

- Anlage 3 -

zum Abschlussbericht des Modellprojektes Netzwerk 40 +

Gekürzter Forschungsbericht zur durchgeführten qualitativen und quantitativen Studie in der Altenhilfe und in der Suchthilfe in München

Nachfolgend findet sich die Darstellung der Methodik und der Ergebnisse des Forschungsprojekts. Die endgültige Fassung des Forschungsberichts wurde zum Ende der zweijährigen Projektlaufzeit publiziert.

Methodik

Studiendesign, Feldzugang und Datenerhebung im qualitativen Studienteil

Wissenschaftstheoretischer Zugang war die qualitativ-heuristische Methodologie nach Gerhard Kleinig [8]. Die Datenerhebung erfolgte anhand des Experteninterviews von Meuser und Nagel. Entgegen dem Konzept der qualitativen Heuristik, jedoch im Sinne des Experteninterviews wurde nicht versucht, auf ein Vorverständnis zu Beginn der Forschung zu verzichten. Denn, laut Meuser und Nagel 2009, „[ist die] Bereitschaft [der Experten], 'ihr Wissen und ihre Positionen auf den Tisch zu legen', entscheidend davon beeinflusst [...], wie kompetent der Interviewer sich zu präsentieren vermag.“ [9] So wurde der Interviewleitfaden in gemeinsamen Fachgesprächen der Autoren und damit im Kontext praxis- und wissenschaftsrelevanter Expertisen konzipiert und im Rahmen eines Pretest-Interviews erprobt. Der Leitfaden diente dazu, das Gespräch auf die für die Fragestellung bedeutenden Aspekte zu fokussieren. Im Sinne von Meuser und Nagel galt als Experte, wer sein Wissen durch seine professionelle Tätigkeit erworben hat und von dem angenommen werden konnte, dass er „[...] über ein Wissen verfügt, dass [er] zwar nicht notwendiger Weise alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist.“ [9] Die Experten wurden so ausgewählt, „[...] dass das Spektrum unterschiedlicher Expertenperspektiven abgebildet [...]“ [9] werden konnte. Durch bestehende Praxiskontakte der Autoren konnte der Feldzugang gewährleistet werden. Für die Durchführung der Interviews wurden die Gesprächspartner in ihren Dienststellen aufgesucht. Fünf Interviews fanden im Dialog zwischen Interviewer und Befragtem statt, zwei Mal waren zwei Autoren als Interviewer anwesend. Zu Beginn eines jeden Interviews wurde ein Einstiegsstimulus gegeben, der es dem Befragten ermöglichen sollte, seine beruflichen Erfahrungen im Umgang mit einer durch Alter und Sucht doppelt belasteten Klientel als selbstgestaltete Darstellung zu produzieren. Immanente Nachfragen kamen zum Einsatz, wenn der Redefluss des Interviewten aufgehört hat, jedoch der Eindruck entstand, die Darstellung sei noch nicht beendet. Durch exmanente Nachfragen konnten weitere, bislang noch nicht thematisierte Fragebereiche angesprochen werden. Um dem Phänomen der oftmals interessanten „off-record-Gespräche“ zu begegnen, kam ein Postskriptum zum Einsatz, in dem wichtige Inhalte handschriftlich notiert wurden, welche nach dem Abschalten des Diktiergeräts erzählt worden waren.

Studiendesign, Feldzugang und Datenerhebung im quantitativen Studienteil

Auf Grundlage der qualitativ ermittelten Aspekte und unter Berücksichtigung der Inhalte eines Fragebogens, der 2011 in Hamburg für eine ähnliche Untersuchung verwendet worden war [Baumgärtner 2010], konnten im Rahmen einer Querschnittsstudie zwei Online-Erhebungsinstrumente mit Hilfe des Programms Education Survey Automation Suite (EvaSys, Version 6.0) generiert und der Link zu den Fragebögen erstmals am 20.11.2015 per Mail an Suchthilfe- und Altenhelfemitarbeiter versendet werden.

Die Fragebögen enthielten Fragen zum Anteil der jeweils zusätzlich durch Alter bzw. Sucht belasteten Klientel, zur Einschätzung des Schulungsbedarfs, zur Position/Funktion in der Einrichtung sowie zur Dauer der Berufstätigkeit und zu soziodemographischen Aspekten.

Der Versand an stationäre und ambulante Altenhilfeeinrichtungen erfolgte anhand einer Auflistung des Sozialreferats München, der Versand an die Suchthilfe über den Verteiler der „Drogen AG“, einem Gremium, dem alle Suchthilfevereine und -träger Münchens angeschlossen sind. Die Befragung sollte zunächst für drei Wochen geöffnet bleiben. Einem geringen Rücklauf geschuldet, musste nach eben erwähnten drei Wochen eine Erinnerungsmail mit der erneuten Bitte um Teilnahme versendet werden. Nach letztlich sechs Wochen wurde die Befragung dann geschlossen. Die Methode der Online-Erhebung wurde gewählt, um ressourcenschonend arbeiten zu können [10].

Forschungsethik

Forschungsethische Grundlage für die Durchführung des hier dargestellten Projekts waren die im Masterstudiengang Soziale Arbeit der Hochschule München entwickelten forschungsethischen Leitlinien. Exemplarisch können hier die Sicherstellung von Freiheit von Forschung, der Datenschutz oder die respektvolle Haltung gegenüber dem Teilnehmer genannt werden [11].

Datenauswertung Qualitativer Studienteil

Die Auswertung erfolgte pragmatisch, nicht hermeneutisch und eingeschränkt interpretativ anhand eines eigens entwickelten, sechsstufigen Auswertungsprozesses, der angelehnt war an die Auswertungskonzepte von Mühlfeld [12]; [13], Schmidt [14] und Meuser & Nagel [15]. Wie die Methode von Mühlfeld, sollte sich auch die eigens entwickelte Auswertungsmethode dazu eignen, Problembereiche zu filtern. Diese sollten einerseits den Leitfadencategorien zugeordnet (deduktives Vorgehen), andererseits sollten aus dem Material heraus neue Kategorien entwickelt werden (induktives Vorgehen), um so die interessierenden Wissensbestände der Befragten übersichtlich zu strukturieren [16]. Die Auswertungsschritte der Referenzen sowie des eigenen Vorgehens sind in Tabelle 1 dargestellt.

Datenauswertung Quantitativer Studienteil

Die Auswertung der Daten erfolgte computergestützt mit dem Programm IBM® SPSS® Statistics Version 19. Für stetige Variablen wurden Mittelwert, Maximal- und Minimalwert sowie Median ermittelt, für kategoriale Variablen Prozent- oder Modalwerte. Um die Signifikanz von Korrelationen zu überprüfen kamen der Chi-Quadrat- und der Fisher-Test zum Einsatz. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewandt, nicht normal verteilte Zusammenhänge wurden sodann mittels des Man-Whitney-Tests geprüft, normal verteilte Zusammenhänge mittels des T-Tests.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Auswertungsreferenzen und der eigenen Vorgehensweise			
Mühlfeld 1981: Beschreibende und erklärende Inhaltsanalyse	Meuser und Nagel 1991: Analyse von Experteninterviews	Schmidt 1997: Analyse für Leitfadeninterviews	Eigene Vorgehensweise
Antworten markieren	Themenorientierte Transkription	Kategorienbildung am Material	Transkription ¹
In Kategorieschema einordnen	Paraphrasierung	Erstellung eines Kodierleitfadens	Kategorienbildung (Meta- und Subcodes)
Innere Logik herstellen	Thematische Übersicht	Kodierung	Kodierung der Einzelinterviews ²
Text zur inneren Logik herstellen	Thematischer Vergleich zwischen den Interviews	Quantifizierende Materialübersicht	Innere Logik herstellen
Text mit Interviewausschnitten versehen	Konzeptualisierung und Begriffsbildung	Vertiefende Fallinterpretation	Text zur inneren Logik herstellen
Bericht	Einbindung in theoretische Diskurse		Bericht mit Interviewausschnitten versehen
[vgl. Mühlfeld 1981; Mayer 2006]	[Meuser und Nagel 1991]	[Schmidt 2009]	¹ mittels des Programms f4 (https://www.audiotranskription.de/f4.htm) ² mittels des Programms MAXQDA (http://www.maxqda.de/)

Ergebnisse qualitativer Studienteil

Als zentrale Ergebnisse der Interviewstudie lassen sich eine Reihe wichtiger Aspekte nennen, die eine Grundlage für die Erstellung des Fragebogens der nachfolgenden quantitativen Studie darstellen. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht dieser Aspekte.

Tabelle 2: Aspekte für eine standardisierte Befragung

Themen für Fortbildungen in der Altenhilfe

- ✓ Fachwissen über illegale Substanzen (Drogenwirkung, Substitutionsmittel, etc.)
- ✓ Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen
- ✓ Verständnis über die Lebenswelt/-situation drogenabhängiger Menschen
- ✓ Informationen über die Substitutionsbehandlung
- ✓ Informationen über körperliche Komorbiditäten
- ✓ Informationen über psychische Komorbiditäten
- ✓ Drogennotfalltraining

Themen für Fortbildungen in der Suchthilfe

- ✓ Finanzierung von Altenhilfe und Pflege
- ✓ Altersbedingte Krankheitsbilder im Allgemeinen
- ✓ Umgang mit Sterben und Tod
- ✓ Fachinformationen über Demenz

Unterstützungsbedarf von Altenhelfemitarbeitern seitens der Suchthilfe

- ✓ Einen Ansprechpartner, der für suchtspezifische Fragen zur Verfügung steht
- ✓ Einen Ansprechpartner, der für persönliche Belange des drogenabhängigen Patienten zur Verfügung steht
- ✓ Jemanden, der die Überleitung/Vermittlung in die Pflege begleitet
- ✓ Eine/mehrere Personen, mit der/denen man konkrete Fälle besprechen kann
- ✓ Praktika oder Hospitanz in der Suchthilfe, um einen Einblick zu bekommen
- ✓ Flyer/Broschüren mit den wichtigsten Informationen
- ✓ Gespräche mit Substitutionsarzt

Unterstützungsbedarf von Suchthelfemitarbeitern seitens der Altenhilfe

- ✓ Einen Ansprechpartner, der für alters- und pflegespezifische Fragen zur Verfügung steht
- ✓ Eine oder mehrere Personen, mit der/denen man konkrete Einzelfälle besprechen kann
- ✓ Praktika oder Hospitanz in der Altenhilfe, um einen Einblick in die dortige Arbeit/Thematik zu bekommen
- ✓ Flyer/Broschüren mit den wichtigsten Informationen

Ergebnisse quantitativer Studienteil

Altenhilfe

Beschreibung der Befragungsteilnehmer

Es wurden 136 mit dem Fragebogenlink versehene Emails an ambulante und stationäre Altenpflegedienste in München versendet, woraufhin ein Rücklauf von 36 ausgefüllten online-Fragebögen erfolgte (Response = 26,5%). Von den Befragungsteilnehmern waren 25 (71,4%) weiblich (n=35). Das durchschnittliche Alter aller Befragten lag bei 46,4 Jahren (SD 9,8), wobei die weiblichen Teilnehmer mit einem Mittelwert von 45,8 Jahren (SD 9,3) jünger waren als die männlichen (Ø 46,5 Jahren; SD 11,0) (p=0.696; Kolmogorov-Smirnov-Test: Signifikanz-Wert < 0.05 = nicht normal verteiltes Alter der Stichprobe -> Man-Whitney-Test, n=34).

Die kategorisierte Dauer der Berufstätigkeit ist Tabelle 3 zu entnehmen. 20 Befragte gaben an, in der stationären Pflege tätig zu sein, 14 Personen nannten die ambulante Pflege als ihren Arbeitsbereich (n=34). Die jeweils ausgeübten Funktionen im Arbeitsbereich können in Tabelle 4 nachgelesen werden.

Tabelle 3: Dauer der Berufstätigkeit der Mitarbeiter in Sucht- und Altenhilfe (quantitativer Teil)

Altenhilfepersonal			Suchthilfepersonal		
Berufsjahre	Häufigkeit absolut	Häufigkeit in Prozent	Häufigkeit in Prozent	Häufigkeit absolut	Berufsjahre
weniger als 5 Jahre	0	0	24,4	10	weniger als 5 Jahre
seit 5 bis 10 Jahren	5	13,9	29,3	12	seit 5 bis 10 Jahren
seit 11 bis 15 Jahren	8	22,2	26,8	11	seit 11 bis 15 Jahren
seit 16 bis 20 Jahren	6	16,7	7,3	3	seit 16 bis 20 Jahren
länger als 20 Jahre	17	47,2	12,2	5	länger als 20 Jahre
Gesamt	36	100,0	100,0	41	Gesamt

Tabelle 4: Die in Sucht- und Altenhilfe ausgeübten Funktionen der Befragungsteilnehmer (quantitativer Teil)

ausgeübte Funktionen Altenhilfepersonal			ausgeübte Funktionen Suchthilfepersonal		
Funktion	Häufigkeit absolut	Häufigkeit in Prozent	Häufigkeit in Prozent	Häufigkeit absolut	Funktion
Altenpfleger	1	2,8	61,0	25	Sozialpädagoge
Pflegedienstleitung	15	41,7	19,5	8	Einrichtungsleitung
Heimleitung	7	19,4	12,2	5	Arzt
Pflegeüberleitung	7	19,4	4,9	2	Psychologe
Sozialdienst	1	2,8	2,4	1	andere
andere	5	13,9			
Gesamt	36	100,0	100,0	41	Gesamt

Über den Anteil der Patienten mit Doppelbelastung und ihre Versorgung

Tabelle 5 zeigt, inwiefern die befragten Altenhelfemitarbeiter auch Menschen mit zusätzlicher Belastung durch problematischen Konsum illegaler Drogen zu versorgen hatten und wie hoch der Anteil derer zum Zeitpunkt der Befragung war. Zudem wird in Tabelle 5 auch deutlich, in wie weit die Altenhilfeklientel problematisch Alkohol- und Medikamente konsumiert und wie hoch der Anteil der problematisch Alkohol und Medikamente Konsumierenden zum Zeitpunkt der Befragung war.

Tabelle 5: Nennung und Quote der Klientel mit Doppelbelastung

Altenhilfe (n=36)	absolut	Prozent
Nennung von "Klientel mit probl. Konsum illegaler Drogen, jemals in der beruflichen Praxis"	8	22,2%
Nennung von "Klientel mit probl. Konsum illegaler Drogen zum Zeitpunkt der Befragung"	3	8,3%
Durchschn. Anteil der probl. illegale Substanzen Konsumierenden zum Zeitpunkt der Befragung	4	1,0%
Nennung von "Klientel mit probl. Alkohol- bzw. Medikamentenkonsum zum Zeitpunkt der Befragung"	31	86,1%
Anteil der zum Zeitpunkt der Befragung probl. Alkohol konsumierenden Patienten	30	5,8%
Anteil der zum Zeitpunkt der Befragung probl. Alkohol- bzw. Medikamente konsumierenden Patienten	28	8,2%
Suchthilfe (n=41)		
Nennung von "Klientel mit zusätzlicher altersbedingter Belastung, jemals in der beruflichen Praxis"	32	78,0%
Nennung von "Klientel mit zusätzlicher altersbedingter Belastung zum Befragungszeitpunkt"	26	61,9%
Durchschn. Anteil der zum Befragungszeitpunkt zusätzlich durch Alter belasteten Klientel	32	17,3%

Die nächsten Fragen bezogen sich darauf, wie Altenhelfemitarbeiter zur ihrer Einschätzung eines problematischen Drogen-, Alkohol oder Medikamentenkonsums ihrer Patienten gekommen waren. Die Nennungen und ihre jeweilige Anzahl sind in Tabelle 6 nachzulesen.

Tabelle 6: Einschätzung des problematischen Konsums durch Mitarbeiter der Hilfe-Systeme

Mitarbeiter der Altenhilfe			Mitarbeiter der Suchthilfe		
Woher wissen Sie vom problematischen Drogenkonsum ihres Patienten? (n=8)	Anzahl der Nennungen		Woher wissen Sie vom problematischen Alkohol- oder Medikamentenkonsum ihres Patienten? (n=31)	Woher wissen Sie von den altersbedingten Belastungen ihrer Klientel? (n=33)	
Vom Pflegebedürftigen selbst.	5	15	Vom Pflegebedürftigen selbst.	Vom Klienten selbst.	30
Von Angehörigen oder Bekannten des Pflegebedürftigen.	1	25	Von Angehörigen oder Bekannten des Pflegebedürftigen.	Von Angehörigen oder Bekannten des Klienten.	4
Von niemandem, ich habe es selbst so eingeschätzt.	0	5	Von niemandem, ich habe es selbst so eingeschätzt.	Von niemandem, ich habe es selbst so eingeschätzt.	15
Vom behandelnden Arzt.	2	20	Vom behandelnden Arzt.	Vom behandelnden Arzt.	12
Von anderen Pflegekräften.	2	10	Von anderen Pflegekräften.	Von anderen Mitarbeitern aus der Suchthilfe.	12
Von Mitarbeitern aus der Suchthilfe.	0	0	Von Mitarbeitern aus der Suchthilfe.	Von Mitarbeitern aus der Altenhilfe.	0
Keine dieser Antworten ist richtig, ich weiß es aus anderer Quelle.	0	1	Keine dieser Antworten ist richtig, ich weiß es aus anderer Quelle.	Keine dieser Antworten ist richtig, ich weiß es aus anderer Quelle.	2

Bedenken bezüglich der Versorgung drogenabhängiger Patienten

Die Frage „Welche konkreten Bedenken haben Sie, wenn Sie daran denken, drogenabhängige Patienten versorgen/pflegen zu müssen?“ wurde wie folgt beantwortet (n=36, Mehrfachantworten möglich):

- Keinerlei Bedenken: 7
- Diebstähle/sonst. Kriminalität: 11
- Nicht zu anderen Patienten passen: 10
- Infektionskrankheiten: 10
- Haus/Pfl.dienst in Verruf: 3
- Drogendealer werden angezogen: 8
- Unsere „normalen“ Patienten bekommen Angst: 13
- Zusätzliche Gewalkomponente: 7
- Die Möglichkeit, offen zu antworten, wurde wie folgt genutzt:

–Angst vor Eskalationen, z.B. beim Drogenhandel

- Keine Bedenken bei Alk, Medikamente oder Cannabis, da alltäglich, aber bei harten Drogen schwierig;
- Mitarbeiter könnten Angst haben, zu dem betreffenden Patienten zu gehen (Gewalt);
- Sorge, dass bei Entzugserscheinungen Kollegen körperlich angegriffen werden;
- Überforderung des Pflegepersonals;
- Sorge vor unbekanntem Infektionsstatus;

Welchen Unterstützungsbedarf Altenhilfemitarbeiter benötigen

Die Frage nach möglichem Unterstützungsbedarf seitens der Suchthilfe wurde von Altenhilfemitarbeitern wie folgt beantwortet (n=36):

- Ansprechpartner für suchtspezifische Fragen: 32 (88,9%)
- Ansprechpartner für persönliche Belange des Patienten: 19 (52,8%)
- Jemanden, der die Überleitung in die Pflege begleitet: 17 (47,2%)
- Eine oder mehrere Personen, um konkrete Fälle besprechen zu können: 18 (50%)
- Praktika oder Hospitanz in der Suchthilfe für besseren Einblick: 8 (22,2%)
- Flyer oder Broschüren mit den wichtigsten Infos: 11 (30,6%)
- Gespräche mit Substitutionsarzt: 8 (22,2%)

Suchthilfe

Beschreibung der Befragungsteilnehmer

Es erfolgte ein Rücklauf von 42 ausgefüllten online-Fragebögen (Anzahl potentieller Empfänger und somit Response nicht kalkulierbar). Von den Befragungsteilnehmern in der Suchthilfe waren 28 (68,3%) weiblich (n=41). Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 41,5 Jahren (SD 10,5), wobei, ähnlich wie auch bei den Altenhilfemitarbeitern, die weiblichen Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 39,7 (SD 9,4) Jahren jünger waren als die männlichen (Ø 45,3; SD 12,0) ($p=0.358$; Kolmogorov-Smirnov-Test: Signifikanz-Wert > 0.05 = Alter der Suchthilfestichprobe normal verteilt -> T-Test).

Die Berufstätigkeit in Jahren ist in Kategorien sortiert Tabelle 3 zu entnehmen. Als Tätigkeitsbereiche wurde mit 30 Angaben am häufigsten die ambulante Suchthilfe genannt, nämlich 16 Mal (40%) „ambulant, z.B. Beratungsstelle“ und 14 Mal (35%) „ambulant, z.B. Kontaktladen“. 7 Mal (17,5%) genannt worden war „Substitutionsambulanz/-praxis“ und 3 Mal (7,5%) die stationäre Suchthilfe, „Therapieeinrichtung, Entgiftung, therapeutische WG, etc.“ (n=40). Die in diesen Arbeitsbereichen ausgeübten Funktionen der Teilnehmer sind Tabelle 4 nachzulesen.

Über den Anteil der Klientel mit Doppelbelastung und ihre Versorgung

Tabelle 5 zeigt, wie viele Suchthilfemitarbeiter angegeben hatten, bereits Klientel mit altersbedingten Schwierigkeiten betreut zu haben. Auch der Anteil der durch Alter zusätzlich belasteten Klienten zum Befragungszeitpunkt ist in dieser Tabelle angegeben.

Auf die Frage, „wie sicher fühlen Sie sich dabei, die von Ihnen betreuten Menschen auch bei Fragen hinsichtlich einer bestehenden altersbedingten Problematik angemessen unterstützen können?“, wurde ein Modalwert von 3 und ein Median von 5 ermittelt. Es konnte keine Tendenz festgestellt werden, d.h. ausgehend vom Median wurden in Richtung „gar nicht sicher“ wie auch in Richtung „absolut sicher“ ähnlich häufige Angaben gemacht.

Ein analoges Bild zeichnete sich ab bei der Frage, „was glauben Sie, wie sicher sich ihre Mitarbeiter/Kollegen fühlen, wenn es um die Unterstützung ihrer Klientel hinsichtlich altersbedingter Schwierigkeiten geht?“ Hier lagen Modalwert und Median jeweils bei 5 und auch hier wurden ausgehend vom Median in Richtung „gar nicht sicher“ sowie in Richtung „absolut sicher“ ähnlich häufige Angaben gemacht.

Die darauffolgenden Fragen beschäftigten sich damit, wie Suchthilfemitarbeiter zur Einschätzung dieser zusätzlichen altersbedingten Belastungen kommen konnten. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in Tabelle 6 nachzulesen.

Bedenken bezüglich der Versorgung von Klientel mit zusätzlichen altersbedingten Schwierigkeiten

Die Frage „Welche konkreten Bedenken haben Sie, wenn Sie daran denken, ältere bzw. durch altersbedingte Schwierigkeiten belastete Klientel versorgen zu müssen?“ wurde wie folgt beantwortet (n=42):

- Keinerlei Bedenken: 1
- Sorge, dass keine ambulante Pflege gefunden werden kann: 22
- Sorge, eine stationäre Pflege zu finden: 25
- Ich befürchte, zu wenig über die gesetzlichen Grundlagen zu wissen: 26
- Die erhöhte hauswirtschaftliche Belastung überfordert unsere Kapazitäten: 22
- Habe zu wenig Fachwissen über altersspezifische Erkrankungen: 14
- Zu wenig Fachwissen über Umgang mit Demenz: 19
- Betreuungsintensität für unsere Ressourcen zu hoch: 20
- Ich weiß zu wenig über palliative Versorgung: 19

- Die Immobilität wird insbesondere wegen Substi zum Problem: 32
- Ich müsste für den Umgang mit Tod und Trauer besser geschult sein: 7

Welchen Unterstützungsbedarf sich Altenhelfemitarbeiter benötigen

Die Suchthilfe (n=42) wünscht sich aus der Altenhilfe:

- Ansprechpartner für alters- und pflegespezifische Fragen: 33 (78,6%)
- Eine oder mehrere Personen, um konkrete Fälle zu besprechen: 21 (50%)
- Praktika oder Hospitanz in der Altenhilfe: 10 (23,8%)
- Flyer oder Broschüren mit den wichtigsten Infos: 26 (61,9%)
- Die Möglichkeit, auf diese Frage offen zu antworten, wurde wie folgt genutzt:
 - aktuelles Adressverzeichnis und Ansprechpartner im Netz;
 - Substitution und Drogenkonsum nicht als Ausschlusskriterium für Pflege;
 - Pflegedienste bei immobilen Substitutionspatienten

Literatur

- ¹ Thieme K, Rester D, Seeberger B. Zur Lebenssituation alternder Drogenabhängiger in Deutschland: Ein Überblick zur Datenlage. Sozialer Fortschritt; DOI: 10.3790/sfo.60.11.257
- ² Steppan M, Künzel J, Pfeiffer-Gerschel T. Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. München. Im Internet: www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%20jahresbericht%202011.pdf; Stand: 21.01.2016
- ³ Brand H, Steppan M, Künzel J, Braun B. Suchthilfe in Deutschland 2013: JAHRESBERICHT DER DEUTSCHEN SUCHTHILFESTATISTIK (DSHS). München. Im Internet: www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs_jahresbericht_2013.pdf; Stand: 21.01.2016
- ⁴ Schäffler F FE. Vier Jahre Diamorphinvergabe in der Regelversorgung: Bestandsaufnahme aus Konsumenten- und Expertenperspektive: Eine qualitativ-heuristische Studie. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2014; 2014 (11): 131 – 147
- ⁵ Vogt I, Eppler N, Ohms C, Stiehr K, Kaucher M. Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen: Abschlussbericht. Im Internet: www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/

DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Abschlussbericht_ Aeltere_Drogenabhaengige_100501_Drogenbeauftragte.pdf; Stand: 21.01.2016

- ⁶ Schäffler F. Über „Junkies“, die in die Jahre kommen. Sozial Extra 2010; 2010 (7 8): 46 – 49
- ⁷ Taschner W. Wenn bayerische Junkies alt werden. Bayerische Staatszeitung 2015; 2015 (14)
- ⁸ Kleining G. Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1982; 1982 (34 2): 224 – 253
- ⁹ Meuser M NU. Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Hrsg. Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss; 2009: 465 – 480
- ¹⁰ Hussy W, Schreier M, Echterhoff G. Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften - für Bachelor. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010
- ¹¹ Hochschule München. Forschungsethische Prinzipien. München. Im Internet: w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/dokumente_73/masterstudiengnge_2/angewandteforschungindersozialenarbeit/dokumente_75/Ethische_Prinzipien_Endfassung_2013_Fakultaet.pdf; Stand: 21.01.2016
- ¹² Mühlfeld C et al. Auswertungsprobleme offener Interviews. Soziale Welt 1981; 1981 (32 3): 325 – 352
- ¹³ Mayer HO. Interview und schriftliche Befragung Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6 Aufl. München: Oldenbourg; 2013
- ¹⁴ Schmidt C. Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U, Hrsg. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2013: 447 – 456
- ¹⁵ Meuser M NU. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht : ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Hrsg. Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte Methoden Analysen. Opladen: Westdt. Verl.; 1991: 441 – 471
- ¹⁶ Lamnek S. Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch ; [Online-Materialien]. Weinheim [u.a.]: Beltz; 2010
- ¹⁷ Dorner P, Flick A, Schäffler F. Eine qualitative Studie über die Vereinbarkeit von Substitution und Berufstätigkeit in München: Situationsanalyse aus Experten- und Klientenperspektive. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2015; 2015 (17 3): 123 – 124