen Kategorie beinhalten kann (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 35; Hermann/ Homburg, 1998: 40). Neben den Erfahrungen mit einem Produkt, kann es sich ebenso um eine Erfahrung mit einer Dienst- oder



Unternehmensleistung handeln (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 35). Gegenstand des Erfahrungsvergleichs kann die Qualität, Beratung, Garantie, Service oder der Preis sein (siehe ebenda: 35). Erwartungen als Soll-Komponente werden dabei durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Dies können persönliche Bedürfnisse und bisherige Erfahrungen sein oder entstandene Erwartungen durch unmittelbare Kommunikation von Leistungsmerkmalen (z.B. über öffentliche Medien, wie Werbung) (siehe ebenda: 35). Auch durch den direkten Kontakt mit dem Anbieter und durch mittelbare Kommunikation (z.B. über Mund - zu - Mund-Propaganda) können Erwartungen entstehen/ beeinflusst werden (siehe ebenda: 35). Diese Erwartungsfaktoren können wiederum unterschiedlich ausgeprägt sein, je nachdem, ob von einer Idealvorstellung, d.h. einem optimalen, bestmöglichen Leistungsniveau, einer Realvorstellung („einer auf realistischen Erfahrungen und Einschätzungen beruhenden realistischen Leistung“), oder einer gerade noch tolerierbaren Leistung ausgegangen wird (siehe ebenda: 36).

Wenn die wahrgenommene Produktleistung (Ist-Leistung, z.B. die Leistung eines Produkts oder einer Dienstleistung) dem zugrundeliegenden Vergleichsstandard entspricht, so wird Confirmation (Bestätigung) angenommen, woraus die Zufriedenheit des Kunden resultiert (vgl. Hermann/ Homburg, 1998: 38). Sollte der Fall eintreten, dass die Ist-Leistung die Soll-Leistung übertrifft, dann ist die Rede von 'positiver Diskonfirmation', woraus sich ebenfalls Zufriedenheit ergibt (siehe ebenda: 38). Wenn jedoch eine zu geringe Ist-Leistung, im Vergleich zur Soll-Leistung vorliegt, dann handelt es sich um negative Diskonfirmation, was zu Unzufriedenheit führt (siehe ebenda: 38).

### **3.3.2.2 Verhaltenstheorien mit Bezug zum C/D Paradigma**

Da Klienten-/Patientenzufriedenheit in einem „subjektiven, notwendigerweise selektiven kognitiven Prozess“ entsteht, können sich gewisse Wahrnehmungsverzerrungen einstellen, was bei der Interpretation von Zufriedenheit mitberücksichtigt werden muss (vgl. Dampz/ Falcato/ Beck, 2012: 9). Wahrnehmungsverzerrungen können damit erklärt werden, dass der Soll-Ist-Vergleich „eine mehr oder minder bewusste Entscheidung ist“, die auch wieder an Voraussetzungen gebunden ist (vgl. Dampz/ Falcato/ Beck, 2012: 9).

Nach der sog. 'Assimilationstheorie', kann es vorkommen, dass Kunden ihre Wahrnehmung nachträglich so korrigieren, dass sie diese weitgehend ihrem Erwartungsniveau anpassen (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 38). Grundlage hierfür ist die Annahme, dass Menschen nach einem

„kognitiven Gleichgewicht“ streben, das dann vorliegt, wenn die Erwartungen durch die wahrgenommene Leistung erfüllt werden (siehe ebenda: 38). Wahrgenommene Abweichungen werden nachträglich an die Erwartungen (positive sowie negative) angepasst, die vor dem Kauf eines Produktes oder der Inanspruchnahme einer Dienstleistung vorhanden waren (siehe ebenda: 38).

Nach der sog. 'Kontrasttheorie' neigen wiederum einige Kunden dazu, die wahrgenommene Diskrepanz überzubewerten, anstatt (wie es im Falle der 'Assimilationstheorie' ist) sie einfach an ihre vorherigen Erwartungen anzupassen (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 38f.). Sofern die objektiv erbrachte Leistung die Erwartungen eines Kunden übertrifft, wird die Leistung hier als besser wahrgenommen und zwar besser, als sie tatsächlich ist (siehe ebenda: 39). Dies führt zu Zufriedenheit (siehe ebenda: 39). Umgekehrt, eine objektiv erbrachte Leistung, die geringer ist als die Erwartungen, führt zu einer schlechteren Bewertung als sie tatsächlich ist, d.h. sie löst „ausgeprägte Unzufriedenheit“ aus (siehe ebenda: 39).

Die sog. 'Assimilations-Kontrasttheorie' ist hingegen eine Zusammensetzung der vorgenannten Theorien (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 39). Die Größe der wahrgenommenen Soll- und Ist-Leistung, d.h. der Grad der Abweichung zwischen erwarteter und wahrgenommener Leistung (ob große oder kleine Übereinstimmung) spielt hier eine Rolle und entscheidet darüber, welche Theorie jeweils zum Tragen kommt (siehe ebenda: 39). Bei nur geringer Abweichung von den Erwartungen, gleicht der Kunde seine Wahrnehmungen nachträglich an sein ursprüngliches Erwartungsniveau an (Assimilationseffekt) (siehe ebenda: 39). Zeigt sich, dass bspw. die Erwartungen nur geringfügig höher als die wahrgenommene Leistung waren, führt das dennoch zu einer insgesamt positiven Bewertung der Produktleistung und Zufriedenheit (siehe ebenda: 39). Wenn aber die Diskrepanz zwischen Soll und Ist sehr ausgeprägt ist, dann führen die zu hohen Erwartungen, bei gleichzeitig niedrig wahrgenommener Leistung, zu verstärkter Unzufriedenheit, umgekehrt bei Leistungsübererfüllung zu verstärkter Zufriedenheit (siehe ebenda: 39).

Zusammengefasst ist Kundenzufriedenheit das „Ergebnis eines komplexen psychischen Vergleichsprozesses“, wobei der Kunde nach dem Gebrauch einer Ware oder Dienstleistung durch Soll-Ist-Vergleiche zu einem Qualitätsurteil gelangt, das bei Bestätigen oder Übertreffen der Soll-Leistung sodann zur Zufriedenheit führt (Hunt, 1977 zit. n. Hermann/ Homburg, 1998: 44).

### **3.3.3.3 C/D Paradigma in Bezug auf die Substitutionsbehandlung**

Um hier wieder den Bezug zum vorliegenden Kontext herzustellen: Klienten-/Patientenzufriedenheit kann unter den Substituierten dann erwartet werden, wenn nach Inanspruchnahme der jeweiligen Leistung (entweder der Vergabe oder der psychosozialen Betreuung) im Soll-Ist-Vergleich die Erwartungen entweder bestätigt oder übertroffen werden und sich daraufhin ein entsprechendes Zufriedenheitsurteil bildet. Umgekehrt, wenn die Erwartungen, sei es nun in der medizinischen Vergabe oder PSB, mit der wahrgenommenen Leistung je nach individuell tolerierten Ausmaß nicht übereinstimmen, dann kommt es zu einem entsprechenden Unzufriedenheitsurteil. Auch für den Fall, dass es sich um Klienten ohne Vorerfahrung in der Substitutionsbehandlung handelt, kann davon ausgegangen werden, dass Erwartungen vorhanden sind und hier jeweils ein entsprechender kognitiver Vergleich angestellt wird.

Die Substitutionsbehandlung kann natürlich nicht wörtlich als Produkt mit Attributen gesehen werden, auf das sich Erwartungen beziehen, aber im übertragenen Sinn kann sie als Dienstleistung mit einzelnen Qualitätsmerkmalen betrachtet werden, auf die sich jeweils Erwartungen beziehen können. Das muss jedoch nicht heißen, dass Zufriedenheit und Qualität identisch sind (vgl. Dampz/ Falcato/ Beck, 2012: 10). Denkbar ist, dass z.B. Substitution und PSB von hoher Qualität sind, aber dennoch niedrige Zufriedenheitswerte feststellbar sind. Im umgekehrten Fall kann es vorkommen, dass trotz Vorliegen niedriger Qualität eine hohe Zufriedenheit erreicht werden kann. Aus diesem Grund soll nicht untersucht werden, was objektive Qualität der Substitutionsbehandlung bedeutet, sondern die Darlegungen im Rahmen dieser Arbeit werden sich lediglich auf die subjektive Zufriedenheit, somit ein subjektives Qualitätsurteil beziehen.

## **3.4 Wichtigkeit der Zufriedenheitserhebung in der Substitutionsbehandlung**

Die Zufriedenheitserhebung kann grundsätzlich in unterschiedlicher Hinsicht von Wichtigkeit sein. Abgesehen von der Bedeutung für die Klienten, ist die Befragung auch für die daran teilnehmenden Einrichtungen von Wichtigkeit, was hier erläutert werden soll.

### **3.4.1 Wichtigkeit der Klientenzufriedenheitsbefragung für die Klienten**

Nach dem Ergebnis einiger Studien scheint es eine Assoziation zwischen Klientenzufriedenheit und der besseren Haltequote der Klienten in einer

Substitutionsbehandlung zu geben (vgl. Kelly/ O’Grady/ Brown, 2010: 1, 4f.; Marchand/ Oviedo-Joekes/ Guh, 2011: 6). Es scheint plausibel, dass Zufriedenheit in einer Behandlung zu verstärktem Engagement führt, das wiederum eine positive Verhaltensänderung hervorgerufen kann, mehr Zufriedenheit und zu weiteren Veränderungen führen kann (Kelly/ O’Grady/ Brown, 2010: 4). Damit aber Zufriedenheit überhaupt erst entstehen kann, ist es wichtig, dass die jeweilige Einrichtung (in meinen Fall: Malteser und idh) sich den Bedürfnissen ihrer Klienten bewusst ist und auf diese soweit wie möglich eingeht (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 16). Eine Zufriedenheitsbefragung gibt Klienten die Möglichkeit, Lob und Kritik zu äußern (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999: 16; Schilgen/ Schmitz/ Hofmacher, 2014: 22). Aus dem Handbuch zum Qualitätsmanagement der Malteser Werke geht hervor, dass der Impuls für eine neue/ geänderte Dienstleistung „in der Regel durch Anforderungen der (..) Klienten, aus der systematischen Überprüfung der eigenen Angebote“ erfolgt (siehe ebenda: 17).

### **3.4.2 Wichtigkeit der Befragung für die Einrichtungen**

Die Malteser Werke und die idh, sind beide Einrichtungen, die auf dem gemeinnützigen Sektor, im sog. 'Non-Profit-Bereich' tätig sind. Als gemeinnützige Unternehmen dienen sie dem Gemeinwohl, sie sind damit auf Inanspruchnahme angewiesen und werden zu einem gewissen, nicht unerheblichen Anteil aus staatlichen Zuschüssen und Spenden finanziert (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2013: 17). Aus dem Handbuch zu Qualitätsmanagement der Malteser Werke geht hervor, dass sie „als sozialer Wettbewerber (..) in Konkurrenz auch zu privaten Anbietern ihre Dienstleistung wirtschaftlich und auf die Anforderungen der Auftraggeber zugeschnitten erbringen“ müssen (vgl. Schilgen/ Schmitz/ Hofmacher, 2014: 6). Eine Orientierung einerseits an den Auftraggebern, andererseits an den Klienten (im Zusammenhang mit dem angesprochenen Wettbewerb), ist Bestandteil des Leitens und Lenkens einer Organisation im Hinblick auf die Qualität, mithin Bestandteil des Qualitätsmanagements der jeweiligen Einrichtung.

Damit sich eine Einrichtung von anderen hervorhebt, ist es wichtig, ihre Adressaten soweit wie möglich zufrieden zu stellen. Es ist bekannt, dass zufriedene Kunden bspw. als Werbeträger für die Einrichtung fungieren können (vgl. Homburg/ Rudolph, 1998: 55). Wenn zufriedene Klienten für die Einrichtung Werbung machen, bedeutet das, dass Klienten, die noch unentschlossen sind, an welchen Anbieter sie sich richten sollen, möglicherweise eher dahingehen, wo es ihnen empfohlen wurde. Je mehr Empfehlungen, desto eher ist die

Einrichtung in ihrer Existenz gesichert.

Weiterhin ist auch aus Forschungen zur Patientenzufriedenheit bekannt, dass zufriedene Patienten nicht so häufig zwischen verschiedenen Dienstleistern wechseln und auch eine bessere 'Compliance', d.h. Therapietreue aufweisen (vgl. Wettach, 2005: 5f.; Aharony/Strasser, 1993 zit. n. Wettach, 2005: 5). Für die Einrichtungen selbst spielt dabei auch eine Rolle, dass die Substitutionsbehandlung nicht deshalb abgebrochen wird, weil es einen anderen Anbieter etwa, mit mehr Entgegenkommen in den Bedürfnissen und Wünschen der Klienten gibt.

Da die Einrichtungen, wie oben schon beschrieben, auf die entsprechende Angebotsnachfrage angewiesen sind, ist eine entsprechende Zufriedenstellung der Klienten zumindest auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wichtig und im Einrichtungsinteresse. Diese Bedeutung ist zudem aus verschiedenen Gründen, wie z.B. verschärften Wettbewerbsbedingungen, aber auch stärkerem Anspruchsdenken, höherer Informiertheit und Kritikbereitschaft von Kunden in den letzten Jahren zunehmend angestiegen (vgl. Beckmann/ Richter, 2005: 133f.).

Um hier aber auch die Einrichtung selbst zu Wort kommen zu lassen, wird hier noch die Stellungnahme von Herrn Kreft, Verwaltungsleiter der Malteser Schielestraße hinzugefügt, der sich folgendermaßen äußerte: „Zunächst erstmal ist es für uns wichtig, die Kundenzufriedenheit zu erfahren, um heraus zu finden, ob unser Angebot noch zeitgemäß und wirkungsvoll ist. Weiterhin möchten wir gerne wissen, wie unser Stand auf dem Markt ist, ob wir uns von Mitbewerbern abheben, ob es ein Merkmal gibt, was uns als Malteser besonders hervorhebt. Kundenzufriedenheit ist im Social Marketing eine wichtige Komponente, um adäquat auf Veränderungen reagieren zu können. Eventuell kristallisieren sich neue Beschäftigungsfelder heraus, andere Angebote müssen angepasst werden. Aus diesem Grunde und um die Akzeptanz und die Attraktivität des Eastside zu steigern, interessieren uns die Ergebnisse.“

### **3.5 Wissenschaftliche Studien zur Zufriedenheit in der Substitution**

Studien zur Klientenzufriedenheit im Rahmen der Substitutionsbehandlung gibt es in Deutschland nur wenige. Nachfolgend werden, die in diesem Kontext bekanntesten deutschen

Studien, vorgestellt.

### **3.5.1 Zufriedenheitsstudie zur PSB von Deimel**

Im Raum Köln- Bonn wurde die Zufriedenheit mit der PSB (Psychosozialen Betreuung) anhand von 100 Substituierten untersucht, die entweder PSB innerhalb der Substitutionsambulanz erhielten, in der sie medizinisch versorgt wurden oder außerhalb, nämlich in Beratungsstellen oder im Rahmen des „ambulant betreuten Wohnens“ (vgl. Deimel/ Stöver, 2015: 34; Deimel, 2013: 100, 118f.). Basierend auf dem Messinstrument ZUF-8 (siehe Anhang A), das ein Verfahren zur Erfassung der globalen Patientenzufriedenheit darstellt, wurden die Fragen zur Zufriedenheit leicht modifiziert entwickelt (vgl. Deimel, 2013: 112). Der Terminus „Klinik“ wurde dabei durch den Begriff „psychosoziale Betreuung“ ersetzt (siehe ebenda: 112). Zusätzlich zu den acht Standardfragen des ZUF-8 Fragebogens wurde die Häufigkeit der jeweils in Anspruch genommenen psychosozialen Betreuung erfragt und in einer weiteren Frage ging es darum, dass die Klienten aus ihrer Sicht den Umfang der PSB beurteilen sollten (siehe ebenda: 112). Soziodemografische und suchtspezifische Daten wurden zusätzlich erhoben (siehe ebenda: 112).

Insgesamt wurde die psychosoziale Betreuung als gut bewertet (Deimel, 2013: 171). 97% der befragten Klienten gaben an, entweder sehr oder weitgehend zufrieden zu sein (siehe ebenda: 171). Ein geringes Optimierungspotential hat sich trotzdem ergeben und zwar in Bezug auf die Fragen: a) zu der Qualität der PSB, b) inwiefern diese den Bedürfnissen der Klienten entspricht und c) in der Art und Weise, wie sie angeboten wird (siehe ebenda: 171). Die Ergebnisse zeigten, dass die Mehrheit der Befragten 1 bis 2 oder 3 bis 4 Gespräche im Monat wahrgenommen hatten (siehe ebenda: 172). Der Umfang wurde dabei von dem Großteil als „ausgewogen“ eingeschätzt (siehe ebenda: 172). Hohe Zufriedenheit wurde bei Männern festgestellt, (wobei hier gesagt werden muss, dass diese die Mehrheit darstellten, nämlich 77%), bei jüngeren Substituierten und bei denjenigen die „eine Betreuung außerhalb einer integrierten medizinischen Versorgung“ erhielten (siehe ebenda: 121, 174f.). Es wird angenommen, dass insbesondere in der Beratung im Rahmen des betreuten Wohnens auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten eingegangen wird, weshalb die Zufriedenheit höher war (siehe ebenda: 183). Das chronische Stressniveau sowie die Gedanken der Klienten an Tod und das Sterben schienen dagegen ihre Zufriedenheit negativ zu beeinflussen (siehe ebenda: 174).

### **3.5.2 Zufriedenheitsstudie zur PSB vom Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. und vista - Verbund**

Eine weitere Studie der Berliner Suchthilfeträger „Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.“ und „vista - Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH“ untersuchte in deren psychosozialen Betreuungseinrichtungen die Kundenzufriedenheit und -bindung (vgl. Kalinna, 2009: 128). Insgesamt befanden sich in Berlin im Befragungszeitpunkt im Jahr 2007, ca. 3.900 Menschen in einer Substitutionsbehandlung (siehe ebenda: 130). 1.400 Substituierte erhielten PSB, von denen ca. 1.100 speziell die PSB- Angebote des Trägers Notdienst Berlin e.V. und des vista gGmbH nutzten (siehe ebenda: 130). Insgesamt wurden 1.100 Fragebögen verteilt (siehe ebenda: 130). An der Erhebung nahmen tatsächlich 701 Klienten teil, wobei die Mehrzahl (639) aus dem Bereich der ambulanten PSB stammten (siehe ebenda: 130). Aus dem Bereich der wohnraumgestützten PSB waren lediglich 62 Bewertungen (siehe ebenda: 130). Etwas mehr als die Hälfte der Fragebögen kamen dabei aus den Einrichtungen des Notdienst Berlin e.V. und etwas weniger als die Hälfte der Fragebögen stammte aus den Einrichtungen der vista gGmbH (siehe ebenda: 130). Die Kundenerhebung basierte auch hier auf dem Messinstrument ZUF-8 (siehe Anhang A), wobei zusätzlich noch in einer weiteren Frage um die Abgabe eines Kommentars gebeten wurde (vgl. Kalinna, 2009: 130).

Die Ergebnisse der Kundenbefragung zeigten insgesamt, dass mehr als 90% der befragten Klienten die psychosozialen Betreuungsleistungen in allen Bereichen durchgehend positiv bewerteten (Kalinna, 2009: 131). Im Großen und Ganzen waren 93,7% der Befragten sehr bis weitgehend zufrieden mit der PSB (siehe ebenda: 132). Die Qualität der PSB wurde dabei am meisten positiv bewertet (siehe ebenda: 131). 96,2 % haben sie als gut oder sogar ausgezeichnet beurteilt (siehe ebenda: 131). Auch die Frage, ob die PSB die Art von Unterstützung darstellte, die sich die Betroffenen wünschen, wurde von 94,7% bejaht (siehe ebenda: 131). Während 91,2% erklärten, dass die jeweilige Einrichtung den meisten oder sogar allen Bedürfnissen entsprach, gaben 7,7% an, dass diese gar nicht, bzw. nur wenig ihren Bedürfnissen entsprach (siehe ebenda: 131). 93,4% der Befragten sprachen eine positive Empfehlung für die jeweilige Betreuung aus (siehe ebenda: 131). 90,5% gaben an, mit dem Umfang der PSB weitgehend bis sehr zufrieden zu sein (siehe ebenda: 131f.). Das bedeutet wiederum, dass ca.1/10tel (59 Personen) leicht unzufrieden bis ziemlich unzufrieden mit dem Umfang der PSB war. Eine interessante Beobachtung ist hier, dass von den 26 ziemlich unzufriedenen Klienten, 15 trotzdem die Einrichtung weiterempfehlen würden und 13 würden

sie bei Bedarf wieder aufsuchen (siehe ebenda: 132). Insgesamt 94,2% der Klienten „glauben“ oder sind sich schon sicher, dass sie die Betreuungseinrichtung im Bedarfsfall später wieder einmal aufsuchen würden (siehe ebenda: 132). Fast 63% haben zudem einen zusätzlichen Kommentar, hauptsächlich positives Feedback in Bezug auf die Betreuerbeziehung abgegeben, Dank ausgesprochen oder Anregungen für die Weiterentwicklung des Angebotes gegeben (siehe ebenda: 132). Es wurde der Schluss gezogen, dass sich die Qualität der PSB in der Akzeptanz durch die Betreuten widerspiegelt (siehe ebenda: 131ff.). Betreute Personen konnten demnach von dem Angebot der PSB „in ganz besonderer Weise“ profitieren (siehe ebenda: 134).

### **3.5.3 Studie zum Arzt- Patientenverhältnis vom JES Bundesverband in Kooperation mit der deutschen AIDS- Hilfe**

Eine weitere Studie wurde vom JES Bundesverband im Jahr 2011 in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt (vgl. Schieren/ Heinze/ Jesse, 2013: 1). Gegenstand der Studie war eine Befragung zu verschiedenen Aspekten des Arzt-Patientenverhältnisses in der Substitution (siehe ebenda: 1). An der Studie nahmen 702 substituierte Opioidabhängige teil, die in der Mehrheit aus verschiedenen deutschen Großstädten stammten und größtenteils (mehr als die Hälfte) seit mehr als 5 Jahren an ihrem Wohnort, substituiert wurden (siehe ebenda: 2). Dabei waren 65% der Befragungsteilnehmer männlich und 35% weiblich (siehe ebenda: 2). Das gemeinsame Durchschnittsalter lag bei 39,2 Jahren (siehe ebenda: 2). Die Substitution erfolgte bei 41% mit Methadon, 34% mit Polamidon, 13% mit Subutex und 4% mit Subuxone (siehe ebenda: 2). Die Häufigkeit der Take- Home- Vergabe lag in der vorliegenden Studie bei 49% (siehe ebenda: 3).

Bei der Untersuchung der Frage, ob Substituierte das Medikament ihrer Wahl erhielten, zeigte sich, dass dies immerhin für ca. 1/4tel der Befragten nicht zutraf (vgl. Schieren/ Heinze/ Jesse, 2013: 2f.). Die höchste Unzufriedenheit bestand in der Medikamentengruppe „Methadon“, in der ca. 26% angaben, nicht das erwünschte Medikament zu bekommen (siehe ebenda: 2f.). Dies ist kritisch zu betrachten, denn nach Aussage der Autoren kann Unzufriedenheit mit dem Substitut zu Beikonsum, Therapieabbruch oder Eigentherapie mit dem Medikament der Wahl führen (siehe ebenda: 3). Im Hinblick auf den Kontakt zum Arzt (der mit 6,2 von 10 Punkten bewertet wurde) sowie in Bezug auf die Begleitbehandlung, z.B. HIV-, Hepatitistests, Impfungen etc. (die mit 5,9 von 10 Punkten bewertet wurden), zeigten sich lediglich durchschnittliche Beurteilungen (siehe ebenda: 3). Daneben wurde bemängelt, dass



individuelle Anliegen aufgrund der Größe der Gesamtgruppe der Patienten, die pro Arzt betreut wurden, zu wenig berücksichtigt wurden (siehe ebenda: 3). Weiterhin wurde der von Sanktionen geprägte Charakter der Substitution kritisiert (siehe ebenda: 3f.). Einige Ärzte würden z.B. die Take- Home- Vergabe bei Cannabis Konsum sanktionieren, oder Sanktionen schon bei versäumten Vergabezeiten vornehmen (siehe ebenda: 3f.). In Bezug auf Datenschutz gab zudem jeder 4. Substituierte an, dass dieser schon einmal verletzt wurde (siehe ebenda: 4). Die Praxisatmosphäre wurde schließlich auch nur von 36% der Befragten als „vertrauensvoll“ eingeschätzt (siehe ebenda: 4). 74% gaben an, die Atmosphäre als freundlich, wenngleich auch nicht als vertrauensvoll zu empfinden (siehe ebenda: 4).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass noch Verbesserungsbedarf in den Bereichen: a) Einbeziehung der Meinung von Patienten (z.B. bei der Medikation), b) Datenschutz und c) sanktionsgeprägte Behandlung bestehen.

#### **4 Hintergrundinformationen zum Krisenzentrum Schielestraße**

In diesem Kapitel werden die beiden an der Befragung beteiligten Einrichtungen vorgestellt. Außerdem sollen hier Informationen zur medizinischen Vergabe und zu den in der Malteser Substitutionsfachambulanz eingesetzten Substitutionsmitteln gegeben werden.

##### **4.1 Vorstellung der Einrichtung Malteser Suchthilfe und des Sozialdienstes der idh in Frankfurt**

Das Krisenzentrum Schielestraße, das auch als „Eastside“ bezeichnet wird, wurde im November 1992 als städtische Anlaufstelle für Drogenabhängige in Frankfurt eröffnet, damit sich in erster Linie die offene Drogenszene, die damals insbesondere in der Nähe des Frankfurter Hauptbahnhofes existierte, auflöst (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2010: 5). Das Eastside „besteht aus zwei nebeneinander liegenden Gebäuden im Industriegebiet im Osthafen“ und stellt die „größte niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtung“ Deutschlands dar (siehe ebenda: 5f.). Eines der Häuser wird von der sog. 'idh' (integrative Drogenhilfe e.V.) betrieben (siehe ebenda: 5). Im daneben befindlichen Gebäude wird von den Malteserwerken eine Substitutionsambulanz betrieben, die zeitgleich mit der Eröffnung des Krisenzentrums der idh auch ihren Betrieb aufgenommen hat und seitdem durch das Drogenreferat der Stadt Frankfurt gefördert wird (siehe ebenda: 5).

##### **4.1.1 Malteser Suchthilfe in der Schielestraße in Frankfurt**

Zunächst zu der Darstellung der Malteser Substitutionsambulanz: „Die Malteser Werke

gehören als Tochter der Deutschen Malteser zu den Werken des deutschen Malteser Ordens“, der auf eine Geschichte von über 900 Jahren zurückblicken kann (vgl. Malteser Werke gGmbH, 2006: 4). Inhalt des Ordensleitsatzes, der das Leitbild der Malteser damals wie auch heute bestimmt, sind die „Bezeugung des Glaubens“ und „Hilfe für Bedürftige“ (vgl. Malteser Hilfsdienst e.V., o.J.a: o.S). Hiervon ausgehend sehen sich die Malteser heute verpflichtet, jeden Menschen unabhängig von Herkunft oder Versicherungsstatus in einer Notsituation Hilfe anzubieten (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2010: 4). Dieser Ansatz wird von den Maltesern auch auf die Drogenhilfe und hier speziell auf die Substitution übertragen, (die das Angebot der Malteser Schielestraße darstellt) (vgl. Malteser Hilfsdienst e.V., o.J.b: o.S. ; Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2010: 4). Die Malteser Werke in der Schielestraße bieten 'sofortige Aufnahme' (auch ohne gesicherten Krankenversicherungsstatus) an, was die Niedrigschwelligkeit der Einrichtung bestätigt. Nach Aussage von Herrn Kreft geht es darum Menschen, „da abzuholen, wo sie sich befinden“, ihnen Erste Hilfe bis zur Stabilisierung anzubieten und sie sodann in andere weiterführenden Hilfen zu vermitteln. Die sofortige Aufnahme ist ein Grund, weshalb viele Klienten diese Substitutionseinrichtung gegenüber anderen bevorzugen. Gemeinsam mit der idh (die die psychosoziale Betreuung übernimmt) wird an der Stabilisierung der Klienten gearbeitet, um Klienten die eigenständige Führung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen zu können. Außer mit der idh kooperiert die Institutsambulanz Schielestraße mit mehreren anderen Trägern der Drogen-, AIDS und Jugendhilfe (vgl. Malteser Werke gGmbH, 2006: 13).

Das Team der Malteser Substitutionsambulanz in der Schielestraße besteht aus Ärzten und medizinischen Fachkräften (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, o.J.c: o.S.). Das Angebot der Substitution mit den Ersatzstoffen Methadon oder Subutex richtet sich an Menschen mit langjähriger Opiatabhängigkeit, deren Lebensmittelpunkt die offene Drogenszene ist und die „von gesundheitlicher und sozialer Verelendung“ betroffen sind (vgl. Malteser Werke gGmbH, 2006: 7; Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2012: 7). Malteser bietet hier medizinische Hilfe und Unterstützung als Basis für die weitere Suchtbehandlung im Rahmen der Substitution, da viele dieser Menschen an Erkrankungen, wie bspw. Hepatitis und AIDS leiden (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, o.J.a: o.S.; Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2012: 7f.). Außerdem befindet sich darunter ein großer Anteil an „psychiatrisch auffälligen“ Menschen (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, 2012: 8). Zu diesem Zweck unterhält die Malteser Ambulanz auch das Angebot einer

niedrigschwelligen psychiatrischen Sprechstunde, die regelmäßig stattfindet (vgl. Malteser Werke gemeinnützige GmbH, o.J.b: o.S.). Diesbezüglich besteht auch eine enge Kooperation mit den anderen im Bahnhofsviertel vorhandenen Einrichtungen, wie z.B. Konsumräume oder der Streetworker von Ossip und dem Crack Street Projekt (siehe ebenda o.S.). Der Zugang zu schwerst psychisch kranken Menschen und deren Anbindung an das reguläre Hilfesystem wird dank dieser Zusammenarbeit erleichtert (siehe ebenda o.S.).

#### **4.1.2 Der Sozialdienst der idh im Eastside**

Das Eastside, wo auch der Hauptsitz des Sozialdienstes der idh ist, steht grundsätzlich allen drogenabhängigen Menschen offen (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013a: o.S.). Zu den Angeboten des Eastside gehört ein Café, wo sich Menschen einerseits treffen, unterhalten, vergnügen können, sich andererseits aber auch mit Lebensmitteln und/oder Kleidung versorgen können (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V. 2013b: o.S.). Weiterhin gibt es einen Konsumraum, der drogenabhängigen Menschen die Möglichkeit gibt, unter hygienischen Umständen und unter Beaufsichtigung Drogen zu injizieren und somit Risiken, die mit dem Drogengebrauch auf der Straße verbunden sind, minimiert werden (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013c: o.S.). Schlaf- und Wohnmöglichkeiten werden auch für Wohnsitzlose angeboten, mit dem Ziel (länger betrachtet) ihre Fähigkeit zum eigenständigen Wohnen wiederherzustellen (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013d: o.S.). Darüber hinaus bietet das Eastside für Drogenabhängige und Substituierte Arbeitsmöglichkeiten verschiedenen Schweregrads, z.B. Mitarbeit im Café, in der Schreinerei, Wäscherei usw. (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013e: o.S.). Es geht darum, Klienten zu reintegrieren und ihr Selbstvertrauen aufzubauen (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013e: o.S.). Ein 'Shuttle Bus' gehört letztlich auch zu den Angeboten der idh, der drogenabhängige Menschen, je nach Bedarf, z.B. abends vom Frankfurter Bahnhof zum Eastside transportiert (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013f: o.S.). Zum größten Teil sind in der idh Sozialarbeiter beschäftigt, die u.a. für Substituierte eigene Sprechstunden in den Räumen der Malteser Substitutionsambulanz abhalten. Klienten werden u.a. in ihrer Wohn- und/oder Arbeitssuche unterstützt, je nach Bedarf zu Arzt- und/oder Behördenterminen begleitet, in Aus- und Weiterbildungseinrichtungen vermittelt usw. (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013g: o.S.; Integrative Drogenhilfe e.V., 2013h: 9). Der erstellte Hilfeplan und somit auch die Beratung, die durch die Fachkräfte der idh angeboten wird, orientiert sich insgesamt an der Lebenswelt und den individuellen Bedürfnissen der Klienten und umfasst somit eine große Palette an Angeboten (vgl. Integrative Drogenhilfe e.V., 2013h: 9).

## **4.2 Die medizinische Vergabe in der Substitution in der Schielestraße**

Die Substitutionsfachambulanz der Malteser hat jeden Tag geöffnet, werktäglich mit einem Stundenumfang von mindestens 3 Stunden, an Wochentagen und Feiertagen 2 Stunden. Hier gibt es für die Substituierten die Möglichkeit, ihr Substitut unter ärztlicher Aufsicht zu erhalten. In der Substitutionsambulanz Schielestraße wird hauptsächlich mit Methadon (Razemat) und in Ausnahmefällen mit Buprenorphin (Subutex) substituiert, weshalb nachfolgend nur auf diese zwei Substitutionsmittel eingegangen wird.

### **4.2.1 Substitution mit Methadon (Razemat)**

Methadon- Razemat ist ein vollsynthetisches Opioid, dass oral in flüssiger Form eingenommen wird (vgl. Lüllmann/ Mohr/ Hein, 2008: 194; Tretter, 2012: 131, 170; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 18). Die Wirkung beginnt erst nach 30 Minuten und dauert mindestens 24 bis maximal 36 Stunden an (vgl. Stolz- Gombocz, 2004 zit. n. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 19). Es wirkt sedierend und unterdrückt das sog. „Craving“, (Verlangen nach Heroin) somit auch die Entzugssymptome, vorausgesetzt, das Mittel wird richtig dosiert (vgl. Tretter, 2012: 231; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 19). Die Methadonsubstitution kann einige Nebenwirkungen haben, wie z.B. Übelkeit und Erbrechen, Schwitzen, Schlafstörungen, Depressionen usw. (vgl. Tretter, 2012: 231).

### **4.2.2 Substitution mit Buprenorphin (Subutex)**

Buprenorphin ist ein halbsynthetisches Opioid, dass in der Substitution unter dem Namen „Subutex“ bekannt ist und in Form von „Sublingualtabletten“ (Tabletten, die unter der Zunge aufgelöst werden) verabreicht wird (vgl. Lüllmann/ Mohr/ Hein, 2008: 194; Tretter, 2012: 137, 211). Die Wirkung entfaltet sich erst nach ca. 20 Minuten (der Höhepunkt wird nach ca. 1,5 bis 4 Stunden erreicht) und kann je nach Dosierung bis zu 72 Stunden andauern (vgl. Werner, 2003 zit.n. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 63). Die Besonderheit bei diesem Substitutionsmittel liegt darin, dass es selten zu einer Atemdepression durch Überdosierung kommen kann, denn trotz Dosissteigerung bleibt die Wirkung gleich (sog. „Ceiling-Effekt“)(vgl. Tretter, 2012: 211). Der Entzug von Buprenorphin gilt zudem „milder“ im Vergleich zu dem anderer Substitute, weshalb es als Substitutionsmittel auch für schwangere Frauen besonders geeignet ist (vgl. Kraigher, 2001 zit. n. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 63). Generell sind das Abhängigkeitspotential sowie die Nebenwirkungen bei der Einnahme dieses Substituts geringer als wie in anderen Fällen, z.B. mit Methadon (vgl. Werner, 2003 zit.n.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 63). Zu den Nebenwirkungen zählen z.B. „Wechselwirkungen mit Benzodiazepine und atemdepressiv wirkenden Substanzen, das klare klinische Zustandsbild“ aber auch „die schwierige Einstellungsphase aufgrund des Entzugssyndroms vor allem bei einer Umstellung von Methadon auf Buprenorphin“ (vgl. Werner, 2003 zit.n. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014: 63).

## **5 Vorüberlegungen zur Klientenzufriedenheitsbefragung**

Nach der Literaturrecherche zum Thema „Klientenzufriedenheit“ und gründlicher Information über beide Einrichtungen (Malteser und idh), die auch entsprechendes Interesse zeigten, die Befragung zu unterstützen, hospitierte ich in der Einrichtung der Malteser und war zudem bei einigen Beratungsgesprächen mit Klienten, die von der idh psychosozial betreut wurden, anwesend. Auf diese Weise war beabsichtigt, vor der eigentlichen Befragung ein eigenes Bild über die Arbeit der beiden Einrichtungen und möglicher Konfliktbereiche zu erhalten. Im Anschluss an die Hospitation und nach umfangreicher Literaturrecherche zur Thematik, begann die Fragebogenentwicklung. Parallel hierzu wurde nach Absprache mit Herrn Kreft ein Ankündigungsschreiben formuliert, das in der Einrichtung der Malteser vor der eigentlichen Durchführung der Befragung an für die Klienten gut sichtbaren Stellen ausgehängt wurde. Nachfolgend wird auf die Überlegungen zum Inhalt des Ankündigungsschreibens und der anschließenden Entwicklung bzw. Auswahl der Fragen eingegangen.

### **5.1 Das Ankündigungsschreiben**

Das Ankündigungsschreiben (siehe Anhang B) war wichtig, um im Vorfeld der eigentlichen Durchführung der Befragung, die Klienten auf das geplante Vorhaben einer Zufriedenheitserhebung aufmerksam zu machen. Im Anschreiben wurden die Klienten über den Zeitraum der Durchführung (01.12.2014 bis zum 15.12.2014), die Dauer der Befragung (15 Minuten) sowie über deren Ziele/ Nutzen aufgeklärt. Zudem wurde auf die Freiwilligkeit und Anonymität der Befragung hingewiesen sowie auf die Möglichkeit der Unterstützung, die die Befragten bei der Nutzung des PCs während der Durchführung der online - Befragung bekommen könnten. Damit war beabsichtigt, einerseits Vertrauen bei den Klienten zu erwecken und andererseits einer möglichen Überforderung derselben bei der eigentlichen Befragung rechtzeitig vorbeugen. Um bei den Klienten mehr Interesse für eine Teilnahme an der Befragung zu wecken, hatte der Verwaltungsleiter der Malteser sich bereit erklärt, sozusagen als „Motivationsverstärker“, eine kleine Belohnung in Form von Schokoladen und

Obst zu besorgen. Im Ankündigungsschreiben wurden die Klienten auch dementsprechend darüber informiert, dass es eine „kleine Aufmerksamkeit“ als Belohnung geben würde.

## **5.2 Auswahl der Fragen**

An dieser Stelle soll beschrieben werden, welche Überlegungen die spezifische Auswahl der Fragen bestimmten. Dabei wird zuerst auf die Fragen zum medizinischen Teil eingegangen, anschließend auf die Fragen zur psychosozialen Betreuung und die nachfolgenden Fragen, die sich auf personenbezogene Merkmale beziehen. Auch wird begründet, weshalb zusätzlich noch offene Fragen integriert wurden.

### **5.2.1 Fragen zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung**

Speziell zu den Fragen 1 bis 4, die den medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung betreffen, der von den Maltesern übernommen wird (siehe Anhang C), wurde wie folgt vorgegangen:

Bei der Frage 1: „Wie zufrieden sind Sie mit der Verständlichkeit von Aufklärung und Information durch den Arzt?“, ging der leitende Gedanke von den sogenannten Patientenrechten aus. Demnach hat der Arzt im Rahmen des Behandlungsvertrags u.a. die Pflicht, Patienten umfassend und verständlich über die Behandlung zu informieren und aufzuklären (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014: 12). Nicht jede Information wird aber verständlich kommuniziert, weshalb überprüft werden sollte, wie verständlich die Information und Aufklärung aus subjektiver Sicht sind, was Grundvoraussetzung für eine Behauptung von Informiertheit ist.

Frage 2: „Wie zufrieden sind Sie mit der Einbeziehung Ihrer Meinung, wenn es um Entscheidungen des Arztes in Bezug auf die Medikation geht?“ wurde anhand der Ergebnisse der JES- Studie formuliert, nachdem Klienten angaben, bei Entscheidungen des Arztes zu wenig einbezogen zu werden (siehe Kapitel 3.5.3). Ein anderer Grund für die Auswahl dieser Frage war der, dass nach dem Ansatz der „partizipativen Qualitätsentwicklung“, Partizipation, im Sinne der „Teilnahme und Teilhabe“ (z.B. auch von Zielgruppen an Entscheidungsprozessen) ein wesentlicher Bestandteil der Praxis der Gesundheitsförderung ist, der die gegenseitige Akzeptanz aller Beteiligten und deren partnerschaftliche Zusammenarbeit fördern will (vgl. Wright, 2014: 297ff.).

Frage 3 wurde formuliert auf Grund einer Orientierung an der Frage : „Wie würden Sie die

Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?“, die Bestandteil des ZUF-8 Fragebogens ist (siehe Anhang A). Da sich „Qualität“ auf viele Teilaspekte beziehen kann, wurde versucht, diese Frage des ZUF-8 Fragebogens zu konkretisieren und zwar auf die „fachliche Information“ seitens der Ärzte. Mit Bezug auf die „fachliche Information“ sollte speziell die Information durch die Ärzte in Bezug auf suchtrelevante Fragestellungen untersucht werden und zwar im Hinblick darauf, ob Substituierte sich auch fachlich gut beraten fühlen. Auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen, z.B. mit Drogen oder wegen häufiger Vorerfahrungen mit anderen Suchtbehandlungen, war die dahinterstehende Überlegung, dass diese möglicherweise eigene Ansichten über fachkompetente Informationen seitens der Ärzte haben.

Die letzte Frage zur Zufriedenheit in der medizinischen Vergabe, nämlich Frage 4: „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf Akzeptanz, Wertschätzung und diskrete Behandlung Ihrer Person durch den Arzt?“ wurde unter Berücksichtigung der Ergebnisse der JES - Studie formuliert (wonach u.a. der Datenschutz bemängelt wurde: siehe Kapitel 3.5.3 ) und auch wegen dem geäußerten Interesse des Leiters der Einrichtung der Malteser Werke Schielestraße, der erfahren wollte, ob sich Klienten „in der Einrichtung gut aufgehoben fühlen“.

### **5.2.2 Fragen zur psychosozialen Betreuung**

Die Fragen 5 bis 8 bezogen sich insgesamt auf die Zufriedenheit der Klienten mit der psychosozialen Betreuung, die in der idh/ Eastside angeboten wurde (siehe Anhang C).

Frage 5: „Wie zufrieden sind Sie mit der umfassenden Beratung des Sozialarbeiters für Ihre spezifische Situation?“ wurde orientiert an Frage 3 des ZUF-8 Fragebogens entwickelt (siehe Anhang A), die lautet: „In welchem Maße hat unsere PSB Ihren Bedürfnissen entsprochen?“. Damit war beabsichtigt, erst einmal generell die Zufriedenheit der Klienten mit dem Angebot der PSB im Hinblick auf ihre individuelle Situation, das heißt das individuelle Eingehen auf die geäußerten Klientenbedürfnisse und eine befriedigende Beratung an sich, festzustellen. Diese Fragestellung war erst recht interessant vor dem Hintergrund, dass (wie in Kapitel 2.5.2 bereits erwähnt) die Wirksamkeit der PSB bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte, wobei hier speziell der subjektive Nutzen der Beratungsleistung im Vordergrund stehen sollte.

Frage 6 : „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf Akzeptanz, Wertschätzung und diskrete Behandlung Ihrer Person durch den Sozialarbeiter?“ wurde analog zu Frage 2 entwickelt, die die medizinische Vergabe betrifft. Die dahinterstehende Fragestellung war, herauszufinden, ob sich die Klienten von beiden professionell Handelnden gleichermaßen akzeptiert, wertgeschätzt und diskret behandelt fühlen.

In der Frage 7: „Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation zwischen Ihrem psychosozialen Betreuer (Sozialarbeiter) und Ihrem Substitutionsarzt?“ ging es darum, die Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Kooperation zwischen den beiden Professionen zu erforschen, da wie in Kapitel 2.2 dargestellt, der Sozialarbeiter auch in der Rolle als „Vermittler“ eine wichtige Stellung einnimmt. Zudem heißt es in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung, dass PSB und ärztliche Behandlung laufend koordiniert werden sollen (vgl. Bundesärztekammer, 2010: 4). Beide Professionen bemühen sich um dieselben Klienten, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass eine gute Kooperation zwischen den Fachkräften zu besseren Ergebnissen führen kann.

Die letzte Frage, die die idh betrifft, nämlich Frage 8: „Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung im Rahmen der psychosozialen Betreuung im Hinblick auf eine Veränderung Ihrer Lebensumstände (z.B. Wohnung, Arbeit)?“, wurde entwickelt, zum einen orientiert an den möglichen Zielen der PSB, aber auch vor dem Hintergrund der Ergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit der PSB, um herauszufinden, ob die seitherige Unterstützung im Rahmen der PSB subjektiv als hilfreich empfunden und im Zusammenhang mit der Veränderung der jeweiligen Lebensumstände stand. Hierbei sollte in Erfahrung gebracht werden, ob Klienten selbst auch subjektiv eine Verbindung zwischen der Veränderung ihrer Lebensumstände und der erhaltenen Unterstützungsleistungen im Rahmen der PSB herstellen.

### **5.2.3 Fragen zur Substitutionsbehandlung (Substitution und PSB)**

Frage 9: „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer gesundheitlichen Verfassung seit Beginn der Substitution?“ und Frage 10 „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer psychischen Verfassung seit Beginn der Substitution bis heute?“ bezogen sich auf die Substitutionsbehandlung insgesamt. Der Grund hierfür war, dass die Wirksamkeit der PSB noch nicht ausreichend erforscht ist und angenommen wurde, dass Klienten möglicherweise



überfordert gewesen wären, wenn sie in Bezug auf Veränderung ihrer gesundheitlichen oder psychischen Situation zwischen der Hilfe der Substitution und der PSB hätten unterscheiden sollen. (siehe Anhang C)

#### **5.2.4 Fragen zu eventuellen Beschwerden oder Lob**

Frage 11: „Was finden Sie besonders gut an der medizinischen Vergabe (Substitution) bei der Malteser Substitutionsfachambulanz Schielestraße Frankfurt?“ und Frage 12 „Was finden Sie besonders gut an der psychosozialen Betreuung beim Sozialdienst der idh (integrative Drogenhilfe) im Eastside?“ sollten Klienten die Möglichkeit geben, positive Rückmeldungen über beide Einrichtungen zu äußern. Dagegen sollten die Frage 13: „Welcher Verbesserungen bedarf es Ihrer Meinung nach in der medizinischen Vergabe (Substitution) der Malteser Substitutionsfachambulanz Schielestraße?“ und die Frage 14: „Welcher Verbesserungen bedarf es Ihrer Meinung nach im Angebot der psychosozialen Betreuung der idh (integrative Drogenhilfe) Eastside?“ Klienten eine Chance geben, auch Kritik zu äußern. Die letzte Frage dieser Gruppe, nämlich Frage 15 „Was unterscheidet für Sie persönlich, die Malteser Substitutionsfachambulanz von anderen Substitutionsfachambulanzen?“ wurde speziell auf Wunsch von Herrn Kreft entwickelt, unter Berücksichtigung der bereits dargestellten Wichtigkeit einer solchen Befragung für die Einrichtungen in Kapitel 3.4.2 dieser Arbeit. (siehe Anhang C)

#### **5.2.5 Fragen zu personenbezogenen Merkmalen**

Die Fragen 16 bis 22 bezogen sich auf die Dauer der aktuellen Substitution sowie Angaben zum Alter, Geschlecht, Anzahl vorangegangener Substitutionen und Mittel der Wahl sowie darauf, wie die jeweilige Person auf die Einrichtung aufmerksam geworden ist. Beweggrund für die Auswahl gerade dieser Angaben war (mit Ausnahme der Frage 17, die auf Grund bestehenden Interesses seitens der Einrichtung der Malteser von mir hinzugefügt wurde), festzustellen, ob sich auffällige Antworttendenzen bei Vorliegen bestimmter personenbezogener Merkmale ergeben. So sollen z.B. die Dauer der Substitutionsbehandlung und die Zufriedenheit in positivem Zusammenhang miteinander stehen (vgl. Chan et al. 1997 zit.n. Dampz/ Falcato/ Beck, 2012: 13). Am häufigsten wird Patientenzufriedenheit (generell, nicht spezifisch in der Substitution) mit dem Alter in Verbindung gebracht (vgl. Cleary, 1998 zit. n. Pawils/ Trojan/ Nickel, 2012: 1184). Der Einfluss des Geschlechts wird unterschiedlich bewertet (siehe ebenda: 1184), von daher interessierte mich, ob sich Auffälligkeiten bezüglich dieses Merkmales aber auch anderer Merkmale, in der von mir geplanten Befragung

feststellen lassen. (siehe Anhang C)

### **5.3 Aufbau des Fragebogens**

Der grundlegende Aufbau der Befragung war wie folgt: die ersten 4 Fragen bezogen sich auf den medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung und somit auf die Einrichtung der Malteser/Schielestraße und die vier folgenden Fragen auf die psychosoziale Betreuung, mithin den Sozialdienst der idh. Hiernach folgten Fragen zur Zufriedenheit in Bezug auf Aspekte der subjektiven Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung. Im Anschluss hieran gab es die Möglichkeit, im Rahmen der Fragen 11 bis 15, zu beiden Einrichtungen freiwillig Lob und/oder Kritik zu äußern. Abschließend folgten mit den Fragen 16 bis 22 Angaben zu personenbezogenen Merkmalen. (siehe Anhang C)

Der zusammengestellte Fragenkatalog bestand insgesamt aus 22 Items. Davon wurden 17 Fragen 'geschlossen' formuliert, was bedeutet, dass die Klienten unter der Antwort zu wählen hatten, die für sie jeweils am ehesten zutrif. Fünf der Fragen (speziell Fragen 11 bis 15) waren demgegenüber 'offenen Typs', was bedeutet, dass Klienten hier ihre „differenzierte Selbstwahrnehmung frei formulieren“ konnten (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 148f.). Dafür wurden mehrere Freizeilen vorgesehen. (siehe Anhang C)

Bei den Fragen 1 bis 10 konnte zwischen folgenden Antwortalternativen ausgewählt werden: a) sehr zufrieden, b) eher zufrieden, c) eher unzufrieden, d) nicht zufrieden und e) keine Angabe. Hier wurde gezielt die Möglichkeit der Angabe eines 'Mittelwertes' ausgelassen, um der möglichen Entwicklung einer „Tendenz zur Mitte“ vorzubeugen (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 156). Es soll nämlich vorkommen, dass Befragte u.a. „bei schwierig zu treffenden Aussagen in die neutrale Mitte ausweichen“ (siehe ebenda; 156). Um jedoch niemanden zu einem bestimmten Urteil zu drängen, wurde allerdings für notwendig erachtet, den Befragten zumindest die Ausweichmöglichkeit 'keine Angabe' anzubieten. (siehe Anhang C)

Da personenbezogene Fragen eine abschreckende Wirkung haben können und auch die weitergehende Frage nach deren Verwendung aufwerfen, wurden diese Fragen gezielt am Ende des Fragebogens eingereiht. Damit sollte in erster Linie erreicht werden, dass das Interesse und Vertrauen der Klienten in Bezug auf die Befragung nicht negativ durch Verursachung von Misstrauen beeinflusst wird. Außerdem wurde vermutet, dass im Fall der

vorhergehenden Beantwortung der Fragen, an dieser Stelle auch die personenbezogenen Fragen aller Wahrscheinlichkeit nach mitbeantwortet würden. (siehe Anhang C)

Der jeweils unterschiedliche Kontext der Fragen 1-4 und 5-8, 9 und 10, sowie 11- 15 aber auch 16 -22 wurden bei der Übertragung auf den PC mitberücksichtigt und auch übersichtlich voneinander abgegrenzt. (siehe Anhang C)

#### **5.4 Ort und Art der Erhebung**

Die Befragung wurde webbasiert und zwar mit Hilfe des 'LimeSurvey' Programms über den Server des Fachbereichs 2 der University of Applied Sciences durchgeführt, da dies eine leichtere Auswertung der Ergebnisse ermöglichen sollte (vgl. LimeSurvey project, 2013: o.S.; University of Applied Sciences, 2014: o.S.). Auch bestand die Vermutung, dass Klienten an einer online - Befragung, die in der Einrichtung stattfinden sollte, eher teilnehmen würden als im Fall der Vergabe ausgedruckter Fragebögen, die ziemlich schnell (was Aussagen der Klienten bestätigten) in Vergessenheit geraten oder auch verloren gegangen wären. Die Beantwortung der Fragen erfolgte daher „mittels entsprechender Homepagedarstellungen am Bildschirm“ und zwar an dem zur Verfügung gestellten Computer der Einrichtung der Malteser Schielestraße (vgl. Niewerth/ Thiele, 2014: 127).

In erster Linie wurden die Klienten zwecks Teilnahme an der Befragung im Anschluss an die medizinischen Vergabe von mir selbst angesprochen, aber auch die Arzthelferin und der Psychiater, die in diesem Bereich tätig waren sowie insbesondere Herr Kreft, unterstützten die Befragung besonders. Für die Befragung stand grundsätzlich das Sprechzimmer des Psychiaters zu Verfügung. Im Bedarfsfall konnte jedoch auch auf einen weiteren Raum ausgewichen werden. Es war den Klienten selbst überlassen, zu entscheiden, ob sie die Befragung mit oder ohne meine Unterstützung durchführen wollten, wobei ich mich für den Fall, dass Fragen auftauchen sollten, immer in Rufnähe aufgehalten habe. Der Computer war so platziert, dass von meinem Sitzplatz aus der Bildschirm nicht eingesehen werden konnte. Schließlich sollten die Angaben anonym bleiben und die jeweilige Person nicht verunsichert werden. Nach einer kurzen Einweisung am PC gelang es auch den meisten Klienten, selbständig die Fragen zu beantworten. In einigen Fällen gab es jedoch Rückfragen, z.B. zum Verständnis einiger Fragen, aus denen sich im Anschluss an die Befragungsteilnahme noch

Gespräche entwickelten, die nachträglich im Hinblick auf die Interpretation einiger Befragungsergebnisse sehr geholfen haben.

Die Zufriedenheitsbefragung als 'offene webbasierte Befragung', war grundsätzlich für jeden zugänglich, dem die link -Adresse des Fragebogens bekannt war. Auch wenn die Validität dieser Art von Befragung, stark kritisiert wird, weil sie für alle zugänglich ist (vgl. Niewerth/Thiele, 2014: 127f.), kann dennoch mit Sicherheit behauptet werden, dass nur Klienten der Einrichtung an der Befragung teilgenommen haben, da der Link anderen Menschen nicht bekannt war, die Befragung nur an Zeiten stattfand, in denen ich in der Einrichtung anwesend war. Zusätzlich wurde von mir täglich eine Liste mit der Anzahl der Befragungsteilnehmer angefertigt, die ich jeweils entsprechend aktualisierte. Auch stimmten bei jeder Befragung die IP- Internet -Adressen überein, was darauf hindeutet, dass niemand außerhalb der Einrichtung die Fragen beantwortet hat. Ausgeschlossen werden kann auch die Möglichkeit, dass Klienten mehrmals den Fragebogen ausgefüllt haben, da mir schon bekannt war, wer an der Befragung teilgenommen hatte.

## **6 Zur Klientenzufriedenheitsbefragung**

Die Klientenbefragung wurde in der Zeit vom 1.12.2014 bis 11.12.2014, jeweils nach der medizinischen Vergabe in der Substitutionsambulanz der Malteser Schielestraße durchgeführt. Zunächst werden allgemeine Daten zur Substitution der Einrichtung der Malteser vorgestellt, sodann erfolgt eine Darstellung der Befragungsergebnisse, die sich aus den personenbezogenen Angaben der Befragungsteilnehmer ergeben. Hierbei handelt es sich speziell um die Ergebnisse der Fragen 16 bis 22, die sich auf das Substitutionsmittel, das Geschlecht, ob sie das Mittel ihrer Wahl erhalten, ob es ihre erste Substitution ist, wie sie auf die Einrichtung aufmerksam geworden sind, das Alter und die Dauer der aktuellen Substitution beziehen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der 'geschlossenen' und 'offenen Fragen' dargestellt und analysiert, wobei bei einigen Fragen untersucht werden soll, ob sich Tendenzen zur Zufriedenheit aufgrund bestimmter personenbezogener Merkmale feststellen lassen. Abschließend erfolgen eine Zusammenfassung der Befragungsergebnisse und einige Empfehlungen für beide Einrichtungen.

### **6.1 Die Klienten der Malteser Substitutionsfachambulanz**

Die Substitutionsambulanz der Malteser Schielestraße substituierte zum Zeitpunkt der Befragung 78 Opioidabhängige, wovon 56 Männer und 22 Frauen waren (Angaben des

Verwaltungsleiters: Herr Kreft). Das fast ausnahmslos verwendete Substitutionsmittel war Methadon, nur in drei Fällen bestand die Vergabe von Subutex (Buprenorphin) (siehe ebenda). Bei den Männern war die Altersgruppe der 31-35 -Jährigen, sowie diejenige der 41-45 Jährigen stark vertreten, bei den Frauen überwog die Gruppe der 31-35-Jährigen (siehe ebenda). Während des Befragungszeitraums befanden sich, nach Angaben der Arzthelferin (Jutta), 7 Personen nicht in der Einrichtung, sondern in Entgiftung und zwei Personen befanden sich in der JVA (Justizvollzugsanstalt), weshalb hier keine Teilnahme möglich war. 17 Personen wollten nicht an der Befragung teilnehmen, daher kam insgesamt eine Teilnehmerzahl von 52 Personen zustande.

## 6.2 Überblick über die Befragungsteilnehmer

Von den befragten 52 Personen wurden alle, bis auf eine Ausnahme (die Buprenorphin erhielt) mit Methadon substituiert. Dreiviertel der befragten Klienten war männlich (39 Personen) und ein Viertel war weiblich (13 Personen). Knapp dreiviertel aller Klienten erhielten das Mittel ihrer Wahl (37 Personen, darunter 28 Männer und 9 Frauen), was in diesem Fall Methadon war (bzw. eine Ausnahme erhielt als Mittel ihrer Wahl, Buprenorphin). Der Rest, nämlich 14 Personen, (darunter 11 Männer und 4 Frauen) erhielten nicht das Mittel ihrer Wahl (ca. 27%). Knapp ein Fünftel (9 Männer und eine Frau) gab an, dass dies ihre erste Substitution überhaupt war, die große Mehrheit (30 Männer und 12 Frauen), wurde zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal substituiert. Mehr als die Hälfte der Substituierten (24 Männer und 5 Frauen) hat von sich aus zur Einrichtung gefunden. Vermittlung über Freunde/Bekannte oder durch Behörden nahm einen dazu vergleichsweise geringeren Anteil ein. Abbildung 1 macht nachfolgend deutlich, dass die Mehrheit der Substituierten zwischen 31-40 Jahre alt war. Nur ca. 10% der Befragten waren unter 30 Jahre alt.

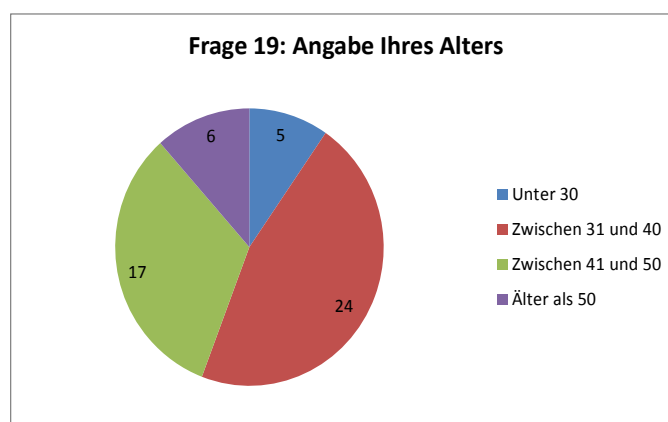


Abbildung 1

Auffällig an dieser Befragung ist, dass die meisten der Befragten in der Malteser

Substitutionsambulanz weniger als 3 Monate substituiert wurden und stattdessen nur eine geringe Anzahl an Substituierten länger als 5 Jahre die Einrichtung besuchte (siehe Abbildung 2).

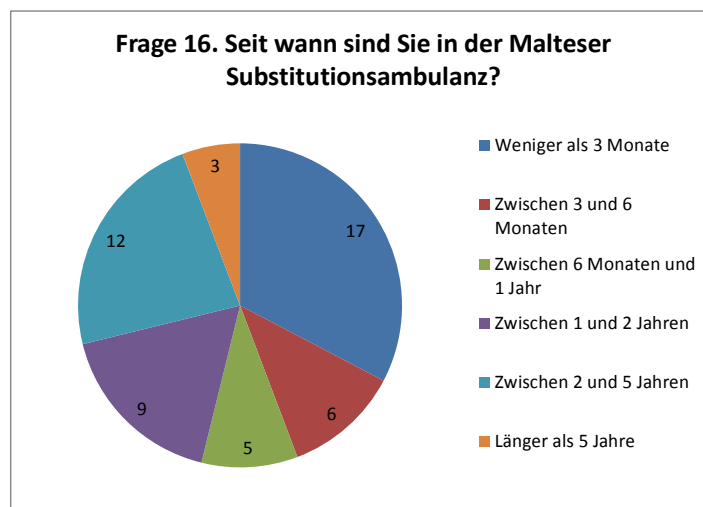


Abbildung 2

Dies kann folgendermaßen interpretiert werden: Während der Befragung gab es einige Klienten, die sich bei der Frage 16 unsicher waren, welche Angabe Sie machen sollten, da sie während der Substitution bei den Maltesern größere zeitliche Unterbrechungen hatten (über 3 Monate), indem sie die Einrichtung, z.B. auf Grund von Haft, nicht aufgesucht hatten. Daraufhin war meine Empfehlung, wie im Übrigen auch bei allen anderen Personen, die Dauer der aktuellen Substitution anzugeben. Zudem wurde die Beobachtung, dass sich in der Einrichtung vermehrt Kurzzeit- Substituierte befinden, von Herrn Kreft damit erklärt, dass die Einrichtung gezielt stabil Substituierte an andere Einrichtungen (auch andere Substitutionsambulanzen) weitervermittelt.

### 6.3 Analyse der Befragungsergebnisse im Einzelnen

Die Befragungsergebnisse sollen hier unterteilt nach Antworten zum medizinischen Teil, zur psychosozialen Betreuung und zur Substitutionsbehandlung insgesamt dargestellt werden. Bei allen Fragen wurde immer der Aspekt des Geschlechts in Beziehung zur Häufigkeit der jeweiligen Angabe zur Zufriedenheit untersucht. Außerdem wurden bei einigen Fragen, bei denen es als notwendig erachtet wurde, noch weitere Aspekte (außer dem Geschlecht) mituntersucht. Auch die Ergebnisse der Antworten zu den Fragen 11 bis 15 (Lob und Kritik), die beide Einrichtungen betreffen, werden nachfolgend dargestellt.

### 6.3.1 Zufriedenheit in Bezug auf den medizinischen Teil der Behandlung

Zu den Fragen 1 bis 4, die sich auf das Verhältnis zum Arzt bezogen, äußerte sich die überwiegende Mehrheit der Substituierten (ca. 69% bis 83% der Klienten) als „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“. Was sofort bei der Betrachtung des Diagramms der Abbildung 3 auffällt, ist, dass Klienten im Allgemeinen die Angabe „eher zufrieden“ bevorzugt haben. Diese Tendenz kann anhand der sog. 'Assimilations- Kontrasttheorie' erklärt werden (siehe Kapitel 3.3.3.2), wonach Klienten die Wahrnehmung der 'Ist- Leistung' bei nur geringen Abweichungen an ihre ursprünglichen Erwartungen ('Soll- Leistung') anpassen und sich trotzdem in diesem Fall „eher zufrieden“ (statt unzufrieden) geben. Im Einzelnen werden nachfolgend die Ergebnisse zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung im Überblick dargestellt:

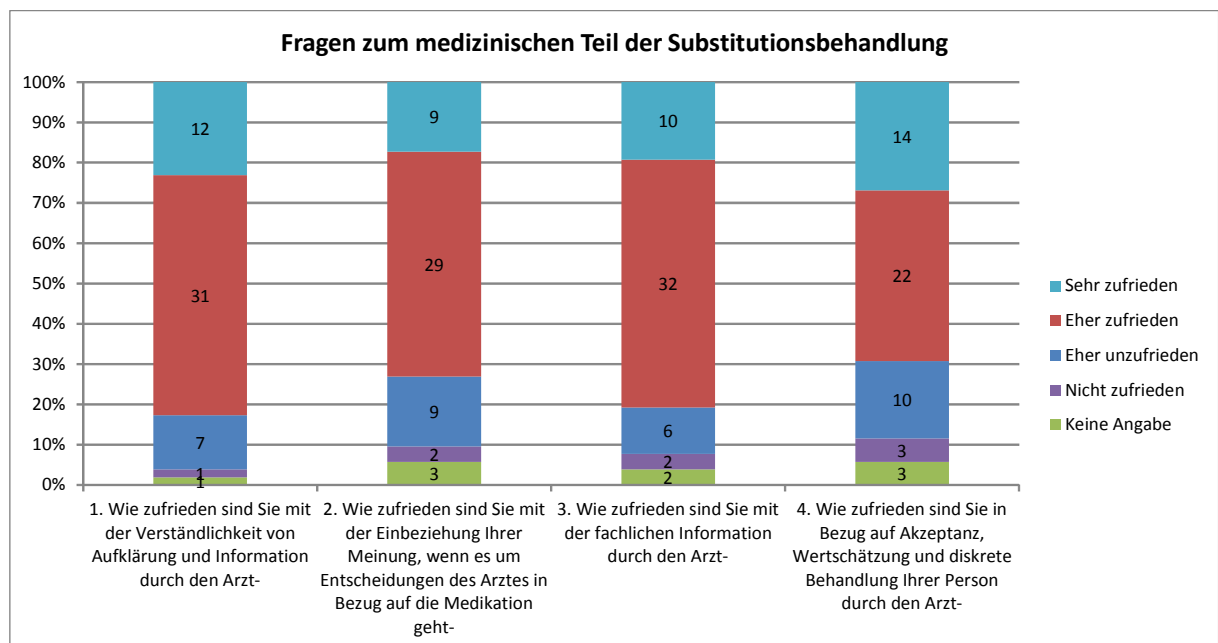


Abbildung 3

Bei Frage 1, die sich auf „Verständlichkeit von Aufklärung und Information durch den Arzt“ bezog, gaben insgesamt 43 Personen an (33 Männer und 10 Frauen, was ca. 83% entspricht), „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ zu sein. 8 Personen (ca. 15%) gaben dagegen an, „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ zu sein (siehe Abbildung 3; vgl. Ergebnisse im Anhang D). Prozentual gesehen waren hier Männer zufriedener als Frauen, wobei gesagt werden muss, dass auch deutlich mehr Männer an der Befragung teilgenommen haben (vgl. Ergebnisse im Anhang D). Bei der Befragung herrscht somit eine ungleiche Beteiligung der Geschlechter, was die Aussagekraft in Bezug auf sich ergebende Geschlechterunterschiede bei deren Antwortverhalten verringert, bzw. diesbezügliche Aussagen jeweils unter diesem Vorbehalt

stehen.

Was die Einbeziehung der Meinung der Klienten betrifft, „wenn es um Entscheidungen des Arztes in Bezug auf die Medikation“ geht (Frage 2), so gaben 38 Personen an (28 Männer und 10 Frauen, was insgesamt ca. 73% entspricht), „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ zu sein, wobei 11 Personen (ca. 21%) dem nicht zustimmen konnten. Hier war die Zufriedenheit der Frauen, prozentual betrachtet, gering höher als bei den Männern (vgl. Ergebnisse im Anhang D). Zu dieser Frage war es interessant, einen Vergleich mit Frage 22 vorzunehmen, nämlich der Frage, ob der jeweilige Klient das Substitutionsmittel seiner Wahl erhält. Dabei zeigte sich, (auch hier prozentual betrachtet), dass Klienten, die nicht das Mittel ihrer Wahl erhielten, größere Unzufriedenheit in Bezug auf die Frage nach der Einbeziehung ihrer Meinung äußerten (ca. 29%) (siehe Abbildung 4).

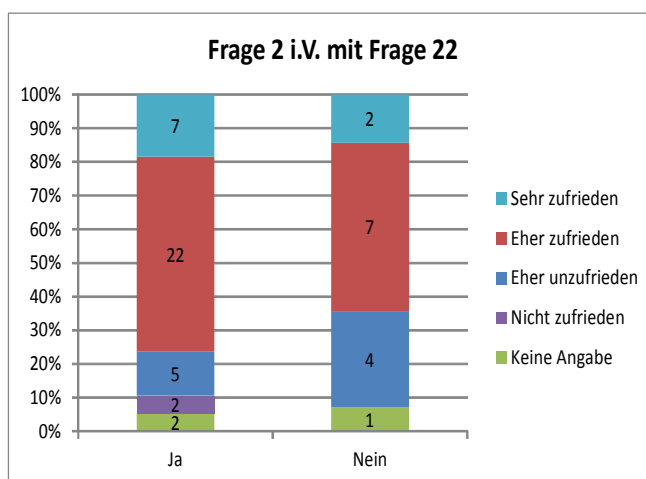


Abbildung 4

Gleichzeitig konnte aber auch die Beobachtung gemacht werden, dass es Personen gab, die zwar angaben, das Mittel ihrer Wahl zu erhalten, aber trotzdem mit der Einbeziehung ihrer Meinung unzufrieden waren, wenn es um die Medikation ging (ca. 18%) (siehe Abbildung 4). Hier bestand die Vermutung, dass die Unzufriedenheit z.B. die Dosierung betreffen könnte, weshalb weiterhin untersucht wurde, wie lange sich die Personen in der Substitutionsbehandlung befanden. Es ist bekannt, dass am Anfang einer Substitution vorsichtig dosiert wird, was öfters mit einer hohen Unzufriedenheit seitens der Klienten einhergeht. Tatsächlich bestätigte sich die Vermutung. Die größte Unzufriedenheit bei Frage 2 (was ca. 24% entspricht) zeigte sich in der Gruppe der Personen, die weniger als 3 Monate substituiert wurden (siehe Abbildung 5).



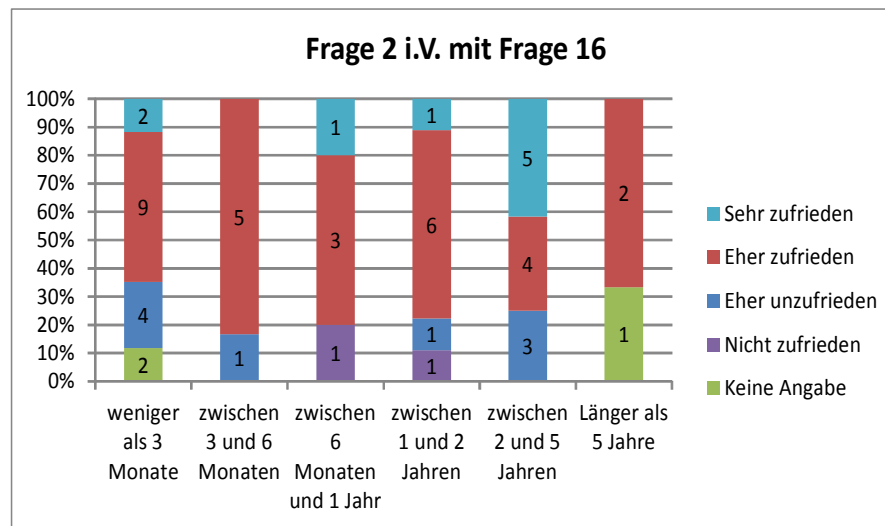


Abbildung 5

Dagegen waren diejenigen Personen, die sich zwischen 3 und 6 Monate in der Substitution befanden, am meisten zufrieden (d.h. hier gab es die meisten Angaben „eher zufrieden“ was ca. 83% entspricht). Nach 6 Monaten Behandlung zeigte sich eine schrittweise Abnahme der Zufriedenheit, was die Einbeziehung ihrer Meinung in Bezug auf die Medikation betrifft, die auch die Gruppe derjenigen Personen umfasst, die über 5 Jahre substituiert wurden. In der Gruppe derjenigen Personen, die zwischen 2 und 5 Jahren substituiert wurden, zeigten sich allerdings die meisten „sehr zufrieden“-Angaben (5 Personen). Dieses Ergebnis (der schrittweisen Abnahme der Zufriedenheit sowie der meisten Angaben „sehr zufrieden“ in der Gruppe der zwischen 2 bis 5 Jahre Substituierten) kann ich leider nicht interpretieren, da ich keine Kenntnis darüber erhalten konnte, in welchem Zeitraum die Abdosierung des Medikaments erfolgte. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, konkrete Rückschlüsse ziehen zu können. Außerdem kann es sein, dass aufgrund der allgemeinen Formulierung der Frage einigen Klienten nicht klar war, dass sich die Medikation ausschließlich auf das Substitut bezog. (Siehe Abbildung 5)

Bei der Frage 3, die die Zufriedenheit der Klienten mit der „fachlichen Information“ durch den Arzt erfragte, zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie bei Frage 1. 42 Personen (davon 32 Männer und 10 Frauen, ca. 81%) gaben an, „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ zu sein und 8 Personen (ca. 15%) waren demgegenüber „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ (siehe Abbildung: 3). Auch hier (ähnlich wie bei Frage 1) waren Männer, prozentual gesehen, zufriedener als Frauen (vgl. Ergebnisse im Anhang D).

Zu Frage 4 in Bezug auf Akzeptanz, Wertschätzung und Diskretion durch den Arzt zeigten sich 36 Personen (25 Männer und 11 Frauen, was einen Wert von ca. 69% entspricht) „eher

zufrieden“ bis „sehr zufrieden“. Dagegen gab es 13 Personen, das bedeutet insgesamt 25% der Befragten, die entweder „eher unzufrieden“ oder „nicht zufrieden“ angaben (siehe Abbildung 3). Hier war im Vergleich zu den anderen Fragen, die sich auf den medizinischen Teil der Substitution bezogen, die größte Unzufriedenheit, die  $\frac{1}{4}$  der Befragten entsprach. Frauen waren, prozentual betrachtet, mit „Akzeptanz, Wertschätzung und Diskretion“ zufriedener als Männer (vgl. Ergebnisse im Anhang D).

Die hohen Werte an Unzufriedenheit, was „Akzeptanz, Wertschätzung und Diskretion“ beim medizinischen Teil der Befragung betrifft, waren Anlass dafür weiterhin zu untersuchen, ob sich diesbezüglich Zusammenhänge im Vergleich mit den erfragten personenbezogenen Merkmalen feststellen ließen. Es zeigte sich mit zunehmenden Alter eine Steigerung der Unzufriedenheit der Klienten. Jedoch betraf dies nicht die letzte Gruppe der Klienten, die angaben, älter als 50 Jahre zu sein. Diese waren in Bezug zu dieser Frage „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“. (siehe Abbildung 6)

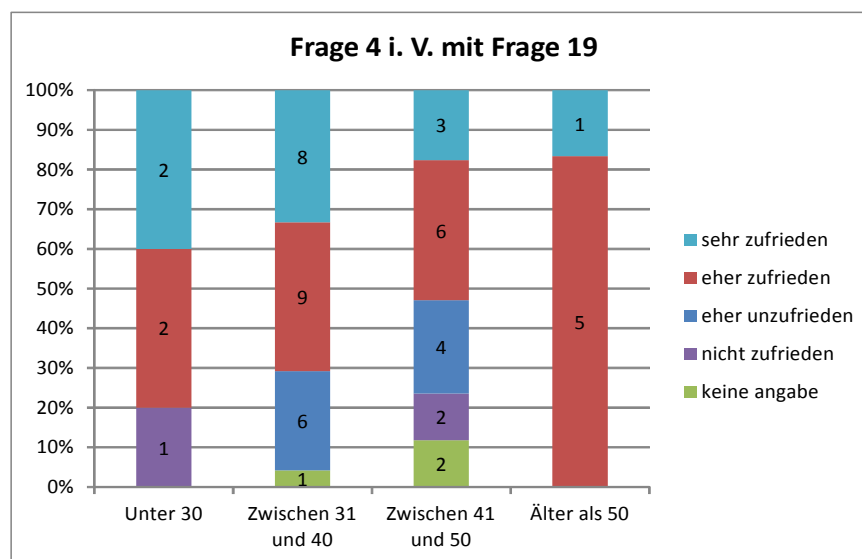


Abbildung 6

### 6.3.2 Zufriedenheit in Bezug auf die psychosoziale Betreuung

Bei der Betrachtung des Diagramms in Bezug auf die idh (Fragen 5-8) fällt auf, dass sich eine relativ große Anzahl der Klienten für die Angabe „sehr zufrieden“ bei den Fragen 5 und 6 entschieden hat (siehe Abbildung 7).

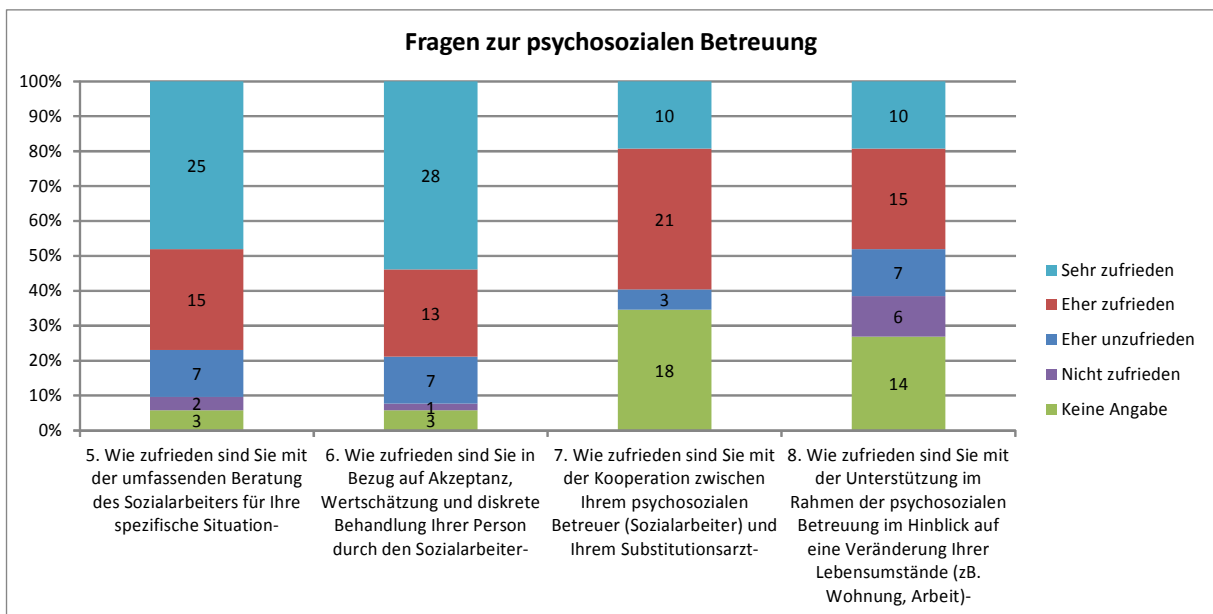


Abbildung 7

In Bezug auf die „umfassende Beratung“ durch den Sozialarbeiter für die individuelle Situation (Frage 5) gaben 40 Personen an (davon 29 Männer und 11 Frauen, was einem Gesamtwert von ca. 77% entspricht), meist „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“ zu sein. Frauen schienen, prozentual gesehen, zufriedener zu sein als Männer (vgl. Ergebnisse im Anhang D). Neun Personen, (beinahe jeder Sechste, d.h. ca. 17%), waren jedoch „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ bei Frage 5 (siehe Abbildung 7).

In Bezug auf die umfassende Beratung durch den Sozialarbeiter (Frage 5) interessierte mich, außer dem Geschlecht noch weitere Merkmale zu untersuchen, die mit hoher Zufriedenheit einhergingen. Dabei fiel auf, dass mit ansteigender Dauer der Substitution, immer mehr Klienten „sehr zufrieden“ bei dieser Frage angaben. Der Höhepunkt wurde bei einer Substitutionsdauer von 1 bis max. 2 Jahren erreicht, was möglicherweise darauf hindeutet, dass sozialarbeiterische Beratung im Laufe der Zeit immer mehr akzeptiert und als hilfreich wahrgenommen wurde (was durchaus die Vermutung stützen kann, dass die PSB ein günstiger Bestandteil im Hilfesystem für Opioidabhängige darstellt). Ab einer Substitutionsdauer von 2 bis 5 Jahren stellte sich wieder erste Unzufriedenheit ein (Wiederauftreten von „eher unzufrieden“- Antworten). Bei den Personen, die länger als 5 Jahre substituiert wurden, fehlte jegliche Angabe von „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“. Dennoch muss hier beachtet werden, dass nur 3 Personen über 5 Jahre oder länger substituiert wurden, was dieses Ergebnis als nicht sehr aussagekräftig erscheinen lässt. (siehe Abbildung 8)

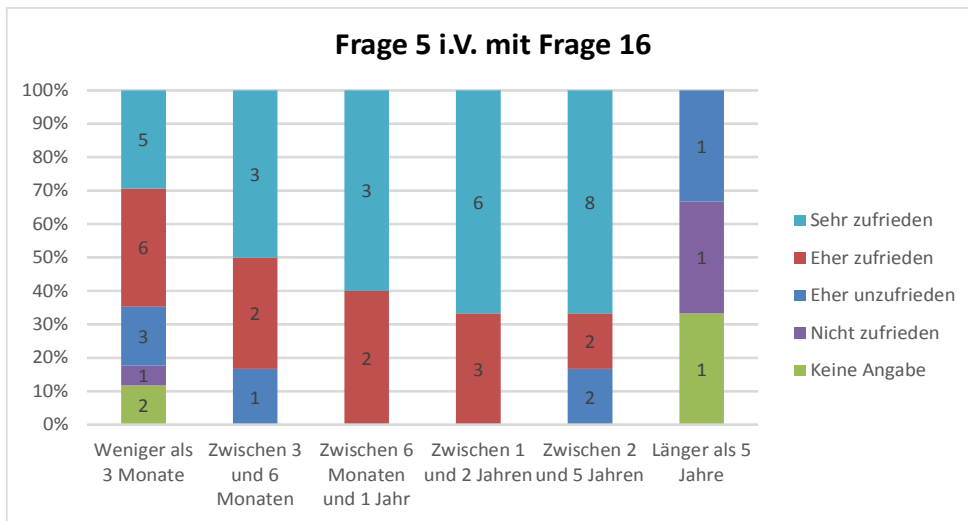


Abbildung 8

Auffällig bei der Untersuchung weiterer personenbezogener Merkmale ist, dass Klienten, die angaben zum ersten Mal substituiert zu werden, mit der „umfassenden Beratung des Sozialarbeiters“ ohne Ausnahme „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ waren. Demgegenüber waren Klienten, die bereits andere Erfahrungen mit einer Substitution hatten, offenbar kritischer. 42 Personen gaben an, bereits Vorerfahrungen zu haben und 9 davon (ca. 21%) entschieden sich hier für die Angabe „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“. (siehe Abbildung 9)

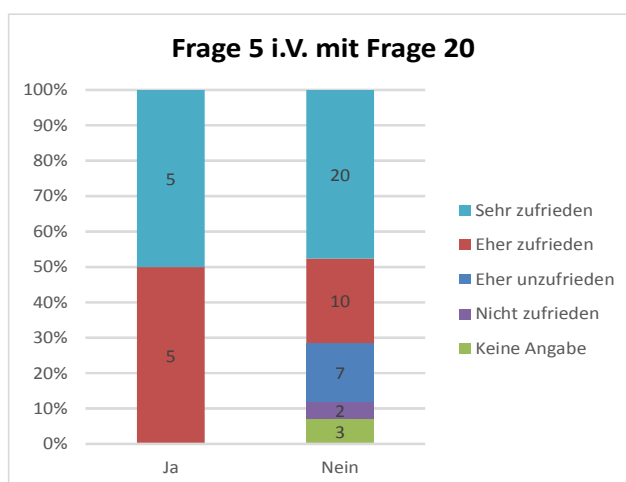


Abbildung 9

Was die Frage 6 zu „Akzeptanz, Wertschätzung und diskreten Behandlung“ seitens der Sozialarbeiter betrifft, so sind hier 41 Personen (davon 29 Männer und 12 Frauen, was ca. 79% entspricht) „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“ (siehe Abbildung 7; Ergebnisse im Anhang D). 8 Personen geben dagegen an, „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ zu sein (ca. 15 %) (siehe Abbildung 7). Der Prozentanteil der Frauen, die angaben, zufrieden zu sein, war hier höher als derjenige der Männer (vgl. Ergebnisse im Anhang D). Ein Vergleich der Angaben „eher unzufrieden“ und „nicht zufrieden“ zwischen Frage 4 und Frage 6 in Bezug auf „Akzeptanz, Wertschätzung und Diskretion“ zum einen des Arztes und zum anderen des Sozialarbeiters zeigte, dass bis auf zwei Ausnahmen die Bewertungen differierten (vgl. Ergebnisse im Anhang D). Die zwei Ausnahmen äußerten sich gegenüber beiden Professionen als „eher unzufrieden“ (vgl. Ergebnisse im Anhang D). Insgesamt betrachtet waren 5 Klienten mehr „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ mit den Sozialarbeitern als im Vergleich dazu mit den Ärzten (siehe Abbildung 3 in Vergleich zu Abbildung 7).

Zu Frage 7, die die Kooperation zwischen Malteser Substitutionsambulanz und idh zum Gegenstand hatte, gab es 31 Personen (von denen 21 Männer und 10 Frauen waren), die „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ angaben (siehe Abbildung 7; vgl. Ergebnisse im Anhang X). Drei der Klienten (Männer) gaben an, „eher unzufrieden“ zu sein (siehe Abbildung 7). Da es einen hohen Anteil an Enthaltungen gab (18 Personen), wurden die Personen, die keine Angabe machten, in der prozentualen Berechnung der Zufriedenheit nicht mitberücksichtigt (siehe Abbildung 7). Damit wären ca. 91 % mit der Kooperation zufrieden. Zu der großen Anzahl an Enthaltungen kann folgendes vermutet werden: a) möglicherweise wurde die Frage undeutlich formuliert, die Klienten wussten somit nicht genau, worauf sich die Kooperation beziehen sollte und/oder b) das Ergebnis kann darauf zurückgeführt werden, dass sich die Mehrheit unter 3 Monaten in Substitutionsbehandlung befand und somit noch nicht über ausreichend Erfahrungen verfügte (siehe Abbildung 2). Im Übrigen waren mit der Kooperation der Sozialarbeiter und der Ärzte, prozentual betrachtet, Frauen zufriedener als Männer (vgl. Ergebnisse im Anhang D).

Bei Frage 8, „wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung in der psychosozialen Betreuung im Hinblick auf eine Veränderung Ihrer Lebensumstände“, gab es 14 Personen (ca. 27%), die hierzu keine Angabe gemacht hatten (siehe Abbildung 7). Aus den Gesprächen, die sich zu dieser Frage entwickelt haben, kann teilweise erklärt werden, weshalb es Klienten gab, die hierzu keine Angaben machten. Unter Berücksichtigung, dass sich die meisten Befragten erst

weniger als 3 Monate in der Einrichtung befanden, schätzten Einige den Zeitpunkt als zu früh ein, um von Veränderungen in Bezug auf ihre Lebensumstände mit Hilfe sozialarbeiterischer Unterstützung reden zu können (siehe Abbildung 10). Von den insgesamt 17 Personen, die sich unter 3 Monate in der Substitution befanden, entschlossen sich (im Vergleich zu den anderen Gruppen), nämlich 6 Personen, „keine Angabe“ zu machen (siehe Abbildung 10). Andere wiederum teilten mir mit, schon vor der Substitution, z.B. eine eigene Wohnung und/oder Arbeit gehabt zu haben oder führten das Ergebnis, (dass sie eine Wohnung und/oder Arbeit haben) generell auf sich selbst und nicht auf die erhaltene PSB zurück.

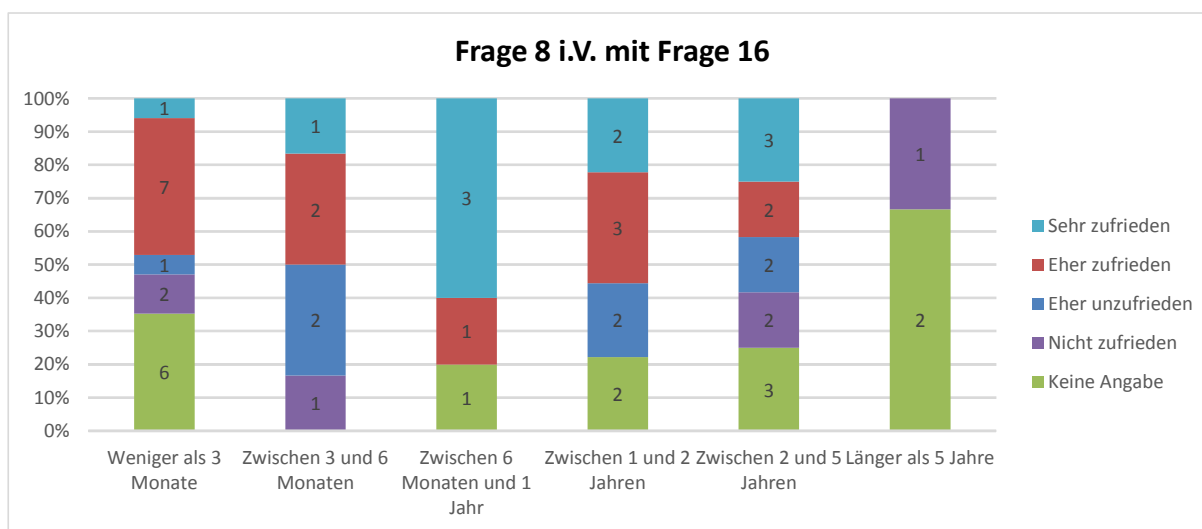


Abbildung 10

Im Vergleich der Frage 8 in Verbindung mit der Frage 16 (Substitutionsdauer) fiel zudem auf, dass diejenigen, die höchste Zufriedenheit äußerten (die meisten „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“ Angaben machten), die sich zwischen 6 Monate und einem Jahr in Substitutionsbehandlung befanden. Bis zu einer Substitutionsdauer von maximal einem Jahr stieg prozentual betrachtet die Zufriedenheit an, danach fiel diese schrittweise ab. (siehe Abbildung 10)

Die Tatsache, dass so viele bei Frage 8 „Keine Angabe“ gemacht haben, hat sich jedenfalls auch deutlich auf die anderen Werte zu dieser Frage ausgewirkt. Insgesamt gab es (wenn die Personen, die keine Angabe gemacht haben, nicht mitberücksichtigt werden) ca. 66%, d.h. 25 Personen, (von denen 17 männlich und 8 weiblich waren), die im Hinblick auf eine Veränderung ihrer Lebensumstände aufgrund der PSB angaben, „eher zufrieden“ bis „sehr

zufrieden“ zu sein. Prozentual betrachtet, war die Zufriedenheit bei den Frauen höher. Im Vergleich zu den anderen Fragen zur PSB zeichnete sich hier (Frage 8) generell die größte Unzufriedenheit ab. Diese beträgt ca. 34% (13 Personen, von denen 10 Männer waren und 3 Frauen), wenn aus der Berechnung auch hier die 14 Personen ausgelassen werden, die keine Angaben machten. (siehe Abbildung 7; vgl. Ergebnisse im Anhang D).

Die niedrigen Zufriedenheitswerte zu dieser Frage veranlassten die Untersuchung, ob es erfragte personenbezogene Merkmale gibt, die mit Unzufriedenheit einhergehen. Beim Vergleich der Ergebnisse aus den Fragen: 16, 19, 20 und 22 fiel auf, dass sich die größte Unzufriedenheit in Kombination mit der Antwort zu Frage 22, dass dies nicht das Substitutionsmittel ihrer Wahl ist, feststellen ließ. Von den 13 Personen, die angaben, im Hinblick auf eine Veränderung ihrer Lebensumstände „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ zu sein, hatten 7 Personen gleichzeitig angegeben, nicht das Substitutionsmittel ihrer Wahl zu erhalten (50%). Nachfolgende Abbildung (siehe Abbildung 11) soll dies noch einmal verdeutlichen:

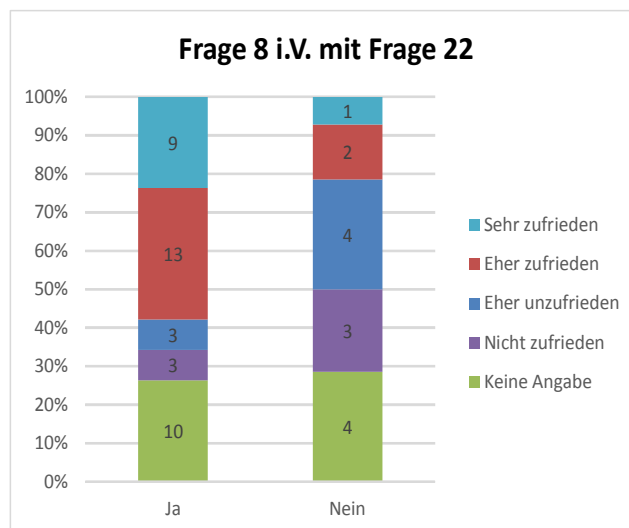


Abbildung 11

### 6.3.3 Zufriedenheit in Bezug auf die Wirkung der Substitutionbehandlung

Bei den Fragen 9: „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer gesundheitlichen Verfassung seit Beginn der Substitution?“ und Frage 10: „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer psychischen Verfassung seit Beginn der Substitution bis heute?“ gab es, wie bei den Fragen 7 und 8, einen relativ hohen Anteil an Personen, die „keine Angabe“ machten. Es waren 7 Personen (ca. 13 %), die sich eines Urteils zur gesundheitlichen

Verbesserung und 9 Personen (ca. 17%), die sich einer Angabe in Bezug auf die Entwicklung ihrer psychischen Verfassung enthielten. (siehe Abbildung 12)

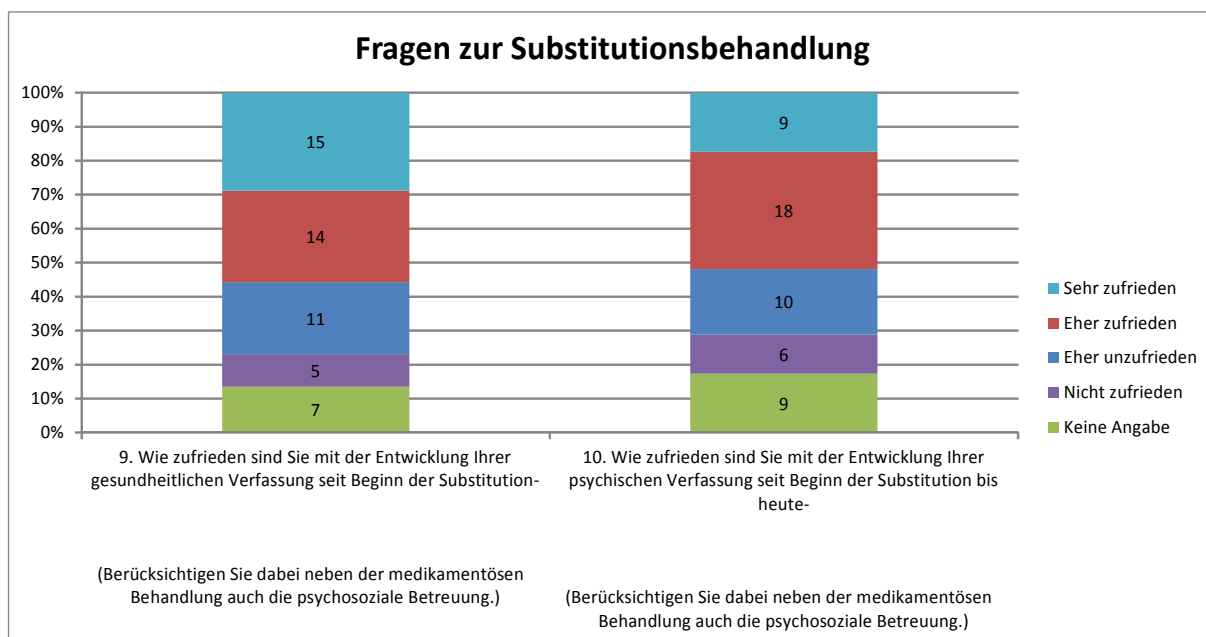


Abbildung 12

Aus Rückfragen während der Befragung, konnte entnommen werden, dass einige Personen Schwierigkeiten mit den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu diesen zwei Fragen hatten, weshalb keine Angaben gemacht wurden. Es gab Personen, die z.B. eine Verbesserung oder Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes oder ihrer psychischen Verfassung nicht auf die Substitutionsbehandlung zurückführten. Einige teilten mir wiederum mit, nicht lange genug in der Substitution zu sein, um eine Beurteilung dazu abgeben zu können. Des Weiteren war von mir bei der Konstruktion der Frage 9 nicht mitbedacht, dass es unter Umständen vorkommen kann, dass sich z.B. ein gesundheitliches Problem verbessert, sich gleichzeitig aber ein anderes gesundheitliches Problem einstellen kann und von daher keine eindeutige Entscheidung seitens der Klienten getroffen werden konnte. Nach Rücksprache mit dem Verwaltungsleiter der Einrichtung der Malteser und der dort beschäftigten Substitutionsärztin, ergab sich hier noch eine weitere Interpretationsmöglichkeit für dieses Verhalten. Es wird vermutet, dass aufgrund der „Suchterkrankung“, bei einigen Klienten von einer sog. „Indolenz“ ausgegangen werden kann. Demnach sind diese nicht mehr in der Lage, auf die eigene Körperwahrnehmung zu achten, so dass angenommen werden kann, dass es einigen Personen nicht möglich war, ihren physischen oder psychischen Gesundheitszustand einzuschätzen, um eine Angabe machen zu können.

Die Tatsache, dass sich so viele mit „keiner Angabe“ eines Urteils enthielten, zeigte auch hier



Auswirkungen auf die anderen Ergebnisse, bezogen auf die Zufriedenheit, bzw. Unzufriedenheit. Bei Frage 9 gaben insgesamt 29 Personen an (22 Männer und 7 Frauen) „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“ zu sein, wobei beide Werte in diesem Bereich fast gleichhoch waren (14 Personen antworteten „eher zufrieden“, 15 „sehr zufrieden“). Das entspricht insgesamt einem Wert von ca. 64 %, wenn die Personen, die bei Frage 9 „keine Angabe“ gemacht haben, nicht mitberücksichtigt werden. „Eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ mit der Entwicklung ihrer gesundheitlichen Verfassung waren 16 Personen (12 Männer und vier Frauen), was dann insgesamt ca. 36% ausmacht (ausgenommen diejenigen, die „keine Angabe“ gemacht haben). Männer gaben sich mit der Entwicklung ihrer gesundheitlichen Verfassung, prozentual gesehen, leicht zufriedener als Frauen. (siehe Abbildung 12; vgl. Ergebnisse im Anhang D)

Auch hier stellte sich die Frage, ob es außer dem Geschlecht noch andere personenbezogene Merkmale gibt, die mit hoher Zufriedenheit einhergehen. Wie bei Frage 5 (zur umfassenden Beratung des Sozialarbeiters) lag es nahe, den Einfluss der Dauer der aktuellen Substitution auf die Zufriedenheit der Personen zu untersuchen. Dabei zeigte sich, dass, je länger die Klienten in der Substitution waren, die Zufriedenheit, bezogen auf ihre gesundheitliche (körperliche) Verfassung, stetig zunahm. Für Personen mit einer Substitutionsdauer von länger als 5 Jahren konnte keine eindeutige Schlussfolgerung über deren Zufriedenheit mit der Entwicklung ihrer gesundheitlichen Verfassung getroffen werden, da es nur drei Befragte und drei ganz unterschiedliche Angaben hierzu gab. (siehe Abbildung 13)

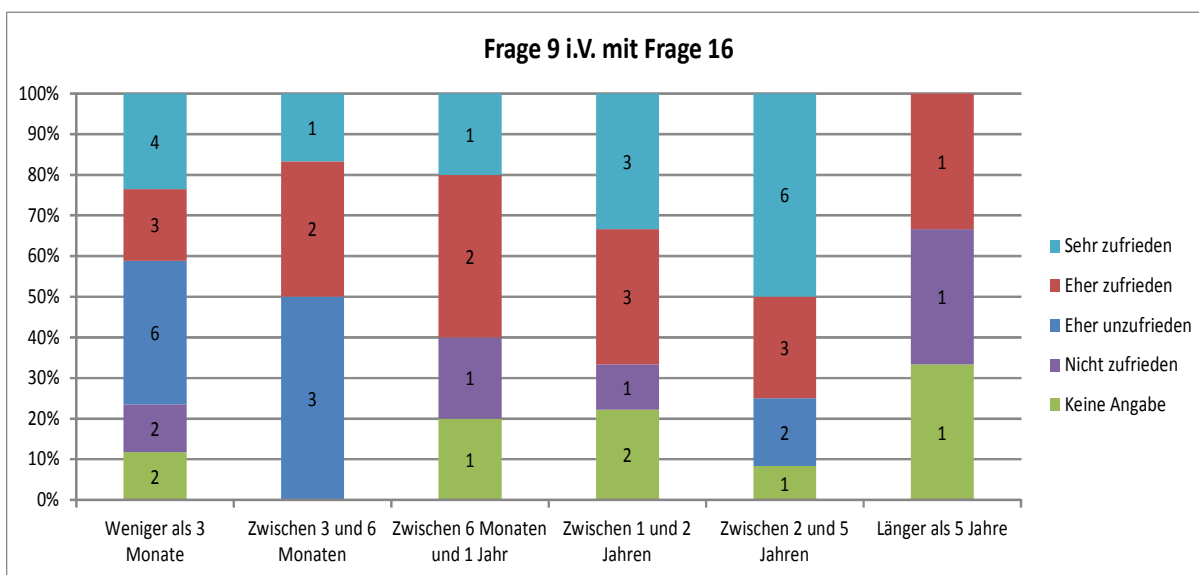


Abbildung 13

Gleichzeitig wurde untersucht, ob sich auffällige Zusammenhänge zwischen der Klientenzufriedenheit im Vergleich mit dem Alter feststellen lassen. Dabei zeigte sich, dass die Gruppe der zwischen 31 und 40- Jährigen mit ihrer gesundheitlichen Situation (prozentual betrachtet), am wenigsten zufrieden war. Die Zufriedenheit stieg mit zunehmendem Alter, wobei auch hier daran erinnert werden muss, dass die Anzahl der Befragten, die älter als 50 Jahre waren abnahm, was die Aussagekraft dieses Ergebnisses schmälert. (siehe Abbildung 14)

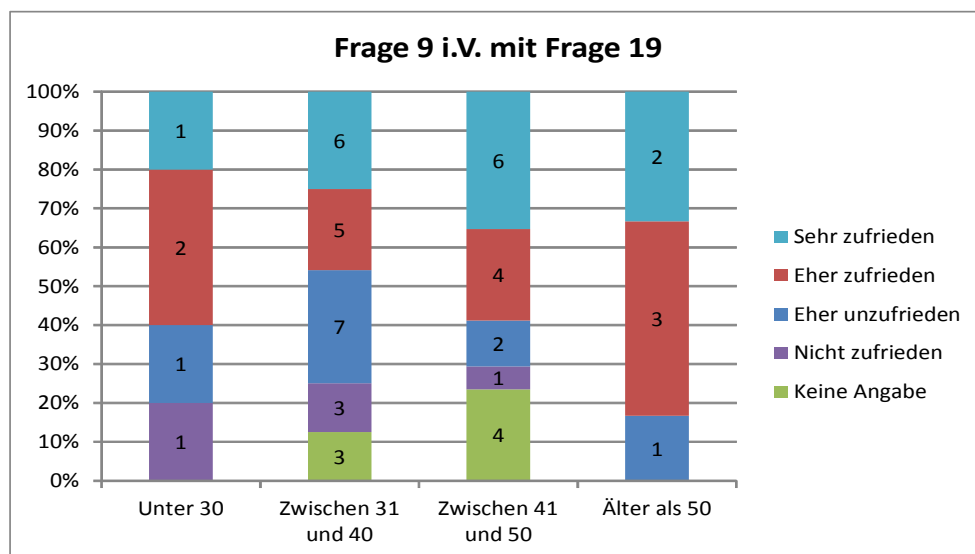


Abbildung 14

Auch wurde schließlich untersucht, ob sich Tendenzen zur Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Verfassung feststellen lassen, wenn Klienten das Substitutionsmittel ihrer Wahl erhielten (Frage 22). Die Zufriedenheit betrug 63% bei denjenigen, die das Mittel ihrer Wahl erhielten, hingegen bei denjenigen, die nicht das Mittel ihrer Wahl erhielten, zeigte sich, dass diese mit der Entwicklung ihrer gesundheitlichen Situation insgesamt unzufriedener waren. Prozentual betrachtet gaben ca. 29%, derjenigen an, die nicht das Substitutionsmittel ihrer Wahl erhielten, „sehr zufrieden“ bis „eher zufrieden“ mit ihrer gesundheitlichen Verfassung zu sein, wobei 50% (d.h. jeder Zweite) angaben „eher unzufrieden“ zu sein. (siehe Abbildung 15)

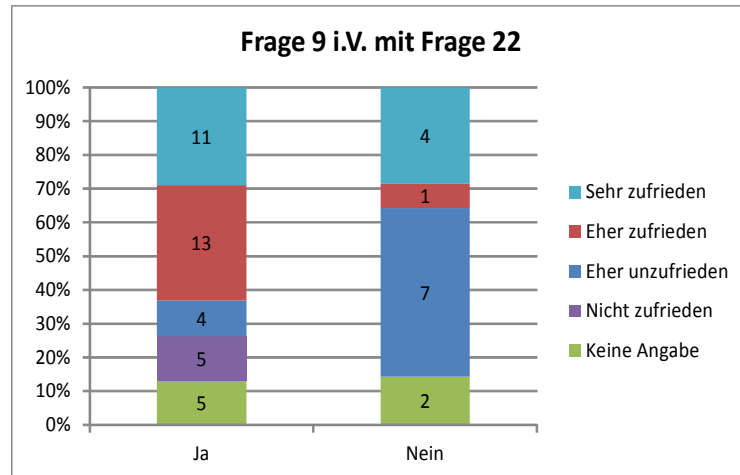


Abbildung 15

Bei der Frage 10: „Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer psychischen Verfassung seit Beginn der Substitution bis heute?“ haben 9 Personen (ca. 17%) keine Angaben gemacht. Auch hier gilt in Bezug auf die Gründe, warum es zu Enthaltungen kam sowie auch in Bezug auf eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse, das schon zu Frage 9 Gesagte. „Eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ waren 27 Personen (darunter 21 Männer und 6 Frauen), somit ca. 63% (unter Auslassung der Personen, die keine Angabe machten). Demgegenüber waren 37% „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“ (darunter 11 Männer und 5 Frauen). Prozentual gesehen, waren Männer mit ihrer psychischen Verfassung zufriedener als Frauen. (siehe Abbildung 12; vgl. Ergebnisse im Anhang D)

Auch hier, wie bei Frage 9 wurde versucht, herauszufinden, ob sich Tendenzen zur Zufriedenheit ergeben, anhand der Dauer der Substitutionsbehandlung, dem Alter oder ob die Klienten das Substitutionsmittel ihrer Wahl erhalten. Wird die Zufriedenheit in Bezug auf eine Veränderung der psychischen Verfassung im Verlauf der Substitutionbehandlung mit den Ausgangswerten der unter 3 Monate Substituierten verglichen, so zeigt sich insgesamt, dass die Zufriedenheitswerte schwanken. Zwischen 2 und 5 Jahren sind Klienten auf jeden Fall zufriedener mit den Veränderungen ihrer psychischen Verfassung, als diejenigen, die sich in der Anfangszeit der Substitutionsbehandlung befinden. Für die Dauer von über 5 Jahren Substitutionsbehandlung können, da es nur 3 Befragte dazu gibt (von denen zwei sogar „keine Angabe“ machten), keine eindeutige Aussagen getroffen werden. (siehe Abbildung 16)

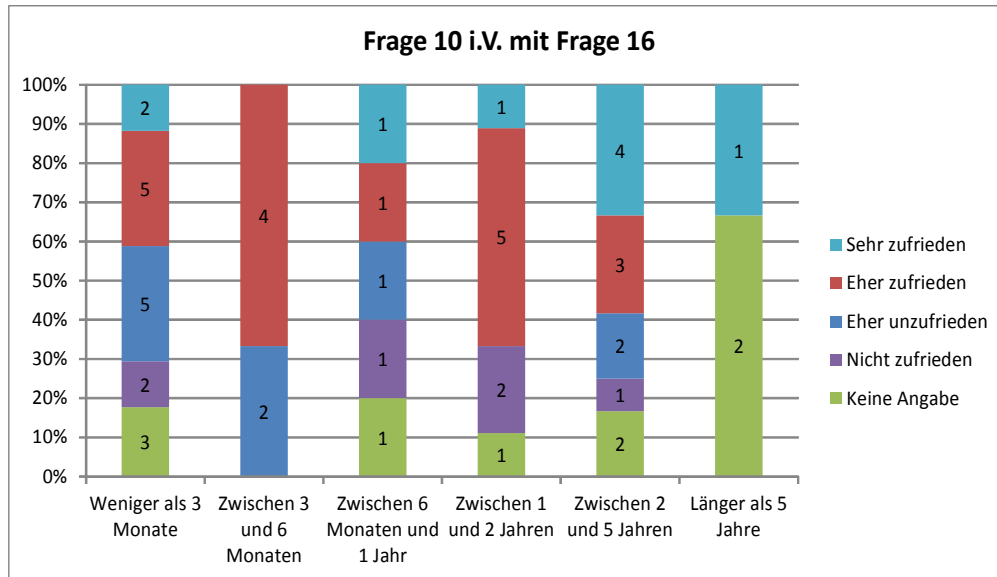


Abbildung 16

Außerdem wurde der Zusammenhang der Zufriedenheit mit der psychischen Verfassung im Vergleich mit den Angaben zum Alter untersucht. Dabei zeigte sich (prozentual betrachtet), dass die Gruppe der unter 30- Jährigen und die der über 50- Jährigen hier am meisten zufrieden waren. Die größte Unzufriedenheit prozentual betrachtet, ließ sich in der Gruppe der „zwischen 31- und 40- Jährigen“ feststellen, gefolgt von der Gruppe der „zwischen 41 und 50- Jährigen“, wobei hier gesagt werden muss, dass diese zwei Altersgruppen in der Befragung ohnehin am stärksten vertreten waren. (Siehe Abbildung 17)

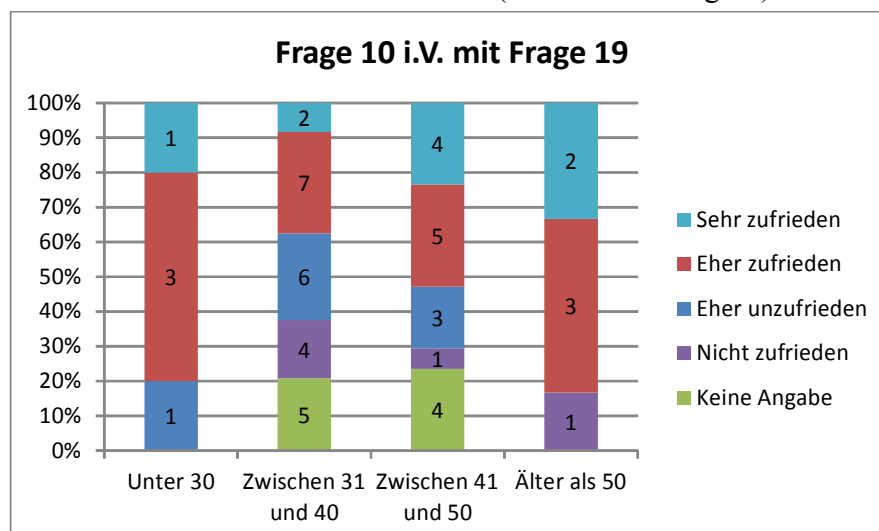


Abbildung 17

Zusätzlich wurde der Zusammenhang untersucht, ob Klienten mit der Veränderung ihrer psychischen Situation zufriedener sind, wenn sie das Substitutionsmittel ihrer Wahl erhalten. Die Zufriedenheit der Klienten war auch hier (wie bei Frage 9 zur Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Verfassung, wenn sie das Mittel ihrer Wahl erhielten) eindeutig größer als bei denjenigen Klienten, die nicht das Substitutionsmittel ihrer Wahl erhielten. 50%, d.h. jeder zweite Klient, der nicht das Mittel seiner Wahl erhielt, war in der Befragung im Hinblick auf eine Veränderung seiner psychischen Verfassung „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“. (siehe Abbildung 18)

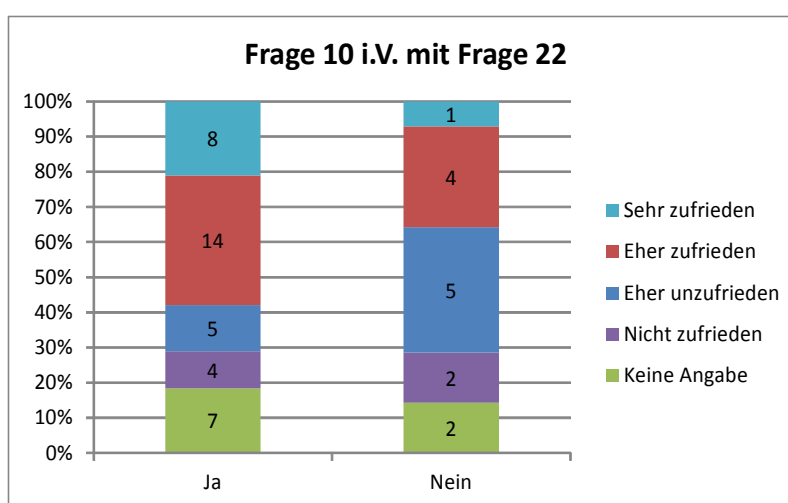


Abbildung 18

### 6.3.4 Zufriedenheit/ Unzufriedenheit in den Freikommentaren

Zu Frage 11 „Was finden Sie besonders gut an der medizinischen Vergabe (Substitution) bei der Malteser Substitutionsfachambulanz Schielestraße Frankfurt?“ gab es insgesamt 15 Äußerungen, die hier kurz dargestellt werden sollen. An erster Stelle steht die sofortige/schnelle Aufnahme, zu der es fünf Nennungen gibt, wobei in einem Fall konkretisiert wird, dass die Aufnahme „einfach“ sei und es sogar „ohne aktuelle Krankenversicherung“ geklappt hätte. Weiter gibt es dreimal Lob für die freundlichen Mitarbeiter/ sehr freundliches Personal der Einrichtung der Malteser Schielestraße, einmal werden dabei auch „kooperative Ärzte“ erwähnt. Eine Person gibt an, sich gut aufgehoben zu fühlen. Eine andere Person lobt den guten persönlichen Umgang. Zwei weitere Personen finden die Vergabezeiten gut, eine nennt dafür als Grund ihre Arbeitstätigkeit. Eine weitere Person findet es gut, dass sich die Substitutionsambulanz in der Nähe ihrer Wohnumgebung

befindet. Schließlich wird einmal erwähnt, dass das Substitut (das Mittel der Wahl war) geholfen hat, den Tagesablauf zu strukturieren. Es fällt auf, dass hier 10 der 15 Äußerungen von Klienten stammen, die noch nicht lange in der Einrichtung sind (6 Personen sind weniger als drei Monate in Substitution und 4 unter einem Jahr). (vgl. Ergebnisse im Anhang D)

Bei der Frage 12: „Was finden Sie besonders gut an der psychosozialen Betreuung durch die idh?“ gibt es insgesamt 17 Äußerungen. Die meisten Äußerungen beziehen sich darauf, dass Klienten von Sozialarbeitern Hilfe orientiert an ihren Bedürfnissen bekommen. Eine Person grenzt die Hilfe ein und drückt Folgendes aus „in Bezug auf Entgiftung oder Übergangseinrichtung wird einem geholfen“. Eine Sozialarbeiterin wird als besonders „engagiert“ gelobt, wobei eine andere Person wohl auf Grund von verschiedenen Erfahrungen mit Sozialarbeitern der idh behauptet, dass es Sozialarbeiter gäbe, die „in Ordnung“ sind, einige wären dagegen „fragwürdig“. Weiterhin werden Sozialarbeiter als „freundlich“, „kooperativ“ und „locker“ bezeichnet. Eine Person gibt an, es gut zu finden, dass sie nicht zu einer Betreuung gedrängt wird. Auch dass Sozialarbeiter der idh „gut ansprechbar“/ erreichbar sind, sowie dass die PSB in der Einrichtung der Malteser angeboten wird und nicht getrennt, wird von den Klienten geschätzt. Schließlich gibt es noch eine Person, die es besonders gut findet, dass es alle drei Monate ein kostenloses Essen gibt (diese Angabe wurde versehentlich zur Frage 15 gemacht). Auffällig an dieser Fragenbeteiligung ist, dass sich auch hieran wiederum hauptsächlich diejenigen beteiligen, die erst seit kurzem, d.h. unter drei Monaten bis zu einem Jahr in Substitution sind (13 Personen). (vgl. Ergebnisse im Anhang D)

Bei der Frage 13: „Welcher Verbesserungen bedarf es in der medizinischen Vergabe?“ gab es insgesamt 17 Personen, die sich äußerten. Am häufigsten wurde die unpersönliche Beziehung seitens der Ärzte zu den Klienten kritisiert sowie, dass es keine Take- Home Vergabe gibt. Klienten wünschen sich eine individuellere Behandlung und kein „Schubladendenken“. Außerdem gibt es einige, die die Vergabezeiten kritisieren. Zwei Personen wünschen sich, dass die Vergabe früher wäre, dabei erklärt eine Klientin, dass Sie dadurch mehr unternehmen könnte. Eine dritte Person wünscht sich auch zeitlich mehr Vergabemöglichkeiten und macht folgenden Vorschlag: „z.B. 8-10 Uhr morgens und 14-16 Uhr“. Die Wartezeiten beim Arzt werden auch als störend empfunden, eine Person schlägt als Lösung vor, „Arzttermine“ zu vergeben. Weiterhin gibt es drei Klienten, die mit dem Substitut unzufrieden sind. Zwei geben an, sich als Substitut „Polamidon“ zu wünschen und eine andere Person äußert den generellen Wunsch ein „qualitativ besseres Substitut“ zu erhalten. Eine Person gibt an, sich

„mehr Diskretion“ während der medizinischen Vergabe zu wünschen und eine andere, dass das Gebührenden „von Fall zu Fall“ betrachtet werden sollte. Außerdem wünscht sich eine weitere Person mehr Toleranz gegenüber Beikonsum und eine andere gibt an, „entzünftig“ zu sein (somit Beikonsum zu haben), weil die Dosierung zu niedrig ist und ihre Meinung nicht genug einbezogen wird. Auch sollten nach Angaben einer Person die Abgabezeiten des Substituts und der Bringservice (Schuttle- Bus) vom Eastside besser aufeinander abgestimmt werden. Eine Person wünscht sich generell bessere Kommunikation zwischen den Maltesern und dem Sozialdienst der idh und eine andere kritisiert die Ausgangsvoraussetzungen für die Aufnahme in die Substitution. Sie äußert den Wunsch, dass die Aufnahme in die Substitution auch ohne des Nachweises „positiv“ auf Opiate erfolgen soll, um somit einen Rückfall zu vermeiden. Was zusätzlich hier schon (aber auch später in der Frage 15 meine Fragebogens) kritisiert wird, ist „die Drogenproblematik auf der Straße vor der Abgabe“ (=Dealen)(zeitlich vor der Vergabe des Substituts). (vgl. Ergebnisse im Anhang D)

Bei der Frage 14: „Welcher Verbesserungen bedarf es im Angebot der psychosozialen Betreuung der idh?“ gibt es insgesamt 11 Äußerungen. Im Vordergrund der Verbesserungsvorschläge steht hier das Verhalten der Sozialarbeiter. Es wird sich von zwei Personen mehr individuelle Befassung mit den Klienten gewünscht, eine Person fühlt sich missverstanden, eine andere wünscht, dass besser auf den Einzelnen eingegangen wird. Von Sozialarbeitern wird weiter erwartet, dass sie die Initiative ergreifen, (da es vielen Leuten schwerfallen würde, Sozialarbeiter von alleine anzusprechen), dass sie mehr Interesse zeigen, mehr erklären und „mehr Vorarbeit, z.B. zum Thema Wohnung, Bewerbung“ leisten sollen. Eine weitere Person gibt an, (versehentlich bei Frage 12), dass einige Sozialarbeiter „fragwürdig sind“, ohne aber konkret zu werden. Auch wird von einer Person Toleranz gegenüber Beikonsum gewünscht. Weiterhin gibt es einen Vorschlag, das Hausverbot der idh in eine Geldstrafe oder Arbeitsstunden abzuwandeln und die Sanktionen der idh nicht auf die Substitution bei den Maltesern zu übertragen. (vgl. Ergebnisse im Anhang D)

Bei der Frage 15: „Was unterscheidet die Malteser von anderen Substitutionsfachambulanzen?“ gibt es insgesamt 24 Nennungen hierzu, in positiver sowie auch in negativer Hinsicht (Kritik). Als besonders gut wird von 10 Personen die „schnelle“/ „sofortige Aufnahme“, bzw. die „Niedrigschwelligkeit“ bezeichnet. Eine Person gibt hier an, dass es „unkomplizierter“ sei, als bei einem privaten Arzt. Einmal werden die Öffnungszeiten als besonders gut bezeichnet und eine Person erwähnt zudem, es gut zu finden, dass Methadon

„im Laufe der Zeit“ und „nicht abrupt“ (wie in anderen Einrichtungen) reduziert wird. Stark problematisiert wird dagegen von 9 Personen, die vorwiegend noch nicht lange in Substitution sind (hauptsächlich unter einem Jahr), die Szeneansammlung inklusive Dealen und Crack-Rauchen direkt in (auf dem Gang) und vor der Einrichtung, sowie in der gesamten Schielestraße, weshalb es schwierig sei, ein beikonsumfreies/ ein cleanes Leben zu führen. Es wird als „störend“, „nicht gut“, bzw. „schlecht“ bezeichnet. Eine Person spricht sogar bereits die Überlegung aus, aus diesem Grund die Einrichtung zu wechseln. (vgl. Ergebnisse im Anhang D)

#### **6.4 Zusammenfassung der Befragungsergebnisse, kritische Betrachtungen und Empfehlungen für die Einrichtungen**

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Studie von Deimel zu der PSB waren bei dieser Befragung Männer generell unzufriedener als Frauen. Nur in Bezug auf Frage 1 und 3 zum medizinischen Teil der Behandlung zeigten Männer (prozentual betrachtet) höhere Zufriedenheit. Der Prozentsatz der Personen, die in der vorliegenden Befragung nicht das Mittel ihrer Wahl erhielten (27%), war nur leicht höher als der Prozentsatz derjenigen Personen aus der JES- Studie, die in der Medikamentengruppe „Methadon“ angegeben hatten, nicht das Mittel ihrer Wahl zu erhalten (26%). Personen, die nicht das Substitutionsmittel ihrer Wahl erhielten, zeigten sich (in der von mir durchgeführten Studie) speziell bei den Fragen: 2, 8, 9 und 10 unzufriedener, als diejenigen Personen, die das Mittel ihrer Wahl erhielten. Dieses Ergebnis stützt damit die Aussagen zur JES- Studie, wonach es kritisch zu betrachten ist, wenn Substituierte nicht das Mittel ihrer Wahl erhalten (siehe Kapitel: 3.5.3). Insbesondere die Tatsache, dass 50% der Befragten, die nicht das Mittel ihrer Wahl erhielten, auch mit der Entwicklung ihrer gesundheitlichen (körperlichen) und psychischen Verfassung unzufrieden waren, wirft Fragen nach möglicherweise notwendigen Veränderungen auf. Weiterhin ist erwähnenswert, dass in der von mir durchgeführten Studie, speziell bei den Fragen 9 und 10 die größte Unzufriedenheit in der Gruppe der 31 bis 40 - Jährigen bestand. Bei den Fragen 2, 5, 9 und 10, unter Betrachtung der individuellen Substitutionsdauer, bestand außerdem die größte Unzufriedenheit bei denjenigen Substituierten, die weniger als 3 Monate in Behandlung waren. Schließlich ist aufgefallen, dass es ausnahmsweise überhaupt kein Unzufriedenheitsurteil in Bezug auf Frage 5 gab und zwar bei den Personen, die angegeben hatten, dass es ihre erste Substitution war. Auch wenn diese Ergebnisse vorsichtig zu betrachten sind, weil die Gruppe der Befragungsteilnehmer aus



einer ungleichen Anzahl von Frauen und Männern bestand, die sich darüber hinaus noch durch weitere Merkmale unterschied (z.B. Alter, Dauer der Substitutionsbehandlung usw.), lassen sich dennoch interessante Zufriedenheitsergebnisse (ohne Begrenzung auf personenbezogene Merkmale) und einige Empfehlungen für beide Einrichtungen ableiten.

Ausgehend von Klientenäußerungen zu der Frage, was die Malteser Einrichtung von anderen Anbietern unterscheidet, wurde häufig die schnelle und unkomplizierte Aufnahme in die Substitution erwähnt, was somit auch weiterhin zu empfehlen ist. In Bezug auf Verständlichkeit von Aufklärung und Information durch den Arzt sowie im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der fachlichen Information, ließen sich sehr hohe Zufriedenheitswerte und auf den ersten Blick kein großer Verbesserungsbedarf feststellen. Was allerdings das Thema „Akzeptanz, Wertschätzung und Diskretion“ seitens der Ärzte betrifft, so erwies sich hier beinahe jeder Vierte als „eher unzufrieden“ bis „nicht zufrieden“. Dies spiegelte sich auch in den Antworten zu den offenen Fragen wieder: mehr individuelles Eingehen (möglicherweise auch flexiblere Vergabezeiten für einige Klienten) und weniger unpersönliche Behandlung wurden hier gewünscht, was möglicherweise mit dem Ausmaß der seitherigen Einbeziehung der Klientenmeinung zu tun hat. So äußerte jeder Vierte Unzufriedenheit im Hinblick auf die Einbeziehung der Klientenmeinung bei Entscheidungen der Ärzte in Bezug auf die Medikation, wobei aus den Antworten zu den offenen Fragen zu entnehmen war, dass einige der Klienten mit dem Substitut und der Dosierung nicht zufrieden waren, auch wurde von einigen Take - Home gewünscht. Diese Ergebnisse, die den medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung betreffen, überraschen nicht. Auch in der JES - Studie wurde ähnliches von Klienten bemängelt. Insbesondere was Datenschutz, Einbeziehung der Meinung, aber auch den Wunsch nach einer „individuelleren Behandlung“ betrifft.

In Bezug auf die Fragen zur psychosozialen Betreuung durch die idh, zeigten sich die höchsten Zufriedenheitswerte in der Kooperation zwischen den Sozialarbeitern und Ärzten (wobei hier jedoch darauf aufmerksam gemacht werden muss, dass Personen die „keine Angabe“ machten, aus der Berechnung ausgeklammert wurden, was erheblich das Ergebnis verzerrt). Auch in Bezug auf „Akzeptanz, Wertschätzung und Diskretion seitens der Sozialarbeiter“ ergaben sich hohe Zufriedenheitswerte. Trotzdem gab es einige Klienten, die den Wunsch äußerten, dass Sozialarbeiter ihr Verhalten ändern sollten, indem sie mehr auf sie zugehen, (individuell) eingehen und generell mehr die Gesprächsinitiative ergreifen sollten.

Die niedrigsten Zufriedenheitswerte zeigten sich im Hinblick auf die umfassende Beratung der Sozialarbeiter für die spezifische Situation der Klienten (Frage 5) sowie die Unterstützung, die sie in Bezug auf eine Veränderung ihrer Lebensumstände erhielten (Frage 8). Hier war jeder Sechste, bzw. bei Frage 8 sogar jeder Dritte „eher unzufrieden“ bis „nicht „zufrieden“. Orientiert an den Bewertungen zu diesen Fragen und ergänzend hierzu an den freien Kommentaren der Klienten, lässt sich daraus schließen, dass Sozialarbeiter künftig noch mehr (als seither), vor allem in den Bereichen der Wohnungs- und Arbeitssuche sowie bei Bewerbungen Unterstützung leisten sollten.

Zu den Fragen 9 und 10 ist zu erwähnen, dass knapp ein Drittel der Klienten angab, mit der Veränderung ihrer gesundheitlichen und auch psychischen Verfassung (nach wie vor) eher unzufrieden bis nicht zufrieden zu sein. Hierbei handelt es sich vornehmlich um Klienten, die wie bereits erwähnt, nicht das Mittel ihrer Wahl erhielten, was besonderer Aufmerksamkeit auf allen Seiten der beteiligten professionell Handelnden bedarf.

Bei den offenen Fragen (zu Lob und Kritik) für beide Einrichtungen, waren es überwiegend Personen, die unter 3 Monate substituiert wurden, die sich an der Beurteilung beteiligten. Aus deren Äußerungen, wonach die Drogenszene als „störend“ empfunden wurde, kann entnommen werden, dass zum Zeitpunkt der Befragung die Motivation bestand, beikonsumfrei zu leben, dass dies aber vielen aufgrund der Szenebildung in der Schielestraße erschwert wurde. Wenn diese Klienten tatsächlich aus eigenem Antrieb heraus die Abstinenz wollen, können hierin Entwicklungschancen gesehen werden, weshalb es wichtig ist, deren Entschluss zu unterstützen und hier Möglichkeiten zu finden, dass diese in ihrer Motivation noch weiter bestärkt werden. Hier sind jedoch beide Institutionen angesprochen gemeinsam eine Lösung zu finden.

## **7 Reflexion der Ergebnisse**

Der Wert der in dieser Arbeit durchgeführten Zufriedenheitsmessung ist schwierig zu beurteilen. Es wurde nur die subjektive Zufriedenheit, gezielt auf ausgewählte Behandlungsaspekte, untersucht, andere einrichtungsbezogene Aspekte oder auch eine umfassende Untersuchung aller denkbaren Variablen zur Patientenzufriedenheit im Bereich der Substitutionsbehandlung war im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Auch wurde keine parallele Qualitätsmessung vorgenommen, die einen generellen Abgleich der objektiven mit

der subjektiven Qualität erlaubt hätte. Der zeitliche Rahmen der Befragung war zudem begrenzt, so dass keine Vorher-/ Nachhererhebung stattfinden konnte. Daneben war die Gruppe der befragten Personen, aufgrund ungleicher Verteilung der personenbezogenen Merkmale zu heterogen, um jeweils sichere Aussagen treffen zu können. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es bei der Fragen/-, aber auch Antwortkonstruktion (speziell bei den Fragen 8, 9 und 10) zum Teil zu methodischen Fehlern gekommen ist. Es hätte hier weiterer Präzisierung einiger Fragestellungen bedurft, möglicherweise wären auch differenziertere Antwortvorgaben sinnvoll gewesen.

Vorbehaltlich all dieser Kritikpunkte sind dennoch die Ergebnisse der Befragung in verschiedener Hinsicht sehr aufschlussreich. Vor allem aus den Angaben der freien Kommentare lässt sich entnehmen, worauf Klienten besonderen Wert legen, was für die Einrichtungen auf jeden Fall als 'wegweisend' betrachtet werden kann. Behandlungsunzufriedenheit ist möglichst dadurch zu vermeiden, dass weitestgehend auf Bedürfnisse der Klienten eingegangen wird. Sollte es nämlich zu Behandlungsabbrüchen (aufgrund von Unzufriedenheit) kommen, so geht dies meist mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko für die betreffenden Personen einher. Die Ergebnisse der Befragung bestätigten, dass vor allem im Hinblick auf eine Veränderung der gesundheitlichen Situation, die Dauer der Substitutionsbehandlung offenbar positive Auswirkungen hat, was aus den diesbezüglichen Zufriedenheitsangaben hervorgeht (siehe Kapitel XX). Was die Zufriedenheit mit der Veränderung der psychischen Verfassung der Klienten betrifft, hierzu wurden sehr unterschiedliche Angaben gemacht, weshalb es weiterer Untersuchungen, möglicherweise auch im Hinblick auf die Wirksamkeit der PSB bedürfte. Es bleibt abschließend die Frage offen, wie jeweils auf die Unzufriedenheit in den verschiedenen Bereichen reagiert wird, bzw. inwieweit es zu Veränderungen kommen kann, da diese nur im Rahmen des Möglichen vorgenommen werden können, was von mir nicht beurteilt werden kann. Hier spielt z.B. auch die Kostenfrage sowie auch die Frage, wer dafür die Verantwortung übernimmt, eine wesentliche Rolle.

Für die Bewertung der Qualität der beiden Einrichtungen können natürlich lediglich subjektive Einschätzungen zur Zufriedenheit, die zudem im vorliegenden Fall nur auf Einzelaspekte beschränkt waren, nicht ausreichen. Es bleibt insofern den Einrichtungen überlassen, die Ergebnisse selbst zu interpretieren und hierauf sensibel zu reagieren, bzw. noch ergänzende Qualitätsüberprüfungen vorzunehmen.

## Literaturverzeichnis

Ballweg, Thomas/ Götsch-Ulmer, Dorothea/ Jackl, Markus (o.J.): Qualitätskriterien des DBSH. Grundraaster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit. Online im Internet: [http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Qualit\\_tskriterien.pdf](http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Qualit_tskriterien.pdf) [Stand: 28.09.14]

Bassarak, Herbert (2001): Entwicklung und Sicherung der Qualität der Jugendhilfe durch Jugendhilfeplanung. In: Bassarak, Herbert/ Steppuhn, Uwe Dieter (Hg.): Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen Sozialer Arbeit. Düsseldorf: Der Setzkasten, 13- 50, Online im Internet: [http://www.boeckler.de/pdf/p\\_edition\\_hbs\\_56.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_56.pdf) [Stand: 3.11.14]

Bauer, Rudolph (2001): Personenbezogene soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (2010): Leitfaden für Ärzte zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Broschüre). München: BAS Unternehmergeellschaft. Online im Internet: [http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS\\_Substitutionsleitfaden\\_2011\\_final\\_110107.pdf](http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_Substitutionsleitfaden_2011_final_110107.pdf) [Stand: 28.09.14]

Becker, Hans- Jürgen (2005): Verlorene Menschlichkeit: Der Patient als Kunde. Online im Internet: [http://www.herzstiftung.de/pdf/zeitschriften/HH4\\_05\\_menschlichkeit.pdf](http://www.herzstiftung.de/pdf/zeitschriften/HH4_05_menschlichkeit.pdf) [Stand: 28.09.14]

Beckmann, Christof/ Richter, Martina (2005): „Qualität“ sozialer Dienste aus der Perspektive ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Theoretische und methodologische Annäherungen. In: Oelerich, Gertrud/ Schaarschuch (Hg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München: Ernst Reinhardt, 132-147.

Bibliographisches Institut (2014): Patient. Online im Internet: <http://www.duden.de/node/694495/revisions/1347648/view> [Stand: 28.09.14]

Blumberg, Nicole (2014): Leitperspektiven und Deutungen. Wirklichkeit(en). In: Nicole Friesenhahn, Günter/ Braun, Daniela/ Ningel, Rainer (Hg.): Handlungsspielräume Sozialer Arbeit: Ein Lern- und Lesebuch, Regensburg: Barbara Budrich Verlag, 97-105

Braun, Sebastian/ Kreimeier, Simone/ Greiner, Wolfgang (2010): Messung der Patientenzufriedenheit in der Integrierten Versorgung–Eine Pilotstudie mit dem modifizierten ZAP-Fragebogen. In: Die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Nr. 2 Jg. 104, 106-112.

Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Online im Internet: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution\\_19-Februar-2010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf) [Stand: 28.09.14]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2015): Bericht zum Substitutionsregister. Online im Internet: [http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst\\_Beric](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Beric)

ht.pdf?\_\_blob=publicationFile&v=6 [18.01.15]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2014): Bericht zum Substitutionsregister. Online im Internet:

[http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst\\_Bericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6) [Stand: 28.09.14]

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Informiert und selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte. Online im Internet:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/130627\\_PRB\\_Internet\\_pdf\\_neu.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/130627_PRB_Internet_pdf_neu.pdf) [Stand: 06.01.2015]

Bundesministerium für Gesundheit (2006a): Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger Ergebnisse der Vergleichsstudie (Kurzfassung). Online im Internet:

[http://www.heroinstudie.de/Ergebnisse\\_Kurzform.pdf](http://www.heroinstudie.de/Ergebnisse_Kurzform.pdf) [Stand: 28.09.14]

Bundesministerium für Gesundheit (2006b): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger– eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie Klinischer Studienbericht zum Abschluss der 2. Studienphase. Online im Internet: [http://www.heroinstudie.de/Zusammenfassung\\_H-P2.pdf](http://www.heroinstudie.de/Zusammenfassung_H-P2.pdf) [Stand:

28.09.14]

Dampz, Magdalena/ Falcato, Luis/ Beck, Thilo (2012): Patientenzufriedenheit- Leuchtturm oder Irrlicht auf dem Weg zur Qualitätsbeurteilung ambulanter Suchtbehandlungen? Online im Internet:

[http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/2012\\_Dampz\\_Falcato\\_Beck\\_PatientenzufriedenheitLeuchtturmOderIrrlicht.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2012_Dampz_Falcato_Beck_PatientenzufriedenheitLeuchtturmOderIrrlicht.pdf) [Stand: 23.12.14]

Deimel, Daniel (2013): Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit. Marburg: Tectum Verlag.

Deimel, Daniel/ Stöver, Heino (2015): Therapeutische Ziele und Evidenz der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Nr. 1, Jg. 28, 27-36

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit (Leitlinien). Berlin: Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (o.J.a): Qualitätsbeschreibung Sozialprofessionelle Beratung. Online im Internet:

<http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/QualitaetsbeschreibungSozialprofessionelleBeratung.pdf> [Stand: 28.09.14]

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (o.J.b): Grundlagen für die Soziale Arbeit des DBSH e.V.. Ethik in der Sozialen Arbeit. Online im Internet:

<http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Ethik.Vorstellung-klein.pdf> [14.12.2014]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010): Positionspapier „Psychosoziale Betreuung Substituierter“. Online im Internet:

[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/2011-01-](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011-01-)

10\_Positionspapier\_PSB\_-\_Endfassung.pdf [Stand: 28.09.14]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2005): Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht und Drogenhilfe. Online im Internet: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/konsenspapier\\_DHS\\_akzept\\_2005.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf) [Stand: 28.09.14]

Deutsches Ärzteblatt (2001): Buprenorphin als Alternative zur Methadonsubstitution. Online im Internet: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/29578/Buprenorphin-als-Alternative-zur-Methadonsubstitution> [Stand: 1.1.15]

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik (Bericht), Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Online im Internet: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf) [Stand: 1.1.15]

Dilling, Horst/ Freyberger, Harald (2014): Taschenführer zur ICD-10- Klassifikation psychischer Störungen (7. überarb. Aufl.), Bern: Verlag Hans Huber  
Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung. Online im Internet: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-921/MVV-RL\\_2014-07-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-921/MVV-RL_2014-07-17.pdf) [Stand: 28.09.14]

Fachverband Drogen-und Suchthilfe e.V. (2012): Substitution und Psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger, 2. Aufl. Online im Internet: [http://fdr-online.info/media/Texte/fdr\\_Substitution%281%29.pdf](http://fdr-online.info/media/Texte/fdr_Substitution%281%29.pdf) [Stand: 28.09.14]

Galuske, Michael (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (9., ergänz. Aufl.), Weinheim: Juventa

Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung. (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Online im Internet: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-921/MVV-RL\\_2014-07-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-921/MVV-RL_2014-07-17.pdf) [Stand: 28.09.14]

Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (2014a): „Psychosoziale Betreuung“ in der Opioid-Substitutionsbehandlung. In: Akzept e.V./ Deutsche AIDS Hilfe e.V./ JES e.V. (Hg.): Alternativer Drogen und Suchtbericht 2014, 97- 100. Online im Internet: <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/2014-06-30%20ADSB%20Cover%20innen.pdf> [Stand: 28.09.14]

Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (2014b): „Psychosoziale Betreuung“ in der Opioid-Substitutionsbehandlung. Online im Internet: <http://alternativer-drogenbericht.de/category/c-i-schwerpunkte-der-drogen-und-suchtpolitik/c-2-behandlung-versorgung-schadensminderung/> [Stand: 28.09.14]

Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (2009): Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen- eine Zwischenbilanz. In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus, 15-34

Hermann, Simon/ Homburg, Christian (1998): Grundlagen zur Kundenzufriedenheit. Kundenzufriedenheit als strategischer Erfolgsfaktor - Einführende Überlegungen. In: Hermann, Simon/ Homburg, Christian (Hg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte-Methoden-Erfahrungen (3. akt. und erw. Aufl.), Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag, 17-31.

Homburg, Christian/ Rudolph, Bettina (1998): Grundlagen zur Kundenzufriedenheit. Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: Hermann, Simon/ Homburg, Christian (Hg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte-Methoden- Erfahrungen (3. akt. und erw. Aufl.), Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag, 35-55.

INDRO (2003): Entwicklungsbegleitende und Praxisintegrierte Qualitäts-Sicherung (EPQ) - Ein handlungsorientiertes, internes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/ Drogentherapeutische Ambulanz/ Drogenkonsumraum. Online im Internet: <http://www.indro-online.de/epq.htm> [Stand: 28.09.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013a): Das Eastside – Europas größte niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtung. Drogenabhängige leben, wohnen und arbeiten unter einem Dach. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside> [Stand: 6.12.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013b): Café Eastside. Auszeit von der offenen Drogenszene. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside/cafes> [Stand: 6.12.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013c): Konsumraum im Eastside. Saubere Spritzen und medizinische Versorgung. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside/konsumraum> [Stand: 6.12.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013d): Wohnen und Schlafen im Eastside. Mehr als nur ein Dach über dem Kopf. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside/schlafen-wohnen> [Stand: 6.12.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013e): Arbeit und Beschäftigung. Sinnvolle und qualifizierte Beschäftigung stärkt das Selbstvertrauen. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside/arbeiten> [Stand: 6.12.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013f): Shuttle-Bus. Bahnhofsviertel – Eastside und zurück. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside/shuttle-bus> [Stand: 6.12.14]  
[http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/flessa/Gemeinn\\_tzigkeit.pdf](http://www.rsf.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/lehrstuehle/flessa/Gemeinn_tzigkeit.pdf)

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013g): Sozialdienst im Eastside. Zeit für Gespräche, Alltagshilfen und Zukunftsplanung. Online im Internet: <http://www.idh-frankfurt.de/eastside/sozialdienst> [Stand: 6.12.14]

Integrative Drogenhilfe e.V. (2013h): Jahresbericht 2013. Online im Internet: [http://www.idh-frankfurt.de/images/downloads/Jahresbericht\\_2013.pdf](http://www.idh-frankfurt.de/images/downloads/Jahresbericht_2013.pdf) [Stand: 6.12.14]

Kalina, Vera (2009): Zufriedenheitsmessung der KlientInnen. Zur Akzeptanz von psychosozialen Betreuungsleistungen in der Substitutionsbehandlung – Ergebnisse einer

Kundenbefragung der Berliner Suchthilfeträger Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. und vista – Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH. In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus, 128-140.

Kelly, Sharon/ O'Grady, Kevin/ Brown, Barry (2010): The Role of Patient Satisfaction in Methadone Treatment. Online im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938880/pdf/nihms-215055.pdf>

Kleve, Heino (2009): Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch – konstruktivistischen Theorie und Praxis (3. überarb. und erw. Aufl.), Wiesbaden: VS Verlag

Klotter, Christoph (2014): Gesundheit Wunsch und Wirklichkeit. In: Schmidt, Bettina (Hg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung: Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim: Juventa, 117-128.

Knieschewski, Elmar (2013): Klient. Zum Begriff. In: Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (7., voll. überarb. u. Akt. Aufl.), Weinheim: Beltz Juventa, 563-565.

Köhler, Thomas (2014): Medizin für Psychologen und Psychotherapeuten. Orientiert an der Approbationsordnung für Psychologische Psychotherapeuten (3. Aufl.), Stuttgart: Schattauer.

Köhler, Thomas (2008): Rauschdrogen: Geschichte, Substanzen, Wirkung. München: C.H. Beck.

Landsmann, Tina/ Luderer, Sebastian/ Mark, Kathleen (2008): COBRA: Ergebnisse und Folgerungen der deutschlandweiten COBRA-Studie von 2.694 Patienten. 9. Interdisziplinäre Kongress für Suchtmedizin. Online im Internet: [http://www.premos-studie.de/Cobra%20Poster%20Muenchen\\_neu.pdf](http://www.premos-studie.de/Cobra%20Poster%20Muenchen_neu.pdf) [14.12.2014]

Langer, Kornelia/ Wittchen, Hans- Ulrich/ Bühringer, Gerhard (2011): Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. In: Suchtmedizin, Nr. 13, Jg. 5, 202- 212.

LimeSurvey project (2013): LimeSurvey Manual: General disclaimer. Online im Internet: [https://manual.limesurvey.org/LimeSurvey\\_Manual/de](https://manual.limesurvey.org/LimeSurvey_Manual/de) [Stand: 06.01.2015]

Lüllmann, Heinz/ Mohr, Klaus/ Hein, Lutz (2010): Pharmakologie und Toxikologie (17. Aufl.), Stuttgart: Thieme.

Lüllmann, Heinz/ Mohr, Klaus/ Hein, Lutz (2008): Taschenatlas Pharmakologie (6. voll. überarb. u. erw. Aufl.), Stuttgart: Thieme.

Lutz, Ronald (2008): Wandel der Sozialen Arbeit. Perspektiven der Sozialen Arbeit. Online im Internet: <http://www.bpb.de/apuz/31335/perspektiven-der-sozialen-arbeit?p=all> [Stand: 28.09.14]

Malteser Hilfsdienst e.V. (o.J.a): Malteser in Deutschland. Über die Malteser. Geistig-



religiöse Grundlagen. Leitbild. Online im Internet: <http://www.malteser.de/ueber-die-malteser/geistig-religioese-grundlagen.html> [Stand: 28.09.14]

Malteser Hilfsdienst e.V. (o.J.b): Malteser in Deutschland. Dienste und Leistungen. Patienten. Online im Internet: <http://www.malteser.de/dienste-und-leistungen/patienten.html> [Stand: 6.12.14]

Malteser Hilfsdienst e.V. (o.J.c): Malteser in Deutschland. Jugend, Schule und Soziales. Suchthilfe. Aktive Mitarbeit in der Suchthilfe. Online im Internet: <http://www.malteser-werke-ggmbh.de/jugend-schule-und-soziales/suchthilfe.html> [Stand: 6.12.14]

Malteser Werke gemeinnützige GmbH (2013): Jahresbericht 2013. Malteser Suchthilfe Frankfurt. Online im Internet: <http://www.malteser-drogenarbeit.de/media/downloads/Jahresbericht2013.pdf> [Stand: 6.12.14]

Malteser Werke gemeinnützige GmbH (2012): Jahresbericht 2012. Malteser Suchthilfe Frankfurt. Online im Internet: [http://www.malteser-drogenarbeit.de/media/downloads/Jahresbericht2012.pdf?wb\\_3198\\_session\\_id=0220b70724ac7139233872b53cd6d81f](http://www.malteser-drogenarbeit.de/media/downloads/Jahresbericht2012.pdf?wb_3198_session_id=0220b70724ac7139233872b53cd6d81f) [Stand: 6.12.14]

Malteser Werke gemeinnützige GmbH (2010): Malteser Suchthilfe Frankfurt. Jahresbericht 2010. Online im Internet: <http://www.malteser-drogenarbeit.de/media/downloads/Jahresbericht2010.pdf> [Stand: 28.09.14]

Malteser Werke gemeinnützige GmbH (o.J.a): Substitutionsfachambulanz Schielestraße. Online im Internet: <http://www.malteser-drogenarbeit.de/pages/einrichtungen/schielestrasse.php> [Stand: 6.12.14]

Malteser Werke gemeinnützige GmbH (o.J.b): Malteser OSSIP Psychiatrie Projekt (MOPP). Online im Internet: <http://www.malteser-drogenarbeit.de/pages/einrichtungen/psychiatrie.php> [Stand: 6.12.14]

Malteser Werke gemeinnützige GmbH (o.J.c): Wir über uns. Online im Internet: <http://www.malteser-drogenarbeit.de/pages/wir-ueber-uns.php> [Stand: 6.12.14]

Malteser Werke gGmbH (2006): Medizinische Hilfen für drogenabhängige Menschen in Frankfurt am Main. Online im Internet: [http://www.malteser-drogenarbeit.de/media/downloads/Jahresbericht2006.pdf?wb\\_3198\\_session\\_id=ab5ba828a5274abd82ebbb961b943ece](http://www.malteser-drogenarbeit.de/media/downloads/Jahresbericht2006.pdf?wb_3198_session_id=ab5ba828a5274abd82ebbb961b943ece) [Stand: 28.09.14]

Marchand, Kirsten/ Oviedo-Joekes, Eugenia/ Guh, Daphne (2011): Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. Online im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161847/> [Stand: 28.09.14]

Merchel, Joachim (2003): Zum Stand der Diskussion über Effizienz und Qualität in der Produktion sozialer Dienstleistungen. Möller, Michael (Hg.): Effektivität und Qualität sozialer Dienstleistungen: Ein Diskussionsbeitrag, Kassel: Unidruckerei der Universität Kassel, 4-25, Online im Internet: <http://www.uni-kassel.de/upress/online/frei/978-3-89958->

022-8.volltext.frei.pdf [Stand: 3.11.14]

Michels, Ingo Ilja (2009): Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige und psychosoziale Betreuung aus historischer Perspektive; Wie kam die PSB zur Substitution? In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus, 35-46.

Müller, Edgar A./ Kirch, Wilhelm (2013): Levomethadon in der Substitutionstherapie von opioidabhängigen Patienten, Institut für Klinische Pharmakologie, Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt, Technische Universität Dresden. Online im Internet: [https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw\\_psychiatrie-u-psychotherapie/Levomethadon.pdf](https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_psychiatrie-u-psychotherapie/Levomethadon.pdf) [Stand: 28.09.14]

Niewerth, Bert/ Thiele, Hansgeorg (2014): Praxishandbuch Kundenzufriedenheit. Grundlage-Messverfahren- Managementinstrumente, Berlin: Erich Schmidt Verlag (Band 80).

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2014): Bericht für Drogensituation 2014. Online im Internet: [http://www.praevention.at/upload/documentbox/Bericht\\_zur\\_Drogensituation\\_2004\\_dt.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/Bericht_zur_Drogensituation_2004_dt.pdf) [Stand: 4.1.2015]

Pawils, Silke/ Trojan, Alf/ Nickel, Stefan (2012): Kunden- beziehungsweise Patientenzufriedenheit Ein geeignetes Steuerungsinstrument im Krankenhaus? In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Nr. 9, Jg. 55, 1183-1190.

Pfaffenberger, Hans (1980): Klient. In: Schwendtke, Arnold (Hg.): Wörterbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (2., druchges. u. erw. Aufl.), Heidelberg : Quelle & Meyer, 176-177.

Reichardt, Christiane/ Gastmeier, Petra (2013): „Patient Empowerment“. Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? In: Krankenhaushygiene up2date, Jg. 3 Nr. 8. 157- 164. Online im Internet: [https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_neurologie/patient\\_empowerment.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_neurologie/patient_empowerment.pdf) [Stand: 28.09.14]

Resig, Michael/ Stürmer, Marco/ Steiniger, Susanne (2014): Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer (5.vollst. überarb. und erw. Aufl.). München: BAS Unternehmergeellschaft. Online im Internet: [http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS\\_EmpfehlungenPSB\\_2014.pdf](http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_EmpfehlungenPSB_2014.pdf) [Stand: 28.09.14]

Samerski, Silja (2014): Pathogene Gesundheit. „Eigenverantwortung“ in der Risikomedizin. In: Schmidt, Bettina (Hg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung: Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim: Juventa, 62-75

Schmid, Otto (2009): Psychosoziale Betreuung in einer Substitutionsbehandlung mit pharmazeutischem Heroin, Resp. Diacetylmorphin. In: Gerlach, Ralf/ Stöver, Heino (Hg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung.

Freiburg: Lambertus, 291- 297

Schieren, Claudia/ Heinze, Katrin/ Jesse, Marco (2013): Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Opioid-Substitutionsbehandlung. Online im Internet: <http://www.indro-online.de/schaeffer2013.pdf> [Stand: 28.09.14]

Schilgen, Sebastian/ Schmitz, Renate/ Hofmacher, Patrick (2014): Qualitätsmanagement Handbuch der MW, Version 18.0. Köln: Malteser Werke Gemeinnützige GmbH.

Soyka, Michael/ Träder, Anna/ Klotsche, Jens (2011): Mortalität in der langfristigen Substitution. Häufigkeit, Ursachen und Prädiktoren. In: Suchtmedizin, Nr. 5, Jg. 13, 247-252.

Stascheit, Ulrich (2011): Gesetzte für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis (19 Aufl.), Frankfurt: Fachhochschulverlag (Band 30).

Steinhilber, Dieter/ Schubert-Zsilavec, Manfred/ Roth, Hermann (2010): Medizinische Chemie. Targets, Arzneistoffe, Chemische Biologie (2. völlig neu bearb. und erw. Aufl.), Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag

Stöver, Heino/ Gerlach, Ralf (2010): Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: Suchtmedizin, Nr. 2 Jg. 12, 63-73 Online im Internet: [http://www.akzept.org/pdf/volltexte\\_pdf/4\\_10/psb\\_suchtmedizin2010.pdf](http://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/4_10/psb_suchtmedizin2010.pdf) [Stand: 28.09.14]

Techniker Krankenkasse (2010): Arzt- Patienten- Verhältnis. So zufrieden sind die Deutschen mit ihrem Doktor. Online im Internet: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/409294/Datei/3806/TK-Medienservice-Juni-2010-Arzt-Patienten-Verh%C3%A4ltnis.pdf> [Stand: 28.09.14]

Thomsen, Tamara (2014): Patientenzufriedenheit. In: Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie (17. überarb. Aufl.), 1159.

Tretter, Felix (2012): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis (2.Aufl.), Stuttgart: Schattauer.

Van den Boogaart, Hilde/ Rosenhagen, Günter (2000): Klient. In: Stimmer, Franz (Hg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit (4., überarb. u. erw. Aufl.), München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 386.

Verthein, Uwe/ Kuhn, Silke/ Haasen, Christian (2008): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger –eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-up Phase, gemäß Studienprotokoll Nr. ZIS-HV9-0701 vom 23. Juli 2001, und Amendments Nr. ZIS-HA9/1 bis ZIS-HA9/16 (Bericht), Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Online im Internet: [http://www.heroinstudie.de/H-Bericht\\_FU.pdf](http://www.heroinstudie.de/H-Bericht_FU.pdf) [Stand: 28.09.14]

Vogt, Irmgard (2008): Das Psychosoziale, die Drogenabhängigkeit und die Medizin. Online im Internet: <http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/psb->

fachtag\_Berlin\_2008/Irmgard\_Vogt.pdf [Stand: 28.12.14]

Von Rosenstiel, Lutz/ Neumann, Peter (2004): Psychologie: Mehr als ein Käufer- Der Kunde, das unbekannte Wesen. In: Künzel, Hansjörg (Hg.): Handbuch Kundenzufriedenheit. Strategie und Umsetzung in der Praxis. Berlin: Springer- Verlag, 1-27.

Wettach, Ralph (2005): Therapiezufriedenheit von Drogenabhängigen. Der Stellenwert von Persönlichkeitsaspekten, Behandlungsbeurteilung und Institutionsmerkmalen im stationären Setting. Bern: Peter Lang.

Wittchen, Hans-Ulrich/ Bühringer, Gerhard/ Rehm, Jürgen T. (2011): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. In: Suchtmedizin, Nr. 5, Jg.13, 232-246.

Wittchen, Hans-Ulrich/ Bühringer, Gerhard/ Rehm, Jürgen (o.J.): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments –Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (Schlussbericht). Online im Internet: [http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale\\_Drogen/Heroin\\_andere/Downloads/Abschlussbericht\\_PREMO\\_S.pdf](http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMO_S.pdf) [Stand: 28.09.14]

Wittchen, Hans- Ulrich/ Rehm, Jürgen/ Gölz, Jörg (2011): Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfs- und zielgruppengerechtere Gestaltung der langfristigen Substitution Opioidabhängige. In: Suchtmedizin, Nr. 5, Jg. 13, 287- 293.

Wittchen, Hans- Ulrich/ Trautmann, Sebastian/ Träder, Anna (2011): Abstinenz als ein Behandlungsziel der opiatgestützten Substitutionstherapie: Häufigkeit und Risiken. In: Suchtmedizin, Nr. 5, Jg. 13, 253- 257.

World Health Organisation (2009): Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Online im Internet: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf) [Stand: 28.09.14]

World Health Organization (2000): Workbook 6 Client Satisfaction Evaluations, Online im Internet: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MSD\\_MSB\\_00.2g.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.2g.pdf?ua=1) [Stand: 21.10.14]

Wright, Michael (2014): Akzeptierende Gesundheitsförderung durch Partizipation in Praxis und Forschung. In: Schmidt, Bettina (Hg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung, Weinheim: Juventa, 296- 309.

University of Applied Sciences (2014): Klientenzufriedenheit in der medizinischen Vergabe und bei der psychosozialen Betreuung. Eine Zufriedenheitsanalyse der Klienten der Malteser Substitutionsfachambulanz/ Schielestraße und dem Sozialdienst der integrativen Drogenhilfe/ Eastside. Online im Internet: <https://wi.fb2.fh-frankfurt.de/umfrage/index.php/112995/lang-de> [Stand: 06.01.2015]

# **Anhang A**

## Z U F - 8 – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

<b>1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?</b>			
ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	weniger gut <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>
<b>2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?</b>			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	im Allgemeinen ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
<b>3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?</b>			
sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen <input type="checkbox"/>
<b>4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?</b>			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
<b>5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?</b>			
ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>	leidlich oder leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	sehr zufrieden <input type="checkbox"/>
<b>6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?</b>			
ja, sie half eine ganze Menge <input type="checkbox"/>	ja, sie half etwas <input type="checkbox"/>	nein, sie half eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht <input type="checkbox"/>
<b>7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?</b>			
sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	leidlich oder leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>
<b>8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?</b>			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>

# **Anhang B**



# Malteser

...weil Nähe zählt.

Liebe Klientinnen, liebe Klienten,

im Zeitraum vom 01. Dezember bis zum 15. Dezember wird in der Einrichtung der Malteser Schielestraße **eine Befragung zur Klientenzufriedenheit** durchgeführt. Es geht darum, herauszufinden, ob und inwiefern Sie mit dem medizinischen Teil der Substitution als auch mit der psychosozialen Betreuung seitens der idh (Integrative Drogenhilfe) zufrieden sind. Die Befragung dient dazu, sich ein Bild über Ihre Sichtweise zu den Angeboten der Einrichtungen zu verschaffen, um ggf. entsprechende Veränderungen zur Anpassung, bzw. Optimierung der Leistung(en) durchzuführen.

Die Durchführung der Befragung wird in der Einrichtung der Malteser an einem dazu vorgesehenen PC erfolgen. Eine für die Befragung Beauftragte wird Sie am PC einweisen und bei Rückfragen zur Verfügung stehen. Der Zeitaufwand bei der Beantwortung der Fragen wird auf 15-20 Minuten geschätzt. Da es sich hier um eine anonyme Befragung handelt, bitten wir Sie ausdrücklich, Ihren Namen nicht anzugeben. Wir wünschen uns ehrliche Rückmeldungen und versichern Ihnen, dass aus Ihren freiwilligen Angaben keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

Ihre Bemühungen werden im Übrigen mit einer kleinen Aufmerksamkeit belohnt.

Bitte wenden Sie sich an das Personal, falls Sie Interesse an der Teilnahme haben. Der Fragebogen wird bereits vor der eigentlichen Durchführung der Befragung in ausgedruckter Form ausgelegt, damit davon Kenntnis genommen werden kann.

Vielen Dank!



# Anhang C

# Klientenzufriedenheit in der medizinischen Vergabe und bei der psychosozialen Betreuung

Eine Zufriedenheitsanalyse der Klienten der Malteser Substitutionsfachambulanz/Schielestraße und dem Sozialdienst der integrativen Drogenhilfe/Eastside

Liebe Klientinnen, liebe Klienten,

im Zeitraum vom 01. Dezember bis zum 15. Dezember wird in der Einrichtung der Malteser Schielestraße eine Befragung zur Klientenzufriedenheit durchgeführt. Es geht darum, herauszufinden, ob und inwiefern Sie mit dem medizinischen Teil der Substitution als auch mit der psychosozialen Betreuung seitens der idh (integrativen Drogenhilfe) zufrieden sind. Die Befragung dient dazu, sich ein Bild über Ihre Sichtweise zu den Angeboten der Einrichtungen zu verschaffen, um ggf. entsprechende Veränderungen zur Anpassung, bzw. Optimierung der Leistung(en) durchzuführen.

Eine für die Befragung Beauftragte wird Sie am PC einweisen und bei Rückfragen zur Verfügung stehen. Der Zeitaufwand bei der Beantwortung der Fragen wird auf 15-20 Minuten geschätzt. Da es sich hier um eine anonyme Befragung handelt, bitten wir Sie ausdrücklich, Ihren Namen nicht anzugeben. Wir wünschen uns ehrliche Rückmeldungen und versichern Ihnen, dass aus Ihren freiwilligen Angaben keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

Ihre Bemühungen werden im Übrigen mit einer kleinen Aufmerksamkeit belohnt.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Fragebogen auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Diese Umfrage enthält 22 Fragen.

## Fragen zur Substitutionsfachambulanz der Malteser

Fragen 1 bis 4 beziehen sich auf Ihre Zufriedenheit mit der Substitutionsfachambulanz der Malteser in Frankfurt Schielestraße

### **[ ] 1. Wie zufrieden sind Sie mit der Verständlichkeit von Aufklärung und Information durch den Arzt? \***

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

[ ]

### **2. Wie zufrieden sind Sie mit der Einbeziehung Ihrer Meinung, wenn es um Entscheidungen des Arztes in Bezug auf die Medikation geht?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

[]

**3. Wie zufrieden sind Sie mit der fachlichen Information durch den Arzt?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

[]

**4. Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf Akzeptanz, Wertschätzung und diskrete Behandlung Ihrer Person durch den Arzt?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

**Fragen zum Sozialdienst der idh (Integrative Drogenhilfe)**

Fragen 5 bis 8 beziehen sich auf Ihre Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung (PSB) durch den Sozialdienst der idh (Integrative Drogenhilfe) in Eastside.

**[]5. Wie zufrieden sind Sie mit der umfassenden Beratung des Sozialarbeiters für Ihre spezifische Situation?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

[]

**6. Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf Akzeptanz, Wertschätzung und diskrete Behandlung Ihrer Person durch den Sozialarbeiter?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

[ ]

**7. Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation zwischen Ihrem psychosozialen Betreuer (Sozialarbeiter) und Ihrem Substitutionsarzt?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

**[]8. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung im Rahmen der psychosozialen Betreuung im Hinblick auf eine Veränderung Ihrer Lebensumstände (zB. Wohnung, Arbeit)? \***

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

## Fragen zur Substitution insgesamt

Fragen 9 und 10 beziehen sich auf Ihre Zufriedenheit mit der Substitution insgesamt.

[ ]

**9. Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer gesundheitlichen Verfassung seit Beginn der Substitution?**

**(Berücksichtigen Sie dabei neben der medikamentösen Behandlung auch die psychosoziale Betreuung.)**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

[]

**10. Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihrer psychischen Verfassung seit Beginn der Substitution bis heute?**

**(Berücksichtigen Sie dabei neben der medikamentösen Behandlung auch die psychosoziale Betreuung.)**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Sehr zufrieden
- Eher zufrieden
- Eher unzufrieden
- Nicht zufrieden
- Keine Angabe

## Fragen zu eventuellen Beschwerden oder Lob

Fragen 11 bis 15 ermöglichen Ihnen, uns eventuelle Beschwerden oder auch Lob schriftlich mitzuteilen. Sie können selbst entscheiden, ob Sie diese beantworten wollen oder nicht. Falls Sie Schwierigkeiten bei der Verschriftlichung haben, wenden Sie sich bitte an die für den Fragebogen Beauftragte, die Sie entsprechend unterstützen kann.

**[]11. Was finden Sie besonders gut an der medizinischen Vergabe (Substitution) bei der Malteser Substitutionsfachambulanz Schielestraße Frankfurt?**

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[]

**12. Was finden Sie besonders gut an der psychosozialen Betreuung beim Sozialdienst der idh (integrative Drogenhilfe) im Eastside?**

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[ ]

**13. Welcher Verbesserungen bedarf es Ihrer Meinung nach in der medizinischen Vergabe (Substitution) der Malteser Substitutionsfachambulanz Schielestraße?**

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[ ]

**14. Welcher Verbesserungen bedarf es Ihrer Meinung nach im Angebot der psychosozialen Betreuung der idh (integrative Drogenhilfe) Eastside?**

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

**[ ]15. Was unterscheidet für Sie persönlich, die Malteser Substitutionsfachambulanz von anderen Substitutionsfachambulanzen?**

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

*Frage 15 richtet sich an Klienten, die bereits Vorerfahrungen mit anderen Substitutionsfachambulanzen haben. Trifft dies zu, bitte antworten Sie schriftlich, anderenfalls bitte weitermachen bei Frage 16.*

## Allgemeine Fragen

Die abschließenden Fragen 16 bis 22 sind für die Gesamtauswertung von Wichtigkeit. Datenschutz und Anonymität sind selbstverständlich gewährleistet.

[]

**16. Seit wann sind Sie in der Malteser Substitutionsambulanz?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Weniger als 3 Monate
- Zwischen 3 und 6 Monaten
- Zwischen 6 Monaten und 1 Jahr
- Zwischen 1 und 2 Jahren
- Zwischen 2 und 5 Jahren
- Länger als 5 Jahre

[]

**17. Wer hat Sie an die Einrichtung der Malteser Substitutionsfachambulanz verwiesen?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Andere Behörde/Institution
- Freunde/Bekannte/Verwandte
- Niemand, ich bin von selbst aufmerksam geworden
- Andere Angaben

[]

**18. Angabe Ihres Geschlechts**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weiblich
- männlich

**19. Angabe Ihres Alters \***

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Unter 30
- Zwischen 31 und 40
- Zwischen 41 und 50
- Älter als 50

[]

**20. Ist das Ihre erste Substitution?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

[ ]

**21. Mit welchem Mittel werden Sie substituiert?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Methadon
- Buprenorphin

[ ]

**22. Ist es das Mittel Ihrer Wahl?**

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

**Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung !**

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:  
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.



# Anhang D



## **Erklärung (Bachelor-Thesis)**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit von Seite 1 bis Seite 69 selbständig ohne Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frankfurt 21.01.2015

Katerina Traiou