

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## „Die Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit“

Eine qualitative Untersuchung zur Rolle und zu den  
Handlungskonzepten von Pflegenden in der niederschweligen  
Versorgung von drogenabhängigen Menschen

Verfasserin

Anna Karanitsch

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreuer: Prof. Dr. Wilfried Schnepf, MSc



### ***Eidesstattliche Erklärung***

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert und mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

---

Datum

---

Unterschrift der Verfasserin



## ***Danksagung***

Mein besonderer Dank gilt meinem Diplomarbeitsbetreuer, Prof. Dr. Wilfried Schnepf, MSc, der mich in den beiden Phasen der Konzeptionierung und des Verfassens meiner Diplomarbeit stets mit guten Ratschlägen und Anregungen unterstützte. Bedanken möchte ich mich auch dafür, dass er mir in der Gestaltung meines Arbeitsprozesses viel Freiheit ließ.

Ein weiterer Dank gilt allen Pflegefachpersonen, die an meiner Untersuchung teilnahmen und mich an ihrem spannenden Arbeitsleben teilhaben ließen. Ich bedanke mich auch bei den leitenden Personen der besuchten Einrichtungen für ihre Offenheit, die es mir ermöglichte einen Einblick in das dortige Geschehen zu erhalten.

Ganz besonders möchte ich mich bei meiner Mutter bedanken, die stets Vertrauen in meine Fähigkeiten zur Fertigstellung der Diplomarbeit setzte und mir während meines gesamten Studiums zur Seite stand.

Ein großer Dank gilt Alex, der mir von Anfang an viel Kraft und Unterstützung gab, stets ein offenes Ohr für meine Sorgen hatte und motivierende Worte bereithielt. Bedanken möchte ich mich auch für seine unendliche Geduld und die konstruktiven Gespräche, die sehr zum Fortschritt meiner Diplomarbeit beitrugen.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Freunden Alex und Magdalena bedanken, deren immerwährende Gesellschaft ich sehr schätzte und die mich mit unterhaltsamen Gesprächen und Geschichten aus ihrem Leben aufheiterten. Ein weiterer Dank gilt Magdalena für die Korrektur einzelner Teile meiner Arbeit sowie meiner Freundin Silke, die sich spontan dazu bereit erklärte, die restlichen Teile zu korrigieren und dies mit großer Sorgfalt tat. Alex möchte ich außerdem für seine Formatierungskünste danken.



## **Inhaltsverzeichnis**

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Darstellungsverzeichnis .....                                                        | 9  |
| Zusammenfassung .....                                                                | 11 |
| Abstract .....                                                                       | 13 |
| 1. Einleitung.....                                                                   | 15 |
| 2. Literaturstudie .....                                                             | 17 |
| 2.1. Formen drogenassoziierten Verhaltens .....                                      | 17 |
| 2.1.1. Klassifizierung von Konsumverhalten.....                                      | 17 |
| 2.1.2. „Abhängigkeit“ und „Sucht“ .....                                              | 20 |
| 2.2. Pflege von Drogenabhängigen .....                                               | 23 |
| 2.2.1. Aspekte von Suchtkrankenpflege .....                                          | 23 |
| 2.2.2. Die Rolle der professionellen Pflege .....                                    | 25 |
| 2.2.3. Pflegeinterventionen bei Konsum und Abhängigkeit .....                        | 30 |
| 2.3. Niederschwellige Drogenarbeit.....                                              | 33 |
| 2.3.1. Niederschwelligkeit .....                                                     | 33 |
| 2.3.2. Die Bedeutung von Akzeptanz in der niederschwelligen Drogenarbeit.....        | 36 |
| 2.3.3. Das Prinzip der Schadensminimierung .....                                     | 38 |
| 2.3.4. Niederschwellige Drogenarbeit in der Schweiz - Das „Vier-Säulen-Modell“ ..... | 40 |
| 2.4. Problemstellung.....                                                            | 43 |
| 3. Methodologie .....                                                                | 47 |
| 3.1. Qualitative Forschung.....                                                      | 47 |
| 3.2. Grounded Theory .....                                                           | 49 |
| 3.3. Sampling und Stichprobe .....                                                   | 52 |
| 3.3.1. Theoretische Hintergründe des Samplings bzw. der Stichprobenbildung .....     | 52 |
| 3.3.2. Sampling und Stichprobe der Untersuchung .....                                | 53 |
| 3.4. Datenerhebung.....                                                              | 56 |
| 3.4.1. Das halb-standardisierte Leitfadeninterview .....                             | 57 |
| 3.4.2. Die unstrukturierte, nicht-teilnehmende Beobachtung .....                     | 60 |
| 3.4.3. Memos .....                                                                   | 62 |
| 3.5. Datenanalyse .....                                                              | 63 |
| 3.5.1. Theoretische Hintergründe der angewandten Kodier-Verfahren.....               | 63 |

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.5.2. Umsetzung der Datenanalyse .....                                      | 65  |
| 3.6. Gütekriterien der qualitativen Forschung .....                          | 67  |
| 3.7. Ethische Überlegungen .....                                             | 68  |
| 4. Darstellung der Ergebnisse .....                                          | 73  |
| 4.1. Die Pflege als Teil des interdisziplinären Teams .....                  | 74  |
| 4.1.1. Zusammensetzung und Funktionsweise des interdisziplinären Teams ..... | 74  |
| 4.1.2. Austausch und Vermittlung von Wissen im Team .....                    | 76  |
| 4.1.3. Die Gleichwertigkeit der Berufsgruppen .....                          | 79  |
| 4.1.4. Eine vielfältige Tätigkeit .....                                      | 81  |
| 4.2. Externe Zusammenarbeit .....                                            | 83  |
| 4.2.1. Fachstellen .....                                                     | 83  |
| 4.2.2. Ärztinnen und Ärzte .....                                             | 87  |
| 4.2.3. Mediatorinnen und Mediatoren .....                                    | 89  |
| 4.3. Spezifische Kompetenzen der Pflege .....                                | 92  |
| 4.3.1. Medizinische Erstversorgung und Notfallversorgung .....               | 92  |
| 4.3.2. Weitervermittlung und Grenzen der pflegerischen Kompetenzen .....     | 95  |
| 4.3.3. Aspekte von Prävention und Schadensminderung .....                    | 97  |
| 4.3.4. Nähe schaffen und Beziehung aufbauen .....                            | 100 |
| 4.4. Strategien im Umgang mit den Klientinnen und Klienten .....             | 103 |
| 4.4.1. Die Klientinnen und Klienten akzeptieren .....                        | 103 |
| 4.4.2. Sich abgrenzen und aushalten .....                                    | 106 |
| 4.4.3. Mit kleinen Schritten arbeiten .....                                  | 109 |
| 4.4.4. Individuelle Anpassung der Betreuung .....                            | 112 |
| 5. Diskussion .....                                                          | 117 |
| 6. Schlusswort .....                                                         | 123 |
| 7. Literaturverzeichnis .....                                                | 125 |
| 8. Anhang .....                                                              | 133 |

## **Darstellungsverzeichnis**

### **Tabellen**

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Angaben zu Geschlecht, Alter und Ausbildung der Befragten..... | 55 |
| Tabelle 2: Ausschnitt aus einer Tabelle zur Kodierung der Daten.....      | 65 |

### **Abbildungen**

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Grafische Darstellung der Kategorien..... | 73 |
|--------------------------------------------------------|----|



## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Wirken der Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit. Das grundlegende Erkenntnisinteresse besteht darin, zu erfassen, welche Rolle professionelle Pflegende in diesem Setting einnehmen und welche Handlungskonzepte sie verfolgen. Ziel der qualitativen Untersuchung ist es, aus der subjektiven Perspektive der Pflegenden zu erfahren, wie sich ihr alltägliches Handeln gestaltet. Im weitesten Sinne zielt das Forschungsvorhaben auch darauf ab, die Professionalisierung der suchtorientierten Pflege voranzutreiben und die Integration von Pflegefachkräften in die niederschwellige Praxis in Österreich anzuregen.

Zu diesen Zwecken wurden halb-standardisierte Expertinnen- und Experteninterviews mit zehn Pflegefachkräften geführt, die in der niederschweligen Schweizer Drogenhilfe tätig sind. Da die Interviews größtenteils direkt an ihren Arbeitsplätzen stattfanden, kam es auch zu Beobachtungssituationen. Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgte in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory, dem die Erfassung von subjektiven Lebenswelten zu Grunde liegt.

Die Datenanalyse brachte fünf Kategorien hervor, die zusammengefasst die folgenden Aspekte des pflegerischen Wirkens in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen repräsentieren:

Die Pflegepersonen sind Teil eines interdisziplinär zusammengesetzten Teams, das von der Durchlässigkeit der agierenden Berufsgruppen geprägt ist, in dem fachliches Know-how ausgetauscht und vermittelt wird und in dem alle Agierenden einen gleichen Stellenwert beziehen. Einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Versorgungspraxis stellt die Vernetzungsarbeit mit externen Fachinstitutionen und Fachpersonen dar. Innerhalb des Rahmens der interdisziplinären Zusammenarbeit und der externen Vernetzungsarbeit kommt den Pflegenden eine wichtige Bedeutung in einigen Arbeitsbereichen zu. Sie verfügen über spezifische Kompetenzen, die z.B. zur Durchführung der medizinischen Grundversorgung oder der Präventionsberatung gebraucht werden. Um auf die vielschichtigen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten eingehen und mit ihren besonderen Verhaltensmustern umgehen zu können, verfolgen die Mitarbeitenden außerdem bestimmte Strategien, unter anderem mit kleinen Schritten zu arbeiten oder die Betreuung individuell anzupassen.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass es eines interdisziplinären Umfeldes bedarf, um die Klientinnen und Klienten effizient und umfassend zu betreuen. Diesem Anspruch kann jedoch nur entsprochen werden, wenn auch die Berufsgruppe der Pflege in die Praxis integriert ist. Die Schweiz liefert ein positives Beispiel für die erfolgreiche Umsetzung des niederschweligen Arbeitsansatzes unter Beteiligung von Pflegefachkräften. Ein Beispiel, an dem sich auch österreichische Praktikerinnen und Praktiker orientieren können.



## **Abstract**

The following work focuses on nursing actions in the field of low-threshold drug work. Its basic interest is to explore the role of professional nurses and their concepts of acting. The empirical study is aiming for getting an insight in the daily work of the nursing staff by considering its personal view. Furthermore the research work aspires to contribute to the professional growth of addiction nursing. Its target is also reflected in encouraging nurses' integration in low-threshold drug institutions in Austria.

For this reasons semi-structured expert interviews were conducted with ten nurses operating in different low-threshold settings in Switzerland. Most of the interviews were conducted directly at their working-places, which is why observations became possible. The analysis of the data was based on the method of Grounded Theory, which aims on understanding individuals' perspectives.

The outcomes of the analysis were five categories that represent the following aspects of nurses' actions in the care of drug dependent humans:

The nurses are a part of interdisciplinary teams that are characterised by the permeability of the acting professional groups. Teamwork is based on sharing and imparting specialised knowledge and all of the actors are equal members of the team. Another essential part of the professional practice is to connect with external institutions and persons that are concerned with the treatment of drug addicts. Within the framework of the interdisciplinary work and the external work, nurses have an important role in guaranteeing some parts of the low-threshold services. For example there is a need for their specific skills in primary health care or in prevention counselling. In order to react to the multiple necessities of the clients and to deal with their special behaviors, the nurses as well as the social workers have to pursue certain strategies. Among others to work with small steps or to individually adapt the support services.

The results of the study show that there is a need for interprofessional collaboration in order to supervise the clients in an efficient and comprehensive way. To meet this requirement it is necessary to integrate professional nurses in the daily practical work. The organisation of low-threshold drug work in Switzerland presents an example of best practice, because the staff consists of specialists in the fields of social work and nursing. It provides an example that could be seen as guidance for Austrian practitioners.



## **1. Einleitung**

Die Thematik dieser Arbeit entwickelte sich aus dem Interesse für eine Gruppe von Individuen, die multiplen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind und dementsprechend vielschichtige Bedürfnisse haben. Die Rede ist von abhängigen Menschen, die in problematischer Weise Drogen konsumieren. Nach der Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht ([EBDD], 2010) ist darunter eine Konsumform zu verstehen, bei der vorrangig Heroin intravenös appliziert und die am stärksten mit sozialen und gesundheitlichen Problemen assoziiert wird. Schätzungen zufolge lebten im Jahr 2009 1,3 bis 1,4 Millionen problematische Drogenkonsumierende in den 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und in Norwegen. Hier ist aber davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl höher ist, da oftmals im Verborgenen konsumiert wird (EBDD, 2011).

Als problematisch ist die Situation der Drogenabhängigen auch dahingehend einzuschätzen, da sie von spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen nur schwer erreicht werden können (Wied & Warmbrunn, 2007; Hentschel, 1994). Sie haben zudem Hemmungen mit dem Hilffssystem in Kontakt zu treten. Zurückzuführen sind diese Umstände einerseits darauf, dass die Betroffenen die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen nicht erfüllen können oder wollen. Andererseits haben sie Angst davor, mit ihrem Verhalten in der Öffentlichkeit auf Ablehnung zu stoßen (Biesenbach, 2002). Einen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu schaffen ist in ihrem Fall aber besonders wichtig, da sie zahlreichen Risiken ausgesetzt sind. Dazu zählen unter anderem die Infektion mit dem HI- oder Hepatitis-Virus, Abszesse, Blutvergiftungen oder Überdosen (Loth, Rutten & Huson-Anbeek, 2002).

Um der Problematik der erschwerten Zugänglichkeit entgegen zu wirken und Rahmenbedingungen für die Risikobewältigung zu etablieren, entwickelte sich in den achtziger Jahren, die den Zeitpunkt der ausbrechenden Aids-Epidemie markieren, ein neuer Ansatz in der Drogenhilfe. Durch die niederschwellige Ausrichtung der Versorgungsinstitutionen sollte den Drogenabhängigen die barrierefreie Nutzung der Angebote ermöglicht werden (Schroers, 1995). Die Akzeptanz des Drogenkonsums ersetzte die Forderung nach Abstinenz und es wurden Maßnahmen zur Schadensminimierung in die tägliche Praxis integriert (Biesenbach, 2002; Marlatt, 1998b).

Aus der Perspektive der Pflegewissenschaft stellt sich nun die Frage, welchen Beitrag die Gesundheits- und Krankenpflege zur niederschweligen Versorgung der drogenabhängigen

Menschen leistet. Da sich im Rahmen der Literaturrecherche ein Defizit an Forschungsarbeiten zu dieser Thematik feststellen ließ, wurde eine empirische Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegenden in niederschweligen Settings der Suchthilfe durchgeführt. Mittels der Methode des qualitativen Interviews wurden zehn Pflegefachpersonen in der Schweiz befragt, wo die Pflege im Gegensatz zu Österreich ein fester Bestandteil des Versorgungsnetzes ist. Eine Zielsetzung der Untersuchung besteht daher auch darin, Empfehlungen für die niederschwellige Praxis in Österreich abzugeben.

Die aus drei Teilen bestehende Arbeit widmet sich zunächst der Bearbeitung der themenspezifischen Literatur, wendet sich dann dem methodischen Vorgehen bei der Untersuchung zu und befasst sich abschließend mit der Darstellung der Ergebnisse.

Im Zentrum der Literaturstudie stehen die Beschreibung von Formen des drogenassoziierten Verhaltens sowie die Auseinandersetzung mit Konzepten, die sich auf die Pflege von Drogenabhängigen beziehen. Wesentlich ist auch die Analyse der Rolle der professionellen Pflege und der Interventionen, die sie in suchtorientierten Arbeitsfeldern setzt. Der letzte Abschnitt der Literaturstudie klärt über das Wesen der niederschweligen Drogenarbeit auf und befasst sich mit Ansätzen und Prinzipien, die hierbei verfolgt werden.

Das im zweiten Teil der Arbeit beschriebene methodische Vorgehen zur Realisierung des Forschungsvorhabens orientiert sich an der folgenden zentralen Fragestellung: *„Welche Rolle spielt die professionelle Pflege in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen und welche Handlungskonzepte verfolgt sie?“*. Weitere Aspekte des pflegerischen Handelns zu denen die Untersuchung Informationen sammeln möchte, sind: die Aufgaben der Pflege, ihre Rolle im interdisziplinären Kontext, die Ziele und die Zielgruppe der niederschweligen Versorgung und pflegerische Interventionen.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Denn er ermöglicht es, einen Einblick in die subjektive Lebenswelt der Probandinnen und Probanden zu erhalten (Mayer, 2011; Flick, von Kardorff & Steinke, 2000). Das Ziel bestand darin, den Pflegepersonen möglichst viel Freiraum in der Beantwortung der Fragen zu bieten. Unterstützt von einem flexiblen Leitfaden wurden daher halb-standardisierte Expertinnen- und Experteninterviews durchgeführt. Da die Interviews zumeist am Arbeitsplatz der Befragten stattfanden, kam es auch zu Beobachtungssituationen. Zur Auswertung der Interviews wurde das Verfahren der Grounded Theory herangezogen, dem die Entwicklung von gegenstandsverankerten Theorien zu Grunde liegt (Strauss & Corbin, 1996).

## **2. Literaturstudie**

Im Zentrum der Literaturstudie steht die Auseinandersetzung mit den Themen, die für die qualitative Untersuchung bestimmend sind. Sie liefert das nötige theoretische Hintergrundwissen, um das Forschungsvorhaben nachvollziehen zu können.

Das erste der folgenden drei Kapitel beschäftigt sich mit den Verhaltensmustern, durch die sich drogenabhängige Menschen auszeichnen und die sie zu einer versorgungsbedürftigen Individuengruppe machen. Gegenstand der Untersuchung ist es auch, die Rolle und die Handlungskonzepte von Pflegefachkräften in der niederschweligen Drogenarbeit zu erfassen. Eine Basis dafür bietet das zweite Kapitel, denn es beschäftigt sich mit der Pflege im Kontext der professionellen Versorgung von Drogenabhängigen. Die niederschwellige Drogenarbeit ist ein spezieller Bereich der Suchthilfe. Im letzten Kapitel wird ein Überblick über seine Konzeption sowie über seine zu Grunde liegenden Konzepte gegeben.

### ***2.1. Formen drogenassozierten Verhaltens***

Das vorliegende Kapitel soll zur Klärung zentraler Phänomene beitragen, die mit dem Konsum von Drogen und damit assoziierten Verhaltensweisen in Verbindung stehen. Zu diesem Zweck werden Definitionen und Klassifikationen vorgestellt, die einerseits aus drogenspezifischen und andererseits aus im Gesundheitswesen relevanten Fachpublikationen stammen. Berücksichtigung finden vor allem Begrifflichkeiten, die in Zusammenhang mit der im niederschweligen Suchtbereich betreuten Personengruppe verwendet werden.

Auf die im ersten Kapitel vorgenommene Gegenüberstellung von Klassifizierungen des Konsumverhaltens, folgt eine Auseinandersetzung mit den Begriffen „Abhängigkeit“ und „Sucht“, die trotz einiger Bedeutungsunterschiede gleichermaßen eine Form von schadhaftem drogenassoziertem Verhalten beschreiben.

#### ***2.1.1. Klassifizierung von Konsumverhalten***

Der Blick in die Literatur zeigt, dass in zahlreichen Publikationen der Versuch angestellt wird, Verhaltensweisen zu klassifizieren, die mit dem Konsum von psychotropen Substanzen in Verbindung stehen. Viele der Autorinnen und Autoren beziehen sich dabei auf die in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)“ und im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV)“ vorgenommenen Definitionen, wobei die des ICD-10 unter dem Titel *„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope*

*Substanzen*“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005, S 89) zusammengefasst und die des DSM-IV mit der übergreifenden Bezeichnung „*Störungen in Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen*“ (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S 231) versehen sind. In einigen der Publikationen wird aber auch die Auffassung vertreten, dass es schwierig ist, Formen des Konsums und damit einhergehende Beeinträchtigungen der Konsumierenden zu klassifizieren. So stellen Bühringer und Küfner (1997, S 513f.) zum Beispiel fest, dass sich trotz des Konsums derselben oder einer ähnlichen Substanz, „*unterschiedliche Ausprägungen des Störungsbildes*“ ergeben können. Sie unterscheiden deshalb zwischen zwei Gruppen von Konsumentinnen und Konsumenten – sozial destabilisierte und sozial integrierte (ebd.). Auch wird es als eine Herausforderung angesehen, eine Grenze zwischen gesundheitlich und sozial unbedenklichem und klinisch auffälligem Konsum zu ziehen (Gouzoulis-Mayfrank, 2009). Weil (2001) diskutiert außerdem, dass bestimmte Konsumformen nicht per se als gefährlich oder ungefährlich eingestuft werden können. Ob sich der Konsum negativ auf die Betroffenen auswirkt, hängt ihr zufolge auch nicht davon ab, ob die konsumierte Substanz legal oder illegal ist, denn eine legale Droge kann genauso gut in risikoreicher Weise appliziert werden, wie eine illegale risikoarm. Dennoch herrscht die weitverbreitete Annahme, dass gesetzlich verbotene Drogen ausschließlich missbräuchlich konsumiert werden.

Obwohl die Klassifizierung von drogenassoziierten Verhaltensweisen in der Literatur häufig in Frage gestellt wird, sind die Definitionen der erwähnten Klassifikationssysteme größtenteils anerkannt. Im Folgenden wird daher eine nähere Beschreibung der Begriffe „*Schädlicher Gebrauch*“ (ICD-10) und „*Missbrauch*“ (DSM-IV) durchgeführt, mit denen eine in psychischer und physischer Hinsicht folgeschwere Form des Drogenkonsums bezeichnet wird (Bühringer & Küfner, 1997).

Von einem „*Schädlichen Gebrauch*“ kann gesprochen werden, wenn durch den Konsum einer psychotropen Substanz manifeste Schäden der Gesundheit auftreten. Diese können sowohl von körperlicher Natur sein, wie im Fall einer Infektionskrankheit, die durch die intravenöse Applikation verursacht wurde, oder von psychischer, wenn eine betroffene Person zum Beispiel konsumbedingt an einer Depression leidet. Durch die ablehnende Haltung der Gesellschaft kann diese Konsumform auch zu negativen sozialen Folgen führen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Mit dem Begriff „*Substanzmissbrauch*“ bezeichnen Saß, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) ein sozial und klinisch auffälliges Muster von Substanzgebrauch, das anhand von einigen Kriterien diagnostiziert wird. Wobei mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten erfüllt sein muss, um die Diagnose stellen zu können: der wiederholte Gebrauch einer Substanz, der die Bewerkstelligung des alltäglichen

Lebens behindert; der wiederholte Gebrauch einer Substanz, der mit der Gefährdung der Gesundheit bzw. mit der Bedrohung des Lebens verbunden ist; das wiederholte Auftreten von justitiellen Problemen aufgrund des Substanzkonsums; und die Fortsetzung des Substanzgebrauchs obwohl soziale Beziehungen dadurch erheblich beeinträchtigt werden (ebd.).

Ein zentrales Thema der Diplomarbeit stellt die niederschwellige Versorgung von drogenkonsumierenden Menschen dar. Wie der Homepage des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ([EMCDDA]: Low-threshold services) zu entnehmen ist, zielen niederschwellige Angebote in erster Linie auf die gesundheitliche und soziale Versorgung von problematischen Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten ab. Im Weiteren werden daher einige Beispiele für die Begriffsdefinition des problematischen Drogenkonsums angeführt:

Er bezeichnet eine Konsumform, bei der vorrangig Heroin intravenös appliziert wird und die am stärksten mit sozialen und gesundheitlichen Problemen assoziiert wird. Der Konsum von Heroin ist nach wie vor zum größten Teil für die drogenbedingte Morbidität und Mortalität in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union verantwortlich. Mittlerweile werden aber auch der Konsum von synthetischen Opioiden und der injizierende Konsum von Stimulanzien, wie Kokain oder Amphetamine, als wichtige Ausprägungsformen angesehen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht [EBDD], 2010). Problematisch ist der Konsum auch, wenn er dauerhaft bzw. regelmäßig praktiziert wird (EMCDDA: Problem Drug Use [PDU]).

Pinquart, Weichold und Silbereisen (2005) sprechen neben dem problematischen auch vom riskanten oder gefährlichen Konsum, der sich über die zugeführte Substanzmenge definiert. Die von ihnen genannten Werte beziehen sich jedoch ausschließlich auf den Konsum von Alkohol, weshalb sie in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen keine Aussagekraft besitzen. Eindeutiger hingegen ist ihre Definition des problematischen Drogenkonsums, der vorliegt, *„wenn ihn (die Konsumentin oder) der Konsument selbst so empfindet, negative körperliche Folgen auftreten oder drohen, schwere psychische Probleme entstehen, sich eine Abhängigkeit entwickelt oder wenn Dritte geschädigt werden.“* (ebd., S 486).

Generell lässt sich sagen, dass der injizierende Substanzkonsum mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden ist, das zum Beispiel darin bestehen kann, sich mit einer ansteckenden Krankheit zu infizieren oder eine Überdosierung zu erleiden (EBDD, 2010).

Mit der Begriffskombination *„Psychotrope Substanzen“* werden Stoffe bezeichnet, *„die direkt und wesensverändernd auf das Gehirn einwirken“* (Wied & Warmbrunn, 2007, S 1). Bühringer und Küfner (1997, S 513f.) führen eine ähnliche Bezeichnung an. Mit

„*Psychoaktiven Substanzen*“ setzen sie illegale Drogen und Medikamente gleich, die sich zwar in ihrer pharmakologischen Wirkung unterscheiden, jedoch gemein haben, dass sie die Konsumierenden in ihrer Lebensführung stark beeinträchtigen. Sie bergen das Risiko, körperlich und psychisch so abhängig zu machen, dass die Substanz zum Mittelpunkt des Daseins wird, worunter sowohl die gesundheitliche als auch die soziale Stabilität der Betroffenen leiden.

### 2.1.2. „*Abhängigkeit*“ und „*Sucht*“

Verliert eine konsumierende Person tatsächlich die Kontrolle über ihren Substanzkonsum und beginnt die Substanz eine dominierende Rolle in ihrem Leben einzunehmen, so ist davon auszugehen, dass sich eine Abhängigkeit entwickelt hat (Lektorat Pflege & Menche, 2007; Wied & Warmbrunn, 2007).

Wie die Literaturrecherche ergab, ersetzt der Begriff der Abhängigkeit in Fachkreisen weitgehend den der Sucht (Lektorat Pflege & Menche, 2007; Bertram, Leptihn, Pech, Schmidt-Hackenberg & Sprengel, 2004). Diese Entwicklung verdeutlicht sich auch darin, dass in fachspezifischen Publikationen größtenteils Bezug auf die Definitionen des ICD-10 – „*Abhängigkeitssyndrom*“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005, S 92) – und des DSM-IV – „*Substanzabhängigkeit*“ (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S 237) – genommen wird. Aus Juchlis (1994) Aussagen lässt sich schließen, dass drogenassoziierte Verhaltensweisen, die unkontrollierbare Ausmaße angenommen haben, durch die Verwendung des Abhängigkeitsbegriffs gezielter definiert werden können. Denn neben der Beschreibung von allgemeinen Kennzeichen, wie der psychischen und der physischen Abhängigkeit, umfasst der Begriff „*auch eine genaue Beschreibung der für die Droge charakteristischen Eigenschaften*“ (ebd., S 628). Es kann daher, so wie es auch im ICD-10 (Dilling et al., 2005) geschieht, eine Klassifizierung von „*Störungen*“ vorgenommen werden, die sich aus dem Konsum von bestimmten psychotropen Substanzen ergeben.

Dennoch gibt es nach wie vor einige Befürworter des Suchtbegriffs. Dazu zählt zum Beispiel Stimmer (1998), der seine Vorteile darin erkennt, dass er erstens allgemein bekannt und verständlich ist und dass er zweitens sowohl stoffgebundene als auch stoffungebundene Formen von süchtigem Verhalten mit einschließt. Die zweitgenannten Suchtformen werden im Übrigen auch als „*neue Süchte*“ bezeichnet. Sie unterscheiden sich von den stoffgebundenen Süchten insofern, als sie nicht auf dem dringenden Verlangen nach dem Konsum einer Substanz basieren, sondern auf dem Drang, einer bestimmten Aktivität nachzugehen, wie zum Beispiel Fernzusehen oder Glücksspiele zu spielen.

Die logische Schlussfolgerung aus der oben angeführten Diskussion über die Bedeutungen der Begriffe „Abhängigkeit“ und „Sucht“ müsste folgendermaßen lauten: Mit dem Abhängigkeitsbegriff werden Formen von abweichendem Verhalten bezeichnet, die ausschließlich mit dem Konsum von Drogen in Zusammenhang stehen. Der Begriff „Sucht“ versteht sich hingegen als übergreifende Bezeichnung für Verhaltensformen, die, so Stimmer (1998, S. 502), darauf basieren, *„ein unabweisbares, starkes Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand“* zu verspüren und sich diesem hinzugeben. Unabhängig davon, ob dieser durch eine psychotrope Substanz oder durch eine bestimmte Tätigkeit erzielt wird. Die Argumentation des Lektorats Pflege und Menche (2007, S. 1369) kann jedoch exemplarisch dafür angeführt werden, dass die Verwendung der Begriffe „Abhängigkeit“ und „Sucht“ in der Literatur sehr heterogen ist. Sie beschränken den Einsatz des Abhängigkeitsbegriffs nämlich nicht auf die Bezeichnung von drogenassoziierten Erscheinungsbildern, sondern weiten ihn auf Verhaltensformen aus, die mit dem exzessiven und unkontrollierbaren Betreiben von Tätigkeiten in Verbindung stehen. Stoffungebundene Abhängigkeiten bezeichnen sie synonym als *„Verhaltens- und Tätigkeitssüchte“* und stoffgebundene als *„Stoffsüchte“*.

Einen interessanten Aspekt bringt der Diskurs über die Formen der Sucht jedenfalls hervor. Er bezieht sich auf die Kluft, die in der gesellschaftlichen Bewertung des Suchtverhaltens besteht. So stoßen stoffungebundene Süchte in der Gesellschaft auf weitaus mehr Akzeptanz als stoffgebundene. Unterschiedlich bewertet wird auch der Konsum von legalen und illegalen bzw. von weichen und harten Drogen (Stimmer, 1998). Je mehr das Suchtverhalten bzw. die konsumierten Drogen dazu beitragen, dem vorherrschenden Gesellschaftsbild nicht mehr zu entsprechen, desto mehr Ablehnung rufen sie in der Umwelt hervor.

Da, wie bereits am Anfang dieses Kapitels erwähnt wurde, in Fachpublikationen mehrheitlich die Definitionen der anerkannten Klassifikationssysteme der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und der American Psychiatric Association (DSM-IV) zitiert werden, folgt nun eine kurze inhaltliche Darstellung:

Handelt es sich um *„ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch [...] (dass) in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden (führt), ...“* (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S. 237), so wird in Anlehnung an das DSM-IV die Diagnose *„Substanzabhängigkeit“* (ebd.) gestellt. Um die Substanzabhängigkeit als manifest zu erachten, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb von zwölf Monaten auftreten, wobei der genaue Zeitpunkt nicht ausschlaggebend ist: die Entwicklung einer Toleranz, die sich entweder in der ausgeprägten Dosis-Erhöhung der konsumierten Substanz oder im Schwinden ihrer Wirkungskraft niederschlägt; das Auftreten von

Entzugssymptomen, die sich in einem substanzspezifischen Entzugssyndrom äußern oder durch die Einnahme einer weiteren Substanz, um Entzugserscheinungen vorzubeugen oder zu lindern; die häufige Einnahme einer Substanz in größeren Mengen und über einen unbeabsichtigt längeren Zeitraum; der Wunsch oder der erfolglose Versuch, den Substanzkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren; ein hoher Zeitaufwand, der für Aktivitäten betrieben wird, die mit der Droge in Zusammenhang stehen; die Einschränkung oder der Verlust von sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten; und die Fortsetzung des Substanzkonsums obwohl dieser gesundheitliche Probleme verursacht (ebd.).

Im Sinne der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) liegt ein „*Abhängigkeitssyndrom*“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005, S 92) dann vor, wenn eine Kombination aus physischen, psychischen und verhaltensbezogenen Erscheinungen zu beobachten ist, die mit der Dominanz des alltäglichen Lebens der betroffenen Person durch den Substanzkonsum in Verbindung steht. Die Kriterien zur Diagnosestellung entsprechen im Großen und Ganzen denen des DSM-IV. Das einzige Kriterium, das im DSM-IV keine Erwähnung findet, ist die *„verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums“* (ebd., S 93).

Die Zuteilung der Abhängigkeitserkrankung zu den psychiatrischen Erkrankungen, lässt sich darauf zurückführen, dass es dabei primär um das abhängige Verhalten geht. Die körperlichen Effekte spielen zumindest anfänglich eine untergeordnete Rolle (Bertram, Leptihn, Pech, Schmidt-Hackenberg & Sprengel, 2004). Bühringer und Küfner (1997) argumentieren ähnlich. Sie halten fest, dass sich ein psychisch-abhängiges Verhalten bereits entwickelt haben kann, bevor eine physische Abhängigkeit auftritt. Oftmals bedingt durch ein wohliges Gefühl, das durch die Zuführung der Substanz selbst oder durch die soziale Bestätigung erzielt wird, die die konsumierende Person dadurch von ihrer Bezugsgruppe erhält. Entwickelt sich aus diesem Gefühl das unerschöpfliche Bedürfnis, eine Substanz regelmäßig zu konsumieren, so liegt eine ausgeprägte psychische Abhängigkeit vor. Von einer körperlichen Abhängigkeit ist hingegen zu sprechen, wenn bei Absetzen des Stoffes Entzugssymptome auftreten und wenn sich eine Toleranz entwickelt (ebd.).

Ob sich eine Abhängigkeit entwickelt und welche Ausmaße sie annimmt, hängt aber auch maßgeblich von der Art und Weise sie zu konsumieren ab. Durch Applikationswege, die eine schnellere Zufuhr oder die Zufuhr von größeren Mengen einer Substanz in den Organismus zulassen – zum Beispiel die intravenöse Applikation – wird die Wahrscheinlichkeit gesteigert, dass eine Abhängigkeit entsteht (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003).

In der gesamten Diplomarbeit finden sowohl der Abhängigkeits- als auch der Suchtbegriff Verwendung. Obwohl im Titel die Rede von „drogenabhängigen Menschen“ ist und grundsätzlich auch der in Fachkreisen etablierte Begriff der Abhängigkeit bevorzugt wird,

kommt es, einerseits aus einem Mangel an weiteren adäquaten Begriffen und andererseits aus Gründen der besseren Lesbarkeit durch die Vermeidung von Wortwiederholungen, zum Gebrauch des Suchtbegriffs.

## **2.2. Pflege von Drogenabhängigen**

Die Annäherung an die Thematik der Pflege von Drogenabhängigen erfolgt in drei Schritten, die sich in den folgenden Kapiteln widerspiegeln. Zunächst werden Konzepte vorgestellt, die sich auf das spezifische Handeln der Pflege in der Versorgung von konsumierenden und abhängigen Menschen beziehen. Vorab wird diskutiert, warum es schwierig ist, das pflegerische Wirken in diesem Feld zu definieren. Danach kommt es zur Vertiefung der Frage, welche Rolle der professionellen Pflege in der Suchthilfe zukommt. Und abschließend werden Interventionen präsentiert, die Pflegenden in Zusammenhang mit dem Konsum und der Abhängigkeit von Drogen setzen.

### **2.2.1. Aspekte von Suchtkrankenpflege**

Als unbestritten gilt in der Literatur die Tatsache, dass die Gesundheits- und Krankenpflege einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von drogenabhängigen Menschen leistet. Wie einige Autorinnen und Autoren argumentieren, stellt sie einen wesentlichen Bestandteil des Gesundheitssystems dar, weshalb es klar auf der Hand liegt, dass ihre Kompetenzen auch in den verschiedenen Bereichen der Suchthilfe gebraucht sind. Schließlich sind die Betroffenen mit umfangreichen gesundheitlichen und sozialen Problemen konfrontiert und haben dementsprechend vielfältige Bedürfnisse. Darüber hinaus stellen die Pflegenden ein Bindeglied zwischen den in schädlicher Weise Drogenkonsumierenden und den Institutionen der Gesundheitsversorgung dar. Denn oftmals kommt der erstmalige Kontakt in medizinischen Einrichtungen, wie Notfall- oder Unfallambulanzen, zu Stande, wo die Konsumierenden zum Beispiel im Falle einer Überdosierung oder einer schwerwiegenden Verletzung behandelt werden und wo das Pflegepersonal an vorderster Front mitarbeitet (Rassool, 2010; Linde, Rutten, Huson-Anbeek & Loth, 2002).

Die Beobachtung der Vielschichtigkeit des Drogenproblems<sup>1</sup> hat zu der Erkenntnis geführt, dass es sich dabei um ein großes Public-Health-Problem handelt. In der Gesellschaft hat sich ein stärkeres Bewusstsein für die Multifaktorialität der Problemlagen etabliert. Seitdem außerdem bekannt ist, dass es Möglichkeiten gibt, Schäden vorzubeugen bzw. ihr Ausmaß

---

1. Die Vielschichtigkeit schlägt sich z.B. im stetigen Anstieg des problematischen Drogenkonsums sowie in der schnellen Wandelbarkeit der konsumierten Drogen und der Konsummuster wider.

zu begrenzen, wird der Ruf nach dem Einsatz von professionellen Helfenden inklusive der Gesundheits- und Krankenpflege immer lauter (Rassool, 1997).

Paradoxerweise attestiert die Autorenschaft, dass der Professionalisierungsgrad der suchtorientierten Pflege anderen pflegerischen Disziplinen gering ist (Rutten & Loth, 2002). Rassool und Gafoor (1997) stellen fest, dass sich das Berufsfeld nur langsam entwickelt und in fachlichen Kreisen deshalb mangelhaft anerkannt ist. Sie führen diesen Missstand auf Lücken in der Aus- und Weiterbildung zurück, die auch Nkowane und Saxena (2004) erkennen, denn Thematiken wie Drogen und Sucht finden dort kaum Berücksichtigung. Die defizitäre wissenschaftliche Aufarbeitung einerseits und der Mangel an speziellen Ausbildungsprogrammen andererseits verhindern außerdem, dass die Pflege im Feld der Drogenarbeit eine professionelle Identität erlangt (Rassool & Gafoor, 1997).

Schwierigkeiten darin, die Qualität ihres dortigen Wirkens zu erfassen und allgemeingültige Standards zu schaffen ergeben sich daraus, dass ihre Arbeitsweisen je nach Setting und Institution stark differieren (Loth & Rutten, 2002). Um die Professionalisierung voranzutreiben wird in den recherchierten Publikationen daher einstimmig die Forderung gestellt, das spezifische Wirken der Gesundheits- und Krankenpflege zu konzeptualisieren und zu systematisieren sowie am Aufbau eines „*body of knowledge*“ zu arbeiten (Prattke, 2001; Rassool, 1997, S 6).

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten dennoch zwei Konzepte ausfindig gemacht werden, denen die Erfassung des Pflegehandelns im Suchtbereich zu Grunde liegt – das aus der niederländischen Literatur stammende Konzept der „*Suchtkrankenpflege*“ (Loth & Huson-Anbeek, 2002, S 95) und das in den USA entwickelte und für den britischen Kontext übernommene Konzept des „*Addiction Nursing(s)*“ (Rassool, 1997, S 6).

Die Etablierung der Suchtkrankenpflege als eine anerkannte, eigenständige Disziplin ist in den Niederlanden noch ausständig, weshalb es auch keine einheitliche Definition gibt. Loth und Huson-Anbeek (2002, S 95) adaptieren deshalb die vom „*Nationalen Rat für Volksgesundheit (NRV)*“ im Jahr 1988 vorgenommene Beschreibung des Pflegeberufs und entwerfen ihre eigene Definition von Suchtkrankenpflege. Da sie einerseits die einzige stichhaltige ist, die in der deutschsprachigen Literatur registriert werden konnte, und sie sich andererseits für die Bearbeitung des Diplomarbeitsthemas eignet, wird sie im Folgenden zitiert:

*„Berufsmäßige Suchtkrankenpflege ist das Erkennen und Analysieren sowie die Beratung und Hilfeleistung in Bezug auf tatsächliche oder drohende Folgen einer Sucht oder eines Suchtverhaltens sowie die Behandlung und Begleitung der*

*fundamentalen Lebensfunktionen des Süchtigen und seines Umfeldes. Teil des pflegerischen Handelns im Bereich der Suchtkrankenpflege ist auch das Beeinflussen von Menschen, und zwar so, dass ihre Ressourcen genutzt werden, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern.“*

Das aus der amerikanischen Literatur stammende Konzept des „Addiction Nursing(s)“ (Rassool, 1997, S 6) fand in den Fachkreisen Großbritanniens bis Mitte der Achtziger Jahre kaum Zuspruch, trägt mittlerweile aber den Status einer eigenständigen Disziplin, die sich innerhalb der psychiatrischen Pflege entwickelte und als eine Spezialisierung in diesem Feld anzusehen ist. Sie hat die pflegerische Behandlung von Gesundheitsproblemen zum Gegenstand, die mit dem schädlichen Konsum von psychoaktiven Substanzen, aber auch mit anderen süchtigen Verhaltensweisen (stoffungebundene Süchte) in direkter Verbindung stehen. Neben klassischen Pflegeinterventionen machen die dort agierenden Pflegepersonen auch von einer breiten Palette an psychosozialen Interventionen Gebrauch. Dieser Umstand lässt sich darauf zurückführen, dass unter „Addiction Nursing“ eine Disziplin zu verstehen ist, die auf dem holistischen Ansatz der Pflege basiert. Im Zentrum des pflegerischen Handelns stehen nicht nur die betroffenen Individuen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld. Denn es wird davon ausgegangen, dass Gesundheitsprobleme nicht isoliert von äußeren Einflüssen entstehen, sondern innerhalb von gesamtgesellschaftlichen Kontexten. In Tätigkeitsfeldern, die dem „Addiction Nursing“ zuzuordnen sind, wird also das Ziel verfolgt, eine umfassende Versorgung zu bieten. Zu diesem Zweck ist es notwendig, mit anderen Fachdisziplinen zusammenzuarbeiten und sich ihres Wissens zu bedienen, weshalb zumeist in einem interdisziplinären Milieu gearbeitet wird (ebd.).

Sowohl der Argumentation von Loth und Rutten (2002) als auch der von Rassool (1997) ist zu entnehmen, dass es einen Bedarf danach gibt, Pflegenden die in den Feldern der Suchtkrankenpflege bzw. des „Addiction Nursing“ tätig sind, eine professionelle Identität zu verleihen. Worin das professionelle Handeln der Pflege besteht und welche Rolle ihr im Kontext der Versorgung von Konsumentinnen und Konsumenten psychotroper Substanzen zukommt, darüber soll das nächste Kapitel Aufschluss geben.

### *2.2.2. Die Rolle der professionellen Pflege*

Nachdem einige Fakten zu den Fachrichtungen der Suchtkrankenpflege bzw. des „Addiction Nursing“ geliefert und ihr konzeptueller Status besprochen wurde, wird in diesem Kapitel einerseits näher darauf eingegangen, welche Rolle die Gesundheits- und Krankenpflege im interdisziplinären Kontext der Versorgung von drogenabhängigen Menschen einnimmt.

Andererseits wird diskutiert, wie sie im Feld der Suchthilfe Fuß fasste und in welchen Bereichen ihre Kompetenzen von besonderem Wert sind.

Zudem werden Modelle angeführt, an denen sich das professionelle Handeln der Pflegenden orientiert und Funktionen beschrieben, die sie in den verschiedenen Versorgungssettings übernehmen. Als professionell werden in dieser Arbeit Pflegende angesehen, die sich in der Suchthilfe niedergelassen haben und Fähigkeiten besitzen, die dort von Relevanz sind.

Wie auch schon im Kapitel 2.2.2. *Aspekte von Suchtkrankenpflege* kurz angesprochen wurde, findet das pflegerische Handeln im Suchtbereich zumeist in einem multiprofessionellen Team statt. Daraus ergeben sich sowohl positive als auch negative Konsequenzen für die Rolle der professionellen Pflege. Außer Frage steht dabei, dass es der Multiprofessionalität bedarf, um auf die vielschichtigen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können. Einer ihrer Effekte spiegelt sich darin wider, dass die Grenzen zwischen den agierenden Professionen verschwimmen, was sich insofern positiv auf die Pflege auswirkt, als sie dadurch autonomer arbeiten kann. Unter dieser Bedingung ist sie in der Lage, eine qualitativ hochwertige pflegerische und psychosoziale Versorgung zu bieten. Auch zu beobachten ist in diesem Zusammenhang, dass ihr Wirkungsbereich über den der traditionell ausgerichteten Pflege hinausreicht. Als negativ zu werten ist, dass die Interdisziplinarität die Pflegenden dabei behindert, eine eigenständige Identität zu entwickeln und zu erhalten (Rassool, 1997). Oftmals ist zum Beispiel nicht klar, ob sie in der Rolle der Pflege oder als „drug worker“ (ebd., S 14) agieren. Der Autor führt weiter aus, dass der Aufbau eines eigenen Spezialisierungsgebietes nur auf Basis eines rein aus pflegebezogenen Erkenntnissen bestehenden Wissensbestandes geschehen kann. In realiter sei es aber so, dass die Pflege im Suchtbereich auch auf das Know-how von anderen, verwandten Disziplinen zurückgreife, wie der Psychiatrie, der Medizin oder der Soziologie (ebd., 1997).

Prattke (2001) sieht die Situation der Pflege noch schwärzer, wenn sie berichtet, dass es ihr an Möglichkeiten mangelt, die Versorgung in den Settings der Suchthilfe mitzugestalten. Zum Teil würde sogar der Eindruck entstehen, sie unterstehe den anderen Berufsgruppen und sie sei schlicht Hilfspersonal. Nkowane und Saxena (2004) meinen, dass die Pflege dadurch in ihrer Rollenidentifikation scheitert und daran gehindert wird, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufzubauen.

Eastus (1997) stellt fest, dass es sich im Bereich der Überlebenshilfe als problematisch erweist, eine Abgrenzung der agierenden Berufsgruppen vorzunehmen. In der psychosozialen Betreuung würden sich die Tätigkeiten der Pflegenden mit denen der Sozialarbeit bzw. –pädagogik überschneiden. Er fordert deshalb eine Trennungslinie zwischen den sich überlappenden Arbeitsbereichen zu ziehen und eine eindeutige Definition

der verschiedenen Funktionen vorzunehmen, denn dadurch könne Ineffizienzen in der Betreuung und einem Konkurrenzdenken zwischen den Fachpersonen vorgebeugt werden. Zudem plädiert er, zumindest in Bezug auf die schweizerische Situation, für die Etablierung von einheitlichen, auf pflegerischen Erkenntnissen beruhenden Weiterbildungen, durch die ein gemeinsames Berufsselbstverständnis der Pflege in der Drogenarbeit erzielt werden könnte.

Aus historischer Perspektive ist die Pflege seit Anbeginn der Etablierung von Programmen zur spezialisierten Versorgung von drogenkonsumierenden Menschen in diesem Feld tätig. In Großbritannien zum Beispiel begannen sich dementsprechende Projekte in den sechziger Jahren zu entwickeln. Als sich die Drogenproblematik dann Ende der achtziger bzw. Anfang der neunziger Jahre verschärfte<sup>2</sup> kam es zu einem Umdenken in der Drogenpolitik (Eastus, 1997; Rassool & Gafoor, 1997). Das Konzept der „Überlebenshilfe“ (Eastus, 1997, S 23) bzw. die „*harm-minimization work*“ (Rassool & Gafoor, 1997, S 4) setzten sich durch. Sie werden im Kapitel 2.3. *Niederschwellige Drogenarbeit* noch ausführlich behandelt.

Die Berufsgruppe der Pflege leistete nicht nur einen enormen Beitrag zur Konzeptionierung der neuen Drogenhilfsangebote, sondern auch zur Umsetzung der innovativen Strategien, wie zum Beispiel das Anlernen von Techniken zur sicheren und hygienischen Applikation der Substanzen oder die Ausgabe von sterilem Injektionsmaterial (Rassool & Gafoor, 1997). Der Bedarf nach Pflegefachkräften war groß und stieg weiter an, verfügten sie immerhin über die zur Betreuung der Klientel nötigen Kenntnisse<sup>3</sup> (Eastus, 1997). Mit der Zeit passten sie ihr Handlungsrepertoire an die speziellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten an. So integrierten sie zum Beispiel sogenannte „*lebenspraktische Ansätze*“ (ebd., S 24), die darauf abzielen, abhängigen Menschen einen Richtungswechsel in ihrem Leben zu ermöglichen. Eastus (1997) stellt außerdem fest, dass Pflegendе aufgrund der körperlichen Dimension ihres Handelns besonders dazu befähigt sind, Vertrauensverhältnisse aufzubauen, die längerfristig zur Besserung des Zustandes der Betreuten beitragen.

Immer mehr an Bedeutung gewinnt die professionelle Pflege auch auf dem Gebiet der Suchtprävention. Im Bereich des Public Health<sup>4</sup> werden präventive Maßnahmen auf drei Ebenen ergriffen – die Ebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention (Rassool,

---

2. Der intravenöse Konsum von Heroin vermehrte sich, vor allem unter jungen Leuten, und trug schließlich zum Ausbruch einer Aids-Krise bei.

3. Wissen zu Gesundheit und Krankheit, Verständnis von Hygiene, psychosoziale Kompetenzen und Kompetenzen zur Notfallversorgung, die unter anderem im Falle einer Überdosierung oder einer akuten Intoxikation erforderlich waren.

4. Public Health ist ein Bereich im Gesundheitswesen, der sich mit der Entwicklung von Maßnahmen und Strategien zur Verminderung und zur Bewältigung von Krankheit sowie „zur Förderung und zum Erhalt der öffentlichen Gesundheit“ (Carels & Pirk, 2005, S 191) beschäftigt.

2010). Rassool (ebd.) zufolge sind Pflegende hauptsächlich im Rahmen der primären und der sekundären Prävention tätig. Mit den Maßnahmen der erstgenannten Schiene sollen ganze Bevölkerungsgruppen bzw. Risikopopulationen angesprochen werden, mit dem Ziel die Nachfrage und den Gebrauch von psychotropen Substanzen zu reduzieren oder zu stoppen. Die Strategien der sekundären Prävention umfassen die Eindämmung der gesundheitlichen und sozialen Folgen des Drogenkonsums bzw. der Abhängigkeit durch Früherkennung, Intervention und Rehabilitation. Auch die Vergabe von Medikamenten ist Teil der Präventionsarbeit, nämlich dann, wenn durch den Substanzgebrauch bereits Schäden aufgetreten sind, die nur mehr durch eine medikamentöse Therapie bekämpft werden können. Dazu zählt zum Beispiel die Substitutionstherapie. Den Pflegenden kommt dabei eine wichtige Rolle zu, denn durch ihre tägliche Arbeit mit Pharmazeutika verfügen sie über ein umfassendes Wissen zu ihren Nebenwirkungen und zu den Auswirkungen des Medikamentenmissbrauchs. In ihren Aufgabenbereich fällt es, die Medikation zu managen, darüber hinaus können sie auch alternative Behandlungsmethoden anbieten.

Eine besondere Herausforderung stellt die Betreuung von Personen dar, die unter einer Doppeldiagnose leiden. Dabei handelt es sich um ein komorbides Krankheitsbild, bestehend aus einer Abhängigkeits- und einer psychiatrischen Erkrankung, wobei nicht immer klar ist, welche die Grund- und welche die Begleiterkrankung ist. Um auf die komplexen Bedürfnisse dieser Klientinnen- bzw. Klienten-Gruppe eingehen zu können, handeln die Pflegenden in erster Linie auf der Ebene der therapeutischen Betreuung (Rassool, 2010).

Das professionelle Handeln der Pflegenden in Zusammenhang mit dem Konsum und der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen impliziert auch, sich an anerkannten Pflegemodellen zu orientieren. Neben den „*models of care*“ (Rassool, 2010, S 60), die den theoretischen Rahmen für die Versorgung von drogenabhängigen Menschen durch alle in das Gesundheitssystem involvierten Berufsgruppen liefern, nimmt Rassool (2010) genauso wie Prattke (2001) Bezug auf einige Pflegemodelle, die auf suchtspezifische Kontexte umgelegt werden können. Dazu zählt zunächst das auf Roper, Logan und Tierney (2009) zurückgehende „*Lebensmodell*“. Es beinhaltet das Konzept der „*12 Lebensaktivitäten*“, dem die folgenden Ideen zu Grunde liegen: die Klientinnen und Klienten sollen einerseits dabei unterstützt werden, Aktivitäten auszuführen, „*die einen wesentlichen Teil ihres Lebens ausmachen*“ (ebd., S 29). Werden sie andererseits daran gehindert, sie auszuführen, so springt die Pflege stellvertretend ein. Ein weiteres Modell, das in der pflegerischen Versorgung von drogenabhängigen Menschen angewandt werden kann, ist die „*Selbstpflegedefizit-Theorie*“. Sie wurde von Orem (1997) entwickelt und beschreibt eine Art der Pflege, die auf die eingeschränkte oder die fehlende Fähigkeit des Menschen reagiert, sich selbst oder andere Bedürftige zu versorgen. Auch zu erwähnen ist das von Peplau

(1991) entworfene Konzept der „*Interpersonal Relations in Nursing*“, in dem die Pflege als ein interpersonaler Prozess zwischen der pflegenden und der pflegeempfangenden Person aufgefasst wird. Die persönliche Auseinandersetzung wird hier als ein wichtiges Kriterium zur Förderung des Fortschritts der Pflegeempfangenden verstanden. Auch der Pflegeprozess, der in allen der genannten Modelle enthalten ist, wird sowohl von der Autorin als auch vom Autor erwähnt.

Rassool (2010) stellt ein weiteres Modell vor, das von DiClementine und Prochaska (1998) beschriebene „*Transtheoretical Model of Change*“, das darauf abzielt, Veränderungen des menschlichen Verhaltens zu verstehen und zu beeinflussen. Der Hauptfokus des aus drei Komponenten bestehenden Modells – Phasen, Prozesse und Ebenen der Veränderung – richtet sich auf die Untersuchung des Abhängigkeitsverhaltens und kann somit auf den Kontext der Pflege von abhängigen Menschen umgelegt werden.

Die Bezugnahme auf theoretische Modelle ist in der Suchtkrankenpflege ebenso wichtig wie in anderen pflegerischen Bereichen, denn sie helfen den Pflegenden dabei, ihre Handlungen zu planen und systematisch zu vollziehen. Darüber hinaus ermöglichen sie es ihnen, eigenständig zu handeln und ihre Tätigkeiten von denen der anderen Fachpersonen abzugrenzen, wodurch der Professionalisierungsprozess angekurbelt wird (Prattke, 2001).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Rollen der Pflegenden im Suchtbereich genauso vielfältig sind wie die Felder in denen sie professionell agieren. Rassool (1997, S 14-17) nimmt deshalb eine Typologisierung von Suchtkrankenpflegenden bzw. von „addiction nurses“ vor. Schlüpfen sie in die Rolle einer bzw. eines „*Clinician*“, so bieten sie eine allgemeine sowie eine spezialisierte pflegerische Versorgung und orientieren sich dabei an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. Therapeutische Anteile besitzt diese Rolle aufgrund der biopsychosozialen Dimension des Pflegehandelns. Als „*consultant(s)*“ üben die Pflegenden weitreichende beratende Tätigkeiten aus. Zählen die Gesundheitsbildung und die Schulung der Betroffenen sowie ihres sozialen Umfeldes, aber auch der Kollegschaft und der Öffentlichkeit zu ihren Aktionen, agieren sie als „*educator(s)*“. Marginal ist die Rolle der Pflege in Bezug auf Forschungsaktivitäten. Die wenigen „*researcher*“ die es unter den Pflegenden gibt, assistieren primär anderen Fachpersonen bei der Entwicklung und Implementierung von forschungsspezifischen Projekten. Haben die Klientinnen und Klienten wichtige Entscheidungen zu treffen und bedürfen sie der diesbezüglichen Information, stehen ihnen die Pflegepersonen als „*Advocate(s)*“ unterstützend zur Seite. Auch führende Rollen übernehmen die Pflegenden. „*Manager*“ oder „*team leader*“ sind sie dann, wenn es z.B. um die Ausarbeitung von Richtlinien für die klinische Praxis geht.

### 2.2.3. *Pflegeinterventionen bei Konsum und Abhängigkeit*

In der Literatur lassen sich zahlreiche Interventionen identifizieren, die Pflegende in der Versorgung von drogenabhängigen Menschen setzen. Sie alle zu erwähnen und zu diskutieren, würde allerdings den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen, weshalb auf den folgenden Seiten nur diejenigen besprochen werden, die für das behandelte Thema von Interesse sind. Um die ausgewählten Interventionen übersichtlich darzustellen, wurde, so wie es auch einige Autorinnen und Autoren handhaben, eine Einteilung in pflegerisch-medizinische und in psychosoziale Interventionen vorgenommen. Eastus (1997) unterscheidet zum Beispiel zwischen Interventionen, die sich einerseits auf den körperlichen und andererseits auf den psychischen Zustand bzw. das Sozialverhalten der Betroffenen beziehen. Rassool (2010) meint ähnlich, dass „addiction nurses“ eine breite Palette an physischen und psychosozialen Interventionen anzubieten haben.

#### *Pflegerisch-medizinische Interventionen*

Auf der Ebene der pflegerisch-medizinischen bzw. der auf die Physis abzielenden Interventionen ist es zunächst entscheidend, Suchtprobleme und ihre gesundheitlichen Folgeerscheinungen zu erkennen und anschließend ein Assessment zur Beurteilung des körperlichen Zustandes durchzuführen (Rassool, 2010). Wünschenswert ist außerdem die Früherkennung von drogenassoziiertem Verhalten, da, wie Rassool (2010) weiter zu verstehen gibt, professionelle Helfende die Entwicklung einer ernsthaften Abhängigkeit verhindern können. Zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen und –risiken, die sich aus dem Substanzkonsum ergeben, zählen HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen, Abszesse, Blutvergiftungen, Überdosierungen und Intoxikationen sowie Suizide und Unfälle, die drogenbedingt zu Stande kommen (Loth, Rutten & Huson-Anbeek, 2002). Die genaue Analyse der physischen Kondition der Klientinnen und Klienten kann auch mit Hilfe von anerkannten Anamneseverfahren durchgeführt werden, wie der „*Addiction Severity Index*“ (Loth & Huson-Anbeek, 2002, S 97) oder die „*Funktionellen Verhaltensmuster (nach Gordon)*“ (ebd.), die ähnlich aufgebaut sind wie die Aktivitäten des täglichen Lebens. Von Bedeutung ist es in diesem Zusammenhang auch, Risiken, denen speziell drogenabhängige Menschen ausgesetzt sind, und Risikoverhaltensweisen zu erfassen, genauso wie Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), die in einem weiteren Schritt behandelt werden müssen (Rassool, 2010).

Hinzu kommen Interventionen, die die Haut- und Wundpflege sowie die Ernährung betreffen. Hier könnte die Pflegeintervention „*Nutrition Management*“ (McCloskey Dochterman & Bulechek, 2004, S 518) zum Einsatz kommen, der die Ermöglichung einer ausgewogenen

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zu Grunde liegt. Zu nennen sind hier auch die Förderung und die Unterstützung der Eigenhygiene (Loth & Huson-Anbeek, 2002) sowie das Management der Medikation und der Entgiftung bzw. des Entzugs (Rassool, 2010). Ebenso wie die Einleitung von lebensrettenden Maßnahmen, z.B. bei einer Überdosis, oder die Notfallhilfe bei einem drohenden Suizidversuch (Rassool, 2010; Linde, Rutten, Huson-Anbeek & Loth, 2002).

### *Psychosoziale Interventionen*

Maßnahmen zur (Re-)Sozialisierung, die oftmals nach dem Einbezug des gesamten sozialen Umfeldes der Betroffenen und nach einer längerfristigen Betreuung verlangen (Lektorat Pflege & Menche, 2007), lassen sich dem Gebiet der psychosozialen Intervention zuordnen. Sie entsprechen dem primären Ziel der Suchtkrankenhilfe, die Integration des Individuums auf familiärer, beruflicher und sozialer Ebene zu ermöglichen (Stimmer, 1998). Eine wichtige Intervention stellt auch die Stärkung des Selbstwertgefühls dar (Loth & Huson-Anbeek, 2002), wobei Bezug auf die inventarisierte Pflegeintervention „*Self-Esteem-Enhancement*“ (McCloskey Dochterman & Bulechek, 2004, S 633) genommen werden könnte. Sie soll den Klientinnen und Klienten dabei helfen, ihr negatives Selbstbild zu überwinden, ihre Stärken zu identifizieren und sie auszuleben. Ein weiteres Ziel der Suchttherapie, das Gouzoulis-Mayfrank (2009) erwähnt und an dem sich die Interventionen der Pflege orientieren könnten, spiegelt sich in der Förderung der psychosozialen Kompetenz sowie der Autonomie und der Bewältigungsstrategien der suchtkranken Individuen wider. Das pflegerische Interventionsrepertoire beinhaltet außerdem, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten Zukunftsperspektiven zu erarbeiten und eine alternative Tagesstruktur für sie zu entwickeln (Lektorat Pflege & Menche, 2007). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass es, nachdem eine Verhaltensänderung erzielt wurde, jederzeit zu einem Rückfall in alte Muster kommen kann. Die Wahrscheinlichkeit z.B. nach einer Entziehungskur wieder rückfällig zu werden ist groß, denn die über lange Zeiträume bestehenden Abhängigkeiten können nicht von heute auf morgen überwunden werden. Die Pflegenden müssen hier die Waage zwischen der Ausübung von Kontrolle, die die Betroffenen zu einem bestimmten Grad brauchen um Fortschritte zu machen, und der Akzeptanz des Rückfalls als eine Realität der Substanzabhängigkeit halten. Interventionen, die die Pflegenden in diesem Fall setzen, beziehen sich auf die Prävention sowie auf die Nachsorge (Linde, Rutten, Huson-Anbeek & Loth, 2002).

Um überhaupt einen Zugang zu den Klientinnen und Klienten zu finden und erfolgreich intervenieren zu können, erweist es sich als zentral, Vertrauensverhältnisse aufzubauen und

kontinuierlich an ihnen zu arbeiten. Dabei bewegen sich die Pflegenden ständig auf einem Kontinuum zwischen Nähe und Distanz, wobei es, um weiterhin professionell agieren zu können, von Bedeutung ist, Grenzen zu setzen (Bertram, Leptihn, Pech, Schmidt-Hackenberg & Sprengel, 2004; Linde, Rutten, Huson-Anbeek & Loth, 2002). Dabei handelt es sich um eine im Suchtbereich besonders wichtige Intervention, die auch in der „*Nursing Interventions Classification (NIC)*“ (McCloskey Dochterman & Bulechek, 2004) unter dem Titel „*Limit Setting*“ (ebd., S 470) zu finden ist. Primär liegt ihr Fokus darauf, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten ihr Verhalten zu diskutieren und festzulegen, welche Verhaltensweisen wünschenswert sind. Dieser Vorgang beinhaltet auch, Konsequenzen zu vereinbaren, die wirksam werden, wenn das Verhalten von den festgelegten Parametern abweicht. Wobei die Vereinbarungen kontinuierlich an die Situation der Betroffenen angepasst werden.

Eine wichtige Rolle kommt der Pflege in den Bereichen der Prävention bzw. der Gesundheitsförderung und der Schadensminderung zu. Viele der Pflegeinterventionen laufen in diesen Bereichen zusammen, wie z.B. die Aufklärung und die Information über Gesundheitsrisiken, über sicheres Konsumieren und sicheren Geschlechtsverkehr sowie über Schwanger- und Elternschaft. Auch die Vergabe von sterilem Injektionsmaterial soll an dieser Stelle erneut erwähnt werden (Rassool, 2010). Einige Autorinnen und Autoren sehen es außerdem als eine bedeutungsvolle Aufgabe der Pflege an, eine empathische und unterstützende Haltung einzunehmen (Bertram, Leptihn, Pech, Schmidt-Hackenberg & Sprengel, 2004; Lektorat Pflege & Menche, 2007). Eine wesentliche Intervention erkennt Prattke (2001, S 33) in der „*Motivationsarbeit*“. Sie beinhaltet es z.B. den Klientinnen und Klienten zu zeigen, dass sie wertzuschätzende Individuen sind, zu beobachten, wie sich ihr Motivationspotential im Laufe der Zeit entwickelt und Bezugsperson sowie Vorbild zu sein (ebd.).

McCloskey Dochterman und Bulechek (2004) beschreiben außerdem vier Pflegeinterventionen, die direkt mit dem Substanzkonsum in Verbindung stehen. Unter dem Titel „*Substance Use Prevention*“ (ebd., S 673) fassen die Autorinnen Interventionen zusammen, die im Sinne der Prävention eines von Alkohol oder Drogen dominierten Lebensstils gesetzt werden. Die Intervention „*Substance Use Treatment*“ (ebd., S 674) kommt dann zum Einsatz, wenn bereits drogenbedingt physische und/oder psychische Probleme aufgetreten sind. Pflegepersonen, die sich im Entzug befindliche Klientinnen und Klienten betreuen, machen Gebrauch von der Intervention „*Substance Use Treatment: Drug Withdrawal*“ (ebd., S 676f.) und im Falle einer Überdosierung orientieren sie sich an der Intervention „*Substance Use Treatment: Overdose*“.

### **2.3. Niederschwellige Drogenarbeit**

Drei Begriffe konnten in der Literatur identifiziert werden, mit denen eine Form der Drogenhilfe beschrieben wird, die die Lebenserhaltung und die Stabilisierung von drogenabhängigen Menschen zum Ziel hat (Biesenbach, 2002) – Niederschwelligkeit, Akzeptanz und Schadensminderung. Obwohl die Begriffe nicht immer klar voneinander abzugrenzen sind, geht aus den recherchierten Publikationen hervor, dass der Begriff der Akzeptanz eine Haltung bezeichnet, die in der Drogenhilfe eingenommen wird oder eine Art der Ausrichtung der jeweiligen Programme. Unter Schadensminderung ist ein Set an Prinzipien und Maßnahmen zu verstehen, die im Rahmen von bestimmten Angeboten des Suchthilfesystems verfolgt bzw. umgesetzt werden (Marlatt, 1998a) und der Begriff der Niederschwelligkeit weist auf eine Gestaltungsform der Versorgungsangebote hin, in der Aspekte von Akzeptanz und das Prinzip der Schadensminderung berücksichtigt werden.

Gemein ist allen drei Konzepten, dass sie einen Gegenpart zur traditionellen abstinenzorientierten Drogenhilfe verkörpern (Engemann & Schneider, 1994), in der die Suchtmittelabstinenz als Zugangsbedingung zu den Hilfsangeboten angesehen wird (Biesenbach, 2002). In ihrer Umsetzung sind die Konzepte klientinnen- und klientenzentriert (Eifert, 1994). Auch beinhalten sie eine kritische Betrachtung der repressiven Drogenpolitik, die Drogenkonsumierende, so die Vertreterinnen und Vertreter der Konzepte, kriminalisiert und zu ihrer gesundheitlichen und sozialen Verelendung beiträgt (Biesenbach, 2002).

Dieses Kapitel widmet sich zunächst der Definition von Niederschwelligkeit und wendet sich anschließend dem Versuch zu, eine Bedeutungsbestimmung von Akzeptanz in der niederschweligen Drogenarbeit sowie eine Beschreibung des Prinzips der Schadensminderung vorzunehmen. Da die qualitative Untersuchung, die Gegenstand dieser Diplomarbeit ist, in der Schweiz stattfand, wird im letzten untergeordneten Kapitel auf die dortige Gestaltung der niederschweligen Drogenarbeit bzw. auf das dort etablierte drogenpolitische „*Vier-Säulen-Modell*“ (Grob, 2009) eingegangen. Kurz werden auch einige Fakten zur Lage der niederschweligen Drogenarbeit in Österreich geliefert.

#### **2.3.1. Niederschwelligkeit**

Engemann und Schneider (1994) definieren Niederschwelligkeit als eine Konzeptionierungsform von Einrichtungen der Drogenhilfe, die sich in erster Linie an den Zugangsvoraussetzungen zu den Angeboten festmachen lässt. Die Grundidee besteht darin, drogenabhängigen Menschen möglichst wenige Barrieren in der Nutzung der Angebote in den Weg zu stellen (ebd.). Niederschwellig ausgerichtete Institutionen zeichnen sich daher

durch einen hohen Erreichbarkeitsgrad aus. Sie schaffen Möglichkeiten, mit Personen in Kontakt zu treten, die von anderen Institutionen im Suchtbereich aufgrund ihrer hohen Anforderungen nicht erreicht werden können (Hentschel, 1994). Schroers (1995) zufolge fungieren sie als Bindeglied zwischen der Drogenszene und dem Drogenhilfssystem, wodurch sie, wie bereits mehrfach belegt wurde, einen großen Beitrag zur Verbesserung der Situation der Betroffenen leisten. Mittels der Implementierung von niederschwelligen Zugängen, wird ihnen ein Raum zur Verfügung gestellt, in dem sie sich vom Leben auf der Straße erholen, sich beraten lassen und ihre Grundbedürfnisse stillen können (Biesenbach, 2002). Die Angebotspalette reicht von lebenspraktischen Hilfen, Sanitärgelegenheiten zur Durchführung der Körperhygiene, einer medizinischen Grundversorgung, dem Angebot von Mahlzeiten und Getränken über die Vergabe und den Tausch von Spritzen und Präservativen, Information und Aufklärung zu „Safer-Use“ – *„der sichere Drogengebrauch“* (Biesenbach, 2002, S 13) – und „Safer-Sex“ – *„sichere Verhütungsmethoden“* (ebd.) – bis hin zu psychosozialen Betreuungsmaßnahmen und der Beratung zu weiterführenden Therapieangeboten (Schroers, 1995).

Institutionalisiert wird die niederschwellige Drogenhilfe zum Beispiel in sogenannten „Kontaktläden“ oder allgemeiner formuliert, in Kontakt- und Anlaufstellen, die sich in der Regel an szenenahen Orten befinden, um einerseits leichter einen Zugang zur Zielgruppe zu finden und ihr andererseits die Kontaktaufnahme zu erleichtern (Biesenbach, 2002). Wie Eifert (1994) zu verstehen gibt, beschränkt sich der niederschwellige Zugang jedoch nicht auf Kontakt- und Anlaufstellen, sondern er kann praktisch für alle Settings der Drogenhilfe (auch hochschwellig ausgerichtete) übernommen werden. Zur Etablierung von niederschwelligen Angeboten kam es aufgrund von einigen Entwicklungen, die sich in den achtziger Jahren vollzogen und bereits teilweise Erwähnung im Kapitel 2.2.2. *Die Rolle der professionellen Pflege* fanden. Schroers (1995) verortet sie in den folgenden Punkten, wobei er sich auf die Situation in Deutschland bezieht: der Anstieg der HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen, bedingt durch den vermehrt intravenösen Substanzkonsum, und damit einhergehend der Anstieg der Drogentode; die steigenden Kosten durch die Beschaffungskriminalität; die anhaltende Kritik an der Wirksamkeit von bestehenden Formen und Angeboten der Drogenhilfe und die Beobachtung des Erfolgs von niederschwelligen Angeboten z.B. in den Niederlanden.

Von einer vollkommenen Neuorientierung in der Drogenpolitik sowie in der Drogenhilfe kann dabei allerdings nicht gesprochen werden. Denn wie Schroers (1995) weiter feststellt, wird nach wie vor an traditionellen Ansätzen festgehalten und auch die negative gesellschaftliche Perzeption des Konsums von illegalen Drogen scheint noch nicht überwunden (Biesenbach,

2002). Aufgabe der niederschweligen Drogenarbeit ist es daher auch Normalisierungsarbeit zu leisten, in dem sie das mythenumwobene Phänomen der Sucht greifbar macht und vermittelt, dass es sich dabei um eine Krankheit handelt, die wie jede andere behandelbar ist (Biesenbach, 2002). Dadurch unterbindet sie den Ausgrenzungsmechanismus, dem drogenabhängige Menschen zum Opfer fallen und trägt zu ihrer (Re-)Integration in die Gesellschaft bei (Biesenbach, 2002; Hentschel, 1994).

Einige Autorinnen und Autoren weisen jedoch darauf hin, dass durch die Einrichtung von öffentlich abgegrenzten Räumen für Drogenkonsumierende die Gefahr besteht, eine Parallelwelt zu schaffen und die Desintegration eher zu befördern als zu unterbinden. Sie betonen aber auch, dass die positiven Effekte der niederschweligen Drogenhilfe überwiegen. Die Einrichtung von Konsumräumen, in denen die Nutzerinnen und Nutzer ihre Drogen auf legaler Basis und unter Aufsicht von professionellem Personal konsumieren dürfen, liefert dafür ein gutes Beispiel. Der Konsum findet dort nicht wie auf der Straße oder in privaten Räumen unter unhygienischen Bedingungen und in Abgeschiedenheit statt. Dadurch wird das Infektionsrisiko gemindert und in Notfällen kann sofort eingegriffen werden. Zudem werden die Konflikte, die sich im öffentlichen Raum zwischen den Konsumierenden und den anderen Zivilistinnen und Zivilisten abspielen, entschärft (Biesenbach, 2002; Schroers, 1995).

Durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen wird das Personal außerdem von seiner Doppelrolle befreit, denn einerseits setzt der niederschwellige Ansatz voraus, das Konsumverhalten der Nutzerinnen und Nutzer zu akzeptieren und sie mit Materialien zum Konsum auszustatten und andererseits darf der Konsum in Einrichtungen ohne eigens dafür geschaffene Räumlichkeiten nicht zugelassen werden. Das permanente Wechselspiel zwischen der Ausübung von Hilfe und der von Kontrolle versetzt das Personal in einen Zustand der Rollendiffusion (Biesenbach, 2002; Schroers, 1995). Das ist aber nicht die einzige Herausforderung, vor die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt werden. Auch die Konfrontation mit dem Drogenelend in konzentrierter Form sowie die hohen Erwartungen, die trotz Ressourcenknappheit von außen an sie herangetragen werden, lassen sich als Belastungsmomente identifizieren (Schroers, 1995; Hentschel, 1994).

Aus einer Studie, die Biesenbach (2002) in ihrem Werk beschreibt, geht hervor, dass die multiplen Arbeitsanforderungen nach der multiprofessionellen Zusammensetzung der Teams verlangen. In den untersuchten Einrichtungen bestanden die Teams knapp zur Hälfte aus Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie –pädagoginnen und –pädagogen, ein weiteres Drittel entfiel auf medizinisches, psychologisches, pädagogisches und pflegerisches

Personal. Zu den wichtigsten Aufgaben des Personals zählt Hentschel (1994) es, zu motivieren, zur Selbsthilfe zu verhelfen und bei Krisen zu intervenieren.

### 2.3.2. Die Bedeutung von Akzeptanz in der niederschweligen Drogenarbeit

Obwohl, wie bereits in der Einleitung des Kapitels 2.3. *Niederschwellige Drogenarbeit* erwähnt wurde, einige Autorinnen und Autoren die Begriffe Niederschwelligkeit und Akzeptanz synonym verwenden – Biesenbach (2002) ist eine davon – lassen sich eindeutige Bedeutungsunterschiede feststellen. So orientieren sich die Vertreterinnen und Vertreter der akzeptierenden Drogenarbeit an den folgenden Prinzipien (ebd., S 11): die „*Eigenverantwortlichkeit*“ und die „*Freiwilligkeit*“ der Klientinnen und Klienten die Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, die „*Akzeptanz*“ ihrer Lebensumstände sowie das bedingungslose Angebot von Unterstützung. Schroers (1995, S 27) fügt das „*Prinzip der Subjektivierung*“ ergänzend hinzu, dem die Abkehr von der Pauschalisierung der drogenabhängigen Klientel zugunsten der Etablierung einer bedarfsorientierten Drogenhilfe zu Grunde liegt. Er bevorzugt außerdem den Terminus „*Akzeptanzparadigma*“ (ebd., S 26f.), für das, soll es im Rahmen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit umgesetzt werden, einige Kriterien erfüllt sein müssen: zum einen müssen das Recht der Klientinnen und Klienten auf humane und würdige Lebensbedingungen gegeben sein sowie die wissenschaftliche Begleitung der akzeptierenden Praxis. Zum anderen muss eine Distanzierung von der Pathologisierung der abhängigen Menschen stattfinden und ein Bewusstsein für die Vielfalt ihrer Lebenslagen und Persönlichkeiten vorhanden sein.

Aus diesen Ansätzen zur Charaktisierung der Akzeptanz im Feld der niederschweligen Drogenarbeit lässt sich schließen, dass sie sich auf ein spezielles Menschenbild stützt, das auf der Wahrnehmung des Subjekts mit allen seinen Stärken und Schwächen und nicht ausschließlich auf der der süchtigen Persönlichkeit beruht (Hentschel, 1994). Wie Eifert (1994) weiß, würde der permanente Fokus auf das Abhängigkeitsverhalten der Klientinnen und Klienten sie nämlich in ihrem Streben nach Verhaltensänderung behindern. Viel wichtiger sei es, ihre Ressourcen und ihre Selbstheilungsfähigkeiten zu fördern.

Eifert (1994) erkennt im Konzept der Akzeptanz allen voran ein Beziehungsmuster, das nicht in Folge der Erfüllung von bestimmten Anforderungen zu Stande kommt, sondern darauf basiert, drogenabhängige Menschen als eigenständige und selbstbestimmte Wesen aufzufassen. Das beinhaltet ebenso ihren konsumbestimmten Lebensstil zu akzeptieren, stelle er sich von außen betrachtet als noch so fragwürdig dar. Die Ursprünge dieser Herangehensweise sind in der Auffassung zu finden, dass hinter jeder Art von menschlichem Verhalten ein besonderer Sinnzusammenhang steht und somit auch die Entstehung und der

Fortbestand einer Abhängigkeit sinnbehaftet sind. Warum sich Verhaltensweisen wie die Abhängigkeit nicht ändern lassen, kann aber auch auf eingeschränkte persönliche Kapazitäten zurückzuführen sein. Um das mitunter destruktive Verhalten der Klientinnen und Klienten verstehen und es im Rahmen der Betreuung positiv beeinflussen zu können, sei es, wie die Autorin weiter meint, erforderlich eine akzeptierende Haltung einzunehmen. Sie bilde zudem die Grundvoraussetzung für den Beziehungsaufbau und für langanhaltende Kontakte zu den Klientinnen und Klienten (ebd.).

Die Akzeptanz darf jedoch nicht als das Unterlassen von Hilfestellung interpretiert werden, Aufgabe ihrer Vertreterinnen und Vertreter ist es nicht, die Klientinnen und Klienten ihrem Schicksal zu überlassen, sondern zu intervenieren wenn es notwendig ist. Genauso wie es die Einnahme einer akzeptierenden Haltung nicht ausschließt einzugreifen, ist nicht auszuschließen, dass der Konsum und die Abhängigkeit vom betreuenden Personal nicht akzeptiert werden oder akzeptiert werden können. Eine Kontrahaltung zu vertreten, kann also auch eine Form des Akzeptierens sein, jedoch eine die sich gegen die schadhaften Auswirkungen des Substanzgebrauchs stellt und nicht gegen das gebrauchende Individuum. Das Ziel muss darin bestehen, in Richtung risikoarmer Konsum und drogenfreies Leben gehendes Verhalten zu unterstützen. Die Mitarbeitenden müssen hier die Fähigkeit zur Empathie, zur Selbstwahrnehmung und zur Selbstreflexion besitzen (Eifert, 1994).

Sich in der akzeptierenden Drogenarbeit gänzlich der Forderung nach Abstinenz zu entziehen, ist ohnehin nicht möglich. Denn durch die Vernetzung der Konsumierenden mit anderen, höherschwellig ausgerichteten Institutionen der Drogenhilfe, strebt sie indirekt danach, sie zur Drogenfreiheit zu bewegen (Biesenbach, 2002).

Der Erfolg von akzeptanzorientierten Angeboten steht und fällt außerdem mit ihrem konfliktbehafteten Verhältnis zum Verbot des Konsums. Gesetzlich verankerte Vorgaben zwingen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen ohne Konsumgelegenheiten dazu, den Substanzgebrauch zu verbieten und die Konsumierenden bei einem Regelbruch zu sanktionieren, obwohl sich ihre Arbeit am Akzeptanzparadigma orientiert. Dadurch wird vor allem der Aufbau von Vertrauen und von vertrauensvollen Verhältnissen gestört, die für eine erfolgreiche Behandlung der Klientinnen und Klienten unerlässlich sind (Biesenbach, 2002).

Auch im gesellschaftlichen Kontext stößt der akzeptierende Ansatz immer wieder auf Widerstand, denn nach wie vor lassen sich der Konsum und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nicht mit etablierten Wertesystemen vereinbaren. Die Akzeptanz als eine Umgangsform mit menschlichen Phänomenen wie der Sucht ist weit davon entfernt

von der Mehrheitsgesellschaft mitgetragen zu werden (Biesenbach, 2002). Um der Ablehnung der Akzeptanz entgegenzuwirken, die immerhin ein entscheidendes Kriterium für die Verbesserung der Lebensqualität von abhängigen Menschen ist, stellt Biesenbach (ebd.) die folgenden Forderungen: die Entkriminalisierung des Drogenkonsums durch die Legalisierung von verbotenen Substanzen, die kontrollierte Originalstoffvergabe, z.B. im Rahmen der heroingestützten Behandlung, und die Förderung der Entstehung einer Drogenkultur. Letztere würde zur Entwicklung eines Regelwerkes für den Konsum beitragen und schonende Arten zu konsumieren kulturell verankern und erlernbar machen.

### 2.3.3. Das Prinzip der Schadensminimierung

Wie es auch auf die Konzepte der Niederschwelligkeit und der Akzeptanz zutrifft, gibt es für das Prinzip der Schadensminderung keine einheitliche Definition und ist auch die Art und Weise es umzusetzen kontextabhängig.

Marlatt (1998a, S 6f.), der den englischsprachigen Terminus „*Harm Reduction*“ verwendet, bezieht sich in seiner Charakterisierung des Prinzips auf Aussagen von Vortragenden bei der „*First National Harm Reduction Conference in the United States*“ im Jahr 1996. So zitiert er Edith Springer von der „*New York Peer Aids Education Coalition*“, die darin einen individualisierten Ansatz erkennt, der die Unterschiedlichkeit der Lebenssituationen von drogenkonsumierenden Menschen berücksichtigt. Und David Purchase, Gründer des ersten amerikanischen Spritzentauschprogrammes, für den „*Harm Reduction*“ eher eine Art Lebenseinstellung darstellt, als ein von strengen Richtlinien gekennzeichnetes Projekt (ebd.). Eine gemeinsame Grundidee, an der sich die Vertreterinnen und Vertreter des Ansatzes orientieren gibt es aber doch: jede Form von Schaden, die sich aus dem Substanzkonsum ergibt, ist abzulehnen. Zu begrüßen ist jede Form von positiver Veränderung, in Abhängigkeit davon, was die betroffene Person für sich als positiv definiert. Und unter Berücksichtigung dessen, dass Veränderungen zumeist nur in Etappen erzielt werden können. Primär geht es darum, den Betroffenen zur Selbsthilfe zu verhelfen, indem die schadhaften Auswirkungen ihres Konsums und damit assoziierte Risiken reduziert werden (Marlatt, 1998a).

Ein weiteres übergeordnetes Charakteristikum des Prinzips der Schadensminderung spiegelt sich in der Distanzierung von der ideologisch geprägten Diskussion des Suchtthemas wider, die mit einer Bewegung in Richtung eines pragmatischen und rationalen Umgangs mit der Drogenproblematik einhergeht (Haltmayer, 2007). Diese Entwicklung impliziert die Akzeptanz der Tatsache, dass Drogen ein Teil des menschlichen Daseins sind und es immer sein werden und dass es daher auch nicht möglich ist, ihre schadhaften Auswirkungen zu leugnen. Ziel der schadensmindernden Praxis soll es nicht sein, konsumierende Menschen

zu moralisieren und eine Verhaltensänderung, allen voran zugunsten der Abstinenz, zu erzwingen, sondern zunächst einen Kontakt zu den Betroffenen herzustellen und in einem weiteren Schritt ihr Überleben zu sichern (Marlatt, 1998a). Haltmayer (2007) erkennt den Sinn der Schadensminderung auch darin, Substanzabhängigen zu einem menschenwürdigen Leben zu verhelfen. Von den helfenden Personen erfordert dies viel Mitgefühl und das Bewusstsein, dass die Abhängigkeit kein Versagen oder Fehlverhalten ist, jedenfalls aber ein facettenreiches Handlungsmuster, das auf vielerlei Umstände zurückzuführen ist (Marlatt, 1998a).

Praktiken, die der Reduzierung des Schadens dienen, werden vor allem dann relevant, wenn rein kurative Ansätze nicht mehr greifen, sei es aus mangelhafter Compliance oder aufgrund der Irreversibilität der Schäden. Der Autor zieht hier einen Vergleich zur Palliativmedizin, *„wo die Linderung von Beschwerden und die Erhaltung von Lebensqualität im Zentrum therapeutischer Überlegungen steht“* (Haltmayer, 2007, S 167).

Die Voraussetzungen für die Entstehung des Prinzips ähneln denen der niederschweligen Drogenarbeit und des akzeptierenden Ansatzes. Neben dem Ausbruch der Aidskrise in den 1980er Jahren, die zur Etablierung von innovativen Public-Health-Programmen, wie z.B. Sprizentauschprogramme zur Senkung des Infektionsrisikos durch den intravenösen Konsum, geführt hat, war die beginnende Ablehnung von repressiven Vorgehensweisen für die Verbreitung von schadensminimierenden Projekten verantwortlich (Marlatt, 1998b). Vermehrt wurde die Meinung vertreten, dass drogenkonsumierende Menschen nicht mehr Schaden von der gesetzlichen und polizeilichen Verfolgung ihres illegalen Konsums davon tragen sollten, als vom Konsum selbst (Des Jarlais & Paone, 2001; Marlatt, 1998b). Denn dass repressive Eingriffe einen Einfluss auf den gesundheitlichen und sozialen Zustand der Abhängigen haben, zeigen die Ergebnisse einer Studie, die Estermann (1997) in seinem Werk beschreibt. Ein weiteres gutes Beispiel für die gesetzlich bedingte *„Schadensmaximierung“* liefert Hämmig (1997, S 13) anhand des Verbots der Abgabe von Spritzen. Dieses mag zwar vielerorts überwunden sein, dennoch birgt es das Risiko der Infektion mit dem HI-Virus, für das Spritzen ein ideales Übertragungsmedium darstellen (ebd.). Auch bedingt durch das sogenannte *„Needle-Sharing“* (Seidenberg, 1997, S 20) (Weiterreichen des Injektionsmaterials), das oftmals in den offenen Drogenszenen betrieben wird (ebd.). Politisch Widerständige argumentieren, dass durch die Abgabe von Injektionsmaterialien ein falsches Zeichen gesetzt würde, nämlich die Befürwortung des intravenösen Konsums (Des Jarlais & Paone, 2001).

Dabei ist der positive Effekt von Programmen zum Tausch und zur Vergabe von Spritzen, die übrigens den Prototypen des „*Harm Reduction*“-Ansatzes verkörpern, nicht zu leugnen. Nicht nur, dass Infektionskrankheiten dadurch verringert auftreten und das generelle Risikoverhalten der Konsumierenden abnimmt, sogar die Gesellschaft profitiert davon, denn das gebrauchte Spritzenbesteck kann ordnungsgemäß entsorgt werden und lagert sich nicht im öffentlichen Raum ab (Des Jarlais & Paone, 2001). Seidenberg (1997) setzt sich außerdem mit den medizinischen Folgen der Illegalität des Drogenkonsums auseinander und kommt zu dem Schluss, dass durch die Streckung und Verunreinigung der Substanzen auf dem Schwarzmarkt erhebliche Gesundheitsrisiken entstehen, wie z.B. die Auslösung von Allergien oder eines Schocks. Der intravenöse Konsum von Kokain kann einen derartigen Juckreiz an der Einstichstelle auslösen, dass die Konsumierenden, zum Teil auch unter Mithilfe eines Messers oder einer Nadel, so intensiv kratzen, dass die Gefahr einer Blutvergiftung besteht.

#### *2.3.4. Niederschwellige Drogenarbeit in der Schweiz - Das „Vier-Säulen-Modell“*

Um darstellen zu können, wie es zur Etablierung der niederschweligen Drogenarbeit in der Schweiz kam, ist es notwendig, auf einige historische Entwicklungen einzugehen. Denn sie trugen zur Verschärfung der Drogenproblematik bei und lieferten letztendlich die Grundlage für Innovationen in der Schweizer Drogenpolitik sowie in der Drogenhilfe, die auch heute noch Bestand haben.

Grob (2009) führt die Entstehung der Drogenszenen in der Schweiz und allen voran der großen offenen Drogenszene am Zürcher Platzspitz, die auch international Aufsehen erregte, auf die weltweite 68er-Bewegung zurück. Im Rahmen von Protestbewegungen und Konflikten zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Jugendkultur und der etablierten Gesellschaftssysteme ließen sich viele der Protestierenden zum Konsum von illegalen Drogen hinreißen. Neben dem Bruch der gesetzlich verankerten Prohibition bot auch das durch die Substanzen bewirkte Freiheitsgefühl einen Anreiz für den Konsum. Als die Konflikte nach und nach beigelegt wurden und die Protestbewegungen abebbten, fügten sich die meisten der protestierenden Jugendlichen wieder in das gesellschaftliche Leben ein, nicht so aber diejenigen, deren Konsumverhalten sich intensiviert hatte. Sie wurden an den Rand der Gesellschaft gedrängt und das Drogenproblem bestand weiter. Eine Verschärfung war im Jahr 1972 zu beobachten, als erstmalig Heroin beschlagnahmt wurde, die ersten Drogentode verzeichnet werden mussten und sich die Drogenszenen in der gesamten Schweiz verhärteten. Mittels repressiver Maßnahmen, die 1975 im eidgenössischen Betäubungsmittelgesetz verankert wurden, sollten diese Entwicklungen unterbunden

werden. Damit einherging auch das Verbot der Abgabe von sauberen Spritzen, obwohl in Fachkreisen bereits bekannt war, dass durch ihre Weiterverwendung und ihren Tausch die Übertragung von Aids- und Hepatitis B-Erregern befördert wird. Dass die Repression als einzige Strategie im Umgang mit der Drogenproblematik als ineffizient anzusehen war, gestand sich auch die Regierung ein, als die Zahl der Konsumierenden von illegalen, harten Drogen stieg und es vermehrt zu damit assoziierten Todesfällen kam. Sie reagierte mit einer Aufhebung des Spritzenabgabeverbots und mit der Einrichtung von Institutionen, wie Drogenhilfsstellen, sogenannte „Drop-In(s)“ (Grob, 2009, S 25), Tageszimmer und stationäre Behandlungsangebote für Drogenabhängige sowie Notschlafstellen. Die erste Suchtpräventionsstelle wurde im Jahr 1985 eröffnet und die ersten Kontakt- und Anlaufstellen 1987 durch das Zürcher Sozialdepartement. Aber nicht nur in Zürich wurden Vorkehrungen getroffen, in Bern zum Beispiel entstand der erste Fixerraum.

Die Situation auf dem Zürcher Platzspitz, der später durch internationale Medien den Namen „Needle-Park“ (Grob, 2009, S 60) erhielt, ließ sich jedoch nicht in den Griff bekommen und war symptomatisch für das gesamtschweizerische Geschehen. Das gesundheitliche und soziale Elend der Drogenabhängigen wurde immer offensichtlicher, im Jahr 1988 wurde ihre Zahl auf 20.000 geschätzt, wobei sich 4.000 bis 5.000 davon in der Szene in Zürich aufhielten. Die Angst vor Aids in der Gesellschaft nahm zu und der Ruf nach der Öffnung der Drogenpolitik und nach Strategien, die sich der Krankheitsprävention und der Ersten Hilfe verschrieben, lauter. Eine Antwort lieferte das vom Roten Kreuz des Kantons Zürich und vom Universitätsspitals Zürich initiierte *„Zürcher Interventions-Pilot-Projekt für Drogenabhängige gegen Aids (Zipp-Aids)“* (ebd., S 41), das sich als eine medizinische und präventivmedizinische Organisation verstand, die es sich zum Ziel setzte, *„Neuinfektionen mit den Hepatitisviren B und C und dem HIV durch die Abgabe von sterilem Injektionsmaterial [...] auf Tauschbasis sowie durch die Abgabe von Alkoholtupfern und Kondomen“* (ebd., S 43) zu reduzieren. Das dort tätige Personal bestand vorwiegend aus Pflegefachkräften. Durch die Beteiligung von Fachpersonen aus dem Feld der Medizin und der Pflege konnte das Zustandekommen der Aktion überhaupt erst ermöglicht werden. Sie bildete schließlich den Ausgangspunkt für staatlich unterstützte Programme zum Spritzen- und Nadeltausch in großem Stil und wurde somit weltweit zum Vorbild für Drogenhilfsmaßnahmen. Die Geschehnisse auf dem Platzspitz gaben außerdem Anlass für ein Umdenken in der Drogenpolitik, durch das eine Abwendung von der Repression als einzige Bewältigungsstrategie und eine Hinwendung zu einem mehrstufigen Modell bewirkt wurde, *„mit dem Ziel einer differenzierteren Reduktion des Drogenproblems, flächendeckend und mit tiefer Schwelle, das heisst für alle zugänglich“* (Grob, 2009, S 90).

Gesamtschweizerisch setzten sich Maßnahmen zur Schadensminderung durch bzw. etablierten sich Institutionen zur Überlebenshilfe mit einer niederschwellig ausgerichteten Eintrittspolitik. Die Reichweite der Hilfsangebote sollte sich auf Heroin- und Kokainabhängige ausdehnen, die vorwiegend intravenös konsumierten und sich in einer prekären Lage befanden. Bis das aus drei Säulen – Prävention, Therapie und Repression – bestehende und in den Kantonen von 1975 an verfolgte, drogenpolitische Modell um die Säule der Schadensminderung erweitert wurde, dauerte es allerdings bis ins Jahr 2008 (Ledermann & Sager, 2006). Es markiert den Zeitpunkt einer erneuten Revision des Betäubungsmittelgesetzes zur gesetzlichen Verankerung des „*Vier-Säulen-Modells*“ (ebd., S 13). Mittlerweile ist die Schadensminderung bzw. die Überlebenshilfe ein fester Bestandteil der Schweizer Drogenhilfe, durch die viele Erfolge verzeichnet werden konnten. Wie Feller und Herzig (2008) berichten, brachte die Einrichtung von unter anderem Kontakt- und Anlaufstellen und methadon- sowie heroingestützten Programmen zahlreiche positive Effekte mit sich, wie das Verschwinden der offenen Szenen, die Rückläufigkeit der Beschaffungskriminalität, sinkende HIV-Infektionsraten, reduzierte Obdachlosigkeit und ein insgesamt besserer Allgemeinzustand der drogenabhängigen Schweizerinnen und Schweizer. Wobei sie auch anmerken, dass der Erfolg nur weiterhin bestehen kann, wenn regelmäßige Bedarfsanalysen durchgeführt und die Angebote an die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten angepasst werden.

Grob (2009, S 116) resümiert, dass die Schweiz heute *„im internationalen Vergleich eine der fortschrittlichsten Drogengesetzgebungen und eines der dichtesten Netze der Drogenhilfe“* besitzt.

### *Niederschwellige Drogenarbeit in Österreich*

Auch in Österreich bzw. in Wien kam es aufgrund des verstärkt präsenten Drogenelends in der Straßenszene im Jahr 1989 zum Aufgreifen des Konzepts der Niederschwelligkeit. Ein Jahr später wurde der *„Verein Wiener Sozialprojekte“* gegründet und damit beauftragt, das Konzept zu adaptieren. Trotz großen Widerstandes von politischer und öffentlicher Seite wurde noch im selben Jahr die niederschwellig ausgerichtete Anlaufstelle *„Ganslwirt“* in Betrieb genommen. Damit wurden die Weichen für die Etablierung von einigen anderen Projekten gestellt, wie z.B. der sozialökonomische Betrieb *„fix und fertig“*. Das Projekt *„street-work“* wurde direkt am Wiener Karlsplatz umgesetzt, wo die Wiener Drogenszene ansässig war. Es ist somit in den Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit einzuordnen. Durch die Initiativen konnte eine deutliche Verbesserung des Zustandes der Zielgruppe, schwerstabhängige Drogenkonsumierende, erzielt werden (Schinnerl, o.J., S 6f.).

Nach wie vor gibt es einige Entwicklungen, die in der Drogenhilfe wünschenswert wären, in der Politik jedoch bisher vernachlässigt oder nicht akzeptiert wurden. Dazu zählen die Einrichtung von Konsumräumen, die niederschwelligere Gestaltung der Substitutionstherapie und die Zulassung von Heroin als Substitut (Wilfing, o.J.).

Pilgram (o.J.) sieht die österreichische Drogenpolitik außerdem vorwiegend als repressiv an, da sie in erster Linie darauf basiere, Drogenkonsumierende zu kontrollieren, d.h. polizeilich und strafrechtlich zu verfolgen.

## **2.4. Problemstellung**

### *Problem*

Angesichts der epidemiologischen Ausmaße des problematischen Drogenkonsums in Europa entwickelte sich ein persönliches Interesse für den Ansatz der niederschwelligen Drogenarbeit, mit dem ein wichtiger Beitrag zur Stabilisierung von drogenabhängigen Menschen geleistet wird. Vor allem durch die Integration von Maßnahmen zur Schadensminderung kann ihre Situation deutlich verbessert werden.

Daten zur Mortalität und zur Prävalenz des problematischen Drogenkonsums zeichnen dennoch ein kritisches Bild von der europäischen Drogensituation. Schätzungen zufolge konsumierten im Jahr 2008 zwischen 1,2 und 1,5 Millionen Europäerinnen und Europäer in problematischer Weise Drogen und die Zahl der gemeldeten drogeninduzierten Todesfälle belief sich in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und in Norwegen auf 7.371 (EBDD, 2010). Trotz der alarmierenden Zahlen attestieren einige Autorinnen und Autoren einen Mangel an Forschungsarbeiten im Feld der niederschwelligen Drogenarbeit, die auch die Perspektive der Mitarbeitenden und der Angebotsnutzenden berücksichtigen. Biesenbach (2002) sagt sogar aus, dass nur auf Basis von qualitativen Untersuchungen Wissen generiert werden kann, das zur Entwicklung und Modifizierung von Handlungskonzepten und Problemlösungsansätzen beiträgt.

Aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive stellte sich die Frage, welchen Beitrag die Gesundheits- und Krankenpflege zur niederschwelligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen leistet. Im Rahmen der Literaturrecherche für die Diplomarbeit konnten jedoch keine zufriedenstellenden Antworten gefunden werden, es verdeutlichte sich ein Defizit an Untersuchungen zur Rolle der Pflege im Kontext der niederschwelligen Drogenarbeit. Vorrangig konnten Publikationen ausfindig gemacht werden, die sich mit dem pflegerischen Wirken in der stationären Versorgung von drogenabhängigen Menschen auseinandersetzen.

Wie bereits im Kapitel 2. *Literaturstudie* mehrfach betont wurde, ergeben sich durch die mangelhafte wissenschaftliche Aufarbeitung Schwierigkeiten in der Professionalisierung der Pflege im Suchtbereich, obwohl in einschlägigen Kreisen bekannt ist, dass sie über wichtige Kompetenzen verfügt.

Die eben dargelegte Situation gab schließlich Anstoß für die Durchführung einer qualitativen Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegefachkräften in Settings der niederschwellig ausgerichteten Drogenhilfe. Geplant war es, Interviews mit professionellen Pflegenden zu führen, um einen Einblick in ihre alltägliche Arbeit zu gewinnen. Wie sich jedoch herausstellte, waren in den recherchierten österreichischen Einrichtungen keine Pflegenden tätig. Da aus der Literatur eindeutig hervor ging, dass ihr Handeln in der Betreuung von Drogenkonsumierenden von fundamentaler Bedeutung ist, wurde dieser Umstand ebenfalls als problematisch aufgefasst.

Um das Forschungsvorhaben dennoch realisieren zu können, wurde nach einem Ort außerhalb Österreichs gesucht, an dem Pflegefachkräfte Teil des niederschweligen Geschehens sind. Die Schweiz stellte sich nach einiger Recherchearbeit als idealer Untersuchungsort dar. Folglich wurden Überlegungen dazu angestellt, welche Themen konkret erforscht werden sollten und eine zentrale Fragestellung wurde formuliert.

#### *Fragestellung (Forschungsfragen)*

Das gesamte Forschungsvorhaben wurde von der folgenden, zentralen Fragestellung geleitet:

***„Welche Rolle spielt die professionelle Pflege in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen und welche Handlungskonzepte verfolgt sie?“***

Um das Erkenntnisinteresse der qualitativen Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegefachkräften in der niederschweligen Drogenarbeit zu präzisieren, wurden sechs Forschungsfragen formuliert. Sie bildeten die Grundlage für die Datenerhebung mittels der Methode des qualitativen Interviews und werden im Folgenden dargestellt:

- 1. Welche Aufgabe hat die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen?*
- 2. Welche Rolle kommt dem Pflegepersonal im Kontext der interdisziplinären Zusammenarbeit in niederschweligen Versorgungssettings zu?*

3. *Welche Zielsetzungen stehen hinter dem niederschwelligen Versorgungsangebot?*
4. *Wie lässt sich die Zielgruppe der pflegerischen Handlungen in der niederschwelligen Drogenarbeit beschreiben?*
5. *Welche Interventionen setzen Pflegende um die Zielsetzungen zu erreichen?*
6. *Welche Handlungskonzepte verfolgen sie dabei?*

### *Zielsetzung*

Das Hauptziel der qualitativen Untersuchung besteht darin, unter Einbezug der subjektiven Perspektive von Pflegenden, zu ermitteln, welche Rolle sie im Kontext der niederschwelligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen einnehmen und welche Handlungskonzepte sie darin verfolgen. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, ihre Erfahrungen kund zu tun und am Expertinnen- und Expertenwissen der anderen teilzuhaben, mit dem weiterführenden Ziel eine innerdisziplinäre Vernetzung herzustellen.

Dieser Zielsetzung liegt das Bestreben zu Grunde, einen Beitrag zum Ausgleich des Defizits an der Generierung und an der Dokumentation von Wissen im Feld der Suchtkrankenpflege zu leisten. Hinter dem Forschungsvorhaben steht primär das Interesse, das pflegerische Wirken in der niederschwelligen Drogenarbeit zu erhellen, um aufzeigen zu können, dass der Einsatz von Pflegepersonen besonders wichtig ist. Schließlich wird in diesem spezialisierten Bereich der Suchthilfe auch darauf gesetzt, gesundheitliche Risiken und Schäden einzudämmen. Und den Kernpunkt des pflegerischen Arbeitsauftrages bildet die Behandlung von Beeinträchtigungen der Gesundheit bzw. die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung von Krankheit. Der Blick auf die Landschaft der Suchthilfe in Österreich zeigt jedoch, dass den Pflegenden dort keine große Bedeutung zukommt. Ziel der Untersuchung ist es daher einerseits die Professionalisierung der Pflege auf dem Gebiet der allgemeinen und im Speziellen der niederschwelligen Versorgung von suchtkranken Menschen voranzutreiben. Und andererseits Empfehlungen für die Entwicklung der österreichischen Drogenhilfe abzuleiten und die Integration der Gesundheits- und Krankenpflege in Einrichtungen mit niedrigen Zugangsvoraussetzungen anzuregen.

Im weitesten Sinne wird mit dem Forschungsunternehmen auch die Absicht verfolgt, an der Eindämmung des nach wie vor bestehenden Drogenelends mitzuwirken sowie am Prozess der Konzeptionierung von neuen Ansätzen zur Versorgung von Drogenkonsumierenden.

Indirekt soll damit auch Klarheit in die kontroverse Debatte um die Legitimation der Prinzipien der Akzeptanz und der Schadensminderung gebracht werden. So soll aufgezeigt werden, dass der Drogenkonsum durch die Einnahme einer akzeptierenden Haltung und durch

schadensminimierende Maßnahmen, wie die Abgabe von sauberen Spritzen, nicht befördert wird, sondern dass sich die Lebenssituation der Konsumierenden wesentlich verbessert.

Eine weitere Ambition ist es außerdem, sich gegen die Stigmatisierung von abhängigen Individuen einzusetzen, indem aufgeklärt wird, dass es sich bei der Abhängigkeit nicht um menschliches Fehlverhalten, sondern um ein multipel beeinflusstes Verhaltensmuster handelt.

### **3. Methodologie**

Im Zentrum dieses Kapitels steht die Auseinandersetzung mit den Methoden, die zur Realisierung der qualitativen Untersuchung herangezogen wurden. Auf den folgenden Seiten findet sich eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens. Sie setzt bei der eingeschlagenen Forschungsrichtung und beim gewählten Forschungsstil an, wendet sich daraufhin dem Sampling und der Stichprobe zu und befasst sich anschließend damit, wie die Daten erhoben und ausgewertet wurden. Zum Abschluss wird erklärt, was getan wurde, um die Güte der Untersuchung zu bewahren und ethisch korrekt zu forschen. Jedes der Unterkapitel beinhaltet zunächst eine theoretische Abhandlung über die Methoden und widmet sich im Weiteren ihrer praktischen Umsetzung, wobei sich Theorie und Praxis aus Gründen der besseren Verständlichkeit stellenweise überschneiden.

#### **3.1. Qualitative Forschung**

Um das Vorhaben zu realisieren, die Rolle und die Handlungskonzepte von Gesundheits- und Krankenpflegekräften im Setting der niederschweligen Drogenarbeit zu untersuchen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Ziel der Untersuchung war es, aus der subjektiven Perspektive der befragten Pflegefachpersonen zu erfahren, wie sie sich im Kontext der interdisziplinären Zusammenarbeit positionieren, welche Interventionen sie in der Versorgung von drogenabhängigen Menschen setzen und welche Ideen sie mit ihren Handlungen verfolgen. Diese Zielsetzung deckt sich mit dem der qualitativen Forschung zu Grunde liegenden Bestreben, subjektive Wirklichkeiten zu erfassen, die, so die Grundannahme der Vertreterinnen und Vertreter des qualitativen Paradigmas, von den betroffenen Akteurinnen und Akteuren auf Basis ihrer individuellen Bedeutungszuschreibungen an das soziale Geschehen konstruiert werden. Die Wahrhaftigkeit der Geschehnisse wird demnach nicht als etwas objektiv Erfassbares verstanden, wie es in der quantitativ ausgerichteten Forschung der Fall ist, sondern als etwas auf den Wahrnehmungen und Interpretationen der agierenden Personen Beruhendes (Mayer, 2011; Flick, von Kardorff & Steinke, 2000). Das Interpretative Paradigma bildet daher eine wichtige theoretische Grundlage für qualitative Forschungsvorgehen. Die darin liegende Methodik besteht in der Interpretation der zu untersuchenden menschlichen Interaktionen. Der Symbolische Interaktionismus oder die phänomenologische Lebensweltanalyse sind Beispiele für Methoden, die ihre Wurzeln im interpretativen Paradigma haben (Lamnek, 2010). Zudem strebt qualitative Forschung danach, den Untersuchungsgegenstand erklärend darzustellen, weshalb die ihr am nächsten liegende Forschungsperspektive die „*Deskription sozialen Handelns und sozialer Milieus*“ (ebd., S 27)

ist. Sie wird von der Frage geleitet, warum die „beforschten“ Personen bestimmte Verhaltensweisen annehmen (ebd.). Darin, typische Handlungsmuster zu identifizieren und zu analysieren, die von einer definierten Gruppe von Menschen in bestimmten Situationen angenommen werden, erkennt auch Mayer (2011) das Wesen von qualitativ geprägten Untersuchungsverfahren. Deshalb erweist sich auch die Wahl eines qualitativen Designs zur Durchführung der vorliegenden Untersuchung als sinnvoll. Schließlich hat sie das Ziel, Handlungskonzepte von Pflegefachkräften zu erforschen, die im niederschweligen Suchtbereich tätig sind.

Um die Perspektiven und die Handlungen der vom Untersuchungsgegenstand betroffenen Akteurinnen und Akteure jedoch tatsächlich verstehen bzw. um soziale Phänomene erfassen zu können – das Verstehen und die ganzheitliche Erfassung sind elementare Grundsätze der qualitativen Forschung – ist es nicht ausreichend, einen Blick von außen darauf zu werfen. Es muss in die Innenwelt der Betroffenen vorgedrungen und versucht werden, die untersuchten Phänomene von innen heraus zu begreifen (Mayer, 2011). Deshalb wird die qualitative Forschung auch als „*Lebensweltforschung*“ (ebd., S 73) bezeichnet. Flick, von Kardorff und Steinke (2000) verstehen darunter die Erforschung von bisher unbekannten Lebenswelten, die zur Entwicklung von gegenstandsverankerten Theorien beiträgt. Dabei handelt es sich um Forschungen, die die Nähe zum Gegenstand nicht verlieren bzw. die es ermöglichen, „*näher dran*“ (ebd., S 17) zu sein. Dass die qualitative Forschung in diese Kategorie einzuordnen ist, zeigt sich anhand der Auseinandersetzung mit ihren zentralen Prinzipien:

Im Gegensatz zum quantitativen Paradigma wird der Forschungsprozess nicht von vorgefertigten theoretischen Annahmen geleitet, die Erhebung der Ergebnisse erfolgt nicht mittels standardisierter Methoden. Qualitative Forschung zeichnet sich dadurch aus, dem Forschungsgegenstand offen gegenüber zu treten und sich nicht vor neuen Ergebnissen zu verschließen. Sie werden ganz im Gegenteil laufend in die Prozesse der Erhebung und der Auswertung eingebunden und bestimmen so das weitere Vorgehen (Mayer, 2011). Deshalb werden zur Datenerhebung ausschließlich nicht- oder maximal halb-standardisierte Instrumente herangezogen, wie zum Beispiel das qualitative Interview oder die offene Beobachtung (Mayer, 2002). Durch eine flexible Herangehensweise kann sich die forschende Person außerdem an die wechselhaften Bedingungen des zu untersuchenden Phänomens anpassen. Flexibilität wird in der qualitativen Forschung als eine Notwendigkeit verstanden, um dem prozesshaften Charakter von sozialen Phänomenen gerecht zu werden (Lamnek, 2010).

Ein weiteres zentrales Prinzip spiegelt sich in der Kontextbezogenheit der Forschung wider.

Die untersuchten Personen setzen ihre Handlungen bzw. tätigen ihre Aussagen situativ, weshalb die Forscherin oder der Forscher sich direkt ins Feld des situativen Geschehens begeben muss, möchte sie oder er ein realitätsgetreues Bild des untersuchten Gegenstandes zeichnen und ihn in seinem jeweiligen Bedeutungszusammenhang verstehen (Mayer, 2011; Flick, von Kardorff & Steinke, 2000). Zu diesem Zweck ist es außerdem erforderlich, sich auf die Ebene der alltagsweltlichen Kommunikation zu begeben und sich in die Untersuchungsteilnehmenden einzufühlen, ohne jedoch die notwendige „kritische Distanz“ (Lamnek, 2010, S 36) zu verlieren. Hier lässt sich ebenfalls ein Unterschied zur quantitativen Forschung feststellen, denn die Kommunikation bzw. die Interaktion zwischen den Forschenden und den „Beforschten“ wird nicht als forschungsverzerrender Faktor, sondern als forschungsförderndes Element verstanden (ebd., 2010). Vor allem in diesem Zusammenhang, aber auch generell ist es von Bedeutung, das Forschungshandeln zu reflektieren (Lamnek, 2010; Flick et al., 2000).

Ein wichtiges Charakteristikum der qualitativen Forschung hebt erneut Mayer (2011) hervor. Ihr zur Folge zeichnet sie sich nämlich dadurch aus, vom Besonderen auf das Allgemeine zu schließen, weshalb sie als induktiv anzusehen ist. Die Argumentation von Flick, von Kardorff und Steinke (2000) schließt hier an, denn auch für sie repräsentiert der Einzelfall den Ausgangspunkt jeder qualitativ ausgerichteten Forschung. Erst in einem zweiten Schritt würden die einzelnen Fälle miteinander verglichen und auf einer abstrakteren Ebene zusammengefasst. Im Gegensatz zu quantitativ geprägten Verfahren gehe es außerdem nicht darum, Gesetzmäßigkeiten festzustellen und allgemein gültige Aussagen zu treffen (Mayer, 2002).

Zu den bedeutungsvollsten qualitativen Forschungsrichtungen zählen die Phänomenologie, die Grounded Theory, die Ethnographie und die Objektive Hermeneutik (Mayer, 2002). Das folgende Kapitel setzt sich näher mit dem Verfahren der Grounded Theory auseinander, das herangezogen wurde, um die im Rahmen der Diplomarbeit geplante qualitative Untersuchung durchzuführen.

### **3.2. Grounded Theory**

Die Grounded Theory ist ein dem qualitativen Paradigma angehörender Forschungsstil, dem die Entwicklung von gegenstandsverankerten Theorien zu Grunde liegt. Strauss und Corbin (1996, S VII) verstehen darunter „eine in den Daten begründete Theorie“, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und zum Verständnis seines Wesens beiträgt. Das in der Grounded Theory verfolgte Vorgehen zur Theoriebildung ist insofern als induktiv anzusehen, als es bei der Empirie ansetzt, sich also aus in der Realität verankerten

Daten speist (Lamnek, 2010). Mayer (2011) beschreibt die Grounded Theory als ein Verfahren zur Schaffung von erklärenden Theorien für menschliche Verhaltensweisen, die sich aus der sozialen Interaktion ergeben. Auch die im Rahmen dieser Diplomarbeit durchgeführte Untersuchung hat zum Ziel, Klarheit in ein bisher unerforschtes Feld zu bringen. Es handelt sich um den Versuch, Antworten auf die folgenden Fragen zu finden: Welche Bedeutung kommt der Gesundheits- und Krankenpflege im sozialen Gefüge der niederschweligen Drogenarbeit zu? Welche Handlungen setzen Pflegende in der dortigen Versorgung von drogenabhängigen Menschen? Welche Konzepte verbergen sich hinter diesen Handlungen?

Für Böhm (2000) repräsentiert die Grounded Theory eine umfassende Methode zur Erforschung von sozialwissenschaftlich relevanten Phänomenen. Sie bietet die Möglichkeit, aus einem Set an Methoden und Verfahren zu wählen, um Daten zu sammeln, zu analysieren und letztendlich eine Theorie daraus zu bilden. Da es somit an der forschenden Person selbst liegt, den Prozess ihrer Forschung zu gestalten, versteht sich die Grounded Theory als eine „*Kunstlehre*“ (ebd., S 476), die nicht an strengen Vorgaben festhält, sondern vielmehr Vorschläge zu möglichen Vorgehensweisen liefert (Lamnek, 2010). Um neue Einblicke in den Untersuchungsgegenstand zu bekommen, ist es für die Forschenden also von Bedeutung, ihre Kreativität spielen zu lassen, ohne dabei jedoch unpräzise zu arbeiten und bestimmte Regeln zu vernachlässigen, die das Instrumentarium der Grounded Theory beinhaltet (Strauss & Corbin, 1996).

Ausgangspunkt jeder an die Grounded Theory angelehnten Forschung ist das Sammeln von empirischen Daten, die daraufhin mit sogenannten Codes versehen werden. Zu kodieren bedeutet nach Strauss und Corbin (1996), die generierten Daten aufzubrechen und zu konzeptualisieren, das heißt für den Untersuchungsgegenstand als relevant erscheinende Vorkommnisse in den Daten zu benennen, zu erläutern und zu diskutieren, sodass am Ende des Kodier-Prozesses eine Liste an Begriffen bzw. Konzepten vorliegt. Um aus den Rohdaten letztendlich eine Theorie zu entwickeln, kann die forschende Person von drei Arten des Kodierens Gebrauch machen – offenes, axiales und selektives Kodieren – auf die im Kapitel 3.5. *Datenanalyse* noch näher eingegangen wird.

Im weiteren Verlauf der Datenauswertung kommt es zu einer Differenzierung dieser Konzepte, ihre Eigenschaften und Dimensionen verdichten sich und es entstehen Kategorien, in denen Daten zusammengefasst werden, die sich auf bestimmte Vorkommnisse beziehen (Böhm, 2000). Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Abwicklung dieses Unterfangens ist die „Theoretische Sensibilität“. Strauss und Corbin

(1996) verstehen darunter die Fähigkeit, die Daten zu deuten und Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Um außerdem gewährleisten zu können, dass die im Entstehen begriffene Theorie dem untersuchten Gegenstandsbereich angemessen ist, müssen die gebildeten Kategorien und die damit zusammenhängenden theoretischen Annahmen an neu generierten Daten überprüft werden (Lamnek, 2010). Mit anderen Worten, sieht die Grounded Theory vor, bereits Generiertes, Analysiertes und Kodiertes, einem ständigen Vergleich mit neu Erhobenem zu unterziehen. Aus diesem Vorgang, der von Glaser und Strauss (1998, S 107) als „*Die Methode des ständigen Vergleichens*“ bezeichnet wird, ergibt sich der parallele Ablauf der Phasen der Datensammlung und der Datenauswertung, der ein zentrales Charakteristikum der gegenstandsverankerten Theoriebildung darstellt. Für die forschende Person bedeutet dies, sich immer wieder in das Forschungsfeld zurück zu begeben und sich zu fragen, „*welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind*“ (Glaser & Strauss, 1998, S 53). Dabei orientiert sie sich am „Theoretischen Sampling“, bei dem der Fokus zunächst auf die Sammlung von Daten gesetzt wird, die sich auf den gesamten Untersuchungsbereich beziehen, um in einem nächsten Schritt nach Daten zu suchen, die sich mit Aspekten beschäftigen, auf deren Basis die ersten Kategorien und theoretischen Ansätze entwickelt wurden (Böhm, 2000). Die soeben beschriebenen Vorgänge tragen letztendlich zur Spezifizierung der Theorie bei und verleihen ihr Vielfalt (Lamnek, 2010), wodurch eines der wichtigsten Kriterien der Grounded Theory erfüllt wird. Um Allgemeingültigkeit zu erlangen, müssen der Abstraktionsgrad und die Variation der aufgestellten Theorie nämlich soweit ausgeprägt sein, dass sie auf eine Vielzahl an Kontexten angewendet werden kann, mit denen das untersuchte Phänomen in Verbindung steht (Strauss & Corbin, 1996).

Begründet wurde die Grounded Theory von den Soziologen Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser, die zwar in unterschiedlichen Denk- und Forschungsrichtungen verankert waren, sich in der Entwicklung des Verfahrens aber maßgeblich an der auf Mead zurückgehenden, im Feld der Sozialpsychologie einzuordnenden Theorierichtung des Symbolischen Interaktionismus orientierten. Ihm liegt die folgende Auffassung zu Grunde: individuelle Verhaltensweisen sind das Resultat von sozialen Interaktionen, die wiederum von Symboliken gesteuert werden, die das einzelne Individuum in den Handlungen und Verbalisierungen seines Gegenübers vernimmt bzw. zu vernehmen mag. Das bedeutet, das menschliche Handeln ist mit bestimmten Bedeutungen versehen, die in den agierenden Personen bestimmte Reaktionen hervorrufen. Forschungen, die den Traditionen des Symbolischen Interaktionismus folgen, haben daher die Erfassung von subjektiven Wahrnehmungen des sozialen Geschehens zum Ziel (Lamnek, 2010; Denzin, 2000).

### **3.3. Sampling und Stichprobe**

Dieses Kapitel widmet sich zunächst den theoretischen Hintergründen des Samplings bzw. der Stichprobenbildung in der qualitativen Forschung und setzt sich in weiterer Folge damit auseinander, wie das Sampling im Rahmen der vorliegenden Untersuchung umgesetzt wurde bzw. wie die Wahl der Stichprobe erfolgte.

#### **3.3.1. Theoretische Hintergründe des Samplings bzw. der Stichprobenbildung**

Wie bereits im Kapitel 3.1. *Qualitative Forschung* erwähnt wurde, liegt qualitativ ausgerichteten Untersuchungen das Bestreben zu Grunde, typische Verhaltensweisen zu identifizieren, die von einer bestimmten Gruppe von Menschen in Zusammenhang mit einem zu untersuchenden Phänomen angenommen werden. In der Wahl der Stichprobe orientiert sich die forschende Person daher weder am Zufallsprinzip noch am Prinzip der Repräsentativität. Die Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer wählt sie unabhängig davon aus, ob ihr Charakter für die Gesamtpopulation repräsentativ ist. Auch überlässt sie es nicht dem Zufall, wer in die Stichprobe aufgenommen wird und wer nicht. Bewusst entscheidet sie sich für Personen, die für die Untersuchung relevante Charakteristiken aufweisen, wie zum Beispiel Pflegefachpersonen, die im Feld der niederschweligen Drogenarbeit tätig sind. Daraus lässt sich schließen, dass die Stichprobenbildung an einen bestimmten Zweck gebunden ist bzw. dass die Forschenden damit einer bestimmten Zielsetzung folgen, die sie im Rahmen ihres Vorstudiums des Untersuchungsgegenstandes entwickelt haben (Mayer, 2007). Eine ähnliche Auffassung vertreten Holloway und Wheeler (2010), denn sie verstehen das in der qualitativen Forschung angewandte Sampling als eine zielgerichtete Auswahl von Individuen, die über jenes Wissen verfügen, das zur Exploration des interessierenden Phänomens benötigt wird. Möchte die forschende Person mit der Festlegung ihres Samples also einen bestimmten Zweck erfüllen, so handelt es sich den Autorinnen zur Folge um das als „*purposeful*“ oder „*purposive*“ bezeichnete Sampling. Da die Rekrutierung der Probandinnen und Probanden zudem kriterienbezogen erfolgt – um in das Sample aufgenommen zu werden, muss den von der Forscherin bzw. vom Forscher definierten Kriterien entsprochen werden – ist in diesem Zusammenhang auch vom „*criterion-based sampling*“ zu sprechen (ebd., S 138).

Forschungen, die an das Verfahren der Grounded Theory angelehnt sind, verfolgen in der Regel die Strategie des theoretischen Samplings, bei dem die Auswahl der Probandinnen und Probanden von der in den ersterhobenen Daten enthaltenen theoretischen Information bestimmt wird (Mayer, 2007). Die Zusammensetzung der Stichprobe ist also nicht vor Beginn

der Forschung festzulegen, sondern ergibt sich im Lauf des Forschungsprozesses. Folgt man den Ausführungen von Strauss und Corbin (1996), so wird die weitere Datenauswahl von der Analyse bereits generierter Daten geleitet.

Einen wichtigen Schritt stellt es für die forschende Person außerdem dar, zu entscheiden, wann das Sampling beendet werden kann. Dabei orientiert sie sich am Prinzip der Datensättigung, das Folgendes besagt: können keine neuen Konzepte oder Konzeptdimensionen, die für die Forschung von Relevanz sind, mehr identifiziert werden bzw. wiederholt sich bereits Identifiziertes in den neu generierten Daten, so ist kein weiteres Sampling mehr notwendig. Strenge Regeln gibt die qualitative Forschung dabei nicht vor, in den meisten Fällen variiert die Größe der Stichprobe aber zwischen vier und vierzig Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern (Holloway & Wheeler, 2010).

### *3.3.2. Sampling und Stichprobe der Untersuchung*

Gegenstand des Samplings ist die Auseinandersetzung mit der Frage, welche Personen in die Stichprobe aufgenommen werden sollen und warum. Darüber hinaus ist zu überlegen, in welchem Kontext und an welchem Ort die Untersuchung stattfinden soll. Die folgenden beiden Kapitel dienen einerseits der Vertiefung dieser Fragen und stellen andererseits dar, wie das Sampling der qualitativen Untersuchung durchgeführt wurde. Wobei der Fokus des ersten Unterkapitels auf der Wahl und der Rekrutierung der Probandinnen und Probanden liegt und der des zweiten auf der Bestimmung des Kontextes und des Untersuchungsortes.

#### *Personenbezogenes Sampling und Stichprobe*

Obwohl sich die im Rahmen dieser Diplomarbeit durchgeführte Untersuchung an den Prinzipien der Grounded Theory orientiert, konnte die Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer nicht auf Basis des theoretischen Samplings erfolgen. Da für die Datenerhebung lediglich ein einmonatiger Aufenthalt in der Schweiz, dem Untersuchungsort, zur Verfügung stand, musste das Sample bereits vor der Generierung der ersten Daten bestimmt werden<sup>5</sup>. Die Stichprobe a priori zu bilden widersprach allerdings nicht dem Wesen und der Zielsetzung der Untersuchung. Ganz im Gegenteil: Es war eine natürliche Konsequenz aus der Zielsetzung, einen Gegenstandsbereich untersuchen zu wollen, der sich auf das spezifische Wirken einer bestimmten Gruppe von Menschen in einem definierten Setting bezog – die Tätigkeit von

---

5. Aus einem Mangel an finanziellen und zeitlichen Ressourcen konnte die Untersuchung nicht über einen längeren Zeitraum stattfinden.

Pflegefachpersonen im Feld der niederschweligen Betreuung von drogenabhängigen Menschen. Die Untersuchung auf die betroffenen Pflegenden zu beschränken erwies sich insofern als sinnvoll, als sie als Expertinnen und Experten auf dem untersuchten Gebiet anzusehen sind, diesbezüglich also über einen reichen Erfahrungsschatz und ein breites Wissensspektrum verfügen.

So wie es auch Holloway und Wheeler (2010, S 138) für das „*purposive sampling*“ vorsehen, fiel die Wahl der Stichprobe somit bewusst auf Personen, die einen Einblick in das Untersuchungsfeld haben und Informationen zum untersuchten Phänomen liefern können.

Nachdem sich das Sample bereits vor Eintritt in die Feldphase spezifizieren ließ, mussten in einem nächsten Schritt Pflegefachkräfte gefunden werden, die im Feld der niederschweligen Drogenarbeit tätig waren und sich zur Teilnahme an der Untersuchung bereit erklärten. Die Recherche erfolgte über die Schweizer Internetplattform „Infodrog – coordination intervention suisse“ (Infodrog), auf der unterschiedlichen niederschweligen Settings angehörende Einrichtungen inklusive ihrer Kontaktdaten beschrieben werden. Persönlicher Kontakt wurde dann per E-Mail aufgenommen, wobei die Empfängerinnen und Empfänger mittels eines angehängten Informationsblattes über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und gebeten wurden, die Anfrage an potentielle Pflegefachpersonen weiterzuleiten, wenn sie es nicht selbst waren. Die Rückmeldungen der an der Untersuchung Interessierten gingen in unterschiedlichen Zeitabständen ein, zum Teil musste erneut angefragt werden. Absagen mussten ebenfalls einige hingenommen werden, da in den betreffenden Einrichtungen entweder kein Pflegepersonal vertreten oder die Untersuchungsteilnahme aus einem anderen Grund nicht möglich war. Da aber etwa dreißig Einrichtungen in die engere Auswahl fielen, konnten weitere Anfragen versendet werden, sodass nach einer ungefähren Dauer von drei Monaten ein Sample von zehn Pflegefachpersonen fixiert werden konnte.

Das weitere Vorgehen bestand darin, die Zielpersonen ausführlich über die Abläufe des Forschungsvorhabens aufzuklären und ihnen die Möglichkeit zu bieten, Rückfragen zu stellen, bevor ihnen die Einverständniserklärung zum Interview zur Ansicht per E-Mail zugesandt wurde. Bis die Interviewtermine letztlich fest vereinbart werden konnten, dauerte es einen weiteren Monat. Wobei es eine Herausforderung darstellte, zehn Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner in dem einmonatigen Untersuchungszeitraum unterzubringen. Schließlich mussten auch ihre Terminwünsche berücksichtigt werden. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, dass zwischen den einzelnen Terminen Zeit dafür blieb, die Interviews zu transkribieren und zu analysieren, um die daraus entstandenen Konzepte im Rahmen der weiteren Interviews auf ihre Gültigkeit zu überprüfen. Die in der Grounded Theory verankerte Theoriebildung auf Basis des ständigen Vergleichens der

Daten bzw. des Wechselspiels zwischen Datensammlung und Datenanalyse konnte somit gewährleistet werden. Dem Prinzip der Datensättigung in seinem ursprünglichen Sinn zu folgen, war jedoch nicht möglich. Denn das Sample wurde aus bereits genannten Gründen auf zehn Pflegefachpersonen festgelegt. Sowohl während als auch nach Beendigung der Erhebung stellte sich allerdings heraus, dass die Größe des Samples passend gewählt war.

Zur Veranschaulichung der finalen Stichprobe, liefert die folgende Tabelle eine Statistik über die Geschlechter- und Altersanteile sowie über die Ausbildungshintergründe der teilnehmenden Pflegefachpersonen:

| <b>Geschlecht</b> | <b>Alter</b> | <b>Ausbildung</b>                                                                                      |
|-------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| w                 | 54           | Dipl. Pflegefachfrau HF (AKP)                                                                          |
| w                 | 45           | Dipl. Pflegefachfrau HF                                                                                |
| m                 | 51           | Dipl. Pflegefachmann HF                                                                                |
| w                 | 35           | Dipl. Pflegefachfrau HF mit Schwerpunkt Psychiatrie                                                    |
| w                 | 31           | Dipl. Pflegefachfrau HF (DN II)<br>Weiterbildungsmaster mit Schwerpunkt in Suchtfragen (in Ausbildung) |
| m                 | 38           | Dipl. Pflegefachmann HF mit Schwerpunkt Psychiatrie<br>Master Sozialmanagement (in Ausbildung)         |
| w                 | 52           | Dipl. Pflegefachfrau HF<br>Fachausbildung im Suchtbereich                                              |
| w                 | 33           | Dipl. Pflegefachfrau HF mit Schwerpunkt Psychiatrie                                                    |
| w                 | 31           | Dipl. Pflegefachfrau HF (HF-Abschluss angehängt an DN I)                                               |
| m                 | 35           | Dipl. Pflegefachmann HF (DN II)                                                                        |

Tabelle 1: Angaben zu Geschlecht, Alter und Ausbildung der Befragten

Wie die Tabelle zeigt, haben die meisten der Befragten eine Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau HF bzw. zum diplomierten Pflegefachmann HF absolviert. Die Abkürzung „HF“ steht für höhere Fachschule. Durch sie wurden im Jahr 2008 die früheren Berufsbezeichnungen „AKP“ für Allgemeine Krankenpflege und „DN II“ für Diplomniveau zwei ersetzt. Die in Klammern gesetzten Berufstitel weisen darauf hin, dass die betreffenden Pflegepersonen ihre höhere Berufsbildung vor 2008 vollendeten. Der neue Titel darf von ihnen übernommen werden (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK; OdASanté). Auch ersichtlich ist in der Tabelle, dass einige der interviewten Pflegenden sich im Bereich der Psychiatrie spezialisiert haben. Zwei der Befragten bilden sich außerdem im Suchtbereich weiter und eine Befragte hat ihre weiterführende Fachausbildung bereits abgeschlossen.

### *Kontextbezogenes und örtliches Sampling*

Holloway und Wheeler (2010) zufolge bezieht sich das Sampling nicht nur auf Personen, sondern auch auf den Kontext und den Ort der Untersuchung. Wie den vorherigen Seiten zu entnehmen ist, bildete die niederschwellige Drogenarbeit den Kontext der qualitativen Untersuchung, nicht jedoch die einzelnen, dort vertretenen Settings. Denn für das Forschungsvorhaben war es nicht von Bedeutung, wie die jeweiligen Einrichtungen aufgebaut waren, das heißt ob es sich um Kontakt- und Anlaufstellen mit oder ohne Konsumraum handelte, um Betreutes Wohnen, aufsuchende Sozialarbeit oder um mobile Angebote. Im Zentrum des Interesses stand das dortige Wirken der Pflegefachkräfte.

Die Schweiz als Ort der Untersuchung wurde gewählt, da sich in Österreich lediglich zwei niederschwellige Institutionen – „Streetwork im Drogenbereich und Kontaktladen der Caritas Graz-Seckau“, Steiermark und „Ex & Hopp Drogenberatung, Kontakt- und Anlaufstelle“, Vorarlberg – identifizieren ließen, in denen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte tätig sind. Das ergaben zumindest eine informelle Recherche im Internet auf der „Plattform Drogentherapien – Information zu Opiatabhängigkeit, Drogensersatztherapien und Entzugstherapie“ (Plattform Drogentherapien) und die persönliche Kontaktaufnahme mit Vertreterinnen und Vertretern der recherchierten Einrichtungen. Mit den Rechercheergebnissen wird jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, da zu einigen Einrichtungen, die in die Zielgruppe der Recherche fielen, kein persönlicher Kontakt hergestellt werden konnte.

Aus den folgenden zwei Gründen eignete sich die Schweiz außerdem besonders gut als Untersuchungsort: Einerseits durch ihre sowohl geografische als auch kulturelle Nähe zu Österreich und andererseits durch ihr weit verzweigtes Versorgungsnetz für drogenabhängige Menschen und ihre im Speziellen gut entwickelten niederschwelligen Angebote. Das örtliche Sample erstreckte sich schließlich auf sieben Schweizer Städte, die die Arbeitsplätze der befragten Pflegefachkräfte repräsentierten. Bis auf einen Fall wurden sie auf Initiative der Befragten hin persönlich aufgesucht, um die Interviewgespräche zu führen. Daraus ergab sich die Möglichkeit, auch Beobachtungen durchzuführen. Obwohl diese nicht Ziel der Forschung waren, wurden die leitenden Personen über die Option informiert und ihr Einverständnis dazu eingeholt.

### **3.4. Datenerhebung**

Um Antworten auf die zentralen Fragestellungen der Untersuchung zu finden, wurden drei verschiedene Erhebungsinstrumente herangezogen. Dabei handelte es sich um das halb-

standardisierte Leitfadeninterview, die nicht-standardisierte Beobachtung und um theoretische sowie methodische Memos. Die folgenden drei Kapitel setzen sich jeweils aus einem theoretischen und einem praktischen Teil zusammen, wobei sich die Kapitel 3.4.1. und 3.4.2. zur detaillierten Beschreibung des Erhebungsgeschehens in mehrere Abschnitte aufgliedern.

### *3.4.1. Das halb-standardisierte Leitfadeninterview*

Das vorliegende Kapitel hat einerseits zum Ziel über die theoretischen Hintergründe der gewählten Interviewform aufzuklären. Andererseits soll es einen Überblick über die vorbereitende und die ausführende Phase zu den Interviews mit den Pflegefachkräften geben. Nach der Darstellung der theoretischen Bezüge im ersten Abschnitt, wird im zweiten näher darauf eingegangen, wie der Interviewleitfaden erstellt und angewandt wurde. Die letzten beiden Abschnitte befassen sich zum einem mit der Gestaltung der Interviewsituation und zum anderen mit den weiteren Arbeitsschritten nach Beendigung der Interviews.

#### *Theoretische Bezüge*

Das in der vorliegenden Untersuchung zur Datenerhebung herangezogene halb-standardisierte Leitfadeninterview ist eine Form des qualitativen Interviews, das sich als mündliche Befragung versteht und vor allem in Forschungen zum Einsatz kommt, die es zum Ziel haben, aus der subjektiven Perspektive der Befragten zu erfahren, wie sie bestimmte Situationen erleben und welche Erfahrungen sie diesbezüglich gemacht haben (Mayer, 2011). Lamnek (2010) zufolge, bietet das qualitative Interview den Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmern die Möglichkeit, ihre Definition von Wirklichkeit sprachlich mitzuteilen. Deshalb zeichnet es sich auch durch einen geringen Standardisierungsgrad aus, was bedeutet, dass die Interviewfragen und der Interviewverlauf offen gehalten werden. Es ist die befragte Person, die die Struktur des Gespräches vorgibt, wohingegen sich die interviewende zurückhält und anpasst.

Da die durchgeführte Befragung Individuen betraf, die in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand über ein fundiertes Sach- und Handlungswissen verfügen, lässt sich die angewandte Interviewform außerdem als Expertinnen- und Experteninterview spezifizieren. Sie wird als eine gute Methode erachtet, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren, wodurch sie zur Konzeptentwicklung beiträgt (Mayer, 2007).

Ergänzt wird das halb-standardisierte Interview durch einen Leitfaden, der als eine Liste mit offenen Fragen zu verstehen ist, die die wichtigsten Themenkomplexe der Untersuchung behandeln (Mayer, 2011). Er dient somit der Einarbeitung der Forschungsfragen in das Interviewgespräch und der praktischen Umsetzung der vorab ausgearbeiteten theoretischen Bezüge (Mayer, 2002). Unterstützend sollte er herangezogen werden, wenn durch die Interviews konkret bestimmbare Informationen erhoben werden sollen (Mayer, 2011). Für die vorliegende Untersuchung erwies es sich insofern als sinnvoll einen Leitfaden zu gestalten, als gezielt in Erfahrung gebracht werden sollte, welche Rolle die Gesundheits- und Krankenpflege im interdisziplinären Kontext der niederschweligen Drogenarbeit einnimmt und von welchen Konzepten ihr dortiges Handeln geleitet wird. Erstellt wurde der Interviewleitfaden nach dem SPSS-Prinzip, dem die Sammlung, die Prüfung, die Sortierung und zu guter Letzt die Subsumierung von Fragen unter einfache Erzählaufforderungen zu Grunde liegt. Das Ziel ist die Entwicklung eines Leitfadens, der maximal vier Themenblöcke und die entsprechenden auffordernden Fragen enthält. Sie sollten allerdings nur gebraucht werden, wenn die betreffenden Themen von den Befragten nicht selbst angesprochen werden (Lamnek, 2010).

### *Der Interviewleitfaden*

Der zur Unterstützung der Interviews mit den Pflegefachpersonen herangezogene Leitfaden wurde in zweifacher Ausführung angefertigt. Da sich die Erstversion nach einigen wenigen Interviews als unpraktisch erwies – sie war zu umfangreich und deshalb unübersichtlich – wurde eine reduzierte Version entworfen. Die vier Themenblöcke sowie die dazugehörigen, offen formulierten Erzählaufforderungen wurden beibehalten. Die in Form von weiteren Fragen festgehaltenen thematischen Einzelaspekte wurden jedoch durch Schlagwörter ersetzt. Am Ende stand schließlich ein Leitfaden, der sich aus den folgenden vier, auf das Wirken der Pflege in der niederschweligen Drogenarbeit bezogenen Komplexen zusammensetzte: 1. *Hintergründe der Pflege*, 2. *Rolle der Pflege*, 3. *Wirkungsbereiche der Pflege* und 4. *Handlungskonzepte der Pflege*. Die vollständige Letztversion des Interviewleitfadens ist im Anhang dieser Diplomarbeit zu finden.

Anzumerken ist an dieser Stelle noch, dass der Leitfaden nach einigen Interviews kaum mehr verwendet wurde, da die abzufragenden Themen bereits geistig verankert waren und sich außerdem erste, von den ursprünglichen Thematiken entferntere Konzepte bilden ließen, die primär in die weiteren Gespräche eingebunden wurden, um sie auf ihre Haltbarkeit zu testen. Dennoch war es manchmal hilfreich auf den Leitfaden zurückzugreifen, auch wenn er zum Zweck der Einarbeitung der identifizierten Konzepte immer wieder handschriftlich erweitert wurde.

### *Die Interviewsituation*

Da die Interviewgespräche im Durchschnitt eine Stunde dauerten, ist davon auszugehen, dass den Befragten ausreichend Raum für ihre Erzählungen geboten wurde. An der Einstiegsfrage wurde stets festgehalten, daraufhin ergab sich in der Regel ein lockeres Gespräch, in dem die Befragten den meisten Input lieferten. Da außerdem versucht wurde, sich in sie einzufühlen, ist der Interviewstil laut Mayer (2002) als weich einzustufen. Manchmal mussten die Fragen genauer erläutert werden, nach kurzem, hin und wieder auch längerem Überlegen wurden sie jedoch ausführlich und unter Einbezug darüber hinausreichender Inhalte beantwortet. Die Übergänge zwischen den einzelnen Fragen waren meistens fließend und oftmals wurden sie von den Interviewten unaufgefordert mit beantwortet. Interessant zu beobachten war, dass sich die von den Befragten selbst angesprochenen Themen in den Interviews tatsächlich wiederholten. Das heißt bereits als Konzepte identifizierte Thematiken mussten in vielen Fällen gar nicht mehr nachgefragt werden. Um jedoch ihre Eigenschaften und dimensional Ausprägungen spezifizieren zu können, war es ab und zu notwendig, konkreter zu ermitteln.

Die Stimmung während der Interviews war durchwegs gut, meistens ging es sehr persönlich zu, selten förmlich. Die anfängliche Befangenheit konnte schnell abgelegt werden, sodass die Gespräche auf einer natürlichen, alltagsähnlichen Ebene stattfanden. Vielleicht waren die entspannte Atmosphäre und die Redefreudigkeit vieler der Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer auch darauf zurückzuführen, dass fast alle Interviews an ihnen vertrauten Plätzen stattfanden, nämlich ihren Arbeitsplätzen. Wobei die Befragten es in der Regel so arrangierten, dass die Einrichtungen zu den Zeitpunkten der Befragungen geschlossen waren bzw. dass der Rückzug in einen separaten Raum möglich war. Die Gespräche konnten so ungestört und unter vier Augen geführt werden, was auch dazu beigetragen haben könnte, dass die interviewten Pflegefachpersonen sich öffneten und tiefe Einblicke in ihren Arbeitsalltag gaben. Damit konnte auch Lamneks (2010) Forderung entsprochen werden, das qualitative Interview in Form einer Einzelbefragung durchzuführen. Das eine, nicht am Arbeitsplatz des Befragten geführte Interview fand im Freien statt – an einem so natürlichen Platz wie einer Bushaltestelle – und hatte daher einen sehr informellen Charakter.

Die Gliederung des Interviews in drei Phasen erfolgte in Anlehnung an Mayer (2007): bevor zum Kern des Interviews – der Hauptphase – übergegangen wurde, gab es eine Einstiegsphase, in der den Befragten Dank für ihre Teilnahme ausgesprochen wurde und sie erneut über den Sinn und Zweck der Untersuchung sowie über den Verlauf der Befragung aufgeklärt wurden. Ziel war es, ein offenes Gespräch zu führen und keinen Frage-/Antwort-

Dialog. Nachdem ihnen noch einmal die Pseudonymisierung und die vertrauliche Behandlung ihrer Daten zugesichert wurde, unterzeichneten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die ihnen vorab per E-Mail zugesandte Einverständniserklärung, wenn sie ihre Unterschrift nicht bereits gesetzt hatten. Nach Beendigung der Befragung wurde den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erklärt, wie weiter verfahren wird – Transkription der Interviews, Kontrolle der Transkripte durch die Befragten, Auswertung der Daten, Ergebnisdarstellung und Fertigstellung der Arbeit – wobei den Befragten versprochen wurde, die finale Version einsehen zu können. Angaben zu den Personen wurden im Nachhinein eingeholt.

### *Weitere Arbeitsschritte*

Direkt nach den Interviews wurde ein Postskriptum angefertigt, um währenddessen gesammelte Eindrücke zu verschriftlichen. Genauso wie die Bedingungen unter denen die Interviews stattfanden – Ort der Befragung, räumlicher Aufbau des Befragungsortes, andere Anwesende, Stimmung und Verhalten der Befragten etc. Kurzum wurde zusätzlich zu den Interviewgesprächen Wahrgenommenes, das für die Auswertung der Daten als relevant erschien, erfasst. So auch informelle Aussagen, die die Befragten vor oder nach den Interviewgesprächen tätigten (Lamnek, 2010).

Mit der Verschriftlichung der Interviews, der Transkription, wurde direkt nach dem ersten Interview begonnen. Da die Zeit zwischen den darauffolgenden Interviews jedoch knapp war und sie jeweils etwa eine Stunde dauerten, wodurch sich die Transkripte auf rund zwanzig Seiten beliefen, konnten nicht alle davon während des Forschungsaufenthaltes fertig gestellt werden. Die Transkription wurde zudem alleine und nicht unter Rückgriff auf ein speziell darauf ausgerichtetes Programm durchgeführt. Die auf einem Diktiergerät aufgenommenen Interviewgespräche wurden lediglich über ein computereigenes Audioprogramm abgespielt und in Worddokumenten abgetippt.

Obwohl sich nach der Transkription des fünften Interviews das Gefühl einstellte, dass bereits genügend Daten vorhanden sein könnten, wurden alle der zehn Interviews verschriftlicht. Als sich immer wieder neue Inputs ergaben, die zur Verdichtung der Konzepte bzw. der Kategorien beitrugen, erwies es sich als die richtige Entscheidung.

### *3.4.2. Die unstrukturierte, nicht-teilnehmende Beobachtung*

In diesem Kapitel erfolgt die Bezugnahme auf die theoretischen Grundlagen des Erhebungsinstrumentes der Beobachtung in direkter Verbindung mit der praktischen

Umsetzung. Nach der Besprechung des gewählten Beobachtungstypus wird außerdem kurz dargelegt, welche Form die Beobachtungssituation annahm.

Bis auf einen Fall fanden die Interviews direkt an den Arbeitsplätzen der befragten Pflegefachkräfte statt. Weshalb die Eventualität zu berücksichtigen war, die Räumlichkeiten der besuchten Einrichtungen und das dortige soziale Geschehen zu beobachten. Obwohl die Beobachtung nicht Ziel der Forschung war, wurde sie als willkommene Ergänzung zu den Interviews erachtet – es wurde davon ausgegangen, dass sie dazu beitragen würde, einen Gesamteindruck von der Tätigkeit der Pflegenden in der niederschweligen Drogenarbeit zu erhalten. Trotz aller Ungewissheit darüber, ob überhaupt eine Beobachtungssituation zu Stande kommen würde, wurden die leitenden Personen der besuchten Einrichtungen aus Gründen der wissenschaftlichen Korrektheit über die Möglichkeit informiert und ihre Einwilligungen dazu eingeholt. Falls sich das Beobachtete im Nachhinein für die Untersuchung als relevant erwies, sollte seine spätere Einarbeitung in den Ergebnisteil außerdem nicht aufgrund von Unklarheiten behindert werden.

Ausgehend von der oben dargestellten Situation wurde vor Eintritt in die Feldphase eine Spezifizierung der möglichen Beobachtung vorgenommen, die sich nach Abschluss der Untersuchung weitgehend bestätigen ließ. Nach theoretischen Gesichtspunkten war sie als unstrukturiert und nicht-teilnehmend einzustufen. Wobei von einer unstrukturierten Form der Beobachtung zu sprechen ist, wenn sie sich nicht an einem vorab festgelegten Schema orientiert und die forschende Person sie nicht nach bestimmten Erwartungen ausrichtet. Auf die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durchgeführte Beobachtung trifft dies insofern zu, als im Vorhinein nicht abgeklärt wurde, ob und in welchem Ausmaß die Einrichtungen eingesehen werden können. Als nicht-teilnehmend wurde die Beobachtung aufgrund der Annahme klassifiziert, dass keine Beteiligung an den Handlungen und Gesprächen der beobachteten Personen zu Stande kommen wird. Die Einrichtungen sollten schließlich zum Zweck der Interviewgespräche besucht werden. Ereignisse die sich vor oder nach den Interviews zutrügen, würden lediglich aus einer Außenperspektive verfolgt werden (Mayer, 2011; Lamnek, 2010).

### *Die Beobachtungssituation*

In den meisten Fällen kam eine Beobachtungssituation zu Stande, als die Befragten vor Beginn oder nach Beendigung der Interviews durch die Räume führten und über ihre Funktionen aufklärten. Da die Besuche der Einrichtungen in der Regel außerhalb der Öffnungszeiten stattfanden, waren meistens keine anderen Personen anwesend. Hin und

wieder waren die Leitungsperson oder Kolleginnen und Kollegen der interviewten Pflegefachkräfte anzutreffen. Da dann aber schnell zu den Gesprächen übergegangen wurde, konnten weder Interaktionen beobachtet noch an den Geschehnissen teilgenommen werden. Klientinnen und Klienten waren nur zu zwei Interviewterminen vor Ort, wobei sie sich nicht direkt in den Räumlichkeiten der beiden Kontakt- und Anlaufstellen aufhielten, sondern in der angrenzenden Gassenküche bzw. im Restaurant. Einen Ausnahmefall gab es jedoch: neben der Führung durch die Räumlichkeiten, wurde ich von einer Interviewpartnerin zum gemeinsamen Mittagstisch mit dem restlichen Personal und den Klientinnen und Klienten eingeladen. Dabei konnte ein kleiner Einblick in die gemeinsamen Umgangsformen gewonnen werden, der jedoch nicht maßgeblich in die Datenauswertung einfluss. Es wurde eher als eine persönliche Bereicherung aufgefasst, mit den beobachteten Personen in Kontakt zu treten. So verhielt es sich auch mit den übrigen Beobachtungen – obwohl es interessant war, die Räume einzusehen, vor allem die Konsumationsräume, fiel der primäre Fokus letztlich auf die Ergebnisse der Interviews. Das Beobachtete wurde zwar in den Postskripten, die stets nach den Interviewgesprächen angefertigt wurden, verarbeitet, in die Datenanalyse wurde es jedoch nicht mit einbezogen.

### 3.4.3. *Memos*

Ein weiteres wichtiges Instrumentarium der Grounded Theory stellt das Abfassen von Memos dar. Strauss und Corbin (1996) verstehen darunter die Verschriftlichung der einzelnen Schritte zur Analyse der Daten sowie der Analyseergebnisse. Sie können auch die Form einer Kode-Notiz annehmen, mit der festgehalten wird, welchen Output die einzelnen Kodier-Verfahren – offenes, axiales und selektives Kodieren – liefern. Zudem wird zwischen zwei Arten von Notizen unterschieden – theoretische und Planungs-Notizen. Wobei erstere der Protokollierung der Ergebnisse des inhaltlich-analysierenden Prozesses dienen, das heißt der Niederschrift von Gedanken zu den Kategorien, ihren Eigenschaften und Dimensionen sowie ihren Beziehungen und Variationen. Die zweitgenannten Notizen beziehen sich auf die Handlungsebene, beschäftigen sich also damit, wie die Datenauswertung methodisch umgesetzt wird (ebd.). Verfasst werden die Memos analog zu den einzelnen Phasen des Forschungsprozesses, woraufhin sie erweitert, berichtigt oder verworfen werden, sodass sie gegen Ende an Komplexität zunehmen. Durch das Schreiben von Memos wird die Bildung einer gegenstandsverankerten Theorie außerdem insofern vorangetrieben, als es dabei hilft, Analysiertes zu abstrahieren und gleichzeitig den Bezug zu den Rohdaten nicht zu verlieren (Strauss & Corbin, 1996). In welcher Weise und zu welchem Zeitpunkt die Memos abgefasst werden ist nicht von Relevanz, die Forschenden verfolgen dabei ihre eigenen Strategien. Entscheidend ist, dass es systematisch passiert. Dann

können auch Unklarheiten oder Lücken in der Aufarbeitung der Daten beseitigt werden (ebd.).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden sowohl theoretische als auch methodische Memos verfasst. Wobei das theoretische Gedankengut während der beiden Phasen der Erhebung und der Auswertung schriftlich festgehalten wurde, einerseits in separaten Worddokumenten und andererseits direkt in den Tabellen, die zur Kodierung der Daten angefertigt wurden. Sie dienten zunächst der Dokumentation und der Benennung von Statements der Befragten, die sich in den Interviews überschneiden. Daraufhin wurde eine Spezifizierung der bis zu diesem Zeitpunkt gefilterten Konzepte vorgenommen, indem ihre Eigenschaften und Dimensionen herausgearbeitet wurden. In den weiteren Memos ging es oftmals um die Frage nach der Sinnhaftigkeit, bestimmte Konzepte beizubehalten, sie umzubenennen oder mehrere davon zusammenzuziehen. Vielfach wurden sie in Form eines Diskurses abgefasst, der zur Beseitigung von Unklarheiten verhalf. Immer wieder wurde außerdem darauf verwiesen, dass anhand der weiteren Interviews überprüft werden muss, ob die Konzepte haltbar sind. Ein gegen Ende der Analyse abgefasstes Memo entsprach bereits sehr konkret zwei der finalen Kategorien.

Mit der Beschreibung des methodischen Vorgehens wurde erst in der Auswertungsphase begonnen bzw. nach der Fertigstellung des letzten Transkripts. Die ab dieser Periode angefertigten Memos befassen sich damit, wie die Auswertung der Daten nach Strauss und Corbin (1996) umgesetzt wurde. Im folgenden Kapitel wird darauf genauer eingegangen.

### **3.5. Datenanalyse**

Der Fokus dieses Kapitels richtet sich auf die Methoden, die zur Analyse der Daten herangezogen wurden. Es ist in zwei Unterkapitel aufgegliedert, wobei sich das erste den theoretischen Hintergründen der angewandten Verfahren zur Kodierung der Interviewgespräche mit den Pflegefachkräften widmet und das zweite eine Beschreibung der Umsetzung der Datenanalyse mittels des offenen und des axialen Kodierens beinhaltet.

#### **3.5.1. Theoretische Hintergründe der angewandten Kodier-Verfahren**

Die Analyse der Daten erfolgte in Anlehnung an die von Strauss und Corbin (1996) beschriebenen analytischen Verfahren des offenen und des axialen Kodierens. Wie bereits im Kapitel 3.2. *Grounded Theory* angeschnitten wurde, stellt das Kodieren den zentralen Prozess dar, um aus den Rohdaten eine Theorie zu entwickeln. Dabei ist es nicht

entscheidend, die einzelnen Kodier-Verfahren chronologisch einzusetzen, sondern ihre Verwendung an die aktuellen Umstände der Analyse anzupassen. Eine natürliche Konsequenz daraus ist, dass die forschende Person zwischen den verschiedenen Formen des Kodierens wechselt oder sie parallel gebraucht, was auch unbewusst passieren kann (ebd.).

Das offene Kodieren repräsentiert jenen Part der Analyse, in dem signifikante Vorkommnisse in den Daten benannt und kategorisiert werden. Das bedeutet, dass sie in einem ersten Schritt mit konzeptuellen Begriffen versehen werden, mit dem Ziel sie vergleichbar zu machen. Eine andere Methode besteht darin, die von den befragten Personen zur Beschreibung eines Phänomens herangezogenen Begriffe wortwörtlich zu übernehmen. Die Benennung der Daten erfolgt hier durch die Vergabe von sogenannten „*In-vivo-Kodes*“ (Strauss & Corbin, 1996, S 50). Indem die identifizierten Konzepte schließlich miteinander verglichen und Fragen danach aufgeworfen werden, warum sie sich gleichen oder sich unterscheiden, wird eine kategorische Gruppierung vorgenommen. Sodass am Ende der Phase des offenen Kodierens Kategorien stehen, die sich auf jeweils eines der entdeckten Phänomene beziehen. Ihnen werden wiederum Titel verliehen, die sich durch einen höheren Abstraktionsgrad auszeichnen. Um die Kategorien zu spezifizieren, müssen in einem weiteren Schritt ihre Eigenschaften inklusive ihrer dimensional Ausprägungen herausgearbeitet werden (Strauss & Corbin, 1996). Während des gesamten Analyseverfahrens darf die forschende Person außerdem nicht außer Acht lassen, dass ihre Ergebnisse vorläufigen Charakter haben und dass ihre Gültigkeit erst nach Abschluss der letzten analytischen Sitzung Bestätigung findet (ebd.).

Mit Hilfe des axialen Kodierens sollen Antworten auf die Fragen gefunden werden, warum ein bestimmtes Phänomen auftritt, in welchem Kontext es sich konstituiert, wodurch es beeinflusst wird, wie die betroffenen Individuen damit umgehen und welche Auswirkungen ihr spezifischer Umgang hat. Auch diese Kodierungsform dient der Entwicklung der Kategorien, jedoch nicht in Hinblick auf ihre Eigenschaften, sondern auf das Bedingungsgefüge in dem sich die darin behandelten Phänomene formieren. Die forschende Person greift dabei auf ein spezielles Modell zurück – „*Das paradigmatische Modell*“ (Strauss & Corbin, 1996, S 78) – mit dem die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge analysiert und dargestellt werden können. Dadurch ermöglicht es, Beziehungen zwischen den Kategorien und ihren Subkategorien herzustellen und die Daten aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten (Strauss & Corbin, 1996).

### 3.5.2. Umsetzung der Datenanalyse

Im Folgenden wird näher erläutert und mit Beispielen untermauert, wie die beiden Kodier-Verfahren zur Analyse der Interviews mit den Pflegefachkräften angewandt wurden:

Direkt im Anschluss an die Fertigstellung des letzten Transkripts wurde mit der offenen Kodierung begonnen. Wobei die Aussagen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sowohl Wort für Wort als auch phrasen- bzw. absatzweise analysiert wurden. Obwohl Strauss und Corbin (1996) die Meinung vertreten, dass die zweitgenannte Analysemethode besonders von Nutzen ist, wenn bereits einige Kategorien definiert wurden, kam es relativ bald zur Auseinandersetzung mit der Frage, welche Ideen sich hinter ganzen Sätzen oder Abschnitten verbergen. Dennoch passierte es immer wieder, dass Konzepte auf Basis von einzelnen, als aussagekräftig erscheinenden Begriffen entstanden. Das heißt, es wurden oftmals „In-vivo-Kodes“ vergeben. Um die Analyseergebnisse schließlich schriftlich festzuhalten, wurde eine Tabelle entworfen, die die folgenden Register enthielt: Zeilennummer; Wort/Phrase/Absatz; Konzept; Eigenschaften/Dimensionen; Fragen/Memos und Kategorie. Die für die Kategorien vorgesehene Spalte wurde jedoch nach dem zweiten Interview entfernt, da sich herausstellte, dass die Ausarbeitung der Kategorien besser in separaten Dokumenten funktionierte. Für jedes der ersten fünf Interviews wurde eine Tabelle angefertigt, wobei der unten dargestellte Ausschnitt veranschaulichen soll, wie bei der tabellenorientierten Analyse vorgegangen wurde:

| Zeilennr. | Wort/Phrase/Absatz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Konzept                        | Eigenschaften/Dimensionen                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fragen/Memos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 408-412   | „Ja, ja. Im pflegerischen, also das ist ein in meinem Ermessen, ob ich dann jemand weiterschicke, ob ich ihm sage zum Beispiel, okay wir warten noch zwei drei Tage ab und so, das ist dann in meinem Spielraum. Äh (.) oder äh ob ich jemand ins Spital begleiten muss auch zum Beispiel, oder. (.) Äh ich habe viele also ich habe vi einen großen Freiraum so finde ich.“ | <b>„Einen großen Freiraum“</b> | Der Pflegende hat in der Entscheidung, ob ein/e Kl. weitervermittelt werden muss und ob er/sie begleitet werden müssen, einen großen Freiraum – d.h. die Abschätzung und Entscheidung in Bezug auf die Weitervermittlung und die Begleitung der Kl. liegt im Ermessen und somit im Spielraum des Pflegenden | Vgl. „Auffangen, Erstversorgen und Weitervermitteln“<br>-in Bezug auf die Weitervermittlung haben die Pflegenden einen großen Freiraum/Entscheidungsfreiheit – vgl. Interview 1; die Pflegende hat viele Freiheiten aufgrund ihres pflegerischen Hintergrundes/ihrer Ausbildung, allerdings sieht sie die Freiheiten im Vergleich zu der Arbeit in einer pflegerischen Institution, wo sie eingeeengt ist<br><u>Frage:</u> Worin haben Pflegende mehr Freiheiten? Und warum? |

Tabelle 2: Ausschnitt aus einer Tabelle zur Kodierung der Daten

Wie auch in der Grafik ersichtlich, wurden in der Regel ganze Interviewpassagen analysiert, die zu meist lückenlos aus den Transkripten übernommen und mit ihren Zeilennummern versehen wurden, sodass sie zu jederzeit ausfindig gemacht und unter Einbezug der vorher und der nachher getätigten Aussagen betrachtet werden konnten. In der Spalte „Konzept“ wurde dann der konzeptuelle Name bzw. der Code für den betreffenden Textausschnitt notiert – er repräsentierte die darin enthaltene Grundidee. Die nächste Spalte war dafür

vorgesehen, das in den Aussagen der Befragten identifizierte und kodierte Phänomen in seine Einzelteile zu zerlegen, das bedeutet, seine Eigenschaften und Dimensionen herauszuarbeiten. Unklarheiten, die sich dabei ergaben, wurden in Form von Fragen notiert und Thesen, die zur Klärung aufgestellt wurden, memoartig dokumentiert. Ließen sich im Weiteren sinnverwandte Aussagen finden – entweder im selben oder in einem folgenden Transkript – so wurde ein Querverweis gemacht oder die betreffende Stelle direkt in die Spalte hinzugefügt. Nach der Analyse des ersten Interviews wurde der Versuch angestellt, Konzepte ähnlicher Art zu gruppieren. Das Ergebnis dieses Versuchs war eine stichpunktartige Auflistung der ersten Ansätze für die Kategorien, die sich nach jeder der folgenden analytischen Sitzungen erweiterte, sodass etwa nach dem fünften Interview eine textlich umfangreiche Darstellung der bis zu diesem Zeitpunkt ausgearbeiteten Kategorien vorlag.

Als der Umgang mit den Daten allmählich sicherer wurde und auch inhaltlich mehr Wissen über sie vorhanden war, kam es zu einer Abwendung von der tabellenorientierten hin zur direkten Kodierung auf den Transkripten. Von diesem Zeitpunkt an war zu beobachten, dass sich die Aussagen der Interviewten wiederholten bzw. sich auf ähnliche Thematiken bezogen, was zur Folge hatte, dass die bereits definierten Kategorien größtenteils bestätigt werden konnten. In der letzten Phase der Analyse wurden sie also vorwiegend spezifiziert, indem ihre unterschiedlichsten dimensional Ausprägungen herausgearbeitet wurden.

Parallel zur Anwendung des offenen Kodierens wurden die Daten auch axial kodiert, wobei sich der Hauptfokus auf die Handlungen der Interviewten richtete. Es sollten vor allem die Bedingungen und die Konsequenzen ihres Handelns herausgearbeitet werden, denn schließlich hatte es die Untersuchung zum Ziel, Handlungskonzepte zu erfassen. Strauss und Corbin (1996) merken an, dass sich Hinweise darauf vor allem in Sätzen finden lassen, die zum Beispiel mit „ich tat / tue das, weil ...“ beginnen. Ihnen wurde in der Analyse der Interviews deshalb besondere Beachtung geschenkt. In der Bearbeitung der Daten wurde stets darauf geachtet, den Gesamtkontext des behandelten Phänomens zu explizieren. Ein gutes Beispiel liefert die Kategorie *4.4. Strategien im Umgang mit den Klientinnen und Klienten*, denn dort wird nicht nur das strategische Handeln der Pflegenden an sich beschrieben, sondern auch warum es die Situation der Klientinnen und Klienten erforderlich macht und welche Auswirkungen es auf sie hat. So hat die Strategie mit kleinen Schritten zu arbeiten zum Beispiel den Sinn, die Klientinnen und Klienten nicht zu überfordern, da sonst die Gefahr eines Kontaktabbruchs zu ihnen besteht. Einige der Strategien verfolgen die Helfenden aber auch aus eigenem Interesse. Grenzen sie sich von den Betreuten ab, vermeiden sie es unter anderem an der Arbeit zu frustrieren.

Das axiale Kodieren wurde auch angewandt, um die Subkategorien unter eine übergeordnete Kategorie zu fassen bzw. um ein abstrakteres Thema in seine Einzelteile (die Subkategorien) zu zerlegen. In Anlehnung an das paradigmatische Modell wurde nach Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen gesucht. Dass die Pflege in der niederschweligen Drogenarbeit zum Beispiel Teil eines interdisziplinären Teams ist kristallisierte sich schnell heraus, um jedoch herauszufinden, welche Bedeutung dahinter steht, musste in den Daten nach einzelnen, darauf bezogenen Aspekten gesucht werden. Diese wurden dann in den für das Phänomen bestimmenden Kategorien zusammengefasst, wie die Tatsache, dass die Pflegenden im Team keinen höheren Stellenwert beziehen als ihre Kolleginnen und Kollegen. Unter anderem entstand daraus später die Kategorie 4.1.3. *Die Gleichwertigkeit der Berufsgruppen*.

Die Analyse der Daten beschränkte sich allerdings nicht auf die Phase nach den Interviews bzw. auf die Transkripte. Um herauszufinden welche Thematiken in den Gesprächen mit den Pflegefachkräften angesprochen werden sollten, wurden nämlich bereits während der Erhebung analytische Sitzungen abgehalten. Sie nahmen die Form von Reflexionseinheiten an, die in den Zeiträumen zwischen den Interviewterminen eingebaut wurden und somit wesentlich zur Entwicklung der Ergebniskategorien beitrugen.

### **3.6. Gütekriterien der qualitativen Forschung**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der grundsätzlichen Frage, was getan wurde, um die Güte der Untersuchung zu bewahren. Mayer (2011) zufolge gibt es in der qualitativen Forschung eine Reihe an Kriterien, die zur Bestimmung der Qualität eines dementsprechenden Vorhabens herangezogen werden. Fest steht, dass sie von den traditionellen Gütekriterien – Objektivität, Reliabilität und Validität – abweichen und dass die forschende Person sie individuell bzw. an den von ihr untersuchten Gegenstand angepasst befolgt. Die vorliegende Untersuchung orientierte sich an den von Mayring (2002, S 144-148) entwickelten Gütekriterien. Im Folgenden wird daher näher beschrieben, welche seiner Kriterien wie berücksichtigt wurden:

Das Kriterium der „*Verfahrensdokumentation*“ dient der allgemeinen Nachvollziehbarkeit der spezifisch gestalteten Forschungsverfahren. Um wissenschaftlich korrekt darstellen zu können, wie es zur Umsetzung der aus unterschiedlichen Erhebungs- und Analysemethoden bestehenden qualitativen Untersuchung kam, wurden die einzelnen Schritte in Form von Memos dokumentiert. Später flossen sie in die vorangegangenen Kapitel der Diplomarbeit ein, wo sie von den Leserinnen und Lesern nachvollzogen werden können.

In der Darstellung der Ergebnisse sollte durch die Einarbeitung von Sätzen, die zum Beispiel mit „daraus kann geschlossen werden, dass ...“ begannen, darauf verwiesen werden, wie bestimmte interpretative Folgerungen entstanden. Damit konnte das Kriterium der „*Argumentativen Interpretationsabsicherung*“ erfüllt werden. Es zielt nämlich darauf ab, im Rahmen der Datenanalyse vorgenommene Interpretationen argumentativ zu untermauern. Das Gütekriterium der „*Regelgeleitetheit*“ trifft auf die durchgeführte Untersuchung insofern zu, als den von Strauss und Corbin (1996) aufgestellten Regeln zur Entwicklung einer Grounded Theory Folge geleistet wurde. Wobei primär ihre Vorgaben zum systematischen Vorgehen bei der Datenanalyse bzw. konkreter formuliert, zur Methodik der Datenkodierung berücksichtigt wurden.

Die „*Nähe zum Gegenstand*“ konnte definitiv gewährleistet werden – einerseits durch die qualitativen Interviews mit den Pflegefachpersonen, die bis auf eine Ausnahme direkt an ihren Arbeitsplätzen geführt wurden, andererseits durch die damit verbundenen Beobachtungen der niederschweligen Einrichtungen. Mayring (2002) spricht in diesem Zusammenhang auch von Gegenstandsangemessenheit, die gegeben ist, wenn direkt im Feld des Geschehens bzw. in der Lebenswelt der Befragten und Beobachteten geforscht wird.

Durch die Einbindung von verschiedenen Methoden zur Datenerhebung fand auch das Kriterium der „*Triangulation*“ Eingang in das Forschungsunternehmen. Es besagt, dass je mehr Methoden in den Prozess der Forschung eingebunden werden, desto gütiger ist das Unternehmen. An dieser Stelle muss jedoch festgehalten werden, dass obwohl die Kombination aus Interview und Beobachtung eine breitere Betrachtung des Forschungsgegenstandes zuließ, das Beobachtete nicht maßgeblich in die Datenanalyse einfluss.

Die Güte der Arbeit wird auch dadurch gewährleistet, dass ihre Inhalte in regelmäßigen Abständen im Rahmen des Diplomseminars an der Universität diskutiert wurden. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung wurden vorgestellt und sowohl von der Lehrperson als auch von den Studienkolleginnen und Studienkollegen kritisch beurteilt. Ihre Anregungen fanden daraufhin Eingang in den Arbeitsprozess. Darüber hinaus wurden die Korrekturvorschläge des betreuenden Professors stets in den schriftlichen Teil eingearbeitet.

### **3.7. Ethische Überlegungen**

Im Zentrum der forschungsethischen Diskussion steht die Frage, wie das Wohl der an der Forschung beteiligten Menschen gewahrt werden kann. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Auseinandersetzung damit, welche Maßnahmen von der forschenden Person zum

Schutz der Forschungsteilnehmenden ergriffen werden müssen (Mayer, 2011). Darin enthalten ist auch die Überlegung, wie die Forschungsmethoden korrekt einzusetzen sind bzw. die Erfordernis, sie „nach bestem Wissen und Gewissen“ (ebd., S 55) anzuwenden. Gerade in qualitativ ausgerichteten und speziell in pflegewissenschaftlichen Forschungen ist es besonders bedeutsam, sich an ethischen Grundprinzipien zu orientieren. Sie finden schließlich oftmals direkt im Feld und unter Einbezug der dortigen Akteurinnen und Akteure statt (Mayer, 2010). Darüber zu entscheiden, ob ein Forschungsvorhaben ethisch vertretbar ist, liegt häufig in der Verantwortung der Forschenden selbst. Zurückzuführen ist dieser Umstand zum einen darauf, dass es keine einheitlichen Richtlinien für ethisch korrekte Vorgehensweisen in der Forschung gibt und zum anderen auf die Schwierigkeit, ein Gutachten durch ein spezialisiertes Gremium einzuholen. So gibt es zwar Ethikkommissionen, diese sind jedoch nicht an allen Forschungsinstitutionen vertreten und haben nicht die Pflicht, jedes Vorhaben zu begutachten. An das Urteil von autonomen Expertinnen und Experten zu gelangen ist wiederum mit Kosten verbunden und schwierig zu organisieren. Andererseits würde das ausschließliche „ethische Clearing“ durch eigens dafür eingerichtete Foren bedeuten, dass die Forschenden ihr ethisches Bewusstsein verlieren und ihre persönliche Verantwortung den Probandinnen und Probanden gegenüber nicht wahrnehmen (Mayer, 2011; Mayer, 2010).

Mit der Begutachtung des vorliegenden Forschungsprojektes wurden weder eine Ethikkommission noch eine unabhängige Fachperson beauftragt. Zwei Gründe waren dafür entscheidend: 1. an der betreuenden Fakultät gibt es kein zuständiges Gremium und die Beauftragung einer externen Person war aus finanziellen und organisatorischen Gründen nicht möglich; 2. die befragten Pflegefachkräfte waren zum Zeitpunkt ihrer Einwilligung in die Untersuchungsteilnahme nicht als vulnerabel anzusehen. Ein professionelles Gutachten ist nämlich besonders dann einzuholen, wenn die in die Forschung eingebundenen Personen eine hohe Verletzlichkeit aufweisen, zum Beispiel durch die Betroffenheit von Krankheit, und/oder nicht eigenständig in die Teilnahme einwilligen können (Mayer, 2011). Mayer (2010) weist allerdings darauf hin, dass Verletzlichkeit etwas sich situativ Entwickelndes ist, weshalb es keine starre Einteilung in prinzipiell vulnerable und nicht vulnerable Personengruppen geben kann. Da die Pflegenden weder während noch nach der Befragung belastet zu sein schienen, ist jedoch auszuschließen, dass ihnen durch die Untersuchung Schaden zugefügt wurde.

Trotz der Vielfältigkeit der ethischen Richtlinien zur Realisierung eines Forschungsprojektes, weisen sie einen gemeinsamen Nenner auf. Sie beruhen alle auf den Prinzipien der biomedizinischen Ethik – Autonomie, Benefizienz, Non-Malefizienz und Gerechtigkeit

(Mayer, 2011). Um diesen Prinzipien gerecht zu werden, müssen vier Voraussetzungen erfüllt sein, die im Folgenden näher und unter Bezugnahme auf die im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführte Untersuchung beschrieben werden (Mayer, 2010):

Den Teilnehmenden wird das „*Recht auf Information*“ (Mayer, 2010, S 251) zugesprochen – um über ihre Teilnahme entscheiden zu können, müssen sie vorab, entweder schriftlich oder mündlich, ausführlich über das Forschungsvorhaben aufgeklärt werden. Diese Voraussetzung wurde insofern erfüllt, als die befragten Pflegefachkräfte mittels eines Informationsblattes, das ihnen vor Beginn der Untersuchung per E-Mail zugesandt wurde, über das Ziel und den Zweck sowie über den Verlauf der Forschung informiert wurden. Indem darauf hingewiesen wurde, dass sie als Expertinnen und Experten auf dem untersuchten Gebiet angesehen werden, wurde ihre Rolle im Forschungsprozess verdeutlicht (ebd., S 251f.). Darüber hinaus erhielten sie die Garantie, dass ihre Daten anonym und vertraulich behandelt werden. Sowohl in den Transkripten und in der weiteren Aufbereitung der Daten als auch in der Darstellung der Ergebnisse wurde ihre Identität stets geheim gehalten. Alle Unterlagen werden außerdem so aufbewahrt, dass sie von niemandem außer mir, der Verfasserin der Diplomarbeit, eingesehen werden können. Vertraulichkeit wurde in dem Sinn zugesichert, dass preisgegebene Informationen auf Wunsch nicht veröffentlicht werden würden (Mayer, 2011). Direkt vor den Interviewgesprächen wurden die Teilnehmenden ein weiteres Mal aufgeklärt, wobei wie bereits bei der erstmaligen Aufklärung eine verständliche Sprache gewählt wurde, die laut Mayer (2010) erforderlich ist, um die betreffenden Informationen zu vermitteln.

In ihrer Entscheidung wurden die Probandinnen und Probanden nicht unter Druck gesetzt, sie konnten freiwillig und uneingeschränkt in die Untersuchungsteilnahme einwilligen. Da ich sie als vollkommen außenstehende Person befragte, ist außerdem nicht davon auszugehen, dass ihre Einwilligung aufgrund eines Abhängigkeitsgefühls zu Stande kam. Folglich wurde die Untersuchung auch dem Anspruch der „*Freiheit der Entscheidung*“ (Mayer, 2010, S 251) gerecht. Auf ihr „*Recht, die Teilnahme an der Untersuchung zu verweigern*“ und ihr „*Recht, jederzeit aus der Untersuchung auszusteigen*“ (ebd.) wurden die Untersuchungsteilnehmenden ebenfalls im Informationsblatt sowie vor der Befragung hingewiesen. Außerdem wurde ihnen versichert, dass sich ihre Teilnahme nicht nachteilig auf sie auswirken würde (ebd.). Durch die Unterzeichnung der Einverständniserklärung willigten die Pflegenden schließlich in die Untersuchungsteilnahme ein. Daher kann von einer „*aufgeklärten Einwilligung*“ oder anders ausgedrückt von „*informed consent*“ gesprochen werden (Mayer, 2010, S 252).

Alle diese Vorgänge betrafen im Übrigen auch die Beobachtung, mit der Ausnahme, dass nicht die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, sondern die Leitungspersonen der besuchten Einrichtungen über das Forschungsvorhaben aufgeklärt wurden. Und zwar in Form einer Forschungsgenehmigung, in der um ihre Zustimmung zur möglichen Beobachtung und zur Verarbeitung der Beobachtungsergebnisse gebeten wurde.

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass die gesamte Untersuchung mit Aufrichtigkeit durchgeführt wurde. Das heißt, die Untersuchungsergebnisse wurden realitätsgetreu wiedergegeben und nicht manipuliert (Mayer, 2011).



#### **4. Darstellung der Ergebnisse**

Im Rahmen der Auswertung der Interviews konnten fünf Kategorien erarbeitet werden, die zusammengefasst folgende Aspekte des Wirkens von professionellen Pflegenden in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen repräsentieren:

Die befragten Pflegefachkräfte sind Teil eines interdisziplinär zusammengesetzten Teams, das von der Durchlässigkeit der darin agierenden Berufsgruppen geprägt ist, in dem Wissen ausgetauscht und vermittelt wird und in dem alle Teammitgliederinnen und Teammitglieder einen gleichen Stellenwert beziehen. In der täglichen Praxis mit unterschiedlichen fachlichen Inhalten konfrontiert zu sein und mit einer Vielzahl an Persönlichkeiten in Kontakt zu treten, verleiht der Tätigkeit der interviewten Pflegefachpersonen außerdem Vielseitigkeit. Da die Möglichkeiten begrenzt sind, die Klientinnen und Klienten in den niederschweligen Settings zu versorgen, besteht ein wesentlicher Teil der Arbeit des interdisziplinären Teams darin, mit externen Fachstellen, Ärztinnen und Ärzten sowie mit Mediatorinnen und Mediatoren zusammenzuarbeiten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die externe Vernetzungsarbeit bilden die Rahmenbedingungen für das Handeln der Mitarbeitenden des Teams. Wie die Ergebnisse zeigen, bringen die interviewten Pflegefachkräfte spezifische Kompetenzen in das praktische Geschehen der niederschweligen Drogenarbeit ein, die sie zu wichtigen Akteurinnen und Akteuren in einigen bestimmten Angebotsbereichen machen, wie z.B. der medizinischen Grundversorgung oder der Prävention. Um auf die komplexen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten zu reagieren und mit ihren besonderen Verhaltensmustern umzugehen, verfolgen die Mitarbeitenden des Teams bestimmte Strategien. Dazu zählt es unter anderem mit kleinen Schritten zu arbeiten, sich abzugrenzen oder die Betreuung an die individuelle Situation der betreuten Personen anzupassen.

Die folgende Grafik dient der Veranschaulichung der Kategorien und ihrer Subkategorien:

| <b><u>Rahmenbedingungen</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b><u>Handlungsebene</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Die Pflege als Teil des interdisziplinären Teams</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Zusammensetzung und Funktionsweise des interdisziplinären Teams</li><li>→ Austausch und Vermittlung von Wissen im Team</li><li>→ Die Gleichwertigkeit der Berufsgruppen</li><li>→ Eine vielfältige Tätigkeit</li></ul> <b><i>Externe Zusammenarbeit</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Fachstellen</li><li>→ Ärztinnen und Ärzte</li><li>→ Mediatorinnen und Mediatoren</li></ul> | <b><i>Spezifische Kompetenzen der Pflege</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Medizinische Erstversorgung und Notfallversorgung</li><li>→ Weitervermittlung und Grenzen der pflegerischen Kompetenzen</li><li>→ Aspekte von Prävention und Schadensminderung</li><li>→ Nähe schaffen und Beziehung aufbauen</li></ul> <b><i>Strategien im Umgang mit den Klientinnen und Klienten</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Die Klientinnen und Klienten akzeptieren</li><li>→ Sich abgrenzen und aushalten</li><li>→ Mit kleinen Schritten arbeiten</li><li>→ Individuelle Anpassung der Betreuung</li></ul> |

Abbildung 1: Grafische Darstellung der Kategorien

#### **4.1. Die Pflege als Teil des interdisziplinären Teams**

Wie aus den Interviews hervorgeht, repräsentiert die Gesundheits- und Krankenpflege einen Teil der interdisziplinär zusammengesetzten Teams, die in der Schweiz etabliert wurden, um den multiplen Anforderungen in der niederschweligen Betreuung von drogenabhängigen Menschen gerecht zu werden. Der Anspruch, die Klientinnen und Klienten umfassend zu betreuen, verlangt von den Pflegefachpersonen sowie von den anderen Fachpersonen im Team, unterschiedliche berufliche Rollen einzunehmen, mit dem Ziel sich fachlich zu ergänzen. Im Rahmen des teaminternen Austausches und der Vermittlung von Wissen können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Kenntnisse des jeweiligen anderen Fachbereiches erweitern. Das im Team vorhandene Bewusstsein über die Notwendigkeit von breitgefächerten Kompetenzen zur erfolgreichen Versorgung der Klientinnen und Klienten, trägt außerdem zu einer Gleichstellung der vertretenen Berufsgruppen bei. Die Gesundheits- und Krankenpflege nimmt in der interdisziplinären Auseinandersetzung daher keine übergeordnete Position ein, wenngleich ihr fachspezifisches Know-how eine besondere Bedeutung für die Gewährleistung von einigen wichtigen Angeboten besitzt.

##### **4.1.1. Zusammensetzung und Funktionsweise des interdisziplinären Teams**

Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Teams kann nur unter bestimmten Voraussetzungen stattfinden. Worin diese Voraussetzungen bestehen und wie sie in der Schweiz erfüllt werden, kann durch den folgenden Ausschnitt eines Zitates einer Interviewpartnerin verdeutlicht werden:

*„... und dass das erkannt wurde, denke ich das ist eine wichtige Vorbedingung, dass die Rahmenbedingungen in den Institutionen gut sind und dass man darauf Wert legt, dass interdisziplinäre Teams da sind, es sind auch Leute aus der Psychiatrie da, wo man zusammenarbeitet, aus der Gesundheitspflege, Psychiatrie oder eben Sozialarbeit. Dass man sieht wie die Probleme oder die Bedürfnisse bei den Klientinnen sind und dass man dementsprechend dann Angebote macht.“*

Wie die befragte Pflegefachfrau weiter ausführt, wird durch die in der Schweiz etablierte „Vier-Säulen-Politik“, der Erkenntnis Rechnung getragen, dass es in der niederschweligen Drogenarbeit komplexe Problemstellungen zu bewältigen gibt, die nach der interdisziplinären Zusammensetzung der darin agierenden Teams verlangen. Die vorhandenen gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen ermöglichen den Einsatz von Fachpersonen aus den Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Sozialarbeit bzw. der

Sozialpädagogik und der Psychiatrie, dem es bedarf, um auf die vielschichtigen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten reagieren zu können. Eine andere Befragte berichtet, dass durch die Synthese des Fachwissens und der fachlichen Handlungsfähigkeit der Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Disziplinen im Team, ein vollständiges Behandlungsbild entsteht, das der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen entspricht. Dadurch kann eine umfassende Betreuung gewährleistet werden, in der sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit sowie das soziale Wohlbefinden der Klientinnen und Klienten Berücksichtigung finden. Anhand der Maßnahmen zum Gesundheitsschutz, die die oben zitierte Pflegefachfrau im Rahmen der Betreuung von Frauen umsetzt, die in der Beschaffungsprostitution tätig sind, kann dargestellt werden, wie der Ansatz der Ganzheitlichkeit durch das interdisziplinäre Team verfolgt wird: die Maßnahmen beschränken sich nicht nur auf die Linderung von körperlichen Leiden, sondern beinhalten zum Beispiel auch das Angebot von Selbstverteidigungskursen zum Schutz der Gesundheit.

Um schließlich auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten reagieren zu können, unabhängig davon ob sie von gesundheitlicher oder von sozialer Natur sind, müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Lage sein, flexibel zwischen den im Team vertretenen beruflichen Rollen zu wechseln, wie die Aussage einer befragten Pflegefachfrau zeigt:

*„Aber manchmal wirklich man ist Sozialarbeiter, Pflegefachperson, gewisse Kollege, Bezugsperson, wir versuchen natürlich schon, dass es nicht zu kollegial wird, aber wir sind per Du mit den Klienten, es ist schon eine gewisse andere Rolle als in einem Spital oder einer anderen stationären Einrichtung. Und ja, wir haben sehr viele Funktionen, bis zu Anwalt, manchmal auch gewisse solche Sachen, wo wir sie hin zu einem Termin begleiten. [...] Ja, ist sehr multifunktional unsere Aufgabe.“*

Pflegefachpersonen übernehmen demnach Tätigkeiten, die traditionellerweise in die Bereiche der Sozialarbeit oder der Sozialpädagogik fallen, und sozialarbeiterisch bzw. sozialpädagogisch geprägte Fachpersonen führen klassische pflegerische Verrichtungen aus. Die zentrale Funktionsweise des Teams besteht also nicht in der Arbeitsteilung entlang des fachlichen Hintergrundes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern in der Überschneidung der fachlich konnotierten Tätigkeitsbereiche analog zu den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. Der oben zitierten Interviewpartnerin zur Folge, verlieren die ursprünglichen Berufsstände dadurch an Bedeutung, die Klientinnen und Klienten wissen zum Teil nicht, ob sie von einer Pflegefachperson oder von einer Sozialarbeiterin bzw. von einem Sozialarbeiter betreut werden. Daraus lässt sich schließen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von der Durchlässigkeit der agierenden Berufsgruppen geprägt ist.

Unterschiedliche berufliche Rollen einzunehmen, stellt allerdings auch eine Notwendigkeit dar, die aus der personellen Ressourcenknappheit und aus der zum Teil starken Frequentierung der Kontakt- und Anlaufstellen resultiert. Wie aus dem Gespräch mit einer Pflegefachfrau hervorgeht, die in einer vielbesuchten Anlaufstelle arbeitet, ist es nicht immer möglich, die Anwesenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen im Team vertretenen Fachdisziplinen zu gewährleisten. Und sind sie auch anwesend, so hindert sie der Mangel an Ressourcen oftmals daran, in den Bereichen aktiv zu sein, die ihnen fachlich näher liegen bzw. in denen sie fachlich verankert sind. In Anbetracht dessen, ist das Personal aufgefordert sich fachlich zu ergänzen, soweit es die Kenntnisse des jeweiligen anderen Fachbereiches zulassen. Eine Pflegende erzählt, dass in ihrem Team die Erwartungshaltung besteht, sich gegenseitig „*einfache Sachen*“ abzunehmen und den eigenen Kenntnisbereich dementsprechend zu erweitern. Das folgende Zitat verdeutlicht, was sie und ihre Kolleginnen und Kollegen voneinander erwarten:

*„Also ich erwarte auch von Sozialarbeitern, dass sie pflegerische Verrichtungen korrekt ausführen können. Wie auch die Sozialarbeit von mir verlangt, dass ich sozialarbeiterische Fähigkeiten habe oder Kenntnisse habe, die ich anwenden kann.“*

Reichen die angeeigneten Kenntnisse jedoch nicht aus, so muss eine fachkundige Mitarbeiterin oder ein fachkundiger Mitarbeiter zu Rate gezogen bzw. um Hilfestellung gebeten werden. Wie ein anderer Interviewpartner berichtet, werden die betreffenden Klientinnen und Klienten in seiner Arbeitsstelle gegebenenfalls intern weitergeleitet.

Um sich fachlich ergänzen zu können und somit eine umfassende Betreuung der Klientinnen und Klienten zu ermöglichen, müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Know-how mit ihren Kolleginnen und Kollegen teilen. In der folgenden Kategorie wird unter anderem erläutert, wie sich der Transfer dieses Know-hows gestaltet.

#### *4.1.2. Austausch und Vermittlung von Wissen im Team*

Der Austausch und die Vermittlung von Wissen zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellen elementare Arbeitsmechanismen des interdisziplinären Teams dar. Sie können sich auf zwei Ebenen vollziehen: zum einen auf der fachlichen Ebene und zum anderen auf der Ebene der täglichen Praxis mit dem primären Fokus auf die Auseinandersetzung mit den Klientinnen und Klienten.

In der Kategorie *4.1.1. Die Pflege als Teil des interdisziplinären Teams* wurde bereits erwähnt, dass der Transfer von Wissen ein Erfordernis darstellt, um sich fachlich ergänzen

und auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen der Klientel reagieren zu können. Wie durch die folgende Aussage einer Interviewpartnerin verdeutlicht wird, herrscht in den Teams daher der Anspruch, Kenntnisse weiterzugeben und sich spezifische Kenntnisse der anderen Fachdisziplinen anzueignen:

*„... und ich glaube, dass man eben sehr viel lernen kann voneinander oder von den Bereichen, dass man das zu Nutze machen kann das Wissen und sich so selber weiterbilden kann. Und es ist bei uns auch der Anspruch in den Teams, dass man Wissen weitergibt und dass man einander Sachen zeigt oder erklärt oder Informationen so dazu gibt, ja.“*

Eine andere befragte Pflegefachfrau spricht in diesem Zusammenhang von einem „Geben und Nehmen“ von Fachkenntnissen. Sie sieht darin eine wichtige Voraussetzung dafür, die Wahrnehmung des sozialarbeiterischen bzw. des sozialpädagogischen Personals für pflegerische Situationen zu schärfen und das Auge des Pflegepersonals für soziale Auffälligkeiten zu schulen. Um die Zielsetzung zu verfolgen, annähernd denselben Wissensstand bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erreichen, organisieren die Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Fachdisziplinen im Team Weiterbildungen für ihre Kolleginnen und Kollegen. Sie stellen ein wichtiges Tool zur Förderung des Austausches und der Vermittlung von Wissen im Team dar. Das pflegerische Personal gibt in diesem Rahmen zum Beispiel seine Kenntnisse in Bezug auf Erste-Hilfe-Maßnahmen weiter. Eine Pflegefachfrau berichtet in diesem Zusammenhang von der regelmäßigen Abhaltung von sogenannten „Trainings- und Entwicklungstagen“. Raum, sich gegenseitig zu „coachen“ und sich „Inputs zu geben“ – diese Begriffe ziehen zwei der Befragten heran, um den Wissenstransfer im Team zu beschreiben – bieten auch die üblicherweise wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen. Genauso finden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während der täglichen praktischen Arbeit Zeit, sich fachlich auszutauschen und ihr Wissen an ihre Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln. Für einen befragten Pflegefachmann verbirgt sich dahinter die Idee, das Team als Ressource zu nutzen und fachlich voneinander zu profitieren. Auch um Unsicherheiten auszugleichen, die in Bezug auf bestimmte Wissensinhalte oder Handgriffe bestehen. Worin eine Pflegefachfrau, die im Bereich Betreutes Wohnen tätig ist, den positiven Effekt des teaminternen Austausches sieht, zeigt das folgende Zitat:

*„Ich hab eine Arbeitskollegin, die hat Dentalassistentin gelernt, sie hat natürlich das Augenmerk auf die Zähne. Das merk ich natürlich jetzt durch sie, dass sie öfters mal bei jemandem sagt, hast du die Zähne geputzt oder schau mal ich hab dir da ne*

*Zahnbürste, hast du Zahnpasta? Dass ich das vielleicht viel weniger mache wie sie. Also da merkt man schon, dass die verschiedenen Bereiche wo die Mitarbeiter herkommen sehr nützlich sind, auch zum sich selber Reflektieren und zum selbst Schauen, aha da könnt ich auch das Augenmerk draufsetzen, mach ich vielleicht nicht, zum Glück hab ich sie.“*

Wissen von Kolleginnen und Kollegen zu beziehen, die in einer bestimmten Richtung fachlich geschult sind, bietet demnach die Möglichkeit, das eigene Know-how und die eigenen Handlungsmuster zu reflektieren und das Augenmerk auf Aspekte in der Betreuung zu richten, die bisher vernachlässigt wurden.

Sich in Bezug auf alltägliche Geschehnisse auszutauschen und außergewöhnliche Situationen zu besprechen, die sich in der Arbeit mit den Klientinnen und Klienten ereignen, hilft dabei, Klarheit in das eigene Handeln zu bringen und Unstimmigkeiten im Team zu beseitigen. Da die Situationen oftmals sehr komplex sind, stoßen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit, weshalb es besonders wichtig ist, sich von den Kolleginnen und Kollegen beraten zu lassen und gemeinsam Strategien für das weitere Vorgehen zu erarbeiten. Gibt es Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf ein bestimmtes Ereignis, so werden sie im Rahmen von Reflexionsrunden im Team diskutiert, mit dem Ziel eine Übereinstimmung herbei zu führen. Warum es wichtig ist, Informationen fließen zu lassen und nicht zu stauen, erklärt ein befragter Pflegefachmann folgendermaßen:

*„Wichtig ist, wenn jetzt, dass man es weiterleitet, dass man es kommuniziert, zum Beispiel an der Teamsitzung oder an der Pflegesitzung, dass es weiterkommt oder, dass es nicht irgendwie staut irgendwo, wenn jetzt schwierige Situationen da gewesen sind, oder. Oder wir sind auch auf die Mithilfe der anderen Kollegen angewiesen, also wenn wir sehen jemand ist eher unterernährt, er sollte vermehrt essen, dann sprechen wir das auch im Team an und dann wird es so weitergetragen, so. Und da geben wir auch das Essen gratis ab für eine bestimmte Zeitdauer, so.“*

Vom teaminternen Austausch und von der Vermittlung von Informationen profitieren schließlich nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch die Klientinnen und Klienten. Wie zwei andere Befragte berichten, bieten „Wochenrapporte“ bzw. „interdisziplinäre Berichte“ oder Supervisionsrunden die Möglichkeit, Verhaltensauffälligkeiten der Klientinnen und Klienten zu besprechen und sich diesbezüglich zu beraten. Befindet sich eine Klientin oder ein Klient zum Beispiel in einem Zustand der

Aggression, so beschließen die Teammitgliederinnen und Teammitglieder in allgemeiner Übereinkunft, wie damit weiterhin umgegangen werden soll. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter profitieren insofern vom regelmäßigen Informationsaustausch, als dadurch verhindert werden kann, dass die Klientinnen und Klienten sie gegeneinander ausspielen. Wenn sie es zum Beispiel darauf anlegen, mehr Geld zu erhalten.

Ob nun fachspezifische Inhalte ausgetauscht oder Informationen in Bezug auf alltägliche Vorfälle vermittelt werden, für eine der befragten Pflegefachfrauen besteht das Ziel des Austausches und der Vermittlung von Wissen im interdisziplinären Team darin, den Klientinnen und Klienten eine umfassende und effiziente Betreuung bieten zu können.

#### *4.1.3. Die Gleichwertigkeit der Berufsgruppen*

Zwischen den im interdisziplinären Team vertretenen Berufsgruppen herrscht eine flache bis nicht vorhandene Hierarchie. In einigen Institutionen ist eine hierarchische Differenzierung zwischen der Leitungsperson und den Mitgliederinnen und Mitgliedern des Teams zu beobachten, wobei die ursprüngliche fachliche Qualifikation der leitenden Person keine Rolle spielt. Innerhalb des „Kernteam“, wie das aus Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Pflegefachkräften bestehende Team in einer besuchten Kontakt- und Anlaufstelle bezeichnet wird, gibt es jedoch keine Vorrangstellung von den Vertreterinnen und Vertretern einer bestimmten Berufsgruppe. Das bedeutet, dass weder die Pflegefachkräfte noch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den anderen Fachbereichen eine übergeordnete Position im Team einnehmen. Alle Berufsgruppen beziehen einen gleichen Stellenwert, auch wenn fachliche Unterschiede und Abstufungen in der Qualifikation für bestimmte Arbeitsbereiche vorhanden sind. Eine befragte Pflegefachfrau beschreibt folgendermaßen, wie die Gleichstellung im Team Ausdruck findet:

*„Ich finde es ist eine Gleichstellung, Pflege, Sozialarbeit, halt mit unterschiedlicher Ausrichtung, aber eigentlich ist es ein gleicher (.) es hat einen gleichen Stellenwert aus meiner Sicht. Und man legt auch Wert auf einen bestimmten Verteilschlüssel und der ist bei uns ist der im Team halb halb. Dass Pflege und Sozialarbeit vertreten ist und Sozialpädagogik, Psychiatrie, so. Dass diese Bereiche beide vorhanden sind und eine gleiche Bedeutung haben.“*

Die Gleichwertigkeit der vertretenen Fachdisziplinen spiegelt sich jedoch nicht ausschließlich in der Konstellation der Teams wider, sondern auch darin, wie zusammengearbeitet wird. So vernimmt die oben zitierte Pflegefachfrau eine gegenseitige Wertschätzung der fachlichen und der persönlichen Qualitäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Aussage eines

anderen Interviewpartners zur Folge, kann es manchmal aber auch zu Reibungen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen kommen. Wie zum Beispiel in Notfallsituationen. Ob ihrer fachlichen Qualifikation für die Intervention in Notfällen, müssen die Pflegenden lernen in den Hintergrund zu treten, wenn eine Sozialarbeiterin bzw. ein Sozialarbeiter lebensrettende Maßnahmen einleitet. Und respektieren, dass sie bzw. er aufgrund ihrer bzw. seiner beruflichen Erfahrung ebenfalls in der Lage ist, zu intervenieren. Wobei anzumerken ist, dass die Intervention in Notfällen in manchen Einrichtungen dem Pflegepersonal vorbehalten ist. Ausnahmen bestätigen jedoch die Regeln und so berichtet eine Interviewpartnerin, dass ihr Kollege, ein Sozialpädagoge, und sie dieselben Kompetenzen und Möglichkeiten besitzen, zu handeln. Sie fügt außerdem hinzu, dass keines der Handlungsfelder explizit nach dem Einsatz von Angehörigen einer bestimmten Berufsgruppe verlangt. Gewiss kann die Verantwortung für einen der Angebotsbereiche bei einer der Fachpersonen liegen, dieser Umstand ist aber nicht zwingend auf die fachliche Qualifikation dieser Person zurückzuführen, sondern er kann auch in ihrer persönlichen Schwerpunktsetzung fußen. Die befragte Pflegefachfrau hat zum Beispiel eine Weiterbildung zur Sportlehrerin gemacht. Dass sie für die Koordination des Bewegungsprogrammes in ihrer Arbeitsstelle zuständig ist, ist eine logische Konsequenz daraus. Sollte es dennoch zur expliziten Übernahme der Verantwortung für einen bestimmten Angebotsbereich durch eine Fachmitarbeiterin bzw. einen Fachmitarbeiter kommen, werden wichtige Entscheidungen immer noch im Team gefällt, wie das folgende Zitat zeigt:

*„... das ist so ein Ineinanderwachsen am Tag und dann sagt man nein halt stopp und dann ist das auch (...) steht man auch als Team da und sagen, wir haben entschieden, weil oft sich alleine positionieren ist auch noch schwer, oder. Dann heißt es immer die, immer du, immer das (.) nur du und (.) als Team zu sich hinstellen und sagen, das ist ein Teamentscheid oder wir haben entschieden, an der Teamsitzung, du gehst jetzt, du machst jetzt. Ist einfacher als wenn man dann alleine ...“*

Daraus lässt sich schließen, dass das Team im Zentrum der täglichen Auseinandersetzung mit den Geschehnissen in den besuchten Einrichtungen steht und nicht das einzelne Mitglied. Das Statement eines anderen Befragten in Bezug auf die Bedeutung des Teams kann hier unterstützend herangezogen werden. Denn er merkt an, dass obwohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während eines Dienstes oft alleine arbeiten, „ein Ganzes“ spürbar ist. Einen besonderen Wert hat es für ihn darüber hinaus, regelmäßig im Team zusammen zu kommen, da er sich dadurch gut vom Team getragen fühlt.

#### 4.1.4. Eine vielfältige Tätigkeit

Mit großer Übereinstimmung berichten die befragten Pflegepersonen davon, dass sie ihre Tätigkeit in den verschiedenen Settings der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen als vielfältig empfinden. Wodurch der Tätigkeit ihre Vielfältigkeit verliehen wird, zeigt das folgende Zitat einer Interviewpartnerin:

*„... und jetzt arbeite ich seit zehn Jahren hier und ich finds immer noch sehr spannend. Es ist eine vielfältige Arbeit. Es ist nicht nur eben medizinisch, sondern es hat auch ganz viele soziale oder andere Aspekte drin.“*

Ausschlaggebend für das Gefühl der Befragten, eine vielfältige Tätigkeit auszuüben, ist folglich die Verbindung von pflegerischen und sozialarbeiterischen Aspekten in der täglichen Praxis. Die Aussage eines interviewten Pflegefachmannes stimmt hiermit überein, denn er konstatiert *„es bietet ein wenig alles“* und fügt ergänzend hinzu, dass seine Arbeit nicht ausschließlich aus pflegerischen Verrichtungen besteht, wie sie in der stationären Pflege ausgeführt werden, sondern auch aus der Sozialarbeit näheren Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Führen von Gesprächen mit den Klientinnen und Klienten. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sei die Auseinandersetzung im Team und mit den Anliegen der Klientinnen und Klienten außerdem spannender und der Austausch zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vielseitiger, wie eine Pflegefachfrau zu verstehen gibt, die drogenabhängigen Menschen dabei hilft ihren Alltag zu (re-)strukturieren. Viele der Befragten geben an, im Rahmen der niederschweligen Drogenarbeit ihr persönliches Interesse an der sozialen Arbeit ausleben zu können, das sie seit Anbeginn ihrer beruflichen Karriere beschäftigt.

Die Betrachtung des Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und die Verfolgung der Zielsetzung, die Klientinnen und Klienten umfassend zu betreuen, ermöglichen es, unterschiedliche Sichtweisen in die Betreuung mit einzubringen. Eine Interviewpartnerin verdeutlicht, dass durch die Etablierung eines erweiterten Menschenbildes, kreative Ideen geboren und dementsprechende Angebote entwickelt werden können. In ihren Arbeitsstellen genießen die Pflegenden außerdem die Freiheit, sich an der Gestaltung der Angebote zu beteiligen. Ganz im Gegenteil zu ihrem Wirken im Krankenhaus oder in anderen stationären Einrichtungen, wo die Hierarchien zwischen den Berufsgruppen stärker ausgeprägt und ihre Einflussmöglichkeiten begrenzt sind. Einige der Befragten ziehen diesen Strukturvergleich heran, um die Frage zu beantworten, ob sie in den niederschweligen Settings über mehr Handlungsspielraum verfügen. So auch der im Folgenden zitierte Pflegefachmann:

*„Ja, ja eindeutig, also es ist vom Betrieb her auch ganz anders als im Spital, war halt ziemlich hierarchisch mit vielen Personen, welche da der Leiter nach befragt werden musste. Wenn irgendwas Neues bringen wolltest, dann kam halt Oberschwester oder Pflegefachfrau, dann Leitung Pflege und dann mit dem ärztlichen Dienst noch und bei uns gibt's einfach dann nur unser Team und dann die Geschäftsleitung. Also die Wege sind kürzer, du hast mehr Verantwortung, aber hast auch mehr Freiheit um wirklich selbst gestalten zu können, ja.“*

Eine befragte Pflegefachfrau vertritt zudem die Meinung, dass die Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen im Krankenhaus mangelhaft anerkannt wird und dass ihre Handlungsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt, den sie mit dem Bereich der niederschweligen Drogenarbeit gleichsetzt, eher respektiert wird. Sie ergänzt allerdings, dass die Möglichkeiten eigenständig zu handeln begrenzt sind, wie im Fall der Notwendigkeit einer ärztlichen Intervention. Innerhalb ihres abgesteckten Handlungsspielraumes genießen die Pflegenden jedoch die Freiheit, selbst bzw. mit zu gestalten.

Einige der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner setzen die Begriffe Vielfältigkeit und Unvorhersehbarkeit in Verbindung und weisen damit darauf hin, dass sie in der Ausübung ihrer Tätigkeit immer wieder mit neuen Situationen konfrontiert sind. Der zweitgenannte Begriff ist für sie insofern positiv besetzt, als sie es als spannend empfinden, nicht zu wissen wie ein Dienst verlaufen wird, welche Personen währenddessen an sie herantreten und vor welche Aufgaben sie gestellt werden. In diesem Zusammenhang wird auch oft von Abwechslungsreichtum gesprochen. Dieser ergibt sich jedoch nicht ausschließlich aus der täglichen Herausforderung, mit unvorhersehbaren Situationen umzugehen, sondern auch aus der Breite des Angebotes der jeweiligen Einrichtungen. Die Tätigkeit einer der befragten Pflegefachpersonen stellt sich demnach als abwechslungsreich dar, da sie regelmäßig zwischen den verschiedenen Angebotsbereichen wechselt, wie zum Beispiel die Gassenküche, das Beschäftigungsangebot, die Wohnbegleitung oder die Freizeitgestaltung. Und da sie trotz ihres pflegerischen Ausbildungshintergrundes auch in den von der Sozialarbeit geprägten Bereichen tätig ist. Wie das folgende Zitat veranschaulicht, sieht es eine andere Befragte als eine positive Herausforderung an, sich mit der Komplexität der Betreuung der Klientinnen und Klienten auseinander zu setzen:

*„Und die Verläufe der Menschen, also das Alter und die Hintergründe und die Verläufe der Suchterkrankung sind immer total unterschiedlich. Und manchmal kommt noch eine psychische Störung dazu und es ist oft sehr eine komplexe Angelegenheit und das finde ich sehr spannend, sehr herausfordernd.“*

Welche Ausprägung die Vielfältigkeit der Tätigkeit annimmt, hängt letztendlich von den individuellen Empfindungen der Interviewten ab. Ihren Aussagen zur Folge besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen dem Gefühl, in vielfältiger Weise tätig zu sein, und der in der Kategorie *4.1.1. Zusammensetzung und Funktionsweise des interdisziplinären Teams* erwähnten Durchlässigkeit der Berufsgruppen sowie der damit verbundenen Auflösung der beruflichen Hierarchien. Vielfalt entsteht daher einerseits durch die Handlungsfreiheit der Pflegenden und andererseits durch ihre von Unvorhersehbarkeit bzw. Abwechslungsreichtum und Komplexität geprägte Auseinandersetzung mit den Klientinnen und Klienten.

## **4.2. Externe Zusammenarbeit**

Die Möglichkeiten, die Klientinnen und Klienten im niederschweligen Rahmen zu betreuen, sind begrenzt, weshalb es eine Notwendigkeit ist, mit externen Institutionen und Personen zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus weisen die Klientinnen und Klienten spezifische Bedürfnisse auf, die die Pflegenden und ihre Kolleginnen und Kollegen nicht bzw. nur durch die Mithilfe von Externen abdecken können. Sich mit anderen in den Suchtbereich Integrierten zu vernetzen, hat auch den Sinn, Barrieren abzubauen, die in der Kontaktaufnahme und in der Kommunikation mit Drogenkonsumierenden bestehen. Folglich profitiert nicht nur das niederschwellige Personal von der externen Zusammenarbeit, sondern auch die Klientinnen und Klienten.

Wie sich die Zusammenarbeit konkret gestaltet und mit welchen externen Institutionen und Personen im Speziellen zusammengearbeitet wird, hängt von den strukturellen Bedingungen der jeweiligen Einrichtung ab. Einrichtungsübergreifend kann aber eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachstellen, mit bestimmten Ärztinnen und Ärzten sowie mit sogenannten Mediatorinnen und Mediatoren festgestellt werden. Unumstritten ist außerdem, dass die externe Vernetzungsarbeit einen der wichtigsten Bestandteile der Tätigkeit der Pflegefachkräfte und der anderen Fachmitarbeiterinnen und Fachmitarbeiter in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen darstellt.

### **4.2.1. Fachstellen**

Die Zusammenarbeit mit externen Fachstellen kommt einerseits zu Stande, wenn eine Klientin oder ein Klient ein Bedürfnis hat, das das Personal in den niederschweligen Institutionen nicht erfüllen kann. In diesem Fall müssen die betreffenden Personen an die Fachstelle ihres Interesses weitervermittelt bzw. „*triagiert*“ werden, wie einige der

Interviewpartnerinnen und Interviewpartner die Übertragung der Verantwortung für die Klientinnen und Klienten auf andere Institutionen mit dem zuletzt genannten Fachterminus beschreiben. Andererseits wird mit Vertreterinnen und Vertretern von externen Stellen mit einer spezifischen fachlichen Ausrichtung zusammengearbeitet, um die Kenntnisse des Personals in Bezug auf die Versorgung von drogenabhängigen Menschen auf den aktuellen Stand zu bringen. Eine Interviewpartnerin berichtet zum Beispiel, dass sie sich mit entsprechenden Fachstellen in Verbindung setzt, um in Erfahrung zu bringen, welche Häufigkeitsraten bei bestimmten Infektionskrankheiten zu verzeichnen sind oder welche neuen Therapieprogramme zur Verfügung stehen.

Die im letzten Absatz erwähnte Weitervermittlung der Klientinnen und Klienten ist eine indirekte Form der Zusammenarbeit, denn die Pflegenden und ihre Kolleginnen und Kollegen treten dabei nicht direkt mit dem Personal der externen Fachstellen in Verbindung. Bedarf es zum Beispiel einer gesundheitlichen Untersuchung, so ist die betreffende Klientin oder der betreffende Klient aufgefordert, den Kontakt zu der entsprechenden Stelle selbst herzustellen. Denn würden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Kontaktaufnahme für die Betroffenen übernehmen, würde der Rahmen der niederschweligen Versorgung gesprengt werden, wie das folgende Zitat einer interviewten Pflegefachfrau zeigt:

*„Wir schicken die Leute zum Arzt, nein, das ginge zu weit, weißt du, da müssten irgendwie (...) nein, machen wir nicht. Es ist wirklich sehr niederschwelliges Angebot.“*

Im Rahmen des Möglichen liegt es allerdings, die Klientinnen und Klienten dahingehend zu beraten, an welche Stelle sie sich mit ihren Anliegen wenden können bzw. sollen, und ihnen alle für die Kontaktaufnahme mit dieser Stelle nötigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Dabei schöpfen die Fachkräfte im Team aus einem Pool an Fachinstitutionen, die mit der Versorgung von drogenabhängigen Menschen befasst sind. Eine Interviewpartnerin erwähnt, dass in ihrer Arbeitsstelle Broschüren von bestimmten Institutionen aufliegen und vergeben werden, an die die Weitervermittlung erfolgen kann. Verspürt eine Klientin oder ein Klient zum Beispiel den Wunsch, einen Weg aus der Sucht zu wählen, zum Beispiel in Form eines Entzugs oder einer Therapie, vermitteln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an eine Beratungsstelle in Suchtfragen weiter. Worin die Zielsetzung der Zusammenarbeit mit einer beratenden Stelle unter anderem bestehen kann, verdeutlicht das Zitat eines befragten Pflegefachmannes:

*„Wir sind halt einigermaßen wie ein bisschen ein separater Bereich von den allgemeinen sozialen Diensten bei uns und wir haben natürlich Zusammenarbeit mit*

*der Suchtberatung, also wir sind einfach der niederschwellige Bereich in der Suchtarbeit und die Suchtberatung ist der hochschwellige Bereich bei uns. Wir haben dort eine gewisse Zusammenarbeit, wo wir jetzt auch etwas Neues schauen wollen, wo wir ein bisschen wie ne Brücke schlagen wollen so mit niederschwellig hochschwellig.“*

Eine andere Interviewpartnerin ergänzt, dass durch die Vermittlungstätigkeit Schwellenängste bzw. Hemmungen der Klientinnen und Klienten dabei abgebaut werden sollen, mit höherschwellig ausgerichteten Fachstellen in Kontakt zu treten.

In den meisten besuchten Einrichtungen sind die Möglichkeiten begrenzt, eine medizinische Versorgung vorzunehmen, weshalb im Fall eines ernsthaften gesundheitlichen Leidens einer Klientin oder eines Klienten ein medizinischer Dienst eingeschaltet werden muss. Die Fachpersonen im Team arbeiten zudem nicht über ihre Kompetenzen, wie eine befragte Pflegefachfrau betont, die drogenabhängige Sexarbeiterinnen betreut. Bei Thrombosen oder tiefen Stichwunden ist es zum Beispiel notwendig, sich mit einem Ambulatorium oder einem Notfalldienst in Verbindung zu setzen. Bei weniger gravierenden Verletzungen ist es ausreichend, die Hausärztin oder den Hausarzt aufzusuchen. Besteht akute Lebensgefahr, so avisieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jedoch die Ambulanz und überlassen es nicht der betroffenen Person, selbst Kontakt aufzunehmen. Eine direkte Zusammenarbeit zwischen dem niederschwelligen Personal und dem Personal einer externen Fachstelle kann außerdem bestehen, wenn die betreffenden Klientinnen und Klienten eine Entbindungserklärung unterzeichnet haben, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht befreit. Einige der befragten Pflegefachpersonen begrüßen diese Möglichkeit, da die weiterführende Behandlung der Betroffenen dadurch schneller vorangetrieben werden kann.

Ist bei einer Klientin oder einem Klienten eine psychiatrische Auffälligkeit zu beobachten, so ist es ebenfalls erforderlich, mit einer fachlich spezialisierten Stelle zusammenzuarbeiten. Zumindest dann, wenn im Team keine Psychiatriefachperson vertreten ist. Das folgende Zitat eines Pflegefachmannes zeigt, wie an seinem Arbeitsplatz mit psychiatrischen Fällen umgegangen wird:

*„Oder eben Psychiatrie auch noch häufig, also Klienten häufig auch mit Doppeldiagnose, Frage was war zuerst, aber psychisch häufig auch ne Komponente, wo dann manchmal auch irgendein Auslöser ist wo man einschreiten muss, oder wenn sie dann zu uns kommen und es geht gar nicht mehr, wo wir dann auch in die Psychiatrie verweisen müssen, oder. Wir haben ein Psychiatriezentrum in der Nähe und zu unseren Öffnungszeiten haben die auch offen und dann können*

*wir eigentlich auch dort nachfragen, könnt ihr den aufnehmen oder können wir kurz vorbeikommen mit jemanden?“*

In welcher Form die Zusammenarbeit stattfindet, das heißt, ob sie direkt oder indirekt erfolgt, ist fallabhängig. Ist eine betroffene Klientin oder ein betroffener Klient aufgrund der Schwere der Umstände nicht in der Lage, selbst Kontakt mit einer außenstehenden Institution aufzunehmen oder ist es nicht ausreichend, sie zu vermitteln, so können die Mitarbeitenden sie bzw. ihn auch an den Zielort begleiten. Dadurch kann auch die Gewissheit geschaffen werden, dass sie bzw. er sich tatsächlich betreuen bzw. behandeln lässt.

Mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten, die in das Versorgungsnetz von drogenabhängigen Menschen eingebunden sind, ist auch dahingehend von Bedeutung, sich in Bezug auf die Angebote zu ergänzen und Überschneidungen zu vermeiden, wie eine Befragte berichtet. Oftmals wird nämlich dieselbe Klientel in verschiedenen Einrichtungen betreut, weshalb es regelmäßig gemeinsame Sitzungen gibt, in denen die Situation der Klientinnen und Klienten besprochen wird. Eine andere Pflegefachfrau erzählt, dass es eine starke Kooperation mit den weiteren in der Stadt vertretenen Kontakt- und Anlaufstellen gibt. Sie äußert sich unter anderem im Verfassen von gemeinsamen Verlaufsblättern, die es allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in allen Stellen ermöglicht, die Versorgung der Klientinnen und Klienten nachzuvollziehen.

In einigen der besuchten Einrichtungen findet die Zusammenarbeit mit externen Fachinstitutionen auch direkt vor Ort statt. Zum Beispiel dann, wenn die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter eingeladen werden, gemeinsam mit dem niederschweligen Personal Informationsveranstaltungen für die Klientinnen und Klienten abzuhalten. Eine Interviewpartnerin spricht in diesem Zusammenhang von der Kooperation mit einer Aidshilfe-Institution, unter deren Mitwirkung ein Abend zum Thema Sexuell übertragbare Krankheiten organisiert wurde. Angehörige einer externen Fachstelle in die niederschweligen Einrichtungen einzuladen, hat allerdings auch den Sinn, das dortige Personal über bestimmte Themen zu informieren. Im Rahmen der Organisation von Weiterbildungen bzw. von Schulungskursen oder Vorträgen werden die pflegerischen sowie die sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die neuesten Entwicklungen unter anderem in Bezug auf Erste-Hilfe-Maßnahmen oder auf medizinische Themen in Kenntnis gesetzt. Damit soll erzielt werden, dass sie stets auf dem neuesten Stand sind. Ein treffendes Beispiel liefert ein interviewter Pflegefachmann. Er erzählt von den regelmäßigen Besuchen eines Sanitätsdienstes, der Weiterbildungen in Erster Hilfe veranstaltet und dabei Übungsmaterialien zur Verfügung stellt, wie Puppen oder Beatmungsgeräte.

#### 4.2.2. Ärztinnen und Ärzte

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit der Pflegefachpersonen und der anderen Fachpersonen der interdisziplinären Teams in den verschiedenen Settings der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen spiegelt sich in der Zusammenarbeit mit außenstehenden Ärztinnen und Ärzten wider. Wie die meisten der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner berichten, gehören die betreffenden medizinischen Fachkräfte zwar nicht direkt der jeweiligen niederschweligen Einrichtung an, es besteht jedoch eine engere Verbindung zu ihnen, die zum Beispiel durch einen Zusammenarbeitsvertrag zu Stande kommt. Wie sich die Zusammenarbeit in diesem Rahmen gestalten kann, beschreibt eine interviewte Pflegefachfrau folgendermaßen:

*„Also sie sind nicht so nah, also da besteht eine gewisse Distanz, aber ich denke, sie haben ihr Gebiet, das ich kenne und wenn ich etwas von ihnen brauche gehe ich zu ihnen. Und sie kommen zu mir, wenn sie etwas von mir (.) von meinem Arbeitsgebiet brauchen.“*

Zeichnet sich also ab, dass es der ärztlichen Expertise bedarf, so nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kontakt mit den betreffenden Ärztinnen und Ärzten auf. In den meisten der besuchten Einrichtungen finden regelmäßige Sprechstunden statt, weshalb die Klientinnen und Klienten direkt an das ärztliche Personal vermittelt werden können. Den weiteren Aussagen der oben zitierten Pflegefachfrau zur Folge, besteht aber auch die Möglichkeit, die Ärztinnen und Ärzte lediglich bei Bedarf zu bitten, eine Sprechstunde abzuhalten. Darüber hinaus können die Klientinnen und Klienten, die medizinischen Fachpersonen in ihren privaten Praxen bzw. an ihren anderen externen Arbeitsplätzen aufsuchen. Einige der interviewten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner berichten davon, dass zu diesem Zweck bestimmte Vereinbarungen mit den Medizinerinnen und Mediziner getroffen wurden. Wie das folgende Zitat einer Befragten bestätigt, sollen sie den Klientinnen und Klienten den Zugang zu den medizinischen Leistungen erleichtern:

*„... und wir haben dann auch einen direkten Bezug (.) unsere Gynäkologin ist die Leiterin der Familienplanung des Spitalzentrums X und unsere Klienten können dann mit dem Codewort XX, so heißt unsere Frauenanlaufstelle dort anrufen und erhalten schneller einen Termin und müssen nicht so lange warten.“*

Eine andere Interviewpartnerin erwähnt in diesem Zusammenhang ihre spezielle Beziehung zu einem Virologen, die sie im Vorfeld aufgebaut hat und die den Klientinnen und Klienten

die Schwierigkeit nehmen soll, Kontakt mit ihm aufzunehmen. Dass der Kontakt tatsächlich zu Stande kommt, ist ihr ein besonderes Anliegen, weshalb den betroffenen Personen die telefonische Terminvereinbarung in manchen Fällen abgenommen wird. In den meisten der anderen besuchten niederschwelligen Einrichtungen gibt es eine enge Verbindung zu den Ärztinnen und Ärzten von den lokalen Methadonabgabestellen sowie zu Frauenärztinnen, wie das zuletzt angeführte Zitat bereits gezeigt hat. Mit den Gynäkologinnen wird in der Regel im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Frauenanlaufstellen zusammengearbeitet. Sie stehen der weiblichen Klientel für ihre spezifischen gesundheitlichen Anliegen zur Verfügung. In einer der Einrichtungen ist die Gynäkologin an zwei Terminen im Monat vor Ort. In einer mobilen Anlaufstelle, die ausschließlich von Frauen genutzt werden darf, wird mit der Frauenärztin Rücksprache gehalten, wenn eine Sprechstunde benötigt wird. Die betreffenden Frauen können aber auch in die angrenzende Kontakt- und Anlaufstelle weitervermittelt werden, in der es fest vereinbarte Sprechstunden gibt.

Die enge Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten von den Methadonabgabestellen resultiert aus der Tatsache, dass viele der Klientinnen und Klienten Methadon beziehen. Teilweise sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch in den Abgabeprozess involviert. Das folgende Zitat eines Interviewpartners liefert ein Beispiel dafür:

*„Und ja wir werden dann doch immer wieder involviert wenn es irgendwie Notfälle gibt mit Methadon oder weiß ich nicht was. Wir haben dann auch schon probierhalber mal für ne Woche rausgegeben, einfach in Absprache dann mit dem Stellenarzt, aber normalerweise geben wir kein Methadon ab.“*

Für die Abgabe des Methadons ist zwar der Stellenarzt zuständig, da ein großer Teil der Klientinnen und Klienten das Methadon jedoch nicht ordnungsgemäß oral einnimmt, sondern es injiziert, ergeben sich oftmals gesundheitliche Probleme, die aus Angst vor der Verweigerung der Methadonabgabe vor dem Arzt verschwiegen werden. Der befragte Pflegefachmann und seine Kolleginnen und Kollegen fangen die Betroffenen in diesem Fall auf bzw. vermitteln zwischen ihnen und dem Arzt. In einer anderen Anlaufstelle gibt es wiederum ein gemeinsames Projekt mit der Methadonabgabe, das den Klientinnen und Klienten den Bezug des Substituts und folglich das Ablassen von der Droge erleichtern soll. Sie erhalten die Möglichkeit, das Methadon direkt in der Anlaufstelle unter der Aufsicht des dort tätigen Pflegepersonals zu beziehen. Um in das Programm aufgenommen zu werden, ist jedoch ein Aufnahmegespräch mit einer geschulten Ärztin bzw. einem geschulten Arzt notwendig, in dem die interessierten Klientinnen und Klienten auch über das Ziel aufgeklärt werden, nach dem sechsmonatigen Bezug des Substituts in der niederschwelligen Einrichtung zur Gänze in das externe Methadonabgabeprogramm zu wechseln. Um dieses

Ziel zu verfolgen, halten die Pflegepersonen und die Ärztinnen und Ärzte in regelmäßigen Abständen gemeinsame Verlaufssitzungen ab.

Die Zusammenarbeit mit den medizinischen Vertreterinnen und Vertretern der Abgabestelle beschränkt sich jedoch nicht auf die Abgabe von Substituten, sondern weitet sich auf die Behandlung von anfallenden medizinischen Angelegenheiten in der Kontakt- und Anlaufstelle aus. Das bestätigen auch einige der anderen Befragten. Sind die Ärztinnen und Ärzte zum Zweck der Methadonvergabe anwesend, so können bei Bedarf weiterführende medizinische Konsultationen gemacht werden. Die Klientinnen und Klienten haben in diesem Rahmen die Möglichkeit, sich bei gesundheitlichen Problemen von einer Fachperson begutachten zu lassen. Und die niederschweligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können die Termine nutzen, um den Ärztinnen und Ärzten spezifische Fragen zu stellen und bei der medizinischen Auffälligkeit einer Klientin oder eines Klienten eine Fallsupervision zu machen. Dringend bedarf es eines ärztlichen Urteils, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Eine Pflegende, die im Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit tätig ist, zieht hier eine Ärztin oder einen Arzt eines Notfalldienstes zu Rate, die bzw. der dazu berechtigt ist, einen fürsorglichen Freiheitsentzug einzuleiten sofern es die Situation erfordert.

Wie aus dem Interviewgespräch mit einer Pflegefachfrau, die in einer Frauenanlaufstelle arbeitet, hervorgeht, gibt es aber auch eine Kehrseite. Sie berichtet, dass das ärztliche Angebot von den Klientinnen kaum angenommen wird. Die einmal in der Woche anwesende Ärztin ist meistens arbeitslos, da die Klientinnen der Anlaufstelle genau an diesem Tag fernbleiben. Die Befragte denkt, dass das Fernbleiben eine bewusste Handlung ist, um sich nicht mit dem eigenen Körper und seinen möglichen Schädigungen auseinandersetzen zu müssen.

#### *4.2.3. Mediatorinnen und Mediatoren*

Vorweg ist zu erwähnen, dass sich die vorliegende Ergebniskategorie ausschließlich auf die Aussagen von drei der zehn interviewten Pflegefachpersonen bezieht. Da diese die Zusammenarbeit mit den Mediatorinnen und Mediatoren jedoch als ein wichtiges Instrument ansehen, um Barrieren abzubauen, die im Kontakt mit den Klientinnen und Klienten bestehen, werden die von ihnen angesprochenen und damit in Zusammenhang stehenden Aspekte im Folgenden dargestellt.

Welche Personen in die Rolle der Mediatorinnen und Mediatoren schlüpfen und wie sich die Zusammenarbeit mit ihnen gestaltet, variiert je nach Arbeitsstelle der zwei befragten Pflegefachfrauen und des befragten Pflegefachmannes. Übereinstimmung gibt es allerdings

in Bezug auf die Zielsetzungen, die mit dieser Form der externen Zusammenarbeit verfolgt werden. Sie bestehen zum einen darin, einen Zugang zu Klientinnen und Klienten zu schaffen, die von den Pflegenden und ihren Teamkolleginnen und Teamkollegen mitunter schwer zu erreichen sind. Zum anderen soll dadurch ermöglicht werden, die Angebote an die aktuellen Gegebenheiten in der jeweiligen Szene und an die Bedürfnisse der dort vertretenen Klientinnen und Klienten anzupassen.

Im Fall der Zusammenarbeit mit einer Mediatorin in einer mobilen Anlaufstelle für Frauen, die in der Beschaffungsprostitution tätig sind, trifft das Adjektiv „extern“ nicht eindeutig zu, denn laut der dort tätigen und befragten Pflegefachfrau ist die Mediatorin Teil des Teams. Sie hat jedoch einen anderen Hintergrund als die restlichen Mitarbeiterinnen, da sie sich früher selbst prostituiert hat um Drogen zu beschaffen und zum jetzigen Zeitpunkt in ein Abgabeprogramm eingebunden ist. Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Mediatorin nimmt sie eine Verbindungsfunktion ein, im Sinn der Vermittlung zwischen den Klientinnen und dem Personal in der Anlaufstelle. Sehen sich die Mitarbeiterinnen mit Hürden in der Kommunikation konfrontiert – stoßen sie bei den Klientinnen mit ihrer sozialarbeiterisch bzw. sozialpädagogisch gefärbten Sprache auf Widerstand – dann wenden sie sich an die Mediatorin und bitten um ihre Übersetzungsdienste. Genauso tritt die Mediatorin an das Personal heran, wenn sie relevante Informationen in der Szene aufnimmt oder diese direkt von den Klientinnen an sie übermittelt werden, wie zum Beispiel die Warnung vor gewalttätigen Freiern. Worin der Zweck der Zusammenarbeit mit der Mediatorin besteht, beschreibt die interviewte Pflegefachfrau folgendermaßen:

*„Das ist nämlich auch noch ein wichtiges, so eine Verbindungsfunktion, dass wir wirklich (.) eben das Angebot auf die Klientinnen ausrichten können und da nicht daneben liegen (.) mit dem was wir machen.“*

Der Zusammenarbeit mit Mediatorinnen und Mediatoren in einer anderen Anlaufstelle liegt es ebenfalls zu Grunde, Antworten auf die Frage zu finden, was von Seiten der drogenkonsumierenden Menschen gebraucht ist. Wie der befragte Pflegefachmann berichtet, wird dieser Frage im Rahmen eines „*Mediatorenprojektes*“ nachgegangen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung stellen hier einen Kontakt zu Personen her, die selbst Drogen konsumieren und die in die Drogenszene eingebunden sind. Erklären sie sich zur Tätigkeit als Mediatorin bzw. als Mediator bereit, ist es ihre Aufgabe, in „*private Gassenzimmer*“ vorzudringen, das heißt in Privatwohnungen, in denen gegen Bezahlung oder gegen die Abgabe eines Teils des konsumierten Stoffes konsumiert werden darf. Mit dem Ziel zu erheben, welche Zustände in den Räumlichkeiten herrschen bzw. unter welchen Bedingungen konsumiert wird und wonach es für einen risikoarmen Konsum bedarf. Auf

diese Art und Weise kann ein Zugang zu Konsumierenden geschaffen werden, die nur schwer Vertrauen zu Szenefremden fassen. Darüber hinaus kann der Schaden, der beim Konsum in den privaten Räumen entsteht, gemindert werden, indem die Vermittelnden gebrauchtes Injektionsmaterial einsammeln und es gegen steriles eintauschen. Liefern die Mediatorinnen und Mediatoren das kontaminierte Material in der Anlaufstelle ab, werden sie dafür entlohnt. Um außerdem Präventionsmaßnahmen setzen zu können, wie zum Beispiel die Übermittlung von Strategien zur Hepatitis-C-Prophylaxe, werden sie vom niederschweligen Personal fachlich geschult, wie der Interviewte ergänzt.

Den Aussagen der dritten Befragten zur Folge, spiegelt sich die in diesem Punkt beschriebene Form der externen Zusammenarbeit in ihrer Arbeitsstelle – ebenfalls eine Anlaufstelle die ausschließlich von Frauen genutzt werden darf – in der Zusammenarbeit mit einer Dolmetscherin wider. Sie wurde von den Mitarbeiterinnen kontaktiert, um mit den Anliegen einer neu etablierten Klientinnen-Gruppe umzugehen. Dabei handelt es sich um Frauen ungarischer Herkunft, mit denen aufgrund von sprachlichen Barrieren nicht effektiv gearbeitet werden kann. Die Dolmetscherin fungiert hier insofern als Mediatorin, als sie die Sprachdefizite ausgleicht, die sowohl auf der Seite der Klientinnen als auch auf der Seite der Mitarbeiterinnen bestehen. Die interviewte Pflegefachfrau liefert ein gutes Beispiel dafür, warum eine funktionierende sprachliche Kommunikation von enormer Bedeutung für die Betreuung der Klientinnen ist:

*„Ja wir mussten, das ging nicht mehr ohne, weil es war wirklich, also unterdessen haben wir glaub ich 17 Ungarinnen die herkommen, wo wir wirklich an Grenzen kamen, weil weils halt einfach weil die Sprache die is so ein wichtiges Werkzeug da und ja es ging nicht mehr anders. Und grad in Zusammenhang mit dieser Frau die schwanger war, da musste man dann einfach (.) also da haben wir dann auch gemerkt, reicht einfach nicht ein bisschen anstupsen, sondern da muss man jetzt wirklich einfach die Frau wenns schlimm kommt dazu zwingen, dass die ins Spital geht, ...“*

Daraus lässt sich schließen, dass die Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begrenzt sind, mit den Klientinnen und Klienten in Kontakt zu treten und mit ihnen zu kommunizieren. Um sie trotzdem vor gesundheitlichen und anderen drogenassoziierten Gefahren zu schützen bzw. um ihre Sichtweisen nachvollziehen und sie in der Gestaltung der Angebote berücksichtigen zu können, ist es daher manchmal von Nöten, mit Personen zusammenzuarbeiten, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund besitzen und die dieselbe Sprache sprechen.

### **4.3. Spezifische Kompetenzen der Pflege**

Im Rahmen ihrer pflegerischen Fachausbildung sowie im Laufe ihrer Tätigkeit in den verschiedenen Berufsfeldern der Pflege, haben sich die Pflegefachkräfte ein umfassendes medizinisch-pflegerisches Know-how angeeignet, das sie in der niederschweligen Betreuung von drogenabhängigen Menschen über spezifische Kompetenzen verfügen lässt. Wie in der ersten Kategorie 4.1. *Die Pflege als Teil des interdisziplinären Teams* bereits beschrieben wurde, ist die teaminterne Zusammenarbeit von der Durchlässigkeit der darin agierenden Berufsgruppen geprägt, und besteht der Anspruch, sich durch den Austausch und die Vermittlung von Wissen fachlich zu ergänzen. Folglich ist auch das sozialarbeiterische bzw. das sozialpädagogische Personal dazu befähigt, in den Bereichen zu agieren, die die Pflegenden mit ihren spezifischen Kompetenzen abdecken. Dennoch sind die Pflegefachpersonen aufgrund ihres ausbildungstechnischen und beruflichen Hintergrundes als wichtige Akteurinnen und Akteure in der medizinischen Versorgung sowie in der Weitervermittlung der Klientinnen und Klienten anzusehen. Ebenso fungieren sie als Erstansprechpartnerinnen und Erstansprechpartner in Sachen Prävention und Schadensminderung. Obwohl ihre Kompetenzen begrenzt sind, wie sich in den folgenden Kategorien zeigen wird, können sie mithilfe ihres erlernten Handwerkes Grenzen überschreiten, die im Kontakt mit den Klientinnen und Klienten bestehen. Nähe zu schaffen und Beziehungen aufzubauen ist eine weitere spezifische Kompetenz des Pflegepersonals.

#### **4.3.1. Medizinische Erstversorgung und Notfallversorgung**

Worin die Bedeutung der Kompetenz der Pflegenden besteht, eine medizinische Erst- und Notfallversorgung durch zu führen, wird durch das folgende Zitat einer Interviewpartnerin verdeutlicht:

*„Es geht auch bei den Drogennotfällen natürlich darum Erste Hilfe zu leisten und auch wenn das ganze Team ausgebildet ist, auch die sozialen Arbeiter, geht es doch darum, dass jeder soziale Arbeiter froh ist eine Pflegefachperson in der Nähe zu haben, die auch mehr Kenntnisse hat in Erster Hilfe, Reanimation, in diesem Sinne. [...] wir haben ein pflegerisches Angebot und unsere Klienten haben viel auch Anliegen in diesem Sinn, es geht um kleine Verbände, wenn es auch nur darum geht eine kleine Salbe aufzutragen, muss man auch wissen welche Salbe für was gut ist und für was man es nicht brauchen sollte. Da haben wir natürlich sicher auch unser Team auf eine gewisse Art instruiert, aber es gibt immer wieder Unsicherheiten. Und deshalb ist es sehr wichtig, dass wir auch vor Ort eine Pflegefachperson haben.“*

Ihr umfassendes medizinisch-pflegerisches Know-how befähigt die Pflegefachpersonen dazu, bei gesundheitlichen Problemen Hilfestellung zu leisten, von denen vor allem drogenabhängige Menschen betroffen sind. Wie zum Beispiel die Infektionskrankheiten Hepatitis C oder seit neuestem wieder Tuberkulose. Darüber hinaus haben die Pflegenden die Möglichkeit, die Versorgung umfangreicher zu gestalten. Neben der Versorgung von „kleinen Sachen“ oder „einfachen Sachen“, die zum Standardrepertoire der niederschweligen Erstversorgung gehört, können sie auch bei „schwierigeren Sachen“ oder „schlimmen Sachen“ intervenieren, wie zwei befragte Pflegefachfrauen zu Protokoll geben. Dabei handelt es sich zum Beispiel um das Anbringen eines komplizierten Verbandes im Fall eines Injektionsabszesses. Körperliche Schädigungen, die bei den Klientinnen und Klienten gehäuft auftreten und die nach der Kompetenz der Pflegenden verlangen, sind Schürfwunden und Verletzungen der Haut, die zum Beispiel durch das Wundkratzen einer entzündeten Stelle zu Stande kommen. Oder Blasen an den Füßen, die durch das Tragen des falschen Schuhwerks entstehen, genauso wie Brüche, die sich die Klientinnen und Klienten im Rauschzustand zuziehen.

Auch wenn durch die Ausweitung des Versorgungsangebotes für drogenabhängige Menschen ein Rückgang der Drogennotfälle erzielt werden konnte, ist es hin und wieder erforderlich eine Notfallversorgung vorzunehmen. Wie zum Beispiel bei einer Überdosierung oder bei einem epileptischen Anfall. An dieser Stelle soll erneut betont werden, dass auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen der Sozialarbeit bzw. der Sozialpädagogik über die Kompetenz der Notfallversorgung verfügen. Dennoch sind die Pflegenden in der Durchführung einer Reanimation oder in der Einleitung von anderen lebensrettenden Maßnahmen routinierter, weshalb die Intervention oftmals ihnen vorbehalten ist. Und wird der Eingriff doch von einer anderen Fachperson geleitet, so verleiht ihr das Bewusstsein darüber, eine Pflegefachperson in unmittelbarer Nähe zu haben, mehr Sicherheit, wie eine Befragte berichtet, die in einer Kontakt- und Anlaufstelle tätig ist.

Die Frage, ob sie im Kontakt mit gravierenden Verletzungen, deren Anblick zum Teil schockierend ist, weniger Berührungsängste hat, bejaht eine Interviewpartnerin nach einigem Überlegen. Eine Vorstellung davon zu haben, wie im Fall eines bestimmten körperlichen Gebrechens vorzugehen ist, nehme ihr die Unsicherheit und ermögliche es ihr, bei Bedarf einzugreifen. Eine andere Befragte sieht den Grund dafür, weniger Ängste in der Berührung mit den Klientinnen und Klienten zu haben, in ihrem Wissen darüber, wie sich ansteckende Krankheiten verbreiten. Sie benutzt deshalb auch dasselbe Geschirr wie die Klientinnen und Klienten und isst mit ihnen an einem Tisch, ohne dabei einen negativen Hintergedanken zu haben. Das folgende Zitat verdeutlicht außerdem, dass die Pflegenden

durch ihr physiologisches Know-how dazu befähigt sind, die Zusammenhänge zwischen dem Drogenkonsum und möglichen physischen Schädigungen zu erkennen:

*„Also ich denk, was auch noch der Unterschied ist, weil ich Physiologie und mich besser auskenne weiß ich auch was zum Beispiel die Folgeschäden von Alkoholsucht oder von anderen Drogensüchten, was das bewirkt und was das für Zusammenhänge hat und wie die Leber geschädigt wird, wie die aussieht, welche Organe noch geschädigt werden können, wie sich das im Hirn ausbildet schlussendlich und (.) weil ich hab da ein Bild vor mir, wie das abgehen könnte oder schon abgegangen ist bei gewissen, in welchem Stadion das befindet. Und da werd ich oft gefragt von Mitarbeitern, kannst du mir das erklären, wie ist die Schädigung oder wie muss ich mir das vorstellen bei diesem und diesem Klienten?“*

Die Aussagen von einigen anderen befragten Pflegefachpersonen stimmen hiermit überein. Sie attestieren ebenfalls, dass eine ihrer Aufgaben darin besteht, ihre Kolleginnen und Kollegen in Bezug auf medizinische Themen aufzuklären und zu instruieren sowie sie bei der Ausführung von medizinischen Verrichtungen zu unterstützen. Die oben zitierte Pflegefachfrau fügt außerdem hinzu, dass sie sich in ihrer Arbeit an einigen Pflegemodellen orientiert, wie zum Beispiel dem Modell der Lebensaktivitäten. Es hilft ihr einerseits dabei, die Probleme der Klientinnen und Klienten gezielter zu analysieren und andererseits ihre Ressourcen zu identifizieren und zu aktivieren. Handlungen, die sie in diesem Zusammenhang setzt, zielen auf die Förderung der Körperpflege ab oder auf den geregelten Tag/Nacht-Rhythmus der Betreuten.

Haben die Klientinnen und Klienten spezifische Fragen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, so können die Pflegenden gezielte Antworten liefern und sie kompetent beraten. In manchen Einrichtungen fällt es auch in den Kompetenzbereich des Pflegepersonals, die medizinische Behandlung zu gestalten und die Erst- und Notfallversorgung der Klientinnen und Klienten durch die Beschaffung des benötigten Materials zu gewährleisten.

Die medizinische Versorgung ist ein integraler Bestandteil des niederschweligen Angebotes, denn es können damit Menschen erreicht werden, die Hemmungen haben, medizinische Institutionen aufzusuchen, die in Bezug auf ihre gesundheitliche Versorgung schlecht oder nicht verankert sind, d.h. keine Krankenversicherung haben, und die in ihrem Körperbewusstsein eingeschränkt sind. Warum es wichtig ist, dass die Versorgung von Personen mitgetragen wird, die fachlich geschult sind und professionell agieren können, beschreibt eine interviewte Pflegefachfrau folgendermaßen:

*„... weil es ein niederschwelliges Angebot ist und man die Leute erreicht und eine gewisse Professionalität ich auch wichtig finde. Weil es ist auch angebracht. Also manchmal sieht man schon schwierige Sachen. (..) Und dann ist es gut, wenn man Kenntnisse hat.“*

#### *4.3.2. Weitervermittlung und Grenzen der pflegerischen Kompetenzen*

Besondere Bedeutung kommt einer der spezifischen Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Zusammenhang mit der externen Zusammenarbeit mit Fachstellen sowie mit Ärztinnen und Ärzten zu. Wie bereits in der Kategorie 4.2. *Externe Zusammenarbeit* beschrieben wurde, verhindert der Mangel an räumlichen, materiellen und personellen bzw. zeitlichen Ressourcen es, alle Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten im Rahmen der niederschwelligen Versorgung abzudecken. Darüber hinaus stoßen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Grenzen ihrer Kompetenzen. Die Pflegefachpersonen sehen sich in diesem Sinn mit einer Begrenzung ihrer Fähigkeit konfrontiert, eine medizinische Versorgung durchzuführen. Ist eine Klientin oder ein Klient von einem ernsthaften gesundheitlichen Leiden betroffen oder liegt eine ernstzunehmende psychiatrische Auffälligkeit vor, sind sie darauf angewiesen ihre Kompetenzen an andere Fachinstitutionen oder Fachpersonen abzugeben, wie einige der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner berichten. Machtlos sind die Pflegenden zum Beispiel bei einer Infektion mit Anzeichen einer Blutvergiftung oder wenn sich jemand in einem schlechten Allgemeinzustand befindet. Besteht akute Lebensgefahr, steht es außer Frage, einen Notfalldienst einzuschalten. Außerhalb des Einflussbereiches der Pflegenden liegt es außerdem, Rezepte für Medikamente auszustellen und ausgeprägte psychiatrische Erkrankungen zu behandeln, wie zum Beispiel eine Doppeldiagnose. Auch hier muss, wie in der Kategorie 4.2.1. *Fachstellen* schon erwähnt wurde, mit externen Institutionen zusammengearbeitet werden.

Die spezifische Kompetenz des Pflegepersonals spiegelt sich schließlich in der Weitervermittlung der Klientinnen und Klienten an Dienste wider, die ihren jeweiligen Bedürfnissen entsprechen. Worin das Wesen dieser spezifischen Kompetenz besteht, veranschaulicht das folgende Zitat einer Pflegefachfrau, die drogenabhängige Menschen dabei unterstützt, ihre Wohnfähigkeit wieder zu gewinnen:

*„... manchmal kann ich sagen, ja das ist (.) bei dem ist der Amoniakspiegel gestiegen, deshalb ist er leicht verwirrt, das ist aber ein Verwirrungsgrad den wir noch tolerieren können sozusagen, hier mit unserer eigentlich niederschwelligen Behandlung oder ich sage, jetzt wird es gefährlich, also das können wir hier nicht mehr behandeln, das geht nicht, da müssen wir eine Fach also ein Arzt einschalten.“*

Ihr fachlich fundiertes Wissen über gesundheitliche Probleme befähigt die Pflegenden dazu, einzuschätzen, ob die Versorgung im niederschweligen Rahmen noch gewährleistet werden kann oder ob die betreffenden Klientinnen und Klienten an externe Stellen weitervermittelt werden müssen. Ergibt ihre Analyse des Zustandes der betroffenen Personen, dass die Versorgung abzugeben ist, so liegt es im Kompetenzbereich der Pflegenden zu entscheiden, an welchen Dienst die Weitervermittlung zu erfolgen hat. Besteht keine akute Gefährdung der Gesundheit, ist es ausreichend, die Klientinnen und Klienten an ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt zu verweisen. Liegt jedoch eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gesundheit vor bzw. befinden sich die Betroffenen in Lebensgefahr, so muss ein Rettungsdienst alarmiert werden. Die oben zitierte Pflegefachfrau ergänzt, dass sie aufgrund ihres medizinischen Know-hows in der Lage ist, abzuschätzen, ob die Beschwerden der Klientinnen und Klienten nur vorgespielt oder ob sie echt sind. Sieht sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit einem anderen beruflichen Hintergrund mit einer dieser Fragen konfrontiert und hat sie bzw. er Probleme damit, eine Entscheidung zu fällen, so ist es die Aufgabe der Pflegefachpersonen sie bzw. ihn zu beraten. Wie durch das folgende Zitat verdeutlicht werden kann, fällt es auch in ihren Aufgabenbereich, Anweisungen zum weiteren Vorgehen zu geben:

*„Und natürlich auch die Anzeichen von einer Benommenheit, ist das jetzt, weil er zu viel Drogen konsumiert hat, welche Drogen hat er konsumiert, sind die Pupillen weit, sind sie klein, ist er aufgekratzt, ist er benommen? Und dann die Stufen ein bisschen einschätzen, also wahrscheinlich hat er diese und diese Droge eingenommen, wahrscheinlich legt sich das in der nächsten Stunde, beobachtet ihn mal, überprüft die Atmung, den Puls und (.) vielleicht in einer Stunde ist alles wieder gut oder (.) uh das wird kritisch, da müssen wir die Ambulanz rufen. Also wird ich oftmals gefragt, wenn so ein Fall auftritt.“*

Eine Befragte fügt hinzu, dass ihre Schwelle, die Versorgung einer Klientin oder eines Klienten an einen Notfalldienst abzugeben, im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen höher ist. Die Aussage einer Pflegefachfrau, die in einer Anlaufstelle für Frauen hauptsächlich sozialarbeiterische Tätigkeiten ausübt, unterstreicht diesen Umstand. Denn sie ist der Auffassung, dass sie in kritischen Situationen länger Ruhe behält.

Oftmals stehen die Pflegenden vor dem Problem, dass eine Klientin oder ein Klient kein Interesse für die Kontaktaufnahme mit einer medizinischen Einrichtung oder einer medizinischen Fachperson zeigt, obwohl der Kontakt dringend notwendig wäre. In diesem Fall bleibt den Pflegenden als einzige Möglichkeit, sie bzw. ihn immer wieder aufzufordern und zu ermutigen, mit der betreffenden Einrichtung oder mit der betreffenden Person in

Kontakt zu treten. Schlägen auch diese Versuche fehl, so üben die Pflegenden ein wenig Druck auf die Betroffenen aus und überwachen weiterhin, ob es zu einer Kontaktaufnahme kommt oder nicht. Um die Weitervermittlung voranzutreiben, kann in einer der besuchten Kontakt- und Anlaufstellen ein „*Behandlungsnachweis*“ ausgestellt werden. Eine dort tätige und interviewte Pflegefachfrau erklärt, dass den betroffenen Klientinnen und Klienten die Inanspruchnahme des niederschweligen Angebotes solange verweigert wird, bis sie die Behandlung nachweisen können.

Folgt man den Aussagen einer Befragten, die im Bereich aufsuchende Sozialarbeit tätig ist, so verfügt sie auch im Zusammenhang mit der Selbstgefährdung einer Klientin oder eines Klienten bzw. mit der Fremdgefährdung durch eine Klientin oder einen Klienten über spezifische Kompetenzen. Ob eine Ärztin oder ein Arzt hinzugezogen werden muss, die bzw. der dazu berechtigt ist, einen fürsorglichen Freiheitsentzug (FFE) einzuleiten, ist sie in der Lage abzuschätzen. Durch ihre Fähigkeit, das Zustandsbild der betroffenen Person in fachkorrekter Sprache zu beschreiben, und die Notwendigkeit der Einleitung eines FFEs fachlich zu begründen, kann sie das eingeschaltete medizinische Personal außerdem bei seiner Entscheidung unterstützen. Oftmals kennt sie die betroffene Klientin oder den betroffenen Klienten bereits seit längerer Zeit und weiß, ob ein Freiheitsentzug tatsächlich notwendig ist. In diesem Fall kann sie das Urteil der hinzugezogenen Medizinerin oder des hinzugezogenen Mediziners zu Gunsten der Betroffenen beeinflussen.

#### *4.3.3. Aspekte von Prävention und Schadensminderung*

Die Kompetenz der Pflegenden im Bereich der Prävention besteht darin, die Klientinnen und Klienten über Themen aufzuklären und zu informieren, die für sie von Relevanz sind. Viele der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner berichten, dass diese Maßnahmen im Rahmen von sogenannten „*Gesundheitswochen*“ umgesetzt werden, die sie und ihre Kolleginnen und Kollegen organisieren, um den Klientinnen und Klienten bestimmte gesundheitliche Thematiken näher zu bringen und ihnen für spezifische Fragen zur Verfügung zu stehen. In einigen der besuchten Einrichtungen wird mit kleinen Aktionen, wie Gewinnspielen, versucht, die Aufmerksamkeit der Klientel dafür zu gewinnen. Auch „*Aktions- oder Thementage*“ bieten die Möglichkeit, den Klientinnen und Klienten Informationen über Infektionskrankheiten, Ernährung, Zahnhhygiene, grippale Infekte oder Substitution zu vermitteln. Ein befragter Pflegefachmann erzählt, dass vor kurzem ein „*Hepatitis-C-Aktionstag*“ organisiert wurde. Warum die Pflegenden in diese Aktionen verstärkt eingebunden sind bzw. worin ihre spezifische Kompetenz in Zusammenhang mit den präventiven Unternehmungen der niederschweligen Einrichtungen besteht, verdeutlicht das folgende Zitat einer Pflegefachfrau, die eine Kontakt- und Anlaufstelle leitet:

*„Und dann geht es häufig drum, dass unsere Klienten Fragen haben zu Krankheiten, ansteckende Krankheiten natürlich (.) relevante Themen, Hepatitis HIV, wie kann ich mich schützen und was ist das überhaupt und wie kann man das übertragen und wir sehen immer wieder, dass unsere Klienten da diesbezüglich nicht viel Kenntnisse haben, vor allem auch die Jungen. [...] Generell sind natürlich auch die sozialen Arbeiter ausgebildet in diesen Präventionsfragen, aber dennoch ja (.) ist es immer wieder gut eine Pflegefachperson da zu haben, die auch noch ein bisschen spezifischere Kenntnisse hat.“*

Ihre Kenntnisse in Bezug auf Gesundheit und Krankheit verleihen den Pflegenden demnach die spezifische Kompetenz, den Klientinnen und Klienten zu vermitteln, welchen Risiken und Gefahren sie beim Drogenkonsum ausgesetzt sind und welche Prophylaxe- und Behandlungsmaßnahmen ihnen zur Verfügung stehen. Eine Interviewpartnerin berichtet außerdem, dass es in ihrem Kompetenzbereich liegt, Klientinnen und Klienten, deren Allgemeinzustand sich verschlechtert hat, aufzuzeigen, auf welches Krankheitsbild ihre Symptome hindeuten könnten. Und sie aufzufordern, eine entsprechende Untersuchung durchzuführen. Immer wieder an „Basics“ zu erinnern – eine Befragte versteht darunter, in regelmäßigen Abständen Körperhygiene zu betreiben oder sich im Krankheitsfall behandeln zu lassen – ist ein weiterer Bestandteil des präventiven Vorgehens der Pflegefachpersonen, aber auch ihrer Teamkolleginnen und Teamkollegen.

Schenkt man den Aussagen von einigen der Interviewten Aufmerksamkeit, so spiegelt sich die Zielsetzung des Präventionsangebotes der Pflegenden in der Stärkung des Bewusstseins der Klientinnen und Klienten für die Bedürfnisse ihres Körpers wider. Das Augenmerk einer Befragten richtet sich zum Beispiel darauf, die Sinne der Klientinnen und Klienten zu schärfen und sie zu animieren, sich mit Themen auseinander zu setzen, die sie betreffen. Eine andere Interviewpartnerin beschreibt folgendermaßen, worin sie das Ziel der präventiven Bemühungen sieht:

*„... gut, die Ziele, ich denke in der Realität, das realistische Ziel ist, dass die Leute ein Bewusstsein bekommen (.) das haben sie meistens, aber auch gewisse Sachen umsetzen können in der Hygiene oder vielleicht auch eben in der Ernährung ein bisschen.“*

Prävention bedeutet daher nicht nur, Aufklärung zu betreiben und Informationen zu vermitteln, sondern auch die Fähigkeit der Klientinnen und Klienten zu fördern, Maßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit und zur Stärkung ihres körperlichen Wohlbefindens umzusetzen. Unter anderem dadurch, den Entwicklungsprozess ihres Bewusstseins für die

eigene Person und den eigenen Willen zu unterstützen, wie es eine Pflegefachfrau beschreibt, die drogenkonsumierenden Sexarbeiterinnen dabei hilft, ihr Selbstbewusstsein aufzubauen.

Der primäre Fokus der Aktivitäten der interviewten Pflegefachkräfte zur Schadensminderung liegt auf dem intravenösen Substanzkonsum (IV-Konsum). Worin die pflegerische Kompetenz in diesem Zusammenhang besteht, veranschaulicht das folgende Zitat einer Interviewpartnerin:

*„Wenn injiziert wird, Drogen injiziert wird denke ich, das ist eine pflegerische Verrichtung eigentlich auch. Also nicht das Drogen injizieren, aber eine Injektion. Und ich denke da kann man viele Hilfestellungen leisten.“*

Eine Injektion zu setzen, ist demnach als eine genuine pflegerische Handlung zu verstehen. Im Umfeld des Drogenkonsums, wo die Injektion einen elementaren alltäglichen Handgriff darstellt, kann die geschulte Hand einer Pflegefachperson daher von Nutzen sein. Welche konkreten Formen die diesbezüglichen Unterstützungsdienste annehmen, variiert von Einrichtung zu Einrichtung. Die Ziele der Maßnahmen zur Minderung des Schadens, der durch den injizierenden Konsum von Drogen entsteht, werden jedoch einrichtungsübergreifend verfolgt, wie aus den Statements der Interviewten geschlossen werden kann. Sie bestehen zum einen darin, das Auftreten von Injektionsabszessen und von Infektionen zu reduzieren, die durch den Konsum unter unhygienischen Bedingungen hervorgerufen werden. Und zum anderen, risikoreiche intravenöse Konsumationen zu verhindern.

Im Folgenden werden einige Varianten der Interventionen der Pflegenden dargestellt, die sie setzen, um diese Ziele zu erreichen: weit oben auf der Prioritätenliste steht das Anlernen einer hygienischen Injektionstechnik sowie des richtigen Anstechens der Venen. Diese Intervention kann in der Regel auch von den anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesetzt werden. In den Kompetenzbereich der Pflegenden fällt es in einigen der besuchten Einrichtungen allerdings, ihre Kolleginnen und Kollegen diesbezüglich zu instruieren. Genauso wie die intravenös konsumierenden Klientinnen und Klienten beim Finden einer noch funktionstüchtigen Vene zu unterstützen. Die spezifische Kompetenz der Pflegenden ist auch dann gefragt, wenn es darum geht, die Schädigung oder die Verschlechterung des Venenzustandes der Betroffenen zu verhindern bzw. einzudämmen. Wodurch die Pflegenden in einer Kontakt- und Anlaufstelle die gewünschte Wirkung erzielen, zeigt das folgende Zitat:

*„Also da intervenieren wir auch und es gibt auch Stellen wo wir verbieten zu injizieren, also gefährliche Stellen, zum Beispiel in den Hals (..) gleichzeitig wissen wir, dass viele das tun und wir haben (..) ja wir haben uns einverstanden erklärt, dass eine Pflegefachperson kontrolliert den Venenzustand der Klienten.“*

Dass die Klientinnen und Klienten in risikoreiche Stellen injizieren, wie in den Hals oder in die Listen, lässt sich nicht immer vermeiden, weshalb es eine wichtige Intervention darstellt, den Zustand ihrer Venen regelmäßig zu kontrollieren. Wie die interviewte Pflegefachfrau weiter ausführt, handelt es sich dabei um eine Intervention, die ausschließlich vom Pflegepersonal gesetzt wird. In manchen Fällen wird die Injektion in eine gefährliche Stelle aber bewusst als Alternative toleriert. Nämlich dann, wenn sich die Betroffenen bereits „massakrieren“ oder „stochern“ – so der Wortlaut der Befragten – beim Versuch in eine bereits beschädigte Vene zu injizieren. Zu tolerieren bedeutet allerdings nicht darüber hinwegzusehen, sondern kontinuierlich zu evaluieren, ob die alternative Injektion noch sinnvoll ist. Eine andere Interviewpartnerin erkennt darin eine Kontroverse. Auf der einen Seite möchte sie die Klientinnen und Klienten von der intravenösen Konsumation abhalten, auf der anderen Seite lässt sie sie zu, um die betreffenden Personen dabei beaufsichtigen und gewährleisten zu können, dass bestimmte Hygienestandards eingehalten werden. In manchen der besuchten Einrichtungen gibt es eine klare Haltung zu diesem Thema: wird auf eine riskante Weise injiziert und wird die Injektion fortgesetzt, trotz der Aufforderung sie zu unterlassen, werden die Betroffenen sanktioniert, wie zum Beispiel durch die Verhängung eines Hausverbotes. Inwieweit der IV-Konsum der Klientinnen und Klienten durch das Personal letztendlich beeinflusst werden kann, hängt davon ab, ob die betreffende Einrichtung über einen Konsumraum verfügt oder nicht. Ist ein Injektionsraum vorhanden, so kann der Konsum überwacht und eingegriffen werden, wenn in eine offene Wunde oder in eine entzündete Stelle injiziert wird. Ein interviewter Pflegefachmann berichtet, dass er die Klientinnen und Klienten direkt anspricht, wenn ihm eine Stelle Sorgen bereitet, in die injiziert wird. Er bittet dann darum, einen Blick darauf werfen und sie gegebenenfalls pflegerisch versorgen zu dürfen. Ein anderer Befragter erzählt, wie wichtig es ist, die Klientinnen und Klienten über die Risiken einer Injektion aufzuklären und sie darauf hinzuweisen, einige Grundregeln dabei einzuhalten. Wie zum Beispiel die Reinigung und die Desinfektion der Hände und der betreffenden Stelle vor und nach der Injektion.

#### *4.3.4. Nähe schaffen und Beziehung aufbauen*

Teil der fachlichen Qualifikation der Pflegenden ist es, Tätigkeiten zur Wund- und Körperpflege professionell ausführen zu können. Da sie einerseits über mehr Sicherheit in

der Ausführung dieser Tätigkeiten verfügen und andererseits weniger Berührungsängste damit haben, liegt es oftmals an ihnen, dementsprechende Interventionen zu setzen. Vorausgesetzt ihre zeitlichen Ressourcen lassen es zu. Eine befragte Pflegefachfrau berichtet, dass die Klientinnen und Klienten sich mit ihren gesundheitlichen Anliegen direkt an sie wenden, da sie über ihren beruflichen Hintergrund Bescheid wissen. Welchen Einfluss die Fähigkeit der Pflegenden zur Wund- und Körperpflege schließlich auf die Interaktion mit den Klientinnen und Klienten hat, veranschaulicht das folgende Zitat eines Pflegefachmannes, der in einer größeren Kontakt- und Anlaufstelle tätig ist:

*„... es ist eine sehr dankbare Arbeit, insofern dass es manchmal Barrieren legen kann, dass so wie Hürden genommen werden können bei der Pflege. Die Menschen sind auch sehr dankbar, die sind froh, dass sie überhaupt kommen können [...] Und es gibt viele Gespräche, allgemeine, gesundheitliche Gespräche, zum Beispiel die Ernährung, die Körperpflege, vielleicht auch so familiäre Situationen, soziale Situationen, Hintergründe, die ich hierinnen erfahren darf während der Pflege eigentlich.“*

Die pflegerische Versorgung bietet also die Möglichkeit, sich den Klientinnen und Klienten anzunähern und eine Grundlage für den Beziehungsaufbau zu schaffen. Durch die Ausübung von Tätigkeiten zur Wund- und Körperpflege werden die Pflegenden dazu befähigt, Barrieren abzubauen, die im Kontakt mit den drogenkonsumierenden Menschen bestehen. Darüber hinaus können sie ihnen dadurch die Angst um ihren gesundheitlichen Zustand nehmen. Der oben zitierte Pflegefachmann beobachtet immer wieder, wie sich um ihre Gesundheit bangende Klientinnen und Klienten während seiner Behandlung beruhigen. Was zur weiteren Folge hat, dass sie sich öffnen und ihm neben ihren Sorgen über ihre körperliche Verfassung auch offenbaren, was sie emotional bedrückt. Eine andere Befragte hat ähnliche Erfahrungen gemacht, die sie folgendermaßen beschreibt:

*„Also eben der Junge der mir vor kurzem eben erzählt hat, weil wegen seiner Freundin die Hepatitis hat und alles (.) das war dann wirklich, nach einem Verband den ich ihm gemacht habe und er sich zehnmal bedankt hat und der Freude hatte (Räuspert sich) dass ich ihm das so weiterhelfen konnte. Und dann plötzlich sprudelt es aus ihm raus und es ist eigentlich jemand der sehr misstrauisch ist und sehr arrogant uns gegenüber (.) was häufig auch ein Selbstschutz ist.“*

Sei es durch ein pflegerisches Gespräch oder durch konkrete pflegerische Handlungen, wie das Verbinden eines Abszesses, die betroffene Person erfährt Zuwendung und fasst

dadurch Vertrauen. Auch ihre Freude darüber und ihre Dankbarkeit dafür, dass sich jemand mit ihren Anliegen auseinandersetzt, tragen zu ihrer emotionalen Öffnung bei. Wie aus dem oben angeführten Zitat hervorgeht, kann auf diese Art und Weise selbst zu schwer zugänglichen Klientinnen und Klienten ein Bezug hergestellt werden. Durch die Unterstützung bei der Körperpflege konnte eine der Interviewten sogar eine längerfristige Beziehung zu einem alkoholkranken und dementen Klienten herstellen. In die Beziehungsarbeit einzusteigen, fällt den Pflegenden außerdem insofern leichter, als sie die Hilfe bieten können, auf die die Klientinnen und Klienten angewiesen sind. Als vorteilhaft erweist sich das „Werkzeug“ der pflegerischen Handlung auch, um „andere Beziehungen“ aufzubauen, wie eine Befragte befindet. Zwei weitere Befragte sehen den Vorteil des Werkzeuges darin, die Empfänglichkeit der Klientinnen und Klienten für Tipps und Anregungen zu steigern und dadurch mehr bei ihnen zu erreichen. Eine der beiden Interviewpartnerinnen spricht davon, dass sich durch die pflegerischen Interventionen „mehr Sandkörner“ in Bewegung setzen lassen.

Einige der befragten Pflegefachkräfte vertreten aber auch die Meinung, dass nicht notwendigerweise ein pflegerischer Handgriff im Spiel sein muss, um Nähe zu schaffen und eine Beziehung aufzubauen. Ihre Erfahrung hat gezeigt, dass eine andere Situation genauso eine Grundlage für die Intensivierung des Kontakts mit den Klientinnen und Klienten bieten kann. Wie zum Beispiel ein Beratungsgespräch oder ein Zwiegespräch, das sich spontan ergibt. Ob sich die betreffenden Personen öffnen, hängt auch nicht unbedingt von der fachlichen Qualifikation der Betreuungsperson ab, der sie gegenüber treten. Oftmals wird die Entwicklung eines engeren Verhältnisses von persönlichen Antipathien oder Sympathien gesteuert. Ein Pflegefachmann ist sich zudem nicht sicher, ob sein Handwerk oder die Atmosphäre in den Räumlichkeiten, die in seiner Arbeitsstelle eigens für die pflegerische Versorgung eingerichtet wurden, einen größeren Einfluss auf den Beziehungsaufbau hat. Er denkt aber, dass sich beides begünstigend auswirkt. Die pflegerische Behandlung einerseits, da sie eine „Tête-à-Tête“-Situation hervorruft und die Räumlichkeiten andererseits, da sie eine Rückzugsmöglichkeit bieten. Wie ein anderer Pfleger berichtet, können die Räumlichkeiten, die für die medizinische Versorgung vorgesehen sind, auch so beschaffen sein, dass sie eine Annäherung verhindern oder nur schwer ermöglichen. Aufgrund seiner dünnen Außenwände sei das sogenannte „Medizimmer“ im Winter zu kalt und im Sommer zu heiß, weshalb sich niemand lange darin aufhalten möchte.

Die Aussagen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner lassen dennoch darauf schließen, dass es einer ihrer spezifischen Kompetenzen ist, durch pflegerische Verrichtungen Nähe zu schaffen und Beziehungen aufzubauen.

#### **4.4. Strategien im Umgang mit den Klientinnen und Klienten**

Im Rahmen ihrer Tätigkeit im Feld der niederschweligen Drogenarbeit sind die Pflegenden und ihre Kolleginnen und Kollegen mit der Betreuung von Menschen konfrontiert, die besondere Lebenshintergründe und Eigenschaften haben. Ihr Dasein wird stark von ihrem Drogenkonsum und ihrem Suchtverhalten geprägt und so auch die Art und Weise der betreuenden Personen mit ihnen umzugehen und das Betreuungsverhältnis zu gestalten. Die Arbeit mit den drogenkonsumierenden Klientinnen und Klienten stellt sie vor einige Herausforderungen, die sie nur durch die Verfolgung von bestimmten Strategien bewältigen können. Davon profitieren letztendlich nicht nur sie selbst, sondern auch die Klientinnen und Klienten. Indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihrem Verhalten Akzeptanz gegenüber bringen, finden sie einen Ort an dem sie sein können wie sie wollen. Zu akzeptieren bedeutet auch anzuerkennen, das Sein der Klientinnen und Klienten nur begrenzt beeinflussen zu können, weshalb es eine wichtige Strategie darstellt, sich abzugrenzen. Da es nicht immer möglich ist eine Grenze zu ziehen, muss das niederschwellige Personal außerdem aushalten können. Eine weitere Strategie im Umgang mit der drogenkonsumierenden Klientel ist die Arbeit mit kleinen Schritten, die darin besteht, sich an ihrem spezifischen Rhythmus zu orientieren. Um auf die vielschichtigen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten einzugehen, ist es darüber hinaus erforderlich, die Betreuung individuell anzupassen.

##### **4.4.1. Die Klientinnen und Klienten akzeptieren**

Eine wichtige Voraussetzung für die Betreuung von drogenkonsumierenden Menschen im niederschweligen Versorgungsbereich ist die Anerkennung der Tatsache, dass sie ein Suchtproblem haben. Ebenso wie die Einsicht darüber, dass das Angebot von ihnen in Anspruch genommen wird, da es ermöglicht, den Konsum offen auszuleben. Zumindest dann, wenn die betreffende Einrichtung über einen Konsumraum verfügt. Eine wichtige Strategie der Mitarbeitenden im Umgang mit den Klientinnen und Klienten besteht daher darin, sie in ihrem Sein zu akzeptieren. *„Wirklich so wie sie sind, mit allen Vor- und Nachteilen, Defiziten und Ressourcen“*, wie eine befragte Pflegefachfrau erklärt. Ihre Einstellung spiegelt sich darin wider, drogenkonsumierenden Menschen vorurteilsfrei zu begegnen und sie wie auch die anderen Mitmenschen zu behandeln. Dass eine andere Befragte ihren Arbeitsauftrag nicht darin sieht, die Klientinnen und Klienten in ihrer Lebensführung zu beeinflussen, zeigt das folgende Zitat:

*„... also das Ziel von der Schadensminderung ist auch, dass die Leute sein können wie sie wollen. Sie können hier konsumieren, sie können (.) ohne dass wir immer mit*

*dem Mahnfinger oder kommen. Das ist auch wichtig. Das wollen wir auch nicht. Wir wollen (.) die Leute können hier einfach machen wie sie wollen. Natürlich mit Hausregeln, aber so [...] ohne ja aber jetzt hast du schon und schon wieder. Das darf, soll nicht der Fall sein.“*

Die Aussagen einer Pflegefachfrau, die in einer Anlaufstelle für drogenkonsumierende Frauen arbeitet, stimmen hiermit überein. Sie hält es demnach nicht für sinnvoll, ihre Klientinnen ununterbrochen auf ihr Fehlverhalten hinzuweisen. Denn anstatt eine Änderung in ihrem Leben zu erzielen, würde die permanente Kritik dazu führen, dass sich die Frauen abwenden. Das Recht auf Selbstbestimmung zu bewahren, stellt für viele der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner einen der wichtigsten Grundsätze in der niederschweligen Drogenarbeit dar. Zu gewährleisten, dass das Angebot freiwillig in Anspruch genommen werden kann, spiegelt eine Variante wider, diesem Grundsatz zu folgen. Sich am Prinzip der Freiwilligkeit zu orientieren, bedeutet für eine Befragte, die Klientinnen und Klienten selbst darüber entscheiden zu lassen, ob und von welchen Angeboten sie Gebrauch machen. Druck auszuüben sei darin nicht enthalten, wie sie weiter ausführt.

Die Klientinnen und Klienten sein zu lassen bedeutet allerdings nicht, sie sich selbst zu überlassen. Zu reagieren, wenn sich abzeichne, dass sie Hilfe benötigten, stehe für eine interviewte Pflegefachfrau außer Frage. Wie aus einem weiteren Interviewgespräch hervorgeht, stelle es in manchen Fällen allerdings eine Schwierigkeit dar, abzuwägen, ob es der Unterstützung bedarf oder nicht. Nicht immer könne am Verhalten der Klientinnen und Klienten eindeutig abgelesen werden, wonach sie bedürften. Gegenteilig kann es auch passieren, dass ein Hilfsangebot offen abgelehnt wird, obwohl der helfende Eingriff einer Fachperson offensichtlich notwendig wäre. Eine Interviewpartnerin, die drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen betreut, berichtet in diesem Zusammenhang, dass oftmals ausgerechnet Klientinnen in Ruhe gelassen werden wollen, deren Zustand besonders besorgniserregend ist. Aus den eben dargestellten Beispielen der interviewten Pflegefachpersonen lässt sich schließen, dass die Verfolgung des akzeptierenden Ansatzes kein einfaches Unterfangen ist. Um es mit den Worten einer Befragten auszudrücken, handelt es sich dabei sogar um eine „Gratwanderung“. Eine andere erklärt folgendermaßen, worin die Schwierigkeit des Akzeptierens besteht:

*„... es ist immer so gewisses Maß wie fest konfrontiere ich jemanden, wie hart bin ich auch zu jemandem, wie fest wie sehr strukturiere ich auch und wie sehr muss ich dann auch einfach die Person sein lassen, weil sonst gleitet sie mir aus den Fingern und hat gar niemanden mehr und wir wissen nicht mehr wie es ihr geht ...“*

Wie aus einigen anderen Interviewgesprächen hervorgeht, hat es eine größere Bedeutung, den Kontakt aufrecht zu erhalten als in die Lebensführung der Klientinnen und Klienten einzugreifen. Weshalb im Zweifelsfall dazu tendiert wird, sie sein zu lassen. Ihnen Raum zum Konsumieren zu bieten, ohne sie dafür zu verurteilen, verringert außerdem das Risiko des unbeaufsichtigten und unter unhygienischen Bedingungen stattfindenden Konsums. Forderten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Klientinnen und Klienten unaufhörlich auf, ihre Konsumgewohnheiten zu ändern bzw. den Konsum gänzlich zu beenden, verschärfe sich die Gefahr des Kontaktabbruchs sowie der Fortsetzung des Konsums außerhalb des Einflussbereiches des niederschweligen Personals, weiß eine Gesprächspartnerin. Unabhängig davon kommt es trotzdem immer wieder vor, dass einige Klientinnen und Klienten aus dem Blickfeld des Personals verschwinden. Die dadurch entstehende Ungewissheit berge ein großes Frustrationspotential, wie manche der Befragten meinen.

Die positive Wirkung des offenen Umgangs mit dem Drogenkonsum ist aber dennoch nicht zu leugnen. Mit den Klientinnen und Klienten ein ehrliches Gespräch darüber zu führen, welche Substanzen sie konsumieren und in welchen Mengen, vermittele ihnen das Gefühl, jemand setze sich mit ihrer Persönlichkeit und mit ihrem Erleben auseinander. Zudem könnten dadurch bestimmte Gesundheitsrisiken minimiert werden, wie eine Interviewpartnerin am Beispiel der Substitution erläutert: bei substituierten Klientinnen und Klienten, die einen hohen Nebekonsum haben, könne angeregt werden, mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt über die Erhöhung der Dosis des Substituts zu sprechen. Mit dem Ziel, die Fortsetzung des zusätzlichen Konsums eines Originalstoffes zu beenden. Die in den niederschweligen Einrichtungen gelebte Offenheit wirkt sich jedoch nicht nur positiv auf die drogenkonsumierenden Menschen aus, sondern auch auf die Arbeit der Pflegenden. Eine Interviewpartnerin hat das Gefühl, sich im Kontakt mit ihren Klientinnen nicht verstellen zu müssen. Im Gegensatz zu anderen pflegerischen Settings, die sie im Lauf ihrer beruflichen Tätigkeit kennengelernt hat, könne sie die Klientinnen an ihrem jetzigen Arbeitsplatz offen konfrontieren und müsse ihre Ansichten nicht unter dem Deckmantel der Höflichkeit verstecken. Sie pflichtet außerdem einem anderen Befragten bei, der das Setting der niederschweligen Drogenarbeit als ein „*ehrliches Setting*“ bezeichnet. Warum es besonders wichtig ist, den Klientinnen und Klienten einen Ort zur Verfügung zu stellen, an dem sie sich nicht verstellen müssen, führt ein interviewter Pflegefachmann auf Folgendes zurück:

*„Gerade im niederschweligen, wo doch viel Stigmatisation von diesen Personen sehr hoch ist, was immer wieder Tiefschläge oder schlechte Erfahrungen gemacht werden. Dass es einfach einen Ort gibt oder eine (.) oder verschiedene Personen wo*

*sie sagen können, ja da kann ich hinkommen, da kann ich auch sagen oder sein wie ich bin.“*

In vielen anderen Bereichen ihres Lebens stoßen drogenkonsumierende Menschen auf Ablehnung. Durch Institutionen wie die Polizei werden sie für ihr Verhalten zur Verantwortung gezogen und daran gehindert, sich an Plätzen aufzuhalten, die ihnen Raum zum Leben geben. Die niederschweligen Einrichtungen sollen dazu einen Gegenpol bieten, indem sie dort mit offenen Armen empfangen werden und nicht mit dem Finger auf sie gezeigt wird. Eine befragte Pflegefachfrau bemüht sich zum Beispiel darum, ihre Klientinnen und Klienten vor den abfälligen Blicken der Gesellschaft zu schützen, denen sie aufgrund ihres zum Teil nicht gesellschaftskonformen Erscheinungsbildes im öffentlichen Raum ausgesetzt sind. Derartige Bemühungen können die Helfenden allerdings auch in ein Dilemma treiben. So wird das Bestreben des oben zitierten Pflegefachmannes, die Klientinnen und Klienten so sein zu lassen wie sie sind, von dem an seinem Arbeitsplatz herrschenden Verbot des Drogenkonsums durchkreuzt. Denn es zwingt ihn dazu, sie „rum zu jagen“, wie es auch die ordnungshütenden Instanzen tun.

#### *4.4.2. Sich abgrenzen und aushalten*

Zu akzeptieren, dass die Klientinnen und Klienten süchtig sind und dass sie selbst darüber bestimmen, ob sie unterstützt werden möchten oder nicht, ist für viele der befragten Pflegefachpersonen damit verbunden, sich abzugrenzen und auszuhalten.

Die Abgrenzung als Strategie einzusetzen wird für die meisten dann erforderlich, wenn sich das Verhalten der Klientinnen und Klienten darin ausdrückt, die angebotene Hilfe nicht anzunehmen. Der konkrete Fall tritt zum Beispiel ein, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Anregungen und Aufforderungen immer wieder auf Widerstand stoßen.

Die folgende Aussage einer Pflegefachfrau zeigt, dass es manchmal schwierig ist, damit umzugehen, keinen Einfluss auf die Konsumgewohnheiten der Klientinnen und Klienten zu haben, besonders dann wenn junge Personen vom inhalierenden auf den injizierenden Konsum umsteigen:

*„Aber der Übergang ist dann meistens fließend, bis es dann zur Normalität wird. Und dort können wir meistens nichts machen, da sind uns die Hände gebunden und dies anzuschauen (.) das wirklich eine Grenze ist, ziemlich schwierig manchmal damit umzugehen (.) definitiv, ja.“*

Um nicht an der Tatsache zu verzweifeln, dass ihr Einflussbereich limitiert ist und dass es letztendlich in der Verantwortung der Klientinnen und Klienten selbst liegt, ihr Leben zu gestalten, berichten die Befragten mit großer Übereinstimmung davon, eine Grenze ziehen zu müssen. Sich Gedanken über die Situation der Klientel zu machen, hält ein interviewter Pflegefachmann zwar für einen wichtigen Bestandteil seiner Betreuungstätigkeit, er sieht seine Aufgabe jedoch nicht darin, sich unaufhörlich zu sorgen. Ihr Auftrag bestehe darin, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die das Setting zur Versorgung der Klientinnen und Klienten biete, wie eine andere Befragte befindet. Leben zu retten und Schaden zu mindern sowie entsprechende Schritte einzuleiten, wenn eine willige Klientin oder ein williger Klient etwas an ihrem oder seinem Leben ändern möchte, seien Interventionen, die im Rahmen des Möglichen liegen. Zu intervenieren, wenn der Wille nicht vorhanden sei, gleiche allerdings einer Illusion. Wie auch durch das folgende Zitat verdeutlicht werden kann, lautet die Devise daher, zu helfen ohne sich aufzugeben:

*„... es gibt schon Situationen die mich nachdenklich stimmen, wenn ich seh' wie jemand zerfällt, so. Und gleich muss ich mir sagen, das ist sein Weg den er gewählt hat schlussendlich, und ich glaub' es hat kein Wert, wenn man sich (...) wie soll, Gedanken machen find' ich sehr wichtig und so, aber nicht dass man vergräht dabei, oder. Dass man wirklich auch sich abgrenzt und wenn ich weiß ich habe mein Möglichstes getan, dann kann ich schon ruhiger schlafen ...“*

Dass es nicht in ihrer Macht liegt, die Klientinnen und Klienten vor allen Übeln zu schützen, ist eine Erkenntnis, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Abgrenzungsprozess unterstützen kann. Eine interviewte Pflegefachfrau weiß zumindest, dass eine Rund-um-Betreuung notwendig wäre, um alle Risiken und Gefahren auszuschalten, denen die Klientinnen und Klienten in ihrem alltäglichen Leben ausgesetzt sind. Sich ins Bewusstsein zu rufen, dass auch andere Institutionen in die Versorgung von drogenabhängigen Menschen eingebunden sind, hilft einer anderen dabei, sich abzugrenzen:

*„... ja also manchmal gehen viele Leute hier raus wo ich intuitiv am liebsten hinter nachlaufen möchte (.) oder sie hierbehalten oder irgendwo hinbringen und das können wir nicht. Und dort müssen wir schon schauen bis wohin können wir und wo müssen wir auch sagen, okay das (.) wir sind nicht die einzigen schlussendlich. Die meisten sind im Sozialamt angehängt und dort haben sie eine Bezugsperson und die sieht diese Person auch noch und wir können nicht alles übernehmen und das ist ganz ganz wichtig.“*

Ihre Variante der Abgrenzung besteht demnach darin, sich einzugestehen, keinen Einfluss auf die Gesamtsituation der Klientinnen und Klienten ausüben zu können. Aus dem Zitat geht außerdem hervor, dass der Einsatz dieser Strategie dazu beiträgt, nicht an der Arbeit zu frustrieren. Wie aus den weiteren Aussagen der Interviewpartnerin geschlossen werden kann, profitieren darüber hinaus nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Strategie sich abzugrenzen, sondern auch die Klientinnen und Klienten. Indem die Betreuungspersonen ihre Beziehung zu den betreuten Personen einschränken, könne den Letzteren nämlich der Ausstieg aus der Drogenszene erleichtert bzw. das Weitergehen ermöglicht werden. Eine andere Befragte hat zudem die Erfahrung gemacht, dass die konstruktive Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten durch die Entstehung eines kumpelhaften Verhältnisses behindert wird.

Tag für Tag mit dem von der Sucht geprägten Dasein der Klientinnen und Klienten konfrontiert zu sein und ihrem destruktiven Verhalten machtlos gegenüber zu stehen, macht die Verfolgung einer zweiten Strategie erforderlich. Folgt man den Aussagen der Befragten, so besteht sie darin, auszuhalten. Zuzusehen, wie sich Menschen zerstören bzw. sich „kaputt machen“ – um es mit den Worten eines Interviewten auszudrücken – ohne tatsächlich eingreifen zu können, erweist sich als ein unweigerlicher Teil ihrer Arbeit. Genauso wie damit zu leben, dass die Klientinnen und Klienten die niederschweligen Angebote nicht in Anspruch nehmen oder die Einrichtungen zum Teil gar nicht mehr aufsuchen. Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie es an schwach frequentierten Tagen aushalten muss, zu warten. Um nicht an diesen Tatsachen zu verzweifeln, müssen die Pflegefachkräfte und ihre Fachkolleginnen und Fachkollegen Wege finden, damit umzugehen. Trotz der Schwierigkeit „den Fall“ einer Klientin oder eines Klienten auszuhalten, hat eine Pflegefachfrau eine Strategie gefunden, damit zu Recht zu kommen. Das folgende Zitat zeigt, wie:

*„Manchmal ist es auch auszuhalten, dass die Leute wirklich knalle auf den Boden fallen, also mit obdachlos, mit kein Geld, mit sich auf der Straße durchmischen, bis sie bereit sind (.) etwas zu machen. Und das ist manchmal auch schwierig auszuhalten. Aber das ist auch so eine Erfahrung, was ich als Erfahrung gelernt habe (.) es nutzt nichts so auf dem halben Weg bremsen zu wollen, weil sie gar nicht bereit sind dafür. Gilt nicht für alle, aber oft.“*

Ihre Erfahrung hat die eben zitierte Pflegefachfrau gelehrt, dass es aussichtslos ist, den Fall der Klientinnen und Klienten stoppen zu wollen. Aus ihren folgenden Ausführungen kann außerdem geschlossen werden, dass eine Möglichkeit mit dieser Situation umzugehen darin

besteht, die betroffene Person auf ihrem Weg zu begleiten. Auch wenn der „*zuerst einmal runter*“ geht. Zu wissen, dass die bzw. der Betroffene selbst zu der Einsicht gelangen muss, dass ihr bzw. sein Zustand untragbar ist, kann als Strategie angesehen werden, den Absturz auszuhalten. Laut einer anderen Befragten findet sich eine weitere Dimension der Strategie auszuhalten darin wieder, sich darüber im Klaren zu sein, dass die selbstzerstörerischen Tendenzen im Verhalten der Klientinnen und Klienten auf ihre Suchterkrankung zurückzuführen sind. Sich in Erinnerung zu rufen, worin der eigentliche Arbeitsauftrag besteht, kann ebenfalls dazu beitragen, mit der Sucht umzugehen. Eine Interviewte beschreibt folgendermaßen, wie sie von dieser Strategie Gebrauch macht:

*„... ich mache natürlich am Abend auch eine Reflexion. Und (.) dann merke ich, aha das stimmt eigentlich mit dem Auftrag ja nicht. Ich habe nicht den Auftrag die Leute wegzuholen von den Drogen, sondern ich habe den mein Auftrag ist Schadensminderung.“*

Der Auftrag der Pflegenden und der anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besteht schließlich nicht darin, Abstinenz herbeizuführen, sondern Überleben zu sichern und Schaden zu mindern. Die Ereignisse eines Arbeitstages zu reflektieren, kann dabei helfen, auszuhalten. In manchen Fällen kann es aber auch sein, dass keine der beschriebenen Strategien greift. Ist die Gesundheit zum Beispiel tatsächlich in Gefahr, kann nicht mehr ausgehalten werden. Einige der Befragten erzählen, dass ihr Vorgehen dann darin besteht, die betroffenen Klientinnen und Klienten direkt mit der Inakzeptabilität ihres Verhaltens zu konfrontieren. Denn sie sehen es nicht als ihre Aufgabe an, alles aushalten zu müssen. Auszurufen „*Lass‘ das doch sein!*“ mag zwar vielleicht nicht mit ihrem Arbeitsauftrag übereinstimmen, ist aber hin und wieder eine unumgängliche Reaktion auf die Geschehnisse in der niederschweligen Drogenarbeit.

#### *4.4.3. Mit kleinen Schritten arbeiten*

Mit drogenkonsumierenden Menschen zu arbeiten, erfordert von den professionellen Helfenden, sich an ihren individuellen Rhythmus anzupassen. Um diesen Rhythmus zu beschreiben, bringen viele der Befragten die Bezeichnung „*kleine Schritte*“ in die Interviewgespräche ein. So auch eine interviewte Pflegefachfrau, die folgendermaßen erklärt, was es bedeutet, mit kleinen Schritten zu arbeiten:

*„Das zweite Typische finde ich vielleicht, dass sehr viel kleine Schritte passieren, selten große. (..) Und dass man immer wieder beginnt eigentlich. Dass sich viele*

*Sachen wiederholen (.) viele Sachen wiederholen immer wieder, aber dass man ich glaube sich erfreuen soll an kleinen Sachen eben. Dass jemand sich Zeit nimmt (.) zum Beispiel sich einen Verband machen zu lassen, heißt auch schon er nimmt sich selber was, sieht ah ich habe ein Problem, ich schaue dazu und wenn er das noch regelmäßig macht, finde ich das für (?Teilen der) Menschen ein Fortschritt (.) in ihrer Situation.“*

Daraus lässt sich schließen, dass es mehrere Anläufe braucht, um bestimmte Dinge umzusetzen. Wie zum Beispiel den Klientinnen und Klienten beizubringen, beim Konsum auf die Einhaltung der Hygienestandards zu achten. Wie eine andere Interviewte berichtet, kann selten etwas bei der ersten Begegnung in Bewegung gesetzt werden. Weshalb bei den Betroffenen immer wieder angedockt und nachgehakt werden muss. Die Pflegenden und ihre Kollegen und Kollegen haben deshalb gelernt, ihre Anforderungen an die Klientinnen und Klienten nicht zu hoch zu stecken. Bereits die Wahrnehmung des Bedürfnisses nach Hilfe und ihre Inanspruchnahme sowie die Aufrechterhaltung des Interesses an einer Lebensänderung werden von ihnen als erfolgreiche Schritte gewertet. Darüber hinaus stelle die Freude über kleine Erfolge eine Notwendigkeit dar, um nicht das Gefühl zu haben, schlechte Arbeit zu leisten, wie ein befragter Pflegefachmann zum Ausdruck bringt.

Den Klientinnen und Klienten zur Stabilisierung ihres Alltages zu verhelfen und ihnen die Fähigkeit zurück zu geben, ihre Grundbedürfnisse zu stillen, repräsentieren für eine Interviewpartnerin sowie für einen Interviewpartner entscheidende Schritte. Denn sie wissen, dass es drogenkonsumierende Personen vor eine Herausforderung stellt, Aktivitäten nachzugehen, die für Außenstehende als selbstverständlich erscheinen. Warum die Klientinnen und Klienten tägliche Aktivitäten vernachlässigen, wie die Körperpflege oder die Einnahme einer Mahlzeit beim Gefühl von Hunger, ist auch darauf zurückzuführen, dass sie keine essentielle Bedeutung für sie besitzen. Die Befragten sind sich darüber im Klaren, dass es sich hierbei um die Verschiebung von Prioritäten handelt, deren Ursprung in der Dominanz des alltäglichen Lebens durch die Droge fußt. Durch die Konzentration auf die Beschaffung und den Konsum schwindet allmählich das Bewusstsein für die Befindlichkeiten des Körpers. Ins Zentrum rückt wonach akut Bedarf besteht, wie zum Beispiel eine Wunde zu versorgen, „und dann kommt sehr oft ganz lange nix“, erzählt eine Interviewpartnerin. Sie fügt hinzu, dass die Klientinnen und Klienten deshalb viel Kraft aufbringen müssen, um bestimmten Tätigkeiten regelmäßig nachzugehen:

*„Was achso ich hinke, ah ja ich weiß gar nicht warum, aja da hab ich mal irgendwann was gehabt, hab ich n bisschen gekratzt dran (.) Socke drüber, jetzt*

*passt das wieder. (..) Und das sind für sie sind das riesige Schritte, sich körperlich wieder selber zu versorgen. (..) Für die Gesellschaft, von außen gesehen ist ja das nix, also ist ja normal, aber sie bedeutet das viel Aufwand, es bedeutet für viele Klientinnen und Klienten schon n Wahnsinnsaufwand zum Beispiel zwei oder drei Mal täglich in ein Substitutionsprogramm zu kommen und die Medikamente regelmäßig zu nehmen, dann ist der Tag ausgefüllt.“*

Mit den Klientinnen und Klienten Termine zu vereinbaren, wie zum Beispiel für ein Beratungsgespräch oder für eine ärztliche Untersuchung, stellt sich dadurch als kompliziert dar. Und selbst, wenn sich ein Termin fixieren lässt, muss stets davon ausgegangen werden, dass er nicht eingehalten wird. Eine Pflegende hält es daher für wichtig, flexibel zu sein und spontan umdisponieren zu können. Folgt man den weiteren Aussagen der oben zitierten Pflegefachfrau, verbirgt sich dahinter ein Verdrängungsmechanismus. Denn die Angst davor, sich mit den eigenen körperlichen Beschwerden auseinanderzusetzen, drängt die Klientinnen und Klienten dazu, Termine zu verwerfen. Oder das medizinische Angebot in den niederschweligen Einrichtungen bewusst nicht in Anspruch zu nehmen, wie bereits in der Kategorie 4.2.2. *Ärztinnen und Ärzte* erwähnt wurde. Ihre Prioritäten können sich außerdem sehr schnell verschieben und auch ihre Probleme sind plötzlich wandelbar. Sich mit Vergangenen oder Zukünftigen zu beschäftigen, rückt in den Hintergrund und das aktuelle Erleben bestimmt den Alltag der drogenkonsumierenden Menschen. Daraus resultiert die Unmöglichkeit, längerfristige Ziele zu vereinbaren, wie das folgende Zitat einer Befragten verdeutlicht:

*„Und ich denke Drogenarbeit ist so gesteuert von Stofferhältlichkeit, von Befindlichkeit im Moment und von (..) aus dem Moment heraus und Sachen die gut ankommen, denke ich ist immer direkt mit ihrem Erleben verbunden, also es ist unmittelbar, es ist man kann nicht planen die Zukunft, in einer Woche ist dann das oder so, dann sind sie vielleicht gar nicht da, weil da gar kein Stoff erhältlich ist und weil sie dann irgendwie kein Geld haben und sonst irgendwas machen müssen, dass sie zu Geld kommen oder so.“*

Eine wichtige Strategie, um mit diesen Gegebenheiten umzugehen, besteht daher darin, entscheidende Momente zu nutzen. Gespräche, die sich im Zuge des Freizeitprogramms oder während der medizinischen Erstversorgung ergeben, bieten eine gute Möglichkeit, um neue Impulse zu setzen und die weitere Entwicklung der Klientinnen und Klienten voranzutreiben. Geduld aufzubringen und nicht aufzugeben, sondern kontinuierlich zu motivieren und sich für eine positive Änderung im Leben der Betroffenen einzusetzen, sind

ebenfalls Bestandteile der Strategie, mit kleinen Schritten zu arbeiten. Der Grundsatz lautet außerdem, die Klientinnen und Klienten zu fordern, ohne sie zu überfordern.

Erlebt eine Klientin oder ein Klient nach dem Eintritt einer Änderung einen Rückfall, wie zum Beispiel den Abbruch einer Therapie, so ist es die Aufgabe der Betreuungspersonen gemeinsam mit ihr bzw. ihm zu analysieren, wie es dazu kommen konnte. Eine Interviewpartnerin sieht ihre Aufgabe auch darin, mit der betroffenen Person Strategien zur Prävention bzw. zur Bewältigung eines erneuten Rückschlags zu erarbeiten.

Die Zielsetzung einer interviewten Pflegefachfrau, den größtmöglichen Erfolg für die Klientinnen und Klienten heraus zu holen, kann ebenfalls als ein Bestandteil der Strategie mit kleinen Schritten zu arbeiten, verstanden werden.

#### *4.4.4. Individuelle Anpassung der Betreuung*

In der Arbeit mit drogenkonsumierenden Menschen halten es die befragten Pflegepersonen nicht nur für eine wichtige Strategie, sich ihrem Rhythmus anzugleichen, sondern auch ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Um die Betreuung einerseits an die Bedürfnisse der gesamten Klientel anzupassen und sie andererseits auf die Bedürfnisse des einzelnen Individuums abzustimmen, stellt es einen entscheidenden Schritt dar, die jeweiligen Interessen wahrzunehmen. Eine Interviewpartnerin denkt, dass die generelle Achtsamkeit und besonders die Achtsamkeit in den Gesprächen mit den Klientinnen und Klienten zentrale Voraussetzungen dafür sind. Werden bestimmte Themen zum Beispiel immer wieder aufgebracht, so müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der Angebotsgestaltung darauf reagieren. Wie eine Befragte weiß, sind sie dabei gefordert, ihre Innovationsfähigkeit spielen zu lassen. Projekte zu machen und auszutesten, ob die darin realisierten Ideen bei den Klientinnen und Klienten Anklang finden, repräsentiert auch für eine andere befragte Pflegefachfrau ein strategisch wertvolles Vorgehen in der Konzeption von bedürfnisgerechten Angeboten. Wie in der letzten Kategorie 4.4.3. *Mit kleinen Schritten arbeiten* bereits erwähnt wurde, steht das aktuelle Erleben der Klientinnen und Klienten im Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit. Das Betreuungsverhältnis nach ihren Befindlichkeiten zu gestalten, bedeutet schließlich, sich am Status Quo der betreffenden Personen zu orientieren. Dabei muss auch immer in Betracht gezogen werden, wie ihre zukünftige Entwicklung aussehen könnte. Um diesen Arbeitsschritt zu bezeichnen wählt eine interviewte Pflegende, die eine mobile Anlaufstelle für Frauen leitet, den Begriff „*entwicklungsorientiert*“ und meint damit, dass in der Betreuung der Klientinnen und Klienten Fragen zu berücksichtigen sind, wie „*Wohin geht das?*“ und „*Wohin entwickelt sich dieser Mensch?*“. Wie sich der Anpassungsprozess der Betreuung bzw. des Angebotes konkret vollziehen kann und welche weiteren Überlegungen dabei angestellt werden müssen, beschreibt eine

Pflegefachfrau, die sowohl Erfahrungen im niederschweligen Bereich als auch im Bereich Betreutes Wohnen gesammelt hat, folgendermaßen:

*„Wir machen innerbetrieblich, also da im Begleiteten Wohnen und auch im niederschweligen Bereich, machen wir unsere Jahresziele. Sei das auf personeller Ebene oder was braucht es noch beispielsweise. Zum Beispiel ein, im unteren Bereich (Anm. d. I.: der niederschwellige Bereich) ist das Thema, kann man allenfalls die Gassenküche auslagern, weil oft zu viele Personen kommen und es zu eng wird, macht das Sinn? Dass man so längerfristig das beobachtet und Statistik führt und das Ziel verfolgt, ist es notwendig oder nicht? Wenn es notwendig ist, wo muss man nach Geldern suchen, was für Bewilligungen braucht es, wo wie was?“*

Aus dem Zitat lässt sich schließen, dass es eine logische Abfolge der Schritte gibt, die notwendig sind, um das Angebot an die aktuellen bzw. an mögliche zukünftige Gegebenheiten anzupassen. Zunächst stellt sich die Frage, wonach es zur Zufriedenstellung der Klientinnen und Klienten bedarf. Zu diesem Zweck macht die oben zitierte Pflegefachfrau regelmäßig Umfragen. Danach muss evaluiert werden, ob die Adaptierung von bestehenden oder die Etablierung von neuen Angeboten überhaupt sinnvoll ist. Hier erweist es sich als hilfreich, über einen längeren Zeitraum Statistiken zu führen. Abschließend ist zu erheben, welche Mittel zur Realisierung der jeweiligen Vorhaben zur Verfügung stehen und wie nicht vorhandene, aber benötigte Ressourcen generiert werden können. Entscheidend dabei ist, die Meinung der Klientinnen und Klienten zu berücksichtigen. Unabhängig davon, ob mehrere von ihnen für die Umstrukturierung eines Angebotes plädieren, oder ob Einzelne ein spezifisches Anliegen in die Betreuung einbringen. Eine Interviewpartnerin befindet sogar, dass es ein Muss ist, die betroffenen Personen aktiv in den Gestaltungsprozess mit einzubeziehen. Möchte eine Klientin oder ein Klient zum Beispiel etwas an ihrer bzw. seiner Situation ändern, dann werden gemeinsam Überlegungen dazu angestellt, wie die gewünschte Änderung erzielt werden kann. Dass es der individuellen Auseinandersetzung bedarf, ist auf die Unterschiedlichkeit der Hintergründe der Klientinnen und Klienten zurückzuführen. Genauso vielseitig wie die Ausprägungen ihrer Persönlichkeiten sind auch die Verläufe ihrer Suchterkrankungen. Deshalb *„ist es wichtig auf jeden auch anders zugehen zu können“*, wie eine befragte Pflegefachfrau feststellt. Aus ihren weiteren Aussagen geht aber auch hervor, dass es einige Gemeinsamkeiten gibt, die sie zum Beispiel in der Sprache der Klientinnen und Klienten verortet:

*„Also jetzt auch bei Stellenangeboten, wenn wir jemanden suchen ist immer schwierige, ja Schulkenntnisse Französisch, ja okay, aber ja ist immer so ein Thema,*

*weil schlussendlich hier herrscht nicht nur eine normale Sprache, hier herrscht noch eine gassige Sprache und schlussendlich musst du das auch ein bisschen (.) nimmst du es automatisch auch ein bisschen an, für mit den Klienten kommunizieren zu können. Wenn du da zu hochgestochen mit Fachwörtern rumwirfst, dann nimmt man dich auch nicht ernst. Ja genau, das ist auch sehr wichtig.“*

Da die Anlaufstelle, in der die zitierte Pflegefachfrau in einer leitenden Position tätig ist, in einer zweisprachigen Stadt angesiedelt ist, muss darauf geachtet werden, dass im Team Kenntnisse in beiden Sprachen vorhanden sind. Stößt eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Verständnisschwierigkeiten, so kann die betreffende Klientin oder der betreffende Klient an eine sprachkundige Kollegin oder einen sprachkundigen Kollegen weitergeleitet werden. Um sich mit den Klientinnen und Klienten verständigen zu können, ist es aber nicht ausreichend ihre individuelle Sprache zu beherrschen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich auch an die in der Szene etablierten sprachlichen Ausdrucksformen anpassen. Dadurch, die Gewohnheiten der Klientinnen und Klienten bis zu einem bestimmten Grad anzunehmen, kann nämlich auch ein Zugang zu ihnen geschaffen werden.

Das folgende Zitat einer Pflegefachfrau zeigt, dass es in der Betreuungsarbeit außerdem von Bedeutung ist, sich mit den Auswirkungen der konsumierten Substanzen auf das Verhalten der Klientinnen und Klienten zu beschäftigen:

*„... und ja es gibt verschiedene Dinge die immer wieder angepasst werden müssen, das ist klar und dann auch was für Drogen konsumiert werden, oder früher war es vor a vor allem Heroin (.) in den Anfängen des XXX (Anm. d. I.: Verschlüsselung des Namens der Einrichtung) also insbesondere Heroin und dann durch die Methadonabgabe und Diaphinprogramme etc. hat sich das anders entwickelt und momentan ist wirklich Kokain im Vordergrund (.) und das ist natürlich auch ein anderer Umgang mit den Leuten, auch ein anderer Einfluss auf uns, wenn die ganze Zeit Leute da sind die so aufgeputscht sind (.) sicher auch das und eben die Strategien, Dinge die man immer wieder ändern muss, anpassen, ja.“*

Wie sich der Umgang mit den Klientinnen und Klienten gestaltet und welche Strategien darin verfolgt werden, hängt demnach davon ab, welche Drogen konsumiert werden. Die treibende Wirkung des aktuell vermehrt konsumierten Kokains stellt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Beispiel vor andere Herausforderungen als die Auswirkungen des Konsums von Benzodiazepinen. Eine Interviewpartnerin berichtet in diesem Zusammenhang, dass die Arbeit durch die sedierende Wirkung von Benzodiazepinen erschwert wird. Die Klientinnen und Klienten werden dadurch in einen Zustand der Unansprechbarkeit versetzt, durch den

sich die Pflegende gezwungen sieht, Gespräche abubrechen und auf einen anderen Tag zu verschieben. Ein weiteres Beispiel für die Berücksichtigung von konsumspezifischen Entwicklungen spiegelt sich in der Einrichtung von Inhalationsräumen als Antwort auf die Verstärkung des inhalierenden Konsums wider. Neben diesen Entwicklungen müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch stets verfolgen, ob und in welche Richtung sich die Klientinnen- und Klienten-Gruppen verändern. Werden die Einrichtungen vermehrt von Frauen aufgesucht, dann müssen Angebote etabliert werden, die ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechen. Wie zum Beispiel die in vielen der besuchten Einrichtungen installierten Frauenanlaufstellen, in denen die Klientinnen abgeschirmt von der männlichen Klientel mit den Betreuenden über ihre Sorgen sprechen können.



## **5. Diskussion**

Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, einerseits die theoretische und andererseits die praktische Relevanz der Diplomarbeit zu diskutieren. Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung werden der recherchierten Literatur gegenübergestellt und unter Bezugnahme auf die formulierten Fragestellungen besprochen.

Sowohl aus der Literaturstudie als auch aus den Ergebnissen der qualitativen Untersuchung geht eindeutig hervor, dass die Gesundheits- und Krankenpflege einen wichtigen Bestandteil der Versorgung von drogenabhängigen Menschen darstellt. In der Literatur konnte ein starkes Streben danach identifiziert werden, das Besondere der suchtorientierten Pflege herauszustreichen und ihr Wirken von dem der anderen im Suchtbereich vertretenen Disziplinen abzugrenzen. Die Ergebnisse zeigen hingegen auf, dass die Pflege in der niederschweligen Drogenarbeit Mitglied eines interdisziplinär zusammengesetzten Teams ist, in dem das gemeinsame und nicht das spezielle Handeln einer Berufsgruppe im Vordergrund steht. In der Schweizer Drogenhilfe herrscht ein Bewusstsein dafür, dass das fachliche Know-how der Sozialarbeit genauso gebraucht wird, wie das der Pflege, um den komplexen Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten gerecht zu werden und um auf ihre vielschichtigen Problemlagen zu reagieren. Deshalb wird dort besonderer Wert darauf gelegt, dass pflegerisches und sozialarbeiterisches bzw. –pädagogisches Personal zu gleichen Anteilen im Team vertreten ist. Wie die Ergebnisse zeigen, kann ein vollständiges Behandlungsbild ausschließlich durch die interdisziplinäre Teamgestaltung unter Beteiligung der Pflege gewährleistet werden.

Dass die Versorgung von drogenabhängigen Menschen in einem multiprofessionellen Milieu stattfinden muss um eine umfassende Betreuung zu bieten, steht auch für Rassool (1997) außer Frage. Er stellt aber auch fest, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Auflösung der beruflichen Grenzen beiträgt, die die Pflege daran hindert, eine eigenständige Identität zu entwickeln. Die Argumentation von Eastus (1997) in Bezug auf die Praxis im Bereich der Überlebenshilfe schließt hier an. Denn er meint, dass das Überlappen der Arbeitsbereiche der Pflege und der sozialen Berufsgruppen und die damit einhergehende Diffusion ihrer fachlichen Funktionen, zu einem Konkurrenzdenken und zu Ineffizienzen in der Betreuung führen. Die Ergebnisse der Untersuchung stehen hierzu in einem starken Gegensatz. Wie die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner berichteten, stellt die Durchlässigkeit der Berufsgruppen eine Notwendigkeit dar, um einerseits mit der herrschenden Ressourcenknappheit umzugehen und den Klientinnen und Klienten andererseits eine effiziente, ganzheitliche Betreuung zu bieten. Professionalität im Kontext

der niederschweligen Drogenarbeit bedeutet daher nicht, die einzelnen Berufsgruppen hervorzuheben, sondern je nach Bedarf zwischen den Arbeitsgebieten zu wechseln. Ebenso wird in diesem Setting nicht danach gestrebt einen eigenen Wissensbestand aufzubauen um das pflegerische Handeln zu professionalisieren, so wie es Rassool (1997) fordert. In der niederschweligen Drogenarbeit geht es vielmehr darum, das fachliche Wissen zu teilen. Nur indem Kenntnisse weitergegeben und ein Austausch zwischen den Mitarbeitenden stattfindet, kann in akuten Fällen reagiert bzw. mit der generellen Komplexität der Betreuungssituation professionell umgegangen werden. Die niederschwellige Praxis steht also für einen integrativen Wissensbestand, zu dem sowohl die Pflege als auch die Sozialarbeit sowie andere Disziplinen beitragen und aus dem sie schöpfen.

Die Beobachtung von Prattke (2001), dass der Pflege in den interdisziplinären Settings der Suchthilfe eine marginale Rolle zukommt und sie den anderen Berufsgruppen untersteht, wird durch die Ergebnisse der Studie nicht unterstützt. Ganz im Gegenteil, sie wird als gleichwertiges Mitglied angesehen, das weder eine übergeordnete noch eine untergeordnete Position einnimmt. Im Team herrschen gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung der verschiedenen Kompetenzen. Die Pflege als Disziplin muss also nicht darum fürchten, dass ihre Eigenständigkeit nicht wahrgenommen wird. Das Spezielle einer Profession hervorzuheben, entspricht aber ohnehin nicht dem Arbeitsethos des niederschweligen Personals, denn zentral ist das Wirken im Gesamtgefüge des Teams. Auch trifft es nicht auf die Arbeit der Pflegenden im niederschweligen Bereich zu, keine Mitgestaltungsmöglichkeiten zu haben, wie ebenfalls Prattke (2001) kritisiert. Die Interviewten vergleichen mit der Struktur im Krankenhaus, wenn sie konstatieren, dass sie in ihrer Tätigkeit im niederschweligen Setting mehr Freiheiten genießen. Dort sind die Hierarchien nämlich flacher oder gar nicht vorhanden, sodass Entscheidungen eigenständig getroffen werden können. Da die leitenden Personen der Einrichtungen maximal eine Ebene über dem Personal stehen, sind die Informations- und Verhandlungskanäle kürzer. Daraus kann geschlossen werden, dass in der niederschweligen Drogenarbeit schnell und wirksam gehandelt werden kann, wovon letztendlich die Klientinnen und Klienten profitieren.

Die Praxis der niederschweligen Drogenarbeit in der Schweiz besteht allerdings nicht nur aus der interdisziplinären Zusammenarbeit im Team, sondern auch aus der Vernetzung mit externen Institutionen und Personen. Aus mehreren Gründen stellt die externe Vernetzungsarbeit einen wichtigen Bestandteil des praktischen Geschehens dar:

Zum einen geht mit der niederschweligen Ausrichtung der Versorgung, die primär auf die Sicherung des Überlebens und auf die Erfüllung von Grundbedürfnissen abzielt, eine Begrenzung der Betreuungsmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten einher. Bei

ernsthaften gesundheitlichen Problemen zum Beispiel reichen die Ressourcen zur adäquaten Versorgung nicht aus, sowohl im personellen als auch im materiellen Sinne. Hier muss medizinisches Personal hinzugezogen werden bzw. müssen die Betroffenen mit der entsprechenden Institution vernetzt werden.

Die externe Zusammenarbeit hat daher zum Ziel, einer Gruppe von Menschen, die Hemmungen hat mit Einrichtungen des Gesundheitswesens in Kontakt zu treten, den Zugang zu den Versorgungsleistungen zu erleichtern. Damit wird eine Brücke zur hochschweligen Betreuung geschlagen. Die niederschwellige Drogenarbeit fungiert hierbei tatsächlich als ein Bindeglied zwischen der Drogenszene und dem Drogenhilfssystem, wie es Schroers (1995) beschreibt. Ein gutes Beispiel für die vernetzende Arbeit liefert ein Projekt zur Methadonabgabe, das in einer Anlaufstelle in Kooperation mit dem zuständigen Zentrum in der Stadt gestartet wurde. Um den Klientinnen und Klienten den Einstieg in die Substitution zu erleichtern, können sie das Substitut direkt in der Anlaufstelle beziehen, mit der Zielvereinbarung nach sechs Monaten zur Gänze in das Zentrum zu wechseln. Mit Aktionen dieser Art sollen abhängige Menschen, die den Drogenkonsum hinter sich lassen möchten, in ihrem Ausstieg unterstützt werden.

Zum anderen ermöglicht die Kollaboration mit Personen, die eine Verbindung zur Szene haben und eine ähnliche Sprache wie die Szenenangehörigen sprechen, die Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten. Denn oftmals stellt es eine Herausforderung für die Mitarbeitenden dar, zu erfahren wo die Bedürfnisse liegen, um das Angebot dementsprechend zu gestalten.

Eindeutig unterstreichen die Untersuchungsergebnisse, dass die ursprünglichen Berufsstände der Mitarbeitenden im Rahmen des interdisziplinären Geschehens der niederschweligen Drogenarbeit an Bedeutung verlieren und alle über dieselben Kompetenzen verfügen, d.h. gleichermaßen in allen Angebotsbereichen tätig sind. Sie sagen aber auch aus, dass die Pflegekräfte über spezifische Kompetenzen verfügen, die ihre Integration in dieses Arbeitsfeld unerlässlich bzw. zu einer Selbstverständlichkeit machen.

Mit der Herausarbeitung ihrer spezifischen Kompetenzen wird einerseits eine Antwort auf die Forschungsfragen über die Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege im niederschweligen Setting und ihre gesetzten Interventionen geliefert. Andererseits wird damit ein Beitrag zu der in der Literatur geforderten Ermittlung des speziellen Handelns von Pflegenden in der Arbeit mit süchtigen Personen geleistet (Prattke, 2001; Rassool, 1997).

Fest steht, dass die Betreuung der Klientinnen und Klienten durch die Anwesenheit von Pflegefachkräften umfassender stattfinden kann, denn neben den Grundlagen der medizinischen Grundversorgung, die auch das sozialarbeiterische bzw. –pädagogische Personal beherrscht, können sie auch bei gesundheitlich gravierenderen Angelegenheiten

intervenieren. Vor dem Hintergrund, dass mit den niederschwelligen Angeboten Menschen erreicht werden können, die Hemmungen haben medizinische Institutionen aufzusuchen, wird der Bedarf nach der Professionalität der Pflege besonders deutlich. Denn sie erbringen die Versorgungsleistung, die sich Drogenabhängige nicht trauen in Anspruch zu nehmen.

Der Wissensaustausch und das gemeinsame Handeln werden auch in diesem Zusammenhang großgeschrieben, denn die Pflegenden behalten ihre medizinischen Kenntnisse nicht für sich, sondern geben sie an ihre Kolleginnen und Kollegen weiter. Sie instruieren und unterstützen sie in der Durchführung von dementsprechenden Verrichtungen. Rassool (2010) sowie Linde, Rutten, Huson-Anbeek und Loth (2002) berichten außerdem, dass es eine wichtige pflegerische Intervention darstellt, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten. Wenn in der niederschwelligen Praxis auch das sozialarbeiterische Personal mit der Notfallhilfe befasst ist, so besitzen die Pflegenden mehr Routine und verleihen ihren Kolleginnen und Kollegen durch ihre Anwesenheit ein Gefühl von Sicherheit.

Dennoch stößt auch das Pflegepersonal an die Grenzen seiner Kompetenzen. Verhalten sich die Klientinnen und Klienten zum Beispiel psychiatrisch auffällig, zeigen sie Anzeichen einer Infektion oder besteht eine Selbstgefährdung, so müssen sie die Verantwortung an spezialisierte Fachpersonen abgeben. Dies setzt allerdings voraus, die Ernsthaftigkeit der Lage abzuschätzen und zu entscheiden, ob die Versorgung im niederschwelligen Setting noch gewährleistet werden kann oder ob eine weiterführende Behandlung notwendig ist. Neben dieser Fähigkeit besitzen die Pflegenden auch das Vermögen, in kritischen Situationen Ruhe zu bewahren. Zudem gestaltet sich ihre Kommunikation mit medizinischen Fachpersonen einfacher. Werden diese z.B. im Falle einer Fremdgefährdung hinzugezogen, können die Pflegepersonen in fachgerechter Sprache einen Lagebericht abliefern, der die Entscheidungsfindung über das weitere Vorgehen unterstützt.

Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der Literaturstudie und denen der Untersuchung gibt es in Bezug auf die Rolle der Pflege in den Bereichen der Prävention und der Schadensminderung. Neben der Aufklärung über Gesundheitsrisiken geht es in der niederschwelligen Praxis vor allem darum, Bewusstsein bei den Klientinnen und Klienten für die Bedürfnisse ihres Körpers zu schaffen und jenes zu stärken. Das beinhaltet auch, sie darin zu fördern, Maßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit umzusetzen, wie z.B. sich gesund zu ernähren. Interventionen, die die Ernährung betreffen, finden sich auch in der Nursing Interventions Classification wieder (McCloskey Dochterman & Bulechek, 2004). Die Pflegepersonen orientieren sich in ihrer niederschwelligen Tätigkeit also an anerkannten Pflegeinterventionen, jedoch ebenso an theoretischen Modellen. Eine Interviewte berichtet zum Beispiel, dass sie das Pflegemodell der zwölf Lebensaktivitäten von Roper, Logan und

Tierney (2009) stets im Hinterkopf hat. Betont wird in der Literatur auch, dass der Pflege in Zusammenhang mit der Versorgung von intravenös Konsumierenden eine besondere Bedeutung zukommt (Rassool, 2010; Rassool & Gafoor, 1997). In der niederschweligen Praxis sind ihre Kompetenzen vor allem im Anlernen von risikoarmen Injektionstechniken und der Kontrolle des Venenzustandes der Klientinnen und Klienten gebraucht.

Eastus (1997) stellt in seinem Artikel fest, dass Pflegende aufgrund der körperlichen Dimension ihres Handelns prädestiniert dafür sind, Vertrauensverhältnisse aufzubauen. Das bestätigen auch die Aussagen der Interviewten, denn durch die Verrichtung von Tätigkeiten zur Körper- und Wundpflege befinden sie sich in direktem Kontakt mit den Klientinnen und Klienten, wodurch intime Gespräche entstehen. Die pflegerischen Handlungen erleichtern es ihnen in die Beziehungsarbeit einzusteigen, da Barrieren dadurch abgebaut werden können. Zudem lässt sich auf diesem Weg bei den Betroffenen mehr in Bewegung setzen, da sie empfänglicher für Tipps und Anregungen sind.

Praktische Relevanz besitzt die Untersuchung auch deshalb, da sie Ergebnisse zum strategischen Handeln in der niederschweligen Drogenarbeit liefert. An den identifizierten Strategien im Umgang mit den Klientinnen und Klienten können sich andere in diesem Feld Tätige orientieren und sie in ihre Praxis integrieren. Damit wird auch Biesenbachs (2002) Forderung aufgegriffen, die Forschung in Bezug auf Handlungs- und Problemlösungsstrategien des niederschweligen Personals zu intensivieren.

Klar deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das Handeln der Pflegenden und ihrer Kolleginnen und Kollegen stark vom Akzeptanzparadigma, das Schroers (1995) beschreibt, geprägt ist. Die dort verankerten Prinzipien der Selbstbestimmung und der Freiwilligkeit werden auch vom Personal hochgehalten, genauso wie das Bestreben verfolgt wird, drogenabhängigen Menschen einen Ort zur Verfügung zu stellen, an dem sie *sein* können.

Ähnlich der Argumentation von Eifert (1994) soll durch die Akzeptanz des Konsumverhaltens der Klientinnen und Klienten vermieden werden, dass es zu einem Kontaktabbruch kommt und unbeaufsichtigt oder unter unhygienischen Bedingungen konsumiert wird (Biesenbach, 2002; Schroers, 1995). Auch reflektieren die Ergebnisse, dass zu akzeptieren nicht bedeutet, nicht einzugreifen, sondern zu intervenieren, wenn es die Situation erfordert (Eifert, 1994).

Selbst wenn ihr primärer Arbeitsauftrag nicht darin besteht, die Klientinnen und Klienten zur Drogenfreiheit zu bewegen, stellt es eine Herausforderung für die professionellen Helfenden dar, keinen Einfluss auf ihr Konsumverhalten und ihre prekäre Lage zu haben. Eine wichtige Strategie besteht daher darin, sich abzugrenzen. Haben die Mitarbeitenden alle Möglichkeiten ausgeschöpft, die das niederschwellige Setting zur Versorgung bereit hält,

dann können sie sich auch zurückziehen. Sich der Beobachtung des destruktiven Verhaltens der drogenabhängigen Klientel nicht entziehen zu können, macht es für das Personal außerdem erforderlich, ein Stück weit auszuhalten. Hier gibt es eine Überschneidung mit der Literatur, in der die Konfrontation mit dem Drogenelend in konzentrierter Form als ein Belastungsmoment identifiziert wird (Hentschel, 1994). Um damit umzugehen, rufen sich die Mitarbeitenden in Erinnerung, dass die betreffenden Personen die Untragbarkeit ihres Verhaltens selbst erkennen müssen und dass es sinnlos ist, sie zur Verhaltensänderung zu zwingen. Aufgabe der Mitarbeitenden ist es deshalb, sie auf ihrem Weg dorthin zu begleiten. Dennoch ist es nicht immer möglich, zuzusehen wie sich die Klientinnen und Klienten Schaden zufügen, weshalb es auch eine Strategie des Personals sein kann, ihnen offen zu sagen, dass ihr selbstgefährdendes Verhalten nicht mehr tolerierbar ist. Viele von ihnen suchen eben diese Konfrontation. Abzuschätzen, ob jemand eigentlich unterstützt werden möchte oder bevorzugt für sich bleibt, verlangt von den Helfenden viel Feingefühl und den Mut zu konfrontieren.

Die Klientinnen und Klienten zu begleiten impliziert auch, sich an ihren Rhythmus anzupassen. In der Strategie mit kleinen Schritten zu arbeiten findet sich die von Marlatt (1998a) erwähnte und in der schadensminimierenden Praxis berücksichtigte Tatsache wieder, dass Verhaltensänderungen nur in Etappen erzielt werden können. Das strategische Handeln der Mitarbeitenden charakterisiert sich hierbei dadurch, kurzfristige Ziele zu vereinbaren, entscheidende Momente zur Motivation zu nutzen und sich an kleinen Erfolgen der Klientinnen und Klienten zu erfreuen. Entscheidend ist es auch, das niederschwellige Angebot an die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten anzupassen. In diesem Arbeitsansatz spiegelt sich die von Schroers (1995) beschriebene Orientierung am Subjekt wider, die ein zentrales Prinzip der akzeptanzorientierten Drogenarbeit ist. Ebenso wie das Bewusstsein für die Vielfalt der Lebenslagen und die Vielschichtigkeit der Persönlichkeiten sowie der Suchterkrankungen der betreuten Personen. Das Handeln des niederschweligen Personals orientiert sich aber nicht ausschließlich am einzelnen Individuum, sondern berücksichtigt auch die Bedürfnisse der gesamten Klientel. Ändern sich z.B. die Konsumformen, so muss das Angebot dementsprechend umgestaltet werden. Besonders aufmerksam zu sein und sich flexibel an die Gewohnheiten der Klientinnen und Klienten anzupassen, sind Strategien, die das Personal in diesem Zusammenhang verfolgt. Aktionen, wie Bedarfserhebungen zu machen oder kreative Projekte umzusetzen, stellen ebenfalls wichtige Bestandteile des strategischen Handelns dar.

## **6. Schlusswort**

Abschließend lässt sich sagen, dass die Praxis der niederschweligen Drogenarbeit in der Schweiz ein positives Beispiel dafür liefert, wie Interdisziplinarität im Suchtbereich gelebt werden kann. Sie ist ein Beispiel, an dem sich auch Österreich orientieren kann, denn im Gegensatz zur Schweiz wurde hierzulande noch nicht erkannt, dass es der interdisziplinären Zusammensetzung der Teams bedarf, um die niederschwellige Versorgung von drogenabhängigen Menschen erfolgreich umzusetzen. In Anbetracht der vielfältigen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten, die zu einem großen Teil von gesundheitlicher Natur sind, lässt sich nicht bestreiten, dass die Gesundheits- und Krankenpflege genauso in den Teams vertreten sein muss, wie die Sozialarbeit bzw. die Sozialpädagogik.

Um eine umfassende und effiziente Betreuung bieten zu können, müssen die Mitarbeitenden sowohl über soziale als auch über medizinisch-pflegerische Kompetenzen verfügen. Diese Voraussetzung wird aber nur dann erfüllt, wenn Fachpersonen vor Ort sind, die über das spezifische fachliche Know-how verfügen und es an ihre Kolleginnen und Kollegen weitergeben können. Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, besitzt die Pflege wichtige Kenntnisse, von denen nicht nur die Klientel sondern auch das sozialarbeiterische bzw. – pädagogische Personal profitieren. Gerade weil das Feld der niederschweligen Drogenarbeit in Österreich nicht marginal ist, stellt sich die Frage, warum es die hiesige Rolle der Pflege ist. Aus der Literatur geht hervor, dass Pflegefachkräfte in der Schweiz maßgeblich an der Etablierung und Umsetzung von schadensminimierenden Programmen beteiligt waren (Eastus, 1997; Rassool & Gafoor, 1997). Der heutige Erfolg der niederschweligen Versorgung in der Schweiz zeigt den dringenden Bedarf auf, die Pflege auch in die österreichische Praxis zu integrieren.

Mit der Untersuchung konnte hoffentlich ein Anstoß zur Intensivierung der Forschung auf den Gebieten der niederschweligen Drogenarbeit und der Pflege im Suchtbereich gegeben werden. Wünschenswert wären Forschungsarbeiten, die sich zum Beispiel mit der Frage befassen, wie die Interdisziplinarität in der niederschweligen Praxis in Österreich umgesetzt werden könnte. Von Interesse wäre es auch, genauer zu hinterfragen, warum die Gesundheits- und Krankenpflege nicht Teil der niederschweligen Teams in Österreich ist. Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler können durch die Untersuchung vielleicht dazu motiviert werden, sich in ihrer forschenden Tätigkeit mit dem Thema Drogenabhängigkeit zu beschäftigen. Steht es schließlich in einem starken Zusammenhang mit gesundheitlichen Problematiken. Für Praktizierende in der Suchthilfe halten die Untersuchungsergebnisse möglicherweise Anregungen zum Handeln bereit.



## **7. Literaturverzeichnis**

**Bertram, C.-M.; Leptihn, I.; Pech, T.; Schmidt-Hackenberg, U. & Sprengel, A. (2004):** Pflege von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. In Kellnhauser, E.; Schewior-Popp, S.; Sitzmann, F.; Geißner, U.; Gümmer, M. & Ullrich, L. (Hrsg.), Thiemes Pflege. Professionalität erleben (S. 902-942). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

**Biesenbach, J. (2002):** Drogenpolitische Modelle und ihre Begründung. Eine phänomenologisch-empirische Untersuchung zum Bild von Drogenabhängigkeit. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Band 37. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Böhm, A. (2000):** Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch (S. 475-485). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Bühringer, G. & Küfner, H. (1997):** Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Mißbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In Hahlweg, K. & Ehlers, A. (Hrsg.), Psychische Störungen und ihre Behandlungen, Enzyklopädie für Psychologie, Themenbereich D, Praxisgebiete, Serie II, Klinische Psychologie, Band 2 (S. 513-588). Göttingen, Hogrefe Verlag für Psychologie.

**Carels, J. & Pirk, O. (2005):** Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. Public Health von A bis Z. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 2. Auflage.

**Denzin, N. K. (2000):** Symbolischer Interaktionismus. In Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch (S. 136-150). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Des Jarlais, D. C. & Paone, D. (2001):** Needle and Syringe Exchanges and HIV/Aids. In Carson-De Witt, R. (Hrsg.), Encyclopedia of Drugs, Alcohol & Addictive Behavior, Volume 2, E-Q (S. 763-769). New York, Farmington Hills: Macmillan Reference USA. 2. Auflage.

**DiClementine, C. C. & Prochaska, J. O. (1998):** Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change. Stages of Change and Addictive Behaviors. In Miller, Heather (Hrsg.), Treating Addictive Behaviors (3-22). New York: Plenum Press. 2. Auflage.

**Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2005):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber. 5. Auflage.

**Eastus, C. (1997):** Pflegepersonal in der Drogenarbeit. *Suchtmagazin*, 23 (2), S 23-26.

**Eifert, B. (1994):** Kontaktladen „Krisencafé“. Ein Versuch niedrigschwelliger, akzeptierender Drogenarbeit in Essen. In Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik INDRO e.V. (Hrsg.), Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW, Erfahrungen, Konzepte, Forschungen, Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 2 (S. 145-184). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Engemann, S. & Schneider, W. (1994):** Niedrigschwellige Drogenarbeit im INDRO-Kontaktladen zu Münster. Akzeptanz, Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe. Erfahrungen, Konzepte, Perspektiven. In Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik INDRO e.V. (Hrsg.), Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW, Erfahrungen, Konzepte, Forschungen, Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 2 (S. 185-224). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Estermann, J. (1997):** Auswirkungen der Drogenrepression – Einleitung. In Estermann, J. (Hrsg.), Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 15 (S. 7-10). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2010):** Jahresbericht 2010. Stand der Drogenproblematik in Europa. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Zugriff am 06. März 2012 unter:  
[https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu.%2Fattachements.cfm%2Fatt\\_120104\\_DE\\_EMCDDA\\_AR2010\\_DE.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu.%2Fattachements.cfm%2Fatt_120104_DE_EMCDDA_AR2010_DE.pdf)

**Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2011):** Jahresbericht 2011. Stand der Drogenproblematik in Europa. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Zugriff am 02. April 2012 unter:  
[https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu.%2Fattachements.cfm%2Fatt\\_143743\\_DE\\_EMCDDA\\_AR2011\\_DE.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu.%2Fattachements.cfm%2Fatt_143743_DE_EMCDDA_AR2011_DE.pdf)

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA):** Low-threshold services. Zugriff am 06. März 2012 unter:  
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5778EN.html>

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA):** Problem Drug Use [PDU]. Zugriff am 09. März 2012 unter: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>

**Feller, A. & Herzig, M. (2008):** Neue Impulse für Schadensminderung und Überlebenshilfe. In Stadt Zürich, Sozialdepartement (Hrsg.), „Ein Ort, wo man sein kann“, Die Zukunft der „Harm Reduction“ am Beispiel der Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich, Edition Sozialpraxis Nr. 3, Sozialdepartement der Stadt Zürich (S. 7-10). Zürich: (o.V.)

**Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (2000):** Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch (S. 13-29). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Glaser, B. & Strauss, A. (1998):** Grounded Theory. Strategien qualitative Forschung. Bern: Verlag Hans Huber.

**Gouzoulis-Mayfrank, E. (2009):** Störungen durch psychotrope Substanzen. In Haupt, W. F.; Jochheim, K.-A. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.), Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe (S. 420-438). Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 10. Auflage.

**Grob, P. J. (2009):** Zürcher „Needle-Park“. Ein Stück Drogengeschichte und –politik, 1968-2008. Zürich: Chronos Verlag.

**Haltmayer, H. (2007):** Schadensminimierende Aspekte – „Harm Reduction. In Beubler, E.; Haltmayer, H. & Springer, A. (Hrsg.), Opiatabhängigkeit, Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis (S. 165-171). Wien, New York: Springer. 2. Auflage.

**Hämmig, R. (1997):** Drogenprohibition und Aids. In Estermann, J. (Hrsg.), Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 15 (S. 11-15). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Hentschel, U. (1994):** Kurzbericht zum Modellvorhaben „Niedrigschwellige Angebote in der Drogenhilfe“ in Nordrhein-Westfalen. In Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik INDRO e.V. (Hrsg.), Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW, Erfahrungen, Konzepte, Forschungen, Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 2 (S. 9-20). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Holloway, I. & Wheeler, S. (2010):** Qualitative Research in Nursing and Healthcare. West Sussex: Wiley-Blackwell. 3. Auflage.

**Infodrog.** Coordination intervention suisse. Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingesetzte Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. Zugriff am 18. Februar 2011: <http://www.infodrog.ch/cf/db/search.cfm?lng=1>

**Juchli, J. (1994):** Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. 7. Auflage.

**Lamnek, S. (2010):** Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 5. Auflage.

**Lektorat Pflege & Menche, N. (Hrsg.). (2007):** Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München: Urban & Fischer Verlag. 4. Auflage.

**Ledermann, S. & Sager, F. (2006):** Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. PDF entnommen der Homepage der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Zugriff am 27. März 2012 unter: <http://www.bag.admin.ch/shop/00035/00204/index.html?lang=de>

**Linde, L.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Loth, C. (2002):** Pflegerische Aspekte des Suchtverhaltens. In Loth, C.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (Hrsg.), Professionelle Suchtkrankenpflege (S. 69-94). Bern: Verlag Hans Huber.

**Loth, C. & Huson-Anbeek, D. (2002):** Suchtkrankenpflege. In Loth, C.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (Hrsg.), Professionelle Suchtkrankenpflege (S. 95-147). Bern: Verlag Hans Huber.

**Loth, C.; Rutten, R. & Diny Huson-Anbeek (2002):** Die gesundheitlichen Folgen der Sucht. In Loth, C.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (Hrsg.), Professionelle Suchtkrankenpflege (S. 47-67). Bern: Verlag Hans Huber.

**Loth, C. & Rutten, R. (2002):** Sonstige pflegebezogene Aspekte der Sucht. In Loth, C.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (Hrsg.), Professionelle Suchtkrankenpflege (S. 149-153). Bern: Verlag Hans Huber.

**Marlatt, G. A. (1998a):** Highlights of Harm Reduction: A Personal Report from the First National Harm Reduction Conference in the United States. In Marlatt, G. A. (Hrsg.), Harm Reduction, Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors (S. 3-29). New York: The Guilford Press.

**Marlatt, G. A. (1998b):** Harm Reduction around the world. A Brief History. In Marlatt, G. A. (Hrsg.), Harm Reduction, Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors (S. 30-48). New York: The Guilford Press.

**Mayer, H. (2002):** Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

**Mayer, H. (2007):** Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas. 2. Auflage.

**Mayer, H. (2010):** Qualitätssicherung und Ethik in der Pflegeforschung – Stand und Entwicklung in Österreich. In Kopetzki, C. & Druml, C. (Hrsg.), Ethik und Recht in der Humanforschung, Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 5 (240-256). Wien: Springer-Verlag.

**Mayer, H. (2011):** Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. Wien: Facultas. 5. Auflage.

**Mayring, P. (2002):** Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 5. Auflage.

**McCloskey Dochterman, J. & Bulechek, G. M. (Hrsg.). (2004):** Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Mosby. 4. Auflage.

**Nkowane, A. M. & Saxena, S. (2004):** Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: Review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 10 (3), S 102-110.

**OdASanté.** Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit: Übersicht Berufe. Zugriff am 02. April 2012 unter: [http://www.odasante.ch/de/011\\_uebersicht-berufe/content.htm](http://www.odasante.ch/de/011_uebersicht-berufe/content.htm)

**Orem, D. E. (1997):** Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

**Peplau, H. E. (1991):** Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. New York: Springer Publishing Company.

**Pilgram, A. (o.J.):** Grundsätze einer rationalen Drogenpolitik – und die aktuelle österreichische Praxis. In Verein Wiener Sozialprojekte (Hrsg.), Perspektiven der Drogenarbeit und der Drogenpolitik, Ein Lesebuch anlässlich des 10jährigen Bestehens des Vereins Wiener Sozialprojekte (S. 36-42). Wien: (o.V.).

**Pinquart, M.; Weichold, K. & Silbereisen, R. K. (2005):** Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie, Enzyklopädie für Psychologie, Themenbereich C, Theorie und Forschung, Serie X, Gesundheitspsychologie, Band 1 (S. 485-502). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

**Plattform Drogentherapien.** Informationen zur Opiatabhängigkeit, Drogenersatztherapie und Entzugstherapie. Zugriff am 04. Februar 2011 unter: <http://www.drogensubstitution.at/einrichtungen/therapie-oesterreich.htm>

**Prattke, A. (2001):** Sucht. Formen – Probleme – Aufgaben der Pflege. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

**Rassool, G. H. (2010):** Addiction for Nurses. West Sussex: Wiley-Blackwell.

**Rassool, G. H. (1997):** Addiction nursing – towards a new paradigm: the UK experience. In Rassool, G. H. & Gafoor, M. (Hrsg.), Addiction Nursing, Perspectives on professional and clinical practice (S. 6-21). Cheltenham: Stanley Thornes.

**Rassool, G. H. & Gafoor, M. (1997):** Themes in addiction nursing. In Rassool, G. H. & Gafoor, M. (Hrsg.), *Addiction Nursing, Perspectives on professional and clinical practice* (S. 3-5). Cheltenham: Stanley Thornes.

**Roper, N.; Logan, W. W. & Tierney, A. J. (2009):** Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). Bern: Verlag Hans Huber. 2. Auflage.

**Rutten, R. & Loth, C. (2002):** Fakten und Mythen über Suchtmittel. In Loth, C.; Rutten, R.; Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (Hrsg.), *Professionelle Suchtkrankenpflege* (S. 11-46). Bern: Verlag Hans Huber.

**Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Houben, I. (2003):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

**Schinnerl, G. (o.J.):** 10 Jahre niederschwellige Drogenarbeit in Wien, Was tut Not?. In Verein Wiener Sozialprojekte (Hrsg.), *Perspektiven der Drogenarbeit und der Drogenpolitik, Ein Lesebuch anlässlich des 10jährigen Bestehens des Vereins Wiener Sozialprojekte* (S. 6-9). Wien: (o.V.).

**Schroers, A. (1995):** Szenealltag im Kontaktcafé. Eine sozial-ökologische Analyse akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Band 6. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK:** Bildungsreform der Pflegeausbildungen. Zugriff am 02. April 2012 unter: <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/0default/frameset.htm>

**Seidenberg, A. (1997):** Medizinische Folgen aus der Illegalität des Drogenkonsums. In Estermann, J. (Hrsg.), *Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 15* (S. 16-26). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Stimmer, F. (Hrsg.). (1998):** Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. München: R. Oldenbourg Verlag. 3. Auflage.

**Strauss, A. & Corbin, J. (1996):** Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag.

**Weil, A. T. (2001):** Policy Alternatives: Safer Use of Drugs. In Carson-De Witt, R. (Hrsg.), Encyclopedia of Drugs, Alcohol & Addictive Behavior, Volume 2, E-Q (S. 888-889). New York, Farmington Hills: Macmillan Reference USA. 2. Auflage.

**Wied, S. & Warmbrunn, A. (2007):** Pschyrembel Pflege. Berlin: Walter de Gruyter. 2. Auflage.

**Wilfing, H. (o.J.):** Das Stolpern verhindern! Niedere Schwellen, Erfolg und Widerspruch. In Verein Wiener Sozialprojekte (Hrsg.), Perspektiven der Drogenarbeit und der Drogenpolitik, Ein Lesebuch anlässlich des 10jährigen Bestehens des Vereins Wiener Sozialprojekte (S. 10-13). Wien: (o.V.).

## **8. Anhang**



Karanitsch Anna  
E-Mail-Adresse  
Tel.nr.

Universität Wien  
Fakultät für Sozialwissenschaften  
Institut für Pflegewissenschaft

### **INFORMATIONSBLETT ZUM FORSCHUNGSVORHABEN**

#### **„Die Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit“**

Eine qualitative Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegenden in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen

#### ***Ziel und Zweck der Studie***

Im Rahmen meines Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, möchte ich in meiner Diplomarbeit unter der Betreuung von Prof. Wilfried Schnepf der Frage nachgehen, welche Rolle die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit einnimmt und welche Handlungskonzepte sie dort verfolgt. Die Bedeutung des Einsatzes von Pflegenden in der allgemeinen Gesundheitsversorgung von drogenabhängigen Menschen wurde in der Literatur zu einem Teil aufgearbeitet. Dasselbe gilt für die darin gesetzten pflegerischen Interventionen. Wissensbestände zur Tätigkeit von Pflegenden in niederschweligen Versorgungssettings sind jedoch kaum vorhanden. Um die Zielgruppe der niederschweligen Angebote jedoch optimal unterstützen und die Professionalisierung der Pflege auf diesem Gebiet vorantreiben zu können, ist es notwendig, einen Einblick in den Arbeitsalltag der Pflegenden zu bekommen.

#### ***Geplantes Vorgehen***

Zu diesem Zweck möchte ich gerne *halb-standardisierte und leitfadengestützte Expertinnen-/Experteninterviews* mit Pflegenden führen, die in der niederschweligen Drogenarbeit tätig sind. Das bedeutet, dass im Rahmen der Interviews zwar bestimmte Themenblöcke angesprochen werden sollen, um Antworten auf die leitende Fragestellung der Untersuchung – „*Welche Rolle spielt die professionelle Pflege in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen und wie geht sie dabei vor?*“ – zu finden. Da es aber wesentlich ist, die subjektive Perspektive der Pflegenden zu berücksichtigen, soll möglichst viel Raum für ihre Erzählungen eingeräumt werden.

Sofern die Interviews direkt am Arbeitsplatz der Pflegenden, das heißt im Umfeld der niederschweligen Angebote stattfinden, besteht auch die Möglichkeit einer *Beobachtung* der dortigen Ereignisse durch mich in der Person der beobachtenden Forscherin. Sollten die Beobachtungen für die Untersuchung von Interesse sein, so werden sie schriftlich festgehalten und fließen in den Ergebnisteil der Diplomarbeit ein. Die Beobachtungen sind nicht Ziel der Untersuchung, verstehen

sich aber als willkommene Ergänzung zu den Interviews, da sie einen Gesamteindruck zur Tätigkeit der befragten Pflegepersonen vermitteln.

Zur Auswertung der gesammelten Daten wird die Methode der *Grounded Theory* herangezogen, da sie sich besonders dazu eignet, das soziale Miteinander und menschliche Verhaltensweisen zu erforschen. Ziel der Methode ist es, erklärende und praxisbezogene Theorien und Konzepte für die untersuchten Gegenstände zu entwickeln.

### ***Rolle der Probandinnen/Probanden***

Die interviewten Pflegefachkräfte werden von mir als Expertinnen/Experten auf dem untersuchten Gebiet angesehen und es wird davon ausgegangen, dass sie einen reichen Erfahrungsschatz zu den Untersuchungsgegenständen vorweisen können. Da das Ziel meiner Untersuchung die Erfassung der Rolle und der Handlungskonzepte von Pflegenden im Bereich der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen ist, liegt es meines Erachtens klar auf der Hand, dass auch diese dazu befragt werden.

### ***Wichtige Informationen***

Die Teilnahme an den Interviews erfolgt freiwillig und der Ausstieg aus der Untersuchung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Das Interviewgespräch wird auf Tonband aufgenommen und in weiterer Folge transkribiert, wobei alle gesammelten Daten anonymisiert – d.h. es werden keine Angaben zu Namen oder anderen persönlichen Daten gemacht, die auf die interviewte Person schließen lassen könnten – und vertraulich behandelt werden. Die vollständigen Transkripte der Interviews werden nicht in der Diplomarbeit veröffentlicht, sondern fließen dort sinngemäß oder in Form von aussagekräftigen Zitaten ein. Eine weitere Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse, z.B. in einer wissenschaftlichen Zeitschrift, ist möglich aber nicht Ziel dieser Arbeit. Die Dauer der Interviews kann individuell variieren, realistisch scheint eine Zeitspanne von 30 bis 60 Minuten. Die Örtlichkeiten werden von der Interviewpartnerin/vom Interviewpartner gewählt.

***Bei weiteren Fragen können Sie mich gerne über die oben angegebenen Daten kontaktieren!***

***Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit!***

Karanitsch Anna

E-Mail-Adresse

Tel.nr.

Universität Wien

Fakultät für Sozialwissenschaften

Institut für Pflegewissenschaft

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes, Karanitsch Anna, schriftlich über den Inhalt, die Zielsetzung/den Nutzen und die Tragweite des Projektes aufgeklärt. Es wurde mir ausreichend Informationsmaterial zur Verfügung gestellt und ich habe dieses gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und diese wurden von der verantwortlichen Person verständlich beantwortet.

Ich habe mich auf freiwilliger Basis dazu entschlossen an der Untersuchung, die in Form von Interviews unterstützt von möglichen Beobachtungen in meinem Arbeitsumfeld durchgeführt wird, teilzunehmen. Ich bin mir darüber bewusst, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet und in Form eines Transkriptes aufbewahrt wird. Die Forscherin hat bei meiner Entscheidung, an der Untersuchung teilzunehmen, keinen Druck auf mich ausgeübt.

Ich wurde über mein Recht aufgeklärt, das Interview ohne Angabe von Gründen abzulehnen oder zu unterbrechen. Der Ausstieg aus der Untersuchung ist auch nachträglich ohne Angaben von Gründen möglich. Durch den Abbruch der Untersuchungsteilnahme entstehen keinerlei Nachteile für mich.

Mir ist bekannt, dass die erhobenen Daten anonymisiert, d.h. ohne Angabe von Namen oder anderen persönlichen Daten, die auf meine Person schließen lassen könnten, ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken weiterverwendet werden. Meine Daten werden vertraulich behandelt.

Aus meiner Teilnahme an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch stelle ich finanzielle Forderungen. Auch nicht im Falle einer späteren Publikation der Daten, z.B. in einer Diplomarbeit oder in einer Fachzeitschrift.

---

Datum

---

Unterschrift der Untersuchungsteilnehmerin/des Untersuchungsteilnehmers

---

Unterschrift der Untersucherin***Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Untersuchung!***



Karanitsch Anna  
E-Mail-Adresse  
Tel.nr.

Universität Wien  
Fakultät für Sozialwissenschaften  
Institut für Pflegewissenschaft

### **FORSCHUNGSGENEHMIGUNG**

Sehr geehrte Leiterin, sehr geehrter Leiter,

mit diesem Schreiben ersuche ich um eine Forschungsgenehmigung für die im Rahmen meiner Diplomarbeit, in Ihrer Einrichtung durchgeführte Untersuchung. Die Diplomarbeit wird bei Prof. Wilfried Schnepf am Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Wien verfasst.

Meine Diplomarbeit behandelt das Thema *„Die Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit“* und stellt eine qualitative Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegenden in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen dar.

Um Antworten auf die leitende Fragestellung – *„Welche Rolle spielt die professionelle Pflege in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen und wie geht sie dabei vor?“* – zu finden, werden halb-standardisierte leitfadengestützte Expertinnen-/Experteninterviews mit Pflegenden geführt, die in diesem Feld tätig sind. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und folglich transkribiert. Da die Interviews direkt am Arbeitsplatz der Pflegenden, d.h. in der Einrichtung ... stattfinden, kommt eine zweite Forschungsmethode zum Einsatz. Dabei handelt es sich um die nicht-teilnehmende Beobachtung. So werde ich bei meinem Besuch in der Einrichtung zum Zweck des Interviews nicht an den Handlungen und Gesprächen der dort agierenden Personen teilnehmen. Jedoch werde ich die Möglichkeit haben, die Einrichtung einzusehen und sich dort unter Umständen abspielende Ereignisse zu erfassen. Sollten sich meine Eindrücke als forschungsrelevant erweisen, so werden sie schriftlich festgehalten und fließen in den Ergebnisteil der Diplomarbeit ein. Zur Auswertung der gesammelten Daten wird das Verfahren der Grounded Theory herangezogen, die es zulässt soziale Interaktionen und menschliche Verhaltensweisen zu erforschen, um dafür erklärende und praxisbezogene Theorien und Konzepte zu entwickeln.

Alle von mir erhobenen Daten werden anonymisiert, d.h. es werden keine Namen oder andere persönliche Daten angegeben. Die Daten werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und in meiner Diplomarbeit veröffentlicht. Eine spätere Publikation der Daten z.B. in einer Fachzeitschrift ist möglich, aber nicht Ziel des Forschungsvorhabens.

***Vielen Dank für Ihr Einverständnis!***

\_\_\_\_\_  
Datum

**Mit freundlichen Grüßen**

**Karanitsch Anna**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Leitung



## INTERVIEWLEITFADEN

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Einstiegsphase</b><br>→ Dank<br>→ Aufklärung über Ziel und Zweck der Untersuchung / des Interviews<br>→ Zusicherung Anonymität und Vertraulichkeit<br>→ Einverständniserklärung                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Hintergründe der Pflege</b><br><br><i>„Warum wird die Pflege in der niederschwelligen Drogenarbeit gebraucht?“</i><br><br>→ Bedarf nach Pflegekräften<br>→ Fähigkeiten / Kompetenzen<br>→ Angebotsbereiche<br>→ Ausbildungs- und Berufshintergründe / Werdegang<br>→ Motivation | <b>Rolle der Pflege</b><br><br><i>„Wie würden Sie sich / die Pflege in der niederschwelligen Drogenarbeit positionieren?“</i><br><br>→ Bedeutung / Wichtigkeit der pflegerischen Tätigkeit<br>→ Persönliche Beurteilung des pflegerischen Wirkens<br>→ Positionierung im interdisziplinären Team                                                          |
| <b>Wirkungsbereiche der Pflege</b><br><br><i>„Welche Aufgaben übernehmen Sie in der niederschwelligen Drogenarbeit?“</i><br><br>→ Interventionen / Handlungen<br>→ Zielsetzungen<br>→ Zielgruppe<br>→ Erfolg<br>→ Rezeption                                                        | <b>Handlungskonzepte der Pflege</b><br><br><i>„Wie gehen Sie konkret vor, wenn Sie Interventionen / Handlungen setzen?“</i><br><br>→ Handlungsstrategien ( <i>Wie?</i> )<br>→ Hintergründe der Handlungen / Ideen hinter den Handlungen ( <i>Warum?</i> )<br>→ Wirkung der Handlungen ( <i>Welche Wirkung wollen Sie mit Ihren Handlungen erzielen?</i> ) |
| <b>Ausstiegsphase</b><br>→ Angaben zur Person (Geschlecht, Alter, berufliche Position)<br>→ Dank<br>→ Weiteres Vorgehen (Transkripte, Auswertung Ergebnisse nach GT, Rücksendung der Transkripte und Ergebnisse, Abgabe Diplomarbeit)                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



## **Curriculum Vitae**

*Karanitsch Anna*

### **Persönliche Daten**

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Geburtsdatum:        | 1. September 1985 |
| Geburtsort:          | Hainburg          |
| Staatsangehörigkeit: | Österreich        |

### **Akademische Ausbildung**

|             |              |                                                               |
|-------------|--------------|---------------------------------------------------------------|
| Hochschule: | seit 10/2006 | Universität Wien, 1010 Wien<br>Studium der Pflegewissenschaft |
|             | 02-06/2010   | Erasmusaufenthalt<br>Université Dauphine, Paris               |

### **Schulbildung**

|      |             |                                                                                          |
|------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| BHS: | 2000 - 2005 | Vienna Business School<br>Schönborngasse, 1080 Wien<br>Abschluss mit Matura im Juni 2005 |
| AHS: | 1996 - 2000 | Bundesgymnasium<br>Maroltingergasse, 1160 Wien                                           |
| APS: | 1992 - 1996 | Volksschule<br>Julius-Meini-Gasse, 1160 Wien                                             |

### **Praktikums- und Berufserfahrung**

|                          |                   |                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Praktikum:               | 09/2010-02/2012   | Praktikantin im Verein NL40<br>Neulerchenfelderstraße 40, 1160 Wien<br>Lernbetreuung beim „OMA/OPA“-Projekt<br>des Vereins NL40 |
| Ferialpraktika:          | 08/2010           | Sanitätsgehilfin auf der akutgeriatrischen<br>Station des Krankenhaus Hietzing                                                  |
|                          | 09/2009           | Praktikantin im Sozial betreuten<br>Wohnhaus Jona der Caritas der ED Wien                                                       |
| Berufliche Tätigkeit:    | 09/2006 - 01/2010 | Geringfügig Angestellte im Café-Bistro<br>Le Bol                                                                                |
|                          | 09/2005 - 02/2006 | Au Pair-Tätigkeit in Paris                                                                                                      |
| Ehrenamtliche Tätigkeit: | 05/2008 - 11/2009 | Begleitung einer Seniorin beim Verein<br>„Solidarität mit SeniorInnen“                                                          |

Wien, 02. April 2012

