



---

# **Evaluation des Modellprojekts „Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung“ (BISS)**

---

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät  
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Anne Kristina Styp von Rekowski  
aus Düsseldorf

WS 2013/2014

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Zweitgutachter: Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker

Dekan: Prof. Dr. Dieter K. Tscheulin

Datum der Disputation: 04. Februar 2014

FÜR HANNE

## DANKSAGUNG

Mein Dank für die konstruktive, reibungslose und stets angenehme Zusammenarbeit geht an die Mitarbeitenden des Projekts BISS, Hans Marz, Iris Siller und Christoph Schönfelder, und an den Leiter der Rehaklinik Freiolsheim, Wolfgang Indlekofer, sowie an die Leiter(innen) der Vergleichsgruppeneinrichtungen.

Auch danke ich den Studienteilnehmer(inne)n und den beteiligten Arbeitgebern, die durch ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und ihre Offenheit die Umsetzung der Studie sowie die Gewinnung von Erkenntnissen ermöglicht haben.

Ein weiterer Dank geht an die in der Studie befragten Stakeholder, die durch ihre fachlichen Einschätzungen einen wichtigen Beitrag für die Evaluation des Projektes geleistet haben.

Besonders möchte ich Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel und Dr. Harald Seelig für die außerordentlich freundliche Betreuung und die hilfreichen fachlichen Anregungen danken. Letzteres gilt auch für alle Kolleg(inn)en der Abteilung, bei denen die Türen für Fragen und Diskussionen immer offen standen und die für ein wirklich schönes Arbeits- und Arbeitsklima gesorgt haben. Dr. Reiner Stegie danke ich für die Schokoladenseite der Dissertation.

Zuletzt danke ich natürlich meinen Freunden, Freundinnen, meiner Familie und Simon, die mir in hervorragender Art und Weise die notwendige emotionale Unterstützung geboten und mir wertvolle Rückmeldungen zur Arbeit gegeben haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

## KURZZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Suchtmittelabhängigkeiten ziehen neben körperlichen und psychischen Folgen bedeutende berufsbezogene Konsequenzen nach sich. Rehabilitationsleistungen haben neben der Erreichung von Suchtmittelfreiheit zum Ziel, Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben abzuwenden und die Rückkehr in das Arbeitsleben zu erreichen. In der deutschen Suchtrehabilitation sind daher berufsbezogene Maßnahmen fest verankert. Im Rahmen der Nachsorge kann eine intensive berufsbezogene Weiterbetreuung aufgrund eingeschränkter Ressourcen jedoch zumeist nicht umgesetzt werden, weswegen vermehrt der Ausbau berufsbezogener Projekte und Initiativen gefordert wird. Für die Wirksamkeit spezifischer berufsbezogener Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation in Deutschland liegen vereinzelte Hinweise vor, internationale Studien konnten die Wirksamkeit berufsbezogener Elemente in der Suchtbehandlung belegen. Das Projekt „berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“ (BISS) richtet sich an ehemalige Suchtmittelabhängige nach erfolgreichem Abschluss einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Arbeitslose Klienten werden im Prozess der Arbeitsintegration unterstützt. Klienten nach erfolgreicher Integration in Arbeit werden mit dem Ziel der langfristigen Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes über ein Jahr hinweg begleitet, wobei auch deren Arbeitgeber vertraglich eingebunden werden. Hierdurch soll eine frühzeitige Intervention bei Schwierigkeiten oder Rückfällen gewährleistet werden. Zum Angebot von BISS gehören regelmäßige Gruppenangebote und unangekündigte Suchtmittelkontrollen sowie bedarfsbezogene Angebote wie Einzelgespräche und Krisen- bzw. Rückfallinterventionen. Das Projekt wurde vom Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim durchgeführt und, wie auch die Evaluationsstudie, von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gefördert.

**Methodik:** Die Konzeption der Studie umfasst eine summative und formative Evaluation des BISS-Projekts. Der Evaluation lag ein quasi-experimentelles Prä-Post-Vergleichsgruppendesign mit einer Zwischenmessung zugrunde. Weitere Datenquellen waren Interviews im Rahmen der Stakeholder-Befragungen sowie die Verlaufsdocumentationen des Projekts. Es wurden qualitative und quantitative Erhebungsinstrumente verwendet. Die Fragestellungen bezogen sich auf den Bedarf, Erwartungen und Zielsetzungen, den Prozess, Effekte und Wirkungen sowie den Aufwand und die Kosten. Die Stichprobe bestand aus der Interventionsgruppe (t1: n=39, t3: n=21), der Vergleichsgruppe (t1: n=65, t3: n=26), den Arbeitgebern der Klienten (n=12) sowie weiteren Stakeholdern (n=13). Die qualitativen Daten wurden in Anlehnung an die von Mayring (2010) vorgeschlagene Technik der „Zusammenfassung“ und der „induktiven Kategorienbildung“ ausgewertet, ggf. gefolgt von quantitativen Analysen. Im Gruppenvergleich wurde der U-Test nach Mann und Whitney bzw. der Chi-Quadrat Test verwendet. Als Effektmaße wurden Cohens d sowie die Zusammenhangsmaße Yules Y, Cramers V bzw. die rangbiserale Korrelation berechnet.

**Ergebnisse:** Der Bedarf einer beruflichen Maßnahme wie BISS wurde im Rahmen der Stakeholderbefragungen, als auch bei der Betrachtung der besonderen beruflichen Problemlagen

der Interventions- und Vergleichsgruppenteilnehmer deutlich. Berufliche Problemlagen äußerten sich u. a. in Defiziten in der Berufsausbildung und -erfahrung, was die Inanspruchnahme einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme rechtfertigt. Die befragten Stakeholder sehen für nahezu alle Suchtmittelabhängigen nach einer Rehabilitationsbehandlung eine Indikation für eine Maßnahme wie BISS. Teilnahmegründe der Rehabilitanden waren insbesondere das durch das Projekt vermittelte Gefühl der Sicherheit und die Suchtmittelkontrollen sowie die angebotene Hilfe bei der individuellen Zielerreichung (z. B. Arbeit und Stabilität der Abstinenz). Im Projekt wurde viel Unterstützung geleistet, wobei aufgrund von Ressourcenknappheit weniger Suchtmittelkontrollen und Arbeitsplatzbesuche durchgeführt wurden, als dies in der Konzeption vorgesehen ist. Dennoch wurde das Projekt insgesamt von allen Beteiligten positiv bewertet. Die Wirksamkeit konnte zum Zeitpunkt t3 insbesondere in Bezug auf suchtbetonte Faktoren nachgewiesen werden. Durch das Projekt BISS war in der Interventionsgruppe ein höherer Anteil zur Abstinenz verpflichtet als in der Vergleichsgruppe ( $p=.000$ ;  $Y=.76$ ), was auch häufiger von Kontrollen begleitet ( $p=.487$ ;  $Y=.35$ ) war. Weniger der nach einem Jahr befragten Personen der Interventionsgruppe hatten Suchtmittel konsumiert (IG: 19% vs. VG: 65,4%;  $p=.001$ ;  $Y=-.48$ ). Nach Annahme des Auffangangebots und der weiterführenden Teilnahme waren BISS-Teilnehmer wieder vollständig abstinent. Die dauerhafte Teilnahme an BISS geht also mit einer abstinenten Lebensführung einher. In der Vergleichsgruppe gaben hingegen 60 % der Personen, die im Verlauf des Jahres konsumiert hatten, auch zum Zeitpunkt nach einem Jahr an, aktuell nicht vollständig abstinent zu sein ( $p=.255$ ;  $Y=.43$ ). Die Prozessevaluation zeigte zudem eine gute Inanspruchnahme des gesamten Unterstützungsangebots sowie einen Integrationserfolg und eine hohe berufliche Stabilität bei den Teilnehmern, welche auch durch den Einbezug der Arbeitgeber gefördert wurden. Die Teilnahme am Projekt BISS ging mit einer guten Erreichbarkeit bei Kontaktversuchen und einer hohen Teilnahmequote an der Evaluationsstudie einher.

**Diskussion:** Das Projekt BISS ist in die Rehabilitationsnachsorge einzuordnen. Es soll durch die berufsbezogene Ausrichtung die in der Literatur beschriebenen Versorgungslücken im Bereich der Suchtnachsorge füllen. Durch die regelmäßigen und bei Bedarf angebotenen Elemente, die aktive Einbindung des Arbeitgebers und die schnelle Hilfe bei Rückfälligkeit kommt das Projekt der Forderung eines individuellen, bedarfsbezogenen Ansatzes nach. Es unterstützt damit das Ziel von Rehabilitationsleistungen, nämlich die dauerhafte berufliche Integration und die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Durch die Berücksichtigung verschiedener evaluativer Zugänge und Befragung von Interessengruppen konnten Aussagen zu unterschiedlichen Aspekten des Projektes gemacht werden, die der Weiterentwicklung des Projektes dienen. Methodische Einschränkungen ergeben sich aus dem hohen Drop-out und der damit verbundenen kleinen Stichprobe zu t3. Zudem ist anzunehmen, dass der Drop-out in Zusammenhang mit einem höheren Suchtmittelkonsum und einer schlechteren beruflichen Integration steht. Es zeigte sich der Bedarf an weiteren Ressourcen zur adäquaten Umsetzung des Projekts sowie die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Abläufen (Rückfallintervention) und der ausführlicheren Dokumentation der Interventionen. BISS bietet für

diejenigen, die es wünschen, einen abstinenzförderlichen Rahmen, indem es Teilnehmer in ihrer Entscheidung, abstinent zu leben unterstützt, stärkt oder ggf. auch wieder dahin zurückholt. Die Weiterführung des Projektes ist in Anbetracht der Evaluationsergebnisse zu empfehlen, wobei Maßnahmen konkretisiert, konzeptionsgetreu umgesetzt und systematischer dokumentiert werden sollten. Hierfür scheint die Erhöhung der zur Verfügung stehenden Ressourcen notwendig. Weiterer Forschungs- und Evaluationsbedarf besteht bei der Beurteilung des Einflusses der Suchtmittelkontrollen, worüber hier aufgrund der unregelmäßigen Durchführung keine Aussagen gemacht werden konnten. Die Integration des Projektes in vorhandene Strukturen hat sich bewährt. Die Schnittstelle zur Nachsorge ist durch die bereits vorhandene therapeutische Beziehung zu den Durchführenden auf ein Minimum reduziert. Zudem ist das Projekt, bei der aktuell bereitgestellten Finanzierung, auf die durch die Anbindung zur Verfügung stehenden Ressourcen angewiesen. Eine Ausweitung des Projektes im Sinne eines BISS-Netzwerkes könnte dazu beitragen, Rehabilitanden auch nach dem Verlassen der Region weiter unterstützen zu können.

## ABSTRACT

**Background:** Besides physical and psychological harms, substance use disorders also have severe vocational consequences. The objective of vocational rehabilitation is to foster return-to-work and to diminish limitations of work-related participation. Vocational rehabilitation measures are therefore deep-seated in German addiction rehabilitation facilities. In aftercare facilities intensive vocational support often can't be realized creating a demand for more work-related projects. International studies showed the effectiveness of different vocational programs in the treatment of substance use disorders; in Germany there is anecdotal evidence.

The Project „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“ (BISS) addresses persons with substance-use disorders following successful completion of residential drug rehabilitation. Unemployed clients get further counseling to support the process of work integration. For the reason of maintaining work, employed clients are supported for one year. Employers are bound by contract to assure early intervention should difficulties or relapses occur. BISS protocols consist of regular group therapy, unheralded drug tests and whenever required, crisis or relapse interventions and one-on-one sessions. The BISS project is conducted by „Integrationszentrum Lahr“ of „Rehaklinik Freiolsheim“. BISS and the evaluation study were financed by the “Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg”.

**Methodology:** The concept of the study includes formative and summative evaluation. The project was evaluated in a longitudinal, quasi-experimental control-group-design. Further data was collected through stakeholder survey and the project documentation. Qualitative and quantitative methods were used. Objectives of the study considered the need, expectations, and individual goals, the process, efficacy and outcomes as well as effort and costs. Study sample were participants of the intervention group (t1: n=39, t3: n=21), the control group (t1: n=65, t3: n=26), employers of the BISS-clients (n=12), and other stakeholders (n=13). Qualitative data was analyzed based on inductive category formation and aggregation according to Mayrings (2010) qualitative content analysis, when indicated followed by quantitative analysis. The U-Test by Mann and Whitney and the Chi-Square Test were used in group comparisons. As effect size measures Cohens d, Yules Y or Cramers V are reported.

**Results:** The need for vocational measures like the BISS-project became apparent both in the stakeholder interviews and in the consideration of extensive work-related problems of the study participants which were characterized by deficits in education and work experience. The stakeholders report an indication for such a project for all substance dependent people subsequent to rehabilitation. Reasons of attendance were particularly rehabilitation of the feeling of safety, drug and alcohol testing as well as support to achieve personal goals (work, stability etc.). The BISS project provided diverse support. Due to scarcity of resources however, fewer drug tests and workplace visits were carried out as it was intended.

Efficacy has been demonstrated in addiction-related factors. A higher percentage of the participants of the BISS project intervention-group were committed to abstinence ( $p=.000$ ;  $Y=.76$ ), which was also more often accompanied by drug testing ( $p=.487$ ;  $Y=.35$ ). After one year, less of the intervention group participants had consumed drugs (IG: 19% vs. VG: 65,4%;  $p=.001$ ;  $Y=-.48$ ). Upon acceptance of relapse intervention and further participation, abstinence could be reestablished. Long-term participation in BISS is associated with abstinence from illegal drugs and alcohol. In the comparison group after one year, 60 % of the participants who had consumed drugs or alcohol within the study year, also reported not to be currently abstinent ( $p=.255$ ;  $Y=.43$ ). Process evaluation showed a high utilization of the entire support offered by BISS, a successful integration into work during BISS-participation and a high stability of employment situation, which was also promoted by the inclusion of the employer. Participation in BISS was accompanied by a good accessibility and a high participation rate in the evaluation study.

**Discussion:** The BISS-project is classified in the area of rehabilitation aftercare. Through focusing on vocational support it should fill the reported gap in the field of addiction aftercare. BISS has an individual, needs-based approach supporting abstinence and stable return to work. By considering several types of evaluation and interviewing stakeholders, statements about different aspects of the project could be made, which contributed to further development of the project. Methodological limitations arise from the high drop-out rate and subsequent small sample size after one year. In addition, it is assumed that the drop-out is associated with a higher drug use and poorer vocational integration. The need for more resources for an adequate implementation of the project became apparent. Further development of processes (e.g. relapse-intervention) and an extensive documentation of interventions are required. For those who are willing, BISS offers an abstinence-promoting framework by supporting and strengthening the clients' decision to remain abstinent and, if necessary by bringing them back to abstinence. Continuation of BISS is strongly recommended based on the reported findings. Measures should be concretized and systematically documented in accordance with the concept. To fulfill these demands, increased resources seem necessary. Further research is needed in assessing the influence of drug tests. No statements could be made in the study due to the irregular implementation of drug testing. Integrating the project into existing structures has proved its worth. Interface problems are reduced by already existing therapeutic relationships. With the current funding provided, the project is dependent on the resources available by this integration. An extension of the project in terms of a BISS-network could help to support rehabilitees after leaving the region.



# Inhaltsverzeichnis:

<b>1</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<b>5</b>
1.1	Aspekte der Suchterkrankung	5
1.1.1	Häufigkeit von Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	5
1.1.2	Kosten der Suchterkrankung	9
1.1.3	Psychosoziale Folgen und Komorbidität der Abhängigkeitserkrankungen	13
1.1.4	Entstehungsmodell, Behandlung, Rückfall und Kontrolle	25
1.2	Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation	35
1.2.1	Berufliche Rehabilitation	35
1.2.2	Suchtrehabilitation in Deutschland	41
1.2.3	Angebote und Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen im Suchtbereich	47
<b>2</b>	<b>Manual Modellprojekt BISS</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>Evaluationsdesign und Methoden</b>	<b>99</b>
3.1	Evaluationsforschung	99
3.1.1	Theoretischer Hintergrund der Evaluationsforschung	99
3.1.2	Evaluation beruflicher Maßnahmen in der Suchtrehabilitation	109
3.2	Gegenstand des Evaluationsvorhabens	123
3.3	Fragestellungen	125
3.3.1	Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation	125
3.3.2	Implementation und Verlauf	127
3.3.3	Bewertung und Akzeptanz	129
3.3.4	Effekte und Wirkungen	130
3.3.5	Aufwand und direkte Kosten	132
3.3.6	Gesamtüberblick der Fragestellungen	133
3.4	Stichprobe und Design	134
3.4.1	Stichprobe	134
3.4.2	Design	142
3.5	Erhebungsinstrumente	147
3.5.1	Fragebögen	147
3.5.2	Interviews	149
3.6	Zusammenfassung der Datenquellen	151
3.7	Umsetzung der Datenerhebung	152
3.8	Auswertungsmethoden	157
3.8.1	Quantitative Datenauswertung	157
3.8.2	Qualitative Datenauswertung	158
3.9	Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse	163

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>165</b>
<b>4.1</b>	<b>Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation</b>	<b>165</b>
4.1.1	Bedarf für eine berufliche Maßnahme im Anschluss an die Suchtbehandlung	165
4.1.1.1	Bedarf aus Expertensicht	165
4.1.1.2	Weitere Merkmale zur Bedarfsbestimmung	174
4.1.2	Erwartungen an das Modellprojekt BISS	178
4.1.3	Ziele in Zusammenhang mit dem Modellprojekt BISS	180
4.1.4	Adressierung des Bedarfs, der Erwartungen und der Ziele durch BISS	182
4.1.5	Indikationskriterien zur Projektteilnahme	185
<b>4.2</b>	<b>Implementation und Verlauf</b>	<b>187</b>
4.2.1	Zugang, Zielgruppenerreichung, Teilnahme und Beendigung	187
4.2.2	Umsetzungsgestaltung des Projekts	190
4.2.2.1	Leistungsdokumentation	190
4.2.2.2	Verlaufsdokumentation	193
4.2.2.3	Perspektive der Durchführenden zum Projektverlauf	200
4.2.2.4	Verlaufsbeurteilung aus der Teilnehmerperspektive	206
4.2.2.5	Veränderungen im Projektverlauf	214
4.2.3	Verbesserungsvorschläge, förderliche und hinderliche Faktoren	219
4.2.3.1	Perspektive der Kooperationspartner, Arbeitgeber und Teilnehmer	219
4.2.3.2	Perspektive der Durchführenden	223
<b>4.3</b>	<b>Bewertung und Akzeptanz</b>	<b>229</b>
4.3.1	Bewertung	229
4.3.2	Akzeptanz	234
<b>4.4</b>	<b>Effekte und Wirkungen der Maßnahme</b>	<b>241</b>
4.4.1	Drop-Out-Analyse	241
4.4.2	Vergleich der Beender in der Interventions- und Vergleichsgruppe	242
4.4.3	Zielerreichung der BISS-Beteiligten	256
4.4.4	Weitere Wirkungen von BISS	257
4.4.4.1	Berufliche Integration	258
4.4.4.2	Rückfälligkeit, Rückfallbearbeitung und Sicherung der Abstinenz	262
4.4.4.3	Allgemeine Unterstützung und sonstige Wirkungen	265
<b>4.5</b>	<b>Aufwand und direkte Kosten</b>	<b>268</b>

<b>5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>271</b>
<b>6</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>285</b>
6.1	Einordnung des Projekts in die Gesamtliteratur.....	286
6.2	Bezug zur Evaluationsforschung .....	290
6.3	Forschungsmethodische Aspekte .....	292
6.4	Diskussion der Ergebnisse.....	301
6.5	Weiterführung, Übertragung und Ausweitung des Projektes BISS sowie Implikationen für die weitere Forschung .....	312
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>315</b>
<b>8</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>339</b>
8.1	Theorieteil .....	339
8.2	Design und Methodik .....	341
8.3	Ergebnisse.....	346
<b>9</b>	<b>Informationen .....</b>	<b>377</b>
<b>10</b>	<b>Erhebungsinstrumente.....</b>	<b>379</b>



# 1 Theoretischer Hintergrund

## 1.1 Aspekte der Suchterkrankung

### 1.1.1 Häufigkeit von Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Störungen durch Alkohol und illegale Drogen (ICD-10: F1.x) nehmen einen beachtlichen Anteil der psychischen Störungen ein. Sie haben vielfältige individuelle und gesellschaftliche Auswirkungen, weswegen sie ein hohes öffentliches Interesse auf sich ziehen. Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine chronische Erkrankung, die im Verlauf zu Funktionseinschränkungen und Teilhabestörungen führt und damit auch berufliche Konsequenzen nach sich zieht (Lindenmeyer, 2009; McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber, 2000). Um die Bedeutung der Beachtung von beruflichen Aspekten im Rahmen der Suchtbehandlungen zu verdeutlichen, folgt nun, ausgehend von Angaben zur Prävalenz, eine Darstellung der Kosten, der psychosozialen Folgen und der Komorbidität – immer in Hinblick auf berufsbezogene Inhalte. Abschließend wird der Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Arbeitslosigkeit sowie die berufliche Situation von Suchterkrankten erläutert.

#### *Prävalenzzahlen international:*

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) führt in ihren jährlichen Berichten Prävalenzschätzungen des (problematischen) Konsums für verschiedene Stoffgruppen in verschiedenen europäischen Ländern auf (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2011)) und ermöglichen somit die Einschätzung von Entwicklungen im Konsumverhalten.

Internationale Ergebnisse zur Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen (zur Definition siehe Kasten 1-1) unter Einbezug von Studien aus den USA und weiteren Ländern stellen Sussman, Lisha & Griffiths (2011) in ihrem systematischen Review dar. Die 12-Monatsprävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit werden auf etwa 10 % geschätzt. Die Alkoholabhängigkeit alleine wird mit 4 % beziffert. Der Missbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen wird auf 5 % geschätzt, Abhängigkeit allein gesehen auf 1-3 %.

Wittchen & Jacobi (2005) nennen in ihrem Review europäischer Studien zur Prävalenz psychischer Störungen eine 12-Monatsprävalenz für Alkoholabhängigkeit von 0,1-6,6 % und für die Abhängigkeit von illegalen Drogen von 0,1-2,2 %. Betrachtet man die Prävalenz der Abhängigkeit und des Missbrauchs illegaler Drogen ohne Cannabis, ergeben sich mit 0,3-0,9 % in europäischen Studien deutlich niedrigere Zahlen (Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005).

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch (-abhängigkeit) wird in den Ergebnissen einer epidemiologischen Studie in den USA mit 17,8 % (12,5 %) angegeben (Hasin, Stinson, Ogburn & Grant, 2007). Die des Missbrauchs (Abhängigkeit) illegaler Drogen mit 10,3 % (7,7 %) (Compton, Thomas, Stinson & Grant, 2007).

Die Prävalenz des Missbrauchs von verschreibungspflichtigen Medikamenten wird in den USA als steigend beschrieben (Blanco et al., 2007; Colliver, Kroutil, Dai & Gfroerer, 2006) und auf Grundlage der Daten einer epidemiologischen Studie in den USA (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions [NESARC]) von Blanco et al. (2007) für die Jahre 2001-2002 mit einer Prävalenz von 0,5 % beziffert.

#### Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 - F19)

##### Schädlicher Gebrauch: ICD-10: Fx.1 (Missbrauch psychotroper Substanzen)

„Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z. B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.“

##### Abhängigkeitssyndrom: ICD-10: Fx.2

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.“

##### Hinweis:

Eine Darstellung der Störungen nach ICD-10 findet sich online unter

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/index.htm>.

Die Auflistung der einzelnen Diagnosekriterien (für psychische Erkrankungen) kann in Dilling & Freyberger (2010) nachgelesen werden.

**Kasten 1-1.** Definition des schädlichen Gebrauchs von Substanzen und des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 in (Dilling & Freyberger, 2010, S. 76–77)

#### **Prävalenzzahlen national:**

In Deutschland werden auf Grundlage des epidemiologischen Suchtsurveys 2006 des Instituts für Therapieforschung München (IFT) alkoholbezogene Störungen mit einer 12-Monatsprävalenz von 3,8 % (Alkoholmissbrauch nach DSM-IV) und 2,4 % (Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV) berichtet (Pabst & Kraus, 2008). Kraus & Augustin (2004) fanden in ihrer Stichprobe einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland im Jahre 2000 eine 12-Monatsprävalenz der Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV von 3,1 %. Die Unterschiede in verschiedenen Altersgruppen waren eher gering und reichten von 2,6 % bei den 50-59 jährigen und bis 4,0 % bei den 25-29 Jährigen. Bei beiden Studien

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

zeigte sich eine höhere Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bei den Männern (3,4 % bzw. 5 %) als bei den Frauen (1,4 % bzw. 1,3 %). Jacobi et al. (2004) berichten mit 4,1% für Missbrauch und Abhängigkeit zusammengenommen leicht niedrigere Zahlen aus dem „German Health Interview and Examination Survey“ (GHS). Eine Hochrechnung auf die Wohnbevölkerung (WB) ergab eine Schätzung von 1,5 Mio. Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland, davon 1,2 Mio. Männer und 300.000 Frauen (Kraus & Augustin, 2004).

Eine Medikamentenabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV wurde in der Studie von Kraus & Augustin (2004) bei 2,9 % der Befragten festgestellt, dabei waren Frauen etwas häufiger vertreten als Männer. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung (WB) bedeutet dies eine Anzahl von 1,4 Mio. Arzneimittelabhängigen in Deutschland.

Die Kriterien für eine Abhängigkeitsdiagnose (Missbrauch) von illegalen Drogen in Deutschland wurden von 3,7 % (1,6 %) der 18-20 jährigen erfüllt (12-Monats-Prävalenz), die 21-24 jährigen erreichten eine Prävalenz von 3,0 % (1,2 %). Der Anteil der Cannabiskonsumenten war unter den eben genannten laut Kraus & Augustin (2004) am höchsten, jedoch werden keine differenzierten Zahlen berichtet. Bei den höheren Altersgruppen sinken die Prävalenzraten der Abhängigkeit von illegalen Drogen auf unter 1 %. Über alle Altersgruppen hinweg ergibt sich eine 12-Monats-Prävalenz des Missbrauchs (der Abhängigkeit) von illegalen Drogen von 0,3 % (0,6 %), was eine Anzahl von 145.000 Personen mit Abhängigkeits- und 290.000 Personen mit Missbrauchsdiagnose ergibt (Hochrechnung auf die WB). Weshalb höhere Zahlen bei den Abhängigkeitserkrankungen, als beim Missbrauch gefunden wurden, wird nicht diskutiert. Bei anderen dort zitierten Studien werden stets höhere Werte für den Missbrauch angegeben (vgl. Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John (2000) und Perkonig et al. (1997). Das unterschiedliche Verhältnis zwischen Missbrauch und Abhängigkeit findet sich auch in den verschiedenen Studien eines Reviews von Baumeister & Härter (2007). Pabst, Piontek, Kraus & Müller (2010) berichten eine differenzierte 12-Monatsprävalenz der Abhängigkeit für verschiedene illegale Drogen in Deutschland auf Grundlage des Suchtsurveys 2009. Eine Cannabisabhängigkeit lag laut der Studie bei 1,2 %, eine Kokainabhängigkeit bei 0,2 % und eine Abhängigkeit von Amphetaminen bei 0,1 % der Befragten vor.

In einer norddeutschen Stichprobe fanden Meyer et al. (2000) eine Lebenszeitprävalenz von Störungen durch Substanzkonsum (exkl. Tabak) von 9 %, davon 4,5 % (3,8 %) Alkoholmissbrauch (-abhängigkeit) und 0,8 (0,4 %) Missbrauch (Abhängigkeit) von illegalen Drogen. Aus der oben erwähnten GHS werden Lebenszeitprävalenzen von 8,5 % (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit) und 2,1 % (Drogenmissbrauch und -abhängigkeit) berichtet (Jacobi et al., 2004).

Bei einer jungen Stichprobe (14-24 Jahre) fanden Lieb et al. (2000) Lebenszeitprävalenzen von 5,9 % und 4,1 % (Drogenmissbrauch und -abhängigkeit) sowie von 19,6 % und 12,5 % für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

Unter der deutschen Arbeitsbevölkerung werden anhand der Daten des „German National Health Survey – Mental Health Supplement“ (GHS-MHS) Prävalenzzahlen der Alkoholabhängigkeit bzw. des -missbrauchs von 4,7 % und der Abhängigkeit /-missbrauchs von illegalen Drogen von 0,4 % berichtet (Roesler, Jacobi & Rau, 2006).

Insgesamt zeigen sich leicht niedrigere Prävalenzraten in deutschen im Vergleich zu internationalen Studien. Tabelle 8-1 und Tabelle 8-2 (Anhang ab Seite 339) geben einen Überblick über die betrachteten nationalen und internationalen Studien der 12-Monats und Lebenszeitprävalenz von Störungen durch psychotrope Substanzen.

Teilweise werden gegensätzliche Angaben zum Verhältnis von Abhängigkeit und Missbrauchsprävalenzen angegeben und in den Reviews werden deutliche Unterschiede in den Prävalenzraten in verschiedenen Studien sichtbar. Dies kann in der unterschiedlichen Anwendung von Kriterien liegen (Wittchen & Jacobi, 2005). Weiterhin wird die Anfälligkeit durch Messfehler und der Mangel an validen Studien kritisiert (Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). Niedrige Prävalenzraten der Drogenabhängigkeit bei Stichproben über alle Altersgruppen hinweg, begründen Wittchen & Jacobi (2005) mit dem Nachlassen der Prävalenzraten in höheren Altersgruppen. In einigen Studien zeigt sich, dass die Prävalenzraten der Abhängigkeit und des Missbrauchs in jüngeren Altersgruppen höher ausfallen (Hasin et al., 2007; Kraus & Augustin, 2004; Lieb et al., 2000; Wittchen & Jacobi, 2005). Jedoch wird auch hier einschränkend diskutiert, ob junge Personen Fragen zur Abhängigkeit möglicherweise anders interpretieren und beantworten und damit die Abhängigkeitsprävalenzen überschätzt werden bzw. eine andere, mildere Form der Abhängigkeit erhoben wird. Beispielsweise werden Fragen zur Toleranzentwicklung häufig positiv beantwortet, da Jugendliche am Anfang ihrer Trinkerfahrungen mehr und mehr vertragen. Dies ist wiederum nicht vergleichbar mit der Toleranzentwicklung, die einem chronischen Trinker das Aufnehmen erhebliche Mengen von Alkohol ermöglicht, ohne dass gleichermaßen ansteigende körperliche oder Verhaltenseinschränkungen auftreten. Solche Fehleinschätzungen können vor allem in epidemiologischen Studien vorkommen, in denen Interviewer ohne klinische Erfahrung und möglicherweise mit wenig Zeit für spezifische Nachfragen tätig sind.

Rehm, Room, van den Brink & Kraus (2005) weisen darauf hin, dass Prävalenzangaben zu illegalen Drogen eher Störungen durch Cannabiskonsum repräsentieren. Die Prävalenzraten bei illegalen Drogen würden in Studien jedoch unterschätzt, da diese, aufgrund der versteckten Population, schwerer zu erfassen, und häufig nicht separat angegeben seien. Zudem seien die Prävalenzen abhängig vom Legalitätsstatus in verschiedenen Ländern sowie dem kulturellen Umgang mit Cannabiskonsum. Auch die Unterschiede in den Prävalenzraten der alkoholbezogenen Störungen können bislang nicht hinreichend erklärt werden, da diese teilweise, trotz gleicher Instrumente, auch innerhalb eines Landes, stark variieren. Angenommen werden Messfehler, Unterschiede in der Auswertung, kulturelle Faktoren beim Verständnis und der Beantwortung der Fragen (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005; Rehm, Room, van den Brink & Jacobi, 2005).

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

Die durch Kraus & Augustin (2004) durchgeführte Hochrechnung auf die Wohnbevölkerung verdeutlicht die hierzulande hohe Anzahl der Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Dies zeigt sich auch im Vergleich mit anderen psychischen Erkrankungen (mit Ausnahme der Major Depression und einigen Angststörungen, die deutlich höhere Prävalenzraten aufweisen) (Baumeister & Härter, Baumeister & Härter, 2007; Jacobi et al., 2004; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Meyer et al., 2000).

Die im folgenden Abschnitt dargestellten, durch Abhängigkeitserkrankungen verursachten Kosten, verdeutlicht deren Bedeutsamkeit.

#### 1.1.2 Kosten der Suchterkrankung

In diesem Abschnitt soll ein Blick auf verursachte Kosten, insbesondere im Hinblick auf berufsbezogene Kosten geworfen werden.

Die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen sind vielseitig und häufig schwerwiegend. Der Einfluss von Alkoholkonsum auf Mortalität, Morbidität sowie auf DALYs (Disability Adjusted Life Years) (siehe Kasten 1-2) sind vielfach untersucht (Rehm & Mathers et al., 2009). Neben individuellem Leid und zwischenmenschlichen Störungen verursachen Störungen durch Alkohol und illegale Drogen auch hohe öffentliche Kosten, z. B. in Form von Kosten für das Gesundheitssystem und Kosten durch Produktivitätsausfall (Konnopka & König, 2007; Roth & Petermann, 2006). Diese sind in direkte Kosten (Behandlung von Krankheiten, Dienstleistungen des Gesundheitswesens), indirekte Kosten (volkswirtschaftlicher Ressourcenverlust durch z. B. Produktivitätsausfall durch Krankheit, Invalidität, vorzeitigem Tod; Kosten durch Kriminalität etc.) sowie intangible Kosten (z.B: Einschränkungen der Lebensqualität) unterteilt (Horch & Bergmann, 2003).

#### Disability-adjusted life years (DALYs)

Ein Versuch, "die weltweiten Dimensionen und Kosten frühzeitiger Todesfälle und Behinderungen zu quantifizieren, und zwar ausgedrückt als 'behinderungsbereinigte Lebensjahre' (DALYs), ein kombinierter Maßstab für die Belastungen durch Gesundheitsprobleme aus der Sicht von frühzeitigem Tod und für die durch Behandlung gewonnenen Lebensjahre ohne schwere Behinderungen" (Weltgesundheitsorganisation, 1998, S. 49). Ein DALY kann als der Verlust eines gesunden Lebensjahres angesehen werden (World Health Organization, 2009).

**Kasten 1-2:** Definition der Disability adjusted life years (DALYs), die zur Bestimmung von Kosten verursacht durch Krankheiten herangezogen werden

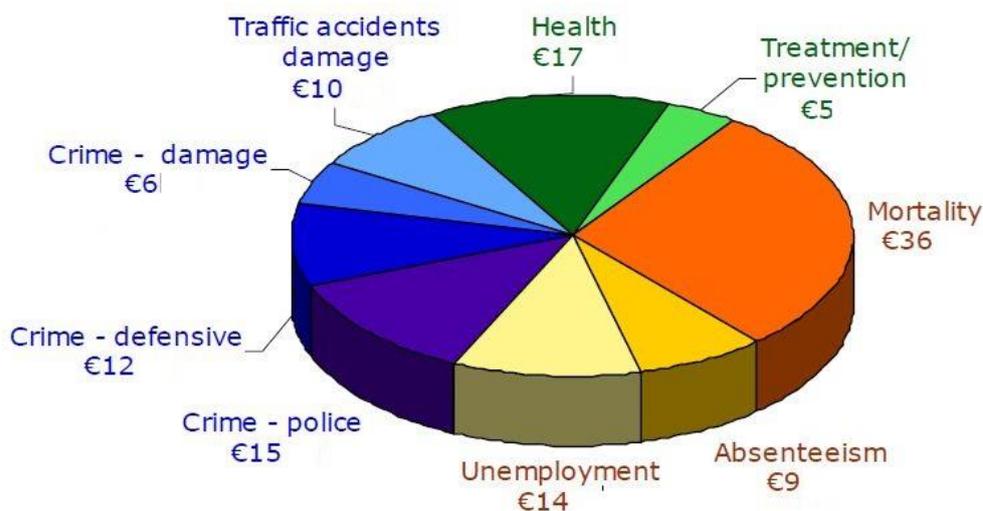
#### *International*

In ihrem internationalen systematischen Review berichten Thavorncharoensap, Teerawattananon, Yothasamut, Lertpitakpong & Chaikledkaew (2009) von ökonomischen Kosten durch Alkoholkonsum zwischen 0,45-5,44 % des Bruttoinlandsproduktes. In neun der 22 einbezogenen Studien machten die Kosten durch verringerte Produktivität den größten Anteil der indirekten Kosten aus. Das Verhältnis der indirekten und direkten Kosten zu den Ge-

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

samtkosten differierte stark, jedoch machten die indirekten Kosten in 16 der Studien den größten Anteil der totalen Kosten aus. In einem narrativen Review heben Simon, Patel & Sleed (2005) hervor, dass allein die Kosten für Produktivitätsausfall durch Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, die direkten medizinischen Kosten weit übersteigen. Rehm & Mathers et al. (2009) stellen die Ergebnisse ihres Reviews zu alkoholbezogenen Kosten angepasst an eine einheitliche Einheit dar (2007 US \$). Der gewichtete Durchschnitt der ökonomischen Kosten in den verschiedenen Studien wird mit 179 859 Mio. 2007 US \$ angegeben. Deutsche Studien wurden nicht mit einbezogen, da aufgrund der sehr großen Variation von Kostenbemessungsmethoden nur vergleichbare Studien betrachtet werden konnten. Auch in dieser Studie machten die indirekten Kosten durch Produktivitätsausfall mit 72,1 % (gewichteter Durchschnitt) den größten Anteil der Gesamtkosten aus. Anderson & Baumberg (2006) quantifizieren die sozialen Kosten aus europäischen Studien nach verschiedenen Bereichen. Auch hier wird der hohe berufsbezogene Kostenanteil für Arbeitslosigkeit und Absentismus deutlich (siehe Abbildung 1-1). Weltweit werden für 2002 Kosten von 210-650 Mrd. \$ berichtet, wovon Absentismus (30-650 Mrd. \$) und Arbeitslosigkeit (0-80 Mrd. \$) einen großen Teil ausmachen (Baumberg, 2006). Andlin-Sobocki (2004) berechnet in einem Review europäischer Studien die Pro-Kopf-Ausgaben durch Abhängigkeitserkrankungen. Für Alkoholikerkrankungen fand er Kosten von 200-4200 € pro Jahr/Patient, für Störungen durch illegale Drogen Kosten zwischen 900-4600 €. Auch hier wurde der größte Kostenanteil durch indirekte Kosten verursacht. In einer US-Amerikanischen Studie werden die Kosten, verursacht durch Heroinabhängigkeit, für das Jahr 1996 auf 21,9 Mrd. \$ geschätzt, erneut stellen Kosten durch Produktivitätsausfälle und -einschränkungen mit 53 % (11,5 Mrd. \$) den größten Anteil dar (Baumberg, 2006).



**Abbildung 1-1:** Durch Alkohol verursacht Kosten in Europa für das Jahr 2003 in Mrd € (Anderson & Baumberg, 2006, S. 64)

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

Einen Eindruck von intangiblen Kosten bietet das Ranking des Einflusses verschiedener Risikofaktoren auf DALYs. Der Alkoholgebrauch steht bei einkommensstarken Ländern an zweiter Stelle. Der Gebrauch illegaler Drogen steht an achter Stelle (siehe Abbildung 1-2) (World Health Organization, 2009).

Risk factor	DALYs (millions)	Percentage of total	Risk factor	DALYs (millions)	Percentage of total		
<i>World</i>			<i>Low-income countries<sup>a</sup></i>				
1	Childhood underweight	91	5.9	1	Childhood underweight	82	9.9
2	Unsafe sex	70	4.6	2	Unsafe water, sanitation, hygiene	53	6.3
3	Alcohol use	69	4.5	3	Unsafe sex	52	6.2
4	Unsafe water, sanitation, hygiene	64	4.2	4	Suboptimal breastfeeding	34	4.1
5	High blood pressure	57	3.7	5	Indoor smoke from solid fuels	33	4.0
6	Tobacco use	57	3.7	6	Vitamin A deficiency	20	2.4
7	Suboptimal breastfeeding	44	2.9	7	High blood pressure	18	2.2
8	High blood glucose	41	2.7	8	Alcohol use	18	2.1
9	Indoor smoke from solid fuels	41	2.7	9	High blood glucose	16	1.9
10	Overweight and obesity	36	2.3	10	Zinc deficiency	14	1.7
<i>Middle-income countries<sup>a</sup></i>			<i>High-income countries<sup>a</sup></i>				
1	Alcohol use	44	7.6	1	Tobacco use	13	10.7
2	High blood pressure	31	5.4	2	Alcohol use	8	6.7
3	Tobacco use	31	5.4	3	Overweight and obesity	8	6.5
4	Overweight and obesity	21	3.6	4	High blood pressure	7	6.1
5	High blood glucose	20	3.4	5	High blood glucose	6	4.9
6	Unsafe sex	17	3.0	6	Physical inactivity	5	4.1
7	Physical inactivity	16	2.7	7	High cholesterol	4	3.4
8	High cholesterol	14	2.5	8	Illicit drugs	3	2.1
9	Occupational risks	14	2.3	9	Occupational risks	2	1.5
10	Unsafe water, sanitation, hygiene	11	2.0	10	Low fruit and vegetable intake	2	1.3

<sup>a</sup> Countries grouped by 2004 gross national income per capita – low income (US\$ 825 or less), high income (US\$ 10 066 or more).

**Abbildung 1-2:** Ranking der Risikofaktoren für DALYs nach Einkommensgruppen für das Jahr 2004 (World Health Organization, 2009, S. 12)

### *National*

Für Deutschland existieren nur wenige aktuelle Einschätzungen zu Kosten, verursacht durch Substanzstörungen (Adams & Effertz, 2011).

In einer Untersuchung von Konnopka & König (2007) werden die dem Alkoholkonsum zuzuordnenden volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland für das Jahr 2002 mit 24,4 Mrd. € beziffert (1,16 % des Deutschen BIP bzw. 296 €/Einwohner).

Die direkten Kosten werden wie folgt angegeben: ambulante Behandlungen (3817 Mio. €), stationäre Behandlungen (2.424 Mio. €), Rehabilitation (823 Mio. €) sowie nicht-medizinische, direkte Kosten (1.377 Mio. €).

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

Die indirekten Kosten belaufen sich auf 16 Mrd. Euro, davon fallen auf Mortalität 10.976 Mio. €, auf Arbeitsunfähigkeit 2.709 Mio. € und auf Frühberentung 2.272 Mio. €.

Die Kosten, die allein durch Störungen durch Alkohol verursacht sind (abzüglich alkoholassoziierter körperlicher Erkrankungen), werden mit 6.552 Mio. € angegeben, was mit 27 % den größten Anteil ausmacht.

Für das Jahr 2007 ergeben sich Kostenberechnungen durch Alkoholkonsum von 26,7 Mrd. €. Auch hier nehmen die indirekten Kosten mit 16,6 Mrd. € den größten Anteil ein, die sich alle auf Produktivitätsverluste beziehen (siehe Tabelle 1-1) (Adams & Effertz, 2011).

**Tabelle 1-1:** Indirekte Kosten des Alkoholkonsums für das Jahr 2007 in Deutschland (Adams & Effertz, 2011, S. 61)

	Kosten in Mio. €
Mortalitätsverluste bewerteter Arbeitszeit	4995,13
Mortalitätsverluste bewerteter Nichtmarktstätigkeiten	6505,57
Arbeitsunfähigkeit gesetzliche Krankenversicherung	1606,25
Arbeitsunfähigkeit gesetzliche Unfallversicherung	150,94
Frühberentung	3285,33
Produktionsausfälle durch Rehabilitation	117,20
<b>Insgesamt</b>	<b>16 660,45</b>

Eine Untersuchung von (Mostardt, Flöter, Neumann, Wasem & Pfeiffer-Gerschel, 2010) zu den durch den Missbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen verursachten Kosten ergab eine geschätzte Gesamtsumme der öffentlichen Ausgaben von 5,2 bis 6,1 Mrd. €. Hiervon gingen 171,7 Mio. € zu Lasten der Rentenversicherungsträger und 1,4 Mrd. € zu Lasten der Krankenversicherungen. Die Kosten für die Sozialversicherungsträger wurden unter Verwendung von ICD-10 Diagnosen ermittelt und beinhalten somit auch Kosten, die durch die Abhängigkeit von Medikamenten verursacht wurden, da die ICD-10 Codes nach Substanzgruppen und nicht nach Legalität und Illegalität der Substanzen differenzieren.

Bei den durch verlorene Erwerbstätigkeitsjahre verursachten Kosten lagen die psychischen und Verhaltensstörungen 2006 mit 16,1 % der Kosten erstmals an zweiter Stelle, nach den Kosten durch Verletzungen und Vergiftungen. Den größten Anteil davon machten Depressionen, Schizophrenie und Störungen durch Alkohol aus (Nöthen & Böhm, 2009).

Insgesamt sei jedoch darauf hingewiesen, dass Kostenanalysen im Suchtbereich aufgrund logischer und konzeptueller Probleme auch sehr kritisch diskutiert werden (Uhl, 2006). Bei Schätzungen von Krankheitskosten wird auf mögliche Missinterpretationen hingewiesen. Diese machen keine Aussagen über das Sparpotenzial und darüber, wer all diese Kosten trägt. Intangible Kosten (z. B. DALYS), bewerten Einschränkungen der Lebensqualität monetär, jedoch handelt es sich hierbei nicht um tatsächlich existierendes Geld (Anderson &

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

Baumberg, 2006; Horch & Bergmann, 2003). Kostenschätzungen sind sehr fehleranfällig (Anderson & Baumberg, 2006). Die methodische Qualität der vorhandenen Studien ist sehr unterschiedlich und die Ergebnisse häufig nicht vergleichbar. Es herrscht eine große Methodenvielfalt in der Erhebung der Kosten (Thavorncharoensap et al., 2009). Die Anzahl der mit einbezogenen Kostenpunkte (bspw. Kosten durch Hospitalisierung, Mortalität, Frühberentung etc.) variiert stark und Kostenschätzungen erfolgen meist hypothesengeleitet (Andlin-Sobocki, 2004). Bei nicht-medizinischen und indirekten Kosten fehlen Primärdaten und es muss auf Sekundärdaten zurückgegriffen werden, bzw. es ist insgesamt schwierig, diese adäquat zu quantifizieren (z. B. Kosten durch Kriminalität). Aufgrund großer Unterschiede in der methodischen Qualität (vor allem bei der Berechnung indirekter Kosten) werden weitere Studien für Europa gefordert (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005). Auch wird bei alkoholbezogenen Kosten ein sehr breiter Ansatz gewählt, anstatt die Kosten, verursacht durch klinisch relevanten Konsum, zu betrachten (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005). Studien zu Kosten durch illegale Drogen sind rar und schließen oft wenige Kostenpunkte mit ein. Viele der Studien sind älteren Datums, so können aktuelle Entwicklungen nicht mit einbezogen werden (Eimarsch synthetischer Drogen) (Andlin-Sobocki, 2004). Insgesamt wird aber eine Unterschätzung der wirklichen Kosten vermutet.

#### **1.1.3 Psychosoziale Folgen und Komorbidität der Abhängigkeitserkrankungen**

An dieser Stelle soll auf psychosoziale Folgen sowie die Komorbidität von Substanzabhängigkeiten und die besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) Suchtmittelabhängiger eingegangen werden. Die körperlichen Folgen von Suchterkrankungen sind je nach Substanzgruppe sehr vielfältig und von sehr unterschiedlichem Schweregrad (vgl. störungsspezifische Beiträge in Batra & Bilke-Hentsch (2011) und Darke, Kaye, McKetin & Duflo (2008)). Auch innerhalb einer Substanzgruppe (Alkohol) sind die Art und die Schwere der körperlichen Folgen sehr variabel (Samokhvalov, Popova, Room, Ramonas & Rehm, 2010) und beeinflussen damit in unterschiedlichem Maße die psychosoziale und berufliche Integration. Auf körperliche Folgen wird an dieser Stelle nicht gesondert eingegangen.

#### ***Psychosoziale Folgen***

Als Symptome, die allen Gruppen der Substanzabhängigkeit bzw. des -missbrauchs gemein sind, können die in den Diagnosesystemen ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010) und DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) aufgeführten Kriterien des Substanzmissbrauchs und der -abhängigkeit angesehen werden. Neben psychischen (z. B. Craving und Kontrollverlust) und körperlichen Symptomen der Abhängigkeit (z. B. Entzugssyndrom und Toleranzentwicklung) werden auch psychosoziale Folgen im privaten und beruflichen Umfeld angegeben (siehe Tabelle 1-2). Diese psychosozialen Symptome beschreiben die Folgen, die im Rahmen des Missbrauchs oder der Abhängigkeit entstehen können.

**Theoretischer Hintergrund**  
**1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

**Tabelle 1-2:** Psychosoziale Symptome der Substanzabhängigkeit beschrieben in den Kriterien der ICD-10 und DSM-IV modifiziert nach Schmidt (1999, S. 72)

<b>Substanzmissbrauch</b>	
ICD-10	DSM-IV
<p>Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderungen oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.</p>	<p>Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:</p> <p>Wiederholter Substanzgebrauch, der häufig zu einem Versagen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.</p> <p>Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.</p> <p>Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.</p>
<b>Substanzabhängigkeit</b>	
ICD-10	DSM-IV
<p>Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.</p> <p>Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.</p>	<p>Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.</p> <p>Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.</p> <p>Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.</p>

Zu den psychosozialen Folgen von Alkohol- und Drogenkonsum gibt es vergleichsweise wenig Forschung, der Fokus liegt zumeist auf physischen oder psychischen Beeinträchtigungen (Degenhardt & Hall, 2012; Selin & Room, 2007). Zum Konsum von illegalen Drogen (außer Cannabis) fanden Macleod, Oakes & Oppenkowski et al. (2004) in ihrem systematischen Review keine gesicherten Beweise zum kausalen Zusammenhang von Drogenmissbrauch und psychosozialen Konsequenzen bei jungen Personen. Jedoch werden viele psychosoziale Risiko- als auch Schutzfaktoren für den Suchtmittelgebrauch und -abhängigkeit angegeben (Degenhardt & Hall, 2012).

Es wurden einige Instrumente entwickelt, die psychosoziale Folgen von Alkoholkonsum bzw. Abhängigkeit in klinischen Populationen (Drummond, 1990; Forcehimes, Tonigan, Miller, Kenna & Baer, 2007) oder auch der Allgemeinbevölkerung (Selin & Room, 2007) erfassen. Forcehimes et al. (2007) nutzen im „Drinker Inventory of Consequences“ (DrInC) fünf Skalen

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

zur Erfassung der Folgen des Alkoholkonsums. Dies sind physische, intrapersonale und interpersonale Folgen sowie Folgen bzgl. der sozialen Verantwortung und der Impulskontrolle. Der Parallelfragebogen „Inventory of Drug Use Consequences“ (InDUC-2L) nutzt dieselben Skalen und bezieht die Items zusätzlich auf den Drogenkonsum (z. B. „The quality of my work has suffered because of my drinking *or drug use*“) (Tonigan & Miller, 2002). Drummond (1990) postuliert im Rahmen der Entwicklung des „Alcohol Problems Questionnaire“ (APQ) acht Problembereiche: Probleme mit Freunden, Kindern, Polizei, Finanzen und Arbeit sowie eheliche, körperliche und psychische Probleme. Im Rahmen der Validierung des APQ wurde die Abhängigkeit als Mediator zwischen Konsum und Problemen beschrieben, die Konsummenge alleine stellt demnach keinen Prädiktor für alkoholbezogene Probleme dar. Daneben wird der sozioökonomische Status als Prädiktor für alkoholbezogene Probleme genannt (Drummond, 1990; Williams & Drummond, 1994). Zunehmendes Alter und Partnerschaft werden als schützende Faktoren, bezogen auf manche Konsequenzen auch Bildung und Lebensstandard genannt. Auch Gendereffekte zugunsten der Frauen konnten gefunden werden (Kuendig et al., 2008).

Der an den APQ angelehnte „Cannabis Problems Questionnaire“ (CPQ) bzw. der „Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A) geben einen Hinweis auf Cannabisabhängigkeit assoziierten Probleme (Copeland, Gilmour, Gates & Swift, 2005; Martin, Copeland, Gilmour, Gates & Swift, 2006). In einem systematischen Review konnten Zusammenhänge zwischen Cannabisgebrauch und niedrigeren Bildungsabschlüssen bei jungen Personen gefunden werden, jedoch keine starken Zusammenhänge des Konsums mit anderen psychologischen Problemen und Problemverhalten. Diese konnten anhand der vorhandenen Daten jedoch auch nicht ausgeschlossen werden (Macleod, Oakes & Copello et al., 2004). Maeyer, Vanderplassen & Broekaert (2010) berichten in ihrem Review von deutlich geringeren Werten der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität bei Opiatabhängigen zu Beginn einer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, welche sich im Verlauf einer Behandlung verbessert.

Selin & Room (2007) entwickelten aus in Telefoninterviews erhobenen Problemen ein Messinstrument zur Erfassung alkoholbezogener Konsequenzen. Sie fanden fünf Bereiche: eingeschränkte Selbstkontrolle, chronische Gesundheitsprobleme, öffentliche Probleme, interpersonelle Probleme und alkohol-bezogenes soziales Leiden.

Berufsbezogene Folgen beziehen sich je nach Fragebogen auf die niedrigere Arbeitsqualität und -effektivität, verpasste Aufstiegs- und Entwicklungschancen, Fehltag und -zeiten (z. B. aufgrund von Nachwirkungen des Konsums), Konsum am Arbeitsplatz, fehlendes Interesse und Motivation, Beschwerden und Verwarnungen, Hinweise von Kollegen sowie Unfälle und Kündigung (Copeland et al., 2005; Drummond, 1990; Forcehimes et al., 2007; Miller, Tonigan & Longabaugh, 1995; Selin & Room, 2007; Tonigan & Miller, 2002). In der Fachliteratur werden zusätzlich die verminderte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Arbeitsvermittlungshemmnisse und Konflikte am Arbeitsplatz als berufsbezogene Folgen der Alkoholabhängigkeit beschrieben (Lindenmeyer, 2009). Anhand der Erhebungsinstrumente zeigt sich deutlich, dass

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

es weitaus mehr berufsbezogene Folgen gibt, als die, die im Rahmen von Kostenberechnungen unter Produktivitätsausfall erfasst werden. Die Forschung zur Art und Häufigkeit der Folgen von Missbrauch und Abhängigkeit oder zu deren Einflussfaktoren hat begonnen (Graham et al., 2011; Selin & Room, 2007), jedoch fehlen weiterhin prospektive Studien (Degenhardt & Hall, 2012).

#### ***Komorbidität***

Neben psychosozialen Folgen weist die Substanzabhängigkeit eine hohe Komorbiditätsrate zu anderen psychischen Störungen auf. Diese bezieht sich auf verschiedene Substanzgruppen innerhalb der Abhängigkeitserkrankungen (Steppan, Künzel & Pfeiffer-Gerschel, 2010), aber auch auf die Komorbidität von Suchterkrankungen zu Angst- und affektiven Störungen, psychotischen und Persönlichkeitsstörungen sowie zum Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom (Conner, Piquart & Gamble, 2009; Hasin & Kilcoyne, 2012; Kathleen R. et al., 1998; Kranzler & Rosenthal, 2003; Maier, Franke & Linz, 1999; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). Die verschiedenen Störungen können unabhängig voneinander existieren also eine eigenständige komorbide Störung darstellen. Bedingen oder beeinflussen sie sich gegenseitig, werden verschiedene kausale Zusammenhänge diskutiert. Ist eine Substanzstörung der Auslöser der komorbiden Störung, besteht eine direkte Kausalität (z. B. pharmakologische Effekte von Ethanol lösen depressive Symptomatik aus). Indirekte Kausalität bestünde, wenn die komorbide Störung ein Sekundäreffekt der ursprünglich vorhandenen wäre (z. B. Entwicklung einer Alkoholerkrankung durch Selbstmedikation). Eine weitere Kausalität wird über Risikofaktoren erklärt (z. B. Arbeitsplatzverlust durch Abhängigkeit, was zur Entwicklung einer depressiven Erkrankungen beitragen kann) (Swendsen & Merikangas, 2000). Störungen können auch als Folge staatlicher Sanktionen auftreten (z. B. Delinquenz bei Drogenabhängigen) (Bühringer, 2005). Diese kausalen Zusammenhänge werden bzgl. der Komorbidität von Alkoholerkrankungen und depressiven Erkrankungen als wahrscheinlicher beschrieben als beispielsweise Annahmen zu gemeinsamen ätiologischen Faktoren der Störungen. Komorbide Störungen sind hierbei, neben drogeninduzierten Psychosen und Ängsten, besonders auch im Falle von depressiven Erkrankungen häufig substanzinduziert (Schuckit, 2006). Boden & Fergusson (2011) schreiben hierzu in ihrem Review, dass mehr als 40 % der Alkoholerkrankten bereits eine depressive Episode in der Vergangenheit aufweisen, und diese zu 70 % substanzinduziert sei. Die Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen sind bei Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung erhöht (Kathleen R. et al., 1998). Die Datenlage weist jedoch ein uneinheitliches Bild auf und zu Störungen durch andere Substanzklassen außer Alkohol gibt es vergleichsweise wenig Informationen. Anzunehmen sind multiple Mechanismen der Komorbidität, die diese gleichzeitig beeinflussen (Swendsen & Merikangas, 2000).

Im Rahmen der Behandlung vermindern bzw. remittieren Symptome substanzinduzierter Störungen häufig mit länger anhaltender Abstinenz. Trotz dass psychische Störungen die Inzidenz von Suchterkrankungen erhöhen, ist eine flächendeckende frühzeitige Behandlung

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

der zugrunde liegenden psychischen Störungen trotz allem nicht kosteneffektiv (Hasin & Kilcoyne, 2012). Die Verhinderung von Substanzabhängigkeit kann aber als wichtiger sekundäres Ergebnis von Behandlungen psychischer Störungen angesehen werden (Glantz et al., 2009). Der Verlauf und die Schwere unabhängiger psychischer Störungen werden von einer komorbiden Suchterkrankung negativ beeinflusst. Sie bleiben häufig auch nach erfolgreicher Suchtbehandlung bestehen bzw. können die Behandlung der Suchterkrankung erschweren (Schuckit, 2006).

Psychische Störungen haben für sich genommen eine Auswirkung auf verschiedene Bereiche der Arbeitstätigkeit. Hierzu gehören neben Performanzproblemen auch Auswirkungen auf interpersonale Bereiche sowie Motivationsprobleme (Gärtner, Nieuwenhuijsen, van Dijk & Sluiter, 2010). Besonders Persönlichkeitsstörungen stehen einer positiven beruflichen Entwicklung im Wege. Laubichler & Kühberger (2003) berichten von einer deutlich längeren Arbeitslosigkeit vor dem Beginn einer Suchtrehabilitation bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Gegensatz zu denen ohne einer solchen Diagnose.

Viele Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen psychischer Symptomatik und Fehlzeiten sowie zu Einschränkungen der Produktivität und Präsentismus (siehe Kasten 1-3) (Lerner et al., 2004; Lerner & Henke, 2008; Sanderson & Andrews, 2006; Terluin, Rhenen, Anema & Taxis, 2011). In einer Untersuchung mit über 60.000 Arbeitnehmern wurde ein Zusammenhang von psychischen Leiden (bzw. Hinweisen auf psychische Störungen) mit vermehrten Fehlzeiten sowie höherer Präsentismusrate bei Arbeitern gefunden. Bei Angestellten zeigte sich dieser Zusammenhang nur bzgl. des Präsentismus (Hilton, Scuffham, Sheridan, Cleary & Whiteford, 2008).

#### Präsentismus

Zur Definition von Präsentismus schreiben Steinke & Badura (2011, S. 15–16):

„Abgesehen von der Vielfalt bestehender Definitionen [...] lassen sich in den wissenschaftlichen Arbeiten zum Präsentismus zwei Hauptstränge identifizieren, zu denen bereits eine Anzahl an wissenschaftlichen Arbeiten existiert und für die sich der Begriff Präsentismus somit etabliert hat:

1. Präsentismus als das Verhalten von Mitarbeitern, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000).
2. Präsentismus als Einbußen der Arbeitsproduktivität, die Organisationen dadurch entstehen, dass ihre Mitarbeiter durch gesundheitliche Beschwerden – vor allem chronische Erkrankungen – in ihrer Arbeit eingeschränkt sind und unterhalb ihres durchschnittlichen Arbeitspensums bleiben (Burton, Conti, Chen, Schultz & Edington, 1999).“

**Kasten 1-3:** Definition von Präsentismus im Rahmen von Untersuchungen zu Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeit

Erfolgt eine adäquate Behandlung der psychischen Symptomatik, zeigen sich anschließend keine Unterschiede der Produktivität zwischen ehemals erkrankten und gesunden Arbeitnehmern (Hilton et al., 2009). Patienten einer Rehabilitationsklinik, die an einer persönlichkeitsstörungsspezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppetherapie teilnahmen,

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

wiesen im Jahr nach der Klinikentlassung weniger Arbeitsunfähigkeitstage auf, als die Vergleichsgruppe ohne eine störungsspezifische Intervention (Schuhler et al., 2006). Auch erfolgreiche Behandlungen von Suchterkrankungen weisen eine positive Korrelation zur Arbeitstätigkeit auf (Platt, 1995).

Blank, Peters, Pickvance, Wilford & MacDonald (2008) untersuchten in ihrem Review, welche prognostischen Risikofaktoren mit einer verspäteten Rückkehr zum Arbeitsplatz und den daraus resultierenden Langzeitabsenzen und dem Verlust des Arbeitsplatzes in Zusammenhang stehen. Sie konnten einige Faktoren identifizieren, die die Rückkehr zum Arbeitsplatz bei psychischen Erkrankungen verhindern. Hierunter fallen arbeitsbezogene Faktoren (Arbeitsplatzunsicherheit, niedriger Dienstgrad, Krankheitsgeld, Arbeitsstressoren, Dauer der Fehlzeit), Faktoren bezogen auf das Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, Drogenabhängigkeit, Über- oder Untergewicht, Rauchen) und soziodemographische Faktoren (geschieden, verwitwet, Alter, Geschlecht) sowie medizinische Faktoren (Symptomschwere, Art der Erkrankung). Einschränkend erwähnen sie die methodische Variabilität der Studien sowie teilweise unterschiedliche Befunde, besonders bezogen auf soziodemographische Variablen.

Psychosoziale Stressoren am Arbeitsplatz aber auch eine niedrige Arbeitsplatzqualität sowie Beeinträchtigungen durch Arbeitsstress erhöhen das Risiko für die Entwicklung depressiver Erkrankungen, Angststörungen, somatoformer Störungen und Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (Bonde, 2008; Roesler et al., 2006; Sanderson & Andrews, 2006).

Aufgrund der hohen Komorbidität und dem Einfluss psychischer Störungen auf die berufliche Teilhabe und Leistungsfähigkeit (Cornwell, Forbes, Inder & Meadows, 2009; Rytsälä et al., 2005) sowie die wechselseitige Beeinflussung der Störungen, sollten diese auch im Rahmen der beruflichen Integration von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen Beachtung finden.

#### ***Arbeitslosigkeit und Suchterkrankungen***

Dass Arbeitslosigkeit in einem Zusammenhang mit einem schlechteren Gesundheitszustand steht, ist vielfach berichtet (Jin, Shah & Svoboda, 1995; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinnicki, 2005; Paul, Geithner & Moser, 2009). In ihrer Meta-Analyse fanden Paul et al. (2009) einen signifikanten Unterschied in der psychischen Gesundheit zwischen Arbeitslosen und Personen mit Arbeit. Mehrere Längsschnittstudien zeigen, dass Arbeitslosigkeit einen direkten negativen Einfluss auf das psychische Befinden hat (Murphy & Athanasou, 1999; Paul et al., 2009). Viele Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, zeigen ein problematisches Suchtverhalten (Henkel, 2008a), regelmäßig arbeitende Personen weisen niedrigere Raten an Substanzmissbrauch auf, als die, die nur phasenweise in Arbeit sind (Platt, 1995). In seiner Überblicksarbeit berichtet Henkel (2008a), dass sowohl in deutschen als auch in internationalen Studien die Prävalenzzahlen von Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit bei arbeitslosen Personen im Vergleich zu Erwerbstätigen erhöht ist.

Henkel (2006) beschreibt in seiner Untersuchung des Entlassjahrgangs 2002 einer deutschen Klinik (n=929) geringere Erfolgchancen in der Suchtrehabilitation von arbeitslosen im Ver-

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

gleich zu erwerbstätigen Suchtrehabilitanden. Irreguläre Beendigungen und häufigere sowie schwerere Rückfälle in den Katamneseerhebungen konnten gefunden werden. Dies wiederum erschwert neben der oft geringen Qualifikation von Arbeitslosen die Reintegrationschancen, sodass ein Großteil derer, die in der ersten Zeit nach der Rehabilitation keinen Arbeitsplatz finden, auch langfristig ohne Arbeit bleiben. In einer Meta-Analyse nannten Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey & Fleming (1998) Probleme in Bezug auf die Arbeit und Arbeitslosigkeit als einen Prädiktor für weitergeführten Drogengebrauch während und nach der Rehabilitation.

Wie auch in der Forschung zum Effekt der Arbeitslosigkeit auf allgemeine Gesundheitskriterien stellt sich die Frage, inwiefern der erhöhte Substanzmittelkonsum unter den Arbeitslosen durch den Zustand der Arbeitslosigkeit kausal bedingt ist, und welchen Einfluss wiederum Selektionseffekte mit sich bringen (Henkel, 2008a; Holleder, 2002; Jin et al., 1995).

Zu den Selektionseffekten fasst (Henkel, 2008a) mehrere Hypothesen zusammen.

Nach der ersten Hypothese verlieren Erwerbstätige mit substanzbezogenen Problemen häufig ihren Arbeitsplatz. In einem Projekt zum psychologischen Konsiliardienst für Menschen mit Suchtmittelproblemen am Arbeitsamt Waiblingen wurden bei den teilnehmenden Suchterkrankten häufige Stellenwechsel und Auffälligkeiten bei der Beendigung der letzten Stelle in der Berufsvergangenheit beschrieben, die mit dem Substanzkonsum in Zusammenhang standen (Baumgärtner, Jülich & Zemlin, 2000). Auch Kandel & Yamaguchi (1987) bestätigen in ihrer Analyse zur Jobmobilität den Effekt von Drogen und Alkoholmissbrauch auf Arbeitsplatzwechsel und Beständigkeit. Sie führen dies zu großen Teilen jedoch eher auf Selektionseffekte (Unterschiede in der Persönlichkeit bei Personen, die Drogen nehmen, welche wiederum Einfluss auf die Arbeitsintegration haben), als auf kausale Zusammenhänge zurück. Es zeigen sich auch hier Unterschiede je nach Suchtmittel und Geschlecht.

Die zweite Hypothese besagt, dass Arbeitslose mit ausgeprägten Substanzproblemen größere Schwierigkeiten haben, wieder eine Arbeit zu finden und sich somit ihr Anteil in der Gruppe der Arbeitslosen stetig erhöht, was die hohe Anzahl von Langzeitarbeitslosen bestätigt (Kummulationseffekt). Sutton, Cebulla, Heaver & Smith (2004) beschreiben in ihrem Review sechs zentrale Hindernisbereiche zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit:

1. niedrige Ausbildung und Qualifikation, fehlende bzw. brüchige Arbeitserfahrung sowie fehlende Basiskenntnisse (z. B. lesen, schreiben, rechnen, tippen)
2. schlechter Gesundheitszustand mit chronischen Erkrankungen als Nebeneffekte des Drogenkonsums die (z. B. Schmerzen, Erschöpfung, aber auch Hepatitis, Sepsis oder AIDS, psychische Erkrankungen) aber auch andere Nebeneffekte (Konzentrationsverlust, Schwindel und Schläfrigkeit, Schwierigkeiten einem geregeltem Tagesablauf zu folgen)
3. soziale Nachteile (kriminelle Vergangenheit, chaotische Wohnsituation, Schulden, negatives Umfeld)

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

4. fehlende Unterstützungsangebote
5. fehlende Selbstsicherheit im Umgang mit Institutionen und in sozialen Kontakten, geringe kommunikative Kompetenzen, negative Außenwirkung
6. interpersonale Schwierigkeiten (Vorurteile, Stigmatisierung)

Die dritte Hypothese bezieht sich auf die Herkunft der Abhängigkeitserkrankten. Sie stammen häufiger aus der unteren Sozialschicht mit niedrigerem Bildungsgrad, Einkommen und Berufsstatus, in der die Prävalenz von Suchterkrankungen erhöht ist. Studien zeigen aber, dass Prävalenzunterschiede auch nach Kontrolle von verschiedenen Sozialschichtfaktoren signifikant bleiben (Henkel, 2008a). Einen Unterschied in den Bildungs- und ökonomischen Ressourcen zwischen berufstätigen und arbeitslosen Suchterkrankten bei Beginn der Rehabilitation fand Henkel (2006) in einer Studie mit 929 Patienten einer deutschen Fachklinik.

#### ***Berufliche Situation bei Abhängigkeitserkrankungen***

Abschließend soll nun noch betrachtet werden, wie sich die berufliche Situation von Suchtpatienten darstellt. Hierzu wird auf den Bildungsstand und die Arbeitssituation Suchtmittelabhängiger eingegangen.

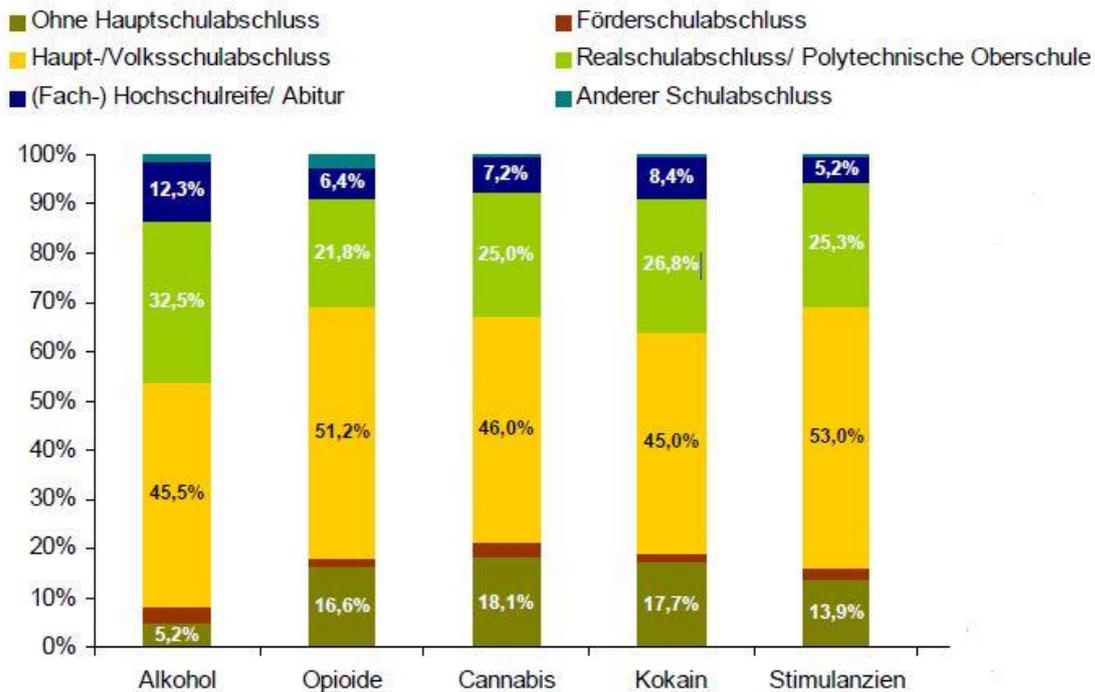
In amerikanischen Studien wird bei Abhängigkeitserkrankten eine niedrigere Schulbildung berichtet. So zeigt Platt (1995) aus verschiedenen Studien, dass die durchschnittliche Schulbildungsdauer von Drogenabhängigen 1990-1991 bei 9,4-11,8 Jahren lag, bei der Allgemeinbevölkerung hingegen bei 12,4-12,7 Jahren. 40-74 % haben einen Highschoolabschluss im Gegensatz zu 51-79 % in der Allgemeinbevölkerung.

Die schulische Bildung von Suchtpatienten in Deutschland unterscheidet sich je nach Substanzgruppe. Beispielsweise sei hier aus dem Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2009 der stationäre Bereich aufgegriffen, in dem Personen mit Alkoholerkrankung zu einem größeren Anteil höhere Schulabschlüsse als andere Diagnosegruppen der Substanzabhängigkeit haben (Steppan et al., 2010, S. 25) (Abbildung 1-3). Insgesamt ist der Anteil der Personen ohne Schulabschluss im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland mit 5,2-18,1 % erhöht. In der Allgemeinbevölkerung wird vom Statistischen Bundesamt (2011) eine Quote der Personen ohne allgemeinen Schulabschluss von 4,1 % berichtet. Personen mit Migrationshintergrund haben zu 14,5 % keinen allgemeinen Schulabschluss. Dies könnte den höheren Anteil ohne Schulabschluss bei den Substanzabhängigen mit erklären, da Personen in stationärer Suchtbehandlung von illegalen Drogen zu einem vergleichsweise hohen Anteil einen Migrationshintergrund aufweisen (Haasen, Toprak, Yagdiran & Kleinemeier, 2001; Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006). Zudem ist die Altersgruppe der Personen bis 29 Jahre, besonders bei Cannabis und Stimulanzien, mit über 70 % überrepräsentiert, was allein altersbedingt schon fehlende Schulabschlüsse teilweise erklären könnte (Steppan et al., 2010). Trotz dieser Einschränkungen werden Zusammenhänge zwischen Cannabisge-

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

brauch und niedrigeren Bildungsabschlüssen bei jungen Personen berichtet (Macleod, Oakes & Copello et al., 2004).



**Abbildung 1-3:** Schulabschlüsse von Patienten stationärer Suchteinrichtungen in Deutschland nach Diagnosegruppe (Steppan et al., 2010, S. 25)

Bzgl. der Arbeitssituation gibt es vor allem Informationen zu Personen, die Suchthilfesysteme in Anspruch nehmen (Richardson, Sherman & KERR, 2012). Dies liegt darin begründet, dass die berufliche Situation häufig im Rahmen von Effektivitätsstudien verschiedener Maßnahmen erfasst wird, da sie als ein Faktor des Langzeiterfolgs angesehen wird (Webster, Staton-Tindall & Leukefeld, 2007).

Laut einem Review sind Personen mit Alkohol oder Drogenabhängigkeit, die eine Behandlung beginnen zu etwa 15-35 % arbeitstätig (Platt, 1995). Magura, Staines, Blankertz & Madison (2004) berichten aus Daten der Substance Abuse and Mental Health Data Archive, dass im Jahre 2000 rund 67 % der Personen, die sich um eine Behandlung bewarben, keine Arbeitsstelle hatten. In einer Langzeitstudie über 54 Monate mit 1190 intravenös injizierenden Drogenabhängigen lag der Anteil der Personen mit einer regulären Arbeitsstelle über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg lediglich zwischen 9-12,4 % (Richardson, Wood, Li & Kerr, 2010).

Unter den Personen, die das deutsche Suchthilfesystem in Anspruch nehmen herrscht – neben einer häufigen Erwerbsunfähigkeit durch den aktuellen Konsum des Suchtmittels – ebenfalls eine hohe Arbeitslosenquote (Henkel, 2008b; Lindenmeyer, 2009). Durch die jährlich vom Institut für Therapieforschung veröffentlichte Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) kann die Zahl der Arbeitslosen unter den Inanspruchnehmern des Deutschen Suchthilfesystems gut verfolgt werden. Dass die berufliche Situation von Suchtpatienten, die das Suchthil-

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

fesystem in Anspruch nehmen, weitaus schlechter ist als in der Allgemeinbevölkerung und in anderen somatischen und psychischen Diagnosegruppen des ICD-10 zeigt Henkel (2008b) in seiner Analyse der Deutschen Suchthilfestatistik der Jahre 2000 - 2005 sowie der Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Je nach Suchtdiagnose, Geschlecht und Einrichtungsart (ambulant vs. stationär) waren 20-60 % der Suchtpatienten bei Beginn der Behandlung arbeitslos. Er zeigt auf, dass die Arbeitslosenquoten im stationären Bereich höher sind als im ambulanten. Vor allem unter Personen aus opiatbezogenen Diagnosegruppen sind die Arbeitslosenzahlen in den verschiedenen Bereichen mit 52,6 % (ambulant) bis 62,2 % (stationär) hoch. Auch im Jahresbericht 2009 der Deutschen Suchthilfestatistik sind diese Zahlen erkennbar. Die Erwerbslosenraten unterscheiden sich nach Setting (ambulant vs. stationär), nach Geschlecht und Diagnosegruppe (Abbildung 1-4 und Abbildung 1-5).

Berufliche Integration	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzien		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	70.634	52.757	17.701	19.474	15.025	4.713	15.179	13.287	1.986	2.387	2.093	314	3.015	2.285	758
<b>Erwerbstätige</b>	42,0%	42,4%	40,2%	20,5%	22,1%	15,9%	36,4%	37,5%	28,3%	37,7%	38,0%	36,3%	39,1%	40,6%	33,2%
Auszubildender	2,5%	2,9%	1,2%	2,4%	2,3%	2,7%	14,1%	14,5%	10,8%	3,9%	3,8%	6,1%	10,0%	8,7%	13,9%
Arbeitsplatz vorhanden	39,5%	39,5%	39,0%	18,0%	19,8%	13,2%	22,3%	22,9%	17,5%	33,8%	34,3%	30,3%	29,1%	31,9%	19,4%
<b>Erwerbslose</b>	40,0%	42,5%	33,0%	60,7%	59,6%	64,6%	35,8%	35,2%	41,1%	39,2%	38,9%	41,7%	42,0%	41,1%	45,9%
Arbeitslos nach SGB III <sup>a</sup> (ALG I <sup>b</sup> )	6,4%	6,9%	4,8%	6,5%	7,0%	4,5%	4,7%	4,8%	4,0%	6,2%	6,4%	4,5%	6,4%	6,8%	4,6%
Arbeitslos nach SGB II <sup>a</sup> (ALG II <sup>b</sup> )	33,7%	35,6%	28,2%	54,3%	52,6%	60,1%	31,1%	30,3%	37,1%	33,0%	32,6%	37,3%	35,6%	34,3%	41,3%
<b>Nichtberufspersonen</b>	17,3%	14,4%	26,1%	17,9%	17,4%	18,8%	26,8%	26,5%	29,6%	22,5%	22,4%	22,0%	18,1%	17,5%	19,8%
Schüler/ Student	2,1%	2,2%	2,0%	1,3%	1,0%	2,3%	16,3%	15,7%	20,5%	2,5%	2,0%	5,4%	5,3%	4,3%	8,6%
Hausfrau/ Hausmann	2,8%	0,4%	10,0%	0,9%	0,2%	3,1%	0,4%	0,1%	2,3%	0,7%	0,1%	4,1%	0,8%	0,2%	2,8%
Rentner/ Pensionär	8,6%	7,7%	11,4%	1,7%	1,6%	2,2%	0,5%	0,4%	1,0%	0,7%	0,5%	1,6%	0,6%	0,6%	0,8%
Sonstige Nichtberufsperson (z.B. SGB XII <sup>a</sup> )	3,8%	4,1%	2,8%	13,9%	14,5%	11,2%	9,7%	10,2%	5,8%	18,6%	19,7%	10,8%	11,4%	12,5%	7,7%
<b>In beruflicher Rehabilitation</b>	0,7%	0,7%	0,7%	0,9%	1,0%	0,7%	0,9%	0,9%	1,0%	0,6%	0,7%	0,0%	0,8%	0,7%	1,1%

Angaben in Prozent. n=600 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 9,2%); Bezug: Zugänge. PG=pathologisches Glücksspielverhalten. G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen  
<sup>a</sup> SGB=Sozialgesetzbuch  
<sup>b</sup> ALG=Arbeitslosengeld

**Abbildung 1-4:** Berufliche Integration im ambulanten Bereich (Steppan et al., 2010, S. 21)

Im Jahr 2009 findet sich bei den stationär behandelten weiblichen Opioidkonsumenten mit 67,8 % der höchste Erwerbslosenanteil (Steppan et al., 2010). Aber auch der niedrigste Erwerbslosenanteil von 35,2 % bei männlichen Cannabiskonsumenten in ambulanter Behandlung ist im Vergleich zu den Arbeitslosenzahlen der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Zum Vergleich sei die jahresdurchschnittliche Arbeitslosenquote auf Basis aller zivilen Erwerbspersonen angegeben, die sich nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2009 auf 8,2 Prozent belief.

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

Berufliche Integration	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	23.307	17.739	5.339	2.752	2.169	568	1.654	1.439	204	554	488	66	632	497	134	647	607	40
<b>Erwerbstätige</b>	38,3%	38,8%	35,2%	15,3%	15,7%	11,8%	22,7%	22,0%	25,0%	23,8%	23,6%	25,8%	18,7%	20,7%	9,7%	44,7%	44,8%	42,5%
Auszubildender	0,8%	0,9%	0,7%	1,2%	1,1%	1,2%	5,7%	5,5%	8,3%	1,8%	1,2%	6,1%	6,2%	7,6%	0,0%	1,7%	1,8%	0,0%
Arbeitsplatz vorhanden	37,4%	38,0%	34,5%	14,1%	14,6%	10,6%	17,0%	16,5%	16,7%	22,0%	22,3%	19,7%	12,5%	13,1%	9,7%	43,0%	43,0%	42,5%
<b>Erwerbslose</b>	46,5%	48,9%	39,9%	60,1%	58,5%	67,8%	53,1%	53,4%	52,5%	50,5%	50,2%	54,5%	56,3%	53,3%	68,7%	44,2%	44,2%	45,0%
Arbeitslos nach SGB III <sup>a</sup> (ALG I <sup>b</sup> )	9,7%	10,3%	7,7%	6,2%	6,4%	5,3%	7,7%	7,9%	5,4%	6,1%	6,8%	1,5%	8,2%	9,1%	6,0%	15,9%	16,3%	10,0%
Arbeitslos nach SGB II <sup>a</sup> (ALG II <sup>b</sup> )	36,8%	38,6%	32,2%	53,9%	52,1%	62,5%	45,5%	45,6%	47,1%	44,4%	43,4%	53,0%	48,1%	44,3%	62,7%	28,3%	27,8%	35,0%
<b>Nichterwerbspersonen</b>	14,9%	11,9%	24,6%	24,5%	25,6%	20,2%	23,8%	24,2%	21,6%	25,6%	26,2%	19,7%	24,5%	25,4%	21,6%	11,0%	10,9%	12,5%
Schüler/ Student	0,3%	0,3%	0,3%	0,7%	0,7%	0,7%	3,0%	2,6%	5,4%	1,1%	0,6%	4,5%	1,6%	1,2%	2,2%	0,9%	1,0%	0,0%
Hausfrau/ Hausmann	2,7%	0,4%	10,0%	0,6%	0,0%	2,3%	0,6%	0,1%	3,9%	0,2%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	2,2%	0,2%	0,0%	2,5%
Rentner/ Pensionär	7,9%	7,0%	10,8%	1,3%	1,0%	2,3%	1,1%	1,1%	1,0%	1,1%	0,6%	4,5%	0,8%	0,6%	1,5%	4,8%	4,6%	7,5%
Sonstige Nichterwerbsperson (z.B. SGB XII <sup>a</sup> )	4,0%	4,2%	3,4%	21,9%	23,9%	15,0%	19,1%	20,4%	11,3%	23,3%	25,0%	10,6%	21,7%	23,5%	15,7%	5,1%	5,3%	2,5%
<b>In beruflicher Rehabilitation</b>	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,6%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%

Angaben in Prozent. n=152 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 2,2%); Bezug: Zugänge. PG=pathologisches Glücksspielverhalten. G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen  
<sup>a</sup> SGB=Sozialgesetzbuch  
<sup>b</sup> ALG=Arbeitslosengeld

**Abbildung 1-5:** Berufliche Integration im stationären Bereich (Steppan et al., 2010, S. 22)

Eine der wenigen Studien, die sich mit der Arbeitssituation von Suchtmittelabhängigen, die sich nicht in Behandlung befinden untersuchen ist die von McCoy, Comerford & Metsch (2007). Sie untersuchten in einer Studie zum Risikoverhalten bei HIV-Infektion über einen Zeitraum von sechs Monaten 492 Drogenabhängige in Miami. Zu beiden Erhebungszeitpunkten waren fast 70 % der Personen ohne Arbeit, nur 15 % der Personen gingen zu beiden Zeitpunkten einer Tätigkeit nach.

Platt (1995) weist bzgl. der Angaben zur beruflichen Situation darauf hin, dass diese sich, je nach Untersuchungszeitpunkt und -zeitraum, unterscheiden kann. So sei die Funktionsfähigkeit von Abhängigkeitserkrankten zum Zeitpunkt eines Behandlungsbeginns am geringsten. Zudem werde häufig nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigung unterschieden. Storti, Grauwe, Sabadash & Montanari (2011) berichten, dass Suchtmittelabhängige vermehrt dann Behandlungen aufsuchen, wenn die allgemeine Arbeitslosenquote niedrig ist, wohingegen bei hohen Arbeitslosenzahlen eine niedrigere intrinsische Behandlungsmotivation zu beobachten sei. Diese Variation der Behandlungsmotivation bestehe jedoch nicht bei Abhängigkeitserkrankten mit Arbeit. French, Roebuck & Alexandre (2001) zeigen auch, dass lediglich chronischer Drogenkonsum negativ mit der Arbeitstätigkeit zusammenhängt, sporadischer Gebrauch jedoch keinen Zusammenhang zeigt. Auch die Art des Suchtmittels spielt hierbei eine Rolle, so ist der Effekt von Kokaingebrauch auf die Arbeit um 50-100 % größer als der von Marihuana. Die Zahlen zu Arbeitslosenraten sind also auch davon abhängig, ob der Konsum bzw. Missbrauch von Marihuana zusammen mit oder getrennt von anderen illegalen Drogen aufgeführt wird. Dass die Zahlen zur Arbeitssituation in verschiedenen Studien inkonsistent sind, ist somit nicht verwunderlich (French et al., 2001).

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

Studien zeigen zumeist, dass im Rahmen von Suchtbehandlungen die berufliche Situation von Suchtpatienten verbessert werden kann (Platt, 1995).

#### ***Besondere berufliche Problemlagen (BBPL)***

Im Rahmen der Rehabilitationsbehandlungen und der Frage um die Notwendigkeit beruflicher Maßnahmen innerhalb des Rehabilitationsprozesses wird die Abschätzung von besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) als Indikationskriterium diskutiert (Bürger, Deck R., Raspe & Koch, 2007). Betrachtungen beziehen sich nicht auf die Gruppe der Suchtmittelabhängigen (Hillert et al., 2001; Streibelt, 2010). Trotz allem können aus dort aufgeführten Überlegungen aus anderen Indikationen, besonders aus dem der psychosomatischen Rehabilitation sowie aus der bereits dargestellten Situation der Suchtmittelabhängigen, Kriterien der BBPL für den Suchtbereich abgeleitet werden. Besonders betrifft dies das junge Klientel mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen.

Zutreffende Kriterien sind die teilweise lang anhaltende Arbeitslosigkeit, die fehlende Berufserfahrung und der niedrige Schul- bzw. Ausbildungsstand. Im Rahmen einer Fachtagung wurden Indikationskriterien für berufsbezogene Maßnahmen in der Rehabilitation bei psychosomatischen Störungen erarbeitet, die letztendlich auch auf das Klientel der Suchtrehabilitanden übertragen werden können. Aufgeführt sind die „eingetretene oder drohende berufliche Dekompensation, längere Arbeitsunfähigkeit, subjektive Belastung bzw. Überforderung, Chance zur Wiedereingliederung und die Bereitschaft, sich mit beruflichen Belastungen auseinanderzusetzen“ (Neuderth & Vogel, 2000, S. 241). Auch das von Streibelt (2007) aus Klinikkonzepten ermittelte Kriterium der „Diskrepanz von Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Beruf“ ist aufgrund der Bildungsvoraussetzungen, der geringen beruflichen Erfahrung und der möglichen Komorbidität zu berücksichtigen. Angelehnt an die Auflistung von Argumenten für berufsbezogene therapeutische Maßnahmen bei Rehabilitanden aus dem Bereich der Psychosomatik (Hillert et al., 2001) können zusätzlich auch eine erhebliche Über- oder Unterforderung, drohender Arbeitsplatzverlust aufgrund mangelnder Leistungsfähigkeit, Konflikte mit Vorgesetzten und Mitarbeitern, Mobbing und berufliche Belastungen als auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der Symptomatik (also bspw. Rückfälligkeit) angenommen werden. Aufgeführte Argumente, die gegen eine berufsbezogene Rehabilitation sprechen, treffen auf das junge Klientel der Abhängigen von illegalen Drogen größtenteils nicht zu. Als Ausschlusskriterien werden genannt: geringfügige berufliche Problematik, somatisches Krankheitsmodell, fehlende Einsicht beruflicher Probleme, fehlende Motivation berufliche Probleme anzugehen, Rentenbegehren, Schweregrad der Behandlungsdiagnose, akute Krankheitsschwere, zu hohes Alter (Hillert et al., 2001; Neuderth & Vogel, 2000; Streibelt, 2010). Auch vom hinderlichen Punkt „kein angemessener Praktikumsplatz“ kann in der stark beruflich orientierten Rehabilitation von Suchtmittelabhängigen, v. a. im Rahmen der Adaptionsbehandlung, während der Behandlungszeit im Regelfall nicht ausgegangen werden.

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

Die Motivation zur Arbeitstätigkeit kann auch bei Suchtmittelabhängigen als Voraussetzung für eine berufliche Maßnahme gefordert werden. Die oft als Einschränkung für die berufliche Integration genannten Faktoren der körperlichen Erkrankung und der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit sind nach der Suchtrehabilitation von geringer Bedeutung. Auch ein zu hohes Alter trifft bei Drogenabhängigen meist nicht zu, da diese einen eher niedrigen Altersdurchschnitt aufweisen. Für den Suchtbereich wird im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen für den größten Anteil eine vorhandene Indikation für einen MBOR-Bedarf geschätzt (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2006).

Viele der unter den besonderen beruflichen Problemlagen genannten Faktoren können bei Suchtmittelabhängigen auch nach Abschluss der Rehabilitation als weiterhin bedeutend angenommen werden, da sich diese im Verlauf der Rehabilitation wenig verändern können.

Aufgrund der unterschiedlichen beruflichen Problemlagen von Suchtrehabilitanden im Vergleich zu somatisch Erkrankten kann auf bestehende Erhebungsinstrumente wie beispielsweise das „Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation“ (SIMBO) (Streibelt, 2009) oder das „Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation“ (SIBAR) (Bürger & Deck, 2009) für die Identifikation der BBPL nicht zurückgegriffen werden. Bei Suchtpatienten stellt sich beispielsweise eher die Frage ob sie überhaupt gearbeitet haben und nicht, ob sie krankgeschrieben waren. Der körperliche Gesundheitszustand ist nach der Rehabilitation (vor allem bei den jungen Abhängigen illegaler Drogen) oft sehr gut. Auch das Thema Sucht und die (soziale) Einbindung und Unterstützung, welche einen bedeutenden Einfluss auf die berufliche Integration haben, werden in den genannten Instrumenten nicht erfasst. Möglicherweise war die Identifikation von beruflichen Problemlagen in der Suchtrehabilitation von geringerer Bedeutung, da diese ohnehin für den Großteil der Suchtrehabilitanden angenommen werden können und berufliche Maßnahmen zum Standardangebot in der stationären Rehabilitation von Suchtmittelabhängigen gehören. Da von Hillert et al. (2001, S. 206) die Indikation für berufliche Maßnahmen jedoch als „Resultat der individuellen Interaktion komplexer psychologischer Konstrukte und realer beruflicher wie sozialer Parameter“ beschrieben wird, wäre diese auch bei Suchtrehabilitanden zu prüfen, vor allem wenn weitere Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation initiiert werden sollen. Bislang scheint die systematische Erfassung noch nicht möglich zu sein und wird eher intuitiv durch die jeweiligen Therapeuten vollzogen.

#### **1.1.4 Entstehungsmodell, Behandlung, Rückfall und Kontrolle**

Ausgehend von einem kurzen Überblick zu Entstehungsmodellen der Suchterkrankung sollen Behandlungsansätze, das Thema Rückfälligkeit und der Einfluss von Kontrollen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz dargestellt werden.

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

#### *Entstehungsmodell*

Es existiert eine Vielzahl an Modellen und Theorien, die versuchen, die Entstehung von Abhängigkeit aus verschiedenen Perspektiven zu beschreiben oder zu erklären (West, 2001). Die in der Medizin vorherrschende Betrachtungsweise zur Entstehung von Krankheiten bezieht sich auf ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, sodass verschiedene Ansätze in biopsychosozialen Modellen und dynamischen Modellen der Suchtentwicklung vereint werden (Schmidt & Rist, 2006).

(Neuro-) biologische Ansätze versuchen, Symptome der Abhängigkeitserkrankung anhand der Abhängigkeitsentwicklung durch neurobiologische Prozesse zu erklären, insbesondere durch Craving (Verlangen), verminderte Kontrolle, Toleranzentwicklung, akute Wirkungen, und Entzugssymptome- Sie betrachten dabei den Einfluss genetischer und Umweltfaktoren (Müller & Heinz, 2011; Schmidt & Rist, 2006). Auch lerntheoretische (z. B. Konditionierung, Lernen) und motivationale Aspekte sowie die psychische Abhängigkeit werden anhand neurobiologischer Korrelate beschrieben (Rommelspacher, 1999).

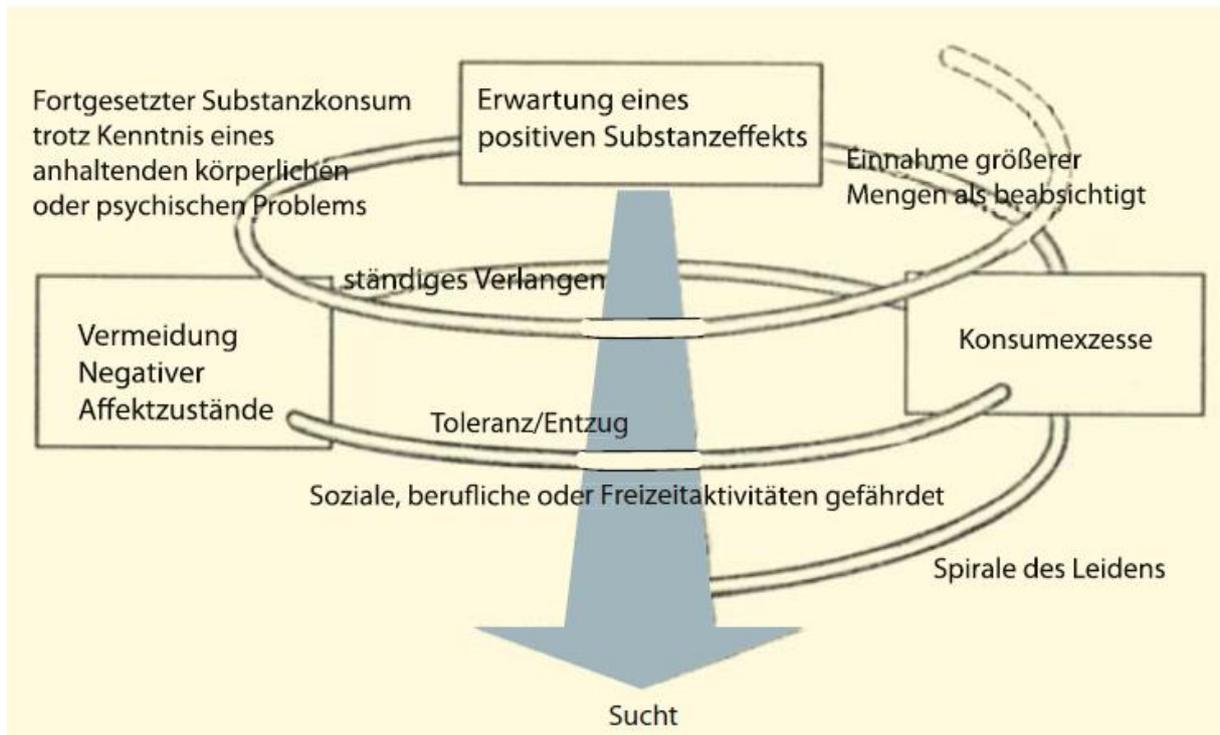
Psychologische Ansätze beinhalten psychodynamische Theorien, lerntheoretische Modelle (z. B. klassische Konditionierung, operante Konditionierung, Modelllernen), entwicklungspsychologische Konzepte, motivationale Aspekte, Persönlichkeitscharakteristika, interpersonale und soziale Aspekte, Überlegungen zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie kognitive Ansätze (Rist & Watzl, 1999; Schmidt, Alte-Teigeler & Hurrelmann, 1999; Schmidt & Rist, 2006; Türk & Bühringer, 1999; Vollmer, 2000; Wanigaratne, 2006).

Von Bühringer & Metz (2005) aufgeführte Modelle sind beispielsweise das kognitive Modell der Sucht (Beck, Wright, Newman & Liese, 1997) in dem Grundannahmen (z. B. Trinken hilft der Stimmung), automatische Gedanken (z. B. ich bestelle mir was) und erlaubnisorientierte Gedanken (z. B. ein Bier ist ok) zu Konsumhandlungen führen, als auch das Dreifaktorenmodell der Suchtentwicklung, welches auf Feuerlein (1989) zurückgeht, und personenbezogene, suchtmittelbezogene und Umweltfaktoren berücksichtigt (Tretter & Müller, 2001).

Als einen neueren, dynamischen Ansatz führen Schmidt & Rist (2006) einen Spiralprozess der Suchtentwicklung (nach Koob & Le Moal (2001)) auf (Abbildung 1-6). Hierbei werden zu Beginn des Suchtzyklus der erwartete positive Effekt und die Dosissteigerung durch positive Verstärkungsmechanismen beschrieben, was zu körperlichen und sozialen Anpassungsphänomenen führt. Weiterhin wirken negative Verstärkungsmechanismen bei der Aufrechterhaltung des Konsums (Vermeidung negativer Affekte und Entzugserscheinungen) und neuronale Prozesse führen zu zwanghaftem Konsum und Kontrollverlust.

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung



**Abbildung 1-6:** Spiralprozess der Abhängigkeitsentwicklung aus (Schmidt & Rist, 2006, S. 309) nach (Koob & Le Moal, 2001)

In einem Review zu Theorien der Abhängigkeit erschließen sich für West (2001) fünf Kategorien. Die erste Kategorie beinhaltet Theorien, die das Abhängigkeitskonzept bzgl. biologischer, sozialer oder psychologischer Prozesse beschreiben. Die zweite Kategorie beinhaltet Theorien, die bestimmte Stimuli für süchtiges Verhalten beschreiben. Desweiteren gibt es Theorien, die sich auf interindividuelle Unterschiede in der Anfälligkeit für eine Abhängigkeit konzentrieren, sei es auf biochemischer, psychologischer oder sozialer Ebene. Eine vierte Kategorie an Theorien untersucht Umwelt- und soziale Einflüsse, die die Entstehung einer Abhängigkeit mehr oder weniger wahrscheinlich machen. Die Theorien der fünften Kategorie haben ihren Fokus auf Gesundheit und Rückfall, wobei diese Gruppe oft eine breite Perspektive über alle Kategorien hinweg oder auch spezifische Annahmen von Theorien anderer Kategorien einnimmt.

### ***Behandlungsinhalte***

Die inhaltliche Betrachtung von Behandlungsstrategien für Abhängige werden beispielhaft aus den Behandlungsleitlinien der American Psychiatric Association (APA) (American Psychiatric Association, 2006) und den AWMF Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (Bonnet, Harries-Hedder, Leweke, Schneider & Tossmann, 2004; Geyer et al., 2006; Havemann-Reinecke et al., 2004; Thomasius et al., 2004) entnommen, die sich auf empirische Befunde stützen und im Konsensverfahren durch Experten erstellt wurden. Auf medikamentöse Behandlungsformen und die Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) wird an dieser Stelle nicht eingegangen, weil in dieser Arbeit psychosoziale

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

und kognitiv-behaviorale Behandlungselemente im Fokus liegen. Die Behandlungsform bei Abhängigkeitserkrankungen wird für Deutschland im nächsten Kapitel dargestellt, für Empfehlungen des Behandlungssettings in den USA sei auf die erwähnten Behandlungsleitlinien der APA verwiesen.

Als effektive psychologische Verfahren werden Psychoedukation, kognitiv-behaviorale Ansätze (z. B. Rückfallprävention, soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining, Expositionsbehandlung), motivationsorientierte Verfahren, verhaltenstherapeutische Verfahren (z. B. Kontingenzmanagement, Verhaltensverträge), aber auch rein kognitive Verfahren (z. B. Gedankenstopp, kognitive Schemata, sokratischer Dialog) vorgeschlagen. Auch die psychoanalytisch-interaktionelle Methode und systemische Verfahren (z. B. zirkuläres Fragen, Symptomverschreibung), Selbsthilfemanuale, Selbstkontrollverfahren Gruppen, paar- und familientherapeutische Verfahren sowie das 12-Schritte Programm der Anonymen Alkoholiker als Form der Selbsthilfegruppe werden vorgeschlagen. Zusätzlich werden in den AWMF-Leitlinien explizit die Arbeits- oder Ergotherapie, Freizeitpädagogik und Erlebnispädagogik, Sport- und Bewegungs- und Körpertherapie, Kreativtherapie, wertorientierte Therapie und Soziotherapie aufgeführt. Die Ansätze für die Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen unterscheiden sich lediglich im Detail und der Bedeutung einzelner Bestandteile. Als übergreifende Behandlungsziele sind in den Behandlungsleitlinien der APA in erster Linie der Verbleib in der Behandlung und die Konsumreduktion bzw. Abstinenz genannt. Weitere Ziele sind die Reduktion der Häufigkeit und Schwere von Konsumepisoden sowie die Verbesserung psychologischer, sozialer und adaptiver Funktionen.

In einer Meta-Analyse zu psychosozialen Interventionen bei Abhängigkeit von illegalen Drogen fanden Dutra et al. (2008) moderate Effekte für alle Substanzgruppen bei unterschiedlichen Interventionsformen. Die höchsten Effekte wurden bei Cannabisabhängigen und für das Kontingenzmanagement, die niedrigsten bei polytoxischen Abhängigkeiten gefunden. Der Drop-out aus psychosozialen Behandlungsmaßnahmen war mit etwa einem Drittel niedriger als bei „treatments as usual“ (44,6 %). Die Dauer der Interventionen in den einbezogenen Studien lag zwischen 4 und 52 Wochen. Bottlender, Köhler & Soyka (2006) zeigen in ihrer Überblicksarbeit zu psychosozialen Maßnahmen bei Alkoholabhängigkeit, dass therapeutische im Gegensatz zu keiner Maßnahme effizient sind. Für psychosoziale Interventionen bei Opiatabhängigkeit fanden Mayet, Farrell, Ferri, Amato & Davoli (2004) nur wenige, sehr heterogene Studien, weswegen keine Aussagen zur Wirksamkeit psychosozialer im Vergleich zu anderen Interventionen gemacht werden konnten. Zudem finden sich auch in Standardinterventionen zumeist psychosoziale Anteile, weswegen der zusätzliche Wert spezifischer Maßnahmen oft nicht eindeutig ist (Veilleux, Colvin, Anderson, York & Heinz, 2010). Als wirksam stellten sich z. B. kognitive verhaltenstherapeutische Ansätze eingebettet in ein multidimensionales Therapieprogramm sowie soziale Interventionen heraus. Es wurden jedoch auch widersprüchliche Ergebnisse gefunden (z. B. bzgl. klassischer Rückfallprävention, psychotherapeutische Behandlung). Für andere Maßnahmen konnten keine ausreichenden Wirksam-

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

keitsbelege gefunden werden (z. B. Konfrontationsbehandlung, Psychoedukation, Entspannungs- und Milieuthérapie). Da die meisten Studien aus den USA stammen und diese Ergebnisse, aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen, nicht direkt übertragbar sind (vgl. auch Süß (2004)), werden randomisiert-kontrollierte (Multicenter-) Studien für Deutschland gefordert.

#### ***Rückfall***

Die Definition eines Rückfalls ist nicht einheitlich darzustellen (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011). Von Körkel & Lauer (1995) werden unterschiedliche Rückfalldefinitionen aus der Literatur für Alkoholabhängige dargestellt. Es sind demnach dichotome, „enge“ Definitionen zu finden (Konsum ja oder nein), Definitionen, die die Konsumschwere oder Häufigkeit mit einbeziehen (Unterscheidung von Ausrutscher, mäßiger Konsum, kontrolliertes Trinken, schwerer Rückfall) aber auch subjektive Definitionen, also inwiefern eine Person ihren Konsum selbst als Rückfall erlebt. Ein trockener Rückfall würde konsumbezogene Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen beinhalten, bei denen es jedoch nicht zum Konsum gekommen ist. Weiterhin werden systemische Rückfälle, die beziehungs-dynamische Aspekte (z. B. in der Familie) in den Vordergrund stellen, und iatrogene Rückfälle (Verordnung eines alkoholhaltigen Medikaments durch einen Arzt) genannt. Bei Drogenabhängigen kann dann noch unterschieden werden, ob lediglich der Konsum des Suchtmittels bei dem eine Abhängigkeit bestand als Rückfall betrachtet wird, oder ob beispielsweise bei einer auf vollständige Abstinenz orientierten Behandlung der Konsum eines jeglichen Suchtmittels (außer Koffein und Nikotin) als Rückfall angesehen wird (Körkel, 1999). Einleuchtend ist dabei, dass die jeweilige Definition für die Erhebung und Beurteilung von Behandlungserfolgen bedeutend ist, und dementsprechend geklärt, erfasst und erhoben werden muss.

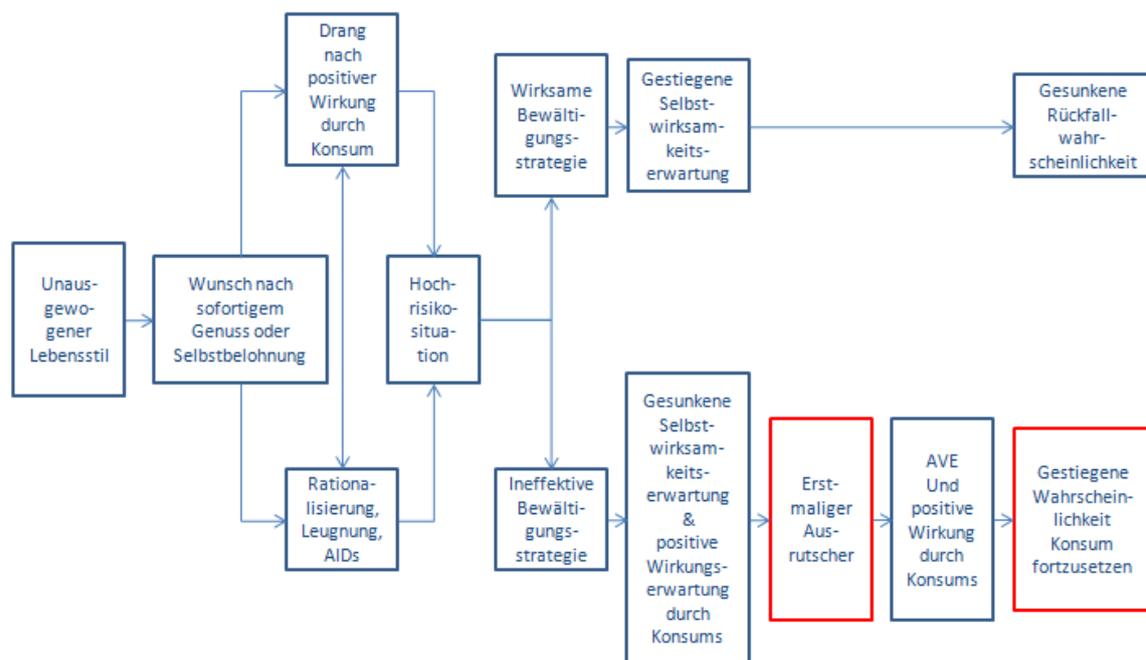
Rückfallprävention ist eine tertiäre Präventionsmaßnahme, die die Wahrscheinlichkeit und Schwere von Rückfällen verhindern soll, indem sie problematisches Verhalten beendet oder reduziert (Hendershot et al., 2011). Programmen zur Rückfallprophylaxe oder auch thematische Ausführungen zum Thema Rückfall oder Rückfallprävention werden zumeist Überlegungen aus der Rückfalltheorie von Marlatt & Gordon (1985) zugrunde gelegt (Bachmann & El-Akhras, 2009; Klos & Görge, 2009; Körkel & Schindler, 2003; Lindenmeyer, 2005; Wilcken & Rochow, 2000), welche auch als die differenzierteste und empirisch am besten gestützte bezeichnet wird (Körkel, 2001; Körkel & Schindler, 2003). Das Modell gehört zu den kognitiv-behavioralen Modellen, die den körperbezogenen Faktoren (z. B. Craving) kontextuelle Faktoren als Rückfallverursachung hinzufügen. Rückfälle werden nicht mehr als Behandlungsmisserfolg gesehen, sondern als Teil eines andauernden Prozesses, bei dem Rückfälle auch als Möglichkeit für neues Lernen gesehen werden können (Hendershot et al., 2011).

Körkel & Schindler (2003, S. 26) fassen das Modell folgendermaßen zusammen: Ein unausgewogener Lebensstil mit hohen Belastungen und Pflichten mit wenig positivem Ausgleich führt zu einem „Wunsch nach sofortigem Genuss und unmittelbarer Selbstbelohnung“, der

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

sich in Form eines Drangs und Verlangens äußert. Rationalisierungen, also Rechtfertigung des späteren Konsums, Leugnung von Trinkmotiven und möglicher negativer Folgen sowie scheinbar unbedeutende Entscheidungen (AIDs = „Apparently Irrelevant Decisions“) lassen die gestiegene Rückfallgefahr unbemerkt bleiben. Durch die Kombination mit einer Hochrisikosituation (s.u.) und fehlenden Bewältigungskompetenzen wird das Risiko gesteigert. Als Folge sinkt die Bewältigungszuversicht und die Erwartung, die empfundene Belastung durch Alkohol beeinflussen zu können, steigt, wodurch es zum Konsum kommt. Unter dem Begriff „Abstinenz-Verletzungs-Effekt“ werden die auf den Konsum folgenden kognitiven und emotionalen Verarbeitungsmuster zusammengefasst. Dieser beinhaltet eine internale, stabile und globale Kausalattribution zur Erklärung der entstandenen Dissonanz (Konsum trotz Abstinenzvorhaben), Ohnmacht und Resignation sowie Schuld- und Schamgefühle. Zusammen mit der kurzfristigen positiven Verstärkung durch den Konsum wird der zukünftige weitere Konsum wahrscheinlicher. Werden Ausrutscher hingegen external attribuiert, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es bei einem Ausrutscher bleibt größer (Abbildung 1-7).



**Abbildung 1-7:** Rückfallmodell von Marlatt (modifiziert nach Körkel & Schindler (2003))

Eine Weiterentwicklung des Modells berücksichtigt eine größere Dynamik des Rückfallprozesses, bei dem stabile Prozesse (tonic Processes) in direkter oder indirekter Wechselwirkung mit Faktoren stehen, welche einen Rückfall auslösen oder verhindern können (phasic responses). Tonic processes sind dabei personenbezogene Faktoren (Familiengeschichte, soziale Unterstützung, Abhängigkeit), kognitive Prozesse und körperliche Faktoren (Entzugserscheinungen) als auch stabile kognitive Prozesse (globale Selbstwirksamkeitserwartung,

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

Wirkungserwartung des Drogenkonsums, Grundannahmen). Phasic Responses sind variable kognitive und affektive Prozesse, die sich über die Zeit verändern (Selbstwirksamkeitserwartung, Craving, Motivation) (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Im dynamischen Modell ist die Möglichkeit einer plötzlichen und unerwarteten Rückkehr zum Zielverhalten (Abstinenz) mit inbegriffen. Belege für die Bedeutung der Faktoren des Modells konnten gefunden werden, trotz allem steht die Forschung und Evaluation des Modells noch aus (Hendershot et al., 2011). Als aufkommende Themen im Rahmen der Rückfallforschung werden die Forschung zu non-linearen Rückfallmodellen, genetische Einflüssen auf das Ansprechen auf Behandlung und auf Rückfälle sowie achtsamkeitsbasierte Ansätze zur Rückfallprävention beschrieben.

Als Hochrisikosituationen, die im Rahmen der Rückfallmodelle erwähnt sind, wurden aus unterschiedlichen Studien die in Kasten 1-4 dargestellten intrapersonalen und interpersonellen Einflussfaktoren zusammengefasst (Körkel & Schindler, 2003).

#### **Intrapersonale Einflussfaktoren**

- unangenehme Gefühlszustände
- unangenehme körperliche Zustände
- angenehme Gefühlszustände
- Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten
- Verlangen

#### **Interpersonale Einflussfaktoren**

- zwischenmenschliche Konflikte
- Trinkaufforderungen und Zusammensein mit Menschen, die konsumieren
- angenehme Gefühlszustände im Zusammensein mit Anderen

**Kasten 1-4:** Einflussfaktoren zur Begünstigung von Hochrisikosituationen zusammengestellt von Körkel & Schindler (2003)

Den vielfältigen Einflussfaktoren entsprechend adressieren kognitiv-behaviorale Programme zur Rückfallprophylaxe für Alkohol- und Drogenabhängige unterschiedliche Bereiche. Diese beinhalten die Psychoedukation zum Aufbau eines adäquaten Rückfallverständnisses (z. B. Vorfall bedeutet nicht Absturz), die Analyse von Risikosituationen und -faktoren, motivationale Aspekte, das Einüben von Bewältigungsstrategien, den Aufbau eines positiven Lebensstils, den Umgang mit Ausrutschern und auch die Arbeit mit Angehörigen (Klos, 2006; Klos & Görge, 2009; Körkel & Schindler, 2003; Wilcken & Rochow, 2000). Hendershot et al. (2011) stellen in ihrem Review zu Rückfallpräventionsprogrammen einen Auszug von Meta-Analysen dar, die die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen belegen.

Für den weiterführenden Konsum von Opioiden während und nach einer Behandlung für Opioidabhängige fanden Brewer et al. (1998) in einer Meta-Analyse 28 Prädiktoren, für die in mindestens zwei Studien ein Zusammenhang zum Konsum gefunden wurde. Hierzu gehörten demographische Variablen (z. B. Alter, Geschlecht, beruflicher Status), die Drogenvergangenheit (z. B. Konsumdauer und Schwere), der Gebrauch anderer Suchtmittel (z. B. Cannabis,

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

Alkohol, etc.), psychische und physische Gesundheitsfaktoren, kriminelle Verhaltensfaktoren, arbeitsbezogene Variablen (Arbeitstätigkeit, Einkommensquelle), psychosoziale Variablen (z. B. soziale Unterstützung, drogennahes Umfeld) und auch die Dauer und die Beendigung der Behandlung. McKay (1999) berichtet in einem Review einige, bei methodisch unterschiedlichen Untersuchungen (prospektiv, retrospektiv und „near real time“ Studien) übereinstimmend gefundene Rückfallfaktoren. Dies sind die Faktoren negative emotionale Zustände, erhöhtes Craving, kognitive Faktoren (wie geringere Abstinenzabsicht, geringere Selbstwirksamkeit und den Drang nach einem Rückfall aufzugeben) und interpersonelle Probleme.

In den Darstellungen werden die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit deutlich. McLellan & Lewis et al. (2000) vergleichen die Abhängigkeitserkrankungen in ihrer Entstehung, ihren Eigenschaften und der lebenslangen Bedeutung mit anderen chronischen Erkrankungen. Sie implizieren, dass auch die Behandlung im Rahmen eines langfristigen Monitorings angemessen wäre, wie dies bei anderen chronischen Erkrankungen getan wird, anstatt von einer Heilung nach einer Suchtbehandlung auszugehen. So kritisieren sie auch die Ausrichtung der Bewertung des Behandlungserfolges an Vorgehensweisen bei akuten Erkrankungen. Vielmehr sollten Erfolge während einer Behandlung betrachtet werden, wie dies für chronische Erkrankungen üblicher sei. Ansonsten könnten Effekte unterschätzt werden, da Langzeiteffekte aufgrund der häufigen Rückfälligkeit nicht gewährleistet werden könnten. Auch die Behandlung Suchtmittelabhängiger solle sich danach richten und langfristige, attraktive Behandlungsangebote im Sinne eines „Monitorings“ zur Verfügung stellen, die in der Häufigkeit angemessen sind, und nicht zu sehr in das Leben der Personen eindringen um die Compliance nicht zu gefährden (McLellan, 2002). Diese Gedanken scheinen in Anbetracht der nicht dauerhaft vermeidbaren Risikosituationen angemessen. Sie enthalten die Möglichkeit, Rückfallsituationen, im Sinne des beschriebenen Rückfallmodells, bei angemessener Unterstützung als Lernsituation und Ausgangspunkt für weitere Verhaltensänderungen zu nutzen und eine andauernde Rückfälligkeit zu verhindern. Es bedarf der Weiterentwicklung von Hilfen, um erreichte Abstinenz längerfristig aufrechterhalten zu können (Hendershot et al., 2011).

Bei der Betrachtung von Rückfallraten in internationalen Studien wird darauf hingewiesen, dass sich die Art und Dauer der Behandlung und Zielsetzung in unterschiedlichen Ländern deutlich voneinander unterscheiden. In Europa und speziell in Deutschland sind weitaus längere Behandlungszeiten gegeben. In den USA werden „Ausrutscher“ oft nicht als Rückfall betrachtet und im Gegensatz zu Deutschland beziehen sich Rückfallstudien weniger auf Methadonprogramme als dies in anderen Ländern der Fall ist (Bühringer, Gossop, Türk, Wanigaratne & Kaplan, 2001). Für Europa geben Bühringer et al. (2001) in einem Übersichtsbeitrag für Alkoholabhängige nach psychosozialer Behandlung (in getrennter Darstellung zu medikamentöser Behandlung) Abstinenzraten in Abhängigkeit vom Behandlungssetting und Dauer von 9-44 % an. Für die abstinenzorientierte psychosoziale Behandlung Drogenabhängiger

## Theoretischer Hintergrund

### 1.1 - Aspekte der Suchterkrankung

(in getrennter Darstellung von methadongestützter Behandlung) waren viele Drop-outs zu verzeichnen und die Rückfallraten variierten zwischen 30 und 90 %. Für den Zeitpunkt des Rückfalls werden insbesondere die ersten 6-12 Monate nach einer Behandlung als sehr kritisch gesehen (vgl. Körkel & Schindler (2003)).

#### ***Einfluss von Kontrollen***

Die Wirkung von Kontrollen zum Schutz vor Rückfall nach einer Suchtbehandlung scheint wenig untersucht. Die positive Wirkung auf die Häufigkeit von Substanzkonsum durch Kontrollen wurde aber beispielsweise für Kontrollen am Arbeitsplatz, wie diese in den USA Anwendung finden (Carpenter, 2007; French, Roebuck & Alexandre, 2004), gezeigt. In einer Studie zu einem Drogenkontrollprogramm der Navy wurde gezeigt, dass die Kontrollen 60 % des potenziellen Drogengebrauchs verhinderten (Borack, 1998). Bei Teilnehmern von „drug-court“-Programmen in Kalifornien machte die Art der Kontrolle (Urinkontrolle oder lediglich Schweißtests) keinen Unterschied beim Einfluss auf die Konsumverhinderung (Kleinpeter, Brocato & Koob, 2010). Es wird von einer abschreckenden Wirkung von Kontrollen auf den Konsum in einem ambulanten Suchtprogramm mit 229 Patienten berichtet (Vakili, Currie & el-Guebaly, 2009). Die Reduktion der Überprüfung abgenommener Kontrollen bei Kokainabhängigen in Behandlung von wöchentlich auf zufällig verteilte, zweiwöchentliche Überprüfungen hatte keinen negativen Einfluss auf die Konsumverringerung durch die Kontrollen. Häufigeres Testen erhöhte das Entdecken von Rückfällen leicht. Bei Kokainabhängigen, die sich in Behandlung befanden, war die Anzahl der Urintests ein guter und auch der einzige gefundene Prädiktor für Abstinenz während der Behandlung (Sánchez-Hervás et al., 2010). In Studien zum Einfluss von arbeitsbezogener Verstärkung der Abstinenz wird gezeigt, dass Personen, die nur bei negativen Urinkontrollen an einer (bezahlten) Arbeit teilnehmen dürfen, seltener positive Kontrollen hatten, als Personen, die unabhängig von den Kontrollergebnissen arbeiten durften (DeFulio, Donlin, Wong & Silverman, 2009; Silverman, DeFulio & Sigurdsson, 2012; Silverman et al., 2007). Demnach lohnt es sich, Kontrollergebnisse mit Konsequenzen zu verbinden.

Dass Kontrollen genutzt werden können, um Personen mit Suchtmittelproblemen, die keine Eigenmotivation haben, zu identifizieren und gewinnbringend in Maßnahmen zu bringen, zeigten Lawental, McLellan, Grissom, Brill & O'Brien (1996). Sie untersuchten Personen, die im Rahmen von Kontrollen in „Employee Assistance Programs“ (EAPs) identifiziert wurden. Personen, die daraufhin in Maßnahmen „gezwungen“ wurden, hatten zwar insgesamt eine geringere Ausgangssymptomatik als Personen, die freiwillig in Maßnahmen einwilligten, zeigten trotz der Unfreiwilligkeit jedoch eine höhere Compliance. Sie zeigten eine ebenso starke Symptomverbesserung wie die freiwillige Gruppe mit der höheren Symptombelastung. Die Autoren schließen daraus, dass die intrinsische Motivation keine unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist, sondern dass auch unfreiwillige Maßnahmen und das Risiko den Job zu verlieren ein Motiv für Compliance sein kann, und dass Kontrollen für die Identifizierung von Personen mit Substanzmittelproblemen genutzt werden

**Theoretischer Hintergrund**  
**1.1 - Aspekte der Suchterkrankung**

können. In der Selbstbeurteilung von Drogengebrauch wird der wirkliche Gebrauch zumeist unterschätzt oder nicht adäquat berichtet. Dies zeigte sich in der Überprüfung durch Kontrollen, weshalb auf diese, zur Beurteilung der Abstinenz, in Behandlungen nicht verzichtet werden sollte (Ehrman, Robbins & Cornish, 1997).

## 1.2 Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation

### 1.2.1 Berufliche Rehabilitation

Die heutige (berufliche) Rehabilitation basiert auf einer Entwicklung, die stets in Abhängigkeit von gesellschaftlichen und politischen Veränderungen stattfand (Blumenthal & Schliehe, 2009; Elliott & Leung, 2005; Zelfel, 2007). Hierin begründet liegen auch die Unterschiede in der strukturellen und inhaltlichen Beschaffenheit der Rehabilitation von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in verschiedenen Ländern<sup>1</sup>.

Aus der Geschichte der Deutschen Rentenversicherung sind die Einführung der gesetzlichen Invaliditäts- und Altersversicherung und die Einrichtung von Versicherungsanstalten mit der Ermächtigung zur Durchführung von Heilverfahren (im Rahmen des Kampfes gegen TBC) im Jahre 1891 hervorzuheben. Dies war die Geburtsstunde des bis heute geltenden Grundsatzes „Reha vor Rente“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011). Anfang des 20. Jh. wurde von Biesalski der Begriff der „Erwerbsbefähigung“ im Rahmen der „Krüppelfürsorge“ verwendet und damit die Sichtweise der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Behinderung angestoßen (Hendrich, 2009; Lotze). Aus der 1909 gegründeten „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge“ wurde später die heutige „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter“ (DVfR), die „durch ihre Arbeit wesentlich zur Entwicklung eines modernen Rehabilitationssystems in unserem Land“ beiträgt<sup>2</sup> (Lotze, S. 5). 1920 wurde die berufliche Rehabilitation im Rahmen eines preußischen Gesetzes zur öffentlichen Krüppelfürsorge erstmals verankert. Durch den Ersten Weltkrieg wurde die Versorgung von Menschen mit durch den Krieg erworbenen Behinderungen bedeutsam. Im Zweiten Weltkrieg gab es aufgrund der Nazi-Ideologie, mit der Sicht des Menschen mit Behinderung als minderwertigen Menschen, keine Bildung oder Erwerbsbefähigung Behinderter (Blumenthal & Schliehe, 2009; Lotze; Zelfel, 2007). In der darauffolgenden bundesdeutschen Geschichte beschreibt Zelfel (2007) drei Entwicklungsphasen der beruflichen und gesellschaftlichen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. In der ersten, bis in die 80er Jahre reichenden Phase, bestimmte der Fürsorgegedanke die Versorgung von Menschen mit Behinderung. Nach der gesetzlichen Verankerung der Kriegsoferversorgung, galt die berufliche Rehabilitation in den 60er Jahren wieder als sozialpolitische Aufgabe. In den 70er Jahren wurden bundesweit Anschlussheilbehandlungen eingeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011), Es wurden zunehmend mehr Rehabilitationskliniken gebaut (Heine & Kirchberger, 2009) und es entstanden, aufgrund des „Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten“, flächendeckend Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, vor allem im Bereich der Neurologie sowie Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und Werkstät-

---

<sup>1</sup>Einen Überblick über die Entwicklung der „vocational rehabilitation“ in den USA geben Elliott & Leung (2005). In Zelfels (2007) Dissertation „Die berufliche Rehabilitation im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft“ wird unter anderem die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation mit dem Schwerpunkt der „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ betrachtet, auch unter dem Aspekt der Veränderungen durch die ICF und das SGB IX.

<sup>2</sup>Detaillierte Informationen zu Entwicklung und Aufgaben der DVfR finden sich in Lotze und Blumenthal (2009).

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

ten für Menschen mit Behinderung (Blumenthal & Schliehe, 2009; Eggerer, 2009; Radzuweit, 2007; Zelfel, 2007).

Als zweite Entwicklungsphase beschreibt Zelfel (2007) den Kompensationsgedanken, durch den Nachteile ausgeglichen werden sollten, um eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Auch international herrschte der Kompensationsgedanke als Folge eines kausalen Krankheitsfolgenmodells, wie er im ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps) konzipiert war, vor. Er änderte sich mit der Verabschiedung der daraus entwickelten ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health) im Mai 2001 (Schliehe, 2006).

Als Beginn der dritten und aktuellen Phase benennt Zelfel (2007) die Einführung des Sozialgesetzbuches IX im Jahre 2001, dem das ICF-Modell der WHO zugrunde gelegt wurde. Die ICF baut auf dem Konzept der funktionalen Gesundheit auf und betrachtet neben der Störung von Körperfunktionen und -strukturen auch die Aspekte der Aktivität und Teilhabe sowie die beeinflussenden Kontextfaktoren (Schliehe, 2006; World Health Organization, 2001). Daran angelehnt wird im SGB IX der Leistungsanspruch über die Bedrohung oder Beeinträchtigung der Teilhabe definiert und nicht allein über das Vorhandensein einer Behinderung (Schuntermann, 2003). Unter diesem Blickwinkel rückt auch der gesetzliche Auftrag zur Ermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben in den Vordergrund (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Die integrierte Versorgung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation wird in § 11 des SGB IX gesetzlich explizit festgesetzt (Schönle, 2007b). Die rein kurative Sicht der Rehabilitation wird somit von einem bio-psycho-sozialen Modell, mit dem Ziel der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben, abgelöst (Schliehe, 2006; Zelfel, 2007). Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind gesetzlich verschiedenen Leistungsgruppen zugeordnet. Die Integration beruflicher Maßnahmen in die medizinische Rehabilitation ist unter dem Stichwort „medizinische-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) in den Fokus der Weiterentwicklung der Angebote und Maßnahmen in der Rehabilitation gerückt.

MBOR-Maßnahmen sind also konzeptioneller Bestandteil der medizinischen Rehabilitation<sup>3</sup> (Hansmeier & Schliehe, 2009; Streibelt, 2010). Diese Maßnahmen berücksichtigen besondere berufliche Problemlagen von Rehabilitanden in der Diagnostik und Therapie (Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2006). In § 26 SGB IX (Leistungen der medizinischen Rehabilitation) sind Belastungserprobung und Arbeitstherapie, die einen eindeutigen Arbeitsbezug haben, explizit aufgeführt (Buschmann-Steinhage, 2006; Röckelein, Lukaszik & Neuderth, 2011). Andere dort aufgeführte Leistungen können insoweit als berufsbezogene Maßnahmen angesehen werden, wie sie das Ziel der Vermeidung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit beeinflussen. Seit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahre 2001 ist auch die stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) Teil der Leistungsgruppe der medizinischen Rehabi-

---

<sup>3</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in Kapitel 4 des SGB IX (§§ 26-32) aufgeführt.

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

litation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011). Die Leistungsträger beruflich-orientierter Maßnahmen entsprechen, aufgrund der dortigen Verortung, denen der medizinischen Rehabilitation und werden in den dazugehörigen Einrichtungen durchgeführt oder veranlasst (Bürger, 2006, S. 50).

Bei schwerwiegenden Einschränkungen bestehen Angebote der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBR). Diese finden sich zumeist in den Indikationsbereichen der Psychiatrie und Neurologie und richten sich an Personen, die komplexe Krankheitsfolgen in mehreren Bereichen der Aktivität und Teilhabe aufweisen. Leistungen der MBR sind materiell-rechtlich der medizinischen Rehabilitation zugeordnet (Hansmeier & Schliehe, 2009; Schönle, 2007a). Rehabilitanden werden durch einen intensiven Berufsbezug auf berufliche Qualifizierungen oder die Tätigkeit in anderen Einrichtungen (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) vorbereitet. Um einen lückenlosen Rehabilitationsprozess zu gewährleisten werden in diesen Einrichtungen häufig auch weiterführende berufliche Maßnahmen angeboten. Diese sind rechtlich nicht mehr der medizinischen Rehabilitation, sondern den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zugeordnet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009).

Die Gruppe der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) des Kapitels 5 (§§ 33-43) SGB IX umfasst eine Fülle an berufsfördernden Leistungen. Sie werden zeitlich und konzeptionell unabhängig von der medizinischen Rehabilitation ausgeführt<sup>4</sup>, wobei ein Bedarf an LTAs bereits bei Einleitung, im Verlauf oder nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation zu prüfen ist (§ 11 SGB IX) (Röckelein et al., 2011). Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind, nach § 5 SGB IX, neben der Rentenversicherung insbesondere die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzliche Unfallversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009).

Trotz der gesetzlichen Verankerung der berufsbezogenen Maßnahmen wurde in den letzten Jahren der fehlende Berufsbezug in der medizinischen Rehabilitation kritisiert und der Ausbau und die Entwicklung von Angeboten zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung gefordert<sup>5</sup> (Müller-Fahrnow, Greitemann, Radoschewski, Gewinn & Hansmeier, 2005). Im Positionspapier Rehabilitation von 2010 der Deutschen Rentenversicherung (2010b, S. 9) wird darauf hingewiesen, dass „die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation [vorangetrieben und] ein flächendeckendes Grundangebot von MBOR-Leistungen [aufgebaut wird, um] besonders ausgeprägten beruflichen Problemlagen der Versicherten noch besser Rechnung tragen zu können“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010b, S. 9). Zudem wird im Rahmen der Reha-Nachsorge die Kooperation aller beteiligten Akteure, auch der Arbeitgeber und Betriebe, gefordert. Dies erfordert „geeignete Anlaufstellen und Kommunikationswege für Arbeitgeber, für deren Auf- und Ausbau die Rentenversicherung ihre vorhandenen Strukturen nutzt“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010b, S. 10).

---

<sup>4</sup> Eine Ausnahme stellen die o.g. Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation dar.

<sup>5</sup> Einen Bestandsaufnahme der allgemeinen Entwicklungen und Anwendungen im Rahmen der ICF in Deutschland gibt Schliehe ((2006)), wonach sich die ICF in Deutschland in der Umsetzungs- und Implementierungsphase befindet.

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

Die Verpflichtung, berufliche Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, ist in Deutschland geringer als in anderen Ländern. In Österreich, Dänemark, Spanien, Schweden und der Schweiz kommt das Beantragen von Leistungen oder Unterstützungsgeldern automatisch einem Antrag auf berufliche Rehabilitation gleich. In vielen Ländern ist die berufliche Rehabilitation vollständig freiwillig, hierunter auch in den USA (Frank & Sawney, 2003).

#### ***Ziele und Inhalte der beruflichen Rehabilitation***

Gezielte berufliche Interventionen vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation erkennen und bearbeiten frühzeitig und über die Rehabilitation hinaus arbeits- und berufsbezogene Problemlagen (Löffler, Gerlich, Lukaszczik, Wolf & Neuderth, 2011). Sie dienen der Stabilisierung und Besserung des beruflichen Leistungsvermögens und bieten Unterstützung beim Erhalt oder bei der Anpassung eines Arbeitsplatzes. Ist dies nicht möglich, besteht das Ziel in der Vermittlung in eine neue, den Fähigkeiten entsprechende Arbeitstätigkeit (British Society of Rehabilitation Medicine, 2001; Chamberlain et al., 2009). Neben der Vermittlung in oder der Wiederaufnahme von Arbeit, besteht ein weiteres Ziel in der Qualifizierung von Rehabilitanden, um ggf. in neuen Aufgabenfeldern eine Tätigkeit finden zu können (Schmidt, Froböse & Schian, 2006).

Von der gesetzlichen Seite betrachtet besteht die Aufgabe der Rehabilitationsträger darin, Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Teilhabe an der Gemeinschaft und am Arbeitsleben entgegenzuwirken, zu mindern oder zu überwinden (Delbrück & Haupt, 1996). Seit der Einführung des SGB IX im Jahr 2001 rückt die Förderung der Selbstbestimmung und der Partizipation der Rehabilitanden am gesamten Rehabilitationsprozess in den Vordergrund (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Frank & Sawney (2003) sehen das Ziel der beruflichen Rehabilitation darin, das Arbeiten für diejenigen zu erleichtern, die gewillt und potenziell fähig dazu sind. Aus ethischer Sichtweise begründet Raetzell (2006) den Nutzen der beruflichen Rehabilitation im Erhalt der Erwerbsfähigkeit als Mittel der Selbstverwirklichung eines jeden Menschen.

Das wirtschaftliche Interesse der Kostenträger an Rehabilitationsleistungen liegt darin, Personen möglichst dauerhaft in Arbeit zu bringen. Ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben soll verhindert und damit der Erhalt von Beitragszahlungen gesichert und das Zahlen von frühen und lang anhaltenden Rentenleistungen vermieden werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009; Kobelt, Virtus Grosch & Gutenbrunner, 2006; Löffler et al., 2011; Raetzell, 2006).

Der Paradigmenwechsel hin zu einer partizipativen Rehabilitationsbehandlung führt auch zu einer Änderung der bis vor einigen Jahren vorherrschenden Fokussierung auf medizinische Leistungen im Rahmen der Rehabilitation. Diese bestand kongruent zur Sichtweise des Rehabilitanden als passivem Leistungsempfänger und führte zur Vernachlässigung des Ziels der Arbeitsintegration (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009; Raetzell, 2006). Mittlerweile ist die beruflich orientierte Rehabilitation in den Vordergrund gerückt und gehört zum

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

„Kerngeschäft“ der Rehabilitation mit einer Etablierung von MBOR-Konzepten im Leistungsspektrum (Hansmeier & Schliehe, 2009; Löffler et al., 2011; Streibelt, 2010). Röckelein et al. (2011, S. 441) sehen die medizinische Rehabilitation in einer Phase der Weiterentwicklung mit dem Ziel, „die Eingliederung in das Erwerbsleben in den Mittelpunkt der Rehabilitation zu stellen“.

Durch die Weiterentwicklung und frühe Integration beruflich orientierter Maßnahmen in den medizinischen Rehabilitationsprozess wird der Gedanke der aktiven Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf und damit der Teilhabe aufgegriffen. Das diagnostisch-therapeutische Vorgehen der medizinisch-beruflichen Orientierung richtet sich nicht allein auf die körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit, sondern beschäftigt sich intensiv mit der Nutzung und Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Anforderungen (Hillert, Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009; Müller-Fahrnow et al., 2005). Müller-Fahrnow et al. (2005, S. e33) sehen die medizinische Rehabilitation in diesem Zusammenhang als „Teil eines übergreifenden berufsorientierten Partizipationsmanagements“.

Dass diese Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, zeigen die weiterhin dominierende ärztliche Verantwortlichkeit und Versorgung in der Rehabilitationsbehandlung mit der entsprechenden kurativen Sicht der Rehabilitation (Buschmann-Steinhage, 2006; Röckelein et al., 2011), der oft noch fehlende Einbezug v. a. wissenschaftlich fundierter beruflicher Elemente in die Behandlung (Bürger, 2006; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2005), aber auch die Zielsicht der Rehabilitanden hinsichtlich der Gesundheit durch kurative Maßnahmen und dem Wunsch, durch die Rehabilitationsbehandlung Abstand von der Arbeit zu gewinnen (Löffler et al., 2011). Steffanowski et al. (2004) fanden, dass Ziele bzgl. der beruflichen Integration im Rahmen der medizinischen Rehabilitation für Behandelnde und Patienten weniger bedeutsam zu sein scheinen, und eher als „nachrangiges Begleitprogramm wahrgenommen“ werden (Röckelein et al., 2011, S. 436). Dies bildet sich auch in Diskussionen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation ab, in der die stärkere Fokussierung auf den Erhalt und die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit und die Weiterentwicklung entsprechender beruflicher Maßnahmen gefordert wird (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2001, S. 183; Müller-Fahrnow et al., 2005).

Um das Ziel der beruflichen Integration zu erreichen, umfassen berufsorientierte Maßnahmen neben der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit auch diagnostische, motivationale, emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Elemente und Zielsetzungen. Auch die strukturelle Anpassung des Arbeitsplatzes an die veränderten Bedürfnisse des Rehabilitanden und die dafür notwendige Vernetzung benötigter Maßnahmen sind Zielbereiche der beruflichen Rehabilitation (Bürger, 2006; Chamberlain et al., 2009, S. 857; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007).

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

Streibelt (2007) unterscheidet bei MBOR Ansätzen in der medizinischen Rehabilitation zwei Konzepte: Auf der Seite des Individuums geht es um die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und damit die Anpassung der individuellen Voraussetzungen und Ressourcen an bestehende oder zukünftige berufliche Anforderungen (Müller-Farnow & Radoschewski, 2006; Röckelein et al., 2011; Streibelt, 2007). Daneben ist die schnelle Organisation von Anschlussmaßnahmen an den Schnittstellen, die „der Anpassung der beruflichen Umwelt an die dauerhaft verminderte Leistungsfähigkeit des Patienten“ dienen (Streibelt, 2010, S. 5), von Bedeutung. Als Kerngruppen beruflich orientierter Maßnahmen werden im „Praxishandbuch zur arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation“ die Belastungserprobung, Arbeitstherapie, arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung, Gruppen mit arbeits- und berufsbezogenen Themen sowie die Zusammenarbeit mit externen Institutionen genannt (Löffler et al., 2011, S. 45–51). Das Dokument „Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007) bietet eine weitere Übersicht zu berufsbezogenen Zielsetzungen und Modulen.

Bedarf es im Anschluss an die medizinische Rehabilitation weiterer Unterstützung, können Nachsorgeangebote indiziert sein. Hierbei können „einzelne oder mehrere Behandlungselemente fortgesetzt oder ergänzt“ werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008, S. 2), um den strukturierten Transfer in den Alltag zu unterstützen, dadurch Erfolge zu sichern oder weiter zu verbessern und folglich auch das Ziel der beruflichen (Wieder-) Eingliederung zu erreichen. Nachsorgeleistungen sind demnach aber vielfältig und nicht im spezifischen „berufsbezogen“. Komplexere Nachsorgeprogramme sind auf bestimmte Indikationsbereichen ausgerichtet. Das am weitesten verbreitete Programm ist die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA), welches für verschiedene Indikationsbereiche (außer Sucht) verfügbar ist. Aufgabe von Nachsorgemaßnahmen kann es auch sein, die Inanspruchnahme anderer Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder-) Eingliederung zu fördern oder zu begleiten (Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung, 2008).

Neben Nachsorgeleistungen können auch Präventionsleistungen zur frühzeitigen, teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit in Anspruch genommen werden. Die Deutsche Rentenversicherung bietet hierfür das Programm Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi) an. Die präventiven Maßnahmen bei BETSI finden in stationären und/oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen statt und dienen Zielen wie Lebensstiländerung, Aktivitätsförderung, Schmerzprophylaxe u. a. (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Westfalen & Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, 2008).

Ein wichtiges Instrument zur Integration ins Erwerbsleben sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Diese umfassen verschiedene Leistungen durch die „individuell und flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber reagiert“ werden kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010c, S. 56). LTAs beinhalten „Leistungen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeits-

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

platzes, zur beruflichen Anpassung, Berufsvorbereitung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung sowie finanzielle Hilfen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2005, S. 3). LTAs dienen also einerseits der Unterstützung und Anpassung des Umfeldes, der Verbesserung der beruflichen Kontextfaktoren und anderer Rahmenbedingungen (z. B. Arbeitsassistenz, Mobilitätshilfen, Eingliederungszuschüsse, Leistungen an Arbeitgeber). Daneben sind unter den LTAs auch personelle Maßnahmen zu finden, die wiederum das Ziel der Anpassung der Person an neue berufliche Gegebenheiten ermöglichen (z. B. Weiterbildungen, Umschulungen, Wohnungshilfe etc.) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Inhaltlich liegt der Schwerpunkt der berufsbezogenen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation auf personenbezogenen Interventionen. Interventionen, die den beruflichen Kontext beeinflussen, sind, zusätzlich zu personenbezogenen Interventionen, vorwiegend in den LTAs zu finden.

Aufseiten der Unternehmen besteht durch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX die Verpflichtung, „Arbeitnehmer, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig gewesen sind, bei ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz dadurch zu integrieren, indem geklärt wird, ob durch Maßnahmen des Unternehmens eine noch bestehende Arbeitsunfähigkeit überwunden oder einem erneuten Ausfall oder neuen Krankheitszeiten vorgebeugt werden kann“ (Rose & Ghorai, 2011, S. 949). Das Gesetz zum BEM gibt keine konkreten inhaltlichen Anforderungen oder bestimmte Verfahrensschritte vor. Es kann sich laut Rose & Ghorai (2011) um verschiedene Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitsorganisation, -umgebung und -zeit, aber auch um Rehabilitationsleistungen handeln.

#### **1.2.2 Suchtrehabilitation in Deutschland**

##### ***Kurze geschichtliche Einordnung der Suchtkrankenhilfe***

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland beginnt Mitte des 19. Jahrhunderts mit der Errichtung sogenannter Trinkerheilstätten. Sucht wurde als Laster gesehen, somit galt die Behandlung auch als „Willens- und Charakterschule“ in „hausväterlich geführten Familienbetrieben“ (Aßfalg, 1997, S. 167).

Die meisten Heilstätten wurden jedoch im Ersten Weltkrieg zweckentfremdet und als Lazarette oder Genesungsheime genutzt oder wurden lahmgelegt (Alkoholranke befanden sich im Krieg und es herrschte Alkoholknappheit, was Alkoholerkrankungen verhinderte). Bis zum Zweiten Weltkrieg erhöhte sich die Zahl der Trinkerheilstätten erneut, am Ende des Krieges waren jedoch auch diese zum größten Teil wieder zweckentfremdet oder stillgelegt. Aßfalg (1997) beschreibt fünf Faktoren, die seit Mitte des 20. Jahrhunderts für den Wiederaufbau der Heilstätten und die Entwicklung zu Suchtfachkliniken und deren Ausbreitung führten:

- der steigende Bedarf durch erhöhten Alkoholkonsum im Rahmen des Wirtschaftswachstums sowie die Drogenwelle,

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

- die Spezialisierung sozialer Berufe, die als interdisziplinäres Team zur Fachklinik als Dienstleistungsbetrieb führte,
- die Entwicklung psychotherapeutischer Methoden im Rahmen eines psychosozialen Verstehensmodells,
- die rechtliche Anerkennung der Sucht als Krankheit im Jahre 1968<sup>6</sup>
- und die vielfach nachgewiesene Effektivität und Effizienz der stationären Suchtkrankenhilfe.

Für Drogenabhängige entwickelte sich in den 70ern ein eigenes Drogenhilfesystem, da die vorhandenen Strukturen nicht auf die Bedürfnisse der Drogenabhängigen zugeschnitten waren, was von Schmid & Vogt (1998) anschaulich beschrieben wird. Zu Beginn formten sich sogenannte Release-Gruppen, die eine Art Selbsthilfeeinrichtungen darstellten, die jedoch keinen Bestand hatten. Es entwickelten sich andere Hilfseinrichtungen (Anlaufstellen, Cafés), die in Beratungsstellung umgewandelt wurden. Aus Übernachtungseinrichtungen entstanden therapeutische Wohngruppen. 1971 wurde ein Großmodell durch die Bundesregierung gegründet, welches Drogenberatungsstellen, Entzugskliniken und therapeutische Wohngemeinschaften förderte und wissenschaftlich begleiten ließ. In diesem Rahmen wurden auch Mindestkriterien für stationäre Drogeneinrichtungen formuliert. Durch den Verbund von Beratungsstellen und stationären Einrichtungen bildeten sich sogenannte „Therapieketten“ heraus. Das System entwickelte und veränderte sich im Rahmen von Themen wie „Therapie statt Strafe“, HIV und AIDS und der Substitutionstherapie stetig. Anfang der 90er Jahre „stellt sich das Drogenhilfesystem im Westen Deutschlands als breit ausdifferenziertes System dar“ (Schmid & Vogt, 1998, S. 49). Im Verlauf legten sich zuvor geführte Auseinandersetzungen zwischen akzeptanz- oder abstinentenorientierten Ansätzen, die „nicht länger als zwei sich wechselseitig ausschließende Paradigmen betrachtet [wurden], sondern als unterschiedliche Teile eines Drogenhilfesystems, die sich ergänzten“ (Schmid, 2003, S. 227). Die Debatte um Qualitätssicherung und -entwicklung rückte in den Vordergrund. Zudem war eine nachlassende Eigenständigkeit des Drogenhilfesystems zu beobachten (Schmid, 2003), die Suchtrehabilitation hat sich „als ein Teilsystem der medizinischen Rehabilitation etablieren können“ (Koch, 2000, S. 107). Ambulante und ganztägig ambulante Behandlungsformen, die Differenzierung der Indikation, der Ziele und des Bedarfs, die Nachsorge, die Schnittstellenarbeit, die Fokussierung auf die berufliche Integration sowie das Thema der Flexibilisierung gewinnen nun an Bedeutung (Bader et al., 2008; Egner, Spyra & Vorsatz, 2009; Fachverband Sucht e.V., 1996; Hansmeier, Müller-Fahrnow & Spyra, 2000; Krausz, 2004; Projektgruppe Suchtbehandlung, 2005).

---

<sup>6</sup> Auf die Anerkennung der Sucht als Krankheit folgte 1978 eine Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern um finanzierungstechnische Regelungen zu bewirken. Dies beeinflusste die inhaltliche Gestaltung der Therapie in der seither „die Trennung von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung, die Nichteinbeziehung der Motivationsbehandlung und die Abhängigkeit der Zuständigkeit von der Erfolgsaussicht“ kritisiert wird Aßfalg (1997, S. 168).

## Theoretischer Hintergrund

### 1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation

#### *Ziele der Suchtrehabilitation und Verbindung zur ICF*

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006, S. 11) beschreibt das Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als die Abwendung, Beseitigung oder Minderung von „drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen“. Watzke (2006, S. 265) greift die Definition der WHO (World Health Organization) auf und beschreibt Rehabilitation als „die Summe jener aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und/oder seelisch Behinderte bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, damit sie einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft finden“.

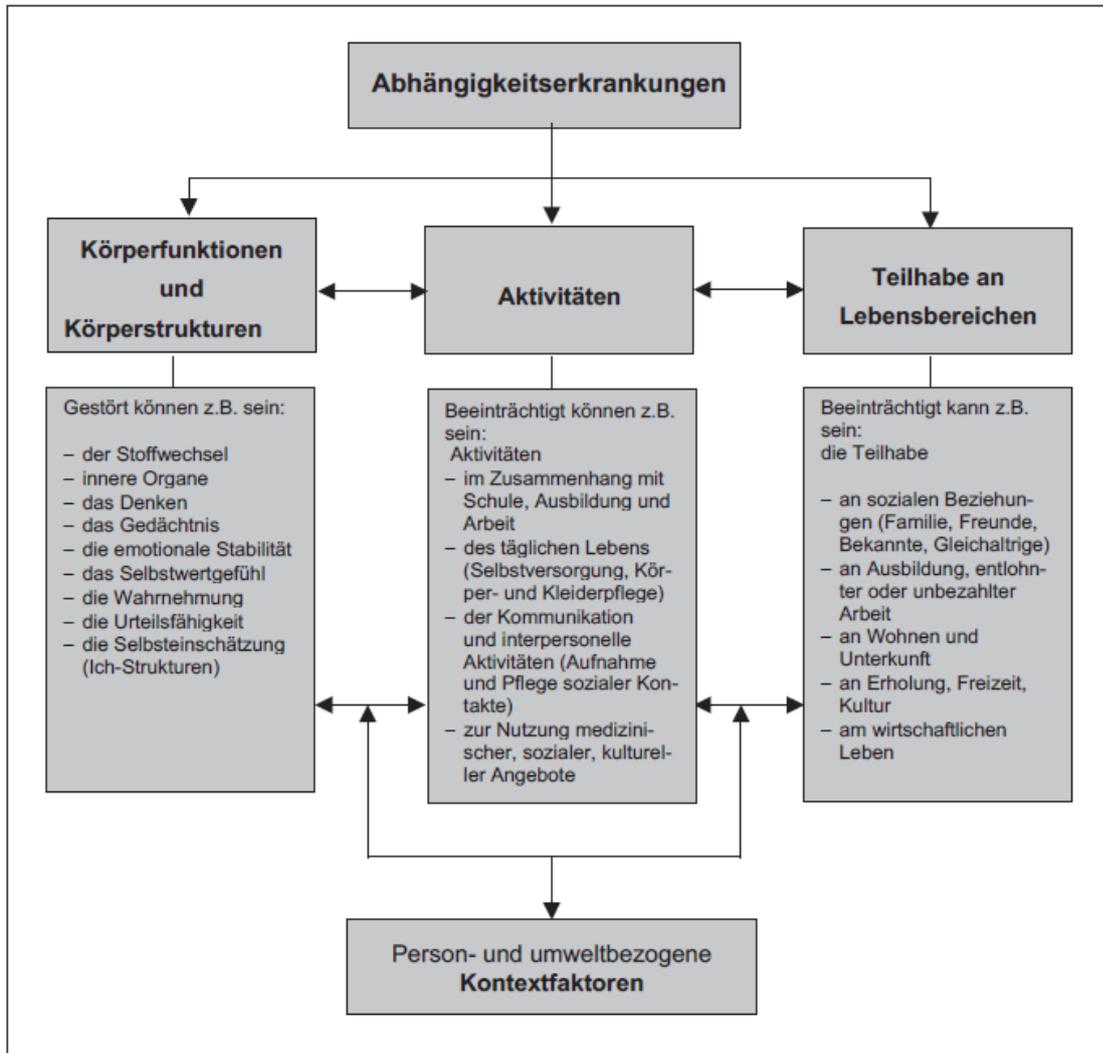
Bezogen auf Personen mit Abhängigkeitserkrankungen geht es um Zielsetzungen bzgl. der Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, um die Behebung oder den Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen sowie die möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung, 2008; Geyer et al., 2006).

Im Rahmen der Suchtrehabilitation werden medizinische, schulische bzw. berufliche und soziale Maßnahmen angeboten (Watzke, 2006). Grundvoraussetzung für die Genehmigung von Leistungen sind die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit sowie die Rehabilitationsprognose (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 19).

Die Rehabilitationsbedürftigkeit bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen verdeutlicht das Schaubild zu Abhängigkeiten unter Bezugnahme auf die ICF aus der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 19) (Abbildung 1-8). Beeinträchtigungen sind auf allen Komponenten der ICF zu finden. Berufsbezogene Einschränkungen beziehen sich auf die Komponente der Teilhabe. Andreas et al. (2011) fanden spezifische Charakteristika von Abhängigkeitserkrankten im Vergleich zu anderen psychisch Erkrankten in den Bereichen Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und Teilhabe. Unter anderem waren Abhängigkeitserkrankte auch in den umweltbezogenen Problembereichen „Wohnbedingungen“ und „Beruf und Freizeit“ stärker belastet. Insgesamt benennen sie eine „hohe Relevanz funktionaler, sozialer und umweltbezogener Problembereiche für die stationäre Rehabilitationsbehandlung Suchterkrankter“ (Andreas et al., 2011, S. 40).

## Theoretischer Hintergrund

### 1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation



**Abbildung 1-8:** Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 19)

Die aufgeführten Einschränkungen Suchterkrankter zeigen die Notwendigkeit eines breiten, interdisziplinären Behandlungsspektrums. Als Handlungsprinzipien der Rehabilitation und Teilhabe werden die Frühzeitigkeit bei der Entdeckung einer Abhängigkeitsentwicklung, die schnelle Einleitung von Rehabilitationsleistungen, bedarfsgerechte und individuell angepasste Leistungen zur Teilhabe durch die Entwicklung passgenauer Rehabilitationskonzepte, die Zugänglichkeit der Angebote, der Einbezug des sozialen Umfeldes und die interdisziplinäre Zusammenarbeit genannt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Egner et al., 2009).

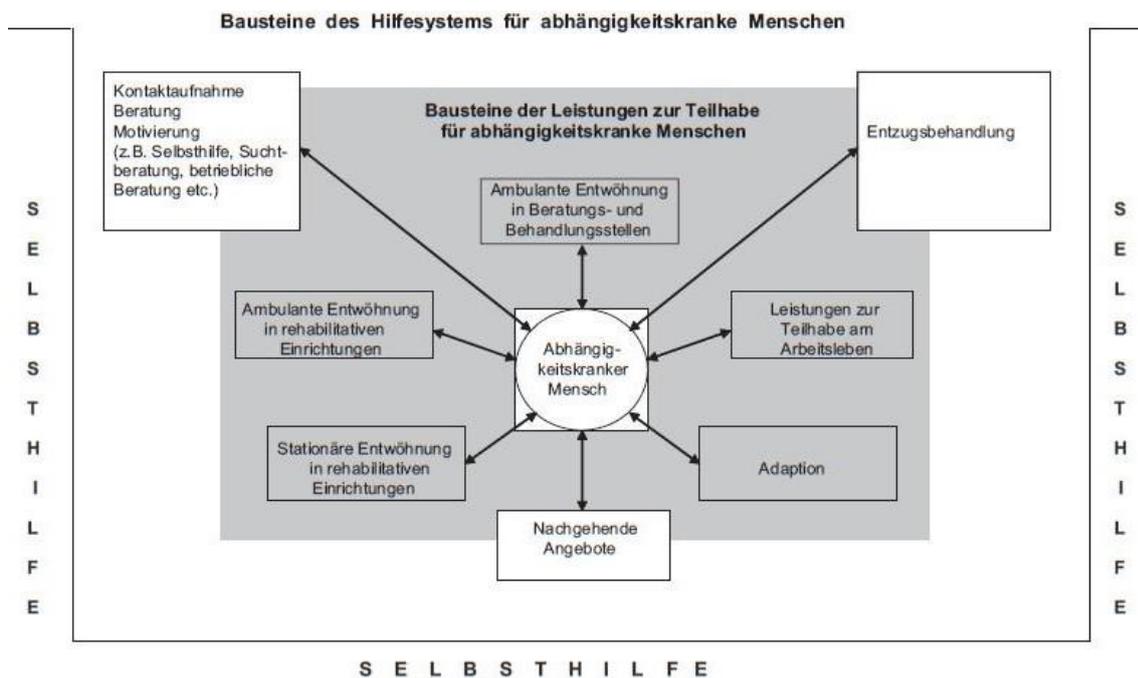
### ***Art und Umfang der Suchtrehabilitation***

Um den Bedürfnissen der Abhängigkeitserkrankten, -gefährdeten und der Angehörigen begegnen zu können, bietet das deutsche Rehabilitationssystem ein breit gefächertes Angebot. Neben ambulanten, stationären und kombinierten Angeboten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sowie den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es Einrichtungen der

## Theoretischer Hintergrund

### 1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation

Nachsorge und komplementäre Einrichtungen (z. B. Adaption, Betreutes Wohnen, soziotherapeutische Einrichtungen). Diese werden durch die im Rahmen der Suchtbehandlung häufig genutzte Selbsthilfe ergänzt<sup>7</sup> (Abbildung 1-9) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Schay, 2011a; Weissinger & Missel, 2006). Die Zuständigkeit, die Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen (ambulante, stationäre Entwöhnung und Entzugsbehandlung) werden durch die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2001) geregelt, in der auch Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen definiert sind.



**Abbildung 1-9:** Bausteine des Hilfesystems für abhängigkeitskranke Menschen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 53)

Den Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ermöglichen zumeist niedrigschwellige Suchtberatungsstellen (Egner et al., 2009). Der Antritt einer Entwöhnungsbehandlung ist jedoch nur bei vorherigem Entzug möglich, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen. Dieser wird zumeist stationär in Krankenhäusern oder in psychiatrischen Abteilungen als „qualifizierter Entzug“ mit weiteren Hilfeangeboten und qualifizierter Besetzung durchgeführt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006). Die Zuständigkeit für den Entzug liegt bei den Krankenkassen (Köhler, 2009).

Die Entwöhnungsbehandlungen werden ambulant, teilstationär und stationär oder auch in Kombinationsbehandlungen in den Einrichtungen des deutschen Suchthilfesystems durchge-

<sup>7</sup> Eine ausführliche Darstellung der im Folgenden beschriebenen Maßnahmen bietet die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aus der „Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ Heft 12, Ausgabe 2006.

**Theoretischer Hintergrund**  
**1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

führt und sind der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen. Unterschiede bei der Behandlung von Alkoholabhängigen vs. Drogenabhängigen liegen in der Bewilligungsdauer und teilweise in der Art der notwendigen Interventionen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Egner et al., 2009; Geyer et al., 2006; Schay, 2011a) (Abbildung 1-10).

<b>Medizinische Rehabilitation</b>	<b>Leistungsform</b>	<b>Bewilligungsdauer</b>
<b>Alkohol und Medikamente</b>	Stationär	8 / 12 / 16 Wochen
	Teilstationär	8 / 12 / 16 Wochen
	Ambulant	6–18 Monate
	Adaption	Bis zu 12 Wochen
<b>Drogenabhängigkeit</b>	Stationär	13–26 Wochen
	Teilstationär	12–16 Wochen
	Ambulant	6–18 Monate
	Adaption	12–16 Wochen

**Abbildung 1-10:** Bewilligungsdauer bei unterschiedlichen Leistungs- und Therapieformen (modifiziert nach Egner et al. (2009, S. 22))

Durch die Etablierung der ambulanten Suchtrehabilitation finden sich im stationären Setting gehäuft „KlientInnen mit einem instabilen und konflikthaften sozialen Netz, einem langjährigen Suchtmittelkonsum und einem hohen intrapsychischen Belastungspotential“ (Surgesbrilon, 2004, S. 64), für die ein höherer Behandlungsbedarf besteht. Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen zählt seit vielen Jahren die interdisziplinär betreute stationäre Adaptionsbehandlung. Diese ist ein Angebot zur weiteren Erreichung und Stabilisierung der beruflichen und sozialen Integration, welche zumeist im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchgeführt wird. Der Fokus der Adaptionsphase liegt auf der Erprobung der eigenverantwortlichen Lebensführung und der Fähigkeit der Erwerbstätigkeit unter möglichst realen Alltagsbedingungen. Die Rehabilitanden leben in Wohngemeinschaften und absolvieren Praktika in Betrieben vorrangig des ersten Arbeitsmarktes. Dies dient der „Ablösung vom stationären Therapieprozess als auch der weiteren Stabilisierung der Abstinenz unter erhöhten Belastungsbedingungen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 70–71; Schay, 2011a).

Im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung bzw. Adaptionsbehandlung ist häufig ein nachgehendes Hilfsangebot indiziert, welches als teilstationäres Setting (Betreutes Wohnen), in ambulanten Beratungsstellen und/oder in Form von Selbsthilfegruppen stattfinden kann (Papenbrock, 2004). Bei Nachsorgeleistungen handelt es sich um „definierte Gruppen oder Einzelgespräche, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen dienen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 2). Diese kommen dann in Betracht, wenn die Versorgung durch eine Selbsthilfegruppe oder eine ambulante Psychotherapie nicht indi-

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

ziert oder ausreichend ist. Zu den Nachsorgeinstitutionen wird bereits gegen Ende der Entwöhnungsbehandlung ein erster Kontakt hergestellt (Bader & Heise, 2000; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Der Nachsorge liegt der Gedanke zugrunde, dass gesundheitsbezogene Verhaltens- oder Lebensstiländerungen und auch die Bewältigung chronischer Erkrankungen „länger andauernde, zum Teil lebenslange adaptive Prozesse“ sind (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008, S. 1). Leistungen der Nachsorge sind: die Sicherung des therapeutischen Erfolgs (z. B. Überprüfung von Therapiezielen an der Realität, Abstinenzsicherung, Rückfallprävention und -bearbeitung, Krisenintervention), Maßnahmen der beruflichen (Wieder-) Eingliederung (z. B. Begleitung bei berufsfördernden Maßnahmen, schulische und berufliche Beratung, Vermittlung in Arbeitsprojekte) und soziale Aspekte (z. B. Außenorientierung, soziale Integration, Wohnungssuche, Selbsthilfe, Familiengespräche, Aufbau eines abstinenten, sozialen Netzes, Schuldenregulierung, Förderung des Freizeitverhaltens) – „alles natürlich in Selbstverantwortung und mit dem Ziel der Autonomie und Ablösung aus dem Hilfesystem“ (Papenbrock, 2004, S. 32).

Als weitere, komplementäre Betreuungsangebote im Suchthilfesystem werden Wohngemeinschaften, Übergangseinrichtungen, soziotherapeutische Heime und Wohnheime genannt.

Selbsthilfeangebote werden neben professionellen Angeboten als gleichwertige Säule im Hilfesystem aufgeführt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006).

Einen aktuellen Überblick über Angebote der Suchtkrankenhilfe und das System der Suchtrehabilitation geben Weissinger & Missel (2012).

#### **1.2.3 Angebote und Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen im Suchtbereich**

Aufgrund der zuvor aufgeführten Einschränkungen von Suchterkrankten im beruflichen Bereich sollte bereits „die medizinische Rehabilitation als Teil eines übergreifenden berufsorientierten Partizipationsmanagements“ verstanden werden (Müller-Fahrnow et al., 2005, S. 33).

Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung der medizinischen Rehabilitation werden medizinisch-beruflich orientierte Maßnahmen (MBOR) durchgeführt. Hierzu gehören insbesondere die Arbeitstherapie, berufsbezogene Trainings und Beratungen sowie Belastungserprobungen (Löffler et al., 2011; Neuderth, Gerlich & Vogel, 2009). In der Adaptionsphase umfassen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit die Entwicklung einer beruflichen Perspektive, die Heranführung an den beruflichen Alltag sowie die berufliche und soziale Integration vor Ort. Hierbei sind Kontakte zur Agentur für Arbeit/ARGE (z. B. zur Arbeitssuche und Vermittlung in Maßnahmen), die Vermittlung berufsorientierter Praktika, die Vermittlung in Schulen sowie die Hilfestellung bei Bewerbungen zentral (Schay, 2011a).

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hingegen „werden gem. § 35 SGB IX durch Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen ausgeführt“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 76) und unabhängig von der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) als eigenständige Leistung (§ 33 SGB IX) aufgeführt (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., 2006). Für die Verbesserung der beruflichen Teilhabe kann auch die Unterstützung durch betreute Wohnformen notwendig sein (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006). Jedoch wird nur ein kleiner Teil der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Abhängigkeitserkrankte erbracht, „obwohl sie chronisch krank, bei Arbeitslosigkeit hoch rückfallgefährdet sind und – wie psychosomatische Patienten auch – durch psychiatrische Komorbiditäten [...] weiterhin in ihrer Erwerbsfähigkeit gefährdet sein können“ (Kulick, 2009, S. 6). Dies könnte damit zusammenhängen, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Suchterkrankte oft erst nach einer längerfristigen Stabilisierung genehmigt werden und eine nahtlose Erbringung nicht möglich ist (Weissing, 2008).

In der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter gibt es durch die relativ langen Behandlungszeiten bessere Umsetzungsmöglichkeiten arbeitsbezogener Maßnahmen (Köhler, 2009), als dies für andere Bereiche der medizinischen Rehabilitation gesehen wird (Müller-Fahrnow et al., 2005). Bei der Analyse der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) ist laut Köhler (2009) ersichtlich, dass in der Suchtrehabilitation bereits eine gehäufte Anwendung berufsorientierter Leistungen existiert. Diese kämen vermehrt arbeitslosen Rehabilitanden zu Gute, jedoch seien hier einschränkend die unterschiedlichen Dokumentationsgewohnheiten der Einrichtungen zu nennen und damit die fehlende Aussagekraft bzgl. der Umsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung.

Die Themen der Nachsorge betreffen alle Aspekte, die der Sicherung des Erreichten und dem Transfer in den Alltag dienen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008, S. 2), beinhalten also nur zu einem gewissen Anteil spezifische berufliche Maßnahmen. Im gemeinsamen Rahmenkonzept zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung (2012, S. 3) wird als konkret berufsbezogener Nachsorgeinhalt lediglich die „Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder-)Eingliederung (z. B. Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung)“ explizit aufgeführt. Der Übergang in die Nachsorge zur längerfristigen Unterstützung der sozialen und beruflichen Integration wird häufig nicht umgesetzt (Bader & Heise, 2000; Schwoon, 2000). Zudem ist in Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen eine intensive Betreuung, wie diese z. B. im Betreuten Wohnen angeboten wird, nicht gegeben (Bader & Heise, 2000; Schay, 2011b). Das Betreute Wohnen bietet Hilfen zur (Wieder-) Herstellung lebenspraktischer Kompetenzen, um gesellschaftliche (Wieder-) Eingliederung zu fördern, und kann mit weiteren Angeboten der Suchtrehabilitation kombiniert werden (Weissing & Missel, 2006). Es kann jedoch aufgrund des begrenzten Angebots, je nach Region, nur von einer Teilgruppe der Suchtrehabilitanden in

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

Anspruch genommen werden (Bader & Heise, 2000). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren fordert, „zusätzliche berufliche Rehabilitationsleistungen [...] im Verlauf und am Ende der medizinischen Rehabilitation für den Übergang in die Erwerbsphase [...] regelmäßig zu sichern“ und „die Förderung von Arbeitsprojekten und Initiativen zum (Wieder-) Einstieg in das Erwerbsleben“ auszubauen und zu vereinfachen. Leistungserbringer werden aufgefordert, „neue Initiativen für Arbeitsprojekte zu entwickeln und diese professionell zu realisieren“ (Bader et al., 2008, S. 19–20). In einem Konsenspapier des Schnittstellenausschusses des Drogen- und Suchtrats wird auf die Bedeutung der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (ehemaliger) Suchtmittelabhängiger hingewiesen. Unter anderem werden die vertragliche Gestaltung der Schnittstelle und die Ausweitung der Kooperation zwischen Einrichtungen der Suchtrehabilitation und den Agenturen für Arbeit/Jobcenter empfohlen und ein erhöhter Betreuungsschlüssel für solche Personen als wichtig erachtet (Bahemann, Koch, Zemlin & Weissinger, 2012).

Die Wirksamkeit und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankte in Deutschland ist (z. B. bzgl. Abstinenz, beruflicher Integration) vielfach belegt (Fischer et al., 2007; Haaf & Schliehe, 2001; Pfeiffer-Gerschel, Künzel & Steppan, 2011; Sonntag & Künzel, 2000; Süß, 2004, 2005). Über katamnestiche Ergebnisse von Entlassjahrgängen wird regelmäßig berichtet (Fischer et al., 2012; Missel et al., 2012; Schneider et al., 2012). Die Katamnesticheergebnisse können je nach Bereich und Entlassjahrgang schwanken und sind „ohne differenzielle Berücksichtigung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen problematisch“, weshalb deskriptive Darstellungen gewählt werden (Missel et al., 2012, S. 25). In den Katamnesticheergebnissen wird die Rückfallgefahr trotz erfolgreich abgeschlossener Rehabilitation sichtbar. Zur beruflichen Integration nach der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit schlussfolgern Buschmann-Steinhage & Zollmann (2008), dass zwar die Verminderung der Berentung durch Erwerbsfähigkeit verhindert oder hinausgeschoben werden könne, die (Wieder-) Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung jedoch nicht erreicht werde. Adaptionsbehandlungen scheinen Abstinenzserfolge und berufliche Integrationsergebnisse verbessern zu können (Weiler & Heining, 2005).

Henke, Henkel, Nägele, Pagels & Wagner (2010) berichten aus einer Umfrage in Grundsicherungsstellen im Rahmen des SGB II, dass sich der Umgang mit Personen mit Suchtproblematik allgemein und auch bzgl. der beruflichen Integration und der Kooperation mit Suchthilfeeinrichtungen sehr unterschiedlich darstelle. Die Kooperation mit Suchthilfeeinrichtungen wird von den befragten Einrichtungen als Erfolgsfaktor gesehen. Die Wirksamkeit und der Einfluss von spezifischen, also auch beruflichen Maßnahmen kann aus diesen Ergebnissen nicht ermittelt werden (vgl. Köhler, Grünbeck & Soyka (2007)). Sie sind jedoch anzunehmen, da solche Maßnahmen, wie aufgezeigt, einen bedeutenden Anteil in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter haben.

Betrachtet man suchtspezifische internationale Studien zeigen sich positive Wirkungen beruflicher Maßnahmen auf die berufliche Integration (Reif, Horgan, Ritter & Tompkins, 2004;

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

Siegal, Fisher, Rapp & Kelliher, 1996) und die Kosteneffektivität (Shepard & Reif, 2004) wobei der Erfolg unterschiedlicher Maßnahmen variiert (Platt, 1995). In den Reviews zur beruflichen Rehabilitation von Platt (1995) und Magura et al. (2004) wird deutlich, dass sich berufsbezogene Programme zumeist auf geschützte Arbeitsplätze, auf Arbeitssuche und Arbeitsintegration und auf berufsbezogene Skills beziehen. Die langfristige Begleitung nach erfolgreicher Integration findet dabei kaum Beachtung. Andernorts wird berichtet, dass Arbeitnehmer, die im Rahmen eines standardmäßigen „Employee assistance programs“ fortlaufend Kontakte zu einem Nachsorgebetreuer hatten, weniger Rückfälle, höhere Anwesenheitszeiten und weniger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufwiesen (Foote & Erfurt, 1991). Durch den zusätzlichen Einbezug von Familienmitgliedern oder anderen Personen konnten zudem weitere Probleme aufgefangen und Rückfälle früher entdeckt oder gar verhindert werden (Foote, Googins, Moriarty & Sandonato, 1994). In ihrem Review zu beruflichen Maßnahmen in der Suchtbehandlung zeigen Magura et al. (2004), dass es keine berufliche Maßnahme für Suchtmittelabhängige gebe, welche sich generell durchgesetzt habe. Es sei schwierig, aus den vorhandenen, sehr unterschiedlichen Programmen gemeinsame erfolgreiche bzw. weniger erfolgreiche Elemente zu identifizieren. Zudem gebe es viele Studien ohne Kontrollgruppe. Sie fanden zwei Philosophien von Maßnahmen. Eine, die die Abstinenz als Voraussetzung sieht und bei der schnellere Erfolge erzielt werden, sowie eine, bei der berufliche Hilfen als Unterstützung gesehen werden, um die Reduktion des Substanzkonsums anzustoßen. Letztere hat dadurch eher therapeutischen Benefit. Berufliche Maßnahmen bei methadongestützten Therapien seien weniger erfolgreich. Insgesamt gebe es bisher lediglich Evaluationen des „black box types“, ohne dass wichtige Elemente bestimmt worden seien und zumeist auch ohne zugrunde liegende Theorie oder empirische Annahmen entwickelt worden seien. Die Autoren merken an, dass die berufliche (Wieder-) Eingliederung von Klienten viele Themen beinhalte: u. a. die Unfähigkeit, Substanzgebrauch zu kontrollieren; physische und psychische Einschränkungen, die die Arbeitsleistung beeinflussen (möglicherweise aber nicht schwer genug sind um Beihilfen oder Leistungen zu erhalten); die Zurückhaltung von Arbeitgebern, abhängige Personen oder Personen mit krimineller Vergangenheit einzustellen; verminderte Arbeitskenntnisse, -erfahrung oder Ausbildung; Mangel an Selbstvertrauen und Durchhaltevermögen; Behandlungsanforderungen, die mit der Arbeitstätigkeit in Konflikt stehen sowie auch Bedenken bzgl. des „verratenden“ Patientenstatus (Magura et al., 2004, S. 2205). Zudem sei das Ideal des Vollzeitjobs nicht ausreichend, um berufliche Unabhängigkeit zu erlangen, da es häufig niedrige Löhne für schlecht oder unausgebildete Arbeiter gebe.

Beschreibungen und Wirksamkeitsnachweise berufsbezogener Angebote in Deutschland beziehen sich zumeist auf einzelne Projekte. Ates, Langer, Erbas, Tretter & Wehner (2005) stellen eine Kosten-Nutzen-Analyse im Rahmen einer explorativen Studie vor, die positive Ergebnisse für ein Arbeitsprojekt für langjährig Drogenabhängige und Substituierte hervorbrachte, wobei die Autoren einschränkend auf methodische Schwierigkeiten der Studie hinweisen. Von Weissinger (2012) (vgl. auch Weissinger & Missel (2012)) wird das Thema des

## **Theoretischer Hintergrund**

### **1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation**

Schnittstellenmanagements aufgegriffen. Es werden Projekte beschrieben, die durch spezifische Interventionen an der Schnittstelle der medizinischen Rehabilitation zur beruflichen Integration, positive Ergebnisse erreichen konnten, z. B. bzgl. Abstinenz und beruflicher Integration, (vgl. Stopp (2009), Kainz et al. (2010) und Kainz et al. (2011)). Dies gelang beispielsweise durch ein frühzeitiges berufliches Assessment oder durch gezieltes Fallmanagement von Personen mit berufsbezogenen Problemen. Kulick (2009) führt innovative Konzepte in der Behandlung von Suchtpatienten auf, die fast alle einen eindeutigen Erwerbsbezug haben und bei denen die berufliche Wiedereingliederung im Vordergrund steht. Sie beschreibt Modelle der Fallbegleitung, ein Modell der Kombi-Behandlung (stationär und ambulant) und das Projekt BORIS, das ein spezifisches berufsbezogenes Assessment für Personen mit Vermittlungshemmnissen anbietet und durch andere Maßnahmen (z. B. betriebliches Eingliederungsmanagement) ergänzt werden kann. Das Bundes- und Landesmodellprojekt FAIRE (Fachstelle für Arbeitsmarktintegration in der Suchthilfe) „hat das Ziel, die Kooperation zwischen der Suchtkrankenhilfe und den Akteuren/Institutionen der Arbeitsmarktintegration zu verbessern“ und bietet Handlungsleitlinien des Schnittstellenmanagements (Frietsch, Holbach & Link, 2009, S. 4). Ein aus dem Modellprojekt „jobwärts“ entstandener Leitfaden bietet Materialien und eine Dokumentationssoftware für Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe, um diese bei der Beratung der Arbeitsmarktintegration der Klienten zu unterstützen (Frietsch, Hartmann-Graham, Holbach & Krauß, 2008).

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte lediglich ein Projekt im Suchtbereich identifiziert werden, welches mit dem Angebot der in dieser Arbeit untersuchten Studie vergleichbar scheint, sich jedoch an eine andere Zielgruppe (arbeitslose Methadonsubstituierte) richtet:

Angelehnt an eine berufliche Intervention für psychische Kranke (Individual Placement and Support (IPS)) (Becker & Drake, 1994; Drake, Bond & Becker, 2012) wurde ein Programm für die berufliche Unterstützung von methadonsubstituierten Patienten entwickelt (Blankertz, Magura, Madison & Spinelli, 2003; Blankertz & Staines et al., 2003).

Das Programm Comprehensive Employment Supports (CES) zeichnet sich aus durch:

- das Ziel der Tätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt
- Zugangskriterien: Arbeitswille, Abstinenz in den letzten 30 Tagen (bestätigt durch wöchentliche Urinkontrollen), keine akute schwere psychische Erkrankung
- Aspekte der Maßnahme:
  - Individualität, Eins-zu-Eins Arbeit
  - Intensive, regelmäßige Betreuung (z. B. 3x/Woche), deshalb Begrenzung auf 15-18 aktive Patienten (aktiv = die ersten sechs Monate, danach niederfrequente Weiterbetreuung möglich)
  - aktive Beteiligung der Klienten (z. B. bei der Jobsuche)

## Theoretischer Hintergrund

### 1.2 - Berufliche Rehabilitation und Suchtrehabilitation

- zeitweiser Ausschluss aus dem Programm durch den Behandler möglich (z. B. bei geringer Motivation, vielen verpassten Terminen, Problemen die der beruflichen Integration im Wege stehen)
- Veränderungsmechanismen als Programmtheorie: Erhöhung der Selbstwirksamkeit und steigern der Arbeitsmotivation

Die Maßnahme setzt sich auch nach der Arbeitsintegration fort, um den Verbleib in der Arbeit zu unterstützen. Sie führte zu einer verbesserten beruflichen Integration, jedoch vor allem in Tätigkeiten ohne regulären Arbeitsvertrag (informal job) (Staines et al., 2004). Im Training Manual des CES werden neben einer inhaltlichen Erläuterung auch Hinweise zur Implementation der Maßnahme in unterschiedlichen Behandlungskontexten gegeben (Clinic-based and Fieldwork CES) (Blankertz & Magura et al., 2003). In der Maßnahme IPS ist zusätzlich noch die Kooperation mit anderen Behandlern integriert (Becker & Drake, 1994). In einem Stufenmodell der beruflichen Aktivität von „no vocational“ bis „Competitive (paid)“ erreichten nach 6 Monaten signifikant mehr CES-Teilnehmer höhere Stufen der beruflichen Aktivität (Staines et al., 2004).

## 2 Manual Modellprojekt BISS

Das Manual des Projekts BISS wurde in Zusammenarbeit mit den Durchführenden und dem Leiter der Rehaklinik Freiolsheim vom Evaluationsteam erstellt. Da es sich bei dem Manual um ein in sich geschlossenes Dokument handelt und als solches in den vorliegenden Bericht eingefügt wurde, unterscheidet es sich im Layout und beinhaltet eine eigenes Inhaltsverzeichnis mit den entsprechenden, separaten Seitenangaben.

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

# Manual Modellprojekt **BISS** Berufliche Integration nach **Stationärer** Suchtbehandlung

---

Ein Modellprojekt des Integrationszentrums Lahr der Rehaklinik Freiolsheim



Integrationszentrum Lahr

Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg

---

## 2- Manual Modellprojekt BISS

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abschnitt 1 – Hintergrund</b> .....	<b>M-3</b>
Rehabilitanden mit Arbeitsplatz.....	M-3
Rehabilitanden ohne Arbeitsplatz .....	M-4
Idee des Modells.....	M-4
Konzeption des Modellprojekts.....	M-4
<b>Abschnitt 2 – Ziele, Zielgruppe und Teilnahmevoraussetzungen</b> .....	<b>M-6</b>
2.1 Ziele .....	M-6
Allgemeine Ziele des Rehabilitationsprozesses der Rehaklinik Freiolsheim .....	M-6
Spezifische Ziele für das Projekt BISS.....	M-6
2.2 Zielgruppe und Rekrutierung .....	M-8
Zielgruppe .....	M-8
Rekrutierung und Vermittlung.....	M-8
Teilnahmevoraussetzungen .....	M-9
<b>Abschnitt 3 – Rahmenbedingungen, Aufwand und Ressourcen</b> .....	<b>M-11</b>
3.1 Rahmenbedingungen.....	M-11
Dauer der Teilnahme .....	M-11
Durchführungsort .....	M-11
Sprechzeiten und Erreichbarkeit .....	M-11
Örtliche Gegebenheiten .....	M-12
Vernetzungs- und Kooperationspartner .....	M-12
3.2 Aufwand und Ressourcen.....	M-14
Bereitgestellte Ressourcen .....	M-14
Zeitlicher Aufwand .....	M-15
Finanzieller Aufwand .....	M-16
<b>Abschnitt 4 – Öffentlichkeitsarbeit</b> .....	<b>M-17</b>
<b>Abschnitt 5 – Dokumentation und Evaluation</b> .....	<b>M-18</b>
5.1 Dokumentation.....	M-18
Klassifikation Therapeutischer Leistungen .....	M-18
Dokumentationssoftware .....	M-18
5.2 Evaluation.....	M-18

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

<b>Abschnitt 6 – Leistungskatalog</b> .....	<b>M-19</b>
6.1 Überblick über den Leistungskatalog .....	M-19
6.2 Projektvorbereitung .....	M-20
Information über BISS .....	M-20
Individuelle Projektvorbereitung .....	M-20
Abschluss des Integrationsvertrages .....	M-20
6.3 Leistungen für alle Klienten (mit und ohne Arbeit) .....	M-21
Durchführung von unangekündigten Alkohol- und Drogenscreenings .....	M-21
Krisenintervention und Organisation von Hilfemaßnahmen .....	M-22
Förderung von Freizeitaktivitäten .....	M-23
Kontakt zu anderen Nachsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen .....	M-23
6.4 Leistungen für Klienten mit Arbeit .....	M-24
Monatliches Gruppenangebot .....	M-24
Einzelberatungen zu berufs- und arbeitsbezogenen Problemen .....	M-24
Routinemäßige Betriebsbesuche .....	M-25
Konfliktgespräche und Mediationen für Klienten und Betriebe .....	M-25
6.5 Leistungen für Klienten ohne Arbeit .....	M-25
Wöchentliches Gruppenangebot .....	M-25
Beratungen und Unterstützung .....	M-26
Praktikumsangebote .....	M-26
6.6 Leistungen für den Arbeitgeber .....	M-27
Besuche am Arbeitsplatz .....	M-27
Ansprechpartner und Einzelberatungen .....	M-27
Kontaktaufnahme bei Fehlzeiten .....	M-27
Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention .....	M-28
Kooperation mit dem Betriebsmedizinischen Dienst .....	M-28
6.7. Teilnahmebeendigung .....	M-28
Regulärer Abschluss und Abschlussgespräch .....	M-28
Beendigung der Teilnahme durch Vertragskündigung .....	M-29
Verlängerung der Teilnahme .....	M-29
<b>Abschnitt 7 – Kontakt und Ansprechpartner</b> .....	<b>M-30</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>M-31</b>

# Abschnitt I

## Hintergrund

Das vorliegende Manual entstand im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojekts BISS im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV Ba-Wü). Folgenden Quellen wurden verwendet:

- Flyer des BISS Projekts (Anhang A1)
- Flyer verschiedener Einrichtungen der Rehaklinik Freiolsheim (Betreutes Wohnen, Adaption Lahr, Rehaklinik Freiolsheim, Tagesklinik Karlsruhe)
- Texte der Rehaklinik Freiolsheim (Jahresbericht 2009 und 2010; 25 Jahre Rehaklinik Freiolsheim; Konzeption Freiolsheim; Konzeption BISS; Leistungsmerkmale der Rehaklinik Freiolsheim)
- Interviews mit den zuständigen Mitarbeitern von BISS sowie der Einrichtungsleitung
- Vorortbesuche des Evaluationsteams

Das Manual stellt das Durchführungskonzept von BISS zum aktuellen Stand im Juli 2012 dar. Änderungen und Weiterentwicklungen des Vorgehens, die im Projektverlauf vorgenommen wurden, sind integriert.

Auf Grund der besseren Lesbarkeit und der Mehrheit der männlichen Klienten wird in diesem Manual der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

### Rehabilitanden mit Arbeitsplatz

Seit einigen Jahren wird die Erfahrung gemacht, dass sich ehemalige Rehabilitanden des Integrationszentrums Lahr sowie deren Arbeitgeber nach der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung durch die Rehabilitationsbehandlung in Krisensituationen an die ursprünglichen Ansprechpartner der Adaption wenden und Rat und Hilfe ersuchen. Die Anfragen übersteigen die zur Verfügung stehenden Ressourcen, um den Anliegen adäquat begegnen und die notwendige Unterstützung bieten zu können.

Arbeitgeber erkennen Auffälligkeiten beim Arbeitnehmer, sind sich jedoch unsicher im Umgang mit den ehemaligen Suchtrehabilitanden, es fehlt ein zuständiger Ansprechpartner.

Die ehemaligen Rehabilitanden wiederum sind mit Konfliktsituationen am Arbeitsplatz konfrontiert, in denen sie sich unsicher und überfordert fühlen. Sind ehemalige Rehabilitanden rückfällig, versuchen diese häufig, den Rückfall vor dem Arbeitgeber und Anderen geheim zu halten. Die Verheimlichung, der fortdauernde Konsum von Suchtmitteln und das Fehlen eines adäquaten Hilfesystems führen häufig zu einem Verlust des Arbeitsplatzes und verhindern eine Rückfallbearbeitung, sodass betroffene Rehabilitanden erneut in die Abhängigkeit gleiten und eine weitere Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung notwendig wird.

### Rehabilitanden ohne Arbeitsplatz

Rehabilitanden, die die Rehabilitation ohne einen festen Arbeitsplatz beenden, fehlt es an adäquater Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche. Die Aufgaben der Nachsorge in Beratungsstellen bezieht sich zwar auch auf arbeitsbezogene Themen, jedoch fehlen die Möglichkeiten, Strukturen und Ressourcen für eine intensive Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung. Auch für Arbeitsagenturen stellen ehemalige Suchtmittelabhängige ein eher schwer zu vermittelndes Klientel dar, wodurch der Betroffene sich in seiner Arbeitsplatzproblematik alleine wiederfindet. Diese Situation stellt eine psychische Belastung dar, die die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen erhöht.

### Idee des Modells

Die genannten Umstände bei ehemaligen Rehabilitanden mit und ohne Arbeit, sowie die Tatsache, dass die meisten regulär entlassenen Rehabilitanden voll arbeitsfähig sind und andere Unterstützungsmaßnahmen (z. B. geschützte Arbeitsplätze, stufenweise Wiedereingliederung) nicht infrage kommen bzw. nicht notwendig sind, führten zu der Idee des Modellprojekts BISS. Die berufliche Integration ehemaliger Rehabilitanden der Adaptions-einrichtung in reguläre Arbeitsstellen soll systematisch begleitet und unterstützt werden. Die Nachhaltigkeit des Therapieerfolges soll gesichert, und im Rahmen einer individuellen Fallbetreuung sollen ehemalige Rehabilitanden sowie (falls vorhanden) deren Arbeitgeber bei der beruflichen Integration begleitet werden. In Krisen und bei Rückfällen sollen durch sofortige Kurzinterventionen und Gesprächsangebote die Verstärkung von Krisen oder der erneute dauerhafte Suchtmittelkonsum verhindert werden, um so längeren Klinikaufenthalten sowie einem Verlust des Arbeitsplatzes entgegenzuwirken.

### Konzeption des Modellprojekts

Bei der beruflichen Integration im Rahmen des Modellprojekts handelt es sich um eine Maßnahme, die dem Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation zuzuordnen ist.

Die Konzeption der Inhalte des Modellprojekts baut auf der jahrelangen Erfahrung der Mitarbeiter auf und bezieht wissenschaftliche Erkenntnisse mit ein. Die Kombination von bekannten (berufsbezogenen) Interventionen mit neuen Elementen ergibt ein Projekt, welches in dieser Art in der Nachsorge von Suchtrehabilitanden bisher nicht vorliegt. Das Projekt soll eine Versorgungslücke im Übergang von der Rehabilitationsbehandlung in die Selbstständigkeit schließen.

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

Folgende, zumeist klientenzentrierte Angebote von BISS sind angelehnt an Angebote in der Nachsorge und Betreuung von Suchtrehabilitanden:

### Angebote angelehnt an die bisherige Nachsorge

- Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche
- Begleitung und Beratung beim Umgang mit den Arbeitsbehörden
- Beratung und Hilfe bei Konfliktsituationen
- Unterstützung der Abstinenz durch Teilnahme an einer Gruppe zur Rückfallprophylaxe und Förderung der Selbsthilfe-Integration
- Krisenintervention und rasche Organisation von Hilfemaßnahmen im Fall von Rückfälligkeit
- Unterstützung und Förderung von Ausgleichsmaßnahmen im Freizeitbereich zur Kompensation von Arbeitsbelastungen
- Regelmäßige Kontaktpflege mit den suchtbefragten Nachsorgeeinrichtungen wie (Sucht-)Beratungsstellen oder Betreutes Wohnen

Über die übliche Nachsorge von Suchtrehabilitanden gehen folgende Angebote hinaus:

Innovative Inhalte	Kurzdarstellung der Inhalte
<b>Integrationsvertrag (Dreiecksvertrag)</b>	Direkte Einbindung des Arbeitgebers durch einen Vertrag zwischen Klient, dem Integrationszentrum und dem Arbeitgeber. Dieser entbindet die BISS-Mitarbeiter von der Schweigepflicht und ermöglicht so die Kommunikation über den Beruf betreffende Belange und gibt die Erlaubnis zur gegenseitigen Kontaktaufnahme.
<b>Intensive Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber</b>	Regelmäßige Besuche am Arbeitsplatz, arbeitsbezogene Gesprächsangebote für Arbeitgeber und Klienten, Ansprechpartner bei Rückfallverdacht oder sonstigen betrieblichen Auffälligkeiten, Kooperation mit betriebsmedizinischen Diensten, Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention.
<b>Unangekündigte Drogen- und Alkoholscreenings</b>	Bereitschaft der Klienten zur Durchführung von unangekündigten Drogen- und Alkoholscreenings während der gesamten Projektteilnahme für alle Klienten.

Die Kombination der genannten Inhalte stellt die Grundlage des Konzeptes von BISS dar und soll zur Erfüllung der im Folgenden genannten Ziele beitragen. Diese Art der Nachsorge, insbesondere der aktive Einbezug der Arbeitgeber fehlt in der aktuellen Standardversorgung in der Rehabilitation von Suchterkrankten. Die Maßnahmen ersetzen nicht die Leistungen der Nachsorge nach stationärer Suchttherapie oder das Betreute Wohnen.

Die genaue Beschreibung der einzelnen Leistungen und Maßnahmen ist in Abschnitt VI dargestellt.

## Abschnitt 2

### Ziele, Zielgruppe und Teilnahmevoraussetzungen

#### 2.1 Ziele

##### Allgemeine Ziele des Rehabilitationsprozesses in der Rehaklinik Freiolsheim

Als Teil des Rehabilitationsprozesses in der Rehaklinik Freiolsheim gelten auch für BISS die Behandlungszielsetzungen der Klinik als grundlegende Ziele, wobei auf bestimmten Zielbereichen ein besonderer Fokus liegt.

##### Übergreifende Behandlungszielsetzungen aus der „Konzeption der Rehaklinik Freiolsheim“

##### **Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Leistungsvermögens sowie der psychischen, körperlichen und sozialen Stabilität**

- Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit auf Grundlage einer abstinenten Lebensführung
- Möglichst weitgehende Beseitigung der körperlichen und sozialen Folgen der Suchterkrankung
- Verbesserung der allgemeinen sozialen Kompetenzen und Aufbau von Problem- und Konfliktlösungsmustern zur autonomen suchtmittelfreien Lebensbewältigung
- Wiederherstellung von tragfähigen Beziehungen und Förderung von gesellschaftlicher (Re-)Integration unter Maßgabe einer möglichst zufriedenen Lebensführung
- Aufarbeitung persönlicher Problemlagen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Rehabilitanden
- Vermittlung von Kompetenz zur Rückfallprävention

##### Spezifische Ziele für das Projekt BISS

Primäres Ziel von BISS ist die berufliche Integration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemaligen Suchtmittelabhängigen nach regulärem Abschluss einer Rehabilitationsbehandlung. Um dies zu sichern, ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz ein weiteres Hauptziel des Projekts BISS. Durch Transparenz, Unterstützung und eine Krisenintervention zu einem möglichst frühen Zeitpunkt soll im Falle eines Rückfalls die seelische und körperliche Schädigung, Kriminalität sowie Folgekosten durch Arbeitsplatzverlust und erneute Behandlungen verhindert werden. Daneben geht es aber auch um die Unterstützung in allgemeinen Belangen, die mit der Arbeitstätigkeit, der Freizeit und der Suchterkrankung zu tun haben. Zudem ist auch die Verbesserung der Öffentlichkeitswirksamkeit der Klinik ein Ziel. Die Klinik verspricht sich ferner eine erhöhte mediale Aufmerksamkeit.

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

Zielbereiche von BISS	Erläuterung
<b>Sicherung der beruflichen Integration in den ersten Arbeitsmarkt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übernahme in feste Arbeitsverhältnisse auf dem ersten Arbeitsmarkt (möglichst unbefristet)</li> <li>○ Sicherung des Arbeitsplatzes in Krisen und Rückfallsituationen</li> <li>○ Unterstützung bei Arbeitgebergesprächen</li> <li>○ Sicherheit durch Unterstützung bei Fragen, Problemen und Anliegen für den Arbeitgeber bei Einstellung des ehemaligen Rehabilitanden</li> <li>○ Berufspraktika als Einstiegsmöglichkeit in den Beruf</li> <li>○ Unterstützung bei Bewerbungen</li> </ul>
<b>Sicherung der dauerhaften Abstinenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prophylaxe durch regelmäßige Drogen- und Alkoholkontrollen</li> <li>○ Themen zur Rückfallprävention in den Gruppen</li> <li>○ Sofortige Meldung von Fehltagen/ auffälligem Verhalten durch den Arbeitgeber</li> </ul>
<b>Schnelle Hilfe in Rückfallsituationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Offener Umgang mit Rückfällen durch alle Beteiligten</li> <li>○ Information des Arbeitgebers über Rückfälligkeit</li> <li>○ Rückfallaufarbeitung</li> <li>○ Arbeitgebergespräche zur Sicherung des Arbeitsplatzes</li> <li>○ Falls notwendig: Entgiftung und Kurzzeittherapie</li> <li>○ Verhinderung weiterführender Kosten durch erneute Langzeittherapien und Arbeitslosigkeit</li> </ul>
<b>Unterstützung bei allgemeinen Anliegen und Krisen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einzel- und Gruppengespräche bei alltäglichen Schwierigkeiten und Krisen</li> <li>○ Gemeinsame Gesprächsangebote für Arbeitgeber und Arbeitnehmer</li> </ul>
<b>Unterstützung in der Freizeitgestaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktive Unterstützung der Freizeitausgestaltung</li> </ul>
<b>Unterstützung des Arbeitgebers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gesprächsangebot bei Rückfragen und Unsicherheiten</li> <li>○ Fester Ansprechpartner in der Einrichtung</li> <li>○ Unterstützung durch Fachkompetenz (Suchtpräventionsangebot im Betrieb)</li> <li>○ Aufbau einer positiven Zusammenarbeit, um auch spätere Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu erhöhen</li> </ul>
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erhöhung der Attraktivität der Klinik durch zusätzliches Angebot</li> <li>○ Verbesserung der Behandlungsqualität</li> <li>○ Verbesserung der Katamneseergebnisse</li> <li>○ Erhöhung des Klientenzulaufs</li> <li>○ Vermittlungen zu BISS von externen Stellen und Einrichtungen (z. B. große Betriebe, Beratungsstellen, andere Rehabilitationseinrichtungen)</li> </ul>

## 2.2 Zielgruppe und Rekrutierung

### Zielgruppe

Zielgruppe des Projekts sind ehemalige Suchtmittelabhängige nach erfolgreicher stationärer Rehabilitationsmaßnahme mit regulärer Beendigung, die in der beruflichen Integration bzw. Reintegration stehen.

Primär richtet sich das Projekt an ehemalige Rehabilitanden der Adaption Lahr. Aber auch andere Vermittlungsmöglichkeiten (siehe nächster Punkt) sind denkbar, soweit die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind.

### Rekrutierung und Vermittlung

*Klienten aus der Adaption des Integrationszentrums:*

Rehabilitanden des Integrationszentrums nehmen gegen Ende der Adaptionsphase an Informationsveranstaltungen zum Projekt BISS teil. Kommt es, anschließend an das obligatorische Praktikum während der Adaptionsphase, zu einer Weiterführung des Arbeitsverhältnisses, wird dem jeweiligen Arbeitgeber sowie dem Rehabilitanden das Projekt vorgestellt und eine Teilnahme empfohlen. Anschließend an die Vorstellung des BISS-Programms füllen die potenziellen Klienten einen Bewerbungsbogen (Anhang A2) aus. Bei Klienten mit Arbeit kann daraufhin der Dreiecksvertrag (Anhang A3) mit dem Arbeitgeber abgeschlossen. Mit Klienten ohne Arbeit wird erst nach regelmäßiger Teilnahme bis zum dritten Gruppentermin, ein Vertrag (Anhang A4) geschlossen, um die Dauerhaftigkeit der Teilnahmebereitschaft zu überprüfen.

*Klienten von anderen Einrichtungen und Stellen:*

Regelmäßigen Informationsveranstaltungen für Betriebe, Beratungsstellen, Arbeitsagenturen und andere interessierte Einrichtungen geladen werden, sollen auf das Projekt aufmerksam machen.

Auf Wunsch von kooperierenden Stellen besteht die Möglichkeit, das Projekt vor Ort vorzustellen.

Durch weitere Öffentlichkeitsarbeit (siehe Abschnitt IV) (Flyer, Zeitungsartikel) soll das Projekt in der Umgebung bekannt gemacht werden, um mögliche Kooperationspartner auf BISS aufmerksam zu machen (Anhänge A1 und A6).

Vermittlungen können über die Ansprechpartner des BISS-Teams vorgenommen werden. Möglich sind z. B. Vermittlungen...

- von Beratungsstellen der Umgebung
- von anderen Rehabilitationseinrichtungen, deren Rehabilitanden sich in der Nähe des Integrationszentrums beruflich integrieren möchten (inkl. Tagesklinik und Betreutes Wohnen der eigenen Einrichtung)
- von Betrieben der Umgebung, deren Mitarbeiter von Rehabilitationsmaßnahmen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren
- und von der Agentur für Arbeit bzw. der Kommunalen Arbeitsförderung.

Für alle externen und damit dem BISS-Team unbekanntem Klienten findet ein Erstgespräch statt, um eine individuelle Planung der Teilnahme vorzunehmen und die Teilnahmemotivation zu klären. Anschließend an die Vorstellung des BISS-Programms füllen die potenziellen Klienten einen Bewerbungsbogen (Anhang A<sub>2</sub>) aus. Bei Klienten mit Arbeit kann daraufhin der Dreiecksvertrag mit dem Arbeitgeber (Anhang A<sub>3</sub>) abgeschlossen. Mit Klienten ohne Arbeit wird erst nach regelmäßiger Teilnahme bis zum dritten Gruppentermin, ein Vertrag (Anhang A<sub>4</sub>) geschlossen, um die Dauerhaftigkeit der Teilnahmebereitschaft zu überprüfen.

### Teilnahmevoraussetzungen

Sowohl für externe Klienten als auch für ehemalige Rehabilitanden des Integrationszentrums gelten die folgenden Teilnahmevoraussetzungen. Auch die Kooperation mit den Arbeitgebern obliegt bestimmten Bedingungen, um ein Ausnutzen der Klienten zu verhindern (z. B. durch andauernde Praktikumsverträge). Zudem ist der Erfolg des Projekts auf eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit aufseiten des Arbeitgebers angewiesen. Die „weichen“ Kriterien (z. B. Bereitschaft zur abstinenter Lebensführung) werden in einem Aufnahmegespräch (siehe Kap. 6.2.) abgeklärt und vertraglich festgehalten.

### Teilnahmevoraussetzungen

- Mindestens 18 Jahre
- Stoffgebundenes Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (F1x.2)
- Wohnort im Einzugsgebiet des Integrationszentrums, d. h. Erreichbarkeit in max. 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Regulär beendete Rehabilitationsmaßnahme innerhalb der letzten drei Monate
- Aktuelle Abstinenz
- Im Abschlussbericht der Rehabilitationsmaßnahme dokumentierte absehbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (mind. 3 h)
- Wunsch und aktuelle Möglichkeit der beruflichen Wiedereingliederung
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Bereitschaft ...
  - ... zur Unterzeichnung des Integrationsvertrages
  - ... zur Entbindung der Mitarbeiter des Integrationszentrums von der Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber, wobei lediglich den Beruf betreffende Belange im Fokus der Kommunikation stehen sollen.
  - ... zur abstinenten Lebensführung, d. h. Suchtmittelverzicht sowohl von illegalen Drogen wie auch von Alkohol. Bei komorbid diagnostizierter Spielsucht (ICD-10: F63.0), wird auch diesbezüglich Abstinenz gefordert.
  - ... zur Abgabe von unangekündigten Drogen- und Alkoholscreenings
  - ... zum transparenten Umgang und Offenheit bzgl. der Abhängigkeitserkrankung und möglichen Rückfällen

### Teilnahmevoraussetzungen für die Betriebe/ Arbeitgeber

- Abschluss eines regulären Arbeits- oder Ausbildungsvertrages mit ehemaligen Suchtmittelabhängigen
- Bereitschaft...
  - ... zum regelmäßigen Austausch, insbesondere im Krisen- und Konfliktfall
  - ... zur Unterzeichnung des Integrationsvertrages und zur Einhaltung der dort aufgeführten Anforderungen
  - ... zur unmittelbaren Meldung von Fehlzeiten

### Kontraindikationen aufseiten der Klienten

- Stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, d. h. im Abschlussbericht der Rehabilitation ist eine Arbeitsfähigkeit von weniger als drei Stunden angegeben
- Langfristig nicht in den ersten Arbeitsmarkt integrierbar
- Aktueller Suchtmittelkonsum
- Abschluss der Rehabilitationsbehandlung liegt länger als drei Monate zurück
- Akute Psychosen
- Akute Suizidalität
- Akut Behandlungsbedürftige, schwere somatische Erkrankung, die eine intensive medizinische Versorgung erfordert
- Gravierende hirnorganische Erkrankungen

## Abschnitt 3

### Rahmenbedingungen, Aufwand und Ressourcen

#### 3.1 Rahmenbedingungen

##### Dauer der Teilnahme

Die Dauer der Teilnahme für den einzelnen Klienten beträgt ein Jahr.

Folgende Bedingungen können zur Verlängerung der Teilnahmeberechtigung führen:

- Aufgefangener Rückfall während des Teilnahmezeitraums
- Der Klient befindet sich in einer Ausbildungssituation, dies ermöglicht die Teilnahme über den gesamten Ausbildungszeitraum
- Anstehende bzw. aktuelle Änderungen der Lebensumstände oder akute schwierige private Situation zum Zeitpunkt der vorgesehenen Teilnahmebeendigung (z. B. Umzug in eigene Wohnung aus dem Betreuten Wohnen, Arbeitsplatzwechsel, Trennungen, usw.)

Über die Verlängerung wird im Einzelfall entschieden und es bedarf dabei immer des Einverständnisses aller drei beteiligten Parteien (Arbeitgeber, Klient, Integrationszentrum). Die letztendliche Entscheidung liegt in der Hand des BISS-Teams des Integrationszentrums.

##### Durchführungsort

Das Projekt BISS ist an das Integrationszentrum Lahr angebunden. BISS fügt sich somit in die Schnittstelle zwischen stationärer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge ein. BISS profitiert hierbei zum einen von bereits vorhandenen Ressourcen (siehe Kap. 3.2.). Für Klienten aus der eigenen Einrichtung kann zum anderen die Vorbereitung für die Teilnahme an BISS bereits in der Adaptionphase begonnen werden (Vorstellung des Projekts, Vertragsunterzeichnung, Arbeitgebergespräche). So soll die „neue“ Schnittstelle zwischen Adaptionphase und BISS für diese Klienten überbrückt werden. Zudem kann auf die bereits bestehenden therapeutischen Beziehungen aufgebaut werden.

##### Sprechzeiten und Erreichbarkeit

Als Sprechzeiten werden die Gruppen genutzt. Weitere Termine sind nach Vereinbarung jederzeit möglich. Durch die Anbindung an das Integrationszentrum sind die Mitarbeiter für Klienten und Arbeitgeber zu den üblichen Öffnungszeiten des Integrationszentrums erreichbar (bei Abwesenheit über Anrufbeantworter oder das Sekretariat). Zudem kann außerhalb dieser Zeiten bei Notfällen auf den Hintergrunddienst des Integrationszentrums zurückgegriffen werden, der rund um die Uhr telefonisch erreichbar ist.

### Örtliche Gegebenheiten

Lahr ist die zweitgrößte Stadt des Ortenaukreises (Große Kreisstadt). Der Standort Lahr bietet die nötige Infrastruktur, die ein solches Projekt fordert:

- Erreichbarkeit von Arbeitsstellen (auch in der Umgebung) mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Vereine und Freizeitangebote für den Freizeitausgleich
- Wohnmöglichkeiten in Arbeitsnähe
- Institutionen wie Kommunale Arbeitsförderung/ Agentur für Arbeit, Beratungsstellen, Bildungseinrichtungen
- Arbeitsmöglichkeiten sowohl durch viele mittelständische Betriebe als auch ortsansässige größere Betriebe
  
- die Zahlen von 2010, 2011 und 2012 zeigen eine leicht niedrige Arbeitslosigkeit im Ortenaukreis (4,5 %; 3,6 %; 3,6 %) im Vergleich zum Land Baden-Württemberg (4,9 %; 4,0 %; 3,9 %) bzw. im bundesweiten Vergleich (7,7 %; 7,1 %; 6,8 %/ Westdeutschland: 6,6 %; 6,0 %; 5,9 %)<sup>1</sup>

### Vernetzungs- und Kooperationspartner

Das Projekt ist mit anderen Stellen vernetzt und arbeitet eng mit ihnen zusammen, um die Arbeit und Bemühungen der Ansprechpartner im Rahmen der Suchtbehandlung und der beruflichen Wiedereingliederung zu koordinieren und sich gegenseitig Unterstützung zu bieten.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Vernetzungs- und Kooperationspartner sowie die Inhalte der Zusammenarbeit. Weitere Informationen können den jeweiligen inhaltlichen Kapiteln entnommen werden.

---

<sup>1</sup> [http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000000/html/start/karten/aloq\\_kreis\\_jahr.html](http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000000/html/start/karten/aloq_kreis_jahr.html)

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

Vernetzungs- und Kooperationspartner	Inhalt der Zusammenarbeit
<b>Adaptionseinrichtungen/ Entwöhnungseinrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vermittlung von Klienten zu BISS</li> </ul>
<b>Beratungsstellen und andere Nachsorgeeinrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallbezogene Zusammenarbeit bzgl. der Nachsorge</li> <li>○ Vermittlung von Klienten zu BISS</li> <li>○ Vermittlung in die Nachsorgeeinrichtungen durch BISS</li> </ul>
<b>Betreutes Wohnen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallbezogene Zusammenarbeit bzgl. der Nachsorge</li> <li>○ Vermittlung von Klienten zu BISS</li> <li>○ Kooperation bzgl. Drogen- und Alkoholscreenings</li> <li>○ Vermittlung in das Betreute Wohnen durch BISS</li> </ul>
<b>Agentur für Arbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallbezogene Zusammenarbeit bzgl. Bezügen, Arbeitssuche und Umschulungen etc.</li> <li>○ Vermittlung von Klienten zu BISS</li> </ul>
<b>Kommunale Arbeitsförderung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallbezogene Zusammenarbeit bzgl. Bezügen, Arbeitssuche und Umschulungen etc.</li> <li>○ Vermittlung von Klienten zu BISS</li> <li>○ Absprachen zur Durchführung oder Weiterführung von Betriebspraktika</li> <li>○ Organisation von Fördermöglichkeiten (z. B. Lohnkostenzuschuss, Finanzierung des Führerscheins)</li> </ul>
<b>Betriebe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bereitstellung von Praktika, Ausbildungsplätzen und Arbeitsstellen</li> <li>○ Themen der Wiedereingliederung</li> <li>○ Vermittlung von Arbeitnehmern nach Suchtrehabilitation</li> </ul>
<b>Führerscheinstelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wiedererlangung des Führerscheins</li> </ul>
<b>Bewährungshilfe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durchführung von UKs durch das Integrationszentrum</li> </ul>
<b>Deutsche Rentenversicherung (DRV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finanzierung</li> <li>○ Antragstellung auf Kostenzusage für Therapien bei Rückfällen</li> <li>○ Erstellung eines Abschlussberichtes für die DRV</li> </ul>

## 3.2 Aufwand und Ressourcen

### Bereitgestellte Ressourcen

Das Pilotprojekt wird über einen Zeitraum von drei Jahren finanziert. Das Projekt greift aktuell auch auf Ressourcen des Integrationszentrums (Adaption und Betreutes Wohnen) zurück. Eine detaillierte Trennung der Ressourcen ist häufig aufgrund der engen Verknüpfung der Einrichtungen nicht möglich. Die Herkunft der jeweiligen Ressourcen ist in der Tabelle gekennzeichnet.

Ressourcen	Herkunft der Ressourcen		
	BISS (Modellfinanzierung)	Adaption	Betreutes Wohnen
<b>Strukturelle Ressourcen</b>			
Gruppenraum/ Schulungsraum	angestrebt	x	
Raum mit PCs/ Internetzugang	angestrebt	x	
Fahrzeug für Gruppenausflüge		x	x
Geschäftsauto (z. B. für Arbeitgeberbesuche etc.) → <b>Aktuell Privatauto der Mitarbeiter</b>	angestrebt	x	
Büroräume/ -ausstattung		x	
Freizeitangebote	x	x	
Vernetzung zu Praktikumsstellen/ potenziellen Arbeitgebern (aktuell über 350 Betriebe)	Netzwerk wird erweitert	x	
<b>Personelle Ressourcen</b>			
50% Stelle (MA aus Psycho-/ Sozialtherapie/ Sozialarbeit mit VDR-anerkannter Zusatzausbildung)	x		
Arbeitszeit im Umfang von ca. einer 50% Stelle (MA aus Arbeits-/ ergotherapeutischem Bereich mit suchtspezifischer Zusatzausbildung)	wäre notwendig	x	
Weitere Arbeitszeit Suchttherapeuten (Durchführung von Screenings, Bewerbungshilfen, Einzelgespräche)			x
15% Verwaltungsstelle	x		
Routine und einschlägige Berufserfahrung der Mitarbeiter		x	x
Mehrarbeit	x	x	x
<b>Sonstige Ressourcen</b>			
Material Urinkontrollen/ Alkoholkontrollen	x		x
Fahrtkosten	x	x	x
PATFAK Dokumentationssystem (PATientenverwaltung und LeistungsFAKTurierung)	x	x	
KTL-Dokumentation (Anhang A5) (Klassifikation Therapeutischer Leistungen)	x	x	
Bereits bestehende Therapiebeziehungen		x	x

### Zeitlicher Aufwand

Die Angaben zum zeitlichen Aufwand stellen, besonders in Bezug auf den einzelnen Klienten, eine Schätzung des mittleren benötigten Aufwands für einen Klienten während eines Projektjahres dar. Diese Schätzung bezieht sich auf Erfahrungswerte aus den ersten zwei Projektjahren. Da bei den Klienten bezogen auf ihre aktuelle berufliche Lage (z. B. Arbeitslosigkeit) sowie auf die Suchterkrankung (z. B. Rückfall) ein großer Unterschied an Unterstützungsbedarf besteht, sind auch die benötigten zeitlichen Ressourcen bedarfsabhängig.

Leistungen für jeden Klienten	Schätzung des Zeitaufwands (h pro Jahr)
Individuelle Projektvorbereitung mit Gesprächen mit Klienten, Arbeitsagentur, Betrieb, weiteren Partnern etc.	15
Erstellen des Integrationsvertrages mit entsprechenden Vorbereitungsgesprächen mit allen beteiligten Kooperationspartnern	4
4 Routinebesuche im Betrieb inkl. Wegezeit à 2 Stunden	8
Durchschnittlich zwei Sonderbesuche im Betrieb wegen aktuellen Krisen- oder Konfliktsituationen à 3 Stunden	6
Durchführung von insgesamt 12 unangekündigten Alkohol- und Drogenscreenings à 30 Minuten	6
Krisenintervention/ Aufarbeitung bei Rückfälligkeit	2
6 Einzelberatungen der Klienten inkl. Krisenintervention zur Berufsintegration à 1 Stunde	6
Regelmäßiger Telefonkontakt mit Klienten und Arbeitgebern	1
Dokumentation	2
Abschlussgespräch	1
Abschlussbericht	1
<b>Summe des Zeitbedarfs für einzelfallorientierten Hilfen:</b>	<b>52</b>

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

Folgender Zeitaufwand fällt zusätzlich jährlich, unabhängig von der Teilnehmerzahl, an.

Weitere Projektleistungen	Zeitaufwand (h pro Jahr)
Gruppenangebote für Klienten mit Arbeit inkl. Vorbereitungszeit 12 x jährlich à drei Stunden mit zwei Mitarbeitern	72
Gruppenangebot für Klienten ohne Arbeit inkl. Vorbereitungszeit 45 x jährlich à drei Stunden	135
Freizeitangebot für Klienten, vierteljährlich à drei Stunden	12
Gruppenangebote für Arbeitgeber, Informationsveranstaltungen zur Projektvorstellung und zur Rückfallvorsorge zwei Mal jährlich, inkl. Rüstzeiten à 8 Stunden	16
Fall- und Teambesprechungen 14-tägig à 2 Stunden mit drei Mitarbeitern	78
Evaluation, Dokumentation, Projektmanagement und -vermarktung, wöchentlich mind. 2 Stunden	120
<b>Summe des unabhängig vom Klienten anfallenden Zeitbedarfs:</b>	<b>433</b>

### Finanzieller Aufwand

Die Auflistung des finanziellen Aufwandes beinhaltet die für das Projekt genehmigten Mittel. Kosten die durch die Nutzung von Ressourcen anderer Bereiche (Adaption, Betreutes Wohnen) entstehen, sind hier nicht aufgeführt.

Kostenpunkte	Finanzieller Aufwand pro Jahr
Personalkosten, 0,5 Fachkraft SA/SP <sup>2</sup>	25.000 €
Fahrtkosten jährlich 5.000 km à 0,30 €	1.500 €
Verwaltungskosten Büro, Telefon, Porto etc. (monatlich 300 €)	3.600 €
Umlage Sekretariat/ Schreibkräfte, 15% Stelle	6.000 €
Erstausstattung der Projekträume, Büro, PKW etc.	7.500 €
<b>Pauschale</b> von 20€ / Klient für Freizeitaktivitäten (bei 25 Klienten)	500 €
Nutzungskosten für Dokumentationssoftware (PATFAK)	1.500 €
Kosten für UK's AK's	2.500 €
<b>Gesamtkosten</b>	<b>48.100 €</b>

<sup>2</sup> SA= Sozialarbeiter; SP= Sozialpädagogin

## Abschnitt 4

### Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit dient zum einen der Darstellung des Projekts bei potenziellen Zuweisern von Klienten, zum anderen zur Gewinnung möglicher Arbeitgeber für die Klienten. Eine breite Bekanntmachung über die Zeitungen und Flyer sollen nicht nur das Interesse für BISS, sondern für das gesamte Integrationszentrum wecken (Anhang A1 und A6).

Folgende Materialien und Vorgehensweisen werden im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit angewendet:

<b>Informationsmaterialien zum Projekt</b>	Schriftstück „Konzeptentwurf BISS“, Flyer BISS, Power-Point-Präsentation zum Projekt
<b>Auftaktveranstaltung zu Beginn des Modellprojekts/ weitere Informationsveranstaltungen</b>	Auftaktveranstaltung statt mit der Fachöffentlichkeit, Betrieben, Beratungsstellen, der kommunale Arbeitsverwaltung, Vertretern der DRV Baden-Württemberg, des Landratsamt, der Agentur für Arbeit, regionaler Rehakliniken und der Presse. Weitere gelegentliche Informationsveranstaltungen im Verlauf des Projekts sind geplant.
<b>Pressemitteilungen</b>	Regelmäßige Kurzberichte sowie Berichte über Veranstaltungen von BISS.
<b>Bekanntmachung in Kliniken/ Einrichtungen/ Veranstaltungen</b>	Informationen zu BISS über den Leiter der Rehaklinik Freiolsheim und die BISS Mitarbeiter <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Besuchen/ Terminen in anderen Kliniken</li> <li>- in Arbeitskreisen , bei Fachtagen und im AGJ-Fachverband</li> <li>- bei Betrieben und Behörden (Sachbearbeiter-ebene)</li> <li>- im Rahmen der Evaluation (z. B. beim Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium)</li> <li>- bei Fortbildungsveranstaltungen (z. B. Reha-Update)</li> </ul>

## Abschnitt 5

### Dokumentation und Evaluation

#### 5.1 Dokumentation

##### Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)

Die Leistungen werden angelehnt an die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) erfasst. Die KTL ist seit 1997 ein Instrument zur Dokumentation der therapeutischen Leistungen in den Reha-Entlassungsberichten in der medizinischen Rehabilitation.<sup>3</sup> Für BISS wurde ein separater, den Anforderungen entsprechender Leistungskatalog erarbeitet. Dieser ist im Anhang A5 einzusehen.

##### Dokumentationssoftware

Die Dokumentation findet anhand der Software PATFAK statt. PATFAK wird beschrieben als „eine leistungsfähige Komplettlösung zur Datenverwaltung, Leistungsabrechnung und Statistik in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Jugendhilfe“.<sup>4</sup> Folgende Anwendungen von PATFAK werden im Rahmen der Dokumentation im Projekt BISS genutzt:

- Leistungsklassifikation
- Adressverwaltung
- Verwaltung von Dokumenten (Therapieberichte, Verlaufsbogen, Abschlussberichte, Rehaberichte, Screeningergebnisse)
- Dokumentation projektbezogener Informationen (Gruppenzuordnung, Aufnahme- und Entlassdatum, Entlassform, etc.)

#### 5.2 Evaluation

Das Projekt BISS wird während der Modellphase vom Januar 2010-Dezember 2012 wissenschaftlich evaluiert, finanziert durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. Danach wird über die Weiterführung und dauerhafte Implementierung des Projekts entschieden. Die Evaluation wird von der Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg durchgeführt. Die Evaluation erfolgt formativ und summativ d. h. Daten und Ergebnisse aus der Evaluation dienen neben Aussagen zum Nutzen der Maßnahme auch der Anpassung und Verbesserung des Projekts. Es werden sowohl qualitative Daten anhand von Interviews, als auch quantitative Daten durch Fragebögen und Auswertung der Projektdokumentation erhoben. Informationsquellen sind hierbei die Klienten, Anbieter, Mitarbeiter sowie weitere Stakeholder (Arbeitsamt, Beratungsstellen, Auftraggeber).

<sup>3</sup> Siehe <http://www.suchthilfe.de/basis/ktl2007.pdf>

<sup>4</sup> Siehe <http://www.redline-data.de/pfw/pfw1.php>

# Abschnitt 6

## Leistungskatalog

### 6.1 Überblick über den Leistungskatalog

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über alle von BISS angebotenen Leistungen und Maßnahmen. In den folgenden Kapiteln werden diese detailliert beschrieben. Der für das Projekt BISS entwickelte Leistungskatalog findet sich in Anhang A5.

<b>Projektvorbereitung</b>	Information (Gespräch/ Veranstaltung) über BISS
	Individuelle Projektvorbereitung
	Abschluss des Integrationsvertrages
<b>Leistungen für alle Klienten (mit und ohne Arbeit)</b>	Durchführung von unangekündigten Alkohol- und Drogen-screensings während der gesamten Projektlaufzeit
	Krisenintervention und rasche Organisation von Hilfemaßnahmen im Fall von Rückfälligkeit
	Förderung von Freizeitaktivitäten
	Kontakt zu anderen Nachsorgeeinrichtungen-/ Beratungsstellen
<b>Leistungen für Klienten mit Arbeit</b>	Monatliches Gruppenangebot für alle Klienten
	Durchführung von Einzelberatungen für Klienten zu berufs- und arbeitsbezogenen Problemen
	Routinemäßige Betriebsbesuche
	Durchführung von Kriseninterventionen, Konfliktgesprächen und Mediationen für Klienten und Betriebe
<b>Leistungen für Klienten ohne Arbeit</b>	Wöchentliches Gruppenangebot
	Beratungen zur Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche in Zusammenarbeit mit der Arbeitsagentur, Betrieben und ggf. weiteren Partnern
	Praktikumsangebote
<b>Leistungen für Arbeitgeber</b>	Besuche am Arbeitsplatz
	Ansprechpartner (z. B. bei Rückfallverdacht) und Einzelberatungsangebot für Arbeitgeber
	Kontaktaufnahme bei Fehlzeiten
	Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention
	Kooperation mit dem betriebsmedizinischen Dienst

### 6.2 Projektvorbereitung

Die individuelle Projektvorbereitung beginnt für interne Klienten aus dem Integrationszentrum bereits während der Adaptionsbehandlung. Alle anderen Klienten erhalten gesonderte Termine für die notwendigen Vorbereitungen.

#### Information über BISS

Anhand einer Präsentation werden die potenziellen Klienten über den Hintergrund und den Ablauf des Projekts informiert.

Die Informationsveranstaltung findet statt:

- In Gruppensitzungen der Adaption und des Betreuten Wohnens (nach Bedarf, ca. alle sechs bis acht Wochen)
- Auf Anfrage zu Einzelterminen (auch extern möglich)

Anschließend können die Interessenten einen Bewerbungsbogen (Anhang A2) ausfüllen bzw. diesen mitnehmen und bei Interesse nachreichen.

#### Individuelle Projektvorbereitung

Im Einzelgespräch zur individuellen Projektvorbereitung werden die Rahmenbedingungen, die Aufnahmevoraussetzungen, Leistungen und die Konsequenzen bei Vertragsbruch erläutert.

Gemeinsam mit dem (möglichen) Arbeitgeber werden Einstellungsbedingungen und der Rahmen der Zusammenarbeit besprochen.

#### Abschluss des Integrationsvertrages

Ein Treffen mit Arbeitgeber, Klient und BISS-Mitarbeiter dient der Besprechung Integrationsvertrages (Anhang A3) und den daraus resultierenden Bedingungen/ Konsequenzen. In diesem Gespräch wird der Integrationsvertrages von allen drei Beteiligten (Arbeitgeber, Klient, Integrationszentrum) unterzeichnet.

Klienten ohne Arbeitsplatz schließen den Vertrag lediglich mit dem Integrationszentrum (Anhang A4). Sobald der Klient eine Arbeit gefunden hat, wird der Integrationsvertrag erweitert.

Durch die Unterzeichnung des Integrationsvertrages verpflichten sich alle Partner, die berufliche Reintegration des Klienten zu unterstützen. Durch die Unterzeichnung erteilt der Klient allen Kooperationspartnern eine Schweigepflichtentbindung für die Laufzeit des Projekts, die die gegenseitige Kontaktaufnahme und den Informationsaustausch der Beteiligten ermöglicht.

Des Weiteren verpflichtet sich der Klient zur Abstinenz von Alkohol und illegalen Drogen sowie dazu, keine Medikamente einzunehmen, die nicht ärztlich verordnet sind.

Wird der Klient rückfällig mit Alkohol oder illegalen Drogen, verpflichtet er sich, sich umgehend bei einem der Projektmitarbeiter des Integrationszentrums zu melden.

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, das Integrationszentrum zu informieren, sobald der Mitarbeiter unentschuldig oder krankheitsbedingt fehlt.

Der Vertrag wird unabhängig vom regulären Arbeitsvertrag abgeschlossen.

Der Rücktritt vom Vertrag ist für alle beteiligten jederzeit möglich. Die Projektteilnahme beruht auf Freiwilligkeit.

### 6.3 Leistungen für alle Klienten (mit und ohne Arbeit)

#### Durchführung von unangekündigten Alkohol- und Drogenscreenings

Während einem Jahr der Projektteilnahme finden ca. 12 routinemäßige Urinkontrollen und Alkoholkontrollen nach dem Zufallsprinzip statt.

Werden in einem anderen Rahmen (Betreutes Wohnen, Wiedererlangung des Führerscheins) Kontrollen durchgeführt, wird auf diese Ergebnisse zurückgegriffen.

Zudem finden Kontrollen auf bestimmte Anlässe hin statt:

- Der Klient fehlt unentschuldig bei einer Gruppensitzung
- Der Arbeitgeber meldet Fehltage/ Fehlzeiten
- Von Außenstehenden (Arbeitgeber, Mitklienten, Angehörigen, Mitarbeitern des Integrationszentrums) geäußerter Verdacht der Abstinenzverletzung
- Vermehrte Kontrollen nach Rückfall oder in besonderen Situationen nach individueller Vereinbarung

Hierbei wird auf strenge Diskretion geachtet. Kontrollen finden möglichst im Integrationszentrum und nur in Ausnahmefällen im Betrieb statt.

Zum Umgang mit positiven Screenings siehe Kap. 6.7.

### Krisenintervention und Organisation von Hilfemaßnahmen

Das Hauptziel dieser Maßnahme ist die schnellstmögliche Wiederherstellung der vollständigen Abstinenz sowie die Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses.

Die Offenlegung eines Rückfalls kann von verschiedenen Seiten initiiert werden. In der folgenden Tabelle sind die ersten Schritte des Umgangs mit dem Verdacht oder dem Nachweis eines Rückfalls dargestellt.

Ausgangslage	Erste Schritte im Rahmen der Rückfallbearbeitung
A - Klient legt Rückfall offen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Urinkontrolle</li> <li>○ Krisengespräch</li> <li>○ Einleitung von nötigen Sofortmaßnahmen (Gespräche, Entgiftung, Kurzaufenthalte in Entwöhnungseinrichtung)</li> <li>○ Information des Arbeitgebers durch BISS-Mitarbeiter oder Klient</li> <li>○ Gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber zum weiteren Vorgehen</li> </ul>
B - Verdacht durch Arbeitgeber, Mitarbeiter von BISS oder Mitklienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gespräch mit dem Klient mit Hinweis auf Vereinbarung des offenen Umgangs mit Rückfällen</li> <li>○ Urinkontrolle                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Wird der Rückfall offengelegt, richtet sich das weitere Vorgehen nach dem unter A genannten Ablauf</li> <li>➔ Wird der Rückfall nachgewiesen, hat der Klient die Möglichkeit der nachträglichen Offenlegung und anschließend das Anrecht auf die übliche Vorgehensweise bei Offenlegung eines Rückfalls</li> <li>➔ Verneint oder leugnet der Klient weiterhin den Konsum von Alkohol und Drogen: Einsendung der Probe zum definitiven Nachweis in das Labor Bioscientia mit Auftrag einer Bestätigungsanalyse bei positivem Befund</li> <li>➔ Bei Bestätigung des positiven Ergebnisses Fallkonferenz über den Ausschluss aus dem Projekt</li> </ul> </li> </ul>
C – Zufallsnachweis durch Urinkontrolle	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konfrontation des Klienten mit dem Ergebnis mit der Möglichkeit der nachträglichen Offenlegung und Anrecht auf die übliche Vorgehensweise bei Offenlegung eines Rückfalls                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Verneint oder leugnet der Klient den Konsum von Alkohol und Drogen: Einsendung der Probe zum definitiven Nachweis in das Labor Bioscientia mit Auftrag einer Bestätigungsanalyse bei positivem Befund</li> <li>➔ Bei Bestätigung des positiven Ergebnisses Fallkonferenz über den Ausschluss aus dem Projekt</li> </ul> </li> </ul>

Die Grundvoraussetzung zur weiteren Zusammenarbeit ist die letztendliche Offenlegung/ das Eingeständnis des Rückfalls durch den Klienten sowie die uneingeschränkte Bereitschaft zur weiteren abstinenten Lebensführung. Bei Leugnung eines nachgewiesenen Rückfalls kann es zu einer Vertragskündigung durch das Integrationszentrum kommen (siehe Kap. 6.7).

Die Standardinterventionen der weiterführenden Rückfallbearbeitung bei Offenlegung eines Rückfalls sind:

- Entzugsbehandlung
- Therapieaufenthalt in Entwöhnungseinrichtung
- Gespräche mit dem Arbeitgeber zur Erarbeitung von Konsequenzen und Bedingungen für die Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses
- Einzelgespräche zur Rückfallbearbeitung
- Höhere Frequenz von Urinkontrollen/ Alkoholkontrollen

BISS hat die Möglichkeit, Klienten bei Bedarf direkt in Therapie zu vermitteln, d. h. es dürfen Anträge auf Kostenzusagen gestellt werden, was bisher Beratungsstellen vorbehalten war.

Jedoch ist zu beachten, dass die Notwendigkeit der Maßnahme, der Umfang sowie die Schwerpunktsetzung individuell vereinbart werden und sich nach dem Bedarf des Klienten richtet. Dies soll im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber geschehen.

### Förderung von Freizeitaktivitäten

Um Ausgleichsmaßnahmen im Freizeitbereich zur Kompensation von Arbeitsbelastungen zu fördern, werden ca. vierteljährlich gemeinsame Freizeitaktivitäten angeboten (z. B. gemeinsame Ausflüge, Ehemaligentreffen, Betriebsbesichtigungen).

Das Freizeitangebot der Adaptionseinrichtung ist für die Klienten von BISS offen (Fahrradprojekt, Laufgruppe).

### Kontakt zu anderen Nachsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen

Durch regelmäßige Kontaktpflege mit den suchtbezogenen Nachsorgeeinrichtungen (z. B. Suchtberatungsstellen, Betreutes Wohnen) soll eine optimale Schnittstellenarbeit ermöglicht werden. Behandlungsziele und -konzepte sollen so aufeinander abgestimmt werden.

### 6.4 Leistungen für Klienten mit Arbeit

#### Monatliches Gruppenangebot

Die monatliche 2-stündige Gruppe ist offen, sodass neue Klienten jederzeit aufgenommen werden können. Schwerpunkte der Gruppe sind die Rückfallprophylaxe sowie der gegenseitige Austausch bei Nutzung des Selbsthilfepotenzials der Klienten.

Die Themen der Gruppe sind nicht festgelegt, um sich nach dem Bedarf der Gruppe zu richten und selektives Fehlen zu verhindern. Die inhaltlichen Themen werden am Anfang der Gruppe gesammelt und sind damit alltagsorientiert. Sie richten sich nach dem Bedarf der Klienten und sind damit alltagsorientiert. Häufige gewünschte Themen sind:

- Konflikte am Arbeitsplatz
- Umgang mit arbeitsbezogenen Ängsten, Unsicherheiten und Wissenslücken (z. B. bei Azubis)
- Möglichkeit der beruflichen Fortbildung
- Informationen zum Lohnkostenzuschuss
- Umgang mit Alkohol/ Suchtmitteln am Arbeitsplatz (z. B. bei Betriebsfeiern)
- Rückfallprävention
- Wiedererlangung des Führerscheins
- Wohnungssuche
- Umgang mit knappen finanziellen Ressourcen
- Freizeitgestaltung, Entwicklung sozialer Kontakte
- Umgang mit der die Klienten einholenden Vergangenheit (z. B. Briefe von Gläubigern)
- Umgang mit knappen finanziellen Ressourcen

Bei unentschuldigtem Fehlen folgt zeitnah eine Urinkontrolle (siehe Kap. 6.3). Zudem finden Einzelgespräche zur Motivationsarbeit statt. Bei häufigerem, unentschuldigtem Fehlen wird die Zusammenarbeit infrage gestellt und eine Vertragskündigung diskutiert (siehe Kap. 6.7).

Die Gruppe wird von zwei Fachkräften geleitet.

#### Einzelberatungen zu berufs- und arbeitsbezogenen Problemen

Die Klienten haben jederzeit die Möglichkeit sich mit berufs- und arbeitsbezogenen Themen an die Mitarbeiter des Projekts zu wenden und Themen aus Gesprächen während der Adaptionszeit weiter zu verfolgen. Auch private Konflikte, die einen Einfluss auf die Stabilität und damit die Aufrechterhaltung der Abstinenz und der Arbeitsfähigkeit haben, können Inhalt der Gespräche sein. Die Häufigkeit der Gespräche richtet sich nach dem Gesprächsbedarf des Klienten.

Folgende Inhalte können im Rahmen von Einzelgesprächen thematisiert werden:

- Allgemeine Rückfallprophylaxe
- Rückfallprophylaxe am Arbeitsplatz
- Ressourcenaktivierung zur Sicherung der Abstinenz
- Freizeitgestaltung als Ausgleich zum Arbeitsalltag
- Konflikte mit Einfluss auf Abstinenz/ Arbeitsfähigkeit
- Konflikte am Arbeitsplatz

### Routinemäßige Betriebsbesuche

Ca. viermal jährlich finden Routinebesuche im Betrieb durch den Arbeitstherapeuten von BISS statt. Durch (möglichst gemeinsam mit dem Klienten stattfindende) Gespräche soll sowohl dem Betrieb, als auch dem Klienten, eine frühzeitige Klärung von Fragen, Konflikten und Anliegen ermöglicht werden. Zudem soll die Hemmschwelle der Kontaktaufnahme durch den Betrieb gesenkt und die aktuelle Leistung des Klienten im Rahmen der Arbeitstätigkeit reflektiert werden.

Ansprechpartner im Betrieb sind hierbei neben den Vorgesetzten auch Suchtbeauftragte oder die Personalabteilung.

### Konfliktgespräche und Mediationen für Klienten und Betriebe

Zu den Routinebesuchen hinzu kommen bedarfsorientierte Besuche und Gespräche, die auf Wunsch des Arbeitgebers, des Klienten oder des Integrationszentrums stattfinden. Obligatorisch findet dieses im Rahmen einer Rückfallbearbeitung statt. Andere Gründe können beispielsweise konkrete Konflikte am Arbeitsplatz oder die Besprechung des Weiteren beruflichen Verlaufes z. B. bei Vertragsverlängerung/ Übernahme in ein Ausbildungsverhältnis sein.

## 6.5 Leistungen für Klienten ohne Arbeit

### Wöchentliches Gruppenangebot

Hierbei handelt es sich um eine wöchentliche, je nach Teilnehmerzahl 60-90 minütige offene Gruppe, d. h. neue Klienten können jederzeit hinzukommen. Schwerpunkte der Gruppe sind die Rückfallprophylaxe sowie der gegenseitige Austausch bei Nutzung des Selbsthilfepotenzials der Klienten.

Die Themen der Gruppe sind nicht festgelegt, um sich nach dem Bedarf der Gruppe zu richten und selektives Fehlen zu verhindern. Die inhaltlichen Themen werden am Anfang der

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

Gruppe gesammelt und sind damit alltagsorientiert. Sie richten sich nach dem Bedarf der Klienten und sind damit alltagsorientiert.

Folgende Inhalte sind jedoch fester Bestandteil jeder Gruppensitzung:

- Bewerbungstraining
- Freizeitgestaltung
- Tagesstrukturierung anhand von Wochenplänen

Bei unentschuldigtem Fehlen folgt zeitnah eine Urinkontrolle (siehe Kap. 6.3). Zudem finden Einzelgespräche zur Motivationsarbeit statt. Bei häufigerem unentschuldigtem Fehlen wird die Zusammenarbeit infrage gestellt und eine Vertragskündigung diskutiert (siehe Kap. 6.7).

Die Gruppe wird von zwei Fachkräften geleitet.

### Beratungen und Unterstützung

In Einzelberatungen haben die Klienten die Möglichkeit spezifische Fragestellungen in Zusammenhang mit der Arbeitsplatzsuche/ Arbeitslosigkeit zu klären.

Wichtige Bestandteile hierbei sind zudem die Zusammenarbeit und die Unterstützung bei der Kommunikation mit folgenden anderen Stellen.

Häufige Kooperationsstellen in Bezug auf Arbeitsplatzsuche/ Arbeitslosigkeit	Inhalte der Zusammenarbeit
Betriebe	<ul style="list-style-type: none"><li>- Betriebspraktika</li><li>- Übernahme in Arbeits-/ Ausbildungsverhältnis</li></ul>
Agentur für Arbeit/ Kommunale Arbeitsförderung	<ul style="list-style-type: none"><li>- Erhalt von Bezügen während Praktika</li><li>- Fahrtkostenzuschüsse</li></ul>
Beratungsstellen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Abstinenzsicherung trotz Arbeitslosigkeit</li></ul>
Führerscheinstelle	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wiedererlangung des Führerscheins aufgrund von Notwendigkeit an potentieller Arbeitsstelle</li></ul>
Servicestelle DRV / Rehaberater	<ul style="list-style-type: none"><li>- Finanzierung der beruflichen Umschulung/ Weiterbildung</li><li>- Vermittlung ins Berufsbildungswerk</li></ul>

### Praktikumsangebote

Wie bereits während der Adaptionsphase werden die Klienten bei der Suche nach einem Praktikumsplatz unterstützt um den Einstieg in das Berufsleben zu fördern. Durch Vereinbarungen mit der Kommunalen Arbeitsverwaltung wird es den Klienten ermöglicht, trotz des Praktikums weiterhin finanzielle Bezüge zu erhalten.

Praktika müssen folgenden Bedingungen entsprechen:

### Grundvoraussetzungen für Praktikumsstellen

Praktikum möglichst im Beruf bzw. entsprechend der Qualifikation

Zeitlich begrenzt 4-8 Wochen (max. 16 Wochen) → keine Dauerpraktikanten

Sonderregelung möglich: Längere Praktika bis Ausbildungsbeginn (Übergangslösung)

Jedoch Sonderregelung für Praktika bis Ausbildungsbeginn (Übergangslösung)

Pro Betrieb maximal ein Praktikant pro Jahr

Bereitschaft der Arbeitgeber zur Zusammenarbeit (engmaschige Betreuung) mit dem Integrationszentrum

Konkretes Ziel der Festanstellung oder Weiterbeschäftigung (keine Leistungserprobung)

## 6.6 Leistungen für den Arbeitgeber

### Besuche am Arbeitsplatz

Besuche am Arbeitsplatz durch den Arbeitstherapeuten dienen nicht nur der Unterstützung des Klienten. Sie sollen auch dem Arbeitgeber die Möglichkeit geben, niederschwellig Kontakt zum BISS-Team aufrecht zu erhalten, Rückmeldung über den Klienten zu geben und mögliche Fragen zu klären. Durch die persönlichen Kontakte soll auch die Schwelle zur Kontaktaufnahme in Krisensituationen durch den Arbeitgeber gesenkt werden.

### Ansprechpartner und Einzelberatungsangebot

Das BISS Team steht dem Arbeitgeber jederzeit als Ansprechpartner bei Rückfallverdacht oder sonstigen betrieblichen Auffälligkeiten zur Verfügung und übernimmt im Anschluss die Klärung mit dem Klienten bzw. die Durchführung von Krisen- oder Konfliktgesprächen, möglichst unter Einbezug aller Beteiligten.

Der Arbeitgeber kann jederzeit eine Einzelberatung in Anspruch nehmen. Dabei können (wenn nötig) aufgrund der vertraglich geregelten Schweigepflichtentbindung auch fallbezogene Anliegen besprochen werden.

Auch bei allgemeinen Anliegen, wie der Formulierung der Arbeitsverträge oder der Ausschöpfung von Fördermitteln durch die Arbeitsagenturen steht BISS dem Arbeitgeber beratend zur Seite.

### Kontaktaufnahme bei Fehlzeiten

Meldet sich der Arbeitgeber (wie im Integrationsvertrag vereinbart) aufgrund von Fehltagen des Arbeitnehmers beim Integrationszentrum, übernimmt dieses durch Urinkontrollen die Überprüfung der Abstinenz des Klienten. In einem Gespräch wird der Grund der Fehlzeiten ermittelt und ggf. Maßnahmen eingeleitet.

### Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention

Zweimal jährlich finden Informationsveranstaltungen für Arbeitgeber zur Projektinformation, zu suchtbetrieblichen Suchtpräventionsfragestellungen und zur Rückfallvorsorge statt. Ist dies vom Betrieb gewünscht können auch vor Ort Veranstaltungen durchgeführt werden.

### Kooperation mit dem betriebsmedizinischen Dienst

BISS kooperiert, soweit vorhanden, mit betriebsmedizinischen Diensten. Es können Absprachen bzgl. Drogen- und Alkoholscreenings getroffen werden sowie Vorgehensweisen bei der (Wieder-)eingliederung vereinbart werden.

## 6.7 Teilnahmebeendigung

### Regulärer Abschluss und Abschlussgespräch

Die Teilnahme am Projekt BISS endet regulär nach einem Jahr. Es findet ein Abschlussgespräch (möglichst unter Einbezug des Arbeitgebers) statt.

Mögliche Inhalte des Abschlussgesprächs:

- Aktuelle berufliche Situation
- Soziale Integration
- Selbsteinschätzung der beruflichen Leistung
- Abstinenzverhalten des Klienten
- Klärung des Bedarfs an weiterer Unterstützung
- Rückmeldung zur Projektbegleitung
- Lohnverhandlungen mit dem Arbeitgeber

Nach der Teilnahmebeendigung wird ein Abschlussbericht für den Kostenträger verfasst. Die Inhalte des Abschlussberichtes sind angelehnt an die standardisierten Abschlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen.

### Beendigung der Teilnahme durch Vertragskündigung

Alle Beteiligten des Integrationsvertrages haben die Möglichkeit der frühzeitigen Beendigung der Teilnahme durch Vertragskündigung.

#### Kündigung durch den Arbeitgeber

Kündigt der Arbeitgeber den Vertrag kann in gegenseitigem Einverständnis zwischen Klient und Integrationszentrum der Vertrag (und damit die Teilnahme am Projekt) auch ohne den Arbeitgeber fortgeführt werden. Hierbei müssen im Einzelfall die dann geltenden Bedingungen geklärt werden.

#### Kündigung durch den Klienten

Kündigt der Klient den Vertrag endet damit automatisch die Projektteilnahme. Weitere Konsequenzen, die durch Absprachen zwischen Klient und Arbeitgeber resultieren (z. B. Arbeitsstelle nur bei BISS-Teilnahme) liegen in der Verantwortung des Klienten.

#### Kündigung durch das Integrationszentrum

Vertragskündigungen (Ausschluss aus dem Projekt) nach einer individuellen Beurteilung

Kündigungsgründe können sein:

- Dauerhafte Verheimlichung von Rückfällen
- Leugnen von positiven Alkohol-/ Drogenkontrollen
- Gewalt oder Gewaltandrohungen gegenüber Anderen
- Mangelnde Motivation/ Bereitschaft zur Mitarbeit
- Unregelmäßige Gruppenteilnahme
- Nicht-Erfüllung der Teilnahmebedingungen (Abstinenzbereitschaft, Wunsch und aktuelle Möglichkeit der beruflichen Eingliederung)

Nach der Teilnahmebeendigung wird ein Abschlussbericht für den Kostenträger verfasst. Die Inhalte des Abschlussberichtes sind angelehnt an die standardisierten Abschlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen.

### Verlängerung der Teilnahme

Die Teilnahme am Projekt BISS kann nach Absprache verlängert werden.

Gründe für eine Verlängerung sind:

Verlängerungsgrund	Dauer der Verlängerung
Klient befindet sich in Ausbildungsverhältnis	Bis zum Ende der Ausbildung
Klient hatte während der Projektlaufzeit einen Rückfall	Bis zu einem Jahr ab Rückfallgespräch
Schwierige/ besondere persönliche Umstände (Trennung, Umzug, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust, Arbeitsplatzwechsel)	Nach individueller Beurteilung, bis zu einem Jahr ab Krisen-/ Veränderungszeitpunkt

## Abschnitt 7

### Kontakt

Integrationszentrum Lahr  
Berufliche Integration  
Brestenbergstrasse 2-4  
77933 Lahr

Tel: 07821/92280-10 Fax: 07821/92280-19

Email: [biss.lahr@agj-freiburg.de](mailto:biss.lahr@agj-freiburg.de)

Internet: [www.adaption-lahr.de](http://www.adaption-lahr.de)

Ansprechpartner: Christoph Schönfelder, Hans Marz, Iris Siller

# Anhang

## A1 Flyer

### Integrationszentrum Lahr „BISS“

Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung ist ein Modellprojekt der Rehaklinik Freisheim und wird vom IZ Lahr angeboten.

### Zielsetzung des Projektes

Langfristige berufliche Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemaligen Suchtmittel-abhängigen nach regulärem Abschluss einer Rehabilitationsbehandlung.

### Angebote für den Projektteilnehmer

- Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche
- Begleitung und Beratung beim Umgang mit den Arbeitsbehörden
- Beratung und Hilfe bei Konfliktsituationen mit Vorgesetzten und Kollegen
- Unterstützung einer langfristigen Abstinenz durch unangekündigte Alkohol- und Drogenscreenings
- Teilnahme an Rückfallprophylaxe-Gruppen
- Krisenintervention und rasche Organisation von Hilfemaßnahmen im Fall von Rückfälligkeit
- Förderung eines aktiven Freizeitverhaltens
- Regelmäßige Kontaktpflege mit den Nachsorgeeinrichtungen, den Suchtberatungsstellen oder des Betreuers Wohnens, in denen die Projektteilnehmer begleitet werden.

### Angebote für den Arbeitgeber

- Ansprechpartner bei Rückfallverdacht oder sonstigen betrieblichen Auffälligkeiten
- Regelmäßige Besuche am Arbeitsplatz
- Angebot von Krisengesprächen bei Rückfall oder sonstigen problematischen Arbeitssituationen
- Kooperation mit dem betriebsmedizinischen Dienst und ggf. Übernahme von gewünschten Drogen- u. Alkoholscreenings
- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention

### Wissenschaftliche Begleitung



Die begleitende Evaluation untersucht die Wirksamkeit, Praktikabilität und die Akzeptanz des Projektes BISS und gibt Hinweise für dessen Optimierung. Individuelle Erwartungen, die Umsetzung und der Aufwand werden durch die Befragung von Teilnehmern, Mitarbeitern und anderen Beteiligten systematisch dokumentiert. Die Evaluation erfolgt durch die Abt. Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg



### Integrationszentrum Lahr „BISS“

Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung ist ein Modellprojekt der Rehaklinik Freijshelm und wird vom IZ Lahr angeboten.

### Zielsetzung des Projektes

Langfristige berufliche Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemaligen Suchtmittel-abhängigen nach regulärem Abschluss einer Rehabilitationsbehandlung.

### Angebote für den Projektteilnehmer

- Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche
- Begleitung und Beratung beim Umgang mit den Arbeitsbehörden
- Beratung und Hilfe bei Konfliktsituationen mit Vorgesetzten und Kollegen
- Unterstützung einer langfristigen Abstinenz durch unangekündigte Alkohol- und Drogenscreenings
- Teilnahme an Rückfallprophylaxe-Gruppen
- Krisenintervention und rasche Organisation von Hilfemaßnahmen im Fall von Rückfälligkeit
- Förderung eines aktiven Freizeitverhaltens
- Regelmäßige Kontakpflege mit den Nachsorgeeinrichtungen, den Suchtberatungsstellen oder des Betreuten Wohnens, in denen die Projektteilnehmer begleitet werden.

### Angebote für den Arbeitgeber

- Ansprechpartner bei Rückfallverdacht oder sonstigen betrieblichen Auffälligkeiten
- Regelmäßige Besuche am Arbeitsplatz
- Angebot von Krisengesprächen bei Rückfall oder sonstigen problematischen Arbeitssituationen
- Kooperation mit dem betriebsmedizinischen Dienst und ggf. Übernahme von gewünschten Drogen- u. Alkoholscreenings
- Regelmäßige Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention

### Wissenschaftliche Begleitung



Die begleitende Evaluation untersucht die Wirksamkeit, Praktikabilität und die Akzeptanz des Projektes BISS und gibt Hinweise für dessen Optimierung. Individuelle Erwartungen, die Umsetzung und der Aufwand werden durch die Befragung von Teilnehmern, Mitarbeitern und anderen Beteiligten systematisch dokumentiert. Die Evaluation erfolgt durch die Abt. Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg



## A2 Bewerbungsbogen

Integrationszentrum Lahr –Modellprojekt BISS-

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

(Art des Schulabschlusses)

In Therapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Welche Suchtmittel wurden konsumiert:

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

letzter Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

bestehender Arbeitsplatz

Arbeitsplatz in Aussicht

Ohne Arbeit

Ausbildungswunsch: \_\_\_\_\_

Berufswunsch: \_\_\_\_\_

in

Vollzeit

Teilzeit

Gesundheitliche Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Welche Leistungen beziehen sie? \_\_\_\_\_

Was erwarten sie vom Projekt: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereit, ein Praktikum zu absolvieren?

Sind Sie bereit zum offenen Umgang mit der Vergangenheit?

Vermittler:  
Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## A3 Integrationsvertrag mit Arbeit



INTEGRATIONSZENTRUM LAHR · BRESTENBERGSTR. 2-4 · 77933 LAHR

INTEGRATIONSZENTRUM  
DER REHAKLINIK FREIOLSHEIM  
FACHKLINIK ZUR BEHANDLUNG  
ABHÄNGIGKEITSEKRANKTER  
- ADAPTIONSENRICHTUNG  
- BETREUTES WOHNEN  
- BISS - BERUFLICHE INTEGRATION NACH  
STATIONÄRE SUCHTBEHANDLUNG -  
BRESTENBERGSTRASSE 2-4, 77933 LAHR  
TEL. 07821/92280-0, FAX 07821/9228019  
ADAPTION-LAHR@AGJ-FREIBURG.DE  
WWW.ADAPTION-LAHR.DE  
IK-NR. 510834042

### Modellprojekt „BISS“

Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung

#### Vereinbarung zur Unterstützung der beruflichen Reintegration

zwischen

Projektteilnehmer / Mitarbeiter

Name, Vorname

Betrieb/Arbeitgeber

Name

Integrationszentrum Lahr

BISS Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung  
Brestenbergstr. 2 – 4  
77933 Lahr

Durch die Unterzeichnung des Vertrages verpflichten sich alle Partner die berufliche Reintegration des Projektteilnehmers zu unterstützen. Durch die Unterzeichnung des Vertrages erteilt der Projektteilnehmer, allen Kooperationspartnern eine Schweigepflichtentbindung für die Laufzeit des Projektes, damit diese in enger Kooperation zusammenarbeiten können.

Des Weiteren verpflichtet sich der Projektteilnehmer zur Totalabstinenz von Alkohol und illegalen Drogen sowie dazu, keine Medikamente einzunehmen, die nicht ärztlich verordnet sind. Wird der Projektteilnehmer rückfällig mit Alkohol oder illegalen Drogen, verpflichtet sich dieser, sich sofort bei einem der Projektmitarbeiter des Integrationszentrums zu melden.

Neben diesen Grundvoraussetzungen ergeben sich folgende Angebote:

ZERTIFIZIERT NACH DIN EN ISO 9001:2008  
AGJ-VORSTAND · 79102 FREIBURG I. BR. · OBERAU 21 · TELEFON 0761/21807-0 · TELEFAX 0761/218 07 68  
WWW.AGJ-FREIBURG.DE · SPARKASSE FREIBURG-NÖRDLICHER BREISGAU · KONTO 2013112 · BLZ 680 501 01  
EIN CARITATIVER FACHVERBAND

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

### Angebote und Verpflichtungen für den Projektteilnehmer:

- Erstellung eines individuellen Zielkataloges, abgestimmt auf die Wünsche und Bedürfnisse des Projektteilnehmers
- regelmäßiges Beratungsangebot zur Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz
- Beratungsangebot in Konflikt- und Krisensituationen mit Vorgesetzten und/oder Arbeitgeber
- bei Wunsch regelmäßige Einzelberatung zu allen berufsintegrativen Fragestellungen
- Durchführung von unangekündigten Alkohol- und Urinkontrollen
- Krisenintervention und rasche Hilfe in Fällen von Rückfallsituationen
- gruppentherapeutische Angebote zu Ausbildungs- und arbeitsbezogenen Konfliktfeldern, zur Rückfallprävention, sowie zur Freizeitgestaltung
- bei Bedarf: Rückfallaufarbeitung

### Angebote und Verpflichtungen für den Arbeitgeber:

- Abschluss eines regulären Arbeitsvertrages
- Unterstützung der Betriebe bei der Ausschöpfung von Fördermitteln durch die Arbeitsagenturen bei Einstellung von ehemaligen Suchtmittelabhängigen
- regelmäßiger Austausch zum Stand der Arbeitsintegration
- Information des Arbeitgebers bei Krankmeldung des Projektteilnehmers
- Unterstützung im Krisen- und Konfliktfälle und bei Rückfälligkeit des Projektteilnehmers
- Durchführung von Krisen- und Konfliktgesprächen bei Problemen am Arbeitsplatz
- Angebote zur betrieblichen Suchtprävention.

### Laufzeit des Integrationsvertrages:

Die Laufzeit des Integrationsvertrages beträgt ein Jahr. Die Verlängerung des Vertrages ist bei Vorliegen der Voraussetzungen und bei Wunsch aller Kooperationspartner möglich.

### Wissenschaftliche Begleitforschung zur Evaluation des Projektes:

Die Beteiligten bestätigen mit der Unterzeichnung den Erhalt der Klienten- bzw. Arbeitgeberinformation zur wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg. Gemäß der Information erklären sie ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Begleitforschung. Sie können jederzeit – auch nach bereits gegebener Einwilligung – aus der Evaluationsstudie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten veranlassen

Lahr, den

### Unterschrift der Kooperationspartner:

Projektteilnehmer / Mitarbeiter

Name, Vorname

Betrieb / Arbeitgeber

Name, Vorname

Integrationszentrum Lahr

Hans-Joachim Marz

## A4 Integrationsvertrag ohne Arbeit



INTEGRATIONSZENTRUM LAHR - BRESTENBERGSTR. 2-4 - 77933 LAHR

INTEGRATIONSZENTRUM  
DER REHAKLINIK FREIOLSHEIM  
FACHKLINIK ZUR BEHANDLUNG  
ABHÄNGIGKEITSERKRANKTER  
- ADAPTIONSEINRICHTUNG  
- BETREUTES WOHNEN  
- BISS - BERUFLICHE INTEGRATION NACH  
STATIONÄRER SUCHTBEHANDLUNG -  
BRESENBERGSTRASSE 2-4, 77933 LAHR  
TEL. 07821 92280-0, FAX 07821 9228019  
ADAPTION-LAHR@AGJ-FREIBURG.DE  
WWW.ADAPTION-LAHR.DE  
IK-NR. 510834042

### Modellprojekt „BISS“

Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung

### Aufnahmevertrag zur Unterstützung der beruflichen Reintegration

Zwischen

Projektteilnehmer	Name, Vorname
Integrationszentrum Lahr	Modellprojekt BISS

Durch die Unterzeichnung des Aufnahmevertrages verpflichtet sich das Integrationszentrum Lahr die berufliche Reintegration des Projektteilnehmers zu unterstützen.

Des Weiteren verpflichtet sich der Projektteilnehmer zur **Totalabstinenz von Alkohol und illegalen Drogen** sowie dazu, keine Medikamente einzunehmen, die nicht ärztlich verordnet sind.

Wird der Projektteilnehmer rückfällig mit Alkohol oder illegalen Drogen, verpflichtet sich dieser, sich sofort bei einem der Projektmitarbeiter des Integrationszentrums zu melden.

ZERTIFIZIERT NACH DIN EN ISO 9001:2008  
AGJ-VORSTAND - 79102 FREIBURG I. BR. - OBERAU 21 - TELEFON 0761/21807-0 - TELEFAX 0761/218 07 68  
WWW.AGJ-FREIBURG.DE - SPARKASSE FREIBURG-NÖRDLICHER BREISGAU - KONTO 2013112 - BLZ 680 501 01  
EIN CARITATIVER FACHVERBAND

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

Weiterhin verpflichtet sich der Projektteilnehmer bei **Krankenstand** die Projektmitarbeiter des Integrationszentrums sofort zu informieren.

Neben diesen Grundvoraussetzungen ergeben sich folgende Angebote:

### **Angebote und Verpflichtungen für den Projektteilnehmer:**

- Erstellung eines individuellen Zielkataloges, abgestimmt auf die Wünsche und Bedürfnisse des Projektteilnehmers.
- Angebot einer wöchentlichen Gruppe zur Vorbereitung für die Arbeitsplatzsuche.
- Begleitung und Unterstützung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz.
- Regelmäßige Einzelberatung zu allen berufsintegrativen Fragestellungen.
- Durchführung von unangekündigten Alkohol- und Urinkontrollen.
- Krisenintervention und rasche Hilfe in Fällen von Rückfallsituationen
- bei Bedarf: Rückfallaufarbeitung.

### **Laufzeit des Integrationsvertrages:**

Die Laufzeit des Integrationsvertrages beträgt ein Jahr. Die Verlängerung des Vertrages ist bei Vorliegen der Voraussetzungen und bei Wunsch aller Kooperationspartner möglich.

### **Wissenschaftliche Begleitforschung zur Evaluation des Projektes:**

Die Beteiligten bestätigen mit der Unterzeichnung den Erhalt der Klienten- bzw. Arbeitgeberinformation zur wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg. Gemäß der Information erklären sie ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Begleitforschung. Sie können jederzeit – auch nach bereits gegebener Einwilligung – aus der Evaluationsstudie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten veranlassen

Lahr, den

**Unterschrift der Kooperationspartner:**

Projektteilnehmer

Integrationszentrum Lahr

## A5 Leistungskatalog

<b>B 1</b>		Alkoholkontrolle am Arbeitsplatz
<b>B 2</b>		Alkoholkontrolle in der Einrichtung
<b>B 3</b>		Urinkontrolle in der Einrichtung
<b>B 4</b>		Gruppe "BISS" berufliche Orientierung
<b>B 5</b>		Telefonkontakt mit Arbeitgeber
<b>B 6</b>		Telefonkontakt mit Klient
<b>B 7</b>		Besuch bei Klienten zu Hause
<b>B 8</b>		Vertragsabschluss mit AG und Klient
<b>B 9</b>		Erstellen des Vertrages
<b>B 10</b>		Rückfallbearbeitung
<b>B 11</b>		Gespräch mit Behörden und Institutionen
<b>B 12</b>		Präventionsangebot im Betrieb
<b>B 13</b>		Erstellen Abschlussbericht
<b>B 14</b>		Erstellen von Anträgen für Zuschüsse
<b>B 15</b>		Bewerbungstraining, einzel
<b>B 16</b>		Bewerbungstraining Gruppe
<b>B 17</b>		Vorstellungsgespräch mit Klient
<b>B 18</b>		Besuch am Arbeitsplatz
<b>B 19</b>		Gespräch mit Arbeitgeber
<b>B 20</b>		Gespräch mit Klient Arbeitsbezogen

## A6 Pressemitteilungen

Lahrer Anzeiger, 22.07.2010

### Heute Vorstellung des Projekts »Biss«

LA 22.07.10

Lahr (red/kk). Der Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg (AGJ) stellt heute, Donnerstag, von 16 bis 19 Uhr in seinen Räumen im Integrationszentrum Lahr, Brestenbergstraße 2 bis 4, das neue Projekt »Biss« vor. Die Abkürzung steht für: Berufliche Integration nach stationärer Suchttherapie. Seit 1. Januar läuft das Modellprojekt, das von einem Rentenversicherungsträger unterstützt wird. Ziel ist die Reintegration der Betroffenen in einen Beruf mit Beratung und Hilfe durch Experten, teilt der AGJ-Fachverband mit.

Lahrer Zeitung, 23.07.2010

# Neue Chance für Suchtkranke

LZ 23.07.10

Modellprojekt »BISS« will die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt verbessern

Von Michael Müller

**Lahr. Wer einmal suchtkrank war, hat es oft schwer, im Beruf Fuß zu fassen. Dabei wäre dies enorm wichtig. Das Modellprojekt »Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung« (BISS) am Integrationszentrum Lahr soll die Chancen verbessern.**

Sven Kretschmer aus Kehl war 14, als er in die Sucht abzugleiten begann – Alkohol und auch illegale Drogen. ER machte zwar eine Lehre als Wasserbauer beim Wasser- und Schiffsamt in Kehl und wurde auch übernommen, doch mit der Zeit wurden die suchtbedingten Probleme immer schlimmer. »Ich war kurz vor der Kündigung«, erzählt er. Vor drei Jahren unterzog er sich einer Therapie, wurde jedoch zweimal rückfällig. Inzwischen nimmt er am Modellprojekt »Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung« teil.

Rückfälle vermeiden – das ist das A und O, sagt Christoph Schönfelder, Leiter des Integrationszentrums Lahr. Die Außenstelle der Reha-Klinik Freiolsheim, dessen Träger der AGJ-Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg ist, widmet sich schwerpunktmä-

ßig der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken. Ziel ist es, die Patienten wieder ans »normale« Leben heranzuführen und wieder in den »ersten Arbeitsmarkt« zu integrieren – durch Arbeits- und Psychotherapie, Angeboten zur Freizeitgestaltung und Vermittlung von Berufspraktika. Mit rund 280 Betrieben in und um Lahr arbeitet das Zentrum zusammen.

Das neue Modellprojekt, das seit dem 1. Januar läuft, bietet nun deutlich bessere Möglichkeiten und setzt frü-

her an als bisher. Patienten wie Arbeitgeber wird suchtspezifische Fachkompetenz zur Verfügung gestellt. Zentrales Projektelement ist die Krisenintervention und Beratung bei drohenden oder erfolgten Rückfällen. Gerade das erste Jahr nach einer Therapie sei kritisch, sagt Wolfgang Indlekofer, therapeutischer Klinikleiter in Freiolsheim. Um dies zu verhindern, sind unter anderem mehrere unangekündigte Drogen-Screenings vorgesehen. »Viele Patienten sind dankbar für die



Sven Kretschmer Foto: mmü

Kontrollen«, weiß Indlekofer aus Erfahrung. Hinzu kommen Angebote zur Rückfallprophylaxe und begleitenden Beratung. Der Arbeitgeber wiederum erhält neben der Einzelfallberatung ein kompetentes Angebot zur Suchtprävention im Betrieb.

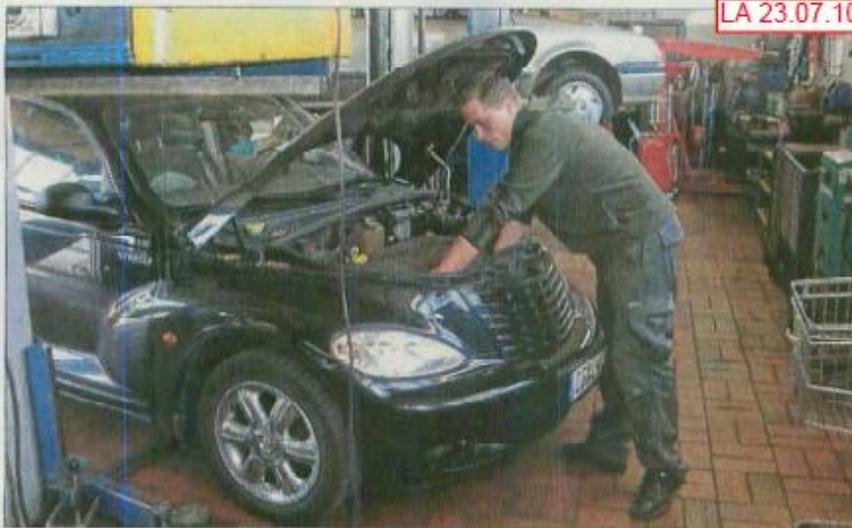
Einzelheiten der Verpflichtungen und Angebote werden in einem Dreiecksvertrag zwischen Projektteilnehmer, Arbeitgeber und dem Integrationszentrum geregelt, der über ein Jahr läuft. Das Modellprojekt wird vom Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaft an der Uni Freiburg wissenschaftlich begleitet. Die Deutsche Rentenversicherung finanziert das Projekt über einen Sonderpflegesatz.

»Das Projekt hat mir sehr geholfen, dass ich eine zweite Chance kriege«, sagt der heute 26-Jährige. »Der Arbeitgeber hat einen Ansprechpartner im Umgang mit Suchtkranken – und ich habe das auch. Das gibt Sicherheit.«



Im Beruf Fuß zu fassen und »clean« zu werden – für viele Suchtkranke ein Riesenproblem. Foto: Archiv

Lahrer Anzeiger, 23.07.2010



LA 23.07.10

Roman Wolf aus Lahr absolviert ein Praktikum in einer Autowerkstatt. Vermittelt hat es ihm das Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Gaggenau-Freilsheim. Dank der Einrichtung hat der ehemalige Drogenabhängige bereits einen festen Arbeitsvertrag in der Tasche. Archivfoto

HINTERGRUND

Integrationszentrum

Das Integrationszentrum Lahr vermittelt seit 1991 ehemalige Drogenabhängige einen Arbeitsplatz. Dies geschieht über achtwöchige Praktika. Die Einrichtung arbeitet dabei mit 280 Betrieben in der Region zusammen. Etwa 50 Prozent der Praktikanten bekommen danach ein Jobangebot. Bei ungefähr jedem Dritten klappt es mit einem festen Arbeitsvertrag. Rund 80 Prozent der Abhängigen kommt aus einer Rehaklinik im Gaggenauer Stadtteil Freilsheim. Klinik und Integrationszentrum gehören zum AGJ-Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg. 20 Therapieplätze bietet Lahr. Neben einer Adaptionsbehandlung (siehe Stichwort unten) gehört betreutes Wohnen sowie eine Arbeits- und Psychotherapie zum Angebot. kk

# Suchthilfe mit Biss

Modellprojekt zur beruflichen Integration von Ex-Drogenabhängigen gestartet

Wer sich mühsam aus dem Drogensumpf gekämpft hat, dem ist die Angst vor einem Rückfall allgegenwärtig. Ein neues Modellprojekt in Lahr will ehemals Drogenabhängigen nicht nur auf dem Weg zurück in die Berufswelt helfen, sondern vor allem dann für sie da sein, wenn es zum Rückfall kommt.

VON KLAUS KÖRNICH

Lahr. »Das Biss-Projekt war für mich eine wichtige Stütze«, sagt Sven Kretschmer aus Kehl. Der 26-Jährige wirkt nachdenklich, wenn er auf die Zeit seines Rückfalls zu sprechen kommt. »Ich stand kurz vor der Kündigung«, erinnert sich der junge Mann, für den schon im Alter von 14 Jahren die Drogenspirale aus Alkohol, Cannabis und Heroin begann.

Doch mithilfe einer Therapie und dank der Helfer des Integrationszentrums Lahr schaffte der gelernte Wasserbauer wieder den Weg zurück in die Berufswelt: »Mein Arbeitgeber hatte Fragen und Ängste. Er wusste nicht, wie er mit einem Süchtigen umzugehen hat. Das Biss-Projekt hat ihm geholfen.« Sven Kretschmer ist einer von

19 ehemals Drogensüchtigen, die derzeit im Integrationszentrum Lahr betreut werden. Er ist zugleich Teilnehmer des Modellprojekts Biss – ein bundesweit einmaliger Ansatz.

Biss steht für: berufliche Integration nach stationärer Suchttherapie. Die Lahrer Einrichtung kümmert sich bereits seit vielen Jahren darum, dass Ex-Junkies über Praktika wieder den Sprung zurück in den ersten Arbeitsmarkt schaffen (s. Hintergrund). Das Besondere am neuen Modellprojekt: Es begleitet und berät die ehemaligen Abhängigen über das gesamte erste Jahr ihrer beruflichen Wiedereingliederung. Und nicht nur sie. Vor allem den Arbeitgebern bietet das Projekt Hilfe und Unterstützung an.

»Dankbar für Kontrolle«

Einrichtungsleiter Christoph Schönfelder. »Wir mussten in der Vergangenheit immer wieder die Erfahrung machen, dass etliche ehemalige Patienten nach einigen Monaten wieder rückfällig wurden. Es kam zu Konflikten am Arbeitsplatz, die Arbeit wurde abgebrochen und irgendwann stand der Arbeitgeber oder der ehemals Süchtige bei uns vor Tür, sie wussten nicht mehr weiter und waren hilflos und ohnmächtig.« Beiden Betroffenen, Ar-

beitgeber und Arbeitnehmer, will das im Januar gestartete Modellprojekt professionelle Hilfe, Beratung und Betreuung anbieten. Dafür wurde im Integrationszentrum eine zusätzliche halbe Stelle geschaffen. Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg finanziert das Projekt, das wissenschaftlich begleitet wird – durch die Uni Freiburg.

»Zwischen dem Integrationszentrum, dem Arbeitgeber und dem ehemaligen Süchtigen wird ein Dreiecksvertrag geschlossen«, erklärt der therapeutische Gesamtleiter Wolfgang Indlekofer. »Darin verpflichten sich die ehemaligen Patienten, abstinent zu bleiben. Und sie erklären sich dazu bereit, an Alkohol- und Drogenscreenings teilzunehmen. Viele sind dankbar für diese unangemeldeten Kontrollen.«

Die Teilnehmer sind in der Regel ein Jahr lang in dem Projekt. 60 bis 80 Prozent der Betroffenen seien nach einem Jahr Arbeit immer noch »clean«, 70 Prozent hätten ihren Arbeitsplatz noch, erklärt Indlekofer. Ein großer Erfolg, denn: »Wer Arbeit hat, hat eine bessere Perspektive«, weiß sein Kollege Schönfelder. Die Teilnehmer bewerben sich um die Aufnahme in das Biss-Projekt, das für den Arbeitgeber kostenlos ist.

ZITIERT

»Das Biss-Projekt war für mich eine wichtige Stütze.«

Sven Kretschmer, 26, ehemals drogenabhängig, Teilnehmer am Lahrer Modellprojekt Biss.



STICHWORT

Adaption

Unter Adaption versteht man die Phase nach einer stationären Therapie des Drogenabhängigen. Die Adaption (Anpassung) hilft ihm in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und bei den zwischenmenschlichen Beziehungen. So arbeitet das Integrationszentrum Lahr zum Beispiel mit Vereinen und der Volkshochschule zusammen, um den Ex-Abhängigen wieder die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. kk

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

## 2 - Manual Modellprojekt BISS

## 3 Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 Evaluationsforschung

Zunächst soll auf allgemeine Grundlagen der Evaluationsforschung eingegangen werden. Anschließend werden einige Besonderheiten der Forschung in der beruflichen Rehabilitation sowie der Forschung im Rahmen der Suchtrehabilitation dargestellt. Diese Informationen geben einen Rahmen für die Interpretation und Nutzung der Ergebnisse dieser Untersuchung sowie deren Aussagekraft und Grenzen.

#### 3.1.1 Theoretischer Hintergrund der Evaluationsforschung

Evaluation beinhaltet die Bewertung eines Sachverhaltes oder Objektes auf Basis von Informationen (Stockmann, 2007a). In Abgrenzung zu dieser allgemeinen Bedeutung wird zur Definition der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen der Evaluationsforschung die systematische Anwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden betont (Bortz & Döring, 2002; Øvretveit, 2002; Weiss, 1998; Wottawa & Thierau, 2003). Eine häufig zitierte Definition der Evaluation in der sozialwissenschaftlichen Forschung ist die von Rossi & Freeman (1993). Ihrer Definition nach beinhaltet Evaluationsforschung „die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme“ (Bortz & Döring, 2002, S. 102). Bei der Evaluationsforschung handelt es sich häufig um Auftragsforschung, bei der Mittel für die Bewertung oder Begleitung einer Maßnahme bereitgestellt werden. Evaluationsgegenstände können beispielsweise Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologien oder Forschung sein. Die wissenschaftliche Evaluation nutzt verschiedenste empirisch-wissenschaftliche Methoden, insbesondere quantitative und qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung (Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V., 2004, 2008). Die Definition der Evaluationsforschung lässt Freiraum für vielfältige Ansätze und Modelle der Evaluationsforschung.

Zu welchem Zeitpunkt die Geschichte der Evaluation beginnt, unterscheidet sich je nach Darstellung. Wottawa & Thierau (2003) beginnen mit der Erwähnung von „Evaluationsversuchen“ in der Urgeschichte, Weiss (1998) verortet die Vorgeschichte bis ins Jahr 1660 zurück, als in Großbritannien soziale Probleme empirisch untersucht wurden. In dieser Arbeit soll lediglich der Rückblick auf die Geschichte der Evaluation von Sozialprogrammen, wie sie von Cook & Matt (1990) anschaulich dargestellt wurden, kurz erläutert werden.

Anfangs dominierten die objektivistischen Evaluationsmodelle. Der Fokus lag auf der Entdeckung von Programmeffekten anhand wissenschaftlicher, experimenteller Methodik und Logik. Vertreter waren Michael Scriven und Donald Campbell. Scriven prägte die bis heute benutzten Begriffe formative und summative Evaluation.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

Die **summative** Evaluation fasst die Wirksamkeit einer Intervention zusammen und ist auf Ergebnisse und Auswirkungen sowie auf verbrauchte Ressourcen gerichtet. Sie soll Verantwortlichen bei der Entscheidungsfindung über die Fortsetzung von Maßnahmen helfen. Die **formative** Evaluation modifiziert oder verbessert anhand von Zwischenergebnissen eine laufende Intervention (Bortz & Döring, 2002; Øvretveit, 2002).

Das Interesse galt damals vorwiegend summativen Bewertungen und kausalen Effekten. Es wurde eine größtmögliche Objektivität angestrebt, z. B. durch die Ausschaltung möglicher Fehlerquellen der internen und externen Validität, aber auch durch die Vermeidung von Verzerrungen, wie sie durch Interessen der Evaluatoren und Sponsoren entstehen können. Wenig Beachtung fand hierbei die Analyse von Implementationsprozessen sowie die Erklärung gefundener kausaler Zusammenhänge.

Als kritische Reaktion wurde die Nützlichkeit von Evaluationsmethoden angezweifelt, „die nicht auf einer validen und umfassenden Beschreibung der Art und Weise aufgebaut ist, wie Sozialprogramme operieren [...]“. Vertreter dieser Bewegung sind Carol Weiss und Joseph Wholey. Die Bedeutung der Heterogenität und Komplexität von Programmen und deren Kontext sowie der Einfluss von politischen und finanziellen Gesichtspunkten auf den Umgang mit Evaluationsergebnissen wurden hervorgehoben (Weiss). Zudem wurde die Bedeutung der Evaluierbarkeit von Programmen und der Messbarkeit von ausgewählten Zielen (Wholey) bevorzugt, im Gegensatz zum Anspruch der vollständigen Erhebung von Effekten bei Scriven und Campbell. Weitere Vertreter dieser Zeit richteten ihren Fokus auf die lokale Ebene und unterschieden sich in der Art der Informationssammlung von den experimentellen Ansätzen der Datenerhebung. Qualitative Methoden gelangten in den Vordergrund, mit der Abwendung von rein quantitativer Wirkungsforschung hin zur Beachtung von Prozessen und Informationsinteressen der Beteiligten und deren Rekonstruktion der Programmerkahrungen anhand von reichhaltigen Beschreibungen.

Heute wird die Auswahl der Fragestellungen und Methoden durch den Auftrag, der bzgl. eines Themas oder Projekts an die Evaluation gestellt wird, bestimmt. Die Auswahl des Designs und der Methoden dient der bestmöglichen Beantwortung der priorisierten Fragestellungen. Sie ist lediglich beschränkt durch die Machbarkeit und Nützlichkeit, z. B. im Hinblick auf Zeit und Mittel, und kann damit verschiedene methodische Zugänge miteinander vereinigen.

Eine Evaluation dient häufig unterschiedlichen Zwecken, und die Fragestellungen müssen der Vielfalt der Interessen verschiedener Beteiligtegruppen, den sogenannten Stakeholdern (Kasten 3-1), entsprechen, was von Peter Rossi mit dem „multi-goal“ Konzept von Evaluationen bezeichnet wurde (Cook & Matt, 1990).

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

#### Stakeholder

Stakeholder sind Personen oder Interessensgruppen, die in irgendeiner Weise einen Nutzen von einer Maßnahme erwarten oder an ihr direkt oder indirekt beteiligt sind (Christiansen, 1999; Stockmann, 2007a, S. 30).

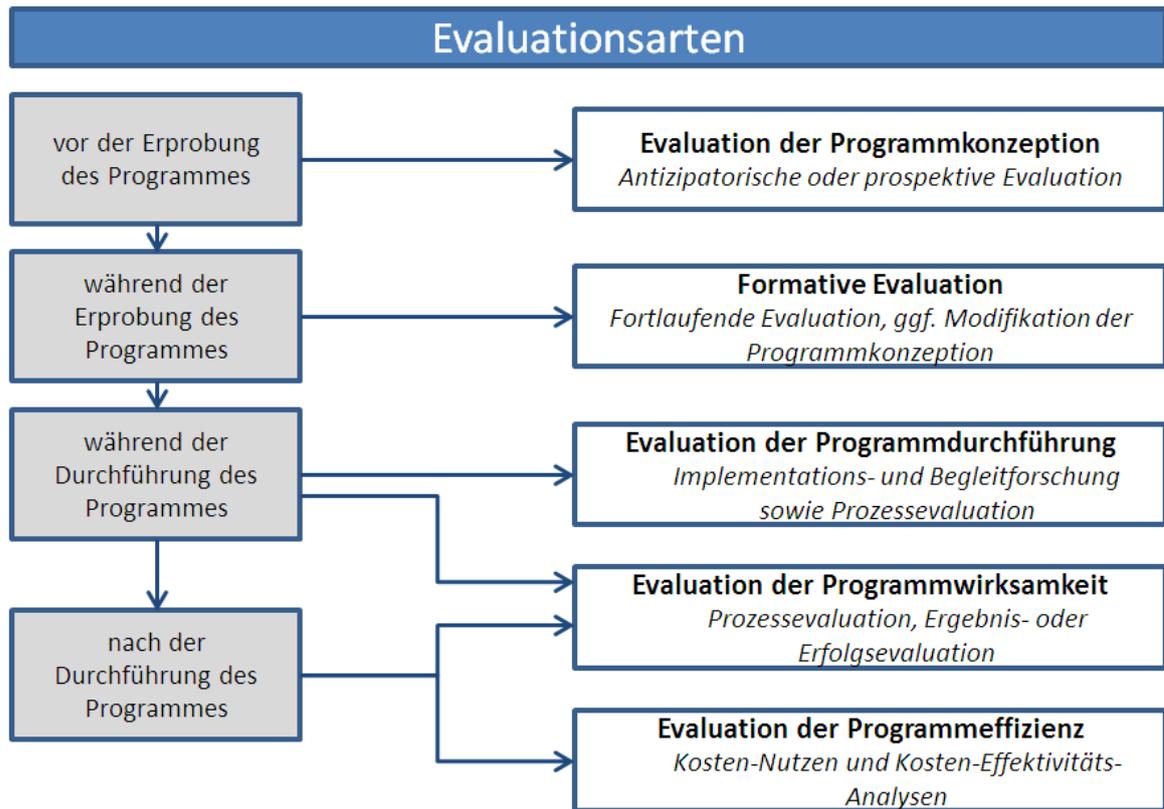
Stakeholder sind beispielsweise:

- politische Entscheidungsträger
- Auftraggeber der Evaluation
- Durchführungsorganisationen
- Implementationsträger
- Maßnahmenteilnehmer
- Ziel- und Nicht-Zielgruppen
- Projektmitarbeiter
- Programmkonkurrenten

**Kasten 3-1:** Beteiligtengruppen (Stakeholder) einer Evaluation

Zur Evaluation von Programmen beschreiben Mittag & Hager (2000) verschiedene Arten der Evaluation, die spezifische Aufgaben und Arbeitsschritte verdeutlichen sollen und je nach Evaluationsziel und Zeitpunkt der Intervention auszuwählen sind (Abbildung 3-1). Die *Evaluation der Programmkonzeption* beschäftigt sich mit der Bewertung der Ausarbeitung und Konzeption des Programmes, der Wirkwahrscheinlichkeit anhand empirischer Befunde und praktisch-technologischer Überlegungen sowie der Klärung grundsätzlicher Fragen (Problem- und Zielbestimmung, Gestaltung, Inhalt, Vermittlungsstrategie, Angemessenheit, Anwendbarkeit, Kohärenz der Passung der Maßnahme zu Zielbereichen und theoretisch-technologischen Modellvorstellungen, Auswahl von Zielindikatoren, Überlegungen zu Kriterien der Wirksamkeit und der Programmeffizienz). Die *formative Evaluation* im Sinne von Scriven bezeichnet eine Phase, die die Möglichkeit zur Optimierung und Modifikation sowie deren erneute Prüfung einschließt. Die *Evaluation der Programmdurchführung* dient der Bestimmung der Implementationsgüte, wobei Probleme und Fehlentwicklungen aufgedeckt werden sollen. Fragen zum Verlauf der Wirksamkeit (Prozessevaluation) können aufgegriffen werden. Die *Evaluation der Programmwirksamkeit* bewertet die Art, Intensität und Extensität von Veränderungen der Zielperson, die während (Prozessevaluation) oder nach der Durchführung (Erfolgs- / Ergebnisevaluation) aufgetreten sind. Häufig erhobene Ergebnisvariablen sind Lebensqualität, Gesundheitsvariablen, Verhaltensweisen, Umweltbedingungen und operationalisierte Ziele des Programms (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernández, 2011).

Evaluationsdesign und Methoden  
3.1 - Evaluationsforschung



**Abbildung 3-1:** Rahmenkonzept zu verschiedenen Arten der Evaluation von Interventionsprogrammen abhängig vom Evaluationsziel und Zeitpunkt der Intervention (Mittag & Hager, 2000, S. 108)

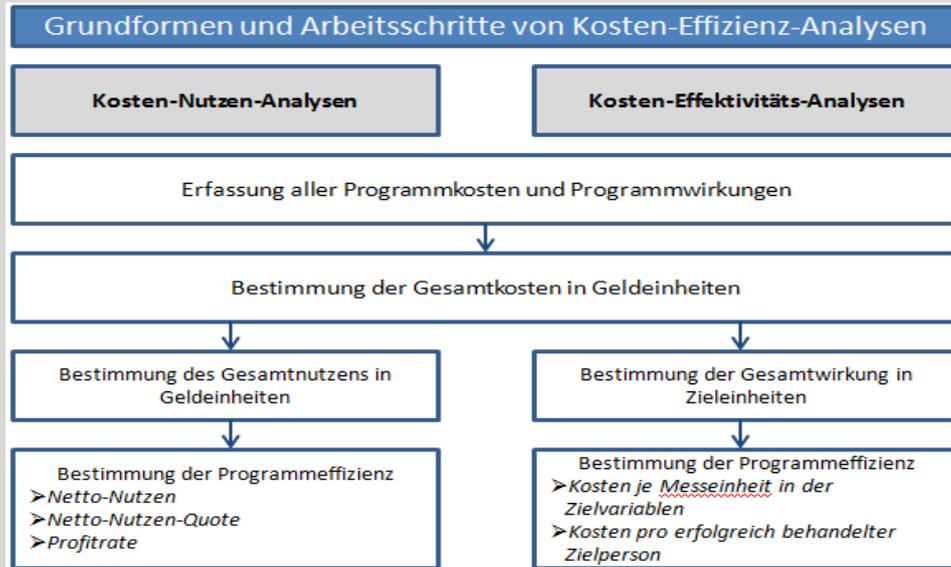
Die Analyse von Neben- und Folgewirkungen sind in dieser Phase verortet. Die *Evaluation der Programmeffizienz* bewertet die Maßnahme unter ökonomischen Gesichtspunkten. Es wird zwischen direkten, indirekten und intangiblen Kosten unterschieden. Direkte und indirekte Kosten sind monetäre Mittel, die für eine Maßnahme direkt verwendet werden bzw. im Umfeld, insbesondere durch Arbeitsausfall, entstehen. Als intangibel werden Kosten bezeichnet, die im Grunde nicht monetär messbar sind und sowohl psychische und physische als auch soziale Faktoren beinhalten können (Büscher & Gerber, 2008). Die ermittelten Kosten können für eine Kosten-Nutzen-Analyse oder eine Kosten-Effektivitäts-Analyse herangezogen werden (**Kasten 3-2**).

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.1 - Evaluationsforschung**

**Grundformen der Kosten-Effizienz-Analyse**

**Kosten-Nutzen-Analyse:** Programmwirkungen werden in monetäre Werte überführt und den Kosten gegenübergestellt.

**Kosten-Effektivitäts-Analyse:** Hierbei „werden die Programmkosten im Verhältnis zu den erzielten Veränderungen in den Zielindikatoren betrachtet und somit als Maßeinheit der untersuchten Zielvariable ausgedrückt, nicht aber als monetäre Einheit“. Hierdurch können die Kosten verschiedener Maßnahmen, die die selben Ziele verfolgen, verglichen werden (Fitzpatrick, Sanders & Worthen, 2012).



**Kasten 3-2:** Unterscheidung der Grundformen der Kosten-Effizienz-Analyse: Kosten-Nutzen-Analyse und Kosten-Effektivitätsanalyse aus Mittag & Hager (2000, S. 123–124)

Neben den beschriebenen evaluativen Aufgaben steigt die Forderung nach der Entwicklung sozialwissenschaftlicher Theorien, die Programmen zugrunde liegen, um hieraus „Modelle der Interventionsprozesse und der Implementationssysteme zu bilden, Ziele zu entwickeln, die Art der Beziehungen zwischen den Variablen zu spezifizieren und die Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse zu erhöhen“. Dieses der Evaluation zugrunde liegende Konzept wurde von Rossi mit der Bezeichnung „theory-driven“ eingeführt (Cook & Matt, 1990, S. 29–30).

Lee Cronbach betont den Wert der externen Validität, also die Sicherung der Übertragbarkeit (Cook & Matt, 1990, S. 29–30). Bortz & Döring (2002, S. 102) beschreiben die Ansicht von Cronbach so, „dass Evaluation eher eine „Kunst des Möglichen“ sei, die sich pragmatischen Kriterien unterzuordnen habe, wenn sie ihr primäres Ziel erreichen will, dem Auftraggeber bzw. Projektträger verständliche und nützliche Entscheidungsgrundlagen zu beschaffen“.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

Die Evaluationsforschung bewegt sich also in einem „Spannungsverhältnis zwischen Wissenschaftlichkeit und Nützlichkeit“ (Stockmann, 2007a, S. 29). Sie soll empirische Regeln und methodische Standards der Sozialwissenschaften erfüllen, aber auch verwertbare Ergebnisse für die Praxis liefern und diese so formulieren, dass ihnen Entscheidungshilfen entnommen werden können (Bortz & Döring, 2002). Je nach Weltsicht, Perspektive und bevorzugten Methoden werden andere Vorgehensweisen im Evaluationsprozess gewählt. Auch die zunehmende Komplexität von Programmen, die damit verbundene Häufung von Zielerwartungen und die wachsende Bedeutung der Stakeholder-Perspektiven tragen zur Vielfalt an Evaluationsmodellen bei (Øvretveit, 2002; Stockmann, 2007a).

Als Ziele von Evaluationen führt Stockmann (2007a, S. 37–39) folgende Punkte auf:

- **Erkenntnisgewinn** über den Programmablauf, den Bedarf der Zielgruppen, die Erreichbarkeit, die Akzeptanz der Stakeholder, die Durchführungsorganisation, die Rahmenbedingungen, Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität als Grundlage von Entscheidungen,
- **Kontrolle** über die Zielerreichung anhand von Erfolgskriterien (Effektivität, Effizienz, Akzeptanz, Nachhaltigkeit),
- Schaffung von **Transparenz und Dialogmöglichkeiten** zwischen Stakeholdern, um Entwicklungen und Lernprozesse voranzutreiben,
- **Legitimation** der durchgeführten Maßnahme, bei der die Effizienz und die Wirkungen von Maßnahmen nachprüfbar belegt und kommuniziert werden können,
- sowie eine als „pathologische Seite“ des Evaluationszwecks beschriebene, **taktische Funktion**, bei der die Evaluation beispielsweise politische Entscheidungen (nachträglich) legitimieren soll oder es auch „schick“ geworden sei eine Evaluation durchzuführen, ohne die Ergebnisse wirklich nutzen zu wollen (dekorative Symbole).

Aus den Zielen und der Art der Evaluation ergeben sich typische Fragestellungen, deren wichtigste Quelle die Stakeholder des Evaluationsgegenstandes sind. Diese sollten deshalb bereits in der Planungsphase einer Evaluation mit einbezogen werden. Fitzpatrick et al. (2012, S. 321) führen Fragestellungen, die bei verschiedener Stakeholdergruppen zu einem Führungskräfte-Training vorhanden sein können, auf. Diese sollen in Tabelle 3-1 als Beispiel angebracht werden.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

**Tabelle 3-1:** Mögliche Fragestellungen verschiedener Stakeholdergruppen im Rahmen von Programmevaluationen (Fitzpatrick et al., 2012, S. 321)

Questions from ...	
<b>... the program administrator</b>	Are we running on time and within our budget? Are we meeting foundation expectations for this program? Is the program being implemented as planned? What changes have occurred and why? Are participants gaining the intended leadership skills at the desired level?
<b>... program staff</b>	Are we delivering the program as planned? What changes are being made from the program model and why? How are trainees reacting to the program? Which sessions/ methods work best? Which are the worst?
<b>... participants toward whom the program is aimed</b>	Have the leadership skills of participants really improved? Are they using them on the job? How? What portions of the program are the most useful to the participants?
<b>... top managers in the organization</b>	What evidence is there that the program is achieving its goals? Is this program having the desired impact on the units in which the trainees work? Would this serve a model for other change efforts in our organization? What continuing expenses are going to exist once foundation support terminates?
<b>... the foundation</b>	Is the program doing what it promised? What evidence is there that variables targeted for change have actually changed? How cost-effective is this program? Could the program be established in other settings? What evidence is there that the program will continue once foundation funds are terminated?

Der organisatorische Ablauf von Evaluationen ist vielfach beschrieben und soll jeweils eine Orientierung bei der Durchführung eines Evaluationsvorhabens bieten (Bartholomew et al., 2011; Datta, 1997; EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007; Kröger, Winter & Shaw, 1998; Øvretveit, 2002; Silvestrini, 2007; Weiss, 1998; Wottawa & Thierau, 2003). Die Abläufe beziehen sich auf die Planung und Durchführung der Evaluation sowie den Umgang mit den Ergebnissen. Beispielhaft seien hier die zu berücksichtigenden Punkte dargestellt wie sie von Weiss (1998, S. 72) aufgeführt sind.

- Identifizierung der Fragestellungen (zum Prozess, zu den Outcomes, der Kausalität, zu den Wirkfaktoren und zur Wirkungsweise)
- Methodenauswahl (quantitativ, qualitativ, Kombination beider)
- Auswahl der Erhebungsinstrumente (Nutzung bereits vorhandener vs. eigenständige Entwicklung von Instrumenten (Bartholomew et al., 2011))
- Überlegungen zu den Datenquellen (Stakeholder)
- Planung eines Untersuchungsdesigns (experimentell, quasi-experimentell, Fallstudien)
- Erhebung und Auswertung der Daten
- Erstellung und Verbreitung von Ergebnisberichten
- Förderung einer angemessenen Verwendung der Ergebnisse

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

In Stockmann (2007b) wird ein Evaluationsleitfaden (Stockmann, 2007a) und ein Flussdiagramm (Silvestrini, 2007) zur Planung und Vorbereitung einer Evaluation vorgestellt. Bei Data (1997) sowie Znoj & Regli (2006a) finden sich Checklisten zur Überprüfung der Qualität von Evaluationsberichten und des Evaluationskonzepts. Die WHO publizierte verschiedene „Workbooks“ für die Planung und Implementation von Evaluationsmaßnahmen sowie für sechs verschiedene Evaluationsarten (Bedarfsevaluation, Prozessevaluation, Kostenevaluation, Evaluation der Patientenzufriedenheit, Ergebnisevaluation und Kosten-Nutzen Evaluation) speziell für die Evaluation von Behandlungsmaßnahmen für Abhängigkeitserkrankte (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000).

Die Ausgestaltung und Realisierung der Orientierungshilfen liegen wiederum in der Hand der Evaluierenden. Sie richten sich nach dem Zeitpunkt, den Zielen, Evaluationsart, Interessen, Möglichkeiten und Perspektiven der Evaluierenden und Evaluierten (Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V., 2008). Selbstverständlich unterliegen auch die Evaluationsforschung und damit die Gestaltung des Evaluationsvorhabens ethischen Richtlinien. Teilnehmende sind „wirkliche“ Personen, für die die Evaluationsergebnisse möglicherweise von großer Bedeutung sind (Bortz & Döring, 2002; Weiss, 1998).

Um zu verdeutlichen, wie unterschiedlich die Ausrichtung und damit die Umsetzung des Evaluationsvorhabens bei verschiedenen Evaluationsarten ausfallen, sind in Tabelle 3-2 Kennzeichen der summativen und formativen Evaluation nach verschiedenen Merkmalen aufgezeigt.

Neben den genannten Orientierungshilfen zur Ausgestaltung tritt die Auseinandersetzung mit Gütekriterien und der wachsende wissenschaftliche Anspruch in der Evaluationsforschung in den Vordergrund (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Die Evaluationsforschung wird eher als Anwendungsvariante wissenschaftlicher Forschungsmethoden gesehen, denn als eine eigenständige Disziplin. Daher wird die Orientierung an methodischen Standards der empirischen Grundlagenforschung und die notwendige Weiterentwicklung dieses Bereiches gefordert (Bortz & Döring, 2002; Murray & Frenk, 2008). Als Beispiel sei hier die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V., 2008) angebracht, die Standards zur Sicherung und Entwicklung der Qualität von Evaluationen formuliert hat. Diese dienen der Orientierung bei der Planung und Durchführung von Evaluationen und sollen einen fachlichen Austausch über Evaluationsprojekte ermöglichen. Sie fordern vier grundlegende Eigenschaften von Evaluationen, zu denen Standards festgelegt wurden: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

**Tabelle 3-2:** Kennzeichen formativer und summativer Evaluation bzgl. verschiedener Merkmale aus Znoj & Regli (2006b, S. 286) nach Herman, Morris & Fitz-Gibbon (1987)

Merkmal	Formativ	Summativ
<b>primäre Zielgruppe</b>	Programmentwickler Programmmanager Programmdurchführende	Politiker interessierte Öffentlichkeit Geldgeber
<b>primäre Betonung bei der Datensammlung</b>	Klärung der Ziele Art des Programmprozesses bzw. der Programmdurchführung Klärung der Probleme bei der Durchführung und der Annäherung an Ergebnisse Analyse zur Durchführung und Ergebnisse auf Mikroebene	Dokumentation der Ergebnisse Dokumentation der Durchführung Analyse zur Durchführung und Ergebnisse auf Makroebene
<b>primäre Rolle des Programmentwicklers und Programmausführenden</b>	Mitarbeiter	Datenbeschaffer
<b>primäre Rolle des Evaluators</b>	interaktiv	unabhängig
<b>typische Methodologie</b>	qualitative und quantitative, mit größerer Betonung der Ersteren	quantitative, manchmal durch die qualitative bereichert
<b>Häufigkeit der Datensammlung</b>	fortlaufende Überwachung	begrenzt
<b>primäre Mechanismen der Berichtlegung</b>	Diskussion und Treffen informelle Interaktion	formale Berichte
<b>Häufigkeit der Berichtlegung</b>	häufig während der ganzen Zeit	zum Schluss
<b>Schwerpunkt des Berichts</b>	Beziehung zwischen den Prozesselementen (Mikroniveau) Beziehung zwischen Kontext und Prozess Beziehung zwischen Prozess und Ergebnis Implikationen für Programmpraktiken und spezifische Veränderungen bei den Operationen	Implikationen für Politik administrative Kontrollen und Management
<b>Anforderungen für Glaubwürdigkeit</b>	Übereinkunft mit Entwicklern und Durchführenden hinsichtlich der Berichtlegung Befürwortung und Vertrauen	wissenschaftliche Strenge Unparteilichkeit

## **Evaluationsdesign und Methoden**

### **3.1 - Evaluationsforschung**

Die Nützlichkeitsstandards befassen sich mit der Bedeutung der Ausrichtung an den Evaluationszwecken und dem Informationsbedarf der Nutzer. Dies bezieht sich auf den gesamten Evaluationsprozess, von der Auswahl der Beteiligten und der Klärung des Auftrags, der Kompetenz des Evaluators, über die transparente Erhebung und Darstellung der Informationen und Bewertungen, bis hin zur rechtzeitigen Berichterstattung und nutzerfreundlichen Umsetzung und Darstellung.

Die Durchführbarkeitsstandards weisen auf die Beachtung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen sowie auf die Rücksichtnahme auf die Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten und die aktive Förderung der Akzeptanz bei der Auswahl der Verfahren hin.

Als Rahmenbedingungen für die Erfüllung der Fairnessstandards wird die Verschriftlichung von Vereinbarungen, die Wahrung individueller Rechte, die vollständige Darstellung von Stärken und Schwächen des Evaluationsgegenstandes, die unparteiische Durchführung und Berichterstattung und die Verantwortlichkeit für die Zugänglichkeit zu den Ergebnissen beschrieben. Die bisher aufgeführten Standards verdeutlichen den Praxisbezug der Evaluationsforschung und damit die Ausrichtung des gesamten Evaluationsprozesses an dem Auftrag, der von den Projektbeteiligten an die Evaluation gestellt wird.

In den Standards zur Genauigkeit werden die wissenschaftlichen Anforderungen an die Evaluation aufgeführt. Diese beziehen sich auf die detaillierte Beschreibung und Analyse des Evaluationsgegenstandes und der Informationsquellen, auf die Festlegung der Fragestellung und Vorgehensweisen, auf Validität und Reliabilität der Erhebungsverfahren, auf die systematische Datenauswertung und Fehleranalyse sowie auf deren Nachvollziehbarkeit. Hier findet auch die Anforderung an die adäquate Darstellung der Informationen ihren Platz, um spätere Meta-Evaluationen zu ermöglichen.

Die Gewichtung der einzelnen Standards in einem Evaluationsvorhaben ergibt sich aus der ständigen Abwägung zwischen der Ausrichtung an das evaluative Umfeld und der Erfüllung wissenschaftlicher Anforderungen.

Aufgrund der zunehmenden Professionalisierung der Evaluationsforschung werden auch an die Person des Evaluators besondere Anforderungen gestellt. Die benötigte fachliche Kompetenz bezieht sich nicht nur auf den evaluativen Prozess (Forschungsmethoden, Design-technik, technische Analyse), sondern auch auf die häufig fachfremde Thematik des Evaluationsgegenstandes. Dieses Wissen wird bei der Evaluation sozialer Programme als Voraussetzung für die Bestimmung der Auswirkungen und der damit verbundenen geeigneten Auswahl des Messinstrumentariums gesehen. Aufgrund der erforderlichen Kommunikation und der Bedienung verschiedenster Interessengruppen sowie dem Umgang mit möglicherweise besonderen betroffenen Gruppen, werden Fähigkeiten der sozialen Kompetenzen benötigt (Bortz & Döring, 2002; Moosbrugger & Schweizer, 2002).

### 3.1.2 Evaluation beruflicher Maßnahmen in der Suchtrehabilitation

Programmevaluationen bewegen sich in einem Praxisfeld, in dem eine Randomisierung der Zuweisung und die Konstanthaltung von Bedingungen schwer möglich sind. Es liegen Rahmenbedingungen vor, die nur teilweise oder gar nicht erfasst oder kontrolliert werden können (Moosbrugger & Schweizer, 2002; Rittmannsberger, 1993). Auch die Thematik der beruflichen Integration und der Suchtrehabilitation birgt Besonderheiten, die im Rahmen der Forschung beachtet und bei der Interpretation von Ergebnissen berücksichtigt werden müssen. Mögliche Faktoren, die die Ergebnisse des vorliegenden Evaluationsvorhabens beeinflussen oder die Durchführung erschweren können, sollen dargestellt und der Umgang mit diesen kurz erläutert werden.

Da der Forschungsgegenstand einer Projektevaluation in einen Praxisalltag eingebunden ist, findet auch die Forschungsaktivität in genau diesem Umfeld, mit all den Beteiligten, den sogenannten Stakeholdern, statt. Boschen (1984) weist hierzu auf einige Schwierigkeiten hin, die bei der **Implementation von Forschungsvorhaben** zur Evaluation von Programmen auftreten können (Tabelle 3-3).

Durch die verschiedenen bereits beschriebenen Arten der Evaluation mit unterschiedlichem Fokus, kann es zu falschen Erwartungen und Missinterpretationen darüber kommen, welche Aussagen mit der durchgeführten Evaluation getroffen werden können. Sind Begriffe im Zusammenhang mit der Maßnahme oder der Evaluation nicht ausreichend definiert und operationalisiert, kann dies zu einer unterschiedlichen Verwendung und zu Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Stakeholdern führen. Es kann für die Beteiligten unklar sein, was als Erfolg eines Programms angesehen wird, wenn z. B. Begriffe wie Nutzen, Wirkung, rehabilitiert vs. nicht rehabilitiert, beruflich integriert, etc. mit verschiedenen Vorstellungen behaftet sind.

Fehlt eine genaue Beschreibung der Umsetzung der Evaluation, kann es zu Verzögerungen im Ablauf kommen. Für alle Beteiligten sollte deutlich werden, welche Aufgaben von wem und zu welcher Zeit durchzuführen sind, da die kontinuierliche Datenerhebung zumeist nur mit Unterstützung der Programmdurchführenden zu gewährleisten ist. Im Rahmen von Prozessevaluationen geht es zusätzlich um den Umgang mit direkten Rückmeldungen aus der Forschung und deren Auswirkungen auf das Programm. Mögliche Änderungen im Programmablauf werden durch das Forschungsteam dokumentiert.

Durch die Einbindung des Personals in die Forschungsaktivitäten kann es Widerstände geben. In Konflikt stehende Ziele (wissenschaftliche Interessen vs. klinische Interessen) können auftreten. Aber auch die zusätzliche Arbeit durch eine Evaluation, z. B. durch Datenerhebung oder Leistungsdokumentation, ist oft nicht im Interesse der Programm-Durchführenden. Bzgl. der Einforderung der vollständigen Dokumentation und Übermittlung der Daten besitzt das Evaluationsteam keine Autorität. Vor allem in Bezug auf eine Kosten-Nutzen-Analyse können Befürchtungen zu den Folgen der Evaluation, wie das Streichen von Arbeitsplätzen

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.1 - Evaluationsforschung**

oder des Programms bei negativer Bewertung, auftreten. Aus all diesen Gründen wird auf die Notwendigkeit der Entwicklung einer kooperativen und vertraulichen Zusammenarbeit zwischen Evaluationsteam und Programm-Durchführern hingewiesen, von der beide Seiten profitieren sollten (Boschen, 1984; Staines, 2008).

Miller, Sorensen, Selzer & Brigham (2006) beschreiben in ihrem Review zur Verbreitung innovativer Behandlungsansätze und Methoden der Suchtbehandlung Schwierigkeiten bei der Implementierung einer bereits evaluierten Maßnahme. Allein die Evaluation und die Verbreitung der Ergebnisse anhand von wissensbasierten Materialien und Workshops können demnach ein notwendiges Training, Feedbackprozesse und Supervision bei den Durchführenden nicht ersetzen.

**Tabelle 3-3:** Schwierigkeiten bei der Implementation eines Forschungsvorhabens im Praxisumfeld

Bereich	Schwierigkeit /Hindernis	Umgang in der Evaluation von BISS
<b>Implementation des Forschungsvorhabens</b>	unterschiedliche Vorstellungen von Evaluation	detaillierte und frühzeitige Information und Einbindung der Beteiligtengruppen
	Unklarheiten von Begrifflichkeiten	Erläuterung des Forschungsvorhabens
	Unklarheiten beim Ablauf und in den Zuständigkeiten	gemeinsame Erarbeitung der Durchführung und klare Ablaufplanung
	Widerstände durch Interessenskonflikte oder zusätzlichen Aufwand	ständiger Austausch und bestmögliche Vorbereitung der benötigten Materialien
	Befürchtungen bzgl. des Umgangs mit (negativen) Ergebnissen/ Aussagen	Fokus auf die Weiterentwicklung des Projekts offene Kommunikation über den Umgang mit den erhobenen Daten
	Implementation der evaluierten Maßnahme	Informationsveranstaltung praxisnahes Manual

Um die Schwierigkeiten bei der Implementation dieses Forschungsvorhabens zu verhindern bzw. zu minimieren, soll den Auftraggebern und den Projektdurchführenden das Evaluationsvorhaben vor Beginn detailliert vorgestellt werden. Bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente sollen die Durchführenden aktiv eingebunden werden, wodurch deren Expertise genutzt und Fragestellungen berücksichtigt werden können. Die Durchführung der Datenerhebung soll gemeinsam mit den Projektdurchführenden abgestimmt und die Vorbereitungen soweit getroffen werden, dass der Aufwand möglichst minimiert wird. Ein enger und regelmäßiger Austausch vor Ort soll die direkte Klärung von Unstimmigkeiten, Befürchtungen oder Schwierigkeiten ermöglichen. Der Fokus soll sich auf konstruktive Rückmeldungen

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

durch das Evaluationsteam, anstelle einer Bewertung „für oder gegen“ die Maßnahme richten.

Auch für die Implementation des Forschungsvorhabens in den Vergleichsgruppeneinrichtungen ist das Forschungsteam auf eine kooperative Zusammenarbeit angewiesen. Neben der Unterstützung bei der Ersterhebung ist es wichtig zu klären, ob es aufseiten der Vergleichsgruppen Befürchtungen bzgl. der Beteiligung gibt, beispielsweise zum Umgang mit den Ergebnissen. Auch bei den Stakeholder-Interviews soll zu Beginn eines Gesprächs der Umgang mit den Informationen genau erläutert werden.

Die Implementation der Maßnahme in anderen Einrichtungen soll neben der Durchführung von Informationsveranstaltungen durch die Durchführenden durch ein praxisnahes Manual ermöglicht werden. Die Durchführung und Sicherung des Trainings der Projektinhalte liegen jedoch in der Verantwortung eines jeden Maßnahmenanbieters.

Aufseiten der **Teilnehmergruppe** der Suchtmittelabhängigen gibt es vielfältige zu beachtende Einflussfaktoren auf die Ergebnisse und den Ablauf der Evaluation (Tabelle 3-5). Patientencharakteristika, die berufsbezogene Ergebnisvariablen beeinflussen, sind bei Suchtpatienten in besonderem Maße zu erwarten. Hierzu gehört die vergleichsweise ungünstige berufliche Situation vor der Maßnahme (z. B. Arbeitslosigkeit, Bildungsstand), der möglicherweise anhaltende Bezug zu Subkulturen und die Teilnahme an Programmen durch „Zwang“ (z. B. durch gerichtliche Urteile). Auch Persönlichkeitsfaktoren, z. B. durch die hohe Komorbidität zu Persönlichkeitsstörungen oder durch Folgen langanhaltenden Substanzkonsums, beeinflussen den Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung (Faßmann, 1997; Scott & White, 2005). Der Erfolg ist damit auch abhängig von der Ausgangslage einer Person (Plath & Blaschke, 1999).

Aufgrund der berichteten Faktoren, die die Charakteristika der Untersuchungsgruppe und deren Einfluss auf die Ergebnisse mitbestimmen, muss die Übertragbarkeit auf andere Klientengruppen stets infrage gestellt werden, da sich Aussagen vornehmlich auf das spezifische, aktuell untersuchte Klientel beziehen (Staines, 2008).

Steffanowski, Rieger, Kriz, Schmidt & Nübling (2010) stellen fest, dass Abhängigkeitserkrankte eher den Bedarf hatten, ihren Unmut zu äußern, als positive Rückmeldungen zu geben, was eine Verzerrung der Zufriedenheitsbeurteilung bewirken könnte. Eine Erhöhung der Rücklaufquote durch aktives Nachfragen hatte in der genannten Untersuchung eine Verbesserung der Angaben zur Patientenzufriedenheit zur Folge. Bei Befragungen kann es durch die Verheimlichung des Konsums bzw. eines Rückfalls oder das Herunterspielen des Konsumausmaßes zu Ergebnisverzerrungen kommen (Missel, 2009; Reuband, 1984). Dieser Effekt könnte sich bei Erhebungen im Rahmen einer Evaluation aufgrund der zumeist sichtbaren Zusammenarbeit zwischen Behandlern und Evaluatoren verstärken. Hier kann ein Effekt der sozialen Erwünschtheit vermutet werden, bei denen Patienten die Evaluationsergebnisse nicht verschlechtern möchten. Auch die Verheimlichung von Konsum und Rückfällen vor

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

dem Evaluationsteam, aus der Befürchtung heraus, dass diese Angaben an das Interventionsteam weitergegeben werden könnten, ist nicht ausgeschlossen.

In berufsbezogenen Maßnahmen für Abhängigkeitserkrankte werden oft nur geringe Teilnehmerzahlen erreicht, mit teilweise nur „tröpfchenweise“ eintretenden Patienten. Dies bedeutet einen erhöhten Erhebungsaufwand, da auch die Befragungen nur nach und nach stattfinden können (Staines, 2006).

Ein Problem stellen zudem die häufig geringen Rücklaufquoten dar. Neben den allgemein bekannten Schwierigkeiten, Personen über längere Zeit hinweg zu befragen, ist bei Suchtpatienten oft schon das Herausfinden der aktuellen Adresse eine Hürde. Aus diesem Grund empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) die Etablierung eines Erinnerungssystems mit Erinnerungspost und Telefonaten zur Erhöhung der Rücklaufquoten.

Es wird außerdem angenommen, dass unter Nicht-Antworthern oder Verweigerern, Personen, die in hohem Maß konsumieren, überrepräsentiert sind. Somit könnten die Ergebnisse positiv verzerrt sein. Die Einstufung aller Nicht-Antworter als „rückfällig“ würde die Anzahl der Rückfälligen wiederum überschätzen. Auch bei Anwendung eines Erinnerungsverfahrens zur Erhöhung der Rücklaufquote bleibt fraglich, was der Grund für eine anhaltende Nicht-Erreichbarkeit ist (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001).

**Tabelle 3-4:** Unterschiedliche Berechnungsformen für Erfolgsquoten (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001, S. 89)

<b>Berechnungsformen für Erfolgsquoten nach DGSS 2001</b>		
	<b>nur die bei der Erhebung erreichten</b>	<b>alle Beginner (Erreichte und Nicht-Erreichte)</b>
<b>nur planmäßig Entlassene</b>	Berechnungsform 1	Berechnungsform 2 (Nicht-Erreichte = rückfällig)
<b>planmäßig und vorzeitig Entlassene (Abbrecher)</b>	Berechnungsform 3	Berechnungsform 4 (Nicht-Erreichte = rückfällig)

Zum Umgang mit Maßnahmen-Abbrechern und Nicht-Beantwortern schlägt die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) in ihren Dokumentationsstandards II für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen Berechnungsformen für Erfolgsquoten der Behandlung vor (Tabelle 3-4). Es ergeben sich vier Berechnungsformen, je nachdem ob Abbrecher oder nur „regulär Entlassene“ in die Erfolgsbeurteilungen mit aufgenommen werden sollten und ob auch die Nicht-Erreichten in die Katamneseberechnungen mit einbezogen werden sollen. So werden bei der Berechnungsform 4, die die Konservativste darstellt, all diejenigen mit einbezogen, die häufig aufgrund von Rückfällen, aus der Maßnahme ausgeschiedenen sind. Personen, die aus verschiedensten Gründen nicht erhoben werden konnten (Rückfall, unbekannt verzogen, Tod, Verweigerung der Antwort), werden als „nicht er-

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.1 - Evaluationsforschung**

folgreich“ und damit als „rückfällig“ eingestuft. Die Berechnungsform 1 berücksichtigt lediglich die Antworter unter den planmäßig Entlassenen wodurch eine starke Positivselektion der Untersuchungsgruppe angenommen werden kann. Die Berechnungsformen können also zu großen Unterschieden in der Erfolgsbeurteilung führen, wobei aus der konservativsten Berechnungsform 4 der höchste Prozentansatz an Einstufungen als „nicht erfolgreich“ resultiert (M. Fischer et al., 2007; Missel, Schneider & Bachmeier et al., 2010; Missel, Schneider & Funke et al., 2010). Die wahre Erfolgsquote wird zwischen Berechnungsform 3 und 4 erwartet (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001).

**Tabelle 3-5:** Schwierigkeiten in Bezug auf die Teilnehmer der Untersuchungsgruppen

Bereich	Schwierigkeit /Hindernis	Umgang in der Evaluation von BISS
<b>Teilnehmer der Untersuchungsgruppen</b>	Patientencharakteristika und Persönlichkeitsfaktoren	Erhebung der Charakteristika und komorbiden Erkrankungen
	Übertragbarkeit auf andere Klientengruppen	detaillierte Beschreibung der Untersuchungsgruppen
	selektive Rückmeldung (Unzufriedenheit, Soziale Erwünschtheit)	wiederholte Information über Trennung des Evaluations- und Interventionsteams und über die Schweigepflicht
	geringe Teilnehmerzahlen an der Maßnahme	Evaluation über drei Jahre Einholung der Einverständniserklärung zur Studienteilnahme zeitgleich zum BISS-Vertragsabschluss bzw. zur Abschlussbefragung der Vergleichsgruppeneinrichtung
	geringe Rücklaufquote	Erinnerungsverfahren
	unbekannte Adresse bei Follow-Up	Wiederholte Abfrage der Kontaktdaten
	selektiver Drop-out bei Rückfälligen	Einbezug weiterer Datenquellen alternative Berechnungsformen der Rückfallquoten

In der vorliegenden Evaluation sollen zur Kontrolle der Charakteristika und Persönlichkeitsfaktoren der Teilnehmer umfassende Daten erhoben werden. Die Beschreibung der Teilnehmer soll Anhaltspunkte zur Übertragbarkeit auf andere Gruppen liefern und auch zur Interpretation der Daten herangezogen werden. Zudem soll die Vergleichbarkeit der Interventions- und der Vergleichsgruppe überprüft werden.

Die selektive Rückmeldung bei Unzufriedenheit soll durch die möglichst vollständige Erfassung der Teilnehmer durch ein erweitertes Erinnerungsverfahren minimiert werden. Durch die wiederholte Aufklärung über die Trennung von Evaluationsteam und Interventionsteam und durch den Hinweis auf die Schweigepflicht sollen die Teilnehmer animiert werden, auch negative Aussagen zu äußern, um so Effekte der sozialen Erwünschtheit zu verhindern.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

Um Einschränkungen durch geringe Teilnehmerzahlen entgegenzuwirken, ist die Evaluationsstudie auf einen Zeitraum von drei Jahren angelegt. Dies ermöglicht auch die Durchführung individueller Erhebungszeitpunkte für jeden Teilnehmer. Um die Teilnahmebereitschaft der BISS-Klienten zu erhöhen, soll die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme zeitgleich zum Vertragsabschluss eingeholt werden. In der Vergleichsgruppe sollen die erste Erhebung und die Einholung des Einverständnisses vorzugsweise zeitgleich zur Abschlussbefragung der Rehabilitationsbehandlung durchgeführt werden.

Die Erhöhung der Rücklaufquote soll durch ein Erinnerungssystem in Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) ermöglicht werden. Durch die jeweils erneute Abfrage aktueller Kontaktdaten (Adresse, Telefon, Email) zu jedem Erhebungszeitpunkt soll eine möglichst hohe Aktualität der Informationen gewährleistet sein. Bei der Bestimmung der Rückfälligkeit unter Berücksichtigung der Drop-outs sollen unterschiedliche Varianten dargestellt werden. Zudem können, insbesondere bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe, mehrere Datenquellen zur Beurteilung der Rückfälligkeit herangezogen werden (Interviews, Fragebögen, Verlaufsdokumentation, Alkohol- und Drogenscreenings).

Folgende **weitere Einflussfaktoren** innerhalb der Maßnahme oder des Evaluationsvorhabens sowie äußere Umstände sind aufgrund ihres Einflusses auf Zielkriterien der beruflichen Integration und der Suchterkrankung zu beachten (Tabelle 3-6).

Staines, Blankertz, Magura, Cleland & Bali (2005) weisen auf niedrige Effektstärken bei beruflichen Maßnahmen für Suchtmittelabhängige in der Literatur hin. Sie begründen dies einerseits mit schlechten Wirkungen der Maßnahmen, da diese die Bedürfnisse der Patienten nicht adressieren, schlecht implementiert seien oder eine zu geringe Behandlungsintensität bieten. Andererseits könnten auch zu geringe Unterschiede zwischen speziell beruflichen Maßnahmen und den zum Vergleich herangezogenen Standardinterventionen sein. Mittlerweile stellen berufsbezogene Anteile nämlich einen essenziellen Bestandteil einer jeden Suchtbehandlung dar. Es werden ähnliche Zielkriterien angestrebt und die Behandlungsmaßnahmen werden ansich zumeist schon als wirksam bewertet, was den Nachweis zusätzlicher Effekte erschwert (Orford, 2008). Durch die Entwicklung fundierter Dokumentations- und Evaluationsstandards in der Suchtrehabilitation ist eine „unüberschaubare Menge an empirischem Datenmaterial zur Beurteilung der *medizinischen* Rehabilitationsmaßnahmen“ (Faßmann, 1997, S. 498) vorhanden. Dieses kann durch die hohe Vielfalt an Patientengruppen, Interventionen, erfassten Zeiträumen, Erhebungs- und Auswertungsmethoden und der dadurch verursachten hohen Streuung der Erfolgsquoten, nur eingeschränkt für den Vergleich von Effekten genutzt werden. In „neuen“ Suchtmaßnahmen wird zumeist lediglich ein Zusatz zum Standard geboten anstatt innovative oder alternative Programme zu entwickeln, die sich in ihren Effekten möglicherweise vom bisherigen Angebot unterscheiden könnten. Aufgrund der als partiell beschriebenen Forschungsaktivitäten im Bereich der beruflichen Rehabilitation fehlen Vergleichsmöglichkeiten zu anderen beruflichen Maßnahmen und machen so eine Bewertung der Wirksamkeit schwierig (Koch, Lehmann & Morfeld, 2007). Zur

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

Erfassung zusätzlicher Effekte wäre die Beachtung verschiedener Variablen und der Einbezug der Sichtweisen von Therapeuten und Patienten unter Nutzung unterschiedlicher Methoden hilfreich (Orford, 2008).

Programmänderungen aufgrund von Einschränkungen in der Finanzierung oder durch Erfahrungswerte können die Ergebnisse beeinflussen, sodass die Effekte nicht mehr auf die ursprünglich geplante Maßnahme zurückzuführen sind und somit in die Interpretation der Beurteilungsdaten mit einbezogen werden sollten (Boschen, 1984).

Der Einfluss von Therapeuteneffekten und der Therapiebeziehung bei Suchtbehandlungen wird in der Literatur als bedeutend beschrieben, was durch die vergleichsweise lange Zusammenarbeit zwischen Rehabilitand und Therapeut mitbedingt sein könnte (Najavits & Weiss, 1994; Orford, 2008, Scott & White, 2005, 2005, Staines, 2006). Aber auch kurze Kontakte im Rahmen von Follow-up-Erhebungen können als Untersuchungseffekte einen Einfluss auf den langfristigen Behandlungserfolg haben (McLellan, McKay, Forman, Cacciola & Kemp, 2005).

Zur Evaluation von Maßnahmen im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen weisen McLellan & McKay et al. (2005) aber darauf hin, dass besonders bei ambulant durchgeführten Behandlungen ein begleitender Evaluationsansatz angebracht ist. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen sollte eine Art der Evaluation gewählt werden, die zu mehreren Zeitpunkten verschiedene Zielkriterien, und dadurch die Entwicklung der Erkrankung erfasst. Hierdurch wird im Sinne der formativen Evaluation unmittelbares Eingreifen dann ermöglicht, wenn es aufgrund der Krankheitssituation notwendig ist (z. B. Intensivierung der Nachsorge bei Rückfallgefährdung). Erhebungen, die sich nur auf einen spezifischen Zeitpunkt nach der Maßnahmenbeendigung beziehen, werden dem chronischen Verlauf von Suchterkrankungen und auch den Behandlungszielen der Rehabilitation, „die auf eine langfristige Verstetigung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ausgerichtet sind“ (Koch et al., 2007, S. 141) nicht gerecht. Dies kann zu veränderten Zahlen in den Erfolgsmessungen führen. Die Symptomreduktion und Verbesserungen des Status sind zu jedem Zeitpunkt ein wünschenswertes Ergebnis, welches bei der Beurteilung einer Maßnahme erfasst und berichtet werden sollte.

Der Zeitpunkt der Erhebungen nach der Entwöhnungstherapie ist bedeutend, da die Rückfallrate in den ersten Monaten am höchsten ist (Körkel, 1999; Körkel & Schindler, 2003). Wird nach einer zu kurzen Zeit erhoben, werden viele Rückfälle nicht erfasst (Single et al., 2003). Ist er zu lang, könnten es Verzerrungen in der Erinnerung daran geben, in welchem Ausmaß Rückfälle stattgefunden haben (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001).

Die Phase der erhöhten Rückfallgefährdung ist demnach bei der Interpretation von Maßnahmen von Bedeutung, die einer Rehabilitationsbehandlung nachgeschaltet sind. Hat ein Patient zuvor „nur“ eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt, ist er möglicherweise allein aufgrund der kürzeren Dauer und damit der geringeren Abstinenzphase gefährdeter, im Ver-

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

lauf der Evaluation der nachfolgenden Maßnahme rückfällig zu werden. Ein Patient, der zusätzlich eine Adaptionsphase in Anspruch genommen hat und in diesem geschützten Rahmen rückfallfrei war, weist eine Abstinenzphase von bereits mehreren Monaten auf, was die Wahrscheinlichkeit, im weiteren Verlauf rückfällig zu werden verringern könnte.

Typische äußere beeinflussende Variablen, die sich auf Zielvariablen von Programmen der beruflichen Integration auswirken, sind das ökonomische Klima, regionale Arbeitslosenquote, die Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten, die persönlichen und familiären Umstände, die soziale Unterstützung, als auch Faktoren, wie der Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel (Boschen, 1984; Orford, 2008). Berufliche Maßnahmen müssen oft individuellen Bedürfnissen und regionalen Bedingungen gerecht werden (Koch et al., 2007). Sie nutzen oder initiieren auf individueller Basis Kontakte oder Leistungen von anderen Anbietern (z. B. Agentur für Arbeit, Integrationsfachdienste). Bzgl. dieser, in die Maßnahmen integrierten, aber nicht „selbst“ durchgeführten Angebote, stellt sich die Frage, inwiefern oder ob überhaupt diese mit ihren Wirkungen in einer Evaluation Platz finden sollen.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

**Tabelle 3-6:** Schwierigkeiten durch programminterne, evaluationsbedingte und äußere Einflussfaktoren

Bereich	Schwierigkeit /Hindernis	Umgang in der Evaluation von BISS
programminterne, evaluationsbedingte und äußere Einflussfaktoren	Schwierigkeit Effekte nachzuweisen durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlende Bedürfnisadressierung</li> <li>• geringe Unterschiede zur Standardintervention</li> <li>• fehlende Forschung</li> <li>• geringe Anzahl an erfassten Variablen und Perspektiven</li> </ul>	Entwicklung der Maßnahme aus Bedürfnissen heraus innovative Elemente (Einbindung des Arbeitgebers, Dreiecksvertrag, fortlaufende Kontrollen) Vergleichsgruppe mit Standardintervention breite Erfassung von Variablen und Perspektiven anhand qualitativer und quantitativer Methoden
	Einschränkungen und Veränderungen in der Durchführung	Veränderungen aufgrund des formativen Evaluationsansatzes vorgesehen begleitender Ansatz zur Erfassung der Veränderungen
	Therapeuteneffekte	Betrachtung von Beziehungsfaktoren zu BISS-Mitarbeitern
	Untersuchungseffekte	Beschränkung auf drei Erhebungszeitpunkte
	chronische Erkrankung mit schwankendem Verlauf	begleitende Evaluation durch Auswertung der laufenden Dokumentation
	Unterschiede in der Dauer der Abstinenz vor Maßnahmenbeginn	zeitliche Teilnahmebeschränkung durch die Maßnahme (Abschluss der Rehabilitation max. drei Monate vor Eintritt) vorwiegend Klientel aus Adaptionenbehandlung
	äußere Faktoren (Arbeitslosenquote, soziale Umstände, Nutzung zusätzlicher Hilfsangebote, Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel)	Dokumentation der Einflussfaktoren möglichst nah gelegene Vergleichseinrichtungen

Da sich die Maßnahme BISS aus den Erfahrungen im klinischen Kontext entwickelt hat, ist anzunehmen, dass sie sich gezielt an die Bedürfnisse der Klienten richtet. BISS beinhaltet innovative Elemente der Behandlung (Einbindung des Arbeitgebers, Dreiecksvertrag, fortlaufende Kontrollen), weshalb diese sich deutlich von anderen Maßnahmen abhebt und somit differenzielle Wirkungen zu erwarten sind. Der Einbezug einer Vergleichsgruppe soll Aussagen über die Wirksamkeit ermöglichen. Die möglichst breite Erfassung von Variablen und der

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

Einbezug unterschiedlicher Perspektiven mit qualitativen und quantitativen Methoden soll ein differenziertes Bild möglicher Effekte bieten.

Aufgrund der begrenzten Laufzeit der Evaluation und möglicher Veränderungen wird ein begleitender Evaluationsansatz gewählt, wodurch Veränderungen des Programms erfasst werden sollen. Durch die formative Ausrichtung hat die vorliegende Studie nicht den Anspruch, dass das Projekt in der ursprünglich geplanten Form durchzuführen ist, zumal die genaue Festlegung und Beschreibung des Programmes Teil der evaluativen Aufgabe ist.

Therapeuteneffekte sind auch in dieser Untersuchung nicht auszuschließen. Mögliche Hinweise sollen aus dem Vergleich der Personen, die bereits eine bestehende Beziehung zum BISS-Team haben und denen, die von außen in das Projekt eintreten, erhalten werden. Weitere Hinweise auf Beziehungsfaktoren sollen durch die Interviews und Verlaufsdocumentationen erfasst werden.

Um Untersuchungseffekte zu minimieren, soll der Kontakt zu den Studienteilnehmern auf drei Erhebungszeitpunkte beschränkt werden.

Durch die Auswertung der laufenden Dokumentation kann ein begleitender Ansatz realisiert werden, in dem auch Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten erfasst werden können. Die direkte Intervention des Evaluationsteams (z. B. das Eingreifen bei Rückfall) ist aufgrund der bestehenden Schweigepflicht im Rahmen der Studie nicht realisierbar. Durch die zeitlichen Zugangsbestimmungen der Maßnahme (Abschluss der Rehabilitation innerhalb der letzten drei Monate) und die hauptsächlichliche Rekrutierung aus der Adaptionseinrichtung sollten die Unterschiede der Abstinenzzeit relativ gering sein.

Die äußeren Faktoren sollen in der vorliegenden Studie so gut wie möglich dokumentiert werden, können jedoch nicht kontrolliert werden. Die Vergleichseinrichtungen befinden sich alle in einem Umkreis von maximal 150 km, sodass Regionsunterschiede möglichst gering gehalten werden.

Ein letzter Punkt, der im Rahmen der Evaluation bedeutend ist, bezieht sich auf die **Zielkriterien** (Tabelle 3-9) beruflicher Maßnahmen und der Suchtrehabilitation. Das erste Hindernis besteht bereits bei der Definition und Operationalisierung der Zielkriterien. Das Interesse in der Evaluation von beruflichen Maßnahmen gilt nicht nur einfach zu erhebender und gut definierbarer Zielvariablen, wie der beruflichen Situation (Arbeit vs. keine Arbeit), sondern auch anderen schwerer zu erfassenden Indikatoren des Eingliederungserfolges, als auch der systematischen Kontrolle und Beurteilung von Prozessmerkmalen (z. B. Zufriedenheit, Akzeptanz, Umsetzung). Aufgrund der Bedeutung des ICF-Konzeptes als Grundlage der Rehabilitation müsste dieses anwendungsnah operationalisiert werden, um es in Maßnahmen zu integrieren und die Umsetzung evaluieren zu können (Koch et al., 2007).

Plath & Blaschke (1999) differenzieren die Art der Erfolgsfeststellung der beruflichen Situation. So könne man beim Kriterium des „Verbleibs in Arbeit“ nicht von beruflicher Integration sprechen. Bei beruflicher Integration gehe es „vielmehr um die Eingliederung in berufliche

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.1 - Evaluationsforschung**

Tätigkeiten in der Weise, dass [...] unter anderem „Eignung“, speziell in bisherigen Tätigkeiten und Ausbildungen erworbene Fähigkeiten, und „Neigung“ der betreffenden Person berücksichtigt werden“ (Plath & Blaschke, 1999, S. 63). In dem von ihnen entwickelten Fragebogen werden verschiedene Stufen der beruflichen und betrieblichen sozialen Integration betrachtet, um genauere Aussagen über die Qualität der beruflichen Integration treffen zu können (Tabelle 3-7). Die erste Stufe „in Arbeit“ erfasst lediglich den Verbleib in Arbeit. Nicht verwunderlich sind die von ihm berichteten Zahlen, nach denen ein immer geringerer Prozentsatz der von ihm untersuchten Personen die fortschreitenden Kriterien erfüllt.

**Tabelle 3-7:** Leitkriterien für eine qualitativ fortschreitende berufliche und betriebliche soziale Integration modifiziert nach Plath, König & Jungkunst (1996, S. 267)

Form der Integration		
	Berufliche Integration	Betriebliche (arbeitsbezogene) soziale Integration
<b>Kriterium 1</b>	in Arbeit (Erwerbstätigkeit)	Berücksichtigung persönlicher Belange im Betrieb
<b>Kriterium 2</b>	Dauerarbeitsstelle	Anerkennung durch die Arbeitskollegen („voll und ganz“ oder „im allgemeinen schon“)
<b>Kriterium 3</b>	Berufstätigkeit ist gleich oder ähnlich dem Ausbildungsberuf	Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle („sehr“ oder „ziemlich“)
<b>Kriterium 4</b>	Verwertung des in der Ausbildung Gelernten (“sehr viel“ oder „ziemlich viel“)	finanzielle Grundlagen (Persönliches monatliches Netto-Einkommen; 2000 DM und mehr)

Auch die Abstinenz, die eines der Hauptkriterien des Erfolgs der Suchtmittelbehandlung darstellt, kann sich in seinem Verständnis, je nach Ausrichtung der Maßnahme bzgl. Abstinenzorientierung und dem „Arbeiten mit Rückfall“, also Rückfall als zugehöriger Bestandteil einer Suchtbehandlung, unterscheiden. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) operationalisiert das Zielkriterium der Abstinenz in vier möglichen Abstufungen zur Bewertung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen für drogenabhängige Patienten nach Entwöhnungstherapie, wie in Tabelle 3-8 angegeben. Für alkoholabhängige Patienten mit „kontrolliertem Trinken“ als Therapieziel und substituierte Patienten sind gesonderte Einstufungen aufgeführt. Als längerfristige Erfolgsbeurteilung (fünf und mehr Jahre) bzgl. des Rückfalls wird als Mittelwert die „Ein-Drittel-Faustregel“ herangezogen. Hiernach leben nach fünf und mehr Jahren noch 33 % der stationär behandelten Alkoholabhängigen abstinent (Körkel, Lauer & Scheller, 1995). Diese ist für die zumeist auf kürzere Zeiträume angelegten Follow-Up Erhebungen kaum anwendbar.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

**Tabelle 3-8:** Bewertung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen für Drogenabhängige nach einer Entwöhnungstherapie (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001, S. 74)

#### Status ++

**A** im letzten Jahr kein Konsum von Alkohol, Drogen oder psychoaktiven Medikamenten

oder

**B** im letzten Jahr höchstens ein Rückfall, sofern die drei folgenden Bedingungen gegeben waren:

- Rückfalldauer nicht länger als drei Tage
- Rückfallbeendigung aus eigenem Antrieb bzw. unterstützt durch Hilfen, die vom Patienten intentional aufgesucht wurden
- keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall

#### Status +

**A** im letzten Jahr höchstens sechs Rückfälle, sofern die drei folgenden Bedingungen gegeben waren:

- Rückfalldauer nicht länger als drei Tage
- Rückfallbeendigung aus eigenem Antrieb
- keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall

oder

**B** im letzten Jahr ein Rückfall von höchstens einer Woche Dauer, sofern die beiden folgenden Bedingungen gegeben waren

- Rückfallbeendigung aus eigenem Antrieb bzw. unterstützt durch Hilfen, die vom Patienten intentional aufgesucht wurden
- keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall

#### Status -

**A** im letzten Jahr höchstens sechs Rückfälle von jeweils maximal drei Tagen Dauer

oder

**B** ein Rückfall von maximal einer Woche Dauer, sofern jeweils mindestens eine der folgenden Bedingungen gegeben war:

- Bemühung um Rückfallbeendigung nicht in erster Linie durch Patient selbst
- negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall

#### Status - -

**A** im letzten Jahr mehr als drei kurze Rückfälle

und/  
oder

**B** mehr als eine längere Rückfallphase (länger als eine Woche)

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.1 - Evaluationsforschung

Die Priorität der Ziele beruflicher Maßnahmen im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen ist oft nicht eindeutig zu benennen. Zumeist sind mehrere Zielbereiche von Bedeutung (berufliche Integration, Ziele im Zusammenhang mit der Art der Erkrankung) (McLellan & McKay et al., 2005), oder es können unterschiedliche, möglicherweise gar konkurrierende Ziele und Erfolgsdefinitionen bei beteiligten Stakeholdern vorhanden sein (Young et al., 2005). Young et al. (2005) schlagen für die Forschung zum „Return to work“ (RTW) vor, für Schlüsselbegriffe konsistente Definitionen zu entwickeln, mehr Wissen über die bedeutenden Outcomes für unterschiedliche Stakeholder zu erlangen, die Komplexität der RTW-Outcomes zu berücksichtigen und RTW als dynamischen Prozess zu verstehen.

Traditionelle Zielkriterien bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen unterteilen McLellan & McKay et al. (2005) in vier Domänen, aus denen deutlich wird, welche eine Vielzahl an Erfolgskriterien möglich ist und wie unterschiedlich diese in ihrer Operationalisierbarkeit und Erfassbarkeit sind:

- Abstinenz bzw. Reduktion des Konsums
- Verbesserung der Gesundheit (körperlich, psychisch, Lebensqualität, Anzahl der Krankenhausaufenthalte)
- Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit (Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit)
- Reduktion der Gefährdung des öffentlichen Lebens und der Sicherheit (Verbreiten von Infektionskrankheiten, Kriminalität, Fahren unter Suchtmittleinfluss etc.)

Die Beachtung möglichst vieler Zielbereiche ist von großer Bedeutung, da sich insbesondere die erfolgreiche berufliche Integration und die Abstinenz wechselseitig positiv aufeinander auswirken (Faßmann, 1997). In einer Maßnahme zur beruflichen Integration von Suchtpatienten wäre zu diskutieren, ob und mit welchen Auswirkungen die berufliche Integration oder der Erhalt der Abstinenz Priorität hat, und ob Abstinenz oder die Reduzierung des Konsums angestrebt wird (Küfner, 2003). Ob nun „arbeitslos aber abstinent“ oder „arbeitstätig trotz Konsum“ ein wünschenswerteres Ziel ist, hängt daher sicherlich von der jeweiligen Sichtweise ab (z. B. Behandler, Leistungsträger, Patient). Die Ziele einer Maßnahme entsprechen dabei nicht immer den gesellschaftlichen und politischen Zielsetzungen (Plath & Blaschke, 1999).

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.1 - Evaluationsforschung**

**Tabelle 3-9:** Schwierigkeiten bzgl. der Zielkriterien von beruflichen Maßnahmen und Maßnahmen in der Suchtrehabilitation

Bereich	Schwierigkeit /Hindernis	Umgang in der Evaluation von BISS
Zielkriterien	Operationalisierung von Zielkriterien <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung des Konzeptes der ICF</li> <li>• Verbleib vs. berufliche Integration vs. betrieblich soziale Integration</li> <li>• Abstufungen der Abstinenz</li> </ul>	Angabe von Indikatoren zu den jeweiligen Zielbereichen Berücksichtigung aller ICF-Komponenten bei der Kriterienwahl detaillierte Erfassung des Konsums bzw. der Abstinenz
	Vielzahl von Erfolgskriterien und Zielpriorisierungen (z. B. Abstinenz vs. berufliche Integration)	breit gefächerte Fragestellung Nutzung unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Datenquellen

In der Evaluation des Projekts BISS wird die Operationalisierung der Zielkriterien anhand von Indikatoren für die jeweiligen Fragestellungen vorgenommen. Bei den betrachteten Kriterien werden alle Komponenten der ICF berücksichtigt, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität, Teilhabe und auch die Kontextfaktoren. Die Abstinenz bzw. der Konsum soll detailliert erfragt werden um Angaben zur Konsumhäufigkeit und zur Dauer und Stabilität der Abstinenz machen zu können. Die Vielzahl der möglichen Erfolgskriterien soll durch die breit gefächerten Fragestellungen und die Nutzung unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Datenquellen berücksichtigt werden.

Der beschriebene Umgang mit spezifischen Hindernissen in der Evaluation von beruflichen Maßnahmen und Interventionen der Suchtrehabilitation fließt in die Entwicklung der Evaluationsmethodik ein und soll somit das Auftreten von Schwierigkeiten minimieren.

## 3.2 Gegenstand des Evaluationsvorhabens

Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie wurde das im Manual beschriebene vom Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim entwickelte Angebot betrachtet. Es beschäftigt sich gezielt mit der beruflichen Integration ehemals Suchtmittelabhängiger im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme. Das Modellprojekt trägt den Namen „Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung“ (BISS). Das Projekt schließt sich an eine reguläre Entwöhnungs- oder Adaptionsbehandlung an und kann parallel zum üblichen Nachsorgeangebot in Anspruch genommen werden.

Das Modellprojekt BISS und die begleitende Evaluation wurden für einen Zeitraum von drei Jahren von Januar 2010 bis Dezember 2012 von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg finanziert.

Die Idee des Projekts entstand aufgrund der Erfahrung der Mitarbeiter des Integrationszentrums, „dass nach einem erfolgreichen Arbeitsbeginn zu einem späteren Zeitpunkt sowohl die Arbeitgeber als auch die ehemaligen Patienten sich in Krisensituationen wieder an ihre ursprünglichen Ansprechpartner der Adaptionseinrichtung wenden und von dort Rat und Hilfe erhoffen“. Das Modellprojekt lief in einer vorläufigen Form bereits vor dem offiziellen Förderbeginn.

Das Modellprojekt wurde am Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim von den dort tätigen Mitarbeitern durchgeführt. Das Integrationszentrum Lahr bietet Adaptionsbehandlungen im Anschluss an Entwöhnungsbehandlungen an und stellt zudem im Rahmen der Nachsorge die Möglichkeit des Betreuten Wohnens zur Verfügung.

Die Ziele des Modellprojekts liegen in der Sicherung der beruflichen Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt, in der Sicherung der dauerhaften Abstinenz – auch durch schnelle Hilfe in Rückfallsituationen – und in der Begleitung der Arbeitgeber. Zudem sollen die Klienten bei der Freizeitgestaltung und bei allgemeinen Schwierigkeiten oder Krisen Unterstützung finden. Daneben soll das Projekt dem Integrationszentrum eine positive Öffentlichkeitswirksamkeit verleihen.

Die Angebote richten sich an ehemalige Rehabilitanden mit oder ohne Arbeit sowie an die (potenziellen) Arbeitgeber. Das Projekt beinhaltet zwei Gruppenangebote, die Gruppe für Personen mit Arbeit und die für Personen ohne Arbeit. Beide Gruppen haben unterschiedliche Schwerpunkte bzgl. der Arbeitsintegration. Bei der „Gruppe ohne Arbeit“ steht die Unterstützung der Vermittlung in Arbeit im Vordergrund. Bei der „Gruppe mit Arbeit“ geht es um den langfristigen Erhalt des Arbeitsplatzes und die Kooperation mit dem Arbeitgeber.

Ein Integrationsvertrag zwischen Projektmitarbeitern (BISS), Klient und (falls vorhanden) Arbeitgeber bildet die Grundlage der Zusammenarbeit, im Falle der Beteiligung des Arbeitgebers Dreiecksvertrag genannt. Der Vertrag beinhaltet die Bereitschaft der Klienten zur vollständigen Abstinenz, die Einwilligung in unangekündigte Drogen- und Alkoholscreenings und

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.2 - Gegenstand des Evaluationsvorhabens

die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber. Der Arbeitgeber verpflichtet sich, bei Fehlzeiten oder Auffälligkeiten des Klienten die Projektmitarbeiter zu informieren, damit der Klient aufgesucht und die Abstinenz überprüft werden kann.

Zur weiteren Beschreibung des Projekts wird an dieser Stelle auf das Manual verwiesen, welches im Verlauf der Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit den Durchführenden entwickelt wurde. Es beinhaltet detaillierte Informationen zu Zielen, Angeboten und Durchführung des Projekts.

Kasten 3-3 gibt einen Überblick über Begriffe und Bezeichnungen, wie sie in der vorliegenden Studie verwendet werden.

#### Begriffsbestimmungen in Zusammenhang mit dem Modellprojekt und der Evaluationsstudie

- Für die Benennung des Modellprojekts werden synonym auch die Bezeichnungen „Projekt“ oder „BISS“ verwendet.
- Die begleitende Evaluation wird zur Differenzierung als „Evaluationsstudie“ oder „Studie“ oder „Evaluation“ bezeichnet, statt auch hierfür den häufig benutzten Begriff „Evaluationsprojekt“ zu verwenden.
- Die am Modellprojekt BISS teilnehmenden Personen werden als „Klienten“ bezeichnet.
- Klienten, die in die Teilnahme an der Evaluationsstudie einwilligen, werden im Studienzusammenhang als „Interventionsgruppenteilnehmer“ oder „Interventionsgruppe“ oder kurz „Teilnehmer“ bezeichnet.
- Personen, die Teil der Vergleichsgruppe im Rahmen der Evaluation sind werden als „Vergleichsgruppenteilnehmer“ oder als „Vergleichsgruppe“ bezeichnet.
- Ist von den Teilnehmern beider Gruppen die Rede (Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe) werden diese als „Studienteilnehmer“ bezeichnet.
- Im Rahmen der Auswertungen wird der Begriff „(reguläre) Beender“ für Personen genutzt zu denen Daten zu t3 vorliegen. Dies betrifft alle Teilnehmer, die zu t3 noch im Projekt BISS sind sowie die Vergleichsgruppenteilnehmer, über die anhand des Fragebogens oder ein telefonisches Kurzinterview (KIT) zu t3 Daten ermittelt werden konnten. „Abbrecher“ sind die Interventionsgruppenteilnehmer, die das Projekt vor Ablauf eines Teilnahmejahres verlassen haben und die Vergleichsgruppenteilnehmer, die an der t3 Erhebung nicht teilgenommen haben.

**Kasten 3-3:** Begriffsbestimmungen zur Differenzierung der Evaluationsstudie und des Modellprojekts und den jeweiligen „Teilnehmern“

### 3.3 Fragestellungen

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Fragestellungen basieren auf dem in der Literatur aufgeführten Forschungsstand und wurden durch Fragestellungen und Anliegen der Förderer und Kostenträger, Initiatoren sowie anderer Stakeholder ergänzt. Sie wurden verschiedenen Evaluationsbereichen untergeordnet (Kasten 3-4). Nach einer kurzen Beschreibung des jeweiligen Evaluationsbereiches werden die Fragestellungen genannt und anschließend Indikatoren und verwendete Datenquellen sowie Erhebungsmethoden zu deren Beantwortung aufgelistet.

#### Evaluationsbereiche

- Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation
- Implementation und Verlauf (Prozessevaluation)
- Bewertung und Akzeptanz
- Effekte und Wirkungen
- Aufwand und direkte Kosten

**Kasten 3-4:** Den Fragestellungen übergeordnete Evaluationsbereiche

#### 3.3.1 Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Die Fragestellungen dieses Evaluationsbereiches beziehen sich auf den Bedarf, die Erwartungen, die Ziele und die Indikation (Kasten 3-5).

#### Fragestellungen

- A1** Welcher Bedarf besteht bzgl. einer beruflichen Maßnahme im Anschluss an die Suchtbehandlung?
- A2** Welche Erwartungen richten die verschiedenen Stakeholder an das Projekt BISS?
- A3** Welche Ziele werden von welchen Stakeholdern verfolgt?
- A4** Inwieweit adressiert das Projekt BISS den geäußerten Bedarf, die Erwartungen und Ziele der Beteiligten?
- A5** Welches sind die Indikationskriterien zur Teilnahme am Projekt?

**Kasten 3-5:** Fragestellungen zum Evaluation des Bedarfs, der Erwartungen, der Zielsetzungen und der Indikation

Um den Bedarf des vorliegenden Projekts beurteilen zu können, werden fachliche Einschätzungen der befragten Experten zur beruflichen Situation Suchtmittelabhängiger und zum zusätzlichen Behandlungsbedarf genutzt. Diese Einschätzungen geben Hinweise auf die Notwendigkeit einer Maßnahme wie BISS. Zudem werden Indikatoren des Bedarfs aufseiten der Klienten genutzt. Hierzu zählen beispielsweise die Beschreibung der besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) und weitere relevante Merkmale (z. B. soziale Unterstützung, Abstinenzabsicht) sowie die Teilnahmegründe und die erwarteten Schwierigkeiten der Klienten. Die Erwartungen an das Modellprojekt BISS und die mit dem Projekt verbundenen Ziele wurden bei den verschiedenen Stakeholdern erfasst. Anhand dieser Informationen soll be-

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.3 - Fragestellungen

reits an diesem Punkt überprüft werden, ob das Projekt die Erwartungen, die Zielsetzungen und den Bedarf adressiert. Die Indikation zur Projektteilnahme wurde über die Zielgruppenorientierung bei der Planung des Projekts erhoben. Zusätzlich wurde anhand der Expertenmeinung erfasst, welches Klientel bei dieser Art von Programmen profitieren könnte.

Tabelle 3-10 führt die verschiedenen Indikatoren zur Beantwortung der jeweils aufgeführten Fragestellung (A1-A5) auf sowie die dafür verwendeten Datenquellen und Erhebungsmethoden.

**Tabelle 3-10:** Indikatoren für die Beantwortung der Fragestellungen A1-A5

Bedarfsindikatoren (A1)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Expertenmeinung zur beruflichen Situation und Versorgungsbedarf von Suchtpatienten	Stakeholderinterviews
II. BBPL und relevante Merkmale der Teilnehmer	Teilnehmerfragebögen Vergleichsgruppenfragebogen Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation
III. Teilnahmegründe	Teilnehmerinterviews Arbeitgeberfragebogen
IV. erwartete Schwierigkeiten, Hindernisse und Befürchtungen der Teilnehmer	Teilnehmerinterviews
Erwartungsindikatoren (A2)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Abfrage der Erwartungen	Teilnehmerinterviews Stakeholderinterviews Arbeitgeberfragebogen
Zielindikatoren (A3)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Zielabfrage	Teilnehmerinterviews Stakeholderinterviews
II. Projektziele	Manual
Indikatoren für die Adressierung des Bedarfs, der Ziele und Erwartungen (A4)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Passung der Projektangebote zu geäußertem Bedarf, Zielen und Erwartungen	Manual Ergebnisse aus A1-A3
Indikatoren für die Teilnahmeindikation (A5)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Zielgruppe des Projekts	Stakeholderinterviews Manual
II. Annahmen zu profitierenden Gruppen	Stakeholderinterviews

### 3.3.2 Implementation und Verlauf

Im Rahmen der Prozessevaluation werden Fragen zur Umsetzung des Projekts beantwortet (Kasten 3-6). Hierdurch soll überprüft werden, ob das Projekt den Vorhaben entsprechend durchgeführt wurde, um dies in der Darstellung der Ergebnisse berücksichtigen zu können und Hinweise für die Weiterentwicklung des Projekts bereitzustellen.

#### Fragestellungen

- B1** Wie gestalteten sich der Zugang, die Teilnahme und die Beendigung des Projekts?
- B2** Wie gestaltete sich die Umsetzung bzgl. der Häufigkeit, der Intensität, des Vorgehens, der Inhalte und der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern?
- B3** Inwieweit entspricht die Umsetzung dem im Manual beschriebenen Vorhaben?
- B4** Welche Verbesserungsvorschläge, förderlichen und hinderlichen Faktoren können identifiziert werden?

**Kasten 3-6:** Fragestellungen zur Implementation und zum Verlauf

Die Interventionsprozesse werden bezogen auf den Zugang, die Beendigung und die Umsetzungsgestaltung analysiert. Hierzu dienen Befragungen der Projektdurchführenden und der Klienten. Eine engmaschige Begleitung der Klienten, bei der Veränderungen und Besonderheiten direkt erfasst werden können, wäre wünschenswert. Sie muss aber aufgrund des erwarteten Störeinflusses auf die Behandlungsergebnisse (McLellan & McKay et al., 2005) und aufgrund des hohen Aufwands, auf drei Befragungszeitpunkte begrenzt werden. Zusätzlich werden deshalb die allgemeinen und individuellen Projekt- und Verlaufsdocumentationen genutzt, um Fragen zum Interventionsprozess beantworten zu können. Im Abgleich mit dem Manual soll überprüft werden ob die Umsetzung dem Vorhaben entspricht und welche Veränderungen vorgenommen wurden.

Um den Zugang und die Beendigung beschreiben zu können, wurden die Rekrutierungswege und die Teilnahmedauer sowie Gründe der Teilnahme und Nicht-Teilnahme gewählt.

Zur Umsetzungsgestaltung wurden die Rahmenbedingungen sowie Art, Häufigkeit, Intensität und Inhalte der umgesetzten Projektangebote analysiert.

Anhand berichteter Schwierigkeiten sollen förderliche und hinderliche Faktoren der Programmdurchführung identifiziert werden. Diese sollen zusammen mit Verbesserungsvorschlägen der Durchführenden, Klienten, Arbeitgeber und Kooperationspartner Hinweise zur Weiterentwicklung oder Anpassung des Modellprojekts liefern und Möglichkeiten einer Implementierung in die Regelversorgung aufzeigen.

Die Indikatoren zur Beantwortung der Fragestellung zur Prozessevaluation (B1-B4) sowie die dafür verwendeten Datenquellen und Erhebungsmethoden sind in Tabelle 3-11 zusammengefasst.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.3 - Fragestellungen

**Tabelle 3-11:** Indikatoren für die Beantwortung der Fragestellungen B1-B4

Indikatoren des Zugangs, der Teilnahme und der Beendigung (B1)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Rekrutierungswege der Teilnehmer und Arbeitgeber	Teilnehmerinterviews Stakeholderinterviews
II. Teilnahmedauer	Verlaufsdokumentation
III. Gründe der Maßnahmenbeendigung oder Nicht-Teilnahme und der Maßnahmenverlängerung	Teilnehmerinterviews Vergleichsgruppenfragebogen (nur Vergleichsgruppe Lahr) Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews
Indikatoren der Umsetzungsgestaltung (B2)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Art, Häufigkeit und Dauer der angebotenen Maßnahmen	Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Leistungsdokumentation Stakeholderinterviews
II. Themen, Inhalte, Vorgehen und Nutzungsgründe der verschiedenen Angebote	Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews
III. Bewertung und Beschreibung der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern	Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews
Indikatoren zur Übereinstimmung der geplanten und tatsächlichen Umsetzung (B3)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Übereinstimmung des SOLL und IST Zustands der Umsetzung	Manual Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews
II. Veränderungen der Maßnahme im Verlauf	Stakeholderinterviews
Indikatoren für Verbesserungsvorschläge, förderliche und hinderliche Bedingungen (B4)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Schwierigkeiten, Verbesserungsvorschläge, positive Gegebenheiten	Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews Arbeitgeberfragebogen

### 3.3.3 Bewertung und Akzeptanz

Die Fragestellungen zur Bewertung und Akzeptanz des Projektes bei den Projektteilnehmern (Klienten und Arbeitgeber) sollen eine weitere Sichtweise auf das Projekt bieten (Kasten 3-7).

Fragestellungen	
<b>C1</b>	Wie werden das Projekt und die einzelnen Elemente bewertet?
<b>C2</b>	Wie ist die Akzeptanz der Maßnahme einzuschätzen?

**Kasten 3-7:** Fragestellungen zur Evaluation der Bewertung und Akzeptanz

Die Bewertung des Projekts wird aus Sicht der Arbeitgeber, der Durchführenden und der Teilnehmer berichtet. Die Compliance, die Bereitschaft der weiteren Projektteilnahme und die Beurteilung der Wichtigkeit bzw. Attraktivität der einzelnen Angebote sollen als Indikator für die Akzeptanz genutzt werden (Tabelle 3-12).

**Tabelle 3-12:** Indikatoren für die Beantwortung der Fragestellungen C1 und C2

Indikatoren der Bewertung (C1)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Bewertung des Gesamtprojekts	Teilnehmerinterviews Arbeitgeberfragebögen Stakeholderinterviews

Indikatoren der Akzeptanz (C2)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Compliance	Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Arbeitgeberfragebogen
II. weitere Teilnahmebereitschaft oder -motivation	Teilnehmerinterviews Arbeitgeberfragebögen
III. Wichtigkeit der Projektangebote	Teilnehmerfragebögen Arbeitgeberfragebögen

### 3.3.4 Effekte und Wirkungen

Eine Drop-out-Analyse soll die Eigenschaften der Personen aufzeigen, die nicht in den Gruppenvergleich mit einbezogen werden konnten. Durch den Vergleich mit Ergebnissen einer Vergleichsgruppe aus anderen Nachsorgeeinrichtungen sollen Hinweise Wirkungen des Programms ermittelt werden. Die Beurteilung der Gruppenunterschiede bezieht sich insbesondere auf Zielkriterien der Abstinenz und der beruflichen Integration. Daneben werden Kriterien des psychischen und körperlichen Wohlbefindens, der aktuellen Lebenssituation, der sozialen Einbindung und der Anbindung an Hilfsmaßnahmen betrachtet. Als Voraussetzung für die Beurteilung des Erfolgs wird die Vergleichbarkeit der Gruppen überprüft.

Fragestellungen	
D1	Welche Besonderheiten weisen die Gruppen der Drop-outs auf?
D2	Inwieweit ist die Vergleichbarkeit zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe gegeben?
D3	Welche Unterschiede zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe sind auf verschiedenen Zielkriterien zu finden?
D4	Inwieweit werden die Ziele als erreicht betrachtet?
D5	Welche weiteren Wirkungen können gefunden werden?

**Kasten 3-8:** Fragestellungen zur Ergebnisevaluation

Weitere Fragestellungen beziehen sich auf die subjektive Zielerreichung der Interventionsgruppe und weitere Wirkungen im Verlauf der Maßnahme. Dies betrifft insbesondere das Auffangen von Rückfällen sowie die Hilfe bei Schwierigkeiten, aber auch Effekte auf die berufliche Integration. Bzgl. der Validität der quantitativen Ergebnisse soll bereits hier auf die Vielzahl der vorhandenen Störeinflüsse sowie der Verminderung der Aussagekraft aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen hingewiesen werden (siehe hierzu Kapitel 3.9). Die unter diesem Evaluationsabschnitt betrachteten Fragestellungen finden sich in Kasten 3-8. Die für die Bewertung der Ergebnisse herangezogenen Indikatoren sind in Tabelle 3-13 zusammengefasst und mit den jeweiligen Datenquellen und Erhebungsmethoden aufgeführt.

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.3 - Fragestellungen**

**Tabelle 3-13:** Indikatoren für die Beantwortung der Fragestellungen D1-D5

Indikatoren zur Drop-out-Analyse (D1)		
Indikator		Datenquelle und Erhebungsmethode
I.	Patientenmerkmale der Abbrecher und Beender (Drop-out-Analyse)	Teilnehmerfragebögen Vergleichsgruppenfragebögen Telefonisches Kurzinterview (KIT) Verlaufsdokumentation Teilnehmerinterviews
Indikatoren der Vergleichbarkeit (D2)		
Indikator		Datenquelle und Erhebungsmethode
I.	Vergleich der soziodemographischen Merkmale sowie weiterer Ausgangsbedingungen	Teilnehmerfragebögen Vergleichsgruppenfragebögen Telefonisches Kurzinterview (KIT) Verlaufsdokumentation Teilnehmerinterviews
Indikatoren der Effekte (D3)		
Indikator		Datenquelle und Erhebungsmethode
I.	Vergleich zwischen BISS-Teilnehmern und der Vergleichsgruppe auf verschiedenen (Ziel-) Kriterien	Teilnehmerfragebögen Vergleichsgruppenfragebögen Telefonisches Kurzinterview (KIT) Verlaufsdokumentation Teilnehmerinterviews
Indikatoren der Zielerreichung (D4)		
Indikator		Datenquelle und Erhebungsmethode
I.	erreichte Ziele	Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews
Indikatoren für weitere Wirkungen (D5)		
Indikator		Datenquelle und Erhebungsmethode
I.	allgemeine und individuelle Wirkungen bzgl. der beruflichen Integration, Rückfälligkeit, Rückfallbearbeitung und sonstiger Bereiche	Teilnehmerfragebögen Teilnehmerinterviews Verlaufsdokumentation Stakeholderinterviews

### 3.3.5 Aufwand und direkte Kosten

Der subjektive Aufwand für die Teilnehmer wurde erhoben, direkte Kosten werden aus den Angaben der Initiatoren und Durchführenden sowie der Analyse der Leistungsdokumentation dargestellt (Kasten 3-9). Die direkten Kosten beinhalten die Kosten durch Personalstellen, erbrachte Leistungen, Materialverbrauch und zusätzlich verwendete Ressourcen, die für das Projekt verwendet wurden. (Tabelle 3-14).

Fragestellungen	
<b>E1</b>	Welcher Aufwand entsteht den Teilnehmern durch die Projektteilnahme?
<b>E2</b>	Welche direkten Kosten werden beschrieben?

**Kasten 3-9:** Fragestellungen zur Evaluation der Kosten

Die Kostenanalyse soll einen Hinweis auf die tatsächlich benötigten Kosten geben, erhebt jedoch nicht den Anspruch einer validen Angabe der totalen Kosten, da dies aufgrund der Datenlage nicht möglich wäre.

**Tabelle 3-14:** Indikatoren für die Beantwortung der Fragestellungen E1 - E3

Indikatoren des Aufwands (E1)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. subjektiver Aufwand	Teilnehmerinterviews
Indikatoren der direkten Kosten (E2)	
Indikator	Datenquelle und Erhebungsmethode
I. Personalstellen, Leistungen, Materialkosten und zusätzlich verwendete Ressourcen (aus dem Integrationszentrum, private Ressourcen)	Leistungsdokumentation Stakeholderinterviews mit Projektdurchführenden Manual

### 3.3.6 Gesamtüberblick der Fragestellungen

Tabelle 3-15 gibt einen abschließenden Überblick über die Fragestellungen der Evaluationsstudie. Da der Ergebnisteil äquivalent zu den beschriebenen Fragestellungen aufgebaut ist, ist in einer zweiten Spalte die Seitenzahl aufgeführt, auf der die Beantwortung der entsprechenden Fragestellung zu finden ist.

**Tabelle 3-15:** Überblick über die Evaluationsbereiche und Fragestellungen der vorliegenden Studie

#### Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

- A1 Welcher Bedarf besteht bzgl. einer beruflichen Maßnahme im Anschluss an die Suchtbehandlung?
- A2 Welche Erwartungen richten die verschiedenen Stakeholder an das Projekt BISS?
- A3 Welche Ziele werden von welchen Stakeholdern verfolgt?
- A4 Inwieweit adressiert das Projekt BISS den geäußerten Bedarf, die Erwartungen und Ziele der Beteiligten?
- A5 Welches sind die Indikationskriterien zur Teilnahme am Projekt?

#### Implementation und Verlauf (Prozessevaluation)

- B1 Wie gestalteten sich der Zugang, die Teilnahme und die Beendigung des Projekts?
- B2 Wie gestaltete sich die Umsetzung bzgl. der Häufigkeit, der Intensität, des Vorgehens, der Inhalte und der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern?
- B3 Inwieweit entspricht die Umsetzung dem im Manual beschriebenen Vorhaben?
- B4 Welche Verbesserungsvorschläge, förderlichen und hinderlichen Faktoren können identifiziert werden?

#### Bewertung und Akzeptanz

- C1 Wie werden das Projekt und die einzelnen Elemente bewertet?
- C2 Wie ist die Akzeptanz der Maßnahme einzuschätzen?

#### Effekte und Wirkungen

- D1 Welche Besonderheiten weisen die Gruppen der Drop-outs auf?
- D2 Inwieweit ist die Vergleichbarkeit zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe gegeben?
- D3 Welche Unterschiede zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe sind auf verschiedenen Zielkriterien zu finden?
- D4 Inwieweit werden die Ziele als erreicht betrachtet?
- D5 Welche weiteren Wirkungen können gefunden werden?

#### Aufwand und Kosten

- E1 Welcher Aufwand entsteht den Teilnehmern durch die Projektteilnahme?
- E2 Welche direkten Kosten werden beschrieben?

### 3.4 Stichprobe und Design

Beim Modellprojekt BISS handelt es sich um ein neues Projekt, welches zusätzlich zur standardmäßig angebotenen Nachsorge nach einer stationären Suchtbehandlung in Anspruch genommen werden kann. Das Projekt richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Klienten und unterscheidet sich dadurch in seiner Intensität und seinen Inhalten für jeden Einzelnen.

Der Evaluationsansatz beinhaltet aus diesem Grund neben summativen Elementen zur Bestimmung der Wirksamkeit und beeinflussender Faktoren auch eine begleitende Herangehensweise, die Prozesse erfasst und Hinweise für die Weiterentwicklung des Projekts liefern soll. Um den wissenschaftlichen Anforderungen, aber auch der Forderung nach praktischem Nutzen und der Komplexität des Forschungsgegenstandes gerecht zu werden, wird ein evaluatives Vorgehen mit einem Mixed-Methods-Design gewählt, welches qualitative und quantitative Methoden beinhaltet (Schreier & Odağ, 2010). Die Beantwortung der Fragestellungen soll sich möglichst auf mehrere Datenquellen stützen und dadurch unterschiedliche Perspektiven auf den interessierenden Gegenstand mit einbeziehen. Dieses Triangulationskonzept soll ein möglichst umfassendes Bild des zu evaluierenden Gegenstandes geben, also komplementäre Informationen darstellen, soweit dies mit den vorhandenen finanziellen und zeitlichen Ressourcen möglich ist (Flick, 2010; Schreier & Odağ, 2010). Diese Perspektiventriangulation ist von dem Triangulationsansatz zur gegenseitigen Validierung mehrerer Methoden abzugrenzen. Die Betrachtung aus mehreren Perspektiven in dieser Arbeit könnte auch divergente Ergebnisse produzieren, welche jedoch zur Initiierung für neue Überlegungen genutzt werden können (Schreier & Odağ, 2010). Außerdem dient der Mixed-Methods-Ansatz der „Erweiterung“, womit die Anwendung der verschiedenen Design-Komponenten „auf unterschiedliche Bereiche im Zusammenhang mit einem Gegenstand“ gemeint ist (Schreier & Odağ, 2010, S. 268). Das Ziel der Erweiterung entspricht den Anforderungen an die vorliegende Evaluationsstudie, da sich die Fragestellungen zumeist auf viele Aspekte in Zusammenhang mit dem Projekt BISS beziehen.

#### 3.4.1 Stichprobe

Im Rahmen der Evaluation wurden verschiedene Stakeholderperspektiven erfasst (n=13). Es wurden die Durchführenden (n=3), der Leiter eines Therapiezentrum für Suchtrehabilitation (n=1), der Leiter der Rehaklinik Freiolsheim (n=1), die Leiter der Vergleichsgruppeneinrichtungen (n=3), Leiter von ambulanten Beratungsstellen (n=3) und einer Mitarbeiterin der kommunalen Arbeitsförderung Lahr (n=1) berücksichtigt. Vertreter der DRV Baden-Württemberg gaben eine gemeinsame schriftliche Stellungnahme ab (n=1).

Von den Arbeitgebern der Klienten füllten 57,1 % der angeschriebenen Personen (n=12) den Arbeitgeberfragebogen aus. Manche Arbeitgeber wurden aufgrund von zu kurzer Beschäftigungsdauer nicht angeschrieben.

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.4 - Stichprobe und Design**

Die Stakeholder wurden anhand üblicher einbezogener Gruppen (z. B. Durchführende, Kooperationspartner, Experten, Kostenträger) definiert, wie auch im Verlauf der Evaluation über die Befragung in ersten Stakeholderinterviews ermittelt. Die berücksichtigten Stakeholdergruppen waren Kostenträger der Maßnahme, Initiatoren des Modellprojekts, Durchführende des Modellprojekts, Kooperationspartner des Modellprojekts, Arbeitgeber der Projektteilnehmer und Experten der Suchtrehabilitation. Auch die Teilnehmer des Projekts sind strenggenommen eine Stakeholdergruppe. Da die Erhebung der Teilnehmerperspektive jedoch noch separat ausführlich beschrieben wird, wird sie in diesem Abschnitt nicht weiter erwähnt. Um den verschiedenen Stakeholderperspektiven gerecht zu werden, wurden wenn möglich, mehrere Zugehörige der Stakeholdergruppen befragt. Die ausgewählten Repräsentanten der verschiedenen Gruppen sind in Kasten 3-10 aufgeführt. Manche Personen konnten aus mehreren Perspektiven ein Interesse am Projekt haben, weshalb einzelne Personen mehrfach aufgeführt sind. So hatte beispielsweise der Leiter der Einrichtung, in der das Modellprojekt stattfindet, die Perspektive des Initiators, zusätzlich wurde jedoch auch seine Perspektive als Durchführender und als Experte im Bereich der Suchtrehabilitation erfasst. Verschiedene Perspektiven einer Person konnten in einem einzelnen Interview erfasst werden.

<b>Perspektive</b>	<b>Stichprobe</b>
<b>Kostenträger</b>	Vertreter der DRV Baden-Württemberg
<b>Initiatoren des Modellprojekts</b>	Leiter der Rehaklinik Freiolsheim Leiter des Integrationszentrums Lahr Mitarbeiter des Modellprojekts
<b>Durchführende des Modellprojekts</b>	Leiter des Integrationszentrums Lahr Mitarbeiter des Modellprojekts
<b>Kooperationspartner des Modellprojekts</b>	Leiter der Suchtberatungsstelle Lahr Leiterin der Beratungsstelle Emmendingen Leiter bzw. Mitarbeiter der Kommunalen Arbeitsförderung Lahr
<b>Experten der Suchtrehabilitation</b>	Leiter der Rehaklinik Freiolsheim Leiter der drei Vergleichseinrichtungen Leiter der Suchtberatung Lahr Leiter der Drogenhilfe Lahr Leiterin der Jugend- und Drogenberatungsstelle Emmendingen
<b>Arbeitgeber der Projektteilnehmer</b>	Arbeitgeber der Interventionsgruppenteilnehmer

**Kasten 3-10:** Zuordnung der befragten Stakeholder zu den unterschiedlichen Stakeholderperspektiven.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.4 - Stichprobe und Design

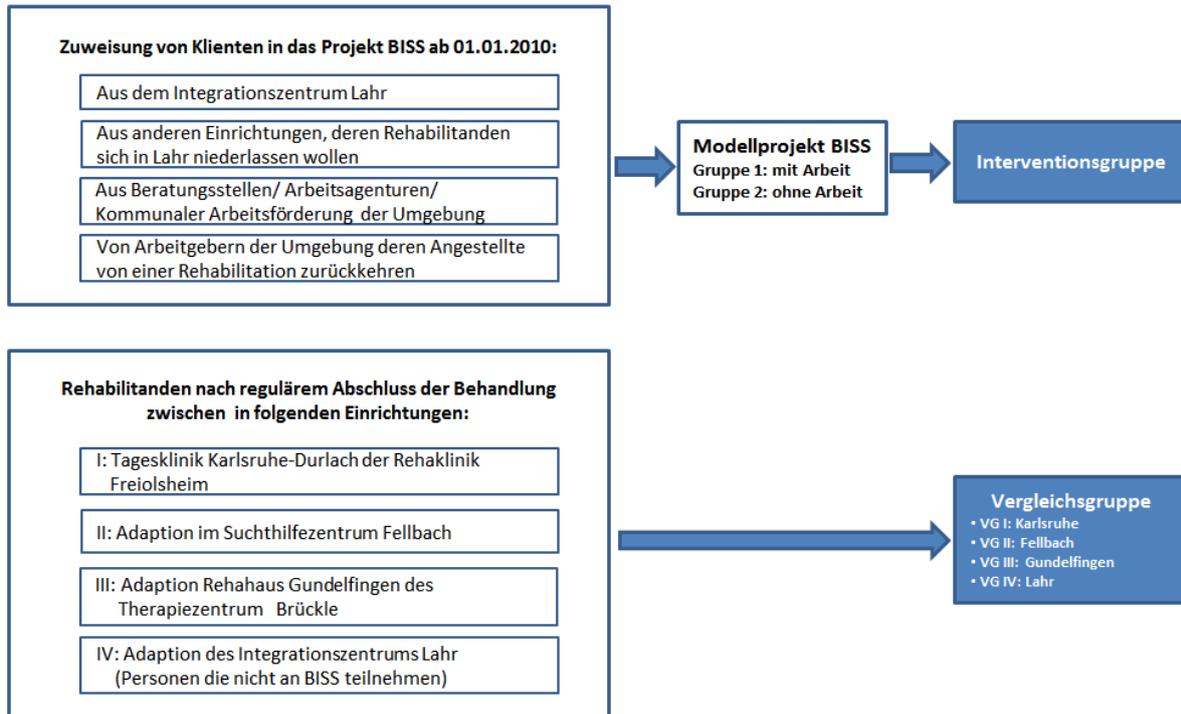
Die Perspektive der Kostenträger der Maßnahme wurde über Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg erfasst. Es sollten die Personen befragt werden, die in ihrer Funktion mit der Maßnahme in Verbindung stehen. Letztendlich wurde von den Kostenträgern eine gemeinsame schriftliche Stellungnahme abgegeben. Die Perspektive der Initiatoren war durch den Leiter der Rehabilitationsklinik sowie des Leiters des dazugehörigen Integrationszentrums, in dem das Modellprojekt stattfindet, repräsentiert. Die Gruppe der Durchführenden war durch alle direkten Mitarbeiter des Projekts BISS vertreten. Die Perspektive der Kooperationspartner bildeten Mitarbeiter von Beratungsstellen, mit denen Absprachen über die Vermittlung von Klienten bestanden oder deren Klienten an BISS teilnahmen sowie eine Mitarbeiterin der Kommunalen Arbeitsförderung, mit welcher einzelfallbezogen eine Zusammenarbeit bestand. Von den Arbeitgebern der Projektteilnehmer sollten möglichst alle befragt werden, deren Arbeitnehmer der Interventionsgruppe angehören.

Die Stichprobe der Interventionsgruppe bestand aus allen Klienten des Modellprojekts BISS (n=39), die ab dem 01.01.2010 bis zum 30.09.2011 in das Projekt eingetreten waren und sich zur Teilnahme am Projekt bereit erklärten (eine Person verweigerte die Teilnahme an der Studie). Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe (n=65) wurden aus drei Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert, deren Rehabilitanden im Erhebungszeitraum die Behandlung in der jeweiligen Einrichtung regulär beendet hatten sowie den Beendern des Adaptionenzentrums Lahr, die nicht am Modellprojekt teilnahmen. Bei den Vergleichseinrichtungen handelte es sich um Adaptionseinrichtungen (Integrationszentrum Lahr, RehaHaus Gundelfingen, Suchthilfzentrum Fellbach). Bei einer der Vergleichseinrichtungen handelt es sich nicht um eine Adaptionseinrichtung, sondern um eine Tagesklinik (Tagesklinik Karlsruhe der Rehaklinik Freiolsheim). Eine Person wurde aus der Vergleichsgruppe ausgeschlossen, da sie angab, voll berufsunfähig zu sein, und dies auch durch die fachlichen Angaben bestätigt werden konnte. Somit erfüllt diese Person nicht die Zugangsbedingungen von BISS (mind. 3h Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt) und wurde auch nicht der Vergleichsgruppe zugeteilt.

Der Beginn der Erhebungen und damit die Erhebungsdauer in den Vergleichseinrichtungen unterschied sich leicht, da die Zusammenarbeit mit den einzelnen Einrichtungen erst initiiert werden und Absprachen für die Durchführung der Erhebungen getroffen werden mussten. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte nicht-randomisiert. Mögliche Vermittlungswege in das Modellprojekt (und damit die Zuweisung zur Interventionsgruppe) sind in Abbildung 3-2 aufgeführt. Allen regulären Beendern der Rehabilitationsmaßnahme in den drei Vergleichseinrichtungen wurde eine Teilnahme an der Evaluationsstudie angeboten. Diese wurden der Vergleichsgruppe zugewiesen. Auch alle Beender der Rehabilitationsmaßnahme des Integrationszentrums Lahr, die nicht am BISS-Projekt teilnahmen, wurden der Vergleichsgruppe zugewiesen. Die Entscheidung zur Teilnahme beruhte auf Freiwilligkeit.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.4 - Stichprobe und Design



**Abbildung 3-2:** Mögliche Vermittlungswege in das Modellprojekt und Zuweisung zur Interventions- und Vergleichsgruppe

Bis auf eine der an BISS teilnehmenden Personen willigten alle Teilnehmer mit Projektbeginn im genannten Zeitraum auch in die Teilnahme an der Studie ein. Hierdurch konnten für fast alle Teilnehmer Informationen über den Verlauf ausgewertet werden, auch bei fehlenden Fragebögen oder Interviewteilnahmen. 97,5 % der BISS-Teilnehmer gehörten demnach auch zur Gruppe der Studienteilnehmer (Interventionsgruppe).

Durch die von den Vergleichsgruppen übermittelte Anzahl der regulären Abschlüsse der Rehabilitationsbehandlung während des Studienzeitraumes, konnte der Anteil der tatsächlichen von den potenziellen Studienteilnehmern ermittelt werden. In den Vergleichsgruppen war die tatsächliche Teilnehmerate der potenziellen Studienteilnehmer unterschiedlich. In Einrichtungen, in denen berichtet wurde, dass die Befragung in Kombination mit der regulären Abschlussbefragung stattgefunden habe, fanden sich höhere Teilnehmeraten. Die Gruppe der potenziellen Studienteilnehmer konnte nicht von vollständig berufsunfähigen Personen bereinigt werden, es kann jedoch von einem sehr geringen Anteil ausgegangen werden.

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.4 - Stichprobe und Design**

**Tabelle 3-16:** Anteil der Personen in den Gruppen, die sich nach dem Angebot der Studienteilnahme zur Teilnahme bereit erklärten

	potenzielle Studienteilnehmer (n)	tatsächliche Studienteilnehmer (n)	Anteil in %
<b>Interventionsgruppe (BISS)</b>	40	39	97,5
<b>Vergleichsgruppe gesamt</b>	141	65	46,1
<b>VG I (Karlsruhe)</b>	35	26	74,3
<b>VG II (Fellbach)</b>	48	12	25,0
<b>VG III (Gundelfingen)</b>	27	17	63,0
<b>VG IV (Lahr)</b>	31	10	32,3

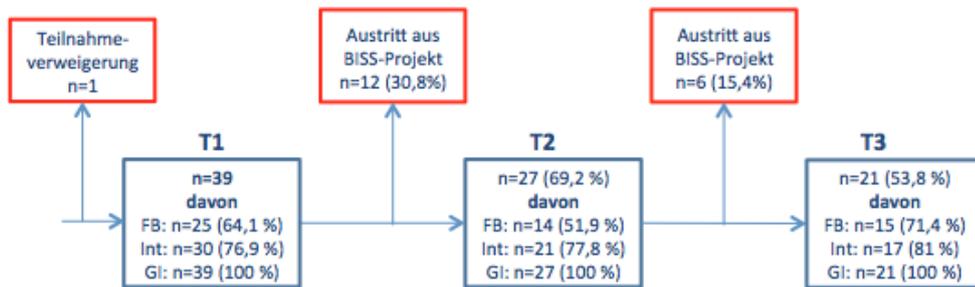
Der im Verlauf stattgefundenene Studien-Drop-out bei der Interventionsgruppe steht im direkten Zusammenhang mit der Beendigung der Teilnahme am Modellprojekt. Eine offizielle Entlassung aus dem Projekt hatte den Ausschluss aus der Interventionsgruppe zur Folge. Davon zu unterscheiden sind fehlende Informationen (Fragebögen, Interviews) von Personen, die weiterhin am Projekt teilnehmen, die als fehlender Rücklauf (Missing) betrachtet werden. In der Vergleichsgruppe werden Personen aus der Untersuchung ausgeschlossen (Austritte), wenn diese von ihrer Seite die Teilnahme beenden. Alle weiteren fehlenden Fragebögen werden in der folgenden Grafik als fehlender Rücklauf (Missing) benannt. Fehlender Rücklauf von Fragebögen bzw. fehlende Interviewteilnahme kam durch ausbleibenden Fragebogenrücklauf, nicht-Erreichbarkeit, unbekannte Adressen oder andere Umstände zustande. Der Rücklauf zu den drei durchgeführten Messzeitpunkten ist, aufgeteilt nach Gruppen, in

Abbildung 3-3 dargestellt.

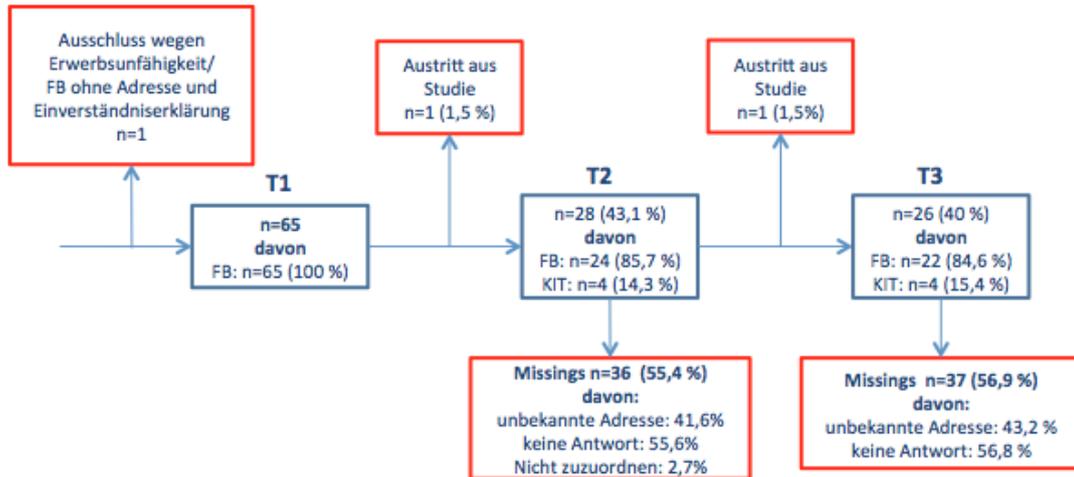
## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.4 - Stichprobe und Design

#### Interventionsgruppe



#### Vergleichsgruppe



**Abbildung 3-3:** Rücklauf und Austritte in der Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe zu den Erhebungszeitpunkten t1-t3. FB = Fragebogen; Int = Interview, GI = Grundinformationen; KIT = Kurzinterview telefonisch

In beiden Gruppen konnten manche der mit den Fragebögen bzw. Interviews erhobenen Daten anhand von Informationen aus Kurzinterviews (KIT) während der Erinnerungstelefonate ergänzt werden. In der Interventionsgruppe konnten zusätzlich die Verlaufsdocumentation oder auch spätere Befragungen für die Ergänzung der Informationen genutzt werden. Somit sind über alle Interventionsgruppenteilnehmer, die zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch im Projekt waren, gewisse Grundinformationen vorhanden, wodurch alle diese Teilnehmer auch in die Analysen mit einbezogen werden können. Von der Vergleichsgruppe werden alle diejenigen Personen in der Ergebnisanalyse berücksichtigt, von denen ein Fragebogen oder ein Kurzinterview zum Zeitpunkt t3 (nach einem Jahr) vorliegt. Die Prozentangaben zu den Rückläufen beziehen sich jeweils auf die weiterhin eingeschlossene Teilnahmegruppe, also alle die, die für die Erhebungen kontaktiert wurden. Aus BISS oder der Vergleichsgruppe ausgetretene Teilnehmer werden nicht berücksichtigt. Die vollständige Rücklaufquote der Vergleichsgruppe (100 %) zu t1 ergibt sich daraus, dass nur Personen der Vergleichsgruppe eingeschlossen wurden, die den Fragebogen und damit auch die Einverständniserklärung zur Teilnahme abgegeben haben.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.4 - Stichprobe und Design

Zwei Personen der Vergleichsgruppe entschieden sich gegen die weitere Teilnahme am Projekt (3 %). 46 % der Interventionsgruppenteilnehmer beendeten im Verlauf des ersten Jahres die Teilnahme am Projekt BISS und damit die Studienteilnahme. Hiervon traten 31 % vor und 15 % nach dem zweiten Messzeitpunkt ( $t_2 = 6$  Monate) aus.

Von den BISS-Abbrechern ( $n=18$ ) haben lediglich 50 % einen  $t_1$  Fragebogen abgegeben.

Die Abbrecher können aufgeteilt werden in frühe Abbrecher vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt, was eine Teilnahmedauer von weniger als sechs Monaten bedeutet (AB-U6;  $n=11$ ) und in späte Austreter, die zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt ausgetreten sind, was eine Teilnahmedauer zwischen 6 und 12 Monaten bedeutet (AB-U12;  $n=7$ ).

27,3 % der Personen der Gruppe der frühen Abbrecher (AB-U6) haben einen  $t_1$  Fragebogen abgegeben und 54,5 % haben am ersten Interview teilgenommen. Bei den späten Austretern sanken die Teilnahmezahlen im Vergleich zu den Beendern erst zum Zeitpunkt  $t_2$ .

Bei den BISS-Beendern liegen alle Rücklaufzahlen zwischen 66,6 und 90,5 %, wobei insbesondere bei den Interviews hohe Teilnahmezahlen erreicht werden konnten.

Die Teilnahme an Erhebungen erwies sich als ein Indikator für die Compliance am Projekt zu sein (Tabelle 3-17).

**Tabelle 3-17:** Fragebogenrücklauf und Interviewteilnahme in der Interventionsgruppe bei den Beendern, frühen Abbrechern und späten Abbrechern

Studiencompliance Beender vs. Abbrecher der Interventionsgruppe						
Gesamtstichprobe zu Beginn: $n=39$	Fragebogenrücklauf			Interviewrücklauf		
	$t_1$	$t_2$	$t_3$	$t_1$	$t_2$	$t_3$
<b>gesamt BISS-Abbrecher (<math>n=18</math>) in %</b>	50,0	0	n. r. <sup>a</sup>	61,1	11,1	n. r.
<b>frühe Abbrecher (<math>n=12</math>) in %</b>	33,3	n. r.	n. r.	54,5	n. r.	n. r.
<b>späte Abbrecher (<math>n=6</math>) in %</b>	83,3	0 %	n. r.	83,3	28,6	n. r.
<b>BISS-Beender (<math>n=21</math>) in %</b>	76,2	66,6	71,4	90,5	90,5	81

<sup>a</sup> n. r. = nicht relevant

Im Gruppenvergleich werden die Personen der Vergleichsgruppe als Abbrecher gewertet, von denen zum Zeitpunkt  $t_3$  keine Informationen in Form eines Fragebogens oder eines telefonischen Kurzinterviews (KIT) vorlagen. Dies betraf 60 % der Vergleichsgruppe.

Von den Abbrechern der Vergleichsgruppe haben bereits an der  $t_2$ -Erhebung lediglich 13 % teilgenommen. 73,1 Prozent der Beender haben auch an der  $t_2$  Erhebung teilgenommen. Die Non-Compliance ist also bereits im ersten halben Jahr zu erkennen (Tabelle 3-18).

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.4 - Stichprobe und Design**

**Tabelle 3-18:** Fragebogenrücklauf in der Vergleichsgruppe bei den Beendern (Teilnahme zu t3) und Abbrechern

<b>Studiencompliance von Beendern und Abbrechern der Vergleichsgruppe</b>			
	Fragebogen t1	Fragebogen t2	Fragebogen t3
<b>Abbrecher (n=39) in %</b>	100	12,8 (n=5) 7,7 über das KIT (n=3)	n. r. <sup>a</sup>
<b>Beender (n=26) in %</b>	100	73,1 (n=19) 3,8 über das KIT (n=1)	84,6 15,4 über das KIT

<sup>a</sup> n. r. = nicht relevant

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe hatten ein Durchschnittsalter von 32,6 Jahren (Range: 21-57 Jahre) und waren zu 90 % männlich. Alle Personen gaben an, einen Schulabschluss zu haben, 58 % hatten eine Berufsausbildung. 32 % der Personen befanden sich in einer festen Partnerschaft. 51 % der Interventionsgruppenteilnehmer gaben zum Entlasszeitpunkt an eine Arbeitsstelle zu haben. Alle Interventionsgruppenteilnehmer waren voll erwerbsfähig.

Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe (n=65) hatten ein Durchschnittsalter von 29,5 Jahren (Range: 19-49 Jahre) und waren zu 86 % männlich. Über 93 % hatten einen Schulabschluss, 47 % eine Berufsausbildung. 41 % der Personen befanden sich in einer festen Partnerschaft. 29 % der Vergleichsgruppenteilnehmer gaben zum Entlasszeitpunkt an, eine Arbeitsstelle zu haben, 20 % hatten eine Arbeitsstelle sicher in Aussicht. Diese sind zu den Personen mit Arbeit zu zählen, da bei der Vergleichsgruppe ein etwas früherer Erhebungszeitpunkt (in den letzten Tagen der Rehabilitationsbehandlung) gewählt wurde, um eine bessere Teilnahmequote erreichen zu können. 98 % der Vergleichsgruppenteilnehmer waren voll erwerbsfähig. Eine voll erwerbsunfähige Person wurde im Vorfeld aus der Vergleichsgruppe ausgeschlossen, da sie die Zugangskriterien für das BISS-Projekt nicht erfüllt (mind. 3h Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt). Eine Person war teilweise erwerbsunfähig.

Tabelle 8-3 im Anhang (S. 341) gibt einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Gruppen zum Erhebungsbeginn. Die Gruppen unterscheiden sich in keinem Merkmal signifikant.

Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe Karlsruhe, die als einzige eine Tagesklinik besuchen, wurden gesondert betrachtet, um die Vergleichbarkeit dieser Gruppe zu prüfen. Als Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung muss ein stabiles soziales Umfeld gegeben sein, von dem keine Rückfallgefahr ausgeht, eine Wohnung im Einzugsgebiet sowie die Bereitschaft und Fähigkeit zur Totalabstinenz, auch von Alkohol. Die Teilnehmer aus der Tagesklinik Karlsruhe waren bzgl. der meisten soziodemographischen Variablen vergleichbar. Sie unterschieden sich um mehr als 10 % von der restlichen Vergleichsgruppe bzgl. der Partnersituation mit 50 % in fester Beziehung (n=26) vs. 35,1 % (n=37) und dem Anteil der deutschen Staatsangehörigkeit 65,4 % (n=26) vs. 97,4 % (n=38). Der Drop-out in den einzelnen

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.4 - Stichprobe und Design**

Vergleichsgruppen unterscheidet sich, die Vergleichsgruppe Karlsruhe liegt mit knapp 58 % im Durchschnitt (Tabelle 3-19).

**Tabelle 3-19:** Teilnehmeranzahl und -anteil in den einzelnen Vergleichsgruppen

	Anzahl Studienteilnehmer	Anzahl Abbrecher	Drop-out in %
<b>Vergleichsgruppe gesamt</b>	65	39	60,0
<b>VG I (Karlsruhe)</b>	26	15	57,7
<b>VG II (Fellbach)</b>	12	7	58,3
<b>VG III (Gundelfingen)</b>	17	12	70,6
<b>VG IV (Lahr)</b>	10	5	50,0

### 3.4.2 Design

Die Erfassung der Stakeholderperspektiven erfolgte qualitativ anhand teilstrukturierter leitfadengestützter Interviews (St-Int) (Helfferich, 2011). In der Literatur wird diese Erhebungsmethode für die Befragung von Experten als geeignet beschrieben, da das „Expertenwissen nicht einfach abgefragt werden [kann, sondern] aus den Äußerungen der ExpertInnen rekonstruiert [werden muss]“ (Liebold & Trinczek, 2009; Meuser & Nagel, 2008, S. 369). Aus allen Perspektiven kann eine spezifische Sachkenntnis für den erfragten Bereich angenommen werden. Somit ist davon auszugehen, dass sich das leitfadengestützte Interview für die Erhebungen der gesamten Stakeholderperspektiven eignet (Gläser & Laudel, 2010).

Nur die Perspektive der Arbeitgeber wurde anhand von Fragebögen (FB-AG) erfasst. Durch teilweise offene Fragen wurde auch dieser Stakeholdergruppe die Möglichkeit gegeben, Erfahrungen frei zu äußern. Somit beinhaltete der FB-AG sowohl quantitative als auch qualitative Elemente. Diese Erhebungsmethode bei den Arbeitgebern wurde aus organisations-technischen und Ressourcengründen im Verlauf gewählt. Es erwies sich als schwierig, Interviewtermine mit den zuständigen Arbeitgebern vereinbaren zu können. Zudem hätte die im Vergleich hohe Anzahl der zu befragenden Arbeitgeber und die mit einem Interview verbundenen Fahrzeiten zu einem relativ hohen Erhebungsaufwand geführt. Die Befragung möglichst aller Arbeitgeber wurde als prioritär erachtet, auch wenn durch die Erhebungsmethode anhand des Fragebogens weniger qualitative Aspekte erfasst werden konnten.

Die Inhalte der Stakeholderbefragungen dienten zum einen der Bewertung und Einordnung des Projekts und den damit verbundenen Zielen und Erwartungen aus der jeweiligen Sichtweise, zum anderen auch der Erfragung von Expertenwissen. Durch die Interviews sollte zudem ermöglicht werden, dass die Fragestellungen und somit auch die Ergebnisdarstellung das Interesse der Stakeholdergruppen möglichst gut bedienen.

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.4 - Stichprobe und Design

Trotz der Gemeinsamkeiten bei der Erfragung der Stakeholderperspektiven gab es für jede Gruppe spezifische Aspekte. Aus der Perspektive der Kostenträger der Maßnahme interessierten insbesondere Aspekte zum Stellenwert des Modellprojekts im Gesamtkontext der beruflichen Rehabilitation. Zudem wurden Informationen zur Bedeutung der Evaluation auf die Entwicklung und Weiterführung des Projekts erhoben. Die Kostenträger sind letztendlich diejenigen, die über die Weiterführung des Projekts entscheiden und als Entscheidungshilfe die Evaluationsstudie in Auftrag gegeben haben. Aus diesem Grund mussten Fragestellungen und Anliegen an die Evaluation dieser Interessensgruppe besondere Beachtung erteilt werden. Die Interviews mit den Anbietern des Modellprojekts dienten, neben der Erfassung von Zielkriterien des Projekts und der Identifizierung weiterer Stakeholder, auch der Informationssammlung zur Beschreibung der Maßnahme sowie den allgemeinen Rahmenbedingungen der Projektdurchführung. Die Erhebung der Sichtweise der Durchführenden hatte den Fokus auf Inhalten, die im Rahmen der Prozessevaluation von Bedeutung sind. Dies ermöglichte den Einblick auf den Projektverlauf und die Erfahrungen mit dem Projekt, um diese in Vorschlägen zur Projektentwicklung einfließen lassen zu können und um Hindernisse und Wirkfaktoren bei der Umsetzung identifizieren zu können. Die Befragung der Kooperationspartner erfasste die Zusammenarbeit mit dem Projekt aus einer zweiten Perspektive (neben der Durchführendenperspektive). Die Arbeitgeber waren, als direkt am Projekt Beteiligte, eine wichtige Informationsquelle für Erfahrungen mit dem Projekt und der Bedeutung des Projekts in der Zusammenarbeit mit dem Arbeitnehmer. Zuletzt ist noch die Sichtweise der Experten zu nennen. Die fachliche Beurteilung des Projekts sollte einen Hinweis auf den allgemeinen Bedarf im Rahmen der Suchtrehabilitation als auch auf Besonderheiten und Indikationskriterien für das Projekt geben.

Da es sich um teilstrukturierte Interviews mit offenem Antwortformat handelte, bestand eine Offenheit in der Beantwortung der Fragen und damit im Verlauf der Interviews, was eine freie Darstellung der subjektiven Sichtweise ermöglichte. Dadurch wurden mit bestimmten Fragen möglicherweise nicht immer spezifische Fragestellungen beantwortet. Ein Stakeholderinterview bedeutet immer eine „Gratwanderung zwischen Strukturierung und Offenheit“ (Liebold & Trinczek, 2009, S. 32).

Eine quantitative Datenerfassung anhand von Fragebögen bei der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe diente dazu, Fragen in Zusammenhang mit der Ergebnisevaluation beantworten zu können. Zu den drei Messzeitpunkten erhielt jeder Teilnehmer der beiden Gruppen einen Fragebogen (FB-t1-TN/VG, FB-t2-TN/VG; FB-t3-TN/VG). Hierbei sollten die Vergleichbarkeit der Gruppen überprüft und die Veränderungen und Effekte durch die Maßnahme im Vergleich zur Vergleichsgruppe erfasst werden können. Individuelle Effekte auf die Interventionsgruppenteilnehmer im Verlauf der Maßnahme sollten beschrieben und die Zielerreichung der Maßnahme überprüft werden. Die Informationen der Interventionsgruppe dienten zudem der Beantwortung von Fragen im Rahmen der Prozessevaluation, welche insbesondere die Indikation zur Maßnahmenteilnahme betrafen. Die im Fragebogen erfass-

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.4 - Stichprobe und Design

ten Daten bezogen sich auf soziodemographische Aspekte, auf die Suchterkrankung, die berufliche Situation, den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand, den Rehabilitationsverlauf und das soziale Umfeld und die Freizeit. Der Inhalt der Fragebögen der beiden Gruppen war äquivalent. In den Fragebögen FB-t2-TN und FB-t3-TN der Interventionsgruppe wurde zusätzlich die Wichtigkeit der Projektangebote sowie im FB-t3-TN das weitere Vorgehen bzgl. der Teilnahme am Modellprojekt erfragt. Im FB-t1-VG der Vergleichsgruppe des Integrationszentrums Lahr (VG IV) wurde zusätzlich der Grund für die Nicht-Teilnahme am Modellprojekt BISS erfragt.

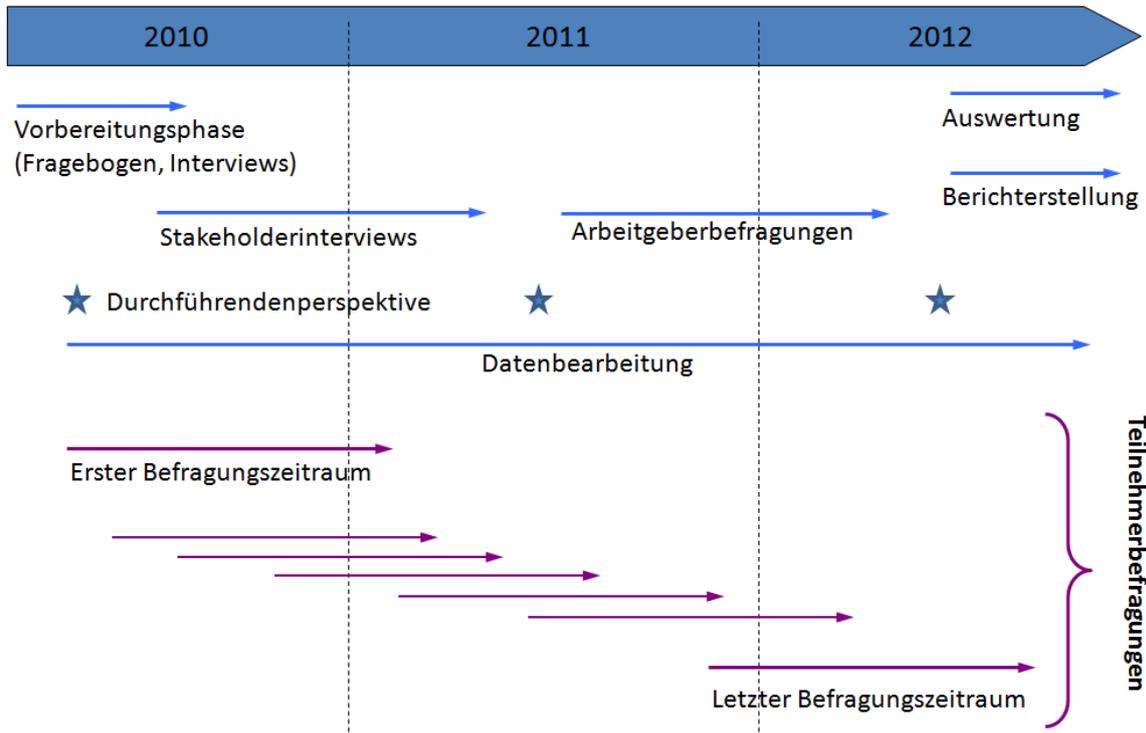
Mit den Teilnehmern der Interventionsgruppe wurde an jedem Messzeitpunkt zusätzlich ein teilstrukturiertes Leitfadenterview (Int-t1; Int-t2; Int-t3) durchgeführt. Einige Fragen hatten ein standardisiertes Format, wenn es darum ging ganz spezifische Gegebenheiten zu erfragen (z. B. Häufigkeit der durchgeführten Kontrollen oder die weitere Teilnahmemotivation auf einer Skala von 0-10). Die Erhebung anhand dieser Interviews beinhaltete demnach beides, eine qualitative und quantitative Herangehensweise an verschiedene Fragestellungen. Das erste Interview diente der Beantwortung von Fragen zur Evaluation des Bedarfs, der Erwartungen und der Ziele sowie der Erfassung der detaillierten Berufsgeschichte zur genaueren Betrachtung der Indikation. In den weiteren Interviews wurden insbesondere Fragen zur Zufriedenheit und Akzeptanz, zum Aufwand und zur Evaluation des Prozesses adressiert.

Des Weiteren wurden die personenbezogenen Verlaufs- (VD) und Leistungsdokumentationen (LD), die Kontrollergebnisse (KON) und BISS-Abschlussberichte (BISS-AB), die im Rahmen des Modellprojekts dokumentiert wurden, als Datenquelle für die Prozess- und Ergebnisevaluation sowie für die Erfassung des Aufwands genutzt. Es handelte sich hierbei um qualitative („*Besuch am Arbeitsplatz und genaue Schilderung des Rückfalls anschließend gemeinsames Gespräch mit Christoph mit Festlegung der Themen der Rückfallaufarbeitung.*“) als auch quantitative Daten (*Leistung B19: „Gespräch mit Arbeitgeber“, 90 Minuten*).

Tabelle 8-4 (Anhang S. 342) gibt einen Überblick über die Instrumente die zur Erhebung der teilnehmerbezogenen Daten eingesetzt wurden.

Der Zeitraum, in dem alle Erhebungen stattfanden erstreckte sich von Juni 2010 bis November 2012 (Abbildung 3-4).

## Evaluationsdesign und Methoden 3.4 - Stichprobe und Design



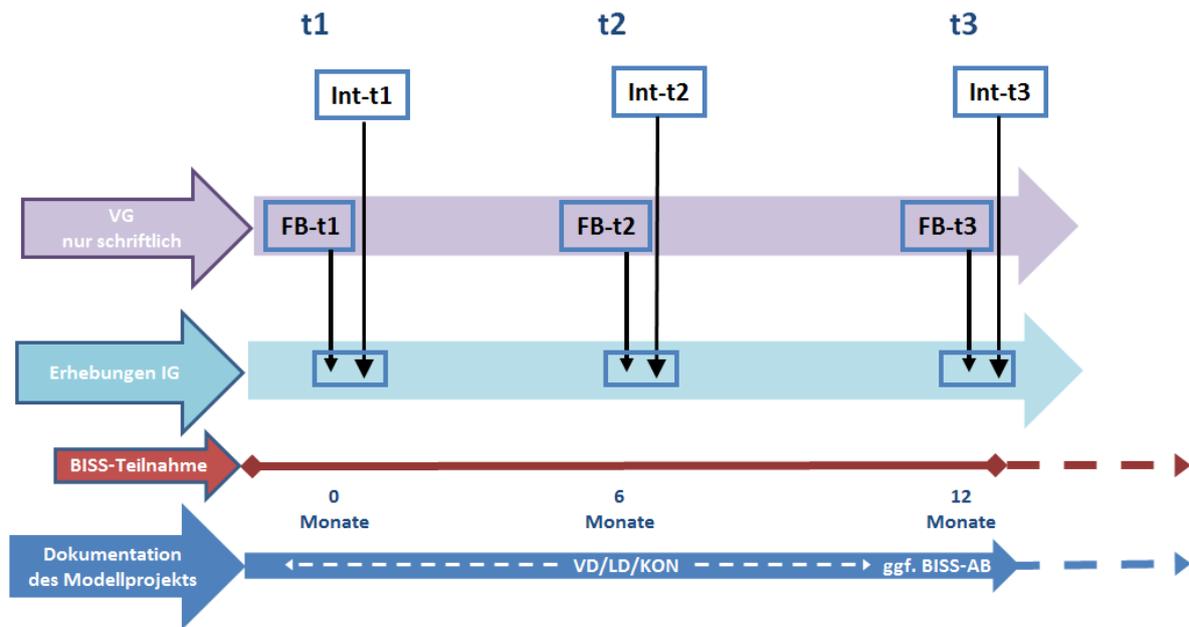
**Abbildung 3-4:** Überblick über die Erhebungen in der Gesamtlaufzeit der Evaluationsstudie

Zu unterschiedlichen, nicht festgelegten Zeitpunkten fanden Erhebungen von Stakeholderperspektiven statt. Lediglich die Messzeitpunkte im Rahmen der Erfassung der Durchführendenperspektive unterlagen einem Zeitplan, um den Prozess der Projektdurchführung adäquat beobachten zu können. Mit ihnen wurden drei Interviews durchgeführt, eines zu Beginn des Evaluationszeitraums, eines zur Halbzeit und eines zum Ende der Erhebungsphase. Alle anderen Stakeholderbefragungen fanden einmalig auf Vereinbarung mit dem jeweiligen Interviewpartner statt.

Die Erhebung der Arbeitgeberperspektive anhand von Fragebögen fand in der zweiten Hälfte des Erhebungszeitraums statt.

Die Grundstruktur des Designs zur Erfassung der Teilnehmerperspektiven ist ein quasi-experimentelles Prä-Post-Vergleichsgruppen-Design (t1 und t3) mit einer Zwischenmessung (t2) (Abbildung 3-5). Der Erhebungszeitraum für den einzelnen Teilnehmer betrug ein Jahr. Die zusätzliche Zwischenmessung wurde durchgeführt, um Prozessmerkmale der Intervention besser erfassen zu können. Zudem ist zu vermuten, dass der Rücklauf in der Vergleichsgruppe nach sechs Monaten noch höher ist, und so beim Gruppenvergleich gegebenenfalls auf diesen Zeitpunkt zurückgegriffen werden kann. Ausserdem besteht so die Möglichkeit, Teilnehmer der Interventionsgruppe, die möglicherweise vor Beendigung der üblichen Projektlaufzeit von einem Jahr die Projektteilnahme beenden, über zwischenzeitliche Erfahrungen zu befragen.

## Evaluationsdesign und Methoden 3.4 - Stichprobe und Design



**Abbildung 3-5:** Design zur Erfassung der Teilnehmerperspektive am Beispiel der Erhebungen für eine Person über einen Zeitraum von einem Jahr

Interventions- und Vergleichsgruppe erhielten zu jedem Erhebungszeitpunkt einen Fragebogen (FB-t1,FB-t2,FB-t3). Bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe wurde jeweils zusätzlich ein halbstrukturiertes Interview (Int-t1, Int-t2, Int-t3) durchgeführt.

Begleitend zu diesem strukturierten Vorgehen werden über weitere Datenquellen teilnehmerbezogene Informationen erhoben. Hierzu gehören die Verlaufsdocumentationen (VD), die Leistungsdokumentation (LD) und die Informationen zu den Urinkontrollen (KON). Diese werden über die Projektlaufzeit gesammelt und dem Evaluationsteam am Ende des Erhebungszeitraums zur Verfügung gestellt.

## 3.5 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die im Rahmen der Evaluationsstudie entwickelten Erhebungsinstrumente beschrieben. Um die Fragestellungen der Evaluationsstudie beantworten zu können mussten Instrumente benutzt werden, die möglichst valide Daten hervorbringen und in ihrer Anwendung praktikabel sind. Zudem sollten sie Daten zu spezifischen Fragestellungen erfassen können. Bei den in der Studie verwendeten Erhebungsinstrumenten handelte es sich um Fragebögen und Interviewleitfäden. Eine Auswahl der Erhebungsinstrumente findet sich im Anhang ab Seite 379 (Kapitel 10).

### 3.5.1 Fragebögen

Da für die Gesamtheit der Fragestellungen keine passenden Fragebögen verfügbar waren, wurden diese im Rahmen der Evaluationsstudie erarbeitet. Es wurden Fragebögen für die Teilnehmer der Interventions- und Vergleichsgruppe und für die Arbeitgeber erstellt.

#### *Arbeitgeberfragebogen*

Der Arbeitgeberfragebogen wurde für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen im Rahmen der Studie entwickelt.

Er beinhaltet viele offene Fragen, um die freie Darstellung der Sichtweise, wie sie in den Stakeholderinterviews gegeben war (Liebold & Trinczek, 2009), zu fördern. Diese sind in Tabelle 3-20 mit (o) gekennzeichnet. Die Fragen bezogen sich auf die Projektteilnahme, auf Erfahrungen mit dem Projekt und auf die Akzeptanz und Bewertung des Projekts.

**Tabelle 3-20:** Inhalte des Arbeitgeberfragebogens

Themenbereich	Erfragter Inhalt
<b>Projektteilnahme</b>	Zeitraum der Zusammenarbeit Weg der Kenntnisnahme Teilnahmegründe (o) <sup>a</sup> Erwartungen (o)
<b>Projekterfahrungen</b>	Rückfälligkeit des Arbeitnehmers Reaktion auf Rückfall (o) künftige Reaktion (o) Kontaktgründe (o) Verbesserungsvorschläge (o)
<b>Bewertung und Wirkung</b>	Attraktivität und Wichtigkeit der Angebote Einfluss auf Einstellungsentscheidung (o) Benotung „Wenn es das Projekt BISS nicht gäbe dann...“ (o)
<b>Akzeptanz</b>	zukünftige Teilnahmebereitschaft

<sup>a</sup>(o) = offene Frage

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.5 - Erhebungsinstrumente

#### *Teilnehmerfragebögen*

In den Teilnehmerfragebögen wurde soweit wie möglich auf bereits entwickelte Instrumente oder Erhebungsstandards zurückgegriffen. Wenn nötig wurden diese gekürzt, angepasst und ergänzt. Bestimmte Informationen wurden mit eigens entwickelten Fragen und Items erfasst, wenn dies zur Beantwortung der Fragestellungen notwendig war.

Soziodemographische Merkmale sowie Informationen zum Beruf und zur Suchterkrankung wurden angelehnt an Dokumentationssysteme und -standards aus dem Suchtbereich erhoben (AHG Kliniken Daun; Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001). Zur Beantwortung weiterer Fragestellungen wurde auf bereits validierte Fragebögen zurückgegriffen. Zur Erfassung der psychischen Symptomatik diente der Brief Symptom Inventory (BSI-18) (Derogatis, 2000; Franke et al., 2010), zur Erhebung der sozialen Unterstützung ausgewählte Fragen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU) (Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009) und zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen die Irritationskala (IS) (Mohr, Rigotti & Müller, 2007).

Die Abstinenzzuversicht wurde mit den Skalen „angenehme Gefühle“ und „unangenehme Gefühle“ aus den Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-16) erhoben (Körkel & Schindler, Version 4.00). Einzelne Fragen zur Abstinenzabsicht wurden angelehnt an den Fragebogen des Projekts „Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen: Wissenschaftliche Begleitung“ der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) des Universitätsklinikums Freiburg verwendet.

Zur Erfassung von Merkmalen der besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) wurde nicht auf bestehende Instrumente wie das „Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich-orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation“ (SIM-BO) (Streibel, 2009) oder das „Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation“ (SIBAR) (Bürger & Deck, 2009) zurückgegriffen, da sich die Fragen häufig auf Personen mit somatischen Erkrankungen beziehen und die besonderen Merkmale von Suchtmittelabhängigen nicht erfassen. Merkmale der BBPL wurden somit anhand einer Auswahl der bereits aufgeführten oder auch selbst konstruierten (Fragebogen-) Items dargestellt.

Die teilweise unvollständige Nutzung der Items aus den verwendeten Fragebögen wurde aus ökonomischen und inhaltlichen Gründen gewählt. Der Fragebogen sollte möglichst wenige Items umfassen, um die Compliance an der Studienteilnahme nicht zu gefährden. Da bei der Verwendung der Fragebögen zumeist der Vergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe im Fokus lag, war man nicht auf Normwerte der Fragebögen angewiesen. Der Ausschluss bestimmter Items erfolgte auf Grundlage inhaltlicher Beweggründe und Interessen. So wurde z. B. beim F-SozU auf die Frage „Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.“ verzichtet, da die Studienteilnehmer

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.5 - Erhebungsinstrumente

häufig noch im Betreuten Wohnen waren, bzw. in einem neuen Umfeld lebten, bei dem gute persönlichen Bekanntschaften für solche Anliegen noch unwahrscheinlich sind.

Es wurden verschiedene Antwortformate verwendet. Meistens handelte es sich um geschlossene Fragen mit vorgegebenem Antwortformat, um den Teilnehmern das Ausfüllen der Fragebögen zu erleichtern. Manche Fragen waren in einem offenen Antwortformat gestaltet, um die Diversität berücksichtigen zu können (z. B. „*Welchen Freizeitaktivitäten/ Hobbies gehen Sie aktuell regelmäßig nach?*“).

Während des Erinnerungsverfahrens wurden für die Zeitpunkte t2 und t3 bereits einige Fragen in einem Kurzinterview telefonisch gestellt (KIT), um bei weiterhin fehlendem Rücklauf des Fragebogens auf diese Informationen zurückgreifen zu können und somit einen höheren Informationsgewinn zu gewährleisten. Im KIT wurden Fragen zur beruflichen Integration und Rückfälligkeit äquivalent zu der Frageformulierung in den Fragebögen gestellt.

Die in den Teilnehmerfragebögen erfassten Daten bezogen sich auf soziodemographische Aspekte, auf die Freizeit und das Umfeld, den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand, auf die Arbeitssituation und auf die Suchterkrankung. Die Interventionsgruppe wurde im Verlauf zusätzlich zur Wichtigkeit der Projektangebote sowie zum weiteren Vorgehen bzgl. der Teilnahme am Modellprojekt nach Ablauf des ersten Jahres befragt.

In Tabelle 8-5 (Anhang S. 343) sind die erfragten Inhalte der Teilnehmerfragebögen aufgeführt. Eigens formulierte Fragen, die weder aus bestehenden Fragebögen entnommen sind noch aus Dokumentationsstandards abgeleitet sind, sind kursiv gedruckt. Bei Fragen, die bereits in den Kurzinterviews bei den Erinnerungstelefonaten gestellt wurden, wurde dies vermerkt (KIT).

#### 3.5.2 Interviews

Um der individuellen Perspektive der Beteiligten gerecht zu werden, wurden mit Stakeholdern und Teilnehmenden des Projekts BISS Interviews geführt. Dafür wurden teilstrukturierte Leitfadeninterviews verwendet. In den Stakeholderinterviews waren die Themen vorgegeben, die Reihenfolge, Formulierung und Vertiefung der Fragen hingegen konnte bei Bedarf variieren. Die Teilnehmerinterviews wurden strukturierter angewandt, da die daraus erhobenen individuellen Daten in Bezug zu anderen Ergebnissen (z. B. aus den Fragebögen) gebracht werden sollten und eine Vergleichbarkeit und auch die quantitative Agglomeration der Daten möglich sein sollte. Dies entsprach also nicht dem primären Ziel der Stakeholderinterviews, über-individuell-gemeinsame Wissensbestände auszuarbeiten (Meuser & Nagel, 2008), sondern eher der Erfragung spezifischer Inhalte und Erlebnisse.

Die Leitfäden wurden in Anlehnung an die von Helfferich (2011) beschriebene SPSS – Methode (**S**ammeln-**P**rüfen-**S**ortieren-**S**ubsummieren) entwickelt. Dieses Vorgehen „dient gleichzeitig der Vergegenwärtigung und dem Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens und der impliziten Erwartungen an die von den Interviewten zu produzierenden Erzäh-

## **Evaluationsdesign und Methoden**

### **3.5 - Erhebungsinstrumente**

lungen“ (Helfferich, 2011, S. 182). So konnten gesammelte Fragen reduziert und so strukturiert werden, dass sie im Gesprächsverlauf sinnvoll miteinander verknüpft werden konnten.

Die Stakeholderinterviews hatten drei inhaltliche Schwerpunkte: das allgemeine Thema der beruflichen Integration von Suchtpatienten, inhaltliche Beurteilungen und Erfahrungen mit dem Projekt BISS sowie die Evaluation des Projekts. Die Schwerpunktsetzung und Ausrichtung dieser Themenbereiche unterschied sich je nach Stakeholdergruppe.

Die Themenbereiche der Interviews für die unterschiedlichen Stakeholderperspektiven sind im Anhang auf Seite 344 (Tabelle 8-6) einzusehen.

Die Inhalte der Teilnehmerinterviews bezogen sich zum Zeitpunkt t1 auf Inhalte in Zusammenhang mit dem Projekt BISS, auf Informationen zum Sucht- und Arbeitsverlauf und der Suchtrehabilitation, auf Fragen zur aktuellen Arbeitssituation und zur Teilnahme am Projekt. Zum Zeitpunkt t2 ging es insbesondere um Erfahrungen im Zusammenhang mit der Projektteilnahme (Anhang S. 345: Tabelle 8-7).

### 3.6 Zusammenfassung der Datenquellen

Der Ergebnisteil gliedert sich nach den Evaluationsbereichen und den dazugehörigen Fragestellungen. Wie bei der Erläuterung der Fragestellungen deutlich wurde, werden verschiedene der genannten Datenquellen zu deren Beantwortung genutzt. Aus diesem Grund wird zur Orientierung hier ein Gesamtüberblick der Datenquellen gegeben (Tabelle 3-21).

**Tabelle 3-21:** Verwendete Erhebungsinstrumente in der Evaluationsstudie

<b>Fragebögen</b>		
<b>Datenquelle</b>	<b>Kürzel</b>	<b>Stichprobe</b>
<b>Interventionsgruppenfragebögen</b>	FB-t1-TN FB-t2-TN FB-t3-TN	Teilnehmer der Interventionsgruppe
<b>Vergleichsgruppenfragebögen</b>	FB-t1-VG FB-t2-VG FB-t3-VG	Teilnehmer der Vergleichsgruppe
<b>Arbeitgeberfragebogen</b>	FB-AR	Arbeitgeber der Klienten
<b>Interviews</b>		
<b>Datenquelle</b>	<b>Kürzel</b>	<b>Stichprobe</b>
<b>Teilnehmerinterviews</b>	Int-t1 Int-t2 Int-t3	Teilnehmer der Interventionsgruppe
<b>Stakeholderinterviews</b> (Kostenträger Initiatoren Durchführende Kooperationspartner Experten)	St-Int	Vertreter der DRV Baden-Württemberg Leiter der Rehaklinik Freiolsheim Leiter des Integrationszentrums Lahr Mitarbeiter des Modellprojekts Leiter von Suchtberatungsstellen Mitarbeiter der Kommunalen Arbeitsförderung Lahr
<b>Dokumentationen</b>		
<b>Datenquelle</b>	<b>Kürzel</b>	<b>Stichprobe</b>
<b>Verlaufsdokumentation</b>	VD	BISS-Mitarbeiter über Teilnehmer der Interventionsgruppe
<b>Leistungsdokumentation</b>	LD	BISS-Mitarbeiter über Teilnehmer der Interventionsgruppe
<b>Kontrollergebnisse</b>	KON	BISS-Mitarbeiter über Teilnehmer der Interventionsgruppe
<b>BISS-Abschlussberichte</b>	BISS-AB	BISS-Mitarbeiter über Teilnehmer der Interventionsgruppe

### 3.7 Umsetzung der Datenerhebung

Mit den Stakeholdern (ausgenommen Arbeitgeber) wurden individuelle Interviewtermine vereinbart. Die Termine mit den Anbietern und Durchführenden konnten im Verlauf kurzfristig vereinbart werden, da eine schnelle und einfache Kontaktmöglichkeit gegeben war. Mit allen anderen Stakeholdern wurde persönlich Kontakt aufgenommen. Bestand die Bereitschaft zur Interviewteilnahme, wurde ein individueller Termin vereinbart, der wahlweise an der Arbeitsstelle des Stakeholders oder am Arbeitsort des Evaluationsteams stattfand. Alle Interviews wurden mit einem Digital Voice Recorder (Olympus DM-450) aufgezeichnet und dauerten zwischen 60 und 120 Minuten. Das Einverständnis über die Nutzung der Daten wurde mündlich von den Stakeholdern erteilt.

Die Information der Arbeitgeber über die begleitende Evaluation erfolgte durch die Mitarbeiter des Modellprojekts bereits bei der Unterzeichnung des Dreieckvertrages. Mit der Vertragsunterzeichnung willigten die Arbeitgeber wie auch die Projektteilnehmer in die Teilnahme an der Evaluationsstudie ein. Für die postalische Fragebogenerhebung wurde die Adressliste der Arbeitgeber an das Evaluationsteam ausgehändigt. Bei fehlendem Rücklauf wurden die Arbeitgeber einmal schriftlich sowie einmalig telefonisch erinnert.

Die Umsetzung der Datenerhebung der teilnehmerbezogenen Daten unterschied sich zu den jeweiligen Messzeitpunkten, weswegen sie für jeden einzelnen gesondert dargestellt wird.

#### *Erster Messzeitpunkt*

Der erste Messzeitpunkt (t1) fand bei der Interventionsgruppe möglichst zeitnah nach Beginn der Teilnahme am Modellprojekt BISS statt und beinhaltete eine Fragebogenerhebung (FB-t1-TN) sowie ein Interview (Int-t1). Die Fragebögen wurden von den Durchführenden zeitgleich mit dem Ausfüllen des Anmeldeformulars zur Teilnahme am Modellprojekt ausgehändigt und in verschlossenen Umschlägen an das Evaluationsteam weitergegeben. Hierdurch wurde das Evaluationsteam über Neuzugänge informiert und vereinbarte direkt im Anschluss einen Interviewtermin mit den Teilnehmern. Das Evaluationsteam informierte sich zusätzlich regelmäßig über Neuzugänge und konnte so, auch wenn das Ausfüllen eines Fragebogens verzögert war, einen Interviewtermin vereinbaren. Konnten Teilnehmer nicht erreicht werden, unterstützen die Projektdurchführenden bei der Terminabsprache. Als zusätzliche Kontaktmöglichkeit konnten die Gruppentermine genutzt werden. Bestanden längere Anfahrtszeiten für die Teilnehmer, wurden die Interviews vor oder im Anschluss an die Gruppensitzung durchgeführt. In Einzelfällen fanden sie bei den Teilnehmern zu Hause statt, um ihnen zusätzlichen Fahrtaufwand zu ersparen. Während des Interviews wurden die Informationen bereits in einem vorgefertigten Protokollbogen dokumentiert. Die Teilnehmerinterviews zum ersten Messzeitpunkt dauerten zwischen 50 und 90 Minuten.

Bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe fand die erste Erhebung anhand eines Fragebogens (FB-t1-VG) in den letzten Tagen der Rehabilitationsbehandlung in den Vergleichsein-

## **Evaluationsdesign und Methoden**

### **3.7 - Umsetzung der Datenerhebung**

richtungen statt. Der etwas vorgezogene Zeitpunkt in der Vergleichsgruppenerhebung wurde gewählt, da die Personen sich noch vor Ort in der Rehabilitationseinrichtung befanden. So konnte die Erhebung in Kombination mit der Standarderhebung der Einrichtungen durchgeführt werden. Dadurch sollte ein höherer Zulauf zur Vergleichsgruppe erreicht werden. Die Fragebögen wurden durch die Mitarbeiter der Vergleichsgruppeneinrichtungen ausgeteilt und postalisch an das Evaluationsteam zurückgeschickt. Der Erhalt des Fragebogens stellte den Hinweis zur Aufnahme in die Vergleichsgruppe dar. Personen der Kontrolleinrichtung, von denen kein erster Fragebogen eingereicht wurde, wurden nicht in die Vergleichsgruppe aufgenommen.

#### ***Zweiter Messzeitpunkt***

Die Zwischenmessungen zum zweiten Messzeitpunkt (t2) fanden ein halbes Jahr nach Projektbeginn bzw. bei der Vergleichsgruppe ein halbes Jahr nach der ersten Erhebung statt. Auch hier wurde bei der Interventionsgruppe die Datenerhebung anhand eines Fragebogens (FB-t2-TN) und eines Interviews (Int-t2) durchgeführt, bei der Vergleichsgruppe nur anhand eines Fragebogens (FB-t2-VG). Die Ausgabe der Fragebögen wurde bei beiden Gruppen über den Postweg mit den im ersten Fragebogen erhobenen Adressdaten durchgeführt. Für die Interventionsgruppe konnte zusätzlich der Weg über die Projektdurchführenden gewählt werden. Die t2 Interviews wurden nach Möglichkeit telefonisch durchgeführt. Die Vereinbarung und Durchführung der Interviewtermine gestaltete sich wie zum Zeitpunkt t1. Für die Telefoninterviews wurde ein LRX-35 Telephone handset record coupler verwendet, mit dem das Aufnahmegerät Digital Voice Recorder (Olympus DM-450) zwischen Hörer und Telefon geschaltet werden konnte, sodass die Aufnahmequalität erhöht war. Auch beim Telefoninterview wurde eine stichwortartige Dokumentation auf einem Protokollbogen durchgeführt. Anschließend wurden sie sinngemäß transkribiert. Die Telefoninterviews der Teilnehmer dauerten zwischen 20 und 30 Minuten.

#### ***Dritter Messzeitpunkt***

Die Abschlusserhebung (t3) fand ein Jahr nach dem individuellen Projektbeginn statt (wurde die Teilnahme nicht verlängert entsprach dies dem Ende der Projektteilnahme) bzw. bei der Vergleichsgruppe ein Jahr nach der ersten Fragebogenerhebung. Wieder erhielten die Interventionsgruppenteilnehmer einen Fragebogen (FB-t3-TN) und es wurde ein Interview (Int-t3) durchgeführt. Die Vergleichsgruppenteilnehmer erhielten einen Fragebogen (FB-t3-VG). Die Umsetzung der Datenerhebung (Fragebögen und Interviews) gestaltete sich wie zum Erhebungszeitpunkt t2.

### *Zusätzliche Datenerhebung*

Neben den direkt bei den Teilnehmern erhobenen Daten wurden weitere Datenquellen verwendet. Die fortlaufend im Rahmen des Modellprojekts standardmäßig durchgeführten Dokumentationen des Verlaufs (VD), der Leistungen (LD) sowie der Ergebnisse von Kontrollen (KON) dienten als Informationsquellen. Jeweils nach Beendigung der Teilnahme am Modellprojekt BISS sollten Abschlussberichte (BISS-AB) vom Interventionsteam verfasst werden, welche zusätzlich in die Evaluationsstudie mit einfließen sollten. Diese waren zum Ende der Studie für die Auswertung jedoch nur bei den Personen verfügbar, die während des Evaluationszeitraums die Teilnahme am Modellprojekt, ggf. auch frühzeitig, beendeten.

### *Erinnerungsverfahren*

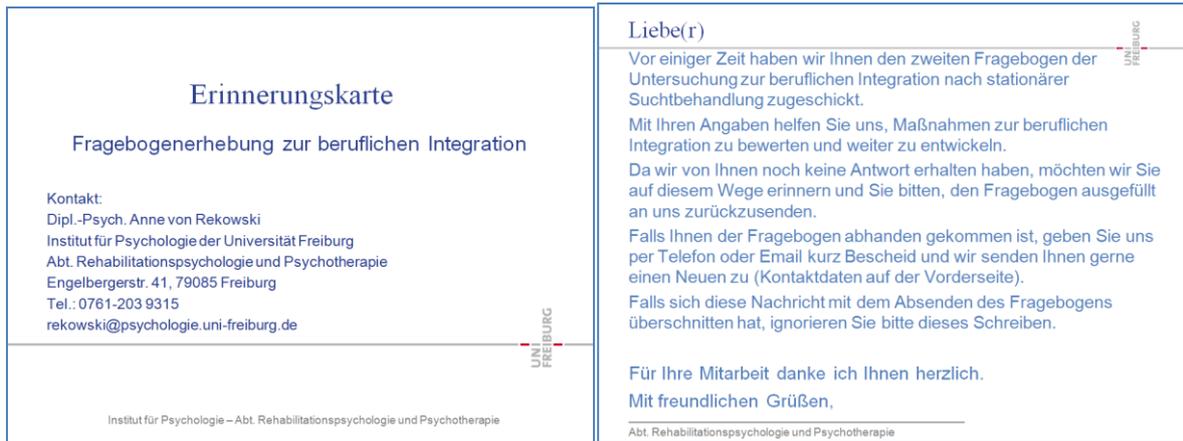
Aufgrund der, insbesondere bei dem Klientel der Suchtmittelabhängigen, zu erwartenden geringen Rücklaufquote, wurde für die Fragebogenerhebung ein Erinnerungsverfahren, angelehnt an die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie (2001), entwickelt (Abbildung 3-7). Dieses Erinnerungsverfahren wurde zu den Erhebungszeitpunkten t2 und t3 durchgeführt. Der Erhebungszeitpunkt t1 war davon ausgeschlossen, da zu diesem Zeitpunkt keine Kontaktinformationen vorhanden waren. Nicht-Beantworter der Vergleichsgruppe zu t1 konnten somit nicht in die Studie aufgenommen werden. Zusätzlich zum Erinnerungsverfahren wurde bei der Interventionsgruppe immer auch der Kontaktkanal über das Modellprojekt genutzt (auch zu t1), oder es wurde im Rahmen der Interviewdurchführung an die Fragebögen erinnert. Die Anzahl der Kontaktversuche zur Vereinbarung der Interviewtermine war unbegrenzt und sie erstreckten sich über bis zu drei Monate nach dem eigentlich anvisierten Erhebungszeitpunkt. Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden erst dann als Drop-out gewertet, wenn sie frühzeitig aus dem Modellprojekt ausstiegen und aus diesem Grund nicht mehr an den Erhebungen teilnahmen. Waren sie weiterhin im Modellprojekt, beantworteten jedoch nicht den Fragebogen, wurde auf andere Datenquellen (Interview, Verlaufsdokumentation) zurückgegriffen.

Kam ein Fragebogen aufgrund eines unbekannt verzogenen Teilnehmers zurück, wurde telefonisch (mindestens drei Anrufe zu verschiedenen Tageszeiten), per Mail und durch den Kontakt mit der ehemaligen Rehabilitationseinrichtung die neue Adresse recherchiert. Bei erfolgreicher Adressermittlung wurde der Fragebogen erneut zugesandt. Konnte der Teilnehmer telefonisch erreicht werden, wurden bereits am Telefon einige Fragen zu wichtigen Zielvariablen (Rückfälligkeit, berufliche Situation, Unterstützungsangebote) anhand eines Kurzinterviews (KIT) erhoben. War die Adressermittlung bei Vergleichsgruppenteilnehmern nicht erfolgreich, wurden keine weiteren Erhebungsversuche unternommen.

War zwei Wochen nach Versenden des Fragebogens noch kein Rücklauf zu verzeichnen, wurde dem Teilnehmer eine Erinnerungskarte (Abbildung 3-6) zugeschickt (Erinnerungsschritt 1: Schriftliche Erinnerung).

## Evaluationsdesign und Methoden

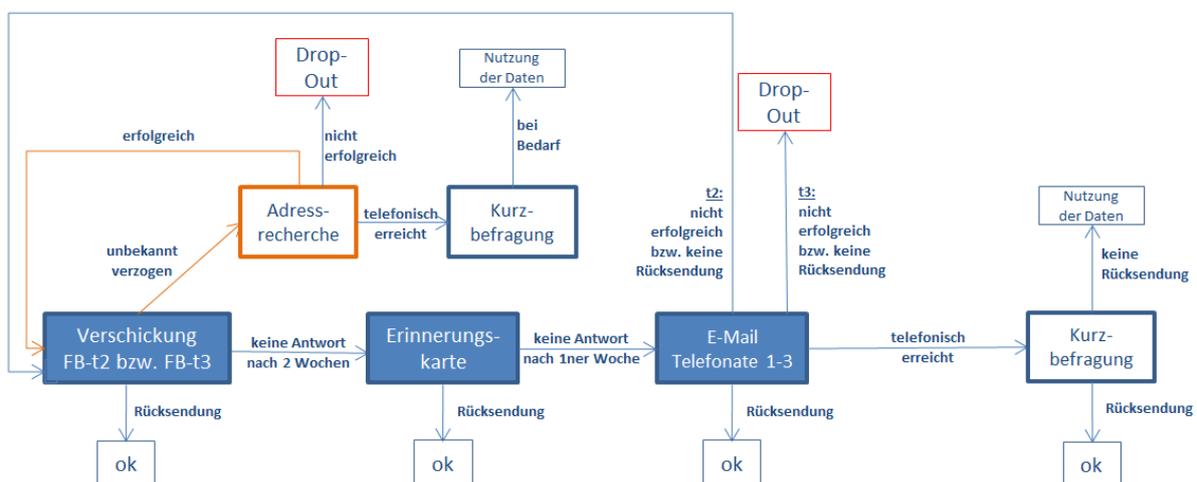
### 3.7 - Umsetzung der Datenerhebung



**Abbildung 3-6:** Erinnerungskarte für die Fragebogenerhebung

Der zweite Erinnerungsschritt folgte nach einer weiteren Woche ohne Rücklauf und beinhaltete eine telefonische Erinnerung und die Kontaktaufnahme per E-Mail. Der telefonische Kontaktversuch wurde zu drei verschiedenen Zeitpunkten zu unterschiedlichen Tageszeiten unternommen. Gelingt der Kontaktversuch per Telefon, wurden neben der Erinnerung an das Ausfüllen des Fragebogens bereits am Telefon einige Fragen zu wichtigen Zielvariablen (Rückfälligkeit, berufliche Situation, Unterstützungsangebote) anhand eines Kurzinterviews (KIT) erhoben. Erfolgte weiterhin kein Rücklauf des Fragebogens, wurden die telefonisch erhobenen Daten für die Auswertungen verwendet.

Konnten die Teilnehmer weder telefonisch noch per E-Mail erreicht werden bzw. war keine gültige Telefonnummer oder E-Mailadresse vorhanden, wurde ein neuer Erhebungsversuch zum Zeitpunkt t3 unternommen. Trat der beschriebene Fall zu t3 ein, wurden die Teilnehmer der Vergleichsgruppe als Drop-out gewertet, bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe wurden wie oben beschrieben weitere Kontaktversuche über das Interventionsteam unternommen.



**Abbildung 3-7:** Ablauf des Erinnerungsverfahrens im Rahmen der Fragebogenerhebungen

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.7 - Umsetzung der Datenerhebung**

***Einverständniserklärungen***

Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhielten zusätzlich zum Fragebogen ein Informationsblatt sowie ein Formular zur Einverständniserklärung, welches zusammen mit dem Fragebogen an das Evaluationsteam zurückgeschickt wurde.

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten ebenso ein Informationsblatt zeitgleich zum ersten Fragebogen, die Einverständniserklärung unterzeichneten die Teilnehmer in Kombination mit der Unterzeichnung des Integrationsvertrages. Diese Kombination des Integrationsvertrages mit der Einverständniserklärung wurde auf Wunsch des Interventionsteams so gestaltet, um den Aufwand möglichst gering zu halten. Die Teilnehmer wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Evaluationsstudie unabhängig von der Teilnahme am Modellprojekt informiert. Der Absatz der Einverständniserklärung zur Evaluationsstudie konnte auf Wunsch aus dem Vertrag gestrichen werden.

## 3.8 Auswertungsmethoden

### 3.8.1 Quantitative Datenauswertung

Die Dateneingabe, Datenberechnung und Erstellung von Grafiken erfolgte mit der Statistiksoftware PASW Statistics 20 (SPSS) und mit Microsoft Office Excel 2007. Die Grafiken und Tabellen wurden mit dem Programm PowerPoint überarbeitet.

Es wurden deskriptive Analysen, Mittelwertvergleiche und Vergleiche von Häufigkeitsunterschieden durchgeführt.

Die für die quantitative Auswertung verwendeten Datensätze stammten aus den in der Studie verwendeten Fragebögen, den Fragen der Teilnehmerinterviews mit standardisiertem Format, aus der Leistungsdokumentation, der Dokumentation der Kontrollergebnisse und aus Angaben in der Verlaufsdocumentation. Aus dem Manual entnommene Informationen wurden für deskriptive Vergleiche und die Betrachtung der direkten Kosten verwendet.

Die deskriptiven Analysen bezogen sich beispielsweise auf die Darstellung der Interventions- und Vergleichsgruppenmerkmale für die Stichprobenbeschreibung, auf die Vergleichbarkeitsanalyse und die Bedarfsbestimmung, auf die Umsetzung des Projekts (z. B. Häufigkeit und Dauer der Maßnahme, Zugang zur Maßnahme), auf die Bewertung des Projekts und die Teilnahmemotivation, auf die Darstellung individueller Effekte (z. B. Kontrollergebnisse, Rückfälligkeiten, Vermittlung in Arbeit) und auf die entstandenen direkten Kosten. Hierfür verwendete Maße waren das arithmetische Mittel und die Standardabweichungen, Häufigkeitsverteilungen und die Streubreite der Verteilung.

Im Gruppenvergleich sollte betrachtet werden, ob die Teilnehmer der BISS-Gruppe andere Werte auf den Zielvariablen zeigen, um so Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Maßnahme ziehen zu können. Zwischen der Interventionsgruppe und der Vergleichsgruppe (Faktor BISS vs. kein-BISS) wurden als abhängige Variablen beispielsweise die Berufstätigkeit, der Konsum, die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, das psychische Befinden etc. betrachtet.

Bei der Betrachtung von Mittelwertsunterschieden wird aufgrund der schiefen Merkmalsverteilung neben dem jeweiligen Mittelwert auch der Median berichtet und zur Signifikanzprüfung der U-Test nach Mann und Whitney verwendet, ebenso wie für Variablen auf Ordinalskalenniveau (Bühl, 2012). Bei kleinen Stichproben ( $n_1$  oder  $n_2 < 20$ ) wird die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) berichtet. Zudem wurde das Effektmaß Cohens  $d$  (gepoolte Streuung) bzw. die biseriale Rangkorrelation berechnet (Bortz & Schuster, 2010; Du Prel, Hommel, Röhrig & Blettner, 2009; Faller, 2004; Leonhart, 2004a).

Der Chi-Quadrat Test nach Pearson wurde zur Erfassung von Häufigkeitsunterschieden verwendet (asymptotische Signifikanz 2-seitig). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner als fünf bei über 20 % der Zellen wurde die exakte Signifikanz (2-seitig) des exakten Tests nach Fisher

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.8 - Auswertungsmethoden

betrachtet. Als Effektmaß wurden die Zusammenhangsmaße Yules  $Y$  (2x2 Zellen) bzw. Cramérs  $V$  verwendet (Bortz & Schuster, 2010; Leonhart, 2004b; Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2010; Wirtz & Ulrich, 2010).

Als Richtlinien für die Bewertung der Effektgrößen wurden die Empfehlungen von Cohen zugrunde gelegt, der eine Einteilung in kleine, mittlere und große Effekte vorschlägt ( $d=0,2$ ;  $d=0,5$  und  $d=0,8$  bzw. für Korrelationen  $r=0,1$ ;  $r=0,3$ ;  $r=0,5$ ) (Bortz & Schuster, 2010; Cohen, 1988; Wirtz & Ulrich, 2010). Jedoch „muss ein gefundener Effekt immer an vergleichbaren Untersuchungsergebnissen relativiert werden“ (Leonhart, 2004a, S. 245), was aber aufgrund der noch geringen Datenlage in der deutschen berufsbezogenen Suchtnachsorge nur eingeschränkt möglich ist. Ein Vergleich zu Effekten der medizinischen Suchtrehabilitation ist aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage der Rehabilitanden nicht möglich. Zudem herrschen dort deskriptive Erfolgsbeschreibungen vor, Angaben von Effektstärken sind selten (vgl. Missel(2007) und Missel et al.(2013)). Wie zuvor aufgeführt, könnten Effektgrößen limitiert sein, da es sich um eine Maßnahme zusätzlich zum Standardangebot der Suchtnachsorge handelt (Staines et al., 2005). Hinzu kommt die eher kleine Stichprobengröße im Gruppenvergleich weshalb der Schwerpunkt auf der deskriptiven Beschreibung von Unterschieden liegt. Detaillierte Angaben der statistischen Werte werden im Anhang in Tabellenform aufgeführt.

#### 3.8.2 Qualitative Datenauswertung

Die Vorgehensweise zur Auswertung der qualitativen Daten aus den Interviews lehnt sich an die von Mayring (2010) vorgeschlagene Technik der „Zusammenfassung“ und der induktiven Kategorienbildung an. Ähnliche Vorgehensweisen der Inhaltsanalyse werden auch von Früh (2011) unter dem Stichwort der empiriegeleiteten Kategorienbildung und von Meuser & Nagel (2001) im Rahmen der Analyse von Experteninterviews beschrieben, die in das hier angewendete Vorgehen mit eingeflossen sind.

#### *Transkription und Auswertungsprogramm*

Die Interviewtranskription erfolgte nach folgender Vorgehensweise:

- grundsätzlich vollständige und textnahe Transkription in Word oder Excel,
- der Text kann in paraphrasierter Form dargestellt werden,
- der Inhalt steht im Vordergrund, Laute („äh“), unbedeutende Äußerungen („das ist eine gute Frage“), Dialektfärbungen, Störungen und Abschweifungen, die eindeutig als für die Fragestellung unbedeutend eingeschätzt werden, können weggelassen werden,
- bei Unklarheiten Textstelle markieren,
- Pausen, Stockungen, Lachen, nonverbale Äußerungen oder Ähnliches müssen nicht dokumentiert werden,

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.8 - Auswertungsmethoden

- Nachfragen dokumentieren, wenn diese in den Leitfäden nicht vorhanden sind und zum Verständnis benötigt werden,
- für die Transkription können die Dokumentationen aus den Interviews unterstützend verwendet werden.
- Besonderheiten bei den Teilnehmerinterviews:
  - die Informationen werden direkt den gestellten Fragen zugeordnet und unter diesen dokumentiert,
  - bei Fragen, die einer spezifischen Fragestellung entsprechen oder bei denen eine quantitative Analyse das Ziel der Auswertung ist, kann bereits während der Transkription der Analyseschritt *Kat – Schritt 3* durchgeführt oder als Alternative die Dokumentationen aus den Interviews verwendet werden.

Als Transkriptionshilfe wurde die Transkriptionssoftware f4 verwendet.

Die Transkripte wurden in das Programm ATLAS.ti (*Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache – Textinterpretation* (Muhr, 1997)) eingelesen und mithilfe dieses Programms ausgewertet. Das Programm eignet sich für die Auswertung anhand der im Anschluss beschriebenen Methodik, da es Möglichkeiten zur Kategorienbildung und Verknüpfung zu den jeweiligen Textstellen bietet. So war zu jeder Zeit die Revision der Kategorien am Ausgangsmaterial möglich und auch die Explikation einzelner Kategorien durch Beispiele aus den Textpassagen war ohne großen Aufwand durchführbar.

Für die Bearbeitung jeder Fragestellung wurden die benötigten Textstellen aus den verschiedenen Interviews als separates Dokument eingefügt, jedoch als ein gemeinsames Projekt ausgewertet.

Alle weiteren qualitativen Datenmaterialien (Verlaufsdokumentationen und Abschlussberichten, Antworten aus offenen Fragebogenfragen) konnten als separate Datenquelle in die vorhandenen Projekte mit einbezogen werden und anhand desselben Kategoriensystems kodiert werden.

#### ***Vorgehensweise bei der Auswertung***

Das Vorgehen wurde in mehreren Schritten vollzogen und glich sich bei allen vorhandenen qualitativen Datenquellen. Lediglich der Zielzustand der Auswertungen unterschied sich in Abhängigkeit von der Fragestellung, was zur Unterscheidung der Vorgehensweisen der „Zusammenfassung“ oder der „induktiven Kategorienbildung“ führte (Abbildung 3-8).

*Schritt 1 (Transkription):* Bei der Transkription der Interviews erfolgte bereits der erste Analyseschritt. Die Interviews wurden nach den oben aufgeführten Richtlinien textnah paraphrasiert. Inhalte, die nicht zur Beantwortung der Fragestellungen dienten, wurden aussortiert, z. B. detaillierte Beispiele aus der eigenen Arbeitspraxis, die geäußert wurden um „et-

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.8 - Auswertungsmethoden

was mitzuteilen, was ihm [...] am Herzen liegt, was aber nichts mit dem Forschungsinteresse zu tun hat“ (Meuser & Nagel, 2001, S. 82).

*Schritt 2 (Auswahl der Analyseeinheiten):* Anschließend wurden Analyseeinheiten für die Auswertung der jeweiligen Fragestellungen ausgewählt und getrennt für jeden Interviewten in das Programm ATLAS.ti (*Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache – Textinterpretation* (Muhr, 1997) eingespielt. Hierzu gehörte die Bestimmung der Auswertungseinheit, nämlich der Textteile, die im Rahmen einer Analyse betrachtet wurden und der Kodiereinheit, also dem kleinsten Materialbestandteil, der bewertet werden darf. Die minimale Kodiereinheit stellte bei beiden Interviewformen jede Aussage, die einer interessierenden Kategorie zuzuordnen war dar. Hierbei konnte es sich, insbesondere bei den Teilnehmerinterviews, unter Umständen um ein einziges Wort handeln.

Die Analyseeinheiten der Teilnehmerinterviews und der Stakeholderinterviews unterschied sich aufgrund der unterschiedlich starken Strukturierung der Interviews. In den Teilnehmerinterviews wurden als Auswertungseinheit für einzelne Fragestellungen lediglich die Textteile genutzt, in denen Antworten oder Kommentare zu den interessierenden Fragestellungen zu erwarten waren. Die Reduktion auf bestimmte Textstellen bei den Teilnehmerinterviews war möglich, da diese im Aufbau stark strukturiert waren. Wurden in anderen Zusammenhängen Äußerungen gemacht, die anderen Fragestellungen zuzuordnen waren, wurden diese bereits während des Interviews und während der Transkription durch eine Kennzeichnung mit der entsprechenden Stelle verknüpft, um diese in der Auswertung entsprechend berücksichtigen zu können.

Die Analyseeinheiten der Stakeholderinterviews entsprachen den Hauptthemen der Interviews. Da diese Interviews offener gestaltet waren, mussten jeweils die gesamten Textpassagen in die Auswertung mit einbezogen werden, um die interessierenden Textstellen identifizieren zu können.

In Abhängigkeit vom Datenmaterial und dem Ziel der Fragestellung wurde dann der Weg der Zusammenfassung (*Zsf*) oder der induktiven Kategorienbildung (*Kat*) gewählt.

*Zusammenfassung (Zsf) – Schritt 3:*

Diese Vorgehensweise wurde dann verwendet, wenn das Datenmaterial komplex war und verschiedene Inhalte zusammengefasst werden sollten, um ein Bild der Gesamtheit der Äußerungen zu der Fragestellung zu erhalten. Dies betraf zumeist die Aussagen in den Stakeholderinterviews oder bestimmte Bereiche der Teilnehmerinterviews, bei denen es eher um die Darstellung der subjektiven Erlebnisse, denn um kategoriale Darstellungen von Äußerungen ging.

Aussagen bzw. Paraphrasen aus den ausgewählten Textpassagen wurden anhand der Funktion der „Codes“ weiter reduziert, indem das inhaltliche Thema der Aussage benannt wurde. Die Beschreibung war weiterhin eng angelehnt an den Text, jedoch wurden wo immer möglich gleiche Themenbezeichnungen gewählt, um die Aussagen einander zuzuordnen. Die ver-

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.8 - Auswertungsmethoden

schiedenen Paraphrasen aus den Transkripten wurden also generalisiert und auf ein gewünschtes Abstraktionsniveau gebracht. Bedeutungsgleiche Paraphrasen einer Person konnten aussortiert werden, indem sie gemeinsam unter einen „Code“ gefasst wurden. Die generalisierten Paraphrasen konnten auch aus den verschiedenen Transkripten zusammengefasst werden, also die selben „Codes“ verwendet werden, um bereits eine erste Strukturierung der Textstellen zu ermöglichen. Das Abstraktionsniveau dieser „Codes“ konnte je nach Fragestellung sehr unterschiedlich ausfallen. Inhalte konnten bei Bedarf also auf einem beliebig hohen Abstraktionsniveau zusammengefasst werden.

#### *Zusammenfassung (Zsf) – Schritt 4:*

Diese Codes wurden dann anhand der Funktion der „Codefamilien“ in eine Gesamtstruktur gebracht. So konnten ähnliche Codes einer Codefamilie untergeordnet werden, verwandte Themen also als „Familie“ markiert werden.

Die Familien wurden dann mit ihren dazugehörigen Codes und den entsprechenden Textstellen getrennt betrachtet. Jeweils eine Familie war somit in Form von Paraphrasen auf „ein Blatt“ zusammengetragen, wie dies in der OSOP-Methode (One-Single-Sheet of Paper) beschrieben wurde (Ziebland & McPherson, 2006). Durch die Codes waren die Aussagen innerhalb dieser Familien bereits thematisch sortiert. Die Darstellung ermöglichte auch die Revision der Zusammengehörigkeit der primären Textstellen und notwendige Veränderungen der Struktur konnten noch vorgenommen werden.

#### *Zusammenfassung (Zsf) – Schritt 5:*

Im letzten Schritt war das angestrebte Abstraktionsniveau die „theoretische Generalisierung“ des Expertenwissens bzw. der Erfahrungen (Meuser & Nagel, 2001). Anhand der über die Familien sortierten Themen wurde aus einer erweiterten Perspektive versucht „eine Interpretation der empirisch generalisierten ‚Tatbestände‘ [zu] formulieren“ (Meuser & Nagel, 2001, S. 89) und somit das überindividuell gemeinsame darzustellen, aber auch Unterschiede und Widersprüche herauszuarbeiten.

Die sich ebenfalls an Schritt 2 anschließende Vorgehensweise der induktiven Kategorienbildung (*Kat*) wurde dann verwendet, wenn bereits durch die Fragestellung inhaltlich eng umgrenzte Äußerungen hervorgerufen wurden und diese kategorial dargestellt und möglicherweise quantitative Analysen angeschlossen werden sollten.

#### *Induktive Kategorienbildung (Kat) – Schritt 3:*

Die Aussagen aus den für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählten Textpassagen wurden anhand der Funktion der „Codes“ kategorisiert, wobei wann immer möglich gleiche Codes verwendet wurden.

**Evaluationsdesign und Methoden**  
**3.8 - Auswertungsmethoden**

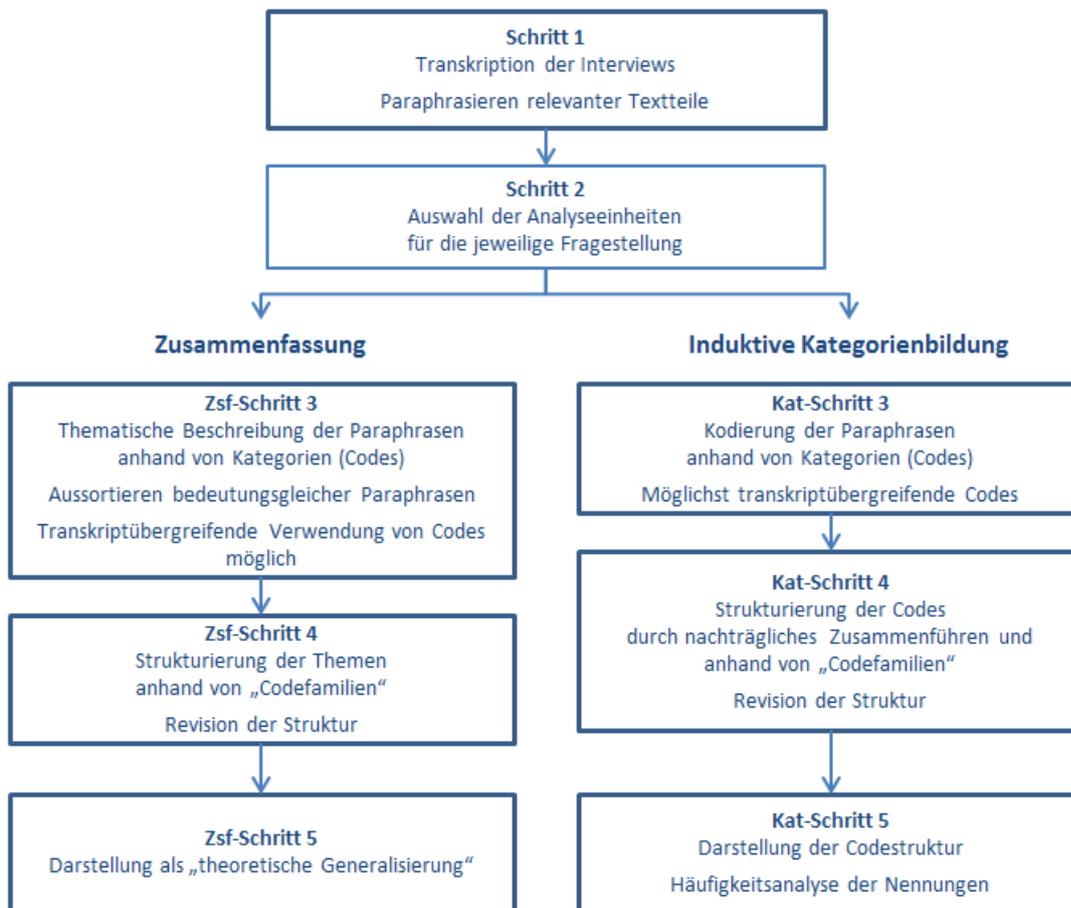
*Induktive Kategorienbildung (Kat) – Schritt 4:*

Diese Codes wurden dann erneut gesichtet und möglichst weiter zusammengefasst (Funktion im Atlas: Zusammenführen von Codes). Codes, die zwar ähnlich waren, eine gemeinsame Bezeichnung jedoch zu viel Informationsverlust bedeutet hätte, wurden als „Codefamilie“ zusammengefasst. Auch hier war das Ergebnis eine Liste der jeweiligen Familie mit den dazugehörigen Codes und Paraphrasen.

Die Codes bzw. die Familien mit ihren untergeordneten Codes bildeten dann die in den Ergebnissen darzustellende Antwortstruktur.

*Induktive Kategorienbildung (Kat) – Schritt 5:*

Den qualitativen Analysen konnte dann bei Bedarf eine quantitative Analyse angeschlossen werden. Diese wurde in Form von Häufigkeitsanalysen durchgeführt, die darstellen, von welchem prozentualen Anteil der Personen Aussagen zu bestimmten Kategorien getroffen wurden.



**Abbildung 3-8:** Alternative Vorgehensweisen bei der Auswertung qualitativer Daten

### 3.9 Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse

Die interne Validität von Forschungsansätzen mit quasi-experimentellem Design ist niedriger als in experimentellen Designs. Teilnehmer können zumeist nicht randomisiert werden, Störeinflüsse können nicht kontrolliert und die Umsetzung der Maßnahme nicht immer planmäßig durchgeführt werden. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden. Die folgenden Hinweise sollen deshalb bei der Ergebnisbetrachtung herangezogen werden. Vorteil quasi-experimenteller Designs ist hingegen die hohe externe Validität durch praxisnahe Untersuchungsbedingungen, sodass der Anwender Erkenntnisse direkt übertragen kann.

- 1. Quasi-experimentelles Design:** Da es sich bei der Evaluationsstudie um ein quasi-experimentelles Design handelt, müssen die dafür typischen Probleme beachtet werden und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden (z. B. Kontrollprobleme, Randomisierungsprobleme, Selektionsprozesse, Störvariablen) (Bortz & Döring, 2009).
- 2. Stichprobengröße und systematischer Drop-out:** Missings wurden wenn möglich und zulässig aus anderen Datenquellen ergänzt (Interview, Verlaufsdocumentation, KIT). Dies war nicht bei jeder Fragestellung möglich. Hierdurch kann die Stichprobengröße einzelner Analysen, neben Verzerrungen durch fehlende Angaben, auch innerhalb einer Datenquelle, variieren. Aus diesem Grund wurde für jeden Auswertungsabschnitt die jeweils berücksichtigte Stichprobengröße angegeben. Bei der Interpretation aller Ergebnisse muss der zu vermutende systematische Drop-out berücksichtigt werden (z. B. weniger Rücklauf bei Rückfälligen).
- 3. Messinstrumente:** Da eigene Messinstrumente entwickelt werden mussten und validierte Instrumente teilweise für die eigene Nutzung angepasst wurden, können die Ergebnisse nicht für den Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung (Normwerte) genutzt werden. Die erfassten Daten dienen lediglich dem Vergleich innerhalb oder zwischen den Gruppen der vorliegenden Untersuchung.
- 4. Analyse der Projektdokumentationen:** Die im Projekt aufgezeichneten Informationen werden als Datengrundlage zur Beantwortung der Fragestellungen genutzt. Bei der Interpretation der Erkenntnisse muss berücksichtigt werden, dass Informationen nicht standardisiert dokumentiert wurden und durch Selektivität und Subjektivität der Aufzeichnenden beeinflusst sein können. Der Einbezug dieser Daten ist wichtig, da diese den Einblick in Abläufe und Prozesse ermöglichen, die ansonsten nicht erfasst werden könnten.
- 5. Quantitative Datenauswertung:** Bei der quantitativen Datenauswertung werden Mittelwertunterschiede und Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung betrachtet. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ist die Aussagekraft der statistischen Be-

## Evaluationsdesign und Methoden

### 3.9 - Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse

rechnungen eingeschränkt. Die statistischen Angaben finden sich in den Tabellen im Anhang, die Interpretation sollte unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen erfolgen.

- 6. Qualitative Datenauswertung:** Die qualitative Datenauswertung stützt sich auf teilstrukturierte Interviews und Projektdokumentationen. Die Darstellungen und Zusammenfassungen repräsentieren subjektive Sichtweisen und sollen deren Vielfalt abbilden und nicht zur Verallgemeinerung herangezogen werden. Einzelne zitierte Aussagen sind beispielhaft gewählt und dienen der Veranschaulichung. Inhalte können unabhängig von der Nennungshäufigkeit gleichwertig dargestellt werden. Durch die halboffene Interviewstruktur können in den Interviewdaten Angaben einzelner Personen fehlen. Nur bei dazugehörigen quantitativen Analysen wird die korrigierte Stichprobengröße angegeben.

## 4 Ergebnisse

Die Struktur des Ergebnisteils richtet sich nach den in Kapitel 3.3 aufgeführten Fragestellungen. Zu Beginn eines Abschnitts werden in den grauen Kästen jeweils die für die darauf folgenden Darstellungen verwendeten Datenquellen und die Stichprobe genannt. Zudem werden bei Bedarf zusätzliche Informationen gegeben, die für das Verständnis und die Einordnung der Ergebnisse wichtig sein können.

### 4.1 Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

#### 4.1.1 Bedarf für eine berufliche Maßnahme im Anschluss an die Suchtbehandlung

Der Bedarf der evaluierten Maßnahme wird aus der Beurteilung der Stakeholdergruppe der Suchtexperten, aus der Analyse der besonderen beruflichen Problemlagen der Stichprobe, aus den Teilnahmegründen der Klienten und der Arbeitnehmer und aus den erwarteten Schwierigkeiten der Klienten für das Jahr nach der Rehabilitation hergeleitet.

##### 4.1.1.1 Bedarf aus Expertensicht

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Teilabschnitt: „Beurteilungen des Themas: berufliche Integration von Suchtrehabilitanden“), eine schriftliche Stellungnahme (Kostenträger)

**Stichprobe:** Stakeholder: n=13 (Initiatoren und Durchführende des Modellprojekts, Kooperationspartner, Experten, Kostenträger)

**Weitere Informationen:** Zu beachten ist, dass je nach Interviewpartner andere Schwerpunktsetzungen in der Auswahl der Fragen getroffen wurden und die gestellten Fragen auch aufgrund der offenen Interviewstruktur variieren.

#### ***Beurteilung der Situation der beruflichen Integration nach abgeschlossener Suchtrehabilitation***

Der Kostenaufwand einer Rehabilitationsbehandlung rechtfertigt sich aus Sicht der Vertreter der DRV Baden-Württemberg insbesondere dann, wenn jüngere Klienten langfristig wieder eingegliedert werden können. Es geht *„zunehmend darum, niedrighschwellig erwerbsbezogene Problemlagen zu erkennen, sie zu beschreiben und passgenaue Unterstützungsangebote anbieten zu können“*.

Der hohe Stellenwert der medizinisch-beruflichen Rehabilitation im Suchtbereich zeigt sich nach Aussagen eines Stakeholders in der gut ausgebauten Struktur und dem Angebot im Rahmen der Suchtrehabilitation. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden laut

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

der Befragten viele Ressourcen für die Arbeitstherapie verwendet. In der Adaptionsbehandlung solle der erste Schritt ins Berufsleben durch Praktika auf dem ersten Arbeitsmarkt vollzogen werden. Dadurch solle der Rehabilitand außerhalb der medizinischen Rehabilitation unter realistischen Bedingungen seine Erfahrungen sammeln und Anschluss finden. Jedoch bleibe die Leistungsrealität häufig noch hinter dem eigentlichen Leistungsanspruch zurück, was mit unklaren oder fehlenden Zuständigkeiten oder auch geringen zeitlichen Ressourcen begründet wird. Dies wird insbesondere auf die Zeit nach der Rehabilitationsbehandlung bezogen, in denen zwar die Nachsorge durch Betreutes Wohnen oder ambulante Beratungsstellen gewährleistet sei, die Ressourcen jedoch nicht für eine intensive berufsbezogene Betreuung bemessen seien. Die Arbeitsagenturen (bzw. Kommunale Arbeitsförderung) hingegen hätten kaum fachliche und zeitliche Ressourcen für das besondere Klientel der Suchtkranken. Zudem endet die Betreuung bei Arbeitsbeginn, wodurch die Klienten in ihren ersten Arbeitserfahrungen auf sich allein gestellt seien. Vielfältige allgemeine (suchtunabhängige) Angebote zur beruflichen Integration richteten sich speziell an Personen unter 25 Jahren oder an Personen über 50 Jahren. Diese könnten zwar auch von Suchtrehabilitanden genutzt werden, allerdings entsprechen die Angebote laut den Erfahrungen eines Befragten nicht immer dem spezifischen Bedarf und den Besonderheiten des Suchtklientels und sind durch Teilnahmeeinschränkungen teilweise für dieses nicht zugänglich.

Eine gut gelungene berufliche Integration wirkt sich nach Ansicht der Experten positiv auf die Abstinenz nach einer Rehabilitation aus. Aus einer internen Katamneseerhebung wird berichtet, dass cleane Patienten zu einem deutlich höheren Anteil eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle hätten. Die Priorität von Abstinenz bzw. beruflicher Integration könne nicht eindeutig beantwortet werden und sei abhängig vom Arbeitsauftrag.

Nach einer Rehabilitationsbehandlung wird von den Befragten eine hohe Motivation zur beruflichen Orientierung beobachtet. Habe lediglich ein Entzug stattgefunden oder folge eine längere Arbeitslosigkeit, „*ist diese schnell wieder vorbei.*“

Die Interviewten teilen die Meinung, dass ein (vorerst oft verdeckter) Rückfall in fast allen Fällen zu einem Arbeitsplatzverlust durch häufige Verspätungen, Fehltage und Leistungseinbußen führt und eine der Hauptursachen für eine gescheiterte berufliche Integration darstellt. Arbeitgeber würden auffällige Verhaltensweisen rückfälliger Mitarbeiter oftmals lange Zeit mittragen, ohne diese direkt anzusprechen. Die Rückfallgefahr ist den Aussagen zufolge bis zu einem Jahr nach Ende einer Entwöhnungsbehandlung erhöht. Der Arbeitsplatz wiederum stelle durch die Aufrechterhaltung der Tagesstruktur, durch Sinngebung und Beschäftigung einen die Abstinenz stützenden Faktor dar. Jedoch könne er auch zur Destabilisierung der Rehabilitanden beitragen, wenn die Arbeit als stressig, monoton oder unbefriedigend erlebt werde oder soziale Konflikte am Arbeitsplatz aufträten. Zudem spiele auch der Umgang mit Alkohol und Drogen am Arbeitsplatz eine Rolle. „*Trink doch mit, stell dich nicht so an!*“ Auch bei persönlichen Krisen (z. B. Trennungen, Umzug in eine eigene Wohnung) be-

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

stehe eine erhöhte Gefahr, den Halt zu verlieren und rückfällig zu werden, auch wenn ein stabiler Arbeitsplatz vorhanden ist.

Es werden von den Befragten Hemmnisse beschrieben, die die berufliche Integration erschweren können. Hierzu gehören Faktoren der Arbeitsgeschichte, personeninterne Faktoren, gesundheitliche Faktoren sowie besondere psychosoziale Umstände (Tabelle 4-1).

**Tabelle 4-1:** Hemmnisse für die berufliche Integration aus Sicht der Stakeholder

<b>Faktoren der Arbeitsgeschichte</b>	<b>Personeninterne Faktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• fehlende Arbeitssozialisation</li><li>• brüchige Schul- und Erwerbssituation</li><li>• fehlende Schul- und Berufsabschlüsse</li><li>• fehlende berufliche Orientierung („Was will ich überhaupt?“)</li><li>• Langzeitarbeitslosigkeit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehleinschätzungen der eigenen Leistungsfähigkeit</li><li>• geringe Integrationsfähigkeit oder -motivation</li><li>• geringes Durchhaltevermögen</li><li>• geringe Krankheitseinsicht</li><li>• schneller Motivationsverlust bei Misserfolgen</li><li>• hohe Beanspruchung bei psychosozialen Problemstellungen</li><li>• Vernachlässigung bzw. Zurückstellung beruflicher Thematiken und Prioritäten</li><li>• fehlende adäquate Lösungsmuster und Ressourcen (Lösungsmuster Drogen ist präsent)</li></ul>
<b>Gesundheitliche Faktoren</b>	<b>Psychosoziale Faktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Doppeldiagnosen</li><li>• Minderbegabung</li></ul> <p><i>bei Alkoholabhängigen oft auch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• höheres Alter</li><li>• körperliche Einschränkungen</li><li>• Folgeschäden der Suchterkrankung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• fehlender Freizeitausgleich</li><li>• verringerte soziale Kontakte (bzw. vermehrt mediale Kommunikation, z. B. über Facebook)</li><li>• Ängstlichkeit oder zu hohe Bequemlichkeit, in Kontakt zu treten</li><li>• Einsamkeit (Wegfall des Suchtumfeldes, Rückzug durch Konsum, fehlende Einbindung)</li><li>• Migrationshintergrund</li><li>• Sprachschwierigkeiten</li><li>• nachlässige Körperpflege, Verwahrlosung</li><li>• Substitution</li><li>• Einträge im Führungszeugnis (relevant bei manchen Ausbildungen)</li><li>• Geheimhaltung von erneutem Konsum</li></ul>

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Trotz all der genannten möglichen Besonderheiten berichten die befragten Experten von einer hohen Integrationsrate nach abgeschlossener Rehabilitation. Es wird aus den eigenen Einrichtungen ein Anteil zwischen 62 und 70 % der Rehabilitanden genannt, die nach der Adaptions- bzw. tagesklinischen Behandlung einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben oder bei denen zumindest ein Arbeitsangebot besteht. In manchen Fällen könne es während der Rehabilitation aber auch zum Arbeitsplatzverlust kommen. Auch durch die ambulante Nachsorge könnten die Eingliederungserfolge noch leicht verbessert werden. Vor der Rehabilitation wird der Anteil der Arbeitslosen von einem der Interviewten mit 80 % beziffert. Zudem wird die Rückkehr an einen vorhandenen Arbeitsplatz als oft nicht möglich oder sinnvoll eingeschätzt, da das Suchtmilieu teilweise bis in den Arbeitsplatz hineinreicht. Falls der Erhalt des Arbeitsplatzes nicht realisierbar sei, sei es Ziel, die bisherigen beruflichen Erfahrungen an einem anderen Arbeitsplatz einsetzen zu können. Die Patienten könnten zumeist auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Die jungen Drogenabhängigen seien nach der Rehabilitation „gesund“. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben würden nur in Einzelfällen beantragt. Ein Interviewpartner weist hierbei auf die Bildung von Subkulturen durch Arbeitsplätze in Sondereinrichtungen hin, eine vereinzelt Unterbringung in normalen Betrieben fördere hingegen die soziale Integration. Kommen mehrere der in Tabelle 4-1 aufgeführten Hemmnisse zusammen, wird eine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt als schwieriger gesehen.

Die Eingliederungschancen würden auch vom aktuellen Arbeitsmarkt abhängen, wobei die Einschätzung der aktuellen Arbeitsmarktsituation bei den verschiedenen Interviewpartnern variiert. Ist die wirtschaftliche Lage schlecht, beobachtet eine interviewte Person eine „erlernte Hilflosigkeit“ und Hoffnungslosigkeit bei den Rehabilitanden.

Arbeitgeber scheinen aus Sicht der Experten häufig bereit, ehemalige Rehabilitanden einzustellen, sei es aufgrund einer „sozialen Ader“, durch persönlichen Kontakt oder auch durch das Interesse an erfahrenen Fachkräften (z. B. bei Alkoholabhängigen) und gut arbeitenden Mitarbeitern (junge, motivierte ehemalige Drogenabhängige). Trotz dieser Bereitschaft wird auch eine wahrgenommene Unsicherheit aufseiten der Arbeitgeber beschrieben, insbesondere bei Abhängigen illegaler Drogen. Die Bedeutung des Vertrauens aufseiten des Arbeitgebers in den Rehabilitanden wird hervorgehoben. Es wird von einer guten Zusammenarbeit mit mittelständischen Firmen berichtet. Hier könne es zu Veränderungen im Betrieb und dadurch zu neuen Anstellungsmöglichkeiten kommen. Je kleiner eine Firma, desto geringer sei die Gefahr, dass der Rehabilitand „verloren geht“. Der Zugang zu großen Firmen wird bei fehlenden Kontakten in die Firma als schwierig beschrieben. Oft liefen dort Bewerbungen über Vermittler und die „Lücken im Lebenslauf“ seien ersichtlich, weswegen die Stärken hervorgehoben werden müssten.

Trotz der zunächst guten Erfolge schätzt einer der Experten die langfristige Integration so ein, dass ca. ein Drittel der Integrierten den Arbeitsplatz durch einen Rückfall schnell verliere, ein weiteres Drittel es trotz Wiederaufnahme des Drogenkonsums mehr oder weniger

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

gut schaffen, vorerst im Arbeitsverhältnis zu bleiben, und lediglich bei einem Drittel von einer langfristigen beruflichen Integration ausgegangen werden könne.

Größere Schwierigkeiten der Integration werden bei weiterhin konsumierenden oder substituierten Patienten berichtet, die in ambulanten Beratungsstellen betreut werden oder über die Kommunale Arbeitsförderung vermittelt werden sollen. Von einem Interviewten wird der Anteil der Hartz-IV-Empfänger in dessen Beratungsstelle auf 80 % geschätzt. Nur ein geringer Anteil der betreuten Personen könne zu einer abstinenzorientierten Therapie motiviert werden, viele würden substituiert oder konsumiert weiter. Für manches Klientel („Kiffer“) könne auch eine ambulante Therapie ausreichend sein. Bestehe ein Arbeitsverhältnis, werde ein Patient oft unter dem Motto „Mach was oder wir behalten dich nicht!“ extern zur Therapie motiviert.

#### ***Berufliche Integration in der aktuellen Versorgung von Suchterkrankten***

Im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung und der Nachsorge macht die berufliche Integration in den Einrichtungen der Befragten einen bedeutenden Anteil im Behandlungskonzept aus (insbesondere in der Adaption, der Tagesklinik und dem Betreuten Wohnen), siehe Tabelle 4-2. Ein Teil der Maßnahmen findet vor Ort statt, andere orientieren sich nach außen. Vernetzung und Kooperation sind ein Bestandteil der Nachsorge. Suchtbezogene Maßnahmen werden als wichtige Vorbereitung und Unterstützung für eine erfolgreiche berufliche Integration angesehen.

Viele der Angebote folgen in den Einrichtungen der Befragten einem strukturierten Ablauf, vor allem während der Rehabilitation, andere werden individuell angeboten. Es gibt eine große Schnittmenge der genannten Angebote in den verschiedenen Einrichtungen. Die Schwerpunktsetzung und Intensität der Angebote hängen von den vorhandenen Ressourcen und dem Arbeitsauftrag der Einrichtungen ab.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

**Tabelle 4-2:** Maßnahmen der beruflichen Integration in der Rehabilitation und Nachsorge aus Sicht der Stakeholder

Maßnahmen vor Ort	Vernetzung / Kooperationen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Leistungsdiagnostik/Bewertung der Arbeitsfähigkeit</li><li>• Unterstützung der Selbstständigkeit bei der Arbeitssuche</li><li>• Berufsberatung, -findung und -orientierung</li><li>• Arbeitszielsetzung</li><li>• Unterstützung bei Bewerbungen und der Erstellung von Bewerbungsunterlagen</li><li>• Protokollierung der Bewerbungsvorgänge</li><li>• Erstellen einer Integrationsmappe</li><li>• interne Arbeitsangebote</li><li>• Motivationsarbeit</li><li>• Thematisierung der beruflichen Situation, Schwierigkeiten und Scham bei Rückkehr in den Beruf in Einzelgesprächen oder Gruppen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vernetzung mit verschiedenen Stellen (Arbeitsamt, Kommunale Arbeitsförderung, Behörden, Integrationsbund, IHK, Handwerkskammer, Schulen, Berufsschulen, Jugendagentur)</li><li>• Kontakt zu (neuen) Arbeitgebern (Absprache von Praktikumsmodalitäten, Rückmeldung zur Leistungseinschätzung, Übernahmegespräche)</li><li>• Kontakt zu Arbeitgebern bei Krisen</li></ul>
Nach außen orientierte Unterstützung	Suchtbezogene Maßnahmen der Arbeitsintegration
<ul style="list-style-type: none"><li>• Praktika am alten oder an neuen Arbeitsplätzen (auch zur beruflichen Orientierung)</li><li>• Vermittlung in Schulungen</li><li>• Amtsbegleitung</li><li>• Vermittlung in Arbeitsprojekte</li><li>• Beantragung von Eingliederungszuschüssen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vermittlung in Therapie als Vorbereitung auf die Arbeitstätigkeit</li><li>• Anbindung an die Nachsorge (Beratungsstellen, Betreutes Wohnen und Selbsthilfegruppen)</li><li>• Möglichkeit, selbstständig und clean zu leben (Betreutes Wohnen)</li><li>• Unterstützung bei Krisen und Rückfällen</li></ul>

#### ***Berufliche Integration im Anschluss an die Rehabilitation***

Im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung ist die Zuständigkeit der Rehabilitationseinrichtungen den Aussagen der Befragten zufolge beendet. Weitere Leistungen würden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nicht angeboten und seien auch in den Ressourcen nicht eingeplant. Eine Interviewpartnerin berichtet über Überlegungen zu einem Patensystem, welches jedoch mit dem vorhandenen Zeitbudget nicht umsetzbar gewesen sei. Weiterführende Kontakte und Informationsaustausch bestünden lediglich bei „zufälligen“ Begegnungen (Sommerfeste) und durch Katamneseerhebungen. Mehrfach wird der aufsuchende Kontakt durch ehemalige Rehabilitanden bei Problemen oder Anliegen beschrieben. Bestehe ein Wunsch nach Betreuung (z. B. bei Rückfall) könne von Seiten der Rehabilitationseinrichtungen oft nur auf Selbsthilfegruppen verwiesen oder kurze „Tür-und-Angel-Gespräche“ geführt werden.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Eine Weiterverfolgung der beruflichen Integration gibt es laut der Experten dann, wenn Rehabilitanden das Angebot des Betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, welches oft an die Rehabilitationseinrichtungen angegliedert und Teil der Nachsorge ist. Dort ist die berufliche Integration Thema, in einer je nach Einrichtung mehr oder weniger strukturierten Weise.

Für alle anderen Rehabilitanden liege es in der eigenen Verantwortung, ob und in welchem Maße die in den Rehabilitationseinrichtungen vorbereitete Nachsorgebehandlung in Beratungsstellen in Anspruch genommen werde. Es wird berichtet, dass viele der Rehabilitanden das Angebot nicht wahrnehmen, sich die Nachverfolgung aber meist schwierig gestalten, da der „Zugriff“ auf die Rehabilitanden nach Abschluss der Rehabilitation nicht mehr möglich sei. Kehreten Rehabilitanden in einen Betrieb zurück, könne auch ein Arbeitgeber die Inanspruchnahme der Nachsorge vom Arbeitnehmer lediglich fordern, ob der Forderung nachgegangen werde, bliebe fraglich. In einer Beratungsstelle sei eine langfristige Anbindung möglich, es fehlten jedoch die notwendigen Ressourcen, um die berufliche Wiedereingliederung umfassend zu unterstützen. Beratungsstellen legen ihren Fokus nach Aussagen der Befragten primär auf suchtorientierte Fragestellungen, nicht auf berufliche Inhalte (z. B. Praktikum organisieren). Wie viel letztendlich zur beruflichen Integration getan wird, könne schwer eingeschätzt werden, da es individuell stark variere. Sei bei ehemaligen Rehabilitanden ein Job vorhanden, würden oft nur noch Krisen begleitet. Die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber fände selten und nicht standardmäßig statt.

Die befragte Mitarbeiterin der Kommunalen Arbeitsförderung beschreibt die Vermittlung von Suchtmittelabhängigen als schwer, „*da Arbeitsvermittlung keine Sozialarbeit ist*“. Die Betreuung der Suchtkrankheit sei nicht möglich, auch wenn das Ziel sei, Hemmnisse zu erkennen und abzubauen. Sei das Arbeitsangebot gut, könne man die Arbeitsstellen jedoch sondieren und so den Bedürfnissen der Suchtpatienten entgegenkommen. Das jeweilige Kooperationsnetzwerk und damit die Art der Betreuung seien vielfältig (Drogenberatungsstelle, Jugendamt, soziale Dienste), aber auch abhängig vom Mitarbeiter. Kooperationen ergäben sich individuell direkt aus der Arbeit mit dem Einzelnen, sobald eine Notwendigkeit bestehe. Der gegenseitige Austausch könne aufgrund der Schweigepflicht jedoch erschwert oder verhindert werden. Daneben gebe es informativen Austausch oder Schulungen durch Suchtberatungsstellen oder Träger. Gelingen eine Eingliederung, sei eine weiterführende Begleitung des Klienten oder der Kontakt zum Arbeitgeber nicht mehr möglich, da hierfür kein Auftrag bestehe. Anhaltender Kontakt bestehe, wenn weiterhin Leistungen bezogen würden (z. B. Lohnkostenzuschuss, Eingliederungszuschuss), durch Tür-und-Angel-Gespräche, über weiterhin angebundene Familienmitglieder oder dann, wenn die Person aufgrund von Arbeitsplatzverlust wiederkehre. Einen Kontakt zu Arbeitgebern gebe es über „Firmenberater“, diese seien jedoch nur für neue Arbeitgeberkontakte zuständig. Für schwer Vermittelbare würden 1-Euro-Jobs angeboten oder Begleitmaßnahmen für spezifische Altersgruppen gewählt (U 25/ 50+). Die Vermittlung in Zeitarbeit wird kritisch beurteilt, da diese sich für den Betroffenen kaum lohnten und meist Gehaltsaufstockungen nötig seien.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Bezogen auf die Zusammenarbeit mit Arbeitsagenturen berichten die befragten Suchtexperten von Schwierigkeiten beim Beantragen von Umschulungen, Berufsfindungsmaßnahmen oder anderen Unterstützungen. Die Jobcenter würden keine Angebote unterbreiten, man müsse von außen mit bestimmten Wünschen auftreten. Zudem wird der Erfolg auch als abhängig vom Sachbearbeiter beschrieben. Die Chancen für eine Unterstützung stiegen dann, wenn der Suchtpatient begleitet werde. Es gibt den Erfahrungen nach auch Unterschiede je nach Anbieter, so sei es bei der Agentur für Arbeit bereits schwierig, durch Standardtelefonnummern den richtigen Ansprechpartner zu erreichen. Die Zusammenarbeit mit der Kommunalen Arbeitsförderung wird von allen Kooperierenden als positiv bewertet.

#### ***Bedingungen und Notwendigkeiten zur Sicherung und Verbesserung der beruflichen Integration***

Von den Befragten werden viele Notwendigkeiten aufgeführt, die zur Verbesserung der beruflichen Integration von Suchtrehabilitanden beitragen können. Diese beziehen sich auf das verstärkte Angebot spezifischer Unterstützungsmaßnahmen, als auch auf die Verbesserung der Vernetzung und Kooperationsarbeit und der Veränderung des internen Systems (Tabelle 4-3).

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

**Tabelle 4-3:** Notwendigkeiten zur Verbesserung der beruflichen Integration aus Sicht der Stakeholder

Notwendigkeiten in der patientenbezogenen Arbeit	Notwendigkeiten in der Netzwerk- und Kooperationsarbeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Bedarf langfristige Unterstützung</li> <li>• individuell orientierte Unterstützung</li> <li>• verstärkte Betreuung und Training von Rehabilitanden mit Integrationsschwierigkeiten (Borderline, wenig berufliche Orientierung, Substituierte, mehrfach Gescheiterte)</li> <li>• weiterführende Motivationsarbeit (z. B. bzgl. unbezahlter Praktika zur Tagesstrukturierung; Arbeiten trotz geringerem Einkommen im Vergleich zu illegalen Tätigkeiten)</li> <li>• Stärkung des Selbstbewusstsein und Sinnggebung</li> <li>• Vermittlung von Soft Skills (z. B. Auftritt bei Bewerbungsgesprächen, kollegialer Umgang)</li> <li>• Hilfen zur Aufrechterhaltung der Tagesstruktur bei Arbeitslosigkeit</li> <li>• Unterstützungsangebote bei Krisen</li> <li>• Früherkennungssysteme mit gezielten Interventionsmaßnahmen bei Rückfall</li> <li>• schnelle und gezielte therapeutische Intervention im Bedarfsfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung und Aufrechterhaltung von Kooperationen und Vernetzungen (Schnittstellenproblematik)</li> <li>• patientenbezogene Zusammenarbeit in der beruflichen Förderung</li> <li>• kurze Kommunikationswege und gegenseitige Unterstützung</li> <li>• Klärung der Zuständigkeiten und Aufgaben</li> <li>• kombinierte Betreuung (z. B. wegen fehlender Offenheit gegenüber Sanktionsstellen)</li> <li>• engerer Kontakt zu Arbeitgebern mit „Vor-Ort-Betreuung“</li> <li>• Aufrechterhaltung bestehender Kontakte (über die Rehabilitationsbehandlung hinaus)</li> <li>• Förderung der Offenheit bei Arbeitgebern</li> <li>• Aufklärungsarbeit bzgl. Sucht am Arbeitsplatz</li> </ul>
Arbeitsplatzbezogene Notwendigkeiten	Interne Notwendigkeiten
<p>Eingliederungszuschuss für den ersten Schritt in Arbeit</p> <p>individuelle Arbeitsgelegenheiten (auch betreut und angeleitet)</p> <p>Priorität auf Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt</p> <p>Praktika (für den Einstieg) auch nach der Adaption</p> <p>Finanzierung von Praktika (Praktika werden verheimlicht oder abgelehnt um weiter Bezüge zu erhalten)</p> <p>Halbtagsjobs auch für Männer und handwerkliche Berufe (Belastung auf dem Bau für Ältere)</p>	<p>Stärkung des Bereichs der Arbeitstherapie</p> <p>Implementation von Konzepten zur beruflichen Integration</p> <p>Zuständigkeit der beruflichen Integration über die Rehabilitationsbehandlung und das Betreute Wohnen hinaus (auch gesetzbuchübergreifende Gestaltung)</p>

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

#### 4.1.1.2 Weitere Merkmale zur Bedarfsbestimmung

##### ***Besondere berufliche Problemlagen (BBPL) und relevante Merkmale zur Bestimmung des Bedarfs in der Zielpopulation***

Um beurteilen zu können, inwieweit Rehabilitanden nach einer abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme weitere Maßnahmen zur beruflichen Integration benötigen, werden die besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) und auch weitere relevante Merkmale der Studienteilnehmer, welche die berufliche Integration erschweren könnten, beschrieben.

**Datenquellen:** Interventions- und Vergleichsgruppenfragebögen, Teilnehmerinterviews, Verlaufsdokumentation

**Stichprobe:** Interventionsgruppe: n=39, Vergleichsgruppe: n=65, Verlauf dokumentiert von den Durchführenden (n=3)

Hier werden nun die aus unserer Sicht relevanten Merkmale dargestellt, die mit den zuvor beschriebenen Instrumenten erhoben wurden. Diese werden aufgeteilt in direkt berufsbezogene Faktoren (z. B. Bildungsstand) und sonstige für die Suchtrehabilitation relevante Faktoren, wie soziale Unterstützung und Abstinenzverpflichtung. Auch wenn sich diese Fragestellung nicht auf den Vergleich zwischen der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe bezieht, werden die Informationen in der Tabelle zusätzlich zur gemeinsamen Darstellung getrennt für IG und VG angegeben. Die Beschreibung im Text bezieht sich auf die Zahlen der Gesamtstichprobe (IG und VG). Die Angaben können in Tabellenform im Anhang ab Seite 346 (Tabelle 8-8 und Tabelle 8-9) eingesehen werden.

Bei vielen Teilnehmern können Defizite in der beruflichen Bildung und den Arbeitserfahrungen gefunden werden. Zwar haben lediglich 4 % der Teilnehmer keinen Schulabschluss, jedoch hat fast die Hälfte keine abgeschlossene Berufsausbildung. Vor der gerade abgeschlossenen Rehabilitation waren etwa zwei Drittel der Befragten nicht erwerbstätig. In einer Ausbildung befanden sich 5 %, einen Arbeitsplatz hatten 31 %. Von den Erwerbslosen waren fast 25 % mehr als sechs Monate und mehr als die Hälfte schon seit über einem Jahr ohne Arbeit. Von den Arbeitstätigen geben lediglich 49 % an, bis zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung schon mehr als ein Jahr in der angegebenen Arbeitssituation gewesen zu sein. Bezogen auf die letzten fünf Jahre liegt bei den Angestellten der Durchschnitt an unterschiedlichen Arbeitgebern bei 2,7. Die 19 Personen, die nur einen Arbeitgeber angeben, waren jedoch nur zu 42 % über die gesamten fünf Jahre bei diesem Arbeitgeber in Beschäftigung. Mehr als ein Viertel der Personen war maximal ein Jahr bei dem angegebenen Arbeitgeber beschäftigt.

Die berufliche Situation im Anschluss an die Rehabilitation stellt sich besser dar, jedoch geben weiterhin die Hälfte der Personen an, keinen Arbeits-, Ausbildungs-, oder Praktikumsplatz zu haben. Voll erwerbsfähig sind aber 99 % der Personen (nur eine Person musste aufgrund einer vollständigen Berufsunfähigkeit aus der Studie ausgeschlossen werden). Die

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Teilnehmer haben eine hohe Zuversicht, die vorherige oder irgendeine berufliche Tätigkeit durchführen zu können. Die Werte zur Selbstwirksamkeit und die Suchaktivität nach einer neuen Arbeitsstelle sind im mittleren bis oberen Bereich. Von den Personen ohne Arbeit, die auch noch keine Arbeit in Aussicht haben, geben 73 % an, bei der Arbeitssuche (neben BISS) unterstützt zu werden. Die Unterstützten (n=31) geben größtenteils die Agentur für Arbeit bzw. die Kommunale Arbeitsförderung o. Ä. (84 %), gefolgt vom Betreuten Wohnen (32 %), sonstigen Unterstützungsquellen (26 %) und ambulanten Beratungsstellen, (10 %) als Unterstützungsquellen an. Die Vergleichsgruppenteilnehmer, welche sich zum Zeitpunkt der t1-Erhebung noch in der vorherigen Rehabilitationseinrichtung befinden, werden auch durch die jeweilige Rehabilitationseinrichtung (26 %) unterstützt.

Auch das soziale Umfeld und gesundheitliche Faktoren sind bei manchen wenig förderlich und können dann den BBPL zugeordnet werden. Mehr als ein Drittel der Personen gibt an, manchmal oder häufig Kontakt zum ehemaligen Suchtumfeld zu haben. Der Mittelwert der verwendeten Items aus dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14) liegt bei 3,8 und somit nahe dem im Manual angegebenen Mittelwert der Normstichprobe bei Verwendung aller Items. Als auffällig werden Prozentränge zwischen 3 und 15 angegeben, was in der Stichprobe für 18 Personen (20 %) zutrifft. Diese Vergleiche sollen aufgrund der Kürzung des Fragebogens jedoch nur als ungefähre Anhaltspunkt verstanden werden. 35 % der Befragten geben an, eine körperliche (23 %) oder psychische (17 %) Erkrankung zu haben. Von 6 % wurde beides berichtet. Bei den körperlichen Erkrankungen handelt es sich zumeist um chronische Erkrankungen (Schwerhörigkeit, Hepatitis, orthopädische Erkrankungen etc.), bei den psychischen vor allem um depressive, aber auch psychotische Erkrankungen, Angststörungen und emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ.

Die Absicht, abstinent zu leben, ist größtenteils vorhanden, diese könnte in schwierigen Situationen jedoch gefährdet sein. Die durchschnittliche Abstinenzzuversicht, gemessen mit dem HEISA, liegt auf der Skala „angenehme Gefühle“ bei 77,2 von möglichen 100 und bei der Skala „unangenehme Gefühle“ bei 59,5. Die Skala misst, inwiefern Personen bei positiven bzw. negativen Gefühlen die Zuversicht haben, dem Konsum der Problemdroge widerstehen zu können. Es zeigt sich also, dass diese Zuversicht bei negativen Gefühlen wie innerlicher Leere, sich abgelehnt fühlen, nervös oder angespannt zu sein, nur noch als mittelmäßig eingeschätzt wird. Die Abstinenzabsicht liegt bzgl. illegaler Drogen und abhängigkeitszeugender Medikamente bei 5,4 (Skala 1-6), bei Alkohol bei 4,8 und damit im oberen Bereich. Bei den Personen, die mindestens eine geringe Abstinenzabsicht haben ( $\geq 2$ ), ist die Zuversicht, die Suchtmittel zukünftig nicht zu konsumieren, ähnlich hoch wie die Absicht selbst.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

#### *Teilnahmegründe der Klienten und Arbeitgeber*

Aufseiten der Klienten und Arbeitgeber wurden die Teilnahmegründe erfasst, die Aufschluss über die Hintergründe des Bedarfs geben sollen.

**Datenquellen:** Teilnehmerinterviews, Arbeitgeberfragebögen

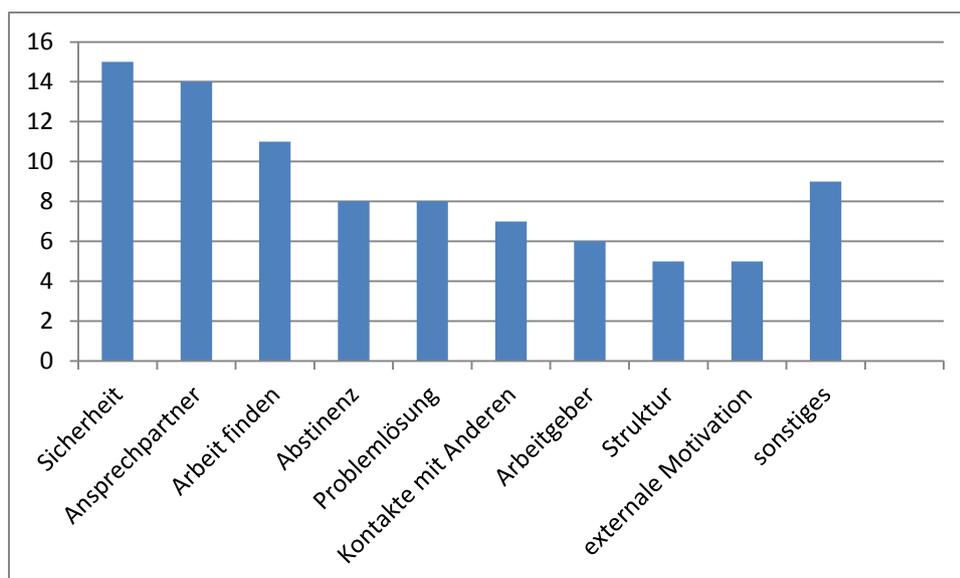
**Stichprobe:** Teilnehmer: n=31, Arbeitgeber: n=12

Die Auswertung der genannten Teilnahmegründe aus den Teilnehmerinterviews (n=31) konnten 11 Kategorien zugeteilt werden. Die Anzahl der Personen, die aus den jeweiligen Kategorien Teilnahmegründe genannt haben, ist in Abbildung 4-1 zu sehen, Beispiele der Aussagen zu jeder Kategorie in Tabelle 8-10 im Anhang (S.349).

Am häufigsten wurden Teilnahmegründe genannt, die mit Sicherheit und der Verfügbarkeit eines Ansprechpartners zu tun haben. Unter der Kategorie *Sicherheit* sind Gründe erfasst, die sich auf eine Kontrolle von außen beziehen, besonders durch Urinkontrollen, um sich vor Rückfällen zu schützen. Aber auch ein Gefühl der Sicherheit wird mit dem Projekt BISS verbunden. Die Kategorie *Ansprechpersonen* umfasst Aussagen zu der Möglichkeit, mit den BISS-Mitarbeitern in Kontakt zu treten, betreut zu werden oder Gespräche wahrzunehmen. In der Kategorie *Arbeit finden* werden Wünsche nach Unterstützung zum Einstieg in den Job, aber auch die Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung oder Umschulung genannt. Die Kategorie *Abstinenz* beschreibt den Wunsch, mithilfe von BISS ein Leben ohne Alkohol und Drogen zu führen, und wird von ca. einem Viertel der Personen konkret geäußert. Der Wunsch nach Unterstützung bei der *Problemlösung* wird ebenfalls von ca. einem Viertel der Befragten geäußert. Hierbei handelt es sich nicht nur um aktuelle Probleme, sondern auch um erwartete zukünftige Schwierigkeiten. Als weiterer Grund zur Teilnahme wird von sieben Personen die Aufrechterhaltung des *Kontaktes zu anderen Betroffenen* genannt. Es besteht ein Bedarf an Erfahrungsaustausch und der Wunsch, Personen aus der Rehabilitation weiterhin zu treffen. Weitere Teilnahmegründe beziehen sich darauf, dem Arbeitgeber eine Unterstützungsmöglichkeit zu bieten und eine Struktur durch die regelmäßigen Gruppentermine zu haben. Fünf der Personen haben eine externale Motivation für ihre Teilnahme, wie die Bedingung des Arbeitgebers und Auflagen durch das Gericht. Neun Personen machen zusätzliche Aussagen, die unter *Sonstiges* zusammengefasst wurden.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation



**Abbildung 4-1:** Anzahl der Nennungen von Gründen für die Teilnahme am Projekt BISS in den ermittelten Kategorien (n=31)

Teilnahmegründe der Arbeitgeber (n=12) sind bei mehr als einem Drittel soziale Hintergründe. Sie nennen den Wunsch, der betreffenden Person „eine Chance geben“ zu wollen, oder sie wollen soziales Engagement zeigen. Weiterhin wird als Teilnahmegrund die Unterstützung und Beratung des Arbeitnehmers, aber auch des Arbeitgebers selbst genannt, um so beispielsweise bei Rückfall und notwendigen außerordentlichen Kündigungen die Sicherheit für das Unternehmen zu gewährleisten. Aber auch der schlichte Bedarf an Fachkräften und der positive Eindruck des Arbeitnehmers sind ausschlaggebende Punkte für die Teilnahme. Ein Arbeitgeber ist sich der Wahlfreiheit der Teilnahme nicht bewusst, kann aber sowieso nur Vorteile für sich und den Arbeitnehmer in dem Projekt erkennen.

#### ***Erwartete Schwierigkeiten, Hindernisse und Befürchtungen der Klienten***

Durch die Erfragung der erwarteten Schwierigkeiten soll der Bedarf der Klienten an Unterstützung zum Umgang mit diesen eingeschätzt werden.

**Datenquellen:** Teilnehmerinterviews

**Stichprobe:** Teilnehmer: n=31

Die Teilnehmer sehen zukünftig suchtbezogene, aber auch alltägliche Schwierigkeiten auf sich zukommen. Diese sind breit gefächert. Sie liegen nicht nur im Bereich der Rückfallgefährdung und der Arbeitssuche, also in der spezifischen Situation eines Suchtpatienten, sondern betreffen auch „gewöhnliche“ Herausforderungen des Lebens, die bewältigt werden müssen. Die Schwierigkeiten können in verschiedene Bereiche unterteilt werden (Kasten 4-1). Der erste Bereich bezieht sich auf das *Finden einer Arbeit* und das *Zurechtkommen in der Arbeit*. Es werden Befürchtungen geäußert, keine Arbeit zu finden, sei es aufgrund der

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Wirtschaftskrise, schlechten persönlichen Voraussetzungen oder häufigen Absagen für eine Ausbildungsstelle. Doch auch die Personen, die integriert sind, äußern Ängste bzgl. ihrer Arbeitsperformanz oder der Fähigkeit, ohne Drogeneinfluss zu arbeiten. Unsicherheiten bzgl. der *Bewältigung der neuen Lebenssituation ohne Drogen*, in der man nun auf sich alleine gestellt ist, werden genannt. Auch die *Konfrontation mit der Vergangenheit* (z. B. durch das Vorlegen von Führungszeugnissen) und der *Rückfall in alte Verhaltensmuster* werden befürchtet. Daneben schätzen die Teilnehmer *negative psychische Zustände* sowie *Krisen* und *zu hohe Herausforderungen* als mögliche Gefährdungen der Stabilität ein. Auch Befürchtungen zur *Rückfälligkeit*, zum Verspüren von „Druck“ und zu Gedanken an Suchtmittel sind bei einigen präsent. Acht der befragten Personen äußern keine spezifischen erwarteten Schwierigkeiten oder Befürchtungen.

- Arbeit finden und zurechtkommen mit der Arbeit
- neues Leben ohne Drogen allein bewältigen
- Konfrontation mit der Vergangenheit und Verfallen in alte Verhaltensmuster
- negatives psychisches Befinden
- Krisen und hohe Herausforderungen
- Rückfallgefahr

**Kasten 4-1:** Erwarteten Schwierigkeiten, Hindernisse und Befürchtungen für die suchtbetonte und berufliche Rehabilitation im Jahr der Projektteilnahme

#### 4.1.2 Erwartungen an das Modellprojekt BISS

Die Erwartungen an das Modellprojekt wurden bei Teilnehmern, Arbeitgebern und Stakeholdern direkt erfragt.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Teilabschnitt: Projekt BISS), eine schriftliche Stellungnahme (Kostenträger), Teilnehmerinterviews, Arbeitgeberfragebögen

**Stichprobe:** Stakeholder: n=13 (Initiatoren und Durchführende des Modellprojekts, Kooperationspartner, Experten, Kostenträger), Interventionsgruppe: n=27, Arbeitgeber: n=12

Die Erwartungen der befragten Gruppen sind vielfältig und beziehen sich neben der konkreten Unterstützung durch das Projekt auch auf die Art der Umsetzung, die Wirkungen und die Auswirkung des Projekts auf die Umgebung.

Die Teilnehmer des Projekts wünschen sich Hilfe beim Weg in die Arbeit, z. B. über das Knüpfen von Kontakten, beim Schreiben von Bewerbungen oder durch die Beantwortung von Fragen zur Arbeitssuche oder der Ausbildung. Daneben wird Unterstützung bei Arbeitsproblemen für Klient und Arbeitgeber, bei allgemeinen Schwierigkeiten und bei Themen wie der Freizeitgestaltung erwartet. Hierfür werden die Verfügbarkeit eines Ansprechpartners und

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

auch das aufsuchende Verhalten der BISS-Mitarbeiter gewünscht. Einige nennen auch den Wunsch, „*ein bisschen 'nen Schub*“ zu bekommen, um Dinge anpacken zu können.

Als Grundlage für die Zusammenarbeit wird ein vertrauensvoller Umgang erwartet, in dem sich die Klienten ernst genommen fühlen, Verständnis erfahren, mit einbezogen werden und ein normaler gegenseitiger Umgang gepflegt wird, weg von einer Therapeut-Patient-Beziehung. Wichtig sind weiterhin der vertrauliche Umgang mit den Informationen, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Erwartung, „*dass die es gut machen, dass die auch dahinterstehen und es nicht nur aus Prestige Gründen tun.*“ Bzgl. der Rückfallprävention erwarten die Teilnehmer die regelmäßige Durchführung der Urinkontrollen. Bei einem Rückfall möchten sie Unterstützung für sich und für den Arbeitgeber. Auch die finanzielle Unterstützung für den Arbeitgeber soll durch BISS ermöglicht werden. Durch die BISS-Gruppe soll ein soziales Umfeld zur Verfügung stehen, durch das man von Erfahrungen anderer profitieren kann. Einige der Klienten haben keine expliziten Erwartungen an das Projekt und dessen Mitarbeiter.

Aufseiten der Arbeitgeber beziehen sich die Erwartungen einerseits auf den Klienten, dessen berufliche und soziale Integration gefördert werden soll. Hierzu wird die Unterstützung bei Problemen, die berufliche Vorbereitung und Förderung, aber auch die weitere therapeutische Begleitung der Suchterkrankung und die begleitende und überwachende Tätigkeit im Arbeitsalltag gefordert. Es wird die Annahme geäußert, dass durch das Fachpersonal Rückfälle schneller erkannt werden können. Andererseits erwarten die Arbeitgeber für sich selber eine konstruktive Zusammenarbeit mit BISS und eine gute Betreuung und Unterstützung durch Ansprechpartner. Sie sind zudem an der Einstellung von Fachkräften interessiert. Es wird erwartet, dass keine negativen Auswirkungen für andere Mitarbeiter und Auszubildende entstehen.

Die Stakeholder erwarten vom Projekt, dass es die angestrebte Wirkung zur Arbeitsintegration auch erzielt und dadurch „*erneute und kostenintensive Behandlungswege vermieden werden.*“ Sie wünschen sich eine Bekanntmachung und Verbreitung des Projekts mit der entsprechenden Finanzierung und gesetzlichen Verankerung, um Lücken im Versorgungssystem schließen zu können. Ein Initiator des Projekts erhofft sich auch, dass der schützende Effekt der Kontrollen erkennbar wird und diese damit als Präventionsmaßnahme Akzeptanz finden. Bei der Umsetzung wird eine weiterführende Betreuung erwartet, die ein individuell zugeschnittenes Vorgehen und einen wohlwollenden Umgang mit Klienten und Arbeitgebern gewährleistet. In der Kooperation mit BISS wird sowohl ein regelmäßiger Austausch, das gemeinsame Arbeiten an und Erreichen von Zielen, als auch eine gute Dokumentation erwartet. Auch die Aufnahme in BISS von zugewiesenen Klienten aus anderen Einrichtungen ist gewünscht.

#### 4.1.3 Ziele in Zusammenhang mit dem Modellprojekt BISS

Die Ziele setzen sich zusammen aus Zielen, die mit dem Projekt verfolgt werden und von dessen Initiatoren beschrieben wurden, aus Zielen von kooperierenden Stakeholdern und der Deutschen Rentenversicherung als Projektträger und zuletzt aus den persönlichen Zielen der Teilnehmer für das Projektjahr.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Teilabschnitt: Projekt BISS), eine schriftliche Stellungnahme (Kostenträger), Teilnehmerinterviews

**Stichprobe:** Stakeholder: n=8 (Initiatoren und Durchführende des Modellprojekts, Kooperationspartner, Kostenträger), Interventionsgruppe: n=31

#### *Ziele des Modellprojekts BISS*

Als Teil des Rehabilitationsprozesses in der Rehaklinik Freiolsheim gelten auch für BISS die Behandlungszielsetzungen der Klinik als grundlegende Ziele, wobei auf bestimmten Zielbereichen ein besonderer Fokus liegt. Die Ziele, welche auch detailliert im Manual (ab S. 5) aufgeführt sind, betreffen die Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Leistungsvermögens sowie der psychischen, körperlichen und sozialen Stabilität.

Primäres Ziel von BISS ist die berufliche Integration in den ersten Arbeitsmarkt von ehemaligen Suchtmittelabhängigen nach regulärem Abschluss einer Rehabilitationsbehandlung. Um dies zu sichern, ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz ein weiteres Hauptziel des Projekts BISS. Durch Transparenz, Unterstützung und eine Krisenintervention zu einem möglichst frühen Zeitpunkt sollen im Falle eines Rückfalls die seelische und körperliche Schädigung, Kriminalität sowie Folgekosten durch Arbeitsplatzverlust und erneute Behandlungen verhindert werden. Daneben geht es aber auch um die Unterstützung in allgemeinen Belangen, die mit der Arbeitstätigkeit, der Freizeit und der Suchterkrankung zu tun haben. Zudem ist auch die Verbesserung der Wahrnehmung der Klinik in der Öffentlichkeit ein Ziel. Die Klinik verspricht sich ferner eine erhöhte mediale Aufmerksamkeit.

#### *Ziele der Kostenträger, Kooperationspartner und Klienten*

Der Kostenträger (DRV Baden-Württemberg) hat zum Ziel, eine möglichst schnelle Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu erreichen und diese zu sichern. Früherkennungssysteme sollen etabliert werden, um bei Rückfälligkeit gezielte, einzelfallbezogene Interventionsmaßnahmen zu ermöglichen.

In den Interviews mit den Kooperationspartnern wurden die Ziele geäußert, die Abstinenz und Entwicklung der Klienten zu unterstützen, die berufliche Integration zu fördern, aber auch eigene fehlende Ressourcen zu kompensieren und dadurch eine Verbesserung der Hilfestellung zu gewährleisten.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Die Teilnehmer wurden nach ihren Zielen für das Jahr der BISS-Teilnahme gefragt. Die Ziele konnten fünf Bereichen zugeordnet werden (Tabelle 4-4). Am häufigsten wurden Ziele aus dem Bereich Privatleben und im beruflichen Bereich genannt. Bzgl. der Suchterkrankung war vor allem die abstinente Lebensführung wichtig. Weitere Ziele betrafen das persönliche Wohlbefinden und auch finanzielle Angelegenheiten.

**Tabelle 4-4:** Ziele der Teilnehmer für das Jahr der BISS-Teilnahme

Ziele der Klienten für das Jahr der BISS-Teilnahme		
Zielbereich	Ziele	Anteil der Personen mit Ziel(en) in den Bereichen in % (n=31)
Privatleben	eigene Wohnung Führerschein für Familie sorgen Struktur und Festigung soziale Integration Aktivität und Erledigung von Aufgaben materielle Ziele	84
Beruf	berufliche Wiedereingliederung berufliche Entwicklung/Veränderung berufliche Festigung schulischer Erfolg	77
suchtbezogen	Abstinenz	39
personenbezogen	Gesundheit und Wohlbefinden Selbstbewusstsein Selbstständigkeit Kontrolle vorhandene Hilfe nutzen	26
Finanzielles	Schuldenregulierung Sparen guter Verdienst	26

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

#### 4.1.4 Adressierung des Bedarfs, der Erwartungen und der Ziele durch BISS

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Abschnitt zum Projekt BISS), eine schriftliche Stellungnahme (Kostenträger), Teilnehmerinterviews

**Stichprobe:** Stakeholder: n=13 (Initiatoren und Durchführende des Modellprojekts, Kooperationspartner, Experten, Kostenträger)

Interventionsgruppe: n=31

Der geäußerte Bedarf, die Erwartungen und die Ziele beziehen sich im Großen und Ganzen auf ähnliche übergeordnete Bereiche, weswegen die Angebote des Projekts diesen Bereichen zugeordnet wurden und somit ersichtlich wird, welche Bereiche inhaltlich durch das Projekt abgedeckt sind (Tabelle 4-5). Für alle Bereiche konnten darauf ausgerichtete Behandlungsangebote gefunden werden.

Für den *suchtbezogenen* Bereich, dem die Weiterbetreuung nach der Rehabilitation, der Schutz vor Rückfällen aber auch die Hilfe bei Rückfällen untergeordnet sind, finden sich im Leistungskatalog des Projekts viele Angebote. Hierzu gehören die fachliche Unterstützung bei suchtbezogenen Schwierigkeiten und Fragestellungen im Rahmen von Gruppenterminen und Einzelgesprächen, die Durchführung von Alkohol- und Drogenkontrollen, die frühe Informationsverpflichtung des Arbeitgebers bei Auffälligkeiten und die Krisenintervention und rasche Organisation von Hilfemaßnahmen im Fall von Rückfälligkeit. Zudem wird der Austausch mit anderen Nachsorgeeinrichtungen der Klienten angeboten.

Die *berufliche Integration*, also die Vermittlung in Arbeit, aber auch die Aufrechterhaltung bestehender Arbeitsplätze oder die berufliche Weiterentwicklung, ist ein Hauptziel des Projekts. Die Angebote für die Klienten ohne Arbeit befassen sich gezielt mit der Vermittlung in eine Arbeit, mit Beratung und Hilfe bei notwendigen Bewerbungsaktivitäten, mit dem Kontakt zu entsprechenden Stellen und mit der Vermittlung in Praktika oder Arbeit unter Nutzung des großen Pools an Arbeitgebern, der durch das Integrationszentrum zur Verfügung steht. Die Personen mit Arbeit werden durch den engen Kontakt zum Arbeitgeber, das Aufsuchen am Arbeitsplatz und das Angebot von Konfliktgesprächen und Mediationen unterstützt. Alle Klienten haben die Möglichkeit, in den wöchentlichen (monatlichen) Gruppenterminen oder auch in Einzelgesprächen berufs- und arbeitsbezogenen Fragestellungen zu klären.

Diese Gesprächsangebote dienen dann auch der *Unterstützung bei allgemeinen Themen*, Schwierigkeiten, Problemen oder Fragestellungen, sei es bzgl. der Wohnungssuche, der Partnerschaft oder dem eigenen Befinden. Für die Personen ohne Arbeit soll auch eine Unterstützung zur Aufrechterhaltung bzw. Entwicklung einer Tagesstruktur geboten werden. Die soziale Integration wird über die Förderung von Freizeitbeschäftigungen angesprochen.

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

In den genannten Angeboten zeigt sich an vielen Stellen eine *Kooperation* mit anderen Stellen. Weiterhin wird im Rahmen der Aufnahme von Klienten Kooperationsarbeit geleistet, indem Klienten anderer Einrichtungen und Stellen an BISS teilnehmen können.

**Tabelle 4-5:** Zuteilung der Angebote des Projekts BISS zu den in der Bedarfseinschätzung, den Erwartungen und den Zielen ermittelten Bereichen

Adressierte Bereiche durch BISS	
Bereich	Angebot im Leistungskatalog von BISS
suchtbezogen	<ul style="list-style-type: none"><li>• fachliche Ansprechpersonen zu suchtbezogenen Fragen in Gruppen- und Einzelgesprächen</li><li>• Durchführung von unangekündigten Alkohol- und Drogenkontrollen</li><li>• Informationsverpflichtung des Arbeitgebers bei Auffälligkeiten des Arbeitnehmers</li><li>• Krisenintervention und rasche Organisation von Hilfemaßnahmen bei Rückfälligkeit</li><li>• Kooperation mit dem betriebsmedizinischen Dienst</li><li>• Informationsveranstaltungen zur betrieblichen Suchtprävention</li></ul>
berufliche Integration	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beratung zur Unterstützung der Arbeitsplatzsuche in Zusammenarbeit mit Arbeitsagentur, Betrieben und ggf. weiteren Partnern</li><li>• Praktikumsangebote</li><li>• wöchentliches (monatliches) Gruppenangebot für berufsbezogene Fragestellungen</li><li>• Durchführung von Einzelberatungen für Klienten zu berufs- und arbeitsbezogenen Problemen</li><li>• routinemäßige Betriebsbesuche</li><li>• Durchführung von Kriseninterventionen, Konfliktgesprächen und Mediationen für Klienten und Betriebe</li><li>• Ansprechpartner (z. B. bei Rückfallverdacht) und Einzelberatungsangebot für Arbeitgeber</li><li>• Kontaktaufnahme bei Fehlzeiten</li></ul>
allgemeine Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"><li>• monatliches Gruppenangebot für alle Klienten</li><li>• Einzelgespräche</li><li>• Förderung der Tagesstruktur</li></ul>
soziale Integration	<ul style="list-style-type: none"><li>• Förderung von Freizeitaktivitäten</li></ul>
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakt zu anderen Nachsorgeeinrichtungen, Beratungsstellen und Institutionen im Zusammenhang mit der Arbeitssuche</li><li>• Aufnahme von Klienten aus anderen Einrichtungen/Stellen</li><li>• Kontakt zu den Arbeitgebern</li></ul>

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

Die Kooperationspartner und Experten wurden dazu befragt, inwiefern das Projekt BISS einen Beitrag zur beruflichen Integration leisten kann. Die subjektive Beurteilung erfolgte auf Grundlage eines Konzeptentwurfes, welches den Stakeholdern zur Verfügung gestellt wurde, sowie auf anderweitigen Kenntnissen zum Projekt (z. B. durch besuchte Informationsveranstaltungen). Hervorgehoben wurden vor allem die Einbindung des Arbeitgebers und die Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe bzw. dem Umgang mit Rückfall.

Bei der Einbindung des Arbeitgebers wird als wichtiger Faktor beispielhaft das proaktive Zugehen auf den Arbeitgeber und die Möglichkeit, Krisen dadurch frühzeitig mitzubekommen, genannt. Auch dem Vertrauensverhältnis durch den Dreiecksvertrag und dem Sicherheitsgefühl für den Arbeitgeber durch BISS wird eine Bedeutung zugeschrieben. Diese Umstände könnten einen „Türöffner“ darstellen, indem Suchtkranke auch weiterhin Chancen auf dem Arbeitsmarkt bekämen. Auch der große Arbeitgeberpool, der im Integrationszentrum aufgebaut wurde, wird als hilfreich bewertet. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Wissensvermittlung an Arbeitgeber über die Suchterkrankung und damit verbundene, typische Konflikte mit den entsprechenden Dynamiken (z. B. Enttäuschung über rückfälligen Angestellten) wichtig ist.

Elemente zur Rückfallprophylaxe (z. B. Screening, Arbeit als Schutzfaktor) bzw. zur Krisenintervention bei Rückfall werden als wichtig beschrieben, um z. B. dem Klienten das Gefühl zu geben, nicht alles zu verlieren, wenn er sich früh genug meldet. Durch diese frühzeitige Hilfe können dann Arbeitsplatzverluste und erneute kostenintensive Behandlungen vermieden werden.

Aber auch andere Arten der Unterstützung werden als Beitrag zur beruflichen Integration bewertet. Hier wird die weiterhin bestehende Möglichkeit von Praktika, die Hilfe bei Anträgen und Formularen, die Begleitung zu Gesprächen, insgesamt also die individuelle und nachhaltige Betreuung genannt. Zuletzt wurden noch der Stabilisierungsfaktor der Gruppe und der Marketingcharakter des Projekts erwähnt.

Ein Stakeholder merkt kritisch an, dass die Vorhaben für sich genommen zwar positiv seien und einen Einfluss hätten, er auch die Bemühungen wertschätze, das Projekt jedoch den Anschein einer „*Ansammlung von guten Absichten*“ mache, ein klares Konzept nicht erkennbar sei und die Fülle der Vorhaben mit den angegebenen Ressourcen kaum umsetzbar seien. Somit glaube er auch nicht, dass das Projekt so funktioniere.

#### 4.1.5 Indikationskriterien zur Projektteilnahme

Die Indikationskriterien wurden in Interviews mit den Projektinitiatoren und Durchführenden ermittelt und sind in Form von Teilnahmevoraussetzungen und Kontraindikationen im Manual des Modellprojekts zu finden. Daneben wurde noch die Sicht der Experten und Kooperationspartner erfasst, für welche Patienten sie das Projekt für geeignet hielten.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Teilabschnitt B Projekt BISS), eine schriftliche Stellungnahme (Kostenträger)

**Stichprobe:** Stakeholder: n=13 (Initiatoren und Durchführende des Modellprojekts, Kooperationspartner, Experten, Kostenträger)

Zielgruppe des Projekts sind ehemalige Suchtmittelabhängige nach erfolgreicher stationärer Rehabilitationsmaßnahme mit regulärer Beendigung, die in der beruflichen Integration bzw. Reintegration stehen.

Die befragte Stakeholdergruppe der Experten benennt die in Kasten 4-2 aufgeführten Indikationskriterien für das Projekt BISS. Vordefiniert durch die Zugangsbedingungen der Suchtproblematik und der abgeschlossenen Rehabilitation sehen einige der Experten für fast jeden ehemaligen Rehabilitanden eine Indikation für das Projekt BISS. Es gebe wenige, die „so autonom und selbständig und kompetent in diesen Kontexten sind, dass sie alleine gehen.“ Besonders indiziert sei das Programm für Personen mit brüchigen Arbeitsbiographien, für aktuell Arbeitslose bzw. Personen, die schwer Arbeit finden. Auch für Personen, die sich in einer neuen Arbeitssituation (z. B. Ausbildung) befinden, oder für die das Arbeiten an sich Neuland ist und somit möglicherweise Unsicherheit bedeutet, sei das Projekt angemessen. Weiterhin bestehe Bedarf, wenn eine hohe berufliche Belastung vorliege oder Unterstützung beim Durchhaltevermögen benötigt werde. Zusätzliche Hilfe sei wichtig, wenn ein erhöhtes Rückfallrisiko bestünde, die Personen alleine in eine Wohnung zögen, statt das Betreute Wohnen zu nutzen oder deutlich sei, dass die Personen „es nicht selbst auf die Reihe kriegen.“

Geringerer Bedarf wird für Alkoholabhängige gesehen, da diese oft jahrelange Berufserfahrung hätten, und auch für vereinzelte Drogenabhängige mit stabiler Berufsgeschichte. Jedoch gebe es auch dann Eingliederungsschwierigkeiten einer anderen Dynamik. Schwierigkeiten entstünden z. B. durch hohes Alter und körperliche Einschränkungen und der (vormalige) Suchtmittelkonsum könne auch über private Probleme den Arbeitsbereich mit beeinflussen.

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass die Indikation und das benötigte Unterstützungsangebot individuell beurteilt werden müssten. Es bestünde die Gefahr, durch immer weitere Hilfsangebote Personen im Hilfesystem zu hospitalisieren. Daneben reiche für manche jegli-

## Ergebnisse

### 4.1 - Bedarf, Erwartungen, Zielsetzungen und Indikation

che Unterstützung nicht aus und man müsse auch mit dem Scheitern umgehen können, bei Personen, die man nicht mehr „erreichen“ könne.

Als weitere Indikation zur Teilnahme berufstätiger ehemaliger Rehabilitanden wird gesehen, dass auch die Arbeitgeber ehemaliger Suchtmittelpatienten Unterstützung erhalten sollten.

Für die Vertreter der Rentenversicherung sei das Projekt für Patienten, *„die die Rehabilitation erfolgreich abgeschlossen und einen Arbeitsplatz gefunden haben“* geeignet. Demnach betreffe *„diese Fallkonstellation [...] insbesondere das jugendliche, abhängige Klientel.“*

#### Indikationskriterien aus Expertensicht

- Arbeitslosigkeit
- neue Arbeitssituation
- Ausbildung
- berufliche Belastung
- fehlendes Durchhaltevermögen
- eigene Wohnung
- hohes Rückfallrisiko
- körperliche Einschränkungen
- private Probleme durch (ehemaligen) Konsum
- jugendliches Klientel
- Unterstützungsbedarf der Arbeitgeber
- Arbeitswille
- Arbeitsfähigkeit
- Bereitschaft sich gegenüber Arbeitgeber zu öffnen

**Kasten 4-2:** Indikationskriterien zur Teilnahme am Projekt BISS aus Sicht der Stakeholder

## 4.2 Implementation und Verlauf

### 4.2.1 Zugang, Zielgruppenerreichung, Teilnahme und Beendigung

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Beschreibung der Zugangswege, der Teilnahme bzw. der Inanspruchnahme der einzelnen Angebote sowie der Teilnahmebeendigung.

Inwiefern die Zielgruppe des Projekts erreicht werden konnte, wird zum einen am Vergleich der tatsächlichen und der intendierten Zielgruppe (Zugangswege und Eigenschaften) eingeschätzt, als auch an der subjektiven Beurteilung der Projektinitiatoren und der Durchführenden.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews, Verlaufsdocumentation, Teilnehmerinterviews, Arbeitgeberfragebögen

**Stichprobe:** Stakeholder: n=4 (Initiatoren und Durchführende), Verlauf dokumentiert von den Durchführenden (n=3); Interventionsgruppe: n=31, Arbeitgeber n=12

#### *Zugang und Zielgruppenerreichung*

Zur Zielgruppe des Projekts gehören aus Sicht der Projektinitiatoren ehemalige Suchtmittelabhängige, die eine (teil-) stationäre Rehabilitationsmaßnahme regulär beendet haben und in der beruflichen Integration bzw. Reintegration stehen.

Primär richtet sich das Projekt an ehemalige Rehabilitanden der Adaption Lahr. Aber auch andere Vermittlungsmöglichkeiten werden angestrebt. Mögliche Vermittlungsstellen sind andere Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Suchtberatungsstellen, die Agentur für Arbeit bzw. die Kommunale Arbeitsförderung und auch Betriebe der Umgebung (Kasten 4-3).

Vermittlungsstelle	Erwartete Zielgruppe
Suchtrehabilitationseinrichtungen (insbesondere aus der Umgebung)	Rehabilitanden, die sich im Anschluss an die erfolgreich absolvierte Rehabilitation im Einzugsgebiet des Projekts niederlassen und dort arbeiten wollen bzw. an einen Arbeitsplatz zurückkehren
Betreutes Wohnen Lahr oder Offenburg (Einrichtungen des Integrationszentrums Lahr)	von einer externen Rehabilitationseinrichtung zur Nachsorge aufgenommene ehemaligen Rehabilitanden
Beratungsstellen im Einzugsgebiet	Klienten, die nach einer Rehabilitationsbehandlung im Rahmen der Nachsorge betreut werden
Agentur für Arbeit bzw. Kommunale Arbeitsförderung Lahr	Personen, die nach einer Suchtrehabilitation aufgrund von Arbeitssuche registriert werden
Unternehmen und Betriebe der Umgebung	Mitarbeiter, die nach einer Suchtrehabilitation in das Unternehmen bzw. den Betrieb zurückkehren

**Kasten 4-3:** Angestrebte Vermittlungswege zur Erreichung der in den jeweiligen Einrichtungen erwarteten Zielgruppe

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Der Zugang zur Maßnahme (n=39) verlief in den meisten Fällen über das Adaptionszentrum selbst. 90 % (n=35) der Teilnehmer hatten zuvor die Rehabilitationsbehandlung in der Adaption Lahr abgeschlossen. Nur drei Teilnehmer wurden von der kooperierenden externen Beratungsstelle zugewiesen. Eine Person wurde direkt nach der Entwöhnungsbehandlung in der Rehaklinik Freiolsheim in das Projekt aufgenommen und kann damit auch als interne Vermittlung betrachtet werden. Die befragten Arbeitgeber berichten, über das Integrationszentrum (58 %) oder über den Arbeitnehmer selbst (42 %) von dem Projekt erfahren zu haben. Der Hauptanteil der teilnehmenden Klienten erfüllte die Teilnahmevoraussetzung. Bei zwei Personen war der maximal zulässige Zeitraum von drei Monaten zur vorhergehenden Rehabilitationsbehandlung um einen bzw. um sechs Monate überschritten worden. Alle Teilnehmer waren voll erwerbsfähig.

Alle Rehabilitanden der Adaptionseinrichtung Lahr wurden über das Projekt BISS informiert. Bei entsprechenden Gelegenheiten wurden auch externe Personen über das Projekt informiert. Informationsgrundlage bildeten ein Vortrag, Informationsflyer und das persönliche Gespräch. Hierbei wurden Informationsmöglichkeiten bereits im Rahmen der Adaptionsbehandlung genutzt.

Die Durchführenden berichten, dass allen Personen, die nach regulärem Abschluss auch weiterhin im Einzugsgebiet wohnen und arbeiten wollten, das Teilnahmeangebot an BISS unterbreitet wurde. Lediglich acht der für die Teilnahme in Frage kommenden Personen lehnten das Angebot ab, womit also ein großer Anteil der Zielgruppe erreicht werden konnte. Die zuletzt genannten Informationen wurden jedoch nicht dokumentiert, es handelt sich also um eine retrospektive Einschätzung der Durchführenden.

Der fehlende Zulauf von externen Stellen wird auch von den Durchführenden beschrieben. Zieleinrichtungen für Überweisungen seien zwar informiert worden, jedoch gebe es keine strukturierte Zusammenarbeit. Trotz einer sehr positiven Bewertung der Maßnahme seien der Wert und das Bewusstsein für die Möglichkeit, Rehabilitanden in die Maßnahme vermitteln zu können, „*noch nicht richtig in den Köpfen angekommen.*“ Bei für die Rehabilitation von Alkoholkranken spezialisierten Einrichtungen gebe es auch Schwierigkeiten mit Kostenzusagen für Drogeneinrichtungen wie das Integrationszentrum Lahr. Man erkenne die für den Suchtbereich typische Schnittstellenproblematik und den Einfluss einer fehlenden Beziehung zu Nachbehandlern. Bei Beratungsstellen und der Agentur für Arbeit bzw. der kommunalen Arbeitsförderung gehöre zudem nur ein geringer Anteil der dortigen Klienten zum eigentlichen Zielklientel von BISS. Häufig werde konsumiert oder der Zeitraum zur letzten Rehabilitationsmaßnahme sei bereits zu groß.

Die Vermittlung von Klienten von externen Stellen sei während des Evaluationszeitraums nicht forciert worden, da ausreichend Zulauf durch internes Klientel erreicht werden konnte und die wenigen Erfahrungen mit Personen von externen Stellen problematisch gewesen seien. Für die notwendige Akquise hätten die Zeit und die Ressourcen nicht ausgereicht. Zukünftiges Ziel sei nach wie vor, andere Einrichtungen vermehrt einzubeziehen.

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Bzgl. der kooperierenden Arbeitgeber gebe es mehr unterschiedliche Arbeitsbereiche, verantwortungsvollere Jobs und mehr Ausbildungsplätze, als man dies erwartete habe.

#### *Teilnahme, Austritte und Verlängerung*

Das Projekt hatte eine stabile Teilnehmerquote und eine Haltequote von über 50 %.

Tabelle 8-11 (Anhang S. 351) gibt einen Überblick über die Teilnehmerzahlen und somit über die Auslastung des Projekts für jeden Monat. Personen, die bereits in der Vorlaufzeit des Projekts teilgenommen hatten, und mit in die Phase des Modellprojekts übernommen wurden sowie die Teilnehmer, die nach dem Stichtag der letzten Studienaufnahme in BISS eingetreten sind, sind zusätzlich aufgeführt. Über den gesamten Projektverlauf hinweg erkennt man stabile Teilnehmerzahlen von über 20 Personen (Range: 20-26). Ein Großteil der Teilnehmer wurde in der Gruppe für Personen mit Arbeit betreut.

Von den 39 untersuchten Personen haben 21 (53,8 %) mindestens das gesamte geplante Jahr an BISS teilgenommen. Drei Personen (7,7 %) verließen das Projekt sehr frühzeitig (Teilnahmedauer unter 1,5 Monate), weitere neun Personen während des restlichen ersten Halbjahres (23 %) und sechs Personen während des zweiten Halbjahres der Projektteilnahme (15,4 %). Mit 13 Personen (33,3 %) wurde eine Verlängerung der Teilnahme vereinbart.

In Kasten 4-4 sind die Verlängerungs- bzw. Beendigungsgründe zusammenfassend aufgeführt.

Bei einer Person ist die Teilnahme „*einfach so*“ weiter gelaufen, ohne dass „*darüber gesprochen wurde*“ (einer der ersten Teilnehmer). Bei einer weiteren Person wurde auf Wunsch des Arbeitgebers und auch auf eigenen Wunsch verlängert, da die Person weiterhin Einzelgespräche in Anspruch nehmen wollte und sich in einer neuen Wohnsituation (nicht mehr im Betreuten Wohnen) befand. Eine Person hatte sich aufgrund einer persönlichen Krise noch zu unsicher gefühlt, eine wurde aufgrund eines Rückfalls kurz vor Beendigung des Jahres und anschließender Auffangtherapie verlängert. Neun Personen nahmen über das Jahr hinaus an dem Projekt teil, da sie sich in einem Ausbildungsverhältnis befanden und ihnen eine Teilnahme bis zum Ende der Ausbildungszeit ermöglicht wurde.

Bei den frühzeitigen Ausschlüssen (unter 1,5 Monate) handelte sich um irreguläre Entlassungen aufgrund von anhaltenden Rückfällen bzw. dem Abbruch der Auffangtherapie. Gründe bei den Abbrüchen während des restlichen ersten Halbjahres waren das fehlende Interesse von Arbeitgebern (z. B. bei Zeitarbeitsfirmen oder nicht kooperierenden Firmen), fehlendes persönliches Interesse (nicht mehr melden, in der Gruppe fehlen), der Umzug in eine andere Umgebung und eine fehlende Abstinenzbereitschaft. Bei drei Personen kam es zu Rückfälligkeit mit anschließender Ablehnung der Rückfallbearbeitung oder dem Abbruch der Auffangtherapie, weshalb diese aus dem Projekt entlassen wurden. Im 2. Halbjahr der Projektteilnahme verließen weitere sechs Personen das Projekt. Gründe waren längere Therapieaufenthalte aufgrund von Rückfälligkeit, der Abbruch einer Auffangtherapie, die Rückverle-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

gung in Therapie nach § 64 aufgrund der Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie fehlendes persönliches Interesse oder fehlendes Interesse des Arbeitgebers (Zeitarbeitsfirma).

Verlängerte Teilnahme	Frühzeitige Beendigung
<ul style="list-style-type: none"><li>• Wunsch des Arbeitgebers</li><li>• Ausbildungsverhältnis</li><li>• ohne besonderen Grund</li><li>• persönliches Interesse</li><li>• Unsicherheit</li><li>• neue Wohnsituation</li><li>• persönliche Krise</li><li>• Rückfall mit Auffangtherapie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• fehlendes Interesse des Arbeitgebers (z. B. bei Zeitarbeitsfirmen)</li><li>• fehlendes persönliches Interesse</li><li>• Nicht-Teilnahme an Gruppen</li><li>• Umzug</li><li>• Rückfälle<ul style="list-style-type: none"><li>- ohne Bereitschaft zur Aufarbeitung</li><li>- mit Abbruch von Auffangtherapien</li><li>- mit ambivalenter/ fehlender Abstinenzbereitschaft</li></ul></li><li>• fehlende Abstinenzbereitschaft (ohne Rückfall)</li><li>• Rückverlegung in Therapie nach § 64 (Abbruch des Arbeitsverhältnisses)</li></ul>

**Kasten 4-4:** Gründe für die verlängerte Teilnahme und die frühzeitige Teilnahmebeendigung am Projekt BISS

#### 4.2.2 Umsetzungsgestaltung des Projekts

Im Manual des Projekts sind die von den Initiatoren und Durchführenden konzipierten Maßnahmen und Interventionen im Rahmen der BISS-Teilnahme sowie die Rahmenbedingungen des Projekts beschrieben. Die tatsächliche Durchführung und Inanspruchnahme wird in diesem Kapitel hinsichtlich der Darstellung der erfassten Leistungen, die Analyse der Verlaufsdokumentationen und über subjektive Aussagen der Klienten und Durchführenden beschrieben. Die qualitativen Darstellungen beinhalten Informationen zu strukturellen und inhaltlichen Aspekten der Umsetzung. Von den Durchführenden beschriebene Veränderungen über die Projektlaufzeit sollen den Entwicklungsprozess widerspiegeln. Abschließend wird die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern beschrieben.

##### 4.2.2.1 Leistungsdokumentation

**Datenquellen:** Leistungsdokumentationssystem in PATFAK

**Stichprobe:** Leistungen dokumentiert von den Durchführenden (n=3)

**Weitere Informationen:** Der für BISS verwendete Leistungskatalog befindet sich im Manual des Projekts.

Im Dokumentationssystem PATFAK werden die im Rahmen des Projekts BISS durchgeführten Leistungen erfasst. Hierbei werden sowohl ein spezifisch für das Modellprojekt entwickelter Leistungskatalog als auch Leistungen aus dem bestehenden Katalog des Integrationszent-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

rum Lahr verwendet. Nach Aussagen der Durchführenden sind Dokumentationslücken bei Leistungen entstanden, die „nebenbei“ erbracht wurden, wie z. B. Tür-und-Angel-Gespräche und unterwegs oder in der Freizeit angenommene Telefonate. Weiterhin gebe es personelle Überschneidungen mit dem Betreuten Wohnen, was zu Schwierigkeiten in der Zuordnung der Leistungen geführt habe. Fahrtzeiten seien zu den damit zusammenhängenden Leistungen hinzugefügt, also nicht gesondert dokumentiert worden.

Es sind deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung der Leistungen aus dem Leistungskatalog zu erkennen. Bei den 39 untersuchten Teilnehmern wurden im jeweiligen Beobachtungszeitraum (variierte je nach Teilnahmedauer zwischen 1-12 Monaten) 34 unterschiedliche Leistungen dokumentiert. Hierbei handelte es sich hauptsächlich um Leistungen aus dem speziell für das Projekt BISS aufgestellten Leistungskatalog B1-B20 (Anhang S. 352: Tabelle 8-12). Daneben wurden vereinzelt auch Leistungen dokumentiert, die in anderen Bereichen des Integrationszentrums verwendet werden (Anhang S. 353: Tabelle 8-13).

Bei vielen Klienten entsprachen die dokumentierten Leistungen nicht immer den tatsächlich durchgeführten Leistungen oder dem, was aus dem Konzept des Programmes eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Beispielsweise wurde die Leistung B13 „Erstellen eines Abschlussberichtes“ für keinen Klienten abgerechnet, erstellt wurden aber bis zum Ende des Erhebungszeitraums sechs Abschlussberichte. Bei einigen Klienten wurden deutlich weniger Gruppenteilnahmen dokumentiert, als diese in Anbetracht der individuellen Teilnahmedauer anzunehmen gewesen wären, da die Teilnahme obligatorisch ist. Aufgrund einer fehlenden gesonderten Dokumentation der Gruppenteilnahme und einer unzureichenden Dokumentation in den Verlaufsberichten kann nicht geklärt werden, ob es sich hierbei um fehlende Leistungsdokumentationen oder tatsächliche Fehlzeiten handelt. Auch die Dokumentation der Vertragsabschlüsse entspricht nicht den tatsächlich vorhandenen Verträgen.

Ein Besuch am Arbeitsplatz wurde lediglich bei einem geringen Teil der Teilnehmer dokumentiert. Arbeitsbezogene Gespräche fanden bei einem Großteil der Teilnehmer statt, auch individuelle Bewerbungstrainings wurden bei einigen der Arbeitssuchenden durchgeführt. Ein Drittel der Teilnehmer wurde mit „Gesprächen mit Behörden und Institutionen“ unterstützt. Besuche beim Klienten zuhause fanden bei sechs Personen statt, zumeist nur einmalig. Kontrollen fanden laut der Leistungsdokumentation bei 27 der 39 Personen statt. Bei zwölf Personen (30,8 %) wurden im Rahmen der Leistungsdokumentation während der Teilnahme keine Kontrollen erfasst. Eine Rückfallbearbeitung wurde für fünf Personen erfasst.

Die dokumentierten Leistungen aus dem bereits vorhandenen Standardkatalog des Integrationszentrums Lahr (Anhang S. 353: Tabelle 8-13) beziehen sich zumeist auf Einzelgespräche, sei es im therapeutischen Kontext, Gespräche zusammen mit anderen (z. B. Arbeitgeber) oder Beratungsgespräche. Hinzu kommen Dokumentationen zu Ausflügen, zur psychoedukativen Gruppe und zum Kontakt mit Vor- und Nachbehandlern. Die Leistungsziffern scheinen nicht systematisch verwendet worden zu sein, da sie sich einerseits untereinander überschneiden wie beispielsweise „Therapie als Systemische Therapie (L35)“, „Systemische The-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

rapie Einzel (PT 20)“, „Einzeltherapie (L39)“ „Einzelgespräch VT (GT01) und „VT Einzel“, andererseits wird die Abgrenzung zum BISS-Katalog nicht ersichtlich, wie es bei „Psychoedukative Gruppe: Berufliche Orientierung (L12)“ und „Gruppe BISS berufliche Orientierung“ der Fall ist. Alle Leistungen des Standardkatalogs wurden nur für vereinzelte Personen dokumentiert.

Der Range der Häufigkeit der pro Person dokumentierten Leistungen in Tabelle 8-12 (Anhang S. 352) zeigt, dass Leistungen teilweise nur einmal, bei anderen deutlich häufiger vollbracht wurden. Die Unterschiede sind besonders deutlich bei der Gruppenteilnahme, den Kontrollen und den arbeitsbezogenen Einzelgesprächen.

Das Dokumentationsmuster zum Anteil der Leistungsempfänger der unterschiedlichen Leistungen ist bei den Personen, die das ganze Jahr an BISS teilgenommen haben (Beender), und denen, die abgebrochen haben (Abbrecher), ähnlich (Anhang S. 354: Tabelle 8-14). Nur der Personenanteil bei arbeitsbezogenen Leistungen für aktuell Arbeitstätige (Arbeitgebergespräche, Gruppe BISS berufliche Orientierung, arbeitsbezogenes Gespräch mit Klient) ist bei der stabilen Gruppe höher. Die Abbrecher verteilen sich vermehrt auf Leistungen zur Arbeitsintegration (Gruppe Bewerbungstraining, Bewerbungstraining einzeln).

Der Vergleich der durchschnittlichen Anzahl von Leistungserbringungen zeigt deutlich, dass die Gruppe der Abbrecher teilweise ähnlich viele oder sogar mehr Leistungen benötigte, obwohl diese insgesamt eine kürzere Teilnahmedauer hatten (Anhang S. 355: Tabelle 8-15). Die vermehrte Leistungserbringung bei den Abbrechern betrifft Leistungen, die in Zusammenhang mit Krisensituationen stehen (Telefonkontakte mit Klient, Kontrollen, Besuch bei Klienten zuhause, Rückfallbearbeitung) oder Leistungen für Personen ohne Arbeit betreffen (Bewerbungstraining, Gespräch mit Behörden). Ausnahme waren lediglich allgemeine Angebote (Vertragsabschluss, Präventionsangebot im Betrieb), Gesprächsangebote mit dem Arbeitgeber, die obligatorische BISS-Gruppe für Arbeitstätige (längere Teilnahme entspricht häufigerer Inanspruchnahme) und Angebote, die von sehr wenigen wahrgenommen wurden und somit ohnehin geringe Durchschnittswerte aufwiesen.

Die Leistungen aus dem Standardkatalog des Integrationszentrums sind größtenteils zeitlich festgelegt. Die Leistungen des BISS-Katalogs hatten, außer der „Gruppe BISS berufliche Orientierung“, keinen festgelegten zeitlichen „Wert“. Fraglich ist, ob eine Festlegung der Leistungsdauer sinnvoll oder ob dies, aufgrund des bedarfsorientierten Konzepts der Maßnahme BISS, hinderlich gewesen wäre. Tabelle 8-16 (Anhang S. 356) zeigt die durchschnittliche Dauer der Leistungen. Die Maximale und minimale Dauer einer einzelnen Leistung unterschied sich bei fast allen Leistungen beträchtlich. Dies kann z. B. auf unterschiedlich lange Fahrzeiten bei außerhalb der Einrichtung erbrachten Leistungen zurückgeführt werden, die innerhalb der erbrachten Leistung dokumentiert wurden, oder auch auf die an einen individuellen Bedarf angepasste Leistungserbringung. Die durchschnittliche Leistungsdauer unterscheidet sich nicht deutlich zwischen den Beendern und Abbrechern. Unterschiede sind somit auf individueller Ebene zu suchen. Die Anzahl der Leistungen sagt aktuell nur in Kombination mit

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

der individuellen Betrachtung der Leistungsdauer etwas über die Intensität der Leistung aus. Extern erbrachte Leistungen beinhalten oftmals die Fahrtzeiten, weshalb eine Bestimmung des direkten zeitlichen Interventionsaufwands nicht möglich ist. Dieser wäre durch eine separate Erfassung der Fahrtzeiten leicht zu quantifizieren gewesen.

#### 4.2.2.2 Verlaufsdokumentation

Die Verlaufsdokumentationen sind Teil der standardmäßigen Dokumentation im Projekt BISS. Sie wurden herangezogen, um einen Eindruck der Abläufe in der Projektumsetzung zu gewinnen.

**Datenquellen:** Verlaufsdokumentationen

**Stichprobe:** Teilnehmer: n=39 dokumentiert von den Durchführenden (n=3)

**Weitere Informationen:** Die Verlaufsdokumentationen wurden ereignisbezogen von den Durchführenden erstellt. Auswahl, Ausführlichkeit und Inhalte der Dokumentation lagen in der Hand der Durchführenden.

Die Auswertung der Ereignisdokumentation bezieht sich auf das erste Teilnahmejahr. Dokumentationen von Ereignissen nach Verlängerung der Teilnahme waren nicht mehr Gegenstand der Analysen.

Insgesamt unterschieden sich die individuellen Verlaufsdokumentationen deutlich in ihrer Ausführlichkeit und der Häufigkeit der Ereignisse und Kontakte. Die Analyse der Verlaufsbögen ergab fünf inhaltliche Bereiche von Beratungen, Unterstützungen, Gesprächen und Interventionen.

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Bei der **beruflichen Wiedereingliederung** wurden Klienten bei der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur in ihrer Arbeitssuche und den Bewerbungsaktivitäten, bei Bewerbungsgesprächen und Kontakten zu Behörden unterstützt. Zudem wurden Tätigkeiten bis zum Berufseinstieg angeregt (Kasten 4-5).

<b>Berufliche Wiedereingliederung</b>	
<b>Erstellung und Reflexion von Wochenplänen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tagesstruktur</li><li>• Umgang mit Situation ohne Arbeit</li><li>• Motivation und Antriebslosigkeit</li></ul>	<b>Vermittlung in oder Anregung von Tätigkeiten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Qualifizierungsmaßnahmen (auch Schulabschlüsse)</li><li>• ehrenamtliche Tätigkeiten</li><li>• Arbeitseinstieg über Praktika, Probearbeiten, Ein-Euro-Jobs</li></ul>
<b>Unterstützung und Beratung bei der Arbeitssuche</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexion/ Kontrolle der Bewerbungssituation</li><li>• Adressen heraussuchen</li><li>• Bewerbungsunterlagen erstellen/ vervollständigen</li><li>• Besprechung von Voraussetzungen (Flexibilität, Umgang mit Leistungseinschränkungen, Gehaltsvorstellungen)</li><li>• Hilfe bei Berufsentscheidungen/-wahl</li><li>• Umgang mit Wartezeiten, Absagen oder Ablehnung von Umschulungen</li></ul>	<b>Unterstützung bei Bewerbungsgesprächen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rollenspiele</li><li>• Bewerbungstrainings (über Kommunale Arbeitsförderung)</li><li>• Begleitung zu Vorstellungsgesprächen</li></ul> <b>Unterstützung bei Kontakten zu Behörden</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antragstellungen (Umschulung, Arbeitslosengeld, Lohnkostenzuschüsse)</li><li>• Begleitung zu Behörden</li></ul>

**Kasten 4-5:** Themen, Gespräche, Beratung, Unterstützung und Interventionen zur beruflichen Wiedereingliederung

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Die **arbeitsbezogene Unterstützung** für Klienten nach erfolgreicher beruflicher Integration betraf den Umgang mit Arbeitsbelastungen, Schwierigkeiten und Konflikten am Arbeitsplatz, Fragen zu Rahmenbedingungen, Unterstützung bei Formalien, die Begleitung zu Arbeitgebergesprächen und auch die allgemeine Reflexion und Förderung der Arbeitsleistung und -zufriedenheit (Kasten 4-6).

<b>Arbeitsbezogene Unterstützung</b>	
<b>Umgang mit Arbeitsbelastungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• psychisch (Frustration, Motivation, Überforderung, Unzufriedenheit, Ängste)</li><li>• körperlich (Überlastung, Kräfteinteilung, Krankheit, Arbeitsunfälle, Arbeitsfähigkeit)</li><li>• Krankheitstage und „blaumachen“</li><li>• Entwicklung von Problemlösestrategien</li></ul>	<b>Unterstützung und Beratung bei Formalien</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeits- und Ausbildungsverträge (Ausarbeitung, Prüfung, Unterzeichnung)</li><li>• Kündigungen (Umwandlung fristloser Kündigungen in Aufhebungsverträge bzw. fristgerechte Kündigung, Leistungssperre)</li><li>• Arbeitszeugnisse</li><li>• Finanzierung (Ausbildung, Studium, Praktika)</li><li>• Lohnkostenzuschüsse</li><li>• Organisation von Brückenbeschäftigung (z. B. bis Ausbildungsbeginn)</li></ul>
<b>Umgang mit Schwierigkeiten und Konflikten am Arbeitsplatz</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Unterstützung bei Arbeitgebergesprächen</li><li>• Abgrenzung (nein sagen, Anrufe in Freizeit)</li><li>• Umgang mit Kritik, Kündigungsandrohungen</li><li>• Zwischenmenschliches (Launen des Chefs, schwierige Kollegen, schwierige Patienten oder Angehörige, Kritik von Kunden)</li><li>• Geheimhaltung von Betriebsinterna</li></ul>	<b>Begleitung zu Arbeitgebergesprächen</b>  <b>Reflexion der Arbeitsleistung und Zufriedenheit</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zeitmanagement, Selbstcoaching</li><li>• Strategien zur Verbesserung der Arbeitsleistung</li><li>• Arbeitsplatzbesuche</li><li>• Vorlage von Berichtsheften</li><li>• Schulnoten, Nachhilfe</li></ul>
<b>Thematisierung von Rahmenbedingungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Fahrtkosten, Bereitschaftsdienste, Arbeitswege, Stellenprozente, Festanstellung, Arbeitsaufgaben)</li><li>• Gehalt, Wunsch nach Vorschuss</li><li>• Möglichkeit der Gruppenteilnahme</li><li>• Ausüben von Nebentätigkeiten</li><li>• Probezeiten, befristete Verträge, Übernahme</li></ul>	<b>Reflexion der Arbeitssituation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vor- und Nachteile eines Arbeitsplatzwechsels (z. B. Auswirkung auf Zeugnis)</li><li>• Motivation zur Fortführung von Ausbildungen</li><li>• Vor- und Nachteile Zeitarbeit</li><li>• Wunsch nach neuen Aufgaben</li></ul> <b>Offenheit gegenüber dem Arbeitgeber (bzgl. Suchterkrankung) als Teilnahmevoraussetzung</b>

**Kasten 4-6:** Themen, Gespräche, Beratung und Interventionen zur arbeitsbezogenen Unterstützung

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

In den Verlaufsdocumentationen fanden sich unterschiedliche Inhalte im Bereich **Kontakt zu den Arbeitgebern** der Klienten. Es fanden telefonische, persönliche und Kontakte per Mail statt, auch auf Initiative von Arbeitgebern. Neben Kontakten zur Regelung der Projektteilnahme gab es inhaltlichen Austausch zur Situation und Leistung des Klienten und zu den Rahmenbedingungen der Beschäftigung. Intensiven Austausch gab es im Rahmen der Begleitung bei Rückfällen der Klienten (Kasten 4-7).

<b>Kontakt zu Arbeitgebern</b>	
<b>projektbezogene Inhalte</b>	<b>Rahmenbedingungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Abschluss des Dreiecksvertrags</li><li>• Gruppentermine während Arbeitszeit</li><li>• Wunsch nach Sicherheit</li><li>• Projektverlängerung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• gemeinsame Vorstellungsgespräche</li><li>• Übernahme, Überbrückungsbeschäftigung</li><li>• Vertragsgestaltung/-unterzeichnung</li><li>• Beantragen von Eingliederungshilfe, Lohnkostenzuschuss</li><li>• Lohnverhandlungen</li><li>• Kündigungen (Umwandlung in Aufhebungsvertrag, fristgerechte Kündigung)</li></ul>
<b>Austausch über den Klienten (Arbeitnehmer)</b>	<b>Begleitung bei Rückfällen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• gemeinsame Gespräche (z. B. bei Ängsten des Klienten)</li><li>• Pünktlichkeit, blaumachen</li><li>• Fehlzeiten, Auffälligkeiten, Bedenken und Sorge um Klient</li><li>• Rücksprache bei Schwierigkeiten (ständiger Wunsch nach Vorschuss, Nichteinhaltung von Vereinbarungen, z. B. der Urinkontrollen)</li><li>• körperliche Einschränkungen des Klienten</li><li>• Umgang mit Kündigung von Seiten des Klienten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gespräche über weiterführende Beschäftigung nach Rückfall</li><li>• Verhandlungen bzgl. Ausfall bei Auffangbehandlungen</li><li>• Vereinbarung von Auflagen nach Rückfall</li><li>• Umgang mit Enttäuschung bei Rückfall</li></ul>

**Kasten 4-7:** Themen, Gespräche, Beratung, Unterstützung und Interventionen im Kontakt zu Arbeitgebern

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Neben den die berufliche Integration betreffenden Themen wurden vielfache inhaltliche Themen dokumentiert, die **der Nachsorge der Suchterkrankung** zugeordnet werden können. Diese beinhaltet Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe, die Thematisierung des Umgangs im Kontakt mit Konsumenten und die Bearbeitung von Rückfällen sowie notwendige anschließenden Maßnahmen wie z. B. die Organisation von Entgiftungen und Auffangbehandlungen, die Vereinbarung von Auflagen und die Unterstützung zum Erhalt des Arbeitsplatzes (Kasten 4-8).

<b>Nachsorge der Suchterkrankung</b>	
<b>Rückfallprophylaxe</b>	<b>Rückfälle und Vorfälle</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• erarbeiten von Strategien</li><li>• Nachsorgekontakt/-vermittlung</li><li>• Selbsthilfegruppe</li><li>• Abstinenzmotivation und -gefährdung</li><li>• Umgang mit Suchtdruck</li><li>• Urinkontrollen</li><li>• Kriseninterventionen</li><li>• Vermeidung des Aufsuchens von Hochrisikosituationen</li><li>• Umgang mit Ereignissen (Weltmeisterschaft, Weihnachten, Silvester, Feiertage etc.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konsum von Alkohol in Lebensmitteln oder alkoholischen Getränken</li><li>• Rückfallbearbeitung</li><li>• Reflexion von Rückfallerfahrungen (auch in Gruppe)</li><li>• Organisation von Entgiftungen und Auffangbehandlungen (auch bzgl. Kostenzusagen)</li><li>• Vereinbarung von Auflagen nach Rückfall (z. B. Einzelgespräche, vermehrte Urinkontrollen)</li><li>• Glücksspiel und Sportwetten</li><li>• Unterstützung zum Erhalt des Arbeitsplatzes bei Rückfall</li></ul>
<b>Umgang im Kontakt zu Konsumenten</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Abgrenzung (drogenbezogene Anfragen, Konsumangebote, Konsum im Umfeld)</li><li>• Kontakt zu altem Umfeld</li><li>• Kontakt zu ehemaligen, rückfälligen Patienten und Klienten</li></ul>	

**Kasten 4-8:** Themen, Gespräche, Beratung, Unterstützung und Interventionen zur Nachsorge der Suchterkrankung

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Es wurden weitere **allgemeine Themen** dokumentiert, zu denen Gespräche, Unterstützung und Beratungen stattfanden. Diese beziehen sich auf die Lebensgestaltung, bürokratische Themen, gesundheitliche Schwierigkeiten und zwischenmenschliche Themen. Auch in diesen allgemeinen persönlichen Themenbereichen mussten Kriseninterventionen durchgeführt werden (Kasten 4-9).

Allgemeine Themen	
<b>Lebensgestaltung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Umgang mit Geld/Haushaltsplan/Schulden</li><li>• Wohnsituation (Umzug, Wohnungssuche, Renovierung)</li><li>• Kontakt zu Angehörigen/nahestehenden Personen</li><li>• Freizeitgestaltung und Aktivitäten (auch mit BISS)</li><li>• Zieldefinition</li></ul>	<b>Gesundheitliches</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medikamente</li><li>• Erkrankungen, ärztliche Atteste, ambulante Therapie</li><li>• Krankenversicherung</li><li>• psychische Beeinträchtigungen körperliche Erkrankungen</li></ul>
<b>formelle Themen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fahrtkosten, Führerschein</li><li>• Antragstellung</li><li>• Rechtspflege, Sozialstunden</li></ul>	<b>zwischenmenschliche Themen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sozialverhalten, Schlägereien</li><li>• Umgang mit Druck und Schuldgefühlen</li><li>• Schwierigkeiten (Eltern, Familie, Partnerschaft, Jugendamt, Trennungen)</li><li>• Netzwerkgespräche</li></ul> <b>Krisenintervention</b> (z. B. bei Suizidalität)

**Kasten 4-9:** Gespräche, Beratung, Unterstützung und Interventionen zu allgemeinen Themen

Das Arbeiten mit Rückfällen stellte für die Durchführenden eine neue Arbeitsweise dar. Da die Verläufe sich bei den Rückfälligen sehr unterschiedlich gestalteten, werden alle individuellen Verläufe von der Aufdeckung über die Maßnahmen bis hin zum Ergebnis aufgeführt (Anhang ab S. 357: Tabelle 8-17). Trotz allem waren gewisse Standardinterventionen auszumachen.

Die Mitteilung über Rückfälle kam aus unterschiedlichsten Quellen: vom rückfälligen Klient selbst, vom Arbeitgeber und von anderen Einrichtungen. Der genaue Vorgang der Rückfallaufdeckung ist zumeist nicht dokumentiert. Bei 14 Personen (36 %) wurden Rückfälle oder Vorfälle dokumentiert, bei drei Personen gab es zwei, bei einer drei Vorkommnisse. Der Anteil der Personen ohne Arbeit bei den Rückfälligen lag bei 64 %, obwohl diese in der Grundgesamtheit unterrepräsentiert sind, was auf eine höhere Rückfallgefährdung bei Personen ohne Arbeit hinweist.

Die tatsächlich durchgeführten (dokumentierten) Interventionen im Rahmen der Rückfallbearbeitung waren Kontrollen, Einzelgespräche, Kontakte mit dem Arbeitgeber, die Organisation von Auffangbehandlungen oder Nachbetreuung (mit Kontakten zu Suchteinrichtungen, Suchtberatungsstellen, Rentenversicherung und Sozialarbeitern), die Organisation von Überbrückungsmaßnahmen (z. B. Substitution), Kündigungsverhandlungen bei anhaltender Rückfälligkeit, Fallbesprechungen und die Thematisierung in den Gruppen. Es waren Schwierig-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

keiten bei der reibungslosen Vermittlung in Entgiftungen oder Auffangtherapien zu erkennen, was darauf schließen lässt, dass noch keine standardisierten Abläufe festgelegt oder Kooperationen bzgl. der Auffangtherapie geschlossen waren.

In den Verlaufsbögen konnten Lücken in der Dokumentation zur Inanspruchnahme, zum Verlauf von Ereignissen und zu Beginn und Beendigung der Maßnahme BISS ausgemacht werden:

Es wurden nur wenige entschuldigte bzw. unentschuldigte Fehlzeiten für die Gruppensitzungen dokumentiert. Erfasste Gründe für entschuldigtes Fehlen waren Krankheit, anderweitige Termine, Schichtdienst, einmalig auch fehlendes Geld für die Fahrkarte. Es war keine Standardintervention für das unentschuldigte Fehlen erkennbar, jedoch wurde meist Kontakt aufgenommen, manchmal folgten Einbestellungen zu Urinkontrollen. In der Leistungsdokumentation waren jedoch bei einigen Klienten deutlich weniger Gruppenteilnahmen dokumentiert, als diese in Anbetracht der individuellen Teilnahmedauer aufgrund der obligatorischen Teilnahme anzunehmen gewesen wären. Aufgrund einer fehlenden gesonderten Dokumentation der Gruppenteilnahme und der Möglichkeit von fehlenden Leistungsdokumentationen gibt es keine verlässlichen Angaben zur tatsächlichen Quote der Gruppenfehlzeiten und auch keine Informationen darüber, ob diese entschuldigt oder unentschuldigt zustande gekommen sind.

Hausbesuche wurden nur bei einer Person dokumentiert. Möglicherweise liegt dies daran, dass einige der Teilnehmer im anliegenden Betreuten Wohnen untergebracht sind und Besuche dort nicht gesondert dokumentiert wurden.

Bzgl. der Alkohol- und Drogenkontrollen waren Vereinbarungen hinsichtlich einer regelmäßigen Abgabe in Folge von Rückfällen oder Schwierigkeiten zu finden. Die Durchführung und Ergebnisse von Kontrollen oder die Umsetzung der Kontrollvereinbarungen wurden nur selten vermerkt, vermutlich da diese auf einem gesonderten Formular festgehalten werden sollten. Dokumentationen zu Kontrollen und Kontrollergebnissen in den Bögen zu Alkohol- und Urinkontrollen fehlen bei 20 Personen (51 %). Demnach wurden Ergebnisse aus den Kontrollen nur lückenhaft aufgezeichnet.

In den Verlaufsbögen fehlten an einigen Stellen Folgedokumentationen zu Ereignissen (Bewerbungen, Schwierigkeiten, Rückfällen) oder es gab große zeitliche Lücken zwischen einzelnen Einträgen. Auch waren teilweise Vorgehensweisen bei Entlassungen oder Beendigungen der Teilnahme nicht ausführlich oder gar nicht dokumentiert. Bis zum Ende des Erhebungszeitraums wurden sechs von achtzehn ausstehenden Abschlussberichten (33 %) erstellt.

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

#### 4.2.2.3 Perspektive der Durchführenden zum Projektverlauf

Die Durchführendenperspektive zum Projektverlauf wurde aus zwei Interviews mit den BISS-Mitarbeitern generiert. Die Themenbereiche wurden aufgrund der offenen Interviewstruktur nicht alle gesondert erfragt. Die im Interviewverlauf zu den jeweiligen Projektelementen getroffenen Aussagen wurden im Nachhinein thematisch zugeordnet und zusammengefasst. Im Anhang ab Seite 362 (Tabelle 8-18) sind die Projektumsetzung und die Erfahrungen der Durchführenden zusammengefasst.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews

**Stichprobe:** Stakeholder: n=3 (Durchführende der Maßnahme BISS)

**Weitere Informationen:** In die Durchführendenperspektive fließen Erfahrungen mit allen an BISS teilnehmenden Klienten mit ein und beziehen sich somit nicht nur auf die in die Evaluationsstudie eingeschlossenen Personen.

Die Erfahrungen der Durchführenden zeigen, dass, neben der Motivation als Voraussetzung, Klienten dann profitieren, wenn sie sich in einer herausfordernden oder schwierigen Situation befinden oder sich durch die Vermittlung in Ausbildung beruflich weiterentwickeln können. Vom Projekt profitiert hätten vor allem diejenigen, die in einen Ausbildungsplatz vermittelt werden konnten, die rückfällig waren und Personen, die (nach außen versteckte) Kompetenzschwächen aufwiesen und somit im Verlauf Unterstützung benötigten. Personen ohne Hilfesystem (z. B. durch das Betreute Wohnen) profitierten mehr, hätten so weiterhin einen „Anker“. Hier habe sich auch gezeigt, dass es schlecht sei, wenn beide Maßnahmen (BISS und Betreutes Wohnen) zeitgleich endeten, da Brüche oder Veränderungen letztendlich eine kritische Situation darstellen, weswegen in solchen Fällen flexibel mit Vertragsverlängerungen im Projekt umgegangen worden sei. Die Inanspruchnahme der Verlängerungen habe den Bedarf und die hilfreiche Wirkung bestätigt. Die Abstinenzmotivation sei ein weiterer entscheidender Faktor, um von der Maßnahme profitieren zu können. Man erkenne eine Positivselektion der Teilnehmer, da diese zumeist freiwillig dabei seien, und Personen ohne Arbeitsmotivation sich erst gar nicht für die Teilnahme am Projekt entscheiden würden (Kasten 4-10).

- Klienten, die in Ausbildungen vermittelt wurden
- Klienten mit Abstinenzmotivation
- Klienten mit Arbeitsmotivation
- Klienten mit Kompetenzschwächen
- Rückfällige Klienten
- Klienten ohne weiteres Hilfesystem
- Klienten, die alleine wohnen
- Klienten in Übergangsphasen (z. B. Auszug aus dem Betreuten Wohnen)

**Kasten 4-10:** Merkmale der von BISS besonders profitierenden Klienten aus den Erfahrungen der Durchführenden

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Die Umsetzung der Maßnahmen habe sich immer nach dem individuellen Bedarf der Klienten gerichtet. Nachgefragt worden sei dabei die Gesamtheit des Angebots, sowohl durch die Klienten, als auch durch die Arbeitgeber. Nur das System des 24-Stunden-Dienstes über das Integrationszentrum sei nicht genutzt worden, auch nicht in Krisen, es sei immer die Nummer der BISS-Mitarbeiter gewählt worden, wohl um gezielt auf diese zugreifen zu können. Unterstützt worden seien die Klienten in vielfältigen Bereichen wie beispielsweise dem Erstellen von Bewerbungsmappen, Wiedererlangung des Führerscheins, Begleitung zu Gesprächen im Landratsamt, Begleitung zum Arbeitgeber und Beantragung von Qualifikationsmaßnahmen oder Lohnkostenzuschüssen.

Es habe im Vergleich zur Adaption ein vertrauterer Verhältnis auf gleicher Ebene bestanden, *„Wir sind nicht mehr die Therapeuten!“*, was vor allem in der Gruppe für Personen mit Arbeit erfahrbar gewesen sei und von den Durchführenden als Bereicherung empfunden wurde: *„Jeder gibt dir Donnerstag die Hand [...] da ist keine schweißige Hand [...] ist ein ganz anderes Verhältnis.“* Zudem sei eine engere Bindung zu den Arbeitgebern entstanden, der Vorbehalt, jemanden einzustellen und vor allem in Ausbildung zu übernehmen, sei durch das dahinterstehende System geringer geworden. Jemand, der in Ausbildung ist, könne dann auch nicht so schnell wieder entlassen werden.

Aus Sicht der Durchführenden liegen die Anreize für die **Teilnahme** hauptsächlich in der Unterstützung bei der Integration in Arbeit und im Wunsch nach professioneller Unterstützung der Abstinenz. Zur Sicherung des Zulaufs sei das Projekt den potenziellen Arbeitgebern schon früh vorgestellt worden (bei 2. Praktikumsbesuch im Rahmen der Adaption). Entgegen des eigentlich angedachten Grundsatzes der freiwilligen Teilnahme für Klienten und zur Überraschung der Interviewten hätten sich einige Arbeitgeber das Projekt als Bedingung für die Einstellung des Klienten zunutze gemacht, um sich so sicherer zu fühlen. Einmalig sei die Teilnahme am Projekt auch als gerichtliche Auflage angeordnet worden. Einen weiteren Anreiz vermuten die Befragten in der Unterstützung bei Ämtern und Behördengängen, da Klienten teilweise negative Erfahrungen gemacht hätten oder *„Angst vor dem ganzen Papierkram“* bestünde.

Der **Zulauf** habe insgesamt die Erwartungen übertroffen, sei jedoch deutlich abhängig von den Belegzahlen der Adaptionen- und der Stammeinrichtung in Freilshheim. Während der Modelllaufzeit habe man sich auf die Aufnahme von „eigenen“ Klienten konzentriert, da mehr nicht zu leisten gewesen sei. Die Beziehungsarbeit und die Vorbereitung der Klienten und Arbeitgeber seien so zumeist schon im Rahmen der Adaptionenbehandlung geleistet worden. Vermittlungen durch andere Stellen haben, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, kaum stattgefunden. Dies solle sich jedoch zukünftig noch ändern. Aufgrund schwieriger Erfahrungen mit extern zugewiesenen Klienten, die die Rehabilitation teilweise schon vor längerem abgeschlossen hätten und auch vermehrt rückfällig geworden seien, sei ein maxi-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

maler zeitlicher Abstand von drei Monaten zur letzten Entwöhnungsbehandlung festgelegt worden, was zu ausbleibenden Vermittlungen von extern geführt habe.

Im Rahmen der **Beendigung** der Maßnahme hätten sich viele Klienten eine verlängerte Teilnahme gewünscht. Dieses Interesse habe die Erwartungen übertroffen. Oft sei dem Wunsch nach Verlängerung nachgegeben worden. Zusätzlich habe sich bei manchen Klienten das Problem gezeigt, dass zeitgleich zur offiziellen Beendigung von BISS nach einem Jahr oft auch der Auszug aus dem Betreuten Wohnen angestanden habe (maximale Wohndauer im Betreuten Wohnen ebenso ein Jahr). Wo zu Beginn eine Verlängerung der Teilnahme nur für Personen in Ausbildung oder für Rückfällige geplant war, seien die Kriterien für die Beendigung im Verlauf genauer festgelegt und um spezifische Situationen erweitert worden. In der Anfangszeit der Maßnahme habe man anstehende Beendigungen nicht konsequent umgesetzt. *„Von denen müssten wir uns eigentlich trennen!“*, war die Einsicht zur Halbzeit der Projektlaufzeit, da die Teilnehmerzahlen stetig gestiegen seien.

Die **Gruppentreffen** seien regelmäßig durchgeführt worden, die Treffen für Personen ohne Arbeit (Montagsgruppe) wöchentlich, die für Personen mit Arbeit (Donnerstagsgruppe) monatlich jeweils am dritten Donnerstag des Monats. Die Gruppe mit Arbeit mache sehr viel Freude und sei beeindruckend, es bestehe ein gutes Gesprächsniveau und weitgehend eine klare Abstinenzmotivation, *„ein Bonbon für uns“*. Aber auch die Montagsgruppe (ohne Arbeit) *„gibt einem was“*, vor allem die Arbeit mit den Motivierten mache Spaß. *„Man gibt klare Arbeitsaufträge und der hält sich dran und dann merkt man auch, dass was passiert.“* Motivierte Klienten bekomme man schnell in Arbeit. Die Durchführenden sind der Ansicht, dass die Teilnahmemotivation im Verlauf stärker abgeklärt werden und klarere Grenzen gesetzt werden sollten. *„[Wir müssen] ein Gespräch [darüber] führen, was wir erwarten. Und dass man ggf. das Verhältnis dann eben auch beendet.“* Die Gruppe für Personen ohne Arbeit sei notwendig, insbesondere in konjunkturschwächeren Zeiten, benötige jedoch deutlich mehr Betreuung und damit Ressourcen. Manchmal hätten Personen gefehlt, diese seien dann sofort zur Urinkontrolle einbestellt worden. Der Übergang von der Montagsgruppe in die Donnerstagsgruppe habe nicht bei allen funktioniert. Einige seien nach der Integration in Arbeit aus BISS ausgetreten, z. B. da Arbeit bei Zeitarbeitsfirmen begonnen worden seien. Es sei versucht worden, Verträge mit Zeitarbeitsfirmen möglichst zu vermeiden, da die Arbeit in Zeitarbeitsfirmen langfristig nicht gut gehen könne, was für Klienten teilweise nicht leicht nachzuvollziehen sei. Es habe keine Person gegeben, die auf Dauer Teil der Montagsgruppe gewesen sei (Austritt oder Wechsel in Donnerstagsgruppe). Der Austritt nach der Arbeitsintegration habe bei den Durchführenden gemischte Gefühle ausgelöst. Einerseits sei man *„[...] am Anfang [...] natürlich ein bisschen sauer, weil man sich da durchgeackert hat mit ihm und dann will er doch keinen Dreiecksvertrag.“* Andererseits *„[...] sind die, die wir in Arbeit bekommen [...] für mich ein Erfolg, egal, ob die dann weitermachen oder nicht.“*

**Einzelgespräche** seien bei Bedarf angeboten worden, hätten auch über das Betreute Wohnen stattgefunden oder die Klienten seien auf die Mitarbeiter zugekommen. Inhaltlich hät-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

ten diese Gespräche oft nichts mit beruflicher Integration zu tun gehabt, dies gehöre jedoch trotz allem dazu. Auch „*Treppenhausgespräche*“ seien häufig gewesen. Es gebe in unterschiedlichen zeitlichen Abständen auch Kontakte zu Personen, die bereits aus BISS entlassen seien.

Die angedachte Regelmäßigkeit der **Kontrollen** habe nicht aufrechterhalten werden können. Meist sei aus Ressourcengründen erst auf Verdacht oder nach einem Vorfall kontrolliert worden. Die Kontrollen zum Gruppentermin seien für Klienten kalkulierbar. Bei Fehlzeiten in den Gruppen seien die Klienten zur Kontrolle einbestellt worden. Bei spontanen Kontrollen oder „*im Ernstfall*“ sei die Erreichbarkeit oder die Bereitschaft zur Urinabgabe ein Problem gewesen. Um die Personen zuhause aufzusuchen, mangle es dann wiederum an zeitlichen Ressourcen. Die Durchführung vieler Kontrollen über das Betreute Wohnen habe aber das Gewissen beruhigt. Der Einfluss der Kontrollen sei individuell sehr unterschiedlich gewesen. Einige hätten Kontrollen gefordert, für andere seien sie weniger hilfreich. Es habe auch Situationen gegeben, bei denen der Arbeitgeber sich schon nach 10-minütiger Verspätung des Mitarbeiters gemeldet und eine Kontrolle verlangt habe. Das empfinde man als „*[...] übertrieben, das passiert ja jedem von uns mal, damit kann man auch Raubbau betreiben!*“

Im Verlauf der Maßnahme war das genaue **Vorgehen bei Rückfall** noch unklar. Das ursprüngliche Konzept der Totalabstinenz oder Offenheit gegenüber den BISS-Mitarbeitern bei Rückfall als Voraussetzung für die Rückfallbearbeitung konnte, den Beschreibungen der Durchführenden nach, nicht eingehalten werden. Man habe Rückfälle selbst nachgewiesen oder Hinweise von anderen bekommen und trotzdem eine Rückfallbearbeitung angeboten. „*Wir halten es nicht ein, sonst verliert er ja den Arbeitsplatz [...] dann wäre es wie früher, wenn wir ihn rausnehmen.*“ Man habe auch eine Pflicht dem Arbeitgeber gegenüber, wenn dieser einen Rückfall melde. In der Konzeption sei dies jedoch noch nicht geändert worden, was jedoch noch geschehen müsse, lediglich „*[...] im Kopf haben wir es geändert.*“ Bei einem Rückfall habe man, wenn notwendig, eine Entgiftung organisiert und einen Hilfeplan aufgestellt, in dem ein Programm von Kontrollen und Einzelgesprächen vorgegeben worden sei. Im Verlauf habe man die Genehmigung der Deutschen Rentenversicherung erhalten, Klienten direkt in Auffangtherapien zu vermitteln, also selbst Kostenzusagen zu beantragen, was bisher ambulanten Beratungsstellen vorbehalten gewesen sei. Somit habe man bei schwereren Rückfällen diese Möglichkeit nutzen können. Durch die Genehmigung der Direktzuweisung aus BISS in Auffangmaßnahmen sei die Vermittlung vereinfacht worden. Personen, bei denen ein ambulantes Auffangangebot ausgereicht habe, seien früher „*entdeckt*“ worden oder es sei eher ein „*Vorfall*“ als ein schwerwiegender Rückfall gewesen. Manche seien schon „*tiefer*“ gefallen, das sei viel schwieriger. Es sei jedoch schwierig, Aussagen zu treffen, ob man diese Personen grundsätzlich „*zu spät*“ entdeckt habe, da hierfür die Fallzahlen zu gering seien.

**Arbeitgebergespräche** im Rahmen von Besuchen beim Arbeitgeber hätten zu selten stattgefunden, da die Ressourcen, auch aufgrund der hohen Anzahl der Teilnehmer und Arbeitge-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

ber, zu knapp gewesen seien. Vertragsabschlüsse für BISS seien oft bereits im Rahmen der Adaptionsbehandlung durchgeführt worden. Einige Arbeitgeber hätten sich gemeldet, wodurch Kriseninterventionen möglich geworden wären.

Im **Freizeitbereich** wolle man mehr anbieten, aber auch von den Klienten selbst habe man eine bessere Vernetzung erwartet. Es hätte ein Freizeitprojekt, angeboten von Studenten einer Fachhochschule geben sollen, diese seien jedoch mit dem Thema überfordert gewesen, man brauche da professionelle Ressourcen. Jedoch hätten auch die wenigen Angebote Zufriedenheit ausgelöst (z. B. Besuch des Weihnachtsmarkts in Straßburg). Durch die gemeinsamen Aktivitäten lerne man die Klienten „[...] *eben schon auch ganz anders kennen.*“ Fänden zu häufig Freizeitangebote statt, wäre dies zu viel, die Leute seien dann schwer zu motivieren.

**Informationsabende** über BISS für Arbeitgeber hätten nicht stattgefunden, „*haben wir nicht geschafft.*“ Eine Erklärung außer Zeitmangel gebe es dafür aber nicht. Die Informationsangebote sollten jedoch weiterhin Bestand des BISS-Projekts bleiben. Die Präventionsangebote für die Betriebe habe man hingegen aus dem Konzept herausgenommen, das sei bei der Konzeption so „*als Leckerle*“ reingeschrieben worden, es habe dafür aber keine Nachfrage gegeben.

Man habe sich schon häufig vorgenommen, regelmäßige **Planungskonferenzen und Bilanzierungsgespräche** innerhalb des Teams durchzuführen. Dies sei aber nie wirklich umgesetzt worden. Im Rahmen der Abschlussgespräche mit Arbeitgeber und Klient habe eine Bilanzierung stattgefunden, sei aber so nicht explizit bezeichnet und dokumentiert worden.

Die **Dokumentation** im Projekt sei lückenhaft. Es seien zu wenige Leistungen erfasst worden. Manche Leistungen seien bereits im Rahmen der Adaption dokumentiert (z. B. Vertragsabschluss), da diese oft vor dem tatsächlichen Beginn der Maßnahme durchgeführt worden seien. Zudem seien Leistungen, die nebenbei oder in einem anderen Rahmen erbracht worden seien, nicht dokumentiert worden (Anrufe zu Haus, unterwegs, Treppenhausgespräche, zufälliges Treffen, Einzelgespräche im Rahmen des Betreuten Wohnens). Die Zuordnung von Leistungen sei teilweise nicht zwischen den Einrichtungen (BISS und Betreutes Wohnen) zu trennen, eine doppelte Dokumentation sei jedoch auch fragwürdig. Nicht dokumentierte Leistungen schätzen die Durchführenden auf 40 bis 50 % aller Leistungen. Zudem sei es nicht möglich gewesen, Kontakte zu ehemaligen Klienten in der Leistungsdokumentation zu berücksichtigen.

Durch die personale Überschneidung seien Inhalte von Gesprächen oder Ereignisse auch nicht immer im Verlaufsbogen von BISS aufgezeichnet worden, man wisse nicht, wem man diese zuzuordnen habe (BISS oder Betreutes Wohnen). In Gesprächen werde viel angesprochen, nicht nur berufliches, dadurch sei die Trennung noch schwieriger, zumal allgemeine Themen auch zu BISS gehörten.

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Es sei unklar, in welcher Form Abschlussberichte geschrieben werden sollten. Die inhaltlichen Aspekte bestimme man aktuell selbst. Es müsse Standards geben, an die sich dann auch andere Einrichtungen halten könnten. Auch sei nicht festgelegt, an welchen Leistungsträger diese zu adressieren seien, da ja auch Teilnehmer von anderen Leistungsträgern teilnähmen, die das Projekt jedoch nicht finanzierten. Die Finanzierer des Projekts (DRV Baden-Württemberg) seien wiederum nicht für alle Klienten zuständig.

Die **Kooperation** mit anderen Stellen habe sich bzgl. der Vermittlung von Klienten, wie bereits beschrieben, als schwierig dargestellt. Dies sei mit fehlenden Ressourcen für die aktive Akquise in anderen vergleichbaren Einrichtungen und mit der teilweise geringen Passung des Klientels aus der kooperierenden Beratungsstelle zu begründen. Man habe mit Letzterer aufgrund unterschiedlicher Konzepte bzgl. der Abstinenzverpflichtung und des Umgangs mit Rückfällen auch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und Kommunikation bemerkt. In Zusammenhang mit einer verschärften Beachtung der Zugangsbedingungen sei es nach wenigen Versuchen zu keiner weiteren aktiven Zusammenarbeit gekommen. Gegen Ende des Untersuchungszeitraums sei die Kooperation mit einer Klinik für alkoholabhängige Männer hinzugekommen, wodurch von da an noch ein anderes Klientel zu BISS hinzukomme. In vorherigen Interviews wurde diesbezüglich noch von Schwierigkeiten mit den Kostenzusagen (Betreuung von Alkoholkranken in Drogeneinrichtungen) berichtet. Bei allen externen Vermittlungen stehe das Thema Beziehungsarbeit im Raum. Es müsse eine Brücke geschlagen werden, um Ängste externer Rehabilitanden abzubauen. *„Von selbst zu kommen, schafft fast niemand.“*

Sollten auch von der Kommunalen Arbeitsförderung Lahr zukünftig schwer vermittelbare Klienten zugewiesen werden, wäre dies dann auch für BISS schwieriger. Die Zusammenarbeit habe bisher fallbezogen und nicht *„ritualisiert“* stattgefunden. Es habe möglicherweise aufgrund der fehlenden geregelten Kontaktform auch von dieser Stelle bisher keine Vermittlungen gegeben. Die fallbezogene Zusammenarbeit sei jedoch sehr positiv gewesen. Lohnkostenzuschüsse bekomme man mittlerweile sehr schnell genehmigt, *„eigentlich geht das jetzt alles rucki-zucki“*, und es seien parallel zum Hartz-IV-Bezug Praktika für BISS-Klienten genehmigt worden, was sonst eigentlich nicht erlaubt sei. Bei Bedarf seien Klienten zu Gesprächen begleitet worden. Durch häufige Personalwechsel müsse man vor Ort immer wieder Präsenz zeigen, jedoch wachse die Kooperation zunehmend und man sei auch aufgrund der Zusammenarbeit des Betreuten Wohnens mit der Kommunalen Arbeitsförderung bereits gut vernetzt.

Mit Stellen in Offenburg (Kommunale Arbeitsförderung, Landratsamt) sei man dabei, Fahrtkostenzuschüsse für die Fahrt vom Betreuten Wohnen in Offenburg zum BISS-Projekt auszuhandeln. Zudem habe man mit der Führerscheinstelle zusammengearbeitet, wenn Klienten diesen für die Arbeit benötigten, was sich jedoch nicht immer einfach gestaltet habe, da Ausnahmeregelungen bisher nur für Personen mit Alkoholabhängigkeit bestünden, nicht aber für Personen nach dem Gebrauch illegaler Drogen. Entscheidungen lägen im Ermessen

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

des dortigen Mitarbeiters. Aufseiten der DRV gebe es nicht „den Rehaberater“, der als Ansprechpartner für BISS zuständig sei. Die wenigen Gespräche, die mit DRV-Vertretern stattgefunden hätten (z. B. bzgl. Schulungen), seien zielführend gewesen. In Kooperation mit der DRV Baden-Württemberg sei auch die bereits erwähnte Vereinbarung zur Beantragung von Kostenzusagen für Auffangtherapien entstanden. Die angestrebte Kooperation mit größeren Firmen für die Vermittlung von Klienten sei bisher nicht zustande gekommen.

Auch die interne Zusammenarbeit mit dem Betreuten Wohnen (Durchführung von Gesprächen und Kontrollen) und der Adaptionseinrichtung (Vorbereitung und Vermittlung der Klienten und Arbeitgeber) sei als Kooperation zu betrachten. Schwierigkeiten gebe es bei der Arbeitsteilung aufgrund der personalen Überschneidungen. Zudem gelte im Betreuten Wohnen nach wie vor die Regel „*Rausschmiss bei Rückfall*“. Somit stünden sich auch hier zwei unterschiedliche Konzepte, das Arbeiten mit Rückfall vs. Rückfall als Entlassungsgrund, gegenüber. Für Personen aus dem Betreuten Wohnen und zeitgleicher BISS-Teilnahme habe es andere Vorgehensweisen bei Rückfall gegeben (Entgiftung, Hilfeplan). Die Teilnahme entwickle sich für Bewohner des Betreuten Wohnens möglicherweise zu einem „*Bonus*“. Jedoch kooperiere man grundsätzlich auch im Betreuten Wohnen und im Kliniksetting mit Rückfälligen, die von sich aus Hilfe bei den Therapeuten suchen. Diese Offenheit komme aber so gut wie nie vor, da die Angst bei den Rehabilitanden zu groß sei.

Gemessen an den Ressourcen sei man insgesamt mit den Kooperationen zufrieden.

#### 4.2.2.4 Verlaufsbeurteilung aus der Teilnehmerperspektive

Die Beurteilungen des Gesamtprojekts und der einzelnen Projektelemente wurden in den Teilnehmerinterviews zu den Zeitpunkten t2 und t3 erfasst. Sie sollen die subjektiven Erfahrungen der Klienten mit dem Projektverlauf widerspiegeln. Die Beurteilung der Informationsvermittlung über das Projekt vor Beginn der Maßnahme wurde zum Zeitpunkt t1 erfragt. Die Darstellungen der Beurteilungen erfolgen unabhängig vom Befragungszeitpunkt. Die Zusammenfassung spiegelt die Vielfalt der Einschätzungen wider und beinhaltet nur punktuell Gewichtungen der Aussagen, z. B. durch Angaben der Nennungshäufigkeit oder der Relevanz im Rahmen der Rehabilitation (z. B. Auffangen von Rückfall, Schutz vor Kündigung).

**Datenquellen:** Teilnehmerinterviews

**Stichprobe:** Teilnehmer: t1: n=30; t2: n=21; t3: n=17

#### *Beurteilung der Projektinformation*

Der Großteil der Teilnehmenden (73 %) empfand die vorausgehende Informationsvermittlung über das Projekt als ausreichend und angemessen.

Die Informationsvermittlung über die zumeist verwendete PowerPoint-Präsentation zum Projekt ist offenbar ein adäquates Mittel, um die Teilnehmenden auf das Projekt vorzuberei-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

ten und ihnen einen ersten Eindruck zu vermitteln. Die Nutzung der Gruppensitzungen für die Darbietung der Präsentation für neu Hinzugekommene oder andere Interessenten kann als störend empfunden werden, da hierdurch Gruppenmitglieder mehrfach an der Präsentation teilnehmen müssen. *„Fast zu viel“, „Montags, das war so eine temporäre Tradition, [...] wurde [...] diese Präsentation durchgejagt [...] und da durfte ich die eben drei Mal genießen [...]“* Einige Personen, welche die Präsentation nicht gesehen hatten, fühlten sich zu wenig informiert. Eine Information im Gespräch oder über den Flyer wird folglich als nicht ausreichend bewertet.

#### ***Beurteilung Gruppenangebot***

Die Beurteilungen des Gruppenangebots sind geteilt, wobei ein größerer Anteil Positives berichtet. Die Beurteilungen sind abhängig davon, inwieweit eigene Themen angesprochen wurden oder eingebracht werden konnten. Die Rahmenbedingungen der Gruppe wurden teilweise als störend oder negativ empfunden.

Einige empfanden die Gruppentermine aufgrund der Anfahrtswege, der Zeit und der Häufigkeit der Montagsgruppe als lästig und anstrengend. Aber auch inhaltlich wurde Kritik geäußert, da es *„[...] immer um dieselben Sprüche und das selbe Thema“* gehe, es sich um *„ewiges Gewarte“* handle und die Themen langweilig seien oder man die Dinge von anderen nicht ständig hören wolle bzw. diese für einen nicht relevant seien. Man fühle sich *„in die Mangel genommen“* oder als *„Pausenfüller“* ausgenutzt. Auch wurde berichtet, dass *„[...] niemand so richtig rausrückt“* oder Rückfälle verheimlicht werden und es *„[...] ewig dauert, bis jemand ein Thema auf den Tisch bringt, wenn's dann mal soweit ist, kann's [aber] fruchtbar sein.“* Manche empfanden die Gruppe aufgrund von Altersunterschieden, vieler unbekannter Personen oder aufgrund der Teilnahme in der Arbeitsgruppe bei eigener Arbeitslosigkeit unpassend. Einige hatten selbst keine Themen, mit denen sie sich hätten einbringen können oder wollen. Manchen fiel es schwer sich zu öffnen (fehlendes Vertrauen, Angst, Therapiemüdigkeit, nicht von 20 Leuten Ratschläge hören wollen), weswegen teilweise Einzelgespräche bevorzugt wurden. Es wurde eine fehlende Offenheit der gesamten Gruppe wahrgenommen, *„Generell ist es so, dass sich keiner so öffnet wie's notwendig wäre [...]. Wenn ich da sitze und das anhöre, habe ich das Gefühl, es gibt keine Probleme, es ist keiner suchtkrank, es ist alles in Ordnung!“* oder es habe wenig Beteiligung gegeben, wenn Themen eingebracht wurden.

Ein größerer Anteil der Personen konnte aus der Gruppe jedoch viel mitnehmen und lernen. Die Themen wurden von diesen als interessant und hilfreich empfunden, die Gruppe sei konstruktiv gewesen und man habe von anderen (z. B. aus Rückfallerfahrungen) lernen können. Jeder habe sich das herausziehen können, was er gebraucht habe. Es gebe Gesprächsstoff, die Teilnehmer erkennen Situationen bei anderen wieder, was *„wach rüttelt“* und einen auf den Boden zurückhole und eine aktive Auseinandersetzung mit der Sucht fördere. *„Die Gruppe erdet mich!“* Auch scheint es für einige Personen nicht schwer zu sein, sich zu öff-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

nen, man habe vom Erfahrungsaustausch profitiert und Ratschläge erhalten. Auch gibt es manchen Hoffnung, zu sehen wie sich andere entwickeln. In der Montagsgruppe waren Tipps zur Arbeitssuche hilfreich. Es wurde mehrfach der Wunsch geäußert, die Gruppe zu teilen, da zumeist nur ein bis zwei Personen Themen anbringen könnten und eine kleine Gruppe familiärer sei, was die Offenheit fördere.

Zudem stellt die Gruppe eine Kontaktmöglichkeit zu anderen Klienten und den BISS-Mitarbeitern dar und ist für manche die einzige übrig gebliebene Verbindung zum Suchtrehabilitationssystem. Bekannte Personen zu treffen bereite Freude und ermögliche, neue Leute kennenzulernen. Die Häufigkeit der Gruppentermine (Donnerstagsgruppe) wurde von vielen als angemessen bewertet.

Die meisten befragten Teilnehmer berichten, regelmäßig an den Gruppensitzungen teilgenommen zu haben. Für Fehltermine wurden als Begründung z. B. die Arbeit, lange Anfahrtswege, Missverständnisse bei der Terminabsprache und Krankheit genannt.

#### ***Beurteilung Einzelgespräche***

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer hatte Bedarf an Einzelgesprächen und nahm diese wahr. Die Themen waren breit gestreut. Die Gespräche wurden nicht immer vereinbart, sondern fanden auch nebenbei statt.

Zum Zeitpunkt t2 gaben ca. zwei Drittel der Personen an, keine Einzelgespräche benötigt zu haben, zum Zeitpunkt t3 gab bereits die Hälfte der Personen an, Gespräche in Anspruch genommen zu haben. Eine Person habe sich zwar Gespräche gewünscht, diese hätten jedoch nicht stattgefunden. Oft war für die Befragten aufgrund ein und derselben Mitarbeiterin unklar, ob Einzelgespräche dem Betreuten Wohnen oder dem Projekt BISS zuzuordnen waren. Als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme wurden die Betreuung durch andere Stellen (Betreutes Wohnen, Beratungsstelle), dass nicht gerne geredet wurde, „*Ich mag keine Einzelgespräche, manchmal kriege ich Blackout, noch weniger in der Gruppe, ich kann einfach nicht, habe schon mal Suchtdruck bekommen, wenn ich darüber gesprochen habe*“, oder dass schlichtweg kein Bedarf bestand, genannt. Es wurde angegeben, dass man sich bei Bedarf jedoch an die Mitarbeiter von BISS gewendet hätte. Manche Personen berichteten zudem von „*Tür-und-Angel-Gesprächen*“ mit den Mitarbeitern, in denen Austausch stattgefunden habe. Inhalt der Einzelgespräche waren unterschiedliche Themen wie gehäuftes Glücksspiel, Probleme mit Arbeitgebern oder der Arbeitssituation, Umschulung, Konflikte am Arbeitsplatz, persönliche Krisen, zwischenmenschliche Konflikte, Rückfälle und Rückfallaufarbeitung. Oft wurde die Besprechung von Anliegen im Einzelgespräch statt in der Gruppe bevorzugt.

#### ***Beurteilung Unterstützung Arbeitsplatzsuche***

Für einen Großteil der Teilnehmer war die Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche nicht notwendig, da viele nach der Rehabilitation direkt in ein Beschäftigungsverhältnis übergegangen waren. Einige Teilnehmer ohne Arbeit nahmen nicht an den Interviews teil, weshalb die Beurteilung aus Sicht der Teilnehmenden nur wenige Informationen über dieses Angebot liefert, und sich die Wahrnehmung der Unterstützung zudem unterscheidet.

Manche der Personen ohne Arbeit oder mit drohendem Arbeitsplatzverlust haben Unterstützung erhalten, einige hätten sich jedoch mehr gewünscht oder Versprechungen seien nicht eingehalten worden. Eine Person berichtet, man habe ihr *„Steine in den Weg gelegt“*. Es habe die Bedingung bestanden, den Arbeitgeber über die Suchterkrankung zu informieren, so habe er fast den Job nicht bekommen. Rückblickend sei das jedoch genau der richtige Weg gewesen, *„denn sonst hätte er mich nicht so unterstützen können, wie er es gemacht hat. [Aber] jetzt ist mir bewusst, dass es besser war, als wenn es im Nachhinein rausgekommen wäre.“* Es wird auch eine eigenverantwortliche Jobsuche beschrieben und die Möglichkeit war gegeben, durch andere Stellen im Suchprozess unterstützt zu werden. *„Aber ist ja auch sinnig, dass man da selber hingehet und das selber klar macht, als wenn man da seinen Schützling hinbringt.“*

#### ***Beurteilung Unterstützung Ämter***

Von den Personen mit Unterstützungsbedarf bei Ämtern oder Behörden wurden verschiedene Anliegen berichtet. Die Teilnehmer erhielten oft Hilfe über andere Stellen oder lösten Fragen in Eigeninitiative.

Lediglich ein geringer Teil hatte überhaupt Bedarf an Unterstützung mit Behörden und Ämtern über BISS. Viele bekamen Hilfe durch andere Stellen, wie das Betreute Wohnen, die AWO Lahr, die Arbeitgeber, die Suchtberatungsstelle oder holten sich anderweitige Hilfe. Häufig war den Personen aufgrund der Personalüberschneidung unklar, ob die Unterstützung über das Betreute Wohnen oder BISS geleistet wurde. Inhaltlich handelte es sich bei den geleisteten Unterstützungen durch BISS oder das Betreute Wohnen um Schuldenregulierung, SCHUFA-Einträge löschen, Hartz-IV-Antrag, Kontakte mit dem Arbeitsamt, Erklären von Dokumenten und Hilfen bei *„Papierkram“* und Anträgen, Probleme mit Ämtern, Wohnungswechsel oder -suche und Nachhilfvermittlung. Einige beschrieben, die anliegenden Aufgaben selbst zu erledigen. Eine Person nutzte die Möglichkeit, über BISS Urinkontrollen für das Gericht durchführen zu lassen. Es wurde als positiv bewertet, wenn *„mich jemand kurz anhört, wenn ich gefrustet bin oder mir in den Hintern tritt, das hilft mir schon!“* und *„die vom Amt kennen sich, kennen BISS, das ist angenehm.“* Eine Person berichtet von Sorgen wegen Lohnpfändung, ihr sei es aber nicht bewusst gewesen, *„dass das Teil des Projekts ist.“*

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

#### *Beurteilung Kontrolle*

Kontrollen fanden vor allem bei Verdachtsmomenten oder aufgrund konkreter Anlässe statt. Regelmäßige, unangekündigte Kontrollen werden von den Teilnehmern nur in Einzelfällen berichtet. Diese werden jedoch größtenteils befürwortet und gewünscht.

Gründe für Kontrollen waren das Fehlen in der Gruppe, Verdacht von Mitklienten, anderweitige Vermutungen oder auch auf persönlichen Wunsch, „*Meine Freundin wollte das!*“ Kontrollen seien nach Rückfällen verschärft worden. Es gibt kaum negative Äußerungen über den Ablauf der Kontrollen oder über die Kontrollen an sich, für einige boten sie ein Gefühl der Sicherheit. Jedoch kann eine Urinkontrolle als unangenehm empfunden werden, da „*das [...] so'n Ding mit der Privatsphäre*“ ist. Oder die Personen möchten nicht, „*dass es auf der Arbeit jemand mitbekommt.*“ Teilweise konnten Kontrollen nicht durchgeführt werden, „*war auf der Baustelle*“. Bei vielen Personen wurden die Kontrollen über das Betreute Wohnen durchgeführt bzw. es ist den Klienten unklar, „*von wo*“ die Kontrollen eigentlich kommen (Betreutes Wohnen oder BISS). Eine Reduktion der Kontrollen wurde wahrgenommen, wenn andere Kontrollergebnisse vorgelegt wurden (z. B. im Rahmen der MPU oder einer gerichtlichen Auflage). Es gibt eine nicht zu vernachlässigende Personengruppe, bei denen keine bzw. keine regelmäßigen Kontrollen durchgeführt wurden. Die meisten dieser Personen hätten sich mehr Kontrollen gewünscht, andere hatten eine ambivalente oder neutrale Haltung, was durch die folgenden Zitate veranschaulicht werden soll:

*„Hab's nicht dauernd im Kopf, warum ich nix nehme, hat andere Gründe.“*

*„Habe einmal die Gruppe verschlafen, dafür sollte ich dann eine UK [Urinkontrolle] abgeben, das fand ich lächerlich, ich bin halt oft unter Zeitdruck, sonst gab's keine, war aber gut so, das brauche ich gar nicht.“*

*„Hat nicht stattgefunden, sehr selten übers Betreute Wohnen [...] habe das auch schon [...] gesagt [...], aber die sagte dann, du musst nicht pusten, du bist stabil. Und da fehlt mir einfach die Ernsthaftigkeit dann.“*

*„Hätte ich mir schon gewünscht, gibt Sicherheit und besseres Gefühl.“*

*„Ist immer 'ne unangenehme Sache, wäre aber evtl. notwendig gewesen, evtl. hätte man die Opiattabletten feststellen können, ich hätte evtl. viel früher über Tabletten geredet.“*

*„Hätte ich mir einerseits gewünscht, als schriftliche Bestätigung oder Dokumentation meiner Abstinenz, auf der anderen Seite ehrt mich das Vertrauen.“*

*„[Es gab] keine [Kontrollen], aber hätte nicht geschadet, um [es] selber zu wissen. Man kommt ab und an in 'ne Situation, in der man was trinken möchte. Und da hätte ich gerne im Hinterkopf, nee, da ist was, was aufpasst [...]. Man versucht sich ja beim Drogenkonsum ständig selbst zu bescheißen [...], da hilft einem jemand, der mit aufpasst.“*

#### ***Beurteilung Rückfallintervention***

Zu beachten ist, dass nur ein Teil der Rückfälligen in den Interviews vertreten sind. Dauerhaft Rückfällige oder Personen, die direkt in andere Maßnahmen vermittelt wurden, konnten nicht befragt werden. Manche der Personen, die ihren Konsum als einmaligen Vorfall oder für geringfügig relevant hielten, haben sich nicht an die Vorgabe der Offenheit bei Rückfall gehalten. Alle Personen, bei denen BISS über die Rückfälligkeit informiert war, berichten von ergriffenen Maßnahmen wie Gesprächen und vermehrten Kontrollen.

Fünf der im Rahmen der Interviews befragten Personen berichten über den Konsum von Suchtmitteln. Zwei hätten einmalig Alkohol konsumiert, einer davon später auch Cannabis, einer habe lediglich „aus Versehen“ am Glas genippt, einer habe ein Essen gegessen, bei dem mit Wein gekocht worden sei, später konsumierte dieser dann Alkohol und Opioide. Einer habe, beginnend als Behandlung von Rückenschmerzen, längere Zeit Opioidtabletten konsumiert, einer gab an, alkoholfreies Bier getrunken zu haben.

Die Personen, die lediglich genippt, Essen mit Alkohol und alkoholfreies Bier bzw. einmalig Alkohol konsumiert hatten, entschieden sich, dies für sich zu behalten. Bei zweien hätten Kollegen den Vorfall dann an BISS gemeldet. Man habe es nicht sagen wollen, „weil's nur wieder Theater gegeben hätte“ oder „es eine einmalige Sache gewesen ist.“

Drei Personen haben sich selbst beim Projekt gemeldet, da sie bemerkt hätten, dass der Konsum nicht aufhöre oder sie ein sehr schlechtes Gewissen gehabt hätten. *„Ich Idiot dachte, ich könnte mich mit 'nem Faschingsumzug belohnen für die lange Zeit, in der ich clean war, dass ich mich zum Positiven verändert hab'. Ich dachte, das wird lustig, ich mag Fasching gern, nach dem Rückfall wurde mir erst bewusst, dass das nicht mehr geht. Ich hab' meine Exfreundin getroffen, mit ihr geredet und sie hat mir Wein angeboten, ich hab' erst abgelehnt und bei erneutem Angebot dann doch ja gesagt. Und dann hab ich den Umzug abgebrochen und bin heim, mir ging's danach voll dreckig, hatte ein schlechtes Gewissen, wollte es erst verheimlichen und nach der ersten Gruppe, in der ich es verschwiegen habe, hat das schlechte Gewissen an mir genagt und dann hab ich's bei der nächsten Gruppe gesagt. Da bin ich zu [denen] gegangen und hab' gesagt, ich war letzte Woche nicht ganz ehrlich, ich hab' nen Rückfall gebaut, die haben gesagt, dass sie die Vorahnung gehabt haben.“*

Als Reaktion von BISS habe es immer Gespräche gegeben, eine Erhöhung der Urinkontrollen sei besprochen worden (eine Person warte nun seit einem Monat auf die besagten Urinkontrollen) und ggf. wurde der Arbeitgeber informiert und Auffangmaßnahmen eingeleitet. Als Wünsche, was geholfen hätte, wurde die häufigere Durchführung von Urinkontrollen genannt, da so Rückfälle möglicherweise früher hätten auffallen können. Eine Person hätte sich einen Freund gewünscht, der ihn dazu gebracht hätte, sich bei BISS zu melden.

## Ergebnisse 4.2 - Implementation und Verlauf

### *Beurteilung Dreiecksvertrag*

Der Dreiecksvertrag konnte bis auf wenige Ausnahmen mit den arbeitstätigen Teilnehmern und deren Arbeitgebern abgeschlossen werden. Die damit verbundene Schweigepflichtentbindung und Möglichkeit der Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber wurde in Krisensituationen genutzt. Oft kam es aber auch zu keinem Kontakt, da es hierfür keine konkreten Gründe gab. Die Teilnehmer äußern sich über den Dreiecksvertrag eher positiv, auch wenn die Einschränkungen (Kontrolle) von einigen wahrgenommen werden:

Gründe für die Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber waren eine akute Rückfallsituation, Anliegen in der Folgezeit eines Rückfalls, Klärungsbedarf bzgl. einer Kündigung, häufiges Verschlafen des Mitarbeiters und das Bedürfnis nach allgemeinem Informationsaustausch. Manche Befragte vermuten einen Austausch aufgrund persönlicher Bekanntschaft zwischen BISS-Mitarbeiter und Arbeitgeber. Einige Klienten wussten nicht, ob Kontakt aufgenommen worden sei oder ob überhaupt ein Dreiecksvertrag bestehe, *„weiß ich nicht, hätte ich da mal was unterschreiben müssen?“* Bei anderen bestand nach Absprache kein Dreiecksvertrag, z. B. bei der Anstellung in Zeitarbeitsfirmen oder bei fehlendem Interesse des Arbeitgebers. Zudem gab es Personen, die einen neuen Arbeitgeber bei einem Arbeitsplatzwechsel nicht mehr an BISS hätten beteiligen bzw. diesem nicht von der Suchterkrankung hätten erzählen wollen. Bei einem Großteil der befragten Personen bestehe der Dreiecksvertrag zwar, sei jedoch nicht zur Anwendung gekommen, da keine Notwendigkeit bestanden habe. Manche Personen nehmen an, dass der Arbeitgeber die Möglichkeit im Bedarfsfall nutzen würde, andere stellen dies in Frage oder beschreiben fehlendes Interesse aufseiten der Arbeitgeber:

*„Die bewerten das jetzt nicht so hoch.“*

*„Wurde ja gesagt, dass er anrufen kann, wenn er was Auffälliges an mir bemerkt, was er auch sehr begrüßt hat, weil er wahrscheinlich auch kein Profi auf dem Gebiet ist, aber meines Wissens hat er es noch nicht genutzt.“*

*„Da die sich kennen, würde der sofort auf der Matte stehen, wenn ich was verbocke.“*

*„Das ist eine gute Idee, aber ob es genutzt wird, ist eine andere Frage.“*

Die Idee bzw. die Möglichkeit durch Schweigepflichtentbindung Kontakt aufzunehmen wird von einigen als positiv, von anderen jedoch als ungewohnt oder negativ bewertet was sich in den folgenden Zitaten widerspiegelt:

*„Gut, aber ist auch Neuland für mich. Früher war ich mein eigener Herr und nun ist eben noch ein Dritter im Bunde, das ist ein komisches Gefühl.“*

*„[Er] kommt dann am Dienstag. Finde ich sehr gut, weil ich denke, dass es 'ne Riesenstütze für mich ist, weil wenn ich Drogen konsumieren würde, wüsste der Chef sofort Bescheid, und dann hätte ich 'nen Therapeut an der Hand und der Chef könnte mich nicht so leicht kicken.“*

*„Okay, wenn es einen Rückfall gibt und man kann das Kind noch retten, bevor es in den Brunnen fällt, dann finde ich das okay.“*

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

*„Zu mir ist gesagt worden, ich kriege die Stelle nur, wenn ich ins BISS gehe. Und das hat mich schon genervt, dass die mitreden können über meinen Job und über mein Leben. So sieht es aus.“*

Eine Person berichtet, den Arbeitgeber überredet zu haben, den Dreiecksvertrag zu unterschreiben:

*„[...] weil ich das meinem Arbeitgeber angeboten hab'. Der wollte es anfangs nicht, ich hab aber gesagt, er kann nur profitieren. Er meinte, wenn ich da drauf Wert lege, er hätte halt gesagt, wenn ich rückfällig bin, schmeißt er mich raus. Da hab ich gesagt, das könnte er immer noch machen, aber wenn mein Chef jemals den Verdacht hätte, dass ich trinke, Hanf nehme, kann er hingehen und sagen: Macht 'nen Test, ich traue dem Frieden nimmer. Ich will das nicht im Raum stehen lassen, wenn ich rückfällig wäre, würde ich es wahrscheinlich nicht sagen, so schätze ich es ein, aber ich möchte nicht, dass er mir was unterstellt, sondern er soll mich testen und dann klipp und klar, wie soll ich sagen, dass eben Klarheit ist. Und letztendlich hat er dann den Dreiecksvertrag unterschrieben.“*

#### **Beurteilung Arbeitgebergespräche**

Gab es Fragestellungen und Probleme, haben Arbeitgebergespräche stattgefunden. Regelmäßige Gespräche ohne bestimmten Anlass fanden seltener statt. Dies wurde zumeist jedoch nicht negativ bewertet, von manchen wurde aber der Wunsch nach mehr Gesprächen geäußert.

Der größere Anteil der Personen berichtet, dass keine regelmäßigen Arbeitgebergespräche stattgefunden haben, was die meisten aber auch nicht notwendig fanden, da kein Anlass bestanden habe. Eine Person sei „gezwungen“ worden, den Chef zu informieren, woraufhin ein gemeinsames Gespräch stattgefunden habe. Bei manchen habe lediglich das Gespräch zur Unterzeichnung des Dreiecksvertrags stattgefunden.

Einige berichten von regelmäßigen Gesprächen oder (spontanen) Arbeitsplatzbesuchen und von themenbezogenem Austausch und Unterstützung (Zuschüsse durch das Arbeitsamt, Unzufriedenheit, Einstellung oder Übernahme, Kündigung, Verträge, Verschlafen, Unfall, Krankheit, Rückfall). Für eine Person bedeuteten die Kontakte eine Rückmeldung über dessen Arbeit, da die BISS-Mitarbeiter den Chef „fragen wie ich arbeitete, mir Bescheid sagen, und das bestätigt mich, dass ich gut bin bei der Arbeit.“

Zwei Personen hätten mehr Kontakte und Arbeitsplatzbesuche erwartet:

*„Den Punkt haben die Betreuer nicht erfüllt, das hätte ich schon erwartet. Bei den meisten anderen hab ich das ja auch mitbekommen, die sind nur hingegangen, wenn es Probleme gegeben hat, aber nicht einfach mal so nach 'nem halben Jahr, um zu fragen wie's läuft, um zu sehen, ob man pünktlich ist und evtl. schon zu sehen, dass jemand wieder einen falschen Weg einschlägt.“*

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

*„Aber wäre vielleicht nett gewesen, z. B. damit mein Arbeitgeber merkt, dass da nicht nur was auf dem Papier steht, sondern dass auch mal jemand kommt.“*

#### **Beurteilung Freizeitaktivitäten**

Es gibt wenige Berichte über das Thema Freizeitunterstützung, wobei die meisten Personen hier auch keinen besonderen Bedarf zu haben scheinen.

Viele der Befragten benennen keinen Bedarf an Unterstützung bei der Freizeitgestaltung. Sie fühlen sich durch die Arbeit strukturiert und gestalten ihre Freizeit vorzugsweise selbst. Die angebotenen Aktivitäten (Straßburg-Besuch, Bowlen, Freizeitangebot durch Studenten) wurden (zumeist) registriert, von manchen genutzt und positiv bewertet, andere hatten anderweitige Prioritäten, wieder andere wünschten sich mehr Angebote im Freizeitbereich. Für eine Person ohne Arbeit bedeute die wöchentliche Gruppe Struktur, eine andere Person sei angeregt worden, an VHS-Kursen teilzunehmen. Zudem gab eine Person an, über das betreute Wohnen das Thema Freizeit zu besprechen.

#### 4.2.2.5 Veränderungen im Projektverlauf

Zu Beginn des Untersuchungszeitraums lag noch keine manualisierte Form des Projekts BISS vor. Das Manual wurde im Rahmen der Evaluation, in Zusammenarbeit mit den Durchführenden und Initiatoren, vom Evaluationsteam erstellt. In diesem Kapitel werden Veränderungen dargestellt, die aufgrund von Erfahrungen angepasst worden sind. Daneben wird auf Inhalte hingewiesen, die nicht wie geplant (jedoch weiterhin gewünscht) umgesetzt werden konnten. Abschließend wird aufgeführt, welche Inhalte wie geplant umgesetzt wurden.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Durchführende und Initiatoren); Verlaufsdocumentation

**Stichprobe:** Stakeholder: n=4 (Durchführenden und Initiatoren), Verlauf dokumentiert durch die Durchführenden (n=3)

#### **Veränderungen im Projektverlauf**

Im Verlauf wurden mehrere Inhalte und Vorgehensweisen angepasst (Kasten 4-11).

Die Arbeitgeber wurden vertraglich stärker in das Projekt mit einbezogen, indem im Dreiecksvertrag der Absatz „Information des Arbeitgebers bei Krankmeldung des Projektteilnehmers“ den Verpflichtungen des Arbeitgebers gegenüber BISS hinzugefügt wurde. Diese Rückmeldung sei wichtig, da es sich bei Fehlzeiten um ein wichtiges Signal für Schwierigkeiten handle.

Man habe begonnen, Praktika im Rahmen des Projekts zu ermöglichen, um so den Einstieg in das Berufsleben zu erleichtern. Hierzu seien Vereinbarungen mit der Kommunalen Arbeitsförderung getroffen worden, um den weiterführenden Erhalt des ALG II trotz ganztägigem

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Praktikum zu ermöglichen. Man habe probiert, ein Freizeitangebot über Studenten umzusetzen. Hier habe man aber die Erfahrung gemacht, dass auch dort eine Betreuung durch Fachpersonen wichtig sei. Im Freizeitbereich habe man den Klienten die Teilnahme an Angeboten der Adaptionseinrichtung ermöglicht. Zudem seien ehrenamtliche Tätigkeiten gefördert worden. Ein wichtiger Schritt für die Durchführenden sei die Vereinbarung mit der DRV Baden-Württemberg über die Möglichkeit von Direktzuweisungen in Auffangtherapien gewesen, was bisher ambulanten Beratungsstellen vorbehalten gewesen sei. Dies bedeute, dass über das Projekt Anträge auf Kostenzusagen gestellt werden könnten. Der Verwaltungsaufwand habe sich, auch durch die Antragstellungen, erhöht.

- stärkerer vertraglicher Einbezug der Arbeitgeber in das Projekt (Meldung von Fehlzeiten und Krankmeldungen)
- Praktika und ehrenamtliche Tätigkeiten im Rahmen von BISS zum Einstieg in das Berufsleben
- Freizeitangebote über die Adaption
- Ermöglichung von Direktzuweisungen über BISS (Antrag auf Kostenzusage)
- Festlegung des maximalen Einzugsgebiets auf 45 min Fahrtzeit
- Festlegung und Erweiterung der Kriterien zur Teilnahmebeendigung während des Verlaufs
- Konzentration auf „eigene“ Klienten
- Festlegung des maximalen zeitlichen Abstands zur letzten Entwöhnungsbehandlung
- Rückfallbearbeitung auch bei Nachweis durch BISS oder Hinweise von außen (keine Offenheit)
- Präventionsangebot im Betrieb aus dem Programm genommen

**Kasten 4-11:** Im Projektverlauf veränderte und ergänzte Angebote und Rahmenbedingungen

Durch den hohen Fahraufwand sei gelernt worden, dass der Radius des Einzugsgebiets nicht zu groß sein und sich nach den Regelungen des Einzugsgebiets der Tagesklinik richten sollte (maximal 45 Minuten Fahrtzeit).

Wo zu Beginn eine Verlängerung der Teilnahme nur bei Personen in Ausbildung oder bei Rückfälligen geplant gewesen sei, seien die Kriterien für die Beendigung im Verlauf genauer festgelegt und um spezifische Situationen (Auszug aus dem Betreuten Wohnen) erweitert worden.

Aufgrund schwieriger Erfahrungen mit extern zugewiesenen Klienten sei ein maximaler zeitlicher Abstand zur letzten Entwöhnungsbehandlung festgelegt worden, was zu ausbleibenden Vermittlungen von externen Stellen geführt habe.

Das ursprüngliche Konzept der Totalabstinenz oder Offenheit bei Rückfall mit der Möglichkeit der Rückfallbearbeitung habe nicht eingehalten werden können. Aus diesem Grund sei letztlich im Rahmen der Rückfallbearbeitung auch mit Klienten gearbeitet worden, die ihre Rückfälligkeit länger verheimlicht hätten und diese erst nach externen Hinweisen, im Nachhinein oder durch den Nachweis über Kontrollen eingestehen konnten. Dies wurde zwar offi-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

ziell im Konzept noch nicht geändert, Überlegungen hierzu wurden im Rahmen des Interviews angestoßen.

Die Präventionsangebote beim Arbeitgeber habe man aus dem Konzept genommen, die Informationsangebote sollten jedoch weiterhin bestehen bleiben.

#### *Nicht wie geplant durchgeführte Interventionen*

Dass Interventionen nicht wie geplant (jedoch weiterhin gewünscht) umgesetzt wurden, lag nach Ansicht der Durchführenden hauptsächlich an mangelnden Ressourcen, möglicherweise auch an fehlender Routine (Kasten 4-12). Die ausbleibende Vermittlung von anderen Stellen wurde mehrfach beschrieben. Die Ressourcen seien nach Aussagen der Durchführenden bereits aufgrund der internen Zugänge erschöpft gewesen. Man habe sich deshalb während der Modelllaufzeit auf die Aufnahme von „eigenen“ Klienten konzentriert, da mehr nicht zu leisten gewesen sei, und die Beziehungsarbeit sowie die Vorbereitung des Klienten und Arbeitgebers so zumeist schon im Rahmen der Adaption geleistet werden konnte. Dies solle sich jedoch zukünftig ändern. Zusätzlich hätten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit (Voraussetzungen der Teilnehmer, unterschiedlicher Umgang mit Konsum) und fehlende Abläufe bei der Rekrutierung und Vermittlung dazu geführt, dass es zu keinen weiteren Vermittlungen gekommen sei.

Daneben hätten auch keine monatlichen öffentlichen Informationsveranstaltungen für Arbeitgeber und Kooperationspartner stattgefunden. Freizeitangebote seien weniger als gewünscht durchgeführt worden, man habe hier jedoch auf andere Ressourcen wie Angebote in der Adaption zurückgreifen können.

Nicht immer wurden, wie im Manual erwähnt, Kontrollen nach unentschuldigtem Fehlen in der Gruppe durchgeführt, zumindest war dies aus den Verlaufsberichten nicht immer ersichtlich. In den Verlaufsdocumentationen wurde auch nicht ersichtlich, inwiefern die hinzugekommene Verpflichtung des Arbeitgebers, sich bei Fehlzeiten an BISS zu wenden, funktioniert hat und ob die im Manual angekündigten Kontrollen bei Fehlzeiten durchgeführt worden sind.

In den Interviews mit Klienten, Durchführenden und auch der Durchsicht der Verlaufsdocumentationen wurde deutlich, dass regelmäßig angedachte Angebote (außer den Gruppen) nicht wie geplant umgesetzt werden konnten. Dies betraf die regelmäßigen, unangekündigten Alkohol- und Drogenkontrollen sowie den regelmäßigen Austausch mit dem Arbeitgeber auch über Arbeitsplatzbesuche. Auch hier hätten den Durchführenden zeitliche Ressourcen für Fahrtwege und das Aufsuchen der Klienten zur Durchführung von Kontrollen gefehlt. Diese gehören jedoch zu den als innovativ bezeichneten Elementen des Projekts, was wiederum den Mehrwert der Maßnahme und damit auch die Wirkungen verringert.

Bei manchen Teilnehmern ist die Voraussetzung der Freiwilligkeit der Maßnahme zu hinterfragen, wenn beispielsweise der Arbeitgeber die Teilnahme am Projekt für den Erhalt eines

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Arbeitsvertrags voraussetzt oder wenn ein Klient im Rahmen einer gerichtlichen Auflage zur Teilnahme verpflichtet wird.

Weiterhin gab es kaum Abschlussgespräche bei der Beendigung der Maßnahme bzw. sie wurden nicht als solche dokumentiert. Auch Abschlussberichte liegen nur für einen geringen Teil der Beender vor. Daneben wird von den Durchführenden berichtet, dass insbesondere bei den „alten Teilnehmer“ aus der Vorlaufzeit des Projekts kein Konzept für die Maßnahmenbeendigung vorhanden gewesen sei und diese somit länger als geplant bzw. notwendig im Projekt gewesen seien.

Zudem wurde die Dokumentation nicht im vorgesehenen Maße umgesetzt. Es gibt zwar keine Dokumentationsstandards für das Projekt, jedoch berichten die Durchführenden große Lücken in der Dokumentation, die auch im Rahmen der Auswertungen ersichtlich wurden. Auch Teamsitzungen hätten nicht regelmäßig stattgefunden.

- Konzentration auf „eigene“ Klienten
- Keine monatlichen Informationsveranstaltungen
- Weniger Freizeitangebote
- Keine konsequenten Kontrollen bei Fehlen in der Gruppe
- Keine Regelmäßigkeit der Arbeitgebergespräche, Arbeitsplatzbesuche und unangekündigten Kontrollen
- Nicht immer Freiwilligkeit der Teilnahme
- Keine offiziellen (dokumentierten) Abschlussgespräche und fehlende Abschlussberichte
- Lückenhafte Leistungs- und Verlaufsdokumentation

**Kasten 4-12:** Nicht dem Vorhaben entsprechend umgesetzte Angebote und Rahmenbedingungen

#### *Planmäßig durchgeführte Interventionen*

Andere Interventionen sind wie geplant verlaufen (Kasten 4-13). Das Projekt sei sehr gut nachgefragt worden und war, betrachtet man die Teilnehmerzahlen, gut ausgelastet. Der Übergang von der Adaptionstherapie in das Projekt verlief fließend. Übereinstimmend in allen Datenquellen zeigt sich, dass bei Schwierigkeiten Einzelgespräche, Gespräche mit dem Arbeitgeber und Unterstützungen mit Ämtern und Behörden angeboten wurden. Es gab nur sehr vereinzelte Hinweise darauf, dass Klienten weniger Unterstützung in Bedarfssituationen erhalten haben, als diese es benötigt hätten. Kriseninterventionen scheinen grundsätzlich nach dem geplanten Schema abgelaufen zu sein, auch wenn dieses individuell angepasst wurde (z. B. Auffangtherapie vs. ambulante Rückfallbearbeitung durch BISS). In einigen Fällen fehlen Dokumentationen, um feststellen zu können, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind. An der Voraussetzung der Abstinenzbereitschaft wurde festgehalten. Dies konnte im Zusammenhang mit Rückfällen z. B. bei Ablehnung der Rückfallbearbeitung und dem Abbruch von Auffangmaßnahmen zur Entlassung aus dem Projekt führen. Ähnlich gestaltete sich dies bei der Voraussetzung des Wunsches und der Möglichkeit zur Integration in Arbeit. Längerfristige stationäre Unterbringung, psychische Einschränkungen

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

und darauf folgende Überforderung mit Austritt aus dem Arbeitsprozess führten zur Entlassung aus BISS und zur Weiterbetreuung durch andere Stellen.

Die Gruppensitzungen fanden regelmäßig statt, jedoch gibt es keine verlässliche Dokumentation zu den Teilnehmerzahlen und zu entschuldigtem oder unentschuldigtem Fehlen und den entsprechenden Konsequenzen.

Die vertragliche Einbindung des Arbeitgebers wurde erfolgreich umgesetzt. Bei fast allen arbeitstätigen Teilnehmern wurde der Dreiecksvertrag von allen Beteiligten unterzeichnet.

- guter lückenloser Zulauf aus der Adaptionsbehandlung
- gute Auslastung der Gruppen
- Angebote nach individuellem Bedarf (Einzelgespräche, Arbeitgebergespräche, Unterstützung im Kontakt mit Ämtern und Behörden, Bewerbungsunterstützung)
- Kriseninterventionen
- Rückfallbearbeitung
- Abstinenzbereitschaft und Wunsch bzw. Möglichkeit der Integration in Arbeit als Voraussetzung für die weitere Teilnahme (z. B. nach Rückfall)
- wöchentliches Gruppenangebot für Teilnehmer ohne Arbeit
- monatliches Gruppenangebot für Teilnehmer mit Arbeit
- Einbindung des Arbeitgebers durch den Dreiecksvertrag
- Abstinenzbereitschaft als Voraussetzung für die (weitere) Teilnahme

**Kasten 4-13:** Erfolgreich implementierte und umgesetzte Angebote und Rahmenbedingungen

Bzgl. der Weiterführung des Projekts berichten die Durchführenden, dass das Berichtswesen geklärt werden müsse, da es aktuell keine Vorgaben für die Abschlussberichte gebe. Zudem sei im Einrichtungshandbuch der genaue Projektablauf nicht beschrieben, was jedoch für das interne Qualitätsmanagement von Bedeutung sei. Dies müsse, angelehnt an das Manual, ergänzt werden und bestimmte Abläufe (Umgang mit Störungen, Rückfällen etc.) müssten genau definiert werden. Zudem solle im Jahr 2013 eine Zertifizierung stattfinden. Teamsitzungen müssten konsequent und regelmäßig durchgeführt werden. Ein weiterer Punkt sei die zuverlässige und vollständige Dokumentation der Leistungen. Auch die Finanzierung solle zukünftig geändert werden. Bisher habe man eine Erhöhung des Pflegesatzes für jeden Patienten der Stammeinrichtung und der Adaption erhalten, unabhängig von der Teilnahme an BISS. Zukünftig solle die Finanzierung im Rahmen der Anerkennung als ambulante Rehabilitationseinrichtung geregelt werden. Hierbei könne für jeden teilnehmenden Klient eine maximale Anzahl an Leistungen abgerechnet werden. Dies begrenze jedoch auch die Möglichkeiten und man könne so bei einer Anzahl von ca. 20 Klienten ungefähr eine halbe Stelle refinanzieren. Ursprünglich habe einmal eine Finanzierung über die Einordnung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16) zur Diskussion gestanden, was jedoch verworfen worden sei.

#### 4.2.3 Verbesserungsvorschläge, förderliche und hinderliche Faktoren

Die Teilnehmer, die kooperierenden Stakeholder und die Arbeitgeber wurden nach Verbesserungsvorschlägen gefragt, um so hinderliche Elemente des Projekts identifizieren zu können. Die Teilnehmer wurden zusätzlich nach erleichternden oder erschwerenden Faktoren für die Offenheit bei Rückfall gefragt. Zusätzliche Hinweise auf förderliche und hinderliche Bedingungen wurden aus den Interviews mit den Durchführenden entnommen.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews; Teilnehmerinterviews, Arbeitgeberfragebögen

**Stichprobe:** Stakeholder: n=5 (Durchführende, Kooperationspartner); Interventionsgruppe: t2: n=21, t3: n=17; Arbeitgeber: n=12

##### 4.2.3.1 Perspektive der Kooperationspartner, Arbeitgeber und Teilnehmer

Veränderungswünsche der Arbeitgeber betrafen den Wunsch nach mehr Einbindung und Information, regelmäßige Kontrollen und Therapieangebote und veränderte Rahmenbedingungen der Gruppentermine. Die Hälfte der Arbeitgeber gab keine Veränderungswünsche an (Kasten 4-14).

- regelmäßige Kontrollen von Anfang an
- wöchentliche Therapietermine für Klient
- Besuche im Berufsalltag
- größere Einbindung der Arbeitgeber (z. B. über jährliche Projektvorstellung)
- mehr Informationen für Arbeitgeber im Vorfeld
- arbeitszeitfreundlichere Gruppenzeiten (langer Anfahrtsweg)
- weniger Gruppentermine (da Klient sich negativ über Gruppe äußerte)

**Kasten 4-14:** Einzelaussagen von Arbeitgebern zu Veränderungswünschen am Projekt BISS

Von Seiten der kooperierenden Beratungsstelle werden die aus der Durchführendenperspektive beschriebenen Schwierigkeiten aufgrund des unterschiedlichen Klientels, der unterschiedlichen Herangehensweise an Kontrollen und Rückfall und aufgrund der wenig standardisierten Kommunikation ebenfalls wahrgenommen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Art des Umgangs mit den Klienten sich unterscheidet (z. B. Sie vs. Du im Integrationszentrum) und dass für Alkoholabhängige möglicherweise ein abgewandeltes BISS-Alkohol entworfen werden müsse. Bzgl. der Kommunikation zum Projekt werden institutionalisierte Gespräche vorgeschlagen (z. B. jedes Quartal) und eine standardmäßige Schweigepflichtentbindung, um die Kommunikation zu erleichtern. Eine Vertreterin der Kommunalen Arbeitsförderung wünscht sich die Vorstellung des Projekts bei den Kollegen, um Kontaktpersonen kennenzulernen. Bisher sei die Zusammenarbeit eher am Einzelfall zustande gekommen.

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Von den Teilnehmern wurden am häufigsten Verbesserungsvorschläge in Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen, der Gestaltung der Gruppe, der Umsetzung der regelmäßigen Kontrollen und dem Freizeitangebot genannt (Kasten 4-15). Vor allem für die Klienten aus Offenburg bereitete die Gruppensitzung einen erheblichen Fahraufwand und oft auch entsprechende Kosten. Zudem schlugen die Teilnehmer eine geringere Gruppengröße vor. Auch bzgl. der inhaltlichen Gestaltung (z. B. mehr Beteiligung, Alternativprogramm bei Themenmangel), der Häufigkeit und der Homogenität der Gruppenzusammensetzung wurden Änderungswünsche geäußert. Von einem Teil der Personen wurde die regelmäßige Durchführung von Kontrollen explizit als Verbesserungsvorschlag geäußert. Bzgl. des Freizeitangebots wünschten sich Teilnehmer mehr gemeinsame Aktivitäten zum Kennenlernen und zur Förderung von Freundschaften. Aber auch ein gemeinsames Essengehen als kurzfristiges Alternativprogramm der Gruppen, wenn keine Themen vorgebracht werden, wurde vorgeschlagen. Von einzelnen Teilnehmern genannte Vorschläge betrafen den Wunsch nach vermehrten Einzelgesprächen, eine bessere Zuständigkeitsklärung für Bewerbungsfragen, die Erweiterung des Arbeitgeberpools und den Wunsch, den Arbeitgeber beim ersten Rückfall nicht direkt zu informieren. Andererseits wurde auch der Wunsch nach sichtbarer Konsequenzen bei Rückfall geäußert. Die Steigerung der Präsenz des Projekts war ein Vorschlag, da dieses bei Arbeitstätigen schnell in den Hintergrund gelange. Es wurde angemerkt, dass die gleichzeitige Betreuung durch BISS und das Betreute Wohnen nicht notwendig sei, eher die Zeit danach abgedeckt werden solle. Außerdem wurde gewünscht, die Freiwilligkeit der Teilnahme auch dann zu gewährleisten, wenn durch BISS ein Arbeitsplatz vermittelt wurde.

- **Gruppe:** separate Gruppe in Offenburg, andere Themen neben arbeitsbezogenen Inhalten, Übernahme der Fahrtkosten, kleinere Gruppe, häufigere Gruppensitzungen für Personen mit Bedarf, homogenere Gruppe, mehr Beteiligung von Einzelnen
- **Durchführung von regelmäßigen Kontrollen**
- **mehr Freizeitangebote:** Aktivitäten zum Kennenlernen, gemeinsames Essen- oder Trinkengehen, Förderung von Freundschaften innerhalb der Gruppe
- mehr Einzelgespräche
- Zuständigkeiten für Anliegen klären (z. B. für Bewerbungsfragen)
- Pool an Arbeitgebern erweitern
- freiwillige Teilnahme (nicht erzwingen, nur weil in Arbeit vermittelt)
- erster Rückfall ohne Einbezug des Arbeitgebers, mehr Konsequenzen bei Rückfälligkeit
- Präsenz des Projekts steigern
- BISS-Teilnahme nicht gleichzeitig zum Betreuten Wohnen

**Kasten 4-15:** Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer (häufig genannte Bereiche sind fett markiert)

Bei der Frage an die Teilnehmer nach förderlichen und hinderlichen Bedingungen für die Zuversicht, bzgl. eines Rückfalls offen sein zu können, konnten für die einzelnen Aussagen vier Bereiche identifiziert werden: die Art des Rückfalls, arbeitsbezogene und sonstige Konsequenzen sowie persönliche Einflussfaktoren (Kasten 4-16 und Kasten 4-17).

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

#### Art des Rückfalls

- hohe Rückfallintensität
- abhängig von Art des Rückfall
  - einerseits: Offenheit bei Alkohol, jedoch nicht bei Drogen. („Wenn ich wieder an der Nadel hänge macht Arbeiten eh kein Sinn mehr!“)
  - andererseits: Offenheit lediglich bei intensivem Rückfall
- länger anhaltender Rückfall

#### Arbeitsbezogene Konsequenzen

- Garantie des Arbeitsplatzerhalts (in Vertrag schreiben)
- gemeinsames Gespräch mit dem Arbeitgeber über Ablauf bei Rückfall und Konsequenzen
- Chef selbst informieren können
- Diskretion gegenüber dem Arbeitgeber

#### Sonstige Konsequenzen

- Vertraulichkeit gegenüber anderen
- ausbleibende Konsequenzen
- Chance der Aufarbeitung (auch im Betreuten Wohnen)

#### Persönliche Einflussfaktoren

- moralische Verpflichtung gegenüber BISS
- Vertrauen zum Arbeitstherapeuten
- Sicherheit gemeinsam eine Lösung zu finden, nicht auf der Straße zu landen
- Gewissensbisse
- Selbstbewusstsein
- allgemeine Zuversicht dem Projekt gegenüber offen zu sein

**Kasten 4-16:** Von den Teilnehmenden angenommene förderliche Einflussfaktoren auf ihre Zuversicht einen Rückfall offen legen zu können

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

#### Art des Rückfalls

- hohe Rückfallintensität
- länger anhaltender, unbemerkter Konsum
- gemeinsames rückfällig werden oder rückfällige Freunde

#### arbeitsbezogene Konsequenzen

- in Kenntnis setzen des Arbeitgebers
- Risiko des Arbeitsplatzverlusts
- Angst vor Vorurteilen, Kündigung und der Reaktion des Arbeitgebers

#### sonstige Konsequenzen

- Unsicherheit und Unkenntnis bzgl. der Konsequenzen
- Entlassung aus dem Betreuten Wohnen
- Konsequenzen durch Maßregelvollzug
- Entlassung aus dem Projekt

#### persönliche Einflussfaktoren

- eigene Enttäuschung
- Familie enttäuschen
- Gewohnheit sich durchzumogeln
- Angst vor Vorurteilen
- wieder in alte Verhaltensmustern sein, ein anderer Mensch sein
- sozialer Rückzug
- sich innerlich zurückziehen
- Abwesenheit des Arbeitstherapeuten
- Ungewissheit, es zu schaffen, den Rückfall auffangen zu können (Erfahrung, dass Rückfall = Absturz)

**Kasten 4-17:** Von den Teilnehmenden angenommene hinderliche Einflussfaktoren auf ihre Zuversicht einen Rückfall offen legen zu können

In Zusammenhang mit der Art des Rückfalls (Schwere und Suchtmittel) wurden gegensätzliche Aussagen gemacht. Für manche war ein länger anhaltender Rückfall ein Grund, sich zu öffnen, für andere erschwerte dies die Offenheit. Einige würden Alkoholkonsum eher zugeben, andere wären eher beim Konsum von Drogen offen und würden Alkoholkonsum verschweigen. Gemeinsames Rückfälligwerden mit anderen wurde auch als hinderlicher Grund für die Offenheit genannt.

Ein weiterer Bereich betraf die arbeitsbezogenen Konsequenzen bei Rückfall. Klare Richtlinien, die Sicherheit des Arbeitsplatzes bei Rückfall (z. B. durch vertragliche Festlegung) oder die Diskretion gegenüber dem Arbeitgeber wurden als förderlich beschrieben. Das Risiko des Arbeitsplatzverlustes bei Offenheit und die Angst vor der Reaktion des Arbeitgebers wurden als Hindernis beschrieben. Die Chance der Aufarbeitung in BISS, Vertraulichkeit des Rückfalls gegenüber anderen und ausbleibende Konsequenzen durch das Projekt erleichtern einen offenen Umgang. Absehbare oder befürchtete Konsequenzen wie die Entlassung aus dem Projekt, aus dem Betreuten Wohnen oder Konsequenzen durch den Maßregelvollzug erschweren nach Ansicht mancher Befragten die Offenheit.

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Einige Klienten empfanden das Vorgehen bei Rückfall im Rahmen des Projekts BISS als wenig transparent. Bzgl. der zu erwarteten Konsequenzen hätten Unsicherheit und Unkenntnis von Regelungen und Vorgehensweisen bestanden, was die Zuversicht, offen zu sein, verringerte. Bei den persönlichen Einflussfaktoren steht für die Erhöhung der Zuversicht zur Offenheit das Thema Beziehung im Vordergrund. Es besteht ein Gefühl der moralischen Verpflichtung gegenüber BISS, sich zu melden und es herrscht Vertrauen zum Arbeitstherapeuten. Auch die Sicherheit, eine gemeinsame Lösung zu finden, Selbstbewusstsein, aber auch Gewissensbisse, können zu einer Offenheit führen. Negativ auswirken können sich das Gefühl, andere oder sich selbst enttäuscht zu haben, Angst vor Vorurteilen, die Angewohnheit, sich „durchzumogeln“ und auch die Abwesenheit des Arbeitstherapeuten. Hinzu kommt die Befürchtung, durch Konsum in alte Verhaltensmuster zu fallen, die von Rückzug geprägt sind und damit Offenheit verhindern.

Viele der Befragten sehen keine Schwierigkeit darin, bei Rückfälligkeit gegenüber den Projektmitarbeitern offen zu sein, und konnten keine beeinflussenden Bedingungen benennen.

#### 4.2.3.2 Perspektive der Durchführenden

Die Verbesserungsvorschläge der Durchführenden betreffen die Rahmenbedingungen, konzeptionelle Aspekte sowie die Erweiterung und Intensivierung der Leistungen und Kooperationen (Kasten 4-18).

Bzgl. der Rahmenbedingungen werden im Projekt räumliche Erweiterungen (Schulungsraum mit PCs, Gesprächsraum) sowie ein Projektauto angestrebt. Durch eigene Räumlichkeiten soll es externen Patienten ermöglicht werden, sich mit einem „Gefühl der Berechtigung“ im Integrationszentrum zu bewegen. Das Verfahren bei den Kontrollen könne durch andere technische Mittel wie Speicheltests oder Schweißtest erleichtert werden und so auch die Durchführung am Arbeitsplatz ermöglichen. Die zeitliche und örtliche Gestaltung der Gruppe soll überdacht werden. Möglicherweise soll eine Gruppe in Offenburg angeboten werden. Die Vernetzung der Klienten untereinander sollte vermehrt gefördert werden.

Konzeptionelle Veränderungswünsche betreffen die Anpassung und Standardisierung von Abläufen. Die Verwaltung sollte Aufgaben im Aufnahmeprozess und der Adressverwaltung übernehmen, um so die Durchführenden zu entlasten. Es sollen Standards für die Gestaltung des Abschlussberichtes, für die Vorgehensweisen bei Rückfall und klare Regelungen für die Projektbeendigung bzw. -verlängerung festgelegt werden. Die Dokumentation sollte genauer durchgeführt und die Zuordnung von Leistungen im Schnittstellenbereich zum Betreuten Wohnen geklärt werden. Die aufgrund von Ressourcenmangel vernachlässigten Leistungen sollten zukünftig intensiviert werden. Dies betreffe die Realisierung von Hausbesuchen, die Kontaktpflege zum Arbeitgeber, die Erhöhung der routinemäßigen Kontrollen, die konsequente Durchführung von Kontrollen bzw. das Nachgehen bei Fehlzeiten in der Gruppe und häufigere Angebote im Freizeitbereich. Es wurden Sprechstunden in den Abendzeiten für Berufstätige vorgeschlagen. Der Ausbau und die schriftliche Besiegelung von Kooperationen

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

mit großen Betrieben, Suchteinrichtungen, der Agentur für Arbeit bzw. der Kommunalen Arbeitsförderung etc. wurden genannt. Die Durchführenden möchten regelmäßige Planungskonferenzen und offizielle Bilanzierungsgespräche in den Projektablauf integrieren.

Viele der genannten Veränderungswünsche sind nach Ansicht der Durchführenden jedoch nur mit einer Erhöhung der Ressourcen zu ermöglichen. Es werde mindestens eine ganze Stelle benötigt, zusätzlich zu der bestehenden Möglichkeit, auf Ressourcen der Adaption und des Betreuten Wohnen zurückgreifen zu können.

Rahmenbedingungen	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Schulungsraum mit PC</li><li>• Projektauto</li><li>• andere Kontrolltechniken</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gruppe in Offenburg oder Änderung der Gruppenzeiten</li><li>• Vernetzung der Klienten untereinander</li></ul>
Konzeptionelle Aspekte	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Standardisierung von Abläufen (z. B. Berichtswesen, Rückfallbearbeitung, Projektbeendigung und -verlängerung)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• vermehrte Aufgabenübernahme durch die Verwaltung</li></ul>
Erweiterung und Intensivierung der Leistungen	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intensivierung vernachlässigter Angebote (Routinekontrollen, Arbeitgebergespräche, Hausbesuche, Kontrollen bei Fehlzeiten)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausbau und schriftliche Besiegelung von Kooperationen</li><li>• Verbesserung der Leistungsdokumentation</li></ul>

**Kasten 4-18:** Verbesserungsvorschläge der Durchführenden

Aus den in den Interviews erfragten Beobachtungen der Durchführenden wurden förderliche (Kasten 4-19) und hinderliche (Kasten 4-20) Faktoren für den Projektverlauf und auch für die individuelle Entwicklung der Teilnehmer identifiziert.

Für den **Projektverlauf** förderlich ist die Kompensation des Ressourcenmangels über das Betreute Wohnen, da hierdurch einige Angebote ausgeglichen oder übernommen werden können, die allein durch das BISS-Team nicht umsetzbar sind (z. B. Kontrollen über das Betreute Wohnen, großes Netz an Arbeitgebern). Hinzu kommt die Besetzung des arbeitstherapeutischen Bereichs der Adaption mit einem verlässlichen Mitarbeiter, sodass der vorherige Arbeitstherapeut sich intensiv mit dem Projekt BISS beschäftigen kann. Die Gestaltungsfreiheit in der Projektarbeit erhöht die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. Durch die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern wird die Projektteilnahme von Teilnehmern gefördert (Bedingung für Arbeitsplatz). Die frühe Projektvorstellung und Möglichkeiten von Lohnkostenzuschüssen oder Umschulungsförderungen steigert die Bereitschaft bzw. Möglichkeit der Arbeitgeber, Klienten einzustellen.

Als förderlich für die **individuelle Entwicklung** der Teilnehmer beschreiben die Durchführenden die Motivation der Klienten und die Arbeitstätigkeit. Auch die Kombination von BISS mit dem Betreuten Wohnen oder einer Selbsthilfegruppe ist förderlich. Das Projekt kann sich

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

nach dem individuellen Bedarf des Einzelnen richten, Berufseinstiege über Praktika ermöglichen bzw. übergangsmäßig andere Beschäftigungsformen anbieten oder vermitteln (z. B. ehrenamtliche Tätigkeit) und durch das Bewerbungstraining die Jobsuche unterstützen. Die Regelmäßigkeit der Gruppentermine und Angebote, wie z. B. begleitete Vorstellungsgespräche, ermöglichen Stabilität und Hilfe beim Eingliederungsprozess. Die schnelle Hilfe bei Rückfällen wirkt sich förderlich auf den Erfolg aus und verringert die benötigte Intensität der Rückfallbearbeitung. Inwieweit die Kontrollen einen Einfluss haben, scheint unterschiedlich, manche fordern diese, für andere sind sie weniger wichtig. Die Offenheit gegenüber dem Arbeitgeber und dessen Einbindung unterstützen, neben der Gruppe, die soziale Kontrolle (z. B. an Betriebsfesten). Durch den Dreiecksvertrag ist der Arbeitgeber zur Mitarbeit verpflichtet, was vor einer direkten Entlassung bei Rückfälligkeit schützen kann. Für die positive Zusammenarbeit ist nach Aussagen der Durchführenden eine gute Beziehung zwischen Klient und BISS-Mitarbeiter die Grundlage. Dass Arbeitstätigkeit einen Schutzfaktor vor Rückfälligkeit darstellt und weniger starke Rückfälle, bei denen keine Auffangtherapie notwendig ist, besser aufgefangen werden können, zeigte sich auch in den Analysen der Rückfallverläufe.

Projektverlauf	Individuelle Entwicklung der Teilnehmer
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kompensation des Ressourcenmangels über das Betreute Wohnen</li><li>• Gestaltungsfreiheit fördert Arbeitszufriedenheit</li><li>• gute, verlässliche Mitarbeiter in der Arbeitstherapie → mehr Ressourcen für BISS übrig</li><li>• langjährige Kontakte des Arbeitstherapeuten zu einer Vielzahl von Betrieben (aktuell 300 - 350)</li><li>• Bedingung zur Projektteilnahme durch Arbeitgeber</li><li>• frühe Projektvorstellung beim AG</li><li>• Lohnkostenzuschüsse für AG</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• hohe Motivation</li><li>• Arbeitstätigkeit</li><li>• Kombination mit Betreutem Wohnen oder Selbsthilfegruppe</li><li>• Angebot nach individuelle Bedarf</li><li>• Praktika über BISS zum Berufseinstieg</li><li>• andere Möglichkeiten für schwer Integrierbare (z. B. ehrenamtliche Tätigkeiten)</li><li>• Regelmäßigkeit durch die Gruppe</li><li>• Begleitung zu Vorstellungsgesprächen</li><li>• schnell entdeckte, weniger schwere Rückfälle</li><li>• Bedeutung der Kontrollen unterschiedlich</li><li>• Rückfallmeldungen aus der Gruppe</li><li>• Offenheit ermöglicht Rücksichtnahme und Aufsicht durch den Arbeitgeber (z. B. an Betriebsfesten)</li><li>• Dreiecksvertrag verpflichtet Arbeitgeber zur Mitarbeit</li><li>• Beziehung als Grundlage</li></ul>

**Kasten 4-19:** Identifizierte förderliche Faktoren für den Projektverlauf und die Entwicklung der Teilnehmer

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

Viele der hinderlichen Faktoren für den **Projektverlauf** liegen in dem bereits mehrfach beschriebenen *Ressourcenmangel* begründet. Es wurde ein großes Interesse mit phasenweise hohen Teilnehmerzahlen beschrieben, welches die Kalkulierbarkeit der benötigten Ressourcen erschweren. Je nachdem, ob Personen arbeitssuchend oder in Arbeit, rückfällig oder stabil sind, der Arbeitsort nah gelegen oder weiter entfernt ist, werden die Ressourcen individuell sehr unterschiedlich beansprucht. Die Durchführung der geplanten, routinemäßigen Angebote oder auch die Kontaktintensivierung bei Abbruchgefahr scheiterte, wenn durch entsprechende Umstände oder akuten Bedarf (z. B. bei Rückfall) die Ressourcen anderweitig benötigt wurden. Eine Aufteilung der Gruppe für Klienten mit Arbeit wäre aufgrund der Größe und auch der Zusammensetzung phasenweise notwendig gewesen, sei aber nicht umsetzbar gewesen, da dies einen weiteren Abendtermin für die Mitarbeiter bedeutet hätte. Das Fehlen separater Räumlichkeiten führte zu Schwierigkeiten bei der Durchführung von Einzelgesprächen (Büros werden mit anderen Mitarbeitern des Integrationszentrums geteilt), das Projekt war dadurch nicht räumlich verortet, was die Integration externer Klienten erschwerte. Es wurde dauerhaft auf Privatautos der Mitarbeiter zurückgegriffen, somit wurden Fahrten nicht klar dokumentiert und fanden auch oft in Kombination mit Fahrten im Rahmen der Adaptionsbehandlung statt, wodurch eine genaue Abschätzung des Aufwands durch Fahrten nicht möglich ist. Viele Aufgaben, die eigentlich durch die Verwaltung übernommen werden sollten, wurden zu Beginn von den Mitarbeitern durchgeführt (Aufnahmen, Adressverwaltung etc.), was weitere fachliche Ressourcen in Anspruch nahm. Durch die Gesamtverwaltung fühlten sich die Durchführenden nicht immer wertgeschätzt, da das Projekt als Werbeträger genutzt, die benötigten Ressourcen jedoch nicht bereitgestellt worden seien. Insgesamt wurde bzgl. der Ressourcen die Erfahrung gemacht, dass die Erhöhung des Pflegesatzes für die adäquate Umsetzung des Projekts nicht ausreicht.

In der *Konzeption und Umsetzung* zeigte sich, dass regelmäßige Teamgespräche fehlten. Der Austausch fand meist nebenbei statt, dadurch wurden Entscheidungen, Vorgehensweisen etc. oft nicht formell festgehalten. Auch das tatsächliche Vorgehen bei Rückfall wurde nie schriftlich verankert. Die ursprüngliche Intention, Rückfallbearbeitung nur bei Offenheit durch den Klienten anzubieten, hatte sich in der Praxis nicht bewährt. Auch für den Abschlussbericht fehlen bisher Vorlagen sowie auch der Adressat, was dazu führte, dass nur in Bedarfsfällen Abschlussberichte, in fachlich-intuitiv als sinnvoll erachteter Form, verfasst wurden. Dokumentationslücken durch die Funktionstrennung der Mitarbeiter und die häufig nebenbei stattfindenden Leistungen erschweren die Darlegung der tatsächlich benötigten Ressourcen. Die Funktionstrennung von Mitarbeitern (BISS und Betreutes Wohnen) führte dazu, dass die Durchführenden sich selbst, aber auch die Klienten diese in ihrer aktuellen Tätigkeit (z. B. bei Bewerbungsunterstützung) nicht immer zuordnen konnten.

Die unregelmäßige Kontaktform mit den *Kooperationspartnern*, die fehlende Beziehung zu den Klienten sowie auch die Verschiedenheit des Klientels und der Arbeitsweise der Beratungsstellen habe zum Ausbleiben weiterer Vermittlungen oder zum Nicht-Antreten der Maß-

## Ergebnisse

### 4.2 - Implementation und Verlauf

nahme bei zuerst bekundetem Interesse geführt. Die Durchführenden berichten, dass der Arbeitstherapeut langfristig gesehen ersetzt werden müsse (Rente), was für die Kooperation zu den Arbeitgebern von Bedeutung sein könne, da die Zusammenarbeit über Jahre gewachsen und sehr an die Person des Arbeitstherapeuten gebunden sei.

Bei der **individuellen Entwicklung** der Teilnehmer scheinen Voraussetzungen wie die Rückfälligkeit vor der BISS-Teilnahme, Vermittlungsschwierigkeiten und eine zu große Lücke zwischen Rehabilitation und BISS-Beginn hinderlich. Die zeitgleiche Beendigung des Betreuten Wohnens und BISS (Dauer jeweils ein Jahr) ist insofern hinderlich, dass Personen in einem kritischen Moment (Umzug) gleichzeitig die eigentliche Unterstützung durch BISS verloren hätten. Die Erfahrungen der Durchführenden zeigen, dass eine geringe Motivation sich deutlich auf den Wiedereingliederungsprozess auswirke und die Beschäftigung in Zeitarbeitsfirmen mit dem BISS-Projekt oft nicht kompatibel sei (fehlendes Interesse des Arbeitgebers). Dies sei eine Beschäftigungsform, die nur Nachteile für den Klienten mit sich bringe (Unterforderung, Ausbeutung, kaum Übernahmen in dauerhafte Arbeitsverhältnisse).

**Ergebnisse**  
**4.2 - Implementation und Verlauf**

Projektverlauf	
<p><b>Ressourcenmangel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• großes Interesse, schwere Kalkulierbarkeit</li> <li>• Ressourcenmangel → regelmäßige Kontrollen, Besuche beim Arbeitgeber, Hausbesuche etc. nicht umsetzbar</li> <li>• Gruppe Bewerbungstraining (braucht viele Ressourcen)</li> <li>• zu geringe Intensität der Betreuung bei Abbruchgefahr</li> <li>• lange Fahrtwege zu Arbeitgebern</li> <li>• Gruppengröße und Zusammensetzung</li> <li>• keine separaten Räumlichkeiten für BISS (zur Projektverortung, für Einzelgespräche)</li> <li>• kein Auto (kein Fahrtenbuch)</li> <li>• fehlende Unterstützung von der Verwaltung</li> <li>• Finanzierung über Pflegesatzerhöhung reicht nicht aus</li> </ul>	<p><b>Konzeption und Umsetzung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückfallkonzept nicht schriftlich verankert</li> <li>• Konzept der Offenheit bei Rückfall</li> <li>• keine regelmäßigen Teamgespräche</li> <li>• keine Richtlinien für den Abschlussbericht</li> <li>• Dokumentationslücken</li> <li>• Funktionstrennung der Mitarbeiter (BISS und Betreutes Wohnen)</li> <li>• Erreichbarkeit der Klienten (z. B. bei Aufforderung zur Urinkontrolle)</li> <li>• Umständlichkeit der Kontrollen</li> </ul> <p><b>Kooperation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unregelmäßige Kontaktform zu Kooperationspartnern</li> <li>• Zusammenarbeit mit Beratungsstellen (unterschiedliches Klientel und Arbeitsweisen)</li> <li>• fehlende Beziehung zu Klienten aus anderen Einrichtungen (Schnittstellenüberbrückung)</li> <li>• langfristig: Schlüsselperson (Arbeitstherapeut) muss wegen Renteneintritts ersetzt werden → Kooperationen zu Arbeitgebern</li> </ul>
Individuelle Entwicklung der Teilnehmer	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückfälligkeit vor BISS-Beginn</li> <li>• schwer vermittelbare Klienten</li> <li>• zeitliche Lücke zwischen Rehabilitation und BISS-Beginn</li> <li>• Auszug aus Betreutem Wohnen zeitgleich zu BISS-Beendigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlende Motivation der Klienten</li> <li>• Beschäftigung in Zeitarbeitsfirmen (keine Bereitschaft zur BISS-Teilnahme, Unterforderung, Ausbeutung, kaum Übernahmen)</li> </ul>

**Kasten 4-20:** Identifizierte hinderliche Faktoren für den Projektverlauf und die Entwicklung der Teilnehmer aus Sicht der Durchführenden

## 4.3 Bewertung und Akzeptanz

### 4.3.1 Bewertung

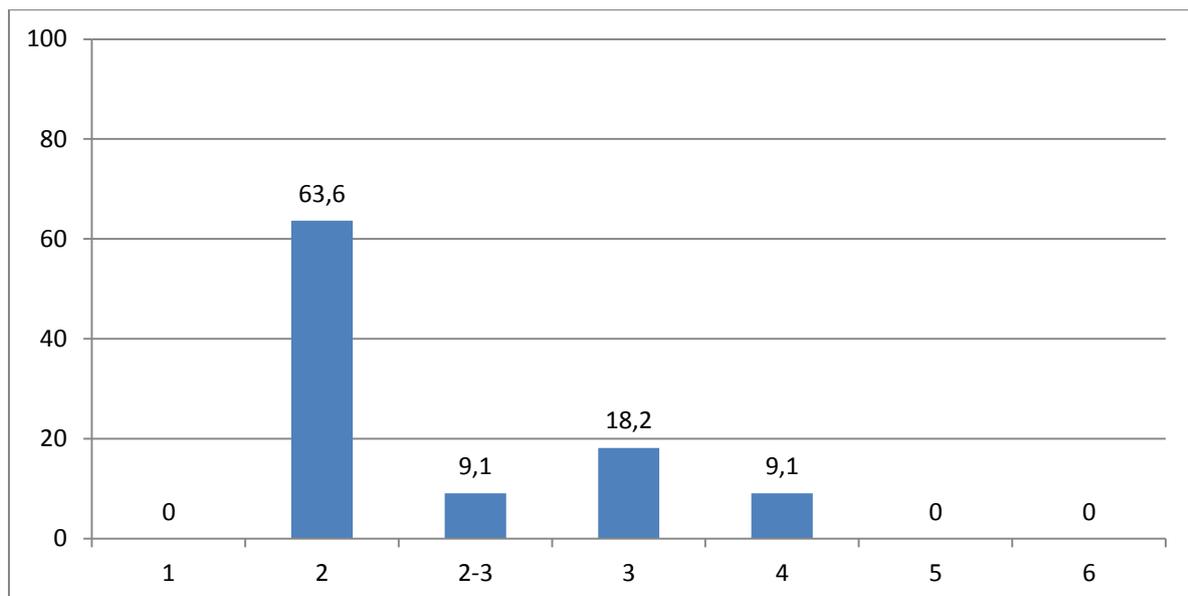
In die Bewertung wurde die Sicht der Arbeitgeber, der Durchführenden und der Teilnehmenden einbezogen.

**Datenquellen:** Teilnehmerinterviews, Teilnehmerfragebögen, Verlaufsdocumentation, Arbeitgeberfragebögen

**Stichprobe:** Interventionsgruppe: n=39; Verlauf dokumentiert von den Durchführenden (n=3), Arbeitgeber n=12

#### *Bewertung der Arbeitgeber und Durchführenden*

Die durchschnittliche Bewertung von BISS nach dem Schulnotensystem durch die Arbeitgeber (n=11) lag bei 2,41. Die meisten Arbeitgeber (64 %) bewerteten die Maßnahme mit „gut“ (Abbildung 4-2).



**Abbildung 4-2:** Bewertung der Maßnahme BISS nach dem Schulnotensystem durch die Arbeitgeber in % (n=11)

Die in Kasten 4-21 aufgeführten Aussagen von acht Arbeitgebern zeigen, dass das Projekt BISS die Entscheidung zur Einstellung des Suchtrehabilitanden positiv beeinflusst hat und dass das Projekt aus Arbeitgebersicht einen Beitrag zur Rehabilitation des Betroffenen leistet.

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

#### „Wenn es das Projekt BISS nicht gäbe, dann ...“

- „... hätte ich wohl einen Azubi weniger.“
- „... wäre die Entscheidung, einen neuen Mitarbeiter mit Suchtproblem einzustellen, zu Ungunsten dieses Arbeitnehmers ausgefallen.“
- „... hätten wir den besagten Mitarbeiter nicht kennen gelernt und demnach auch nicht eingestellt.“
- „... wäre die Brücke vom Suchtrehabilitierten zum Berufsalltag zu groß.“
- „... hätten viele ehemalige Suchtkranke keine Chance auf eine berufliche Eingliederung!“
- „... würden wir [trotzdem] den Suchtkranken bzw. Praktikanten eine Chance geben.“
- „... stünde es um diese Menschen schlecht.“
- „... hätten viele Betroffene keine Chance aus dem Teufelskreis Drogen/Alkohol auszusteigen.“

**Kasten 4-21:** Angaben der Arbeitgeber (n=8) in einer offenen Frage

Die Projektdurchführenden berichten im Gesamten sehr positiv über das Projekt. Es sei besser angelaufen als gedacht, der Zulauf habe sie phasenweise „*schier überrollt*“. Mit den Ergebnissen seien sie aus subjektiver Sicht sehr zufrieden. Die Arbeitgeber seien interessiert am Projekt. Manchmal gebe es Klienten, die selbst nicht am Projekt interessiert seien, dann eher auf Wunsch des Arbeitgebers teilnahmen. Nach der Vermittlung in Arbeit würden manche austreten, da sie den Dreiecksvertrag ablehnten; dies wird von den Durchführenden trotzdem als Erfolg gewertet. „*Die, die wir in Arbeit bekommen, sind für mich persönlich ein Erfolg, egal, ob die dann weitermachen oder nicht.*“ Es habe noch nie so viele Bewerbungen für das Betreute Wohnen gegeben, was durch BISS gefördert werde, und im Betreuten Wohnen seien noch nie so viele Personen in Arbeit gewesen, was zum Teil auf die wirtschaftliche Lage, aber auch auf BISS zurückgeführt werde. Vor allem die Gruppe mit Arbeit mache sehr viel Freude und sei beeindruckend, es bestehe ein gutes Gesprächsniveau und weitgehend klare Abstinenzmotivation, „*ein Bonbon für uns*“. Aber auch die Montagsgruppe (ohne Arbeit) „*gibt einem was*“, vor allem die Arbeit mit den Motivierten mache Spaß, „*man gibt klare Arbeitsaufträge und der hält sich dran und dann merkt man auch, dass was passiert.*“ BISS sei mittlerweile ein fester Bestandteil, gehöre jetzt einfach dazu. Die Mitarbeiter beschreiben, durch das Projekt enger zusammengewachsen zu sein. Es sei ein anderes Arbeiten, man verfolge das gemeinsame Ziel, das Projekt zum Laufen zu bringen. Zudem tue es gut und mache stolz, dass das Projekt überall so gut ankomme, anerkannt werde und auf großes Interesse stoße. Man habe etwas geschaffen, auch wenn „*[...] sich das manchmal andere auf die Fahne schreiben, da muss man drüber stehen. Man war dabei und das macht Stolz.*“ Für den Arbeitstherapeuten habe sich das Arbeiten verändert, er habe auch ohne die offiziellen Stellenprozente die Freiheit bekommen, sich um das Projekt zu kümmern. Dies habe von Seiten der Kollegen in der Arbeitstherapie nie zu negativen Reaktionen geführt.

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

Früher habe er zwar enger am Patienten gearbeitet, was ihm manchmal fehle, an der Beziehung zu den Patienten ändere das aber nichts.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts sei phasenweise anstrengend, dabei aber „*enorm fruchtbar*“ gewesen. Schwierigkeiten habe es bei den Kooperationen (Vermittlungen) gegeben und die Ressourcen hätten kaum ausgereicht, weswegen auf anderweitige Ressourcen (Betreutes Wohnen, Adaption) zurückgegriffen worden sei, oder nicht alle Maßnahmen hätten wie gewünscht umgesetzt werden können (regelmäßige Kontrollen und Arbeitsplatzbesuche, Besuche zu Hause). Auch hätten manche andere Ziele nicht wie geplant verfolgt werden können (Raum einrichten, Auto). Die Gruppe der Klienten ohne Arbeit benötige deutlich mehr Ressourcen. Auch sei die Differenzierung der Rolle zwischen BISS und Betreutem Wohnen für die betreffende Mitarbeiterin nicht immer einfach gewesen. Negativ sei auch die viele Fahrerei (z. B. zu den Arbeitsstellen), in der nicht produktiv gearbeitet werden könne und Zeit verloren gehe. Der Radius des Einzugsgebiets dürfe also keinesfalls zu groß sein.

Auch aus der Befragung des Leiters der Gesamteinrichtung ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erkennen: *„Der [...], der diese Gruppe macht, mit denen in Arbeit, der sagt mir: [...] Wenn du gut drauf sein willst, kommste in so 'ne Gruppe, [...] das is' so 'ne Atmosphäre, wo du merkst, die haben alle Arbeit, die sind alle clean, da is' einfach ein Stück Alltag und Normalität wieder da.“* Er hebt die neuen Elemente des Projektes hervor. Hierbei erwähnt er den Vertrag, die Schweigepflichtentbindung mit der Möglichkeit für den Arbeitgeber, sich an die Einrichtung zu wenden, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die angesetzten unangekündigten Drogenscreenings und die institutionalisierte Beratung des Arbeitgebers. Die Beratung, das Praktikum und die gezielte Unterstützung der Arbeitsplatzsuche und der Freizeitunterstützung gebe es auch bei anderen Projekten. Im Projekt BISS finde man eine Kombination der bewährten und der innovativen Elemente, wobei jedes für sich auf seine Art einen Wirkfaktor für den Erfolg darstelle.

#### ***Bewertung der Teilnehmer***

Die Bewertungen der Teilnehmer können Hinweise auf positiv und negativ wahrgenommene Faktoren und Eigenschaften des Projekts geben. Die verwendeten Aussagen der Klienten sind beispielhaft gewählt und dienen der Veranschaulichung, um einen Eindruck individueller Sichtweisen zu ermöglichen, sind aber nicht generalisierbar. Alle Inhalte stützen sich auf die Aussagen aus den Interviews mit den Teilnehmenden.

Positive Beurteilungen des Gesamtprojekts in den Teilnehmerinterviews überwiegen.

Es gibt jedoch auch eine Gruppe von Teilnehmern, die die zusätzlichen Angebote des Projekts wenig genutzt haben. Einige konnten subjektiv nicht von BISS profitieren, *„bringt nix“*, oder hatten wenig Kontakt. Bei vielen dieser Personen ist aufgrund der geringen Inanspruchnahme keine explizite Bewertung in den Aussagen auszumachen. Es werden positive persönliche Verläufe beschrieben, bei denen es keiner Hilfe bedarf, *„positiv, na weil halt,*

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

*arbeitstechnisch klappt's, freizeittechnisch haut's hin, soziale Kontakte und Freundeskreis sind okay, mir selber geht's gut, aber vor allem Schule und Arbeit [...].*“ Auch die zusätzliche Unterstützung durch andere Stellen wie das Betreute Wohnen, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen wurde, kann zu einer geringeren Relevanz der Biss-Angebote führen, was insbesondere bei der Bewertung des Angebots der Einzelgespräche zum Tragen kommt. Auch werden interne Ressourcen zur Selbsthilfe aufgeführt, welche die Inanspruchnahme von BISS verringern (erlernte Therapiestrategien, sich selbst um Arbeit/ Formalien kümmern). Es werden Umstände beschrieben, in denen Hilfe subjektiv nicht notwendig ist (Konfliktunterstützung nicht relevant, da kleine Firma).

Dem Projekt BISS wird von diesen wenig Profitierenden jedoch eher ein Nutzen für andere Personengruppen (Arbeitgeber, suchtnahe Patienten, junge Leute ohne Struktur, Leute ohne Arbeit) zugeschrieben, anstatt das Projekt insgesamt negativ zu bewerten, *„[...] aber auf mich trifft das nicht zu, weil ich ein alter Fuchs bin und ich hab mein Leben lang geschafft [...], wenn ein Arbeitskollege blöd ist oder es gibt mit dem Chef Konflikte [...] das hab ich alles schon hinter mir!“*

Bei den negativen Anmerkungen wird ein „Ballast“ durch das Projekt beschrieben. Es wird aufgrund von wenig persönlichem Nutzen als „nervig“ beurteilt oder löse Langeweile aus. Die meisten negativen Äußerungen beziehen sich auf die Gruppe. An einigen Stellen wird die Therapiemüdigkeit deutlich *„[...] hab' auch glaube ich viel zu lange Therapie gemacht [...] mag diese Drogengespräche nicht mehr. Das stößt mich mehr ab, als dass es mir was bringt. Denke ich zumindest.“* Oder es bestehen negative Einstellungen zu anderen Klienten, *„viele verlogene Leute!“* Weiterhin wird eine gerichtliche Auflage als Grund für die Teilnahme beschrieben, eine internale Motivation bestehe dabei nicht. Negativ wird auch die Informationsvermittlung bewertet: *„Manche kriegen eine E-Mail, manche nicht, das war auch katastrophal!“* Der Dreiecksvertrag wird kritisch betrachtet, für den Fall, dass man sich woanders bewerben wolle. Eine Person merkt an, dass ihre Rückfälligkeit aufgrund fehlender Kontrollen lange nicht bemerkt worden sei. Es wird fehlende Unterstützung bei Arbeitssuche und Bewerbungen bemängelt. Es kam vor, dass das Projekt zu Beginn als negativ oder überflüssig bewertet wurde und der Nutzen erst in Krisenfällen erkannt wurde, *„[...] hielt es aber nicht für notwendig, erst nach dem Scheitern hab ich es als Möglichkeit gesehen.“*

Die negativen Äußerungen betreffen überwiegend abgegrenzte Aspekte des Projekts und sind zumeist nur von Einzelpersonen getroffen worden (Ausnahme ist die Gruppe). In den Interviews (t2 und t3) geben jeweils die Hälfte der Befragten an, keine negativen oder überflüssigen Aspekte nennen zu können.

Andere beschreiben, das Projekt zwar nicht genutzt zu haben, dass sie jedoch im Bedarfsfall darauf zurückgegriffen hätten. *„Das Projekt hat nichts Schadhafes!“*, drückt wohl das Mitlaufen des Projekts im Hintergrund aus. Eine Person beschreibt die Teilnahme mit einem Geben und Nehmen: *„Durch Hans habe ich die Ausbildung bekommen, so habe ich eine sicher [...], also muss ich auch hingehen.“*

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

Ca. zwei Drittel (t2) bzw. die Hälfte (t3) der Befragten bewerten das Projekt im gesamten explizit positiv. Hierbei werden die weiterführende Anbindung und die Kontaktmöglichkeit im Hintergrund genannt: *„Aber im Hintergrund ist es eine gute Hilfe.“* *„Sehr gut, da ich ja auch nicht im Betreuten Wohnen bin [...] und deswegen null Betreuung habe außer die BISS-Gruppe.“* Es wird beschrieben, dass auf Bedürfnisse und Anliegen eingegangen und Unterstützung geboten wird. Auch die Sicherheit, bei Schwierigkeiten (z. B. beim Auszug aus dem Betreuten Wohnen oder bei Problemen in der Firma) eine Hilfe zu haben, wird positiv bewertet, *„ich glaube das Gesamtpaket macht’s, es gibt ’ne gewisse Sicherheit.“* Die Kontaktmöglichkeit untereinander (besonders im Rahmen der Gruppen) wird dem Projekt positiv zugeschrieben. Unterstützung bot das Projekt bei Rückschritten, kritischen Momenten und Rückfällen: *„Ohne das wäre ich jetzt verloren, weil ich vor zwei Wochen einen Rückfall hatte und BISS sorgt dafür, dass ich in der Ausbildung bleiben kann und so schnell wie möglich die Adaptionphase machen kann.“* *„Es gab kritische Momente, da hat’s mir ganz gut geholfen, auch mit dem Arbeitgeber, als ich rückfällig war, von daher war’s ganz ok.“* Die Einschätzungen, ob das Projekt hilft clean zu bleiben, wird unterschiedlich bewertet: *„Um clean zu bleiben sind andre Dinge wichtiger.“* *„Ich kann mich entsinnen, dass ich mal zu ihnen gesagt hatte, dass es keine Auswirkungen hat, ob ich jetzt clean bleibe oder nicht. Aber mittlerweile ist es doch so, dass ich denke, dass allein die Tatsache, dass es so etwas gibt, für mich wichtig ist.“*

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

#### 4.3.2 Akzeptanz

Die Akzeptanz wurde zum einen über die Beurteilung der Projektkonzeption bzw. anderweitigen Informationen über das Projekt (Besuch von Informationsveranstaltungen) aus Expertensicht, zum anderen über die Wichtigkeitsbeurteilung der Maßnahmen und die Teilnahmebereitschaft bzw. -motivation der Arbeitgeber und Teilnehmer erfasst.

**Datenquellen:** Teilnehmerinterviews, Teilnehmerfragebögen, Verlaufsdocumentation, Leistungsdokumentation, Arbeitgeberfragebögen

**Stichprobe:** Interventionsgruppe: n=39, Arbeitgeber n=12

Die Experten bewerten die Idee und das Konzept des Modellprojekts fast durchweg als sehr positiv. Das Projekt scheint demnach sehr zu überzeugen und als wichtig und notwendig im Suchtbereich betrachtet zu werden: *„Schade, dass wir das nicht gekriegt haben“*, *„Mich hat das Ganze sehr überzeugt“*, *„Bin beeindruckt und begeistert und frage mich: Warum erst jetzt!?“* Eine Person schätzt die Bemühungen, *„den Fuß ins Neuland“* zu setzen, kritisiert jedoch gleichzeitig anhand der Informationen aus der *„Konzeption des Modellprojekts“* die Aufmachung des Projekts als *„Ansammlung von Absichtserklärungen“* und *„Sammlung von Allgemeinplätzen, die irgendwo abgekupfert wurden“*, in der kein Projektmanagement zu erkennen sei bzw. in der Konzeption nicht klar niedergelegt sei. Durch die Kooperation mit der Universität solle dem Ganzen ein wissenschaftlicher Charakter verliehen werden. Seiner Ansicht nach könne das Beschriebene mit der angegebenen 50 % Stelle nicht im gewünschten Maße umgesetzt werden und somit auch nicht funktionieren. Die Evaluation müsse also zeigen, inwiefern das Projekt umsetzbar sei. Grundsätzlich befürworte er jedoch, den Kontakt zwischen Praxis und Wissenschaft und fände es gut, dass es solche neuen Projekte gebe.

Bei den Befragten wird an erster Stelle die regelmäßige Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern positiv hervorgehoben. Wichtig seien die Information des Arbeitgebers über die Suchterkrankung, verbindliche Absprachen und die Möglichkeit, einen Ansprechpartner aufsuchen zu können. Es bestehe eine Vertrauensbasis, in der die Klienten Probleme erzählen könnten. Die Regelmäßigkeit der Kontakte, wie sie in BISS geplant sind, sei in der üblichen Nachsorge nicht zu realisieren. Daneben stößt die proaktive Begleitung der ehemaligen Rehabilitanden auf positive Resonanz. Dadurch bestehe auch nach der Rehabilitation die Möglichkeit des Zugriffs auf die Rehabilitanden. So könnten durch fachliche Begleitung Rückfälle verhindert oder Krisen aufgefangen werden und eine allgemeine Stabilisierung stattfinden. Auch arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen bei Rückfällen werden in diesem Zusammenhang als wichtig genannt, die sonst häufig nur für Personen im Betreuten Wohnen realisiert werden könnten. Ein Arbeitsplatz sei ein *„wichtiges Standbein im cleanen Leben“*. Eine lockere, aber längerfristige Anbindung sei für beruflich Integrierte angemessen. Zudem wird die bereits in der Rehabilitationsbehandlung beginnende Anbindung und der direkte Übergang in das Projekt als positiv hervorgehoben, da so kritische Schnittstellen überbrückt werden

## Ergebnisse

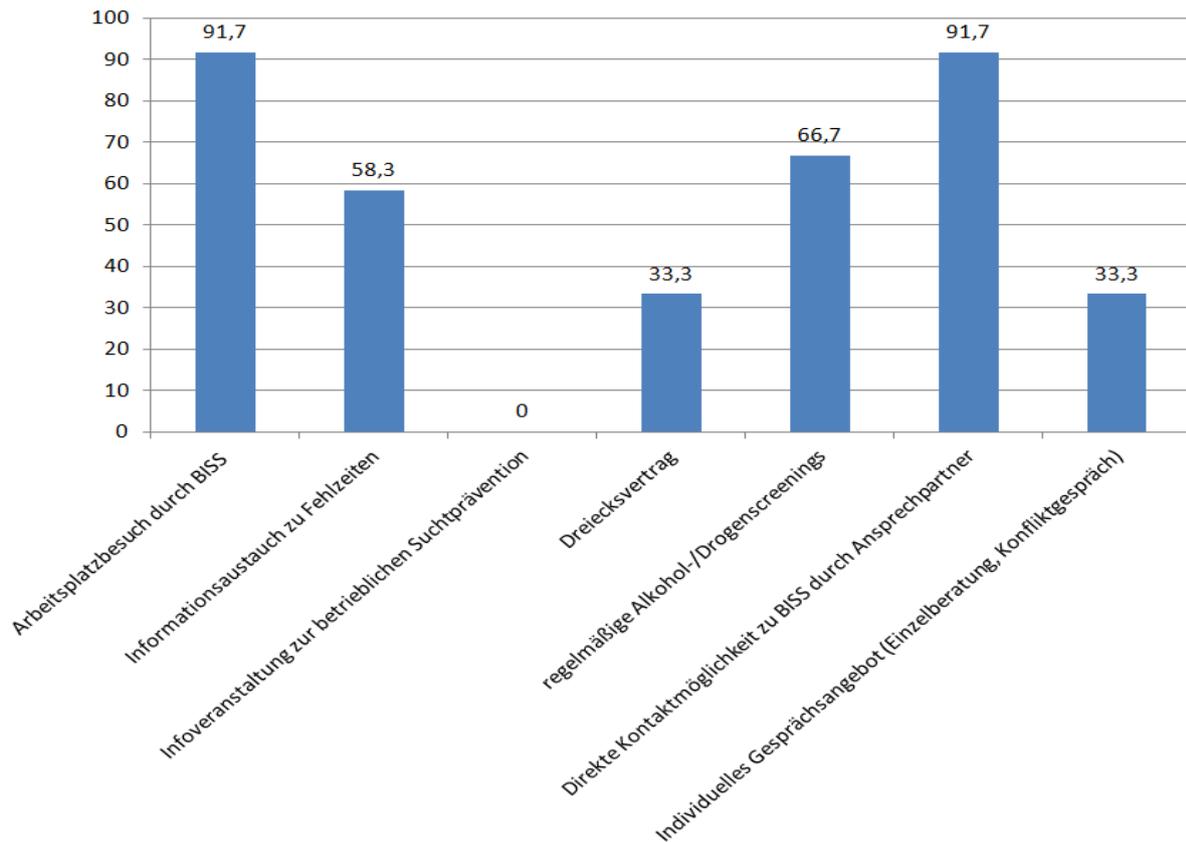
### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

könnten und Hilfen zur beruflichen Integration wie z. B. ein Praktikum weiter angeboten werden könnten. Die bereits bestehende Bindung an die Einrichtung wird im Gegensatz zur Vermittlung in „fremde“ Beratungsstellen als Vorteil gesehen, wobei auch die Öffnung des Projekts für Klienten aus anderen Einrichtungen begrüßt wird. Die für das Projekt bereitgestellten Ressourcen werden als wichtig und essenziell für die Erfüllung der Aufgaben angesehen. Zudem sei positiv, dass Personen aus der Rentenversicherung beteiligt seien, damit die *„Auftraggeber sehen, wie es in der Praxis aussieht“* und man Kontakt zu den zuständigen Personen habe. Vor der Rentenversicherung habe das Projekt einen Marketingcharakter. Die Kontrollen wurden im Rahmen der Expertenbeurteilung von den Befragten nicht explizit erwähnt, auf Nachfrage wird das Thema ambivalent beurteilt. In der aktuellen Nachsorgepraxis scheinen Kontrollen nur in Einzelfällen oder bei Verdacht angewandt zu werden. Den Kontrollen wird auf der einen Seite eine Stärkung der Sicherheit für Klient und Arbeitgeber zugeschrieben. Andererseits wird auf die dadurch verursachte Verantwortungsabgabe und Herabsetzung der Selbstverantwortung bei den Klienten hingewiesen, die zum Zeitpunkt nach der Rehabilitation fähig sein sollten, Eigenverantwortung für die Abstinenz zu übernehmen, und ansonsten möglicherweise noch nicht bereit seien und wieder in engere Strukturen vermittelt werden müssten.

Kritische Anmerkungen beziehen sich (neben den zuvor erwähnten) auf die Belastung durch das Projekt im Arbeitsalltag. Eine langfristige Betreuung könne *„lästig“* werden und der Wunsch *„normal“* leben zu wollen, sei nachvollziehbar. Auch solle man den Wunsch respektieren, den Arbeitgeber nicht zu informieren und diesen Personen trotzdem die Teilnahme am Projekt ermöglichen.

Bei der Beurteilung durch die Arbeitgeber (n=12), welche der einzelnen BISS-Angebote wichtig bzw. attraktiv sind, wählen 92 % der Arbeitgeber den aufsuchenden Kontakt von BISS-Mitarbeitern und die direkte Kontaktmöglichkeit durch einen Ansprechpartner. Auch der Informationsaustausch zu Fehlzeiten und regelmäßige Alkohol- und Drogenscreenings werden von über 50 % der Arbeitgeber als bedeutend genannt. Der Dreiecksvertrag und das individuelle Gesprächsangebot gehören nur für 33,3 % zu den wichtigen Angeboten. Die Suchtprävention im Betrieb wird im Zusammenhang mit BISS von keinem Arbeitgeber als wichtig bzw. attraktiv eingestuft (Abbildung 4-3).

### Ergebnisse 4.3 - Bewertung und Akzeptanz



**Abbildung 4-3:** Von den Arbeitgebern (n=12) als wichtig bzw. attraktiv beurteilte BISS-Angebote in Prozent

Die Arbeitgeber geben zu 75 % an, dass sie sich zukünftig eher oder ganz sicher wieder für die Teilnahme am Projekt entscheiden würden (Abbildung 4-4). Betrachtet man die weiteren Angaben der Arbeitgeber, die eher nicht mehr teilnehmen würden, so ist es bei zweien zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit dem Klienten gekommen (viele Fehlzeiten, daraufhin Beendigung nach Probezeit, Kündigung durch den Mitarbeiters selbst bei Rückfall), bei einer Person werden Verkürzungen der Arbeitszeit aufgrund der Fahrtzeiten zur BISS-Gruppe berichtet. Dies weist darauf hin, dass nach einem „unerfreulichen“ Verlauf die Bereitschaft zur BISS-Teilnahme sinkt. Damit zusammenhängend besteht vermutlich auch eine geringere Bereitschaft, erneut einen ehemals Suchtmittelabhängigen einzustellen.

Zur numerischen Bewertung der Projektangebote durch die Teilnehmer wurde nach der Wichtigkeit der Projektelemente gefragt. Es zeigt sich, dass Projektelemente, die mit Unterstützung im Zusammenhang mit der Suchterkrankung oder mit Schwierigkeiten und Konflikten stehen, zu beiden Zeitpunkten im Durchschnitt als wichtiger beurteilt werden als Elemente, die eher mit der Arbeitstätigkeit in Zusammenhang stehen. Die Gruppe, die beiden Themenbereichen zuzuordnen ist, wird auch als wichtig angesehen. Weiterhin sind Unterschiede in der Bewertung der Projektelemente zu den verschiedenen Zeitpunkten zu erkennen. Zum Zeitpunkt t2 werden alle Angebote durchschnittlich als „wichtiger“ beurteilt als zu t3 (Tabelle 4-6).

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

**Tabelle 4-6:** Wichtigkeit der einzelnen Projektangebote für die Klienten

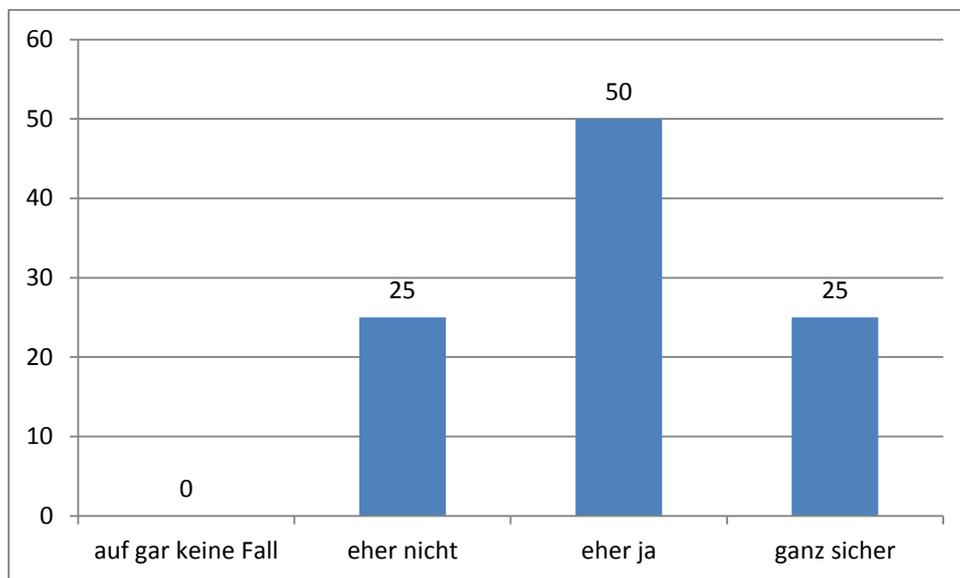
Wichtigkeit der Projektangebote 4-stufige Skala (1-4) (Pole: <i>gar nicht wichtig</i> bis <i>sehr wichtig</i> )	t2 Mittelwert (MW) (Standardabweichung (SD)) Range	t3 MW (SD) Range
<b>BISS-Gruppe</b>	3,08 (1.038) 1-4	2,14 (1.027) 1-4
t2: n=13 <sup>a</sup>		
t3: n=14		
<b>sucht- und konfliktbezogene Angebote</b>		
<b>Kontaktpflege mit der Nachsorge</b>	3,31 (.855) 2-4	2,64 (1.216) 1-4
t2: n=13		
t3: n=14		
<b>(Einzel-) Gespräche bei Konfliktsituationen</b>	3,23 (.927) 2-4	2,57 (1.222) 1-4
t2: n=13		
t3: n=14		
<b>Drogen- und/oder Alkoholkontrollen</b>	3,17 (1.030) 1-4	2,21 (1.251) 1-4
t2: n=12		
t3: n=14		
<b>Krisenintervention bei Rückfälligkeit</b>	3,09 (1.221) 1-4	2,31 (1.494) 1-4
t2: n=11		
t3: n=13		
<b>arbeitsbezogene Angebote</b>		
<b>Unterstützung im Kontakt mit Ämtern/ Behörden</b>	2,77 (1.166) 1-4	1,64 (1.151) 1-4
t2: n=13		
t3: n=14		
<b>Unterstützung bei der Tagesstrukturierung</b>	2,23 (1.166) 1-4	1,43 (1.089) 1-4
t2: n=13		
t3: n=14		
<b>Dreiecksvertrag</b>	2,82 (1.079) 1-4	1,77 (.832) 1-3
t2: n=11		
t3: n=13		
<b>gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber</b>	2,75 (1.055) 1-4	2,14 (1,292) 1-4
t2: n=12		
t3: n=14		

<sup>a</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass nach einem Projektjahr Hilfe weniger notwendig ist und somit der angedachte Zeitraum der Projektteilnahme von einem Jahr den Bedürfnissen entsprechend gewählt ist. Andererseits deuten Range und Standardabweichungen darauf hin, dass die Wichtigkeit über alle Projektangebote hinweg individuell unterschiedlich beurteilt wird. Das wiederum bestätigt den von den Stakeholdern gesehenen Bedarf an individuell angepassten Maßnahmen. Aus diesem Grund sind die individuelle Möglichkeit der Projektverlängerung und der bedarfsbezogenen Nutzung der Angebote ein guter Weg, um den Bedürfnissen eines jeden Klienten gerecht zu werden. Das innovative Element der Einbindung des Arbeitgebers scheint für die Klienten eine geringere Wichtigkeit zu haben als dies von den Stakeholdern in der Bedarfsschilderung gesehen wird.



**Abbildung 4-4:** Verteilung der Einstellung der Arbeitgeber (n=12) bzgl. einer erneuten Teilnahme am Projekt BISS in %

Als ein weiterer Indikator der Akzeptanz des Projekts BISS wird die Compliance, also die Inanspruchnahme der Leistungen genutzt. In der Adaptionseinrichtung des Integrationszentrums Lahr wurde allen Personen das Projekt vorgestellt.

Nach Aussagen der Durchführenden lehnten lediglich acht der aus der Adaptionseinrichtung für die Teilnahme in Frage kommenden Personen das Angebot ab. Vergleichsgruppenteilnehmer der VG IV (Lahr) gaben als Gründe für die Nicht-Teilnahme an BISS insbesondere private Gründe und genügend anderweitige Betreuung an (n=8). Keine der Personen gab an, dass ihr etwas an BISS nicht gefalle und deshalb eine Teilnahme ausblieb, was auch bei diesen Personen eine grundsätzliche Akzeptanz vermuten lässt.

21 der an der Studie teilnehmenden Personen nahmen mindestens ein Jahr am Projekt BISS teil (54 %). Drei Personen (8 %) verließen das Projekt sehr frühzeitig (Teilnahmedauer unter

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

1,5 Monate), weitere neun Personen während des restlichen ersten Halbjahres (23 %) und sechs Personen während des zweiten Halbjahres der Projektteilnahme (15 %).

Die Teilnahmemotivation der Interventionsgruppe wurde in den Interviews zu den Zeitpunkten t1 (Beginn, n=30) und t2 (nach einem halben Jahr, n=21) erfragt (Tabelle 4-7). Neben der Beschreibung der Motivation wurde auch um eine numerische Einschätzung von 0-10 gebeten. Bewertungen von 0-3 wurden als niedrig, von 4-7 als mittelmäßig und von 8-10 als hoch kategorisiert. Die Kategorisierung im Bereich „hoch“ umfasst demnach nur 3 Stufen, wohingegen die Kategorien „niedrig“ und „mittel“ jeweils durch vier Stufen repräsentiert sind. Somit handelt es sich um eine eher konservative Einschätzung der Teilnahmemotivation.

Zum Zeitpunkt t1 war ein größerer Anteil der Personen mindestens mittelmäßig motiviert. Zum Zeitpunkt t2 waren mehr Personen wenig motiviert. Diese Personen waren bereits zu t2 zumeist lediglich mittelmäßig motiviert. Bei der Person, die zu t1 wenig motiviert war, verbesserte sich die Motivation auf einen mittleren Wert. Der Mittelwert der Motivation zu t2 liegt leicht unter dem zu Beginn der Maßnahme.

**Tabelle 4-7:** Teilnahmemotivation aufgeteilt in hoch (8-10), mittel (4-7) und niedrig (0-3) zu den Erhebungszeitpunkten t1 und t2

Teilnahmemotivation	t1 n=30	t2 n=20
11-stufige Skala (0-10)		
<b>hoch</b> (8-10) in %	56,7	60
<b>mittel</b> (4-7) in %	40	20
<b>niedrig</b> (0-3) in %	3,3	20
<b>Mittelwert (SD)</b>	7,33 (2.163)	6,8 (3,201)

Es konnten fördernde und senkende Faktoren der Teilnahmemotivation ausgemacht werden (Kasten 4-22). Motivationsfaktoren zu Beginn der Maßnahme (t1) waren das Nutzen der Hilfe und Unterstützung, der weiterführende Kontakt zu den Bezugstherapeuten und dem Arbeitstherapeut, der Kontakt zu anderen, der gegenseitige Informationsaustausch sowie auch der Wunsch nach Kontrolle und Regelmäßigkeit. Oft war auch eine intrinsische Motivation zu erkennen (Interesse, dabei sein wollen, Auseinandersetzung mit sich selbst). Von einigen wurde das Projekt als „nicht störend“ empfunden.

Zur weiteren Teilnahme nach einem halben Jahr (t2) scheint die Erfahrung mit dem Projekt und die eigene positive Entwicklung zu motivieren: „Bis jetzt funktioniert es.“ „Halte es für nicht unsinnig teilzunehmen.“ „Man ist dann noch clean und das ist auch ein gutes Gefühl.“ Aber auch der Gedanke, BISS in Krisensituationen nutzen zu können, ermutigt, weiter am Projekt teilzunehmen. Zudem tragen weiterhin der Kontakt zu anderen Klienten und der ge-

## Ergebnisse

### 4.3 - Bewertung und Akzeptanz

gegenseitiger Austausch, aber auch „Dankbarkeit und Loyalität“ gegenüber den Projektmitarbeitern und der Ritualcharakter der Gruppe zur Motivation bei.

Faktoren für eine hohe Teilnahmemotivation	Senkende Faktoren der Teilnahmemotivation
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hilfe und Unterstützung nutzen können</li><li>• weiterführender Kontakt zu Bezugs- und Arbeitstherapeuten</li><li>• Kontakt zu anderen</li><li>• gegenseitiger Informationsaustausch</li><li>• intrinsische Motivation</li><li>• positive Erfahrungen mit dem Projekt</li><li>• Ritualcharakter der Gruppe</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fahraufwand</li><li>• Gruppentermine im Arbeitsalltag</li><li>• alleine zurecht kommen können/wollen</li><li>• Annahme von fehlender Hilfs-/Einflussmöglichkeit des Projekts bei Rückfall</li><li>• Verunsicherung durch Information des Arbeitgebers bei Rückfall</li><li>• unfreiwillige Teilnahme</li><li>• Nutzen anderer Hilfen</li><li>• Therapiemüdigkeit</li><li>• Druck durch Kontrollen</li><li>• sich fehl am Platze fühlen</li><li>• Arbeitslosigkeit</li></ul>

**Kasten 4-22:** Motivationsfördernde und -senkende Faktoren der Motivation zur (weiteren) Teilnahme am Projekt BISS, erfragt zu Beginn der Maßnahme und nach einem halben Jahr

Motivationssenkende Faktoren waren zu t1 der Aufwand durch Anfahrten und Gruppentermine im Arbeitsalltag, die überschneidende Betreuung durch andere Stellen und das Gefühl, auch allein zurechtzukommen. Eine Person befürchtete, dass BISS bei einem „Absturz“ nichts bringe, zusätzlich sei eine Verunsicherung da, weil der Arbeitgeber Bescheid wisse und „man mit anderen Augen“ angeschaut werde, was zusätzlichen Druck verursache. Einige fühlten sich unfreiwillig in das Projekt gedrängt und seien deshalb wenig motiviert.

Nach einem halben Jahr beeinflusste auch weiterhin der Aufwand durch die Termine, das Gefühl, es alleine zu schaffen und das Vorhandensein anderer Hilfen die Motivation negativ. Hinzukommend wurde eine Therapiemüdigkeit empfunden sowie der Druck durch die Kontrollen. Eine Person fühlte sich fehl am Platze, wollte ihre Ruhe haben, vielleicht, weil alle es geschafft hätten, er aber die „einzige Person ohne Arbeit“ sei.

## 4.4 Effekte und Wirkungen der Maßnahme

### 4.4.1 Drop-out-Analyse

Als Grundlage für den Gruppenvergleich und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse wird im Folgenden eine Drop-out-Analyse derjenigen Personen durchgeführt, die vor dem Ablauf eines Jahres aus dem Projekt ausgeschieden sind bzw. entlassen wurden, und gleichermaßen von den Personen der Vergleichsgruppe, die nicht an der t3-Erhebung teilgenommen haben.

**Datenquellen:** Teilnehmerfragebögen, Kurzinterview telefonisch (KIT), Verlaufsdokumentation

**Stichprobe:** Interventionsgruppe: n=39; Vergleichsgruppe n=65, Verlauf dokumentiert von den Durchführenden (n=3)

In der Drop-out-Analyse wurde die Gruppe der Beender (IG: n=21, VG: n=26) den Abbrechern (also Abbrechern der Projekt- bzw. Studienteilnahme) der Interventions- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt t1 gegenüber gestellt (IG: n=18, VG: n=39).

Hinsichtlich der meisten Variablen unterscheiden sich die regulären Beender zu t1 nicht signifikant von den Abbrechern, die Größe des Gruppeneffekts war zumeist im kleinen, seltener im mittleren Bereich (Anhang ab S. 365: Tabelle 8-19 und Tabelle 8-20). In der Interventionsgruppe ergibt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied ( $p=.037$ ), da alle vier Frauen (10 %) das Projekt abbrachen. Aufgrund des ohnehin geringen Frauenanteils ist die Interpretation des Unterschiedes nicht möglich.

Tendenziell waren Beender beider Gruppen zu t1 häufiger in Arbeit, hatten höhere Schulabschlüsse und es zeigten sich mittlere Effekte in der Abstinenzzuversicht zugunsten der Beender (IG nur auf der Skala „unangenehme Gefühle“). Die Beender der Interventionsgruppe hatten seltener eine Berufsausbildung als die Abbrecher, waren häufiger in festen Beziehungen und hatten manchmal Kontakt zum ehemaligen Suchtumfeld, was bei den Abbrechern nicht der Fall war. In der Vergleichsgruppe waren die Beender tendenziell häufiger durch Rahmenbedingungen zur Abstinenz verpflichtet, was auch häufiger kontrolliert wurde. Zudem gaben sie eine leicht höhere Abstinenzabsicht für alle Stoffgruppen an als die Abbrecher, in der Interventionsgruppe ist eine gegenteilige Tendenz zu beobachten. Es ist anzunehmen, dass langfristige Studienteilnehmer (also Beender) eher eine Positivselektion bezüglich der Zielkriterien der beruflichen Integration und des Konsums darstellen.

#### 4.4.2 Vergleich der Beender in der Interventions- und Vergleichsgruppe

**Datenquellen:** Teilnehmerfragebögen, Kurzinterview telefonisch (KIT), Verlaufsdokumentation

**Stichprobe:** Interventionsgruppe: n=21; Vergleichsgruppe: n=26

**Weitere Informationen:**

Im Gruppenvergleich wurden Teilnehmer, die das gesamte Jahr an BISS teilnahmen, sowie die „Antwörter“ zum Zeitpunkt t3 der Vergleichsgruppe verglichen.

Die Darstellungen in Tabellenform finden sich im Anhang ab Seite 369.

Für die Interpretation der Unterschiedsanalysen wird ausdrücklich auf die diesbezüglichen Hinweise in Kapitel 3.9 hingewiesen.

Die Gruppenunterschiede zu t1 sind auf den meisten betrachteten Variablen nicht signifikant. Bei Betrachtung der Effektmaße zeigen sich zumeist kleine oder keine Effekte, seltener mittlere oder große (Anhang S. 369: Tabelle 8-21). Zu den Häufigkeitsverteilungen auf soziodemographischen Variablen sei aufgrund der nur kleinen Effekte auf die Tabelle verwiesen.

Unterschiede finden sich hinsichtlich der Abstinenzverpflichtung und der Abstinenzabsicht. Die Interventionsgruppenteilnehmer sind durch die Teilnahme an BISS erwartungsgemäß signifikant häufiger zur Abstinenz verpflichtet ( $p=.000$ ;  $Y=.70$ ). Dies zeigt sich in der Tendenz auch bei der Abstinenzverpflichtung ohne Berücksichtigung der Abstinenzverpflichtung durch BISS ( $p=.084$ ,  $Y=.39$ ). Zur Abstinenz verpflichtete Personen werden in beiden Gruppen (auch neben BISS) zumeist kontrolliert (IG: 93,3 %; VG: 94,7 %). Bzgl. der Abstinenzabsicht von illegalen Drogen, Alkohol und abhängigkeits erzeugenden Medikamenten zeigen sich kleine bis große Effekte (illegale Drogen:  $d=0,29$ ; Alkohol:  $d=0,79$ ; Medikamente:  $d=0,5$ ). Diese Unterschiede können erklärt werden, da im Rahmen von BISS eine Totalabstinenz gefordert ist und eine freiwillige Teilnahme wohl auch nur bei einer hohen Abstinenzmotivation bzgl. Alkohol und Medikamenten nachzuvollziehen ist. Sie können bereits zu t1 als Effekt der Maßnahme interpretiert werden, indem sich ein Commitment für die Bedingungen der Maßnahme in Form der erhöhten Abstinenzabsicht zeigt.

Ein mittlerer, signifikanter Effekt findet sich im Geschlechtsunterschied ( $p=.037$ ;  $Y=.57$ ), auch hier ist die zuvor beschriebene geringe Anzahl von Frauen zu berücksichtigen.

In die nun folgenden Längsschnittanalysen wurden die Personen der Interventionsgruppe (IG) eingeschlossen, die zu t3, also nach einem Jahr, noch Teilnehmer des BISS-Projekts waren ( $n=21$ ) und die Personen der Vergleichsgruppe (VG,  $n=26$ ), die den t3-Fragebogen zurückgeschickt hatten ( $n=22$ ) bzw. mit denen das telefonische Kurzinterview (KIT) durchgeführt werden konnte ( $n=4$ ).

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

Die Ergebnisse der Unterschiedsanalysen zu t3 werden für die Bereiche

- soziale Integration
- berufliche Integration
- und Gesundheit und Suchtrehabilitation

gesondert dargestellt.

#### ***Gruppenunterschiede in der sozialen Integration***

Bei Merkmalen der sozialen Integration zeigen sich kaum signifikante Unterschiede (siehe Anhang S. 371: Tabelle 8-22). Unterschiede weisen kleine bis mittlere Effekte auf.

In der BISS-Gruppe zeigen sich tendenziell weniger Kontakte mit dem ehemaligen Suchtumfeld als in der Vergleichsgruppe. 80 % der BISS-Teilnehmer geben an, gar keinen Kontakt mehr zu haben, in der Vergleichsgruppe trifft dies nur auf 50 % der Untersuchten zu ( $p=.070$ ;  $r_{\text{bis}}=.32$ ).

Bei der Frage nach den Sozialkontakten in der Freizeit gibt die Vergleichsgruppe einen signifikant häufigeren Kontakt zu Familienmitgliedern ohne aktuelle Suchtproblematik an (IG: 47 % vs. VG: 86 %,  $p=.025$ ,  $Y=-.45$ ). Bei den Freizeitkontakten zeigen sich mehr Kontakte zu Freunden ohne Drogenproblematik in der BISS-Gruppe (IG: 87 % vs. VG: 76 %;  $p=.674$ ;  $Y=.16$ ) und weniger Personen verbringen ihre Zeit mit Freunden mit aktueller Suchtproblematik (IG: 7 % vs. VG: 24 %;  $p=.367$ ;  $Y=-.35$ ).

Bei den Angaben auf einer fünfstufigen Skala (1-5) zur Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen sind die Angaben bzgl. der Partnerbeziehung (IG:  $M=3,55$  vs. VG:  $M=3,06$ ) und der Freizeitgestaltung (IG:  $M=3,73$  vs. VG:  $M=3,45$ ) bei den BISS-Teilnehmern positiver, jedoch sind die Effekte nur klein. Die Mittelwerte der Zufriedenheit liegen allesamt über dem mittleren Bereich ( $M= 3,06$  bis  $M= 3,73$ ).

Im Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14), der die wahrgenommene bzw. antizipatorische Unterstützung erfasst, haben beide Gruppen einen Mittelwert von  $M=3,8$  auf einer Skala von 1-5. Im Vergleich zur entsprechenden Normstichprobe (14-60-Jährige) liegen die Gruppen damit auf einem Prozentrang von 32. Bei den zwei Fragen zur Tagesstrukturierung hat die Vergleichsgruppe höhere Werte (VG:  $M=4,09$  und  $M=3,45$  vs. IG:  $M=3,87$  und  $M=3,07$ ;  $d=0,27$  und  $d=0,31$ ), was auf eine Positivselektion in der Vergleichsgruppe hinweist, also vor allem Personen, die ihren Alltag gut strukturierten können, an der Befragung teilnahmen. Die Interventionsgruppenteilnehmer berichten hingegen trotz geringerer Werte in der Tagesstrukturierung seltener von Langeweile in der Freizeit (VG:  $M=2,41$  vs. IG:  $M=2,13$ ;  $d=0,26$ ).

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

#### *Gruppenunterschiede in der beruflichen Integration zu t3*

Auf den Variablen zur beruflichen Integration unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant, Effekte bewegen sich zumeist im kleinen und mittleren Bereich (siehe Anhang S. 372: Tabelle 8-23). Die Beender beider Gruppen sind zu einem hohen Anteil beruflich integriert, sind oft auch in Ausbildungsverhältnissen beschäftigt.

Ein großer Anteil der Personen hat also einen Arbeitsplatz (IG: 95 %; VG: 89 %;  $p=.617$ ;  $Y=.24$ ). Beide Gruppen geben zu mehr als 80 % an, ihren Lebensunterhalt im letzten halben Jahr hauptsächlich durch die Erwerbstätigkeit finanziert zu haben. In der Interventionsgruppe geben 50 % der Personen an, auch staatliche Hilfe bekommen zu haben. In der Vergleichsgruppe ist dies nur bei 24 % der Personen der Fall ( $p=.153$ ;  $Y=.28$ ). In der Vergleichsgruppe finanzieren 9,5 % der Personen ihren Lebensunterhalt auch mithilfe illegaler Tätigkeiten, was von keiner der Personen der Interventionsgruppe angegeben wird ( $p=.506$ ;  $Y=.31$ ). Weitere finanzielle Hilfe kommt über Ausbildungsbeihilfen oder private Quellen (Erspartes, Familie). Die Art der Arbeitsverträge besteht in beiden Gruppen aus regulären Arbeitsverträgen (ca. 50 %) und, vor allem in der Interventionsgruppe, zu einem hohen Anteil aus Ausbildungsverträgen (IG: 45% v. VG: 30 %). In der Interventionsgruppe werden keine Verträge mit Zeitarbeitsfirmen angegeben, was in der Vergleichsgruppe zu 13 % der Fall ist ( $p=.454$ ;  $V=.28$ ). Unter „Sonstiges“ sind weitere Beschäftigungsverhältnisse erfasst. Hierunter befindet sich ein Interventionsgruppenteilnehmer in einer Umschulung, ein Vergleichsgruppenteilnehmer in einer Arbeitsgelegenheitsmaßnahme (AGH) und einer hat einen 400 € Job neben dem Besuch einer Abendrealschule. In beiden Gruppen sind die arbeitenden Personen überwiegend in Vollzeit beschäftigt IG: 90 % vs. VG: 87 %;  $p=1.000$ ;  $Y=.08$ ). Die Vergleichsgruppenteilnehmer haben zu einem höheren Anteil unbefristete Arbeitsverträge, was erneut auf die Positiv-Selektion der Vergleichsgruppe hinweisen könnte (35,7 % vs. 57,9 %;  $p=.208$ ;  $Y=-.22$ ).

Ein ähnlich hoher Anteil der Personen berichtet Fehltage zu haben (IG: 64 % vs. VG 58 %,  $p=.710$ ;  $Y=.07$ ). Die durchschnittliche Anzahl von Fehltagen liegt jedoch mit  $M=6,53$  in der Vergleichsgruppe doppelt so hoch wie in der Interventionsgruppe ( $M=3,21$ ;  $p=.745$ ;  $d=0,39$ ). Als Gründe für Fehltage werden in beiden Gruppen insbesondere gesundheitliche Gründe genannt (IG: 78 % vs. VG: 91 %;  $p=0.566$ ;  $Y=-.26$ ). In der Vergleichsgruppe geben 46 % daneben auch psychische Gründe wie Motivationsverlust, Unzufriedenheit oder Überforderung an (IG: 11 %;  $p=0.157$ ;  $Y=-.44$ ). Aber auch Auswirkungen der Suchterkrankung spielen in der Vergleichsgruppe eine größere Rolle (IG: 11 % vs. VG: 27 %;  $p=.591$ ;  $Y=-.27$ ).

Die wenigen Personen (IG:  $n=7$ ; VG:  $n=10$ ), die rückblickend Unterstützung bei Bewerbungsaktivitäten angeben, nennen vor allem das Betreute Wohnen und die Agentur für Arbeit als Unterstützungsquelle, einzelne Interventionsgruppenteilnehmer auch das Projekt BISS.

Die mittlere Zufriedenheitsbeurteilung mit der beruflichen Situation (Skala 1-5) ist in der BISS-Gruppe höher als in der Vergleichsgruppe (IG: 4,29 vs. VG: 3,77;  $p=.466$ ;  $d=0,43$ ).

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

Bei der Frage nach Konflikten am Arbeitsplatz haben beide Gruppen auf einer Skala von 1-7 Werte im unteren Bereich, die Interventionsgruppenteilnehmer jedoch niedrigere (IG: 1,5 vs. VG: 2,58;  $p=.073$ ;  $d=0,61$ ). Letztere fühlten sich bei Konflikten zudem besser unterstützt (IG: 6,0 vs. VG: 4,0,  $p=.280$ ;  $d=0,9$ ). Auf der Irritationsskala, die die psychische (Fehl-) Beanspruchung in der Folge von Belastungen durch die Arbeit in Form von Rumination (Grübeleien) und Gereiztheitsreaktionen misst (Mohr et al., 2007), können keine Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Die durchschnittlichen Werte beider Gruppen sind im Vergleich zur Normstichprobe im eher niedrigen Bereich (Prozentrang 24-40), was eine geringe „Irritation“ bedeutet.

#### *Gruppenunterschiede bei Gesundheit und Variablen der Suchtrehabilitation*

Beide Gruppen zeigen eher positive Werte bzgl. der psychischen Belastung und der Abstinenzabsicht und -zuversicht. Gibt es Unterschiede, sind bei den Interventionsgruppenteilnehmern bessere Werte zu finden (siehe Anhang S. 374: Tabelle 8-24).

Bei der Erfragung der psychischen Belastung (gemessen mit dem BSI-18) sind mittlere bis hohe Effekte zugunsten der Interventionsgruppe auf allen Skalen zu berichten ( $d=0,55$  bis  $d=0,78$ ). Bei beiden Gruppen liegen die Werte im unteren Bereich ( $M=0,17$  bis  $M=0,82$ ; 5-stufige Skala von 0-5), was eine eher niedrige Belastung ausdrückt. Selbiges wird auch über die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand ausgedrückt, bei der ein mittlerer Effekt zugunsten der Interventionsgruppe zu finden ist, die sich als zufriedener beschreibt ( $d=0,59$ ).

Bei der über den HEISA gemessenen Abstinenzzuversicht in unterschiedlichen Gefühlslagen sind die Werte, wie zu erwarten, in beiden Gruppen auf der Skala „angenehme Gefühle“ höher als auf der Skala „unangenehme Gefühle“. Die Interventionsgruppe hat tendenziell höhere Werte als die Vergleichsgruppe.

Die Abstinenzabsicht, gemessen anhand einer sechsstufigen Skala (1-6), ist in beiden Gruppen bezogen auf illegale Drogen und abhängigkeiterzeugende Medikamente ( $MW=4,95$  bis  $MW=5,21$ ) höher als bzgl. Alkohol. Die Abstinenzabsicht bzgl. Alkohol fällt in der Interventionsgruppe höher aus (IG: 4,47 vs. VG: 3,59;  $p=.138$ ;  $d=0,48$ ). Die Zuversicht, die Abstinenzabsicht umsetzen zu können (ausgeschlossen wurden Personen ohne Abstinenzabsicht), ist in beiden Gruppen vergleichbar bezüglich illegaler Drogen und Alkohol, bzgl. abhängigkeiterzeugender Medikamente in der Interventionsgruppe höher (IG:  $M=5,57$  vs.  $M=5,45$ ;  $p=.499$ ;  $d=0,40$ ). In beiden Gruppen werden höhere Werte der Abstinenzzuversicht für illegale Drogen und abhängigkeiterzeugende Medikamente im Vergleich zu Alkohol angegeben. Um die 40 % der Teilnehmer beider Gruppen haben zum Zeitpunkt t3 keine begleitende suchtbetonte Unterstützung mehr (IG neben BISS: 37,5 %; VG: 46,2 %,  $Y=.09$ ;  $p=.750$ ). Die Verteilung der unterschiedlichen wahrgenommenen Unterstützungsangebote ist in beiden Gruppen vergleichbar, lediglich der Anteil der Personen, der eine ambulante Nachsorge in Anspruch nimmt, ist in der Vergleichsgruppe etwas höher.

**Ergebnisse**  
**4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme**

Die Teilnahme an BISS bietet für alle Teilnehmer Rahmenbedingungen, die als förderlich für die Abstinenz angenommen werden können. In der Vergleichsgruppe gibt es nur für einen deutlich geringeren Anteil zu t3 noch entsprechende Rahmenbedingungen:

Die Interventionsgruppenteilnehmer sind zu einem signifikant höheren Anteil zur Abstinenz verpflichtet (IG: 100 % vs. VG: 34 %;  $p=.000$ ;  $Y=.76$ ). Sie sind teilweise auch neben BISS zusätzlich zur Abstinenz verpflichtet (z. B. durch das Betreute Wohnen). Bei den zur Abstinenz Verpflichteten sind Kontrollen (für IG neben BISS) in der Vergleichsgruppe bei 75 % in der Interventionsgruppe bei 100 % ( $p=.487$ ;  $Y=.35$ ) der Personen mit inbegriffen (Tabelle 4-8).

**Tabelle 4-8:** Anteil der Personen mit Abstinenzverpflichtung und diesbezüglich durchgeführte Kontrollen zu t3

		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Abstinenzverpflichtung</b>				
IG: n=15 <sup>c</sup>	ja	100	36,4	$\chi^2_{(1)}=15,35$ ( $p=.000$ ) $Y=.76$
VG: n=22	nein	0	63,6	
in %				
<b>Abstinenzverpflichtung durch Rahmenbedingungen (neben BISS)</b>				
IG: n=15	ja	40,0	36,4	$\chi^2_{(1)}=0,05$ ( $p=.823$ ) $Y=.04$
VG: n=22	nein	60,0	63,6	
in %				
<b>Kontrollen (neben BISS)</b>				
	ja	100	75,0	$\chi^2_{(1)}=1,48$ ( $p=.487$ ) $Y=.35$
	nein	0	25,0	
(nur für Personen mit Abstinenzverpflichtung)				
IG: n=5				
VG: n=8				
in %				

<sup>a</sup> Chi-Quadrat-Test nach Pearson (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet.

<sup>b</sup> Es wird das Zusammenhangsmaß Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

Der Anteil der durch äußere Umstände (für IG neben BISS) zur Abstinenz Verpflichteten sinkt von t1 zu t3 in beiden Gruppen. In der Interventionsgruppe von 87,5 % auf 40 % und in der Vergleichsgruppe von 57,7 % auf 36,4 % (vgl. Anhang S. 369: Tabelle 8-21).

Die Abstinenzverpflichtung in der Vergleichsgruppe bezieht sich bei fünf der acht zur Abstinenz verpflichteten Personen nur auf illegale Drogen, bei den restlichen auch auf Alkohol und abhängigkeiterzeugende Medikamente. Einige haben trotz der Verpflichtung konsu-

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

miert, die meisten „nur“ Alkohol, jedoch teilweise auch dann, wenn die Abstinenzverpflichtung auch Alkohol beinhaltete. Für BISS-Teilnehmer besteht grundsätzlich eine Abstinenzverpflichtung für alle Suchtmittel.

Betrachtet man den Konsum, so zeigt sich, dass Interventionsgruppenteilnehmer seltener den Konsum von Suchtmitteln berichten. Zu beachten ist, dass hier der Konsum aller Suchtmittel (Alkohol, illegale Drogen und abhängigkeits erzeugende Medikamente) gemeint ist, unabhängig von der Abhängigkeitsdiagnose (Tabelle 4-9). In der Tabelle werden Personen der Interventionsgruppe, zu denen keine Interview- oder Fragebogendaten vorhanden sind, in der Projektdokumentation jedoch keine Hinweise für Konsum gefunden wurden, nicht als konsumierend beurteilt. Sie sind in der Darstellung zusätzlich gesondert aufgeführt.

Im gesamten Zeitraum wie auch in beiden Halbjahren separat können signifikante Gruppenunterschiede im Konsumverhalten gefunden werden ( $p=.000$  bis  $p=.007$ ;  $Y=-.45$  bis  $Y=.66$ ).

In der Interventionsgruppe haben drei der vier Konsumenten erst im 2. Halbjahr Suchtmittel konsumiert, bei der Vergleichsgruppe haben 11 der 16 Konsumenten in beiden Halbjahren konsumiert, vier erst im 2. Halbjahr und eine Person nur im 1. Halbjahr. Hier zeigt sich, dass der Konsum in der Vergleichsgruppe bereits früher einsetzte. In der Interventionsgruppe kam es bei den Beendern erst später zum Konsum.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

**Tabelle 4-9:** Konsummuster (Alkohol, illegale Drogen oder abhängigkeiterzeugende Medikamente) zu t2 und t3 bei den Beendern der Interventions- und Vergleichsgruppe

		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Konsum im 1. Halbjahr nach Rehabilitation bzw. BISS-Beginn<sup>c</sup></b> (nur Beender) IG: n=21 <sup>d</sup> VG: n=24 in %	ja	4,8	54,2	$\chi^2_{(2)}=12,76$ (p=.000) Y=-.66
	nein (davon kein Hinweis auf Konsum in der Projektdokumentation)	95,5 (14,3)	45,8 n. r. <sup>e</sup>	
<b>Konsum im 2. Halbjahr nach Rehabilitation bzw. BISS-Beginn</b> (nur Beender) IG: n=21 VG: n=26 in %	ja	19,0	61,5	$\chi^2_{(2)}=8,58$ (p=.003) Y=-.45
	nein (davon kein Hinweis auf Konsum in der Projektdokumentation)	81,0 (14,3)	38,5 n. r.	
<b>Konsum im 1. oder 2. Halbjahr nach Rehabilitation bzw. BISS-Beginn</b> (nur Beender) IG: n=21 VG: n=26 in %	ja	19,0	65,4	$\chi^2_{(2)}=10,09$ (p=.001) Y=-.48
	nein (davon kein Hinweis auf Konsum in der Projektdokumentation)	81,0 (14,3)	34,6 n. r.	
	(Information zu 1. Halbjahr fehlt)	n. r.	(4)	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat-Test nach Pearson (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

<sup>b</sup> Es wird das Zusammenhangsmaß Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) berichtet.

<sup>c</sup> Konsum von Alkohol, illegalen Drogen oder abhängigkeiterzeugenden Medikamenten

<sup>d</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>e</sup> n. r. = nicht relevant.

Zum Vergleich des Konsums von Suchtmitteln unter Berücksichtigung aller Teilnehmer der Untersuchungsgruppen, also inklusive der Abbrecher, wurden bei den nun folgenden Darstellungen eine wenig konservative und eine konservative Betrachtungsweise gewählt.

Bei der Vergleichsgruppe wurde die Darstellung an die Standards zur Berechnung für Erfolgsquoten in Katamnesestudien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie (2001) angelehnt. In den Standards wird eine separate Betrachtung der bei der Katamneseerhebung **erreichten** Personen (**Studiencompliant**) sowie eine Betrachtung der gesamten Gruppe, inklusive der Nicht-Erreichten (nicht **Studiencompliant**), gewählt, wobei dann alle **Nicht-Erreichten** als konsumierend eingestuft werden. In dieser Studie ist aufgrund der Verlaufsbetrachtung jedoch ein anderer Zeitraum verwendet worden (das ganze Jahr), als dies in den DGSS-Standards vorgeschlagen wird (30 Tage). Die zudem übliche Unterschei-

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

ding zwischen regulären und irregulär Entlassenen der medizinischen Rehabilitation wird nicht vorgenommen, da in die Untersuchung nur Personen nach regulärer Entlassung aufgenommen wurden. Zudem hat sich nur ein Teil der regulär Entlassenen zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt. Zu beachten ist auch, dass aufgrund der Zielsetzung der vollständigen Abstinenz jeglicher Konsum (auch Alkohol) zu irgendeinem Zeitpunkt betrachtet wurde, unabhängig von der Abhängigkeitsdiagnose.

Die soeben beschriebenen Standards konnten für die BISS-Gruppe nur in abgewandelter Form verwendet werden. Es gibt bei den BISS-Teilnehmern keine Unterscheidung der Studiencompliance, also keine „Nicht-Erreichten“. Zu allen langfristigen Teilnehmern (**Maßnahmencompliant**) liegen durch die möglichen Ergänzungen aus anderen Quellen Informationen vor, sie können also alle als „Studiencompliant“ gewertet werden. Es gibt BISS-Abbrecher (nicht **Maßnahmencompliant**), die jedoch nach dem Austritt nicht weiter befragt wurden, es hier in dem Sinne also keine Nicht-Erreichbarkeit gibt. Bei der Betrachtung der gesamten Interventionsgruppe wurden in der konservativen Betrachtung alle **BISS-Abbrecher** als konsumierend eingestuft.

Die Darstellung erfolgt getrennt für jede Gruppe, da sich die Berechnungen aufgrund der beschriebenen Situation unterscheiden. Die Varianten sind also nicht direkt vergleichbar. Ein direkter Gruppenvergleich kann bei diesen Berechnungsformen also nicht erfolgen. Als erfolgreich sind diejenigen Personen definiert, die nicht konsumiert haben.

In der Vergleichsgruppe wurde der Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) mit den oben beschriebenen Einschränkungen zur Bestimmung der Erfolgsquoten verwendet (Kasten 4-23).

**Variante A**, die wenig konservative Variante, betrachtet nur die Personen, die zu t3 erreicht werden konnten (Beender). Als konsumierend gelten die, die dies im Fragebogen oder im telefonischen Kurzinterview (KIT) angeben. Mit dieser Berechnungsform wird eine Erfolgsquote von 35 % erreicht.

In **Variante B**, der konservativen Variante, wird die gesamte Vergleichsgruppe betrachtet. Zusätzlich zu den Konsumierenden der Variante A werden auch die Personen, die keinen Fragebogen zurückgesendet haben oder denen der Fragebogen nicht zugestellt werden konnte (Nicht-Erreichte), als rückfällig eingestuft. Mit dieser Berechnungsform sinkt die Erfolgsquote auf 14 %.

**Ergebnisse**  
**4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme**

Variante und Beschreibung	Erfolgsquote (vollständige Abstinenz) in %
<b>Wenig konservativ</b>	
<b>Variante A:</b> <b>Grundgesamtheit:</b> Beender der Studie (Antworte zu t3; n=26) Als Rückfallkriterium gilt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Konsum (Alkohol, illegalen Drogen oder abhängigkeiterzeugende Medikamente) im Fragebogen (bei Bedarf ergänzt durch telefonisches Kurzinterview KIT)</li> </ul>	34,6
<b>Variante B:</b> <b>Grundgesamtheit:</b> Alle Vergleichsgruppenteilnehmer (n=65) Als Rückfallkriterium gilt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Konsum (Alkohol, illegalen Drogen oder abhängigkeiterzeugende Medikamente) im Fragebogen (bei Bedarf ergänzt durch telefonisches Kurzinterview KIT)</li> <li>• Nicht-Erreichte zu t3 werden als konsumierend eingestuft</li> </ul>	13,8

**Konservativ**

**Kasten 4-23:** Varianten der Berechnung von Erfolgsquoten bei Teilnehmern der Vergleichsgruppe

Der hohe Prozentsatz der Nicht-Erreichten in der Vergleichsgruppe führt vermutlich zu einer Unterschätzung der Erfolgsquote in der konservativen Variante B, in der diese als rückfällig beurteilt werden.

Bei den Varianten A und B zur Schätzung der Erfolgsquote in der Interventionsgruppe wurden folgende Vorgehensweisen gewählt (Kasten 4-24):

**Variante A**, die wenig konservative Variante, betrachtet nur die Personen, die am gesamten Projektjahr teilgenommen haben (n=21). Als konsumierend werden die Personen eingeschätzt, die dies im Fragebogen angeben oder bei denen bei fehlender subjektiver Angabe Suchtmittelkonsum in der Verlaufsdocumentation berichtet wird. Mit dieser Berechnungsform wird eine Erfolgsquote von 81 % erreicht.

In **Variante B** (n=39) werden zusätzlich alle Projektaustreter mit einbezogen, wobei diese als rückfällig beurteilt werden. Mit dieser Berechnungsform sinkt die Erfolgsquote auf 44 %.

**Ergebnisse**  
**4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme**

Variante und Beschreibung	Erfolgsquote (vollständige Abstinenz) in %
<b>Wenig Konservativ</b>	
<p><b>Variante A:</b></p> <p><b>Grundgesamtheit:</b> Beender des Projekts BISS (Teilnahmedauer 1 Jahr; n=21)</p> <p>Als Rückfallkriterium gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Konsum (Alkohol, illegalen Drogen oder abhängigkeiterzeugende Medikamente) im Fragebogen (<b>bei fehlenden Angaben</b> ergänzt durch Interviewdaten oder Verlaufsdokumentation)</li> </ul> <p>Bei 14,3 % (n=3) stammt die Information über Abstinenz aus der Verlaufsdokumentation, also ohne subjektive Angabe.</p>	81,0
<p><b>Variante B:</b></p> <p><b>Grundgesamtheit:</b> Alle Interventionsgruppenteilnehmer (n=39)</p> <p>Als Rückfallkriterium gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angabe von Konsum (Alkohol, illegalen Drogen oder abhängigkeiterzeugende Medikamente) im Fragebogen (<b>bei fehlenden Angaben</b> ergänzt durch Interviewdaten oder Verlaufsdokumentation)</li> <li>• alle Abbrecher des Projekts</li> </ul> <p>Bei 7,7 % (n=3) stammt die Information über Abstinenz aus der Verlaufsdokumentation, also ohne subjektive Angabe.</p>	43,6

**Konservativ**

**Kasten 4-24:** Varianten der Berechnung von Erfolgsquoten bei Teilnehmern der Interventionsgruppe

Variante A der Interventionsgruppe ist für die Beender als realistisch anzusehen, da bei fehlenden Angaben alle dokumentierten Rückfälle mit einbezogen wurden. Variante B würde für den Zeitraum der Teilnahme eine deutliche Unterschätzung der Erfolgsquote darstellen. Selbst wenn alle Ausgeschiedenen nach dem Austritt rückfällig wären, könnte dies streng genommen nicht mehr auf die Maßnahme zurückzuführen sein.

Der Wert der „wahren“ Erfolgsquote kann in den Gruppen jeweils zwischen den beiden Varianten angenommen werden (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001) und ist damit in der Interventionsgruppe in einem höheren Bereich zu vermuten als in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt ist zu beachten, dass die Betrachtung sich auf jeglichen, auch einmaligen Konsum bezieht und damit als konservativ anzusehen ist.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

Die nun folgenden Vergleiche beziehen sich wieder ausschließlich auf die **Beender** der beiden Gruppen.

Bei der Auswertung der konsumierten Mittel bei den Konsumierenden der Vergleichsgruppe (n=17) haben 59 % „nur“ Alkohol konsumiert. Die Hälfte dieser Personen (29 %) gibt zum Zeitpunkt t1 aber an, von Alkohol abhängig gewesen zu sein, weshalb dies auch als Rückfall gewertet werden kann und nicht lediglich als Verletzung der Totalabstinenz. Eine der alkoholrückfälligen Personen (6 %) hat zum Erhebungszeitpunkt t2 angegeben, illegale Drogen konsumiert zu haben. 25 % hatten Alkohol, Cannabis und/oder andere illegale Drogen konsumiert. Eine letzte Person beschreibt lediglich rückfällig gewesen zu sein, ohne Angabe genauer Substanzen, es besteht jedoch keine Alkoholabhängigkeit, weswegen eher vom Konsum illegaler Drogen ausgegangen werden kann. Ohne Einbezug der Alkoholkonsumenten bei nicht vorhandener Alkoholabhängigkeit (n=5) kann also eine Rückfallquote von 42 % in der Gruppe der Antworter zu t3 angenommen werden.

In der Interventionsgruppe hat von den Konsumierenden (n=4) die Hälfte der Personen „lediglich“ Alkohol konsumiert, wobei bei beiden keine Abhängigkeit von Alkohol angegeben war. Eine Person hat Cannabis konsumiert, eine weitere illegale Drogen. Hierbei wäre dann von einer Rückfallquote (ohne Alkoholvorfälle) der Beender von 9,5 % auszugehen.

Um einen Eindruck für die Konsumhäufigkeit zu bekommen wurden die Daten der Personen analysiert, die im 2. Halbjahr des Erhebungszeitraums Konsum angegeben hatten (IG: n=4; VG n=13; Anhang S. 376: Tabelle 8-25).

Es zeigt sich ein durchmisches Konsummuster in der Vergleichsgruppe, bei der auch häufiger Konsum illegaler Drogen vorkommt. Bei der Interventionsgruppe sind aufgrund der geringen Anzahl der Rückfälligen (n=4) und fehlenden Angaben einer Person nur wenige Informationen vorhanden. Hier kam es zu gelegentlichem oder häufigem Alkoholkonsum und einmaligem Medikamentenkonsum.

Bei der Befragung zum Zeitpunkt t3 geben 60 % der Konsumierenden (n=15) der Vergleichsgruppe an, aktuell abstinent zu sein, zu einer konsumierenden Person fehlt die Angabe (Tabelle 4-10). Zwei der Personen, bei denen keine Alkoholabhängigkeit angegeben ist, erwähnen, „nur Alkohol“ zu konsumieren, von illegalen Drogen jedoch aktuell abstinent zu sein. Bei den restlichen, aktuell Konsumierenden gibt es keine Angabe zum aktuellen Suchtmittel. In der Interventionsgruppe geben alle Personen zum Zeitpunkt der Erhebung aktuelle Abstinenz an ( $p=.255$ ;  $Y=.43$ ).

**Ergebnisse**  
**4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme**

**Tabelle 4-10:** Aktuelle Abstinenz zu t3

		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>aktuelle Abstinenz zu t3</b> (nur Personen mit Angabe eines vorherigen Konsums) IG: n=4 VG: n=15 in %	ja	100	60	$\chi^2_{(1)}=2,34$ (p=.255) Y=.43
	nein (13,3 % geben im Freitext an, nur Alkohol zu konsumieren, beim Rest ist das aktuelle Suchtmittel nicht bekannt)	0	40	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat-Test nach Pearson (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

<sup>b</sup> Es wird das Zusammenhangsmaß Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) berichtet.

90 % der Personen der Vergleichsgruppe, die Angaben zur Unterstützung bei Rückfall machen (n=10), erhielt keine Unterstützung, bei den Rückfälligen der Interventionsgruppe (n=4) haben alle Personen Unterstützung erhalten (p=.005; Y=.77).

Die Gründe für die Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. der Rückkehr zur Abstinenz sahen die meisten der Personen „im eigenen Willen“ (IG: 100 %; VG: 90,5 %). Ein weiterer oft genannter Grund war der Einfluss der Familie, Partner oder Freunde (IG: 60 %; VG: 42,9 %) und für 46,2 % der Interventionsgruppe auch das Projekt BISS (Tabelle 4-11).

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

**Tabelle 4-11:** Unterstützung bei Rückfall und subjektive Unterstützungsquellen der Abstinenz

		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Unterstützung bei Rückfall</b> (nur für Personen mit angegebenem Konsum) IG: n=4 <sup>c</sup> VG: n=10 Anzahl Personen (in %) <sup>d</sup>	ja	4 (100)	1 (10)	$\chi^2_{(1)}=10,08$ (p=.005) Y=.77
	nein	0	9 (90)	
<b>abstinent weil ...<sup>e</sup></b> IG: n=15 VG: n=21 in %	eigener Wille	100	90,5	$\chi^2_{(1)}=1,51$ (p=.500) Y=.33
	Einfluss von Partner/ Familie/ Freunden	60,0	42,9	$\chi^2_{(1)}=1,03$ (p=.310) Y=.17
	Hilfe von außen (Arzt, Beratungsstelle)	20,0	4,8	$\chi^2_{(1)}=2,06$ (p=.287) Y=.38
	Einfluss der Selbsthilfegruppe	13,3	4,8	$\chi^2_{(1)}=0,84$ (p=.559) Y=.27
	Grund nicht erklärlich	20,0	0	$\chi^2_{(1)}=4,58$ (p=.064) Y=.55
	BISS	46,2	n. r. <sup>f</sup>	n. r.

<sup>a</sup> Chi-Quadrat-Test nach Pearson (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

<sup>b</sup> Es wird das Zusammenhangsmaß Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> Aufgrund der geringen Personenanzahl wird zusätzlich zur prozentualen Verteilung auch die Anzahl der Betroffenen aufgeführt.

<sup>e</sup> Die Frage zu diesem Item lautete: „Worauf führen Sie es hauptsächlich zurück, dass es Ihnen gelang abstinent zu bleiben bzw. nach einem Rückfall wieder abstinent zu werden?“ (Mehrfachnennungen waren möglich).

<sup>f</sup> n. r. = nicht relevant

Als sonstige Einflussbereiche auf die Abstinenz wurden die in Kasten 4-25 aufgeführten Faktoren genannt.

#### Einfluss auf Abstinenz hatten ...

- Gericht/Bewährung
- Religion/Glaube an Gott
- Einzelgespräche
- meine derzeitige Gesamtsituation (Wohnung, Arbeit, Freizeit, Gesundheit)
- Erhalt des Führerscheins
- Alkohol habe ich nie getrunken, von Drogen werde ich immer weg bleiben
- sonst keine guten Aussichten in meinem Leben
- Mag das Gefühl betrunken zu sein nicht mehr
- Verlust von Geld/kein Geld
- Aufnahme in der Entgiftung

**Kasten 4-25:** Sonstige subjektive Einflussbereiche der Abstinenz

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

In einer offenen Frage wurden in beiden Gruppen Angaben zur zusätzlich benötigten Unterstützung für die berufliche Integration oder bzgl. der Suchterkrankung gemacht (Kasten 4-26). BISS-Teilnehmer wünschen sich lediglich mehr Kontrollen und Jobangebote. In der Vergleichsgruppe werden rückblickend weitere Unterstützungsinhalte als wünschenswert genannt. Es handelt sich hierbei um Wünsche einzelner Personen.

#### „Welche zusätzliche Unterstützung hätten Sie sich bezogen auf Ihre Suchterkrankung und berufliche Integration gewünscht/benötigt?“

Interventionsgruppe	Vergleichsgruppe
<ul style="list-style-type: none"><li>• mehr Kontrollen</li><li>• Jobangebote</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• eigene Familiengründung</li><li>• gemeinsame Unternehmungen</li><li>• höhere Ausbildungsbeihilfe</li><li>• Kontrolltermine für Aufgabenerledigung (z. B. Anzahl Bewerbungsschreiben)</li><li>• Unterstützung für Selbstständigkeit</li><li>• mehr Ehrlichkeit vor sich selbst</li></ul>

**Kasten 4-26:** Zusätzlich als wünschenswert angegebene Unterstützung für das vergangene Jahr

Jeweils etwas über 85 % der Personen, die den Fragebogen zu t3 ausgefüllt hatten (IG: n=15; VG: n=22), geben Ziele für die Zukunft an. Die durchschnittliche Anzahl der Ziele bei diesen Personen liegt bei 2,6 (IG) und 2,3 (VG).

Bei den Personen mit Zielen (IG: n=13; VG: n=19) ist der Anteil mit dem Ziel der Abstinenz bei den Interventionsgruppenteilnehmern höher (IG: 61,5 % vs. VG: 47,4 %). Hinzu kommt, dass fast die Hälfte der Aussagen zum Abstinenzwunsch in der Vergleichsgruppe in gewissem Maße „eingeschränkt“ werden: „Den Drogenkonsum im Rahmen zu halten“, „Versuchen, mit Alkohol aufzuhören und Tabak auch“, „Im Laufe des Jahres 2012 abstinent zu leben“, „Längere Zeit nichts konsumieren.“ Daneben gibt es in beiden Gruppen Ziele im beruflichen Bereich wie die Beendigung der Ausbildung, Jobwechsel, Selbstständigkeit, Festverträge oder die Integration in Arbeit oder Ausbildung. Persönliche Ziele betreffen häufig den Führerschein, daneben die Wohnsituation, Urlaub, Hobbys, Auto, Zufriedenheit und die „Erfüllung eigener Wünsche“. In der Interventionsgruppe werden zudem von einigen Teilnehmern Ziele im partnerschaftlichen Bereich (neue Beziehung, Festigung der Beziehung) genannt, was in der Vergleichsgruppe seltener der Fall ist. Bei wenigen liegt ein Ziel auch im Bereich der Schuldenregulierung. Auch das Ziel, so weiterzumachen wie bisher, wird in beiden Gruppen genannt.

**Ergebnisse**  
**4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme**

### **4.4.3 Zielerreichung der BISS-Beteiligten**

Die Teilnehmenden und Durchführenden wurden in Interviews nach den erreichten Zielen gefragt. Zudem wurden die Teilnehmenden gefragt, inwieweit das Projekt BISS geholfen hat, diese Ziele zu erreichen.

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews; Teilnehmerinterviews

**Stichprobe:** Stakeholder: n=3 (Durchführende); Interventionsgruppe: t2: n=21, t3: n=17

Alle interviewten Teilnehmer geben zu beiden Zeitpunkten (t2 und t3) an, Ziele erreicht zu haben. Zumeist wurden mehrere Ziele erreicht. Die meisten berichteten erreichte Ziele bezogen auf die Abstinenz. Dies kann die Totalabstinenz während der gesamten Zeit bedeuten oder eine wieder erreichte Abstinenz nach einem Rückfall. Auch bzgl. der beruflichen Integration sehen sich die meisten Personen am Ziel. Wichtig ist ihnen hierbei nicht nur der Arbeitsplatz, sondern auch die berufliche Entwicklung beispielsweise durch einen Ausbildungsplatz.

Weitere häufig genannte, erreichte Ziele betreffen das Privatleben. Das selbstständige Wohnen z. B. nach Auszug aus dem Betreuten Wohnen haben einige erreicht, andere befanden sich zu den Erhebungszeitpunkten auf Wohnungssuche. Auch die soziale Integration im Umfeld oder auf der Arbeit und die positive Freizeitgestaltung werden genannt. Viele Befragte berichten Fortschritte in der Schuldenregulierung oder gar Schuldenfreiheit. Die Wiederaufnahme bzw. Klärung von Beziehungen (zu ehemaligen Partnern, Kindern und Eltern) wurde während des Untersuchungszeitraumes angegangen. Einige haben ihren Führerschein zurückerhalten. Vereinzelt wurden Zielsetzungen wie die Erfüllung von Bewährungsaufgaben, Autokauf, Auseinandersetzung mit Problemen, besserer Umgang mit Geld, Abstand von Kriminalität, geregelter Tagesablauf, keinen enttäuscht zu haben, Gesundheit und Haushaltsführung als erreicht betrachtet. Nur wenige Klienten nannten nach einem Jahr Zielbereiche, die „noch ein Thema“, also noch nicht erreicht seien.

Zu beiden Zeitpunkten geben knapp 60 % der Befragten an, dass das Projekt BISS in gewisser Weise zur Erreichung der Ziele beigetragen habe. Am häufigsten wird der positive Einfluss der Gruppe bei der Erinnerung an das Ziel der Abstinenz genannt. Z. B. durch das Lernen von Fehlern anderer und dadurch, dass Risikosituationen und -verhalten thematisiert worden seien (Dartspielen in Kneipe, alkoholfreies Bier trinken). Als stützend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz werden auch die Urinkontrollen, der Dreiecksvertrag, die einzuhaltenden Regeln und die Rückfallhilfe genannt. Über das „Clean-Bleiben“ sei es möglich gewesen, weitere Ziele zu erreichen. Durch BISS seien Freunde gefunden und Kontakte aufrechterhalten worden. Man habe Unterstützung und Antrieb bei Problemen, der Schule, der Ausbildung, auf dem Amt und der Wohnungssuche erhalten, was zur Zielerreichung beigetragen habe.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

Zudem habe das Projekt Sicherheit, Hilfe, Bestätigung und das Gefühl, nicht allein zu sein, geboten. Andere können nicht konkret benennen, wie oder ob BISS geholfen hat, es habe „*möglicherweise unbewussten Einfluss*“ gegeben oder habe „*allgemein geholfen*“. Die Aussicht auf den Wechsel in die Gruppe mit Arbeit gebe einer Person den Ansporn, eine Arbeit zu finden, da sie dann nur noch einmal monatlich zur Gruppe kommen müsse statt wöchentlich.

Aus Sicht der Durchführenden sei der Zulauf in das Projekt größer gewesen als erwartet. Es seien Personen aufgrund des Projekts in die Adaption gekommen. Man habe es geschafft, mit Personen (die dies auch wollten) Rückfälle aufzuarbeiten und Arbeitsverhältnisse zu erhalten. Früher habe es deutlich mehr Arbeitsabbrüche gegeben. Die Bindung an die Arbeitgeber sei enger geworden und deren Vorbehalt, jemanden einzustellen, sei geringer. Die berufliche Integration sei im Gegensatz zur bisherigen Nachsorge (im Betreuten Wohnen) in den Vordergrund gerückt worden. Viele Personen hätten in Ausbildungen vermittelt und somit stabile Arbeitssituationen und eine Zukunftsperspektive durch Qualifikation geschaffen werden können. Zu Klienten seien lange und wichtige Beziehungen aufgebaut worden, diese seien also nicht nach der Adaption beendet worden.

Man habe insgesamt mit geringem Aufwand den Therapieerfolg bezogen auf die Suchterkrankung und die berufliche Integration stabilisieren können. Neben Schwierigkeiten in den Kooperationen habe man positive Netzwerke zu den Arbeitgebern, innerhalb des Integrationszentrums und zur Kommunalen Arbeitsförderung aufbauen können. Hier sei es möglich geworden, über BISS Praktika bei weiterführender Förderung anzubieten. Man sei in der Öffentlichkeit über die Grenzen Lahrs hinaus auf großes Interesse gestoßen. Auch der „Zentrumsgedanke“ des Integrationszentrums sei durch die Implementierung des Projekts weiter verfolgt worden.

#### 4.4.4 Weitere Wirkungen von BISS

Weitere Wirkungen der Maßnahme wurden bezogen auf die Zielbereiche der beruflichen Integration, der Rückfallintervention und der allgemeinen Unterstützung anhand der im Verlauf gewonnenen Informationen ermittelt.

**Datenquellen:** Leistungsdokumentationssystem in PATFAK, Teilnehmerinterviews; Teilnehmerfragebögen; Arbeitgeberfragebögen; Stakeholderinterviews

**Stichprobe:** Interventionsgruppe: n=39, Arbeitgeber: n=12; Stakeholder: n=4 (Durchführende und Initiatoren)

**Weitere Informationen:** Einzelne Angaben können von denen im Gruppenvergleich abweichen, wenn diese aus anderen Datenquellen ermittelt wurden.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

#### 4.4.4.1 Berufliche Integration

Die meisten Interventionsgruppenteilnehmer konnten beruflich integriert, häufig auch in Ausbildungsverhältnisse vermittelt werden. Bei den langfristigen Teilnahmen ist eine dauerhafte Integration zu beobachten. Rückfälle oder Schwierigkeiten im Job waren oft mit Austritten oder Entlassungen aus dem Projekt verbunden, was dann die (dauerhafte) berufliche Integration im Rahmen des Projekts verhinderte.

#### *Arbeitsintegration*

18 Personen (46 %) begannen das Projekt BISS, ohne aktuell in Arbeit oder im Praktikum zu sein. Sechs dieser Personen konnten im Rahmen des Modellprojekts nicht in Arbeit vermittelt werden. Diese waren alle, zumeist nach relativ kurzer Zeit, rückfällig und hatten eine geringe Abstinenzmotivation, waren nicht zur Aufarbeitung des Rückfalls bereit oder blieben wegen anderweitiger psychischer Probleme nach dem Rückfall länger in stationärer Behandlung. Die Teilnahmedauer dieser Personen lag zwischen 11 Tagen und 10 Monaten (im Schnitt 3 ½ Monate). Drei Personen hatten Bewerbungsaktivitäten unternommen oder ehrenamtlich gearbeitet, bei zweien mangelte es an der Mitarbeit bei der Arbeitssuche, einer war rückfällig, bevor Bewerbungsaktivitäten begonnen hatten.

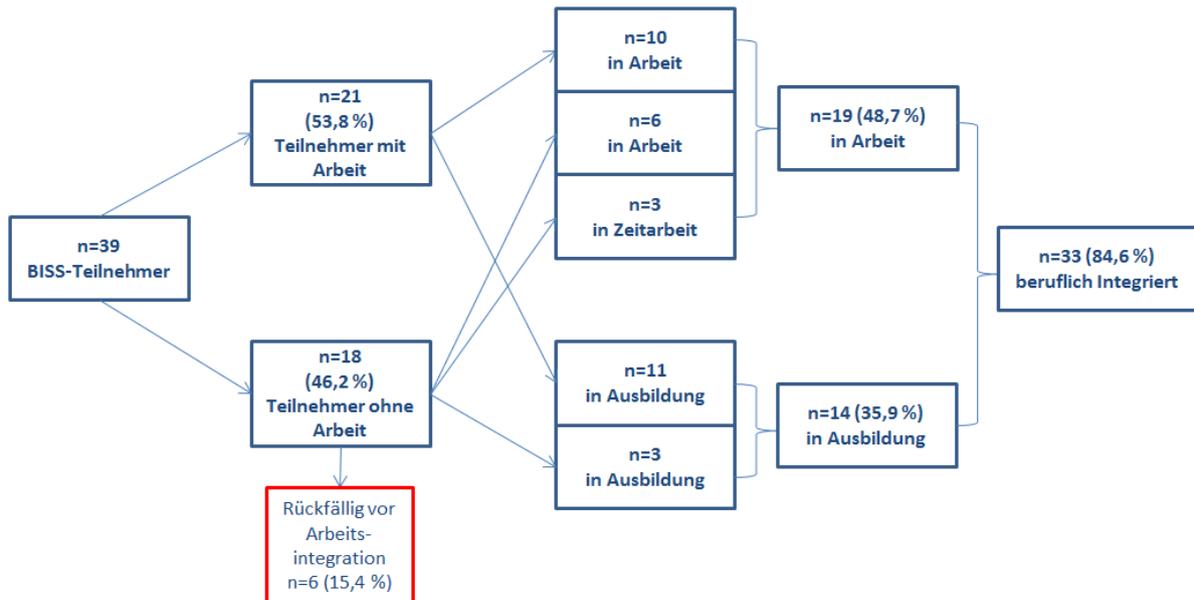
12 der Personen ohne Arbeit konnten (im Rahmen der Teilnahme an der Gruppe für Klienten ohne Arbeit) im Verlauf in Arbeit, drei davon in Ausbildung, vermittelt werden. Drei Personen entschieden sich, über die Anstellung in einer Zeitarbeitsfirma beruflich tätig zu werden. Bei zwei Personen konnte dieses Arbeitsverhältnis nicht aufrecht erhalten werden (siehe Abschnitt zu Arbeitsaustritten).

21 Personen (54 %) begannen die Projektteilnahme in der Gruppe für Personen mit Arbeit, da sie bei Eintritt bereits einen Arbeitsplatz hatten, vom Praktikumsgeber der Adaption (dokumentiert für acht Personen) übernommen wurden, schnell in Arbeit vermittelt werden konnten oder ein Praktikum zum Arbeitseinstieg absolvierten. Aus der Dokumentation ist bei den Personen mit bestehendem Arbeitsverhältnis nicht immer ersichtlich, ob diese mithilfe von BISS den Wechsel in die Arbeit schafften oder den Arbeitsplatz bereits in das Projekt „mitbrachten“. Für zwei Personen ist dokumentiert, dass sie während der BISS-Teilnahme über ein Praktikum in eine Arbeit vermittelt werden konnten, die Projektteilnahme aufgrund des Praktikumsplatzes jedoch in der Gruppe mit Arbeit begannen. 11 der Personen mit Arbeit waren in einem Ausbildungsverhältnis oder begannen dieses im Verlauf.

Insgesamt hatten also 33 Personen (85 %) während der Teilnahme am BISS-Projekt bereits zu Beginn eine Arbeit oder konnten im Verlauf in Arbeit vermittelt werden (Abbildung 4-5).

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme



**Abbildung 4-5:** Berufliche Integration im Verlauf des BISS-Projekts

14 der 33 arbeitstätigen Teilnehmer (42 %, entspricht 36 % der Gesamtteilnehmer) wurden während der Adaption oder der Teilnahme an BISS in eine Ausbildung vermittelt oder konnten begonnene Ausbildungen fortsetzen. Von diesen brachen drei Personen die Ausbildung ab, eine aufgrund zu schlechter Bezahlung, eine aufgrund zu starker psychischer Belastung, eine wurde aufgrund anhaltender Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und Rückfall entlassen. Einer der Auszubildenden verließ das Projekt nach einem Jahr regulär, da er in seine Heimat zurückkehrte und den Ausbildungsbetrieb wechselte und sich somit nicht mehr im Einzugsgebiet des Projekts aufhielt. Die restlichen zehn Auszubildenden verlängerten die Teilnahme an BISS aufgrund ihrer Ausbildungssituation.

Nur bei drei Klienten ist eine Arbeitsintegration durch Zeitarbeitsfirmen berichtet. Diesen Weg wählten die Klienten gegen den Rat der Projektmitarbeiter.

An mehreren Stellen der bisherigen Analysen wurde deutlich, dass Arbeits- oder Ausbildungsverträge in Zusammenhang mit dem Projekt BISS zustande kamen. Neben der Hilfe bei den Bewerbungsaktivitäten und Unterstützungen z. B. bei Bewerbungsgesprächen wurde die Teilnahme an BISS zur Bedingung für die Weiterbeschäftigung gemacht oder Arbeitgeber hätten ohne dieses Projekt den jeweiligen Klienten nicht eingestellt.

Wie häufig dies der Fall war, lässt sich anhand der Verlaufsdocumentationen nicht genau ermitteln, von den 12 Arbeitgebern berichteten fünf einen Einfluss von BISS auf die Einstellung des Teilnehmers (42 %) (siehe Kasten 4-27). Zwei machten keine Angaben, bei fünf (42 %) hatte das Projekt keinen direkten Einfluss auf die Einstellung.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

- „Neben beruflichen und persönlichen Qualifikation ein Hauptpunkt.“
- „Die permanente Betreuung war für uns Voraussetzung, den Azubi einzustellen.“
- „Sehr großen Einfluss. Ohne BISS hätten wir den Mitarbeiter nie eingestellt.“
- „Durch das Engagement ist das Praktikum erst zustande gekommen. Der Betreuer hat auch den Eindruck vermittelt, dass er den Teilnehmer auch im Griff hat.“
- „Der Betreuer machte einen guten Eindruck und sicherte eine gute Zusammenarbeit zu.“

**Kasten 4-27:** Aussagen der Arbeitgeber (n=12) zum Einfluss des Projekts auf die Entscheidung der Einstellung des jeweiligen Teilnehmers

#### ***Stabilität der beruflichen Integration***

Von den 33 Personen in einem Arbeitsverhältnis konnte bei sechs Personen dieser Gruppe (18 %) das Arbeitsverhältnis nicht dauerhaft aufrecht erhalten werden. Sie fielen also während der Teilnahme von BISS ohne direkte Anschlussbeschäftigung aus dem Arbeitsprozess heraus (Abbildung 4-6).

Die Hälfte dieser Personen verlor die Arbeit aufgrund von Rückfälligkeit mit fehlender Bereitschaft zur Aufarbeitung oder abgebrochener Auffangbehandlungen. Die Möglichkeit zur Aufarbeitung bzw. Unterstützung und damit die weiterführende Teilnahme an BISS wurden somit von Seiten der Klienten selbst abgelehnt.

Zwei Teilnehmern wurde aufgrund fehlender Arbeitsmotivation und gehäuften Fehlzeiten und Krankheitstagen gekündigt, einer von diesen hatte kein weiteres Interesse an der BISS-Teilnahme, der andere wurde in Therapie (nach § 64) zurückverlegt.

Eine weitere Person konnte aufgrund instabilen psychischen Befindens ihre Arbeitstätigkeit nicht weiter aufrechterhalten, hatte eine fragliche Abstinenzmotivation und wurde durch die Beratungsstelle weiterbetreut, da die Arbeitsintegration nicht mehr im Vordergrund stand.

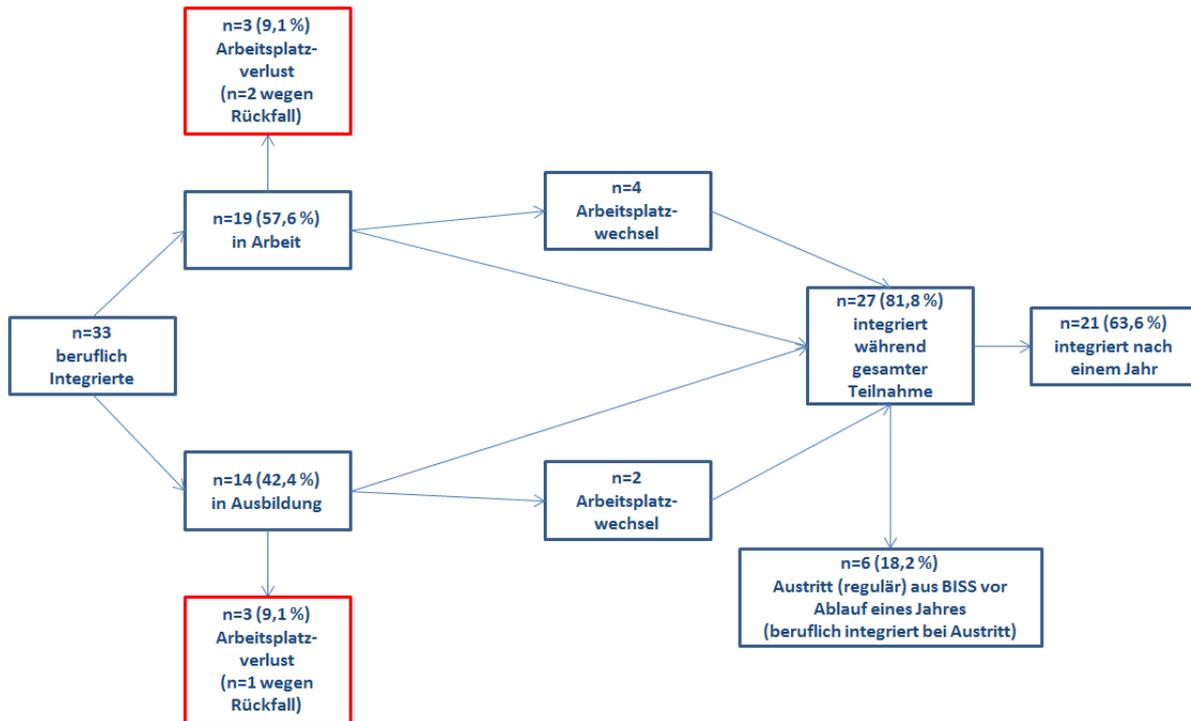
Die restlichen 82 % der Arbeitstätigen (entspricht 69 % der Ausgangsstichprobe) blieben während der gesamten, individuellen Projektlaufzeit beruflich integriert. 64 % der Arbeitstätigen (entspricht 54 % der Ausgangsstichprobe) blieben mindestens ein Jahr im Projekt, weswegen über diesen Anteil gesichert gesagt werden kann, dass die berufliche Integration über ein Jahr gesichert werden konnte.

Zusammen mit den zuvor genannten, zu keinem Zeitpunkt beruflich integrierten Teilnehmern (n=6) erhöht sich der Anteil der Personen ohne dauerhafte Arbeitsintegration während des Projektverlaufs auf 31 %, bei 23 % aller Teilnehmer als direkte Folge von Rückfälligkeit. Da all diese Klienten die Teilnahme an BISS vorzeitig beendeten bzw. entlassen wurden, ist der weitere berufliche Verlauf nicht bekannt.

Sechs Personen (18 %) wechselten im Verlauf aus unterschiedlichen Gründen wie Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation oder dem Gehalt, Umzug oder Schwierigkeiten im Betrieb mit direkter Anschlussbeschäftigung den Arbeitsplatz.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme



**Abbildung 4-6:** Stabilität der beruflichen Integration

#### ***Erhalt des Arbeitsplatzes bei Rückfälligkeit durch BISS***

Im Verlauf konnte bei drei Personen das Ziel des Arbeitsplatzerhalts trotz Rückfälligkeit erreicht werden.

Bei einer dieser Person wurde die Rückfallbearbeitung ambulant, ohne Einbezug des Arbeitgebers, durchgeführt. Bei einer Person war der Arbeitgeber derjenige, der die Rückfallvermutung gegenüber BISS äußerte. Gemeinsame Vereinbarungen führten zu einem Erhalt der Ausbildungsstelle. Die dritte Person wurde im Bewerbungsprozess rückfällig, erhielt aber während des stationären Aufenthalts eine Zusage für eine Ausbildungsstelle. Über BISS wurde gemeinsam mit dem Arbeitgeber die Koordination der Auffangbehandlung und des anschließenden Ausbildungseinstiegs über ein Praktikum geregelt.

Bei zwei Personen konnte das Ziel des Arbeitsplatzerhalts bei Rückfall nicht erreicht werden. Bei einer der Personen zeigte sich der Arbeitgeber trotz Rückfälligkeit zur Weiterbeschäftigung nach der Auffangbehandlung bereit und stand in Kontakt mit BISS, jedoch brach der Klient die Auffangbehandlung ab und lehnte weitere Hilfe ab. Die andere Person startete das Projekt bereits mit starken Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und häufigen Kündigungsandrohungen durch den Arbeitgeber. Der Arbeitsplatz konnte vorerst durch BISS erhalten bleiben, jedoch wurde das Arbeitsverhältnis aufgrund von Rückfälligkeit und Abbruch der Auffangbehandlung letztendlich doch gekündigt. BISS verhalf dem Klienten zu einer Umwandlung der fristlosen Kündigung in einen Aufhebungsvertrag, eine weitere Rückfallbearbeitung lehnte auch dieser Klient ab.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

#### 4.4.4.2 Rückfälligkeit, Rückfallbearbeitung und Sicherung der Abstinenz

Wie bereits im Gruppenvergleich deutlich wurde, ist die Anzahl der dokumentierten Rückfälle vergleichsweise gering. Einige Rückfälle konnten aufgefangen und bearbeitet werden, bei einem Teil der Rückfälligen erbrachten die Hilfsversuche jedoch nicht den erwünschten Erfolg:

Bei 14 Personen (36 %) wurden Rückfälle oder Vorfälle dokumentiert, bei drei Personen gab es zwei, bei einer drei Vorfälle. Der Anteil der Personen ohne Arbeit bei den Rückfälligen lag bei 64 %. Über die Hälfte der erstmaligen Rückfälle ereigneten sich innerhalb der ersten drei Teilnahmemonate (57 %) und 71 % innerhalb des ersten halben Jahres. Rückfälle ereigneten sich bei Personen mit Arbeitsplatz im Durchschnitt deutlich später als bei Personen ohne Arbeit (3,7 vs. 6,8 Monate). Eine Person wurde trotz Arbeit sehr schnell rückfällig, sie hatte jedoch bereits bei Projekteintritt starke Konflikte mit dem Arbeitgeber, der des Öfteren bereits die Kündigung angedroht hatte. Bei den zeitlich später Rückfälligen gelang es besser, den Rückfall aufzufangen und die Teilnahme an BISS weiter zu führen.

Sechs der erstmaligen Rückfälle konnten vorerst aufgefangen und die weitere Teilnahme ermöglicht werden (43 % der Rückfälligen). Bei diesen konnte der Arbeitsplatz erhalten bleiben bzw. sie konnten im Verlauf in Arbeit vermittelt werden.

Eine Person entschied sich einige Zeit nach dem aufgefangenen Rückfall, zum rückfälligen Partner zu ziehen und somit die Abstinenz nicht mehr garantieren zu können, weshalb sie das Projekt verließ und bei der beruflichen Integration nicht weiter unterstützt werden konnte.

Eine weitere Person der vorerst Stabilisierten wurde aufgrund psychischer Einschränkungen nach einem zweiten Rückfall an die zuständige Beratungsstelle zurückverwiesen und dort weiter betreut, da eine Arbeitsintegration zu diesem Zeitpunkt nicht möglich war. Diese konnte also nicht in Arbeit vermittelt werden.

Sechs Personen konnten nicht zur Rückfallbearbeitung motiviert werden oder brachen Anfangsbehandlungen ab, hiervon war die Hälfte der Personen arbeitstätig und verlor die Anstellung (eine Person befand sich in unsicherem Arbeitsplatz mit bereits angedrohter Kündigung vor dem Rückfall, bei einer Person ist die Entlassung nicht dokumentiert, kann aber vermutet werden).

Zwei weitere Rückfällige wurden zur Stabilisierung in anderen Stellen weiter betreut (Psychiatrie und ambulante Beratungsstelle). Die Teilnahme wurde beendet, da die berufliche Integration aktuell nicht möglich war (14 % der Rückfälligen).

Zusammengefasst haben somit 21 % aller Teilnehmer das Projekt als direkte Folge von Rückfälligkeit verlassen. 21 Personen (54 %) nahmen mindestens ein Jahr am Projekt teil, weswegen bei diesen von einer stabilen bzw. nach Rückfall wieder stabilisierten Abstinenz im ers-

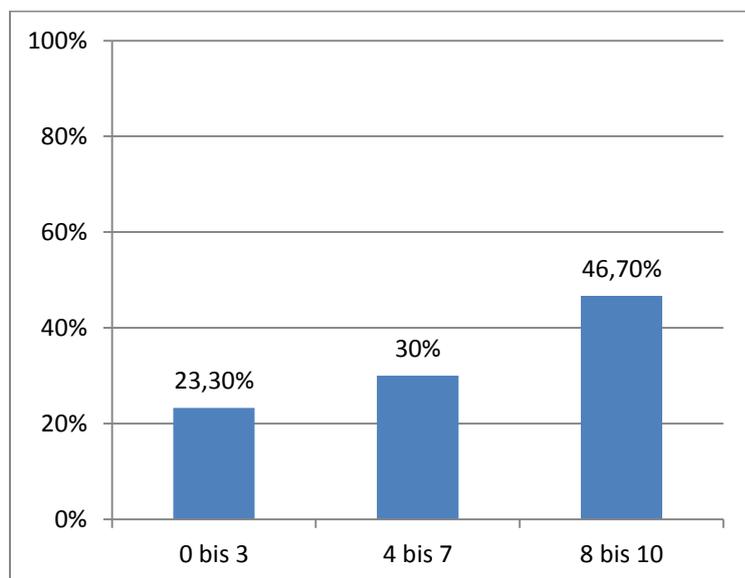
## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

ten Teilnahmejahr ausgegangen werden kann. Die Entwicklung der Teilnehmer (26 %), die das Projekt aus anderen Gründen frühzeitig beendeten, ist nicht bekannt.

Die Offenheit bei Rückfall ist Voraussetzung für die Rückfallbearbeitung, je eher sich Rückfällige melden, desto besser sollte die nachfolgende Rückfallbearbeitung gelingen. Bei der zu Projektbeginn gestellten Frage nach der Zuversicht, gegenüber BISS bzgl. eines Rückfalls offen zu sein, lag die durchschnittliche Zuversicht bei  $M=6,7$  (Skala 0-10,  $n=30$ ). Fast 50 % der Personen gaben eine sehr hohe Zuversicht zur Offenheit an, davon 78,6 % eine maximale Zuversicht von 10 (Abbildung 4-7). Die Erfahrungen der Durchführenden zeigen jedoch, dass Rückfälle meist auf anderem Wege als der selbstständigen Offenheit in Erfahrung gebracht wurden.

Der Einfluss der unangekündigten Kontrollen konnte nicht überprüft werden, da diese kaum stattfanden. Das Ausbleiben der Kontrollen wurde auch von den Teilnehmenden registriert, weshalb der angenommene Schutzfaktor, jederzeit mit einer Kontrolle rechnen zu müssen, nicht wie geplant gegeben war.



**Abbildung 4-7:** Zuversicht bei Rückfälligkeit gegenüber BISS offen sein zu können ( $t1: n=30$ )

Die Abstinenzabsicht und -zuversicht ist bei den mit Fragebögen befragten Teilnehmern, wie im Gruppenvergleich aufgeführt, relativ hoch. In den Interviews wurde zum Zeitpunkt  $t1$  ( $n=30$ ) erfasst, inwiefern sich die Teilnahme an BISS auf die Abstinenzmotivation auswirkt. 63,3 % der Befragten geben an, dass BISS keine Auswirkung habe, 6,6 % machen keine Angabe. Für 30 % wirkt sich BISS positiv auf die Abstinenzzuversicht aus (Kasten 4-28).

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

#### „Wäre ihre Abstinenzzuversicht ohne BISS eine andere?“

(Bezogen auf die im Fragebogen angegebenen Abstinenzzuversicht)

- „Nicht ganz so hoch ohne BISS, aber auch hoch, mit BISS habe ich eine Aufgabe.“
- „Durch Überwachung mehr Zuversicht, vor allem im ersten Jahr.“
- „BISS, Führerschein, Betreuer, ohne diese wäre es schlechter.“
- „Hätte nicht diesen Stellenwert, vielleicht gleich hoch, hat aber so einen anderen Wert.“
- „Bei Alkohol mittelmäßig, gegen illegale Drogen ist sie hoch. Ohne BISS wäre es weniger, weil man keine funktionierende Struktur hat. Und es ist schon in gewissem Maße ein Muss, da hinzugehen. Es ist anders, als wenn man die ganze Woche nichts zu tun hätte. Dann würde es auch keinen interessieren.“
- „[...] wäre ohne BISS anders, da wäre es eher [...] [niedriger], weil ich dann keine Kontrollen mehr hätte, die Urinkontrollen und die Nachfragen.“
- „[...] und ohne BISS wäre es ein bisschen weniger. [...]. Die Sucht kann man immer tricksen. Wenn kein BISS da wäre, würde ich vielleicht eher ein Bier mal trinken.“
- „Also meine Abstinenzmotivation ist schon sehr hoch. Im Grunde hilft mir aber BISS schon, weil man ins Berufliche gut reinkommen kann, aber es sind nicht die Kontrollen oder so, das ist nicht das Maßgebliche.“
- „Hauptsächlich kommt das von mir selber, nur die Kontrolle kann das noch ein wenig sichern in der Anfangszeit. Die ist dann eventuell stabiler.“

**Kasten 4-28:** Berichteter Einfluss von BISS auf die Abstinenzzuversicht bei n=9 Personen

Gegenüber ihrem Chef gehen fast alle in den Interviews befragten Teilnehmer offen mit der Suchterkrankung um bzw. würden dies tun. Nur eine Person, die bei einer Zeitarbeitsfirma arbeitete, hatte ihren Chef nicht mit eingebunden. Viele der Teilnehmer erzählen auch Kollegen von ihrer Suchtvergangenheit, andere sind vorerst vorsichtig. Kein Teilnehmer berichtet über negative Erfahrungen nach der Offenlegung im Rahmen des BISS-Projekts. An Reaktionen wird Interesse, viele Fragen, aber auch häufig Rücksichtnahme und „Aufsicht“ berichtet:

*„An Weihnachten haben alle Sekt [vom Chef geschenkt] bekommen und ich Punica.“*

*„Alle wissen Bescheid und nehmen Rücksicht, bieten mir Nix an oder bedrängen mich oder so.“*

*„Ja, alle wissen das, die gehen ziemlich korrekt damit um, wenn wir uns unterhalten über meine Sucht oder Therapie, wird das mit Respekt behandelt.“*

*„[Kollegen und Chef fragen nach] wie es mir dabei geht, wenn ich mit der Pflanze zu tun hab. Die passen da schon gut auf mich auf.“*

Ein Teilnehmer war anfangs gegen die Offenlegung gegenüber dem Chef, da er Angst um seinen Ausbildungsplatz gehabt habe. Im Nachhinein sei die Zusammenarbeit aufgrund eines Rückfalls jedoch wichtig gewesen.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

Die befragten Arbeitgeber (n=12) würden sich im Falle eines Rückfall(-verdacht)s zum Teil bei BISS melden (50 %), bzw. würden sich mit dem Arbeitnehmer zusammensetzen, wenn es einen Rückfall(-verdacht) gäbe (16,7 %). Zwei Arbeitgeber, die auch angaben, eher nicht wieder am Projekt teilzunehmen, machten keine Aussagen zur zukünftigen Vorgehensweise. Zwei Arbeitgeber würden bei gleichen Gegebenheiten (auch zukünftig) kündigen (16,7 %).

#### „Wie würden Sie (künftig) auf einen Rückfall(-verdacht) bei dem/der betroffenen Arbeitnehmer/in reagieren?“

- „Da klare Abmachungen im Vorfeld getroffen wurden, erfolgt bei Rückfall Kündigung.“
- „Gleich [wie bereits getan]“ (Kündigung wegen häufigen Fehlens).
- „Über Grund und Anlass nachfragen.“
- „Einen Rückfall würden wir im Team besprechen und Lösungen finden, damit er im Berufsleben bleiben kann. Danach noch konsequentere Überwachung!“
- „Sofort [bei BISS] melden.“
- „Gespräch suchen, falls notwendig mit BISS-Mitarbeitern.“
- „Genauso [wie bereits getan].“ (Kontakt mit Betreuern aufgenommen, Kontrollen und Therapie durch Integrationszentrum wurden erhöht)
- „Kontakt mit seinem Betreuer aufnehmen.“
- „BISS informieren, Gespräch suchen, Praktikum abbrechen.“
- „Rücksprache mit BISS.“

**Kasten 4-29:** Vorgehensweisen bei Rückfall(-verdacht) durch die Arbeitgeber

#### 4.4.4.3 Allgemeine Unterstützung und sonstige Wirkungen

Fast 90 % der Befragten gaben zu Projektbeginn an, sich bei nicht selbst lösbaren Schwierigkeiten auch an die Mitarbeiter des Projekts wenden zu wollen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass das Projekt als Maßnahme akzeptiert wird.

19 % (t2: n=21) bzw. 6 % (t3: n=17) der Befragten nannten einzelne Punkte, in denen sie sich mehr Hilfe von BISS gewünscht hätten. Hierbei wurde mehr Unterstützung im Bewerbungsprozess (Vitamin B, mehr als „nur Adressen“ zu bekommen), ein gemeinsames Gespräch mit dem Arbeitgeber nach der Prüfung zur weiteren beruflichen Planung, mehr Einzelgespräche und ein besseres Eingehen auf die Klienten genannt. Die restlichen Befragten gaben an, keine zusätzliche Hilfe benötigt zu haben, was auf eine insgesamt ausreichende Unterstützung durch BISS hinweist.

In den im Rahmen der Prozessanalyse betrachteten Sichtweisen und Dokumentationen ergibt sich ein einheitliches Bild bzgl. der Unterstützung. Diese ist individuell sehr unterschiedlich und hat sich nach dem Bedarf der Teilnehmer gerichtet. Personen, die Anliegen hatten, scheinen von der Maßnahme profitiert zu haben. Bei anderen lief das Projekt nebenbei mit. Neben dem Gruppenangebot bietet das Projekt zumeist das an, wofür aktuell Notwendigkeit besteht. Um diese Ressourcen bereitstellen zu können, mussten als regelmäßig angedachte Angebote oft vernachlässigt werden.

## Ergebnisse

### 4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme

93 % der Personen, die zum Zeitpunkt t3 nach einem Rückblick auf die eigene berufliche Entwicklung gefragt wurden, sehen diese positiv. Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitsstelle geben zu t2 und t3 um die 80 % der Befragten positive bis sehr positive Beurteilungen ab. Gründe für eingeschränkte Zufriedenheit sind die Arbeit in Zeitarbeitsfirmen und damit zusammenhängende Kündigungen und schlechte Bezahlung, anstrengende Tätigkeiten, lange Arbeitszeiten sowie häufige Anrufe durch die Arbeitsstelle in der Freizeit. Positiv werden die Vielseitigkeit jeweiliger Arbeitsstellen, gute Zeugnisse und Rückmeldungen, Struktur, das Arbeitsklima, Kontakt zu Kollegen, soziale Kontakte durch die Berufsschule, Einbindung, Sinnggebung, selbstständiges Arbeiten, übertragene Verantwortung, Kenntnisszuwachs, Ausbildung als Grundstein der Abstinenz, entgegengebrachtes Vertrauen, Arbeitserfahrungen ohne Suchtdruck und eine gute Beziehung zum Chef gesehen.

Knapp die Hälfte der Befragten sieht ihre positive berufliche Entwicklung auch in Zusammenhang mit BISS. Hierbei wurde der Arbeitseinstieg über das Praktikum, Unterstützung bei der Arbeitssuche, Besprechen von Arbeitsproblemen in der Gruppe, die Verfügbarkeit eines Ansprechpartners und die Stütze und Absicherung im Hinterkopf (auch bzgl. Abstinenz) genannt.

Eine weitere Wirkung ist die Anbindung der Teilnehmer. Über alle untersuchten Personen sind Informationen zu Aufenthalt, Arbeitssituation und Abstinenzsituation vorhanden. Dies zeigt sich auch in den weitaus besseren Rücklaufzahlen in der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Vergleichsgruppe. Die Teilnehmer befinden sich also in einem funktionierenden Netz, in dem Rückfälligkeit bemerkt wird, und Angebote bereitgestellt werden können. Ob diese dann auch angenommen, werden ist eine andere Sache.

Von den in den Interviews zu t1 Befragten (n=30) gaben lediglich 17 % der Befragten an, dass ihre Lebenssituation ohne BISS anders verlaufen wäre, sie sich beispielsweise an einem anderen Ort niedergelassen hätten. Alle anderen berichten auch unabhängig von BISS in der Umgebung geblieben zu sein (Kasten 4-30).

Aus Sicht der Durchführenden habe im Vergleich zur Adaption ein vertrauterer Verhältnis auf gleicher Ebene bestanden, „*wir sind nicht mehr die Therapeuten*“, was vor allem in der Gruppe für Personen mit Arbeit erfahrbar gewesen sei, und von den Durchführenden als Bereicherung empfunden wurde: „*Jeder gibt dir Donnerstag die Hand [...] da ist keine schweißige Hand [...] ist ein ganz anderes Verhältnis.*“ Zudem sei eine engere Bindung zu den Arbeitgebern entstanden, der Vorbehalt jemanden einzustellen und vor allem in Ausbildung zu übernehmen, sei durch das dahinterstehende System weniger geworden. Jemand der in Ausbildung sei, könne auch nicht so schnell wieder entlassen werden.

**Ergebnisse**  
**4.4 - Effekte und Wirkungen der Maßnahme**

**„Wäre die beschriebene Situation auch ohne BISS ähnlich?“**

- *„Gab mir ‚Drive‘. Ich war einer von den Ersten.“*
- *„Durch Überwachung ist das schon besser, vor allem im ersten Jahr.“*
- *„Anders wäre, dass ich dann eine Zeitarbeitsfirma besuchen würde, so kann ich mich direkt und mit Hilfe bewerben. Mich muss man halt eher ziehen, weil ich selber noch nicht weiß, was für mich gut ist, das Kreative oder mein alter Beruf, es ist besser, für mich jemanden zu haben, der mich am Anfang lenkt.“*
- *„Es wäre auf jeden Fall anders, ich wäre sicherlich nicht jetzt hier, ich hätte dann meine gemeinnützigen Stunden geleistet. Ich bin aber froh, dass es mit dem BISS geklappt hat, und wenn eine Umschulung [...] dann jetzt [anfängt], und jemand, der das coacht, das ist gut, sonst wäre ich aber auch nach Offenburg gegangen.“*
- *„Biss hat einen Beitrag geleistet, dass ich den Job bekommen habe, sicherlich nicht den Löwenanteil, aber das war ein Kriterium der Festanstellung. Hätte ich den Job nicht bekommen, wäre ich jetzt wohl woanders, ich habe mich sonst auch in Freiburg beworben, da wäre ich eigentlich lieber hin.“*
- *„BISS hat an der Situation nicht viel geändert, außer dass ich mehr Gas beim Bewerbungsschreiben geb’, da habe ich jetzt mehr Motivation mich zu bewerben, um so schnell wie möglich einen Ausbildungsplatz zu bekommen.“*

**Kasten 4-30:** Angaben zur Änderung der aktuellen Lebenssituation bei n=4 Personen

In der Öffentlichkeit habe das Projekt großen Anklang gefunden. Die Durchführenden und Initiatoren berichten von Anfragen und Interesse von anderen Einrichtungen und Rentenversicherungen und dem Interesse an Kooperationen mit anderen Rehabilitationskliniken. Auch bei den Arbeitgebern und sonstigen Interessierten erziele das Projekt positive Resonanz.

## 4.5 Aufwand und direkte Kosten

**Datenquellen:** Stakeholderinterviews (Durchführende und Initiatoren); Verlaufsdocumentationen, Teilnehmerinterviews

**Stichprobe:** Stakeholder: n=4 (Durchführenden und Initiatoren), Verlauf dokumentiert von den Durchführenden (n=3), Interventionsgruppe: n=39

Es liegen Aufwandseinschätzungen durch die Teilnehmer vor, Angaben zu direkten Kosten stützen sich auf Aussagen der Durchführenden und Projektinitiatoren und auf Analysen der Leistungsdokumentation.

Von den Klienten wird die Teilnahme nur selten als Aufwand empfunden. Der Besuch der Gruppe wird für viele von der Häufigkeit her angemessen und somit nicht als Aufwand betrachtet, „*man kriegt ja auch was dafür!*“ Personen, die längere Anfahrtswege zur Gruppe haben, empfinden dies und auch die dadurch entstandenen Fahrtkosten als Aufwand. Auch der späte Zeitpunkt am Abend des Gruppenangebots neben der Arbeitstätigkeit, die in der Gruppe verbrachte Zeit mit dem als „zäh“ beschriebenen Inhalt, werden von manchen als Aufwand bezeichnet.

Im Rahmen der Projektlaufzeit wurde der Rehaklinik Freiolsheim eine Sonderpflegesatzerhöhung genehmigt, unabhängig davon, ob der einzelne Patient später das Projekt BISS in Anspruch nahm oder nicht. Der Leiter der Gesamteinrichtung schätzt die Refinanzierung durch die Pflegesatzerhöhung auf etwa 15.000 € pro Jahr. Zusätzlich erhielt das Projekt einen jährlichen Sachkostenzuschlag von 10.000 €. Somit erhielt die Einrichtung eine geschätzte Summe von rund 25.000 € pro Jahr.

Für die Projektarbeit wurden von der Einrichtung zwei Stellenanteile von je 25 % zugeteilt, die durch eine Sozialpädagogin und den Leiter des Integrationszentrums besetzt waren. Der zusätzlich am Projekt beteiligte Arbeitstherapeut, der den Hauptteil der Leistungen erbrachte, hatte keine dem Projekt zugeteilten Stellenprozente. Dessen Einbindung in BISS konnte nur über die Entlastung in seinem eigentlichen Arbeitsfeld in der Arbeitstherapie der Adaptionsseinrichtung ermöglicht werden. Er war in der Projektlaufzeit wichtiger Projektmitarbeiter und phasenweise sehr intensiv für das Projekt tätig.

Die Angaben der Durchführenden zu den einzelnen Kostenpunkten ergeben Gesamtkosten von jährlich knapp 50.000 €, wobei hier nur die offiziell zugeteilten Stellenanteile einer 50 %-Stelle berücksichtigt sind (siehe hierzu auch die Kostenaufstellung im Manual). Vom Arbeitsaufwand zeigte sich ein über die halbe Stelle hinausgehender Bedarf, sodass die tatsächlichen jährlichen Kosten deutlich über der genannten benötigten Summe lagen. Jedoch konnten so noch immer nicht alle angedachten regelmäßigen Angebote umgesetzt werden, die aktuell gar nicht oder über andere Bereiche des Integrationszentrums bereitgestellt wurden.

## Ergebnisse

### 4.5 - Aufwand und direkte Kosten

Um einen Eindruck für den Aufwand der Betreuung für einen Einzelfall darzustellen, und die Individualität der benötigten Leistungen zu unterstreichen, werden nun unterschiedliche Inanspruchnahmepattern von beispielhaft ausgewählten Teilnehmern aufgezeigt.

Zu beachten ist, dass laut Aussagen der Durchführenden lediglich ein Teil der Leistungen aufgezeichnet wurde, und das Profil die tatsächlichen Aufwendungen womöglich unterschätzt. Es wird jeweils ein Teilnehmer mit und ohne notwendige Unterstützung bei der Arbeitsintegration in Kombination mit und ohne Rückfallintervention dargestellt. Aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit werden Teilnehmer mit einer Gesamtteilnahmedauer von einem Jahr einbezogen (Tabelle 4-12). Die Leistungen werden auch abzüglich der Gruppenleistungen dargestellt.

**Tabelle 4-12:** Erbrachte Leistungen für vier beispielhaft ausgewählte Teilnehmer die sich im Bedarf an Unterstützung bei der Arbeitsintegration und der Rückfallbearbeitung unterscheiden

	A (mit Arbeit ohne Rückfall)	B (mit Arbeit mit Rückfall)	C (Arbeits- integration ohne Rückfall)	D (Arbeits- integration mit Rückfall)
<b>Leistung</b>	<b>Anzahl der Leistungen (Gesamtdauer in Minuten)</b>			
Alkoholkontrolle am Arbeitsplatz		1 (90)		
Alkoholkontrolle in der Einrichtung		1 (30)	3 (30)	
Urinkontrolle in der Einrichtung	4 (50)		1 (10)	
Gruppe BISS „berufliche Orientierung“	12 (1080)	13 (1170)	11 (990)	10 (900)
Telefonkontakt mit Arbeitgeber		2 (20)		
Telefonkontakt mit Klient		1 (10)		
Besuch bei Klienten zu Hause		1 (90)		
Vertragsabschluss mit AG und Klient	1 (60)	1 (90)	1 (40)	1 (30)
Rückfallbearbeitung		2 (110)		1 (60)
Gespräch mit Behörden und Institutionen	1 (125)		2 (160)	
Präventionsangebot im Betrieb	1 (180)			
Bewerbungstraining einzeln		1 (60)		
Besuch am Arbeitsplatz	1 (35)			
Gespräch mit Arbeitgeber	2 (125)	4 (285)	9 (290)	3 (100)
Berufliche Beratung				1 (30)
Gespräch mit Patient und Betriebsangehörigen				1 (30)
Psychoedukative Gruppe „berufliche Orientierung“				1 (90)
Therapie als systemische Therapie			2 (100)	
Paartherapie, Familientherapie, methodenübergreifend			1 (90)	
<b>Gesamt</b>	<b>23 (1685)</b>	<b>30 (2120)</b>	<b>36 (2015)</b>	<b>19 (1330)</b>
<b>Gesamt ohne Gruppensitzungen</b>	<b>11 (605)</b>	<b>17 (950)</b>	<b>25 (1025)</b>	<b>8 (340)</b>

## Ergebnisse

### 4.5 - Aufwand und direkte Kosten

Teilnehmer mit kürzerer Teilnahmedauer müssen nicht unbedingt ein geringeres Ausmaß an Unterstützung erhalten haben, da eine frühzeitige Teilnahmebeendigung oft auch mit Schwierigkeiten im Job oder mit Rückfälligkeit, also vermehrtem Aufwand, verbunden war. Deutlich wird, dass die Anzahl der erbrachten Leistungen, und dadurch auch der benötigte Zeitaufwand, unterschiedlich sind. Auch zeigt sich, dass die Arbeitsintegration und Hilfe bei Rückfälligkeit auch mit wenig Aufwand erreicht werden kann (Fall D). Es handelte sich hierbei um einen Rückfall, der ambulant und ohne Einbezug des Arbeitgebers bearbeitet wurde.

Zusätzlich zu den Einzelleistungen wurde eine wöchentliche Gruppe angeboten, deren Dauer unterschiedlich war (meist 90 oder 120 Minuten), und eine monatliche Gruppe für Klienten ohne Arbeit mit einer Dauer von 90 Minuten.

Das Projekt konnte in vielen Fällen auf die Ressourcen der Adaption und des Betreuten Wohnens des Integrationszentrums zurückgreifen (siehe hierzu auch das Manual).

Dies waren strukturelle Ressourcen wie Räumlichkeiten, Fahrzeuge, Freizeitangebote und das vorhandene Netzwerk von Arbeitgebern. Personelle Ressourcen wurden über die zusätzliche Bereitstellung des Arbeitstherapeuten und die Arbeitszeit von Suchttherapeuten im Betreuten Wohnen abgedeckt, die das Gesprächsangebot erweiterten, und auch Screenings durchführten und Unterstützung bei der Arbeitssuche anboten. Die Routine und Arbeitserfahrung der Durchführenden waren aufgrund der langjährigen Beschäftigung im Integrationszentrum bereits gegeben. Jegliche Mehrarbeit wurde über die Kürzung der Beschäftigungszeit in den jeweils anderen Bereichen kompensiert. Weitere Ressourcen aus den anderen Bereichen waren die gemeinsame Nutzung des Dokumentationssystems und -programms, die Abdeckung von Kontrollen und Fahrtkosten, aber auch die bereits in der Adaption und im Betreuten Wohnen aufgebaute therapeutische Beziehung und erste Kontaktaufnahme zu Arbeitgebern.

# 5 Zusammenfassung

### *Hintergrund*

Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen führt im Verlauf zu erheblichen Funktionseinschränkungen und Teilhabestörungen und zieht damit auch berufliche Konsequenzen nach sich (Lindenmeyer, 2009; McLellan & Lewis et al., 2000). Die durch Suchterkrankungen verursachten Kosten entstehen zum großen Teil durch berufsbezogene Kostenfaktoren wie Produktivitätsausfall (vgl. z. B. Adams & Effertz (2011) Konnopka & König (2007) und Thavorncharoensap et al. (2009)). Beim Klientel der Suchtmittelabhängigen, insbesondere bei Abhängigen illegaler Drogen, lassen sich viele Merkmale im Bereich der besonderen beruflichen Problemlagen ausmachen. Hierzu gehören beispielsweise ein niedriger Bildungsstand (Platt, 1995; Steppan et al., 2010), hohe Arbeitslosenraten (Henkel, 2008b; Lindenmeyer, 2009) aber auch die hohe Rückfallgefahr (Bühringer et al., 2001).

Rehabilitationsleistungen haben zum Ziel, Suchtmittelfreiheit zu erreichen und Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006). In der medizinischen Suchtrehabilitation sind arbeitsbezogene Maßnahmen fest verankert (Löffler et al., 2011; Neuderth et al., 2009) und können aufgrund der langen Behandlungszeiten besser umgesetzt werden, als dies in anderen Indikationsgebieten möglich ist (Köhler, 2009). Auch die Nachsorge soll die berufliche Integration weiter fördern (Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012), jedoch wird der Übergang in die Nachsorge oft nicht umgesetzt (Bader & Heise, 2000; Schwoon, 2000), eine intensive berufliche Nachsorge ist häufig nicht möglich und umfassendere Maßnahmen wie das Betreute Wohnen stehen nur einem Teil der Rehabilitanden zur Verfügung (Bader & Heise, 2000; Schay, 2011b). Der Ausbau von Projekten und Initiativen, die den (Wieder-) Einstieg sichern und fördern wird deshalb gefordert (Bader et al., 2008). Für die Wirksamkeit spezifischer berufsbezogener Maßnahmen in Deutschland liegen vereinzelte Hinweise vor, internationale Studien konnten die Wirksamkeit unterschiedlicher berufsbezogener Elemente belegen (Reif et al., 2004; Siegal et al., 1996), wobei die Identifikation erfolgreicher und weniger erfolgreicher Elemente schwierig ist und sich bisher noch keine berufliche Maßnahme für Suchtmittelabhängige generell durchgesetzt hat (Magura et al., 2004). Jedoch konnte eine Verringerung von Suchtmittelkonsum durch Drogen- bzw. Alkoholkontrollen im berufsbezogenen Kontext bereits nachgewiesen werden (Carpenter, 2007; French et al., 2004).

### *Auftrag und evaluiertes Angebot*

Die Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg wurde von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg mit der Evaluation des Nachsorgeprojekts „Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung“ (BISS) beauftragt (Januar 2010 bis März 2013).

## 5 - Zusammenfassung

Das Projekt BISS wird am Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim angeboten und wurde von den dortigen Mitarbeitern entwickelt.

Es beschäftigt sich gezielt mit der beruflichen Integration von Suchtmittelabhängigen im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene Entwöhnungs- bzw. Adaptionsbehandlung. Das Projekt kann parallel zum üblichen Nachsorgeangebot in Anspruch genommen werden. Ziel ist es, durch regelmäßige und bedarfsbezogene Angebote die berufliche Integration zu fördern und die Abstinenz zu sichern.

Wichtiger Bestandteil des Projekts ist die vertragliche Beteiligung des Arbeitgebers durch den sogenannten Dreiecksvertrag, der zwischen dem Integrationszentrum, dem Klienten und dessen Arbeitgeber geschlossen wird.

Das regelmäßige Angebot von BISS besteht aus einem berufsbezogenen Gruppenangebot für die Klienten, welches für Arbeitstätige monatlich, für Arbeitssuchende wöchentlich stattfindet, aus Kontakten zum Arbeitgeber, z. B. durch Arbeitsplatzbesuche, und aus Urinkontrollen zur Überprüfung der Abstinenz.

Weitere Angebote wie Gesprächsmöglichkeiten für Klienten und Arbeitgeber, Krisen- und Rückfallinterventionen, Unterstützung im Kontakt mit Ämtern, Behörden etc. und Freizeitangebote können je nach Bedarf in Anspruch genommen werden.

Die Dauer der Teilnahme beträgt ein Jahr und kann unter bestimmten Umständen (z. B. Auszug aus dem Betreuten Wohnen oder bei Berufsausbildung) verlängert werden, um einen langfristigen Erfolg zu sichern.

### *Evaluationskonzept*

Der Evaluationsansatz beinhaltet, neben summativen Elementen zur Bestimmung der Wirksamkeit und beeinflussender Faktoren, eine formative Herangehensweise, die Prozesse erfasst, und Hinweise für die Weiterentwicklung des Projekts liefert. In einem ersten Schritt wurden der Bedarf, die Erwartungen, die Zielsetzungen und die Indikation für das Projekt BISS ermittelt. Die Prozessanalyse beschäftigte sich mit dem Zugang, der Teilnahme und der Beendigung des Projekts und auch mit der Umsetzungsgestaltung. Anhand der Prozessbeobachtungen wurden förderliche und hinderliche Bedingungen für das Projekt und die Teilnahme identifiziert sowie die Bewertung und Akzeptanz erfasst. Schließlich wurden die Effekte und Wirkungen der Maßnahme ermittelt, soweit hierzu Daten und Informationen verfügbar waren. Ermitteltbare und indirekte Kosten werden dargestellt.

### *Design und Methodik*

Es wurde ein **quasi-experimentelles Prä-Post-Vergleichsgruppen-Design** (t1 und t3) mit einer Zwischenmessung (t2) gewählt, welches qualitative (Interviews) und quantitative (Fragebögen) Methoden beinhaltete. Zur Überprüfung von Effekten bei der Interventionsgruppe wurde eine Vergleichsgruppe aus vier Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert, die ebenfalls zu 3 Messzeitpunkten einen Fragebogen erhielt. Anhand von Interviews wurden verschiede-

## 5 - Zusammenfassung

ne Stakeholderperspektiven erfasst. Sie umfassen die Sicht der Projektinitiatoren, Durchführenden, Kooperationspartner, Experten und Kostenträger. Daneben wurden die Arbeitgeber der Projektteilnehmenden anhand eines Fragebogens befragt. Zusätzlich zu den direkten Befragungen wurden teilnehmerbezogene Verlaufsdocumentationen des Projekts analysiert.

Für die **Stichprobe** der Stakeholder (n=13) wurden die Durchführenden (n=3), der Leiter der Rehaklinik Freiolsheim (n=1), der Leiter eines Therapiezentrums für Suchtrehabilitation (n=1), die Leiter der Vergleichsgruppeneinrichtungen (n=3), Leiter von ambulanten Beratungsstellen (n=3) und einer Mitarbeiterin der kommunalen Arbeitsförderung Lahr (n=1) berücksichtigt. Vertreter der DRV Baden-Württemberg gaben eine gemeinsame schriftliche Stellungnahme ab (n=1).

Von den Arbeitgebern der Klienten füllten 57,1 % der angeschriebenen Personen (n=12) den Arbeitgeberfragebogen aus.

In die Vergleichsgruppe (VG) konnten 65 Personen eingeschlossen werden, von denen 26 (40 %) für die t3-Erhebung zur Verfügung standen und in den Gruppenvergleich mit einbezogen werden konnten. In die Interventionsgruppe (IG) konnten nahezu alle BISS-Teilnehmer (n=39) eingeschlossen werden, von denen 21 (53,8 %) über ein Jahr hinweg im Projekt blieben und somit auch für den Gruppenvergleich berücksichtigt wurden. Durch fehlende Angaben oder Rückläufe und unterschiedliche Datenquellen variierte die tatsächliche Stichprobengröße in den einzelnen Analysen.

Die Teilnehmer der IG hatten ein Durchschnittsalter von 32,6 Jahren (Range: 21-57 Jahre) und waren zu 90 % männlich. Alle Personen gaben an, einen Schulabschluss zu haben, 58 % hatten eine Berufsausbildung. 32 % der Personen befanden sich in einer festen Partnerschaft. 51 % der Interventionsgruppenteilnehmer gaben zum Entlasszeitpunkt an eine Arbeitsstelle zu haben. Alle Interventionsgruppenteilnehmer waren voll erwerbsfähig.

Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe hatten ein Durchschnittsalter von 29,5 Jahren (Range: 19-49 Jahre) und waren zu 86 % männlich. Über 93 % hatten einen Schulabschluss, 47 % eine Berufsausbildung. 41 % der Personen befanden sich in einer festen Partnerschaft. 29 % der Vergleichsgruppenteilnehmer gaben zum Entlasszeitpunkt an, eine Arbeitsstelle zu haben, 20 % hatten eine Arbeitsstelle sicher in Aussicht. 98 % der Vergleichsgruppenteilnehmer waren voll erwerbsfähig. Eine voll erwerbsunfähige Person wurde im Vorfeld aus der Vergleichsgruppe ausgeschlossen, da sie die Zugangskriterien für das BISS-Projekt nicht erfüllt (mind. 3h Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt). Eine Person war teilweise erwerbsunfähig.

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale unterschieden sich die im Gruppenvergleich berücksichtigten Teilnehmer nicht signifikant vom Drop-out, außer im Geschlecht in der Interventionsgruppe, da alle vier Frauen das Projekt frühzeitig beendeten.

Als **Erhebungsinstrumente** wurden teilstrukturierte Leitfadeninterviews und Fragebögen verwendet. Die Interviewleitfäden, die bei der Erfassung der Teilnehmer- und Stakeholder-

## 5 - Zusammenfassung

perspektiven zur Anwendung kamen, wurden in Anlehnung an die von Helfferich (2011) beschriebene SPSS – Methode (**Sammeln-Prüfen-Sortieren-Subsummieren**) entwickelt. Inhaltlich befassten sich die Stakeholder mit der beruflichen Integration von Suchtpatienten allgemein, mit Beurteilungen und Erfahrungen mit dem Projekt BISS sowie der Evaluation des Projekts. Die Teilnehmerinterviews bezogen sich auf Inhalte in Zusammenhang mit dem Projekt BISS, auf Informationen zum Sucht- und Arbeitsverlauf und der Suchtrehabilitation, auf Fragen zur aktuellen Arbeitssituation und auf Erfahrungen im Zusammenhang mit der Projektteilnahme.

Der Arbeitgeberfragebogen wurde für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen zu den Erfahrungen mit und der Akzeptanz und Bewertung des Projekts entwickelt.

Für die Teilnehmerfragebögen wurde soweit wie möglich auf bereits entwickelte Instrumente (BSI-18, F-SozU, IS, HEISA-16) oder Erhebungsstandards der Suchtrehabilitation zurückgegriffen. Wenn nötig wurden diese gekürzt, angepasst und ergänzt. Des Weiteren benötigte Informationen wurden mit eigens entwickelten Fragen und Items erfasst. Die Inhalte betrafen soziodemographische Aspekte, Freizeit und Umfeld, den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand, berufliche Aspekte und die Suchterkrankung. Die Interventionsgruppe wurde im Verlauf zusätzlich zur Wichtigkeit der Projektangebote sowie zum weiteren Vorgehen bzgl. der Teilnahme am Modellprojekt nach Ablauf des ersten Jahres befragt.

**Die Durchführung der Datenerhebung** erfolgte bei den Stakeholdern (ausgenommen Arbeitgeber) über individuelle Interviewtermine, mit einer Ausnahme, bei der eine schriftliche Stellungnahme zu den Interviewfragen abgegeben wurde. Die Arbeitgeber erhielten einen Fragebogen.

Die Teilnehmerinterviews in der Interventionsgruppe wurden zu t1 persönlich, zu t2 und t3 telefonisch durchgeführt. Mit jedem Teilnehmer wurden individuelle Interviewtermine vereinbart. Alle Interviews wurden mit einem Digital Voice Recorder (Olympus DM-450) aufgezeichnet. Bei der Fragebogenerhebung wurden die jeweils ersten Fragebögen durch das BISS Team bzw. durch die jeweiligen Vergleichseinrichtungen ausgegeben. Im Verlauf erfolgte die Erhebung postalisch.

Mit der Unterzeichnung des Dreiecksvertrags im Rahmen der BISS Teilnahme willigten die Arbeitgeber wie auch die Projektteilnehmer in die Teilnahme an der Evaluationsstudie ein. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten mit dem ersten Fragebogen eine Einverständniserklärung. Alle Teilnehmer und Arbeitgeber erhielten ein ausführliches Informationsblatt.

Die **Auswertungen** erfolgten qualitativ und quantitativ. Die Interviewtranskription wurde mithilfe der Transkriptionssoftware f4 durchgeführt und es konnte bezüglich mancher Fragestellungen bereits eine erste Abstraktion der Inhalte erfolgen. Die Transkripte wurden mit dem Programm ATLAS.ti (*Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache – Textinterpretation* (Muhr, 1997) ausgewertet. Die Vorgehensweise zur Auswertung der qualitativen Daten

## 5 - Zusammenfassung

aus den Interviews lehnt sich an die von Mayring (2010) vorgeschlagene Technik der „Zusammenfassung“ und der induktiven Kategorienbildung an. Ggf. wurden quantitative Analysen angeschlossen.

Quantitative Daten wurden mit dem Programm SPSS (Version 20) ausgewertet. Es wurden der U-Test nach Mann und Whitney und der Chi-Quadrat Test verwendet. Als Effektmaße wurden Cohens d, Yules Y, Cramérs V bzw. die rangbiserale Korrelation berechnet.

### *Ergebnisse*

In den Stakeholderinterviews zur **Erfassung des Bedarfs** wird die Relevanz der beruflichen Integration im Rahmen der Suchtrehabilitation deutlich. Vielfältige Integrationshemmnisse bei Suchtpatienten werden beschrieben. Die Befragten sehen eine Notwendigkeit der Ausweitung von Unterstützungsmaßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation und weisen auf fehlende Ressourcen zur Bewältigung des Unterstützungsbedarfs hin. Durch die berichteten Erfahrungen wird der potenzielle Nutzen von Investitionen in diesem Bereich bestätigt, besonders bei jüngeren Rehabilitanden, bei denen eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Deutlich wird der Bedarf an einer Erhöhung der Ressourcen zur weiterführenden und strukturierten Unterstützung nach Abschluss der Rehabilitation. Es besteht ein Wunsch nach einer verstärkten, schnittstellenübergreifenden Kooperation und Vernetzung, um eine langfristige Integration optimal fördern zu können. Der Bedarf für ein berufsbezogenes Projekt zur Begleitung von Rehabilitanden nach Abschluss der Rehabilitation ist aus Expertensicht gegeben.

Bei den Studienteilnehmern werden **berufsbezogene Problemlagen** deutlich, weshalb berufliche Maßnahmen grundsätzlich indiziert sind. Es zeigen sich Defizite in der beruflichen Ausbildung und den Berufserfahrungen. Der zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung hohe Arbeitslosenanteil verringert sich während der Rehabilitation, jedoch hat auch nach der Rehabilitation die Hälfte der Personen noch keinen Arbeitsplatz. Ein hoher Anteil der Arbeitslosen erhält Unterstützung zur beruflichen Integration, insbesondere durch die Agentur für Arbeit, was auf eine gute Leistung der Schnittstellenarbeit der Rehabilitationseinrichtungen hinweist. Weitere Problemfelder zeigen sich bei der sozialen Unterstützung, beim anhaltenden Kontakt zum Drogenumfeld und bei teilweise schwerwiegenden psychischen und chronischen körperliche Erkrankungen, die die dauerhafte berufliche Integration erschweren könnten. Positiv sind die hohe Abstinenzabsicht und -zuversicht zu beurteilen.

Die **Teilnahmegründe** der Teilnehmer beziehen sich insbesondere auf die durch das Projekt gebotene Sicherheit und Kontrollen und auf die Verfügbarkeit eines Ansprechpartners. Sie sehen unterschiedliche suchtbetonte als auch allgemeine Schwierigkeiten auf sich zukommen. Es ist also von einem entsprechenden Bedarf auszugehen, dem durch die Projektteilnahme entsprochen werden soll. Bei Arbeitgebern spielen daneben auch soziale Gründe eine Rolle.

## 5 - Zusammenfassung

Die **Erwartungen** der befragten Gruppen an das Projekt sind vielfältig. Sie beziehen sich, neben der konkreten Unterstützung durch das Projekt, auch auf die Art der Umsetzung, die Wirkungen und die Auswirkung des Projekts auf die Umgebung.

Neben den Projektzielen der beruflichen Integration und der Sicherung der Abstinenz, welche auch für alle befragten Stakeholder und die Teilnehmer wichtige **Zielbereiche** im Zusammenhang mit dem Projekt BISS darstellen, sind für Teilnehmer auch private Ziele (z. B. Führerschein, Umzug) von Bedeutung, die sie während des Teilnahmejahres erreichen möchten.

Die BISS-Angebote richten sich durch ihre berufsbezogenen, suchtbezogenen und individuellen Angebote an den spezifischen Bedarf, die Erwartungen und die Ziele der Teilnehmer, Arbeitgeber und Stakeholder. In den Gruppensitzungen können die berufliche Integration unterstützt und in Kooperation mit dem Arbeitgeber das erste Jahr der Berufstätigkeit begleitet werden. Die Kontrollen bieten einen Sicherheitsmechanismus, um den Abstinenzwunsch zu unterstützen. Auf das fakultative Gesprächsangebot kann im Bedarfsfall zurückgegriffen werden, wodurch Teilnehmer die Möglichkeit haben, bei unterschiedlichsten Anliegen Unterstützung zu erhalten. Zudem wird, oft auch im Rahmen von bestehenden Kooperationen, explizit Hilfestellung im Umgang mit Behörden und sonstigen Stellen angeboten. Durch die Stakeholder wurden zwei grundlegende Elemente des Projekts, der Kontakt zu den Arbeitgebern und die Kontrolle und Hilfe bei Rückfällen, als bedeutsam beurteilt. Das im Verlauf der Evaluation entwickelte Manual ist ein erster Schritt zur Strukturierung und Operationalisierung der Maßnahme.

Es gibt einen hohen Konsens der Suchtexperten, unter welchen Umständen zusätzliche Hilfe notwendig ist. Die beschriebenen **Indikationskriterien** überschneiden sich stark mit den bei den Teilnehmern ermittelten besonderen beruflichen Problemlagen. Der Ansatz des Projekts BISS, den Zugang grundsätzlich für alle Rehabilitanden zu öffnen, die ihre Behandlung regulär abgeschlossen haben, sofern sie die eher allgemeinen Zugangsbedingungen erfüllen und keine Kontraindikationen aufweisen, ist daher sinnvoll.

Der **Zugang** zur Maßnahme für Rehabilitanden aus der eigenen Einrichtung verlief konzeptgemäß. Hierbei wurden Informationsmöglichkeiten bereits im Rahmen der Adaptionsbehandlung genutzt. Der Schnittstellenübergang von anderen Einrichtungen in das Projekt war weniger erfolgreich. Gründe hierfür gleichen den üblichen Problemen an Schnittstellen, nämlich die fehlende Beziehung zu den Klienten, die fehlende strukturierte Vereinbarung über Abläufe und mangelnde Kommunikation, aber auch fehlende Teilnahmevoraussetzungen (aktuelle Abstinenz, kürzlich abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme). Stabile **Teilnahmezahlen** von über 20 Personen weisen auf die gute Auslastung des Projekts hin. Die Haltequote von über 50 % über mindestens das gesamte Jahr ist im Bereich der Nachsorge als zufriedenstellend oder gar hoch zu bewerten (Bühringer et al., 2001). Bezieht man die Zahl auf die Erfahrungen der Stakeholder, nach denen nur wenige Rehabilitanden zuverlässig die organisierte Nachsorge aufsuchen, handelt es sich um eine positive Bilanz. Der Haupt-

## 5 - Zusammenfassung

grund für **Teilnahmeverlängerungen** waren Ausbildungsverhältnisse. **Austritte** gab es aufgrund von Rückfällen oder persönlichen Gründen wie beispielsweise Umzug oder fehlendem Interesse.

Die für die einzelnen Teilnehmer **dokumentierten Leistungen** variieren stark und entsprechen nicht immer den tatsächlich durchgeführten Leistungen. Auch die Dokumentation regelmäßiger, obligatorischer Angebote stimmt nicht mit der eigentlich anzunehmenden Leistungsanzahl überein. Unklar bleibt in vielen Fällen, ob die Leistungen nicht abgerechnet wurden oder tatsächlich nicht stattfanden, also Gruppen beispielsweise unregelmäßig besucht wurden. Für Maßnahmenabbrecher wurden im Vergleich zu Maßnahmenbeendern gehäuft Leistungen für Arbeitssuchende dokumentiert, woraus abzuleiten ist, dass die Abbrecher die weniger gut beruflich Integrierten sind. Trotz der verkürzten Teilnahmedauer benötigen Abbrecher in vielen Bereichen durchschnittlich ähnlich viele oder gar mehr Leistungen, was für eine größere Instabilität bei den Abbrechern, und damit bei Personen ohne Arbeit spricht. Der zeitliche Umfang der meisten Einzelleistungen ist nicht festgelegt. Es bestehen teilweise erhebliche Unterschiede in der maximalen und minimalen Dauer einzelner Leistungen, die vermutlich durch die Bedarfsorientierung des Projekts und die innerhalb der Leistungen erfassten Fahrtzeiten zustande kommen.

In den **Verlaufsdokumentationen** des Projekts konnten vielerlei Aktivitäten in den Bereichen der beruflichen Wiedereingliederung, der aktuellen Arbeitstätigkeit, der Nachsorge der Suchterkrankung, der allgemeinen Themen und im Kontakt zum Arbeitgeber gefunden werden. Die Themenvielfalt deckt sich mit dem zuvor ermittelten Bedarf. Zwar waren Standardmaßnahmen der Rückfallbearbeitung zu erkennen, der letztendliche Ablauf, das Ausmaß der Unterstützung und auch der Erfolg waren individuell jedoch sehr unterschiedlich. Häufig wurden Vereinbarungen z. B. für vermehrte Kontrollen, Einzelgespräche oder Auffangtherapien getroffen und auch umgesetzt. Es gibt eine starke Varianz in der Menge der Dokumentationen in den einzelnen Verlaufsbögen, unabhängig von der Teilnahmedauer, was die Individualität des Bedarfs an Unterstützung ausdrücken kann. Wie bereits bei der Leistungsdokumentation war auch die Dokumentation des Verlaufs teilweise lückenhaft.

Die **subjektive Wahrnehmung der Projektumsetzung** bei den Durchführenden entspricht dem aus den Leistungs- und Verlaufsdokumentationen erarbeiteten Bild des Projektverlaufs. Hauptbestandteile des BISS-Projekts sind neben den regelmäßigen Gruppen vor allem individuell angebotene Maßnahmen, die je nach Bedarf des jeweiligen Klienten durchgeführt werden. Selbst in ähnlichen Situationen (Rückfall) sind die interindividuellen Unterschiede im Leistungsbedarf deutlich. Die regelmäßig angedachten Maßnahmen des Arbeitgeberkontaktes, der Kontrollen und des Freizeitangebots sind den eingeschränkten Ressourcen und dem teilweise hohen Unterstützungsbedarf einzelner Teilnehmergruppen (Arbeitssuchende, Rückfällige) zum Opfer gefallen. Es ist eine konstruktive Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern zu erkennen, die für Teilnehmer von Nutzen ist.

## 5 - Zusammenfassung

Die befragten Teilnehmer äußern sich überwiegend positiv über das Projekt und gute Erfahrungen werden beschrieben. Die detaillierte **Bewertung** ist jedoch von individuellen Umständen und Wünschen beeinflusst. An einigen Stellen nehmen die Klienten wahr, dass Angebote, die eigentlich kontinuierlich stattfinden sollten, oft nur ereignisbezogen eingesetzt wurden. Die Personen unterscheiden sich darin, ob sie eine kontinuierliche Kontrolle und Begleitung für wünschenswert oder nötig halten oder ob sie präferieren, dass das Projekt nebenbei läuft und nur im Bedarfsfall genutzt wird. Die meisten Projektelemente kommen insbesondere dann zum Tragen, wenn Probleme auftreten oder die Klienten spezifische Anliegen haben. Trotz der auch kritischen Beurteilung scheint die Zielgruppe mit der Maßnahme zufrieden zu sein. Dafür sprechen auch die berichtete Inanspruchnahme der Angebote bei Krisen und die regelmäßige Gruppenteilnahme.

Die **Angebote** wurden im Verlauf der Maßnahme aufgrund von Erfahrungen angepasst, ergänzt oder gestrichen. Die Einbindung des Arbeitgebers wurde vertraglich erweitert (Information der BISS-Mitarbeiter bei Fehlen oder Krankmeldung), die Rückfallbearbeitung wurde auch bei vorerst ausbleibender Offenheit (Konzept der Offenheit der Teilnehmer bei Rückfall) durchgeführt und Direktvermittlungen in Auffangbehandlungen wurden dem Projekt ermöglicht. Zugangsbedingungen wurden verschärft und das Freizeitangebot der Adaption auch für BISS-Klienten geöffnet. Die Angebote konnten an mehreren Stellen nicht zufriedenstellend umgesetzt werden. Besonders die als regelmäßig geplanten Maßnahmen, mit Ausnahme des Gruppenangebots, konnten nicht in der gewünschten Häufigkeit angeboten werden (Kontrollen, Arbeitgeberkontakte, Arbeitsplatzbesuche, Freizeitangebot). Auch im Rahmen der Dokumentation waren Lücken zu erkennen. Abläufe und das Berichtswesen waren wenig standardisiert. Das Ziel der Ausrichtung am individuellen Bedarf der Teilnehmer konnte jedoch wie erwünscht umgesetzt werden und machte den Hauptanteil der Tätigkeiten im Projekt aus. Das Element der Gruppe und auch der Dreiecksvertrag konnte erfolgreich in den Projektverlauf integriert werden.

In den **Verbesserungsvorschlägen** der Arbeitgeber und Klienten wird der Wunsch nach regelmäßiger Betreuung deutlich. Dies betrifft insbesondere die Angebote, die im Projekt vernachlässigt wurden, also den regelmäßigen Arbeitgeberkontakt, regelmäßige Kontrollen und Freizeitangebote. Die aktuellen Rahmenbedingungen der Gruppe (z. B. Zeit, Gruppengröße) und auch die inhaltliche Gestaltung werden von einigen Teilnehmern kritisch beurteilt. Förderliche und hinderliche Faktoren für die Zuversicht der Teilnehmer zum offenen Umgang mit Rückfällen sind nicht klar zuzuordnen. Inwiefern die Schwere, Dauer und Art des Rückfalls die Offenheit fördert oder senkt, wurde von Teilnehmenden gegensätzlich berichtet. Negative Konsequenzen der Rückfälligkeit senken bei vielen Personen die Offenheit, insbesondere in Bezug auf einen möglichen Verlust der Arbeit. Das Vertrauen in die Mitarbeiter, Transparenz und das Gefühl, Hilfe zu bekommen, können beispielsweise die Zuversicht, offen sein zu können, erhöhen. Bei den Verbesserungsvorschlägen der Durchführenden stehen die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen, die Intensivierung der vernachlässig-

## 5 - Zusammenfassung

sigten Angebote und der Wunsch nach Festlegung standardisierter Abläufe im Vordergrund. Deutlich wird dabei die Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Die Kompensation fehlender Ressourcen durch die Angliederung an das Integrationszentrum kann als wichtigster **förderlicher Faktor** für den Projektverlauf gesehen werden. Hierdurch wird auch die frühe Anbindung des Arbeitgebers (bereits während der Adaption) ermöglicht und dadurch auch die Projektteilnahme der Klienten gefördert. **Hinderliche Faktoren** ergeben sich im Umkehrschluss aus dem trotz allem bestehenden Ressourcenmangel, was zu den bereits beschriebenen Problemen im Projektverlauf führt (weniger regelmäßige Angebote, strukturelle Defizite). Andere Faktoren, die sich störend auf den Projektverlauf auswirken, sind fehlende genaue Konzeptionen (z. B. bzgl. Rückfallbearbeitung, Teamsitzungen, Dokumentation) und unregelmäßige Kooperationsformen (z. B. bzgl. Patientenvermittlung). Negativ für die Entwicklung der Teilnehmer waren persönliche Faktoren (z. B. Vermittelbarkeit, Wohnsituation) und Rückfälligkeit. Die Verbesserungsvorschläge und die identifizierten hinderlichen Faktoren aus den unterschiedlichen Perspektiven ergeben ein homogenes Bild.

Die durchschnittliche **Bewertung** der Arbeitgeber nach dem Schulnotensystem ist gut. Die Durchführenden bewerten das Projekt insgesamt sehr positiv. Sie beschreiben eine hohe subjektive Zufriedenheit mit dem Projekt, bedingt durch den guten Zulauf und das hohe Interesse, die hohe Arbeits- und Abstinenzmotivation der Teilnehmer und auch die neue Art der Zusammenarbeit im Team. Schwierigkeiten bereiten lediglich die Kooperation bei der Vermittlung und die Einschränkungen durch mangelnde Ressourcen. Insgesamt ist bei den befragten Teilnehmern eine positive Haltung gegenüber dem Projekt vorzufinden und positive Erfahrungen werden beschrieben. Das Projekt bietet Sicherheit und Unterstützung bei schwierigen Situationen. Wurde das Projekt wenig benötigt, werden auch neutrale oder keine expliziten Bewertungen abgegeben. Negative Bewertungen beziehen sich hauptsächlich auf Kritik im Zusammenhang mit der Gruppe. Daneben werden von einzelnen andere Aspekte kritisiert, die Hälfte der Personen verneint Negatives oder Überflüssiges am Projekt.

Bei den befragten Experten hat das Projekt eine hohe **Akzeptanz**. Neben einer kritischen Stimme, die sich vornehmlich auf die zu Beginn noch nicht ausgearbeitete Konzeption des Projekts und den Zweifel an einer adäquaten Umsetzung mit den gegebenen Ressourcen bezieht, wird bei allen Befragten die Notwendigkeit der Maßnahmen gesehen. Bei entsprechenden Ressourcen würden Leiter ähnlicher Einrichtungen solche Angebote auch unterbreiten wollen. Auch aus Arbeitgebersicht liegt eine Akzeptanz der Maßnahme vor, da ein Großteil der Arbeitgeber sich wieder für das Projekt entscheiden würde. Die Arbeitgeber beurteilen das aufsuchende Kontaktangebot, die Verfügbarkeit eines Ansprechpartners und die Drogenkontrollen als wichtig. Die Klienten bewerten suchtbezogene BISS-Elemente als wichtiger als arbeitsbezogene Maßnahmen. Zum Zeitpunkt t2 werden alle BISS-Elemente durchschnittlich als wichtiger beurteilt als zum Zeitpunkt t3. Die hohe Teilnahmequote aus den für das Projekt in Frage kommenden Rehabilitanden der Adaptionstherapie des Integrationszentrums spricht für eine positive Bilanz bei der internen Schnittstellenüberbrückung zu BISS

## 5 - Zusammenfassung

und für eine hohe Akzeptanz. Die Teilnahmedauer von mindestens einem Jahr bei über der Hälfte der Klienten spricht für eine hohe Compliance. Die mittleren bis hohen Motivations-einschätzungen geben einen weiteren Hinweis auf die Akzeptanz des Programms.

Im Rahmen der **Drop-out-Analyse** finden sich bei beiden Untersuchungsgruppen (Interventions- und Vergleichsgruppe) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beendern und den Abbrechern. In der Tendenz haben Beender beider Gruppen häufiger eine Arbeit und höhere Schulabschlüsse und es zeigen sich mittlere Effekte in der Abstinenzzuversicht. Weitere Unterschiedstendenzen finden sich jeweils nur in einer der Gruppen.

Im **Gruppenvergleich** wurden fehlende Daten in den Fragebogen wenn möglich durch Informationen aus anderen Datenquellen (Interviews, Verlaufsbögen) ergänzt. Weiterhin bestehende Missings wurden nicht in die Einzelanalysen eingeschlossen, sodass die Größe der jeweils einbezogenen Stichprobe variieren kann. Die nach einem Jahr verfügbaren Teilnehmer (Beender) unterscheiden sich zum ersten Messzeitpunkt (Maßnahmenbeginn) auf den soziodemographischen Variablen zwischen den Gruppen nicht signifikant bei maximal kleinen Effekten. Unterschiede zeigen sich bei der Abstinenzverpflichtung ( $p=.000$ ;  $Y=.70$ ). Bzgl. der Abstinenzabsicht von illegalen Drogen, Alkohol und abhängigkeiterzeugenden Medikamenten zeigen sich kleine bis große Effekte (illegale Drogen:  $d=0,29$ ; Alkohol:  $d=0,79$ ; Medikamente:  $d=0,5$ ). Die Abstinenzabsicht wird vermutlich direkt von der Teilnahme am Projekt BISS beeinflusst und kann somit bereits zu t1 als positive Wirkung oder als Selektionseffekt interpretiert werden. Bei der Betrachtung von Merkmalen der **sozialen Integration** bei den Beendern der Gruppen zu t3 zeigen sich wenige signifikante Unterschiede bei kleinen bis mittleren Effekten. Interventionsgruppenteilnehmer haben tendenziell seltener Kontakt zum bisherigen Suchtumfeld als Vergleichsgruppenteilnehmer ( $p=.070$ ;  $r_{bis}=.32$ ), während diese signifikant häufiger Kontakt zu Familienangehörigen ohne Suchtproblematik haben ( $p=.025$ ,  $Y=-.45$ ). Bzgl. **beruflicher Faktoren** zeigen die Beender beider Gruppen eine hohe berufliche Integrationsquote (IG: 95 %; VG: 89 %;  $p=.617$ ;  $Y=.24$ ). In der BISS-Gruppe gibt es eine höhere Rate an Auszubildenden. Angaben zur Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, zu Konflikten am Arbeitsplatz und zur Unterstützung bei Konflikten sind bei der Interventionsgruppe positiver. Die Vergleichsgruppe gibt für das letzte halbe Jahr doppelt so viele Fehltage an wie die Interventionsgruppe (IG:  $M=6,53$  vs. VG:  $M=3,21$ ;  $p=.745$ ;  $d=0,39$ ).

Die **psychische Belastung** ist in beiden Gruppen im unteren Bereich, bei den Interventionsgruppenteilnehmern auf allen Skalen niedriger als in der Vergleichsgruppe mit moderaten bis großen Effekten. Bei den **suchtbezogenen Faktoren** liegen die Werte der Skalen zu Abstinenzzuversicht und -absicht bei beiden Gruppen im oberen Bereich, wobei die Interventionsgruppe auf der Zuversichtsskala „angenehme Gefühle“ und bei der Abstinenzabsicht bzgl. Alkoholkonsum positivere Wert zeigt ( $p=.138$ ;  $d=0,48$ ). Etwa 40 % der Teilnehmer beider Gruppen haben (neben BISS) keine suchtbezogene Unterstützung. Durch das Projekt BISS ist in der Interventionsgruppe ein höherer Anteil zur Abstinenz verpflichtet als in der Vergleichsgruppe ( $p=.000$ ;  $Y=.76$ ), was auch häufiger von Kontrollen begleitet ( $p=.487$ ;  $Y=.35$ ) ist.

## 5 - Zusammenfassung

Die Abstinenzverpflichtung in der Vergleichsgruppe bezieht sich zum Teil nur auf illegale Drogen und nicht auch auf Alkohol. Die Beender der Interventionsgruppe zeigen über den Verlauf durchweg höhere Abstinenzquoten als die der Vergleichsgruppe. Zu t3 gaben in der Interventionsgruppe lediglich 19 % der Teilnehmer an, Alkohol oder Drogen konsumiert zu haben, in der Vergleichsgruppe hingegen 65,4 % ( $p=.001$ ;  $Y=-.48$ ). Ein Vergleich aller Teilnehmer der jeweiligen Gruppen bzgl. der Abstinenz ist nicht direkt möglich, da sich die vorhandenen Datenquellen unterscheiden. Der vermutete wahre Wert der Erfolgsquote liegt in der Interventionsgruppe jedoch in einem höheren Bereich als er für die Vergleichsgruppe angenommen werden kann. Die positiveren Zahlen der Beender in der Interventionsgruppe zeigen sich auch bzgl. des aktuellen Konsums. Die Interventionsgruppenteilnehmer, die im Verlauf Suchtmittel konsumiert haben, geben eine aktuelle Totalabstinenz zu t3 an. In der Vergleichsgruppe konsumieren 60 % derer, die im Verlauf Konsum angegeben haben, auch zum Erhebungszeitpunkt ( $p=.255$ ;  $Y=.43$ ). Sie sind also nicht abstinent, wobei das aktuell konsumierte Suchtmittel (möglicherweise „nur“ Alkohol“) unbekannt ist. Da jedoch auch der Konsum von Alkohol als Risikofaktor für eine langfristige Abstinenz von illegalen Drogen angesehen wird, ist die häufigere Totalabstinenz in der Interventionsgruppe als eine positive Wirkung des Projekts BISS anzusehen.

Wichtige Faktoren für die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Abstinenz sind aus Sicht der Teilnehmenden der eigene Wille, das soziale Umfeld sowie für die Interventionsgruppe zusätzlich die Teilnahme an BISS. In der Interventionsgruppe wird die Abstinenz häufiger als zukünftiges Ziel genannt als in der Vergleichsgruppe. Bei Letzteren ist das Abstinenzziel in den Aussagen zum großen Teil gewissermaßen eingeschränkt, was sich in Äußerungen wie „den Drogenkonsum im Rahmen halten“ zeigt.

Im gesamten Gruppenvergleich fallen gefundene Unterschiede zumeist zugunsten der Interventionsgruppe aus, wenn auch oft nur Tendenzen beschrieben werden können. Insbesondere auf den für die Suchtrehabilitation wichtigen Variablen zum Konsum von Suchtmitteln sind Unterschiede zu finden, bei denen die Interventionsgruppe positivere Werte hat.

**Weitere Wirkungen** des Programms auf die Interventionsgruppenteilnehmer wurden bzgl. der Bereiche der beruflichen Integration, der Rückfälligkeit, der allgemeinen Unterstützung und sonstiger Wirkungen betrachtet.

Alle in den Interviews befragten Interventionsgruppenteilnehmer konnten wesentliche **Ziele** in Bezug auf die Abstinenz und die Arbeitstätigkeit erreichen. Daneben wurden Erfolge im Freizeitbereich, in familiären Beziehungen und in anderen Bereichen berichtet. Knapp 60 % der Interviewten sehen dabei auch einen gewissen Einfluss von BISS auf die Abstinenz, die berufliche Entwicklung und die Schuldenregulierung. BISS helfe durch die Gruppe, die Urinkontrollen, sonstige Unterstützung oder einfach durch die Vermittlung von beispielsweise Sicherheit, Antrieb und Bestätigung. Die Durchführenden beurteilen das Projekt als erfolgreich. Ziele seien in Bezug auf die Teilnehmerzahl, die Hilfe bei Rückfälligkeit, die Stabilisierung der Abstinenz und die berufliche Entwicklung erreicht worden. Es seien positive Koope-

## 5 - Zusammenfassung

rationen zu Arbeitgebern, zur Kommunalen Arbeitsförderung und weiteren Stellen aufgebaut worden. Das Projekt habe einen guten Anklang in der Öffentlichkeit gefunden. Das Projekt habe zur Weiterentwicklung des Integrationszentrums beigetragen.

85 % der Interventionsgruppenteilnehmer hatten entweder bereits zu Beginn eine **Arbeitsstelle** oder ein Praktikum (54 %) bzw. konnten aus der Arbeitslosigkeit im Verlauf des Projekts in Arbeit vermittelt werden (31 %), was für eine gute und schnelle berufliche Integration im Anschluss an die Adaptionsbehandlung spricht. Ein Drittel der Arbeitslosen konnte aufgrund von Rückfälligkeit nicht integriert werden. Die Arbeitsplätze konnten bei den meisten Arbeitstätigen während der jeweiligen individuellen Projektlaufzeit aufrechterhalten werden. Nur ein Fünftel der Personen verlor den Arbeitsplatz aufgrund von Rückfälligkeit oder anderen Schwierigkeiten wie häufigen Fehlzeiten.

Die Personen, die die gesamte individuelle Laufzeit im Projekt blieben, waren alle dauerhaft beruflich integriert. Bei allen Personen, die nicht integriert werden konnten, lag der Grund in der Rückfälligkeit. Die Personen, die den Job im Verlauf verloren, waren nicht motiviert weiter teilzunehmen, waren nicht abstinenzbereit bzw. lehnten oder brachen Rückfallbearbeitung ab, was einen Ausschlussgrund darstellte.

Die bei **Rückfällen** einbezogenen Arbeitgeber zeigten sich grundsätzlich zur Kooperation und zu Verhandlungen oder Vereinbarungen über die Weiterbeschäftigung bereit. Für motivierte Teilnehmer und Personen, die bereit bzw. fähig waren, Unterstützung und Hilfe anzunehmen, hat das Projekt innerhalb des ersten Jahres gute Erfolgsquoten. Das Konzept der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zeigt, soweit man dies an der geringen Fallzahl beurteilen kann, positive Wirkung, sowohl bei der erstmaligen Integration, wie auch bei der Kooperationsbereitschaft bei Schwierigkeiten bzw. Rückfall.

Bei etwa einem Drittel der Teilnehmer sind Rückfälle dokumentiert. Bei den Rückfälligen findet sich ein höherer Anteil an Personen ohne Arbeit, obwohl diese in der Grundgesamtheit unterrepräsentiert sind. Durch die geringe Zahl der Rückfälligen und die sehr unterschiedlichen Verläufe bei der Rückfallbearbeitung können keine generellen Aussagen zur Wirksamkeit der Rückfallbehandlung gemacht werden. Etwas mehr als die Hälfte der Rückfälligen konnte im Rahmen des Projekts zwar nicht stabilisiert werden, teilweise auch, weil sie Hilfsangebote ablehnten oder Auffangbehandlungen abbrachen. Die aufgefangenen Rückfälle sind jedoch als Erfolg zu bewerten, insbesondere in den Fällen, in denen Arbeitsplätze erhalten oder die Integration in Arbeit anschließend erreicht werden konnte. Ein Viertel der Teilnehmer verließ das Projekt aus anderen Gründen vorzeitig, weswegen bei diesen über die längerfristige Entwicklung nach Projektbeendigung keine Informationen vorliegen. Knapp über die Hälfte der Teilnehmer war über mindestens ein Jahr im Rahmen des Projekts stabil bzw. konnte nach Schwierigkeiten oder Rückfällen wieder stabilisiert werden. Da regelmäßige unangekündigte Kontrollen aus Ressourcengründen kaum durchgeführt wurden, ist deren Einfluss und Wirksamkeit nicht zu ermitteln. Die meisten der befragten Arbeitgeber würden sich bei Rückfälligkeit an BISS wenden bzw. das Gespräch zum Arbeitnehmer suchen.

## 5 - Zusammenfassung

Das Projekt stellt ausreichend **allgemeine Unterstützung** zur Verfügung, wirkt im Sinne eines bedarfsbezogenen Angebots und wird als solches von den Teilnehmenden auch angenommen. Die Inanspruchnahme, die Vielfalt der Themen und die hohe Quote der beruflichen Integration sprechen für die Wirksamkeit des Angebots in den Fällen, wo dieses benötigt wird. Die Teilnehmer empfinden ihre berufliche Entwicklung größtenteils als positiv. Knapp die Hälfte sah hierbei auch ein Mitwirken des Projekts BISS. Von den Durchführenden werden ein vertrauterer Verhältnis und die Zusammenarbeit auf gleicher Ebene mit den Teilnehmern berichtet. Dies könnte auf die Konzeption des Projekts mit freiwilliger Teilnahme, der Inanspruchnahme bei persönlichem Bedarf und der ansonsten eigenständigen Lebensführung zurückzuführen sein. Das Projekt stößt in der Öffentlichkeit in unterschiedlichen Bereichen auf positive Resonanz.

Der **Aufwand** der Teilnahme am Projekt BISS wurde vom Großteil der Teilnehmenden als niedrig beurteilt. Die Abschätzung **direkter Kosten** basiert auf Angaben der Durchführenden und Projektinitiatoren. Demnach konnten die für das Projekt geschätzten Kosten und die aufgebrauchte Arbeitskraft nicht durch die erhaltenen Einnahmen ausgeglichen werden. Die ursprüngliche Schätzung einer halben Stelle erwies sich als nicht ausreichend für die adäquate Versorgung, weshalb auf Ressourcen der Adaption zurückgegriffen wurde und als regelmäßig angedachte Angebote vernachlässigt werden mussten. Der über die Leistungsdokumentation ermittelte Aufwand für die Teilnehmer variierte je nach individuellem Bedarf. Arbeitsintegration und Rückfälligkeit bedeuteten in der Regel einen erhöhten Leistungsaufwand.

## 5 - Zusammenfassung

## 6 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie wurde ein vom Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim entwickeltes Angebot zur Nachsorge analysiert, das sich gezielt mit der beruflichen Integration im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme beschäftigt. Die Evaluation des Modellprojekts BISS (Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung) bezog sich auf den Zeitraum von Januar 2010 bis März 2013. Sie wurde von der Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg durchgeführt. Bei keiner der an der Evaluation beteiligten Personen lag ein Interessenskonflikt vor. Die Evaluationsstudie sowie das Modellprojekt wurden von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg gefördert.

An der Studie waren, neben dem Integrationszentrum Lahr, drei weitere Einrichtungen zur Rekrutierung der Vergleichsstichprobe beteiligt. Als Stakeholder stellten sich in Suchteinrichtungen tätige Personen, eine Mitarbeiterin der Kommunalen Arbeitsförderung Lahr sowie Vertreter der DRV Baden-Württemberg zur Verfügung. Weitere Beteiligte waren die BISS-Mitarbeiter, die BISS-Teilnehmer und deren Arbeitgeber.

Die Erhebungen und Analysen dienten der Bedarfsbestimmung und der Überprüfung des Umsetzungsprozesses und der Akzeptanz. Ferner sollten die Implementierung des Projekts überprüft und Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des Projekts dokumentiert werden. Die Wirkungsanalyse dient dazu, Hinweise auf die Effekte und den Nutzen der Maßnahme bezogen auf bestimmte Zielkriterien zu erhalten. Diese sind aufgrund der Laufzeit der Evaluation und der methodischen Möglichkeiten bzw. Datenqualität mit der gebotenen Vorsicht zu interpretieren.

## 6.1 Einordnung des Projekts in die Gesamtliteratur

Das Projekt BISS wurde in einer Adaptionseinrichtung der Drogenrehabilitation als Anschlussprojekt entwickelt. Der langfristige, über die medizinische Rehabilitation hinausgehende und explizite berufsbezogene Ansatz beruht auf den Erfahrungen der Entwickler, dass immer wieder Krisen und Rückfälle auftreten, dadurch die berufliche Integration gefährdet ist und bisher kein adäquates Hilfsnetz zur Verfügung steht.

Das Klientel der Adaptionseinrichtung besteht größtenteils aus eher jungen Rehabilitanden, was auf die vergleichsweise hohe Prävalenzrate der Abhängigkeit von illegaler Drogen bei jüngeren Altersgruppen zurückzuführen ist (Hasin et al., 2007; Kraus & Augustin, 2004; Lieb et al., 2000; Wittchen & Jacobi, 2005). Abhängigkeitserkrankungen verursachen hohe Kosten und werden zu großen Anteilen durch Produktivitätsausfall verursacht (Andlin-Sobocki, 2004; Rehm & Mathers et al., 2009; Thavorncharoensap et al., 2009), weshalb sich Maßnahmen zur Sicherung der beruflichen Integration also rechnen sollten. Das Projekt steht grundsätzlich auch Personen anderer Einrichtungen, also auch Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit, offen, wodurch eine breite Gruppe an Abhängigkeitserkrankten angesprochen wird.

BISS unterstützt auch nach der Rehabilitation die berufliche Integration und die Verbesserung der beruflichen Bildung, indem es ein wöchentliches Gruppenangebot für arbeitslose Rehabilitanden anbietet und daneben auch eine individuelle Unterstützung angeboten wird. Dies ist sinnvoll, da insbesondere bei Abhängigen illegaler Drogen ein schlechter Bildungsstand zu erkennen ist (Steppan et al., 2010) und sich Suchtrehabilitanden insgesamt häufig in einer schlechten beruflichen Situation befinden und wenig Arbeitserfahrungen haben, was eine (Wieder-) Eingliederung erschwert (Henkel, 2008b). Die berufliche Integration und Entwicklung sollten auch nach der Rehabilitation gesichert und gefördert werden, da Arbeitslosigkeit im Zusammenhang mit höherem Konsum bzw. Suchtproblematik steht (Henkel, 2008a) bzw. eine positive berufliche Integration oder weiterführende Bildung einen Schutzfaktor darstellen (Degenhardt & Hall, 2012).

Bei BISS werden aber auch Personen, die beruflich integriert werden konnten, weiterbetreut, um ihnen bei beruflichen Schwierigkeiten und Konflikten zur Seite zu stehen. Bei Suchtpatienten liegen häufig Faktoren vor, die den besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) zugeordnet werden können (z. B. hohe subjektive Belastung, Über- oder Unterforderung, Konflikte mit Mitarbeitern und Vorgesetzten, für die Lösungskompetenzen fehlen) und damit berufliche Maßnahmen rechtfertigen (Hillert et al., 2001; Neuderth & Vogel, 2000; Streibelt, 2007). Suchterkrankungen gehen zudem oft mit anderen komorbiden psychischen Erkrankungen einher, die wiederum eine Auswirkung auf verschiedene Bereiche der Arbeitstätigkeit haben, wie z. B. Motivations- und Performanzprobleme, sowie hohen Präsentismus (Gärtner et al., 2010; Laubichler & Kühberger, 2003; Lerner & Henke, 2008). Da psychosozia-

## Diskussion

### 6.1 - Einordnung des Projekts in die Gesamtliteratur

le Stressoren am Arbeitsplatz, niedrige Arbeitsplatzqualität und Arbeitsstress allgemein das Risiko für Substanzmissbrauch erhöhen (Bonde, 2008; Roesler et al., 2006; Sanderson & Andrews, 2006), Wiedereingliederungschancen verringern (Blank et al., 2008) und Probleme in Bezug auf die Arbeit ein Prädiktor für die Weiterführung von Substanzgebrauch während und nach der Rehabilitation darstellen, ist der Ansatz der arbeitsbezogenen Nachbetreuung und Unterstützung auch bei vorhandenem Arbeitsplatz sinnvoll und notwendig, zumal dieser sich als wirksam erwies (Foote & Erfurt, 1991).

Trotz allem sind Rückfälle relativ häufig, vor allem im ersten Jahr nach der Rehabilitation (Bühringer et al., 2001; Körkel & Schindler, 2003). Es gibt vielfältige Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit (Brewer et al., 1998; McKay, 1999) und Hochrisikosituationen sind kaum vollständig vermeidbar (Körkel & Schindler, 2003), weshalb Abhängigkeitserkrankungen eher einer chronischen Erkrankung entsprechen, bei der Rückfälle als Teil eines dynamischen Modells gesehen werden (McLellan & Lewis et al., 2000). BISS kann durch die Krisenintervention bei Rückfälligkeit durch gezielte Interventionen dazu beitragen, positive Bedingungen für die Rückkehr zum Zielverhalten, also der Abstinenz, zu schaffen.

Als rückfallpräventive Maßnahmen können bei BISS zum einen die Gruppensitzungen gesehen werden, in denen je nach Bedarf entsprechende Hilfeleistungen angeboten werden können, zum anderen gibt es regelmäßige unangekündigte Urinkontrollen, die sich in anderen Kontexten als wirksam erwiesen haben (Carpenter, 2007; French et al., 2004; Vakili et al., 2009). Sind Ergebnisse positiv, müssen sich die Teilnehmer zur Aufarbeitung des Rückfalls und ggf. zur Inanspruchnahme von Auffangbehandlungen bereit erklären, um weiterhin an BISS teilnehmen zu dürfen. Es wurde bereits gezeigt, dass eine intrinsische Motivation keine unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung (in diesem Falle Aufarbeitung) (Lawental et al., 1996) und die Knüpfung an Konsequenzen (Ausscheiden aus BISS) sinnvoll ist (DeFulio et al., 2009; Silverman et al., 2012; Silverman et al., 2007). Eine Identifikation von rückfälligen bzw. konsumierenden Personen durch Kontrollen ist angebracht, da bei Eigenangaben der Konsum unterschätzt, wahrscheinlich auch verschwiegen wird (Ehrman et al., 1997).

Der vertragliche Einbezug des Arbeitgebers entspricht der Forderung nach einer Kooperation mit allen beteiligten Akteuren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010a), zumal auch die Gesetzgebung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) die Mitwirkungspflicht des Arbeitgebers fordert. Die BEM kommen bei Suchterkrankten seltener in Frage, da bei diesen bei Antritt der Rehabilitationsmaßnahme oft kein Arbeitsverhältnis besteht und auch keine konkreten Maßnahmen festgeschrieben sind (Rose & Ghorai, 2011).

Das Projekt BISS entspricht in der Konzeption der Forderung eines langfristigen Monitorings (Hendershot et al., 2011). Es verfolgt die Zielsetzungen beruflicher Maßnahmen, die frühzeitig und über die Rehabilitation hinaus arbeits- und berufsbezogene Problemlagen erkennen, der Stabilisierung und Besserung des beruflichen Leistungsvermögens dienen, Unterstützung

### 6.1 - Einordnung des Projekts in die Gesamtliteratur

beim Erhalt oder bei der Anpassung eines Arbeitsplatzes anbieten (Löffler et al., 2011) und auch die berufliche Qualifikation fördern sollen (Schmidt et al., 2006).

Das Projekt erfüllt daneben aber auch die Forderung nach weiteren innovativen Konzepten insbesondere im Bereich beruflicher Maßnahmen und im Schnittstellenmanagement (Bader et al., 2008; Kulick, 2009). Die Handlungsprinzipien der Rehabilitation, Frühzeitigkeit bei der Entdeckung einer Abhängigkeitsentwicklung, schnelle Einleitung von Rehabilitationsleistungen, bedarfsgerechte und individuell angepasste Leistungen zur Teilhabe durch die Entwicklung passgenauer Rehabilitationskonzepte, Zugänglichkeit der Angebote, Einbeziehung des sozialen Umfeldes und interdisziplinäre Zusammenarbeit werden mit dem Projekt BISS umfassend verfolgt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Egner et al., 2009).

Bei der Einordnung des Projekts BISS in das Rehabilitationssystem ist dieses, wie auch die weitere Betreuung in ambulanten Beratungsstellen oder dem Betreuten Wohnen, als Nachsorgeangebot zu sehen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Da es sich um ein berufsspezifisches, zusätzliches Angebot handelt, kann es die fehlenden Ressourcen und Angebote in der bisherigen Nachsorge ausgleichen und bereichern (Bader & Heise, 2000; Schay, 2011b). BISS ermöglicht mehr Personen ein intensives Nachsorgeprogramm, da Plätze im Betreuten Wohnen zumeist begrenzt sind und die Betreuung in ambulanten Beratungsstellen weniger umfangreich ist.

Durch die Anbindung an die Einrichtung der medizinischen Rehabilitation (Adaption) wird den internen Klienten der Übergang in die Nachsorgemaßnahme erleichtert, der in Bezug auf ambulante Nachsorgeangebote häufig nicht zufriedenstellend realisiert wird (Bader & Heise, 2000; Schwoon, 2000).

Es handelt sich trotz der örtlichen Verankerung in der medizinischen Rehabilitation nicht um eine medizinisch beruflich orientierte Maßnahme (MBOR) oder eine medizinisch-berufliche Rehabilitation (MBR) (Hansmeier & Schliehe, 2009; Streibelt, 2010).

MBORs finden während der medizinischen Rehabilitation statt. Im Unterschied zur MBR, die ebenso einen expliziten Berufsbezug hat, in spezifischen Einrichtungen umgesetzt wird und in den Indikationsbereichen der Psychiatrie und Neurologie Anwendung findet, steht nicht die berufliche Probe im geschützten Umfeld im Vordergrund. Bei BISS wird die Integration in das „normale“ berufliche Umfeld gefordert (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2005).

Ursprünglich war die Idee, BISS als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuordnen. Da es sich bei den LTAs jedoch zumeist um einzelne Maßnahmen handelt, diese im Bereich der Suchtrehabilitation bisher eine untergeordnete Rolle spielen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009; Kulick, 2009) und BISS eher Parallelen zu anderen, umfassenden Programmen wie IRENA aufweist (Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung, 2008), ist die Einordnung in die Nachsorge nachvollziehbar.

## Diskussion

### 6.1 - Einordnung des Projekts in die Gesamtliteratur

BISS kann also als komplexes Nachsorgeprogramm verstanden werden, das berufliche Elemente und die Kooperation mit dem Arbeitgeber in den Vordergrund stellt, dabei aber wichtigen suchtspezifischen Einflussfaktoren, insbesondere der Rückfallprophylaxe durch Kontrollen und der Rückfallintervention, einen hohen Stellenwert zuweist. BISS entspricht somit den aktuellen Entwicklungen in der Rehabilitation und trägt durch die Kombination unterschiedlicher, auch innovativer Elemente (vertragliche Einbindung des Arbeitgebers, fortlaufende Kontrollen), zur Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter bei. Ein vergleichbares Programm konnte lediglich in den USA für methadonsubstituierte Patienten gefunden wird, welches im Umfang jedoch auch hinter BISS zurücksteht. Die Konzeption von BISS kann somit als innovativ bezeichnet werden.

## 6.2 Bezug zur Evaluationsforschung

Die vorliegende Evaluation wurde im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg als Kostenträger des Projektes BISS durchgeführt, um über die Weiterführung des Projektes zu entscheiden. Daneben sollte sie aber auch Fragestellungen der Initiatoren und Durchführenden bezüglich des Konzepts, der Umsetzung und der Wirksamkeit beantworten, um die Weiterentwicklung des Projektes zu ermöglichen.

Somit kann die vorliegende Evaluation unterschiedlichen Evaluationsarten, wie sie von Mittag & Hager (2000) beschrieben wurden, zugeordnet werden. Die **Evaluation der Programmkonzeption** wurde dahingehend durchgeführt, als dass die Konzeption bei den Durchführenden erfragt, in Form eines Manuals verschriftlicht und im Rahmen der Diskussion zum wissenschaftlichen Kenntnisstand in Beziehung gesetzt wurde. Durch die Erarbeitung des Manuals wurden Lücken und Unstimmigkeiten in der Konzeption aufgedeckt und konnten ergänzt oder verändert werden. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Evaluation Eigenschaften der **formativen Evaluation** beinhaltet, nämlich die Anpassung der Programmkonzeption und damit der Programmdurchführung aufgrund evaluativer Erkenntnisse während der Programmerprobung bzw. -durchführung. Mittag & Hager (2000) trennen zwischen Programmerprobung und -durchführung, in dieser Studie kann diese Trennung nicht vollzogen werden. Einerseits war das Programm vor der Evaluation bereits erprobt worden und der Evaluationsauftrag beinhaltete die Implementations- und Begleitforschung, also die **Evaluation der Programmdurchführung**. Andererseits kann durch die Offenheit für Veränderungen und das erst im Rahmen der Evaluation entwickelte ausführliche Manual von einer erweiterten Probephase gesprochen werden. Trotzdem sollten durch die **Evaluation der Programmwirksamkeit** bereits Fragestellungen zum Prozess, zu den Ergebnissen und dem Erfolg beantwortet werden. Einzig die Evaluation der Programmeffizienz wurde im Rahmen der aktuellen Studie nicht berücksichtigt, da die Bestimmung der „echten“ Programmkosten durch die Nutzung vorhandener Ressourcen und lückenhafter Dokumentationen nicht möglich war und auch nicht alle Elemente wie geplant umgesetzt wurden. Dadurch konnten auch die Wirkungen noch nicht umfassend erfasst und bestimmt werden. Zudem sind Schätzungen von Kosteneinsparungen im Rahmen der aktuellen Studie nicht adäquat und umfassend zu quantifizieren, da hier eine Vielzahl von Einflussfaktoren hätten berücksichtigt werden müssen (Andlin-Sobocki & Rehm, 2005; Andlin-Sobocki, 2004). Der Fokus lag also vornehmlich auf der Umsetzung und den direkten Wirkungen des Programms.

Die Vielfalt an evaluativen Aufgaben in dieser Studie zeigt, dass sich Evaluationen wirklich in einem „Spannungsfeld zwischen Wissenschaftlichkeit und Nützlichkeit“ (Stockmann, 2007a, S. 29) bewegen. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre die Konzentration auf die genaue Programmkonzeption und -erprobung als ersten Schritt sicher sinnvoll gewesen, um dann eine einheitliche Umsetzung zu gewährleisten und Wirkungen eindeutiger auf das konzipierte

## Diskussion

### 6.2 - Bezug zur Evaluationsforschung

Programm zurückführen zu können. Der praktische Nutzen, eine solch umfassende Evaluation durchzuführen, liegt aber auf der Hand, da finanzielle und zeitliche Ressourcen für die Entwicklung und Umsetzung eines Programms begrenzt sind, eine stetige Weiterentwicklung auch bereits manualisierter Programme eher dem praktischen Vorgehen entsprechen und der Wunsch der Stakeholder nach Hinweisen auf die Wirksamkeit verständlich ist, auch wenn diese nicht als allgemeingültig und vollständig belastbar betrachtet werden können.

In der vorliegenden Evaluation konnten die von Stockmann (2007a) aufgeführten Ziele von Evaluationen verfolgt werden. Durch die vielschichtige Erfassung des Umsetzungsprozesses und die umfassende Darstellung ist ein hoher **Erkenntnisgewinn** auf vielen Ebenen ermöglicht worden. Erfolgskriterien wurden ausführlich dargestellt und ermöglichen somit eine **Kontrolle** der Zielerreichung. Die Legitimation der Maßnahme wurde durch die Evaluationsstudie bestätigt, auf Einschränkungen der Legitimation wurde deutlich hingewiesen. Da die Durchführenden auf die Evaluationsergebnisse angewiesen waren und diese als Grundlage für die Entscheidung über die Weiterführung des Projektes genutzt werden sollten, ist von einer taktischen Funktion der Evaluation (z. B. aus Prestigezwecken), die Stockmann (2007a) als „pathologische Seite“ beschreibt, nicht auszugehen.

Der Evaluationsprozess wurde an den Standards zur Sicherung und Entwicklung der Qualität von Evaluationen der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2008) ausgerichtet. Die ausführliche Darstellung des Evaluationsdesigns und der Methoden sowie die Diskussion der forschungsmethodischen Aspekte ermöglichen den fachlichen Austausch über die Qualität der Studie in Bezug auf die geforderten Standards und tragen selbst auch zur Erfüllung der Genauigkeitsstandards bei, in denen die genaue Beschreibung des Vorgehens und der Ergebnisse gefordert werden. Auch die detaillierte Betrachtung von Besonderheiten bei der Evaluation beruflicher Maßnahmen im Suchtbereich und die Darstellung des Umgangs mit diesen Besonderheiten in der vorliegenden Evaluationsstudie können als Beitrag zur Erfüllung der Genauigkeitsstandards gesehen werden.

Diese Studie wurde, wie beschrieben, nach den aktuellen Erkenntnissen zur Evaluationsforschung geplant, durchgeführt, ausgewertet, dargestellt und verwendet.

## 6.3 Forschungsmethodische Aspekte

### *Design*

Eine randomisierte Zuweisung konnte aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Offenheit des Projekts für alle potenziellen Teilnehmer nicht durchgeführt werden. Allen Abgängern des Integrationszentrums war eine Teilnahme möglich, falls sie sich weiterhin im Einzugsgebiet des Zentrums aufhielten. Durch die Teilnahmevoraussetzung der Abstinenzbereitschaft, dem Einverständnis mit Kontrollen und der Offenheit gegenüber dem Arbeitgeber ergab sich eine Selektion beim Zugang zur Maßnahme u. a. hinsichtlich Abstinenzmotivation und der Bereitschaft, weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Durchführenden berichteten jedoch, dass ein hoher Anteil der potenziellen Teilnehmer aus der Adaption auch tatsächlich am Projekt teilnahm. Dies lässt vermuten, dass Personen, die eine abstinenzorientierte Adaptionsbehandlung regulär beendet haben, zu einem großen Anteil diese Bereitschaft Hilfe anzunehmen besitzen. Eine systematische Befragung aller Abgänger von Einrichtungen, denen das Angebot für eine Teilnahme an BISS unterbreitet wird, könnte Hinweise auf Selektionskriterien und motivationale Faktoren liefern.

Die Kombination von Datenerhebungen der Evaluationsstudie (insbesondere der Einholung der Einverständniserklärung) mit anderen, im Projekt laufenden Prozessen, hat sich als sehr günstig erwiesen. Kritisch zu betrachten ist dabei die Verknüpfung von Intervention und Evaluation. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Offenheit in den Befragungen reduziert wurde oder auch das subjektive Gefühl der Freiwilligkeit zur Studienteilnahme beeinflusst hat. Die Unabhängigkeit der BISS-Teilnahme von der Studienteilnahme und die Schweigepflicht gegenüber den Projektmitarbeitern wurden aus diesem Grund vor jedem Interview erneut bekräftigt. Für die Untersucher entstand der Eindruck einer großen Gesprächsoffenheit, da auch kritische Bewertungen des Projekts mitgeteilt wurden. In der Vergleichsgruppe sind viele der potenziellen Teilnehmer nicht in die Studie eingetreten, sodass hier die Freiwilligkeit wohl wahrgenommen wurde. Bei den Vergleichsgruppenteilnehmern bestand über den ersten Erhebungszeitpunkt hinaus auch keinerlei weitere Verbindung zu deren Behandlung. Ein Nachteil der Kombination ist die Abhängigkeit von den Durchführenden bei der Einholung von Einverständniserklärungen.

Durch die Wahl von drei Messzeitpunkten im Design entstand ein Informationsverlust, da vor einem Erhebungszeitpunkt aus dem Projekt Ausgeschiedene nicht mehr befragt werden und die subjektive Sicht dieser Teilnehmer nicht erfasst werden konnte. Eine ereignisbezogene Befragung hätte jedoch wahrscheinlich einen zu großen Einfluss auf das Geschehen gehabt (z. B. durch Selbstreflexion im Rahmen eines Interviews) und wäre unter Anbetracht des Aufwands nicht umsetzbar gewesen. Dies ist vor allem unter dem Gesichtspunkt anzunehmen, dass Personen in der vorliegenden Studie, während einer Rückfälligkeit bzw. im Ablöseprozess, wenig Bereitschaft für zusätzliche Befragungen zeigten, was sich in den Teil-

## Diskussion

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

nahmequoten von baldigen Abbrechern widerspiegelte. Zudem konnte auf die Verlaufsdocumentation zurückgegriffen werden, in denen Abbruchsituationen festgehalten wurden.

#### *Stichprobe*

In der Interventionsgruppe war eine Vollerhebung der Teilnehmer geplant. Dies konnte fast annähernd umgesetzt werden, da nur eine Person die Studienteilnahme ablehnte.

Eine Einschränkung in der Studie ergibt sich trotz allem durch die geringe **Teilnehmerzahl**. Durch die Begrenzung des Beobachtungszeitraums und der Abhängigkeit des Zulaufs von äußeren Bedingungen (z. B. Anzahl der regulären Abschlüsse in der Adaptionseinrichtung) lag die in die Studie eingeschlossene Anzahl von 39 Teilnehmern unter der ursprünglich angenommenen und angestrebten Zahl von 50 Teilnehmern. Zudem verließen einige Teilnehmer das Projekt frühzeitig, sodass die Verlaufsbeobachtung über ein Jahr und der Post-Vergleich nur mit 21 Personen der Interventionsgruppe möglich war. Der erwartungsgemäß hohe Drop-out in der Vergleichsgruppe führte auch dort zu einer starken Reduktion der Gruppengröße von zu Beginn 65 auf 26 Personen für die t3-Analysen. In der Drop-out Analyse fanden sich zwar keine bedeutsamen Unterschiede auf den betrachteten, zu t1 erhobenen Merkmalen, jedoch ist eine Positivselektion bezüglich der Zielkriterien anzunehmen. Dies zeigt sich am hohen Anteil an beruflich Integrierten in beiden Gruppen und der positiv bewerteten Tagesstrukturierung. Es ist anzunehmen, dass gut Integrierte häufiger antworten bzw. besser erreichbar sind als schlecht Integrierte. Zudem ist bei den beruflich nicht integrierten ein höherer Konsum anzunehmen (Henkel, 2006).

Die **Interventions- und Vergleichsgruppe** unterscheiden sich zum ersten Erhebungszeitpunkt (t1) nicht bzgl. Geschlecht, Alter, Bildung, Berufstätigkeit. Dies galt auch für die Stichprobe der Beender, die für den Gruppenvergleich herangezogen wurde. Für diese wurden zusätzliche Variablen betrachtet, und es konnte ein Unterschied in der Abstinenzabsicht bzgl. Alkohol- und Medikamentenkonsum gefunden werden, die Interventionsgruppe hatte höhere, also positivere Werte. Bzgl. Drogen bestand in beiden Gruppen eine vergleichbar hohe Abstinenzabsicht, was am Anschluss an eine Rehabilitationsbehandlung zu erwarten ist. In der Vergleichsgruppe war eine deutlich höhere Streuung zu finden, die Interventionsgruppenteilnehmer sind diesbezüglich also homogener. Die Teilnahme an BISS könnte selektiv Personen mit hoher Abstinenzabsicht bzgl. aller Suchtmittel „anziehen“ oder die Teilnahme könnte durch ihre Teilnahmebedingungen zu einer Absichtsbildung führen und somit bereits früh eine Wirkung erzielen. Die Annahme der Positivselektion könnte, durch die Bereitschaft zur Studienteilnahme, jedoch auch auf die Vergleichsgruppe zutreffen.

Bereits beim Eintritt in die Studie machte sich in den Vergleichsgruppen ein teilweise großer **Ausfall** bei den potenziellen Studienteilnehmern bemerkbar. Vergleichskliniken, die berichteten, den Fragebogen möglichst in Verbindung mit der klinikinternen Abschlusserhebung zu kombinieren, konnten höhere Teilnehmerzahlen erreichen. BISS-Teilnehmer hingegen willigten fast zu 100 % in die Studienteilnahme ein, auch hier wurde die Einholung der Einver-

## Diskussion

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

ständniserklärung in den Aufnahmeprozess des Projekts integriert. Auf dieselbe Weise konnte auch von allen beteiligten Arbeitgebern eine Einverständniserklärung eingeholt werden. Zudem könnte das große Interesse der Durchführenden an der Evaluationsstudie einen Einfluss auf die Teilnahmemotivation der Klienten für die Studie gehabt haben.

In der Vergleichsgruppe mussten hohe Drop-out-Zahlen in Kauf genommen werden. Diese entstanden durch veraltete Adressen, falsche Telefonnummern oder schlicht fehlende Beantwortung von Post und Anrufen. In der Interventionsgruppe kam der Drop-out hauptsächlich durch den Austritt aus dem Projekt zustande. Personen, die dem Projekt angehörten, konnten zu einem hohen Prozentsatz befragt werden. Hier war die bereits erwähnte hohe Bereitschaft zur Teilnahme und zur Auskunftsbereitschaft subjektiver Erfahrungen in den Interviews erkennbar. Fehlende Informationen konnten zum Teil anhand der Verlaufsdocumentation bzw. aufgrund der doppelten Befragung (Interview und Fragebogen) ergänzt werden. Diese Kombination mehrerer Befragungen und auch die gute Erreichbarkeit durch vorhandene Anbindung waren ein großer Vorteil der praxisnahen Untersuchung. Erinnerungen konnten auf mehrfachen Wegen vermittelt werden (z. B. auch über die Durchführenden).

Bzgl. des Drop-outs im Verlauf der Studie muss von einer gewissen **Selektion** ausgegangen werden. Aus dem BISS-Projekt traten Personen vor allem wegen Rückfällen, Jobwechseln oder der Beschäftigung in Zeitarbeitsfirmen vorzeitig aus. Möglich wäre, dass die langfristig im Projekt Verbliebenen auch ohne Unterstützung einen stabilen und positiven Verlauf genommen hätten. Dagegen spricht die Inanspruchnahme von BISS-Leistungen insbesondere in schwierigen Situationen und die grundsätzliche Annahme, dass eine weiterführende postrehabilitative Versorgung für die Stabilisation von Bedeutung ist, Nachsorgemaßnahmen also zum gewünschten Standard gehören.

In der Vergleichsgruppe ist selbst bei den Antwortenden ein hoher Anteil an **Konsumierenden** zu verzeichnen, sie waren zu einem hohen Anteil beruflich integriert. Es kann vermutet werden, dass sich die berufliche Situation und auch die Schwere und Häufigkeit der Rückfälligkeit in der Gruppe der Drop-outs noch negativer darstellt. Die Bedeutung einer veralteten Adresse als Grund für die Nicht-Erreichbarkeit könnte neben Rückfälligkeit viele Ursachen haben (Umzug wegen Job, mit Freundin zusammenziehen, Gefängnisaufenthalt etc.). Das Nicht-Beantworten des Fragebogens kann auch durch den damit verbundenen Aufwand begründet sein. Da jedoch auch über die ehemaligen Rehabilitationseinrichtungen kaum aktuelle Adressen ermittelt werden konnten, zeigt sich auf alle Fälle eine deutlich bessere Erreichbarkeit der Personen im BISS-Projekt.

#### *Erhebungsinstrumente*

Die Erhebungsinstrumente wurden vom Evaluationsteam so ausgewählt, dass die Fragestellungen hinreichend beantwortet werden konnten, die Belastung der Befragten jedoch stets in einem angemessenen **Verhältnis zum Nutzen** standen, wie es auch die Durchführbarkeits-

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation e. V. (2004) fordern. Hierzu war es nötig, Instrumente zu kürzen, eigene Items zu entwickeln und den Detailliertheitsgrad (z. B. bei der Rückfallbefragung) zu begrenzen.

Da vorhandene Instrumente zur Erfassung von **besonderen beruflichen Problemlagen** (BBPL) die Spezifika des Klientels der Suchtmittelabhängigen nicht abbilden können, konnten diese Instrumente nicht verwendet werden. Berufliche Problemlagen werden zwar bei fast allen Suchtrehabilitanden angenommen, jedoch könnte ein spezifisches Erhebungsinstrument einen genaueren Einblick in die Richtung und Ausprägung der Probleme erleichtern und eine Individualisierung von Maßnahmen ermöglichen. Zudem könnte ein solches Instrument die Vielfalt der Einflussfaktoren auf die Arbeitstätigkeit darstellen, die bei Suchtmittelabhängigen bedeutsam sind (z. B. Konsum, soziales Umfeld, Arbeitserfahrungen) und somit den umfassenden und auch langfristigen Unterstützungsbedarf verdeutlichen und rechtfertigen.

Um **Erinnerungseffekte** an Rückfällen zu verringern, wurde in den Fragebögen jeweils nach dem Zeitraum nach der letzten Befragung (vor jeweils einem halben Jahr) gefragt. Dies wiederum führte zu Dokumentationslücken, wenn ein t2-Fragebogen fehlte. Zudem könnte es Missverständnisse gegeben haben, was mit „der letzten Erhebung vor einem halben Jahr“ gemeint ist (Fragebogen oder Interview) oder ob der Zeitpunkt der letzten Erhebung so präsent ist, dass die zeitliche Verortung von Rückfällen diesbezüglich angegeben werden kann. Eine Frage nach Rückfällen in der Zeit nach der letzten Rehabilitationsbehandlung würde bei Personen, die sich seit der Studienteilnahme erneut in Behandlungen befunden haben, jedoch zu einem Verlust wichtiger Informationen (Rückfall und erneute Behandlung) führen. Es müssen also verschiedene Informationen gekoppelt (nach ihrer Rehabilitationsbehandlung vor einem halben Jahr) und so gewählt werden, dass die Frage eindeutig ist und nicht durch den Erhebungszeitpunkt oder eine Erhebungslücke zu t2 beeinflusst wird.

Bei der **Fragenformulierung zur Rückfälligkeit** mussten Kompromisse eingegangen werden. Durch die vielfältigen Möglichkeiten insbesondere über einen längeren Verlauf ist das Konsumverhalten mit einer eingeschränkten Anzahl an Fragen nicht für jede Fragestellung adäquat zu erfassen und darzustellen. Zu viele Unterschiede ergeben sich aus der Häufigkeit des Konsums, den konsumierten Mitteln, der Abhängigkeitsdiagnose (z. B. Alkohol ja/nein), der Erfassung von zwischenzeitlichen Abstinenzphasen, des aktuellen Konsums usw. Bei der Betrachtung des Konsumvergleichs wurde jegliches Suchtmittel, also auch Alkohol, als „Konsum“ eingestuft, unabhängig von der Diagnose. Auch wenn der Terminus „rückfällig“ genutzt wurde, war der Konsum eines Suchtmittels (Alkohol, illegale Drogen, abhängigkeits erzeugende Medikamente) unabhängig von der Abhängigkeitsdiagnose gemeint. Durch die darauffolgende Darstellung der Konsumhäufigkeit jedes einzelnen Suchtmittels, der aktuellen Abstinenz und dem Abgleich mit der Abhängigkeitsdiagnose wurde versucht, einen differenzierteren Einblick in die Zahlen zu ermöglichen. Die Darstellung jeglichen Konsums wurde gewählt, da im Projekt BISS eine vollständige Abstinenz angestrebt ist. Alle beteiligten Ein-

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

richtungen haben im Behandlungskonzept die vollständige Abstinenz als Ziel. Für die Vergleichsgruppenmitglieder besteht zwar zumeist keine Abstinenzverpflichtung mehr, als aufrecht zu erhaltendes Ziel kann es aber auch weiterhin für diese Gruppe gesehen werden.

#### *Umsetzung der Datenerhebung*

Das **Erhebungsdesign** konnte wie geplant umgesetzt werden, auch wenn der Einschluss einen individuellen Erhebungsverlauf erforderte und somit zu einem erhöhten Aufwand führte. Möglicherweise wäre ein einzelner Erhebungszeitpunkt nach einem Jahr ausreichend gewesen, der Großteil der Personen, die zu t2 teilnahmen, gehört auch zur t3-Stichprobe.

Um den Aufwand bei den Interviews zu minimieren, wurden t2- und t3-Interviews telefonisch durchgeführt. Da die Erhebungszeitpunkte individuell stark variierten, konnten oft nur wenige oder gar einzelne Personen zu einem Zeitpunkt interviewt werden. Dies rechtfertigte nicht den Fahraufwand, insbesondere weil Interviewtermine immer wieder verpasst wurden und sich so Wartezeiten ergaben oder Anfahrten umsonst waren. Das Erstinterview wurde aber weiterhin persönlich durchgeführt, um eine Vertrauensbasis zu schaffen und die zukünftige telefonische Beantwortung sensibler Fragen zu erleichtern und somit die Compliance zu erhöhen. Möglicherweise hat auch der persönliche Kontakt zu den hohen Rücklauf- und Beteiligungsquoten in der Interventionsgruppe beigetragen. Interessant wäre, ob ein persönlicher Kontakt zu den Vergleichsgruppenteilnehmern (z. B. durch regelmäßige Projektvorstellungen in den Vergleichskliniken) auch hier die **Rücklaufquoten** erhöhen würde. Betrachtet man jedoch Erfahrungen in Katamneseerhebungen der Einrichtungen, die auch über mangelnden Rücklauf berichten, ist der Zusatznutzen eher fraglich, bei einem sicherlich hohen zusätzlichen Aufwand. Eher wäre über monetäre Anreize zur Teilnahme nachzudenken, da diese Rücklaufquoten erhöhen können (Edwards et al., 2002). Da es gerade bei Suchtmittelabhängigen zur Fehlverwendung kommen könnte (z. B. zur Drogenbeschaffung), sollten eher Anreize mit geringerem Wert genutzt werden, wie die Verlosung von Kinogutscheinen oder Handyguthaben. Eine andere Möglichkeit wäre die Kürzung der Fragebögen vor allen Dingen unter dem Aspekt, dass in vielen Bereichen kein wesentlicher Unterschied zu erkennen war. Einige der von Edwards et al. (2002) genannten Möglichkeiten, Rücklaufquoten zu verbessern, wurden bereits umgesetzt (frankierter Rückumschlag, personalisierte Anrede im Erinnerungsschreiben, farbiger Fragebogen).

Bei einer telefonischen Erinnerung und Telefoninterviews sind auch die Konsequenzen für das Evaluationsteam zu beachten. Die Erreichbarkeit ist zumeist erst nach Arbeitsschluss gegeben. Da viele, z. B. handwerklich Tätige, besonders im Sommer lange Arbeitszeiten haben, mussten Anrufversuche und Interviews ebenso in den Abend verschoben werden, was durch die vielen individuellen Erhebungszeitpunkte häufig der Fall war. Dadurch wurden Erhebungen oder Erinnerungen ggf. mit leichter Verzögerung durchgeführt.

Eine mögliche Fehlerquelle in der Datenerhebung war durch die teilweise langen Rücklaufzeiten der Fragebögen gegeben. Zwar ermöglichte das Erinnerungsverfahren eine Erhöhung

## Diskussion

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

der Teilnehmerquoten, jedoch können sich Situationen und Umstände (gerade im Suchtbereich durch Rückfälle oder häufige Wechsel der Arbeitstätigkeit) schlagartig verändern und somit Studienergebnisse beeinflussen.

Verzerrungen durch Drop-out wurde versucht mit einem intensiven Erinnerungsverfahren entgegenzuwirken. Hierdurch konnten die Rücklaufzahlen zwar etwas verbessert werden, jedoch blieben auch viele Personen insbesondere der Vergleichsgruppe unerreichbar, sei es aufgrund veralteter Adressenangaben oder ungültiger Telefonnummern. In der Vergleichsgruppe galten die Nicht-Antworte zu t3 als Drop-out. In der Interventionsgruppe waren lediglich die Austreter aus dem Projekt der Drop-out. Nach dem Ausstieg aus dem BISS-Programm wurden die Austreter für keine weiteren Erhebungen kontaktiert. Für die BISS-Teilnehmer standen bei der Nicht-Beantwortung von Fragebögen immer auch die Verlaufs-dokumentationen zur Verfügung, diese blieben somit auch bei fehlendem Rücklauf Teil der Studie. Die Drop-out-Gruppen zeigen also einen qualitativen Unterschied. Vergleicht man die Rücklaufzahlen bei der Fragebogenbeantwortung, sind in der BISS-Gruppe weitaus bessere Rücklaufzahlen zu erkennen.

Ein baldiger Austritt aus dem Projekt zeigte sich bereits in den Erhebungsversuchen der Studie. Personen, die kurze Zeit nach einem Erhebungstermin austraten oder entlassen wurden, nahmen zu einem deutlich geringeren Anteil an der Fragebogenerhebung und dem Interview teil. Schwierigkeiten, Rückfälligkeit oder fehlende Motivation wirkten sich also auch auf die Studie aus.

Die angefragten **Experten** zeigten eine hohe Bereitschaft, über ihre Arbeit, ihre fachlichen Einschätzungen zu sprechen und ihre Sichtweise über das Projekt offenzulegen. Auch die Bereitschaft und Mitarbeit der Vergleichseinrichtungen war von Anfang an vorhanden. Bei der Befragung der Arbeitgeber erwies sich die Angewiesenheit auf die Informationsvermittlung über die Projektmitarbeiter als hinderlich. Erhebungen konnten aufgrund nicht übermittelter Adressen teilweise erst verspätet stattfinden. Aus Effizienzgründen wurde die Erhebung anhand von Fragebögen durchgeführt.

Die Beteiligung an der Evaluationsstudie war für die Durchführenden mit einem **Mehraufwand** verbunden. Das Evaluationsteam war auf die Unterstützung bei der Mitteilung von Neuzugängen, bei der Ausgabe der ersten Fragebögen, beim Erinnerungsverfahren, bei der Zusammenstellung benötigter Informationen (z. B. Arbeitgeberadressen), bei der Beantwortung auftretender Fragen, bei der Erarbeitung des Manuals, bei der subjektiven Beschreibung im Rahmen der Stakeholderbefragungen sowie bei der Fertigstellung der Verlaufs-dokumentation zum Stichtag auf die Mithilfe der Durchführenden angewiesen. Dadurch, dass Daten kontinuierlich erfasst und übermittelt werden mussten, konnte es im Arbeitsalltag der Durchführenden zu verspäteter Datenübermittlung kommen. Ein häufiges Nachfragen bzw. die Überprüfung von Neuzugängen durch das Evaluationsteam waren notwendig. Der Einbezug in die Evaluationsforschung hatte für die Durchführenden neben den negativen Konse-

## Diskussion

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

quenzen durch den Ressourcenverbrauch sicherlich auch positive Konsequenzen. Befragungen, Hinweise und Anfragen führten laut Rückmeldung der Durchführenden zu einer Reflexion und Überarbeitung des Projekts, aber auch zu einer gewissen Verpflichtung zur Fertigstellung von Dokumentationen. Aufgrund des prozessorientierten Ansatzes der Evaluation ist diese Rückwirkung auf das Programm üblich, wenn nicht sogar wünschenswert.

Der häufige **informelle Austausch** zu den Durchführenden war sehr hilfreich, um Fragen zu klären und auch die Durchführenden über die Evaluation auf dem Laufenden zu halten. Bemerkenswert war die durchgehend freundliche, positive und konstruktive Zusammenarbeit mit den Durchführenden, bei der eine unbedingte Offenheit zu erkennen war. Nie wurden kritische Informationen bewusst zurückgehalten.

Um den Aufwand für die Durchführenden so gering wie möglich zu halten und sich der Einhaltung der Zeitvorgaben in der Fragebogenverteilung sicher zu sein, wurde in der Interventionsgruppe auf eine postalische Erhebung umgestellt. Versäumten nämlich Teilnehmer die monatliche Gruppe, konnte sich das Austeilen des Fragebogens um einen ganzen Monat verschieben. Auch die Vereinbarung von Interviewterminen wurde aus Praktikabilitätsgründen im Verlauf vom Evaluationsteam übernommen und individuell mit jedem Teilnehmer vereinbart. Das Nutzen der Gruppenzeiten für Erhebungen führte zu einer zu großen Störung der Gruppentermine.

#### *Auswertung*

Von den bisher genannten methodischen Einschränkungen waren auch die **Auswertungsmöglichkeiten** und deren Aussagekraft beeinflusst. Clusterbildungen bzgl. unterschiedlicher Eigenschaften und deren Einfluss auf die Ergebnisse konnten nicht separat betrachtet werden, da die geringe Stichprobengröße zu  $t_3$  keine adäquaten quantitativen Analysen zugelassen hat. Gefundene Effekte wurden häufig nicht signifikant. Auf vielen Items zeigten sich nur geringe oder keine Unterschiede (F-SozU, BSI-18, IS). Dies kann darin begründet sein, dass die Voraussetzungen beider Gruppen vergleichbar sind und das BISS-Projekt vor allem dann gewinnbringend ist, wenn Schwierigkeiten auftreten, sich jedoch nicht auf spezifische Eigenschaften der Teilnehmer auswirkt. Gefundene Effekte können jedoch als bedeutsam betrachtet werden, da sie vor allem in einem zentralen Bereich (Rückfälligkeit) gefunden wurden. Zudem war anhand der Literatur eher mit geringen Effekten zu rechnen, wenn Maßnahmen zusätzlich zum Standardangebot durchgeführt werden (Staines et al., 2005). Scheinbar hat BISS also einen Mehrwert, der sich vom Standardangebot unterscheidet. Trotz allem sind die Einschränkungen der Aussagekraft durch den Drop-out und andere beeinflussende Faktoren im Hinterkopf zu behalten.

Die qualitativen Analysen haben in dieser Untersuchung einen hohen Stellenwert. In den Interviews konnten vielfältige subjektive Informationen zum Projektverlauf erhoben werden, die im Rahmen einer Fragebogenerhebung nicht erfassbar gewesen wären. Es war eine hohe Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Durchführenden und Teilnehmer bzgl. Stärken,

## Diskussion

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

Schwächen und anderen Beschreibungen erkennbar. Es gab kaum widersprüchliche oder unvereinbare Aussagen, weshalb die gefundenen Informationen und Hinweise als charakteristisch für das Projekt gesehen werden können.

Da in der Interventionsgruppe mehrere Informationsquellen vorhanden waren, wurden fehlende Daten, wenn möglich, aus anderen Quellen ergänzt. Aufgrund der möglichen Unterschiede in den Angaben, z. B. durch Effekte des Erhebungszeitpunkts, wurde jeweils die primäre Datenquelle für die jeweilige Fragestellung genutzt und nur bei Missings durch andere Datenquellen ergänzt. Dieser Vorgehensweise könnte sicherlich angelastet werden, dass aktuellere Informationen einmal einbezogen werden, ein anderes Mal nicht. Jedoch war aufgrund der vielfältigen Datengrundlagen eine klare Linie zu wählen, eine Rücküberprüfung jedes Items an den anderen Datenquellen hätte die Möglichkeiten der Untersuchung gesprengt. Zudem wäre in jedem Fall individuell abzuwägen gewesen, welcher Datenquelle mehr Gewicht bzw. Wahrheitsgehalt hätte zugesprochen werden sollen.

#### *Weitere beeinflussende Bedingungen*

In dieser Untersuchung sind von den Teilnehmern wahrgenommene Angebote, wie z. B. Selbsthilfegruppen, Anbindung an ambulante Beratungsstellen und insbesondere das betreute Wohnen, in beiden Gruppen als **konfundierende Variablen** anzunehmen. Hierdurch gab es Überschneidungen im Hilfsangebot, auch bei der beruflichen Integration und bzgl. der Abstinenzverpflichtung und Kontrollen. Daneben spielen personenbezogene Variablen eine Rolle wie komorbide Erkrankungen, Bildungsstand, Berufserfahrung etc., die zwar erfasst werden konnten, deren statistische Kontrolle aufgrund der geringen Stichprobengrößen jedoch nicht umzusetzen war.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist die hohe Akzeptanz und das Vertrauen zum Arbeitstherapeuten als Person, wodurch Therapeuteneffekte anzunehmen sind. Dies ist jedoch auch als Bestandteil der Maßnahme zu sehen, die vorhandene Therapiebeziehungen für die weitere Anbindung nutzt und somit einen beabsichtigten Wirkfaktor darstellt. Untersuchungen hierzu wären zukünftig interessant, wenn zunehmend externe Patienten in das Projekt aufgenommen werden sollen, und der Frage des Einflusses bestehender Beziehungen zu den Durchführenden und der Einrichtung nachgegangen werden kann. Würden sich Effekte zeigen, wäre ein Konzept zur Unterstützung des Beziehungsaufbaus und zum Einfinden in die Projektumgebung für Externe zu entwickeln.

Das Projekt befand sich während der Evaluation in einem Entwicklungsprozess. Zu Beginn gab es keine operationalisierte Beschreibung der Durchführung in Form eines Manuals. Dieses wurde in Zusammenarbeit mit den Durchführenden vom Evaluationsteam entwickelt. Es kann also noch nicht von einheitlichen Interventionen für alle Teilnehmer während der Projektlaufzeit ausgegangen werden, die Konstanzhaltung der Bedingungen war also nicht gegeben. Hinzu kommt, dass aus Ressourcengründen nicht alle Projektelemente wie angedacht umgesetzt werden konnten. Aus diesen Gründen ist die Bewertung des Projekts im Rahmen

## Diskussion

### 6.3 - Forschungsmethodische Aspekte

eines Entwicklungsprozesses zu betrachten. Eine primär summative Evaluation erfordert eine manualgetreue Umsetzung, damit Aussagen zu Wirkmechanismen gemacht und auf bestimmte Maßnahmenelemente zurückgeführt werden können.

Auffällig war die stellenweise lückenhafte Dokumentation des Verlaufs, der Leistungen und der Abschlussberichte, wodurch einige Prozesse, Entwicklungen, Vereinbarungen und Rahmenbedingen nicht erfasst werden konnten. Die zur Verfügungstellung der Daten für die Evaluation hat sich aufgrund der praktischen Bedingungen vor Ort verzögert. Da die Auswertungen der Studie dadurch erst verzögert beginnen konnten, lagen die Ergebnisse zum Ende der Modelllaufzeit noch nicht vor. Hierdurch war die mögliche Anschlussfinanzierung gefährdet.

## 6.4 Diskussion der Ergebnisse

### *Bedarf*

Das Thema der beruflichen Integration im Rahmen der Rehabilitation rückt immer mehr in den Vordergrund (Müller-Fahrnow et al., 2005). Berufsspezifische Maßnahmen wurden für verschiedene Indikationsbereiche oder auch übergreifend entwickelt (Löffler et al., 2012). In der Suchtrehabilitation ist eine langfristige Versorgung mit einem hohen Alltagsbezug von Bedeutung, wie dies in Adaptionsmaßnahmen und im Betreuten Wohnen verwirklicht wird (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008).

Im Rahmen der Befragungen in der vorliegenden Evaluationsstudie wurde der Bedarf einer berufsspezifischen Nachsorgemaßnahme aus verschiedenen Perspektiven bestätigt. Im Suchtbereich Tätige beklagen Ressourcenknappheit und fehlende Strukturen für die Unterstützung der beruflichen Integration. Aus ihren Erfahrungen beschreiben die Stakeholder eine hohe Bedeutung der Arbeit für die Stabilität ehemaliger Rehabilitanden. Sie sehen ein Risiko, bei Rückfälligkeit wieder aus dem Arbeitsprozess herauszufallen zu können.

Die untersuchten Teilnehmer weisen Merkmale auf, die dem Konzept der **besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL)** zuzuordnen sind. Ihnen fehlt es oft an einer adäquaten Berufsausbildung, sie weisen lückenhafte Arbeitsverläufe auf oder haben noch nie dauerhaft gearbeitet, wodurch es ihnen an Arbeitserfahrung fehlt. In der medizinischen Rehabilitation wurden zwar spezifische Messinstrumente (z. B. SIMBO) entwickelt (Streibelt, 2009), um Problemlagen im beruflichen Bereich zu identifizieren und als Indikationskriterium für den Bedarf an beruflichen Maßnahmen zu nutzen, diese entsprechen jedoch nicht den spezifischen Eigenschaften des Suchtklientels, weshalb eigene Kriterien für die Darstellung der BBPL gewählt wurden. Die erhobenen Daten zeigen, dass bei der untersuchten Gruppe eine Indikation für berufliche Maßnahmen vorliegt, auch wenn dies nicht durch ein spezifisches Instrument erfasst werden kann. Die Entwicklung eines standardisierten Messverfahrens, das die spezifischen Eigenschaften des Suchtklientels berücksichtigt, wäre wünschenswert.

Auch aus der subjektiven Sicht der Teilnehmenden ist ein Bedarf an Unterstützung und Sicherheit vorhanden, was durch einen Ansprechpartner, stützende Strukturen und den Kontrollmechanismus (Alkohol- und Drogenkontrollen) erfüllt werden kann. Den Rehabilitanden stehen viele neue Aufgaben und Schwierigkeiten bevor, die sie in einem oft neuen sozialen Umfeld zu bewältigen haben. Das Einfinden in eine neue Umgebung und Lebenssituation kann als kritisches Ereignis gesehen werden und negative Emotionen auslösen. Bei allen Teilnehmern ist eine geringere Abstinenzzuversicht für Situationen, die unangenehme Gefühle auslösen, erkennbar. Kritische Situationen, negative emotionale Zustände und die daraus folgende niedrige Abstinenzzuversicht können mit einem erhöhten Rückfallrisiko einhergehen (McKay, 1999). Aus den genannten Gründen und der Möglichkeit der positiven Beein-

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

flussung eines Rückfallgeschehens im Sinne eines dynamischen Rückfallmodells (Koob & Le Moal, 2001) ist eine bedarfsweise Unterstützung angebracht.

Das Projekt entspricht den **Bedürfnissen** aller Befragten. Es ist anzunehmen, dass einigen Bedürfnissen der Teilnehmenden bereits über die Maßnahme des Betreuten Wohnens begegnet wird. Jedoch wird von den Experten auch auf den Ressourcenmangel in nachsorgenden Betreuungsformen hingewiesen. Zudem können nicht alle die Möglichkeit des Betreuten Wohnens wahrnehmen und die Dauer ist begrenzt (Bader & Heise, 2000). Das Projekt BISS ist als eine notwendige Ergänzung zur üblichen Nachsorge zu sehen, welches bedarfsbezogen Ressourcen zur Verfügung stellen kann. Aufgrund der Unabhängigkeit von der Wohnsituation und der höheren Flexibilität bei der Teilnahmedauer ist es für eine größere Zielgruppe über die Dauer der üblichen Nachsorge hinaus verfügbar.

#### *Implementation und Verlauf*

Der geringe **Zulauf** von externen Patienten ist aufgrund der berichteten Auslastung durch eigene Klienten verständlich. Die gefundenen Effekte können so jedoch zunächst nur auf Klienten mit einer bestehenden Beziehung zu den Durchführenden übertragen werden. Sollten zukünftig vermehrt externe Klienten aufgenommen werden, könnte sich dieselbe Schnittstellenproblematik, wie diese bei der Zuweisung in die ambulante Nachsorge berichtet wird (Bader & Heise, 2000; Schwoon, 2000), ergeben. Hieraus könnten schlechtere Halte- und Erfolgsquoten resultieren.

Die **Haltequote** von über 50 % über ein ganzes Jahr, teilweise gar länger, ist im Vergleich zu anderen psychosozialen Nachsorgemaßnahmen, in denen hohe Drop-out Raten berichtet werden, sehr gut (Bühringer et al., 2001). Neben den Personen, die im Projekt blieben und schnell beruflich integriert werden konnten bzw. bereits integriert waren, war eine instabile Teilnahme bei Personen zu beobachten, die zu Beginn ohne Arbeit waren, Arbeitsprobleme hatten oder in Zeitarbeitsfirmen beschäftigt waren. Diese waren schneller rückfällig oder zeigten wenig Interesse an der BISS-Teilnahme. Da die Austreter meist nicht an den Interviews teilnahmen, konnten keine subjektiven Faktoren dokumentiert werden, die den Austritt begünstigen. Hinweise hierauf geben lediglich ermittelte Motivationsfaktoren zur Teilnahme, die jedoch individuell sehr verschieden oder gar gegensätzlich waren. Somit ist unklar, welchen zusätzlichen Bedarf die Gruppe der Austreter gehabt hätte. Die ursprüngliche Konzeption des Projekts war ausschließlich auf arbeitstätige, ehemalige Rehabilitanden in regulären Arbeits- oder Ausbildungsverhältnissen ausgerichtet. Die Durchführenden könnten aufgrund ihrer Erfahrungen das Konzept für arbeitslose Personen bzw. Personen ohne regulären Arbeitsvertrag überarbeiten. Gleichzeitig ist anzumerken, dass das vorliegende Konzept bei vielen Personen erfolgreich verlaufen ist, einige der zuvor Arbeitslosen konnten ebenfalls dauerhaft integriert werden.

Die **Dokumentation** erwies sich in allen Bereichen (Leistungsdokumentation, Verlaufsdocumentation, Dokumentation der Kontrollergebnisse sowie Abschlussberichte) als lückenhaft.

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

Es sollten Wege gefunden werden, die an die Besonderheiten des Projekts (z. B. viele Auswärtstermine) angepasst sind, um den Dokumentationsprozess zu erleichtern und effizienter zu gestalten. Möglich wäre beispielsweise die Nutzung mobiler Dokumentationsgeräte (Tablets), die eine direkte Dokumentation ermöglichen. Es sollten Dokumentationsstandards erarbeitet und deren Umsetzung reflektiert und kontrolliert werden, um eine Vereinheitlichung zu gewährleisten, nicht nur in Hinblick auf die validere Beantwortung von Forschungsfragen, sondern auch in Anlehnung an die Dokumentationspflicht im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen.

Durch den für BISS erstellten **Leistungskatalog** konnten nicht alle Leistungen beschrieben werden. Auf Leistungsziffern der Adaptionsbehandlung wurde eher unsystematisch zurückgegriffen, sodass ähnliche Leistungen mit unterschiedlichen Ziffern dokumentiert wurden. Der BISS-Katalog sollte um notwendige Ziffern erweitert werden, um den uneinheitlichen Gebrauch aus dem bestehenden Katalog des Integrationszentrums zu vermeiden. Hierbei sollten auch Leistungen berücksichtigt werden, die „nebenbei“ stattfanden (z. B. Anrufe auf dem Handy des Arbeitstherapeuten), wobei dies auch für die Klienten transparent sein sollte, um diese für die eigene Inanspruchnahme des Projektes zu sensibilisieren. Zudem ist eine gesonderte Dokumentation von Fahrtzeiten unumgänglich, um valide Informationen über den tatsächlichen Aufwand ermitteln zu können. In der Verlaufsdokumentation sollten wichtige Ereignisse und Vereinbarungen zuverlässig dokumentiert werden, nicht nur als Basis für den zu verfassenden Abschlussbericht, sondern auch zur gegenseitigen Information bei mehreren Mitarbeitern, als Hilfe für Entscheidungen bei Schwierigkeiten und zur Überprüfung, ob Vereinbarungen oder standardmäßige Kontrollen eingehalten wurden. Sicher wäre es für die Durchführenden hilfreich, festzulegen, welche Ereignisse in jedem Fall dokumentiert sein sollten.

Die **Gruppentreffen**, als eines der regelmäßigen Elemente, wurden konsequent umgesetzt und auch in Anspruch genommen. Durch ein einmaliges Fehlen kann es durch den weiten Abstand der Termine in der Gruppe für Personen mit Arbeit bereits zu einer langen Zeit ohne persönlichen Kontakt kommen. Da die Nicht-Teilnahme an Studierenerhebungen in Zusammenhang mit Schwierigkeiten oder baldigen Austritten stand, könnte dies auch bzgl. der Gruppentermine der Fall sein. Das Fehlen an Gruppenterminen könnte dann als Hinweis für notwendige Maßnahmen zur Motivationsarbeit oder benötigter Unterstützung dienen. Eventuell könnte auch eine regelmäßige Abfrage der Teilnahmemotivation eine direkte Intervention zur Motivationsförderung bei Abbruchgefahr ermöglichen. Da der Großteil der Klienten im Verlauf an der Gruppe für Personen mit Arbeit teilnimmt, könnte die Kapazität der Gruppe bei den ermittelten Teilnehmerzahlen des Projekts (>20) überschritten sein. Mehrfach wurde von Teilnehmern angemerkt, dass die Gruppe zu groß sei und sich negativ auf die inhaltliche Qualität auswirke. Wenn man Vorschläge zu Teilnehmerzahlen in therapeutischen Gruppen, die bei 5-12 Teilnehmern angesetzt werden und bei mehr als 12 Personen eine stärkere Strukturierung verlangen (König, 2012), als Maßstab nimmt, müsste die

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

Gruppe aufgeteilt werden, da eine starke Strukturierung eher gegen das offene Gruppenkonzept des Projekts spricht.

Die **Arbeitsintegration** verlief insgesamt sehr erfolgreich. Die Personen, die regelmäßig teilnahmen und nicht aufgrund von Rückfälligkeit oder persönlichem Wunsch austraten, waren allesamt angestellt, konnten also beruflich integriert werden, viele sogar in Ausbildungsverhältnisse. Gestaltete sich der Arbeitseinstieg schwierig, konnten über Vereinbarungen mit der Kommunalen Arbeitsförderung Praktika oder sonstige Beschäftigungsformen (ehrenamtliche Tätigkeit) organisiert werden. Hier kamen sicher auch die langjährige Erfahrung, die guten Kontakte und die hohe Akzeptanz des Arbeitstherapeuten bei den Kooperationspartnern und Klienten zum Tragen.

Beim Umgang mit der Beschäftigung bei Zeitarbeitsfirmen gab es keine eindeutige Richtlinie. Eine Person nahm trotz einer solchen Beschäftigungsart am Projekt teil, ohne dass der Arbeitgeber, also die Zeitarbeitsfirma, eingebunden wurde. Bei anderen stellte dies einen Grund für den Austritt aus dem Projekt dar. Dass das Bemühen groß ist, Personen in reguläre Anstellungen zu bringen und die Beschäftigung in Zeitarbeitsfirmen von den Durchführenden klar abgelehnt wird, ist deutlich. Da diese Beschäftigungsform für viele einen vermeintlich einfachen Eintritt in den Beruf darstellt und das Projekt somit immer wieder damit konfrontiert sein wird, könnte über eine gesonderte Vereinbarung zur weiteren Teilnahme für diese Personen nachgedacht werden, beispielsweise im Zusammenhang mit einer Verpflichtung, sich weiter um einen festen Arbeitsplatz zu bemühen. Dass Arbeitgeberverträge durch den häufigen Wechsel im Rahmen einer Zeitarbeitstätigkeit nicht möglich sind, ist nachvollziehbar. Daneben sollten dann auch Vorgehensweisen zum Umgang mit uninteressierten Arbeitgebern, aber teilnahmewilligen Klienten im Manual vorgeschlagen werden.

Durch **Rückfälle** konnte eine vorher gute Arbeitssituation verloren gehen. Die Vermittlung in Entgiftungen und Auffangmaßnahmen wurde jeweils individuell organisiert und verlief nicht immer reibungslos, was eine Folge von noch wenig routinierten Abläufen in der Rückfallintervention sein könnte. Es könnten bereits im Vorfeld Absprachen mit entsprechenden Einrichtungen getroffen werden, um eine schnelle Hilfe zu gewährleisten und Ressourcen zu sparen. Es gab an einigen Stellen Versäumnisse (wenig Kontrollen), wodurch Rückfälle wahrscheinlich verspätet entdeckt wurden. Die regelmäßige Umsetzung der Kontrollen würde die Ergebnisse in der Rückfallarbeit voraussichtlich verbessern, die positive Wirkung von Kontrollen auf das Konsumverhalten wurde mehrfach gezeigt (Carpenter, 2007; French et al., 2004; Vakili et al., 2009). Zudem gibt es innerhalb des Projekts keine Expertise bei der Arbeit mit Rückfälligkeit, da dies im Konzept des Integrationszentrums bisher nicht verankert war. Das Know-how von anderen Einrichtungen könnte genutzt werden, um die Mitarbeiter diesbezüglich fortzubilden. Die subjektive Sicht der Rückfälligen könnte weitere Hinweise auf die Verbesserung der Arbeit mit Rückfall liefern. Der Abbruch einer Auffangbehandlung liegt wohl nicht mehr im Einflussbereich des Projekts. Zu überdenken wäre, ob klarer definiert werden kann, welche Kriterien für die Rückfallbearbeitung bzw. für eine Entlassung vorliegen

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

müssen, also ob z. B. ein Abbrecher einer Auffangbehandlung, der sich jedoch wieder motiviert zeigt, ein erneutes Angebot zur Aufarbeitung erhält. Für Personen, die die Rückfallbehandlung ablehnen, könnte die Implementation motivationsfördernder Maßnahmen, wie sie im Suchtbereich erfolgreich angewendet werden (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003), in Betracht gezogen werden.

Weitere Standardisierungen bieten sich in der **Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern** an. Ablaufpläne bei Auffälligkeiten, Vorschläge und konkrete Vereinbarungen im Falle von Rückfälligkeit könnten die frühzeitige Kontaktaufnahme durch den Arbeitgeber und die Zusammenarbeit verbessern und als Basis für Verhandlungen zur Weiterbeschäftigung genutzt werden. Hierdurch hätten Teilnehmer dann auch die Sicherheit, dass Hilfe im Falle von Rückfälligkeit zu erwarten ist, und eine Kündigung im ersten Schritt möglicherweise nicht zu fürchten ist, was sich auf die Offenheit auswirken könnte. Es wäre trotz allem sinnvoll, Kontrollergebnisse an Konsequenzen zu knüpfen (z. B. bezüglich Bezahlung), da sich dies als förderlich gezeigt (DeFulio et al., 2009; Silverman et al., 2012; Silverman et al., 2007). Es wäre hilfreich, Arbeitgeber standardmäßig um Rückmeldung zum Projekt zu bitten. Die Angaben der Arbeitgeber zu BISS im Rahmen der Evaluation waren sehr unterschiedlich, viele beteiligten sich auch nicht an den Befragungen. Die weitere Erforschung und Berücksichtigung der Arbeitgebersicht kann wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung des noch neuen Konzepts der vertraglichen Arbeitgebereinbindung geben. Es besteht offenbar eine Notwendigkeit, diese Zusammenarbeit zu optimieren.

Das **Konzept der Offenheit** als Bedingung für die Rückfallarbeit hatte sich aus Sicht der Durchführenden nicht bewährt. Interessant ist jedoch, dass viele der Klienten zu Beginn der Maßnahme von sich selbst eine Offenheit annahmen. Aus den Hinweisen zu förderlichen und hinderlichen Faktoren kann abgeleitet werden, dass eine transparente Vorgehensweise bei Rückfälligkeit die Offenheit erleichtern könnte. Manche Personen scheinen jedoch trotz allem „entdeckt“ werden zu müssen und die Einschätzung des eigenen Konsums wird eher unterschätzt (Ehrman et al., 1997), was für eine regelmäßige Durchführung der Kontrollen spricht. Das Thema Scham und Enttäuschung über sich selbst scheinen eine Rolle dabei zu spielen, einen Rückfall geheim zu halten. Da eine grundsätzliche Bereitschaft zur Offenheit vorhanden ist, könnte es von Nutzen sein, dieses Thema z. B. im Rahmen der Gruppensitzungen im Vorfeld aufzugreifen, sei es durch Rollenspiele, Interventionen zum Umgang mit Scham, Arbeit zur Überprüfung negativer Kognitionen, die zur Enttäuschung beitragen o. Ä. An der Aufdeckung von Rückfälligkeit waren oft auch andere Klienten beteiligt. Diese soziale Kontrolle ist als hilfreicher Faktor zu betrachten. Das Thema sollte jedoch aufgegriffen werden, da durchaus negative Dynamiken entstehen konnten (Wut darüber, „verpetzt“ worden zu sein). Die Hervorhebung der gegenseitigen Verantwortung und der Etablierung einer gewissen Mitteilungspflicht von Rückfällen könnten nützlich sein. In die Verantwortung der Meldung von Auffälligkeiten wurden auch die Arbeitgeber im Verlauf konkret mit einbezogen, indem das Melden von Fehlzeiten an BISS vertraglich festgelegt wurde. Dies ist ein sinn-

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

voller Weg, einer Verantwortungsdiffusion oder Scheu entgegenzuwirken, jedoch müssen die Arbeitgeber hinsichtlich dieser Verantwortung immer wieder sensibilisiert werden.

Regelmäßige **Arbeitgebergespräche** wie auch die regelmäßig angedachten **Kontrollen** und Freizeitangebote konnten nicht umgesetzt werden. Dies wurde von den Durchführenden mit dem Mangel an Ressourcen begründet. Das Ausbleiben dieser Angebote wird von allen Seiten gleichermaßen registriert und größtenteils auch als nachteilig bewertet. Ausgenommen hiervon sind die Gruppentreffen, die regelmäßig stattfanden. Gerade die vernachlässigten Elemente (Arbeitgebergespräche und regelmäßige Kontrollen) werden von den Initiatoren und manchen der befragten Experten als Wirkfaktoren gesehen. Häufigeres Testen wird als Prädiktor für Abstinenz beschrieben (Sánchez-Hervás et al., 2010) und der positive Einfluss von Kontrollen auf Suchtmittelkonsum konnte mehrfach gezeigt werden (Carpenter, 2007; French et al., 2004; Vakili et al., 2009). Auch im Sinne der Vorbildfunktion, die das Projekt den Teilnehmern gegenüber hat, sollten angekündigte Maßnahmen umgesetzt werden. Von Teilnehmern kann kaum die Einhaltung der Vereinbarungen eingefordert werden, wenn dies in der Projektumsetzung aufgrund mangelnder Ressourcen nicht geschieht. Auch gegenüber den Arbeitgebern ist diese Entwicklung nicht zu rechtfertigen. Die Arbeitgeber gehen mit ihrer Teilnahmezusage und der Einstellung eines ehemaligen Suchtrehabilitanden, neben vielen Gewinnen, sicher auch ein Risiko ein. Durch die Teilnahme wird auch von ihnen ein Aufwand gefordert. Eine bessere Einbindung und vermehrte Arbeitgeberkontakte wurden sowohl von Arbeitgebern als auch von Klienten explizit gewünscht. Gäbe es für diese Projektelemente keine gesicherte Finanzierung, sollten sie auch nicht als regelhafte Angebote benannt werden.

Der Aufwand für die adäquate Umsetzung der regelmäßigen Leistungen sollte nicht unterschätzt werden. Neben zusätzlichem Zeitaufwand für Telefonate, Arbeitsplatzbesuche und Abnahme von Kontrollen kann dies auch veränderte Arbeitszeiten (vermehrt abends) nach sich ziehen, da z. B. Kontrollen oder Gespräche mit dem Chef zum Teil erst nach einem Arbeitstag möglich sind. Bzgl. der Kontrollverfahren (aktuell Urinkontrollen) würde eine verbesserte, wenn auch kostenintensivere Methodik (z. B. Speicheltests), wie sie von den Durchführenden vorgeschlagen wurde, den Ablauf erleichtern und eine größere Ortsunabhängigkeit mit sich bringen. Würden die Kontrollen regelmäßig durchgeführt, müsste deren Wirksamkeit überprüft werden, da hierzu momentan keine Aussagen möglich sind. Insgesamt wurde also deutlich, dass an manchen Stellen aufgrund von begrenzten Ressourcen standardisierte Vorgehensweisen fehlen, die im Sinne der Transparenz und der Gleichbehandlung, aber auch der Qualitätssicherung von Bedeutung sind.

Jedoch zeigte sich auch immer wieder die große **Individualität im Unterstützungsbedarf** und dem dadurch subjektiv empfundenen Nutzen. In Krisensituationen wurden im Projekt viele Ressourcen mobilisiert, die vermehrte Gespräche, Kontakte mit Arbeitgebern, und weitere Hilfen ermöglichten. Die Idee, bei Bedarf zur Verfügung zu stehen, konnte also umgesetzt werden. Dieses Konzept ist im Rahmen der Nachsorge von großem Vorteil, da es die persön-

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

liche Entwicklung der Teilnehmer berücksichtigt. Personen, die sich gut entwickeln, brauchen nicht ständig betreut zu werden, ihre Selbstständigkeit wird also nicht eingegrenzt. Stellen sich aber Probleme ein, können sie frei entscheiden, ob sie Unterstützung benötigen. Der Schutzmechanismus bei Rückfälligkeit hilft wiederum, wenn eine zuvor stabile Situation durch erneuten Suchtmittelkonsum zu kippen droht und das eigenständige Aufsuchen von Hilfe sich z. B. durch Rückzugstendenzen verringert. Da die Durchführenden die Erfahrung machten, dass eine frühe Intervention eher zum Erfolg führt als eine verspätete, ist die schnelle Mobilisierung von Hilfsmaßnahmen wichtig. Von den Teilnehmern wurde insbesondere die suchtbetogene Unterstützung als wichtig beurteilt. Krisensituationen gehen oft auch mit einer Abstinenzgefährdung einher (Brewer et al., 1998; McKay, 1999), woraufhin Leistungen in Anspruch genommen werden. Bei stabiler Abstinenz und stabiler beruflicher Integration ist dagegen wenig Unterstützung notwendig. Die Planung einer Reserve muss in einem Projekt wie BISS in der Ressourcenplanung berücksichtigt werden.

#### ***Bewertung und Akzeptanz***

Die Beschreibungen der Durchführenden und Klienten zeigen, dass sich die Art der Zusammenarbeit im Projekt von der vorherigen Rehabilitationsbehandlung unterscheidet. Durchführende und Klienten begegnen sich im Projekt BISS auf gleicher Ebene, stehen also nicht mehr in der klassischen Therapeut-Patient-Beziehung. Dies könnte ein Anzeichen dafür sein, dass längere Betreuung nicht zu einer Sozialisierung als „ewiger Patient“ führen muss, sondern durchaus ein wichtiges Element in einer ansonsten sehr selbstständigen Lebensweise darstellen kann. Betrachtet man die Suchtmittelabhängigkeit als eine chronische Erkrankung, ist ein gewisses Maß einer **bedarfsabhängigen, länger dauernden Betreuung** auch sinnvoll und indiziert. Das Projekt ist als freiwillige Maßnahme mit vertraglichen Bedingungen zu sehen und sollte immer den vorgenommenen Grundsatz der Hilfe zur Selbsthilfe verfolgen, um die Verantwortung beim Klienten zu belassen.

Zu dieser Verantwortung gehört dann ebenso, Vereinbarungen einzuhalten und mögliche Konsequenzen zu tragen (z. B. Entlassung bei häufigem Fehlen). Das regelmäßige Erscheinen in Gruppensitzungen bzw. das rechtzeitige Absagen stellt keine Besonderheit dar, jedes Mitglied in einem Verein hat ähnliche Bedingungen zu erfüllen. Eher fördern die vertraglichen Bedingungen das Verantwortungsbewusstsein und trainieren Eigenschaften wie Zuverlässigkeit und Durchhaltevermögen, die im sozialen Umfeld von Bedeutung sind. Der Klient entscheidet sich freiwillig, die Kontrollen in Anspruch zu nehmen, sieht sie also als einen wichtigen Faktor für die Genesung.

Auch die **Einbindung des Arbeitgebers** ist nicht nur im Falle von BISS gegeben. Eine Wiedereingliederung bei neurologischen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen kann zu meist nicht ohne die Kooperation und Beteiligung des Arbeitgebers erfolgen (Kreutzer, Demm & Tylor, 2010). Auch in diesen Fällen wird so für ein gewisses Maß an Schutz gesorgt (behindertengerechter Arbeitsplatz, stufenweise Wiedereingliederung etc.). Die Problematik

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

von Suchtpatienten ist nach der Rehabilitation wohl weniger sichtbar, die Integrationsunterstützung dadurch aber nicht weniger notwendig. Probleme tauchen hier oft schleichend auf oder entwickeln sich erst später im Verlauf. Vorurteile oder Ängste neuer Arbeitgeber können bereits zu Beginn eine Integration verhindern oder erschweren. Der Eintritt in eine neue Arbeit ist bei Suchtpatienten aufgrund der hohen Arbeitslosenzahlen von besonderer Bedeutung. Ohne das Projekt würden ehemalige Rehabilitanden wohl eher dazu tendieren, die Erkrankung vor dem Arbeitgeber zu verheimlichen. Dadurch würde die durch das Projekt angestrebte Schutzfunktion durch die Einbindung des Arbeitgebers entfallen. In Anlehnung an die bereits vollzogene Entwicklung in anderen Bereichen ist das Projekt also eine logische Konsequenz für den Suchtbereich.

Das Projekt bietet Gestaltungsfreiraum für die individuelle Teilnahme. Neben gewissen Rahmenbedingungen zur Gruppenteilnahme und den Kontrollen sind die Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Inhalte dem Teilnehmer frei überlassen. Diese richten sich ausschließlich nach dem individuellen Unterstützungsbedarf. Das Eingehen gewisser Verpflichtungen fördert die Compliance und kann somit als positiv gesehen werden. Die Rahmenbedingungen (Kontrolle und Kontakt zum Arbeitgeber) stellen entscheidende Elemente dar und sollten somit als beibehalten werden.

Da jedoch mit Motivationsverlusten (insbesondere bei Rückfälligkeit) und konsequenterweise erfolgenden Austritten bzw. Entlassungen gerechnet werden muss (wie sich dies auch in der Prozessanalyse zeigte), ist zu überlegen, inwiefern ein Konzept zur Motivation erarbeitet werden sollte. Eine Ambivalenz bezüglich der Suchtbehandlung und anschließend auch der Aufrechterhaltung der Abstinenz Teil der Erkrankung gesehen werden (Körkel & Veltrup, 2003). Aufgrund des Einflusses motivationaler Faktoren auf den Behandlungserfolg (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000) sollte abgewogen werden, wie viel Eigenmotivation vorhanden sein muss, wieviel internale und externale Motivation aufgebaut werden kann und wann ein Austritt aber auch akzeptiert bzw. eine Entlassung umgesetzt werden sollte.

Insgesamt konnte eine gute Haltequote erreicht werden. Hierzu tragen verschiedene Dinge bei. Zum einen besteht ein gewisses Maß an Verantwortungsgefühl, sei es gegenüber dem Arbeitgeber, dem Projekt oder auch durch die Unterzeichnung des Vertrages. Der soziale Kontakt innerhalb des Projekts wird als positiv beschrieben, Unterstützung ist im Notfall geboten und für Personen ohne spezifisches Anliegen bedeutet das Projekt wenig Aufwand.

Neben den auch kritischen Beurteilungen scheint insgesamt Zufriedenheit mit der Maßnahme vorzuherrschen, insbesondere dann, wenn diese benötigt wurde. Die Inanspruchnahme der Angebote bei Krisen und die Gruppenteilnahme sprechen für die Akzeptanz der Maßnahme bei den Interviewten und zeigen, dass der antizipierte Bedarf, in unterschiedlichster individueller Ausprägung, auch tatsächlich vorhanden ist.

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

#### *Effekte*

Da bei den Beendern der Interventions- und der Vergleichsgruppe ein großer Anteil an Berufstätigen vorzufinden war, stellte der Suchtmittelkonsum den wichtigsten unterscheidenden Faktor im **Gruppenvergleich** dar. Der Gruppenunterschied, aus dem sich Hinweise auf die Wirkung von BISS ableiten lassen, zeigte sich also vor allem bzgl. des Konsums von Suchtmitteln. Bei den Beendern der Interventionsgruppe kam es deutlich seltener zum Konsum. Alle Teilnehmer der Interventionsgruppe waren beim dritten Erhebungszeitpunkt nach einem Jahr weiterhin – bzw. nach Rückfälligkeit wieder – abstinent von Alkohol, abhängigkeits erzeugenden Medikamenten und Drogen. Zur Abschätzung der Rückfälligkeit in der Gesamtstichprobe wurden verschiedene Berechnungsmethoden ausgewählt, die zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe zwar nicht direkt vergleichbar sind, bei denen jedoch deutlich wurde, dass es während der BISS-Teilnahme seltener zum Konsum kommt. Die Verteilung der wahrgenommenen begleitenden Unterstützungsangebote zeigt, dass ein großer Teil beider Gruppen (ca. 40 %) keine langfristige Nachsorge in Anspruch nimmt. Dies zeigt zum einen, dass BISS keine Verringerung der Inanspruchnahme des üblichen Nachsorgeangebotes zur Folge hat, zum anderen zeigt es aber auch, dass durch BISS normalerweise nicht versorgte Personen weiter begleitet werden.

Andauernder Konsum kann sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken, auch wenn „nur“ Alkohol konsumiert wird, da Alkoholabstinenz als Prädiktor für weiterführenden Konsum nach einer Behandlung von Opiatabhängigkeit gesehen wird (Brewer et al., 1998). Die vollständige Abstinenz (also auch von Alkohol) ist Teil der Behandlungsstrategie aller an der Evaluation beteiligten Einrichtungen. Zudem ist die Verlängerung bzw. Stabilisierung von Abstinenzphasen ein wesentliches Ziel im Suchtbereich (Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012), was für das Teilnahmejahr erreicht werden konnte. Aufgrund dessen ist die Situation der langfristigen BISS-Teilnehmer als stabiler und deren Entwicklung bezogen auf die Suchtrehabilitation als positiver zu beurteilen. Die Aufrechterhaltung der Totalabstinenz wird durch die Teilnahme am Projekt BISS mit seinen Bedingungen gefördert. Für die Zeit der Teilnahme wird die Totalabstinenz vom gesamten Umfeld (Arbeitgeber, Durchführende, andere Teilnehmer) gefordert. Selbstverständlich trifft das nur für Personen zu, die sich für die Teilnahme entscheiden. Wer sich dagegen entscheidet, begibt sich in weniger förderliche Bedingungen, die dem bisherigen Zustand nach einer Rehabilitationsbehandlung entsprechen. Dass unter den üblichen Bedingungen häufiger konsumiert wird, wird durch die Ergebnisse im Gruppenvergleich bestätigt. BISS bietet also für diejenigen, die es wünschen, einen abstinentförderlichen Rahmen, indem es Teilnehmer in ihrer Entscheidung, abstinent zu leben unterstützt, stärkt oder ggf. auch wieder dahin zurückholt. Klienten ohne spezifische Bedürfnisse, die das Projekt wenig in Anspruch nehmen, profitieren dadurch trotz allem in der Hinsicht, dass sie clean bleiben „müssen“, um weiter am Projekt teilnehmen zu dürfen.

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

Alle BISS-Teilnehmer, die langfristig am Projekt teilnehmen, sind beruflich integriert. In der Vergleichsgruppe kann aufgrund von Selektionseffekten bei der langfristigen Studienteilnahme von einer insgesamt geringeren Integrationsrate ausgegangen werden, als sich diese bei den Beendern zeigt. Zu Vermuten ist, dass vor allem Personen, die sich in einer stabilen Lebenssituation befinden erreichbar sind und an der Fragebogenerhebung teilnehmen. Auch bei Abbrechern der BISS-Maßnahme kann eine geringere Integrationsrate angenommen werden, da Interaktionseffekte zu beobachten waren, z. B. in dem Sinne, dass abgelehnte Rückfallaufarbeitung zu Arbeitsplatzverlust und auch zur Entlassung aus BISS führte oder dass Personen mit unsicheren Arbeitsverhältnissen (Zeitarbeit) das Projekt verließen.

Separat betrachtet zeigt sich in der Interventionsgruppe eine erfolgreiche Integration in Arbeit. Viele Teilnehmer befinden sich in Ausbildungsverhältnissen und haben ihre BISS-Teilnahme aus diesem Grund auch über das erste Teilnahmejahr hinaus verlängert. Die Arbeitgeber waren in fast allen Fällen zu einer Teilnahme am Projekt BISS bereit. Es gab auch Fälle, in denen Teilnehmer aufgrund der Sicherheit durch BISS überhaupt erst eingestellt wurden. Wer dauerhaft in BISS blieb, war beruflich integriert.

Auf der Datenebene finden sich bei Maßnahmenbeendern (Teilnahme mind. ein Jahr) und -abbrechern Unterschiedstendenzen in der aktuellen Arbeitstätigkeit, den Schulabschlüssen und der Abstinenzzuversicht. Jedoch hatten bei den Abbrechern tendenziell mehr Personen bereits einen Berufsabschluss. Ansonsten unterschieden sie sich auf keiner der betrachteten Variablen deutlich. Anzunehmen wäre daher, dass gefährdete Rehabilitanden im Anschluss an ihre Behandlung nicht eindeutig bestimmt werden können, also auch scheinbar unauffällige Personen einen negativen Verlauf haben können. Auch Henkel, Dornbusch & Zemlin (2005) konnten in einer Untersuchung zur Alkoholrückfälligkeit bei arbeitstätigen Rehabilitanden kein stabiles Prädiktormodell erstellen, bei Arbeitslosen fanden sie hingegen einige Prädiktoren. Arbeitslose kommen aufgrund der Arbeitssituation jedoch bereits für das Projekt in Frage, unabhängig von weiteren Prädiktoren. Dies unterstützt die Aussage der Stakeholder, dass prinzipiell für alle Abgänger einer Drogenrehabilitation eine Teilnahmeindikation für das Projekt BISS besteht. Bei Arbeitslosen aufgrund der Arbeitssituation, bei Arbeitstätigen, da aufgrund fehlender Prädiktoren nicht zu bestimmen ist, wer auch ohne weitere Unterstützung zurecht käme. Auch für Alkoholabhängige ist eine allgemeine Indikation anzunehmen, da Alkoholrückfälle in unterschiedlicher Form auftreten (Altmannsberger & Jatzlau, 2004), also auch schleichend beginnen können, und gerade dann die Aufmerksamkeit des Arbeitgebers hilfreich sein könnte. Dies wäre beim zukünftig angestrebten Klientel der Alkoholrehabilitanden zu prüfen. Scheinbar kommt BISS auch besonders für die Personen in Frage, die einen Berufsabschluss erlangen möchten und durch die langfristige Begleitung besser in Ausbildungsverhältnisse vermittelt und dort gehalten werden können.

Ob das Projekt BISS bei Rückfälligkeit Wirkung zeigt, ist nicht abschließend zu beantworten. Die Daten können sich nur auf eine geringe Anzahl von Rückfälligen stützen, bei denen jeweils eine individuelle Intervention stattgefunden hat, die sich in ihrem Erfolg unterscheidet.

## Diskussion

### 6.4 - Diskussion der Ergebnisse

Positiv ist jedoch zu bemerken, dass Interventionen stattgefunden haben, also alle Rückfälligen ein Hilfsangebot erhalten haben.

Grundsätzlich ist bei der Teilnahme an BISS zu diskutieren, was als Erfolg in der Rückfallbearbeitung zu betrachten ist: Ist bereits die Registrierung eines Rückfalls, also der Umstand, dass ein Klient angebunden ist und nicht unbemerkt „abstürzt“, ein Erfolg? Oder ist es das frühzeitige Erkennen des Rückfalls und das Angebot der Rückfallaufarbeitung? Ist erst das angenommene Angebot der Aufarbeitung ein Erfolg oder muss die Auffangbehandlung erfolgreich abgeschlossen werden oder liegt dies bereits außerhalb der Verantwortlichkeit von BISS? Ist ein Erfolg bereits die Bereitschaft des Arbeitgebers, den Klienten nach einer Auffangbehandlung weiter zu beschäftigen? Oder ist der Erfolg erst an dem Punkt anzusiedeln, an dem der Klient wirklich an den Arbeitsplatz zurückkehrt und dieser tatsächlich erhalten werden konnte? Möglicherweise ist auch als Erfolg anzusehen, dass der Arbeitgeber einen Rückfall nachbesprechen kann und negative Gefühle gemildert werden können? Oder ist bereits ein einziger durch BISS aufgefangener Rückfall ein Erfolg oder muss ein bestimmter Prozentsatz erreicht werden?

#### ***Aufwand und Kosten***

Der **Aufwand** durch erbrachte Leistungen ist nicht proportional zur Dauer der Teilnahme. Dies bestätigt den individuellen Bedarf an Unterstützung. Die Flexibilität des Projekts sollte also beibehalten werden, um dem Einzelnen gerecht zu werden. Bzgl. der Vorschläge zur Standardisierung einzelner Maßnahmen sollte von den Durchführenden abgewogen werden, ob diese von Nutzen sind (z. B. zur Ressourcenersparnis) oder die Flexibilität zu stark einschränken. Von evaluativer Seite können aufgrund von Dokumentationslücken und der häufigen Verwendung von Ressourcen aus anderen Bereichen keine verlässlichen Aussagen zu tatsächlich entstandenen **Kosten** der Maßnahme gemacht werden.

Aus der Sicht des Integrationszentrums war die **Finanzierung** des Modells nach Aussagen der Durchführenden nicht kostendeckend und die zur Verfügung stehenden Ressourcen reichten nicht aus, um die Maßnahme manualgetreu umzusetzen. Kostenträger sollten prüfen, ob sie die Maßnahme wie im Manual beschrieben ermöglichen können. Das würde aufgrund der bisher nicht wirksam gewordenen Projektelemente (regelmäßige Kontrollen und Arbeitgebergespräche) vermutlich zu einer Erhöhung der Wirksamkeit führen.

Im Rahmen der Leistungsdokumentation wurden vielfältige Leistungsarten verwendet, die den Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen zuzuordnen sind. Auch in der Programmkonzeption wird das fachübergreifende Angebot deutlich. Durch die Aufteilung der zur Verfügung stehenden Stelle und den Einbezug des Arbeitstherapeuten war im Projekt BISS eine multidisziplinäre Versorgung gewährleistet.

## 6.5 Weiterführung und Übertragung des Projekts BISS sowie Implikationen für die weitere Forschung

Die Darstellungen in dieser Arbeit zeigen, dass eine Weiterführung des Projektes BISS zu empfehlen ist, wobei nachstehende Hinweise Beachtung finden sollten.

Die vornehmlich positiven Beurteilungen des Projekts durch die Stakeholder und deren Einschätzung eines vorhandenen Bedarfs können als Anhaltspunkt dafür genutzt werden, dass Einrichtungen im Bereich der Suchtrehabilitation daran interessiert sind und auch bereit wären, ein solches Projekt zu **implementieren**. Das Projekt hat einen hohen Anreizcharakter, was durch die Darbietung des Manuals verstärkt wird und eine Implementierung erleichtern würde.

Bei der **Projektumsetzung** gab es im Projektverlauf Veränderungen, die sich aus der Praxis heraus ergaben. Das Projekt sollte anhand der gesammelten Erkenntnisse an manchen Stellen überarbeitet oder konkretisiert werden. Zudem sollten alle Maßnahmen wie in der Konzeption vorgesehen umgesetzt werden, um die Wirksamkeit des Projektes zu erhöhen. Hierfür scheint eine Erhöhung der Ressourcen notwendig zu sein. Auch sind Dokumentationsstandards zu entwickeln, die der Qualitätssicherung, aber auch der Aufwandsbeurteilung dienen. Dies sollte vor einer Ausweitung erfolgen, um eine möglichst vergleichbare Durchführung zu garantieren und dadurch eine Basis für die Beantwortung neuer oder momentan nicht beantwortbarer Fragestellungen zu ermöglichen.

Die **Integration des Projekts in vorhandene Strukturen** hat sich bewährt. Bestehende Kooperationen mit Arbeitgebern konnten genutzt werden. Die Integration in das bestehende Zentrum ermöglichte auch eine gegenseitige Absprache bzgl. der Nutzung und Pflege von Arbeitgeberkontakten. Durch die Kombination konnten Leistungen geteilt bzw. im Bedarfsfall Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Ein weiterer Vorteil war die bereits bestehende Beziehung zu den internen Klienten. Die Anbindung an vorhandene Strukturen hat offenbar bisher nur Vorteile, auch wenn noch kleinere Reibungspunkte (wo werden Leistungen dokumentiert, Zuordnung der Zuständigkeiten, Umgang mit Rückfall im Betreuten Wohnen) aufgetreten sind. Ob das Projekt ohne diese zusätzlichen Ressourcen umzusetzen gewesen wäre, ist fraglich, weshalb eine solche Art der Einbindung in bestehende Strukturen empfohlen wird. Die Schnittstelle von der Rehabilitation in die Nachsorge ist durch die gemeinsame Struktur und die bereits bestehende therapeutische Beziehung zu den Durchführenden auf ein Minimum reduziert.

Es könnten Konzepte für externe Klienten notwendig werden, wenn sich Schnittstellenschwierigkeiten zeigen oder sich eine fehlende Beziehung als Nachteil erweisen würde. Dann müsste der Einstieg in das Projekt für Externe erleichtert und der Beziehungsaufbau gefördert werden.

## Diskussion

### 6.5 - Weiterführung und Übertragung des Projekts BISS sowie Implikationen für die weitere Forschung

Ebenso sollten Rehabilitanden des Integrationszentrums, die sich an einem anderen Ort niederlassen möchten, ähnliche Strukturen zur Verfügung stehen, an welche sie angegliedert werden können. Gäbe es das Projekt mit einem ähnlichen Aufbau, einem ähnlichen Konzept und Auftritt (z. B. Onlineauftritt) an mehreren, mit dem Integrationszentrum vergleichbaren Einrichtungen, wäre eine Anbindung bereits während der Adaption inklusive der Einbindung des zukünftigen Arbeitgebers von Vorteil, wie dies auch in Lahr praktiziert wurde. Die Darstellung verschiedener **BISS-Projekte als eine Einheit** über verschiedene Standorte hinweg könnte die Schnittstelle reduzieren. Lediglich ein erstes Kennenlernen, wie dies bei der Anbindung an Beratungsstellen praktiziert wird, scheint nicht den gewünschten Erfolg bei der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten zu haben.

Eine langfristige Etablierung könnte zu einem Aufbau weiterer wichtiger **Kooperationen** führen (z. B. mit dem Arbeitsamt, mit Arbeitgebern). Vonseiten der befragten Stakeholder ist ein Interesse hierfür vorhanden, dies müsste jedoch aktiv angegangen und gestaltet werden. Als wünschenswert stellte sich hierbei die Einführung gewisser Regelmäßigkeiten oder Vereinbarungen heraus. Bisher war die Zusammenarbeit lediglich aus Einzelfällen gewachsen, sie könnte jedoch zukünftig von etablierten Kooperationsstrukturen profitieren. Hierdurch wäre das Projekt in den Köpfen präsenter und im Bedarfsfall müsste die Zusammenarbeit nur noch angepasst, jedoch nicht mehr von Grund auf gestaltet werden.

In der Kooperation mit Beratungsstellen sollte der unterschiedliche Ansatz bzgl. des Suchtmittelkonsums diskutiert werden, um eine gemeinsame Linie der Zusammenarbeit zu finden, wenn Klienten an beiden Stellen angebinden sind. Der Umgang mit und der Austausch über Rückfälle sollte für alle transparent sein und konsequent verfolgt werden. Diese Frage stellt sich auch in der Kooperation mit dem Betreuten Wohnen. Dort bedeutet Rückfall eigentlich Entlassung, im Projekt BISS mit teilweise denselben Mitarbeitern wird die Chance der Aufarbeitung ermöglicht. Auch hier sollte eine klare Vorgehensweise erarbeitet werden.

Ein dauerhaftes, möglicherweise multizentrisches Angebot des Projekts BISS könnte für bereits ausgetretene Klienten ein **Auffangnetz** für „Notfallsituationen“ darstellen. Ressourcen für solche Fälle könnten eine kurzfristige Unterstützung ermöglichen bzw. eine Vermittlungshilfe in entsprechende Stellen für Ehemalige darstellen und dadurch noch über die aktive BISS-Teilnahme hinaus eine langfristige Stabilisierung unterstützen.

In der Evaluation dieses Projektes konnte die Wirksamkeit bezüglich der Stabilisierung der beruflichen Integration und des Konsumverhaltens gezeigt werden. In der **zukünftigen Forschung** sollte die Wirksamkeit bei größeren Stichproben gezeigt werden. Zu untersuchen wäre weiterhin eine mögliche Wirksamkeitssteigerung bei der adäquaten Umsetzung des Projektes durch die Erhöhung der Ressourcen, insbesondere in Bezug auf die regelmäßigen Suchtmittelkontrollen und Arbeitgebergespräche bzw. Arbeitsplatzbesuche. Zu betrachten wären zudem Stichproben, bei denen keine bestehende Therapiebeziehung zu den Durchführenden vorhanden ist sowie die Gruppe der Alkoholabhängigen. Dabei wäre auch die

## **Diskussion**

### **6.5 - Weiterführung und Übertragung des Projekts BISS sowie Implikationen für die weitere Forschung**

Indikation der Projektteilnahme für Alkoholabhängige bzw. notwendige Anpassungen im Projekt zu prüfen. Hierfür wäre im Bereich der Diagnostik die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der besonderen beruflichen Problemlagen, welches spezifisch auf den Bereich der Suchtmittelabhängigen zugeschnitten ist, wünschenswert.

Ein weiteres interessantes Forschungsfeld bezieht sich auf die vertragliche Beteiligung der Arbeitgeber. Die Ermittlung von Einflussfaktoren auf den Erfolg der Zusammenarbeit kann zur Verbesserung der Arbeitgeberereinbindung beitragen und möglicherweise die Stabilität der beruflichen Integration weiter fördern.

## 7 Literaturverzeichnis

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57–62). Stuttgart: Thieme.
- AHG Kliniken Daun. *Basisdokumentation Sucht*. Daun: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Altmannsberger, W. & Jatzlau, N. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual* (Therapeutische Praxis). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders* (2. Aufl.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andlin-Sobocki, P. & Rehm, J. (2005). Cost of addiction in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Supplement 1), 28–33.
- Andlin-Sobocki, P. (2004). Economic evidence in addiction: a review. *The European Journal of Health Economics*, 5 (Supplement 1), s5–s12.
- Andreas, S., Brütt, A. L., Harries-Hedder, K., Schwenk, W., Rabung, S. & Schulz, H. (2011). Merkmale von funktionalen, sozialen und umweltbezogenen Bereichen im Sinne der ICF bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie*, 12 (01), 35–41.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54 (7), 502–509.
- Aßfalg, R. (1997). Entwicklung und Perspektiven der stationären Suchtkrankenhilfe. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte - Strukturen - Perspektiven* (S. 162–173). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ates, T., Langer, B., Erbas, B., Tretter, F. & Wehner, B. (2005). Evaluierung von Arbeitsprojekten bei Drogenabhängigen im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse. *Das Gesundheitswesen*, 67 (2), 159–162.
- Bachmann, M. & El-Akhras, A. (2009). *Lust auf Abstinenz. Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit*. Heidelberg: Springer.
- Bader, T. & Heise, C. (2000). Behandlungsangebote für Suchtkranke im Verbundsystem der Suchthilfe: Rehabilitative Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 161–180). Stuttgart: Thieme.
- Bader, T., Bürkle, S., Gaßmann, R., Hüllinghorst, R., Kemper, U., Koch, A. et al. (2008). *Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes. Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Bahemann, A., Koch, A., Zemlin, U. & Weissinger, V. (2012). Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. *Sucht*, 58 (3), 207–209.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H. & Fernández (Hrsg.). (2011). *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach* (3. Aufl.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.). (2011). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme.
- Baumberg, B. (2006). The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug and Alcohol Review*, 25 (6), 537–551.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (7), 537–546.
- Baumgärtner, E., Jülich, G. & Zemlin, U. (2000). Psychologischer Konsiliardienst für arbeitslose Menschen mit Suchtmittelproblemen. Ein innovatives Kooperationsprojekt zwischen der Fachklinik Wilhelmsheim und dem Arbeitsamt Waiblingen. *Sucht Aktuell* (2), 56–58.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Becker, D. R. & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30 (2), 193–206.
- Blanco, C., Alderson, D., Ogburn, E., Grant, B. F., Nunes, E. V., Hatzenbuehler, M. L. et al. (2007). Changes in the prevalence of non-medical prescription drug use and drug use disorders in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 90 (2-3), 252–260.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18 (1), 27–34.
- Blankertz, L., Magura, S., Madison, E. & Spinelli, M. (2003). *Comprehensive Employment Supports (CES) Training Manual (V. 4.2)*. New York: National Development and Research Institutes, Inc.
- Blankertz, L., Staines, G. L., Magura, S., Madison, E., Horowitz, E., Spinelli, M. et al. (2003). The Customized Employment Supports (CES) model of vocational rehabilitation for methadone treatment patients. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 19, 143–155.
- Blumenthal, W. & Schliehe, F. (Hrsg.). (2009). *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.* Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.
- Boden, J. M. & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106 (5), 906–914.
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65 (7), 438–445.
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., Schneider, U. & Tossmann, P. (2004). AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. *Fortschritte der Neurologie • Psychiatrie*, 72 (6), 318–329.
- Borack, J. I. (1998). An estimate of the impact of drug testing on the deterrence of drug use. *Military Psychology*, 10 (1), 17–25.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (Springer-Lehrbuch 7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Boschen, K. A. (1984). Issues in evaluating vocational rehabilitation programs. *Rehabilitation Psychology*, 29 (1), 37–48.
- Bottlender, M., Köhler, J. & Soyka, M. (2006). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschritte der Neurologie • Psychiatrie*, 74 (1), 19–31.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R. & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93 (1), 73–92.
- British Society of Rehabilitation Medicine. (2001). *Vocational Rehabilitation - the way forward*. London: British Society of Rehabilitation Medicine.
- Bühl, A. (2012). *SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse* (13., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bühringer, G. & Metz, K. (2005). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 2, 2. Aufl., S. 345–347). Berlin: Springer.
- Bühringer, G. (2005). Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. Aufl., S. 782–807). Bern: Huber.
- Bühringer, G., Gossop, M., Türk, D., Wanigaratne, S. & Kaplan, C. (2001). European perspectives on relapse and relapse prevention. In F. M. Tims, C. G. Leukefeld & J. J. Platt (Hrsg.), *Relapse and recovery in addictions* (S. 60–106). New Haven: Yale University Press.
- Bundesagentur für Arbeit. *Arbeitsmarkt 2009. Arbeitsmarktanalyse für Deutschland, West- und Ostdeutschland* (Arbeitsmarktanalyse für Deutschland, West- und Ostdeutschland, 58, Sondernummer 2, ).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2001). Die Zukunft der Rehabilitation - Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ab 2001. *Rehabilitation* (40), 180–190.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Bd. 12, ). Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48 (04), 211–221.
- Bürger, W. (2006). Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In W. Müller-Fahrnow (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizi-*

## 7 - Literaturverzeichnis

- nisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse (S. 47–55). Lengerich: Pabst.
- Bürger, W., Deck R., Raspe, H. & Koch, U. (2007). *SIBAR - Screening Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation. Entwicklung und Implementierungsmöglichkeiten eines generischen Screening-Instrumentes zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfes an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen*. Würzburg: Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843–861.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C.-Y., Schultz, A. B. & Edington, D. W. (1999). The role of health risk factors and disease on worker productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41 (10), 863–877.
- Büscher, G. & Gerber, A. (2008). Gesundheitsökonomische Evaluationen als Ansatz zur Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen. In K. W. Lauterbach (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und evidence-based medicine. Eine systematische Einführung* (3. Aufl., S. 63–81). Stuttgart: Schattauer.
- Buschmann-Steinhage, R. & Zollmann, P. (2008). Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. *Suchttherapie*, 9 (2), 63–69.
- Buschmann-Steinhage, R. (2006). Die beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Ein Überblick. In R. Deck & N. Glaser-Möller (Hrsg.), *Berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland* (S. 23–34). Lage: Jacobs-Verlag.
- Carpenter, C. S. (2007). Workplace drug testing and worker drug use. *Health Services Research*, 42 (2), 795–810.
- Chamberlain, M. A., Fialka Moser, V., Schüldt Ekholm, K., O'Connor, R. J., Herceg, M. & Ekholm, J. (2009). Vocational rehabilitation: an educational review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41 (11), 856–869.
- Christiansen, G. (1999). *Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Eine Expertise* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 8, ). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Colliver, J. D., Kroutil, L. A., Dai, L. & Gfroerer, J. C. (2006). *Misuse of prescription drugs: Data from the 2002, 2003, and 2004 National Surveys on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64 (5), 566–576.
- Conner, K. R., Piquart, M. & Gamble, S. A. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37 (2), 127–137.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Cook, T. D. & Matt, G. E. (1990). Theorien der Programmevaluation - Ein kurzer Abriß. In U. Koch & W. W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen* (S. 15–38). Berlin: Springer.
- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. & Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80 (3), 313–319.
- Cornwell, K., Forbes, C., Inder, B. & Meadows, G. (2009). Mental illness and its effects on labour market outcomes. *The journal of mental health policy and economics*, 12 (3), 107–118.
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27 (3), 253–262.
- Datta, L.-e. (1997). Multimethod Evaluations. Using case studies together with other methods. In E. Chelmsky & W. R. Shadish (Hrsg.), *Evaluation for the 21st century. A Handbook* (S. 344–359). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- DeFulio, A., Donlin, W. D., Wong, C. J. & Silverman, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: A randomized controlled trial. *Addiction*, 104 (9), 1530–1538.
- Degenhardt, L. & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379 (9810), 55–70.
- Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.). (1996). *Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI) 18*. Minneapolis: Pearson.
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2004). *Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation*. Verfügbar unter <http://www.degeval.de/publikationen/selbstevaluation>
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008). *Standards für Evaluation* (4. Aufl.). Verfügbar unter <http://www.alt.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=24065>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47 (Sonderheft 2).
- Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung. (2008). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008*. Verfügbar unter [http://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept\\_ambulante\\_reha\\_sucht\\_12\\_2008.pdf](http://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept_ambulante_reha_sucht_12_2008.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung. (2012). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012*. Verfügbar unter [http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000000/html/start/karten/aloq\\_kreis\\_jahr.html](http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000000/html/start/karten/aloq_kreis_jahr.html)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2010a). *19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung vom 8.-10.3.2010 in Leipzig* (DRV-Schriften, Bd. 88, ). Berlin: DRV-Bund.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Westfalen & Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. (2008). *Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“*. Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. Verfügbar unter <http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/221904/publicationFile/7644/Betsi-Rahmenkonzept.pdf>
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2005). *Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund*. Berlin: DRV-Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2007). *Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*. Berlin: DRV-Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2008). *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung*. Verfügbar unter [http://www.deutscherentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35358/publicationFile/2264/rahmenkonzept\\_nachsorge.pdf](http://www.deutscherentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35358/publicationFile/2264/rahmenkonzept_nachsorge.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2009). *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin: DRV-Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2010b). *Positionspapier Rehabilitation 2010*. Verfügbar unter [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206988/publicationFile/2266/Positionspapier\\_Reha\\_2010.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206988/publicationFile/2266/Positionspapier_Reha_2010.pdf)
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2010c). *Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin: DRV-Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). *Rentenversicherung in Zeitreihen (DRV-Schriften, Bd. 22, )*. Berlin: DRV-Bund.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Drake, R. E., Bond, G. R. & Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support. An evidence-based approach to supported employment*. New York: Oxford University Press.
- Drummond, D. C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *Addiction*, 85 (3), 357–366.
- Du Prel, J.-B., Hommel, G., Röhrig, B. & Blettner, M. (2009). Konfidenzintervall oder p-Wert? *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (19), 335–339.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165 (2), 179–187.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. et al. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal*, 324 (7347), 1183.
- Eggerer, R. (2009). Strukturen und Prozesse in der beruflichen Rehabilitation. In W. Blumenthal & F. Schliehe (Hrsg.), *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.* (S. 265–272). Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.
- Egner, U., Spyra, K. & Vorsatz, N. (2009). Suchtbehandlung passgenau! - Anforderungen und Entwicklungspotenziale aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Sucht Aktuell* (2), 21–25.
- Ehrman, R. N., Robbins, S. J. & Cornish, J. W. (1997). Comparing self-reported cocaine use with repeated urine tests in outpatient cocaine abusers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5 (2), 150–156.
- Elliott, T. R. & Leung, P. (2005). Vocational Rehabilitation: history and practice. In B. W. Walsh & M. L. Savickas (Hrsg.), *Handbook of vocational psychology: Theory, research, and practice. Contemporary topics in vocational psychology* (3. Aufl., S. 319–343). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2007). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use. A manual for researchers and professionals*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2011). *Jahresbericht 2011. Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- fachverband drogen und rauschmittel e.V. (2006). *Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen an der Schnittstelle von medizinischer Rehabilitation in einer Fachklinik und Eingliederungshilfe in Sozialtherapeutischen Wohnheimen. Fachbeitrag*. Verfügbar unter [http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/fachbeitrag\\_reha\\_knobloch.pdf](http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/fachbeitrag_reha_knobloch.pdf)
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.). (1996). *Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Beiträge des 8. Heidelberger Kongresses 1995* (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, Band 17). Geesthacht: Neuland.
- Faller, H. (2004). Signifikanz, Effektstärke und Konfidenzintervall. *Rehabilitation*, 43 (3), 174–178.
- Faßmann, H. (1997). Probleme der beruflichen Wiedereingliederung von Suchtkranken. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 30 (2), 491–501.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie* (4. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.
- Fischer, M., Garbe, D., Weissinger, V., Missel, P., Bange, S., Stehr, M. et al. (2012). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht Aktuell*, 3, 42–45.
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A. & Scott, C. K. (2007). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Dro-

## 7 - Literaturverzeichnis

- genkatamnese) - Teil 2: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. *Sucht Aktuell* (2), 37–46.
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A. et al. (2007). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) - Teil 1: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. *Sucht Aktuell* (1), 41–47.
- Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R. & Worthen, B. R. (2012). *Program evaluation. Alternative approaches and practical guidelines* (international edition, 4. Aufl.). Upper Saddle River: Pearson Education.
- Flick, U. (2010). Triangulation. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 278–289). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Foote, A. & Erfurt, J. C. (1991). Effects of EAP follow-up on prevention of relapse among substance abuse clients. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (3), 241–248.
- Foote, A., Googins, B., Moriarty, M. & Sandonato, C. (1994). Implementing long-term EAP follow-up with clients and family members to help prevent relapse—with implications for primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 15 (2), 173–191.
- Forcehimes, A. A., Tonigan, J. S., Miller, W. R., Kenna, G. A. & Baer, J. S. (2007). Psychometrics of the Drinker Inventory of Consequences (DrInC). *Addictive Behaviors*, 32 (8), 1699–1704.
- Frank, A. O. & Sawney, P. (2003). Vocational Rehabilitation. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 522–523.
- Franke, G. H., Jäger, S., Morfeld, M., Salewski, C., Reimer, J., Rensing, A. et al. (2010). Eignet sich das BSI-18 zur Erfassung der psychischen Belastung von nierentransplantierten Patienten? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 19 (1), 30–37.
- French, M. T., Roebuck, M. C. & Alexandre, P. K. (2001). Illicit drug use, employment, and labor force participation. *Southern Economic Journal*, 68 (2), 349–368.
- French, M. T., Roebuck, M. C. & Alexandre, P. K. (2004). To test or not to test: Do workplace drug testing programs discourage employee drug use? *Social Science Research*, 33 (1), 45–63.
- Frietsch, R., Hartmann-Graham, U., Holbach, D. & Krauß, K. (2008). *jobwärts Leitfaden zur beruflichen und sozialen Integration suchtmittelabhängiger Menschen*. Koblenz: Institut für Weiterbildung und angewandte Forschung.
- Frietsch, R., Holbach, D. & Link, S. (2009). *Bundes- und Landesmodellprojekt FAIRE. Fragen und Antworten zur Suchtproblematik im Rahmen der Arbeitsmarktintegration. Handlungsleitlinien des Schnittstellenmanagements*. Koblenz: Institut für Weiterbildung und Angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit.
- Früh, W. (2011). *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis* (7. Aufl.). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18 (1), 43–48.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Gärtner, F. R., Nieuwenhuijsen, K., van Dijk, F. J. & Sluiter, J. K. (2010). The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (8), 1047–1061.
- Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A. et al. (2006). AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 52 (1), 8–34.
- Glantz, M. D., Anthony, J. C., Berglund, P. A., Degenhardt, L., Dierker, L., Kalaydjian, A. et al. (2009). Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychological Medicine*, 39 (08), 1365–1377.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Graham, K., Bernards, S., Knibbe, R., Kairouz, S., Kuntsche, S., Wilsnack, S. C. et al. (2011). Alcohol-related negative consequences among drinkers around the world. *Addiction*, 106 (8), 1391–1405.
- Haaf, H.-G. & Schliehe, F. (2001). Wie wirksam ist die medizinische Rehabilitation? Literatürübersicht zu den häufigsten Krankheitsgruppen (Teil 2). *Wirtschaftspsychologie*, 3 (3), 168–177.
- Haasen, C., Toprak, M. A., Yagdiran, O. & Kleinemeier, E. (2001). Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Psychosocial Aspects of Addiction among Migrants. *Suchttherapie*, 2 (03), 161–166.
- Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*, 12 (1), 1–10.
- Hansmeier, T. & Schliehe, F. (2009). Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 34–49). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hansmeier, T., Müller-Fahrnow, W. & Spyra, K. (2000). Zur Frage der strukturellen und organisatorischen Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation - Eine versorgungsepidemiologische Problemanalyse. *Suchttherapie*, 1 (3), 143–154.
- Hasin, D. & Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (3), 165–171.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64 (7), 830–842.
- Havemann-Reinecke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N. & Vollmer, H. C. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. *Sucht*, 50 (4), 226–257.
- Heine, W. & Kirchberger, S. (2009). Strukturen und Prozesse in der medizinischen Rehabilitation. In W. Blumenthal & F. Schliehe (Hrsg.), *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.* (S. 253–264). Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6 (1), 17.
- Hendrich, Y. (2009). Die Rolle der DVfR in der Entwicklung der Rehabilitation. In W. Blumenthal & F. Schliehe (Hrsg.), *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.* (S. 31–108). Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., Pagels, N. & Wagner, A. (2010). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Suchttherapie*, 11 (1), 42–50.
- Henkel, D. (2006). Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts. In W. Müller-Fahrnow (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse* (S. 502–510). Lengerich: Pabst.
- Henkel, D. (2008a). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 10–69). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D. (2008b). Wie viele Suchtbehandelte sind arbeitslos, und welche Chancen haben sie, wieder Arbeit zu finden? Bundesweite empirische Daten zur beruflichen Integration vor und nach der Suchtbehandlung. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 163–188). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D., Dornbusch, P. & Zemlin, U. (2005). Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 6 (4), 165–175. Verfügbar unter <http://www.redi-bw.de/db/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdx&AN=0185197&site=ehost-live>
- Herman, J. L., Morris, L. L. & Fitz-Gibbon, C. T. (1987). *Evaluator's handbook*. Newbury Park, Calif: SAGE Publications.
- Hillert, A., Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2009). Ausblick. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 405–413). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hillert, A., Staedtke, D., Cuntz, U., Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R. et al. (2001). Bei welchen psychosomatischen Patienten sind berufsbezogene Therapiebausteine indiziert? Therapeutenentscheidung und operationalisierte Zuweisungskriterien im Vergleich. *Die Rehabilitation*, 40 (4), 200–207.
- Hilton, M. F., Scuffham, P. A., Sheridan, J., Cleary, C. M. & Whiteford, H. A. (2008). Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50 (11), 1228–1243.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Hilton, M. F., Scuffham, P. A., Sheridan, J., Cleary, C. M., Vecchio, N. & Whiteford, H. A. (2009). The association between mental disorders and productivity in treated and untreated employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51 (9), 996–1003.
- Hollederer, A. (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 35 (3), 411–428.
- Horch, K. & Bergmann, E. (2003). Berechnung der Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt*, 46 (8), 625–635.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (4), 597–611.
- Jin, R. L., Shah, C. P. & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153 (5), 529–540.
- Kainz, B., Glattacker, M., Jäckel, W. H., Wenzel, D., Schröder, A. & Hoffmann, S. (2010). *Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes "Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen" der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. im Rahmen des 23. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.v. am 15. Juni 2010.* Verfügbar unter [http://www.sucht.de/alt/kongress/pdf-dateien/2010/kainz\\_f1.pdf](http://www.sucht.de/alt/kongress/pdf-dateien/2010/kainz_f1.pdf)
- Kainz, B., Schröder, A., Glattacker, M., Wenzel, D., Hoffmann, S., Kulick, B. et al. (2011). Inanspruchnahme und Akzeptanz des Modells "Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen". *Sucht Aktuell*, 2, 40–46.
- Kandel, D. B. & Yamaguchi, K. (1987). Job mobility and drug use: an event history analysis. *American Journal of Sociology*, 92 (4), 836–878.
- Kathleen R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S. et al. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 893–907.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617–627.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*, 49 (9), 873–883.
- Kleinpeter, C. B., Brocato, J. & Koob, J. J. (2010). Does drug testing deter drug court participants from using drugs or alcohol? *Journal of Offender Rehabilitation*, 49 (6), 434–444.
- Klos, H. & Görgen, W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm.* Göttingen: Hogrefe.
- Klos, H. (2006). Rückfallprophylaxe in der Behandlung von Drogenabhängigen. *Sucht*, 52 (3), 210–214.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Kobelt, A., Virtus Grosch, E. & Gutenbrunner, C. (2006). Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56 (1), 15–22.
- Koch, U. (2000). Aktuelle Entwicklungen in der Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 1 (3), 107–109.
- Koch, U., Lehmann, C. & Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Rehabilitation*, 46 (3), 127–144.
- Köhler, J. (2009). Grundsätzliche Vorstellungen, Anforderungen und Erfahrungen bei der arbeitsbezogenen Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung. *Sucht Aktuell* (2), 39–42.
- Köhler, J., Grünbeck, P. & Soyka, M. (2007). Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit - Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. *Der Nervenarzt*, 78 (5), 536–546.
- König, O. (2012). Gruppendynamische Grundlagen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 21–36). Heidelberg: Springer.
- Konnopka, A. & König, H.-H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmaco Economics*, 25 (7), 605–618.
- Koob, G. & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24 (2), 97–129.
- Körkel, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger: ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In J. Körkel (Hrsg.), *Sucht und Rückfall - Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 158–185). Stuttgart: Enke.
- Körkel, J. & Schindler, C. (Hrsg.). (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.
- Körkel, J. & Schindler, C. (Version 4.00). Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38). In A. Glöckner-Rist & F. Rist (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Bonn: Gesis.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115–124.
- Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. *Abhängigkeiten*, 5 (1), 24–45.
- Körkel, J. (2001). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 519–547). Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J., Lauer, G. & Scheller, R. (Hrsg.). (1995). *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Enke.
- Kranzler, H. R. & Rosenthal, R. N. (2003). Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *The American Journal on Addictions*, 12 (Supplement 1), s26.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2004). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1).

## 7 - Literaturverzeichnis

- Krausz, M. (2004). Was, wie erreichen und warum? Welche Paradigmen steuern die Suchttherapie der Zukunft? *Suchttherapie*, 5, 16–20.
- Kreutzer, J. S., Demm, S. R. & Tylor, L. A. (2010). Beschäftigung und berufliche Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma. In P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.), *NeuroRehabilitation* (S. 459–473). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Kröger, C., Winter, H. & Shaw, R. (1998). *Handbuch für die Evaluation von Maßnahmen zur Suchtprävention: Ein Leitfaden für Projektplaner und Evaluationsforscher* (Endversion). München: Institut für Therapieforschung.
- Kuendig, H., Plant, M. L., Plant, M. A., Kuntsche, S., Miller, P. & Gmel, G. (2008). Beyond drinking: differential effects of demographic and socioeconomic factors on alcohol-related adverse consequences across european countries. *European addiction Research*, 14 (3), 150–160.
- Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 4 (2), 170–177.
- Kulick, B. (2009). Innovative Elemente der Entwöhnungsbehandlung. *Sucht Aktuell* (2), 5–11.
- Laubichler, W. & Kühberger, A. (2003). Persönlichkeitsstörung und Arbeits(un)fähigkeit. *Der medizinische Sachverständige*, 99 (6), 193–197.
- Lawental, E., McLellan, A. T., Grissom, G. R., Brill, P. & O'Brien, C. (1996). Coerced treatment for substance abuse problems detected through workplace urine surveillance: is it effective? *Journal of Substance Abuse*, 8 (1), 115–128.
- Leonhart, R. (2004a). Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation*, 43 (4), 241–246.
- Leonhart, R. (2004b). *Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung*. Bern: Huber.
- Lerner, D. & Henke, R. M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50 (4), 401–410.
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Berndt, E. R., Irish, J. T., Lapitsky, L. et al. (2004). The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (Supplement), s46-s55.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B. et al. (2000). Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46 (1), 18–31.
- Liebold, R. & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung* (S. 32–56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lindenmeyer, J. (2005). Rückfallprävention. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 2, 2. Aufl., S. 721–742). Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2009). Abhängigkeitserkrankungen - Alkoholismus. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 348–368). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Vogel, H., Wolf, H.-D. & Neuderth, S. (2012). *Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch* (3. erweiterte Auflage). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Wolf, H.-D. & Neuderth, S. (2011). *Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch* (2. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Lotze, R. Von der „Krüppelfürsorge“ zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung. In *Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hg.) 1999 – Von der Krüppelfürsorge zur Rehabilitation* (S. 5–35).
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M. et al. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363 (9421), 1579–1588.
- Macleod, J., Oakes, R., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H., Copello, A., Crome, I. et al. (2004). How strong is the evidence that illicit drug use by young people is an important cause of psychological or social harm? Methodological and policy implications of a systematic review of longitudinal, general population studies. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 11 (4), 281–297.
- Maeyer, J. de, Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21 (5), 364–380.
- Magura, S., Staines, G. L., Blankertz, L. & Madison, E. M. (2004). The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Substance Use & Misuse*, 39 (13-14), 2165–2213.
- Maier, W., Franke, P. & Linz, M. (1999). Mehrfachdiagnosen (Komorbidität). In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 83–93). Stuttgart: Thieme.
- Marlatt, A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. & Swift, W. (2006). The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 31 (12), 2238–2248.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601–613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- McCoy, C. B., Comerford, M. & Metsch, L. R. (2007). Employment among chronic drug users at baseline and 6-month follow-up. *Substance Use & Misuse*, 42 (7), 1055–1067.
- McKay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: A critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60 (4), 566–576.

## 7 - Literaturverzeichnis

- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1), 53–76.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97 (3), 249–252.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes Evaluation. *JAMA*, 284 (13), 1689–1695.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J. & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100 (4), 447–458.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2001). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. L. B. Bogner & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71–93). Leverkusen: Leske & Budrich.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2008). ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (2. Aufl., S. 368–371). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 71 (7), 535–542.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (1), 25–39.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DRI-C): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Test manual*. (Volume 4, Project MATCH Monograph Series). Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Missel, P. (2007). Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker—Ausgewählte Ergebnisse. *Sucht Aktuell*, 14 (1), 16–26.
- Missel, P. (2009). Ergebnisqualität bei Nicht-Antwortern in der Routinekatamnese: Nicht-Antworter-Studie in der katamneseischen Befragung von Alkoholabhängigen nach stationärer medizinischer Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung. vom 9. bis 11. März 2009 in Münster* (DRV-Schriften, Bd. 83, S. 441–442). Berlin: DRV-Bund.
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 20 (1).
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 17 (1), 9–20.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2012). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1, 16–27.
- Missel, P., Schneider, B., Funke, W., Janner-Schraml, A., Klein, T., Medenwaldt, J. et al. (2010). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1, 57–63.
- Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. Standards und Kriterien: ein Handbuch* (S. 102–128). Bern: Hans Huber.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2007). *Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen (IS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation* (1), 19–37.
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 72 (12), 886–894.
- Muhr, T. (1997) ATLAS.ti. Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache - Textinterpretation [Computer software]. Berlin: Scientific Software Development.
- Müller, C. A. & Heinz, A. (2011). Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 16–20). Stuttgart: Thieme.
- Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2006). Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. In W. Müller-Fahrnow (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse* (S. 37–46). Lengerich: Pabst.
- Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F. M., Gerwin, H. & Hansmeier, T. (2005). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation*, 44 (5), e32-e45.
- Murphy, G. C. & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72 (1), 83–99.
- Murray, C. J. L. & Frenk, J. (2008). Health metrics and evaluation: strengthening the science. *The Lancet*, 371 (9619), 1191–1199.
- Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89 (6), 679–688.
- Neuderth, S. & Vogel, H. (2000). Fachtagung zum Thema "Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation" vom 25.-26.1.2000. *Die Rehabilitation*, 39 (4), 239–241.
- Neuderth, S., Gerlich, C. & Vogel, H. (2009). Berufsbezogene Therapieangebote in deutschen Rehabilitationskliniken: aktueller Stand. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Rado-

## 7 - Literaturverzeichnis

- schewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 185–198). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nöthen, M. & Böhm, K. (2009). *Krankheitskosten*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: The need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103 (6), 875–885.
- Øvretveit, J. (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Bern: Hans Huber.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (7), 36–46.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. *Sucht*, 56 (5), 327–336.
- Papenbrock, F. (2004). Nachsorge in der Suchthilfe - ein Gesamtüberblick. In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 28–60). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Paul, K. I., Geithner, E. & Moser, K. (2009). Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 143 (5), 477–491.
- Perkonig, A., Beloch, E., Garczynski, E., Nelson, C. B., Pfister, H. & Wittchen, H.-U. (1997). Prävalenz von Drogenmißbrauch und Abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Mißbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 26 (4), 247–257.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. *Sucht*, 57 (6), 421–430.
- Plath, H.-E. & Blaschke, D. (1999). Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 32 (1), 61–69.
- Plath, H.-E., König, P. & Jungkunst, M. (1996). Verbleib sowie berufliche und soziale Integration jugendlicher Rehabilitanden nach der beruflichen Erstausbildung. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 29, 247–278.
- Platt, J. J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 416–433.
- Projektgruppe Suchtbehandlung. (2005). Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. *Deutsche Rentenversicherung*, 10-11, 577–598.
- Radzuweit, R. (2007). 30 Jahre medizinisch-berufliche Rehabilitation. In P. W. Schönle (Hrsg.), *Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Perspektiven* (S. 54–56). Bad Honnef: Hippocampus.
- Raetzell, H. (2006). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Einführung in das Thema. In R. Deck & N. Glaser-Möller (Hrsg.), *Berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland* (S. 15–16). Lage: Jacobs-Verlag.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W. J. & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden Band 2. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (Springer-Lehrbuch 3. Aufl.). Dordrecht: Springer.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373 (9682), 2223–2233.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W. & Jacobi, F. (2005). Alcohol use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. Size & burden of mental disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 377–388.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W. & Kraus, L. (2005). Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. Size & Burden of Mental Disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 389–397.
- Reif, S., Horgan, C. M., Ritter, G. A. & Tompkins, C. P. (2004). The impact of employment counseling on substance user treatment participation and outcomes. *Substance Use & Misuse*, 39 (13-14), 2391–2424.
- Reuband, K.-H. (1984). Epidemiologie der Sucht. Möglichkeiten und Probleme empirischer Erhebungen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sucht und Gesellschaft: Ursachen, Folgen, Zusammenhänge* (S. 214–219). Hamm: Hoheneck.
- Richardson, L., Sherman, S. G. & KERR, T. (2012). Employment amongst people who use drugs: a new arena for research and intervention? *International Journal of Drug Policy*, 23 (1), 3–5.
- Richardson, L., Wood, E., Li, K. & Kerr, T. (2010). Factors associated with employment among a cohort of injection drug users. *Drug and Alcohol Review*, 29 (3), 293–300.
- Rist, F. & Watzl, H. (1999). Psychologische Ansätze. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 39–49). Stuttgart: Thieme.
- Rittmannsberger, H. (1993). Zur Evaluation beruflicher Rehabilitation. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 23 (1), 11–16.
- Röckelein, E., Lukaszczik, M. & Neuderth, S. (2011). Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54 (4), 436–443.
- Roesler, U., Jacobi, F. & Rau, R. (2006). Work and mental disorders in a German national representative sample. *Work & Stress*, 20 (3), 234–244.
- Rommelspacher, H. (1999). Neurobiologische Ansätze. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Rose, F.-J. & Ghorai, S. (2011). Betriebliches Eingliederungsmanagement: notwendige Eigeninitiative betroffener Arbeitnehmer. *Betriebs-Berater* (15), 949.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Roth, M. & Petermann, H. (2006). Tabak, Alkohol und illegale Drogen: Gebrauch und Prävention. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer.
- Rytsälä, H. J., Melartin, T. K., Leskelä, U. S., Sokero, T. P., Lestelä-Mielonen, P. S. & Isometsä, E. T. (2005). Functional and work disability in major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (3), 189–195.
- Samokhvalov, A. V., Popova, S., Room, R., Ramonas, M. & Rehm, J. (2010). Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34 (11), 1871–1878.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Sánchez-Hervás, E., Romaguera, F. Z., Gómez, F. J. S., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O. & Yanez, E. M. (2010). Urine testing during treatment predicts cocaine abstinence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42 (3), 347–352.
- Sanderson, K. & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (2), 63–75.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schay, P. (2011a). Adaption als Leistung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In P. Schay (Hrsg.), *Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe. Inhaltliche Weiterentwicklung in der Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 97–112). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schay, P. (2011b). Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen. In P. Schay (Hrsg.), *Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe. Inhaltliche Weiterentwicklung in der Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 113–159). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schliehe, F. (2006). Das Klassifikationssystem der ICF. *Rehabilitation*, 45 (5), 258–271.
- Schmid, M. & Vogt, I. (1998). Die Entwicklung des Drogenhilfesystems in Deutschland 1970-1995. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21 (2/3), 39–52.
- Schmid, M. (2003). *Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970-2000* (Bd. 870, ). Frankfurt am Main: Campus.
- Schmidt, B., Alte-Teigeler, A. & Hurrelmann, K. (1999). Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmißbrauch. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 50–69). Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, C., Froböse, I. & Schian, H. M. (2006). Berufliche Rehabilitation in Bewegung - Herausforderungen und Perspektiven. *Die Rehabilitation*, 45 (4), 194–202.
- Schmidt, L. G. & Rist, F. (2006). Sucht und Folgestörungen. In H. Förstl, M. Hautzinger & G. Roth (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen* (S. 297–342). Heidelberg: Springer.
- Schmidt, L. G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 70–82). Stuttgart: Thieme.
- Schneider, B., Knuth, S., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, M.-L., Funke, W. et al. (2012). Effektivität der ganztätig ambulanten Suchtrehabilitation - FVS Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht Aktuell*, 1, 36–45.
- Schönle, P. W. (2007a). Medizinisch-berufliche Rehabilitation - Konzept, Praxis, Perspektive. In P. W. Schönle (Hrsg.), *Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Perspektiven* (S. 37–56). Bad Honnef: Hippocampus.
- Schönle, P. W. (Hrsg.). (2007b). *Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Perspektiven*. Bad Honnef: Hippocampus.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Schreier, M. & Odağ, Ö. (2010). Mixed Methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 263–277). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction, 101*, 76–88.
- Schuhler, P., Schmitz, B., Vogelgesang, M., Limbacher, K., Wagner, A. & Gönner, S. (2006). Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit suchtmittelabhängiger Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung. In W. Müller-Fahrnow (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse* (S. 511–519). Lengerich: Pabst.
- Schuntermann, M. (2003). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung, 58* (1/2), 52–59.
- Schwoon, D. R. (2000). Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: psychologische Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 147–160). Stuttgart: Thieme.
- Scott, C. K. & White, W. L. (2005). Ethical issues in the conduct of longitudinal studies of addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28* (2), 91–101.
- Selin, K. H. & Room, R. (2007). Social problems from drinking in the Swedish general population: measurement and reliability. *Journal of Substance Use, 12* (2), 103–118.
- Shepard, D. S. & Reif, S. (2004). The value of vocational rehabilitation in substance user treatment: a cost-effectiveness framework. *Substance Use & Misuse, 39* (13-14), 2581–2609.
- Siegal, H. A., Fisher, J. H., Rapp, R. C. & Kelliher, C. W. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13* (2), 93–98.
- Silverman, K., DeFulio, A. & Sigurdsson, S. O. (2012). Maintenance of reinforcement to address the chronic nature of drug addiction. *Preventive Medicine, 55*, 46–53.
- Silverman, K., Wong, C. J., Needham, M., Diemer, K. N., Knealing, T., Crone-Todd, D. et al. (2007). A randomized trial of employment-based reinforcement of cocaine abstinence in injection drug users. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40* (3), 387–410.
- Silvestrini, S. (2007). Organisatorischer Ablauf von Evaluationen. In R. Stockmann (Hrsg.), *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung* (S. 108–142). Münster: Waxmann.
- Simon, J., Patel, A. & Sled, M. (2005). The costs of alcoholism. *Journal of Mental Health, 14* (4), 321–330.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. et al. (2003). *International guidelines for estimating the costs of substance abuse* (2. Aufl.). Genf: World Health Organization.
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht, 46* (8), 92–176.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Staines, G. L. (2006). Counselor confounds in evaluations of vocational rehabilitation methods in substance dependency treatment. *Evaluation Review*, 30 (2), 139–170.
- Staines, G. L. (2008). The causal generalization paradox: the case of treatment outcome research. *Review of General Psychology*, 12 (3), 236–252.
- Staines, G. L., Blankertz, L., Magura, S., Bali, P., Madison, E. M., Spinelli, M. et al. (2004). Efficacy of the Customized Employment Supports (CES) model of vocational rehabilitation for unemployed methadone patients: preliminary results. *Substance Use & Misuse*, 39 (13-14), 2261–2285.
- Staines, G. L., Blankertz, L., Magura, S., Cleland, C. M. & Bali, P. (2005). Evaluating vocational rehabilitation programs for substance users: issues in designing and implementing randomized studies. *Evaluation and Program Planning*, 28 (1), 61–68.
- Statistisches Bundesamt. (2011). *Bildungsstand der Bevölkerung*. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002117004.pdf?__blob=publicationFile)
- Steffanowski, A., Lichtenberg, S., Schmidt, J., Huber, C., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2004). Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation: Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Therapiezielliste. *Rehabilitation*, 43 (4), 219–232.
- Steffanowski, A., Rieger, J., Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. (2010). Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation - Zusammenhänge zwischen Rücklaufquote und Patientenzufriedenheit. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung vom 8.-10.3.2010 in Leipzig* (DRV-Schriften, Bd. 88, S. 77–80). Berlin: DRV-Bund.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Baua.
- Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (IFT Berichte Band Nr. 174, ). München: Institut für Therapieforschung.
- Stockmann, R. (2007a). Einführung in die Evaluation. In R. Stockmann (Hrsg.), *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung* (S. 13–23). Münster: Waxmann.
- Stockmann, R. (Hrsg.). (2007b). *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung*. Münster: Waxmann.
- Stopp, J. (2009). Spezifisches Therapie-Management zur beruflichen Integration Suchtkranker während und nach der medizinischen Rehabilitation - Evaluation eines Projektes des Diakonie-Krankenhauses Harz in Elbingerode. *Sucht Aktuell* (2), 62–67.
- Storti, C. C., Grauwe, P. de, Sabadash, A. & Montanari, L. (2011). Unemployment and drug treatment. *International Journal of Drug Policy*, 22 (5), 366–373.
- Streibelt, M. (2007). *Aktivität und Teilhabe. Wirksamkeit berufsbezogener Massnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung*. Lengerich: Pabst.
- Streibelt, M. (2009). Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation*, 48, 135–144.

## 7 - Literaturverzeichnis

- Streibelt, M. (2010). Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 86, 5–14.
- Surges-Brilon, M. (2004). Nachsorge gemäß der Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" (VAbk). In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 62–76). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Süß, H.-M. (2004). Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen: ein methodenkritischer Vergleich von systematischen Literaturübersichten und Metaanalysen. *Abhängigkeiten*, 3, 1–22.
- Süß, H.-M. (2005). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248–266.
- Sussman, S., Lisha, N. & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, 34 (1), 3–56.
- Sutton, L., Cebulla, A., Heaver, C. & Smith, N. (2004). *Drug and alcohol use as barriers to employment: a review of the literature* (CRSP research report; 499s). Loughborough: Center for Research in Social Policy.
- Swendsen, J. D. & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 173–189.
- Terluin, B., Rhenen, W., Anema, J. R. & Taris, T. W. (2011). Psychological symptoms and subsequent sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84 (7), 825–837.
- Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Yothasamut, J., Lertpitakpong, C. & Chaikledkaew, U. (2009). The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4 (20).
- Thomasius, R., Gouzoulis-Mayfrank, E., Karus, C., Wiedenmann, H., Hermle, L., Sack, P. M. et al. (2004). AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokaïn, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. *Fortschritte der Neurologie • Psychiatrie*, 72 (12), 679–695.
- Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2002). The Inventory of Drug Use Consequences (InDUC): Test-retest stability and sensitivity to detect change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (2), 165–168.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 33–72). Göttingen: Hogrefe.
- Türk, D. & Bühringer, G. (1999). Psychische und soziale Ursachen der Sucht. *Internist*, 40, 583–589.
- Uhl, A. (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht*, 52 (2), 121–132.
- Vakili, S., Currie, S. & el-Guebaly, N. (2009). Evaluating the utility of drug testing in an outpatient addiction program. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 8 (1), 22–32.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M. et al. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in sub-

## 7 - Literaturverzeichnis

- stance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122 (1–2), 11–19.
- Veilleux, J. C., Colvin, P. J., Anderson, J., York, C. & Heinz, A. J. (2010). A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 155–166.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (2005). 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Hannover. *Rehabilitationsforschung in Deutschland - Stand und Perspektiven* (DRV-Schriften, Bd. 59, ). Frankfurt am Main: VDR.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. (2001). *Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001*. Verfügbar unter [http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb\\_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf](http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf)
- Vollmer, H. C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 55–70). Stuttgart: Thieme.
- Wanigaratne, S. (2006). Psychology of addiction. *Psychiatry*, 5 (12), 455–460.
- Watzke, S. (2006). Rehabilitation. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 265–277). Berlin: Springer.
- Webster, J. M., Staton-Tindall, M. & Leukefeld, C. G. (2007). Introduction: employment and substance misuse. *Substance Use & Misuse*, 42 (7), 1029–1033.
- Weiler, D. & Heining, E. (2005). Wirksamkeit der stationären Adaption bei Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer katamnesticen Befragung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 28 (1/2), 61–70.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation. Methods for studying programs and policies* (2. Aufl.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- Weissinger, V. & Missel, P. (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e. V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht Aktuell*, 13 (2), 44–72.
- Weissinger, V. & Missel, P. (2012). Fachverband Sucht e.V.: Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung. *Sucht Aktuell*, 2, 3–87.
- Weissinger, V. (2008). Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der medizinischen Suchtrehabilitation: Überblick über Entwicklungen, Status quo und Perspektiven aus Sicht des Fachverbandes Sucht. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 284–297). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Weissinger, V. (2012). Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben - Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. *Sucht Aktuell*, 19 (1), 60–69.
- Weltgesundheitsorganisation. (1998). *Gesundheit 21 - eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO* (Europäische Schriftenreihe "Gesundheit für alle", Bd. 5, ). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96 (1), 3–13.

## 7 - Literaturverzeichnis

- WHO, UNDCP & EMCDDA. (2000). *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment workbook series*. Verfügbar unter [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/psychoactives/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/)
- Wilcken, S. & Rochow, M. (2000). *Rückfallprävention bei Alkoholismus. Fähigkeiten im Focus - ein Manual*. Bern: Hans Huber.
- Williams, B. T. R. & Drummond, D. C. (1994). The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35 (3), 239–243.
- Wirtz, M. & Ulrich, R. (2010). Bivariate deskriptive Statistik. In Holling, H. Schmitz, B. (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (Handbuch der Psychologie, Bd. 13, S. 288–301). Göttingen: Hogrefe.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224–235.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–376.
- World Health Organization. (2001). *ICF. International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R. & Poppel, M. N. M. (2005). Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (4), 543–556.
- Zelfel, R. C. (2007). *Berufliche Rehabilitation im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft*. Inaugural-Dissertation, Otto-Friedrich-Universität. Bamberg.
- Ziebland, S. & McPherson, A. (2006). Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical Education*, 40 (5), 405–414.
- Znoj, H. & Regli, D. (2006a). Anwendung von Evaluationsmethoden. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer.
- Znoj, H. & Regli, D. (2006b). Begriff und Arten der Evaluation. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer.

**Anhang**  
**8.1 - Theorieteil**

## 8 Anhang

### 8.1 Theorieteil

**Tabelle 8-1:** Übersicht über Studien zur 12-Monatsprävalenz von Abhängigkeit und Missbrauch

Autor	Stichprobe	Alkohol- missbrauch	Alkohol- abhängig- keit	Drogenmiss- brauch	Drogen- abhängigkeit
<b>International</b>					
Sussman et al. (2011)	Meta-Analyse (Abhängigkeits- erkrankungen) International n=83	10 % (inkl. Abhängigkeit)	4 %	5 % (inkl. Abhängigkeit)	1-3 %
Wittchen & Jacobi (2005)	Review (Psychische Störungen) Europäische Studien n=27		0,1-6,6 % MD: 2,4 %		0,1-2,2 % MD: 0,5 %
Rehm, Room, van den Brink & Jacobi (2005) Rehm, Room, van den Brink & Kraus (2005)	systematische Reviews europäischer Studien n=24 (Alkohol) n=13 (illegale Drogen)	Männer: 0,4-14,5 % Frauen: 0,1 - 4,2 % (inkl. Abhängigkeit)		0,9-2,9 % (inkl. Abhängigkeit) Ohne Cannabis: 0,3-0,9 % (inkl. Abhängigkeit)	
Baumeister & Härter (2007)	Review (psychische Störungen) international n=5	1,9-4,9 %	1,3-7,2 %	0,5-1,4 %	0,4-2,8 %
<b>National</b>					
Pabst et al. (2010)	Epidemiologischer Suchtsurvey 2009 Zufallsstichprobe Einwohnermelde- register Deutschland n=8030 18-64 Jahre	3,8 %	2,4 %		
Jacobi et al. (2004)	GHS <sup>a</sup> Deutsche Allgemeinbevölkerung n=4181 18-65 Jahre	4,1 % (inkl. Abhängigkeit)		0,7 % (inkl. Abhängigkeit)	
Kraus & Augustin (2004)	Zufallsstichprobe Einwohnermelde- register Deutschland n=8139 18-59 Jahre	3,1 %		0,3 %	0,6 %

<sup>a</sup> German Health Interview and Examination Survey; <sup>b</sup>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

## Anhang 8.1 - Theorieteil

**Tabelle 8-2:** Übersicht über Studien zur Lebenszeitprävalenz von Abhängigkeit und Missbrauch

Autor	Stichprobe	Alkohol- missbrauch	Alkohol- abhängig- keit	Drogen- missbrauch	Drogen- abhängigkeit
<b>International</b>					
Hasin et al. (2007)	NESARC <sup>b</sup> US Amerikaner n=43 093 Erwachsene (> 18 Jahre)	17,8 %	12,5 %		
Compton et al. (2007)	NESARC <sup>b</sup> US Amerikaner n=43 093 Erwachsene (> 18 Jahre)			10,3 %	7,7 %
<b>National</b>					
Meyer et al. (2000)	Project TACOS <sup>c</sup> deutsche Staatsangehörige aus dem Raum Lübeck n=4075 18-64 Jahre	4,5 %	3,8 %	0,8 %	0,4 %
Jacobi et al. (2004)	GHS <sup>a</sup> deutsche Allgemeinbevölkerung n=4181 18-65 Jahre	8,5 % (inkl. Abhängigkeit)		2,1 % (inkl. Abhängigkeit)	
Lieb et al. (2000)	EDSP-Studie <sup>d</sup> Zufallsstichprobe Raum München n=3021 14-24 Jahre	19,6 %	12,5 %	5,9 %	4,1 %

<sup>a</sup> German Health Interview and Examination Survey; <sup>b</sup> National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions; <sup>c</sup> Transitions in Alcohol Consumption and Smoking; <sup>d</sup> Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

**Anhang**  
**8.2 - Design und Methodik**

## 8.2 Design und Methodik

**Tabelle 8-3:** Soziodemographische Daten der Interventions- und Vergleichsgruppe

		Interventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)
<b>Alter in Jahren</b> IG: n=39 <sup>a</sup> VG: n=63	Mittelwert	32,6	29,5
	Range	21-57	19-49
<b>Geschlecht</b> IG: n=39 VG: n=65 in %	männlich	89,7	86,2
	weiblich	10,3	13,8
<b>Staatsangehörigkeit</b> IG: n=25 VG: n=64 in %	Deutsch	84,0	84,4
	andere	16,0	15,6
<b>Partnersituation</b> IG: n=25 VG: n=63 in %	allein stehend	64,0	55,6
	feste Beziehung	32,0	41,3
	zeitweilige Beziehung	4,0	3,2
<b>höchster Schulabschluss</b> IG: n=39 VG: n=65 in %	ohne Schulabschluss	0	6,2
	Sonder-/ Förderschulabschluss	2,6	0
	Haupt-/Volksschulabschluss	56,4	56,9
	Realschulabschluss / Mittlere Reife	33,3	32,3
	Abitur/Fachabitur	7,7	4,6
<b>Berufsabschluss</b> IG: n=38 VG: n=64 in %	Lehre	52,6	42,2
	keine Berufsausbildung	42,1	53,1
	Fachschule	5,3	0
	andere	0	4,7
<b>aktuell arbeitstätig/ in Praktikum/Ausbildung</b> IG: n=39 VG: n=65 in %	Nein	48,7	50,8
	Ja	51,3	29,2
	sicher in Aussicht ( <i>also ja → Erhebungszeitpunkt!</i> )	0	20
<b>aktuelle Erwerbsfähigkeit</b> IG: n=38 VG: n=61 in %	voll erwerbsfähig	100	98,4
	teilweise erwerbsunfähig	0	1,6

<sup>a</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

## Anhang 8.2 - Design und Methodik

**Tabelle 8-4:** Überblick über die Instrumente zur Erhebung teilnehmerbezogener Daten

Datenquellen und Kürzel	Stichprobe	Adressierte Evaluationsfragestellungen
<b>Fragebögen</b>	Interventionsgruppe	Bedarfsindikation
FB-t1-TN/VG	Vergleichsgruppe	Zielgruppenerreichung
FB-t2-TN/VG		Zugang und Beendigung (nur TN und VG IV)
FB-t3-TN/VG		förderliche und hinderliche Bedingungen Akzeptanz (nur TN) Vergleichbarkeit IG und VG Unterschiede IG vs. VG individuelle Effekte der Maßnahme im Verlauf (nur TN) Einflussfaktoren
<b>Kurzinterview bei Erinnerungstelefonaten</b>	Interventionsgruppe	Ergänzung der Fragebogendaten
KIT	Vergleichsgruppe	
<b>Interviews</b>	Interventionsgruppe	Bedarf
Int-t1		Erwartungen
Int-t2		Ziele
Int-t3		Adressierung des Bedarfs, der Ziele und Erwartungen Prozessevaluation Zufriedenheit Akzeptanz Zielerreichung Wirkungen Aufwand
<b>Verlaufsdokumentation</b>	BISS-Mitarbeiter	Prozessevaluation Akzeptanz Zielerreichung Wirkungen Einflussfaktoren
VD		
<b>Leistungsdokumentation</b>	BISS-Mitarbeiter	Umsetzungsgestaltung Inanspruchnahme Aufwand
LD		
<b>Kontrollergebnisse</b>	BISS-Mitarbeiter	Umsetzungsgestaltung Wirkungen Einflussfaktoren
KON		

## Anhang 8.2 - Design und Methodik

**Tabelle 8-5:** Inhalte der Teilnehmerfragebögen (Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Themenbereich	Erfragter Inhalt
<b>Soziodemographie</b>	Geschlecht <sup>a</sup> Alter Familienstand Partnersituation Staatsangehörigkeit Wohnsituation Bildungsstand Erwerbsfähigkeit
<b>Freizeit und Umfeld</b>	Freizeitaktivitäten Kontakt zu Suchtumfeld soziale Unterstützung (F-SozU) <sup>b</sup> <i>Tagesstruktur</i> <sup>c</sup> <i>Unterstützung der Tagesstruktur</i>
<b>Gesundheit</b>	körperliche Erkrankungen psychische Erkrankungen Schwerbehinderung psychische Symptombelastung (BDI-18) <sup>d</sup>
<b>Arbeit</b>	Arbeitssituation vor der Rehabilitation <i>Zuversicht bzgl. Arbeitsfähigkeit</i> <i>Verwendung des Einkommens</i> aktuelle Arbeitssituation (KIT) <sup>e</sup> <i>Unterstützung bei der Arbeitssuche (KIT)</i> <i>Erfolgszuversicht bei der Arbeitssuche</i> <i>Suchaktivität</i> Art des Arbeitsverhältnisses psychische Reaktion auf die Arbeit (IS) <sup>f</sup>
<b>Abhängigkeits- erkrankung</b>	Dauer und Art der Abhängigkeit Rückfälligkeit während der Rehabilitation Rauchen Rehabilitationsbehandlung Rückfälligkeit nach der Rehabilitation (KIT) <i>aktuell wahrgenommene Unterstützungsangebote (KIT)</i> <i>Abstinenzverpflichtung</i> <i>Kontrolle</i> Abstinenzabsicht (Reha-Fallbegleitung) Abstinenzzuversicht (HEISA-16) <sup>g</sup>
<b>BISS-Projekt</b>	<i>Grund für Ablehnung der BISS-Teilnahme</i> <i>Bedeutung der Projektangebote</i> <i>Projektbeendigung</i>

<sup>a</sup> erfragte Inhalte ohne Angaben von verwendeten Fragebögen sind angelehnt an Dokumentationssysteme und -standards aus dem Suchtbereich (AHG Kliniken Daun, 2010; Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001).

<sup>b</sup> Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fydrich et al., 2009)

<sup>c</sup> *kursiv gedruckte Inhalte* wurden anhand eigens erstellter Items erfragt

<sup>d</sup> Brief Symptom Inventory-18 (Derogatis, 2000; Franke et al., 2010)

<sup>e</sup> *KIT*: Fragen, die auch in den Kurzinterviews bei den Erinnerungstelefonaten gestellt wurden um fehlenden Rücklauf auszugleichen

<sup>f</sup> Irritationsskala (Mohr et al., 2007)

<sup>g</sup> Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (Körkel & Schindler, Version 4.00)

**Anhang**  
**8.2 - Design und Methodik**

**Tabelle 8-6:** Themenbereiche der Interviews für die verschiedenen Stakeholderperspektiven  
(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Perspektive	Themenbereiche der Stakeholderbefragungen
<b>Kostenträger der Maßnahme</b>	<p>Entwicklung der berufliche Rehabilitation und der Suchtrehabilitation  Ziele innerhalb der beruflichen Wiedereingliederung  Ziele in Zusammenhang mit dem Projekt  Bedeutung und Bedarf des Projekts Biss im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung  Finanzierung des Projekts  Interessensgruppen am Projekt  Entscheidungsprozess zur Weiterführung in Zusammenhang mit der Evaluationsforschung  Bewertungsdimensionen und Erfolgskriterien des Projekts  Gründe für den Evaluationsauftrag und Anliegen an die Evaluation</p>
<b>Initiatoren des Modellprojekts</b>	<p>Informationen zum Hintergrund des Projekts  Ziele im Zusammenhang mit dem Projekt  Erwartungen an das Projekt  erwartete Wirkfaktoren  erwartete Schwierigkeiten  Informationen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... zur Projektplanung</li> <li>• ... zur Umsetzung</li> <li>• ... zu den Rahmenbedingungen</li> <li>• ... zur Vernetzung</li> <li>• ... zum Aufwand</li> </ul> <p>Übertragbarkeit  Erwartungen an die Evaluation</p>
<b>Durchführende des Modellprojekts</b>	<p>Informationen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... zu den Zielen</li> <li>• ... zur Umsetzung des Projekts</li> <li>• ... zum Aufwand</li> <li>• ... zu den erlebten Schwierigkeiten</li> <li>• ... zur Akzeptanz</li> <li>• ... zum Klientel</li> <li>• ... zu den Rahmenbedingungen</li> <li>• ... zur Vernetzung und zur Zukunft des Projekts</li> </ul>
<b>Kooperationspartner des Modellprojekts</b>	<p>Informationen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... zu den Zielen und Erwartungen der Zusammenarbeit</li> <li>• ... zum Ablauf und Verlauf der Zusammenarbeit</li> </ul> <p>Informationen zum Klientel  Beschreibung des zusätzlichen Nutzens und Überschneidungen mit dem Projekt  Aufwand der Zusammenarbeit</p>
<b>Experten der Suchtrehabilitation</b>	<p>Einschätzung der beruflichen Integration von Suchtpatienten  aktuelle Angebote zur beruflichen Integration und zusätzlicher Bedarf  fachliche Bewertung und Bedarf des Modellprojekts im Rahmen der beruflichen Integration von Suchtpatienten  Annahmen zum möglichen Klientel</p>

**Anhang**  
**8.2 - Design und Methodik**

**Tabelle 8-7:** Themenbereiche der Teilnehmerinterviews

Zeitpunkt	Themenbereiche
<b>t1</b>	<p>Zugang zum Projekt BISS                      Teilnahmegründe für BISS                      Ziele und Erwartungen in Zusammenhang mit BISS                      erwartete Schwierigkeiten                      aktuelle Lebenssituation                      Einfluss der Sucht auf die Berufsgeschichte                      aktuelle Arbeitssituation                      Umgang mit der Suchterkrankung am Arbeitsplatz                      Rehabilitationsverlauf                      Einstellung zum BISS-Projekt                      erwartete Erfolgsfaktoren                      Offenheit im Umgang mit Rückfall                      Abstinenzzuversicht                      Umgang mit Schwierigkeiten und Krisen                      Teilnahmemotivation</p>
<b>t2 und t3</b>	<p>Gesamturteil über BISS                      Erfüllung der Erwartungen und Ziele                      aktuelle Arbeitssituation                      Erfahrungen mit den einzelnen Angeboten von BISS                      Beschreibung der beruflichen Entwicklung                      Erfahrungen mit Krisensituationen und Rückfall                      Aufwand durch BISS                      Auswirkungen von BISS                      offener Bedarf                      Verbesserungsvorschläge                      weitere Teilnahmemotivation (t2) bzw. weiteres Vorgehen mit BISS (t3)                      Zukunftspläne (t3)</p>

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

## 8.3 Ergebnisse

**Tabelle 8-8:** „Besondere berufliche Problemlagen“ (BBPL) zum Zeitpunkt t1  
(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

		Interven- tionsgruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Gesamt- stichprobe
<b>höchster Schulabschluss</b> IG: n=39 <sup>a</sup> VG: n=65 in %	ohne Schulabschluss	0	6,2	3,8
	Sonder-/ Förderschulabschluss	2,6	0	1
	Haupt-/Volksschulabschluss	56,4	56,9	56,7
	Mittlere Reife	33,3	32,3	32,7
	Abitur/Fachabitur	7,7	4,6	5,8
<b>Berufsabschluss</b> IG: n=38 IG: n=64 in %	Lehre	52,6	42,2	46,1
	keine Berufsausbildung	42,1	53,1	49,0
	Fachschule	5,3	0	2,0
	andere	0	4,7	2,9
<b>Arbeitssituation vor der Rehabilitationsbehandlung</b> IG: n=39 VG: n=64 in %	Arbeitsplatz vorhanden	25,6	34,4	31,1
	in Ausbildung	5,1	4,7	4,9
	arbeitslos/ nicht erwerbstätig	69,2	60,9	64,1
<b>Dauer der Erwerbslosigkeit vor der Rehabilitation</b> (nur Erwerbslose vor Reha) IG: n=27 VG: n=38 in %	unter 6 Monate	18,5	28,9	24,6
	zwischen 6 und 12 Monaten	29,6	10,5	18,5
	über 12 Monate	51,9	60,5	56,9
<b>Dauer der Erwerbstätigkeit vor der Rehabilitation</b> (nur Erwerbstätige vor Reha) IG: n=12 VG: n=25 in %	unter 6 Monate	25,0	24,0	24,3
	zwischen 6 und 12 Monaten	25,0	28,0	27,0
	über 12 Monate	50	48,0	48,6
<b>Anzahl Arbeitgeber in den letzten fünf Jahren</b> IG: n=30 VG: n=26 Mittelwert (Standardabweichung (SD))	Anzahl Arbeitgeber in den letzten 5 Jahren	2,70 (SD:1.803)	2,73 (SD:1.638)	2,71 (SD:1.713)
	<b>Verteilung der Beschäftigungszeit von Personen mit nur einem Arbeitgeber</b> IG: n=11 VG: n=8 in %	6-12 Monate	27,3	25,0
	13-48 Monate	36,4	25,0	31,6
	25-36 Monate	36,4	50	42,1
<b>aktuell arbeitstätig/ in Praktikum/Ausbildung</b> IG: n=39 VG: n=65 in %	nein	48,7	50,8	50,0
	ja	51,3	29,2	37,5
	sicher in Aussicht	0	20	12,5

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

		Interven- tionsgruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Gesamt- stichprobe
<b>aktuelle Erwerbsfähigkeit</b> IG: n=38 <sup>a</sup> VG: n=61 in %	voll erwerbsfähig	100	98,4	99,0
	teilweise erwerbsunfähig	0	1,6	1,0
<b>Zuversicht berufliche Tätigkeit</b> <sup>b</sup> IG: n=24 VG: n=63, 64 <sup>c</sup> Mittelwerte (SD) 5-stufige Skala (1-5)	vorherige/letzte Tätigkeit	3,67 (1.711)	4,48 (SD:6.647)	4,25 (SD:5.725)
	irgendeine Tätigkeit	4,96 (SD:..204)	4,81 (SD:..531)	4,85 (SD:..468)
<b>Arbeitssuche</b> <sup>d</sup> IG: n=11 VG: n=32 Mittelwert (SD) 4-stufige Skala (1-4)	Selbstwirksamkeit	2,27 (SD:1.009)	2,97 (SD:..740)	2,79 (SD:..861)
	Suchverhalten	3,36 (SD:..809)	3,06 (SD:..801)	3,14 (SD:..804)
<b>Unterstützung bei der Arbeitssuche (neben BISS)</b> IG: n=11 VG: n=30 in %	ja	72,7	73,3	73,2
	nein	27,3	16,7	19,5
	nicht auf Arbeitssuche	0	10	7,3
<b>Unterstützungsquellen bei Bewerbungsaktivitäten</b> (Mehrfachnennungen waren möglich) (nur Personen ohne Arbeit nach Abschluss der Rehabilitation) IG: n=8 VG: n=23 in %	Agentur für Arbeit o.Ä.	87,5	82,6	83,9
	Betreutes Wohnen	37,5	30,4	32,3
	Drogenberatungsstelle	12,5	8,7	9,7
	sonstige	37,5	21,7	25,8
	Tagesklinik/ Adaptionseinrichtung (nur VG)	n. r. <sup>e</sup>	26,1	n. r.

<sup>a</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>b</sup> Die Fragen lauteten: „*Werden Sie weiterhin Ihre jetzige (oder letzte) berufliche Tätigkeit ausüben können?*“ und „*Werden Sie irgendeine berufliche Tätigkeit ausüben können?*“. Antwortmöglichkeiten waren: 1 = auf keinen Fall; 2 = eher nein; 3 = unsicher, 4 = eher ja; 5 = sicher

<sup>c</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>d</sup> Es wurden Angaben gemacht zu den Aussagen: „*Mir wird es leicht fallen, eine Arbeit zu finden*“ und „*Ich beschäftige mich intensiv mit der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit*“ mit vierstufigen Antwortskalen mit den Polen „trifft gar nicht zu“ und „trifft voll zu“.

<sup>e</sup> n. r. = nicht relevant

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

**Tabelle 8-9:** Suchtbezogene Faktoren zur Bestimmung der „besonderen beruflichen Problemlagen“ (BBPL) in der Interventions- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt t1

		Interven- tionsgruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Gesamt- stichprobe
<b>soziale Unterstützung (F-SozU<sup>a</sup>)</b>	F-SozU (K14, davon 10 Items)	3,76 (SD: .568)	3,8 (SD: .663)	3,81 (SD: .636)
IG: n=25 <sup>b</sup> VG: n=65 Mittelwert (Standardabweichung (SD)) 5-stufige Skala (1-5)				
<b>Erkrankungen</b>	somatisch und/oder psychisch	41,7	32,3	34,9
IG: n=24 VG: n=62 in %	somatisch	33,3	19,4	23,3
	psychisch	16,7	17,7	17,4
	somatisch und psychisch	8,3	4,8	5,8
<b>Abstinenzzuversicht (HEISA<sup>c</sup>)</b>	Skala „angenehme Gefühle“	82,0 (SD:11.637)	75,3 (SD:27.883)	77,2 (SD:24.38)
IG: n=25 VG: n=60 Mittelwert (SD) 5-stufige Skala (0-100)	Skala „unangenehme Gefühle“	61,0 (SD:26.101)	58,8 (SD:29.578)	59,5 (SD:28.463)
<b>Abstinenzabsicht<sup>d</sup></b>	illegale Drogen	5,79 (SD: .415)	5,21 (SD:1.577)	5,39 (SD:1.371)
IG: n=24,25,2 VG: n=60,58,62 Mittelwert (SD) 6-stufige Skala (1-6)	Alkohol	5,68 (SD: .748)	4,41 (SD:1.633)	4,80 (SD:1.536)
	abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,96 (SD: .204)	5,18 (SD:1.615)	5,40 (SD:1.417)
<b>Zuversicht Verzicht<sup>e</sup></b>	illegale Drogen	5,21 (SD: .779)	5,22 (SD: .744)	5,22 (SD: .75)
IG: n=24,25,24 VG: n=59,57,60 Mittelwert (SD) 6-stufige Skala (1-6)	Alkohol	5,04 (SD:1.060)	4,83 (SD: .955)	4,9 (SD: .988)
	abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,67 (SD: .702)	5,56 (SD: .839)	5,59 (SD: .797)

<sup>a</sup> F-SozU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fydrich et al., 2009)

<sup>b</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>c</sup> HEISA: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht. Die Skalen „unangenehme Gefühle“ und „angenehme Gefühle“ mit jeweils vier Items wurden verwendet. 5-stufige Skala mit den Werten 0, 20, 40, 60, 80, 100 und den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis „total zuversichtlich“.

<sup>d</sup> „Wie stark ist ihre Absicht in Zukunft keine(n) ... zu konsumieren?“ Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeitserzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen gar nicht bis sehr stark.

<sup>e</sup> „Wie gut wird Ihnen dies gelingen?“ Diese Frage bezieht sich auf die abgefragte Abstinenzabsicht. Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeitserzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen „auf keinen Fall“ bis „ganz sicher“. Es wurden nur Personen eingeschlossen, die in der Frage zur Abstinenzabsicht mindestens eine 2 angaben.

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

**Tabelle 8-10:** Beispielhafte Aussagen der Teilnehmer zu Teilnahmegründen am Projekt BISS in den ermittelten Kategorien (Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Kategorie	Beispielhafte Aussagen
<b>Sicherheit und Kontrolle</b>	<p>„Wissen im Hinterkopf, da ist noch was.“            „Eigene Wachsamkeit soll nicht einschlafen.“            „Habe Halt gefunden in BISS.“            „Eventuell auch Alkoholkontrolle, das gibt Halt.“            „Ich habe mich für BISS entschieden, denn da gibt es noch [Urin- und Alkohol-] Kontrollen und das ist für mich noch eine Sicherheit mehr.“</p>
<b>Ansprechpersonen</b>	<p>„Dass ich einfach überhaupt wissen tu, ich hab da jemanden [...] dass ich da eben einen Ansprechpartner hab.“            „Ich kann ja auch jederzeit herkommen.“</p>
<b>Arbeit finden</b>	<p>„Damit es vorwärts geht mit der Arbeit, das ist der Hauptgrund.“            „Bei mir steht noch die Entscheidung an, ob ich eine Ausbildung mache [...], da macht es sich immer gut, wenn ein Briefwechsel mit dem Arbeitgeber stattfindet und es kommt ein entsprechendes Briefpapier raus.“            „Was Arbeiten und die Ämter betrifft da hat der Hans echt Ahnung und kann weiterhelfen. Er weiß über einiges Bescheid und kennt viele Arbeitgeber.“            „Ich will halt so schnell wie möglich Arbeit finden.“</p>
<b>Abstinenz</b>	<p>„Für mich ist es wichtig [...] dass ich clean bleib', abstinent weiterleben.“            „Viele wollen da nicht rein, weil sie sich so ein offenes Fenster lassen und sich denken, wenn sie hier fertig sind, werden sie wieder ein bisschen Alkohol trinken [...] und das war bei mir halt nicht so und daher stört es mich auch nicht im BISS-Projekt drin zu sein.“</p>
<b>Problemlösung</b>	<p>„Ich habe schon mal eine Therapie gemacht und ich weiß, dass Situationen kommen, die schwer sein werden [...]. Und ich dachte da ist es gut einen Ansprechpartner zu haben, wenn schwierige Situationen kommen.“            „Stress auf der Arbeit gibt es eigentlich immer. [...] auch ich hab jetzt nach vier Monaten Stress in der Firma. [...]. Und ich rede da jetzt mit dem Hans dann drüber.“            „Wenn ich dann mal Arbeit hab, sind meine Erwartungen, dass ich dann direkt jemanden ansprechen kann, wenn ich schlechte Laune hab oder so und mich darüber auskotzen kann.“</p>
<b>Kontakte zu Anderen</b>	<p>„dadurch, dass eine Gruppe stattfindet und man immer ein bisschen in Kontakt ist mit anderen Klienten“            „Sorgen und Nöte kann man in der Gruppe mit anderen Teilen, Erfahrungen werden weitergegeben“</p>
<b>Arbeitgeber</b>	<p>„Das ist auch so ein ‚Zuckerle‘ für den Arbeitgeber.“            „Wenn ich arbeite ist das auch sicher für den Arbeitgeber, das spielt auch eine große Rolle.“            „Ich finde es auch meinem Arbeitgeber gegenüber fair und zuträglich, der hat ja so viel Vertrauen gehabt mich einzustellen [...], dass er da nicht so allein mit mir ist.“</p>
<b>Tagesstruktur</b>	<p>„Ich komme von daheim raus.“</p>

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

<b>Kategorie</b>	<b>Beispielhafte Aussagen</b>
<b>externale Motivation</b>	<p>„Es ist ein Deal gemacht worden mit dem Arbeitgeber [...] mir ist da die Pistole auf die Brust gesetzt worden sozusagen. [...] Der Arbeitgeber hat zu mir gesagt, gehst du ins BISS kriegst du einen Vertrag, ansonsten kriegst du keinen Vertrag.“</p> <p>„Ich hatte ja eigentlich noch Gefängnis offen und dann hab ich das dem Gericht vorgelegt und dann hat man mir gesagt, dass ich 3 Jahre im BISS-Projekt mitmachen soll.“</p>
<b>Sonstiges</b>	<p>„Da ich mich entschlossen hatte hier in Lahr zu bleiben.“</p> <p>„Ich fand das Programm interessant, dadurch, dass es neu ist. Da dachte ich cool, da mache ich mit.“</p> <p>„Ich finde es auch klug so ein Angebot in Anspruch zu nehmen. Ich fände es dumm, es nicht zu machen.“</p>

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

**Tabelle 8-11:** Teilnehmerzahlen im Projekt BISS (unterbrochene Linie → Teilnahmeverlängerung nach 12 Mon)

2010												2011												2012																																													
J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O																																				
Interventions- gruppenteilnehmer												Klienten aus der Vorlaufzeit des Projekt (Beginn unbekannt)												Nach dem letzten Erhebungsstart eingetre- tene Klienten (bzw. eine Person For- schungsteilnahme abgelehnt)																																													
																																				Anzahl Interventionsgruppenteilnehmer je Monat																																	
																																				2	2	3	2	8	10	12	11	13	13	17	21	22	22	23	23	22	19	19	19	19	19	17	16	16	15	14	14	14	13	11	10	10	10
																																				Anzahl aller aktuellen Teilnehmer je Monat																																	
																																				10	10	11	8	14	16	18	17	19	19	21	25	25	25	26	25	24	22	22	22	22	22	20	23	25	25	25	20	25	24	23	23	23	25

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-12:** Dokumentierten Leistungen aus dem BISS-Leistungskatalog

<b>Leistungen</b>	<b>Anzahl abgerechneter Leistungseinheiten</b>	<b>Anzahl und Anteil (in %) der Leistungsempfänger (von n=39)</b>	<b>personenbezogener Range der Leistungsanzahl</b>
B1 „Alkoholkontrolle am Arbeitsplatz“	2	2 (5,1 %)	1
B2 „Alkoholkontrolle in der Einrichtung“	39	17 (43,6 %)	1-4
B3 „Urinkontrolle in der Einrichtung“	50	18 (46,2 %)	1-10
B4 „Gruppe BISS berufliche Orientierung“	167	30 (76,9 %)	1-13
B5 „Telefonkontakt mit Arbeitgeber“	13	9 (23,1 %)	1-4
B6 „Telefonkontakt mit Klient“	43	21 (53,8 %)	1-6
B7 „Besuch bei Klienten zu Hause“	9	6 (15,4 %)	1-3
B8 „Vertragsabschluss mit AG und Klient“	14	13 (33,3 %)	1-2
B9 „Erstellen des Vertrages“	2	2 (5,1 %)	1
B10 „Rückfallbearbeitung“	15	5 (12,8 %)	1-5
B11 „Gespräch mit Behörden und Institutionen“	22	13 (33,3 %)	1-3
B 12 „Präventionsangebot im Betrieb“	2	2 (5,1 %)	1
B14 „Erstellen von Anträgen für Zuschüsse“	1	1 (2,6 %)	1
B15 „Bewerbungstraining einzeln“	17	9 (23,1 %)	1-4
B16 „Bewerbungstraining Gruppe“	127	18 (46,2 %)	2-19
B17 „Vorstellungsgespräch mit Klient“	1	1 (2,6 %)	1
B18 „Besuch am Arbeitsplatz“	8	7 (17,9 %)	1-2
B19 „Gespräch mit Arbeitgeber“	44	20 (51,3 %)	1-6
B20 „Gespräch mit Klient arbeitsbezogen“	110	30 (76,9 %)	1-19

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-13:** Dokumentierte Leistungen aus dem bestehenden Leistungskatalog des Integrationszentrums Lahr

<b>Leistungen</b>	<b>Anzahl abgerechneter Leistungseinheiten</b>	<b>Anzahl und Anteil (in %) der Leistungsempfänger (von n=39)</b>	<b>Personenbezogener Range der Leistungsanzahl</b>
AT10 „Berufliche Beratung (Ausbildungs-, Umschulungsfragen)“	2	2 (5,1 %)	1
AT11 „Gespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen“	2	2 (5,1 %)	1
GT01 „Einzelgespräch VT“	2	2 (5,1 %)	1
GT05 „Krisenintervention“	4	2 (5,1 %)	1-3
IN01 „Gespräche mit Patienten und Partner, Angehörigen“	2	2 (5,1 %)	1
KOM02 „Gruppenausflug mit Bezugstherapeut“	4	2 (5,1 %)	2
L11 „Gespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen“	2	2 (5,1 %)	1
L12 „Psychoedukative Gruppe: Berufliche Orientierung“	2	2 (5,1 %)	1
L28 „ VT Einzel“	1	1 (2,6 %)	1
L35 „Therapie als Systemische Therapie“	7	4 (10,3 %)	1-2
L39 „Einzeltherapie“	1	1 (2,6 %)	1
L43 „Gruppenausflug mit Therapeut“	3	3 (7,7 %)	1
OWM02 „Kontakt und Infogespräch mit Vor- und Nachbehandlern“	1	1 (2,6 %)	1
PT19 „Paartherapie, Familientherapie, methodenübergreifend“	1	1 (2,6 %)	1
PT 20 „Systemische Therapie Einzel“	1	1 (2,6 %)	1

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-14:** Verteilung der Anzahl und des Anteils der Leistungsempfänger aufgeteilt nach gesamter Untersuchungsgruppe, Abbrechern und Beendern

Leistungen	Anzahl und Anteil (in %) der Leistungsempfänger		
	Alle Teilnehmer (von n=39)	Abbrecher (von n=18)	Beender (von n=21)
B1 „Alkoholkontrolle am Arbeitsplatz“	2 (5,1 %)	0 (0 %)	2 (9,5 %)
B2 „Alkoholkontrolle in der Einrichtung“	17 (43,6 %)	7 (38,9 %)	10 (47,6 %)
B3 „Urinkontrolle in der Einrichtung“	18 (46,2 %)	9 (50 %)	9 (42,8 %)
B4 „Gruppe BISS berufliche Orientierung“	30 (76,9 %)	10 (55,5 %)	20 (95,2 %)
B5 „Telefonkontakt mit Arbeitgeber“	9 (23,1 %)	5 (27,8 %)	4 (19,0 %)
B6 „Telefonkontakt mit Klient“	21 (53,8 %)	11 (61,1 %)	10 (47,6 %)
B7 „Besuch bei Klienten zu Hause“	6 (15,4 %)	2 (11,1 %)	4 (19,0 %)
B8 „Vertragsabschluss mit AG und Klient“	13 (33,3 %)	4 (22,2 %)	9 (42,8 %)
B9 „Erstellen des Vertrages“	2 (5,1 %)	1 (5,6 %)	1 (4,8 %)
B10 „Rückfallbearbeitung“	5 (12,8 %)	3 (16,7 %)	2 (9,5 %)
B11 „Gespräch mit Behörden und Institutionen“	13 (33,3 %)	6 (33,3 %)	7 (33,3 %)
B 12 „Präventionsangebot im Betrieb“	2 (5,1 %)	0 (0 %)	2 (9,5 %)
B14 „Erstellen von Anträgen für Zuschüsse“	1 (2,6 %)	1 (5,6 %)	0 (0 %)
B15 „Bewerbungstraining einzeln“	9 (23,1 %)	5 (27,8 %)	4 (19,0 %)
B16 „Bewerbungstraining Gruppe“	18 (46,2 %)	11 (61,1 %)	7 (33,3 %)
B17 „Vorstellungsgespräch mit Klient“	1 (2,6 %)	1 (5,6 %)	0 (0 %)
B18 „Besuch am Arbeitsplatz“	7 (17,9 %)	3 (16,7 %)	4 (19,0 %)
B19 „Gespräch mit Arbeitgeber“	20 (51,3 %)	5 (27,8 %)	15 (71,4 %)
B20 „Gespräch mit Klient arbeitsbezogen“	30 (76,9 %)	11 (61,1 %)	19 (90,4 %)

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-15:** Durchschnittlich erbrachte Leistungen pro Klient aufgeteilt nach gesamter Untersuchungsgruppe, Abbrechern und Beendern

Leistungen	Anzahl durchschnittlich erbrachter Leistungen		
	Alle Teilnehmer (n=39)	Abbrecher (n=18)	Beender (n=21)
B1 „Alkoholkontrolle am Arbeitsplatz“	0,05	0	0,1
B2 „Alkoholkontrolle in der Einrichtung“	1	0,94	1,05
B3 „Urinkontrolle in der Einrichtung“	1,28	1,61	1
B4 „Gruppe BISS berufliche Orientierung“	4,28	1,78	6,43
B5 „Telefonkontakt mit Arbeitgeber“	0,33	0,44	0,24
B6 „Telefonkontakt mit Klient“	1,1	1,5	0,76
B7 „Besuch bei Klienten zu Hause“	0,23	0,22	0,24
B8 „Vertragsabschluss mit AG und Klient“	0,36	0,22	0,48
B9 „Erstellen des Vertrages“	0,05	0,06	0,05
B10 „Rückfallbearbeitung“	0,38	0,67	0,14
B11 „Gespräch mit Behörden und Institutionen“	0,56	0,67	0,48
B 12 „Präventionsangebot im Betrieb“	0,05	0	0,1
B14 „Erstellen von Anträgen für Zuschüsse“	0,03	0,06	0
B15 „Bewerbungstraining einzeln“	0,44	0,44	0,43
B16 „Bewerbungstraining Gruppe“	3,26	3,66	2,9
B17 „Vorstellungsgespräch mit Klient“	0,03	0,06	0
B18 „Besuch am Arbeitsplatz“	0,21	0,17	0,24
B19 „Gespräch mit Arbeitgeber“	1,13	0,72	1,48
B20 „Gespräch mit Klient Arbeitsbezogen“	2,82	1,5	3,95

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-16:** Durchschnittliche Dauer der Einzelleistungen aufgeteilt nach gesamter Untersuchungsgruppe, Abbrechern und Beendern

Leistungen	Durchschnittliche Leistungsdauer in Minuten		
	Gesamtgruppe (n=39)	Abbrecher (n=18)	Beender (n=21)
B1 „Alkoholkontrolle am Arbeitsplatz“	57,5	-	57,5
B2 „Alkoholkontrolle in der Einrichtung“	11,4	8,5	13,6
B3 „Urinkontrolle in der Einrichtung“	15,9	17,1	14,3
B4 „Gruppe BISS berufliche Orientierung“	90	90	90
B5 „Telefonkontakt mit Arbeitgeber“	10,8	11,3	10
B6 „Telefonkontakt mit Klient“	11,4	12,0	10,3
B7 „Besuch bei Klienten zu Hause“	70	60	78
B8 „Vertragsabschluss mit AG und Klient“	55,4	33,8	64
B9 „Erstellen des Vertrages“	70	80	60
B10 „Rückfallbearbeitung“	50,7	49,2	56,7
B11 „Gespräch mit Behörden und Institutionen“	45	42,5	48
B 12 „Präventionsangebot im Betrieb“	180	-	180
B14 „Erstellen von Anträgen für Zuschüsse“	20	20	-
B15 „Bewerbungstraining einzeln“	67,9	60	75
B16 „Bewerbungstraining Gruppe“	100	99,5	100,5
B17 „Vorstellungsgespräch mit Klient“	180	180	-
B18 „Besuch am Arbeitsplatz“	45,6	58,3	38
B19 „Gespräch mit Arbeitgeber“	64,4	75,8	59,7
B20 „Gespräch mit Klient Arbeitsbezogen“	40,9	34,6	42,9

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

**Tabelle 8-17:** Ablauf der Rückfallbearbeitung von der Information, über die getroffenen Entscheidungen und Vereinbarungen, die tatsächlich durchgeführten Interventionen bis zum Ergebnis - ermittelt aus den Verlaufsberichten des Projekts (Fortsetzung auf den nächsten Seiten)

	Aufdeckung Rückfall (Suchtmittel, Häufigkeit)	Entscheidungen/ Vereinbarungen	Aktionen/ Umsetzung/ Ereignisse	Ergebnis
<b>Person A</b> <i>in Arbeit</i> Rückfall 1	Anruf von Klient (Alkohol, einen Tag)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespräch mit Arbeitgeber</li> <li>• Abgabe von Urin-/Alkoholkontrollen 2x wöchentlich</li> <li>• Einzelgespräche 1x wöchentlich (Rückfallaufarbeitung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitgeber (AG)-Gespräch mit Rückfallschilderung</li> <li>• gemeinsames Gespräch mit Team → <i>Vereinbarungen</i><sup>1</sup></li> <li>• Information des AG über Vereinbarungen</li> <li>• zwei Einzelgespräche zur Rückfallaufarbeitung</li> </ul>	erneut rückfällig während Aufarbeitung <b>(siehe Rückfall 2)</b>
<b>Person A</b> Rückfall 2	Klient berichtet Rückfall ( <i>Suchtmittel und Häufigkeit nicht dokumentiert, vermutlich Alkohol</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterführung der Rückfallbearbeitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwei Einzelgespräche</li> </ul>	erneut rückfällig während Aufarbeitung <b>(siehe Rückfall 3)</b>
<b>Person A</b> Rückfall 3	Klient berichtet Rückfall (Alkohol, eine Woche massiv)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entgiftung AG erhält Arbeitsplatz für 1 Monat, danach lasse sich eine Lösung finden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespräch mit AG--&gt; <i>Vereinbarungen</i></li> <li>• Einzelgespräch: Klient bittet um Hilfe bzgl. Entgiftungsplatz</li> <li>• Organisation und Begleitung in Entgiftung</li> <li>• Gespräch mit AG bzgl. Auffangtherapie</li> <li>• stationäres Angebot zur Auffangtherapie nicht möglich (Info Sozialarbeiterin und Beratungsstelle)</li> <li>• Kontakt zu DRV Baden-Württemberg, Aufnahme über Sondervereinbarung mit Emmendingen und verkürztes Verfahren möglich</li> <li>• Verlegung nach Freiolsheim</li> <li>• Vereinbarung mit AG bei Beendigung über Weiterbeschäftigung zu sprechen</li> <li>• Abbruch Auffangtherapie durch Klient</li> </ul>	Abbruch Auffangmaßnahme <i>Arbeitssituation nicht dokumentiert</i> <b>Entlassung BISS</b>
<b>Person B</b> <i>in Arbeit</i> <sup>2</sup>	Klient gibt Rückfall zu (ursprüngliche Informationsquelle nicht dokumentiert) ( <i>Suchtmittel und Häufigkeit nicht dokumentiert, Wochenende</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>keine dokumentiert</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung aus Betreutem Wohnen</li> <li>• Kündigung bereits vor BISS-Teilnahme mehrfach angedroht</li> <li>• Klient möchte Aufhebungsvertrag, AG will fristlos kündigen wg. fehlender Krankmeldung</li> <li>• Telefonat mit AG: Umwandlung der fristlosen Kündigung in Aufhebungsvertrag</li> <li>• Klient bleibt weiter rückfällig</li> </ul>	Aufarbeitung von Klient abgelehnt Aufhebungsvertrag durch AG <b>Entlassung BISS</b> ( <i>Rückfall im 1. Teilnahmemonat</i> )

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

	Aufdeckung Rückfall (Suchtmittel, Häufigkeit)	Entscheidungen/ Vereinbarungen	Aktionen/ Umsetzung/ Ereignisse	Ergebnis
<b>Person C</b> <i>in Arbeit</i> Rückfall 1 und 2	Anruf von Patient habe versucht zu verheim- lichen, Substitutionsbe- scheinigung zu erhalten, kalt zu entziehen (Heroin, seit 14 Tagen)	nach Entgiftung: Urinkontrolle 2x wöchentlich Einzelgespräch 1x wöchentlich sofortige Information durch Arbeitgeber bei Fehlzeit in Schule oder Betrieb (auch bei Krankheit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelgespräch</li> <li>• Fahrt nach Emmendingen zur Entgiftung (wurde abgelehnt)</li> <li>• Gespräch mit Ausbildungsbetrieb (große Enttäuschung, Wei- terbeschäftigung unsicher, wenn nur mit großen Auflagen)</li> <li>• Fallbesprechung</li> <li>• Entlassung aus Betreutem Wohnen</li> <li>• Substitution bis Entgiftung</li> <li>• Krankmeldung im Betrieb</li> <li>• Entgiftungsplatz nicht bekommen</li> <li>• Überzeugung zu anderer Entgiftungseinrichtung (Angst vor Vorgehensweise des kalten Entzugs)</li> <li>• Entgiftung abgeschlossen --&gt; Vereinbarungen</li> <li>• Urinkontrolle abgesagt wegen verlängerter Arbeitszeit</li> <li>• Information und Vereinbarungen mit Chef</li> <li>• zwei Einzelgespräche zur Rückfallbearbeitung</li> <li>• Fehlen bei Urinkontrolle und Einzelgespräch --&gt; Kontaktver- such</li> <li>• Rücksprache mit Betrieb (Krankmeldung und Bitte um Vor- schuss durch Klient), nicht an Arbeitsort aufzufinden</li> <li>• Gespräch, erneute Rückfälligkeit wird vorerst verneint</li> <li>• will Ausbildung nicht fortsetzen</li> <li>• Anruf von AG: erneute Bitte des Klienten um Vorschuss --&gt; Vereinbarung dies nicht zu tun</li> <li>• Anruf von AG: Entlassung</li> <li>• Mitteilung von Klient: bleibt rückfällig</li> </ul>	Aufarbeitung abgelehnt Entlassung Ausbildungsbetrieb <b>Entlassung BISS</b>
<b>Person D</b> <i>ohne</i> <i>Arbeit</i>	disziplinarische Entlassung im Betreuten Wohnen wegen Rückfall (Heroin, <i>Häufigkeit nicht</i> <i>dokumentiert</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nicht relevant</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot Rückfallaufarbeitung: Klient lehnt ab</li> </ul>	Aufarbeitung abgelehnt <b>Entlassung BISS</b>
<b>Person E</b> <i>ohne</i> <i>Arbeit</i>	Kontrollen in Einrichtung ( <i>Suchtmittel und Häufigkeit</i> <i>nicht dokumentiert</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entgiftungsbehandlung Adaptionsbehandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient hat Entgiftung vorzeitig verlassen, da Direktaufnahme in Adaption abgelehnt wurde, weil aus fachlicher Sicht eine län- gere Auffangbehandlung notwendig gewesen wäre</li> </ul>	Abbruch Auffangmaßnahme <b>Entlassung BISS</b> ( <i>Rückfall im 2. Teilnahmemonat</i> )

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

	<b>Aufdeckung Rückfall (Suchtmittel, Häufigkeit)</b>	<b>Entscheidungen/ Vereinbarungen</b>	<b>Aktionen/ Umsetzung/ Ereignisse</b>	<b>Ergebnis</b>
<b>Person F</b> <i>ohne Arbeit</i>	<i>Aufdeckung nicht dokumentiert (Opiate, Häufigkeit nicht dokumentiert)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>keine dokumentiert</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besuch in Einrichtung und Entlassung wegen Rückfall mit Opiaten</li> </ul>	<b>Entlassung BISS</b> <i>(Rückfall im 1. Teilnahmemonat)</i>
<b>Person G</b> <i>ohne Arbeit</i>	Info durch Suchtberatungsstelle (Alkohol, Häufigkeit nicht dokumentiert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilisierung durch Suchtberatungsstelle</li> <li>• Wiederteilnahme an BISS bei Abstinenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beendigung BISS</li> <li>• Anruf mit Bitte um Hilfe</li> <li>• Gespräch mit Suchtberatungsstelle</li> <li>• Fallbesprechung</li> <li>• Gruppenteilnahme mit Bericht über Rückfall</li> <li>• Weiterbetreuung durch Suchtberatungsstelle</li> </ul>	<b>Weiterbetreuung durch Suchtberatungsstelle</b> <b>Beendigung BISS</b> <i>(Rückfall im 1. Teilnahmemonat)</i>
<b>Person H</b> <i>ohne Arbeit</i>	Einlieferung Emmendingen mit Überdosis (Suchtmittel und Häufigkeit nicht dokumentiert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>nicht relevant</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassung BISS, da berufliche Eingliederung aktuell nicht möglich</li> </ul>	<b>Weiterbetreuung in Psychiatrie</b> <b>Beendigung BISS</b>
<b>Person I</b> <i>ohne Arbeit</i> Rückfall 1	gibt Rückfall in Krisengespräch zu (Alkohol, einmalig)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>keine dokumentiert</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thematisierung in Gruppe</li> </ul>	<b>Weitere BISS-Teilnahme</b> Fortsetzung von Bewerbungsaktivitäten <i>(Rückfall im 1. Teilnahmemonat)</i> <b>(siehe Rückfall 2)</b>
<b>Person I</b> <i>in Arbeit</i> Rückfall 2	Klient berichtet Rückfall (Suchtmittel und Häufigkeit nicht dokumentiert, vermutlich Alkohol)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterbetreuung in Suchtberatungsstelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu hohe Belastung in Ausbildung, möchte diese beenden</li> <li>• Gespräch mit Suchtberatungsstelle</li> <li>• Einstellung BISS, da Thema nicht weiter Arbeitssuche</li> </ul>	Wiedereingliederung aktuell nicht möglich <b>Weiterbetreuung in Suchtberatungsstelle</b> <b>Beendigung BISS</b>
<b>Person J</b> <i>in Arbeit</i>	Klient teilt Konsum mit (Medikamente, vier Vorfälle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelgespräche (Rückfallaufarbeitung)</li> <li>• Thematisierung in Gruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelgespräch (Aufarbeitung und Auftragsklärung) --&gt; <i>Vereinbarungen</i></li> <li>• <i>keine weitere Folgedokumentation</i></li> </ul>	<b>weitere BISS-Teilnahme</b> <i>Arbeitsplatz erhalten<sup>3</sup></i>

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

	<b>Aufdeckung Rückfall (Suchtmittel, Häufigkeit)</b>	<b>Entscheidungen/ Vereinbarungen</b>	<b>Aktionen/ Umsetzung/ Ereignisse</b>	<b>Ergebnis</b>
<b>Person K</b> <i>ohne Arbeit</i>	Berichtet aus Stammklinik (Alkohol, immer mal wieder)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abgabe von Urin-/Alkoholkontrollen 2x wöchentlich</li> <li>Rückfallaufarbeitung in BISS und Suchtberatungsstelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gespräch mit Klient: Bestätigung Rückfall, möchte Bedenkezeit ob abstinentes Leben gewünscht</li> <li>krankgemeldet in Gruppe</li> <li>Gespräch: Rückfallschilderung, Berichtet offenen Umgang mit Rückfall in ambulanter Beratungsstelle, Festlegung Entscheidungstermin bzgl. Abstinenz</li> <li>entscheidet sich für Weg ohne Alkohol --&gt; <i>Vereinbarungen</i></li> <li>Rückfallbeschreibung in Gruppe und Abstinenzgründe</li> </ul>	<b>weitere BISS-Teilnahme</b> Bewerbungsaktivitäten und Probearbeiten später Austritt, da Umzug zu rückfälligem Partner und Abstinenz nicht mehr garantiert werden könne
<b>Person L</b> <i>in Arbeit</i>	Arbeitgeber bittet um Gespräch da Klient rückfällig sei <i>(Suchtmittel und Häufigkeit nicht dokumentiert)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hochfrequente Kontrollen</li> <li>Einzelgespräche (Rückfallbearbeitung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besuch in Betrieb und gemeinsames Gespräch: Rückfallbestätigung durch Klient --&gt; <i>Vereinbarungen</i></li> <li>Einzelgespräch</li> <li>Urinkontrolle</li> <li>zum Einzelgespräch nicht erschienen</li> <li>Unterschreiben der Vereinbarungen durch Klient</li> <li>Hausverbot im Betreuten Wohnen</li> <li>verwässerte Urinkontrolle, Vereinbarung: neue am Nachmittag</li> <li><i>(keine Folgedokumentation)</i></li> <li>Planung der Urinkontrolle am Arbeitsplatz mit Arbeitgeber <i>(keine Folgedokumentation)</i></li> <li>zum Einzelgespräch nicht erschienen</li> <li>Einzelgespräch</li> <li>Abgabe einer Urinkontrolle</li> <li><i>Dokumentationslücke von 1,5 Monaten</i></li> </ul>	<b>weitere BISS-Teilnahme</b> Rückfallbearbeitung Arbeitsplatz erhalten
<b>Person M</b> <i>ohne Arbeit</i>	Klient berichtet Rückfall (Alkohol, Fasching)	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>keine dokumentiert</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rückfallbearbeitung in Gruppe</li> <li><i>keine weitere Folgedokumentation zur Rückfallaufarbeitung</i></li> </ul>	<b>weitere BISS-Teilnahme</b> Arbeitsintegration

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

	Aufdeckung Rückfall (Suchtmittel, Häufigkeit)	Entscheidungen/ Vereinbarungen	Aktionen/ Umsetzung/ Ereignisse	Ergebnis
<b>Person N</b> <i>Arbeitsplatz in Aussicht</i>	Einlieferung mit 2,8 Promille (Alkohol)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auffangtherapie in stationärer Einrichtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rückverlegung nach Hirsau (§ 64) (stationäre Rückfallaufarbeitung)</li> <li>Telefonat BISS mit Firma: Zusage für Ausbildungsplatz bis dahin Praktikum, Beginn nach Rückfallaufarbeitung (Bewerbungsgespräch war vor Rückfall)</li> <li>Situationsklärung mit Auffangeinrichtung</li> <li>Einzug ins Betreute Wohnen nach stationärer Rückfallaufarbeitung</li> <li><i>keine weitere Folgedokumentation zur Rückfallaufarbeitung</i></li> </ul>	<b>weitere BISS-Teilnahme</b> Arbeitsintegration während Auffangbehandlung

<sup>1</sup>Hinweise der Autorin sind kursiv gedruckt

<sup>2</sup>Klient bereits mit Arbeitsproblemen und mehrfach angedrohter Kündigung das Projekt begonnen → unsicherer Arbeitsplatz

<sup>3</sup>Information aus anderen Quellen aufgrund fehlender Folgedokumentation

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

**Tabelle 8-18:** Projektumsetzung und Erfahrungen mit der Projektdurchführung aus der Perspektive der Durchführenden (Fortsetzung auf den nächsten Seiten)

Bereich/ Angebot	Umsetzung	Erfahrungen
<b>Teilnahme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>frühe Vorstellung beim Arbeitgeber (bei 2. Praktikumsbesuch in der Adaption)</li> <li>Bedingung der Teilnahme für Arbeitsplatz</li> <li>Konzentration auf „eigene“ Klienten</li> <li>Beziehungsarbeit und Vorbereitung der Klienten und Arbeitgebern bereits während der Adaption</li> <li>Festlegung des maximalen zeitlichen Abstands zur letzten Entwöhnungsbehandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anreize sind der Wunsch nach beruflicher Integration und Wunsch nach Absicherung der Abstinenz</li> <li>mehr Zulauf als erwartet</li> <li>abhängig von Belegzahlen</li> <li>wenig Zulauf von externen Stellen</li> </ul>
<b>Beendigung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>häufige Verlängerung der Teilnahme, auch auf Wunsch, ohne spezifischen Grund</li> <li>Festlegung und Erweiterung der Kriterien zur Teilnahmebeendigung im Verlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>großes Interesse an Verlängerung</li> <li>Einhaltung der Beendigungskriterien aufgrund der Ressourcen notwendig</li> </ul>
<b>Gruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wöchentliche (ohne Arbeit) bzw. monatliche (mit Arbeit) Durchführung</li> <li>bei Fehlen Aufforderung zur Urinkontrolle</li> <li>Bewerbung/ Einstieg bei Zeitarbeitsfirmen möglichst vermeiden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Freude bereitend</li> <li>hohes Gesprächsniveau</li> <li>klare Abstinenzmotivation in Gruppe mit Arbeit</li> <li>keine langfristige Teilnahme an Gruppe ohne Arbeit (Austritt oder Wechsel in Gruppe mit Arbeit)</li> <li>Personen mit großem Abstand von Entwöhnungsbehandlung oder Ältere sind schwieriger für Gruppe ohne Arbeit</li> <li>motivierte Patienten schnell in Arbeit zu bekommen</li> </ul>
<b>Einzelgespräche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>oft über das Betreute Wohnen</li> <li>auf Anfrage des Klienten</li> <li>Häufig in Form von „Treppenhausgesprächen“</li> <li>unterschiedlichste Inhaltliche Themen, auch neben beruflicher Integration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>inhaltlich schwer zu dokumentieren, da sehr vielseitig</li> <li>Kontaktaufnahme durch Klienten oft auch nach Beendigung der Teilnahme</li> </ul>

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

Bereich/ Angebot	Umsetzung	Erfahrungen
<b>Kontrollen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>weniger Kontrollen aufgrund von Ressourcenmangel</li> <li>zumeist erst auf Verdacht oder nach Vorfall</li> <li>Abdeckung über Betreutes Wohnen</li> <li>Einbestellung zur Urinkontrolle bei Abwesenheit in der Gruppe</li> <li>teilweise von Klienten gefordert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>schwierige Erreichbarkeit oder fehlende Bereitschaft bei Aufforderung zu Kontrollen</li> <li>Ressourcen zu knapp für „aufsuchende“ Urinkontrollen</li> <li>übertriebene Reaktionen von Arbeitgeber (Kontrolle erwünscht bei 10 minütiger Verspätung)</li> <li>Bedeutung der Kontrollen individuell unterschiedlich</li> </ul>
<b>Rückfallbearbeitung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rückfallbearbeitung auch bei Nachweis durch BISS oder Hinweise von außen (auch ohne direkte Offenheit von Seiten des Klienten)</li> <li>ggf. Entgiftung und Aufstellung eines Hilfeplans, ggf. Vermittlung in Auffangtherapie</li> <li>Vorgabe eines Programms an Kontrollen und Einzelgesprächen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konzept der Offenheit nicht umsetzbar</li> <li>früher Entdeckte sind leichter aufzufangen</li> </ul>
<b>Arbeitgebergespräche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vertragsabschluss oft bereits in Adaption (Ressourcen sparen)</li> <li>weniger Arbeitsplatzbesuche/ regelmäßige Arbeitgebergespräche als geplant</li> <li>aufsuchendes Verhalten durch Arbeitgeber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressourcen zu knapp für regelmäßige Arbeitsplatzbesuche</li> <li>Konfliktbearbeitung durch die Kontaktmöglichkeit für Arbeitgeber angestoßen</li> </ul>
<b>Freizeitangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gelegentliche (aber zu wenige) Angebote</li> <li>Versuch eines Freizeitprojekts über Studenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wenig Vernetzung in der Freizeit in Eigeninitiative</li> <li>zu viel wäre demotivierend</li> <li>Angebote haben positive Wirkung</li> <li>professionelle Betreuung notwendig</li> <li>andere Ebene des Kennenlernens möglich</li> </ul>
<b>Informationsveranstaltungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>haben nicht stattgefunden</li> <li>Prävention im Betrieb aus dem Programm genommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Nachfrage nach Präventionsangeboten von Seiten der Arbeitgeber</li> </ul>
<b>Planungskonferenzen / Bilanzierungsgespräche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nur im Rahmen der Abschlussgespräche mit Arbeitgeber und Klient stattgefunden</li> <li>keine gesonderte Dokumentation der Bilanzierungsgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>trotz häufigem Vorsatz nicht umgesetzt</li> </ul>

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

Bereich/ Angebot	Umsetzung	Erfahrungen
<b>Dokumentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lückenhafte Dokumentation von Leistungen</li> <li>• Dokumentation an anderen Stellen (Adaption/ Betreutes Wohnen)</li> <li>• Verlaufsdocumentation unvollständig aufgrund schwieriger Zuordnung (personelle Überschneidung zwischen den Einrichtungen BISS und Betreutes Wohnen)</li> <li>• Form, Inhalte und Adressat für Abschlussberichte nicht geklärt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungen und damit deren Dokumentation Inhaltlich und strukturell schwer zwischen den Einrichtungen (BISS und Betreutes Wohnen) abzugrenzen</li> </ul>
<b>Kooperation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung über externe Stellen bisher gering</li> <li>• Kooperationen zur Vermittlung gegen Ende der Projektlaufzeit ausgeweitet</li> <li>• beschleunigte Zusagen von Lohnkostenzuschüssen</li> <li>• Praktikumsgenehmigung trotz Hartz IV</li> <li>• Möglichkeit der direkten Vermittlung in Therapie</li> <li>• meist fallbezogene Kooperation, keine geregelten Abläufe/ Austausch</li> <li>• interne Unterstützung (Ressourcen) durch Betreutes Wohnen und Adaption</li> <li>• BISS als eine Art Bonus bei der Rückfallaufarbeitung für Personen aus dem Betreuten Wohnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktive Akquise notwendig für Vermittlungen</li> <li>• Schnittstellenprobleme für externe Klienten</li> <li>• unterschiedliche Konzepte bzgl. Abstinenz und Rückfälligkeit erschweren die fallbezogene Zusammenarbeit</li> <li>• Einrichtungsintern unterschiedliche Konzepte zum Umgang mit Rückfall</li> <li>• Klientel aus Beratungsstellen häufig fehlende Voraussetzungen</li> <li>• Präsenz in Kooperationseinrichtungen wichtig (z. B. aufgrund des Wechsels von zuständigen Mitarbeitern)</li> </ul>

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-19:** Vergleich zwischen regulären Beendern und Abbrechern in der Interventionsgruppe zu t1 (Fortsetzung auf nächster Seite)

		<b>Ab- brecher (IG)</b>	<b>Reguläre Beender (IG)</b>	<b>Chi- Quadrat<sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz)<sup>a</sup> Effekt<sup>b</sup></b>
<b>Alter</b> Beender: n=21 <sup>c</sup> Abbrecher: n=18 in Jahren	Mittelwert/Median Range	32,1/31,0 22-57	33,0/31,0 21-49	U=187,5(p=.972) d=-0,09
<b>Geschlecht</b> Beender: n=21 Abbrecher: n=18 in %	männlich weiblich	77,8 (n=14) 22,2 (n=4)	100 0	$\chi^2_{(1)}=5,20$ (p=.037) Y=-.57
<b>Staatsangehörigkeit</b> Beender: n=17 Abbrecher: n=8 in %	Deutsch andere	100 0	76,5 23,5	$\chi^2_{(1)}=2,24$ (p=.269) Y=-.41
<b>Partnersituation</b> Beender: n=17 Abbrecher: n=9 in %	allein stehend feste Beziehung zeitweilige Beziehung	55,6 44,4 0	64,7 29,4 5,9	$\chi^2_{(2)}=0,99$ (p=.785) V=.20
<b>höchster Schulabschluss</b> Beender: n=21 Abbrecher: n=18 in %	(ohne Schulabschluss) Sonder-/ Förderschulabschluss Haupt-/Volksschulabschluss Realschulabschluss/mittlere Reife Abitur/Fachabitur	(0) 0 66,7 27,8 5,6	(0) 4,8 47,6 38,1 9,5	$\chi^2_{(3)}=1,99$ (p=.571) V=.23
<b>Berufsabschluss</b> Beender: n=21 Abbrecher: n=17 in %	Lehre keine Berufsausbildung Fachschule	64,7 29,4 5,9	42,9 52,4 4,8	$\chi^2_{(2)}=2,05$ (p=.441) V=.23
<b>aktuell arbeitstätig/ in Praktikum/Ausbildung</b> Beender: n=21 Abbrecher: n=18 in %	nein ja	61,1 38,9	38,1 61,9	$\chi^2_{(1)}=2,06$ (p=.205) Y=.23
<b>Abstinenzabsicht zu t1<sup>d</sup></b> Beender: n=16 Abbrecher: n=8; 9; 8 <sup>e</sup> Mittelwert/Median (Standardabweichung (SD)) 6-stufige Skala (1-6)	illegale Drogen Alkohol abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,88/6,0 (.354) 5,78/6,0 (.441) 6,0/6,0 (.000)	5,75/6,0 (.447) 5,63/6,0 (.885) 5,94/6,0 (.250)	U=56,0 (p=.631) d=0,31 U=71,5 (p=1.000) d=0,20 U=60,0 (p=1.000) d=0,29
<b>Abstinenzzuversicht (HEISA<sup>f</sup>)</b> Beender: n=16 Abbrecher: n=9 Mittelwert/Median (SD) 5-stufige Skala (0-100)	angenehme Gefühle unangenehme Gefühle	82,78/80,0 (14.167) 50,56/40,0 (33.489)	81,56/80,0 (10.443) 66,88/62,5 (19.738)	U=64,5 (p=.680) d=0,1 U=53,5 (p=.306) d=-0,64

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

		Ab- brecher (IG)	Reguläre Beender (IG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Weiterhin bestehender Kontakt zum ehemaligen Suchtumfeld</b> Beender: n=16 Abbrecher: n=9 in %	gar nicht	100	62,5	U=45,0 (p=.057) r <sub>bis</sub> =.42
	manchmal	0	37,5	
	häufig	0	0	
<b>Abstinenzverpflichtung (neben BISS)</b> Beender: n=16 Abbrecher: n=9 in %	ja	77,8	87,5	$\chi^2_{(1)}=0,41$ (p=.602) Y=-.17
	nein	22,2	12,5	
<b>Kontrolle der Abstinenz (nur Teilnehmer mit Abstinenzverpflichtung)</b> Beender: n=15 Abbrecher: n=7 in %	ja	100	93,3	$\chi^2_{(1)}=0,49$ (p=1.000) Y=-.11
	nein	0	6,7	

<sup>a</sup> *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

bzw. *U-Test nach Mann und Whitney* (asymptotische Signifikanz (2-seitig)) bei Mittelwertsunterschieden. Bei kleinen Stichproben (n1,n2<20) ist die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) angegeben.

<sup>b</sup> Es werden Cohens d (Intervallskala) und die Zusammenhangsmaße Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) bzw. die biserale Rangkorrelation r<sub>bis</sub> (Ordinalskala) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> „Wie stark ist ihre Absicht in Zukunft keine(n) ...zu konsumieren?“ Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeits erzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen „gar nicht“ bis „sehr stark“.

<sup>e</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>f</sup> HEISA: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht. Die Skalen „unangenehme Gefühle“ und „angenehme Gefühle“ mit jeweils 4 Items wurden verwendet. 5-stufige Skala mit den Werten 0, 20, 40, 60, 80, 100 und den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis „total zuversichtlich“.

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-20:** Vergleich zwischen regulären Beendern und Abbrechern in der Vergleichsgruppe zu t1  
(Fortsetzung auf nächster Seite)

		<b>Ab- brecher (VG)</b>	<b>Reguläre Beender (VG)</b>	<b>Chi- Quadrat<sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz)<sup>a</sup> Effekt<sup>b</sup></b>
<b>Alter</b>	Mittelwert/Median	28,92/28,0	30,23/26,0	U=479,0 (p=.678)
Beender: n=26 <sup>c</sup>	Range	19-42	21-49	d=-0,20
Abbrecher: n=37				
in Jahren				
<b>Geschlecht</b>	männlich	84,6	92,3	$\chi^2_{(1)}=0,85$ (p=.460)
Beender: n=26	weiblich	15,4	7,7	Y=-.19
Abbrecher: n=39				
in %				
<b>Staatsangehörigkeit</b>	Deutsch	86,8	80,8	$\chi^2_{(1)}=0,43$ (p=.728)
Beender: n=26	andere	13,2	19,2	Y=.11
Abbrecher: n=38				
in %				
<b>Partnersituation</b>	allein stehend	54,1	57,7	$\chi^2_{(3)}=2,25$ (p=.706)
Beender: n=26	feste Beziehung	43,2	38,5	V=.19
Abbrecher: n=37	zeitweilige Beziehung	2,7	0	
in %	Sonstiges	0	3,8	
<b>höchster Schulabschluss</b>	ohne Schulabschluss	7,7	3,8	$\chi^2_{(3)}=5,46$ (p=.109)
Beender: n=21	Haupt-/Volksschulabschluss	66,7	42,3	V=.29
Abbrecher: n=18	Realschulabschluss/Mittlere Reife	23,1	46,2	
in %	Abitur/Fachabitur	2,6	7,7	
<b>Berufsabschluss</b>	Lehre	39,5	46,2	$\chi^2_{(2)}=0,31$ (p=.909)
Beender: n=26	keine Berufsausbildung	55,3	50,0	V=.07
Abbrecher: n=38	andere Berufsausbildung	5,3	3,8	
in %				
<b>aktuell arbeitstätig/ in Praktikum/Ausbildung</b>	Nein	59,0	38,5	$\chi^2_{(1)}=2,63$ (p=.105)
Beender: n=26	Ja	41,0	61,5	Y=.21
Abbrecher: n=39	(davon in Aussicht)	(23,1)	(15,4)	
in %				
<b>Abstinenzabsicht<sup>d</sup></b>	illegale Drogen	5,11/6,0 (1.670)	5,42/6,0 (1.442)	U=380,5 (p=.327) d=-0,20
Beender: n=24; 23; 24 <sup>e</sup>				
Abbrecher: n=36; 35; 38				
Mittelwert/Median (Standardabweichung (SD))	Alkohol	4,26/5,0 (1.755)	4,65/5,0 (1.434)	U= 353,5 (p=.422) d=-0,24
6-stufige Skala (1-6)	abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,05/6,0 (1.723)	5,38/6,0 (1.439)	U= 411,5 (p=.429) d=-0,20

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

		Ab- brecher (VG)	Reguläre Beender (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Abstinenzzuversicht (HEISA)<sup>f</sup></b> Beender: n=24 Abbrecher: n=36 Mittelwert (SD)/Median 5-stufige Skala (0-100)	angenehme Gefühle	69,86/77,5 (31.110)	83,33/90,0 (20.198)	U=315,0 (p=.075) d=-0,49
	unangenehme Gefühle	52,92/55,0 (32.675)	67,71/72,5 (21.967)	U=316,5 (p=.080) d=-0,51
<b>weiterhin bestehender Kontakt zum ehemaligen Suchtumfeld</b> Beender: n=26 Abbrecher: n=38 in %	gar nicht	52,6	53,8	U=485,0 (p=.889) r <sub>bis</sub> =.02
	manchmal	42,1	42,3	
	häufig	5,3	3,8	
<b>Abstinenzverpflichtung</b> Beender: n=26 Abbrecher: n=37 in %	ja	37,8	57,7	$\chi^2_{(1)}=2,42$ (p=.120) Y=.20
	nein	62,2	42,3	
<b>Kontrolle der Abstinenz</b> (nur Teilnehmer mit Abstinenzverpflichtung) Beender: n=19 Abbrecher: n=22 in %	ja	77,3	94,7	$\chi^2_{(1)}=2,49$ (p=.191) Y=-.39
	nein	22,7	5,3	

<sup>a</sup> *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

bzw. *U-Test nach Mann und Whitney* (asymptotische Signifikanz (2-seitig)) bei Mittelwertsunterschieden. Bei kleinen Stichproben ( $n_1, n_2 < 20$ ) ist die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) angegeben.

<sup>b</sup> Es werden Cohens d (Intervallskala) und die Zusammenhangsmaße Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder), Cramérs V (Nominalskala, 2\*n-Felder) bzw. die biserale Rangkorrelation r<sub>bis</sub> (Ordinalskala) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> „Wie stark ist ihre Absicht in Zukunft keine(n) ...zu konsumieren?“ Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeiterzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen „gar nicht“ bis „sehr stark“.

<sup>e</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>f</sup> HEISA: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht. Die Skalen „unangenehme Gefühle“ und „angenehme Gefühle“ mit jeweils 4 Items wurden verwendet. 5-stufige Skala mit den Werten 0, 20, 40, 60, 80, 100 und den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis „total zuversichtlich“.

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-21:** Vergleich der regulären Beender in der Interventions- und Vergleichsgruppe zu t1  
(Fortsetzung auf nächster Seite)

		reguläre Beender (IG)	reguläre Beender (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Alter</b> IG: n=21 <sup>c</sup> VG: n=26 in Jahren	Mittelwert/Median	33/31	30/26	U=226,0 (p=.313) d=0,30
	Range	21-49	21-49	
<b>Geschlecht</b> IG: n=21 VG: n=26 in %	männlich	100	92,3	$\chi^2_{(1)}=1,69$ (p=.495) Y=.35
	weiblich	0	7,7	
<b>Staatsangehörigkeit</b> IG: n=17 VG: n=26 in %	Deutsch	76,5	80,8	$\chi^2_{(1)}=0,12$ (p=1.000) Y=-.06
	andere	23,5	19,2	
<b>Partnersituation</b> IG: n=17 VG: n=26 in %	allein stehend	64,7	57,7	$\chi^2_{(3)}=2,51$ (p=.632) V=.24
	feste Beziehung	29,4	38,5	
	zeitweilige Beziehung	5,9	0	
	Sonstiges	0	3,8	
<b>höchster Schulabschluss</b> IG: n=21 VG: n=26 in %	ohne Schulabschluss	0	3,8	$\chi^2_{(4)}=2,34$ (p=.899) V=.22
	Sonderschul/Förderschulabschluss	4,8	0,0	
	Haupt-/Volksschulabschluss	47,6	42,3	
	Realschulabschluss/Mittlere Reife	38,1	46,2	
	Abitur/Fachabitur	9,5	7,7	
<b>Berufsabschluss</b> IG: n=21 VG: n=26 in %	Lehre	42,9	46,2	$\chi^2_{(3)}=2,09$ (p=.867) V=.21
	keine Berufsausbildung	52,4	50,0	
	Fachschule	4,8	0	
	andere Berufsausbildung	0	3,8	
<b>aktuell arbeitstätig/ in Praktikum/Ausbildung</b> IG: n=21 VG: n=26 in %	nein	38,1	38,5	$\chi^2_{(2)}=0,00$ (p=.980) Y=-.00
	ja	61,9	61,5	
	(davon in Aussicht)	(0)	(15,4)	
<b>Abstinenzabsicht<sup>d</sup></b> IG: n=16 VG: n=24; 23; 24 <sup>e</sup> Mittelwert/Median (Standardabweichung (SD)) 6-stufige Skala (1-6)	illegale Drogen	5,75/6,0 (.447)	5,42/6,0 (1.442)	U=190,0 (p=1.000) d=0,29
	Alkohol	5,63/6,0 (.885)	4,65/5,0 (1.434)	U=105,0 (p=.012) d=0,79
	abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,94/6,0 (.250)	5,38/6,0 (1.439)	U=154,5 (p=.160) d=0,50

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

		reguläre Beender (IG)	reguläre Beender (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>HEISA<sup>f</sup></b> IG: n=16 VG: n=24 Mittelwert (SD)/Median Skala 5-stufig: 0-100	angenehme Gefühle	81,56/80,0 (10.443)	83,33/90,0 (20.198)	U=148,0 (p=.225) d=-0,10
	unangenehme Gefühle	66,88/62,5 (19.738)	67,71/72,5 (21.967)	U=170,5 (p=.560) d=-0,04
<b>weiterhin bestehender Kontakt zum ehemaligen Suchtumfeld</b> IG: n=16 VG: n=26 in %	gar nicht	62,5	53,8	U=187,0 (p=.570)
	manchmal	37,5	42,3	r <sub>bis</sub> =.01
	häufig	0	3,8	
<b>Abstinenzverpflichtung</b> IG: n=21 VG: n=26 in %	ja	100	57,7	$\chi^2_{(1)}=11,6$ (p=.000) Y=.70
	nein	0	42,3	
<b>Abstinenzverpflichtung (neben BISS)</b> IG: n=16 VG: n=26 in %	ja	87,5	57,7	$\chi^2_{(1)}=4,12$ (p=.084) Y=.39
	nein	12,5	42,3	
<b>Kontrolle der Abstinenz (neben BISS)</b> (nur Teilnehmer mit Abstinenzverpflichtung) IG: n=15 VG: n=19 in %	ja	93,3	94,7	$\chi^2_{(1)}=0,03$ (p=1.000) Y=-.06
	nein	6,7	5,3	

<sup>a</sup> *Chi-Quadrat-Test nach Pearson* (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

bzw. *U-Test nach Mann und Whitney* (asymptotische Signifikanz (2-seitig)) bei Mittelwertsunterschieden. Bei kleinen Stichproben (n1,n2<20) ist die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) angegeben. Es werden Cohens d (Intervallskala) und die Zusammenhangsmaße Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder), Cramérs V (Nominalskala, 2\*n-Felder) bzw. die biserale Rangkorrelation r<sub>bis</sub> (Ordinalskala) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> „Wie stark ist ihre Absicht in Zukunft keine(n) ...zu konsumieren?“ Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeits erzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen „gar nicht“ bis „sehr stark“.

<sup>e</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>f</sup> HEISA: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht. Die Skalen „unangenehme Gefühle“ und „angenehme Gefühle“ mit jeweils 4 Items wurden verwendet. 5-stufige Skala mit den Werten 0, 20, 40, 60, 80, 100 und den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis „total zuversichtlich“.

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

**Tabelle 8-22:** Merkmale der sozialen Integration der Interventionsgruppe vs. Vergleichsgruppe zu t3

Soziale Integration		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>weiterhin bestehender Kontakt zum ehemaligen Suchtumfeld</b> IG: n=15 <sup>c</sup> VG: n=22 in %	gar nicht	80,0	50,0	U=112,5 (p=.070) r <sub>bis</sub> =.32
	manchmal	20,0	40,9	
	häufig	0	9,1	
<b>mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?</b> (Mehrfachnennungen waren möglich) IG: n=15 VG: n=21 in %	Familienangehörige (ohne) <sup>e</sup>	46,7	85,7	$\chi^2_{(1)}=6,29$ (p=.025) Y=-.45
	Familienangehörige (mit)	6,7	0	$\chi^2_{(1)}=1,44$ (p=.417) Y=.36
	Freunde/ Bekannte (ohne)	86,7	76,2	$\chi^2_{(1)}=0,61$ (p=.674) Y=.16
	Freunde/ Bekannte (mit)	6,7	23,8	$\chi^2_{(1)}=1,85$ (p=.367) Y=-.35
<b>Zufriedenheit mit...</b> IG: n=11, 14, 15 <sup>d</sup> VG: n=18, 22, 22 Mittelwert/Median (Standardabweichung (SD)) 5-stufige Skala (1-5)	Partnerbeziehung	3,55/4,0 (1.508)	3,06/3,5 (1.514)	U=77,0 (p=.315) d=0,32
	Freundeskreis	3,57/3,5 (1.089)	3,73/3,5 (1.032)	U=146,5 (p=.795) d=-0,15
	Freizeitgestaltung	3,73/4,0 (0,884)	3,45/3,5 (1.101)	U=139,5 (p=.408) d=0,27
<b>soziale Unterstützung (F-SozU K-14)</b> (daraus 10 Items) IG: n=15 VG: n=22 Mittelwert (SD)/Median 5-stufige Skala (1-5)		3,81/3,9 (.800)	3,80/3,75 (.814)	U=158,5 (p=.848) d=0,01
<b>Tagesstrukturierung</b> IG: n=15 VG: n=22 Mittelwert (SD)/Median 5-stufige Skala (1-5)	Im Allgemeinen gelingt es mir, meinen Tagesablauf zu strukturieren.	3,87/4,0 (.915)	4,09/4,0 (.750)	U=148,0 (p=.560) d=-0,27
	Ich fühle mich bei der Strukturierung meines Alltages unterstützt.	3,07/3,0 (1.100)	3,45/3,5 (1.299)	U=133,5 (p=.324) d=-0,31
	In meiner Freizeit ist mir häufig langweilig.	2,13/2,0 (.834)	2,41/3,0 (1.182)	U=142,0 (p=.451) d=-0,26

<sup>a</sup> Chi-Quadrat-Test nach Pearson (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

bzw. U-Test nach Mann und Whitney (asymptotische Signifikanz (2-seitig)) bei Mittelwertsunterschieden. Bei kleinen Stichproben (n1,n2<20) ist die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) angegeben.

<sup>b</sup> Es werden Cohens d (Intervallskala) und die Zusammenhangsmaße Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) bzw. die biserale Rangkorrelation r<sub>bis</sub> (Ordinalskala) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>e</sup> Familienangehörige / Freunde mit bzw. ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-23:** Merkmale der beruflichen Integration der Interventionsgruppe vs. Vergleichsgruppe zu t3 (Fortsetzung auf nächster Seite)

Berufliche Integration		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Arbeitstätigkeit</b> IG: n=21 <sup>c</sup> VG: n=26 in %	aktuell in Arbeit/ Ausbildung/ Praktikum	95,2	88,5	$\chi^2_{(1)}=0,685$ (p=.617) Y=.24
	<b>Hauptsächliche Finanzierung des Lebensunterhaltes durch</b> (Mehrfachnennungen waren möglich)	Erwerbstätigkeit	85,7	81,0
IG: n=14 VG: n=21 in %	illegale Tätigkeiten	0	9,5	$\chi^2_{(1)}=1,41$ (p=.506) Y=-.32
	staatliche Hilfe	50,0	23,8	$\chi^2_{(1)}=2,56$ (p=.153) Y=.28
	private Hilfe	14,3	9,5	$\chi^2_{(1)}=.19$ (p=1.000) Y=.11
	Ausbildungsbeihilfe	14,3	9,5	$\chi^2_{(1)}=.19$ (p=1.000) Y=.11
<b>Art des Arbeitsverhältnisses</b> (nur für Personen mit Arbeit) IG: n=20 VG: n=23 in %	Ausbildungsvertrag	45,0	30,4	$\chi^2_{(3)}=3,435$ (p=.454) V=.28
	Vertrag mit Zeitarbeitsfirma	0	13	
	regulärer Arbeitsvertrag	50	47,8	
	Sonstiges	5	8,7	
<b>Befristung</b> IG: n=14, 9 <sup>c</sup> VG: n=19, 10 in %	unbefristet (alle Vertragsarten)	35,7	57,9	$\chi^2_{(1)}=1,588$ (p=.208) Y=-.22
	unbefristet (bei regulären Arbeitsverträgen )	44,4	70,0	$\chi^2_{(1)}=1,269$ (p=.370) Y=-.26
<b>Arbeitspensum</b> (nur für Personen mit Arbeit) IG: n=20 VG: n=23 in %	Vollzeit	90,0	87,0	$\chi^2_{(1)}=0,10$ (p=1.000) Y=.08
	Teilzeit (auch 400 €-Basis)	10,0	13,0	
<b>Fehltage</b> IG: n=14 VG: n=19 Mittelwert/Median (Standardabweichung (SD))	Anzahl Fehltage	3,21/2,0 (4.191)	6,53/2,0 (10.538)	U=124,0 (p=.745) d=-0,39
	Anteil Personen mit Fehltagen	64,3%	57,9%	$\chi^2_{(1)}=.14$ (p=.710) Y=.07
<b>Grund für Fehltage</b> (Mehrfachnennungen waren möglich) IG: n=9 VG: n=11 in %	Auswirkung der Suchterkrankung	11,1	27,3	$\chi^2_{(1)}=0,81$ (p=.591) Y=-.27
	gesundheitliche Gründe (Erkrankung, OP, Verletzung)	77,8	90,9	$\chi^2_{(1)}=0,67$ (p=.566) Y=-.26
	psychische Gründe (Motivationsverlust, Unzufriedenheit, Überforderung)	11,1	45,5	$\chi^2_{(1)}=2,78$ (p=.157) Y=-.44

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

Berufliche Integration		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	Chi- Quadrat <sub>(Freiheitsgrad)</sub> bzw. U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Unterstützungsquellen bei Bewerbungsaktivitäten</b>  (nur Personen ohne Arbeit nach Abschluss der Rehabilitation)  IG: n=7 VG: n=10  in %	keine Unterstützung	14,3	20,0	$\chi^2_{(1)}=0,93$ (p=1,000) Y=-.10
	Agentur für Arbeit o.Ä.	42,9	60,0	$\chi^2_{(1)}=0,49$ (p=.637) Y=-.17
	Betreutes Wohnen	57,1	40,0	$\chi^2_{(1)}=0,49$ (p=.637) Y=.17
	Drogenberatungsstelle	0	0	
	Reha-Fallbegleiter/ Fachberater	28,6	0	$\chi^2_{(1)}=3,24$ (p=.154) Y=.51
	BISS	33,3	n. r. <sup>e</sup>	n.r.
<b>Zufriedenheit mit...</b>  IG: n=14 VG: n=22  Skala von 1-5 Mittelwert (SD)/Median	beruflicher Situation	4,29/4,0 (.825)	3,77/4,0 (1.412)	U=132,5 (p=.466) d=0,43
<b>Konflikte am Arbeitsplatz</b>  (nur für Personen mit Arbeit)  IG: n=14,3 <sup>c</sup> VG: n=19, 10  Skala 7-stufig (1-7) Mittelwert (SD)/Median	Im letzten halben Jahr hatte ich Konflikte am Arbeitsplatz.	1,50/1,0 (1.160)	2,58/2,0 (2.090)	U=89,0 (p=.073) d=-0,61
	Wenn ich bei Konflikten Unterstützung brauchte, habe ich diese auch bekommen. (nur wenn Konflikte vorhanden)	6,00/6,0 (1.000)	4,00/4,0 (2.404)	U=8,0 (p=.280) d=0,9
<b>Irritationsskala (IS)<sup>d</sup></b>  IG: n=14 VG: n=19  Skala 7-stufig (1-7)  Mittlere Summenwerte der Items (SD)/Median	Emotionaler Index (5 Items) mögliche Werte: 1-35	10,93/9,5 (6.844)	10,18/9,0 (4.863)	U=133,0 (p=1.000) d=0,13
	Kognitiver Index (3 Items) mögliche Werte: 1-21	6,64/5,0 (4.012)	7,39/6,0 (4.529)	U=120,5 (p=.656) d=-0,17
	Gesamtindex (8 Items) mögliche Werte: 1-56	17,57/15,0 (10.639)	17,58/17,0 (7.609)	U=119,5 (p=.633) d=0,00

<sup>a</sup> Chi-Quadrat-Test nach Pearson (asymptotische Signifikanz (2-seitig)). Bei einer erwarteten Häufigkeit kleiner 5 bei über 20% der Zellen wurde der exakte Test nach Fisher (2-seitig) verwendet

bzw. U-Test nach Mann und Whitney (asymptotische Signifikanz (2-seitig)) bei Mittelwertsunterschieden. Bei kleinen Stichproben (n1,n2<20) ist die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) angegeben.

<sup>b</sup> Es werden Cohens d (Intervallskala) und die Zusammenhangsmaße Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) bzw. Cramérs V (Nominalskala, 2\*n-Felder) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>e</sup> Die Skala misst die psychische (Fehl-) Beanspruchung in der Folge von Belastungen durch die Arbeit in Form von Rumination (Grübeleien) und Gereiztheitsreaktionen misst (Mohr et al., 2007).

<sup>e</sup> n. r. = nicht relevant

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-24:** Merkmale der Gesundheit und Variablen der Suchtrehabilitation der Interventionsgruppe vs. Vergleichsgruppe zu t3 (Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Gesundheit und Suchtrehabilitation		Inter- ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>BSI-18</b> IG: n=15 <sup>c</sup> VG: n=22 Mittelwert/Median (Standardabweichung (SD)) 5-stufige Skala (0-4)	Globaler Kennwert (GSI)	0,24/0,17 (.233)	0,60/0,33 (.570)	U=92,5 (p=.024) d=-0,77
	Ängstlichkeit	0,26/0,17 (.281)	0,54/0,33 (.628)	U=107,5 (p=.071) d=-0,54
	Depressivität	0,30/0,33 (.276)	0,82/0,37 (.956)	U=121,0 (p=.174) d=-0,68
	Somatisierung	0,17/0,17 (.227)	0,45/0,33 (.528)	U=105,5 (p=.058) d=-0,65
<b>Zufriedenheit mit...</b> IG: n=14 VG: n=22 Mittelwert (SD)/Median 5-stufige Skala (1-5)	Gesundheitszustand	4,07/4,0 (.616)	3,50/3,5 (1.144)	U=108,5 (p=.122) d=0,59
<b>Abstinenzzuversicht (HEISA<sup>d</sup>)</b> IG: n=15 VG: n=22 Mittelwert (SD)/Median Skala 5-stufig: 0-100	angenehme Gefühle	83,67/90,0 (25.806)	73,18/80,0 (29.942)	U=127,0 (p=.235) d=0,37
	unangenehme Gefühle	62,33/60,0 (31.275)	56,97/62,5 (32.993)	U=154,5 (p=.752) d=0,17
<b>Abstinenzabsicht<sup>e</sup></b> IG: n=14;15;14 <sup>f</sup> VG: n=22 Mittelwert (SD)/Median 6-stufige Skala (1-6)	illegale Drogen	5,14/6,0 (1.791)	4,95/5,5 (1.495)	U=124,0 (p=.277) d=0,12
	Alkohol	4,47/5,0 (1.767)	3,59/4,0 (1.869)	U=118,0 (p=.138) d=0,48
	abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,21/6,0 (1.805)	5,05/6,0 (1.647)	U=134,5 (p=.470) d=0,09
<b>Zuversicht Verzicht<sup>g</sup></b> IG: n=12;13;12 VG: n=20;16;20 6-stufige Skala (1-6) Mittelwert (SD)	illegale Drogen	5,17/5,0 (.718)	5,2/5,0 (1.005)	U=108,0 (p=.645) d=-0,03
	Alkohol	4,85/6,0 (1.068)	4,87/6,0 (1.310)	U=97,0 (p=.777) d=-0,02
	abhängigkeitserzeugende Medikamente	5,75/5,0 (.452)	5,45/5,0 (.887)	U=89,0 (p=.499) d=0,40

## Anhang 8.3 - Ergebnisse

Gesundheit und Suchtrehabilitation		Inter-ventions- gruppe (IG)	Vergleichs- gruppe (VG)	U-Wert (Signifikanz) <sup>a</sup> Effekt <sup>b</sup>
<b>Aktuelle Unterstützung (neben BISS)</b>  (Mehrfachnennungen waren möglich)  IG: n=16 VG: n=26  in %	Keine	37,5	46,2	$\chi^2_{(1)}=0,30$ (p=.750) Y=-.09
	Ambulante Beratungsstelle	6,2	15,4	$\chi^2_{(1)}=0,79$ (p=.633) Y=-.25
	Selbsthilfegruppe	18,8	15,4	$\chi^2_{(1)}=0,08$ (p=1.000) Y=.06
	Betreutes Wohnen	25,0	19,2	$\chi^2_{(1)}=0,20$ (p=.711) Y=.08
	Ambulante Psychotherapie/ psychiatrische Behandlung	6,2	11,5	$\chi^2_{(1)}=0,32$ (p=1.000) Y=-.17
	sonstige	12,5	11,5	$\chi^2_{(1)}=0,09$ (p=1.000) Y=-.02

<sup>a</sup> U-Test nach Mann und Whitney (asymptotische Signifikanz (2-seitig)) bei Mittelwertsunterschieden. Bei kleinen Stichproben ( $n_1, n_2 < 20$ ) ist die für Bindungen korrigierte exakte Signifikanz (2-seitig) angegeben.

<sup>b</sup> Es werden Cohens d (Intervallskala) und das Zusammenhangsmaß Yules Y (Nominalskala, 2x2-Felder) berichtet.

<sup>c</sup> Die Stichprobengrößen können je nach Item und Datenquelle von der Grundgesamtheit abweichen und sind aus diesem Grund jeweils gesondert aufgeführt.

<sup>d</sup> HEISA: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht. Die Skalen „unangenehme Gefühle“ und „angenehme Gefühle“ mit jeweils 4 Items wurden verwendet. 5-stufige Skalen mit den Werten 0, 20, 40, 60, 80, 100 und den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ bis „total zuversichtlich“.

<sup>e</sup> „Wie stark ist ihre Absicht in Zukunft keine(n) ...zu konsumieren?“ Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeits erzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen „gar nicht“ bis „sehr stark“.

<sup>f</sup> Sind mehrere Stichprobengrößen hintereinander angegeben gelten diese jeweils für die aufeinanderfolgenden Items im jeweiligen Tabellenabschnitt.

<sup>g</sup> „Wie gut wird Ihnen dies gelingen?“ Diese Frage bezieht sich auf die abgefragte Abstinenzabsicht. Die Frage wurde in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol und abhängigkeits erzeugende Medikamente gestellt. 6-stufige Skala mit den Polen „auf keinen Fall“ bis „ganz sicher“. Es wurden nur Personen eingeschlossen, die in der Frage zur Abstinenzabsicht mindestens einen Wert von 2 angaben.

**Anhang**  
**8.3 - Ergebnisse**

**Tabelle 8-25:** Konsumhäufigkeit verschiedener Suchtmittel im 2. Halbjahr nach abgeschlossener Rehabilitation

		Interventionsgruppe (IG)	Vergleichsgruppe (VG)
<b>Konsumhäufigkeit Alkohol seit letzter Befragung</b> (nur für Personen mit angegebenem Konsum) IG: n=3 <sup>b</sup> VG: n=13 Anzahl Personen <sup>c</sup> (in %)	gar nicht	1 (33,3)	0
	einmalig	0	3 (23,1)
	gelegentlich	1 (33,3)	7 (53,8)
	häufig	1 (33,3)	2 (15,4)
	sehr häufig	0	1 (7,7)
<b>Konsumhäufigkeit abhängigkeitserzeugenden Medikamenten seit letzter Befragung</b> (nur für Personen mit angegebenem Konsum) IG: n=3 VG: n=13 Anzahl Personen (in %)	gar nicht	2 (66,6)	10 (76,9)
	einmalig	1 (33,3)	0
	gelegentlich	0	1 (7,7)
	häufig	0	1 (7,7)
	sehr häufig	0	1 (7,7)
<b>Konsumhäufigkeit Cannabinoide seit letzter Befragung</b> (nur für Personen mit angegebenem Konsum) IG: n=3 VG: n=13 Anzahl Personen (in %)	gar nicht	3 (100)	9 (69,2)
	einmalig	0	0
	gelegentlich	0	2 (15,4)
	häufig	0	1 (7,7)
	sehr häufig	0	1 (7,7)
<b>Konsumhäufigkeit illegale Drogen seit letzter Befragung</b> (nur für Personen mit angegebenem Konsum) IG: n=3 VG: n=13 Anzahl Personen (in %)	gar nicht	3 (100)	9 (69,2)
	einmalig	0	0
	gelegentlich	0	2 (15,4)
	häufig	0	0
	sehr häufig	0	2 (15,4)

## 9 Informationen

### **Förderer:**

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

### **Laufzeit:**

Förderzeitraum des Modellprojekts: 01.01.2010 – 31.12.2012

Förderzeitraum der Evaluationsstudie: 01.01.2010 – 31.12.2012

Laufzeit der Evaluationsstudie: 01.01.2010 – 31.03.2013

### **Durchführung der Evaluationsstudie:**

Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie

Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Anne Styp von Rekowski, Dipl.-Psychologin

Dr. Harald Seelig

### Interessenskonflikte:

Es bestehen bei keinem der Mitarbeitenden Interessenskonflikte.

### Kontakt:

Engelbergerstr. 41, 79085 Freiburg

Tel: 0761-203-3046

bengel@psychologie.uni-freiburg.de

### **Durchführung des Modellprojekts BISS:**

Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim

Wolfgang Indlekofer, Dipl.-Psychologe

Hans Marz, Arbeitstherapeut

Christoph Schönfelder, Dipl. Sozialpädagoge

Iris Siller, Soziale Arbeit (BA)

### Träger:

AGJ - Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V.

### Kontakt

Brestenbergstraße 2-4, 77933 Lahr

Tel.: 07821-92280-10

biss.lahr@agj-freiburg.de

### **Vergleichseinrichtungen:**

Adaption der Rehaklinik Four-Steps, Fellbach

Anna Krieb, Dipl.-Psychologin

Adaption des Rehahauses Gundelfingen

Wolfgang Schneider, Dipl. Sozialarbeiter (FH)

Tagesklinik der Rehaklinik Freiolsheim, Karlsruhe

Edith Rascher, Dipl. Sozialarbeiterin (FH)

Adaption des Integrationszentrums Lahr

Christoph Schönfelder Dipl. Sozialpädagoge

# 10 Erhebungsinstrumente

Auf den folgenden Seiten findet sich eine Auswahl der Erhebungsinstrumente. Da sich die Inhalte der Fragebögen und der Interviews über die Gruppen und Messzeitpunkte stark überschneiden sind nicht alle verwendeten Instrumente aufgeführt.

- Teilnehmerinformation BISS-Gruppe
- Teilnehmerinformation Vergleichsgruppe
- Arbeitgeberinformation
- Einverständniserklärung Vergleichsgruppe
- Fragebogen t1 BISS-Gruppe
- Fragebogen t3 BISS-Gruppe
- Interviewleitfaden t1 BISS-Gruppe, Klienten mit Arbeit
- Interviewleitfaden t3 BISS-Gruppe
- Arbeitgeberfragebogen
- Interviewleitfaden t1 Durchführende
- Interviewleitfaden Verlauf Durchführende
- Interviewleitfaden Experten

## Teilnehmerinformation

**TeilnehmerInneninformation**  
zur wissenschaftlichen Begleitforschung zur Evaluation des Projekts  
**„Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“ (BISS)**  
(für Sie zum Aufbewahren)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Ihrer Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung (Evaluationsstudie) helfen Sie, das Modellprojekt BISS des Integrationszentrums Lahr zu beurteilen. Durch die Evaluation sollen sich unter anderem Hinweise zur Optimierung des Projekts ergeben.

Die Evaluationsstudie wird vom Institut für Psychologie der Universität Freiburg (Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg durchgeführt.

Es werden zum einen Personen befragt, die an dem Projekt beteiligt sind (z.B. Klienten, Therapeuten, Arbeitgeber) und zum anderen werden Dokumentationen aus dem Projekt ausgewertet.

Ihre Mitarbeit und Angaben helfen, das Projekt BISS zu optimieren und umfassende Informationen zur Bewertung des Projekts zu erhalten.

### **Ziel der Evaluationsstudie:**

Der Nutzen des Projekts BISS soll durch die Evaluationsstudie geprüft werden. Neben der Erkenntnis über förderliche und hinderliche Aspekte des Projekts, sollen auch Hinweise zur Verbesserung der Maßnahme erkennbar werden und die Zielerreichung überprüft werden.

### **Ablauf der Evaluation und verwendete Klientendaten:**

Neben einer ersten schriftlichen Befragung werden Sie, während Ihrer Teilnahme an BISS, drei Mal mündlich (Interview) und zwei Mal schriftlich (Fragebogen) befragt. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet, um eine nachträgliche Auswertung zu ermöglichen. Dokumentationen aus Ihren Kontakten mit den Mitarbeitern von BISS und die Ergebnisse der Drogen- und Alkoholscreenings werden ebenfalls in die Auswertung aufgenommen. Um die StudienteilnehmerInnen genauer miteinander vergleichen zu können, werden Informationen aus den Abschlussberichten der Rehabilitationsbehandlungen für die Evaluation verwendet, sofern diese dem Integrationszentrum Lahr vorliegen. Hierfür wird das Integrationszentrum Lahr eine Kopie des Abschlussberichtes an die Verantwortlichen des Evaluationsprojekts weitergegeben.

Darüber hinaus werden einzelne Arbeitgeber bezüglich des Projekts befragt.

### **Freiwilligkeit:**

Die Teilnahme an der Evaluationsstudie ist freiwillig. Ihre Bereitschaft für eine Teilnahme und das Einverständnis zur Verwendung Ihrer Informationen bestätigen Sie uns durch die Unterzeichnung des Vertrages, der im Projekt BISS vereinbart wird.

Sie können jederzeit – auch nach bereits gegebener Einwilligung – aus der Evaluationsstudie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten veranlassen (schriftliche oder telefonische Benachrichtigung ist ausreichend). Ihnen entstehen keinerlei Nachteile für Ihre Teilnahme am Projekt BISS, wenn Sie an der Evaluationsstudie nicht teilnehmen.

### **Datenschutz:**

Alle Angaben und Informationen werden anonym, d. h. ohne Ihren Namen aufbewahrt und ausgewertet.

Hierzu wird der farbige Teil des Fragebogens mit den personenbezogenen Angaben abgetrennt und gesondert aufbewahrt. Die personenbezogenen Angaben werden für die Zusendung der verschiedenen Fragebögen sowie für die Zuordnung der zusammengehörenden Fragebögen einer Person benötigt.

Auch die Kopien der Abschlussberichte der Rehabilitationsbehandlungen werden gesondert aufbewahrt.

Alle Auswertungen erfolgen so, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Hierzu wird Ihnen eine Nummer zugeteilt, mit der alle Ihre, in der Evaluationsstudie gesammelten Informationen und Tonaufzeichnungen, versehen werden. Eine Zuordnung der Nummer zu Ihrem Namen ist nur über eine Zuordnungsliste möglich. Diese Liste ist nur den Mitarbeitern der Evaluationsstudie (siehe unten) zugänglich.

Alle Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Beim Ablauf der Evaluationsstudie (Dezember 2012) wird diese Liste gelöscht, so dass keine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person mehr möglich sein wird. Auch die Tonaufnahmen der Interviews werden zum selben Zeitpunkt gelöscht.

Weder die Mitarbeiter des Projekts BISS des Integrationszentrums Lahr noch die Deutsche Rentenversicherung noch Ihre Arbeitgeber erhalten personenbezogene Informationen aus den Unterlagen der Studie.

Die Studie ist von der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie begutachtet. Die Kommission bestätigt, dass keine ethischen Bedenken gegen die Studie vorliegen. Zielsetzung, Planung und vorgeschlagene praktische Durchführung entsprechen in vollem Maße den Anforderungen, die an ein solches Projekt zu stellen sind.

### **Aufwand für Studienteilnehmer:**

Die Durchführung jedes Interviews nimmt ungefähr 30 Minuten in Anspruch. Dieses soll möglichst zeitnah zu den regulären Gruppenterminen durchgeführt werden, damit keine zusätzliche Anfahrt nötig ist. Die schriftlichen Befragungen nehmen ca. 20 Minuten in Anspruch.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### **Mitarbeiter der Evaluationsstudie und Kontakt:**

- Dipl.-Psych. Anne von Rekowski (Tel. 0761 / 203 – 9315 Sekr.: 0761/203-3046)  
Institut für Psychologie  
Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
Engelbergerstraße 41  
D-79085 Freiburg  
anne.von.rekowski@psychologie.uni-freiburg.de
- Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
- Dr. Harald Seelig
- Inès Ohlhausen

Wenn Sie an der Evaluationsstudie des Modellprojekts BISS teilnehmen, dann möchten wir Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich danken.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. J. Bengel  
Leiter der Abteilung für  
Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg



Dipl.-Psych. Anne von Rekowski  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
der Abteilung für  
Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg



## Vergleichsgruppe

### **TeilnehmerInneninformation**

zur wissenschaftlichen Evaluationsstudie zur beruflichen Integration nach stationärer Suchtbehandlung  
(für Sie zum Aufbewahren)

Sehr geehrte Damen und Herren

Ihre Rehabilitationseinrichtung (*hier Einrichtungsname eintragen*) hat sich bereit erklärt, als Vergleichsgruppe an unserer Evaluationsstudie teilzunehmen.

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, eine neue Maßnahme des Integrationszentrums Lahr zur beruflichen Integration nach stationärer Suchtbehandlung (BISS) zu beurteilen und zu verbessern.

Die Informationen von Personen aus Ihrer Einrichtung sollen mit denen von TeilnehmerInnen der Maßnahme BISS verglichen werden.

Die Evaluationsstudie wird vom Institut für Psychologie der Universität Freiburg (Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg durchgeführt.

#### **Ziel der Evaluationsstudie:**

Der Nutzen der Integrationsmaßnahme BISS soll durch die Evaluationsstudie geprüft werden. Neben der Erkenntnis über förderliche und hinderliche Aspekte sollen auch Hinweise zur Verbesserung der Maßnahme erkennbar werden und die Zielerreichung überprüft werden.

#### **Ablauf der Vergleichsgruppenerhebungen:**

Es finden drei schriftliche Befragungen zur persönlichen Situation mit dem Schwerpunkt auf den beruflichen Umständen statt. Die erste Befragung findet nach dem erfolgreichen Abschluss der Suchtrehabilitation statt, die zweite nach ca. sechs Monaten und die dritte nach einem Jahr.

Um die StudienteilnehmerInnen genauer miteinander vergleichen zu können, werden Informationen aus den Abschlussberichten der Rehabilitationsbehandlungen für die Evaluation verwendet. Deswegen wird Ihre Rehabilitationseinrichtung eine Kopie des Abschlussberichtes an die Verantwortlichen des Evaluationsprojekts weitergegeben.

#### **Freiwilligkeit:**

Die Teilnahme an der Evaluationsstudie ist freiwillig. Ihre Bereitschaft für eine Teilnahme und das Einverständnis zur Verwendung Ihrer Informationen bestätigen Sie uns durch die schriftliche Einverständniserklärung. Sie können jederzeit – auch bei schon gegebener Einwilligung – aus der Studie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten veranlassen (schriftliche oder telefonische Benachrichtigung ist ausreichend).

### **Datenschutz:**

Alle Angaben und Informationen werden anonym, d. h. ohne Ihren Namen aufbewahrt und ausgewertet.

Hierzu wird der farbige Teil der Fragebögen mit den personenbezogenen Angaben abgetrennt und gesondert aufbewahrt. Die personenbezogenen Angaben werden für die Zusendung der verschiedenen Fragebögen sowie für die Bestimmung der Zusammengehörigkeit der Fragebögen einer einzelnen Person benötigt.

Auch die Informationen aus den Abschlussberichten werden anonymisiert aufbewahrt.

Alle Auswertungen erfolgen so, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Hierzu wird Ihnen eine Nummer zugeteilt, mit der alle Ihre, in der Evaluationsstudie gesammelten Informationen, versehen werden. Eine Zuordnung der Nummer zu Ihrem Namen ist nur über eine Zuordnungsliste möglich.

Diese Liste ist nur den an der Evaluationsstudie beteiligten Mitarbeitern der Universität Freiburg (siehe unten) zugänglich. Alle Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Beim Ablauf der Evaluationsstudie (Dezember 2012) wird die Liste gelöscht, so dass keine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person mehr möglich sein wird.

Die Mitarbeiter der (*hier Einrichtungsname eintragen*) und auch die Deutsche Rentenversicherung erhalten keine personenbezogenen Informationen aus den Unterlagen der Studie.

Die Studie ist von der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie begutachtet. Die Kommission bestätigt, dass keine ethischen Bedenken gegen die Studie vorliegen. Zielsetzung, Planung und vorgeschlagene praktische Durchführung entsprechen in vollem Maße den Anforderungen, die an ein solches Projekt zu stellen sind.

### **Aufwand für Studienteilnehmer:**

Die schriftlichen Befragungen nehmen jeweils ca. 20 Minuten in Anspruch.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### **Mitarbeiter der Evaluationsstudie und Kontakt:**

- Dipl.-Psych. Anne von Rekowski (Tel. 0761 / 203 – 9315)  
Institut für Psychologie  
Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
Engelbergerstraße 41  
D-79085 Freiburg  
anne.von.rekowski@psychologie.uni-freiburg.de
- Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
- Dr. Harald Seelig
- Inès Ohlhausen

Wenn Sie an der Evaluationsstudie teilnehmen, dann möchten wir Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich danken und Sie bitten, den Fragebogen und die beiliegende Einverständniserklärung auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. J. Bengel  
Leiter der Abteilung für  
Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg



Dipl.-Psych. Anne von Rekowski  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
der Abteilung für  
Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg



### **Arbeitgeberinformation**

zur wissenschaftlichen Begleitforschung zur Evaluation des Projekts  
**„Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“ (BISS)**  
(für Sie zum Aufbewahren)

Sehr geehrte Damen und Herren

BISS ist ein Projekt des Integrationszentrums Lahr der Reha-Klinik Freiolsheim und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Begleitend soll in einer wissenschaftlichen Studie (Evaluationsstudie) eine möglichst umfassende Bewertung des Modellprojekts erfolgen, aus der sich u. a. Hinweise zur Optimierung des Projekts ergeben sollen.

Die Evaluationsstudie wird vom Institut für Psychologie der Universität Freiburg (Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg durchgeführt. In der Evaluationsstudie werden zum einen Personen befragt, die an dem Projekt beteiligt sind (z.B. Klienten, Therapeuten, Arbeitgeber) und zum anderen werden Dokumentationen aus dem Projekt ausgewertet.

Ihre Mitarbeit und Angaben helfen, das Modellprojekt zu optimieren und umfassende Informationen zur Bewertung des Projekts zu erhalten.

#### **Ziel der Evaluation:**

Der Nutzen des Projekts BISS soll durch die Evaluationsstudie geprüft werden. Neben der Erkenntnis über förderliche und hinderliche Aspekte des Projekts, sollen auch Hinweise zur Verbesserung der Maßnahme erkennbar werden und die Zielerreichung überprüft werden.

#### **Ablauf der Evaluation und verwendete Daten:**

Neben der Befragung der Klienten und der Mitarbeiter des Projekts sollen auch die Sichtweise und die Erfahrungen der Arbeitgeber berücksichtigt werden. Hierzu werden einzelne, zufällig ausgewählte Arbeitgeber schriftlich befragt oder interviewt. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet, um eine nachträgliche Auswertung zu ermöglichen.

#### **Freiwilligkeit:**

Die Teilnahme an der Studie ist für alle Beteiligten freiwillig. Ihre Bereitschaft für die Teilnahme erteilen Sie uns durch die Unterzeichnung des Vertrags, der im Projekt BISS vereinbart wird.

Sie können jederzeit – auch nach bereits gegebener Einwilligung – aus der Evaluationsstudie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten veranlassen (schriftliche oder telefonische Benachrichtigung ist ausreichend). Ihnen oder Ihrem Arbeitnehmer entstehen keinerlei Nachteile für Ihre Teilnahme am Projekt BISS, wenn Sie an der Evaluationsstudie nicht teilnehmen.

### **Datenschutz:**

Alle Angaben und Informationen werden anonym, d.h. ohne Ihren Namen aufbewahrt und ausgewertet. Alle Auswertungen erfolgen so, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person, Ihre Firma oder Ihren Arbeitnehmer möglich sind. Hierzu wird Ihnen eine Nummer zugeteilt, mit der alle Ihre, in der Evaluationsstudie gesammelten Informationen und Tonaufzeichnungen, versehen werden. Eine Zuordnung der Nummer zu Ihrem Namen/ zu ihrer Firma ist nur über eine projektinterne Liste möglich.

Diese Zuordnungsliste ist nur den Mitarbeitern der Evaluationsstudie (siehe unten) zugänglich. Alle Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Beim Ablauf der Evaluationsstudie (Dezember 2012) wird diese Liste gelöscht, so dass keine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person/ Ihrer Firma mehr möglich sein wird. Auch die Tonaufnahmen der Interviews werden zum selben Zeitpunkt gelöscht.

Weder die Mitarbeiter des Projekts BISS des Integrationszentrums Lahr noch die Deutsche Rentenversicherung erhalten personen- oder firmenbezogene Informationen aus den Unterlagen der Studie.

Die Studie ist von der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie begutachtet. Die Kommission bestätigt, dass keine ethischen Bedenken gegen die Studie vorliegen. Zielsetzung, Planung und vorgeschlagene praktische Durchführung entsprechen in vollem Maße den Anforderungen, die an ein solches Projekt zu stellen sind.

### **Aufwand für Arbeitgeber:**

Die schriftliche Befragung nimmt ca. 20 Minuten in Anspruch.

Die Durchführung des Interviews nimmt ungefähr 30-60 Minuten in Anspruch.

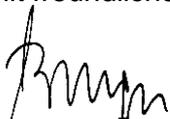
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### **Mitarbeiter der Evaluationsstudie und Kontakt:**

- Dipl.-Psych. Anne von Rekowski (Tel. 0761 / 203 – 9315 Sekr.: 0761/203-3046)  
Institut für Psychologie  
Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
Engelbergerstraße 41  
D-79085 Freiburg  
anne.von.rekowski@psychologie.uni-freiburg.de
- Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
- Dr. Harald Seelig
- Inès Ohlhausen

Wenn Sie an der Evaluation des Modellprojekts BISS teilnehmen, dann möchten wir Ihnen bereits an dieser Stelle herzlich danken.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. J. Bengel  
Leiter der Abteilung für  
Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg



Dipl.-Psych. Anne von Rekowski  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
der Abteilung für  
Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
der Universität Freiburg



## Vergleichsgruppe

# Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluationsstudie zur beruflichen Integration  
nach stationärer Suchtbehandlung

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin über Inhalt, Zweck und Durchführung der Evaluationsstudie informiert worden. Zu diesem Zweck habe ich ein Informationsblatt zur Studie erhalten. Mir wurde versichert und mir ist bekannt,

- dass alle meine Angaben – ohne Einschränkungen – absolut vertraulich behandelt werden,
- dass personenbezogene Angaben in keinem Fall an Dritte weitergegeben werden,
- dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist,
- dass ich jederzeit mein Einverständnis zurückziehen kann,
- dass Informationen sowohl aus den schriftlichen Befragungen wie auch aus den Abschlussberichten der Rehabilitationsbehandlungen wissenschaftlich ausgewertet werden,
- dass die Daten anonymisiert ausgewertet werden,
- und dass die Zuordnung meines Namens zu den Daten nach Ablauf der Studie gelöscht wird.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Evaluationsstudie unter den in der Teilnehmerinformation genannten Voraussetzungen und gebe die Erlaubnis zur Verwendung der erhobenen Daten.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**



Fragebogen BISS t1

Personenkennung:

t1

**Liebe(r) Teilnehmer(in) des BISS Projekts**

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft diesen Fragebogen auszufüllen. Mit den folgenden Fragen wollen wir etwas über den Verlauf Ihrer Suchtrehabilitation erfahren. Einige Fragen beziehen sich darüber hinaus auf Ihre persönliche und berufliche Situation.

Ihre Angaben helfen uns Maßnahmen zur beruflichen Integration nach der Sucht Rehabilitation zu verbessern.

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden streng vertraulich und anonym behandelt.

Da wir Sie gerne zu einem späteren Zeitpunkt erneut befragen wollen, möchten wir Sie bitten, die Fragen zu Ihrer Person zu beantworten (farbiger Teil des Fragebogens). Dies ist notwendig, um Ihnen im Laufe des nächsten Jahres zwei weitere Fragebögen zusenden zu können.

Der **farbige Teil** mit den personenbezogenen Angaben wird nach der wissenschaftlichen Auswertung vom restlichen Fragebogen abgetrennt und gesondert aufbewahrt, so dass keine Rückschlüsse von den Angaben im Fragebogen auf Ihre Person möglich sind.

Für das Ausfüllen benötigen Sie ca. 20 Minuten.

Schon jetzt möchten wir Ihnen für Ihre Mitarbeit und Unterstützung herzlich danken!

**Angaben für die nächste Kontaktaufnahme:**

Bitte geben Sie hier die Kontaktdaten an, unter welchen Sie voraussichtlich in ca. 6 Monaten erreichbar sein werden:

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	PLZ, Ort:	_____
Telefonnummer:	_____	Handynummer:	_____
Email-Adresse:	_____		

Sonstige Person / Stelle über die ich ggf. erreichbar sein werde:

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Tel. Nummer

Bitte heutiges Datum angeben: \_\_\_\_\_

### Allgemeines zur Person

1

Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

männlich

Wie alt sind Sie?

| \_\_\_ | Jahre

Wie ist Ihr Familienstand?

ledig

geschieden /  
getrennt lebend

verheiratet

verwitwet

Wie ist Ihre Partnersituation?

allein stehend

zeitweilige  
Beziehung(en)

feste Beziehung

sonstiges und zwar:  
\_\_\_\_\_

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

deutsch

andere und zwar:  
\_\_\_\_\_

2 Welchen Freizeitaktivitäten/Hobbies gehen Sie *aktuell* regelmäßig nach?

A .....

C .....

B .....

D .....

3 Haben Sie weiterhin/wieder Kontakt zu dem Personenkreis, in dem Sie meistens Suchtmittel konsumiert haben?

gar nicht

manchmal

häufig

## Fragen zur Person und zum Umfeld

In den folgenden Fragen geht es um Ihre subjektive Einschätzung. Das heißt es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Auch wenn manche Fragen für Sie ähnlich klingen, möchten wir Sie bitten, **alle** Fragen zu beantworten.

4	Wie sehr treffen folgende Situationen auf Sie zu?				
	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freunde, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen gelingt es mir, meinen Tagesablauf zu strukturieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich bei der Strukturierung meines Alltags unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-Sozu, 2007

## Fragen zu Problemen und Beschwerden

### 5 Haben Sie irgendwelche körperlichen oder psychischen Erkrankungen?

- nein
- ja, körperliche Erkrankung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ja, psychische Erkrankung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Schwerbehinderung zu | \_\_\_\_ | %

### 6 Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
...Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
...dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
...Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
...Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
...Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
...dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>				
...Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
...Schwermut	<input type="checkbox"/>				
...plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
...Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
...dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
...Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
...Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
...einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
...so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
...Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
...Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
...Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				

BSI-18, 2000

## Fragen zur beruflichen Situation

### 7 Was war Ihre Arbeitssituation vor der aktuell beendeten Rehabilitationsbehandlung?

- Arbeitsplatz vorhanden / selbständig     
  in Ausbildung     
  arbeitslos / nicht erwerbstätig

Wie lange waren Sie vor der Rehabilitation in der angegebenen Situation?

| \_\_\_\_ | Jahre

| \_\_\_\_ | Monate

### 8

auf keinen Fall      eher nein      unsicher      eher ja      sicher

Werden Sie weiterhin Ihre jetzige (oder letzte) berufliche Tätigkeit ausüben können?

Werden Sie irgendeine berufliche Tätigkeit ausüben können?

### 9 Mein aktuelles Einkommen (Gehalt, Arbeitslosengeld, ...) benötige ich zu größeren Teilen für Folgendes: (Mehrfachnennungen möglich)

- Miete, Nebenkosten     
  Schuldentilgung     
  Zigaretten  
 Lebensmittel     
  Öffentliche Verkehrsmittel     
  Fahrzeug (Auto, Motorrad,...)  
 Privatinsolvenz     
  Unterhaltszahlungen  
 weiteres und zwar: \_\_\_\_\_

### 10 Sind Sie momentan arbeitstätig / in Ausbildung / in einem Praktikum?

- nein    ⇒ weiter mit **Fragen 11 a und b**     
  ja    ⇒ weiter mit **Fragen 12 a und b**

## Fragen für Personen ohne Arbeitsplatz / Ausbildung / Praktikum

**11 a**

Werden sie neben BISS bei Ihrer  
Arbeitssuche / bei Ihren  
Bewerbungsaktivitäten unterstützt?

 ja

Ich bin momentan nicht auf  
Arbeitssuche.

 nein

Ich habe bereits einen  
Arbeitsplatz / Praktikum  
sicher in Aussicht.

Falls ja, durch wen?  
(Mehrfachnennungen möglich)

 Agentur für Arbeit/ afög/  
kommunale Arbeitsförderung

 Betreutes Wohnen

 ambulante Beratungsstelle

 sonstige: \_\_\_\_\_

**11 b** **Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

Mir wird es leicht fallen, eine Arbeit zu finden.

trifft gar  
nicht zu





trifft  
völlig zu

Ich beschäftige mich intensiv mit der Suche nach  
einer beruflichen Tätigkeit (Ausbildungs-,  
Praktikums- bzw. Arbeitsstelle).

trifft gar  
nicht zu





trifft  
völlig zu

⇒ Weiter mit Frage 13

## Fragen für Personen mit Arbeitsplatz / Ausbildungsplatz / Praktikumsstelle

### 12 a

Welches Arbeitsverhältnis liegt bei Ihnen vor?

Ausbildungsvertrag                       Praktikumsvertrag  
 Vertrag mit Zeitarbeitsfirma       regulärer Arbeitsvertrag  
 Vertrag auf Stundenbasis/ Werksvertrag/ Projektvertrag  
 sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

Mein Vertrag ist

unbefristet                                       befristet bis \_\_\_\_\_

Ich arbeite momentan

Vollzeit (100%)                                       Teilzeit zu |\_\_\_\_| %  
 halbtags (50%)                                       sonstiges und zwar  
 \_\_\_\_\_

### 12 b Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft größtenteils nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft teilweise zu	trifft größtenteils zu	trifft fast völlig zu
Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schnell verärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IS, 2008

## Fragen zum Abhängigkeitsverlauf

13

**Wie lange bestand eine Suchtmittelabhängigkeit von den folgenden Substanzen vor der letzten Rehabilitation?**

Bitte geben Sie für jedes Suchtmittel die ungefähre Dauer der Abhängigkeit in Jahren und Monaten an. Bei den Suchtmitteln zu denen keine Abhängigkeit bestand tragen Sie 0 ein.

Jahre	Monate		Jahre	Monate	
__	__	Alkohol	__	__	Stimulanzien (außer Kokain)
__	__	Opioide (z.B. Heroin)	__	__	Halluzinogene
__	__	Cannabinoide	__	__	Kokain
__	__	Sedativa, Hypnotika (z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Benzodiazepine)	__	__	flüchtige Lösungsmittel
__	__	sonstiges: _____			

14

Hatten Sie während Ihrer aktuell abgeschlossenen Rehabilitation einen Rückfall / Rückfälle?

ja
  nein

15

**Rauchen Sie?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig   | <input type="checkbox"/> nein, noch nie                                     |
| <input type="checkbox"/> ja, gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein, mehr als sechs Monate nicht mehr             |
|   | <input type="checkbox"/> nein, innerhalb der letzten sechs Monate aufgehört |

## Fragen zum Rehabilitationsverlauf

### 16 Fragen zur aktuell abgeschlossenen Rehabilitationsbehandlung

Welche Maßnahmen haben Sie durchlaufen? (Mehrfachantworten möglich)

	<input type="checkbox"/> stationäre Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Adaptionsbehandlung
	<input type="checkbox"/> ambulante Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Tagesklinik
	<input type="checkbox"/> teilstationäre Entwöhnungsbehandlung	

Wie lange dauerte die gesamte Behandlung? | \_\_\_\_ | Wochen

Wie haben Sie die Behandlung beendet?

	<input type="checkbox"/> regulär	<input type="checkbox"/> vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis
	<input type="checkbox"/> vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	<input type="checkbox"/> disziplinarisch aufgrund: _____
	<input type="checkbox"/> vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____

### 17 Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie (neben BISS) momentan wahr? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie/ psychiatrische Behandlung
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> sonstige: _____

### 18 Sind Sie (neben BISS) durch besondere Rahmenbedingungen zur Abstinenz verpflichtet?

nein      ⇒ weiter mit Frage 19 a

ja      ⇒ bitte beantworten Sie diesbezüglich auch die folgenden Fragen:

Durch wen / was sind Sie zur Abstinenz verpflichtet? (Mehrfachnennungen möglich)

	<input type="checkbox"/> Führerscheinwerb	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
	<input type="checkbox"/> Nachsorgeeinrichtung	
	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar _____	

Auf welche Suchtmittel bezieht sich die Abstinenzverpflichtung? (Mehrfachnennungen möglich)

	<input type="checkbox"/> illegale Drogen	<input type="checkbox"/> Alkohol
	<input type="checkbox"/> Tabak	<input type="checkbox"/> abhängigkeiterzeugende Medikamente

Werden Sie im genannten Rahmen (neben BISS) auf den Konsum der genannten Suchtmittel kontrolliert (z. B. Drogentests)?

ja       nein

**19 a Wie stark ist Ihre Absicht, in Zukunft keine illegalen Drogen zu konsumieren?**

Diese Absicht habe ich **gar nicht**       Diese Absicht habe ich **sehr stark**

**19 b Wie gut wird Ihnen dies gelingen?**

Es wird mir **auf keinen Fall** gelingen       Es wird mir **ganz sicher** gelingen

**20 a Wie stark ist Ihre Absicht, in Zukunft keinen Alkohol zu konsumieren?**

Diese Absicht habe ich **gar nicht**       Diese Absicht habe ich **sehr stark**

**20 b Wie gut wird Ihnen dies gelingen?**

Es wird mir **auf keinen Fall** gelingen       Es wird mir **ganz sicher** gelingen

**21 a Wie stark ist Ihre Absicht, in Zukunft keine abhängigkeits erzeugenden Medikamente zu konsumieren (ausgenommen medizinisch notwendige / ärztlich verordnete)?**

Diese Absicht habe ich **gar nicht**       Diese Absicht habe ich **sehr stark**

**21 b Wie gut wird Ihnen dies gelingen?**

Es wird mir **auf keinen Fall** gelingen       Es wird mir **ganz sicher** gelingen

**22 Die folgenden Fragen beziehen sich auf Suchtmittel bei denen eine Abhängigkeit bestand (Problemdroge(n))**

Ich bin zuversichtlich dem Konsum meiner Problemdroge(n) widerstehen zu können, ...						
	überhaupt nicht	wenig	einigermaßen	ziemlich	sehr	total
...wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich mich abgelehnt fühle.	<input type="checkbox"/>					
...wenn mir alles gut gelingt.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich mich innerlich leer fühle.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich mit meinem Leben zufrieden bin.	<input type="checkbox"/>					
...wenn mir alles schief geht.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich besondere Anlässe feiern will.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich nervös und angespannt bin.	<input type="checkbox"/>					

HEISA-16, 2002

**23 Und nun noch ein paar Angaben zu Ihrer Person:**

Wie wohnen Sie?	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> mit Anderen
	<input type="checkbox"/> mit Partner/in	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____
Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Abitur/ Fachabitur
	<input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hoch-/ Fachhochschulabschluss
	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> anderes und zwar: _____
	<input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ Mittlere Reife	
Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Lehre (berufliche / betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/> Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie)
	<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/> andere Berufsausbildung: _____
	<input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung	
Sind Sie zur Zeit erwerbsfähig?	<input type="checkbox"/> ja, voll erwerbsfähig	<input type="checkbox"/> nein, voll erwerbs-, berufsunfähig
	<input type="checkbox"/> teilweise erwerbs-/ berufsunfähig	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____
Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren vor der Rehabilitation erwerbstätig?	___   Jahre	___   Monate
Bei wie vielen Arbeitgebern waren Sie insgesamt in den letzten 5 Jahren vor der Rehabilitation beschäftigt?	___   Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ich war selbstständig tätig
Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

*Zusätzliche Fragen für die Vergleichsgruppe Lahr:***24** Wurde Ihnen eine Teilnahme an BISS vorgeschlagen?

- ja  nein

**25** Falls ja, aus welchen Gründen haben Sie sich entschlossen, nicht an BISS teilzunehmen?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- aus beruflichen Gründen (z.B. Arbeitsplatzwechsel)
- aus privaten Gründen (z.B. Wohnortwechsel)
- genügend Betreuung durch andere Nachsorgemaßnahmen
- weil mir an BISS Folgendes nicht gefallen hat: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

***Danke, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben.***

***Falls Sie Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein haben, nutzen Sie bitte dieses Feld.***

Anmerkungen:



Fragebogen BISS t3  
(äquivalent zu Fragebogen BISS t2)

**Personenkennung:**

**t3**

**Liebe(r) Teilnehmer(in) BISS Projekts,**

anbei erhalten Sie den dritten und damit letzten Fragebogen im Rahmen des Projekts BISS „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“. Um festzustellen, wie sich Ihre Situation zum Ende der Befragungen darstellt, möchten wir Sie erneut bitten, einige Fragen zu beantworten.

Hierfür benötigen Sie ca. 20 min Zeit.

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden streng vertraulich und anonym behandelt. Es werden keinerlei personenbezogene Informationen an die BISS-Mitarbeiter oder andere Dritte weitergegeben. Der farbige Teil wird vom restlichen Teil des Fragebogens abgetrennt und gesondert aufbewahrt, um Ihre Anonymität zu gewährleisten.

Einige Fragen beziehen sich auf die Zeit **seit der letzten Befragung**. Diese fand vor ca. **sechs Monaten** statt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

**Angaben zur Person:**

Bitte geben Sie hier ihren Namen und ihre Kontaktdaten an um uns eine Zuordnung ihres Fragebogens zu ermöglichen.

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	PLZ, Ort:	_____
Telefonnummer:	_____	Handynummer:	_____
Email-Adresse:	_____		

## Allgemeines zur Person

**1**

Bitte heutiges Datum  
angeben: \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Partnersituation?

<input type="checkbox"/> allein stehend	<input type="checkbox"/> zeitweilige Beziehung(en)
<input type="checkbox"/> feste Beziehung/ Ehe	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____

Wie wohnen Sie?

<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> mit Anderen
<input type="checkbox"/> mit Partner/in	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____

Sind Sie zur Zeit  
erwerbsfähig?

<input type="checkbox"/> ja, voll erwerbsfähig	<input type="checkbox"/> nein, voll erwerbs-/, berufsunfähig
<input type="checkbox"/> teilweise erwerbs-/ berufsunfähig	<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____

**2** Welchen Freizeitaktivitäten/Hobbies gehen Sie aktuell regelmäßig nach?

A _____	C _____
B _____	D _____

### Fragen zur Person und zum Umfeld

3

Hatten Sie im letzten halben Jahr weiterhin Kontakt zu dem Personenkreis, in dem Sie meistens Suchtmittel konsumiert haben?

- gar nicht       manchmal       häufig

Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? (Mehrfachnennungen möglich)

- Familienangehörige/ Partner **ohne** aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
- Familienangehörige/Partner **mit** aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- Freunde/ Bekannte **ohne** aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
- Freunde/ Bekannte **mit** aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen

### 4 Wie zufrieden sind Sie momentan mit...

...Ihrer(n) Partnerbeziehung(en)?	gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden				
...Ihrem Freundes- bzw. Bekanntenkreis?	gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden				
...Ihrer Freizeitgestaltung?	gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden				
...Ihrem Gesundheitszustand?	gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden				
...Ihrer beruflichen Situation?	gar nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden				

In den folgenden Fragen geht es um Ihre subjektive Einschätzung. Das heißt, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Auch wenn manche Fragen für Sie ähnlich klingen, möchten wir Sie bitten, **alle** Fragen zu beantworten.

5	Wie sehr treffen folgende Situationen auf Sie zu?				
	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freunde, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen gelingt es mir, meinen Tagesablauf zu strukturieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich bei der Strukturierung meines Alltags unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Freizeit ist mir häufig langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fragen zu Problemen und Beschwerden

**6 Sind bei Ihnen seit der letzten Befragung (vor ca. einem halben Jahr) körperliche oder psychische Erkrankungen aufgetreten?**

- nein
- ja, körperliche Erkrankung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ja, psychische Erkrankung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter....**

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
...Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
...dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
...Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
...Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
...Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
...dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>				
...Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
...Schwermut	<input type="checkbox"/>				
...plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
...Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
...dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
...Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
...Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
...einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
...so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
...Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
...Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
...Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				

### Fragen zur beruflichen Situation

**8 Mein aktuelles Einkommen (Gehalt, Arbeitslosengeld,...) benötige ich hauptsächlich für Folgendes:**  
(Mehrfachnennungen möglich)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Miete, Nebenkosten       | <input type="checkbox"/> Schuldentilgung            | <input type="checkbox"/> Zigaretten                    |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittel             | <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Fahrzeug (Auto, Motorrad,...) |
| <input type="checkbox"/> Privatinsolvenz          | <input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen        | <input type="checkbox"/> Alkohol, Drogen               |
| <input type="checkbox"/> weiteres und zwar: _____ |   |  |

**9 Womit haben Sie sich seit der letzten Befragung Ihren Lebensunterhalt überwiegend finanziert?** (Mehrfachnennungen möglich)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit     | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld/-hilfe           | <input type="checkbox"/> Rente/Pension/Früherente/<br>Altersruhegeld |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfe          | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch<br>Angehörige | <input type="checkbox"/> Ausbildungsbeihilfe                         |
| <input type="checkbox"/> illegale Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> Ersparnisse                       | <input type="checkbox"/> sonstiges und zwar:<br>_____                |

**10 Wie lange waren Sie seit der letzten Befragung in einer beruflichen Tätigkeit (Arbeit, Praktikum, Schule)?**

- |  |   |  |   |                                       |
|--|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ich war die ganze Zeit<br>beruflich tätig | <input type="checkbox"/> über 3<br>Monate | <input type="checkbox"/> 1-3<br>Monate | <input type="checkbox"/> weniger als<br>einen Monat | <input type="checkbox"/> gar<br>nicht |
|--|---|--|---|---------------------------------------|

**11 Falls Sie in einer beruflichen Tätigkeit sind/waren...**

Wie viele Fehltage hatten Sie bei Ihrer Arbeit seit der letzten Befragung? ca. | \_\_\_\_ | Tage

*Falls Sie Fehltage hatten:*

Was waren Ihrer Meinung nach die häufigsten Gründe für die Fehltage?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- Auswirkungen der Suchterkrankung
- allgemeine Erkrankung
- Unfall/ Verletzung
- Motivationslosigkeit
- Unzufriedenheit
- sonstige: .....

**12**

Durch wen wurden/werden Sie seit der letzten Befragung bei Ihren Bewerbungsaktivitäten/ Ihrer Stellensuche unterstützt?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- War nicht nötig, da ich nach der Rehabilitation direkt arbeitstätig war.
- Ich erhielt keine Unterstützung.
- Agentur für Arbeit/ afög/ kommunale Arbeitsförderung
- Betreutes Wohnen
- ambulante Drogenberatungsstelle
- Reha-Fallbegleiter/ Reha-Fachberater
- BISS
- sonstige: .....

**13 Sind Sie MOMENTAN arbeitstätig/ in Ausbildung/ in einem Praktikum?**

- nein    ⇒ weiter mit Frage 14                       ja    ⇒ weiter mit Fragen 15 a und b

### Fragen für Personen ohne Arbeitsplatz

**14** Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Mir wird es leicht fallen, eine Arbeit zu finden.      trifft gar nicht zu                    trifft völlig zu

Ich beschäftige mich intensiv mit der Suche nach einer beruflichen Tätigkeit (Ausbildungs-, Praktikums- bzw. Arbeitsstelle).      trifft gar nicht zu                    trifft völlig zu

Ich war das letzte halbe Jahr daran interessiert, einen (legalen) Arbeitsplatz zu finden.      trifft gar nicht zu                    trifft völlig zu

⇒weiter mit Frage 16

### Fragen für Personen mit Arbeitsplatz/ Ausbildungsplatz/ Praktikumsstelle

#### 15 a

Welches Arbeitsverhältnis liegt bei Ihnen vor?

Ausbildungsvertrag                       Praktikumsvertrag

Vertrag mit Zeitarbeitsfirma             regulärer Arbeitsvertrag

Vertrag auf Stundenbasis/ Werksvertrag/ Projektvertrag

sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

---

Mein Vertrag ist

unbefristet                                       befristet bis \_\_\_\_\_

---

Seit wann besteht dieses Arbeitsverhältnis?

seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (bitte Datum eintragen)

---

Ich arbeite momentan

Vollzeit (100%)                                       Teilzeit zu | \_\_\_\_ | %

halbtags (50%)                                       sonstiges und zwar \_\_\_\_\_

#### 15 b Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft größtenteils nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft teilweise zu	trifft größtenteils zu	trifft fast völlig zu
Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schnell verärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im letzten halben Jahr hatte ich Konflikte am Arbeitsplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich bei Konflikten Unterstützung brauchte, habe ich diese auch bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fragen zum Abhängigkeitsverlauf

**16 Haben Sie seit der letzten Befragung irgendwann Drogen oder Alkohol konsumiert?**

- nein    ⇒ weiter mit Frage 23                       ja    ⇒ weiter mit Frage 17

**17**

Welche der folgenden

Substanzen haben Sie seit  
der letzten Befragung  
mindestens einmal  
konsumiert?  
(Mehrfachnennungen  
möglich)

- Alkohol
- Cannabinoide
- abhängigkeits erzeugende  
Medikamente (Sedativa,  
Hypnotika)
- sonstiges:  
\_\_\_\_\_

**Andere illegale Drogen:**

- Opioide (z.B. Heroin)
- Kokain
- Stimulanzien (außer  
Kokain)
- Halluzinogene

**18a**

Wie häufig haben Sie seit der letzten  
Befragung Alkohol konsumiert?

- gar nicht
- einmalig
- gelegentlich
- häufig
- sehr häufig

*Falls Sie Alkohol konsumiert haben...*

...wann haben Sie zum ersten Mal nach  
Therapieende Alkohol konsumiert?

nach |\_\_\_| Monaten |\_\_\_| Wochen

Haben Sie seit der letzten Befragung  
beschlossen, „kontrolliert“ zu trinken?

- nein
- ja, habe ich in Absprache mit meiner  
Nachsorgebehandlung beschlossen
- ja, habe ich selbst beschlossen

**18b**

Wie häufig haben Sie seit der letzten  
Befragung abhängigkeits erzeugende  
Medikamente konsumiert?

- gar nicht
- einmalig
- gelegentlich
- häufig
- sehr häufig

*Falls Sie abhängigkeits erzeugende  
Medikamente konsumiert haben...*

...wann haben Sie diese zum ersten Mal  
nach Therapieende konsumiert?

nach |\_\_\_| Monaten |\_\_\_| Wochen



**23 Worauf führen Sie es hauptsächlich zurück, dass es Ihnen gelang abstinent zu bleiben bzw. nach einem Rückfall wieder abstinent zu werden? (Mehrfachnennungen möglich)**

- eigener Wille

---

- Einfluss von Partner/ Familie/ Freunden

---

- Hilfe von außen (Arzt, Beratungsstelle etc.)

---

- Einfluss von BISS

---

- Einfluss von Selbsthilfegruppe

---

- der Grund ist mir selbst nicht erklärlich

---

- anderes und zwar: \_\_\_\_\_

---

**24 Sind Sie (neben BISS) durch besondere Rahmenbedingungen zur Abstinenz verpflichtet?**

- nein ⇒ weiter mit Frage 25 a
- ja ⇒ bitte beantworten Sie diesbezüglich auch die folgenden Fragen:

Auf welche Suchtmittel bezieht sich die Abstinenzverpflichtung? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> illegale Drogen	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Tabak	<input type="checkbox"/> abhängigkeiterzeugende Medikamente

Durch wen/ was sind Sie zur Abstinenz verpflichtet? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> Führerscheinwerb	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Nachsorgeeinrichtung	
<input type="checkbox"/> sonstiges und zwar .....	

Werden Sie im genannten Rahmen auf den Konsum der genannten Suchtmittel kontrolliert (z.B. UK, Drogentests)?

ja       nein

**25 a Wie stark ist Ihre Absicht, in Zukunft keine illegalen Drogen zu konsumieren?**

Diese Absicht habe ich <b>gar nicht</b>	<input type="checkbox"/>	Diese Absicht habe ich <b>sehr stark</b>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

**25 b Wie gut wird Ihnen dies gelingen?**

Es wird mir <b>auf keinen Fall</b> gelingen	<input type="checkbox"/>	Es wird mir <b>ganz sicher</b> gelingen					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

**26 a Wie stark ist Ihre Absicht, in Zukunft keinen Alkohol zu konsumieren?**

Diese Absicht habe ich <b>gar nicht</b>	<input type="checkbox"/>	Diese Absicht habe ich <b>sehr stark</b>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

**26 b Wie gut wird Ihnen dies gelingen?**

Es wird mir <b>auf keinen Fall</b> gelingen	<input type="checkbox"/>	Es wird mir <b>ganz sicher</b> gelingen					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

**27 a Wie stark ist Ihre Absicht, in Zukunft keine abhängigkeiterzeugenden Medikamente zu konsumieren (ausgenommen medizinisch notwendige/ ärztlich verordnete)?**

Diese Absicht habe ich <b>gar nicht</b>	<input type="checkbox"/>	Diese Absicht habe ich <b>sehr stark</b>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

**27 b Wie gut wird Ihnen dies gelingen?**

Es wird mir <b>auf keinen Fall</b> gelingen	<input type="checkbox"/>	Es wird mir <b>ganz sicher</b> gelingen					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

**28 Die folgenden Fragen beziehen sich auf Suchtmittel bei denen eine Abhängigkeit bestand (Problemdroge(n)).**

Ich bin zuversichtlich dem Konsum meiner Problemdroge(n) widerstehen zu können, ...	überhaupt nicht	wenig	einigermaßen	ziemlich	sehr	total
...wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich mich abgelehnt fühle.	<input type="checkbox"/>					
...wenn mir alles gut gelingt.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich mich innerlich leer fühle.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich mit meinem Leben zufrieden bin.	<input type="checkbox"/>					
...wenn mir alles schief geht.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich besondere Anlässe feiern will.	<input type="checkbox"/>					
...wenn ich nervös und angespannt bin.	<input type="checkbox"/>					

### Fragen zum Rehabilitationsverlauf

**29 Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie (neben BISS) MOMENTAN wahr?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine                     | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen                                    |
| <input type="checkbox"/> ambulante Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie/ psychiatrische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe         | <input type="checkbox"/> sonstige und zwar: _____                            |

**31 Welche Unterstützungsangebote werden Sie auch WEITERHIN wahrnehmen?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine                     | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen                                    |
| <input type="checkbox"/> ambulante Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie/ psychiatrische Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe         | <input type="checkbox"/> sonstige und zwar: _____                            |

**32 Welche zusätzliche Unterstützung hätten Sie sich bezogen auf Ihre Suchterkrankung und berufliche Integration gewünscht/ benötigt?**

- |         |         |
|---------|---------|
| A _____ | C _____ |
| _____   | _____   |
| B _____ | D _____ |
| _____   | _____   |

**33 Welche Ziele haben Sie bezüglich ihrer Suchterkrankung und ihrer beruflichen Zukunft für das kommende Jahr?**

- |         |         |
|---------|---------|
| A _____ | C _____ |
| _____   | _____   |
| B _____ | D _____ |
| _____   | _____   |

### Fragen zum Projekt BISS

**32** **Wie wichtig waren seit der letzten Befragung für Sie persönlich die folgenden Angebote/ Maßnahmen von BISS?**

BISS-Gruppe	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Kontaktpflege mit Nachsorgeeinrichtungen	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Unterstützung im Kontakt mit Ämtern/ Behörden	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
(Einzel-)Gespräche bei Konfliktsituationen	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Unterstützung bei der Tagesstrukturierung/Freizeitgestaltung	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Dreiecksvertrag	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Drogen- und/oder Alkoholkontrollen	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig
Krisenintervention bei Rückfälligkeit	gar nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr wichtig

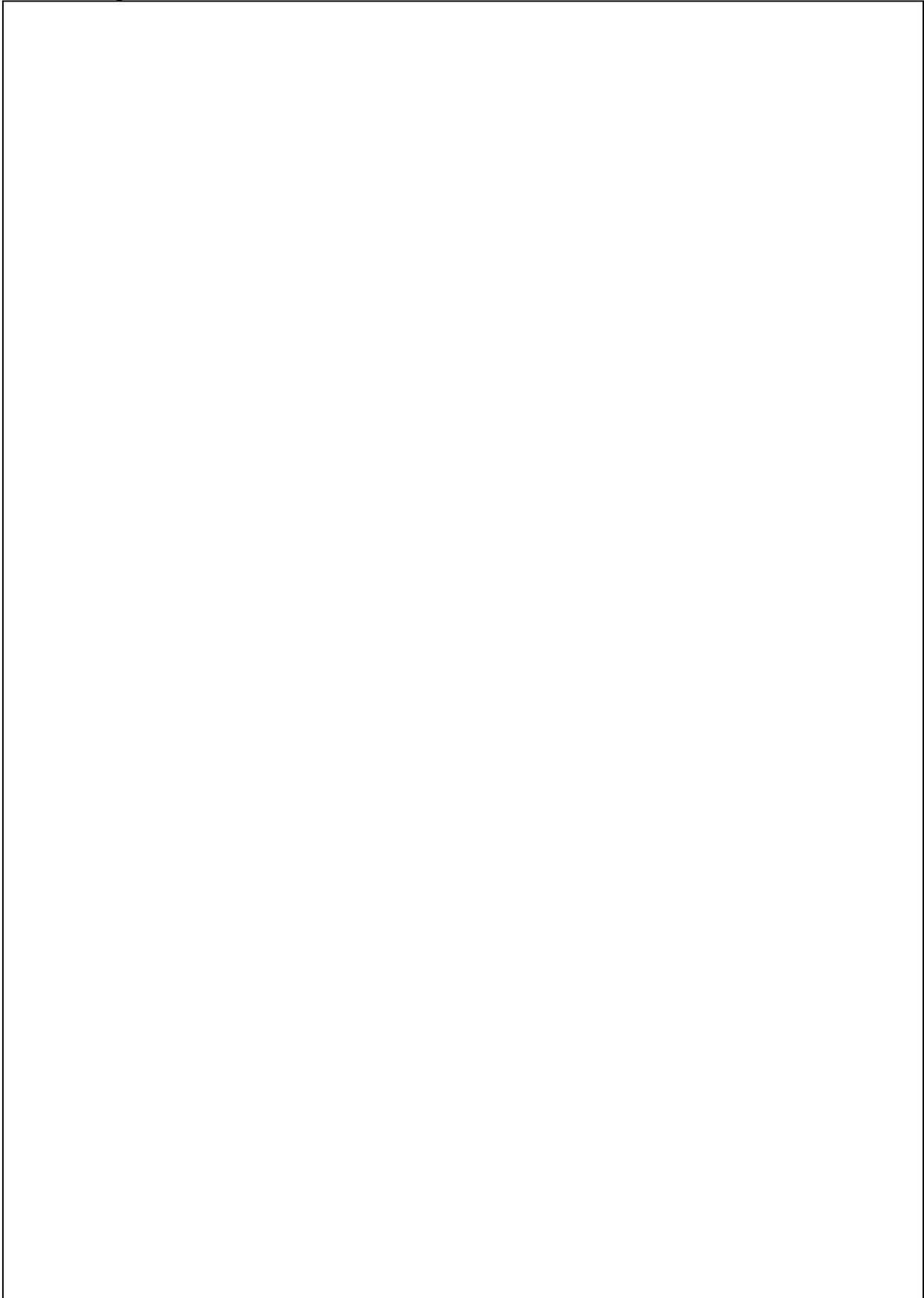
**30** **Welche Absprache gibt es bezüglich der Beendigung der Teilnahme am BISS Projekt?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Austritt fest geplant    | <input type="checkbox"/> Bereits Ausgetreten                     |
| <input type="checkbox"/> unklar                   | <input type="checkbox"/> Bleibe bis auf Weiteres im BISS-Projekt |
| <input type="checkbox"/> Absprache steht noch aus | <input type="checkbox"/> sonstige und zwar: _____                |

**Danke, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben.**

**Falls Sie Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein haben, nutzen Sie bitte das Feld auf der Rückseite.**

Anmerkungen:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their notes. It occupies most of the page below the 'Anmerkungen:' label.



## Interviewleitfaden BISS-Teilnehmer mit Arbeit t1

**Datum:**

**Teilnehmercode:**

Teilnahme / Ziele			
1	Seit wann nehmen Sie an BISS teil?		
2	Wie sind Sie auf das Projekt BISS aufmerksam geworden?		
	Adaption Lehr		Beratungsstelle _____
	Tagesklinik Freiolsheim		sonstiges _____
3	Wie bewerten Sie die Informationen, die Sie über BISS bekommen haben?		
4	Wer hat die Teilnahme initiiert?		
	selbst		Arbeitgeber
	andere _____		sonstiges _____
5	Wer hat die Teilnahme gewollt/ die Entscheidung getroffen?		
	selbst		Arbeitgeber
	andere _____		sonstiges _____
6	Aus welchen Gründen nehmen Sie an BISS teil?		
	A	D	
	B	E	
	C	F	
7	Wo möchten Sie in einem Jahr stehen? Welche Ziele haben Sie? (auch neben BISS-Themen)		
8	Mit welchen Schwierigkeiten rechnen Sie? Welche Befürchtungen haben Sie?		
9	Wo hatten Sie vor der Rehabilitation Ihren Lebensmittelpunkt?		
10	Haben Sie an Ihrem aktuellen Wohnort bereits einen Freundeskreis?		
11	Wäre die beschriebene Situation auch ohne BISS ähnlich?		

<b>Berufliche Laufbahn</b>				
12	Welchen Einfluss hatte Ihre Sucht auf Ihr Berufsleben? Erzählen Sie davon! Beschreiben Sie den Verlauf ihres Arbeitsleben begonnen beim Schulabschluss (auch Unterbrechungen etc.) (evtl. gleichzeitig nach Entgiftungs-/ Entwöhnungsbehandlungen fragen)			
	S= Schule          A= Ausbildung          S= Studium          AR= Arbeit OA= ohne Arbeit   EG= Entgiftung      EW= Entwöhnung      SA= Schwarzarbeit HS= Haftstrafe			
	von	bis	Art	Erläuterungen
13	Was für einer Arbeit gehen Sie momentan nach?			
14	Entspricht diese Ihrem Ausbildungsstand?			
15	Wie sind Sie an Ihre jetzige Arbeit gekommen?			
16	Wie schwer war es einen Praktikumsplatz/ eine Arbeit zu finden?			
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeit?			
18	Wie sieht momentan Ihre Tagesstruktur aus?			

<b>Suchtverlauf</b>			
19	Welche Rehabilitationsmaßnahmen/ Entgiftungen haben Sie bisher in Anspruch genommen? Wann waren diese zeitlich?		
20	Wo haben Sie Ihre letzte Rehabilitation gemacht? (Ort, Dauer, Beendigungszeitpunkt) 1-2-3...		
	Entwöhnung Freiolsheim		Entwöhnung:
	Adaption Lahr		Adaption: _____
	Sonstiges: _____		Sonstiges: _____
	Beendigung: _____		Beendigung: _____
21	Welche Orientierung hatte diese? (Abstinenzorientierung, Arbeiten mit Rückfall, Rückfälle)		
	Entwöhnung:		
	Vollständige Abstinenz		Mit Rückfall
	Abstinenz von Problemdroge		Ohne Rückfall
	Adaption:		
	Vollständige Abstinenz		Mit Rückfall
	Abstinenz von Problemdroge		Ohne Rückfall
22	Haben Sie eine Form der Nachsorge in Anspruch genommen? Welche?		
23	Wie war der Verlauf dieser Maßnahmen?		
	durchgehend		Mit Lücken
24	Welche beruflichen Maßnahmen haben Sie dort in Anspruch genommen, wie bewerten Sie diese?		
25	Wie gehen Sie/ möchten Sie auf Ihrer Arbeit bzgl. der Suchterkrankung umgehen (anderen Erzählen)		
	Nur Einzelnen erzählen		Komplett offen
25a	Wie groß ist das Team/ die Firma?		
25b	Wie reagieren Ihre Kollegen / Arbeitgeber auf Ihre Suchterkrankung?		

<b>Einfluss</b>	
26	Wie bewerten Sie das Projekt BISS mit seinen Angeboten?
	Gruppen
	Gespräche mit AG
	Dreiecksvertrag (Erlaubnis der Kontaktaufnahme)
	Abstinenzregel
	Kontrollen
	Einzelgespräche bei Krisen
	Unterstützung im Kontakt mit Ämtern/ Beratungsstellen
	Arbeiten mit Rückfall
	Offenheit im Umgang mit Rückfall
27	Welche Angebote könnten ihrer Meinung nach einen Einfluss auf den Erfolg bzgl. Abstinenz und beruflichen Erfolg haben?
28	Welche persönlichen Umstände könnten einen Einfluss auf den Erfolg? (z.B. Partnerschaft, Aktivitäten...)

<b>Krisen</b>										
29	Wie zuversichtlich sind Sie bezüglich der Offenheit in Rückfallsituationen?									
30	Wie würden Sie Ihre Zuversicht auf einer Skala von 1-10 einschätzen?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31	Was würde es leichter machen, offen zu sein?									
32	Was würde es schwerer machen, offen zu sein?									
33	(Bezogen auf FB) Wäre Ihre Abstinenzzuversicht ohne BISS eine Andere?									
	Vorherige: _____									
34	Wie würden Sie in schwierigen Situationen/ Krisen am Arbeitsplatz vorgehen?									

<b>Erwartung</b>	
35	Was erwarten Sie vom Projekt BISS, bzw. den Mitarbeitern?

<b>Motivation</b>										
36	Wie hoch würden Sie ihre Motivation, an diesem Projekt teilzunehmen einschätzen?									
37	Wie hoch würden Sie ihre Motivation auf einer Skala von 1-10 einschätzen?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<b>Abschluss</b>	
29	Welcher für Sie wichtige Punkt wurde im Interview nicht angesprochen?

<b>Interviewleitfaden BISS-Teilnehmer t3</b>	
<b>Datum:</b>	
<b>Teilnehmercode:</b>	
<b>Arbeitssituation:</b>	
<b>Bewertung BISS</b>	
1	Was ist Ihr Gesamturteil zum BISS Projekt nach diesem Jahr?
2	Wie sehr hat das Projekt Ihre Erwartungen erfüllt?
3	Hatten Sie Erwartungen an das Projekt, die nicht erfüllt wurden? Welche?
<b>Lebenssituation und Erfahrungen mit BISS</b>	
4 (A)*	Wie erleben Sie Ihre Arbeitssituation/ Ausbildungssituation? (Abstinenzgerecht? Umgang mit Suchterkrankung?)
5	Wie erleben Sie ihre aktuelle Lebenssituation (z. B. Freizeit, Wohnsituation) (Abstinenzgerecht? Umgang mit Suchterkrankung?)
6	Welche Angebote von BISS haben Sie genutzt/ haben stattgefunden, wie haben Sie diese erlebt?
(A)*	Gespräche mit dem AG
(A)*	Dreiecksvertrag (Erlaubnis der Kontaktaufnahme)
	Unterstützung bei der Arbeitssuche
	Unterstützung bei Freizeit und Tagesstrukturierung
	Drogen und Alkoholscreenings
	Einzelgespräche bei Krisen
	Krisenintervention bei Rückfälligkeit
	Unterstützung im Kontakt mit Ämtern/Beratungsstellen/ Behörden
7	Welche Ihrer Ziele haben Sie bereits erreicht?
8	Wie hat BISS Ihnen geholfen, Ihre Ziele zu verfolgen?
9	Wie würden Sie rückblickend Ihr Berufsjahr/Ihre berufliche Entwicklung beschreiben?
10	Inwiefern hat BISS dazu beigetragen?

<b>Krisensituationen (ohne Rückfall)</b>	
11	Gab es schwierige Situationen/Phasen? Welche?
12	Wie haben Sie diese erlebt? (Bezogen auf BISS) Inwieweit konnte BISS Ihnen helfen, diese Krisen zu bewältigen?
13	Gab es Krisensituationen, in denen Sie BISS nicht um Unterstützung gebeten haben? Wenn ja, aus welchen Gründen?
14	Was hätte Ihnen geholfen?
<b>Rückfallsituationen (beziehen auf Angaben von oben, falls Rückfall benannt)</b>	
15	Hatten Sie im letzten halben Jahr einen Rückfall? bzw. Sie sagten, Sie hatten einen Rückfall? Wie haben Sie diese/n erlebt?
16	Inwieweit konnte BISS Ihnen helfen?
17	Wie wurde vorgegangen? Welche Vereinbarungen wurden getroffen?
18	Gab es Rückfallsituationen, in denen Sie BISS nicht um Unterstützung gebeten haben/ bei denen Sie den Rückfall „verheimlicht haben? Wenn ja, aus welchen Gründen?
19	Bei Verheimlichung: Wie haben Sie sich geholfen?
20	Was hätte Ihnen geholfen?
21	Falls BISS in Krisen/ Rückfall nicht genutzt, was müsste anders sein?
<b>Aufwand</b>	
22	Welchen Aufwand hat BISS für Sie bedeutet?
23	Hatte BISS auch Auswirkungen auf andere Lebens- / Zielbereiche?
24	Gab es auch Dinge an BISS, die Sie als überflüssig/negativ erlebt haben?
<b>Zukunft</b>	
25	Was hätte Ihnen sonst noch geholfen, in Bezug auf Beruf/ Sucht etc.?
26	Welche Verbesserungsvorschläge für die erfolgreiche Gestaltung von BISS haben Sie?
27	Was wurde bzgl. des weiteren Vorgehens bei BISS vereinbart (Verlängerung, Ausstieg...)
28	Welche Pläne haben Sie für das nächste Jahr? (Beruflich/Nachsorge)
<b>Abschluss</b>	
29	Welcher für Sie wichtige Punkt wurde im Interview nicht angesprochen?



## Sehr geehrte/r Arbeitgeber/in der Teilnehmer des BISS-Projektes

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen auszufüllen. Diese Umfrage findet im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes BISS statt (siehe beiliegendes Informationsblatt). Der Fragebogen richtet sich an die Arbeitgeber, die im Rahmen des Dreieckvertrages am Projekt BISS teilnehmen bzw. teilgenommen haben. Mit den folgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Erfahrungen als Arbeitgeber/in mit dem Projekt BISS erfahren.

Ihre Angaben helfen uns, Maßnahmen zur beruflichen Integration nach der Suchtrehabilitation, insbesondere das Projekt BISS, zu verbessern.

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden streng vertraulich und anonym behandelt. Das farbige Blatt wird von uns bei Erhalt vom Rest des Fragebogens abgetrennt und gesondert aufbewahrt, so dass keine Rückschlüsse von den Angaben im Fragebogen auf Ihre Person/ Ihre Firma möglich sind.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und schicken Sie ihn im beiliegenden Umschlag unfrankiert an uns zurück.

Für das Ausfüllen benötigen Sie ca. 20 Minuten.

Schon jetzt möchten wir Ihnen für Ihre Mitarbeit und Unterstützung herzlich danken!

Dipl. Psych. Anne von Rekowski

Prof. Dr./Dr. Jürgen Bengel

Name: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort  
der Firma: \_\_\_\_\_

Name des an BISS  
teilnehmenden  
Mitarbeiters: \_\_\_\_\_

**1 Bitte tragen Sie hier das heutige Datum ein.**

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

**Fragen zur Teilnahme am Projekt BISS**

**2 Seit wann besteht/bestand die Zusammenarbeit mit BISS?**

seit: \_\_\_\_\_ falls zutreffend, bis: \_\_\_\_\_  
Monat Jahr Monat Jahr

**3 Auf welchem Wege haben Sie vom Projekt BISS erfahren?**

- über den/die Arbeitnehmer/in  aus der Presse  
 über das Integrationszentrum  sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

**4 Was waren für Sie die Hauptgründe, sich für die Teilnahme am Projekt BISS zu entscheiden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5 Welche Erwartungen hatten/haben Sie an das Projekt BISS?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6

**Welchen Einfluss hatte BISS auf die Entscheidung zur Einstellung des/der betroffenen Arbeitnehmers/in?**

---

---

---

---

### Fragen zu Erfahrungen mit dem Projekt BISS

7

**Welche der folgenden Angebote von BISS sind für Sie als Arbeitgeber/in attraktiv bzw. wichtig? (Mehrfachnennungen möglich)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbesuch durch einen BISS-Mitarbeiter                                      | <input type="checkbox"/> regelmäßige Drogen-/ Alkoholscreenings bei dem/der betroffenen Arbeitnehmer/in |
| <input type="checkbox"/> zeitnaher Informationsaustausch über Fehlzeiten des/der betroffenen Arbeitnehmers/in | <input type="checkbox"/> direkte Kontaktmöglichkeit zu BISS durch Ansprechpartner                       |
| <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungsangebot zur betrieblichen Suchtprävention                  | <input type="checkbox"/> individuelles Gesprächsangebot (Einzelberatung, Konfliktgespräch)              |
| <input type="checkbox"/> Integrationsvertrag zwischen Arbeitgeber/in, Arbeitnehmer/in und BISS                | <input type="checkbox"/> sonstige: _____  |

8

**Hatte der/die betroffene Arbeitnehmer/in während der bisherigen Teilnahme an BISS einen Rückfall bzw. bestand Rückfallverdacht?**

- nein → weiter zu Frage 10
- ja, er/sie hatte einen Rückfall → weiter mit Frage 9
- ja, es bestand Rückfallverdacht → weiter mit Frage 9

9

**Wie haben Sie auf den Rückfall (-verdacht) reagiert?**

---

---

---

---

**10 Wie würden Sie (künftig) auf einen Rückfall (-verdacht) bei dem/der betroffenen Arbeitnehmer/in reagieren?**

---

---

---

---

**11 Hatten Sie darüber hinaus Kontakt zu BISS, wenn ja aus welchen Gründen?**

nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

---

---

### Fragen zur Gesamtbewertung

**12 Mit welcher Schulnote (1-6) würden Sie das Projekt BISS anhand Ihrer (bisherigen) Erfahrungen bewerten?**

Schulnote: \_\_\_\_\_

**13 Würden Sie sich zukünftig wieder für die Teilnahme am BISS Projekt entscheiden?**

auf gar keinen Fall

eher nicht

eher ja

ganz sicher

**14 Welche Veränderungen würden Sie sich bei BISS wünschen? Was fehlt?**

---

---

---

---

**15 Vervollständigen Sie den folgenden Satz: „Wenn es das Projekt BISS nicht gäbe, dann...“**

---

---

---

---

***Danke, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben.  
Falls Sie Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein haben, nutzen  
Sie bitte das folgende Feld.***

Anmerkungen:



## Interviewleitfaden Durchführende - t1

Teilnehmende:

Datum:

### I) Fragen zur geplanten Intervention

1. Inhaltlich
  - a. Welche Elemente beinhaltet die Maßnahme?
  - b. Was sind Zielsetzungen und Inhalte der Maßnahmenelemente?
  - c. Was sind kritische Punkte, in denen Krisenintervention gefordert ist.
  - d. Welche Vorgehensweisen soll es in den verschiedenen Situationen der Krisenintervention geben? (z. B. bei Rückfallverdacht, bei offensichtlichem Rückfall, etc.)
  - e. Welche Angebote zur betrieblichen Suchtprävention soll es geben?
  - f. Welche Punkte müssen/können im individuellen Integrationsvertrag stehen?
  - g. Wer unterstützt die Betriebe bei Ausschöpfung der Fördermittel bzw. welche Möglichkeiten für Fördermittel sind bisher bekannt?
2. Strukturell:
  - a. Wie viele Ansprechpartner soll es geben (Case Manager)?
  - b. Wer ist an der Erstellung des individuellen Integrationsvertrages beteiligt?
  - c. Wo werden Einzelgespräche durchgeführt? Sind diese obligatorisch bzw. was passiert bei Nicht-Teilnahme?
  - d. Werden Gespräche mit dem Arbeitgeber auch in Abwesenheit des Klienten geführt?
  - e. Wie sind die Kommunikationswege zwischen Therapiezentrum und Arbeitgeber gestaltet?
  - f. Wo/ wie sollen Kontrollen durchgeführt werden?

### II) Fragen zu Zielsetzungen:

1. Welche Zielsetzungen gibt es für welche Beteiligten?
  - a. Klinik
  - b. Mitarbeiter der Klinik
  - c. Probanden
  - d. Firmen
  - e. Trägerschaft (DRV)
  - f. Evaluatoren
  - g. andere

### III) Infrastrukturelle Fragen zur Evaluation:

1. Welche Kontrollgruppen/Firmen/Therapiezentren sind beteiligt?
  - a. Zusagen
  - b. Standorte
  - c. Fahrwege
  - d. Öffnungszeiten
  - e. Ansprechpartner
  - f. Erreichbarkeit
  - g. offene bzw. schon besetzte Stellen durch Probanden
2. Wie steht es mit dem Thema der geplanten Öffentlichkeit?
3. Wer sind die potenziellen Interviewpartner?
4. Wie viele Probanden können wann eingeschlossen werden?
5. Wie soll dokumentiert werden (Verlaufsdokumentation)? Wie wird die Doku gesammelt/weitergegeben etc?
6. Wie soll mit Abbruch der Beteiligung seitens der Klienten bzw. Arbeitgeber umgegangen werden?
7. Zu welchem Zeitpunkt in der Behandlung soll versucht werden die Klienten zu gewinnen? (→ Motivation).
8. Wie soll die Auswahl der Probanden stattfinden (wer/wann)? Was sind Inklusionskriterien?
9. Wie soll mit neuen, bisher unbeteiligten Arbeitgebern vorgegangen werden (die bisher noch keine Kooperation zur Rehaklinik haben → Gefahr der Ablehnung bei Offenlegung der Problematik).
10. Intern: Welche Instrumente sollen verwendet werden?

## Interviewleitfaden Durchführende · Verlauf

**Datum:**

**Teilnehmer:**

### Inhaltliche Aspekte    Fragen

#### Ziele/ Erwartungen

- Wie bewerten Sie den bisherigen Verlauf des Modellprojekts insgesamt?
- Welche Ziele haben Sie bis jetzt erreicht?
- Welche Erwartungen wurden erfüllt/nicht erfüllt/übertroffen?
- Welche Entwicklungen/Veränderungen hat es bei der Durchführung und Konzeption von BISS gegeben?
- Welche konkreten Schwierigkeiten gab es?
- Welche konkreten Veränderungen wären notwendig?

#### Inhalte

- Welche Angebote wurden nachgefragt?
- Welche Inhalte konnten umgesetzt werden, welche nicht und warum?
- Wie wurden die einzelnen Angebote umgesetzt?
- Welche Effekte/Auswirkungen hatten Ihrer Einschätzung nach die einzelnen Angebote?
- Gab es neu hinzugekommene Angebote bzw. wären welche wünschenswert?

#### Klientel

- Welche Personen haben bisher an BISS teilgenommen?
- Welche Zuweisungswege der Klienten gab es bisher? Soll sich diesbezüglich etwas ändern?
- Was waren die Anreize für Klienten, an BISS teilzunehmen?
- Welche Klienten profitieren besonders?

#### Vernetzung

- Mit wem bestanden und bestehen Kooperationen und wie waren/sind diese gestaltet?
- Welche weiteren Kooperationen wären wünschenswert?
- Welche Vernetzungen wurden genutzt/ aufgebaut (z.B. Firmen, Arbeitsagenturen)?

<b>Aufwand</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Wie hoch war der Aufwand des Projektes in den verschiedenen Bereichen bisher?</li><li>➤ In welchen Bereichen entspricht dieser den Erwartungen/ in welchen nicht?</li><li>➤ Welche Ressourcen stehen zur Verfügung, welche wären zusätzlich nötig?</li></ul>
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Welche Rahmenbedingungen waren gegeben? (z.B. Standortfaktoren, Infrastruktur, Personal)</li><li>➤ Wie gestalten sich die Rahmenbedingungen? (z.B. Standortfaktoren, Infrastruktur, Personal)</li><li>➤ Welche Verbesserungen der Rahmenbedingungen werden/sollten zukünftig geschaffen werden?</li></ul>
<b>Zukunft des Projekts</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Was sind Erfolgs-/ Misserfolgskriterien, die die Weiterführung des Projektes beeinflussen würden?</li><li>➤ Inwiefern könnte dieses Projekt auf andere Einrichtungen übertragen werden?</li><li>➤ Wo könnte es angegliedert sein (immer Adaption)?</li><li>➤ Werden/Würden Sie diese Maßnahme künftig weiterführen (wollen)?</li></ul>
<b>Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Welche Fragestellungen sind für Sie im Rahmen der Evaluation interessant?</li><li>➤ Welche Erwartungen knüpfen Sie an die Evaluation?</li></ul>



## Interviewleitfaden Experten/Kooperationspartner

**Datum:**

**Name:**

**Position/Tätigkeit:**

### Form des Interviews:

Es handelt sich um ein teilstrukturiertes Interview. Durch Leitfragen werden Themengebiete vorgegeben, die ggf. durch Nachfragen vertieft werden. Im Folgenden sind die übergeordneten Themen sowie die dazugehörigen Leitfragen aufgelistet.

### Inhaltliche Aspekte Leitfragen

**A:**

#### Berufliche Integration

1. Wie beurteilen Sie die Situation der beruflichen Integration von Personen nach abgeschlossener Suchtrehabilitation bzw. vom Suchtklientel allgemein?
2. Inwieweit findet das Thema der beruflichen Integration von Suchtrehabilitanden/innen in Ihrer Einrichtung Platz?
3. Gibt es konkrete Vorgehensweisen/Angebote?
4. Für wie erfolgreich schätzen Sie die berufliche Integration von Suchtrehabilitanden/innen ein?
5. Welche Hauptgründe sehen Sie für den Erfolg bzw. das Scheitern der beruflichen Integration?
6. Was sind die Schwierigkeiten/Grenzen Ihrer Einrichtung bei der beruflichen Integration von Suchtrehabilitanden/innen? Was können Sie nicht leisten?
7. Was geschieht bei gescheiterten Bemühungen? Gibt es Alternativangebote? Wie viele Alternativen können angeboten werden?
8. Mit wem und auf welche Weise kooperieren Sie bezüglich der beruflichen Integration von Suchtrehabilitanden/innen?
9. Was wäre wünschenswert bzgl. der Verbesserung der beruflichen Integration?

**B:**

#### Modellprojekt BISS

1. Wie bewerten Sie die Angebote des Projektes BISS, soweit Sie dies beurteilen können?
2. Inwiefern kann BISS einen Beitrag zur beruflichen Integration von Suchtrehabilitanden/innen leisten?
3. Wo ergänzen bzw. überschneiden sich BISS und die Aufgaben/Angebote ihrer Einrichtung/von Nachsorgeeinrichtungen?
4. Welche Personen können Ihrer Meinung nach von BISS (besonders) profitieren?



<p><b>C:</b> <b>Zusammenarbeit mit BISS</b></p>	<p>Falls eine Zusammenarbeit besteht:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Welche Erwartungen haben Sie an BISS?</li><li>2. Welche Ziele verfolgen Sie, wenn Sie Rehabilitanden/innen bei BISS anmelden?</li><li>3. Wie nutzen Sie das Angebot? Wie gehen Sie vor?</li><li>4. Wie gestaltet sich Ihre Seite der Kooperation? Welche Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie?</li><li>5. Welchen Aufwand bedeutet für Sie die Zusammenarbeit mit BISS?</li><li>6. Mit welchen Hindernissen/Schwierigkeiten rechnen Sie künftig in der Zusammenarbeit mit BISS?</li><li>7. Was könnte/müsste in der aktuellen Zusammenarbeit verbessert werden?</li><li>8. Denken Sie, dass durch BISS die berufliche Integration verbessert werden kann?</li></ol>
<p><b>D:</b> <b>Evaluation des Projekts BISS</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Welche Fragen sind für Sie im Rahmen der wissenschaftlichen Bewertung (Evaluation) von Bedeutung?</li><li>2. Anhand welcher Kriterien würden Sie den Erfolg von BISS messen?</li><li>3. Welche Personen sollten zudem befragt werden? Welche Informationen sollten hierbei erhoben werden?</li></ol>
<p><b>E:</b> <b>Abschluss</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gibt es wichtige Themen, die in diesem Interview noch nicht angesprochen wurden?</li></ol>