



Zufriedenheit von Substitutionspatient/innen mit der Behandlung in OÖ

Master Thesis

Eingereicht von: **Thomas Schwarzenbrunner**

Matrikelnummer: **1387594**

Im Rahmen des **Masterstudienlehrgangs
Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen
Handlungsfeldern, Jahrgang 2013-2016**

Hauptverantwortliche Betreuungsperson: **Dr. Alfred Uhl**

Zweitleser: **Univ.-Prof. Dr. Hans Rittmannsberger**

Linz, 06.01.2017

Erklärung:

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterthesis selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüferin/ keinem anderen Prüfer als Prüfungsleistung eingereicht. Die vorliegende Masterthesis ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Unterschrift: 

Abstract: deutsch

Im Sommer 2014 nahmen 59% der Patient/innen, die sich in Oberösterreich in Substitutionsbehandlung befinden, an einer Befragung teil. In der vorliegenden Arbeit erfolgt die Auswertung, Analyse und Interpretation der Befragungsdaten.

Nach einer kurzen Vorstellung des Ablaufs der Substitutionsbehandlung in Österreich wird der aktuelle Forschungsstand zu suchtspezifischen Outcome-Kriterien vorgestellt und der Frage nachgegangen, warum die Selbsteinschätzung von Patient/innen im wissenschaftlichen Diskurs immer wichtiger wird.

Mit 80% Zustimmung der Befragten konnte die Forschungsfrage „Sind Substitutionspatient/innen mit der Behandlung zufrieden“ eindeutig positiv beantwortet werden. Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der grundsätzlichen Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung in Bezug auf die Dauer der Behandlung, das verwendete Medikament oder die Geschlechtszugehörigkeit. Allerdings gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem verwendeten Medikament.

Der Wunsch aus der Illegalität auszusteigen und finanzielle Schwierigkeiten sind die am höchsten bewerteten Einstiegsgründe in die Substitutionsbehandlung, gefolgt von gesundheitlichen Gründen. Mehrheitlich wird eine Verbesserung in allen Bereichen berichtet.

*„**Würde nicht mehr am Leben sein.**“ Substitutionspatient, älter als 51 Jahre, Erstkonsum von Opiaten mit 18 Jahren, berichtet über positive Erfahrungen mit der Behandlung*

*„**Ich arbeite seit mehr als 5 Jahre im gleichen Betrieb. Das würde ohne Substitution nicht gehen.**“ Substitutionspatientin, zwischen 31-40 Jahre, abhängig von Opiaten seit dem 20. Lebensjahr*

*„**Ich bin sogar Nichtraucherin! Ich bin im 4. Semester meines Studiums im Notendurchschnitt 1,3, arbeite daneben schon in meinem zukünftigen Bereich und bin sozial völlig integriert, dank dem Programm. DANKE!**“ Substitutionspatientin, Mutter von zwei Kindern, abhängig von Opiaten seit dem 23. Lebensjahr*

Abstract: English

59% of the patients in substitution treatment in Upper Austria took part in a survey in 2014. This text provides the analysis and interpretation of these survey data.

After presenting how substitution treatment is organized in Austria, the current state of research concerning specific outcome criteria is presented. In a next step the increasing importance of self-assessment by patients in the scientific discourse is examined.

With an 80% approval rate of the interviewees concerning the research question „Are substitution patients satisfied with their treatment” the result is definitely positive. There are no significant differences in satisfaction with substitution treatment in general in terms of duration of the treatment, the prescribed drug or sex identity. There are significant differences though related satisfaction with the prescribed medication.

The most important reasons to go for substitution treatment are to escape illegality and financial difficulties, followed by health reasons. The majority reported improvement in all these areas.

„Would not be alive anymore.“ patient, male, older than 51 years, first consumption of opiates at the age of 18 years, reports positive experience with the treatment.

„I have been working for more than 5 years in the same company. This would not be possible without substitution treatment.” Patient in substitution treatment, female, between 31-40 years old, dependent on opiates since her 20th year of life.

„I am even a non-smoker! I am in the 4th semester of my university studies have an average grade of 1.3. I work besides studying already in my future field and am socially completely integrated, all this due to the treatment. THANKS! “ substitution patient, mother of two children, dependent on opiates since her 23rd year of life.

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Zielsetzung, Methodik und Forschungsgegenstand	6
2.1	Methodik	6
2.2	Synonyme Begriffsverwendungen.....	7
2.3	Forschungsfragen	8
2.4	Forschungsgegenstand: Substitution in (Ober-)Österreich	8
3	Beschreibung der Befragungsmotivation.....	13
4	Aktueller Forschungsstand.....	15
4.1	Suchtspezifische Outcome-Kriterien	15
4.2	Patient-reported Outcomes	16
4.3	Messinstrumente zur Lebensqualität.....	18
4.3.1	Symptom-Checkliste 27 (SCL-27).....	19
4.3.2	World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)	19
4.3.3	EQ-5D.....	19
4.3.4	Short-Form 12 Health Survey	20
4.3.5	Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP).....	20
4.4	Ausgewählte Untersuchungen	22
4.4.1	Querschnittstudie zur Substitutionsbehandlung in Österreich	22
4.4.2	Die Heroinstudie in Deutschland.....	23
4.4.3	PREMOS: Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger.....	25
5	Durchführung der Erhebung.....	29
5.1	Beschreibung der Grundgesamtheit.....	30
5.2	Vergleich der Grundgesamtheit mit der Stichprobe.....	33
5.2.1	Geschlecht.....	33
5.2.2	Lebensalter.....	34
5.2.3	Verordnete Substitutionsmittel.....	34
6	Beschreibung der Stichprobe	35
6.1	Familiäre Situation	35
6.1.1	Derzeit eine/n Lebenspartner/in	35
6.1.2	Kinder.....	35
6.1.3	Sorgerecht für Kinder.....	36

6.1.4	Kinder im gemeinsamen Haushalt.....	37
6.2	Wohnsituation	38
6.3	Finanzielle Situation und Arbeitsstatus	39
6.4	Infektionskrankheiten	42
6.4.1	HIV – Status.....	42
6.4.2	HCV – Status.....	43
6.5	Biografisches Konsumverhalten Opiate	44
6.5.1	Lebensalter beim Opiaterstkonsum.....	44
6.5.2	Lebensalter bei Beginn der Opiatabhängigkeit	45
6.6	Dauer der Substitutionsbehandlung.....	46
6.7	Gründe für den Einstieg in die Substitutionsbehandlung.....	48
6.8	Aufnahme in die Substitutionsbehandlung	56
6.9	Ausmaß der Belastung durch den organisatorischen Aufwand.....	57
6.10	Verwendete Substitutionssubstanzen	59
7	Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung	63
7.1	Grundsätzliche Zufriedenheit, in Substitutionsbehandlung zu sein	63
7.2	Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen.....	64
7.3	Zufriedenheit mit der Substanz	70
7.3.1	Zufriedenheit mit den verwendeten Substanzen nach Substanzen	71
7.3.2	Zufriedenheit mit der oralen Verabreichungsform.....	71
7.3.3	Bevorzugung einer anderen Einnahmeform	72
7.3.4	Zufriedenheit mit der Dosierung	74
7.3.5	Belastung durch Nebenwirkungen	77
8	Kontrolle	80
8.1	Kontrolle durch Personen bzw. Institutionen	80
8.2	Kontrolle in verschiedenen Bereichen der Substitutionsbehandlung.....	82
9	Erfahrungen mit Personen oder Institutionen im Rahmen der Substitutionsbehandlung.....	85
9.1	Nützlichkeit der Beratung.....	91
9.2	Positive Erfahrungen im Rahmen der Substitution.....	94
9.3	Negative Erfahrungen im Rahmen der Substitution	96
10	Langfristige Ziele.....	98

11	Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung	101
12	Resümee und Ausblick.....	104
13	Literaturverzeichnis	111
14	Abbildungsverzeichnis.....	116
15	Anhänge.....	118

1 Einleitung

Im Sommer 2014 wurde in Oberösterreich über die Bezirksverwaltungsbehörden eine Befragung von Substitutionspatient/innen organisiert. Die Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung (im Folgenden kurz „Abteilung Statistik“) wurde von der Abteilung Gesundheit des Amtes der OÖ. Landesregierung¹ (im Folgenden kurz „Abteilung Gesundheit“) beauftragt, im Rahmen der Selbst- und Fremdbildanalyse eine Befragung von Personen durchzuführen, die opiatabhängig sind und in Substitutionsbehandlung stehen.

Die Befragung beschäftigte sich mit der Zufriedenheit mit der Behandlung, mit gesundheitlichen Auswirkungen, mit Kontrollaspekten die Behandlung betreffend und mit Veränderungen durch die Substitutionsbehandlung im sozialen Leben sowie im Substanzgebrauch.

Der Fragebogen wurde in vielen Bereichen gleich gestaltet, wie der Fragebogen bei einer 2006 durchgeführten Befragung im Rahmen der Studie „Lebenswelt von Substituierten in Oberösterreich“. Ersteres Forschungs- und Entwicklungsprojekt wurde im Rahmen des Studiums an der Fachhochschule Oberösterreich, Campus Linz, Studiengang Sozialarbeit von einer Gruppe von 16 Student/innen (innerhalb von 3 Semestern) konzipiert und durchgeführt. Die Projektleitung wurde von zwei Mitarbeiter/innen der Suchtberatungsstelle Point in Linz übernommen und von der Universität Linz wissenschaftlich begleitet. (vgl. Angerer & Popig, 2007, S.5)

Die Fragebögen für die vorliegende Analyse wurden im Juli 2014 in den Gesundheitsdiensten/Sanitätsdiensten der Bezirksverwaltungsbehörden während der Vidierung des Substitutionsrezeptes an die Patient/innen ausgegeben. Die Patient/innen wurden ersucht, sich an der Befragung zu beteiligen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einem Kuvert verschlossen in eine Kiste geworfen und anschließend von den Bezirksverwaltungsbehörden an die Abteilung Statistik übermittelt. Diese erfasste die Daten im Excel-Format und erstellte einen Rohbericht. Als während der Bearbeitung durch die Abteilung

¹ Der Autor ist beruflich in der Abteilung Gesundheit tätig. Aus seinen Erfahrungen werden teilweise Passagen ergänzt, die nicht zitiert werden. Auch interne Berichte der Abteilung Gesundheit, die nicht unter die Amtsverschwiegenheit fallen, werden inhaltlich ausgeführt und nicht nach wissenschaftlichen Kriterien zitiert bzw. paraphrasiert, da sie nicht publiziert wurden.

Gesundheit bekannt wurde, dass eine Kiste mit rund 200 Fragebögen aus einer Bezirksverwaltungsbehörde noch nicht übermittelt worden war, wurde die Arbeit am Bericht eingestellt, da die Datenerfassung der restlichen Bögen und die erneute Grundauswertung durch die Abteilung Statistik ressourcentechnisch nicht möglich war. Im Rohbericht wurden insgesamt 656 ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt, die rechtzeitig an die Abteilung Statistik retourniert worden waren. 656 Bögen bei 1.430 Substitutionspatient/innen bedeuten eine Rücklaufquote von 45,9 Prozent.

Mit den 204 zusätzlichen ausgefüllten Fragebögen liegen nun 860 retournierte Fragebögen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 60%. Aus Sicht der Abteilung Gesundheit wurde der Rohbericht deswegen nicht weiter bearbeitet, da die 204 weiteren Fragebögen als unverzichtbarer Bestandteil der Befragung gesehen wurden.

Aus diesem Grund wurde beschlossen die abschließende Auswertung, Interpretation bzw. die Fertigstellung des Berichtes im Rahmen der vorliegenden Masterthesis zu vergeben.

2 Zielsetzung, Methodik und Forschungsgegenstand

Ziel der Arbeit war die Auswertung, Analyse und Interpretation der Befragungsdaten zur Substitutionsbehandlung in Oberösterreich. Die Auswertung umfasst jene Daten, die dem Autor von der Abteilung Statistik zur Verfügung gestellt wurden, ergänzt um die 204 Datensätze, die vom Autor nacherfasst wurden. Die Interpretation berücksichtigt darüber hinaus „Echtdaten“, also Substitutionsdaten aus dem Substitutionsregister, die von der Abteilung Gesundheit des Amtes der OÖ Landesregierung zur Verfügung gestellt wurden und die Ergebnisse des Studienprojektes 2006 „Lebenswelt von Substituierten in Oberösterreich“.

2.1 Methodik

Die Daten werden mittels PSPP ausgewertet, einer Software zur Analyse von statistischen Daten. Das Programm ist als freier und kompatibler Ersatz für das proprietäre Programm SPSS konzipiert. (vgl. Free Software Foundation, Inc., 2016). Kontrolliert werden die Auswertungen, insbesondere die Ergebnisse in Bezug auf Signifikanz und Korrelation mit einem zweiten Statistikprogramm, PAST, ebenfalls ein Freeware – Produkt zur wissenschaftlichen Datenanalyse (vgl. Natural History Museum, University of Oslo, 2016). Damit sollte die Software SPSS jedenfalls ersetzt sein.

Zur Untersuchung des Zusammenhanges von nominalskalierten Variablen wird dabei Cramer`s V zur Messung der Stärke des Zusammenhanges verwendet und bei ordinalskalierten Variablen Kendall`s tau-b. Bei ratioskalierten Variablen wird die Korrelation mit dem Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet.

2.2 Synonyme Begriffsverwendungen

Als Opiate werden die natürlichen, aus dem Opium extrahierten Alkaloide oder deren Derivate bezeichnet. Dies sind vor allem Morphin, Codein, Thebain, Papaverin und Noscapin. Als Opioide dagegen werden alle exogen (im Unterschied zu den endogenen Opioiden Enkephaline und Endorphine) zuführbaren, halbsynthetischen (z.B. Heroin) oder vollsynthetischen (z.B. Methadon) Substanzen beschrieben. (vgl. Freye, 1999, S. 31)

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe allerdings nicht exakt nach dieser Definition verwendet, da der Begriff Opiate als Sammelbegriff verwendet wird, der sowohl Opiate als auch Opioide umfasst.

Die Begriffe Substitutionsbehandlung, Substitution, Substitutionsprogramm und Substitutionstherapie oder einfach Behandlung werden ebenfalls synonym verwendet, ohne dass damit eine andere Bedeutung gemeint ist.

Auch die Begriffe Substitutionsmedikament, Substitutionssubstanz und Substitutionsmittel werden synonym verwendet.

Die Bezeichnung „illegalisiert“ wird „illegal“ gegenüber bevorzugt verwendet, da die Illegalität keine ureigene Eigenschaft der Substanz ist, sondern sich im Laufe der Zeit durch eine bewusste Zuschreibung entwickelt hat. Das Verbot einer Substanz ist nicht zwangsläufiges Resultat ihrer Gefährlichkeit, sondern Ergebnis normativer (ökonomischer) Entscheidungen und kultureller Bewertungen. (vgl. Friedrichs 2002, S. 22).

2.3 Forschungsfragen

Durch die Auswertung der Befragung von Substitutionspatient/innen in Oberösterreich soll der Forschungsfrage „Sind Substitutionspatient/innen mit der Behandlung zufrieden?“ nachgegangen werden. Dabei sollen verschiedene Aspekte herangezogen und betrachtet werden:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Zufriedenheit?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der verwendeten Substanz und der Zufriedenheit?
- Gibt es einen geschlechtsspezifischen Zusammenhang?

Die zweite Forschungsfrage bezieht sich auf Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen durch die Substitution. Dabei soll untersucht werden, ob die Annahme, dass die Substitutionsbehandlung verschiedene Lebensbereiche (psychische / körperliche Befindlichkeit, Freizeitgestaltung, Wohnsituation, etc.) beeinflusst, zutrifft und wenn ja, in welcher Weise.

2.4 Forschungsgegenstand: Substitution in (Ober-)Österreich

Um ein besseres Verständnis der Substitutionsbehandlung zu erhalten wird nachfolgend die Entwicklung dieser Behandlungsform in Österreich und die wesentlichen Regelungen bzw. der organisatorische Ablauf dargestellt.

Unter Substitutionstherapie wird die legale ärztliche Verordnung von Opiaten an opiatabhängige Personen verstanden. Ein entsprechendes Behandlungskonzept wurde mit der verordneten Substanz Methadon in den 50-er Jahren in Kanada von Dr. Halliday und in den USA 1965 von Dole und Nyswander erstmals durchgeführt. (vgl. Werner, 2007, S. 185)

Dabei ist die abhängige Person nicht mehr auf die Beschaffung und den Konsum einer illegalisierten Substanz in einem kriminalisierten Kontext angewiesen. Stattdessen wird der Person, eingebunden in einem medizinischen Behandlungssetting, ein Opiat als geeignetes Medikament verabreicht. Diese Behandlung umfasst neben dem Einsatz von Medikamenten auch ein

sozialarbeiterisches und/oder psychologisches Angebot, mit dem Ziel einen dekompenzierten, instabilen Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung in einen stabilen Verlauf überzuführen. (vgl. Haltmayer, 2014, S. 31)

In Österreich wurde 1984 durch ein Gutachten der Wiener Medizinischen Gesellschaft der Grundstein für die Substitutionsbehandlung als anerkannte Behandlungsform gelegt, der 1987 per Erlass des Bundeskanzleramtes auch rechtliche Anerkennung fand. Dabei wurde keine neue Rechtslage geschaffen sondern rückwirkend erklärt, dass Substitution im Rahmen der damals gültigen Rechtslage immer schon zulässig war, wenn diese Behandlungsform dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprach. Bis 1998 musste die Indikation für diese Behandlungsform noch „ultima ratio“ sein. Das heißt, dass davon ausgegangen werden mußte, dass alle anderen Maßnahmen versagen würden und die Behandlung mit anderen, nicht suchtgifthaligen Arzneimitteln keinen Erfolg versprach. (vgl. Haltmayer, 2011, Seite 158)

Mit der Verankerung der so genannten „Substitutionsbehandlung“ im Suchtmittelgesetz wurde klargestellt, dass der Arzt diese Behandlungsform verordnen kann, wenn Abstinenzbehandlung oder andere Therapien (temporär) nicht zielführend sind und durch die Substitutionsbehandlung eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Opiatabhängigen erreicht werden kann. (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), 1998, S. 2)

2007 wurden erstmals in der Geschichte der Substitutionsbehandlung in Österreich rechtliche Regelungen im Verordnungsweg und damit für alle Institutionen, die im Rahmen der Substitutionsbehandlung tätig sind, verbindlich umgesetzt. Diese Vorgangsweise wurde nicht nur formal kritisiert, sondern aufgrund der primär ordnungspolitischen Ausrichtung und der weitreichenden Einflussnahme in die ärztliche Therapiefreiheit auch inhaltlich. (vgl. Haltmayer, 2011, S. 161)

Die Ziele, die mit der Behandlung erreicht werden sollten, wurden folgendermaßen definiert:

- 1. das Risikoverhalten des Abhängigen zu reduzieren und sein Leben in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht zu stabilisieren und zu bessern,*
- 2. die Abstinenz von Suchtmitteln schrittweise wiederherzustellen,*

3. die Behandlung einer neben der Opioidabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung zu unterstützen oder
4. die Risiken einer Opioidabhängigkeit während einer Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt zu verringern. (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2006, S. 2)

Diese Verordnungsnovelle ist bis auf kleine Veränderungen durch eine Novelle 2009 derzeit noch gültig. (vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2009)

Die Aufgabenverteilung in der Substitutionsbehandlung wird anhand der nachstehenden Grafik skizziert:

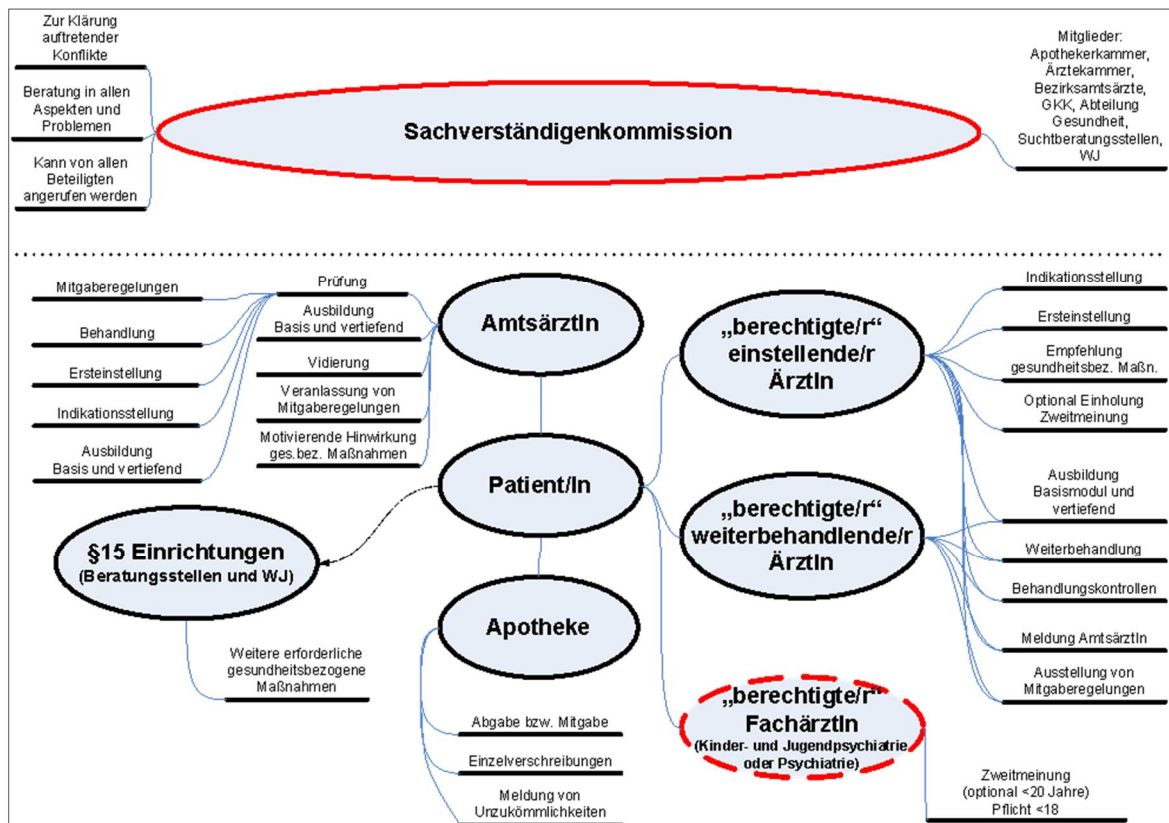


Abbildung 1: Aufgabenverteilung in der Substitutionsbehandlung (Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung (Hrsg.), 2016, S. 11)

Seit der Verordnungsumsetzung 2007 müssen die Ärztinnen/Ärzte, die die Einstellung vornehmen bzw. weiter behandeln, eine eigene Fortbildung absolvieren, um die Berechtigung zu den Tätigkeiten der Substitutionsbehandlung zu erhalten. Die Fortbildungsdauer ist different und nur umfassend berechnete Ärztinnen/Ärzte dürfen die Indikationsstellung bzw. Ersteinstellung vornehmen. Optional muss bei unter 20-jährigen Patient/innen bzw. verpflichtend bei unter 18-jährigen die Zweitmeinung einer berechtigten Fachärztin / eines berechtigten Facharztes zur Indikationsstellung eingeholt werden. (vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2009, S. 9f.)

Die Patientin / der Patient erhält, abgesehen von der Einstellungsphase, in der es aufgrund von notwendiger Dosisveränderungen bzw. -anpassungen und engmaschiger Betreuung kürzer dauernder Rezepte bedarf, eine Dauerverschreibung für ein Monat. (vgl. ebd., S. 7f.)

Jede Dauerverschreibung muss den Amtsärztinnen/Amtsärzten der nach dem Wohnsitz der Patientin / des Patienten zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zur Vidierung (Beglaubigung) vorgelegt werden. Diese/r hat die Qualifikation der verschreibenden Ärztin / des verschreibenden Arztes zu prüfen und wenn keine Bedenken bzgl. Verordnungskonformität der Behandlung bestehen, die Dauerverschreibung zu unterschreiben. (vgl. ebd., S. 25f.)

Mit dieser vidierten Dauerverschreibung erhält die Patientin / der Patient ihre/seine Medikation in der Apotheke, die sie/er in der Regel unter Sicht der Apothekerin /des Apothekers einnimmt. Das bedeutet, dass die Apotheke nicht nur die Einnahme kontrolliert, sondern auch sogenannte „Unzukömmlichkeiten“ der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt bzw. der Amtsärztin / dem Amtsarzt zu melden hat. Dies betrifft das Versäumen der vorgesehenen Einnahme, Vorlage von anderen Suchtgiftrezepten, etc.

In sehr eng definierten Bereichen ist es möglich, die Medikation nicht in der Apotheke einnehmen zu müssen, sondern mitnehmen zu können, um die Einnahme selbständig vorzunehmen. Diese Erleichterungen betreffen die Bereiche Erwerbstätigkeit, Erkrankung, Behördengänge, ein 35-Tages-Urlaubskontingent und andere berücksichtigungswürdige Gründe. Dabei ist die

vorherige bestimmungsgemäße Einnahme bzw. Stabilität der Patientin / des Patienten Voraussetzung. (vgl. ebd., S. 23f.)

Die Patientin / der Patient soll erforderlichenfalls weitere gesundheitsbezogene Maßnahmen in Anspruch nehmen. Das Erfordernis wird von den einstellenden Ärztinnen / Ärzten mit den Patient/innen besprochen und im Verlauf sowohl ärztlicherseits als auch amtsärztlicherseits motivierend auf die Inanspruchnahme hingewirkt. (vgl. ebd., S. 29)

Während der Behandlung werden ärztlicherseits Behandlungskontrollen durchgeführt, die auch die Veranlassung von Harnkontrollen inkludieren. (vgl. ebd., S. 31f.)

Nachdem diese im Ordinationssetting schwer umsetzbar sind, gibt es in Oberösterreich die Vereinbarung zwischen dem Land OÖ und der Ärztekammer für OÖ, dass diese in den Gesundheitsdiensten/Sanitätsdiensten der Bezirksverwaltungsbehörden durchgeführt werden. Nach einer Harnabnahme unter Sicht der Mitarbeiter/innen der Gesundheitsdienste/Sanitätsdienste werden die Harnproben in das Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik des Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikum gesandt und dort mittels immunologischer, semiquantitativer Methode analysiert und befundet.

3 Beschreibung der Befragungsmotivation

Das langfristige Unternehmenskonzept der oberösterreichischen Landesverwaltung wurde als „Wirkungsorientierte Verwaltungsführung (WOV 2027)“ festgehalten und beschreibt die Organisation einer Landesverwaltung, die sich an den geplanten und tatsächlich erreichten Wirkungen orientiert. (vgl. Abteilung Präsidium, 2016, S.1)

Dieses Unternehmenskonzept wird in den Grundsätzen in sieben Entwicklungsfeldern beschrieben und mit der Einbindung von sieben Teilkonzepten ergänzt. In den Zielsetzungs- und Planungsebenen der wirkungsorientierten Verwaltung werden in zeitlicher Hinsicht drei Ebenen eingezogen. In der „Grundsatzebene“, deren Geltungszeitraum mindestens 12 Jahre beträgt, wurden aufbauend auf den Grundprinzipien der Verfassung Lebens- und Fachbereichsleitbilder entwickelt. (vgl. ebd. S. 2ff.)

Im Lebensbereichsleitbild der Direktion Soziales und Gesundheit des Landes OÖ findet sich in der Definition des Selbstverständnisses „Wir stellen Leistungen für Menschen in schwierigen Lebenssituationen sicher, die der/die Einzelne aus eigener Kraft nicht bewältigen kann. Dazu zählen insbesondere Krankheit, [...]“. (Land OÖ, Direktion Soziales und Gesundheit, 2009, S.2)

Die angestrebte Wirkung wird unter anderem so beschrieben: „Wir sorgen für die Schaffung und Erhaltung einer frei zugänglichen, gleichwertigen und effizienten Versorgungsstruktur an Sozial- und Gesundheitsleistungen.“ (ebd. S. 2)

In der zweiten Ebene, der „Strategischen Ebene“, die einen Geltungszeitraum von 6 Jahren aufweist, wird die Grundsatzebene in Strategien festgelegt. Anschließend werden in der dritten Ebene, der „operativen Ebene“, jährlich konkrete Umsetzungsziele erarbeitet. (vgl. Abteilung Präsidium, 2016, S. 4)

Ein definiertes Entwicklungsfeld betrifft die „Kundinnen- bzw. Kundenorientierung“ mit der Kernaussage „*Wir kennen unsere Kundinnen und Kunden, unser Angebot orientiert sich an deren Bedarf*“. (Abteilung Präsidium, 2016, S. 5)

In den dazugehörigen Richtungsansagen wird dabei das Spannungsfeld des gesetzlichen Auftrags, des gesellschaftlichen Bedarfs und den angestrebten

Wirkungen beschrieben und betont, dass gesellschaftliche Veränderungen beobachtet werden müssen um entsprechende Anpassungen der Leistungen vornehmen zu können. (vgl. ebd. S. 5)

Das Teilkonzept „Steuerung und Controlling“ ist in den Stufenbau der oben skizzierten Planungsebenen integriert und zielt darauf ab, standardisierte Management- und Steuerungsprozesse zu definieren und damit die Basisziele einer wirkungsorientierten Verwaltung besser erreichen zu können. Dafür werden auch Instrumente für die Praxis definiert. Auf der „Strategischen Ebene“ ist dies neben der „Stärken-Schwächen-Analyse, Chancen-Risiken-Analyse“, der „Portfolio-Analyse“ auch die „Eigen- und Fremdbildanalyse“. (vgl. Abteilung Präsidium, 2015, S. 7)

In diesem Zusammenhang wurden von der Abteilung Gesundheit auf der „Grundsatzebene“ im Fachbereichsleitbild für diesen Kontext zwei wesentliche Wirkungen, die angestrebt werden, definiert. Einerseits die „Weiterentwicklung von integrierten, patientenorientierten sicheren Behandlungsabläufen“ und andererseits die „Sicherstellung eines hohen Schutzes vor Infektionskrankheiten“. Für die Umsetzung wurden 16 Planungseinheiten definiert, bei denen in der „Strategischen Ebene“ eine Grundstrategie und davon abgeleitet jährliche Ziele entwickelt wurden bzw. werden. Die Planungseinheit 10 betrifft die „Versorgung von Drogenabhängigen – Substitution“. Zur Ausarbeitung bzw. Weiterentwicklung dieser Grundstrategie wird auch das Instrument der Eigen- und Fremdbildanalyse genutzt, spezifisch in der Planungseinheit 10 die vorliegende Befragung der Patient/innen, die die Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen. (vgl. Land Oberösterreich, 2006, S.2)

In der strategischen Orientierung sollte nicht nur auf die Versorgungsstruktur und die angebotenen Leistungen bzw. Kapazitäten Bedacht genommen werden, sondern auch die „Outcomes“ Berücksichtigung finden.

4 Aktueller Forschungsstand

4.1 Suchtspezifische Outcome-Kriterien

Aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven der Akteur/innen fehlen der Suchttherapieforschung primäre, standardisierte Outcome-Kriterien, die einheitlich verwendet werden. Diese wären für eine Vergleichbarkeit verschiedener Therapiemethoden und vor allem für Meta-Analysen von Studien von großer Bedeutung. Allerdings wäre eine der wesentlichsten Voraussetzungen dafür ein fachlicher Konsens über Zieldefinitionen und Erfolg der Suchttherapie. (vgl. Schwarz, 2015, S. 30)

Donovan et al. (2012) analysierten die seit 1960 publizierten suchtspezifischen Studien bezüglich der verwendeten Outcome-Kriterien und identifizierten Substanzgebrauch, die Erwerbstätigkeit / Eigenständigkeit und die kriminellen Handlungen als die am häufigsten erhobenen Parameter. (S. 695)

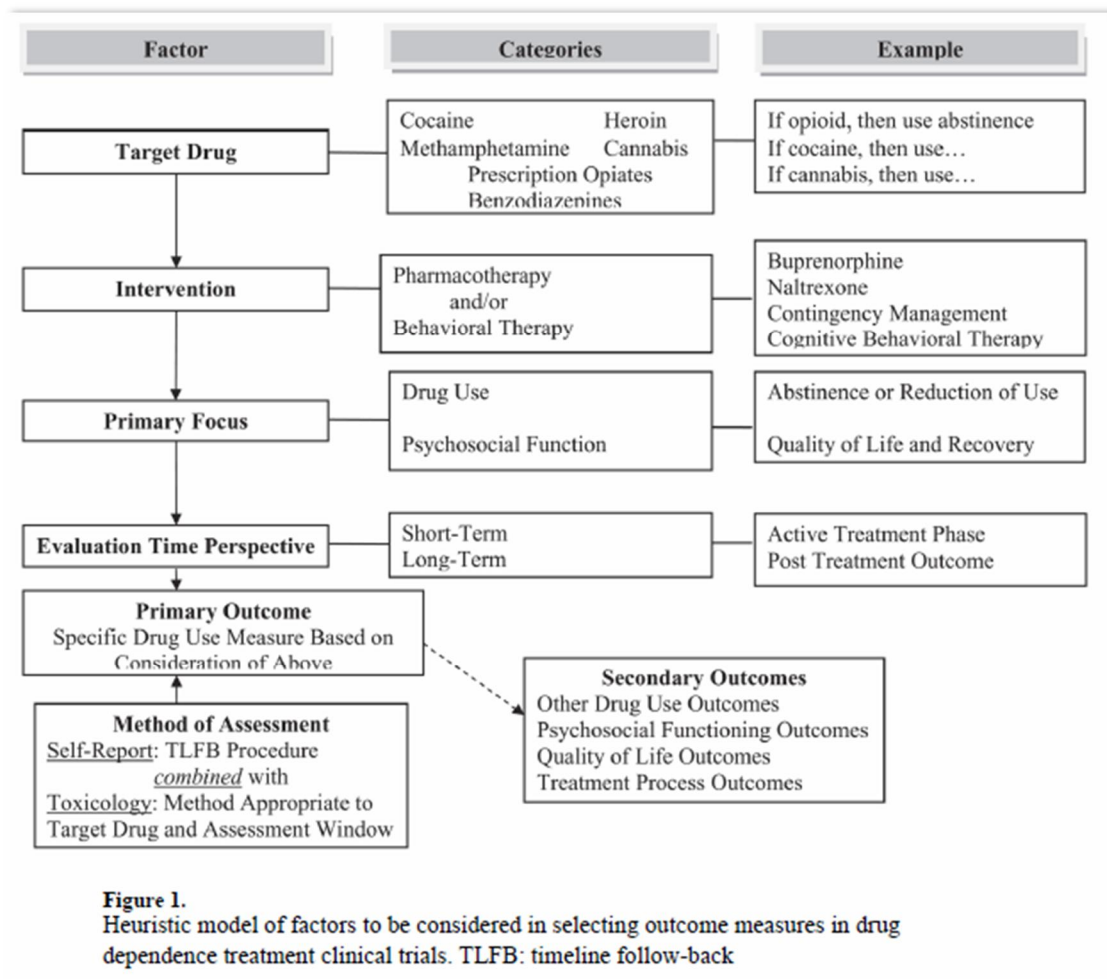


Abbildung 2: Outcome-Kriterien in Studien zu Suchttherapie (Donovan, et al., 2012, S.707)

Drug-taking behavior, measured ideally by a combination of self-report and biological indicators, is seen as the most appropriate proximal primary outcome in drug dependence treatment clinical trials. (Donovan, et al., 2012, S. 695)

Durch die Orientierung der zieloffenen Suchtarbeit, die auch in der Alkoholbehandlung immer mehr thematisiert wird, rückt die Abstinenzorientierung als ausschließliches Erfolgskriterium im fachlichen Diskurs immer mehr in den Hintergrund. Damit werden andere Erfolgskriterien, wie berufliche Integration oder Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen immer wichtiger. (Schwarz, 2015, S. 42)

In diesem Kontext sollte auch die Zufriedenheit aus der Patient/innenperspektive und damit einhergehend die subjektiv empfundene Lebensqualität nicht außer Acht gelassen werden.

4.2 Patient-reported Outcomes

In der Wissenschaft gewinnen die sogenannten „PROs (Patient-reported Outcomes)“ immer mehr Bedeutung. Dieser Begriff wird dabei nicht nur für die symptomatischen Ergebnisse (einer Behandlung) verwendet, sondern umfasst durchaus auch komplexere Konzepte, wie die subjektiv erlebte Lebensqualität, Behandlungsbedürfnisse, Behandlungszufriedenheit und die Qualität der therapeutischen Beziehung. (vgl. Reininghaus et al., 2010, S.1)

Hintergrund dieser Orientierung ist eine zunehmende „Kund/innenorientierung“ auch im Bereich der Medizin, der Psychologie und der Sozialen Arbeit. Das Modell des „Shared Decision Making“ (die Interaktion zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in zielt darauf ab, zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen) bzw. des „Patient Centered Care“ (Unterstützung der aktiven Beteiligung von Patient/innen bei der Entscheidungsfindung über die einzelnen Optionen für die Behandlung) löst dabei das sogenannte Fürsorgemodell als theoretischen Zugang immer mehr ab. (vgl. Blatt, 2015, S. 3)

Manche Autor/innen zählen gesundheitsbezogene Lebensqualität und Patient/innenzufriedenheit zu den PROs im engeren Sinn und Symptome, Funktionsstatus, Gesundheitswahrnehmung/-status sowie Therapietreue zu den PROs im weiteren Sinn. Obwohl sich keine allgemein gültige Definition der Patient/innenzufriedenheit findet, beziehen viele Autor/innen die Zufriedenheit auf die Strukturqualität, die Prozessqualität oder die Ergebnisqualität der Leistungserbringung. Auch Aspekte des Zuganges zur Versorgung, der Stetigkeit der Versorgung und der Verfügbarkeit von Diensten spielen eine Rolle. In Bezug auf die Patient/innenzufriedenheit muss angemerkt werden, dass diese von vielen Aspekten abhängig ist, wie zum Beispiel der persönlichen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patient/in. (vgl. Brettschneider et al., 2011, S. 38f.)

In diesem Kontext muss auch auf das Confirmation-Disconfirmation-Paradigma, eines der gängigsten Konzepte zur Erklärung der Patient/innenzufriedenheit hingewiesen werden. Demnach wird Zufriedenheit als Ergebnis eines komplexen Vergleichsprozesses zwischen der Wahrnehmung einer tatsächlichen Produktnutzung (Ist-Leistung) und einem bestimmten Vergleichsstandard (Soll-Leistung), der sich aus Erwartungen, Vorstellungen und Erfahrungen zusammensetzt, beschrieben. Wenn die wahrgenommene Ist-Leistung dem Vergleichsstandard entspricht bzw. übersteigt, wird daraus Zufriedenheit resultieren. Im umgekehrten Fall wird von Unzufriedenheit ausgegangen. (vgl. Wolf, 2005, S. 29ff.)

Dabei muss beachtet werden, dass die Ist-Komponente ein sehr subjektives Erleben widerspiegelt und in einem selektiven, kognitiven Prozess entsteht, bei dem Verzerrungen entstehen können. Häufig werden in der Literatur Assimilations-, Kontrast- und Übertragungseffekte diskutiert. Auch der Soll-Ist-Vergleich stellt eine bewußte Entscheidung dar, die Voraussetzungen mit einschließt. So kann Dankbarkeit, Nervosität oder Angst vor Kritik gegenüber den Behandler/innen, soziale Erwünschtheit etc. das Zufriedenheitsurteil beeinflussen. (vgl. Dampz et al., 2011/2012, S.9f.)

Auch beachtet werden muss die Differenz zwischen Zufriedenheit und Qualität. Eine subjektiv geäußerte hohe Zufriedenheit kann einer objektiv niedrigeren Qualität gegenüberstehen und umgekehrt. (vgl. ebd., S. 10)

Given the highly subjective nature of patient perception of, response to, and recollection of the experience of care, patients' evaluations of care must be interpreted in light of what they are – subjective evaluations (ie, satisfaction), not accurate reports of care processes. These subjective evaluations nonetheless are extremely important indicators of care as personally experienced by patients. These experiential aspects of care can have a significant impact on the patient's attitude toward (and response to) both treatment and providers while care is ongoing. Satisfaction levels during care can affect compliance, trust, stress, and other reactions to medical management (Press, 2004, S.208)

4.3 Messinstrumente zur Lebensqualität

Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität werden in zwei Dimensionen unterschieden. Einerseits darin, ob sie krankheitsspezifisch sind, wie zum Beispiel Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Depressionen oder Krebserkrankungen. Andererseits stehen generische Instrumente zur Verfügung, die krankheitsübergreifend messen. (vgl. Schwarz, 2015, S. 61)

Die zweite Dimension, die unterschieden wird, sind Profil- und Indexinstrumente. Profilinstrumente ermöglichen eine differenzierte Einschätzung der Lebensqualität indem sie über die berücksichtigten Dimensionen ein Profil von Werten ausweisen. Ein Indexfragebogen aggregiert Werte unterschiedlicher Dimensionen zu einem Gesamtwert. Der Vorteil des Indexfragebogens liegt in der Vergleichbarkeit der Gesamtwerte, die Informationen aus den einzelnen Dimensionen gehen allerdings verloren. (vgl. ebd. S.61)

Generische Messinstrumente

Nachfolgend werden einige wichtige Messinstrumente, die zwar generischer Natur sind aber dennoch auch im Suchtbereich eingesetzt wurden (werden), vorgestellt.

4.3.1 Symptom-Checkliste 27 (SCL-27)

Die Symptom-Checkliste 27 stellt in der Therapieforschung den meistverwendeten Fragebogen dar und ist eine Kurzform des SCL-90, der 1995 ins Deutsche übersetzt wurde. Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch physische und psychische Symptome innerhalb der letzten sieben Tage als validiertes, mehrdimensionales Screening-Instrument.

Kurze Subskalen zu depressiven, dysthymen, vegetativen, agoraphoben, soziophoben Symptomen und Misstrauenssymptomen umfassen vier bis sechs Items aus den insgesamt 27 Items. Zusätzlich wird ein globaler Index gebildet. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ eingetragen.

Die Dauer der Durchführung wird mit etwa fünf bis zehn Minuten angegeben. (vgl. Schmid, 2014, S. 98)

4.3.2 World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

Der WHOQOL-BREF ist die Kurzform des WHOQOL-100 und umfasst 26 Items zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Die Beantwortung der geschlossenen Fragen erfolgt in fünf Stufen und umfasst vier Bereiche, nämlich die physische Gesundheit, das psychische Wohlbefinden, soziale Beziehungen und die Umwelt. Der Fragebogen ist in Deutsch verfügbar, die Beantwortung dauert in etwa sieben Minuten.

Der WHOQOL-BREF ist gut validiert und reliabel, die Skalen weisen eine sehr hohe interne Konsistenz auf. (vgl. Infodrog, 2016, S.3ff)

Die englische(n) Version(en) ist/sind unter http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/ downloadbar.

4.3.3 EQ-5D

Der EQ-5D ist ein generisches Messinstrument, das durch EuroQol, einem internationalen, multidisziplinären Forschungsnetzwerk, entwickelt wurde und in mehreren Versionen verfügbar ist. In allen Versionen wird die Selbsteinschätzung

in fünf Bereichen mit jeweils verschiedenen Antwortmöglichkeiten abgefragt. Die fünf Bereiche sind Mobilität/Beweglichkeit, Für sich selbst sorgen, Alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit. Die Ursprungsversion EQ-5D-3L sieht drei Antwortmöglichkeiten (keine / einige bzw. mäßig(e) / extreme Probleme) vor, die Weiterentwicklung EQ-5D-5L fünf. Mit EQ-5D-Y ist auch eine Version für Kinder und Jugendliche verfügbar.

Zudem wird eine globale Frage nach dem heutigen Gesundheitszustand gestellt, die auf einer Skala von 0 bis 100 beantwortet wird. (vgl. EuroQol Research Foundation, 2016)

Die englischen Versionen der Fragebögen sind unter <http://www.euroqol.org/> einsehbar.

4.3.4 Short-Form 12 Health Survey

Der Short-Form 12 Health Survey (SF-12) ist ein Kurzfragebogen und stellt eine Weiterentwicklung des Short-Form 36 (SF-36) Health Survey dar. Mit lediglich 12 Frageitems werden Subskalen zu 8 Bereichen, nämlich der körperlichen Funktionsfähigkeit, der körperlichen Rollenfunktion, den körperlichen Schmerzen, der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, der Vitalität, der sozialen Funktionsfähigkeit, der emotionalen Rollenfunktion und dem psychischen Wohlbefinden, abgedeckt.

Der SF-12 ist ebenso wie der SF-36 gut validiert und reliabel. Die Einführung der deutschen Version von SF-12 wurde bereits 1998 vorgenommen.

Neben dichotom skalierten Fragen finden sich drei- bis fünfteilig skalierte Frageitems. (vgl. Binder, 2004, S. 16f)

Die englische Version ist unter <http://www.sf-36.org/demos/SF-12.html> einsehbar.

4.3.5 Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP)

Das Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP) ist 1995 aus dem Lancashire Quality of Life Profil (LQOP) ins Deutsche übersetzt worden. Dieses Instrument erfasst die Bereiche Arbeit und Ausbildung, Finanzen, Religion, Freizeit, Gesetz und

Sicherheit, Wohnung, Familie, Bekanntschaften/Freundschaften und Gesundheit, sowie eine Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Dabei wird sowohl nach der subjektiven Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen, wie auch nach objektiven Lebensumständen gefragt. Die Fragen der subjektiven Lebensqualität sind auf einer 7- teiligen Skala von 1 = „sehr unzufrieden“ bis 7 = „sehr zufrieden“ zu beantworten. Diese werden für die statistische Berechnung zu insgesamt acht Subskalen und einem Einzelitem „globale Lebenszufriedenheit“ zusammengefasst. In der deutschen Version wurden Subskalen zum Selbstwertgefühl und zur psychischen Befindlichkeit ergänzt.

Für die Durchführung werden ungefähr 30 bis 40 Minuten in Anspruch genommen. (vgl. Schmid, 2014, S. 99)

Suchtspezifische Instrumente

Leider gibt es (derzeit noch) keine suchtspezifischen Messinstrumente, die die speziellen Lebenssituationen bzw. besonderen Belastungen der Suchterkrankung berücksichtigen.

Gölz (2001) argumentiert, dass alle Fragebögen Zustände eines „normalen“ Lebensvollzugs abbilden, die in der extremen Lebenslage eines heroinabhängigen Menschen keinerlei Bedeutung besitzen. Er sieht die Lebensqualität von einem anderen Wertekanon bestimmt:

- *Vermeidung von Entzugssymptomen*
- *Vermeidung von Opfererfahrung*
- *Entlastung von Beschaffungskampf*
- *Vermeidung von Haftstrafen*
- *Erlangung einer Basalversorgung*
- *Lebensqualität im Sinne der medizinischen Definition (S.42)*

Zur besseren Erfassung der spezifischen Lebensqualität schlägt er die Orientierung an diesen Werten vor.

4.4 Ausgewählte Untersuchungen

4.4.1 Querschnittstudie zur Substitutionsbehandlung in Österreich

Springer et al. (2008) gaben 2008 einen systematischen Überblick über Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Patient/innen. Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt 176 Ärztinnen und Ärzte befragt. 619 Patient/innen wurden ebenfalls miteinbezogen, einerseits über Befragung ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte, andererseits direkt mittels Fragebögen. (vgl. Springer, Uhl & Strizek, 2008, S.5)

Die Ergebnisse wurden in Hinblick auf die Erfahrungen und die Beurteilungen verschiedener Substitutionsmedikamente publiziert. Hier lag ein differenziertes Urteil in Bezug auf verschiedene Aspekte der Behandlung vor. Allerdings schnitten in der Gesamtbeurteilung Morphin und Buprenorphin besser als Methadon ab. (vgl. ebd. S. 8)

Berücksichtigt wurde dabei neben einer kategorisierten Dosierung auch der Einnahmemodus. Auch der Wunsch nach Umstellung des Substitutionsmedikaments wurde aus Sicht der Patient/innen abgefragt. Schließlich wurden die Ärztinnen und Ärzte nach der Beikonsum-Wahrscheinlichkeit und den zusätzlich verordneten psychiatrischen Medikationen bei Patient/innen, die mit verschiedenen Substitutionsmedikamenten behandelt werden, befragt. In Bezug auf die Beikonsum-Wahrscheinlichkeit wurden auch die Patient/innen selbst befragt. (vgl. ebd. S. 12ff)

Die Lebensqualität und die subjektive Befindlichkeit wurden mittels SCL-27 und WHOQOL-BREF abgefragt, wobei sich keine erheblichen Unterschiede in Bezug auf Substitutionssubstanz und Dosierung ergab. Die Zufriedenheit war bei Patient/innen, die ihr Medikament wöchentlich oder seltener abholten, deutlich höher. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass die Mitgabe eher an unauffälliges Verhalten und berufliche Integration geknüpft ist. (vgl. ebd. S. 14ff)

4.4.2 Die Heroinstudie in Deutschland

Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung opiatabhängiger Personen wurde 2002 begonnen und in insgesamt 7 Städten in Deutschland durchgeführt. Zur Begleitforschung wurde eine viermal zweiarmlige randomisierte, multizentrische Studie durchgeführt. Es wurden dabei zwei Zielgruppen angesprochen. Einerseits Heroinabhängige, die bereits mit Methadon behandelt worden waren und nicht ausreichend profitiert hatten. Andererseits Heroinabhängige, die vom Suchthilfesystem (noch) nicht erreicht worden waren. Dabei wurde nicht nur die Substanz randomisiert (Methadon versus Heroin) sondern auch die Art der psychosozialen Betreuung (Psychoedukation und Drogenberatung versus Case Management und Motivational Interviewing). In zwei Studienphasen wurden jeweils ein Jahr Behandlung und eine Follow-Up Phase beobachtet. (vgl. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), 2009)

Die Haupthypothese wurde dabei folgendermaßen definiert:

Die heroingestützte Behandlung führt bei den Patienten gegenüber der oralen Methadonsubstitution zu positiveren Effekten hinsichtlich

- *der Verbesserung des gesundheitlichen Zustands,*
- *der Reduktion illegalen Drogenkonsums,*
- *des Rückgangs der Delinquenz,*
- *der Erhöhung der Erreichbarkeit und Haltekraft für die Therapie,*
- *der Loslösung aus dem Drogenkontext,*
- *der sozialen Stabilisierung im Sinne der Aufnahme neuer drogenfreier Kontakte, verbesserter Arbeitsfähigkeit, finanzieller Sicherung, Stabilisierung der Wohnsituation und*
- *der Aufnahme weiterführender Therapien. (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), 2009)*

Daraus wurden zwei Hauptzielkriterien entwickelt, die Verbesserung des (körperlichen und psychischen) Gesundheitszustandes und die Reduktion des illegalen Drogenkonsums. Sekundäre Zielkriterien waren die Verbesserung der sozialen Situation und die Reduktion der Delinquenz. (vgl. ebd.)

Im Vordergrund der Forschung standen somatische und psychische Parameter, die mittels OTI-HHS (Gesundheitsskala) für den körperlichen Befund und SCL-90 für den psychischen Befund erhoben wurden. Ergänzend wurden Entzugssymptome, der Drogenkonsum (ergänzend mittels Urinkontrollen bzw. Haaranalysen), die Lebensqualität (mittels MSLQ), die Lebenssituation (EuopASI), die Veränderungsbereitschaft (VSS-K), die Behandlungszufriedenheit (TPQ) und die Delinquenz mittels quantitativer Befragung erhoben. Der Verlauf der sozialen Situation wurde mit Interviews anhand definierter Variablen zur Wohn- Arbeits- und Einkommenssituation, zu sozialen Kontakten und zum Freizeitverhalten erhoben. (vgl. ebd.)

Insgesamt nahmen in der ersten Studienphase 1.015 Patient/innen teil, an der zweiten bzw. Follow-Up Phase, die ohne Methadonvergleichsgruppe stattfanden, 434 bzw. 348 Patient/innen (vgl. ebd.).

Zentrales Ergebnis war eine signifikante Überlegenheit der Heroin- gegenüber der Methadonbehandlung in beiden Hauptzielkriterien. Dieses Ergebnis trat sowohl bei Personen, die vorher nicht ausreichend von der Methadonbehandlung profitiert hatten, als auch bei Personen, die zuvor nicht wirksam vom Suchthilfesystem erreicht worden waren, auf. (vgl. ebd.)

Weiters zeigte sich, dass sich eine längere Betreuungsdauer und intensivere Kontakte zu den psychosozialen Fachkräften positiv auf den Gesundheitszustand, die Belastungen durch den illegalen Drogenkonsum und die soziale Situation auswirken. Auch ein deutlicher Rückgang der Delinquenz und in hohem Ausmaß ein Lösen von Kontakten zur Drogenszene konnte belegt werden. (vgl. ebd.)

4.4.3 PREMOS: Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger

Im Auftrag des Gesundheitsministeriums wurde in Deutschland 2004 eine Studie begonnen, die den langfristigen Verlauf von Substitutionsbehandlungen untersuchen sollten. Daraus sollten Prädiktoren für stabile und positive Behandlungsergebnisse erarbeitet werden, um damit das Behandlungsangebot zielgruppenspezifisch und bedarfsgerecht zu optimieren. (vgl. Wittchen, Bühringer & Rehm, 2011a, S. 28)

Als erfolgreiche langfristige Behandlungen wurden dabei eine stabile Substitutionsbehandlung, stabile Abstinenz oder stabile abstinenzorientierte Therapie gewertet. Eine stabile Substitutionsbehandlung wurde als länger als 12 Wochen fortdauernd festgeschrieben, die nicht länger als 3 Monate aufgrund disziplinarischer Verstöße unterbrochen war und bei der kein kritischer Beigebrauch stattfand. Als stabile Abstinenz wurde eine regelhafte Beendigung der Substitution mit einer verifizierten Abstinenzphase von mehr als drei Monate gewertet. Auch ein stabiler Wechsel in eine abstinenzorientierte Therapie musste mehr als drei Monate dokumentiert werden, um als solcher gewertet zu werden. Ergänzt wurden diese Hauptkriterien des Outcomes durch Haltequote, Mortalität, Morbidität, Psychische Belastung, Soziale Integration, Lebensqualität und Beigebrauch. Diese Zielkriterien wurden zum Teil ausschließlich auf die letzten 12 Monate bezogen. (vgl. ebd. S. 29ff.)

Ausgehend von einer Voruntersuchung (COBRA bzw. AST Studien) wurden in insgesamt 7 Jahren Studienzeit 4 Messzeitpunkte gesetzt und jeweils mit drei Instrumenten erhoben. Patient/innen wurden mittels Fragebögen, Ärztinnen und Ärzte mittels Assessment und Fragebögen befragt und ergänzend wurden standardisierte Urin-Drogenscreenings durchgeführt. Insgesamt nahmen an der Studie 2.694 Patient/innen teil, die in 223 Einrichtungen behandelt wurden. Mit 1.624 vollständig und 470 hinsichtlich Outcome-Indikatoren untersuchten Patient/innen war die Ausschöpfung relativ hoch. (vgl. ebd. S. 34)

Outcome – Kriterien PREMOS Studie

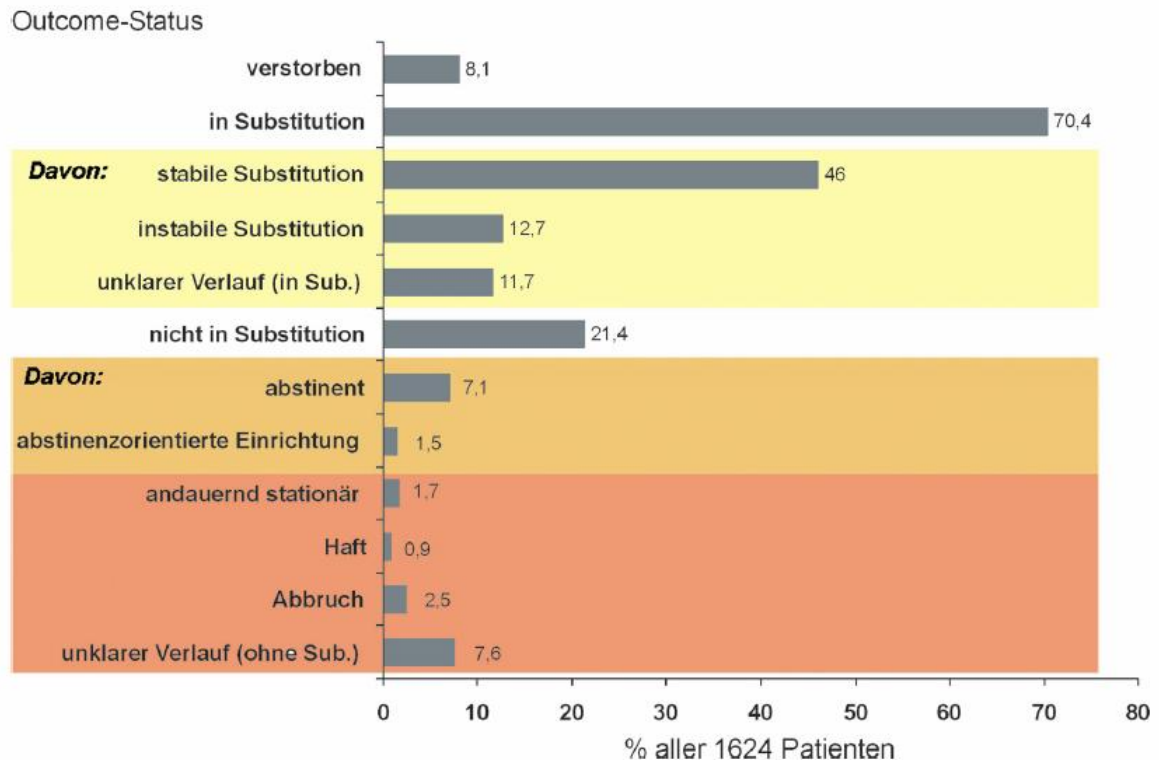


Abbildung 3: Outcome-Kriterien PREMOS Studie (Wittchen, Bühringer, & Rehm, 2011b, S. 270)

Bei einer hohen Gesamthaltequote von 70% zeigten 46% einen stabilen Substitutionsverlauf. Allerdings konnten insgesamt nur 7,1% als abstinent bezeichnet werden. Nach 6 Jahren zeigten sich relativ geringe Beigebrauchsraten von Opiaten (etwa 12%) und anderen illegalisierten Substanzen (20-30%). Es konnte allerdings aufgrund der heterogenen Verläufe und höchst unterschiedlichen Subgruppen kein einheitliches Prädiktormodell entwickelt werden. (vgl. Wittchen, Bühringer & Rehm, 2011a, S. 28, S. 119ff)

PREMOS belegt, dass die überzeugend positiven kurzfristigen Behandlungsergebnisse einer umfassenden Substitutionstherapie weitgehend auch auf den langfristigen Verlauf übertragen werden können. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten werden – trotz extremer Schwere und Komplikationsreichtum hinsichtlich zumeist chronischer gesundheitlicher Probleme (HCV, HIV/AIDS etc.) sowie der schlechten psychosozialen Ausgangslage bei Baseline – die prioritären Substitutionsziele (Haltequote, Sicherung des

Überlebens, Reduktion von Drogenkonsum und körperlicher Morbidität, gesellschaftliche Teilhabe) erreicht. (Wittchen, Bühringer, & Rehm, 2011b, S. 295)

Als Schlussfolgerung stellen Wittchen, Bühringer, & Rehm (2011) fest, dass Opiatabhängigkeit durch ein schwerwiegendes multimorbides Krankheitsbild mit chronischem Verlauf charakterisiert ist. Die Substitutionsbehandlung stellt dabei eine effektive Behandlungsform dar und erreicht die allgemeinen Ziele, also die Verminderung der negativen Auswirkungen einer langjährigen Drogenabhängigkeit. (S. 287f.)

In Hinblick auf den konkominanten Substanzkonsum wird eine deutliche Reduktion manifest, die somatische Morbidität kann in einigen Bereichen deutlich verbessert werden. Allerdings zeigt sich auch noch nach 6 Jahren Behandlungsverlauf ein weiterhin hoher Behandlungsbedarf bei ausgewählten Störungsbereichen, insbesondere im Bereich der psychischen Morbidität (z.B. Depressionen, Angststörungen). (vgl. Wittchen, Bühringer, & Rehm, 2011b, S. 288)

Die Autor/innen stellen fest, dass ein langfristiger und individuell hochspezialisierter Behandlungsbedarf besteht, der in der Praxis angesichts der Komplexität der Problemlagen relativ gering ist. Eine Beendigung der Behandlung aus disziplinären Gründen muss sorgfältig geprüft werden und auf absolut kritische Einzelfälle begrenzt werden. Deswegen empfehlen die Autor/innen eine Anpassung der Versorgungsstrukturen und –konzepte inklusive der gesetzlichen Regelungen für substituierte Drogenabhängige an die Behandlungsprinzipien einer chronischen Erkrankung. (vgl. ebd., S. 291)

Speziell die Behandlung ausgewählter Störungsbereiche und Problemgruppen sollte verbessert werden, insbesondere die Behandlung der psychischen Komorbidität. Dies betrifft nicht nur eine kleine Hochrisikogruppe, sondern die Mehrzahl der Substituierten. Hier bräuchte es verstärkt die Einbeziehung von Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen. (vgl. ebd., S. 291)

Ebenso sollten die Hilfen für Mütter mit Kindern ausgebaut und besser koordiniert werden. Gerade im Alter der Kinder ab zwei Jahren bräuchte es ein intensives Hilfsangebot, welches in der Praxis allerdings zu selten zur Verfügung steht. (vgl. ebd., S. 291)

In Bezug auf die psychosoziale Beratung halten Wittchen, Bühringer, & Rehm (2011) fest, dass hier eine bessere Koordination der Umsetzung notwendig wäre. Dabei sollte in Ausführungsbestimmungen für die Beratung die Abgrenzung zwischen psychiatrischer und psychotherapeutischer Therapie auf der einen und psychosoziale Betreuungsmaßnahmen auf der anderen Seite klar festgeschrieben werden. (S. 291)

PREMOS schlussfolgert weiters, dass sich die Verfügbarkeit verschiedener Substitutionsmittel klinisch bewährt hat. Aufgrund der Ergebnisse ist auch offensichtlich, dass Maßnahmen zur Erreichung der Abstinenz im Einzelfall sorgfältig vorbereitet werden müssen, um die Risiken von Rückfällen zu minimieren. (vgl. Wittchen, Bühringer, & Rehm, 2011b, S. 292)

Um den festgestellten Verbesserungsbedarf im therapeutischen Vorgehen sicherzustellen, sollte eine Leitlinie für langfristige Substitutionsbehandlung entwickelt werden. Dabei sollten Organisations- und Finanzierungskonzepte im ländlichen Raum erprobt werden. Abschließend wird auch empfohlen, ein Modellprogramm zur Einführung von Kooperationsmodellen zwischen Substitutionsstelle, psychosozialen Maßnahmen und Psychotherapie zu erproben. (vgl. ebd., S. 292)

5 Durchführung der Erhebung

Die Erhebung wurde in Form einer selbstadministrierten, standardisierten Befragung durchgeführt. Die Grundgesamtheit umfasste alle jene Personen, die sich im Juli 2014 in Substitutionsbehandlung in Oberösterreich befanden. Ausgenommen waren Substituierte in Haft, da diese nicht an der Befragung teilnehmen konnten. Der Zugang wurde über die Sekretariate der Sanitätsdienste/Gesundheitsdienste der Bezirke hergestellt, die die Fragebögen im Rahmen der Rezeptvidierung verteilten. Diese Form des Zuganges ermöglichte eine hohe Rücklaufquote und eine gute Erreichbarkeit der Grundgesamtheit. Als nachteilig könnte dabei bewertet werden, dass der Charakter der Neutralität, der Freiwilligkeit und der Anonymität der Befragung durch die Einbeziehung der Behörden beeinträchtigt wurde. Es wurde daher sowohl im Anschreiben an die Bezirksverwaltungsbehörden als auch im Anschreiben der Befragung auf die Anonymität besonders hingewiesen (die beiden Anschreiben befinden sich im Anhang). Zudem wurde der Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert durch die Befragten retourniert.

Im Juli 2014 waren 1430 Personen in Substitutionsbehandlung in Oberösterreich. Substituierte in Haftanstalten sind in dieser Anzahl nicht inkludiert.

Insgesamt wurden 860 auswertbare Fragebögen retourniert. Die Rücklaufquote betrug daher 60 Prozent, wobei aber nicht bekannt ist, wie viele der 1430 Personen in Substitutionsbehandlung im Befragungszeitraum tatsächlich erreicht wurden.

5.1 Beschreibung der Grundgesamtheit

Da die Datenerhebung im Juli 2014 stattfand, wurde in der Substitutionsdatenbank des Landes Oberösterreich, Abteilung Gesundheit, eine Auswertung der Patient/innen, die sich im Juli 2014 in Substitutionsbehandlung befanden, durchgeführt. Nicht inkludiert sind die Daten der Substitutionspatient/innen, die sich zu diesem Zeitpunkt in Haft befanden, da diese nicht an der Befragung teilnehmen konnten.

Dies stellt die „potentielle Grundgesamtheit“ für die Befragung dar.

Substituierte nach Alter und Geschlecht

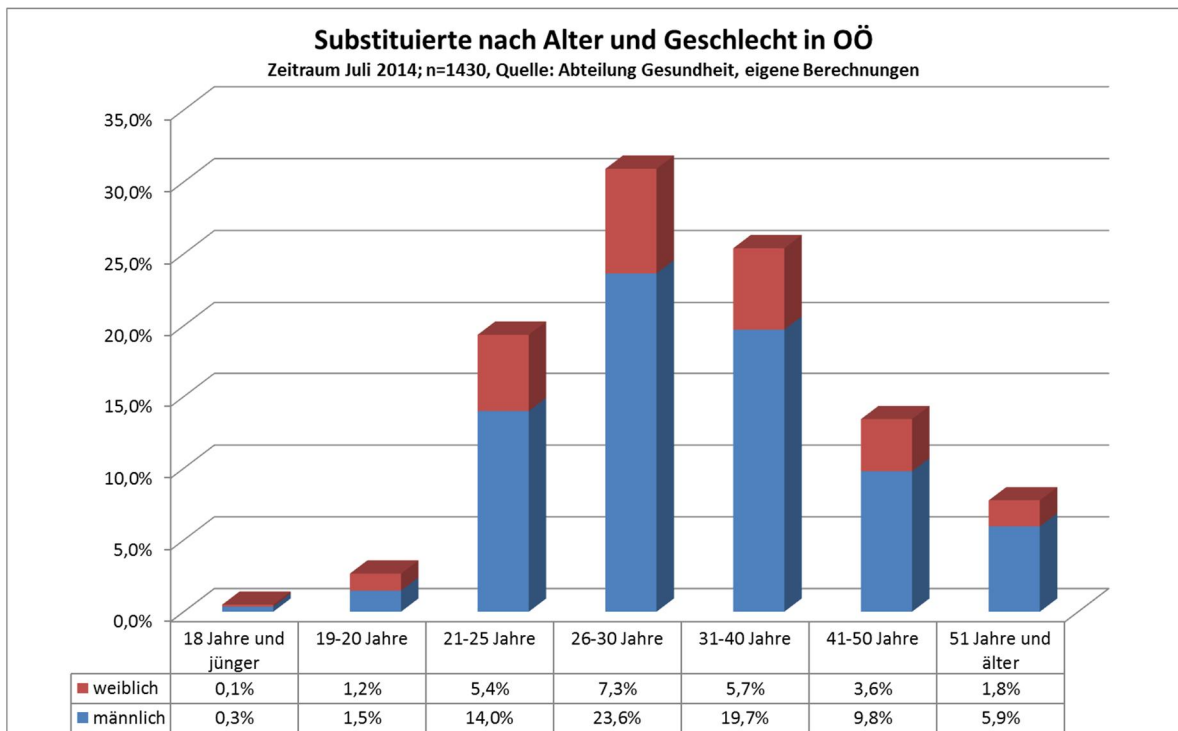


Abbildung 4: Substituierte nach Alter und Geschlecht der Grundgesamtheit (n=1430)

In Abbildung 3 wird die prozentuelle Verteilung der Alterskategorien geschlechtsbezogen dargestellt. Mit 30,9 % sind die meisten Patient/innen (23,6% Männer und 7,3% Frauen) zwischen 26 und 30 Jahre alt, gefolgt von den Alterskategorien 31-40 Jahre und 21-25 Jahre. In der Kategorie 18 Jahre und jünger ist die Anzahl der Patient/innen unter 1% der Gesamtanzahl. Insgesamt sind 75% der Substituierten männlich, lediglich ein Viertel der Patient/innen ist weiblich.

Dauer der Substitutionsbehandlungen in OÖ

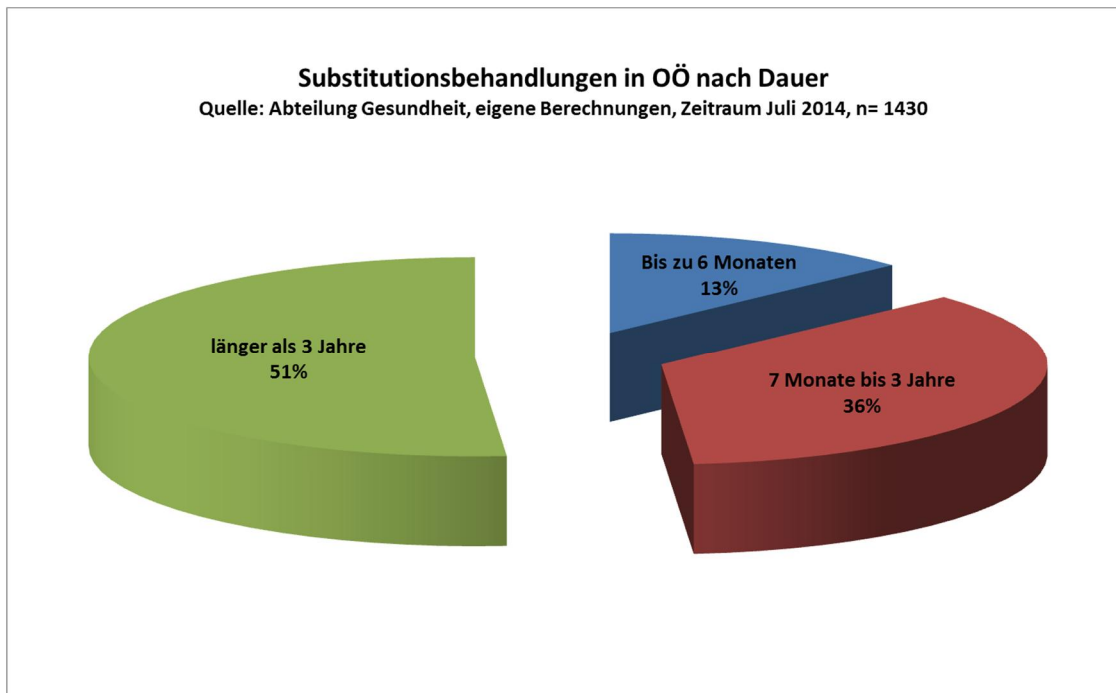


Abbildung 5: Substitutionsbehandlung nach Dauer (n=1430)

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Dauer der Behandlungen nach den im Fragebogen gewählten Kategorien. Allerdings stellen diese Daten bloß die zum Zeitpunkt durchgehende Behandlungsdauer dar und inkludieren keine möglichen Vorzeiten, die im Falle einer Behandlungsunterbrechung entstanden sein können.

Es zeigt sich, dass sich mehr als die Hälfte (51%) der Patient/innen bereits länger als 3 Jahre ununterbrochen in Behandlung befanden. 36% befanden sich zwischen 7 Monaten und 3 Jahre in Behandlung und nur ein kleiner Teil (13%) befanden sich bis zu einem halben Jahr in Behandlung.

Es handelt sich um Querschnittsdaten. Da nicht bekannt ist, wie lange die Patient/innen noch in Substitutionsbehandlung bleiben werden, können aus diesen keine Rückschlüsse auf die Durchschnittsdauer von Substitutionsbehandlungen bzw. Haltequoten gezogen werden.

Verwendete Substitutionssubstanzen in OÖ

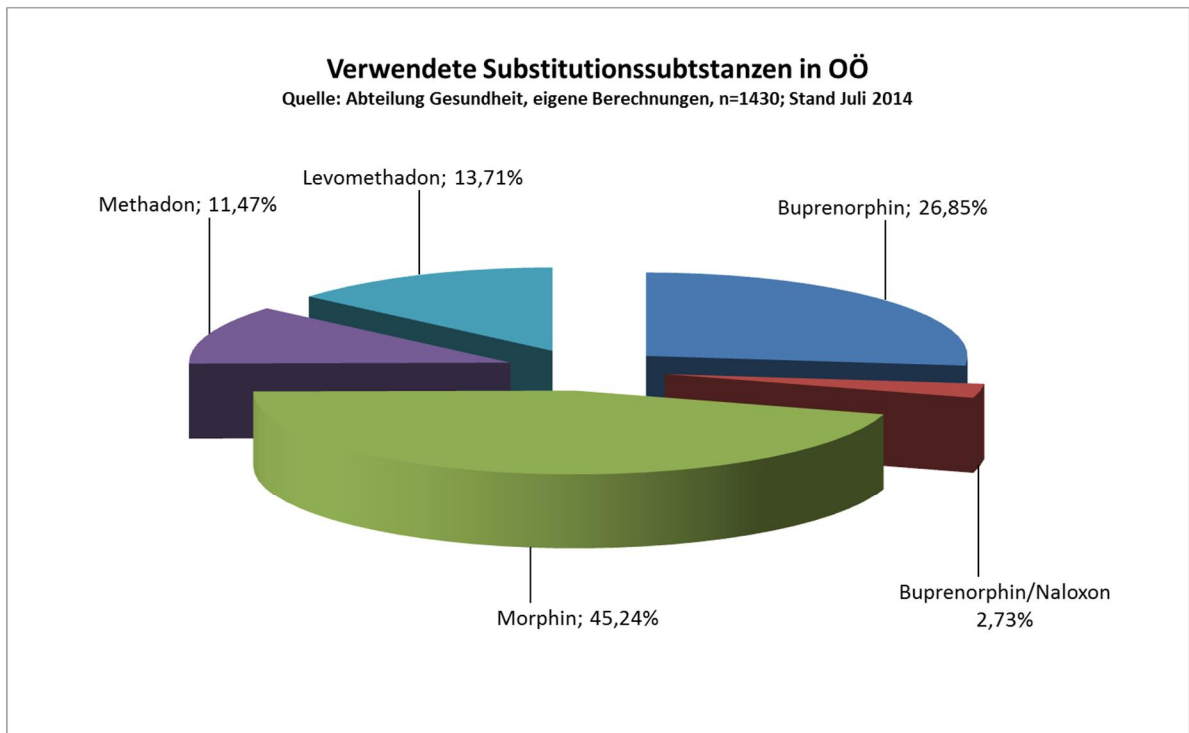


Abbildung 6: Verwendete Substitutionssubstanzen in OÖ (n=1430)

Abbildung 5 zeigt, dass fast die Hälfte der Patient/innen mit Morphin Retard behandelt wurden. Buprenorphin und Methadon wurden ca. einem Viertel der Patient/innen verschrieben, wobei bei den Methadonsubstituierten ca. zu gleichen Teilen racemisches Methadon und Levomethadon verwendet wurde.

5.2 Vergleich der Grundgesamtheit mit der Stichprobe

5.2.1 Geschlecht

Geschlecht	Häufigkeit Stichprobe 2014	Gültige Prozente Stichprobe 2014	Grundgesamtheit
Männlich	425	74%	75%
Weiblich	148	26%	25%
Unbekannt	287		
Gesamt	860		

Abbildung 7: Geschlecht der Befragten und der Grundgesamtheit

Ein Drittel der Befragten gaben ihr Geschlecht im Fragebogen nicht an. Die Verteilung der angegebenen Werte zeigt eine gute Übereinstimmung mit der Verteilung der Grundgesamtheit.

Es wird nicht davon ausgegangen, dass das Geschlecht aus Anonymitätsgründen in einem so hohen Prozentsatz nicht angegeben wurde. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Platzierung der Abfrage des Geschlechts neben der Abfrage des Alters dazu geführt hat, dass diese Abfrage häufig übersehen wurde. (Siehe Item 26 auf Seite 4 des Fragebogens im Anhang 3).

5.2.2 Lebensalter

Lebensalter	Häufigkeit Stichprobe 2014	Prozente Stichprobe 2014	Prozent Grundgesamtheit
18 Jahre u. jünger	3	< 1%	< 1%
19-20 Jahre	29	4%	3%
21-25 Jahre	169	21%	19%
26-30 Jahre	232	29%	31%
31-40 Jahre	196	25%	25%
41-50 Jahre	99	12%	13%
51 Jahre u. älter	72	9%	8%
Fehlende Werte	60		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 8: Lebensalter der Befragten

Von 800 gültigen Angaben befinden sich mit 27% fast ein Drittel der Befragten in der Alterskategorie zwischen 26 und 30 Jahren. Die Alterskategorien 31-40 und 21-25 Jahre werden von ca. einem Fünftel der Befragten angegeben. 3 Minderjährige haben an der Befragung teilgenommen. Die Altersverteilung der Stichprobe entspricht damit weitgehend der Grundgesamtheit.

5.2.3 Verordnete Substitutionsmittel

Substitutionsmittel	Prozente Stichprobe 2014 (n=855)	Prozente Gesamtheit (n=1430)
Methadon	11%	11%
Morphin	48%	45%
Buprenorphin	27%	27%
Levomethadon	11%	14%
Buprenorphin/Naloxon	2%	3%

Abbildung 9: Vergleich verwendete Substanzen in der Stichprobe und Gesamtheit

Auch hinsichtlich der verordneten Substitutionsmittel entspricht die Stichprobe weitestgehend der Grundgesamtheit.

6 Beschreibung der Stichprobe

6.1 Familiäre Situation

6.1.1 Derzeit eine/n Lebenspartner/in

Lebenspartner/in	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozent Stichprobe 2006
Ja	392	49%	55%
Nein	412	51%	45%
Fehlende Werte	56		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 10: Lebenspartner/in

49 Prozent der befragten Personen geben an, dass sie derzeit eine/n Lebenspartner/in haben. Rund 51 Prozent der Befragten führen momentan ein Singleleben.

Geschlecht	Lebenspartner/in 2014		
	ja	nein	n
männlich	46%	54%	420
weiblich	62%	38%	148
nicht angegeben	44%	56%	236
Gesamtergebnis	49%	51%	804

Abbildung 11: Lebenspartner/in bezogen auf Geschlechtszugehörigkeit

Werden die Angaben zur familiären Situation geschlechtsspezifisch betrachtet, so wird ersichtlich, dass mit 62% der Frauen häufiger angegeben, derzeit eine/n Lebenspartner/in zu haben als Männern, bei denen dies nur 46% angeben.

6.1.2 Kinder

Kinder	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014
Ja	280	35%
Nein	521	65%
Fehlende Werte	59	
Gesamt	860	

Abbildung 12: Anzahl der Personen mit Kindern

280 Personen (35 Prozent) geben an, ein oder mehrere Kinder zu haben.

Kinder 2014			
Geschlecht	Ja	Nein	n
Männlich	37%	63%	419
Weiblich	42%	58%	147
Gesamtergebnis	38%	62%	566

Abbildung 13: Anzahl der Personen mit Kindern bezogen auf Geschlechtszugehörigkeit

Werden die Angaben bezüglich Kinder geschlechtsspezifisch betrachtet, zeigt sich bei den Männern eine ähnliche Verteilung wie in der gesamten Stichprobe. Bei den Frauen gibt mit 42% ein höherer Prozentsatz an, Kinder zu haben. Allerdings muss auch hier berücksichtigt werden, dass rund ein Drittel keine Angabe zum Geschlecht gemacht haben.

6.1.3 Sorgerecht für Kinder

Anzahl Kinder	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014
0	6	4%
1	103	65%
2	42	27%
3	5	3%
4	1	<1%
7	1	<1%
Fehlende Werte	702	
Gesamt	860	100,0

Abbildung 14: Sorgerecht für Kinder

152 der Befragten geben an, für ein bzw. mehrere Kinder das Sorgerecht zu haben. Insgesamt gaben 152 Personen das Sorgerecht für 213 Kinder an. 124 Personen (44 Prozent), die angeben, Kinder zu haben, machten zum Sorgerecht allerdings keine Angaben. Hier muss bedacht werden, dass bei erwachsenen Kindern das Sorgerecht erlischt. Da das Alter der Kinder nicht erfragt wurde, sind diese Ergebnisse nur schwer zu interpretieren. Ganz besonders ist kein Rückschluss dahingehend möglich, bei wie vielen Personen das Sorgerecht entzogen wurde.

Sorgerecht für wie viele Kinder 2014							
Geschlecht	Kein Sorgerecht	1	2	3	4	7	n
Männlich	81%	12%	5%	1%	0%	<1%	425
Weiblich	73%	17%	9%	0%	1%	0%	148
Gesamtergebnis	80%	13%	6%	1%	0%	0%	573

Abbildung 15: Sorgerecht nach Geschlechtszugehörigkeit

Werden die Daten in Bezug auf ein Sorgerecht für Kinder geschlechtsspezifisch betrachtet, so zeigt sich, dass 27% der Frauen und 19% der Männer angeben, das Sorgerecht für ein oder mehrere Kinder zu haben. Damit haben prozentuell mehr Frauen das Sorgerecht für ein oder mehrere Kinder.

6.1.4 Kinder im gemeinsamen Haushalt

Anzahl Kinder	Häufigkeit 2014	Gültige 2014	Prozent
0	7	6%	
1	69	62%	
2	28	25%	
3	5	5%	
4	1	1%	
6	1	1%	
Fehlende Werte	749		
Gesamt	860	100%	

Abbildung 16: Kinder im gemeinsamen Haushalt

104 Personen geben an, im gemeinsamen Haushalt mit ein oder mehrere Kinder zu leben. Insgesamt leben 150 Kinder mit substituierten Personen im gemeinsamen Haushalt.

6.2 Wohnsituation

Wohnsituation	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozent 2006 (n=406)
eher unsicher	79	10%	12%
eher gesichert	706	87%	86%
habe momentan keinen Wohnsitz	25	3%	2% (8 Personen)
Fehlende Werte	50		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 17: Momentane Wohnsituation

87% der Befragten schätzen ihre derzeitige Wohnsituation als eher gesichert ein. Nur 3% gaben an, derzeit keinen Wohnsitz zu haben (25 Personen). Im Vergleich zu den Daten von 2006 ist diese Situation relativ stabil. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 16)

Die Anzahl der Personen, die angeben, keinen Wohnsitz zu haben, ist zwischen 2006 und 2014 geringfügig von 2 auf 3% der Personen gestiegen. Dies kann einerseits bedeuten, dass die Personen, die sich in Substitutionsbehandlung befinden und keinen Wohnsitz haben, mehr geworden sind. Andererseits könnte dies auch bedeuten, dass durch die Möglichkeit einer Meldeadresse in einer niederschweligen Suchteinrichtung, die seit 2007 vermehrt bzw. an mehreren Standorten in OÖ angeboten wird, mehr Personen ohne Wohnsitz in die Substitutionsbehandlung aufgenommen werden konnten. Diese Vermutung wird durch die Zuordnung der Personen, die angaben, derzeit keinen Wohnsitz zu haben, zu bestimmten Bezirken, unterstützt. 96% der Personen ohne Wohnsitz werden in einem der drei Bezirke substituiert, in denen eine niederschwellige Suchteinrichtung vorhanden ist.

6.3 Finanzielle Situation und Arbeitsstatus

Finanzielle Situation	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014	Prozent 2006 n=402
eher unsicher	264	33%	38%
eher gesichert (z.B. auch durch Pension o.ä.)	541	67%	62%
Fehlende Werte	55		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 18: Finanzielle Situation

Rund zwei Drittel der Befragten geben eine eher gesicherte finanzielle Situation an. Ein Drittel empfindet die derzeitige Situation in Bezug auf Finanzen eher als ungesichert. Im Vergleich zu 2006 hat sich der Prozentsatz, der von einer eher gesicherten finanziellen Situation berichtet, von 62% 2006 auf 67% 2014 erhöht. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 15).

Arbeitsstatus	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014	Prozente 2006 n=389
in Ausbildung	44	6%	4%
erwerbstätig	299	38%	35%
arbeitslos	242	30%	31%
Mindestsicherungsbezieher/in (Sozialhilfe)	57	7%	30,3%
in Pension	153	19%	
Fehlende Werte	65		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 19: Arbeitsstatus

Von den Befragten geben 38% an, erwerbstätig zu sein und weitere 6% geben an, in Ausbildung zu stehen. 30% der Befragten geben an, arbeitslos zu sein, weitere 7% bezogen Mindestsicherung und 19% befinden sich in Pension.

Im Vergleich zu den Daten von 2006 zeigt sich, dass der Prozentsatz der Erwerbstätigen sich leicht erhöht hat. Die Personen in Ausbildung sind prozentuell ebenfalls leicht gestiegen. Die Personen, die angeben, arbeitslos zu sein, sind relativ gleich geblieben und Personen in Pension bzw.

Sozialhilfe/Mindestsicherungsbezieher/innen sind von 2006 auf 2014 leicht zurückgegangen. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 15)

Dies könnte möglicherweise auf die Neuregelung der Invaliditätspension zurückzuführen sein, die mit 01.01.2014 umgesetzt wurde. Die Intention dieser Regelung war es, weniger Invaliditätspensionen zu finanzieren, sondern gesundheitlich beeinträchtigte Menschen verstärkt in den Arbeitsmarkt zu integrieren. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016)

Insgesamt stellt dies eine sehr positive Veränderung dar, da die Anzahl der Arbeitslosen in OÖ von 19.761 Personen im Juni 2006 auf 31.981 Personen im Juni 2014 gestiegen ist. (vgl. AMS, 2016)

Arbeitsstatus nach Alter

Arbeitsstatus	Lebensalter 2014							Gesamt
	18 Jahre u. jünger	19-20 Jahre	21-25 Jahre	26-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51 Jahre u. älter	
in Ausbildung	33%	24%	9%	6%	3%	0%	0%	42
erwerbstätig	33%	24%	42%	44%	43%	27%	20%	297
arbeitslos	33%	41%	39%	38%	28%	15%	10%	239
Mindestsicherungsbezieher/in	0%	7%	9%	5%	7%	9%	6%	55
in Pension	0%	3%	1%	8%	19%	49%	65%	149
Gesamt	3	29	168	225	188	98	71	782

Abbildung 20: Arbeitsstatus nach Alter

In der Auswertung nach Alterskategorien zeigt sich, dass die 19-20 Jährigen zu 41% arbeitslos sind. Rund ein Viertel ist jeweils in Ausbildung und erwerbstätig. Bereits 3% in dieser Alterskategorie sind in Pension, 7% Mindestsicherungsbezieher/innen.

Bei den 21-25 Jährigen steigt der Anteil der Erwerbstätigen auf 42%, Arbeitslosigkeit geben 39% an. Der Anteil der Erwerbstätigen ist mit 44% auch bei den 26-30 Jährigen der meist genannte Status, gefolgt von 38%, die

Arbeitslosigkeit angeben. Der Anteil der Mindestsicherungsbezieher/innen mit 5% und der Pensionist/innen mit 8% ist relativ gering. Der Anteil der Pensionist/innen ist bei den 31-40 Jährigen mit 19% schon relativ hoch, jede/r Fünfte ist in diesem Altersbereich bereits pensioniert. Der Prozentsatz der Erwerbstätigen bleibt allerdings auch in dieser Alterskategorie mit 43% relativ hoch, dafür sinkt der Anteil der Personen, die angeben, von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein, auf 28%. Das könnte bedeuten, dass in dieser Alterskategorie eine Verschiebung der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit in die Pension erfolgt.

Nicht ganz ein Drittel der 41-50 Jährigen gibt an, erwerbstätig zu sein. Die Hälfte der Personen in dieser Alterskategorie befindet sich bereits in Pension. Der Anteil der arbeitslosen Personen beträgt 15%. 9% geben an die Mindestsicherung zu beziehen.

Bei den Personen, die 51 Jahre und älter sind, sind rund zwei Drittel in Pension. Nur noch ein Fünftel gibt an, erwerbstätig zu sein, während jede/r Zehnte von Arbeitslosigkeit betroffen ist.

6.4 Infektionskrankheiten

6.4.1 HIV – Status

HIV-Status	Anzahl der Befragten 2014	Prozent 2014	Prozent 2006 n=429
HIV-positiv	14	2%	4%
an AIDS erkrankt	5	<1%	2%
keine Infektion	569	66%	55%
weiß nicht	38	4%	7%
Keine Angabe	238	28%	32%
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 21: HIV-Status (Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Frage nach dem HIV-Status gaben 14 Personen an, HIV positiv zu sein. Dies überschneidet sich mit 4 Personen, die beides angaben, nämlich HIV positiv zu sein und an AIDS erkrankt zu sein. 1 Person gab nur an AIDS zu haben.

Mit 28% der Befragten machte ein relativ hoher Prozentsatz keine Angabe zu dieser Frage. Im Vergleich zu den Daten 2006 zeigt sich, dass der Prozentsatz der Personen, die angaben, HIV positiv zu sein, zurückging. Auch der Prozentsatz der Personen, die angaben, an AIDS erkrankt zu sein, ging zurück. Auch 2006 war der Prozentsatz der Personen, die keine Angabe zu HIV-Status und AIDS machten sehr hoch. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S.16)

Im Vergleich dazu lag laut Nationalem Drogenbericht 2015 im Jahr 2014 die „HIV-Prävalenzrate in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen 0 und 11 Prozent.“ (GÖG/ÖBIG, 2015a, S. 157) Dazu muss allerdings relativierend erwähnt werden, dass es in Österreich keine systematische Testung und Erfassung des HIV bzw. AIDS Status bei opiatabhängigen Personen gibt.

Allerdings gilt es zu beachten, dass Angaben über den HIV bzw. AIDS Status grundsätzlich vorsichtig interpretiert werden müssen, da nur sehr rezente negative Tests und positive Tests aussagekräftig sind.

6.4.2 HCV – Status

HCV-Status	Anzahl der Befragten 2014	Prozent 2014	Prozente 2006 n=429
HCV-positiv	146	17%	25%
an HCV erkrankt	59	7%	11%
keine Infektion	512	60%	44%
weiß nicht	50	6%	8%
Keine Angabe	105	12%	11%
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 22: HCV-Status (Mehrfachnennungen möglich)

Zum HCV Status befragt geben 146 Personen bzw. 17% an, HCV positiv zu sein. Dies überschneidet sich mit 11 Personen, die beides angaben, nämlich HCV positiv zu sein und HCV erkrankt. Insgesamt gaben 7% an, an HCV erkrankt zu sein. Mit 12% Antwortverweigerer/innen ist der Prozentsatz deutlich geringer als HIV betreffend – aber trotzdem noch ein relativ hoher Prozentsatz.

Im Vergleich zu den Daten 2006 zeigt sich, dass der Prozentsatz der Personen, die angeben, HCV positiv zu sein zurückging. Auch der Prozentsatz der Personen, die angeben, HCV erkrankt zu sein, ging zurück. Allerdings war 2006 der Prozentsatz der Personen, die keine Angabe machten ebenfalls relativ hoch. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S.17)

Im Nationalem Drogenbericht 2015 wird die HCV-Prävalenz anhand der HCV-Antikörper Positivität (HCV-Ab)² dargestellt. *„Die HCV-Ab-Prävalenz lag im Jahr 2014 bei 20 bis 74 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. Caritas Marienambulanz: 61 %, Ambulatorium Suchthilfe Wien: 62 %).“* (GÖG/ÖBIG, 2015a, S. 157)

Dazu muss allerdings noch einmal relativierend erwähnt werden, dass es in Österreich keine systematischen Testung und Erfassung des Infektionsstatus bei opiatabhängigen Personen gibt.

² Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte HCV-Infektion. Zur Feststellung einer akuten oder chronischen HCV-Infektion muss ein positiver HCV-Antikörpernachweis durch eine Bestätigungsuntersuchung verifiziert werden. Dazu dient die HCV-PCR (Polymerase-Kettenreaktion), die zum Nachweis von viraler Erbsubstanz (HCV-RNA Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

6.5 Biografisches Konsumverhalten Opiate

6.5.1 Lebensalter beim Opiaterstkonsum

Alter bei Erstkonsum	Häufigkeit 2014	Prozent 2014
15 und jünger	148	19%
16-18 Jahre	335	43%
19-20 Jahre	117	15%
21-30 Jahre	165	21%
Älter als 31	16	2%
Fehlende Werte	79	
Gesamt	860	100%

Abbildung 23: Alter bei Erstkonsum

Ein Fünftel der Befragten gibt den Erstkonsum von Opiaten mit 15 Jahren und jünger an. Rund zwei Drittel der Befragten geben den ersten Konsum von Opiaten vor dem 19. Lebensjahr an. Nur 2% der Befragten geben an, beim Erstkonsum älter als 31 Jahre alt gewesen zu sein.

Der Mittelwert der Angaben liegt bei 18,72 Jahren, der Median bei 18 Jahren.

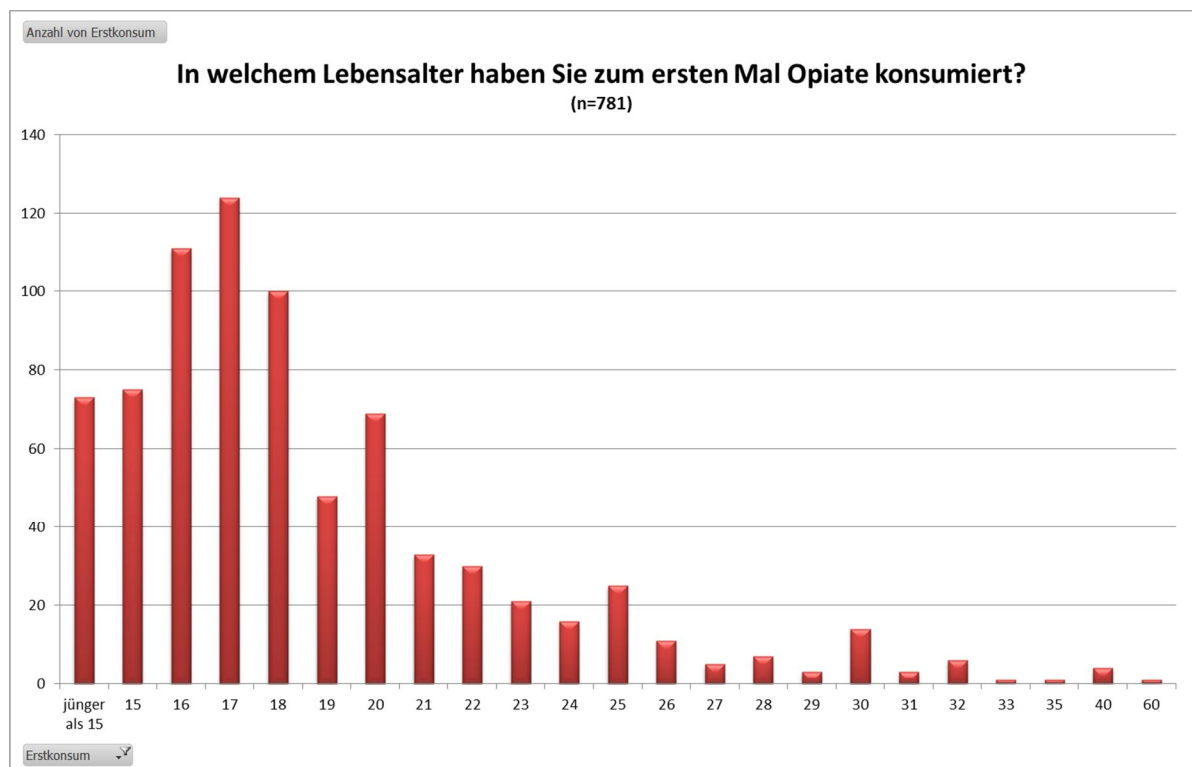


Abbildung 24: Häufigkeitsverteilung: Alter bei Erstkonsum

In Abbildung 23 wird die Häufigkeitsverteilung zum besseren Überblick grafisch dargestellt.

6.5.2 Lebensalter bei Beginn der Opiatabhängigkeit

Lebensalter	Häufigkeit 2014	Prozent 2014
15 und jünger	40	5%
16-18 Jahre	227	30%
19-20 Jahre	153	20%
21-30 Jahre	303	40%
Älter als 31	43	5%
Fehlende Werte	94	
Gesamt	860	100

Abbildung 25: Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit

Rund ein Drittel der Befragten gibt an, bereits vor dem 19. Lebensjahr opiatabhängig gewesen zu sein. Mehr als die Hälfte gibt dies vor dem 21. Lebensjahr an. Nur 5% geben an, älter als 31 Jahre gewesen zu sein, als sie das erste Mal eine Opiatabhängigkeit wahrgenommen haben.

Der Mittelwert der Angaben liegt bei 21,42 Jahren und damit um 2,7 Jahre höher als der Durchschnittswert des Erstkonsums von Opiaten. Oder anders gesagt, im Durchschnitt wird angegeben, dass sich 2,7 Jahre nach dem Erstkonsum von Opiaten eine Abhängigkeit bemerkbar machte. Der Median liegt bei 20 Jahren.

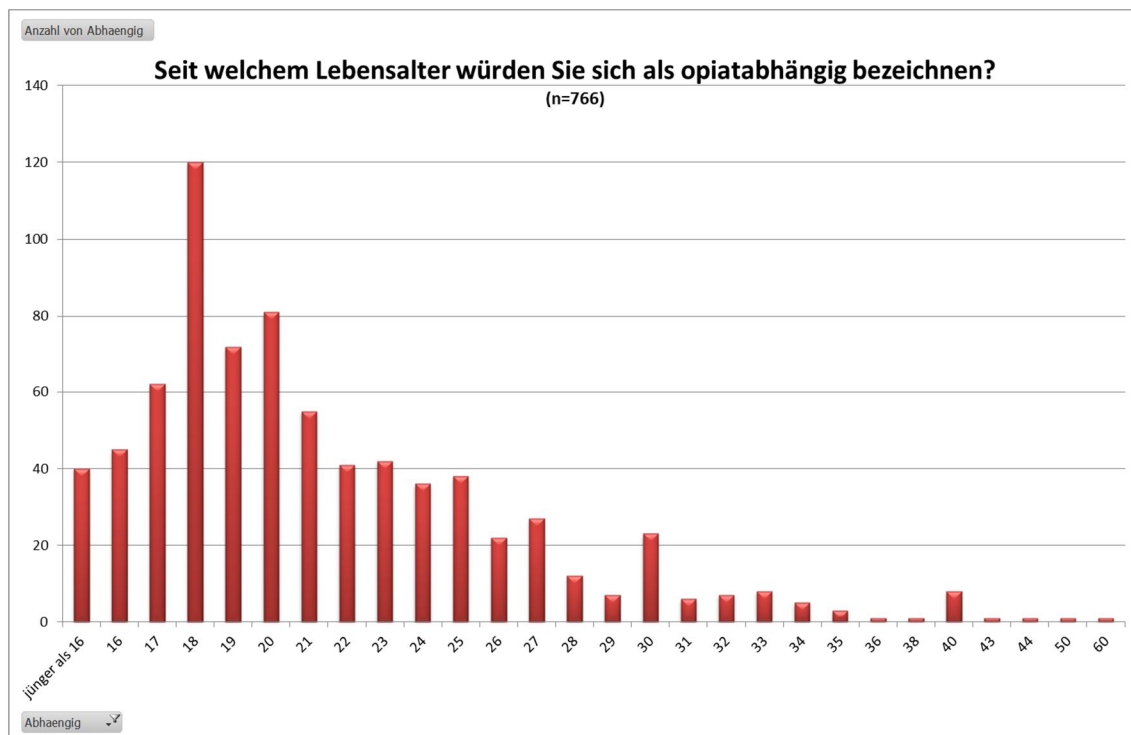


Abbildung 26: Häufigkeitsverteilung: Alter bei Opiatabhängigkeit

In Abbildung 25 wird die Häufigkeitsverteilung zum besseren Überblick grafisch dargestellt.

6.6 Dauer der Substitutionsbehandlung

Dauer	Häufigkeit 2014	Prozent 2014
Bis zu 6 Monaten	76	9%
7 Monate bis 3 Jahre	212	25%
Länger als drei Jahre	566	66%
Fehlende Werte	6	
Gesamt	860	100%

Abbildung 27: Dauer der Behandlung

Zwei Drittel der Befragten befinden sich zum Befragungszeitpunkt abzüglich eventueller Unterbrechungsphasen bereits länger als drei Jahre in der Substitutionsbehandlung. 9% geben an, erst bis zu sechs Monaten in Behandlung zu sein. Hier wurde anders als die Grundgesamtheit betreffend (vergleiche Abbildung 5) nicht die Dauer der letzten Phase, sondern die Gesamtdauer aller Substitutionsphasen ohne die dazwischen liegenden Pausen erfragt.

Unterbrechungen

Bereits unterbrochen	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014
Nein	431	50%
Ja	423	50%
Fehlende Werte	6	
Gesamt	860	100,0

Abbildung 28: Unterbrechungen der Behandlung

Die Hälfte der Befragten geben an, dass sie die Substitutionsbehandlung zumindest einmal unterbrochen haben.

Anzahl der Unterbrechungen	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014
1	159	39%
2	109	27%
3	84	21%
4	33	8%
5-10	24	5%
Fehlende Werte	451	
Gesamt	860	100%

Abbildung 29: Anzahl der Unterbrechungen der Behandlung

Von 409 Personen, die angeben Ein- bzw. Ausstiege gehabt zu haben, sind 159 Personen (39 Prozent) nur einmal aus- und wieder eingestiegen. Rund 27 Prozent haben zwei Unterbrechungen hinter sich. Zwei Befragte gaben zehn Behandlungsabbrüche an.

6.7 Gründe für den Einstieg in die Substitutionsbehandlung

Grund	wichtiger Grund	weniger wichtiger Grund	kein Grund	n 2014
Illegalität	76%	13%	15%	791
finanzielle Schwierigkeiten	67%	19%	15%	778
gesundheitliche Gründe	58%	22%	20%	760
Verlust der Arbeitsfähigkeit	38%	21%	41%	712
sozialer Druck (Familie, Beziehung,...)	38%	27%	35%	746
Rückfall nach stationärem Aufenthalt	28%	16%	57%	715
gerichtliche Weisung	13%	8%	79%	712
Partner ist im Substitutionsprogramm	10%	7%	83%	688

Abbildung 30: Gründe für den Einstieg in die Substitutionsbehandlung

Die wichtigsten Gründe für den Einstieg in die Substitutionsbehandlung sind das Wegkommen aus der Illegalität (76%), finanzielle Schwierigkeiten (67%) und gesundheitliche Gründe (58%).

Für 28% war ein Rückfall nach einem stationären Aufenthalt ein Grund, das Angebot der Substitutionsbehandlung anzunehmen.

Anderer Grund für Einstieg in Substitutionsbehandlung	Anzahl 2014	Prozent 2014
wollte wieder arbeiten, normales Leben führen	40	32%
psychischer Druck	22	18%
konnte ohne Unterstützung nicht aufhören, starke Abhängigkeit	21	17%
Kriminalität	14	11%
sonstige Gründe	10	8%
Sorgepflicht für Kinder	9	7%
familiäre Verhältnisse	6	5%
Distanz zur Szene	1	1%
Führerscheinentzug	1	1%
Partnerin	1	1%
Gesamt	124	100%

Abbildung 31: Andere Gründe für Einstieg in Substitutionsbehandlung

Unter „andere Beweggründe“ wurden 124 Nennungen (14 %) abgegeben. Es beziehen sich viele Nennungen jedoch auf bereits abgefragte Bereiche, wie Illegalität und Gesundheit. Ein Großteil der Befragten gab als wichtigen Grund an, „wieder ein normales Leben führen zu wollen“ in Verbindung mit „wieder arbeiten zu wollen“.

Ausstieg aus der Illegalität als wichtiger Einstiegsgrund

Der Wunsch, aus der Illegalität auszusteigen, bekam die häufigsten Nennungen (76%) als wichtiger Grund, sich für die Substitutionsbehandlung zu entscheiden. Das Anliegen, den Bereich der Illegalität zu verlassen, ist naheliegend. Illegalität in diesem Bereich bedeutet Beschaffungsdruck bzw. -stress, Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen bis hin zur Inhaftierung, Angst vor Kontakten mit der Polizei und dem Gericht.

Der illegale Bezug von Opiaten bedeutet auch, keine positiven Marktbedingungen vorzufinden. In der Szene gibt es keinen Schutz für bzw. von Konsument/innen. Betrug, Verschnitt der Substanz, extreme Schwankungen der Reinheit bis hin zu Erpressung und Ausbeutung und ganz generell Gewalt prägen den Straßenverkauf. Laut Nationalem Bericht zur Drogensituation (2015a) schwankte z.B. die Reinheit von braunem Heroin im Straßenverkauf 2014 zwischen 0,1% (sic!) und 57,2% und betrug im Median 11,9%. (S. 185)

Gefährdung, strafbare Handlungen zu begehen

Im Fragebogen fand sich neben dem Item, ob die Illegalität ein Grund für den Einstieg in die Substitutionsbehandlung war, auch eine Einzelfrage (Frage 19), der folgende Einschätzung abgefragt wurde:

„Inwiefern hat sich durch die Substitution die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Sie irgendwelche strafbaren Handlungen begehen, verändert?“

Gefährdung	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014	Prozente 2006 n=394
ich bin nun weniger gefährdet	629	80%	77%
ich bin nun mehr gefährdet	24	3%	4%
keine Veränderung	132	17%	19%
Fehlende Werte	75		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 32: Gefährdung strafbare Handlungen zu begehen

Hier wird deutlich, dass die Gefährdung, strafbare Handlungen zu begehen, nach Aufnahme einer Substitutionsbehandlung als deutlich geringer eingeschätzt wird. 80 Prozent geben an, sich diesbezüglich weniger gefährdet zu sehen. 17% berichten allerdings, dass sie keine Veränderung in diesem Bereich wahrnehmen. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass sie weiterhin strafbare Handlungen begehen, sondern kann auch bedeuten, dass sie auch vor der Substitutionsbehandlung nicht kriminalitätsgefährdet waren. Nur 3% geben an, jetzt mehr gefährdet zu sein als vorher.

Im Vergleich mit den Daten 2006 ist das Ausmaß, in dem sich die Befragten hinsichtlich einer Kriminalitätsgefährdung sicherer fühlen sogar noch ein wenig gestiegen. 2006 haben 77% angegeben, im Zuge der Substitutionsbehandlung weniger gefährdet zu sein, strafbare Handlungen zu begehen. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 25)

Exkurs: Drogenbezogene Kriminalität

Strafbare Handlungen müssen auf mehreren Ebenen gesehen werden. Laut Europäischer Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2007) lässt sich drogenbezogene Kriminalität in vier Kategorien unterteilen. Eine Kategorie stellen psychopharmakologisch bedingte Straftaten dar, also Straftaten, die unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen begangen werden. Diese Delikte kommen primär unter Alkoholeinfluss vor, gefolgt von Stimulantien. Dass psychopharmakologisch bedingte Straftaten unter dem Einfluss von Opiaten oder Cannabis begangen werden, gilt als unwahrscheinlich, da diese Substanzen in der Regel aggressionsmindernd wirken. Der Zusammenhang zwischen Entzugserscheinungen bzw. anderen psychischen Erkrankungen und einer damit einhergehenden höheren Reizbarkeit bzw. Gewaltbereitschaft darf dabei allerdings nicht außer Acht gelassen werden.

Straftaten aus wirtschaftlichen Zwängen stellen eine weitere Kategorie dieser Definition dar. Darunter sind Beschaffungsdelikte zu verstehen, also Straftaten, die zur Finanzierung bzw. Befriedigung der Abhängigkeit dienen. Darunter sind klassische Delikte wie Diebstahl, Einbruch, Raub, etc. genau so zu verstehen, wie konsensuelle Straftaten, also Drogenverkauf oder illegale Prostitution (in Österreich ist Prostitution nicht grundsätzlich strafbar). „Zwang“ bedeutet in diesem Kontext, dass es den Betroffenen nicht gelingt, über reguläres Einkommen bzw. Reduktion der Ausgaben, den Substanzkonsum zu finanzieren.

Systembedingte Straftaten sind laut EMCDDA Gewalttaten, die im Rahmen illegaler Drogenmärkte begangen werden und mit dem Konsum bzw. Handel von Drogen zusammenhängen. Dabei wird Gewalt als Kontrollstrategie in verschiedenen Situationen, wie zum Beispiel bei Gebietsstreitigkeiten, als Bestrafung für Betrug oder bei der Schuldeneintreibung eingesetzt. Systembedingt deswegen, da der illegale Markt riesige Gewinnspannen ermöglicht, aber die Teilnehmer/innen sich nicht auf reguläres Handelsrecht berufen und zur Durchsetzung ihrer Forderungen nicht die Behörden einschalten können.

Die letzte der 4 Kategorien sind Verstöße gegen Drogengesetze, also in Österreich gegen das Suchtmittelgesetz. Dabei ist der Besitz, der Erwerb ebenso wie die Herstellung, die Einfuhr und der Handel relevant. Aber auch die Herstellung von Grundstoffen oder der Handel damit fällt in diese Kategorie. (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), 2007, S. 1ff)

Nachfolgend wird der Zusammenhang zwischen der Gefährdung, strafbare Handlungen zu begehen und den Angaben zu Illegalität als Entscheidungsgrund für die Substitutionsbehandlung dargestellt.

Gefährdung, strafbare Handlungen zu begehen 2014				
Illegalität als Grund für die Substitutionsbehandlung	Weniger gefährdet	Mehr gefährdet	Keine Veränderung	Gesamt
Wichtig	84%	3%	13%	566
Weniger wichtig	76%	5%	19%	97
Kein Grund	61%	1%	38%	72
Gesamt	81%	3%	16%	735

Abbildung 33: Illegalität als Einstiegsgrund und Gefährdung, strafbare Handlungen zu begehen

Der Prozentsatz der Personen, die angeben, jetzt weniger gefährdet zu sein, erhöht sich noch, wenn die Angaben zur Einschätzung der Gefährdung in Verbindung zu den Angaben bezüglich Illegalität als Eintrittsgrund gesetzt werden. Von denjenigen, die bei den Gründen zum Eintritt in die Substitutionsbehandlung Illegalität als wichtigen Grund angeben, halten sich 84 Prozent nach Eintritt in die Behandlung für weniger gefährdet, strafbare Handlungen zu begehen.

Das deutet darauf hin, dass ein Großteil der Patient/innen auch tatsächlich aus der Illegalität aussteigt und die Straftatbegehung durch die Substitutionsbehandlung massiv reduziert ist.

Finanzielle Schwierigkeiten als wichtiger Einstiegsgrund

Finanzielle Schwierigkeiten erhielt mit 67% als wichtiger Grund ebenfalls eine sehr hohe Bewertung als Entscheidungsgrund dafür, in eine Substitutionsbehandlung einzutreten.

Auch in diesem Bereich spielen die Schwarzmarktbedingungen, die durch hohe Preise gekennzeichnet sind, eine wichtige Rolle. Diese Preise führen zwangsläufig zu finanziellen Schwierigkeiten von opiatabhängigen Menschen, sofern sie nicht durch erfolgreichen Handel am Schwarzmarkt profitieren. Der Preis für ein Gramm braunes Heroin beträgt laut Nationalem Drogenbericht (2015a) zwischen 25 und 100 Euro, typisch 60 Euro (S. 185).

Die durchschnittliche Dosierung bei Morphin in der Substitutionsbehandlung beträgt laut Berechnungen der Abteilung Gesundheit 560mg, das heißt rund 400mg reines Morphin (ca. 0,75 Umrechnungsfaktor für Morphinsulfat bzw.

Morphinhydrochlorid-Trihydrat zu Morphin³). Bei einer durchschnittlichen Reinheit von 11,9%⁴ wären damit durchschnittlich 2,24 Gramm Heroin (Umrechnung Morphin zu Heroin 1,5:1⁵) täglich notwendig, um Entzugssymptome zu vermeiden.

Dies würde bei einem typischen Preis von 60 Euro pro Gramm Substanzkosten von rund 130 Euro pro Tag bedeuten. Das wären reine Substanzkosten von rund 4.000 Euro monatlich (sic!). Dies erscheint aus der Perspektive der Beschaffung relativ hoch. Da in der Versorgung durch den Schwarzmarkt von häufigen Zeiten der Unterversorgung ausgegangen werden muss, die durch Entzugssymptomatik geprägt sind, werden niedrigere monatliche Substanzkosten angenommen.

Deswegen wird eher davon ausgegangen, dass die typischen Substanzkosten pro Tag zwischen 50 und 75 Euro⁶ betragen, das sind zwischen 1.500 und 2.250 Euro (sic!) im Monat.

Dies wird unterstrichen durch die Aussage eines Befragten, der zu den positiven Veränderungen der Substitutionsbehandlung auch konkrete Zahlen nennt:

„Als ich das erste Mal ca. 2000 substituiert wurde, kam ich von der Straße weg und habe aufgehört kriminell zu sein, vorher brauchte ich jeden Tag mind. 300,-- Euro ...“

Eine Aussage zu den negativen Erfahrungen, in dem konkrete Zahlen genannt werden, bestätigt die getroffene Einschätzung ebenfalls:

„Es gibt zu viel Straßenverkauf von Substi und so, Leute, die nicht im Programm sind, können sich ganz einfach für 25 - 30 Euro rote Substi⁷ kaufen“

³ Vgl. Fachinformationen des Austria Codex zu den Medikamenten Substitol®, Compensan® und Mundidol Uno Retard®

⁴ Medianwert entnommen aus dem Nationalen Bericht zur Drogensituation 2015, S. 185

⁵ Umrechnungsfaktor wurde aus der Erfahrung von ARUD Zürich übernommen: http://www.arud.ch/tl_files/arud/rechte_spalte/infomaterial/publikationen/2015_03_Beck_Haemmig_Interview_ret.%20Morphin.pdf

⁶ Vgl. dazu Elinar, 1993, S.45; Gewerkschaft der Polizei, 2016; Freie Hansestadt Bremen, 2016; pressetext, 2013

⁷ Gemeint ist eine rote Kapsel Substitol®, die 200mg enthält.

Gesundheitliche Gründe als wichtiger Einstiegsgrund

Mit 58% Zustimmung der Befragten, dass gesundheitliche Gründe ein wichtiger Grund war, sich für die Substitutionsbehandlung zu entscheiden, liegt dieser Einstiegsgrund an dritter Stelle der höchsten Bewertungen.

Dieses Ergebnis ist aufgrund der hohen Belastungen durch physische wie psychische Morbidität erwartungsgemäß. Diese Belastungen betreffen in einem hohen Ausmaß die Gefährdung und Erkrankung von Infektionskrankheiten wie HIV und HCV. Aber auch ein hohes Ausmaß an Belastungen, die infolge psychischer Erkrankungen, wie Depression, Angststörungen, etc. auftreten, dürfte hinter dieser Zustimmung stehen. So waren in der PREMOS Studie die häufigsten Einzeldiagnosen im Bereich der psychischen Störungen Depressionen (38,3%), Persönlichkeitsstörungen (20,2%), Angststörungen (16,9%) und Schlafstörungen (13,5%). (Wittchen, Bühringer & Rehm, 2011b, S.51)

Ausschlaggebend dafür könnten auch die zuvor skizzierten Schwarzmarktbedingungen sein, die als krank machend erlebt werden. Einerseits durch die Versorgungsengpässe, die einhergehen mit immer wieder durchlebten Entzugsphasen. Andererseits durch die Qualität der Substanzen am Schwarzmarkt, die durch niedrigen Wirkstoffgehalt und hohe Verunreinigungen, die sich speziell im intravenösen Gebrauch auch deutlich körperlich manifestieren, gekennzeichnet sind.

Verlust der Arbeitsfähigkeit als wichtiger Einstiegsgrund

Nachdem der Verlust der Arbeitsfähigkeit als Einstiegsgrund in den Angaben relativ gleich zwischen wichtiger Grund (38%) und kein Grund (41%) verteilt ist, wurde analysiert, ob es einen Zusammenhang mit der Angabe des Arbeitsstatus gibt.

Verlust der Arbeitsfähigkeit als Einstiegsgrund 2014				
Arbeitsstatus	wichtiger Grund	weniger wichtiger Grund	kein Grund	Gesamt
in Ausbildung	31%	23%	46%	39
erwerbstätig	45%	13%	42%	260
arbeitslos	36%	25%	39%	201
Mindestsicherungsbezieher/in (Sozialhilfe)	29%	40%	31%	48
in Pension	34%	23%	44%	119
Gesamt	38%	21%	41%	667

Abbildung 34: Arbeitsstatus und Verlust der Arbeitsfähigkeit als Einstiegsgrund

Personen, die angeben, erwerbstätig zu sein, sehen den Verlust der Arbeitskraft am häufigsten (45%) als wichtigsten Einstiegsgrund. Interessanterweise war es für 42% kein Grund, sich in Substitutionsbehandlung zu begeben.

Die Hypothese, dass gerade für Personen, die erwerbstätig sind, der Verlust der Arbeitsfähigkeit einen wichtigen Einstiegsgrund darstellt, lässt sich nicht bestätigen. Relativierend muss aber beachtet werden, dass die Aussagekraft der Daten eingeschränkt ist, da sich der Arbeitsstatus vom Einstieg in die Substitutionsbehandlung bis zum Zeitpunkt der Befragung verändert haben kann.

6.8 Aufnahme in die Substitutionsbehandlung

Wert	Häufigkeit 2014	Prozente 2014	Prozent 2006 n=413
sehr leicht	129	15%	14%
eher leicht	148	18%	22%
angemessen	466	56%	49%
eher schwierig	73	9%	11%
sehr schwierig	19	2%	3%
Fehlende Werte	25		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 35: Aufnahme in die Substitutionsbehandlung

Mehr als die Hälfte der Befragten (56 Prozent) empfand den Einstieg in die Substitutionsbehandlung als „angemessen“. Für ein Drittel war die Aufnahme sehr bzw. eher leicht. Rund 11 Prozent gaben an, die Aufnahme als eher schwierig bis sehr schwierig empfunden zu haben.

Im Vergleich mit den Daten 2006 zeigt dies eine relativ stabile Einschätzung. Auch damals waren es rund 49%, die die Aufnahme als angemessen bezeichneten, 36% als leicht bzw. sehr leicht und 15% als schwierig bzw. sehr schwierig. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 36)

Dass weniger Patient/innen eine/n substituierende/n Ärztin/Arzt zu finden als „schwer“ bewerten, als noch 2006, ist insofern sehr erfreulich, als mit der Verordnungsumsetzung 2007 die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Substitutionsbehandlung anbieten, drastisch zurückging. *„Einstweilen hat sich in manchen Bundesländern die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte sogar noch weiter reduziert, z. B. in OÖ von 200 im Jahr 2007 auf 80 im Jahr 2010.“* (GÖG/ÖBIG, 2010, S. 35)

Mittlerweile liegt dieser Wert bei 71 Ärztinnen und Ärzten, wobei vielfach die Engpässe im niedergelassenen Bereich durch Ärztinnen und Ärzte in Suchthilfeeinrichtungen kompensiert werden. (vgl. GÖG/ÖBIG, 2015a, S. 120)

Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass dieser Engpass für die Patient/innen nicht so spürbar ist, wie oft befürchtet wird. Natürlich kann hypothetisch entgegnet werden, dass diejenigen, die keine ärztliche Versorgung finden, in dieser Statistik gar nicht aufscheinen. Angesichts der Steigerung der

Anzahl der Patient/innen in Substitutionsbehandlung von 829 (Gesamtheit Juni 2006) auf 1430 Patient/innen 2014 ist offensichtlich, dass der Rückgang der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich durch Ärztinnen und Ärzte in Suchthilfeeinrichtungen kompensiert werden konnte.

Laut GÖG/ÖBIG (2015a) „ist die Prävalenz des risikoreichen Opiatkonsums in Österreich bis zum 2004/2005 Jahre auf fast 30.000 Personen gestiegen. Seither schwanken die Werte um 30.000 bzw. seit 2009 ist ein leichter Rückgang der Prävalenz zu beobachten“ (S. 64) Dies deutet daraufhin, dass nicht die Steigerung der Prävalenzrate, sondern die erhöhte Akzeptanz der Behandlung seitens der Betroffenen die Steigerung der Patient/innenanzahl bedingt.

6.9 Ausmaß der Belastung durch den organisatorischen Aufwand

Belastung	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozente 2006 n=415
gar nicht	151	18%	15%
etwas	405	48%	48%
stark	189	22%	25%
sehr stark	101	12%	12%
Fehlende Werte	14		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 36: Belastung durch organisatorischen Aufwand

Die Belastung durch den organisatorischen Aufwand (z.B. Besorgung des Rezeptes, Vidierung, Bestätigungen für Mitgabe, etc.) wird von rund zwei Drittel der Befragten als eher gering beurteilt. Nur 34 Prozent fühlen sich dadurch stark bis sehr stark belastet.

Die diesbezüglichen Angaben haben sich seit 2006 nur unwesentlich verändert. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 36)

Die Vermutung liegt nahe, dass das Ausmaß der Belastung durch den organisatorischen Aufwand deutlich mit dem Arbeitsstatus zusammenhängt. Arbeitsstatus und Belastung durch den Aufwand hängen auch signifikant zusammen, allerdings ist der Zusammenhang viel geringer als man erwarten könnte ($\chi^2=35,03$, $df=12$, $p<0,001$; Cramer`s V=0,12).

Arbeitsstatus 2014						
Belastung durch Aufwand	in Ausbildung	erwerbstätig	arbeitslos	Mindestsicherung	in Pension	Gesamt
gar nicht	11%	14%	23%	11%	21%	138
etwas	45%	44%	51%	59%	50%	381
stark	16%	28%	17%	23%	23%	179
sehr stark	27%	13%	9%	7%	7%	88
Gesamt	44	297	238	56	151	786

Abbildung 37: Belastung durch organisatorischen Aufwand

Der höchste Wert bei keiner Belastung findet sich mit 23% bei den Personen, die angaben, arbeitslos zu sein und den Personen in Pension mit 21%. Doch deutlich geringer wird diese Einschätzung von den erwerbstätigen Personen mit 14% geteilt. Die geringsten Werte weisen Personen in Ausbildung und Mindestsicherungsbezieher/innen auf. Hier könnten allerdings die niedrigen Fallzahlen ebenfalls eine Rolle spielen.

Bei den Personen, die sich stark bzw. sehr stark durch den organisatorischen Aufwand belastet fühlen, findet sich der höchste Wert bei den Personen in Ausbildung (43%) und den erwerbstätigen Personen (41%). Arbeitslose Personen weisen hier den geringsten Wert mit 26% auf.

6.10 Verwendete Substitutionssubstanzen

Substitutionsmittel	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozente 2006 n=829
Methadon	96	11%	25%%
Morphin	412	48%	63%
Buprenorphin	234	27%	12%
Levomethadon	93	11%	
Buprenorphin/Naloxon	20	2%	
Fehlende Werte	5		
Gesamt	860	100,0	

Abbildung 38: Verwendete Substitutionssubstanzen in der Stichprobe

Bei dieser Variable wurden vor der Auswertung die Angaben zu „Eine andere, nämlich:“ ausgewertet. Hier fanden sich 65 Einträge, die analysiert und zu Wirkstoffgruppen zugeordnet wurden. 15 Einträge betrafen früher verwendete Substanzen und 27 Einträge betrafen Benzodiazepine, die wahrscheinlich neben dem Substitut am Dauerrezept verschrieben werden. Diese Einträge wurden nicht berücksichtigt. 9 Einträge betrafen Morphin, nämlich Mundidol Uno Retard® und Compensan®. Weitere 14 Einträge betrafen Medikamente mit dem Wirkstoff Buprenorphin, nämlich Bupensan®, Buprenorphin® und Temgesic®. Diese Angaben wurden der richtigen Kategorie zugeordnet und berücksichtigt.

Während im Fragebogen nach den Handelsnamen (Substitol®, Subutex®, Polamidon®, etc.) gefragt wurde, werden die Kategorien in der Auswertung zu Wirkstoffgruppen zusammengefasst. Methadon blieb als Kategorie bestehen, Substitol®, Mundidol Uno Retard® und Compensan® wurde zu Morphin, Subutex®, Bupensan®, Buprenorphin® und Temgesic® wurde zu Buprenorphin, L-Polamidon® zu Levomethadon und Suboxone® zu Buprenorphin/Naloxon zusammengefasst.

Im Vergleich mit den Daten 2006 zeigt sich, dass einerseits das Spektrum der Substitutionssubstanzen größer wurde, da seither auch Levomethadon (Polamidon) und Suboxone® (ein Kombinationspräparat aus Buprenorphin und Naloxon, das die intravenöse Anwendung verhindern soll) zur Verfügung stehen. 2006 wurde in der Gesamtheit zu 63% Substitol®, 25% Methadon und zu 12% Subutex® verordnet. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 27).

Dass sich die Verordnung von Buprenorphin seit 2006 erhöht hat, dürfte allerdings nicht der Substanzdiversifikation geschuldet sein, sondern der gesetzlichen Festschreibung dieser Wirkstoffe in der Suchtgiftverordnung (SV) als Mittel erster Wahl. (vgl. §23c SV idgF)

Verwendete Substitutionsmittel und Lebensalter

Bei der Analyse der beiden Variablen Substitutionsmedikament und Alter ergibt sich eine schwache aber signifikante Korrelation ($\chi^2=110,64$, $df= 24$, $p<0,001$; Cramer`s V=0,19).

Substitutionsmedikament	Alterskategorien 2014							Gesamt
	18 Jahre u. jünger	19-20 Jahre	21-25 Jahre	26-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51 Jahre u. älter	
Methadon	0%	3%	9%	9%	10%	14%	29%	90
Morphin	33%	21%	33%	47%	54%	70%	54%	384
Buprenorphin	67%	48%	44%	29%	22%	10%	7%	216
Levomethadon	0%	21%	11%	12%	13%	4%	8%	87
Buprenorphin/ Naloxon	0%	7%	2%	3%	2%	1%	1%	20
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	797

Abbildung 39: Verwendete Substitutionssubstanzen und Lebensalter

Hier werden die verwendeten Substitutionssubstanzen anhand der einzelnen Alterskategorien dargestellt. Dabei wird der Zusammenhang einzelner Substanzen mit dem Lebensalter erkennbar. Bei Methadon zeigt sich, dass diese Substanz bei den 19-20-Jährigen mit 3% am wenigsten eingesetzt wird. Je älter die Betroffenen werden, desto mehr wird diese Substanz eingesetzt. Bei den über 51-jährigen beträgt dieser Wert 29%. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, dass Methadon die Substanz ist, die am längsten in der Substitution verwendet wird.

Bei Morphin zeigt sich dieser Zusammenhang nicht so linear. Allerdings kann auch im Altersbereich von 21-50 Jahren beobachtet werden, dass je älter die Patient/innen werden, desto häufiger wird in der Behandlung Morphin eingesetzt.

Bei Buprenorphin ist der gegenteilige Effekt beobachtbar: Je älter die Patient/innen sind, desto weniger wird Buprenorphin verwendet. Der Prozentsatz sinkt von 67% bei den Minderjährigen auf 7% bei den über 51-Jährigen.

Je älter die Patient/innen werden, desto eher werden reine Opiat-Agonisten⁸ zur Behandlung verwendet. Eine diesbezügliche Hypothese in Bezug auf die Wirkung wäre, dass je älter die Patient/innen werden, desto mehr sind dämpfende Substanzen bei der Behandlung notwendig. Dies müsste allerdings auch qualitativ untersucht werden.

Verwendete Substitutionsmittel und Dauer der Behandlung

Dauer	Verwendetes Substitutionsmedikament 2014					Gesamt
	Methadon	Morphin	Buprenorphin	Levomethadon	Buprenorphin/Naloxon	
Bis zu 6 Monate	7%	5%	11%	20%	20%	9%
7 Monate bis 3 Jahre	15%	15%	40%	33%	45%	25%
Mehr als 3 Jahre	78%	80%	49%	46%	35%	66%
Gesamt	95	410	232	93	20	850

Abbildung 40: Verwendetes Substitutionsmittel und Dauer der Behandlung

Abbildung 40 zeigt das verwendete Substitutionsmedikament in Relation zur angegebenen Dauer der Behandlung. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede ($\chi^2=103,21$, $df= 8$, $p<0,001$; Cramer's $V=0,25$). Je länger die Behandlung bereits dauerte, desto häufiger wird Methadon (78%) und Morphin (80%) eingesetzt. Bei Buprenorphin ist dieser Wert mit 49% deutlich unter dem Durchschnittswert von 66% der Personen, die länger als drei Jahre in Behandlung sind.

Die überdurchschnittlichen Werte bei Levomethadon und Buprenorphin (auch mit Naloxon) sind wahrscheinlich auch ein Hinweis auf die Umsetzung der verordnungsbedingten ersten Wahl der Wirkstoffgruppen Methadon und Buprenorphin (§23c SV idgF). Diese zeigen sich auch noch in der Behandlungsdauer von 7 Monaten bis 3 Jahre.

⁸ Buprenorphin ist ein partieller Antagonist und bewirkt eine dem nüchternen Zustand vergleichbare „Klarheit“ (vgl. Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung (Hrsg.), 2016, S. 17f.)

Verwendete Substitutionsmittel und Arbeitsstatus

Auch die Art der verwendeten Substitutionsmittel und der Arbeitsstatus hängen signifikant zusammen ($\chi^2 = 101,17$; $df=16$; $p<0,001$; Cramer`s V=0,18).

Substitutionsmedikament	Arbeitsstatus 2014					
	In Ausbildung	Erwerbstätig	Arbeitslos	Mindestsicherung	Pension	Gesamt
Methadon	7%	8%	12%	12%	20%	12%
Morphin	35%	38%	51%	58%	63%	48%
Buprenorphin	49%	41%	22%	21%	5%	27%
Levomethadon	2%	11%	14%	9%	9%	11%
Buprenorphin/ Naloxon	7%	3%	2%	0%	2%	2%
Gesamt	43	298	241	57	153	792

Abbildung 41: Substitutionsmittel und Arbeitsstatus

Die Hälfte der Personen, die in Ausbildung sind, wird mit Buprenorphin, ein Drittel mit Morphin behandelt. Bei den Erwerbstätigen zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei diesen Personen werden Buprenorphin (41%) und Morphin (38%) am häufigsten eingesetzt. Mit (Levo-)methadon wird jede/r Fünfte Erwerbstätige behandelt.

Die Hälfte der Personen, die angeben, arbeitslos zu sein, wird mit Morphin behandelt, je ein Viertel mit (Levo-)Methadon und Buprenorphin. Eine ähnliche Verteilung findet sich bei Personen, die angeben, Mindestsicherung zu beziehen. Bei den Personen in Pension wird überdurchschnittlich oft Methadon aber auch Morphin eingesetzt.

7 Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung

7.1 Grundsätzliche Zufriedenheit, in Substitutionsbehandlung zu sein

Grundsätzliche Zufriedenheit, in Behandlung zu sein	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozente 2006 n=412
sehr zufrieden	327	39%	47%
eher zufrieden	340	41%	40%
wenig zufrieden	108	13%	10%
gar nicht zufrieden	55	7%	3%
Fehlende Werte	30		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 42: Grundsätzliche Zufriedenheit, in Substitutionsbehandlung zu sein

80% der Befragten sind grundsätzlich sehr bzw. eher damit zufrieden, in Substitutionsbehandlung zu sein. Nur 7% sind mit dieser Situation gar nicht zufrieden.

Im Vergleich mit den Daten 2006 zeigt sich ein Rückgang der Zufriedenheit. Damals gaben noch 87% der Befragten an, sehr bzw. eher zufrieden zu sein. Der Prozentsatz der Personen, die angaben, gar nicht zufrieden zu sein, war mit 3% ebenfalls deutlich geringer. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 29)

Relativierend muss erwähnt werden, dass nicht auszuschließen ist, dass jemand angegeben hat, gar nicht zufrieden zu sein, weil sie/er lieber abstinent wäre.

Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Variablen Geschlecht, Alter, Dauer, Arbeitsstatus oder verwendetes Substitutionsmedikament mit der grundsätzlichen Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung.

80% stellen einen hohen Prozentsatz dar, wobei „die empirischen Untersuchungen [...] praktisch ausnahmslos über eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit der Befragten in ambulanten oder stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige“ berichten (Dampz, Falcato, & Beck, 2011/2012, S.12)

7.2 Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

	Momentane Zufriedenheit			Veränderung aufgrund der Substitution			
	2014			2014			
	eher zufrieden	eher weniger zufrieden	n	eher positive Veränderung	keine Veränderung	eher negative Veränderung	n
Wohnsituation	80%	20%	725	38%	57%	5%	657
Beziehung zu Familie / Verwandtschaft	79%	21%	744	50%	37%	13%	666
Freizeitgestaltung	72%	28%	730	45%	39%	17%	657
Beziehung zu Freunden und Bekannten	71%	29%	721	36%	45%	19%	664
Partnerschaft	70%	30%	622	39%	45%	16%	603
finanzielle Situation	68%	32%	724	64%	28%	7%	661
körperliche Befindlichkeit	67%	33%	738	53%	30%	17%	662
Arbeits- oder Ausbildungssituation	66%	34%	675	43%	43%	14%	620
psychische / seelische Befindlichkeit	65%	35%	739	53%	30%	17%	660

Abbildung 43: Zufriedenheit und Veränderung in Lebensbereichen

Die höchste Zufriedenheit wird in den Bereichen Beziehung zu Familie / Verwandtschaft und der Wohnsituation angegeben. Weniger zufrieden äußern sich die Befragten über ihre psychische Befindlichkeit (35%) und die Arbeits- und Ausbildungssituation (34%). Die wenigsten Personen machen bzgl. Partnerschaftssituation (n=603) und Arbeitssituation (n=620) Angaben. Daraus kann geschlossen werden, dass sie diese Fragen als für ihre Lebenssituation nicht relevant empfinden, weil sie (derzeit) keine Partnerin / keinen Partner haben bzw. in Pension sind.

Die Urteile bezüglich der Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen unterscheiden sich nur wenig von den Daten 2006. Es zeigt sich bei der höchsten Zufriedenheit eine ähnliche Situation, da die Beziehung zur Familie / Verwandtschaft und Wohnsituation ebenfalls mit fast 80% als eher zufrieden angegeben wird. Schlusslicht bilden mit Angaben um die 60% die körperliche Befindlichkeit, die psychische Befindlichkeit und die Arbeits- oder Ausbildungssituation. Bei den geringsten Werten ist allerdings die finanzielle

Situation mit 55% deutlich geringer in der Zufriedenheit bewertet als 2014 mit 68%. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es mittlerweile besser gelingt, Patient/innen früher in Substitutionsbehandlung zu bringen und damit die Schuldenanhäufung nicht so relevant wird. Ein Erklärungsgrund könnte aber auch sein, dass die Dauer der Substitutionsbehandlung mittlerweile bei vielen Patient/innen viel länger ist und damit eine finanzielle Entspannung eingetreten ist. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 30)

Am positivsten hat sich durch die Substitution die finanzielle Situation (64%), sowie die psychische/seelische und körperliche Befindlichkeit (53%) verändert. Das auffälligste Ergebnis hinsichtlich negativ bewerteter Veränderungen aufgrund der Substitution ist die Nennung bezüglich der Beziehung zu Freunden und Bekannten (19%) gefolgt von der Freizeitgestaltung (17%) und der körperlichen bzw. psychischen Befindlichkeit (17%). Auffallend ist weiters, dass bei jedem Item fast ein Viertel der Befragten (zwischen 23 und 30%) keine Angaben machte. Die wenigsten Nennungen hinsichtlich einer eher negativen Veränderung erhalten die Wohnsituation (5%), die finanzielle Situation (7%) und die Beziehung zur Familie / Verwandtschaft mit 13%.

Nachfolgend werden die jeweiligen Bereiche noch einer detaillierteren Betrachtung unterzogen.

Wohnsituation

Am zufriedensten geben sich die Befragten mit ihrer momentanen Wohnsituation. Eine positive Veränderung durch die Substitutionsbehandlung wird von einem Drittel der Befragten berichtet, die Hälfte berichtet allerdings keine Veränderung in diesem Bereich. Damit ist die Veränderung relativ zu den anderen abgefragten Bereichen am geringsten. Dies lässt darauf schließen, dass die Zufriedenheit mit der Wohnsituation bereits vor der Substitutionsbehandlung hoch war.

Insgesamt stellt sich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation sehr positiv dar. Dazu leistet auch die Substitutionsbehandlung in diesem Bereich einen Beitrag.

Beziehung zur Familie / Verwandtschaft und zu Freunden/Bekannten

Sehr zufrieden geben sich die Befragten bezüglich ihrer sozialen Beziehungen, wobei die Beziehung zur Familie bzw. zur Verwandtschaft besser erlebt wird als die Beziehung zu Freunden/Bekannten.

Die Veränderungen durch die Substitutionsbehandlung werden im Bereich Familie/Verwandtschaft positiver bewertet als im Bereich Freunde/Bekannte. Auch berichtet fast jeder Fünfte über eher negative Erfahrungen in Bezug auf die Beziehung zu Freunden / Bekannten. Dies könnte ein Hinweis auf eine Distanzierung von einem konsumierenden Freundes- bzw. Bekanntenkreis sein, der vorher im Lebensmittelpunkt stand. Im Anschluss gelingt es allerdings sehr schwer, einen Freundeskreis aufzubauen, in dem nicht konsumiert wird. Die dadurch entstehende Vereinsamung könnte als negative Veränderung berichtet worden sein. In diese Richtung gehen auch mehrere Anmerkungen von Befragten im Bereich der negativen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung: *„Man zieht sich zurück, hat keine Freunde mehr, die clean sind.“*

Freizeitgestaltung

Dieser hohe Prozentsatz mit negativen Erfahrungen im Bereich Freunde/Bekannte findet sich auch im Bereich Freizeitgestaltung. Auch hier gibt jede/r Sechste an, aufgrund der Substitutionsbehandlung eher negative Veränderungen erfahren zu haben.

Dies könnte ein Hinweis auf eine Distanzierung von der Szene sein. Dafür würde sprechen, dass eine vorher durch Beschaffung, Konsum und Erholung vom Konsum vorgegebene Tagesstruktur durch die Substitutionsbehandlung weggefallen ist.

Möglich ist allerdings auch, dass die tägliche Einnahme und der (organisatorische) Aufwand der Substitutionsbehandlung sich negativ auf die Freizeitgestaltung auswirken. Dafür würden auch einzelne Anmerkungen zu negativen Erfahrungen in der Substitutionsbehandlung der Befragten sprechen: *„Dass man jeden Tag von Mo bis So einnehmen muss und nix spontanes unternemen kann.“*

Finanzielle Situation

Die finanzielle Situation findet sich mit zwei Drittel der Befragten, die eher zufrieden sind, nicht im Spitzenfeld der abgefragten Bereiche. Dabei muss berücksichtigt werden, dass finanzielle Schwierigkeiten am häufigsten als wichtiger Entscheidungsgrund für die Substitutionsbehandlung bezeichnet werden. Systembedingt findet sich auch die höchste angegebene positive Veränderung in den abgefragten Bereichen.

Systembedingt insofern, als die durchschnittlichen Monatskosten von Opiaten im Schwarzmarkt zwischen 1.500 und 2.250 Euro liegen⁹. Für die versicherten Patient/innen fällt durchschnittlich einmal pro Woche eine Rezeptgebühr an, also rund 24 Euro pro Monat (Ausnahme Rezeptgebührenbefreiung!).

Durch diese deutlich unterschiedlichen Kostensituationen, muss die Substitutionsbehandlung eine deutliche Verbesserung der finanziellen Situation bringen. Ob dies subjektiv so empfunden wird, dafür wird wahrscheinlich dennoch entscheidend sein, wie lange die Schwarzmarktversorgung gedauert hat und wie viele Schulden damit einhergehen. Außerdem spielt in diesem Bereich eine Erwartungshaltung bzw. Wünschbarkeit ebenfalls eine große Rolle.

Diese Aspekte könnten Hinweise darauf sein, dass ein Drittel der Befragten über keine Veränderung in der finanziellen Situation berichten.

Die positive Veränderung der finanziellen Situation durch die Substitutionsbehandlung wird deutlich öfter von Personen berichtet, die ihre finanzielle Situation derzeit als eher gesichert angeben. Dennoch berichten auch mehr als die Hälfte der Personen, die angeben, dass ihre finanzielle Situation derzeit eher unsicher ist, von einer positiven Veränderung in diesem Bereich durch die Substitutionsbehandlung.

Fast drei Viertel der Personen, die finanzielle Schwierigkeiten als wichtigen Einstiegsgrund benennen, berichten von positiven Veränderungen durch die Behandlung in diesem Bereich.

⁹ Siehe dazu unter 6.7 den Punkt „Finanzielle Schwierigkeiten als wichtiger Einstiegsgrund“

Körperliche und psychische Befindlichkeit

Zwei Drittel der Befragten geben an, eher zufrieden mit ihrer körperlichen bzw. psychischen Befindlichkeit zu sein. Die Hälfte der Befragten geben eher positive Veränderung an, jede/r Sechste berichtet allerdings über eher negative Veränderungen im körperlichen bzw. psychischen Bereich. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass mit dem Kontakt zum Gesundheitswesen auch der Allgemeinzustand thematisiert wird und die Auswirkungen des Substanzkonsums vor der Substitutionsbehandlung merkbar werden. Beispielsweise sind bei Substituierten häufig auch sehr aufwendige Zahnbehandlungen notwendig, die als sehr unangenehm empfunden werden. Dies ist meist die Folge von Vernachlässigung der Mundhygiene während des Substanzkonsums einerseits und andererseits als Folgewirkung beispielsweise von Stimulantien, werden aber mit der Substitutionsbehandlung verbunden. Dazu würde auch die Anmerkung eines Befragten bei den negativen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung passen: *„Ich war ca. 3 Jahre auf Subutex – daraufhin sind mir die Zähne stückweise herausgebrochen.“*

Ein schlechter Zahnstatus ist dabei sicher keine Nebenwirkung des Substitutionsmedikamentes, sondern hat vielmehr damit zu tun, dass die oben beschriebenen Ursachen in der Folgewirkung der Substitutionsbehandlung zugeschrieben werden.

Im psychischen Bereich könnte dies auch ein Hinweis darauf sein, dass psychische Komorbidität durch den kontinuierlichen Level der Opiatzufuhr und der Substanzwirkung spürbarer wird. Vor der Substitutionsbehandlung könnten die „Spitzen“ der Substanzwirkung und der Entzugssymptomatik dieses Empfinden stärker im Hintergrund belassen haben. Es könnte auch ein Hinweis auf diese fehlenden „Spitzen“ sein, die vor der Substitutionsbehandlung im positiven Bereich des Spürens der Substanzwirkung beim Konsum ein wichtiges Gefühl des Wohlbefindens darstellte.

Ein Teil der negativen Bewertung ist sicherlich auf die Unzufriedenheit mit der bzw. Nebenwirkungen der Substitutionssubstanz zurückzuführen. Anmerkungen dazu finden sich bei den negativen Erfahrungen, wo Befragte berichten:

*„Depressionen, Psychische Probleme, durch Methadon, stark antriebslos!“,
„Nebenwirkungen (Übelkeit, Magenschmerzen, Unwohlseingefühl)“*

Arbeits- oder Ausbildungssituation

Zwei Drittel der Befragten bewerten ihre Arbeitssituation als eher positiv. Immerhin berichtet mit 43 Prozent fast die Hälfte der Befragten über eine positive Veränderung aufgrund der Substitutionsbehandlung in diesem Bereich. Dabei berichten Personen, für die der Verlust der Arbeitsfähigkeit einen wichtigen Einstiegsgrund darstellt, deutlich häufiger, dass sie in diesem Bereich eine positive Veränderung durch die Substitutionsbehandlung erfahren haben. So berichten Befragte auch bei den positiven Erfahrungen, dass sich ihre Arbeitsfähigkeit verbessert hätte: *„Bin wieder voll arbeitsfähig, habe inzwischen eine zweite Ausbildung abgeschlossen und arbeite jetzt in meinem Traumberuf.“*

Jede/r Siebte berichtet allerdings auch über negative Erfahrungen in diesem Bereich. Dies ist weniger der Substitutionsbehandlung an sich geschuldet, sondern eher den Rahmenbedingungen und der gesellschaftlichen Bewertung der Opiatabhängigkeit, also der Stigmatisierung von opiatabhängigen Personen. So berichten Befragte über negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung: *„Durch die tägl. Einnahme in der Apotheke wird es erschwert am Arbeitsplatz“, „die monatlichen BH Besuche sind schwer dem Arbeitgeber zu erklären, besonders wenn man über Leasing arbeitet“* oder *„Diskriminierung aufgrund öffentlicher Abgabe in der Apotheke vor Bekannten oder Nachbarn! In kleineren Orten Probleme mit Arbeits- und Wohnungsvergabe.“*

Ein/e Befragte/r berichtet sogar: *„Ich wurde aufgrund meiner Substitution nach 9 Jahren von meinem Arbeitgeber entlassen, obwohl ich dort meine Lehre und Meisterkurs absolviert habe“*

7.3 Zufriedenheit mit der Substanz

Zufriedenheit mit der Substanz	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozente 2006 n=418
sehr zufrieden	498	58%	45%
eher zufrieden	297	35%	38%
eher unzufrieden	41	5%	12%
unzufrieden	18	2%	5%
Fehlende Werte	6		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 44: Zufriedenheit mit der Substitutionssubstanz

Rund 93 Prozent der Befragten äußern sich zufrieden mit der verschriebenen Substanz, davon sind 58 Prozent sehr zufrieden und 35 Prozent eher zufrieden. Nur 2% sind damit unzufrieden. Auffallend ist auch der hohe Prozentsatz die zu diesem Thema Angaben machten. Nur 6 Personen verweigerten zur Zufriedenheit mit dem Substitutionsmedikament die Angabe.

Im Vergleich mit den Daten 2006 zeigt sich hier eine deutliche Zunahme der Zufriedenheit. 2006 berichteten 83% eine grundsätzliche Zufriedenheit, 45% davon waren sehr zufrieden. Ebenfalls mit 5% 2006 höher als 2014 mit 2% war der Prozentsatz der Personen, die angaben, unzufrieden mit der Substanz zu sein. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 31)

Die Hypothese, dass sich Personen, die sich erst kurz in Behandlung befinden und sich an die Substitutionsmedikation noch nicht gewöhnt haben, weniger zufrieden damit sind, zeichnet sich nicht. Es zeigt sich auch nicht, dass die Zufriedenheit mit der Substanz bei jahrelanger Behandlung abnimmt, weil sich die Wirkung möglicherweise aufgrund eines Toleranzeffektes in der subjektiven Wahrnehmung verändert. Insgesamt ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Behandlung und der Zufriedenheit mit der verwendeten Substanz. ($p=410$)

7.3.1 Zufriedenheit mit den verwendeten Substanzen nach Substanzen

Verwendete Substitutionssubstanz 2014						
Zufriedenheit	Methadon	Morphin	Bupren- orphin	Levo- methadon	Buprenorphin /Naloxon	Gesamt
sehr zufrieden	45%	62%	64%	38%	65%	58%
eher zufrieden	47%	32%	30%	48%	25%	35%
eher unzufrieden	5%	4%	4%	11%	10%	5%
unzufrieden	3%	2%	1%	3%	0%	2%
Gesamt	96	408	233	93	20	850

Abbildung 45: Substanzzufriedenheit nach Substanzen

In der Zufriedenheit mit den einzelnen Substitutionssubstanzen gibt es signifikante Unterschiede ($\chi^2 = 35,69$; $df=12$; $p<0,001$; Cramer`s $V=0,12$). So schneiden Morphin und Buprenorphin bei der Bewertung „sehr zufrieden“ deutlich besser ab als Levomethadon und Methadon. Bei Buprenorphin/Naloxon ist die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahl allerdings eingeschränkt.

Werden die Kategorien „sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“ gemeinsam betrachtet, so relativiert sich das Ausmaß der Unterschiede. 94% der Befragten sind mit Morphin und Buprenorphin zufrieden, 92% sind dies auch mit Methadon.

Interessant erscheint, dass Levomethadon in der Bewertung der Zufriedenheit am schlechtesten abschneidet, auch im Vergleich zu Methadon. Mit 14% der Befragten, die mit der Substanz (eher) unzufrieden sind, liegt die Zufriedenheitsabgabe deutlich hinter 5% bzw. 6% der Befragten, die dies für Buprenorphin bzw. Morphin angeben. Die Gründe dafür werden in den nächsten Auswertungen analysiert.

7.3.2 Zufriedenheit mit der oralen Verabreichungsform

Zufriedenheit	Häufigkeit 2014	Prozent 2014
sehr zufrieden	431	51%
eher zufrieden	294	35%
eher unzufrieden	88	10%
unzufrieden	32	4%
Fehlende Werte	15	
Gesamt	860	100%

Abbildung 46: Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung

86% der Befragten geben eine grundsätzliche Zufriedenheit mit der oralen Verabreichungsform an. Nur 4% sind damit unzufrieden. Dies stellt einen sehr hohen Zufriedenheitswert dar, der überraschend ist. Laut dem österreichischen Behandlungsdokumentationssystem DOKLI gaben 2015 40 bis 50 % der Personen mit Leitdroge Opiate aus dem DOKLI-System die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform an. (GÖG/ÖBIG, 2015b, S. 10)

Erfahrungsgemäß ist es für viele Patient/innen schwierig, von intravenöser Verabreichung auf eine orale Einnahme umzusteigen, da die Wirkung durch die rasche Anflutung bei der intravenösen Verabreichung als sehr angenehm erlebt wird. Deswegen werden bei einem gewissen Prozentsatz der Patient/innen auch immer wieder Hinweise auf eine intravenöse Einnahme während der Substitutionsbehandlung bekannt. Wie groß dieser Prozentsatz ist, lässt sich allerdings nicht seriös einschätzen.

In Bezug auf die verwendeten Substanzen gibt es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der oralen Verabreichungsform ($p=0,790$).

7.3.3 Bevorzugung einer anderen Einnahmeform

Bevorzugung einer anderen Einnahmeform	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014
nein	662	82%
ja	149	18%
Fehlende Werte	49	
Gesamt	860	100%

Abbildung 47: Bevorzugung einer anderen Einnahmeform

82% der Befragten geben an, dass sie keine andere als die orale Einnahmeform bevorzugen würden. 18% der Personen gaben an, dass sie die Substanz gerne anders einnehmen würden.

Die Angaben zu einer Bevorzugung anderer Einnahmeformen steht naturgemäß in einem hoch signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit der oralen Verabreichungsform ($\chi^2 = 199,94$; $df=3$; $p<0,001$; Cramer`s V=0,50) und auch mit der Zufriedenheit mit dem eingesetzten Medikament ($\chi^2 = 19,52$; $df=3$; $p<0,001$; Cramer`s V=0,16).

Andere bevorzugte Einnahmeformen

Nennung	Bevorzugung einer anderen Einnahmeform 2014
intravenös	38
Mitgabe	29
Kapsel ungeöffnet	24
nasal	11
individuell / freie Wahl	6
Heroin	6
Heroin intravenös	5
andere Substanz	5
ohne Sirup	4
nicht unter Sicht	3
in Tablettenform	2
in einem eigenen Raum	1
intramuskulär	1
transdermal	1
sonstiges	5
Gesamtergebnis	141

Abbildung 48: Angaben zu anderen Einnahmeformen

141 Personen geben eine andere bevorzugte Einnahmeform an. Die meisten Nennungen betreffen eine gewünschte intravenöse Einnahme, das sind 4% der Befragten. Von diesen 38 Personen sind 71% mit Morphin substituiert, 29% mit (Levo-) Methadon.

An zweiter Stelle wird gewünscht, Substitutionsdrogen von der Apotheke mitnehmen zu dürfen. Dies entspricht nicht unbedingt einer anderen Einnahmeform.

24 Nennungen beziehen sich darauf, dass sie gerne eine ungeöffnete Kapsel einnehmen würden. Dies wird insgesamt von 3% der Befragten gewünscht, meistens mit dem Beisatz, dass die Verabreichung der Pellets für die Zähne schädlich sei bzw. aufgrund einer Prothese die Pellets hängenbleiben. Der Hintergrund dazu ist, dass bei dem Medikament Substitol® aus Gründen der Einnahmesicherheit die Kapsel generell geöffnet wird und die Pellets auf einem Löffel oder in einem Becher verabreicht werden.

11 Nennungen betreffen eine gewünschte nasale Applikation. Zwei Drittel davon sind mit Buprenorphin substituiert, die anderen Personen sind zu gleichen Teilen mit Morphin bzw. (Levo-)Methadon substituiert.

Aus den sehr wenigen Nennungen eines gewünschten intravenösen Konsums bzw. der überraschend hohen Zufriedenheit mit der oralen Verabreichungsform könnte der Schluss gezogen werden, dass einerseits infolge (sozialer) Erwünschtheit dieser Wert so hoch ausgefallen ist. Andererseits kann aber auch eine intrinsische Motivation dafür ausschlaggebend sein, dass sie die Substanz oral einzunehmen wünschen. Dabei wird davon ausgegangen, dass es ein Bewusstsein dafür gibt, dass die orale Verabreichungsform die „gesündere“ ist. Dieses Bewusstsein kann neben dem Wissen um Risiken, die mit dem intravenösen bzw. nasalen Konsum einhergehen, auch mit negativen Erfahrungen vor der Substitutionsbehandlung verbunden sein. Diese Erfahrungen könnten Abszesse rund um den Einstich, „Shakes“- also durch Verunreinigungen der Substanz hervorgerufene körperliche Auswirkungen, etc. sein.

7.3.4 Zufriedenheit mit der Dosierung

Empfindung der Dosis	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014	Prozente 2006 n=409
zu geringe Dosierung	130	15%	21%
passende Dosierung	719	84%	78%
zu hohe Dosierung	4	<1%	1%
Fehlende Werte	7		
Gesamt	860		

Abbildung 49: Zufriedenheit mit der Dosierung

Die Höhe der Dosierung finden rund 84 Prozent der befragten Substituierten als passend. Rund 15 Prozent gaben allerdings an, dass ihnen eine zu geringe Dosierung verschrieben wird. Auffallend ist auch hier das nur ein geringer Prozentsatz dazu keine Angaben machte – dies waren nur 7 Personen. Lediglich 4 Personen gaben an, eine zu hohe Dosierung verschrieben zu bekommen.

Im Vergleich zu den Daten 2006 ist dies eine Steigerung der Passgenauigkeit. Damals gaben 21% an, eine zu geringe Dosierung zu erhalten, während 78% über eine passende Dosierung berichteten. Auch 2006 war der Prozentsatz der Personen, die angaben, eine zu hohe Dosierung zu erhalten, mit 0,7% in einem ähnlichen Bereich wie 2014. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 33)

Zufriedenheit mit der Dosierung und verwendetes Substitutionsmittel

Zwischen den Empfindungen der Dosierung und dem verwendeten Substitutionsmittel bestehen signifikante Unterschiede. ($\chi^2=25,62$, $df=8$, $p<0,001$; Cramer's $V=0,12$)

Substitutionsmedikament	Empfindung der Dosierung 2014			Gesamt
	zu geringe Dosierung	passende Dosierung	zu hohe Dosierung	
Methadon	26%	74%	0%	96
Morphin	17%	82%	0%	408
Buprenorphin	9%	91%	0%	233
Levomethadon	14%	84%	2%	93
Buprenorphin / Naloxon	5%	95%	0%	19
Gesamt	15%	84%	0%	849

Abbildung 50: Empfindung der Dosierung und verwendetes Substitutionsmittel

91% der Personen, die mit Buprenorphin behandelt werden, empfinden ihre Dosierung als passend. Dies stellt nach Buprenorphin/Naloxon den höchsten Wert in diesem Aspekt dar und ist deutlich höher als 74%, die bei Methadon eine passende Dosierung angeben.

Auch Levomethadon bzw. Buprenorphin/Naloxon schneiden im Vergleich zu Methadon in Bezug auf eine passende Dosierung besser ab. Allerdings gilt es auch hier die niedrige Fallzahl bei Buprenorphin/Naloxon zu berücksichtigen.

Die Dosierung der mit Buprenorphin substituierten Patient/innen wird im Vergleich mit den Dosierungen von Morphin von den Befragten passender empfunden. Dies zeigt der hohe Wert von Buprenorphin (91%) im Vergleich zu Morphin (82%).

Dieses Ergebnis überrascht insofern, als man eher erwarten würde, dass Morphin als eine Substanz, die die Suchtgiftverordnung implizit als besonders gefährlich darstellt (nicht erste Wahl), zu niedrig dosiert wird. Diese Vermutung stammt einerseits aus der praktischen Erfahrung des Autors, da in Oberösterreich seit

Beginn der Morphin-Substitution (1999) von den wesentlichen Ärztinnen und Ärzten in der Substitutionstherapie die strikte Haltung vertreten wurde, dass 800mg bei Morphin als Obergrenze zu sehen ist, die nur ganz vereinzelt medizinisch indiziert überschritten werden sollte. Die Notwendigkeit einer derart klaren Linie war andere Substanzen betreffend nicht so präsent, da dort ohnehin nur wenige Einzelfälle bekannt waren, wo die Überschreitung der Höchstmenge ein Thema war. Ein weiteres Argument ist natürlich die nicht nur in der Fachwelt, sondern auch massenmedial immer wieder geführte Diskussion um die Schwarzmarkt-Distribution und die nicht bestimmungsgemäße Verwendung von Morphin-Medikamenten.

Aber auch aus einem statistischen Zusammenhang überrascht das Ergebnis, nämlich im Vergleich der als Höchstgrenze definierten Dosierungen im Vergleich zu den tatsächlichen Dosierungen in der Substitutionsbehandlung in Oberösterreich. Die tatsächlichen Dosierungen werden jährlich am Stichtag 31.12. ausgewertet und sind seit Jahren relativ konstant. Der Vergleich der statistischen Durchschnittswerte der tatsächlichen Dosierung sieht folgendermaßen aus: Bei Buprenorphin wird die Obergrenze mit 32 mg definiert, die tatsächlich durchschnittliche Dosierung betrug am 31.12.2014 14mg, also 44% der Obergrenze. Bei Methadon wird die Obergrenze mit 120mg definiert, die tatsächlich durchschnittliche Dosierung betrug am 31.12.2014 75mg, also 62% der Obergrenze. Bei Morphin wird die Obergrenze mit 800mg definiert, die tatsächlich durchschnittliche Dosierung betrug am 31.12.2014 561mg, also 70% der Obergrenze. Deswegen wäre die Hypothese naheliegend gewesen, dass bei Morphin öfters dem Wunsch nach einer höheren Dosierung nicht entsprochen wird als bei Methadon. Dies scheint nach diesen Befragungsdaten nicht so zu sein. (vgl. Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung (Hrsg.), 2016, S. 21).

Naturgemäß besteht auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Medikament und ob die Dosierung als ausreichend erlebt wird ($p < 0,001$, Kendall's tau-b = -0,17). Je zufriedener die Patient/innen mit dem verabreichten Medikament sind, desto höher ist der Prozentsatz der Personen, die die Dosierung als passend empfinden. Oder umgekehrt gesagt, nur 1,39% der

Personen, die die Dosierung als passend empfinden, sind mit dem verwendeten Medikament unzufrieden.

Interessanterweise besteht auch zwischen der Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung und der Dosierung ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,001$; Kendall's tau-b = -0,14). Auch hier gilt, je zufriedener die Patient/innen mit der oralen Verabreichung des Substitutionsmittels sind, desto passender wird die Dosierung empfunden. Oder anders gesagt, nur 2,53% der Personen, die die Dosierung als passend empfinden, sind mit der oralen Verabreichung unzufrieden.

7.3.5 Belastung durch Nebenwirkungen

Belastung durch Nebenwirkungen	Häufigkeit 2014	Prozent 2014	Prozente 2006 n= 410
gar nicht	382	45%	39%
etwas	376	45%	47%
stark	63	7%	10%
sehr stark	23	3%	4%
Fehlende Werte	16		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 51: Belastung durch Nebenwirkungen

45% der Substitutionspatient/innen geben an, gar nicht durch Nebenwirkungen belastet zu sein. 55% sind belastet mit Nebenwirkungen, allerdings 45% davon nur etwas. 10% berichten über starke bzw. sehr starke Belastungen durch Nebenwirkungen des Substitutionsmedikamentes.

Im Vergleich zu den Daten 2006 stieg der Prozentsatz, der angab, gar nicht belastet zu sein. Auch die Prozentsätze der Personen, die Angaben mit Nebenwirkungen stark bzw. sehr stark belastet zu sein, gingen zurück. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 35)

Dies könnte im Zusammenhang mit der breiteren Palette an Substitutionsmedikamenten, die zur Verfügung sind, stehen. Seit 2006 gibt es zwei weitere Medikamente und auch zwei Generika, die in der Substitutionstherapie eingesetzt werden. Damit stehen auch mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, bei auftretenden Nebenwirkungen auf ein anderes Medikament umzustellen.

Belastung durch Nebenwirkungen anhand einzelner Wirkstoffgruppen

Die Belastung durch Nebenwirkungen wird signifikant unterschiedlich von Personen wahrgenommen, die Medikamente aus unterschiedlichen Wirkstoffgruppen verschrieben bekommen. ($\chi^2=49,01$, $df=12$, $p<0,001$; Cramer`s $V=0,14$)

Substitutionsmedikament	Belastung durch Nebenwirkungen 2014				Gesamt
	gar nicht	etwas	stark	sehr stark	
Methadon	34%	51%	10%	5%	92
Morphin	50%	43%	5%	2%	406
Buprenorphin	51%	40%	7%	2%	229
Levomethadon	23%	55%	18%	4%	93
Buprenorphin/Naloxon	35%	50%	5%	10%	20
Gesamt	45%	45%	8%	3%	840

Abbildung 52: Belastung durch Nebenwirkungen anhand einzelner Wirkstoffgruppen

Am wenigsten Nebenwirkungen berichten Personen, die mit Morphin und Buprenorphin substituiert sind. Rund die Hälfte der Befragten geben an, gar keine Nebenwirkungen zu erleben, nur ca. 7 bzw. 9 Prozent in diesem Bereich berichten über starke bzw. sehr starke Nebenwirkungen.

Am Häufigsten werden starke bzw. sehr starke Nebenwirkungen bei Levomethadon mit 22% gefolgt von Methadon und Buprenorphin/Naloxon mit 15% berichtet.

Die hohen Angaben über Nebenwirkungen bei der Verabreichung von Levomethadon sind sehr überraschend, da pharmakologisch bedingt Levomethadon gegenüber Methadon ein günstigeres Nebenwirkungsprofil haben sollte. Hier wird eher ein psychologisches Phänomen vermutet, dass allerdings nicht ohne weitere Untersuchungen erklärbar ist. (vgl. Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung (Hrsg.), 2016, S. 20)

Belastung durch Nebenwirkungen 2006 und 2014

Substitutions- medikament	Belastung durch Nebenwirkungen							
	gar nicht		etwas		stark		sehr stark	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014	2006	2014
Methadon	32%	34%	45%	51%	13%	10%	10%	5%
Morphin	37%	50%	50%	43%	11%	5%	2%	2%
Buprenorphin	52%	51%	39%	40%	4%	7%	4%	2%
Levomethadon		23%		55%		18%		4%
Buprenorphin/ Naloxon		35%		50%		5%		10%
Gesamt	39%	45%	47%	45%	10%	8%	4%	3%

Abbildung 53: Belastung durch Nebenwirkungen 2006 und 2014

Auffallend im Vergleich zu den Daten 2006 ist, dass Morphin und Methadon in Bezug auf die Nennungen hinsichtlich der Nebenwirkungen günstiger abschneiden. Für Levomethadon und Buprenorphin/Naloxon existieren keine Vergleichswerte, da diese Wirkstoffe 2006 noch nicht in der Substitution in Österreich eingesetzt wurden.

Im Vergleich mit 2006 berichtet der gleiche Prozentsatz der Buprenorphin-Substituierten über starke bzw. sehr starke Nebenwirkungen des Medikamentes. Im Bereich der Substituierten mit Morphin und Methadon ist der Prozentsatz der stark bzw. sehr stark durch Nebenwirkungen Belasteten von 13% 2006 auf 7% zurückgegangen. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 35)

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Morphin und Methadon nicht mehr so häufig in der Substitutionsbehandlung eingesetzt werden und damit durchschnittlich als verträglicher empfunden werden. Möglicherweise ist dies auch in Verbindung mit der Umsetzung der Mittel erster Wahl erklärbar, da zu Beginn eher Levomethadon verwendet wird, eigentlich aber eher Morphin gewünscht wäre. Dies könnte der psychologische Effekt sein, dass die Nebenwirkungen im Bereich Levomethadon überdurchschnittlich empfunden werden, denn pharmakologisch ist die erhöhte Nebenwirkungsproblematik nicht zu erklären.

8 Kontrolle

Im Rahmen des Fragebogens fanden sich auch Items, die abfragten, wie die Kontrolle durch die beteiligten Institutionen – generell bzw. bestimmte Aspekte betreffend – empfunden wird. Dies ist nicht nur für die verschiedenen Bereiche der Institutionen eine interessante Rückmeldung, sondern gibt auch einen Eindruck, inwiefern die Zufriedenheit der Patient/innen der Substitutionsbehandlung von diesen Aspekten beeinträchtigt wird.

8.1 Kontrolle durch Personen bzw. Institutionen

Person/ Institution	Empfindung der Kontrolle 2014			
	zu viel Kontrolle	angemessene Kontrolle	zu wenig Kontrolle	Gesamt
Amtsärztin/ Amtsarzt	17%	81%	2%	837
Ärztin/ Arzt	4%	92%	4%	807
Apotheke	16%	82%	2%	818
Beratungsstelle	5%	89%	6%	778

Abbildung 54: Empfindung der Kontrolle durch Personen / Institutionen

Wesentliche Kontrollaufgaben im Rahmen der Substitutionsbehandlung werden von den Amtsärztinnen/Amtsärzten und Apotheken (überwiegend tägliche Einnahmekontrolle) wahrgenommen. Diese Institutionen erhalten mit rund 81% hohe Werte im Bereich der angemessenen Kontrolle. Jede/r Sechste bewertet diese Kontrolle als überzogen, nur rund 2% empfinden die Kontrolle durch diese Institutionen als unzureichend. Dies legt den Schluss nahe, dass die Institutionen, die mit der Kontrolle betraut sind, diese auch spürbar wahrnehmen.

Die Kontrolle durch Ärztinnen und Ärzte wird zu 92% als angemessenen wahrgenommen, rund 4% bewerten diese als überzogen und weitere 4% als unzureichend.

Interessanterweise wird die Kontrolle durch Beratungsstellen nur zu 89% als angemessenen wahrgenommen, rund 5% bewerten diese als überzogen und weitere 6% als unzureichend. Allerdings machen 10% dazu keine Angaben. Interessant ist dieses Ergebnis, da diese Institutionen eigentlich gar keine Kontrollaufgabe haben. Dazu kommt, dass laut den Jahresberichten 2014 der Suchtberatungsstellen, die an die Abteilung Gesundheit des Landes OÖ ergingen, nur rund ein Drittel der Substitutionspatient/innen 2014 eine Betreuung in einer Beratungsstelle in Anspruch genommen hat. Es wäre interessant zu wissen, wie viele der befragten Personen jemals das Angebot in einer Beratungsstelle in Anspruch genommen haben, da vermutlich viele Angaben „hören sagen“ betreffen.

In diesem Kontext ist natürlich interessant, zu untersuchen ob es Unterschiede mit der Empfindung der Kontrolle und verschiedenen Aspekten der Behandlung bzw. der Zufriedenheit gibt. Untersucht wurden die drei Institutionen Amtsärztin/Amtsarzt, Ärztin/Arzt und Apotheke.

Als erstes wurde analysiert, ob das verwendete Medikament im Zusammenhang mit dem Urteil über die Kontrolle steht. Hier findet sich kein signifikanter Unterschied.

Die Zufriedenheit mit dem Substitutionsmedikament korreliert allerdings mit dem Urteil über die Kontrolle. Je zufriedener die Befragten mit dem Medikament sind, desto weniger problematisch empfinden sie die Kontrolle der Amtsärztin/Amtsarzt ($p=0,019$; Kendall's tau-b=-0,10), der Ärztin/des Arztes ($p=0,003$; Kendall's tau-b=-0,09) und der Apotheke ($p=0,001$; Kendall's tau-b=-0,11). Der gleiche Zusammenhang zeigt sich, sogar noch deutlicher, das Urteil über die Dosierung und auch die Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung betreffend mit dem Urteil über die Kontrolle. Je passender die Dosierung empfunden wird, desto angemessener wird die Kontrolle sowohl von der Amtsärztin/Amtsarzt ($p=0,001$; Kendall's tau-b=0,10), der Ärztin/des Arztes ($p<0,001$; Kendall's tau-b=0,13) und der Apotheke ($p<0,001$; Kendall's tau-b=0,12) empfunden.

Je zufriedener die orale Verabreichungsform bewertet wird, desto angemessener wird die Kontrolle sowohl von der Amtsärztin/Amtsarzt ($p=0,001$; Kendall's tau-b=-

0,20), der Ärztin/des Arztes ($p < 0,001$; Kendall's tau-b = -0,10) und der Apotheke ($p < 0,001$; Kendall's tau-b = -0,19) empfunden.

Es ist durchaus plausibel, dass die Behandlung bei Personen, die zufrieden mit dem Medikament, der Dosierung und der oralen Verabreichung sind, insgesamt viel konfliktfreier abläuft und deswegen die Kontrolle weniger stark erlebt wird.

8.2 Kontrolle in verschiedenen Bereichen der Substitutionsbehandlung

Empfindung der Kontrolle 2014				
Bereich	zu viel Kontrolle	angemessene Kontrolle	zu wenig Kontrolle	Gesamt
Einnahme	23%	74%	3%	815
Beikonsum	13%	78%	9%	796
Mitgabe	29%	69%	2%	809
Weitergabe	7%	72%	22%	772

Abbildung 55: Kontrolle in verschiedenen Bereichen der Substitutionsbehandlung

Den höchsten Prozentsatz in einem Bereich, der in der Wahrnehmung der Befragten zu viel kontrolliert wird, erhält die Mitgabe mit 29%. Das könnte auch heißen, dass sich fast ein Drittel der Befragten dafür ausspricht, dass die Mitgabe leichter möglich sein sollte. In diesem Bereich findet sich auch die Einnahme, die mit 23% als zu viel kontrolliert wird, gefolgt von der Kontrolle des Beikonsums mit 13%.

Die Kontrolle der Weitergabe an andere Personen erhält am anderen Ende der Skala die höchste Zustimmung – 22% der Befragten sind der Meinung, hier wird zu wenig kontrolliert. Dies stellt einen Ausreißer in diesem Bereich dar, der Beikonsum landet mit 9% doch deutlich dahinter. Die Einnahme und die Mitgabe erhalten marginale Zustimmung in der Aussage, dass hier zu wenig kontrolliert wird. Hier muss allerdings auch festgehalten werden, dass bei der Weitergabe keine Institution in der Behandlung direkt einen Kontrollauftrag wahrnimmt. Der Beikonsum und die Mitgabe werden (amts-)ärztlicherseits und die Einnahme von der Apotheke kontrolliert, während die Kontrolle der Weitergabe an andere

Personen eher von der Polizei wahrgenommen wird. Es sei denn, es wird in Sichtweite der Apotheke weitergegeben und dies wird von Mitarbeiter/innen der Apotheke beobachtet.

Werden die Bereiche der Kontrolle vereinfachend den Institutionen zugeordnet und dann mit den Bewertungen der Empfindung der Kontrolle durch die Befragten verglichen, so zeigt sich, dass die Trennung zwischen kontrollierten Bereichen und Institutionen durchaus gegeben scheint. Zum Beispiel wird die Einnahme von 23% als zu viel kontrolliert bewertet, allerdings empfinden nur 16%, dass die Apotheke zu viel kontrolliert. Ebenso verhält es sich mit den Bereichen Mitgabe und Beikonsum, die hauptsächlich (amts-)ärztlich zugeordnet werden. Das wäre ein Hinweis, dass hier systemische bzw. rechtliche Vorgaben bewertet werden, die aber nicht den Institutionen zugerechnet werden.

Bereich	zu viel Kontrolle		angemessene Kontrolle		zu wenig Kontrolle	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014
Einnahme	28%	23%	70%	74%	3%	3%
Beikonsum	13%	13%	79%	78%	8%	9%
Mitgabe	38%	29%	58%	69%	4%	2%
Weitergabe	8%	7%	63%	72%	30%	22%

Abbildung 56: Empfindung der Kontrolle 2006 und 2014

Im Vergleich mit den Daten 2006 zeigt sich ein Rückgang der Bewertung, dass im Bereich der Mitgabe und im Bereich der Einnahme zu viel kontrolliert wird. Weiters zeigt sich ebenfalls ein Rückgang der Bewertung, dass zu wenig im Bereich der Kontrolle der Weitergabe an andere Personen kontrolliert wird. (vgl. FH Oberösterreich, April 2007, S. 48)

Dies ist auch insofern ein interessantes Ergebnis, als mit der Umsetzung der Suchtgiftverordnungsnovelle im März 2007 die Bestimmungen in der Behandlung, insbesondere die Mitgabe betreffend, restriktiver geworden sind und fachlich befürchtet wurde, dass der notwendige Freiraum für individuelle, bedarfsgerechte Entscheidungen nicht mehr genutzt werden kann. So meinte beispielsweise Lindenbauer (2007) über die Novelle der Suchtgiftverordnung: „Eine Substitutionstherapie mit der Fokussierung auf Kontrolle und Restriktion [...] kann

nicht den Anspruch auf eine effiziente Behandlung und Betreuung von Patienten erheben“. (S. 67)

Die Hypothese, dass Menschen, die erwerbstätig sind bzw. in Ausbildung stehen, die Kontrolle der Mitgabe bzw. der Einnahme häufiger als zu viel kontrolliert empfinden, kann nicht bestätigt werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede der Empfindung der Kontrolle der Mitgabe bzw. der Einnahme mit dem Arbeitsstatus ($p=0,213$ bzw. $0,691$) und auch nicht mit dem verwendeten Medikament ($p=0,103$ bzw. $0,478$).

Die weiteren Analysen bezüglich signifikanter Unterschiede der empfundenen Kontrolle bringen das gleiche Ergebnis wie im Bereich der Kontrolle durch Personen/Institutionen. Die empfundene Kontrolle der Einnahme, der Mitgabe und des Beikonsums steht in einem hoch signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Medikament, der Empfindung der Dosierung und der Zufriedenheit der oralen Verabreichung. Also dürfte auch hier möglicherweise die Substitutionsbehandlung tendenziell konfliktfreier bzw. angepasster ablaufen, je zufriedener die Patient/innen mit dem Medikament bzw. der oralen Verabreichung sind und je passender die Dosis empfunden wird.

Die Ausnahme bildet das Item der empfundenen Kontrolle der Weitergabe an andere Personen. Das sich hier keine Signifikanzen zeigen ist erklärbar durch die nicht direkt systemisch zuordenbare Kontrolle der Weitergabe an andere Personen. Dieses Ergebnis muss vorsichtig interpretiert werden, da Menschen oft entsprechend ihrer subjektiven Einstellung, Erfahrung, etc. Situationen gegenüber Bewertungen vornehmen.

9 Erfahrungen mit Personen oder Institutionen im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Erfahrungen mit Personen / Institutionen 2014				
Personen / Institutionen	eher positive	weder positiv noch negativ	eher negative	Gesamt
Amtsärztin/ Amtsarzt	51%	35%	14%	820
Ärztin/ Arzt	65%	31%	4%	813
Apotheke	56%	32%	11%	816
Beratungsstelle	50%	43%	7%	787

Abbildung 57: Erfahrungen mit Personen / Institutionen

Zwei Drittel der Befragten berichten über eher positive Erfahrungen mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten. Das ist der höchste positive Wert, gefolgt von 56% der Patient/innen, die eher positive Erfahrungen mit der Apotheke und 51%, die dies von Amtsärztinnen/Amtsärzten berichten. Die Beratungsstellen schneiden in diesem Kontext mit 50% am schlechtesten ab, wobei hier auch der geringste Prozentsatz an Personen besteht, die Angaben machen (n=787).

Am meisten eher negative Erfahrungen werden mit 14% von den Amtsärztinnen und Amtsärzten berichtet gefolgt von den Apotheken mit 11%. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte schneiden hier am besten ab, nur 4% berichten negative Erfahrungen.

Erfahrungen mit Personen/Institutionen 2006 und 2014

Personen / Institutionen	eher positive		weder positiv noch negativ		eher negative	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014
Amtsärztin/ Amtsarzt	49%	51%	38%	35%	13%	14%
Ärztin/ Arzt	60%	65%	33%	31%	8%	4%
Apotheke	58%	56%	27%	32%	15%	11%
Beratungsstelle	59%	50%	34%	43%	7%	7%

Abbildung 58: Erfahrungen mit Personen / Institutionen 2006 und 2014

Im Vergleich mit den Daten 2006 haben sich die positiven Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten von 60 auf 65% erhöht, das ist insofern erfreulich, als der Engpass bei den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten auch hier anscheinend nicht spürbar wird. Es könnte auch ein Hinweis sein, dass 2007 durch die Verordnungsumsetzung eine Selektion stattgefunden hat. Tendenziell sind die Ärztinnen und Ärzte, die vor 2007 auch schon diese Behandlungsform gerne angeboten haben, geblieben. Diejenigen, die vor der Verordnungsumsetzung aus einer regionalen oder sonstigen Verpflichtung diese Behandlungsform angeboten haben und damit den Patient/innen eher reserviert gegenüber standen, haben das Angebot beendet. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass es durch die Schaffung eines Angebotes bei den Suchtberatungsstellen und den Ambulanzen zweier Kliniken zu einer Spezialisierung des Angebotes gekommen ist und daher Patient/innen im Sinne der Qualität positivere Erfahrungen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten machen.

Die positiven Erfahrungen mit der Beratungsstelle sind von 59% auf 50 % zurückgegangen. Hier hat sich der Wert der weder positiven noch negativen Erfahrungen um diesen Prozentsatz von 34% auf 43% erhöht. Dies ist vor dem Hintergrund einer Systemumstellung sehr interessant. Vor der Suchtgiftverordnungsnovelle 2007 war es in Oberösterreich für alle Patient/innen zu Beginn der Behandlung verpflichtend, eine Betreuungsvereinbarung mit einer Suchtberatungsstelle abzuschließen. Dabei wurden von den Klient/innen die

Themen vereinbart, die im Rahmen eines Beratungsprozesses behandelt werden sollten und dazu eine Frequenz und eine vorläufige Dauer festgelegt. Dies passierte in einem zieloffen, partizipativen Prozess, der für die (Amts-) Ärztinnen/(Amts-)Ärzte durch Terminbestätigungen und Abschlussbestätigung im Substitutionsausweis transparent festgehalten wurden. Nach Abschluss der Erstsequenz konnte natürlich weiterhin freiwillig das Beratungsangebot in Anspruch genommen werden. Bei Problemen im Rahmen der Behandlung (vor allem Beikonsum, intravenöser Konsum, etc.) konnte (amts-)ärztlicherseits wieder der Abschluss einer Betreuungsvereinbarung verlangt werden. Bei Nichteinhaltung der Betreuungsvereinbarung wurde (amts-)ärztlicherseits motivierend auf eine Betreuung hingewirkt, das war aber kein (alleiniger) Grund, die Behandlung zu beenden.

Aus diesem Hintergrund ist erklärbar, dass sich 10% der Einschätzungen der Befragten von eher positiven Erfahrungen hin zu neutralen Erfahrungen, die auch keine Erfahrung abbilden könnten, entwickelt haben. Darauf wird in der nächsten Fragestellung über die Nützlichkeit der Beratung noch einmal Bezug genommen.

Erfahrungen mit Personen/Institutionen und Kontrolle

Empfindung der Kontrolle / Erfahrung mit		eher positive Erfahrungen	weder positiv noch negativ	eher negative Erfahrungen	n
zu viel	Amtsärztinnen/Amtsärzte	25%	33%	42%	140
	Apotheke	28%	35%	37%	131
	Ärztinnen/Ärzte	40%	37%	23%	35
angemessen	Amtsärztinnen/Amtsärzte	57%	35%	8%	661
	Apotheke	62%	32%	6%	650
	Ärztinnen/Ärzte	67%	31%	3%	722
Gesamt	Amtsärztinnen/Amtsärzte	51%	35%	14%	816
	Apotheke	57%	32%	11%	797
	Ärztinnen/Ärzte	65%	31%	4%	786

Abbildung 59: Erfahrungen mit Personen/Institutionen und Kontrolle 2014

Der Zusammenhang zwischen den Erfahrungen und der empfundenen Kontrolle der Befragten mit den verschiedenen Personen / Institutionen ist signifikant

($p < 0,001$). Je angemessener die Kontrolle empfunden wird, desto positiver sind die Erfahrungen mit der jeweiligen Institution. Von den Befragten, die die Kontrolle als zu massiv empfinden, werden dementsprechend häufiger negative Erfahrungen berichtet. Das würde auch die Hypothese aus den Empfindungen der Kontrolle durch Personen/Institutionen bestätigen. Wenn Kontrolle und negative Erfahrungen zusammenhängen, könnte tatsächlich eine zu viel empfundene Kontrolle mit konfliktreichen Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung zusammenhängen.

Kontrolle der Einnahme 2014	Erfahrung mit	eher positive Erfahrungen	weder positiv noch negativ	eher negative Erfahrungen	n
zu viel	Amtsärztinnen/Amtsärzte	46%	33%	21%	180
	Apotheke	38%	39%	23%	178
	Ärztinnen/Ärzte	63%	32%	6%	179
angemessen	Amtsärztinnen/Amtsärzte	53%	36%	11%	592
	Apotheke	62%	31%	7%	590
	Ärztinnen/Ärzte	65%	31%	4%	589
Gesamt	Amtsärztinnen/Amtsärzte	51%	35%	14%	800
	Apotheke	56%	32%	11%	796
	Ärztinnen/Ärzte	65%	31%	4%	796

Abbildung 60: Kontrolle der Einnahme und Erfahrungen mit Personen / Institutionen

Dies bestätigt sich auch im Bereich der Empfindung der Kontrolle verschiedener Bereiche der Substitution, die ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit den berichteten Erfahrungen mit den jeweiligen Personen/Institutionen zeigt. Je angemessener die Kontrolle der Einnahme und auch die Mitgabe empfunden werden, desto positiver sind die Berichte über Erfahrungen mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten und Apotheken ($p \leq 0,001$).

Die berichteten Erfahrungen mit den Ärztinnen/Ärzten stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Empfindung der Kontrolle der Mitgabe bzw. der Einnahme. Dies verdeutlicht, dass die Kontrolle der Einnahme und Mitgabe wesentlich mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten und Apotheken assoziiert wird. Bezüglich der Einnahme ist dies auch plausibel, da die Apotheke diese sensible Kontrolle auch ausübt. Bezüglich der amtsärztlichen Bewertung spielt wahrscheinlich eine Rolle, dass Schwierigkeiten mit der Einnahme häufiger an die

Amtsärztinnen/Amtsärzten gemeldet werden und dort konfrontierende Gespräche geführt werden bzw. Konsequenzen gesetzt werden. Bezüglich der Mitgabe dürfte es auch so sein, dass die Amtsärztinnen/Amtsärzte rechtlich die Kontrolle bzw. de facto die Letztverantwortung haben und damit die Ärztinnen/Ärzte die (heiklen) Entscheidungen eher an die Amtsärztinnen/Amtsärzte delegieren.

Kontrolle Beikonsum durch Amtsärztinnen / Amtsärzte 2014	eher positive Erfahrungen	weder positiv noch negativ	eher negative Erfahrungen	n
zu viel	37%	34%	28%	102
angemessen	53%	35%	12%	615
Gesamt	51%	35%	14%	786

Abbildung 61: Empfindung der Kontrolle durch und Erfahrung mit Amtsärztinnen / Amtsärzte

Auch bezüglich Kontrolle des Beikonsums zeigt sich dieser Zusammenhang ($p < 0,001$). Je intensiver die Kontrolle empfunden wird, desto eher werden negative Erfahrungen mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten berichtet. In Bezug auf die Erfahrungen mit den Apotheken und Ärztinnen/Ärzten besteht in diesem Bereich kein signifikanter Zusammenhang. Dies zeigt deutlich, dass die Kontrolle des Beikonsums maßgeblich von den Amtsärztinnen/Amtsärzten bzw. deren Mitarbeiter/innen wahrgenommen wird und in diesem sensiblen Bereich einiges an Konfliktpotential steckt.

Verschiedene Aspekte der Behandlung und Erfahrung mit Personen/Institutionen

Die Hypothese, dass mit der Dauer der Behandlung die Konfliktsituationen und damit einhergehend auch die negativen Erfahrungen mit verschiedenen Personen/Institutionen steigen, bestätigt sich nicht. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang der Dauer der Behandlung mit den Erfahrungen mit den verschiedenen Personen/Institutionen.

Die Zufriedenheit mit dem Medikament steht in einem signifikanten Zusammenhang mit den berichteten Erfahrungen mit den einzelnen Personen/Institutionen ($p < 0,001$). Je zufriedener die Befragten mit ihrem Substitutionsmittel sind, desto positiver sind die Erfahrungen mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten, Ärztinnen/Ärzten und Apotheken. Hoch signifikant in diesem Bereich ist auch die Empfindung der Dosierung ($p < 0,001$). Je passender

die Dosierung empfunden wird, desto positiver sind die Erfahrungen mit den Ärztinnen/Ärzten bzw. den Apotheken. Interessanterweise besteht dieser Zusammenhang nicht signifikant mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten. Diese Entscheidungen werden anscheinend zwischen Patient/innen und Ärztinnen/Ärzten ausverhandelt und nicht mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten assoziiert. Warum die Assoziation auch Apotheken betrifft ist nicht augenscheinlich erklärbar, da hier sicherlich keine Einflussnahmen auf Dosierungen passieren.

Die Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung steht ebenfalls in einem hoch signifikanten Zusammenhang mit den Erfahrungen mit den Personen / Institutionen ($p < 0,001$). Je zufriedener die Befragten mit der oralen Verabreichung sind, desto positiver werden die Erfahrungen mit den Amtsärztinnen/Amtsärzten, Ärztinnen/Ärzten und Apotheken berichtet.

Dies dürfte insgesamt die heiklen bzw. konflikträchtigen Situationen bzw. Aspekte im Rahmen der Substitutionsbehandlung widerspiegeln. Die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Substitutionsbehandlung, allen voran der Substanz und deren Einnahme steht signifikant für einen reibungslosen Ablauf der Substitutionsbehandlung.

9.1 Nützlichkeit der Beratung

Nützlichkeit	Häufigkeit 2014	Gültige Prozent 2014	Prozente 2006 n=404
sehr nützlich	186	23%	24%
eher nützlich	333	42%	35%
wenig nützlich	206	26%	28%
gar nicht nützlich	71	9%	13%
Fehlende Werte	64		
Gesamt	860	100%	100%

Abbildung 62: Nützlichkeit der Beratung

Zwei Drittel der Befragten bewerten die Beratung als sehr bzw. eher nützlich. Nur 9% meinen, die Beratung wäre gar nicht nützlich, 64 Personen (7%) machen dazu keine Angaben. Wie bereits bei den Items Empfindung der Kontrolle und Erfahrungen mit der Beratungsstelle ausgeführt, überrascht dieses Ergebnis, da nur rund ein Drittel der Patient/innen 2014 eine Betreuung in einer Beratungsstelle in Anspruch nahmen und wahrscheinlich mehr als 7% noch nie eine Beratung in Anspruch genommen haben. Dies ist allerdings keine mit diesen Daten verifizierbare Annahme, deswegen erscheint es sinnvoll, bei einer möglichen weiteren Befragung diese Erfahrung ebenfalls abzufragen. Hier könnte gefragt werden, ob jemals bereits ein Beratungsangebot in Anspruch genommen wurde.

Im Vergleich mit den Daten 2006 zeigt sich, dass der Prozentsatz der Personen, die ihre Beratungserfahrung grundsätzlich nützlich einschätzen, gestiegen ist. Speziell der Prozentsatz der Befragten, die angaben, die Beratung sei gar nicht nützlich, ist zurückgegangen und dürfte auch ein Ergebnis der Systemumstellung im Bereich der verpflichtenden Betreuungsvereinbarung sein.

Nützlichkeit der Beratung und verschiedene Aspekte der Substitutionsbehandlung

	Sehr nützlich	eher nützlich	wenig nützlich	gar nicht nützlich	Gesamt
Methadon	15%	33%	34%	19%	89
Morphin	25%	45%	22%	8%	372
Buprenorphin	27%	38%	29%	6%	221
Levomethadon	19%	41%	27%	13%	91
Buprenorphin / Naloxon	11%	63%	21%	5%	19
Gesamt	186	331	204	71	792

Abbildung 63: Nützlichkeit der Beratung nach Substitutionssubstanz 2014

Interessanterweise bestehen signifikante Unterschiede zwischen dem verwendeten Substitutionsmedikament und dem empfundenen Nutzen der Beratung ($\chi^2=33,11$, $df=12$, $p=001$). So berichten Personen, die mit Morphin und Buprenorphin substituiert sind, häufiger von einer sehr oder eher nützlich empfundenen Beratung. Am wenigsten nützlich wird die Beratung von Personen empfunden, die mit Methadon behandelt werden. Dies könnte ebenfalls ein Relikt der früheren Beratungsverpflichtung sein. Da Methadon am längsten eingesetzt ist, könnten viele noch eine Bewertung früherer Beratungen vornehmen, als diese noch verpflichtend waren.

Die Empfindung der Nützlichkeit der Beratung steht auch in einem signifikanten Zusammenhang mit der Dauer der Behandlung ($\chi^2=8,60$, $df=1$, $p=003$). Je kürzer die Behandlung dauert, desto nützlicher wird die Beratung empfunden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Veränderungen in den ersten 6 Monaten der Behandlung am intensivsten stattfinden und bei der Begleitung dieser Veränderungen Beratung sehr nützlich erlebt wird.

Zwischen den einzelnen Gründen, sich in Substitutionsbehandlung zu begeben und der Empfindung der Nützlichkeit der Beratung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Auch zwischen den berichteten Veränderungen in verschiedenen Bereichen und der Empfindung der Nützlichkeit der Beratung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Damit

finden sich auch keine Hinweise, dass Personen in unterschiedlichen Problemlagen, die in verschiedenen Lebensbereichen liegen, unterschiedlich stark von Beratungsangeboten profitieren.

Naturgemäß besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der Empfindung der Nützlichkeit und der Kontrolle der Beratung ($\chi^2=62,15$, $df=6$, $p<0,001$). Personen, die die Kontrolle angemessen empfinden, berichten häufiger von sehr bzw. eher nützlicher Beratung. Umgekehrt berichten drei Viertel der Personen, die zu viel Kontrolle in der Beratung erleben von wenig bis gar nicht nützlicher Beratung. Den gleichen Effekt zeigt der Zusammenhang der Empfindung der Nützlichkeit der Beratung und der Erfahrung der Beratung (Kendall's tau-b=0,42, $p<0,001$). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es bei diesen Personen nicht gelungen ist, im Beratungssetting den (anfänglichen) Widerstand zu überwinden.

Zwischen der grundsätzlichen Zufriedenheit und der Empfindung der Nützlichkeit der Beratung besteht auch ein hoch signifikanter Zusammenhang (Kendall's tau-b=0,12; $p<0,001$). Je nützlicher die Beratung empfunden wird, desto zufriedener sind die Befragten grundsätzlich mit der Behandlung. Dies könnte ein Hinweis sein, dass Beratungsangebote auch genutzt werden, um sich erfolgreich mit Problemen im Bereich der Substitutionsbehandlung auseinanderzusetzen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Empfindung der Nützlichkeit der Beratung sind signifikant ($p<0,001$). So berichten Frauen häufiger als Männer von einer sehr oder eher nützlichen Beratung. Hier wäre eine Abfrage der Inanspruchnahme ebenfalls interessant, um die Hypothese, dass Frauen eher bereit sind, sich mit verschiedenen Themen in der Beratung auseinanderzusetzen, zu verifizieren.

9.2 Positive Erfahrungen im Rahmen der Substitution

Positive Erfahrungen 2014	Anzahl	Prozent
Leben positiv verändert (Familie, Freundeskreis, Arbeit), Stabilität	181	33%
Entkriminalisierung	88	16%
physische und physische Verbesserung; kein Beschaffungsstress	74	14%
Betreuung und Programm	68	12%
Beikonsum und Konsumverhalten	48	9%
keine positive Erfahrung	34	6%
finanzielle Lage	29	5%
sonstiges	23	4%
Gesamt	545	100%

Abbildung 64: Positive Erfahrungen im Rahmen der Substitution (Mehrfachnennungen)

Insgesamt nutzten die Möglichkeit, im Rahmen der Befragung positive Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung rück zu melden, 418 Personen, das sind 49% der Befragten, also fast die Hälfte!

Die meisten Erfahrungen wurden im Bereich der positiven Veränderung des Lebens berichtet. Dabei wurden in dieser Kategorie verschiedene Lebensbereiche wie Familie, Freundeskreis und Arbeit zusammengefasst. *„Arbeitsplatz gefunden, gutes Verhältnis zur Familie, Freunden, Finanzielle Situation, Besitz des Führerscheins, eigenes Auto“*

Aber auch Erfahrungen, die eine eingetretene Stabilisierung betrafen, wurden hier mit berücksichtigt. *„Ich arbeite seit mehr als 5 Jahre im gleichen Betrieb. Das würde ohne Substitution nicht gehen.“*

Auch die Entkriminalisierung und die Distanzierung von der Drogenszene wurden häufig als positive Erfahrung genannt. Keine strafbaren Handlungen mehr begehen zu müssen um die Substanz zu beschaffen und keine Kontakte mehr mit der Polizei zu haben, wurde mehrmals positiv erwähnt. *„Finanzielle Vorteile, wenig bis gar nicht aufsuchen der Szenenviertel. Dadurch auch keine Gefahr abgezogen zu werden oder gepanschte Scheiße zu bekommen.“*

Die psychische und physische Verbesserung durch die Substitutionsbehandlung wurde von 14% der Befragten positiv rückgemeldet. Dabei stand oft auch im Vordergrund, dass der Beschaffungsstress weggefallen ist: *„kein*

Besorgungsstress, kein Geld für gestrecktes Zeug das mit allem gemischt wird und nur beschissen wird“

Damit hat sich das Leben normalisiert und ist nicht mehr so hektisch. *„Die Gefahr etwas Illegales zu machen sinkt stark. Mehr Freiraum und Freizeit, da das Besorgen von Substanzen wegfällt. Man hat mehr Rhythmus und Beständigkeit.“*

In diesem Kontext wird auch positiv hervorgehoben, dass wieder mehr Zeit für Familie, Kinder und Erwerbstätigkeit möglich wird. *„Gesichertes Wohlbefinden und dadurch eine erhebliche Erleichterung im Zusammenhang mit Familie und Arbeit“*

Aber auch generell eine positivere Einstellung wird berichtet: *„Agiler/positiv denkender, mehr Lebensfreude. Vor allem aber neuerliche Lust am Arbeiten/Sport/Freizeitplanung.“*

Auch positive Erfahrungen mit den beteiligten Personen und dem Nutzen der Beratung bzw. Betreuung wird berichtet. *„Durch das Programm und die Betreuung stabilisierte sich mein Leben und mein Umfeld!“* *„Besonders toll finde ich, dass die Ärzte freundlich sind!“*

Viele Rückmeldungen in diesem Kontext beziehen sich auf die Behandlung und die Dankbarkeit, dass es diese Möglichkeit gibt. *„Es ist echt super, dass es das Programm gibt. Mir geht es sehr gut mit dem Medikament.“*

Vielfach wird auch berichtet, dass der exzessive Konsum und der polyvalente Konsum beendet werden konnten durch die Behandlung und dass der Konsumdruck maßgeblich zurückgegangen ist. *„Beikonsum beinahe völlig verschwunden. kein Kokain, etc. mehr, iv Konsum weg, keine Geldprobleme und Probleme mit dem Gesetz mehr, gesundheitlich eine totale Verbesserung, etc.“*

Allerdings nutzten auch vereinzelt Personen die Möglichkeit, ihren (generellen) Frust zu formulieren, indem sie mitteilten, dass es keine positiven Erfahrungen gebe. *„keine, nur stress“*

9.3 Negative Erfahrungen im Rahmen der Substitution

Negative Erfahrungen 2014	Anzahl	Prozent
mit dem organisatorischen Ablauf bzw. keine menschliche Behandlung	214	52%
mit der Substanz	79	19%
keine (explizite Nennung)	55	13%
sonstige Nennungen	65	16%
Gesamt	413	100,00%

Abbildung 65: Negative Erfahrungen im Rahmen der Substitution (Mehrfachnennungen)

Insgesamt nutzten 390 Personen, das sind 45% der Befragten, die Möglichkeit in diesem Kontext auch ihre negativen Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung zu berichten.

Die Hälfte der Nennungen bezieht sich auf negative Erfahrungen einerseits im Zusammenhang mit dem organisatorischen Aufwand bzw. Ablauf und andererseits mit der Art der Behandlung innerhalb der Substitution bzw. den beteiligten Personen und Institutionen. *„Es werden nur Steine in den Weg gelegt, in allen Situationen wie Arbeit, Mitgabe usw.“*

Hier finden sich vor allem Rückmeldungen, die eine lange Wartezeit, lange Wegstrecken und viele Bestätigungen, die notwendig sind, kritisiert. *„stressig wg. monatlichem Arztgang - lange Wartezeiten bei Arzt - monatliche Vidierung - wenn Familie/Kinder nichts wissen ist es oft schwer“*

Vielfach werden auch empfundene „Unfreundlichkeiten“ beschrieben. Angesprochen werden vor allem ein wahrgenommener unmenschlicher Umgang, Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Häufig wird der Eindruck rückgemeldet, *„durch das Agieren der beteiligten Stellen wird das Gefühl erzeugt, Abhängige seien Menschen zweiter Klasse“*. Aber auch außerhalb des Substitutionssystems wird Diskriminierung wahrgenommen. *„Wenn andere Leute das erfahren, ist man genauso stigmatisiert als Junkie, als wenn man nicht im Programm ist. Dadurch erfahren mehr Leute von meiner Suchtkrankheit.“*

Vereinzelt wird auch angesprochen, dass es unangenehm erlebt wird, so viele Abhängige kennen zu lernen, die einem etwas verkaufen wollen bzw. die Distanzierung von der Szene durch gemeinsam genutzte Institutionen schwierig ist. *„Beratung gehe ich fast nie, da ich Leute von früherer Drogenszene zu tun*

bekomme, darum bin ich seit 6 Jahren am Land und gehe ungern hin, weil sonst werde ich jedes Mal gefragt wegen Drogen.“

Auch die Einnahme unter Sicht in der Apotheke wird von vielen Personen angesprochen, da sie Angst haben, von Bekannten, etc. gesehen zu werden und das sichtbare Einnehmen für einige eine erniedrigende Prozedur darstellt. *„Wenn man in einer Apotheke vor 10 fremden Personen die Medikamente bekommt und auf einen Sessel mitten am Gang 15 Minuten warten muss bis die Subutex unter der Zunge zergehen und dann noch Mundkontrolle hat, man schaut nach links steht ein Arbeitskollege dann Job weg“*

Viele Nennungen beziehen sich auf „schlechte“ Medikamente bzw. werden Nebenwirkungen beschrieben, die durch die Substitutionsmedikamente entstehen, insbesondere starkes Schwitzen, extrem Gewichtszunahme und Obstipation. *„Ich begann mit 60 Methadon und habe binnen kurzer Zeit 20 kg zugenommen.“*

Aber auch die fehlende Wirkung wird angemerkt: *„alle Erfahrungen dieses Programms sind ok, einziger Fehler: Methadon "kickt nicht" - das wäre sehr, sehr wichtig für ex-Heroin-Leute“*

55 Personen nutzten auch die Möglichkeit der Rückmeldung, dass sie bis jetzt keine negativen Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung gemacht haben – also eigentlich eine positive Rückmeldung. *„absolut keine, da Ärzte und BH sehr bemüht und sehr freundlich sind und sehr helfen bei Komplikationen und allgemein sehr auf Patienten eingehen und weiterhelfen, sehr, sehr nett!“*

Unter sonstiges wurden auch viele Mitteilungen zusammengefasst, die nicht eindeutig zugeordnet werden konnten. So finden sich Beschreibungen wie *„zu viele junge Leute“* über *„nicht wirklich egal?“* bis zu *„im Zug Kontrolle am Wochenende“*. Vereinzelt wurde aber auch nichts dazu gesagt: *„Das ist zu persönlich“* oder *„das wäre ein Roman“*.

10 Langfristige Ziele

Ziel 2014	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	Gesamt
Dass sich meine körperliche Befindlichkeit / Gesundheit verbessert	83%	16%	2%	0%	806
Dass ich abstinent lebe.	53%	29%	13%	5%	768
Dass ich mein Konsumverhalten besser kontrollieren kann.	65%	26%	6%	3%	782
Dass ich die Einnahme des Substitutionsmittels reduziere.	45%	30%	18%	7%	783
Dass ich den Beikonsum reduziere.	44%	21%	14%	21%	714
Dass sich meine finanzielle Situation verbessert.	69%	21%	5%	5%	776
Dass sich meine psychische / seelische Befindlichkeit verbessert.	74%	20%	4%	3%	780
Dass sich meine Arbeits- oder Ausbildungssituation verbessert.	63%	20%	9%	8%	758
Dass sich die Qualität meiner sozialen Beziehungen verbessert.	61%	26%	8%	5%	776
Dass sich meine Partnerschaftssituation verbessert.	60%	24%	8%	9%	749

Abbildung 66: Langfristige Ziele

Insgesamt ist in dieser Analyse auffällig, dass hier teilweise geringe Nennungen aufscheinen. Zwischen 6 (zur körperlichen Gesundheit) und 17% (zum Beikonsum) der Befragten machten in diesem Bereich keine Angaben.

Dass sich meine körperliche Befindlichkeit / Gesundheit verbessert ist langfristig das wichtigste Ziel der Befragten mit 98% Zustimmung zu sehr wichtig und eher wichtig. Auch mit über 74% sehr wichtig findet die Verbesserung der psychischen / seelischen Befindlichkeit hohe Zustimmung als langfristiges Ziel, gefolgt von der Verbesserung der finanziellen Situation mit 69% Zustimmung.

Die Reduzierung des Beikonsums und des Substitutionsmittels landen mit rund 45% Zustimmung als sehr wichtiges Ziel an letzter Stelle in diesem Ranking, vor der Abstinenz, die nur die Hälfte der Befragten anstrebt. Dies zeigt dennoch deutlich, dass die (intrinsische) Motivation, abstinent zu werden, sehr hoch ist.

Insbesondere im Vergleich zu den Ergebnissen, wie häufig langfristige Abstinenz tatsächlich möglich ist.

Die Reduktion des Beikonsums wird mit 21% der Befragten, die dies als unwichtigstes Ziel bewertet haben, insgesamt am unwichtigsten gesehen. Nur 7% finden im Vergleich die Reduktion des Substitutionsmittels und nur 5% die Abstinenz als unwichtigstes Ziel. Dies kann beide Bedeutungen haben. Einerseits, dass für rund ein Fünftel der Substituierten ihr gegenwärtiger Beikonsum nicht problematisch erscheint, andererseits ohnehin kein (gegenwärtiger) Beikonsum stattfindet.

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen langfristigen Zielen und dem verwendeten Substitutionsmedikament finden sich bei zwei Zielen signifikante Unterschiede.

Reduktion des Substitutionsmittels als Ziel und verwendete Substanz

Substitutions-medikament 2014	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	n
Methadon	46%	22%	24%	8%	87
Morphin	35%	33%	22%	10%	373
Buprenorphin	61%	27%	10%	2%	217
Levomethadon	43%	33%	20%	5%	86
Buprenorphin/Naloxon	88%	12%	0%	0%	17
Gesamt	45%	30%	18%	7%	780

Abbildung 67: Reduktion des Substitutionsmittels als Ziel und verwendete Substanz

Die signifikantesten Unterschiede finden sich beim Ziel, die Einnahme des Substitutionsmittels zu reduzieren ($\chi^2=66,18$, $df=12$, $p<0,001$; Kendall's tau-b=-0,16). Dies benennen Substituierte mit Buprenorphin zu 61% als sehr wichtiges Ziel, bei (Levo-)Methadon sind dies mit 46 bzw. 43% deutlich weniger und bei Morphin mit 35% noch weniger. Dies lässt den Schluss zu, dass Buprenorphin-Substituierte überdurchschnittlich im weitesten Sinne „abstinenzorientiert“ sind. Es kann aber auch ein Hinweis sein, dass gerade bei der Wahl des Substitutionsmittels im Rahmen der Indikation bei den abstinenzorientierten Personen am häufigsten Buprenorphin verwendet wird.

Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungssituation als Ziel und verwendete Substanz

Substitutionsmedikament 2014	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	n
Methadon	62%	13%	10%	15%	87
Morphin	58%	23%	10%	9%	355
Buprenorphin	71%	17%	6%	5%	209
Levomethadon	59%	26%	8%	7%	87
Buprenorphin/Naloxon	88%	0%	6%	6%	16
Gesamt	63%	20%	9%	8%	754

Abbildung 68: Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungssituation als Ziel und verwendete Substanz

Ein weiteres Ziel, das im Kontext der Substitutionssubstanz unterschiedlich bewertet wird, ist die Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungssituation ($\chi^2=25,13$, $df=12$, $p=0,14$; Kendall's tau-b=-0,8). Mit 71% der Buprenorphin-Substituierten nennen diese deutlich häufiger diesen Bereich als sehr wichtiges Ziel als die anderen Befragten. Das könnte ebenfalls ein Hinweis darauf sein, dass die Personen, die sozial integriert sind häufiger mit Buprenorphin behandelt werden als Personen, die nicht so integriert sind und die Verbesserung anderer Lebensbereiche vordergründiger sehen.

11 Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung

Vorschlag 2014	Anzahl	Prozent
Heroinabgabe / intravenöse Einnahme	102	25%
Mitgaberegulung erleichtern	62	15%
Weniger Aufwand	49	12%
mehr Menschlichkeit / Toleranz	31	8%
Positives Feedback	28	7%
Mehr Kontrolle	25	6%
Substitutionsmittel	23	6%
Jugendliche	23	6%
Mitsprache / Individualität	17	4%
mehr Aufklärung / Arbeit Richtung Abstinenz	15	4%
Betreuung/Beratung	4	1%
Sonstige Nennungen	23	6%
Gesamt	402	100,0%

Abbildung 69: Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung (Mehrfachnennungen)

Insgesamt wurden von 382 Personen Verbesserungsvorschläge eingebracht, das sind 44% der Befragten, die sich zu dieser offen gestellten Frage äußerten.

Am häufigsten wurde mit 25% die Heroinabgabe bzw. eine intravenöse Einnahmemöglichkeit angegeben. Vielfach wird dabei auf ein „Schweizer Modell“ oder deutsches Vorbild verwiesen. Teilweise wird auch beschrieben, dass eine gewisse Alterseinschränkung notwendig wäre. *„Freigabe für Heroin so wie die Schweiz, es ist besser als Methadon, ... Bei den jüngeren Leuten (16-18 Jahre) muss man aufpassen, die haben das nicht unter Kontrolle. Es lebe die Schweiz.“*

Ein hoher Prozentsatz sieht in einer flexibleren Handhabung der Mitgabemöglichkeiten bzw. leichtere Nutzung einer Mitgaberegulung eine notwendige Weiterentwicklung. Oftmals wird dabei betont, dass dies nur bei den Personen angeboten werden sollte, bei denen es „keine Probleme gebe“ bzw. die berufstätig sind. *„Ich gehe Vollzeit arbeiten und es ist trotz Mitgabe 2x wöchentlich sehr schwer Arbeit und Substitution unter einen Hut zu bringen! Flexiblere Mitgabe!“*

Vielfach wird auch eine Weiterentwicklung in Richtung weniger Aufwand vorgeschlagen. Die meisten Nennungen betreffen dabei eine Verlängerung der Rezepte (z.B. nur quartalsmäßige Routine der Rezeptausstellung). Auch hier wird vielfach betont, dass gerade für Berufstätige der organisatorische Aufwand sehr hoch sei. *„Wenn man arbeitet, wird es oft so kompliziert, dass man oft nicht mehr arbeiten gehen kann“*

Wie sich schon bei den negativen Erfahrungen zeigte, wünschen sich viele eine menschlichere Behandlung. Vielfach fühlen sich die Befragten wie *„Menschen zweiter Klasse“* behandelt und berichten von Diskriminierungen aufgrund ihrer Abhängigkeit. Der Aspekt der Toleranz betrifft hier nicht nur die Achtung ihrer Würde sondern auch weniger Konsequenzen bei Beikonsum oder anderen kleineren Regelverstößen. *„Netter mit Patienten umgehen! Sind auch Menschen und haben Fehler!“*

7% der Angaben betrafen positives Feedback. Das heißt, dies nutzten Befragte um zu sagen, dass alles in Ordnung sei und sie keine Verbesserungsvorschläge hätten. *„finde alles so gut organisiert, passt mir gut!“*

6% würden sich mehr Kontrollen wünschen. Dies betrifft einerseits die Weitergabe der Substitutionsmittel, aber auch die Kontrolle des Beikonsums. *„ich bin so zufrieden wie es ist. Trotzdem frage ich mich wie es möglich ist, dass manche Leute trotzdem spritzen (Substi usw.) oder auch andere Substitutionsmedikamente schwarz verkaufen können“*

Vielfach wird aber auch erwähnt, dass der Einstieg in die Substitutionsbehandlung besser kontrolliert werden sollte, einer spricht dabei auch explizit die Kontrolle an, ob jemand tatsächlich opiatabhängig sei. *„Stellt nicht Junge auf Substitol ein. Früher ist das besser kontrolliert werden, ob man überhaupt und auf was süchtig war.“*

Die Nennungen in Bezug auf Substitutionsmittel betrafen einerseits Nebenwirkungen, also der Wunsch, in diesem Kontext „bessere“ Substanzen bereit zu stellen und andererseits der Wunsch nach „i.v. sicheren“ Substanzen. Dies wäre ähnlich dem Kombinationspräparat Buprenorphin/Naloxon Substanzen zur Verfügung zu stellen, die nicht intravenös appliziert werden können. Vereinzelt wurde auch die Abschaffung von Substitol und Benzodiazepinen gefordert.

„Substitol abschaffen, da das Medikament alles nur schlimmer macht. Ebenso Benzodiazepine abschaffen.“

Vier Vorschläge bezogen sich auf den Wunsch, ein Medikament zur Verfügung zu haben, das ein substituieren von Methamphetamin ermöglicht. *„Für eine schnellere Entwicklung für ein Ersatzmedikament für Crystal Abhängige“*

Gegenüber der Behandlung von Jugendlichen wurden vereinzelt sehr strenge Meinungen formuliert. Hier müsste mehr kontrolliert werden und sorgfältiger die Abstinenzorientierung geprüft werden. *„Bessere Kontrolle bei jungen Leuten, sie sollen mehr Therapie machen bevor sie eingestellt werden.“*

Auch eine gewünschte individuellere Beachtung, Mitsprache und mehr Aufklärung waren Themen bis hin zu gewünschten Gruppenangeboten von Substitutionsärztinnen und-ärzten.

„In den Bezirken Ö mehr Aufmerksamkeit den Opiatabhängigen widmen. Vielleicht Gruppensitzungen mit den Substitutionsärzten und PatientInnen.“

12 Resümee und Ausblick

Die erste Forschungsfrage „Sind Substitutionspatient/innen mit der Behandlung zufrieden“ konnte sehr eindeutig beantwortet werden. Die grundsätzliche Zufriedenheit zeigt mit 80% eine hohe Zustimmung. Allerdings ist im Vergleich mit den Daten 2006 ein Rückgang von 7% zu verzeichnen. Dies ist nicht erklärlich, da die Zufriedenheitswerte mit dem Substitutionsmedikament genauso wie die positiven Erfahrungen mit den Personen / Institutionen gestiegen sind. Bei künftigen Befragungen sollte diese Fragestellung konkreter angedacht werden.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Behandlungsdauer und der Zufriedenheit mit der Substitutionsbehandlung.

Die Zufriedenheit mit den Substitutionsmedikamenten ist gegenüber 2006 deutlich gestiegen und erreicht einen extrem hohen Wert mit durchschnittlich 93%! Dabei schneidet kein Medikament wirklich schlecht ab, die Unterschiede zwischen den einzelnen Substanzen sind gering.

Auch die Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung erreicht mit 86% einen sehr hohen Wert, nur 17% würden eine andere Einnahmeform bevorzugen. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass rund die Hälfte sich auf keine andere Einnahmeform beziehen, sondern gerne die Kapsel ungeöffnet einnehmen würden bzw. gerne eine Mitgabe hätten.

Rund 84% der Befragten finden die derzeitige Dosierung passend, wobei die Personen, die mit Buprenorphin substituiert sind, dies mit 91% am häufigsten angeben. Bei Methadon berichten nur 71% über eine passende Dosierung.

Zehn Prozent der Patient/innen berichten über (sehr) starke Nebenwirkungen des Substitutionsmedikamentes. Morphin und Buprenorphin schneiden dabei am besten ab. Interessanterweise schneidet Levomethadon im Vergleich zu Methadon schlechter ab. Dies wird allerdings eher einem psychologischen als einem pharmakologischen Effekt zugeschrieben.

Zufriedenheit und Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen

In den verschiedenen Lebensbereichen zeigt sich, dass sich die höchste Zufriedenheit mit fast 80% in den Bereichen Beziehung zu Familie / Verwandtschaft und mit der Wohnsituation findet. Am wenigsten zufrieden äußern sich die Befragten über ihre psychische Befindlichkeit und die Arbeits- und Ausbildungssituation, wobei aber auch in diesen Bereichen zwei Drittel der Befragten angeben, eher zufrieden zu sein.

Die positivsten Veränderungen durch die Substitution finden sich in Bezug auf die finanzielle Situation, sowie bezüglich der psychischen und körperlichen Befindlichkeit. Das auffälligste Ergebnis hinsichtlich negativ bewerteter Veränderungen aufgrund der Substitution ist die Nennung bezüglich der Beziehung zu Freunden und Bekannten gefolgt von der Freizeitgestaltung und der Partnerschaft. Möglicherweise könnte dies auch ein Hinweis auf eine spürbare Vereinsamung der Patient/innen sein. Dies sollte eingehender untersucht werden, ob sich daraus nicht auch ein Bedarf an kulturellen Freizeit- oder Tagesstrukturmaßnahmen ableitet.

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe wurde hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit, dem Lebensalter und der verwendeten Substanzen mit der Grundgesamtheit verglichen. Dabei zeigen sich keine wesentlichen Verzerrungen.

Das Lebensalter sollte zukünftig als offene Frage gestellt werden und nicht in Kategorien abgefragt werden. Die Auswertungsmöglichkeiten wären damit besser, speziell in Hinblick auf die biografische Entwicklung des Opiatkonsums und der Opiatabhängigkeit.

Bei der Frage nach den Kindern sollte zukünftig auch gefragt werden, wie viele Kinder davon minderjährig sind, um nachvollziehen zu können, wie viele Personen für minderjährige Kinder das Sorgerecht haben bzw. im gemeinsamen Haushalt leben. Eine direkte Frage, bei wie vielen Kindern bereits das Sorgerecht entzogen wurde, scheint aus ethischen Überlegungen in diesem Setting nicht sinnvoll.

Erfreulich sind die soziodemografischen Daten, die die Theorie bestätigen, dass der Großteil der Patient/innen sozial integriert ist. 87% haben eine gesicherte

Wohnsituation, 67% eine gesicherte finanzielle Situation und 37% sind erwerbstätig. Dies bestätigt in etwa die Orientierung, die fachlich oft verwendet wird, dass rund ein Drittel eine sehr stabile und sozial integrierte Situation aufweist. Ein weiteres Drittel sei zwar in einer relativ stabilen Situation, ist allerdings immer wieder von Rückfällen und damit auch von sozialer Desintegration betroffen. Und ein weiteres Drittel ist eher von einer instabilen sozialen Situation betroffen.

In Bezug auf den Erstkonsum von Opiaten geben zwei Drittel diesen vor dem 19. Lebensjahr an, der Mittelwert liegt bei 18,7 Jahren. Die Einschätzung, wann die Abhängigkeit wahrgenommen wurde, geben ein Drittel der Befragten vor dem 19. Lebensjahr an, zwei Drittel berichten dies zwischen dem 19. Und 30. Lebensjahr. Im Durchschnitt wird angegeben, dass sich 2,7 Jahre nach dem Erstkonsum von Opiaten eine Abhängigkeit bemerkbar machte.

Die Dauer der Behandlung ist bei zwei Drittel der Patient/innen bereits über drei Jahre. Dies zeigt grundsätzlich eine sehr langfristige Orientierung. Rund die Hälfte der Patient/innen berichtet über Unterbrechungen der Behandlung. Hier wäre zukünftig interessant, welche Motive hinter den Abbrüchen stehen.

Einstieg in die Substitutionsbehandlung

Der Ausstieg aus der Illegalität und finanzielle Schwierigkeiten sind die am höchsten bewerteten Einstiegsgründe in die Behandlung, gefolgt von gesundheitlichen Gründen. Von denjenigen, die bei den Gründen zum Eintritt in die Substitutionsbehandlung Illegalität als wichtigen Grund angeben, halten sich 84 Prozent nach Eintritt in die Behandlung für weniger gefährdet, strafbare Handlungen zu begehen. 71 Prozent der Personen, die finanzielle Schwierigkeiten als wichtigen Einstiegsgrund benennen, berichten von positiven Veränderungen durch die Behandlung in diesem Bereich. 58 Prozent der Personen, für die der Verlust der Arbeitsfähigkeit einen wichtigen Einstiegsgrund darstellt, berichten, dass sie in diesem Bereich eine positive Veränderung durch die Substitutionsbehandlung erreicht haben.

Erfreulich ist, dass der Zugang zur Substitutionsbehandlung überwiegend als angemessen empfunden wird. Damit dürfte sich der Engpass bei der Anzahl der behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht als Zugangshürde darstellen.

Die Verteilung der Substitutionsmedikamente zeigt sich sehr parallel zu den Gesamtdaten der Substitution in Oberösterreich. Auch in dieser Stichprobe zeigt sich, dass Morphin bei fast der Hälfte der Patient/innen eingesetzt wird, Methadon und Buprenorphin jeweils bei einem Viertel der Patient/innen. In Betrachtung des Lebensalters und der Dauer der Behandlung fällt auf, dass mit zunehmendem höherem Alter und Dauer der Behandlung der Einsatz von Morphin und Methadon steigt.

In Bezug auf den Arbeitsstatus zeigt sich deutlich, dass Buprenorphin überdurchschnittlich bei Personen, die in Ausbildung stehen bzw. erwerbstätig sind, eingesetzt wird.

Konsumverhalten vor und während der Substitutionsbehandlung

Die Abfrage des Konsumverhaltens vor und während der Substitutionsbehandlung ist leider im Ergebnis nicht plausibel. Ein Problem in diesem Kontext ist sicherlich das Setting der Befragung. Da die Amtsärztinnen und Amtsärzte aufgrund ihrer Kontrolltätigkeit auch im Bereich des Beikonsums Kontrollfunktionen ausüben, ist die soziale Erwünschtheit oder ein bewusstes Verfälschen ein hohes Risiko im Antwortverhalten.

Ein weiteres Problem ist sicherlich die Fragestellung. Vor der Substitution den Konsum abzufragen bedeutet bei zwei Drittel der Patient/innen eine Zeitspanne, die mehr als drei Jahre beträgt. Damit sind die Daten auch geprägt von einer hohen Verzerrung aufgrund des Vergessens des Konsummusters. Oder anders gesagt, das Konsumverhalten muss relativ aktuell abgefragt werden. Auch die Antwortkategorien „Oft“, „Selten“ und „Nie“ sind sehr unkonkret und geben wenig Aussage über ein Konsummuster. Insofern werden in diesem Bereich keine Analyseergebnisse beschrieben.

Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung

In der Einschätzung der Kontrolle findet ein hoher Prozentsatz der Befragten diese als angemessen, sowohl im Bereich der Personen bzw. Institutionen, als auch in den jeweiligen Bereichen (Mitgabe, Einnahme, etc.). Es ist abzulesen, dass die Personen bzw. Institutionen, die mit Kontrollaufgaben betraut sind, diese auch

spürbar wahrnehmen. In Bezug auf die Angaben, die die Beratung betreffen, wären eingehendere Untersuchungen notwendig, um die Ergebnisse schlüssiger interpretieren zu können.

Mehrheitlich wird von positiven Erfahrungen mit allen Personen bzw. Institutionen im Rahmen der Substitutionsbehandlung berichtet. Am besten schneiden die Ärztinnen/Ärzte ab, gefolgt von den Beratungsstellen. Am schlechtesten schneiden die Personen / Institutionen ab, die mit Kontrollaufgaben betraut sind. Dabei sind die Zufriedenheit mit dem verabreichten Medikament, die Empfindung der Dosierung und die Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung des Medikamentes entscheidend.

Zwei Drittel der Befragten bewerten die Beratung als sehr bzw. eher nützlich. Dies ist insofern interessant, als 2014 nur 35% eine längerfristige Betreuung in Anspruch genommen haben. Bei einer zukünftigen Befragung sollte jedenfalls abgefragt werden, ob bereits einmal eine Beratung in Anspruch genommen wurde bzw. wenn ja, mit wie vielen Terminen.

Die Rückmeldung der positiven Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung, die als offene Frage gestellt war, wurde von fast der Hälfte der Befragten genutzt und betraf überwiegend Rückmeldungen, dass sich das Leben in verschiedenen Bereichen wie Familie, Freundeskreis, Arbeit, etc. positiv verändert hat. Am zweithäufigsten wurde die Entkriminalisierung positiv rückgemeldet.

Auch die Möglichkeit der Rückmeldung negativer Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung wurde von fast der Hälfte der Befragten genutzt. Im Vordergrund standen dabei negative Erfahrungen mit dem organisatorischen Ablauf und damit, dass keine menschliche Behandlung in vielen Bereichen wahrgenommen wird.

Die Entstigmatisierung und Normalisierung der Behandlung bzw. der Opiatabhängigkeit formuliert sich hier als Auftrag, den es ernst zu nehmen gilt: *„Nicht jeden Süchtigen wie einen Kriminellen behandeln! Erleichterte Mitgabe! Amtsarzt soll uns als Patienten behandeln und nicht wie Menschen zweiter Klasse! Mehr Mitgefühl!“*

Auch fast die Hälfte der Befragten nutzte die Rückmeldung von Verbesserungsvorschlägen. Dabei wurde die Heroinabgabe bzw. eine intravenöse Einnahme, gefolgt von einer Erleichterung des Erhalts einer Mitgaberegung am häufigsten genannt. Auch weniger Aufwand und mehr Menschlichkeit fanden sich sehr häufig als Verbesserungsvorschläge.

Als langfristige Ziele kristallisieren sich vor allem die Verbesserung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit bzw. Gesundheit und die Verbesserung der finanziellen Situation heraus.

Ausblick

Nachdem sich aus der Analyse sehr interessante Aspekte der Substitutionsbehandlung aus Sicht der Patient/innen ergeben haben, wäre es sinnvoll, im Rahmen der Selbst- und Fremdbildanalyse in einem angemessenen Abstand (5-8 Jahre) erneut eine Befragung der Patient/innen, die sich in Behandlung befinden, durchzuführen. Hier wäre eine Kombination mit einer Befragung von Expert/innen ((Amts-)Ärztinnen und (Amts-)Ärzte, Apotheker/innen, psychosoziale Fachkräfte) durchaus überlegenswert.

Bei quantitativen Auswertungen zu „Patient/innenzufriedenheit“ bzw. subjektiv empfundenen Aspekten einer Behandlung muss beachtet werden, dass die Ist-Komponente in einem selektiven, kognitiven Prozess entsteht, bei dem Verzerrungen entstehen können. Häufig werden in der Literatur Assimilations-, Kontrast- und Übertragungseffekte diskutiert. Auch der Soll-Ist-Vergleich stellt eine bewusste Entscheidung dar, die Voraussetzungen mit einschließt. So kann Dankbarkeit, Nervosität oder Angst vor Kritik gegenüber den Behandler/innen, soziale Erwünschtheit etc. das Zufriedenheitsurteil beeinflussen.

Nachdem zu den Antworten keine relevanten Hintergrundinformationen vorliegen, ist eine Interpretation sehr schwierig bzw. bleibt diese oft auch spekulativ. Deswegen wäre es interessant, neben dem quantitativen Bereich auch einen qualitativen Teil anzuhängen, um in (Fokusgruppen-) Interviews die Interpretation bzw. eine bessere Verständlichkeit der Ergebnisse zu vertiefen. Auch spezielle Themen wie ein genderspezifischer Zugang, die Situation der Kinder oder ältere Patient/innen könnten in diesem Teil vertieft werden.

13 Literaturverzeichnis

- Abteilung Präsidium des Amtes der OÖ. Landesregierung. (2015). *WOV 2027 - Teilkonzept Steuerung und Controlling*. Linz.
- Abteilung Präsidium des Amtes der OÖ. Landesregierung. (2016). *WOV 2027 - Das langfristige Management- und Unternehmenskonzept des Landes Oberösterreich für eine wirkungsvolle Landesverwaltung*. Linz.
- AMS. (2016). *Arbeitsmarktdaten Online*. Abgerufen am 21. Juni 2016 von AMS: <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/>
- Angerer, K., & Popig, M. (2007). *Lebenswelt von Substituierten in Oberösterreich*. Linz.
- Binder, H. (2004). *Die Lebensqualität von Patienten mit chronischer Herzkrankheit – eine prospektive Verlaufsstudie auf zwei Stationen des Universitätsklinikums Freiburg*. Freiburg im Breisgau: Eigenverlag.
- Blatt, K. (2015). Patient Reported Outcomes in der Qualitätssicherung. 7. *Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss*. Berlin.
- Brettschneider, C., Lühmann, D., & Raspe, H. (2011). *Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA)*. Köln: DIMDI - Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 109.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2006). *BGBl. II Nr. 451/2006, Änderung der Suchtgiftverordnung*. Wien.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2009). *BGBl. II Nr. 485/2009 Änderung der Suchtgiftverordnung*. Wien.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2016). „IP Neu“ für Alle: Die Reform der Invaliditätspension . Abgerufen am 30. Juni 2016 von www.sozialministerium.at: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/0/0/CH2081/CMS1343980223792/uebersicht_invaliditaetspension_neu.pdf

- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.). (1998). *Erlass „Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken“*, GZ 21.551/6-VIII/B/12/98. Wien.
- Dampz, M., Falcato, L., & Beck, T. (2011/2012). Patientenzufriedenheit — Leuchtturm oder Irrlicht auf dem Weg zur Qualitätsbeurteilung ambulanter Suchtbehandlungen? *Abhängigkeiten*, 2011, 17(3)-2012, 18(1), S. 7-29.
- Donovan, D., Bigelow, G., Brigham, G., Carroll, K., Cohen, A., Gardin, J., et al. (2012). Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction*, 107(4), S. 694 – 708.
- Elinar, E. (1993). Zur Beschaffungskriminalität von Drogenabhängigen. Ein Forschungsbericht. *Drogen und Kriminalität, Sonderband der BKA-Forschungsreihe des Bundeskriminalamt Wiesbaden*, S. 29-67.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). (2007). *Drogen im Blickpunkt Nr. 16*. Belgien: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- EuroQol Research Foundation. (2016). *EQ-5D*. Abgerufen am 30. Juni 2016 von EuroQol Research Foundation: <http://www.euroqol.org/>
- FH Oberösterreich. (April 2007). *Lebenswelt von Substituierten in Oberösterreich*. Linz: Eigenverlag.
- Free Software Foundation, Inc. (2016). *GNU Operating System*. Abgerufen am 16. Juni 2016 von <https://www.gnu.org/software/pspp/>
- Freie Hansestadt Bremen. (2016). *Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft (Landtag) - Drogenabhängigkeit und Drogenkriminalität*. Abgerufen am 10. Juli 2016 von www.soziales.bremen.de: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Drogenabhaengigkeit+und+Drogenkriminalitaet.pdf
- Freye, E. (1999). *Opioide in der Medizin - Wirkung und Einsatzgebiete zentraler Analgetika*. Heidelberg: Springer-Verlag.

- Friedrichs, J. (2002). *Drogen und soziale Arbeit*. Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Gewerkschaft der Polizei. (2016). *Wie Süchtige immer wieder an Stoff kommen - Beschaffungskriminalität in einer deutschen Großstadt*. Abgerufen am 10. Juli 2016 von <http://www.polizei-dein-partner.de/>: <http://www.polizei-dein-partner.de/nc/themen/sucht/drogen/detailansicht-drogen/artikel/wie-suechtige-immer-wieder-an-stoff-kommen.html>
- GÖG/ÖBIG. (2010). *Bericht zur Drogensituation 2010*. Wien.
- GÖG/ÖBIG. (2015a). *Bericht zur Drogensituation 2015*. Wien.
- GÖG/ÖBIG. (2015b). *Epidemiologiebericht Drogen 2015*. Wien.
- Gölz, J. (2001). Lebensqualität als Behandlungsmaßstab und Verhandlungsgegenstand im Rahmen der Substitutionspraxis. In B. Westermann, C. Jellinek, & G. Bellmann, *Substitution: Zwischen Sterben und Leben* (S. 41-59). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Haltmayer, H. (2011). Gute Praxis am Beispiel Österreich. In I. Hönekopp, & H. Stöver, *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Haltmayer, H. (2014). Begriff der Substitutionstherapie und Abgrenzung zu anderen Therapieformen. In J. Grahmmer, H. Haltmayer, H. Hinterhofer, & R. Pletzer, *Substitutionstherapie, Medizinische, rechtliche und polizeiliche Aspekte*. Linz: ProLIBRIS.
- Infodrog. (2016). *QuaTheDA-E – Beschreibung des WHOQOL-BREF*. Abgerufen am 30. Juni 2016 von infodrog: www.infodrog.ch/tl.../WHOQOL-BREF_infodrog_de_20160309.pdf
- Küfner, H., & Kraus, L. (2002). Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 99, Nr. 14, S. 936-945.
- Land Oberösterreich. (2006). *Fachbereichsleitbild Gesundheit*. Linz.
- Land OÖ, Direktion Soziales und Gesundheit. (2009). *Lebensbereichsleitbild der Direktion Soziales und Gesundheit*. Linz.

- Lindenbauer, B. (2007). Substitutionstherapie in Oberösterreich. In K. Huber, *Substitutionstherapie der Opiatabhängigkeit* (S. 63-68). Wien: Springer Verlag.
- Press, I. (2004). Editorial: The Measure of Quality. *Quality Management in Health Care, Volume 13, Issue 4, October-December 2004*, S. 202-209.
- presstext. (2013). *Dänische Heroin-Süchtige in Therapie gelangweilt*. Abgerufen am 10. Juli 2016 von www.presstext.com: <http://www.presstext.com/news/20130314003?likes=like>
- Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Croudace, T., & Priebe, S. (2010). Measuring patients' views: a bifactor model of distinct patient-reported outcomes in psychosis. *Psychological Medicine*, S. 1-13.
- Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung (Hrsg.). (2016). *Handbuch Substitutionsbehandlung in Oberösterreich*. Linz: Eigenverlag.
- Schmid, O. (2014). *Einfluss einer Substitutionsbehandlung auf die Lebensqualität*. München: Herbert Utz Verlag.
- Schwarz, M. (2015). *Abstinenz kann doch nicht alles sein? Lebensqualität als Outcome-Kriterium in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen*. München: Katholische Hochschule NRW.
- Springer, A., Uhl, A., & Strizek, J. (2008). Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 31, Nr. 2*, S. 5-18.
- Werner, W. (2007). Substitutionstherapie. In E. Beubler, H. Haltmayer, & A. (. Springer, *Opiatabhängigkeit, Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis, 2. Auflage*. Wien: Springer Verlag.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (2011a). *Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome*. Dresden.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. (2011b). Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and

Outcome of Substitution Treatment). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Band 13, Nr.5*, S. 200-299.

Wolf, L. J. (2005). *Mitarbeiterzufriedenheit als Determinante der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). (2009). *Studienergebnisse*. Abgerufen am 30. Juni 2016 von Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger: <http://heroinstudie.de/>

14 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufgabenverteilung in der Substitutionsbehandlung (Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung (Hrsg.), 2016, S. 11)	10
Abbildung 2: Outcome-Kriterien in Studien zu Suchttherapie (Donovan, et al., 2012, S.707)	15
Abbildung 3: Outcome-Kriterien PREMOS Studie (Wittchen, Bühringer, & Rehm, 2011b, S. 270).....	26
Abbildung 4: Substituierte nach Alter und Geschlecht der Grundgesamtheit (n=1430).....	30
Abbildung 5: Substitutionsbehandlung nach Dauer (n=1430).....	31
Abbildung 6: Verwendete Substitutionssubstanzen in OÖ (n=1430)	32
Abbildung 7: Geschlecht der Befragten und der Grundgesamtheit	33
Abbildung 8: Lebensalter der Befragten	34
Abbildung 9: Vergleich verwendete Substanzen in der Stichprobe und Gesamtheit	34
Abbildung 10: Lebenspartner/in.....	35
Abbildung 11: Lebenspartner/in bezogen auf Geschlechtszugehörigkeit	35
Abbildung 12: Anzahl der Personen mit Kindern	35
Abbildung 13: Anzahl der Personen mit Kindern bezogen auf Geschlechtszugehörigkeit.....	36
Abbildung 14: Sorgerecht für Kinder.....	36
Abbildung 15: Sorgerecht nach Geschlechtszugehörigkeit	37
Abbildung 16: Kinder im gemeinsamen Haushalt.....	37
Abbildung 17: Momentane Wohnsituation.....	38
Abbildung 18: Finanzielle Situation	39
Abbildung 19: Arbeitsstatus.....	39
Abbildung 20: Arbeitsstatus nach Alter	40
Abbildung 21: HIV-Status (Mehrfachnennungen möglich).....	42
Abbildung 22: HCV-Status (Mehrfachnennungen möglich).....	43
Abbildung 23: Alter bei Erstkonsum	44
Abbildung 24: Häufigkeitsverteilung: Alter bei Erstkonsum.....	44
Abbildung 25: Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit	45
Abbildung 26: Häufigkeitsverteilung: Alter bei Opiatabhängigkeit.....	45
Abbildung 27: Dauer der Behandlung.....	46
Abbildung 28: Unterbrechungen der Behandlung	46
Abbildung 29: Anzahl der Unterbrechungen der Behandlung.....	47
Abbildung 30: Gründe für den Einstieg in die Substitutionsbehandlung.....	48
Abbildung 31: Andere Gründe für Einstieg in Substitutionsbehandlung.....	48
Abbildung 32: Gefährdung strafbare Handlungen zu begehen.....	50
Abbildung 33: Illegalität als Einstiegsgrund und Gefährdung, strafbare Handlungen zu begehen	52
Abbildung 34: Arbeitsstatus und Verlust der Arbeitsfähigkeit als Einstiegsgrund.....	55
Abbildung 35: Aufnahme in die Substitutionsbehandlung.....	56

Abbildung 36: Belastung durch organisatorischen Aufwand	57
Abbildung 37: Belastung durch organisatorischen Aufwand	58
Abbildung 38: Verwendete Substitutionssubstanzen in der Stichprobe.....	59
Abbildung 39: Verwendete Substitutionssubstanzen und Lebensalter	60
Abbildung 40: Verwendetes Substitutionsmittel und Dauer der Behandlung	61
Abbildung 41: Substitutionsmittel und Arbeitsstatus	62
Abbildung 42: Grundsätzliche Zufriedenheit, in Substitutionsbehandlung zu sein	63
Abbildung 43: Zufriedenheit und Veränderung in Lebensbereichen	64
Abbildung 44: Zufriedenheit mit der Substitutionssubstanz.....	70
Abbildung 45: Substanzzufriedenheit nach Substanzen.....	71
Abbildung 46: Zufriedenheit mit der oralen Verabreichung.....	71
Abbildung 47: Bevorzugung einer anderen Einnahmeform	72
Abbildung 48: Angaben zu anderen Einnahmeformen	73
Abbildung 49: Zufriedenheit mit der Dosierung	74
Abbildung 50: Empfindung der Dosierung und verwendetes Substitutionsmittel	75
Abbildung 51: Belastung durch Nebenwirkungen	77
Abbildung 52: Belastung durch Nebenwirkungen anhand einzelner Wirkstoffgruppen	78
Abbildung 53: Belastung durch Nebenwirkungen 2006 und 2014.....	79
Abbildung 54: Empfindung der Kontrolle durch Personen / Institutionen.....	80
Abbildung 55: Kontrolle in verschiedenen Bereichen der Substitutionsbehandlung.....	82
Abbildung 56: Empfindung der Kontrolle 2006 und 2014	83
Abbildung 57: Erfahrungen mit Personen / Institutionen	85
Abbildung 58: Erfahrungen mit Personen / Institutionen 2006 und 2014.....	86
Abbildung 59: Erfahrungen mit Personen/Institutionen und Kontrolle.....	87
Abbildung 60: Kontrolle der Einnahme und Erfahrungen mit Personen / Institutionen.....	88
Abbildung 61: Empfindung der Kontrolle durch und Erfahrung mit Amtsärztinnen / Amtsärzte	89
Abbildung 62: Nützlichkeit der Beratung	91
Abbildung 63: Nützlichkeit der Beratung nach Substitutionssubstanz.....	92
Abbildung 64: Positive Erfahrungen im Rahmen der Substitution (Mehrfachnennungen).....	94
Abbildung 65: Negative Erfahrungen im Rahmen der Substitution (Mehrfachnennungen).....	96
Abbildung 66: Langfristige Ziele	98
Abbildung 67: Reduktion des Substitutionsmittels als Ziel und verwendete Substanz.....	99
Abbildung 68: Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungssituation als Ziel und verwendete Substanz	100
Abbildung 69: Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung (Mehrfachnennungen)	101

15 Anhänge

Anhang 1 Anschreiben Bezirksverwaltungsbehörden	119
Anhang 2: Anschreiben Befragung.....	120
Anhang 3: Fragebogen.....	121

Anhang 1 Anschreiben Bezirksverwaltungsbehörden

Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
4021 Linz • Kärntnerstraße 1



An die
Sanitätsdienste / Gesundheitsämter in OÖ
via Mail

Geschäftszeichen:
Ges-3300-2014-Scw

Bearbeiter: Thomas Schwarzenbrunner
Tel: (+43 732) 77 20-141 13
Fax: (+43 732) 77 20-214 355
E-Mail: ges.post@ooe.gv.at

www.land-oberoesterreich.gv.at

Linz, 20. Mai 2014

– Befragung Substitutionsbehandlung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Abteilung Statistik des Landes OÖ führt gemeinsam mit der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ im Rahmen der Eigen- und Fremdbildanalyse eine Befragung zur Substitutionsbehandlung durch. Im Zentrum dieser Befragung stehen die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten mit der Substitutionsbehandlung und die Selbsteinschätzung, ob sich in verschiedenen Bereichen Veränderungen durch die Behandlung ergeben haben.

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, bitten wir Sie um Unterstützung bei der Ausgabe und Einsammlung der Fragebögen.

Wir werden in den nächsten Tagen eine entsprechende Zahl an Fragebögen und Kuverts an Sie postalisch senden, mit der Bitte bei den nächsten routinemäßigen Vidierungen die Klientinnen und Klienten zu ersuchen, den Fragebogen in der Wartezeit der Fertigung des Rezeptes auszufüllen.

Der ausgefüllte Fragebogen sollte vom Klienten in das Kuvert gegeben werden und dieses anschließend in eine Box / Schachtel geworfen werden, um die Anonymität der Befragung zu gewährleisten.

Wir ersuchen Sie, dieses beschriebene Prozedere einen Monat lang in Ihren "Vidierungs-Routine-Betrieb" zu integrieren, die erhaltenen Kuverts zu sammeln und bis Ende Juli 2014 an die Abteilung Statistik des Landes OÖ, Altstadt 30a, 4021 Linz zu retournieren.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Bemühungen und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Schwarzenbrunner

Ein gesundes Oberösterreich ist unser Ziel!

Die Abteilung Gesundheit

DVR: 0069264

Anhang 2: Anschreiben Befragung



Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
4021 Linz • Kärntnerstraße 1

Geschäftszeichen:
Ges-3300/1-2014-Scw

Bearbeiter: Thomas Schwarzenbrunner
Tel: (+43 732) 77 20-141 13
Fax: (+43 732) 77 20-214 355
E-Mail: ges.post@ooe.gv.at

www.land-oberoesterreich.gv.at

Linz, 2. Mai 2014

Befragung Substitutionsbehandlung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Abteilung Gesundheit des Landes OÖ möchte herausfinden, wie hilfreich und nützlich das Angebot der Substitutionsbehandlung in Oberösterreich für die Betroffenen ist.

Wir ersuchen Sie, uns dabei behilflich zu sein und den beigelegten Fragebogen auszufüllen!

Mit Ihrer Hilfe ist es möglich, die Behandlung bestmöglich weiterzuentwickeln und somit zu einer hohen Zufriedenheit beizutragen.

Die Befragung unterliegt höchster Vertraulichkeit. Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen mittels dem beiliegendem Kuvert in die dafür aufgestellte Box.

Die Auswertung der Daten wird von der Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich durchgeführt und erfolgt anonymisiert, so dass kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich ist.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Schwarzenbrunner

Hinweise:

Wenn Sie mit uns schriftlich in Verbindung treten wollen, richten Sie Ihr Schreiben bitte an das Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit / Abteilung Gesundheit, Kärntnerstraße 1, 4021 Linz, und führen Sie das Geschäftszeichen dieses Schreibens an. Sie erreichen uns mit öffentlichen Verkehrsmitteln über die Nahverkehrsdrehscheibe (Regional- und städtische Busse, Straßenbahn, Bahnen). Fahrplanauskunft: <http://www.ooevg.at> Im Landesdienstleistungszentrum (LDZ) gibt es ca. 1000 überdachte Fahrrad-Abstellplätze.


Ein gesundes Oberösterreich ist unser Ziel!

Die Abteilung Gesundheit

DVR: 0069264 (Anschreiben Befragung Substitutionsbehandlung.docx)

Anhang 3: Fragebogen

Substitution in Oberösterreich – Befragung 2014



1. Wie lange befinden Sie sich bereits insgesamt in der Substitutionsbehandlung?
(abzüglich Unterbrechungsphasen)

bis zu 6 Monaten 7 Monate bis 3 Jahre länger als 3 Jahre

2. Sind Sie bereits ein- oder mehrmals aus einem Substitutionsprogramm ausgestiegen bzw. wieder eingestiegen?

nein ja wenn ja, wie oft? mal

3. Mit welcher Substanz sind Sie substituiert?

Methadon Subutex Suboxone
 Substital Polamidon Buprenorphin
 Eine andere, nämlich:

4. Wie zufrieden sind Sie mit der verabreichten Substanz?

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden unzufrieden

5. Wie empfinden Sie die verschriebene Dosierung der Substanz?

zu geringe Dosierung passende Dosierung zu hohe Dosierung

6. Wie zufrieden sind Sie mit der oralen Verabreichungsform?

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden unzufrieden

7. Würden Sie eine andere als die orale Einnahmeform bevorzugen?

nein ja wenn ja, welche?

8. In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch Nebenwirkungen belastet?

gar nicht etwas stark sehr stark

9. In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch den organisatorischen Aufwand (Rezept, Vidierung, Beratung...) belastet?

gar nicht etwas stark sehr stark

10. Was waren für Sie Gründe, sich für die Substitutionsbehandlung zu entscheiden?

	wichtiger Grund	weniger wichtiger Grund	kein Grund
finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illegalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gerichtliche Weisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitliche Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sozialer Druck (Familie, Beziehung,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner ist im Substitutionsprogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückfall nach stationärem Aufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Gründe, nämlich: <input style="width: 100%;" type="text"/>			

1

11. Wie empfanden Sie die Aufnahme in das Substitutionsprogramm?

sehr leicht..... eher leicht..... angemessen..... eher schwierig..... sehr schwierig.....

12. Wie empfinden Sie die Kontrolle durch nachfolgende Personen oder Institutionen im Rahmen der Substitution?

	zu viel Kontrolle	angemessene Kontrolle	zu wenig Kontrolle
Amtsarzt/Amtsärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verschreibender Arzt/verschreibende Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. In welchem Ausmaß werden Ihrer Meinung nach folgende Bereiche der Substitution kontrolliert?

	zu viel Kontrolle	angemessene Kontrolle	zu wenig Kontrolle
die Einnahmeform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Beikonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mitgabe des Substitutionsmittels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Weitergabe an andere Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Welche Erfahrungen haben Sie mit folgenden Institutionen gemacht?

	eher positive Erfahrungen	weder positiv noch negativ	eher negative Erfahrungen
Amtsarzt/Amtsärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verschreibender Arzt/verschreibende Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie empfinden Sie die Betreuung, die Sie von der Beratungsstelle bekommen?

sehr nützlich..... eher nützlich..... wenig nützlich..... gar nicht nützlich.....

16. Wie zufrieden sind Sie grundsätzlich damit, im Substitutionsprogramm zu sein?

sehr zufrieden..... eher zufrieden..... wenig zufrieden..... gar nicht zufrieden.....

17. Wie beurteilen Sie die momentane Zufriedenheit bzw. die Veränderung aufgrund der Substitution in Ihren jeweiligen Lebensbereichen?

	Ihre momentane Zufriedenheit		Veränderung aufgrund der Substitution		
	eher zufrieden	eher weniger zufrieden	eher positive Veränderung	keine Veränderung	eher negative Veränderung
Beziehung zu Ihrer Familie / Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zu Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre körperliche Befindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre psychische / seelische Befindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Arbeits- oder Ausbildungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie beurteilen Sie das Konsumverhalten in der Zeit vor der Substitution im Vergleich zur gegenwärtigen Situation?

	Konsum vor der Substitution			gegenwärtiger Konsum		
	oft	selten	nie	oft	selten	nie
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine (Benzos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine / XTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal / Methamphetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Was würden Sie meinen: Inwiefern hat sich durch die Substitution die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Sie irgendwelche strafbaren Handlungen begehen, verändert?

ich bin nun weniger gefährdet..... ich bin nun mehr gefährdet..... keine Veränderung.....

20. Wie wichtig ist es Ihnen, nachfolgende langfristige Ziele zu erreichen?

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Dass sich meine körperliche Befindlichkeit / Gesundheit verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich abstinent lebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich mein Konsumverhalten besser kontrollieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich die Einnahme des Substitutionsmittels reduziere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass ich den Beikonsum reduziere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass sich meine finanzielle Situation verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass sich meine psychische / seelische Befindlichkeit verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass sich meine Arbeits- oder Ausbildungssituation verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass sich die Qualität meiner sozialen Beziehungen verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dass sich meine Partnerschaftssituation verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Glauben Sie, dass durch die kontrollierte Abgabe von Heroin mehr Opiatabhängige für das Substitutionsprogramm erreicht werden könnten?

ja..... nein..... kann ich nicht sagen.....

22. Welche Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Substitutionsprogramms haben Sie?

.....

.....

.....

23. Von welchen positiven Erfahrungen im Rahmen der Substitution können Sie berichten?

.....

.....

.....

24. Von welchen negativen Erfahrungen im Rahmen der Substitution können Sie berichten?

.....
.....
.....

25. Sind Sie... (Mehrfachnennung möglich)

a) HIV-positiv..... <input type="checkbox"/>	an AIDS erkrankt..... <input type="checkbox"/>	keine Infektion..... <input type="checkbox"/>	weiß nicht..... <input type="checkbox"/>
b) HEP-C-positiv..... <input type="checkbox"/>	an HEP-C erkrankt..... <input type="checkbox"/>	keine Infektion..... <input type="checkbox"/>	weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

26. Personendaten

Alter: 18 Jahre u. jünger..... <input type="checkbox"/>	31-40 Jahre..... <input type="checkbox"/>	Geschlecht: männlich..... <input type="checkbox"/> weiblich..... <input type="checkbox"/>
19-20 Jahre..... <input type="checkbox"/>	41-50 Jahre..... <input type="checkbox"/>	
21-25 Jahre..... <input type="checkbox"/>	51 Jahre u. älter..... <input type="checkbox"/>	
26-30 Jahre..... <input type="checkbox"/>		

27. In welchem Lebensalter haben Sie zum ersten Mal Opiate konsumiert?.....
im Alter von...Jahren

28. Seit welchem Lebensalter würden Sie sich in etwa als opiatabhängig bezeichnen?.....
ab einem Alter von...Jahren

29. Haben Sie derzeit einen Lebenspartner bzw. eine Lebenspartnerin?

ja..... nein.....

30. Haben Sie ein oder mehrere Kinder?

ja..... <input type="checkbox"/>	→ wenn ja, →	für wie viele Kinder haben Sie das Sorgerecht?..... <input type="checkbox"/>
nein..... <input type="checkbox"/>		wie viele Kinder leben im gemeinsamen Haushalt?..... <input type="checkbox"/>

31. Wie gesichert würden Sie Ihre momentane Wohnsituation bezeichnen?

eher unsicher..... eher gesichert..... habe momentan keinen Wohnsitz.....

32. Wie gesichert würden Sie Ihre momentane finanzielle Situation bezeichnen?

eher unsicher..... eher gesichert (z.B. auch durch Pension o.ä.).....

33. Sind Sie...

in Ausbildung..... <input type="checkbox"/>	arbeitslos..... <input type="checkbox"/>	in Pension..... <input type="checkbox"/>
erwerbstätig..... <input type="checkbox"/>	Mindestsicherungsbezieher/in (Sozialhilfe)..... <input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für Ihre Hilfe!